

SIRI SIEPEL

17 SEPTEMBER 2014

MASTER OF SCIENCE THESIS



Goedemorgen mevrouw, welke zorg mag het zijn?

Onderzoek naar goede ouderenzorg bekeken vanuit verschillende perspectieven

‘Goedemorgen mevrouw, welke zorg mag het zijn?’

Een onderzoek naar goede ouderenzorg bekeken vanuit verschillende perspectieven

MASTER OF SCIENCE THESIS

Siri Siepel

17 september 2014

Coach: Ir. T. Roodink

Meelezer: Prof. dr. L.C.P.M. Meijs

Management van Verandering

Bedrijfskunde, RSM, Erasmus Universiteit

Het auteursrecht van deze afstudeerscriptie berust bij de auteur.

Dit gepresenteerde werk is origineel, waarbij geen andere bronnen gebruikt zijn dan degenen waarnaar verwezen wordt in de tekst en die genoemd worden bij de referenties.

De inhoud van deze scriptie is geheel voor de verantwoordelijkheid van de auteur. De RSM is slechts verantwoordelijk voor de onderwijskundige begeleiding en aanvaardt in geen enkel opzicht verantwoordelijkheid voor de inhoud.

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van mijn afstudeeronderzoek binnen management van verandering aan de RSM in Rotterdam. Toen ik aan de parttime opleiding Bedrijfskunde begon, wist ik dat ik wilde afstuderen in de richting van management van verandering. Het met een open blik naar verschijnselen kijken, trok me aan en ik wilde leren hoe je dit vervolgens kunt gebruiken bij veranderingen. De kennis en kunde die ik binnen deze richting heb opgedaan, heeft mij nog meer zelfvertrouwen gegeven om vast te durven houden aan de aspecten waar het naar mijn idee om gaat. Dit betekent dat ik binnen mijn werk in de ouderenzorg steeds de stem van ouderen laat horen, waar andere deze dagen geregeld uitgaan van regels en keurmerken.

Dit onderzoek geeft een beeld van de betekenissen van 'goede zorg', vanuit verschillende perspectieven van betrokkenen in de ouderenzorg. Daarnaast is beschreven wat het effect van deze verschillen is voor de inrichting van de ouderenzorg, met daarbij aanbevelingen voor een (meer) contextgedreven inrichting.

Gedurende de opleiding heeft een aantal mensen mij ondersteund die ik graag wil bedanken. Allereerst wil ik mijn familie en vrienden bedanken omdat ik geregeld mijn gedachten rondom mijn onderzoek tegen hen aan mocht houden. Mijn dank gaat uit naar mijn mee-lezer Lucas Meijs voor de gesprekken over de ontwikkelingen omtrent de ouderenzorg, waardoor ik mijn onderzoek goed in de huidige maatschappij kon plaatsen. Daarnaast wil ik mijn coach Ton Roodink bedanken, die mij de ruimte en vrijheid heeft gegeven om mijn onderzoek in te richten zoals ik dacht dat goed was. Daarbij heeft hij mij steeds scherp gehouden door kritische vragen te stellen. Mijn dank voor Thea, voor al haar kritische vragen en enthousiasmerende discussies over het doen van onderzoek. Mijn waardering gaat uit naar alle ouderen die ik tijdens mijn onderzoek heb gesproken, omdat zij mij met open armen ontvingen en hun gedachten aan mij toevertrouwden. Tot slot, mijn grootste dank gaat uit naar mijn man Joost die de afgelopen twee jaar volledig achter mij stond en mij zoveel mogelijk uit handen heeft genomen, zodat ik mij kon concentreren op mijn studie.

Ik wil dit voorwoord graag eindigen met een spreuk van Albert Einstein, die voor mij een aantal aspecten ondervangt, namelijk de manier waarop ik deze scriptie heb uitgevoerd, maar ook de, in mijn ogen, benodigde toekomst van de ouderenzorg. De spreuk luidt:

“Alles dat werkelijk groots en inspirerend is, is gecreëerd door een individu dat kon werken in vrijheid.”

Albert Einstein

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 3 |
| Samenvatting..... | 7 |
| 1. Inleiding | 9 |
| 1.1 Korte beschrijving en afbakening | 10 |
| 1.2 Opbouw van het verslag..... | 10 |
| 2. Methodologie | 11 |
| 2.1 Keuze methode..... | 11 |
| 2.2 Discoursanalyse | 12 |
| 2.3 Achtergrond discoursanalyse volgens Michel Foucault | 13 |
| 2.4 Toepassing van de discoursanalyse van Michel Foucault | 15 |
| 2.5 Dataverzameling..... | 16 |
| 2.6 Data-analyse..... | 19 |
| 3. Resultaten..... | 23 |
| 3.1 Discoursen | 23 |
| 3.2 Verschillen en overeenkomsten..... | 24 |
| 4. Discussie | 31 |
| 4.1 Goede begripsomschrijving van ‘goede zorg’ is van belang..... | 31 |
| 4.2 Ouder worden leidt tot buitensluiting | 32 |
| 4.3 Rekening houden met niet geuite wensen | 32 |
| 5. Conclusie | 35 |
| 6. Reflectie en aanbevelingen | 37 |
| 6.1 Reflectie..... | 37 |
| 6.2 Aanbevelingen..... | 38 |
| Referenties | 45 |

| | |
|---|----|
| BIJLAGEN | 49 |
| Bijlage 1: Voorbeeldvragen interviews..... | 51 |
| Bijlage 2: Voorbeeld analyse interview | 53 |
| Bijlage 3: Overzicht van bijlagen op Cd-rom | 57 |
| Interviews | 57 |
| Observaties..... | 57 |
| Documenten..... | 57 |
| Geluidsopnames interviews | 58 |

Samenvatting

Een van de huidige ontwikkelingen in de ouderenzorg is dat ouderen langer thuis blijven wonen. Daarbij wordt er van hen verwacht dat ze (meer) participeren in de maatschappij en wordt het afstemmen van behoeften tussen betrokkenen steeds belangrijker, om te waarborgen dat ouderen 'goede zorg' krijgen. Hierbij is het echter essentieel dat alle betrokkenen van elkaar weten wat zij onder 'goede zorg' verstaan. Binnen dit onderzoek zijn de verschillende betekenissen van 'goede zorg' in de ouderenzorg onderzocht.

Om de betekenissen van 'goede zorg' naar boven te halen, is een discoursanalyse naar de werkwijze van Foucault toegepast. Hierbij is gebruik gemaakt van interviews, observaties en documenten. De betrokkenen die mee hebben gedaan aan dit onderzoek wonen en/of functioneren hoofdzakelijk binnen de organisatiestructuur van zorglocatie Blijdorp van zorginstelling Laurens en bestaan uit ouderen (met thuiszorg of in een verzorgingshuis), zorgverleners (onder andere mantelzorgers, verpleegkundigen en leidinggevend in de zorg) en zorginstanties (zorgkantoor Achmea en ministerie van Volksgezondheid). Uit de discoursanalyse blijkt dat er sprake is van vijf discourses onder ouderen, zorgverleners en zorginstanties:

- Aandacht
- Ouder worden
- Wensen
- Zorgverlening
- Zelfstandigheid

Binnen iedere discours wordt er door ouderen, zorgverleners en zorginstanties verschillend of overeenkomstig gesproken over het discours in relatie tot het begrip 'goede zorg'. Dit komt als volgt tot uiting in de ouderenzorg:

- Aandacht blijkt een belangrijke indicator voor 'goede zorg', maar hier lijkt niet de focus op te liggen in de zorgverlening;
- Ouderen worden veelal als passief en kwetsbaar gezien, waardoor hun behoeften voor hen worden ingevuld;
- Ouderen en mantelzorgers blijken hun wensen niet aan te (kunnen) geven.

Deze verschillende perspectieven op 'goede zorg' spelen een belangrijke rol op de inrichting van de ouderenzorg. Ten eerste dienen zorginstanties ruimte te creëren door hun betekenis van 'goede zorg' aan te passen, zodat zorgverleners zich kunnen richten op aandacht. Ten tweede zullen

ouderen zowel door zichzelf als door anderen moeten worden gezien als actoren om een maatschappij te creëren waarin ouderen (meer) actief deelnemen. Tot slot moeten zorgverleners en zorginstanties bij het afstemmen van zorg rekening houden met het gegeven dat ouderen en mantelzorgers hun wensen niet (kunnen) uiten.

1. Inleiding

Momenteel vinden er meerdere ontwikkelingen plaats binnen de ouderenzorg. Eén van de speerpunten hierbij is dat ouderen langer thuis zullen gaan wonen en langer voor zichzelf moeten gaan zorgen. Verder dienen ze naast de zorg van de thuiszorg, meer ondersteund te worden door hun naaste familie, vrienden en burens (Bruggen slaan, 2012, p. 22). Om er voor te zorgen dat ouderen in deze situatie de zorg krijgen die ze nodig hebben, is het afstemmen van wensen en behoeften essentieel. Deze afstemming wordt dan ook veelal vertaald als ‘goede zorg’ (Weicht, 2013, p. 188). Waar voorheen deze afstemming plaats moest vinden tussen een oudere en een zorgmedewerker, dient dit nu ook te gebeuren tussen de zorgmedewerker en het sociale netwerk van de oudere, waarbij van de oudere wordt verwacht dat zij meer initiatief neemt. Dit kan enkel op een adequate manier worden gedaan wanneer alle betrokkenen van elkaar weten wat zij onder ‘goede zorg’ verstaan. Hoewel in voorgaande onderzoeken de betekenis van ‘goede zorg’ is onderzocht bij specifieke groepen, zoals bij ouderen en verpleegkundigen (Sixma et al., 2000; Chung, 2012), zijn de verschillende perspectieven niet met elkaar vergeleken. Daarnaast is de betekenis van ‘goede zorg’ van andere betrokkenen in de zorgverlening of beleidsmakers, zoals het ministerie van Volksgezondheid, recentelijk niet onderzocht. Hierdoor zijn verschillen en overeenkomsten met betrekking tot ‘goede zorg’ momenteel niet duidelijk, terwijl dit inzicht geeft in de huidige gedachtegang binnen de ouderenzorg en een basis vormt voor de inrichting en verbetering ervan.

Om deze reden zijn in dit onderzoek de verschillende betekenissen van ‘goede zorg’ van alle betrokkenen naar boven gehaald en met elkaar vergeleken. Omdat kwalitatief onderzoek informatie verschaft omtrent de omstandigheden en het gedrag van mensen in een bepaalde context (Bloor, 1997, p. 236), is er voor gekozen om dit volgens een kwalitatieve onderzoeksmethode te doen. Hierbij is een discoursanalyse toegepast, waarbinnen gedachten, waarden en overtuigingen van betrokkenen centraal staan (Gee, 1999, p. 19). Het doel van dit onderzoek is:

Het beschrijven van verschillende betekenissen van ‘goede zorg’ in de ouderenzorg, en het effect van deze verschillen op de ouderenzorg.

Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Welke discourses zijn er rondom ‘goede zorg’ in de ouderenzorg?
- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten bij deze discourses?
- Wat betekenen deze verschillen en overeenkomsten voor de ouderenzorg?

1.1 Korte beschrijving en afbakening

In dit onderzoek is een discoursanalyse naar de werkwijze van Foucault toegepast. Met behulp van interviews, observaties en een verzameling van documenten is onderzocht hoe ouderen, zorgverleners en zorginstanties over 'goede zorg' denken en praten. Er is beschreven wat zij prettig of belangrijk vinden bij 'goede zorg' en wat zij anders zouden willen. Naar aanleiding hiervan zijn vijf discourses uiteengezet, waarbij de verschillen en overeenkomsten tussen deze discourses zijn benoemd. Vervolgens volgt een discussie over de discourses en hun onderlinge verschillen en overeenkomsten met betrekking tot bestaande literatuur. Hierbij is tevens het effect van deze verschillen op de ouderenzorg beschreven.

In een discoursanalyse draait het om de manier waarop er over een bepaald onderwerp wordt nagedacht en gesproken. Hierbij zijn non-verbale uitingen zoals mimiek of handelingen van minder belang. Vandaar dat dit zoveel mogelijk buiten beschouwing is gelaten in dit onderzoek. Daarnaast hebben aan dit onderzoek personen deelgenomen die danwel woonachtig of werkzaam zijn in of een relatie hebben met het verzorgingshuis Blijdorp van zorginstelling Laurens. Ondanks dat de betekenis van 'goede zorg' in de ouderenzorg in legio contexten onderzocht kan worden, past de combinatie van wonen en zorg in het verzorgingshuis het beste bij een toekomst waarin ouderen langer thuis blijven wonen.

1.2 Opbouw van het verslag

In hoofdstuk 3 is beschreven hoe dit onderzoek met behulp van een discoursanalyse is uitgevoerd. Hierbij is toegelicht wat onder een discours wordt verstaan en hoe de werkwijze volgens Foucault is toegepast. Hoofdstuk 4 geeft de resultaten weer waarin de verschillende discourses zijn beschreven en vergeleken met elkaar. Het effect van de verschillen en overeenkomsten bij de discourses op de ouderenzorg is uiteengezet in de discussie in hoofdstuk 5. Hierbij is gebruik gemaakt van literatuur. Na de discussie volgt een conclusie in hoofdstuk 6 en een reflectie met aanbevelingen in hoofdstuk 7. Aan het eind van dit verslag zijn drie bijlagen weergegeven, waarvan bijlage 3 een overzicht geeft van de bijlagen op de bijgevoegde CD-rom.

2. Methodologie

Om de betekenissen van 'goede zorg' vanuit meerdere betrokkenen te onderzoeken, is de discoursanalyse, naar de werkwijze van Foucault gebruikt. De keuze voor deze kwalitatief onderzoeksmethode is hieronder toegelicht, net als een algemene beschrijving van discours en mogelijke wijzen van analyseren. Vervolgens is de werkwijze van Foucault beschreven en de manier waarop dit wordt toegepast in dit onderzoek.

2.1 Keuze methode

Binnen zorgorganisaties wordt de betekenissen van 'goede zorg' vaak vertaald naar tevredenheid over zorg, waarbij tegenwoordig veelal gebruik wordt gemaakt van kwantitatieve meetinstrumenten zoals vragenlijsten met onderwerpen als 'eten', 'verblijf' en 'zorg'. De gemiddelde antwoorden geven de organisatie een indicatie van de mening van betrokkenen en de richting van benodigde verbeteringen. Binnen de wetenschap maakt het kwantitatief onderzoek gebruik van vergelijkbare methoden. Hierin wordt onderzoek gedaan naar 'goede zorg' door het uitzetten en analyseren van *vragenlijsten, enquêtes of surveys*. Een voordeel van deze werkwijze is dat zo over het algemeen een grote groep respondenten wordt bereikt. Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek is van Hellström & Hallberg, waarin 448 mensen van 75 jaar en ouder een vragenlijst hebben ingevuld, met als doel inzicht te krijgen in de zorgbehoeften van ouderen (Hellström & Hallberg, 2001, p. 63). Hier op volgend kunnen hulpverleners op deze behoeften aansluiten en daarmee de kwaliteit van leven van ouderen verbeteren. De vragenlijst bestaat uit meerkeuzevragen en omvat naast andere onderwerpen de onderwerpen 'gezondheid', 'levensomstandigheden' en 'kwaliteit van leven'. Uit dit onderzoek komt onder andere naar voren dat tussen de 20-40% van de mensen aangeeft beperkt alleen te kunnen zijn en 33% benoemt een lage of zeer lage kwaliteit van leven. Dit zijn belangrijke aspecten om als hulpverlener te weten en mee om te kunnen gaan. Echter, hoe het komt dat de respondenten hun kwaliteit van leven (zeer) laag vinden, komt in dit onderzoek niet naar voren. Daarmee is het ook niet duidelijk hoe de hulpverleners voor een verbetering kunnen gaan zorgen. Daarnaast wordt er bij dergelijke vragenlijsten of surveys vanuit gegaan dat de respondenten datgene onder 'kwaliteit van leven' of 'goede zorg' verstaan, waar de vragen over worden gesteld. Echter, hoe weten we zeker dat de respondenten deze begrippen op dezelfde manier als de onderzoeker gebruiken of zoals het begrip veelal in de maatschappij wordt gehanteerd? Daarnaast speelt volgens Mann (1998, p. 143) ook het feit dat de mogelijke onderlinge relatie tussen antwoorden die respondenten ervaren niet naar voren komt een rol bij vragenlijsten naar behoeften van mensen. Als laatste speelt bij een dergelijke vragenlijst of tevredenheidsonderzoek de causale gedachte dat wanneer de uit het onderzoek naar voren gekomen verbeterpunten worden aangepakt, ouderen hierna meer tevreden zijn. Is dit echter wel zo? Wanneer je rondom dezelfde onderwerpen

meer ruimte biedt aan ouderen om te vertellen hoe ze daar tegen aan kijken, krijg je dan niet meer nuttige informatie, waar je als onderzoeker mogelijk zelf niet aan hebt gedacht?

De betekenissen van 'goede zorg' kunnen echter ook onderzocht worden door middel van kwalitatief onderzoek. Hierbij ligt de focus op de dagelijkse gang van zaken (Bloor, 1997, p. 223). Hoewel er meestal een minder grote hoeveelheid respondenten wordt bereikt dan in kwantitatief onderzoek, kan kwalitatief ten opzichte van kwantitatief onderzoek meer gedetailleerde beschrijvingen opleveren van de omstandigheden en het gedrag van mensen in een bepaalde context (Bloor, 1997, p. 236), zoals bijvoorbeeld in de ouderenzorg. Binnen kwalitatief onderzoek zijn er allerlei mogelijkheden om de betekenis van 'goede zorg' te onderzoeken. Zo hebben Jonasson & Berterö (2010, p. 2-3) in hun onderzoek beschreven welke waarden ouderen ervaren in de interactie met verpleegkundigen. De data is verzameld door middel van observaties en interviews en vervolgens is dit teruggebracht tot vijf categorieën volgens de methode van *grounded theory*. Deze categorieën zijn 'being addressed', 'receiving respect', 'desiring to participate', 'increasing self-determination' en 'gaining self-confidence' en zij vormen de basis van de kerncategorie 'approaching'. Wanneer een verpleegkundige deze waarden weet over te brengen, zorgt dit volgens de onderzoekers voor een betere interactie tussen ouderen en verpleegkundigen. Een vergelijkbaar onderzoek naar de behoeften van ouderen is uitgevoerd binnen GENERO (Geriatrisch Netwerk Rotterdam en Omgeving) in Rotterdam (Bunge et al., 2008, p. 11-13). In dit onderzoek zijn thema's als 'toegankelijkheid van zorg en welzijn' en 'afstemming en continuïteit van zorg en welzijn' benoemd. Het voordeel van dergelijke thema's of categorieën is dat op deze manier belangrijke waarden concreet benoemd kunnen worden, waardoor de onderzoeksresultaten door verpleegkundigen praktisch toepasbaar zijn. Het nadeel hiervan is echter, dat door het in hapklare brokken in te delen, een deel van de context waarin deze waarden zijn gevormd, verdwijnt. Dit is vergelijkbaar met de beperking van een standaard vragenlijst en gaat er van uit dat de taal die wordt gebruikt voor alle respondenten hetzelfde betekent en los van een context kan worden gezien. Deze aanname houdt indirect in dat taal puur om het uitwisselen van informatie gaat. Maar is dit wel zo? Hiernaast verdwijnen de achterliggende gedachten van de ouderen die mee hebben gedaan aan het onderzoek, terwijl juist deze gedachten van mensen en de context waaraan ze gekoppeld zijn, inzicht geven in de waarden die voor hen belangrijk zijn.

Om deze nadelen te voorkomen, is er in dit onderzoek voor gekozen om een *discoursanalyse* uit te voeren. De discoursanalyse neemt alle aspecten mee die er toe doen in een bepaalde context, zoals patronen van woorden, daden, waarden en overtuigingen (Gee, 1999, p. 19). Daarnaast wordt er bij deze vorm van onderzoek van uit gegaan dat betekenis wordt gegenereerd door middel van interactie, waardoor identiteiten, relaties en politiek een even belangrijke rol spelen (Gee, 1999, p. 12).

2.2 Discoursanalyse

Binnen de sociale wetenschappen en organisatiewetenschappen bestaat een breed begrip van het begrip discours (Alvesson & Kärreman, 2000, p. 1126). Echter, het algemene idee van een discours is dat taal wordt gestructureerd door middel van patronen in uitingen van mensen, wanneer ze deelnemen aan verschillende sociale contexten (Jørgensen & Philips, 2002, p. 3). Gee (1999)

beschrijft een discours op een vergelijkbare manier, maar voegt hieraan toe dat we hetgeen we communiceren, passend maken voor de context waar we in verkeren, terwijl onze manier van communiceren tegelijkertijd de context vormt. Het gaat hierbij echter niet alleen om de taal, maar ook om interactie, gedachtes, gevoelens en overtuigingen waarmee we continu onze werelden construeren en herconstrueren (Gee, 1999, p. 11).

Met betrekking tot de analyse van discours, bestaan er meerdere methoden. Potter (1997, p. 145) identificeert vijf vormen van discoursanalyse die ontstaan zijn vanuit verschillende stromingen:

- In de linguïstiek wordt het gebruikt door na te gaan hoe zinnen of uitingen samenhangen in het discours, waarbij specifieke woorden binnen een bepaalde context centraal staan, zoals het woord 'maar'.
- Een tweede manier waarop discoursanalyse binnen de linguïstiek wordt gebruikt, is het onderzoek naar interactiepatronen tussen personen en wat hun taal zegt over hun relatie.
- In de cognitieve psychologie wordt discoursanalyse gehanteerd om te onderzoeken hoe mensen vanuit hun gedachten een script gebruiken om narratieven te begrijpen.
- De vierde vorm wordt geassocieerd met Michel Foucault, waarin onderzocht wordt hoe een discours, of een set van uitspraken, bepaalde objecten en subjecten vormt. Deze vorm is in paragraaf 3.3. verder toegelicht.
- De vijfde vorm van discoursanalyse is een combinatie van deze vier vormen, maar dan toegepast met een andere analysevorm, zoals conversation analysis.

2.3 Achtergrond discoursanalyse volgens Michel Foucault

In dit onderzoek is de discoursanalyse volgens de werkwijze van Foucault gebruikt, omdat hiermee een beeld wordt geschetst van hoe bepaalde ideeën tot stand zijn gekomen betreffende een onderwerp en hoe tegen dit onderwerp wordt aangekeken in de maatschappij (Mills, 2003, p. 2). Deze werkwijze levert niet zozeer nieuwe kennis op met betrekking tot een bepaald onderwerp, maar geeft wel inzicht in de wijze waarop kennis rond dit onderwerp wordt geproduceerd (Downing, 2003, p. vii). Met andere woorden; de perspectieven waarmee we naar een onderwerp kijken, bepaalt in grote mate wat we ontdekken. Kenmerkend aan deze werkwijze is dat populaire ideeën gereconstrueerd en gerelativeerd worden, door te laten zien dat dit slechts één manier is van kijken. Waar auteurs als Gee (1999) en Jørgensen & Philips (2002) in hun beschrijving van discours zich richten op 'taal', ziet Foucault een discours als het geheel aan redematies waarmee een onderwerp in een bepaald perspectief wordt gezet (Mills, 2003, p. 54). Het discours wordt gevormd door de geschreven en/of gesproken teksten rond dit onderwerp. Een discours is echter niet een vaststaand iets, het is continu in beweging, omdat het door mensen wordt gevormd (Mills, 2003, p. 3).

Volgens Foucault schuilt macht in een discours omdat daarin wordt bepaald wat 'normaal en abnormaal' wordt genoemd, wat automatisch resulteert in het toewijzen van machtsposities (Foucault, 1976, p. 9). Zo zegt Foucault in 'De orde van het vertoog', de vertaling van 'L'ordre du discours': *"Ik veronderstel dat in iedere maatschappij de productie van het spreken tegelijkertijd wordt gecontroleerd, geselecteerd, georganiseerd en geheerdistribueerd door een aantal procedures die tot doel hebben de machten en gevaren ervan te bezweren, het gebeurteniskarakter ervan te*

beheersen en de drukkende, vreeswekkende materialiteit ervan te ontwijken” (Foucault, 1976, p. 9). Met deze laatstgenoemde materialiteit bedoelt Foucault de manier waarop we over een bepaald onderwerp denken en kennis hebben vergaard, bewust en onbewust (Kendall & Wickham, 1999, hs. 2, p. 22).

De macht in een discours kan er voor zorgen dat bepaalde mensen of opvattingen uitgesloten worden. Deze worden door Foucault ‘uitsluitingsmechanismen’ genoemd (Foucault, 1976, p. 10). In ‘De orde van het vertoog’ beschrijft Foucault drie categorieën van uitsluitingsmechanismen:

- De externe mechanismen
- De interne mechanismen
- De regels van het vertoog

De externe mechanismen bestaan uit ‘het verboden woord’ (niet alles is bespreekbaar), ‘de verstoting van de waanzin’ (het spreken van de gek is ongeldig) en ‘de wil tot waarheid’ (de scheiding tussen waar en onwaar is willekeurig en plooibaar).

De interne mechanismen zijn ‘het commentaar’, ‘de auteur’ en ‘de discipline’. Deze hebben betrekking op het gebruik van de taal. Bij ‘het commentaar’ draait het om kernverhalen die een maatschappij bevat, die worden verteld, herhaald en gevarieerd. Hierdoor ontstaat een zekere verdeling van het discours in verschillende lagen: woorden die dagelijks worden gezegd en vervliegen en woorden die eindeloos gebruikt worden. Met ‘de auteur’ wordt bedoeld: het begin van de groepering van woorden van het vertoog. ‘De auteur’ is dus niet een persoon. Het derde interne mechanisme is ‘de discipline’, waarmee bepaalde regels van een discursieve orde¹ aangegeven worden. Een stelling moet binnen deze regels passen, voordat ervan gezegd kan worden of deze stelling waar of niet waar is.

Als het onderwerp of het subject gaat uitmaken wie het recht van spreken heeft, ontstaat met de regels van het vertoog de derde categorie: ‘het ritueel’, ‘de vertooggemeenschap’, ‘de doctrine’ en ‘de sociale toe-eigening van het vertoog’. Hierbij gaat het om de voorwaarden of regels waaronder het vertoog plaats mag vinden (Foucault, 1976, p. 10). Met andere woorden: Zijn er onderwerpen waar niet over gesproken mag worden? Of zijn er gesprekken waarin bepaalde opvattingen de boventoon voeren of waarbij bepaalde opvattingen of mensen uitgesloten worden?

Foucault beschrijft twee vormen van analyse om de uitsluitingsmechanismen naar boven te halen. De eerste is archeologie, waarbij de onderzoeker probeert de vormen van uitsluiting, beperking en toe-eigening af te bakenen, door te laten zien hoe ze tot stand zijn gekomen. Als antwoord op welke behoefte? Wat voor beperkingen hebben ze in feite teweeg gebracht? De tweede vorm van analyse is genealogie. Hierbij gaat de onderzoeker na hoe, ondanks of met behulp van de beperkingen, discourses zich hebben kunnen vormen. Onder welke condities konden ze opduiken, groeien en veranderen?

¹ Een discursieve orde (vaak discipline genoemd) wordt gevormd door bepaalde regels en eisen waar iedere propositie of stelling aan moet voldoen, om deel uit te kunnen maken van deze orde; Foucault, M. (1976), p. 10

2.4 Toepassing van de discoursanalyse van Michel Foucault

In dit onderzoek wordt de genealogie als analysevorm gebruikt, omdat daarmee de verschillende perspectieven op 'goede zorg' kunnen worden weergegeven. Aangezien met behulp van archeologie vooral de totstandkoming van deze perspectieven worden beschreven en dit niet het doel is van dit onderzoek, wordt deze analysemethode achterwege gelaten. Voor de verdere uitvoering van een discoursanalyse zijn in de literatuur geen duidelijke richtlijnen bekend en behalve de beschrijving van archeologie en genealogie heeft Foucault geen methode opgesteld voor zijn werkwijze. Door de manier waarop hij een discours beschrijft, is het echter wel mogelijk om een aantal kenmerkende aspecten uit zijn werkwijze te filteren. Mills (2003, p. 28) en Kendall & Wickham (1999, hs. 2 p. 5) hebben een aantal kenmerken benoemd:

- Twee aspecten die van belang zijn om de geschiedenis op een bepaalde wijze te kunnen gebruiken, is het uitgaan van contingenties in plaats van oorzaken en sceptisch te zijn over de beweringen die je doet of hoort. In zijn boeken heeft Foucault de ontwikkeling van een verschijnsel of onderwerp over de tijd beschreven. Het weergeven van de geschiedenis is dan ook een belangrijk aspect van zijn werk. Hiermee laat hij zien hoe een verschijnsel van nu zich verhoudt tot hetzelfde verschijnsel in het verleden. Kendall & Wickham geven dit als volgt aan: *"To use history in the Foucaultian manner is to use it to help us see that the present is just as strange as the past"* (Kendall & Wickham, 1999, p. 4). Ondanks dat in dit onderzoek geen verschijnsel over tijd is onderzocht, heb ik deze aspecten zoveel als mogelijk geprobeerd toe te passen als onderzoeker;
- Een ander belangrijk aspect van de werkwijze van Foucault, is het herkennen van bijzonderheden in sociale contexten en deze kritisch te analyseren door hier vragen over te stellen en ze zo naar boven te halen;
- Een derde kenmerk is dat Foucault in zijn analyse niet verwijst naar discourses van individuen, maar deze in een groter geheel plaatst, naast andere discourses die rond een onderwerp aan de orde zijn.

Deze kenmerken zijn in dit onderzoek gevolgd. Daarnaast zijn de uitsluitingsmechanismen van Foucault gebruikt, met behulp van genealogie. Dit houdt in dat de mechanismen niet letterlijk op uitspraken zijn geplakt als een soort codering, maar gebruikt zijn om kritisch naar uitspraken van mensen te kijken. Dit leverde vragen op als: Zijn ouderen zich bewust van hetgeen ze niet krijgen of hebben zij hun wensen aangepast aan de dagelijkse praktijk? Hoe ervaren verpleegkundigen dat ze zorg bieden en wat is hetgeen waar zij het meest over praten? Wanneer het zorgkantoor over participatie spreekt, wat wordt er dan niet benoemd? Antwoorden op deze vragen hebben een beeld gevormd van de manier waarop de genoemde stakeholders momenteel betekenis geven aan 'goede zorg', maar geven daarnaast ook aan of er hierbij sprake is van verschillen en/of overeenkomsten. Als laatste geeft dit ook weer wat deze verschillende discourses betekenen voor de ouderenzorg.

2.5 Dataverzameling

2.5.1 Context en betrokkenen

In dit onderzoek is informatie verzameld bij verscheidene betrokkenen:

- Ouderen: woonachtig in locatie Blijdorp van zorginstelling Laurens of zelfstandig wonend in de Rotterdamse wijk Blijdorp
- Zorgverleners: mantelzorgers, hulpverleners en leidinggevendend werkzaam in de ouderenzorg van zorginstelling Laurens
- Zorginstanties: zorgkantoor Achmea en ministerie van Volksgezondheid

Dit onderzoek richt zich primair op ouderen die verblijven in zorglocatie Blijdorp, een locatie van zorgorganisatie Laurens die ouderen mogelijkheden aanbiedt op het gebied van wonen, diensten en zorg in Rotterdam en omstreken. Locatie Blijdorp, genoemd naar het gelijknamige wijk in Rotterdam, bestaat uit een deel verzorgingshuis en een deel verpleeghuis. Het verzorgingshuisdeel bestaat uit zes etages met op iedere etage negen bewoners. Deze mensen wonen overwegend zelfstandig, waarbij aanvullende zorg wordt verleend. Iedere bewoner heeft zijn of haar appartement zelf ingericht. Alle appartementen beschikken over een kleine keuken en badkamer. Een team van verzorgenden en verpleegkundigen ondersteunen deze mensen bij het wassen en aankleden, indien dit nodig is. Op de eerste etage is een restaurant aanwezig waar de mensen geregeld komen eten en er is een oefenzaal waar zij bij de fysiotherapie kunnen oefenen of een activiteit kunnen doen.

Hoewel met het grootste deel van de bewoners goed kan worden gecommuniceerd, wonen er hier ook mensen waarbij er sprake is van een vergevorderd stadium van dementie. Deze dementie bemoeilijkt zowel de gesproken als geschreven communicatie in grote mate. Hoewel de wensen en behoeften van deze mensen ook belangrijk zijn, kunnen zij door hun beperkte communicatiemogelijkheid niet deelnemen aan een discoursanalyse.

De ouderen die in het verzorgingshuisdeel wonen, hebben in verschillende mate zorg nodig. Omdat er bij de meeste mensen sprake is van een achteruitgang, hebben ze over tijd steeds meer zorg nodig. De groep mensen die in zorglocatie Blijdorp woont, is over het algemeen welgesteld en komt van oorsprong uit de wijk Blijdorp. In totaal zijn vijf bewoners in het verzorgingshuis Blijdorp geïnterviewd. Daarnaast zijn twee ouderen met thuiszorg, wonend in de wijk Blijdorp, geïnterviewd.

De oudere, die opgenomen wordt in een verzorgingshuis, heeft bijna altijd nauw betrokkenen om zich heen, zoals een echtgenoot, kinderen of een vriend of vriendin. Omdat dit in veel gevallen de mantelzorger is, die vaak goed op de hoogte is van de levensomstandigheden van de oudere en daardoor ook invulling kan geven aan de wensen en behoeften, is deze geïnterviewd. Daarnaast heeft een van de geïnterviewde ouderen, die zelfstandig met thuiszorg in de wijk Blijdorp woont, gesproken over zijn ervaringen als mantelzorger. De zorgverleners, zoals verzorgenden en verpleegkundigen, zijn geïnterviewd omdat zij de mensen zijn waarvan wordt verwacht dat zij aansluiten op de wensen en behoeften van ouderen. De mensen in de lagen boven de zorgverleners, met andere woorden de managers, regiodirecteur en het bestuur, zijn bij dit onderzoek betrokken,

omdat zij via hun beleidsbepalende positie invloed hebben op de manier waarop de zorg en behandeling bij ouderen plaatsvindt en de mogelijkheden daarbinnen.

Naast ouderen en de betrokkenen vanuit Laurens, zijn zorginstanties als het zorgkantoor in Rotterdam en het ministerie van Volksgezondheid ook onderdeel van dit onderzoek, omdat zij de visie op zorg van organisaties beïnvloeden doordat zij allerlei condities bepalen. Hierbij is veelal informatie opgehaald door gepubliceerde teksten te analyseren, en daarnaast met behulp van een interview met een zorginkoper VV&T (verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg) van het zorgkantoor Achmea.

2.5.2 Databronnen

De data in dit onderzoek zijn op verschillende manieren verkregen, namelijk door middel van interviews, observaties en documenten. In onderstaande tabel is aangegeven welke vorm van data verzameld is bij de verschillende betrokkenen.

| | Vorm van data | | |
|-----------------------|---------------|-------------|------------|
| | Interviews | Observaties | Documenten |
| Ouderen | X | X | |
| Zorgverleners | X | X | X |
| Zorginstanties | X | | X |

Tabel 1. Gebruikte vormen van data bij de betrokkenen

Interviews

Er is gebruik gemaakt van open interviews, waarbinnen een aantal thema's aan bod is gekomen, door bepaalde vragen te stellen en door te vragen op de antwoorden van de geïnterviewden. Alle interviews zijn opgenomen op een geluidsdrager en tijdens of na het interview het gesprek zijn aantekeningen gemaakt. Van ieder interview is een eerste analyse gemaakt, welke vervolgens ter beoordeling is teruggegeven aan de geïnterviewde. Deze heeft aangegeven of hij of zij akkoord ging met de beschrijving en hierbij eventuele aanpassingen en aanvullingen benoemd (member checking) (Erlandson et al., 1993, p. 142). Aangezien de interviews bij verscheidene betrokkenen zijn afgenomen, zijn verschillende voorbeeldvragen gebruikt in de interviews. Deze vragen hebben als richtlijn gediend en zijn weergegeven in bijlage 1.

Het doel van het interview is om gedachten en waarden omtrent 'goede zorg' naar boven te halen. Door de setting van een interview is er sprake van een onnatuurlijke situatie. Hierbij is de hoeveelheid informatie die een betrokkene wil delen afhankelijk van de mate van veiligheid en het vertrouwen die de betrokkene ervaart en de mate waarin uitspraken effect kunnen hebben op het dagelijks leven na afloop van het interview. Ik heb daarom geprobeerd de betrokkene tijdens het interview op haar/zijn gemak te stellen. Daarnaast zijn de interviews zoveel mogelijk afgenomen onder betrokkenen waar ik geen directe relatie mee heb in mijn dagelijkse werkzaamheden. Omdat ik werkzaam ben binnen dezelfde organisatie waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden, heb ik hiermee willen voorkomen dat betrokkenen mij zagen als medewerker bij Laurens in plaats van onderzoeker.

Observaties

Om ook op basis van interactiemomenten tussen verschillende betrokkenen de discoursen te kunnen beschrijven, is een drietal observaties uitgevoerd in het verzorgingshuisdeel in locatie Blijdorp. Hierbij gaat het om twee situaties waarin een bewoner wordt geholpen door een verpleegkundige/verzorgende en meerdere situaties waarbij bewoners (ouderen) onderling met elkaar in gesprek zijn. Deze observaties zijn vastgelegd door aantekeningen te maken en opvallende uitspraken te noteren. Deze aantekeningen hebben vooral betrekking op de manier waarop de communicatie verloopt tussen de bewoner en de hulpverlener en andere betrokkenen op dat moment. Ook is gekeken of eventuele wensen besproken worden. Welke gebeurtenissen vallen op en welke dingen gebeuren er opvallend genoeg niet? En welke overtuigingen liggen er bij de verschillende betrokkenen ten grondslag aan dergelijke situaties?

Net als bij een interview is de setting bij een observatie van belang voor het ophalen van informatie. Het doel van de observaties is om uit de manier waarop mensen in de dagelijkse praktijk met elkaar in gesprek zijn, waarden en gedachten omtrent 'goede zorg' naar boven te halen. Hierbij worden mensen in een natuurlijke setting geobserveerd. Echter, doordat de onderzoeker zichtbaar is, wordt deze setting minder natuurlijk en is het afhankelijk van de veiligheid die de betrokkenen ervaren of ze op een natuurlijke wijze doorgaan met hun gesprek. Als onderzoeker heb ik daarom geprobeerd mij afzijdig te houden, maar wel laten zien dat ik aanwezig ben, waardoor betrokkenen niet het gevoel zouden krijgen dat ik aan het afluisteren was. Daarnaast geldt voor de observaties dat de hoeveelheid informatie die een betrokkene deelt, afhangt van de relatie die de betrokkene met de onderzoeker heeft. Vandaar dat de observaties ook zoveel mogelijk hebben plaatsgevonden bij betrokkenen waar ik geen directe relatie mee heb in mijn dagelijkse werkzaamheden. Doordat ik geen onderdeel was van het gesprek, werd er onderling over andere aspecten gesproken, die andere informatie opleverde omtrent 'goede zorg'.

Documenten

Zoals eerder aangegeven, zegt de manier waarop over 'goede zorg' wordt gesproken, veel over de gedachten en overtuigingen van mensen in de verschillende contexten. Hetzelfde geldt voor geschreven teksten over 'goede zorg'. Vandaar dat documenten zijn verzameld bij verschillende instanties die betrokken zijn bij de ouderenzorg. Omdat deze instanties vooral een beleidsbepalende positie hebben, zijn voornamelijk visiedocumenten verzameld. Voor het verzamelen van deze documenten is gezocht naar tekst rondom 'visie goede zorg ouderen' en 'wensen en behoeften ouderen' (met betrekking tot zorg). De volgende documenten van Laurens zijn gebruikt: de missie en visie van Laurens (<http://www.laurens.nl/over-laurens/missie-en-visie>), zoals deze is vermeld op de website van Laurens, en de Laurenskrant, de krant die aan bewoners en klanten van Laurens wordt aangeboden. Daarnaast is een gepubliceerd interview toegevoegd met Roelof Konterman, lid raad van bestuur Achmea (Wansink, 2013). Als laatste is een gezamenlijk rapport van CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties), NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) en ZonMw (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) bijgevoegd (CSO, NFU & ZonMw, 2012). Dit rapport beschrijft de visie van deze organisaties met betrekking tot de toekomst van de ouderenzorg en is opgesteld in de context van het Nationaal

Programma Ouderenzorg (NPO). Het NPO is in 2008 gestart in opdracht van het ministerie van VWS. Een overzicht van alle documenten die gebruikt zijn in dit onderzoek zijn weergegeven in bijlage 3.

2.6 Data-analyse

De data-analyse heeft tegelijkertijd plaatsgevonden met de dataverzameling. Daarnaast is op verscheidende momenten een tussentijdse evaluatie uitgevoerd, waarin de resultaten die op dat moment naar voren kwamen, in grote lijnen zijn beschreven. De data-analyse van de interviews, observaties en documenten is op vergelijkbare wijze uitgevoerd, doordat in alle data is gezocht naar hoe gesproken of geschreven wordt over 'goede zorg', 'wensen ouderen' of 'behoeften ouderen' en informatie die hiermee verbonden is. Soms zijn letterlijke quotes vermeld, omdat deze de context, gedachte of overtuiging van een betrokkene goed weergaven. Ook is genoteerd wat mij als onderzoeker opviel, bijvoorbeeld gerelateerd aan hetgeen een geïnterviewde heeft verteld. Daarentegen zijn non-verbale uitingen zoals intonatie of mimiek zoveel mogelijk buiten de analyse gelaten. Een enkele keer is dit wel vermeld, wanneer dit van betekenis was voor de gedachte of overtuiging die een betrokkene ergens bij had.

Interviews

De analyse van de interviews bestond uit twee stappen. Een analyse is uiterlijk twee dagen na ieder interview uitgevoerd en bevat de voorbeeldvragen zoals deze zijn weergegeven in bijlage 1. Bij iedere vraag is aangegeven wat de geïnterviewde hierover heeft gezegd of wat mijn gedachten hierbij waren. Dit laatste bestond meestal uit het beschrijven van het gevoel of de overtuiging die de geïnterviewde erbij leek te hebben. Een voorbeeld hiervan is: 'Bij veel dingen die ze benoemt, schemert door dat mw. zich realiseert dat ze dat niet alleen kan en dus iemand nodig heeft, maar dit benoemt ze niet'. Met de eerste analyse is een member check uitgevoerd, waarin de geïnterviewde derhalve ook kon reageren op de vermelde gedachten.

Na de member check is een tweede analyse op vergelijkbare wijze uitgevoerd. Hierbij is de eerste analyse aangevuld met relevante informatie uit het interview. De tweede analyse is uitgevoerd omdat er gaandeweg meer of andere relevante informatie naar voren kwam, waar in de eerste analyse aanvankelijk geen aandacht voor was. Een voorbeeld van de analyses die hieruit voort zijn gekomen, is weergegeven in bijlage 2. Naast deze twee analyses zijn de interviews niet letterlijk uitgeschreven omdat het in de discoursanalyse volgens de werkwijze van Foucault draait om het naar boven halen van de ideeën en overtuigingen van mensen. Het gaat niet om de samenhang van zinnen of woorden, zoals binnen de discoursanalyse in de linguïstiek vaak wel het geval is. Wanneer echter een bepaald woord of een bepaalde zin een overtuiging helder weergaf, is dit wel letterlijk uitgeschreven in de analyse.

Observaties

In de analyse van de observaties is vooral beschreven hoe er over de wensen van de bewoner wordt gesproken en waar bewoners onderling over praten. Hierbij gaat het om vragen als: Hoe worden behoeften afgestemd en in hoeverre geven ouderen aan wat ze willen? En geven bewoners op het moment zelf aan wat ze prettig of belangrijk vinden? Hoe wordt hier door de zorg op gereageerd?

Documenten

In de verzamelde documenten zijn uitingen rondom de visie op 'goede zorg' gearceerd. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is benoemd, is gezocht naar begrippen als 'goede zorg', 'wensen ouderen' of 'behoefte ouderen' en naar informatie die hiermee verbonden is.

Van data naar discourses

Het beschrijven van de discourses omtrent 'goede zorg' is stapsgewijs uitgevoerd. De stappen zijn als volgt:

1. **Benoemen:** Per interview, observatie en document zijn de discourses benoemd die naar voren komen;
2. **Clusteren:** De meest voorkomende discourses zijn geclusterd;
3. **Beschrijven:** De meest voorkomende discourses zijn uitgebreid beschreven;
4. **Vergelijken:** De discourses zijn met elkaar vergeleken, waarbij verschillen en overeenkomsten zijn benoemd;
5. **Betekenis:** De betekenis van deze verschillen en overeenkomsten voor ouderenzorg is beschreven.

Stap 1. Bij ieder(e) interview, observatie en document zijn de discourses benoemd die het meest zichtbaar waren. De discourses zijn bepaald door de gedachten en overtuigingen die naar voren kwamen, samen te vatten tot één of twee zinnen. Een voorbeeld hiervan is: 'Ik moet geen wensen hebben, want dan ga je je zorgen maken en daardoor achteruit'.

Stap 2. Binnen de betrokkenen is gekeken welke discourses het meest voor kwamen. Door het gebruik van open interviews hebben mensen vanuit zichzelf aan kunnen geven wat zij belangrijk vinden. Hierdoor is een grote variëteit aan data verzameld. Om tot bruikbare conclusies voor de praktijk te komen, zijn discourses geclusterd. Deze discourses zijn uitgebreid beschreven vanuit meerdere perspectieven, om zo het effect van het clusteren op de context zoveel mogelijk te minimaliseren. In totaal zijn vijf discourses beschreven, waarbij er binnen een discours als het ware sprake is van subdiscourses omdat er op verschillende manieren over wordt gesproken.

Stap 3. Ieder discours is inhoudelijk beschreven, waarbij niet is verwezen naar betrokkenen uit de data. Echter, voorbeelden die betrokkenen hebben aangevoerd en een bepaalde context verhelderen, zijn wel beschreven. Voor de beschrijving van de discourses is gebruik gemaakt van de uitsluitingsmechanismen, aan de hand van de volgende vragen:

- Wat mag er wel en niet besproken worden?
- Welke regels/kaders zijn hier aan verbonden?
- Is dit verbonden aan specifieke personen?

Stap 4. De discourses zijn naast elkaar gelegd en de verschillen en overeenkomsten zijn beschreven. Hierbij is aangegeven hoe dit tot uiting komt, door onder andere te benoemen waar bepaalde betrokkenen de nadruk op leggen.

Stap 5. Van de gevonden verschillen en overeenkomsten bij stap 4 is beschreven wat ze betekenen voor de ouderenzorg. Wat is het effect van deze verschillen en overeenkomsten en wat merken ouderen hier van, nu of in de toekomst? Dit is gedaan met behulp van literatuur die is gekoppeld aan de vijf discourses die in de tweede stap zijn benoemd. Bij stap 5 ligt meer de focus op de relatie tussen de verschillende discourses.

Aandachtspunten

Bij het doorlopen van deze stappen was het van belang dat er geen relevante data verloren ging. Vandaar dat ik als onderzoeker heb geprobeerd mijn eigen verwachtingen van de analyse niet te laten leiden bij het clusteren van de discourses. Hierbij hebben de tussentijdse resultaten, die vanaf het begin van de dataverzameling gemaakt zijn, een ondersteunende rol gehad.

3. Resultaten

Zoals bij de methodologie van dit onderzoek is beschreven, geeft een discours volgens de werkwijze van Foucault weer hoe er naar een bepaald onderwerp wordt gekeken. In dit hoofdstuk is weergegeven hoe er naar 'goede zorg' gekeken wordt en op wat voor manier hierover wordt gesproken. Dit is weergegeven in vijf verschillende discourses, welke in paragraaf 3.1 zijn toegelicht. Per discours wordt er door ouderen, zorgverleners en zorginstaties op verschillende manieren gesproken en worden subdiscourses genoemd en worden beschreven in paragraaf 3.2.

3.1 Discourses

Wanneer ouderen, zorgverleners en zorginstaties over 'goede zorg' praten, valt op dat, naast het begrip 'zorg', onderwerpen als wonen, eten en huishoudelijke zorg aan bod komen. Het begrip 'zorg' moet dus breder gezien worden dan alleen de zorg van een zorgmedewerker aan een zorgvrager. Uit de interviews, observaties en documenten komen de volgende discourses naar voren:

- **Aandacht:** het contact en de gesprekken die men met elkaar voert;
- **Ouder worden:** de impact van de gevolgen van het ouder worden;
- **Wensen:** behoeften die verder gaan dan de dagelijkse gang van zaken;
- **Zorgverlening:** ondersteunen en omgaan met gebreken;
- **Zelfstandigheid:** geeft aan in hoeverre mensen voor zichzelf kunnen zorgen en wat ze nodig hebben om dat te kunnen doen.

| Discours | Ouderen | Zorgverleners | Zorginstaties |
|------------------------|---------------------------------------|---|--|
| Aandacht | Willen erbij horen | Vinden aandacht belangrijk | n.v.t. |
| Ouder worden | Ervaren dit als een probleem | Zien dit als een probleem | Zien dit als een probleem |
| Wensen | Uiten geen wensen | Mantelzorgers hebben geen wensen/overige zorgverleners blijven vragen naar wensen | Willen zo goed mogelijk aansluiten op wensen |
| Zorgverlening | Ervaren grenzen zoals tijd en geld | Ervaren grenzen, zoals tijd, geld, systemen en medewerkers | Vinden dat dit volgens regels en keurmerken moet |
| Zelfstandigheid | Praten over gevolgen van ouder worden | Willen de zelfstandigheid van ouderen behouden | Willen de zelfstandigheid van ouderen bevorderen |

Tabel 2. De betekenissen van de verschillende groepen in het kort weergegeven per discours

Hoewel deze discoursen als separaat worden behandeld, hangen ze nauw met elkaar samen en vertonen daardoor enige overlap. De discoursen hebben per groep een verschillende betekenis. In tabel 2 is in het kort weergegeven hoe er door de verschillende groepen binnen iedere discours wordt gesproken. Zorginstanties praten niet over aandacht, vandaar dat dit niet ingevuld is.

3.2 Verschillen en overeenkomsten

In deze paragraaf is per discours aangegeven op welke manier ouderen, zorgverleners en zorginstanties er over praten en welke verschillen en overeenkomsten er zijn.

Discours 1: Aandacht

Binnen de discours *aandacht* zijn ouderen en zorgverleners het er over eens dat aandacht heel belangrijk is. Er zijn echter verschillen merkbaar met betrekking tot de manier hoe deze aandacht gegeven moet worden. Waar ouderen graag een praatje maken over actuele zaken zoals het nieuws, is de zorgverlener vooral gericht op de medische situatie van de oudere.

Ouderen

Wanneer ouderen beschrijven wat de zorg 'goed' maakt, dan is dat vaak gekoppeld aan de persoon die het uitvoert. Een verzorgende of verpleegkundige die vriendelijk is en een praatje maakt, wordt als prettig ervaren. Hierbij maakt het weinig uit of ze de zorg in de juiste volgorde uitvoert of precies weet wat er moet gebeuren. Het gaat hierbij dus om de aandacht die ze krijgen. Bijna iedere oudere in dit onderzoek heeft aangegeven aandacht heel belangrijk te vinden, maar vindt het moeilijk om te beschrijven wat dan die aandacht is. Een meneer omschreef het als volgt: "dat je het gevoel hebt dat iemand bij jou wil zijn in plaats van moet zijn". Voor de meeste mensen die deelgenomen hebben aan dit onderzoek lijkt deze aandacht hen een gevoel te geven dat ze belangrijk gevonden worden. Dit blijkt uit het feit dat ze veel terugblikken naar hun verleden, naar de tijd dat ze nog werkten en een bepaalde verantwoordelijkheid hadden. Maar ook dat ze dingen ondernamen met vrienden en kennissen, toen ze hiertoe fysiek nog in staat waren. Een mevrouw omschreef dit alles als 'erbij horen'. Dezelfde mevrouw gaf aan dat ze na ons gesprek over actuele onderwerpen helemaal was opgeknapt, want ze hoorde er weer bij. Met andere woorden: ze komen uit een periode waarin ze bepaalde taken en verantwoordelijkheden hadden en daarmee wat betekenden voor anderen, in hun werk of thuis. Nu ervaren ze, door een gebrek aan aandacht, dat ze als het ware niet meer nodig zijn en verlangen terug naar de tijd dat dit nog wel zo was. In deze vorm heeft aandacht dus een specifieke rol. Door contact te hebben met mensen en bezig te zijn met actuele zaken krijgen ze het gevoel dat ze weer onderdeel zijn van de maatschappij. Ze 'horen er weer bij'.

Zorgverleners

Net als ouderen benoemen zorgverleners aandacht als zeer belangrijk. Zowel verzorgenden /verpleegkundigen als leidinggevenden vinden het van belang dat ouderen voldoende aandacht krijgen. Beiden vinden echter dat dit beter kan. Verzorgenden en verpleegkundigen ervaren dat ze meer aandacht kunnen geven in de vorm van tijd, terwijl leidinggevenden zich afvragen of iedere medewerker wel in staat is om op een bepaalde manier aandacht te geven. Hierbij is dus sprake van een bepaalde hoeveelheid aandacht versus de wijze van benadering van de ouderen.

Discours 2: Ouder worden

Bij de discours *ouder worden* is er sprake van een grote overeenkomst tussen de drie groepen. Zowel ouderen, als zorgverleners en zorginstanties zien namelijk het ouder worden als een probleem. Geen van de geïnterviewden benoemt dit direct zo, maar dit blijkt uit de manier waarop ze hier over praten.

Ouderen

Wanneer ouderen het over 'goede zorg' hebben, praten zij ook geregeld over ouder worden en dan met name over de nadelige gevolgen hiervan. Ze merken dat ze minder mobiel zijn en niet meer overal naar toe kunnen. Daarnaast worden ze ten gevolge van fysieke of geestelijke beperkingen steeds minder zelfstandig. Ze ervaren het als moeilijk om dit proces te accepteren en voor velen van hen lukt dit dan ook niet. Zo gaf een mevrouw aan: "Mensen die nooit oud geweest zijn, weten niet wat oud zijn is. Nu weet ik het pas." Daarnaast hebben veel ouderen het over 'die ouderen', alsof ze daar zelf geen onderdeel van zijn. Doordat ze ouder worden, moeten ze zorgverleners of hun familie om hulp vragen, wat ze eigenlijk heel vervelend vinden, want voorheen konden ze dat allemaal zelf. Hierin speelt ook mee dat ze door deze afhankelijkheid bepaalde dingen niet meer kunnen doen op de manier zoals zij gewend waren. Waar voorheen iemand zich in een bepaalde volgorde waste en aankleedde, worden nu de schoenen aan getrokken wanneer iemand op bed ligt omdat dit gemakkelijker is voor de zorg. Daarnaast ervaren ouderen dat hun sociale contacten afnemen, doordat hun vrienden overleden zijn of te ver weg wonen. Kortom: in alle dagelijkse bezigheden ervaren ouderen de gevolgen van het ouder worden, welke ze ervaren als een probleem.

Zorgverleners

Zorgverleners zien de gevolgen van het ouder worden ook als probleem. Dit benoemen zij niet op deze manier, maar dit is zichtbaar tijdens momenten waarop zij ouderen verzorgen. Wanneer zij bijvoorbeeld geconfronteerd worden met een bewoner die aangeeft dat ze moeite heeft met het feit dat ze steeds minder kan, reageren ze hierop door aan te geven dat mevrouw nog heel veel kan. Er wordt dus weinig bij stil gestaan dat ouderen hier last van hebben, terwijl dit laatste in grote mate de gemoedstoestand van ouderen bepaalt. Ook in andere lagen van de zorgorganisatie wordt dit weinig benoemd, maar wordt vooral besproken hoe zorgverleners ouderen kunnen ondersteunen. Hierbij gaat het veelal over het ondersteunen bij de dingen die ouderen niet meer kunnen, in plaats van extra stimulans bij wat ze nog wel kunnen. Omdat zorgverleners vinden dat voor alle problemen een oplossing gevonden moet worden, lijkt het soms alsof zij vergeten dat veel van de gebreken die ouderen hebben het gevolg zijn van het ouder worden. Daarbij speelt mee dat wanneer een oudere achteruit gaat qua gezondheid, het lijkt alsof dit de instelling en het personeel wordt verweten, door zowel ouderen, zorgverleners als zorginstanties.

Zorginstanties

Wanneer zorginstanties praten over ouder worden als een probleem, komt dit vooral terug in de gepubliceerde documenten waarin ouderen beschreven worden als kwetsbare ouderen. Daarbij wordt aangegeven dat ouderen meer zelf moeten doen in de toekomst, waardoor gesuggereerd kan worden dat ze passief zijn. Het ouder worden wordt door zorginstanties ook als probleem gezien in verband met de hoge kosten die er mee gemoeid gaan om ouderen te ondersteunen en verzorgen.

Discours 3: Wensen

Binnen de discours *wensen* zijn grote verschillen merkbaar tussen de verschillende groepen. Waar ouderen en mantelzorgers hun wensen niet uiten, proberen andere zorgverleners en zorginstanties de hulpverlening zo goed mogelijk aan te sluiten op de wensen van ouderen en hun omgeving.

Ouderen

Naarmate ouderen ouder worden, worden ze afhankelijker van anderen. Een goede afstemming tussen de oudere en hulpverleners wordt daarom als nuttig gezien. Ouderen ervaren het echter als vervelend om dingen te moeten vragen en zien dit al snel als klagen. Bij de generatie ouderen die mee gewerkt heeft aan dit onderzoek, veelal 80 jaar en ouder, lijkt het niet gepast om te klagen. Een voorbeeld hiervan is dat een mevrouw een 'geheim' vertelde; ze was afgelopen nacht gevallen en was knel komen te zitten in de wasmand. Ze had vervolgens 25 keer gebeld voordat de zorg kwam. Het feit dat mevrouw dit een geheim noemt, geeft aan dat ze niet wil dat anderen dit ook te weten komen, want dan vindt ze dat je klaagt. Kortom, 'je moet blij zijn met wat je hebt'. Dit laatste geldt overigens meer voor ouderen in een verzorgingshuis dan voor de nog thuiswonende ouderen. Naast dat de ouderen niet willen klagen, speelt ook mee dat ze bang zijn om achteruit te gaan wanneer zij zich teveel zorgen maken. Ouderen passen hun verwachtingen aan hetgeen ze ervaren aan, zoals het ouder worden of een nieuwe omgeving van een verzorgingshuis. Ze passen hun verwachtingen aan en daarmee hun wensen, want 'als je hier teveel aan denkt, ga jij je alleen maar zorgen maken en dan ga je achteruit'. Op de vraag wat deze mensen graag anders zouden willen, antwoordden ze dan ook dat ze niets anders willen, dat ze tevreden zijn. Je kunt je hierbij afvragen hoe een hulpverlener of mantelzorger dan de wensen van een dergelijke oudere in kaart kan brengen.

Zorgverleners

Een specifieke groep zorgverleners, namelijk mantelzorgers, ervaart ook dat ze maar beter hun wensen aan kunnen passen. Bij de ondersteuning van bijvoorbeeld hun vader of partner doen ze datgene waarvan ze denken dat het goed is. Ze ervaren hierbij dat de zorg het erg druk heeft en daarom geen tijd heeft om met hen te bespreken wat de beste taakverdeling is. Eén meneer gaf aan het gevoel te hebben dat zijn advies aan de verzorgende die zijn vrouw ging wassen, eerder als vervelend werd ervaren dan als behulpzaam. Wat opvalt bij deze subgroep mantelzorgers is dat zij in reactie hierop op een vergelijkbare manier reageren als ouderen, namelijk door met zelfbescherming hun wensen aan te passen. De andere zorgverleners zoals verpleegkundigen en leidinggevenden, geven vooral aan dat je aan ouderen moet blijven vragen wat zij willen. In de praktijk komt dit tot uiting door een bewoner te vragen welke kleding ze die dag aan willen en of ze gedoucht willen worden of aan de wastafel gewassen willen worden. Op de vraag wat ze willen, geven ouderen antwoord binnen het kader dat zij mogelijk achten. De zorgverlener geven aan dat de ouderen bijvoorbeeld niet aangeven dat ze een dagje willen winkelen, want ze denken dat de ouderen er al vanuit gaan dat dit niet kan.

Zorginstanties

Zorginstanties zijn met name bezig met de vraag hoe de zorg zo goed mogelijk kan aansluiten op de wensen van ouderen, zodat ouderen de eigen regie behouden. Daarnaast zijn ze op zoek naar geschikte manieren om wensen zo goed mogelijk te kunnen uitvragen. Hiervoor worden allerlei

meetinstrumenten ontwikkeld. Er wordt dus vanuit gegaan dat ouderen specifieke wensen hebben en dat het een kwestie is van goed uitvragen, zodat men hier zo goed mogelijk op aan kan sluiten.

Discours 4: Zorgverlening

Bij de discours *zorgverlening* valt op dat ouderen en zorgverleners vooral aspecten benoemen die gezien kunnen worden als grenzen, waardoor de zorgverlening niet zo uitgevoerd kan worden als ze zouden willen. Daarentegen praten zorginstanties vooral over zorgverlening volgens bepaalde regels en keurmerken.

Ouderen

Ouderen ervaren tijd en geld als grenzen in de zorgverlening. Vooral ouderen die weinig sociale contacten hebben, ervaren dat de mensen om hen heen, zorgmedewerkers maar ook familie, weinig tijd hebben. Hierbij gaat het niet zo zeer om te weinig tijd in zorg die geleverd wordt, maar te weinig tijd om een praatje te maken. Dit hangt dus samen met de discours aandacht. Naast tijd ervaren ouderen ook geld als grens. Sommige ouderen ervaren dat ze steeds meer moeten gaan betalen voor de zorg die ze krijgen, met name doordat ze berichten vernemen over bezuinigingen in de ouderenzorg. Of ze daadwerkelijk meer betalen is niet duidelijk. Geld als grens speelt vooral een rol omdat ouderen het gevoel hebben dat ze nog minder kunnen vragen, want alles 'kost extra geld'.

Zorgverleners

Zorgverleners houden zich in de zorgverlening ook (onbewust) bezig met grenzen. Verzorgenden en verpleegkundigen ervaren vooral tijd als grens. Ze zouden graag meer tijd willen om ouderen nog beter te kunnen ondersteunen, maar geven aan veel tijd kwijt te zijn aan administratieve werkzaamheden. Leidinggevenden en de directie ervaren grenzen als geld, medewerkers, regels, keurmerken en de organisatiestructuur. De eerste grens, geld, heeft te maken met de bezuinigingen die momenteel door de overheid doorgevoerd worden. Daarbij is een zorginstelling voor een deel vrij om te bepalen hoe en waaraan het geld wordt besteed. Medewerkers worden ervaren als grens in die zin dat je niet van iedere medewerker kunt verwachten dat ze de 'juiste' benadering hebben naar ouderen. De derde grens is regels, waarbij het gaat om regels vanuit de overheid, het zorgkantoor of de organisatie zelf. Leidinggevenden ervaren hierbij dat er meerdere systemen zijn waar binnen aspecten uitgevoerd moeten worden, waardoor er niet altijd ruimte is om op behoeften van mensen in te spelen. Een voorbeeld hiervan is een oudere meneer die gebruik maakt van de wasserij in het verzorgingshuis waar hij woont. Deze meneer heeft een gevoelige rug en wil daarom liever niet het was-label in de rug van zijn kleding. Om dit voor meneer te kunnen regelen, dient er een 'uitzondering' gemaakt te worden, op de door de wasserij opgestelde regels. Vergelijkbaar zijn de keurmerken, zoals de verantwoorde zorg, waar een zorginstelling aan moet voldoen om zorg te mogen leveren. Enerzijds vinden zorgverleners dergelijke keurmerken positief omdat een bepaalde basiskwaliteit wordt geleverd. Anderzijds ervaren zij dat er weinig ruimte overblijft om ouderen echt goed te kunnen ondersteunen. Als laatste wordt de organisatiestructuur als grens ervaren doordat er onvoldoende kennisuitwisseling plaatsvindt tussen personen en organisaties om de zorg te kunnen verbeteren.

Zorginstanties

Waar zorgverleners de regels en keurmerken als grens ervaren, zien zorginstanties deze als een basis die nodig is om goede zorg te kunnen leveren. In voorgaande jaren werd dit gestimuleerd door bijvoorbeeld het zorgkantoor, nu wordt het als verplichting gezien.

Discours 5: Zelfstandigheid

Binnen de discours *zelfstandigheid* wordt er door ouderen, zorgverleners en zorginstanties op verschillende manieren naar het begrip zelfstandigheid gekeken. Ouderen praten niet over het begrip, maar praten er indirect over door te benoemen wat ze wel en niet kunnen. Zorgverleners praten vooral over het behouden van de zelfstandigheid van de ouderen, terwijl zorginstanties het bevorderen van de zelfstandigheid van ouderen belangrijk vinden met behulp van maatwerk. Naast deze verschillende betekenissen van zelfstandigheid valt op dat het beeld bestaat dat ouderen gelukkiger oud worden als zij actief zijn en initiatieven nemen.

Ouderen

Ouderen praten indirect over zelfstandigheid, door te benoemen wat ze nog wel en niet kunnen. Ze hebben hun eigen ritme en gebruiken, maar vinden het lastig om hier voor op te komen. De ouderen die deelgenomen hebben aan dit onderzoek zijn goed in staat om hun woonkamer of keuken zo in te richten zodat ze overal goed bij kunnen. Hier hebben ze geen ondersteuning bij nodig. Het feit dat ze hierdoor zelf hun huishouden kunnen leiden, vinden ze prettig. Het geeft ze dan ook een onrustig gevoel wanneer dit niet meer het geval is. Ouderen spreken hierbij echter niet over zelfstandigheid. Ze zijn gewend het hun hele leven zo te doen. Voor ouderen gaat 'zelfstandigheid' dus veel meer over 'ouder worden', de als tweede genoemde discours. Eén mevrouw had duidelijk als mening dat verzorgenden 'zelfzorg moeten bevorderen'. Deze mevrouw had een paar jaar eerder een hersenbloeding gehad en kan daardoor haar ene been en arm niet volledig inzetten. Ze ergerde zich blauw aan mensen die dat nog wel kunnen, maar alles voor zich laten doen.

Zorgverleners

Waar ouderen praten over wat ze niet meer kunnen wanneer het over zelfstandigheid gaat, kijken zorgverleners anders tegen het begrip zelfstandigheid aan. Zo heeft Laurens in haar visie benoemd dat ze het behouden van de zelfstandigheid van ouderen belangrijk vindt. Hier komt volgens zorgverleners maatwerk bij kijken. Maatwerk in de zin van blijven vragen wat iemand wil en de zorg hierop af stemmen. Hier tegenover staat dat sommige verpleegkundigen het als zeer prettig ervaren dat ze steeds bij dezelfde mensen komen, waardoor ze precies weten wat deze mensen willen en op wat voor manier. Hierdoor hoeven ze juist niet steeds te vragen wat iemand wil.

Zorginstanties

Voor zorginstanties is zelfstandigheid een belangrijk uitgangspunt in de ouderenzorg, waarbij maatwerk een grote rol speelt. Zorginstanties praten hierbij over het 'bevorderen van zelfstandigheid'. Met maatwerk wordt bedoeld dat er gekeken wordt naar wat iedereen in de omgeving van een oudere bij kan dragen aan (het bevorderen van) de zelfstandigheid van de oudere. Hierbij zien de zorginstanties het afstemmen van de te leveren zorg tussen de oudere, verzorgende, familie en mantelzorg ook als maatwerk. Hierbij wordt ook regelmatig gesproken over wat de oudere zelf kan en of deze niet méér kan dan wat deze nu nog zelf doet. Het bevorderen van de

zelfstandigheid is dan ook vooral bedoeld om te voorkomen dat mensen niet teveel zorg krijgen; zorg die overbodig is wordt namelijk gezien als een verspilling. Hiernaast wordt er een beeld geschetst waarin ouderen gelukkiger ouder zouden worden wanneer ze actief zijn en initiatief nemen. Dit suggereert dat ouderen vooral gezien worden als passief, wat leidt tot de volgende paradox: Omdat ouderen als passief gezien worden, worden ze niet meegenomen in het vormgeven van hun eigen zelfstandigheid. Hoe die zelfstandigheid er uit moet zien, wordt dus voor hen ingevuld.

4. Discussie

De vijf discourses geven inzicht in de onderliggende overtuigingen van de verschillende groepen met betrekking tot 'goede zorg'. Deze overtuigingen hebben op hun beurt invloed op de manier waarop zorg geleverd en ontvangen wordt en ook op de inrichting van de ouderenzorg. In dit hoofdstuk is het effect hiervan op de ouderenzorg beschreven.

4.1 Goede begripsomschrijving van 'goede zorg' is van belang

Aandacht wordt zowel door ouderen als zorgverleners als uitermate belangrijk ervaren. Dit blijkt ook uit meerdere onderzoeken binnen de ouderenzorg (Jonasson & Berterö, 2010; Valkila et al., 2010). Een bekende theorie die gebaseerd is op aandacht is de presentietheorie van Andries Baart en gaat over 'er zijn voor de ander', waardoor de ander volledig telt (Baart & Van Heijst, 2003, p. 5). Deze theorie is ontstaan ten behoeve van mensen die sociaal overbodig zijn en sluit aan bij het gevoel dat ouderen beschrijven als 'er niet meer bij horen'. Dit gevoel hangt samen met het idee niet meer nuttig te zijn. Uit onderzoek bij ouderen blijkt dat iets terug geven aan de maatschappij, wordt gezien als onderdeel van een goed leven en dat wanneer dit niet meer kan, dit wordt ervaren als een grote last (Weicht, 2013, p. 193). Professionals, zoals zorgverleners, houden zich echter niet bezig met dit gevoel dat ouderen hebben, omdat ze vooral gericht zijn op de problemen die iemand heeft (Baart & Van Heijst, 2003, p. 5).

Ondanks dat het een uitdaging is (en blijft) om op de 'juiste' manier aandacht te geven, doe je er als zorgorganisatie goed aan om ouderen te laten ervaren dat ze aandacht krijgen. Het valt echter op dat hier vanuit leidinggevenden in de zorg en zorginstanties over het algemeen niet de focus op ligt. Deze ligt meer op de technische aspecten, zoals het voldoen aan de eisen van de verantwoorde zorg. Dit spreekt voor veel betrokkenen in de zorg voor zich, omdat hier een bepaalde mate van kwaliteit aan opgehangen wordt. Daarnaast blijkt uit de praktijk dat het voldoen aan deze eisen als gemakkelijker wordt ervaren dan het voldoen aan het geven van aandacht. Het bezig zijn met de meer praktische kant dan de benaderingskant, speelt dus niet alleen bij verzorgenden en verpleegkundigen een rol, maar ook bij de gedachtegang van zorginstanties en leidinggevenden in de zorg. Men zou zich hierbij dan ook af moeten vragen of deze focus niet verlegd moet worden naar aandacht. Immers, het gaat om 'goede zorg' voor ouderen en voor hén is aandacht een belangrijk onderdeel hiervan.

Een bijkomende tegenstrijdigheid van de focus op de praktische kant van de zorg is dat dit wordt ervaren als een beperking, omdat hierdoor de benaderingskant voor het gevoel onvoldoende benut wordt. Zorgverleners zouden graag meer tijd hebben om voldoende aandacht aan ouderen te kunnen geven. Uit eerder onderzoek blijkt dat verzorgenden en verpleegkundigen een goede balans dienen te vinden tussen relationele behoeften van ouderen en hun vereiste werkzaamheden

(Grainger, 1993, p. 10). Bij een disbalans hiertussen kan dit de interactie met de ouderen beïnvloeden. Ondanks dat zorgverleners dus werken volgens de standaarden van de verantwoorde zorg en hier in de praktijk op gericht zijn, ervaren zij dat ze betere zorgverlening kunnen bieden wanneer ze meer tijd zouden nemen voor het geven van aandacht. Het geven van aandacht door zorgverleners wordt door ouderen onder 'goede zorg' verstaan, terwijl zorginstanties het goed uitvoeren van bepaalde praktische handelingen zien als 'goede zorg'. Hierdoor bevinden zorgverleners zich in een spanningsveld. Als zorgverleners zich willen kunnen richten op het geven van aandacht, dan is een belangrijke voorwaarde dat zorginstanties duidelijker het aspect 'aandacht' beschrijven en dit als onder 'goede zorg' gaan zien.

4.2 Ouder worden leidt tot buitensluiting

Dat mensen ouder worden en hierdoor een afnemend aantal mogelijkheden hebben, wordt niet alleen door ouderen, zorgverleners en zorginstanties gezien als een probleem, maar is een trend binnen de gehele maatschappij (Jones & Higgs, 2010, p. 1518). Hierbij wordt er door en bij ouderen continu gekeken naar hun capaciteiten in het verleden en worden hun (beperkte) mogelijkheden in het heden en de toekomst genegeerd (Weicht, 2013, p. 191). Een oudere leeftijd wordt dus niet gezien als een moment in een doorlopend proces, maar als een grens tussen de mensen die zichzelf in de toekomst projecteren en de mensen die geïdentificeerd worden met het verleden (Weicht, 2013, p. 191). Daarnaast blijkt uit een onderzoek naar discoursen in kranten dat ouderen worden gepositioneerd als een aparte demografische groep die buiten de reguliere maatschappij valt en vooral gezien wordt als 'anders' en afhankelijk (Fealy et al., 2012, p. 85). Echter, doordat ouderen geen wensen uiten, zijn zij hier zelf mede voor verantwoordelijk.

Deze manier van kijken naar ouder worden hangt samen met de invulling van het begrip zelfstandigheid. Mensen zijn meestal hun hele leven zelfstandig, maar wanneer ze bestempeld worden als oudere, wordt opeens expliciet over hun zelfstandigheid gesproken. Hierbij wordt vooral gesproken over wat ze niet meer kunnen, in plaats van wat ze nog wel kunnen. Dit hangt samen met de bevinding dat ouderen momenteel niet als actoren beschouwd worden bij het vormgeven van hun zelfstandigheid en hetgeen dat daarvoor nodig is. Waar zorgverleners en zorginstanties eigenlijk willen dat ouderen initiatieven nemen, bepalen zorgverleners en zorginstanties nu nog zelf de inhoud van een dergelijk cruciaal proces. Dit fenomeen wordt ook wel 'compassionate ageism' genoemd en beschrijft dat de wensen en behoeften van ouderen door de maatschappij gedefinieerd worden (Binstock, 2005, in: Weicht, 2013, p. 196). Dit gegeven zorgt er voor dat ouderen niet als actoren worden beschouwd, omdat ze gekoppeld worden aan het verleden en als kwetsbaar worden gezien (Binstock, 2005, in: Weicht, 2013, p. 196). Dit is een typisch voorbeeld van wat Foucault als machtsverhoudingen beschrijft, waarbij in dit geval de ouderen het minst machtig zijn (Foucault, 1976, p. 10). Om een maatschappij te creëren waarin ouderen (meer) actief deelnemen, zullen ouderen dus eerst niet alleen door zorginstanties en zorgverleners, maar ook door zichzelf gezien moeten gaan worden als serieuze actoren.

4.3 Rekening houden met niet geuite wensen

Het 'probleem' van ouder worden en de (verminderde) zelfstandigheid hangt ook samen met de bevinding dat ouderen hun wensen niet (kunnen) uiten. Wanneer zij zichzelf en hun omgeving hen

niet als actoren beschouwen, wie zijn zij dan om bepaalde wensen te hebben? Daarnaast ervaren ze dit als klagen en passen ze een soort zelfbescherming toe die in het algemeen aansluit bij de cognitieve dissonantie theorie, die ontwikkeld is binnen de sociale psychologie. Deze theorie beschrijft de onaangename spanning die mensen ervaren wanneer ze kennisnemen van feiten die strijdig zijn met hun eigen overtuigingen (Harmon-Jones & Mills, 1999, p. 3). Volgens de theorie hebben mensen een sterke drang om deze dissonanties te verkleinen door hun overtuigingen aan te passen aan de huidige omstandigheden (Harmon-Jones & Mills, 1999, p. 3). Dit sluit aan bij het gevoel dat ouderen beschrijven dat ze maar beter geen wensen kunnen hebben, want dan maken ze zich zorgen en gaan ze achteruit. Een vergelijkbare bevinding komt naar voren in het onderzoek van Bijsterveld (2001, in: Bilsen, van, 2007, p. 34), waarin ouderen geen wensen aangeven omdat ze angstig zijn vanwege de controle die ze verliezen naarmate ze ouder worden. Hierbij valt op dat dit onderzoek deel uitmaakt van een literatuur review van 19 onderzoeken, en waarbij dit het enige onderzoek is waarin dit verschijnsel wordt benoemd (Bilsen, van, 2007, p. 31). In de overige 18 artikelen wordt namelijk voornamelijk beschreven wélke wensen ouderen juist wel aangeven.

De benadering van deze laatste 18 artikelen sluit aan bij de gedachtegang van zorgverleners en zorginstanties rondom wensen van ouderen. Beide groepen vinden dat de zorgverlening zo goed mogelijk aan moet sluiten op de wensen van ouderen, omdat dit over het algemeen onder 'goede zorg' wordt verstaan (Weicht, 2013, p. 188). Echter, wanneer ouderen hun verwachtingen aanpassen en daarom als het ware hun wensen 'wegstoppen', hoe kan men dan aansluiten op hun behoeften? Kortom, hoe kan er dan 'goede zorg' geleverd worden? Binnen een maatschappij waar het op eigen initiatief regelen van zorg de toekomst is, is het van essentieel belang dat zorgverleners en zorginstanties rekening houden met ouderen die hun wensen niet uiten.

5. Conclusie

In dit onderzoek is met behulp van een discoursanalyse vanuit verschillende perspectieven binnen de ouderenzorg de betekenis van 'goede zorg' naar boven gehaald. Hieruit blijkt het volgende:

- 'Goede zorg' wordt binnen de ouderenzorg op allerlei manieren vertaald en iedereen heeft zijn eigen interpretatie van de gevonden vijf discourses aandacht, ouder worden, wensen, zorgverlening en zelfstandigheid.

Verschillen en overeenkomsten met betrekking tot deze discourses, hebben invloed op de ouderenzorg als volgt:

- Aandacht blijkt een belangrijke indicator voor 'goede zorg', maar hier lijkt niet de focus op te liggen in de zorgverlening. Deze ligt meer bij het leveren van zorg volgens regels en keurmerken. Willen zorgverleners zich kunnen richten op het geven van aandacht, dan is een belangrijke voorwaarde dat zorginstanties hier ruimte voor creëren door in ieder geval hun betekenis van 'goede zorg' overeen te laten stemmen met die van de verzorgenden en ouderen;
- Ouderen worden, naar mate ze steeds ouder worden, veelal als passief en kwetsbaar gezien, waardoor hun behoeften voor hen worden ingevuld. Om een maatschappij te creëren waarin ouderen (meer) actief deelnemen, zullen ouderen dus eerst gezien moeten gaan worden als serieuze (actieve) actoren;
- Ouderen en mantelzorgers blijken hun wensen niet aan te (kunnen) geven, dit met name vanuit zelfbescherming. Het is een opvallend verschijnsel, omdat 'goede zorg' vaak wordt vertaald als het aansluiten op behoeften van mensen, en zorgverleners dit zo goed mogelijk proberen te doen. In een maatschappij waar het op eigen initiatief regelen van zorg de toekomst is, is deze zelfbescherming een belangrijk aspect waar zorgverleners en zorginstanties rekening mee dienen te houden.

Deze verschillende perspectieven op 'goede zorg' spelen een belangrijke rol bij het inrichten van de ouderenzorg. Het idee van een participatiemaatschappij waarin de oudere met haar omgeving een belangrijke rol vervult, vergt dan ook nog de nodige verbreding van begrip van elkaars betekenissen van 'goede zorg'.

6. Reflectie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft een reflectie op de uitvoer en uitkomst van dit onderzoek. Daarnaast zijn aanbevelingen gegeven voor vervolgonderzoek en voor de zorgorganisatie.

6.1 Reflectie

De reflectie op dit onderzoek is verdeeld over drie aspecten: de relevantie van het onderzoek, de praktische uitvoer van het onderzoek en het leerproces dat de onderzoeker heeft doorgemaakt.

6.1.1 Relevantie

Uit dit onderzoek komt naar voren dat betrokkenen in de zorg verschillende betekenissen hebben van 'goede zorg'. Om 'goede zorg' te kunnen verlenen, is het van belang om deze betekenissen in de dagelijkse praktijk van de verschillende betrokkenen te achterhalen. Wanneer betrokkenen van elkaar weten wat zij onder 'goede zorg' verstaan, dan verbetert dit niet alleen het begrip en de communicatie, maar helpt het de verzorgenden ook om beter naar iemands ideeën en wensen te vragen en vervolgens hier ook naar te handelen. Dit onderzoek heeft voor een groot deel plaatsgevonden binnen een zorglocatie Blijdorp van Laurens en zegt daarmee het meest over deze context.

6.1.2 Uitvoering van een discoursanalyse

Een eerste aandachtspunt betreft de data waarop de discourses zijn gebaseerd en of deze de werkelijke discourses weergeven zoals deze zich afspelen in de praktijk. Hierbij is de zichtbaarheid van de onderzoeker en de relatie van de onderzoeker met de betrokkenen van invloed op de discourses. In dit onderzoek zijn de data voornamelijk verzameld door middel van interviews. Tijdens deze gesprekken heb ik ervaren dat de betrokkenen open waren en veel informatie met mij hebben gedeeld. Ook had ik het gevoel dat mensen zich veilig voelden tijdens het interview. Dit leidt ik onder andere af aan het gegeven dat veel betrokkenen gedurende het interview de opnameapparatuur vergaten en tijdens de member check nog steeds enthousiast waren om aan het onderzoek deel te nemen. Echter, het blijft de vraag of betrokkenen dit ook zo hebben ervaren, of dat zij mogelijk bepaalde aspecten (bewust) niet hebben verteld.

Om zoveel mogelijk de werkelijke discourses naar boven te halen, dus hetgeen waar mensen onderling van gedachten over uitwisselen, zijn er in dit onderzoek meerdere manieren van dataverzameling toegepast, met verschillende vormen van interactie (interviews en observaties). Echter, doordat in beide vormen de onderzoeker zichtbaar was, is de setting waarin de interviews en observaties hebben plaatsgevonden, beïnvloed. Om dit te voorkomen zou je er als onderzoeker ook voor kunnen kiezen om te infiltreren in de groep betrokkenen die je wilt onderzoeken. Hierdoor wordt de onderzoeker als onderdeel van de context gezien en kan deze de dagelijkse gesprekken

meemaken die mensen met hun omgeving hebben. Zowel de zichtbaarheid als de relatie van de onderzoeker met de betrokkenen verandert dus daardoor.

Tegelijkertijd lijkt er hierbij een risico te zijn op een paradox. Hoe beter de onderzoeker geïnfiltreerd is in een groep mensen, hoe groter de verwachting is dat de onderzoeker een discours naar boven haalt die overeenkomt met de dagelijkse praktijk. Echter, hoe beter de onderzoeker geïnfiltreerd is, hoe groter ook de kans is dat de onderzoeker op een gegeven moment een discours niet meer herkent, omdat hij onderdeel is van het discours.

Een tweede aandachtspunt bij een discoursanalyse is de rol van taal. Binnen een discoursanalyse heeft taal een belangrijke rol, omdat hiermee de verschillende betekenissen van mensen worden verwoord. Dit betekent dat wanneer mensen zich talig moeilijk of niet kunnen uiten, het uitvoeren van een discoursanalyse bij hen wordt bemoeilijkt. Bij het gebruik van een discoursanalyse moet daarom goed worden gekeken of het passend is bij de doelgroep.

6.1.3 Eigen leerproces

Gedurende mijn onderzoek heb ik ervaren dat kwalitatief onderzoek en een discoursanalyse in het bijzonder, goed past bij mijn passie voor taal en de competenties die ik bezit. Vooral mijn competenties als goed kunnen luisteren en het hebben van een open blik, zonder te oordelen, komen hierbij goed van pas. Hierdoor was ik in staat om kritisch naar mijn onderzoek te kijken en gaandeweg aanpassingen te maken, wanneer deze passend waren in het onderzoek.

In de fase van dataverzameling ervaarde ik op een gegeven moment dat ik minder zin had om oud te worden. Ik keek er tegenop om tegen de tijd dat ik 'oud' ben geen onderdeel meer te zijn van de maatschappij en niet meer de dingen te kunnen doen die ik nu doe. Hierdoor realiseerde ik me dat ik zelf onderdeel ben van de maatschappelijke trend om zo lang mogelijk jong te blijven.

Uit mijn onderzoek blijkt dat mensen verschillende dingen verstaan onder hetzelfde begrip. Hierdoor is er voor mijzelf een nog groter besef ontstaan hoe belangrijk het is om altijd met je gesprekspartner te verkennen wat deze persoon ergens onder verstaat. Welke betekenis heeft een woord of fenomeen voor iemand en hoe verhoudt zich dit tot mijn eigen betekenis. Pas dan weet je samen echt waar je over praat. Dit geldt echter voor ieder woord en iedere uiting, waardoor dit proces continu zou moeten plaatsvinden.

6.2 Aanbevelingen

6.2.1 Voor de uitvoer van een discoursanalyse

Voor de discoursanalyse die is toegepast in dit onderzoek, is een aantal vaste stappen beschreven. Dit zijn echter globale stappen, waardoor het een open analyseproces is. Mede hierdoor is de uitvoering ervan sterk afhankelijk van de kwaliteit van de onderzoeker. Kennis en ervaring, maar ook de manier van kijken en luisteren van de onderzoeker spelen een belangrijke rol en bepalen hiermee de kwaliteit van het onderzoek. Omdat de rol van onderzoeker zo belangrijk is, is het van belang dat deze aan een aantal criteria voldoet om een discoursanalyse uit te kunnen voeren. De onderzoeker moet:

- Sensitief zijn voor taalgebruik. Welke woorden gebruikt iemand in een bepaalde context en waar legt iemand de nadruk op? Dit zijn de aspecten die iemand bezig houdt en zijn vaak onderdeel van de discoursen;
- Door kunnen vragen op hetgeen iemand juist niet benadrukt. Deze aspecten maken ook vaak onderdeel uit van de discoursen, omdat ze mensen bezighouden, maar niet de onderwerpen zijn waar mensen veel over zeggen. Dit komt onder andere vanwege een bepaalde emotie die ze erbij hebben;
- De eigen waarden onderkennen en proberen de mogelijke invloed hiervan op de context zoveel mogelijk te beperken. Dit is belangrijk bij iedere vorm van onderzoek binnen het sociaal constructionisme, maar bij een discoursanalyse is het vooral van belang om de eigen betekenis van een woord of uiting niet als waarheid aan te nemen. Hierbij dient de onderzoeker juist uit te vragen wat iemand onder een uiting verstaat;
- aan de manier waarop iemand iets benoemd kunnen horen en zien dat dit van belang is voor deze persoon en dat hier dus een bepaalde waarde aan vast zit. De onderzoeker dient in staat te zijn deze waarde naar boven te halen.

Naast de rol van de onderzoeker, zijn ook de analysestappen die gebruikt worden om van data tot discoursen te komen van belang. Over de uitvoer hiervan is weinig beschreven, waardoor de stappen, zoals deze in dit onderzoek zijn gehanteerd, een handvat kunnen bieden voor andere onderzoekers die een discoursanalyse naar de werkwijze van Foucault uit willen voeren. De stappen zijn vooral handig wanneer een onderzoeker de betekenis van verschillende groepen mensen met elkaar wil vergelijken. Let wel: deze stappen geven een richting en er kan dus van afgeweken worden indien dit passend is binnen het onderzoek. De stappen zijn als volgt:

1. **Benoemen:** Per data bron (interview, observatie, etc.) worden de discoursen benoemd die naar voren komen;
2. **Clusteren:** De meest voorkomende discoursen zijn geclusterd;
3. **Beschrijven:** De meest voorkomende discoursen worden uitgebreid beschreven;
4. **Vergelijken:** De discoursen worden met elkaar vergeleken, waarbij verschillen en overeenkomsten worden benoemd;
5. **Betekenis:** De betekenis (het effect) van deze verschillen en overeenkomsten wordt beschreven.

6.2.2 Voor vervolgonderzoek

Een onderzoek beantwoordt vragen, maar levert (gelukkig) ook nieuwe vragen op. Binnen dit onderzoek zijn onder andere de verschillen in de betekenis van 'goede zorg' onderzocht. Een volgende stap zou kunnen zijn om na te gaan of er in de praktijk daadwerkelijk volgens deze betekenissen gehandeld wordt en om na te gaan waarom dit wel of niet gebeurt.

Een tweede aanbeveling is om thuiswonende ouderen en ouderen in een verzorgingshuis met elkaar te vergelijken. Deze splitsing wordt veelal ook in de literatuur gemaakt. In dit onderzoek hebben ouderen deelgenomen die bijna allen in een verzorgingshuis wonen. Het is mogelijk dat thuiswonende ouderen in tegenstelling tot hun in verzorgingshuizen wonende leeftijdsgenoten wel

degelijk wensen uiten, omdat hun eigen huis geen institutioneel karakter heeft zoals een verzorgingshuis dat wel kan hebben. Vervolg onderzoek(en) waarin bovengenoemde vragen beantwoord gaan worden is aan te bevelen om nog beter en breder inzicht te krijgen over bestaande verschil in wat 'goede zorg' voor verschillende groepen betekent.

Een laatste aanbeveling is om het tijdsaspect een rol te geven, zoals dat veelal door Foucault werd gedaan. Hierbij kan onderzocht worden of er sprake is van een trend tussen generaties, waarbij de jongeren van nu (en dus de ouderen van de toekomst) mogelijk wel hun wensen zullen uiten op het moment dat ze zorg nodig hebben. Deze kennis is van belang voor het inrichten van beleid in de ouderenzorg, omdat hiermee visie en beleid gevormd kan worden voor de langere termijn.

6.2.3 Voor de organisatie en zorginstantie

Uit de bevindingen van dit onderzoek blijkt er een afstand te zijn tussen het beleid in de ouderenzorg en de praktijk. Waar zorginstanties en zorgorganisaties de zelfstandigheid van ouderen willen behouden met behulp van 'goede zorg', blijken ouderen moeilijk hun zelfstandigheid te kunnen behouden. Ten eerst blijken ze hun wensen niet aan te (kunnen) geven en ten tweede worden ze als passief ervaren, waardoor hun behoeften voor hen worden ingevuld. De 'goede zorg' die nodig is om de zelfstandigheid van ouderen te blijven stimuleren, bestaat volgens ouderen voor een groot deel uit aandacht. Echter, zij ervaren dat hier onvoldoende tijd voor is.

Om de afstand tussen beleid en praktijk kleiner te kunnen maken, zou de ouderenzorg op een (meer) contextgedreven manier kunnen worden ingericht. Dit houdt in dat ouderen en medewerkers op alle mogelijke manieren worden versterkt in wat ze doen, waarbij naar hen wordt geluisterd om in te zien wat nodig is (Van Dinten & Schouten, 2011, p. 177). Dit komt de zelfstandigheid van ouderen ten goede en sluit dus naadloos aan bij het opgestelde beleid. Van Dinten en Schouten (2011, p. 210) beschrijven elf regels voor een contextgedreven inrichting, welke behulpzaam kunnen zijn bij een dergelijke verandering. Deze zijn als volgt:

- De medewerkers zijn geselecteerd op externe oriëntatie, synthetisch vermogen en deskundigheid
- De maximale grootte van een eenheid wordt bepaald door geheugen
- Het gaat om leiding geven, niet om managen
- Boven een leidinggevende mag niet meer dan één sturende laag bestaan
- Communicatie verloopt vooral mondeling en is beeldgedreven
- Financieel resultaat volgt op inspanning, niet andersom
- Weten wat er bij de klanten gebeurt
- Relaties dragen de organisatie
- Expert- en helpsystemen zijn life lines
- Ook het facilitaire bedrijf is contextgedreven
- Nieuwe ontwikkelingen en verbeteringen kunnen goed worden uitgewisseld via best practices

Deze regels zijn naast de huidige praktijk in de ouderenzorg gehouden om een beeld te geven van de afstand tussen beide.

De laag zorgverleners in Laurens die direct contact heeft met ouderen, zoals verpleegkundigen en therapeuten, zijn over het algemeen geselecteerd op hun *externe oriëntatie*, synthetisch vermogen en deskundigheid. Ze willen graag voor anderen zorgen en iemand helpen met de kennis en kunde die ze in huis hebben. Een groot deel van deze medewerkers ervaart het dan ook als vervelend om hun tijd te moeten besteden aan administratieve (intern georiënteerde) werkzaamheden. Hierdoor raken ze mogelijk gedemotiveerd, wat ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Echter, doordat Laurens de afgelopen jaren meer systeemgericht is gaan werken, raken verpleegkundigen en therapeuten meer en meer intern georiënteerd. Hierdoor denken ze steeds minder vanuit de ouderen (de klant), maar vanuit de organisatie.

Bij de uitvoer van deze administratieve taken blijken onderdelen van registratie- of declaratiesystemen niet altijd in orde. Een voorbeeld hiervan is een klant die een onleesbare factuur toegestuurd krijgt. Dit signaal komt terecht bij een verzorgende, omdat die het aanspreekpunt is voor de klant. De verzorgende gaat vervolgens binnen de organisatie na hoe dit voor de klant kan worden opgelost en wordt daarbij in bepaalde gevallen van het kastje naar de muur gestuurd. Hier is momenteel dus beperkt sprake van *life lines*.

Ondanks dat dergelijke declaratiesystemen soms niet goed werken, worden de *financiën* wel belangrijk geacht. Een voorbeeld hierbij zijn de DBC-trajecten die achteraf afgerekend worden en zowel op basis van de inhoud als de financiën gevolgd kunnen worden. Deze DBC-trajecten worden opgesteld door medewerkers van een zorgkantoor die niet altijd direct contact hebben met de klant en de zorg. Daarnaast verstaan ze hoogstwaarschijnlijk iets anders onder 'goede zorg' dan ouderen. De medewerkers bij een zorgkantoor hebben als opdracht om een norm te stellen voor de zorg- en behandeluren waar ouderen recht op hebben. In de praktijk blijken ouderen echter niet altijd binnen deze norm te passen en kiezen verzorgenden en therapeuten, maar ook managers, ervoor om zoveel mogelijk te blijven kijken naar wat ouderen nodig hebben.

Laurens heeft momenteel een organisatiestructuur met meerdere managementlagen boven de verpleegkundigen en therapeuten. Dit zorgt ervoor dat kennisuitwisseling en het werken volgens *best practices* geregeld trager verloopt dan mogelijk is. Daarnaast zijn leidinggevenden veelal bezig met systemen en procedures die de organisatie van binnenuit ordenen. Echter, de wens bestaat binnen Laurens om een *managementlaag* tussen de organisatie uit te halen, waardoor er tussen de werkvloer en de directie nog maar één laag bestaat. Naar verwachting zorgt dit voor een cultuur waarbij leidinggevenden meer de verbinding aan kunnen gaan met klanten en medewerkers, waardoor zij met de verpleegkundigen en therapeuten datgene kunnen realiseren wat er nodig is om 'goede zorg' te verlenen.

Doordat medewerkers op de werkvloer en leidinggevenden binnen Laurens gewend zijn om aan de hand van keurmerken en normen te werken, wordt nog wel eens vergeten om na te gaan *wat een oudere wil*. Het komt ook voor dat een verpleegkundige dit wel nagaat en tijdens het realiseren van

de wens van een oudere, erachter komt dat dit niet kan in verband met bepaalde regelgeving of werkwijze. Een voorbeeld is een oudere die thuis woont en thuiszorg ontvangt en liever wil dat een deel van de thuiszorguren besteed worden aan een wandeling met haar hond. Momenteel is het zo dat de ene thuiszorgmedewerker vasthoudt aan de wens van de oudere en dus de hond uitlaat, terwijl een andere medewerker zich houdt aan de thuiszorg-regels en dit niet doet. Hierbij speelt de wet- en regelgeving vanuit een zorgkantoor dus een belangrijke rol, en daarnaast de manier waarop verzorgenden hier mee omgaan, die niet altijd contextgedreven is.

Dergelijke verschillen in handelen kunnen ook ontstaan als gevolg van te strakke regels in eigen huis, zoals bij de *facilitaire tak* van Laurens het geval is. Om voor een oudere een kledinglabel op een andere plek te regelen dient een 'uitzondering' te worden gemaakt, wat aangeeft dat het niet vanzelfsprekend is om te kunnen voldoen aan de wensen van ouderen. Ook om de hulp te kunnen krijgen van de technische dienst voor het repareren van een lamp, is het niet voldoende om 'even te bellen' maar dien je een formulier in te vullen. Ook dit is dus niet contextgedreven.

Daarnaast besteedt Laurens veel tijd aan bijvoorbeeld het omschrijven van producten, omdat zij wil voldoen aan keurmerken en regelgeving. Hierbij worden verpleegkundigen en therapeuten geregeld uitgenodigd om mee te schrijven, waardoor zij ervaren dat er naast hun werkzaamheden rond de klant, veel andere werkzaamheden op hun bordje liggen. Hierdoor ligt de focus minder op de *impliciete kennis* die een medewerker heeft van zijn relaties met klanten, terwijl dit voor een verbinding tussen mensen zorgt (Van Dinten & Schouten, 2011, p. 210).

Benodigde verandering

Over het algemeen betekent voor de gehele keten dat de verhoudingen tussen de betrokkenen moeten worden omgedraaid. Waar nu door het zorgkantoor wordt bedacht hoeveel en wat voor zorg iemand nodig heeft en de zorgorganisatie vanuit deze kaders de zorg verleent, zal in de toekomst de oudere (voor zo ver als dat mogelijk is) aan moeten geven wat hij of zij nodig heeft. Hierna geven de hulpverleners naar de zorgorganisatie aan wat er voor nodig is om dit te bewerkstelligen, en wordt dit vervolgens doorgegeven aan het zorgkantoor. Een verschuiving van een systeemgedreven werkwijze naar een contextgedreven werkwijze is een grootschalige verandering die niet zomaar te realiseren is en waarvoor veranderingen nodig zijn in alle lagen van de ouderenzorg. Dit is te veel om uitgebreid te beschrijven in deze scriptie.

Ten aanzien van de elf regels van Van Dinten & Schouten (2011, p. 210) is voor Laurens een aantal aspecten al wel mogelijk om anders in te vullen. Een belangrijk aspect is het inrichten van expert- en helpsystemen als life lines, als middel van ondersteuning voor de werkvloer. Hierbij is het van belang dat er voor ieder software programma, zoals het elektronisch patiëntendossier, het declaratieprogramma en tijdsregistratieprogramma, een duidelijk aanspreekpunt is. Dit aanspreekpunt dient gemakkelijk bereikbaar te zijn en de werkvloer direct te kunnen helpen wanneer dit nodig is. Daarnaast dienen de software programma's en de bijbehorende infrastructuur zodanig gebruiksvriendelijk en snel te zijn, dat verpleegkundigen en therapeuten, ondanks dat ze het mogelijk vervelend vinden, deze programma's gemakkelijk kunnen gebruiken, zonder verlies van kostbare tijd.

Daarnaast zou Laurens er goed aan doen om nu al een deel van de facilitaire tak contextgedreven te maken. Hierbij kan begonnen worden met de facilitaire activiteiten op een locatie, voor de bovenregionale activiteiten van de facilitaire tak van Laurens heeft het meer tijd nodig om volgens een contextgedreven werkwijze te handelen. Het deel dat nodig is op een locatie, zoals de technische dienst en de medewerkers in het restaurant, dienen net als de software programma's ondersteunend te zijn voor verzorgenden. Ook hier geldt dat een medewerker van de technische dienst daarom op afroep beschikbaar moet zijn, om in te springen waar dit nodig is. Voor het restaurant betekent een contextgedreven werkwijze dat ouderen (meer) betrokken worden bij het aanbod van het restaurant. Door ouderen te vragen wat zij graag eten, kan op basis van hun voorkeur een wekelijks menu worden samengesteld.

Om de afstand tussen instanties zoals een zorgkantoor en ministerie van Volksgezondheid met de klant te verkleinen, zou de kennis over wat er bij de klanten gebeurt en wat de wensen zijn van de klanten bij deze instanties vergroot moeten worden. Hierdoor wordt voor deze instanties beter inzichtelijk dat een groot deel van de klanten niet in een hokje is te plaatsen en dat het huidige werken met producten of arrangementen als nadelig effect heeft dat dit wel voor deze denkwijze zorgt bij verzorgenden. Dit besef bij de medewerkers van deze instanties zorgt er mogelijk voor dat zij een andere financieringsvorm bedenken voor zorginstellingen. Een vorm waarbij, ondanks landelijke budgetten, verzorgenden toch de ruimte krijgen om samen met ouderen de benodigde zorg te bepalen en te regelen.

Tot slot

Iedere keer wanneer ik met mensen in gesprek raak over mijn onderzoek, valt mij op dat er nog zoveel meer naar voren komt dat van belang is in de ouderenzorg. Zo heb ik gemerkt dat mantelzorgers zichzelf niet mantelzorger noemen, omdat ze ervaren dat zij niet zoveel doen voor hun partner of vader. Wanneer er dus gesproken wordt over mantelzorgers, ervaren zij niet dat het over hen gaat. In mijn onderzoek kwam naar voren dat ouderen hun wensen niet uiten, omdat ze niet willen klagen of niet aan dingen willen denken die niet mogelijk zijn. Een andere mogelijkheid is dat ouderen niet in staat zijn om te overzien wat zij voor zichzelf nodig hebben, hoewel hier wel vanuit wordt gegaan in het beleid rondom de ouderenzorg. De term die hier vaak aan wordt gekoppeld, is eigen regie, terwijl ouderen deze term niet begrijpen en zelf niet hanteren. Kortom, over de ouderenzorg is het laatste woord nog niet gesproken.

Referenties

- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2000). Varieties of discourse: On the study of organizations through discourse analysis, *Human Relations*, 53(9): 1125-1149.
- Baart, A. & Heijst, A., van (2003). Inleiding: Een beknopte schets van de presentietheorie, *Sociale Interventie, Elsevier (overheid)*, 12(2): 5-8.
- Bilsen, P.M.A., van (2007). *Care for the elderly; An exploration of perceived needs, demands and service use*, proefschrift Universiteit Maastricht.
- Bloor, M. (1997). Addressing Social Problems through Qualitative Research, in: Silverman, D. (1997), *Qualitative Research; Theory, Method and Practice*, Londen: Sage, 221-238.
- Bruggen slaan; Regeerakkoord VVD-PvdA (2012).
- Bunge, E.M., Kellert, I.M., Cammen, T.J.M. van der & Smilde-van den Doel, D.A. (2008). *Zorg en welzijn: wensen en behoefte van ouderen en mantelzorgers; Een kwalitatieve inventarisatie via interviews binnen GENERO*, Rotterdam: Pallas Health research and consultancy in samenwerking met GENERO.
- Chung, G. (2012). Understanding Nursing Home Worker Conceptualizations about Good Care, *The Gerontologist*, 53(2): 246-254.
- CSO, NFU & ZonMw (2012). *Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief; visiestuk binnen de context van het Nationaal Programma Ouderenzorg*.
- Dinten, W., van & Schouten, I. (2011). *Zijn zij gek of ben ik het?; Hoe je oriëntaties gebruikt bij organiseren*, Delft: Eburon.
- Downing, L. (2003). *The Cambridge Introduction to Michel Foucault*, New York: Cambridge University Press 2010.
- Erlanson, D.A., Harris, E.L., Skipper, B. & Allen, S.D. (1993). *Doing Naturalistic Inquiry; A Guide to Methods*, Londen: Sage.
- Fealy, G., McNamara, M., Treacy, M.P. & Lyons, I. (2012). Constructing ageing and age identities: a case study of newspaper discourses, *Ageing & Society*, 32: 85-102.

Foucault, M. L'ordre du discours. Paris, Gallimard, 1971. Vert. Foucault, M. (1976). *De orde van het vertoog*, Meppel: Boom.

Gee, J.P. (1999). *An introduction to Discourse Analysis; Theory and Method*, Londen: Routledge.

Grainger, K. (1993). "That's a lovely bath dear": Reality Construction in the Discourse of Elderly Care, *Journal of Ageing Studies*, 7(3): 274-262.

Harmon-Jones, E. & Mills, J. (Ed.). (1999). *Cognitive Dissonance; progress on a pivotal theory in social psychology*. Washington DC: American Psychological Association.

Hellström, Y. & Hallberg, I.R. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life, *Health and Social Care in the Community*, 9(2): 61-71.

Jonasson, L-L. & Berterö, C. (2010). The importance of 'approaching' older people: a grounded theory, *International Journal of Older People Nursing*, 10.1111: 1-8.

Jones, I.R. & Higgs, P.F. (2010). The natural, the normal and the normative: Contested terrains in ageing and old age, *Social Science & Medicine*, 71: 1513-1519

Jørgensen, M. & Philips, L. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*, Londen: Sage.

Kendall, G. & Wickham, G. (1999). *Using Foucault's Methods*, Londen: Sage.

Laurens. (z.d.). Missie en Visie, geraadpleegd op 17 maart 2014, van <http://www.laurens.nl/over-laurens/missie-en-visie>.

Mann, K.V. (1998). Not Another Survey! Using Questionnaires Effectively in Needs Assessment, *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 18: 142-149.

Mills, S. (2003). *Michel Foucault*, Londen: Routledge.

Ormel J, Lindenberg S, Steverink N & Vonkorff M (1997). Quality of life and Social Production Functions: A framework for understanding health effects, *Social Science and Medicine*, 45: 1051-1063.

Potter, J. (1997). Discourse Analysis as a Way of Analysing Naturally Occuring Talk, in: Silverman, D. (1997), *Qualitative Research; Theory, Method and Practice*, Londen: Sage, 144-160.

Sixma, H.J., Campen, Cr., van, Kerssens, J.J. & Peters, L. (2000). Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument, *British Geriatrics Society*, 29: 173-178.

Valkila, N., Litja, H., Aalto, L. & Saari, A. (2010). Consumer panel study on elderly people's wishes concerning services, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51: e66-e71.

Wansink, W. (2013). Roelof Konterman (Achmea): Goede zorg is zorg die bij mensen past, geraadpleegd op 10 april 2014, van <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor->

[Zorg!/map-interviews/Roelof-Konterman-%28Achmea%29-Goede-zorg-is-zorg-die-bij-mensen-past.html](#).

Weicht, B. (2013), The making of 'the elderly': Constructing the subject of care, *Journal of Aging Studies*, 27: 188-197.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Voorbeeldvragen interviews

In deze bijlage is weergegeven welke vragen als richtlijn hebben gediend in de interviews bij de verschillende betrokkenen:

1. Ouderen in locatie Blijdorp en ouderen woonachtig in de gelijknamige wijk:

- Wat vindt u prettig aan de zorg die u krijgt? En wat niet?
- Wat vindt u belangrijk daarbij?
- Hoe kunt u uw wensen kenbaar maken?
- Op wat voor manier wordt hier aan voldaan?
- Zijn er dingen die u anders zou willen?

2. Zorgverleners: Mantelzorgers, hulpverleners en leidinggevenden:

- Wat denkt u dat ouderen in een verzorgingshuis 'goede zorg' vinden? (Eventueel; hoe zouden ouderen dit verwoorden?)
- Wat ervaart u dat ze prettig vinden? En onprettig?
- Wat ervaart u dat ze hierbij belangrijk vinden?
- Hoe haalt u de behoeften van deze ouderen naar boven?
- Op welke manier probeert u hier aan te voldoen? Hoe wordt u hierin gefaciliteerd? Hoe wordt u hierin belemmerd?
- Zijn er dingen die u om daaraan te voldoen anders zou willen doen?

3. Zorginstaties: Ministerie van Volksgezondheid en het zorgkantoor Achmea:

- Wat denkt u dat ouderen in een verzorgingshuis 'goede zorg' vinden? (Eventueel; hoe zouden ouderen dit verwoorden?)
- Wat denkt u dat ze prettig vinden? Wat niet?
- Hoe haalt u de behoeften van deze ouderen naar boven?
- Hoe denkt u dat zorginstellingen proberen tegemoet te komen aan wensen van ouderen? Hoe organiseren ze dat?
- Hoe draagt u als organisatie daar aan bij?
- Zou u hierin aspecten anders willen zien/doen?

Bijlage 2: Voorbeeld analyse interview

Interview mw. Eb, bewoner verzorgingshuis Laurens

3 maart 2014

Algemeen

- Mw. heeft het geregeld over dat alles geld kost
- Mw. geeft aan dat je je leven moet vergeten wanneer je in een verzorgingshuis komt
- Mw. ervaart haar mankementen als 'lastig'. Mw. lijkt zich erg afhankelijk te voelen, maar geeft dit niet letterlijk aan. 'Ik kan niets doen als het ware'. Mw. benoemt meerdere dingen rond het ouderen worden en ervaart dit als lastig
- 'Je kan het zelf niet meer doen, dus je moet je overgeven aan een ander'
- Mw. zegt eerst dat ze vanwege haar zicht en moeilijke lopen niet meer naar het restaurant gaat, maar later geeft ze aan dat ze niet meer netjes (met mes en vork; ze eet zelf met een lepel) kan eten. (De norm in het restaurant is dat je netjes moet eten en anders eet je er niet.....)
- Mw. koppelt zorg steeds aan geld, maar lijkt van binnen te denken dat de zorg afhankelijk is van de persoon die het geeft.
- 'Ik bel hem de hele week niet' (zoon); mw. praat vervolgens goed waarom ze weinig contact heeft met haar zoon
- 'Het kan niet anders dat ik hier ben. Ik had het nooit verwacht eigenlijk'
- 'Je ziet alleen nog van hier, van hier naar de deur'
- Wat vind u nou goede zorg? 'Nou ja ik lig nog niet in bed.' Mw. beschrijft vervolgens een periode waarin zij ziek is geweest en dat ze daarin steeds lopend naar het toilet moest
- 'Je moet goed op je eigen zijn, al heb je een bel.....'
- Mw. wil eigenlijk naar een andere instelling van Laurens. 'Maar mijn zoon gaat zeggen dat hij het te ver vindt op de fiets...' 'Of ik wil naar Suriname, maar dat kan niet halsoverkop'
- Bij veel dingen die ze benoemt, schemert door dat mw. zich realiseert dat ze dat niet alleen kan en dus iemand nodig heeft, maar dit benoemt ze niet
- Heel kenmerkend hoe mw. aangeeft dat haar zoon waarschijnlijk het plaatje van de vrolijke mensen in Antonius Binnenweg heeft weggegooid.....
- Mw. lijkt onzeker over hoe haar oog eruit ziet....'maar zulke dingen hè' (wanneer ze vertelt dat een andere bewoner haar aankeek)
- Weet de zorg dat mw. vroeger zelf verpleegkundige is geweest?

- Mw. vertelt voorbeelden over mensen die overleden zijn en daarvoor door iemand de mond gesnoerd waren.....'ik denk daardoor'
- 'Je moet je kunnen uiten. Want ja daarom ga ik niet naar beneden. Wat heb ik te praten?'
- 'Ik ben niet zo jong meer' (mw. lijkt te denken dat ze daardoor minder interessant is)
- 'Die oude mensen'
- 'Je moet je overgeven. Je verliest hier zoveel, ik bedoel aan je leven. Ja. Je moet het vergeten van het ene ogenblik op het ander. Je moet het vergeten'
- 'We kenden die dingen niet. Mijn moeder was goudeerlijk' (wanneer ze over het stelen van dingen praat)
- Niet druk maken. 'Anderen die het doen, maken zich drukker dan jijzelf'

Wat vindt u prettig aan de zorg die u krijgt?

- Mw. geeft aan lieve zusters prettig te vinden, die twee of tien woorden met je spreken. Het draait voor haar om het contact dat ze heeft. Maar dit heeft ze weinig. Ze heeft een foto gezien van gekleurde mensen die gezellig aan een tafel zaten in Antonius Binnenweg. Mw. zou daarom wel naar AB willen, want er zijn wat meer verschillende rassen. Maar haar zoon vindt dit te ver om te fietsen.....mw. lijkt zich hierbij te realiseren in hoeverre haar zoon haar leven bepaalt
- Ze zijn lief, ze groeten en zeggen netjes gedag
- Mw. vindt oudere medewerkers in de zorg prettiger; die kun je bepaalde dingen vragen en maken een praatje
- Ik gooi niet zo vaak dingen weg, maar mijn zoon wel.....(intonatie gaat nadrukkelijk naar beneden)

En wat niet?

- Niemand heeft tijd; de zorg, haar zoon, haar neefje, de hoofdzuster. Mw. merkt dit onder andere doordat ze geen post meer krijgt
- Mw. had haar eigen spullen graag gehouden. Haar zoon heeft besloten wat ze nodig heeft in haar appartement. Er is volgens mw. veel weg gegaan wat zij graag had willen houden (generatieverschil in waarde hechten aan iets...?)
- Mw. is verschillende dingen kwijt, zoals haar tas. Ze denkt dat de werkster dit gedaan heeft
- Mw. geeft aan dat sommige jongere medewerkers geen tijd hebben, ze zeggen gedag, ze doen wat ze doen en gaan weer weg
- Mw. vraagt zich af wat voor kok ze nu hebben. Mw. benoemt hierbij niet dat ze het eten niet lekker vindt.....
- 'Over het wegpakken maak ik me ook geen zorgen hoor. Anders heb je geen leven meer hè. Laat maar gaan'
- Mw. vindt dat ze weinig contact heeft met de zorg. Ze hebben geen tijd
- Mw. weet enkel dat iemand in het pand overleden is wanneer er een kaart hangt in de lift

Wat vindt u belangrijk daarbij?

- Mw. geeft aan niet te weten wat de regels zijn en beschrijft vervolgens op welke momenten de zorg bij haar langs komt
- Als antwoord beschrijft mw. welk meubilair niet van haar is. Ze beschrijft dat haar zoon geen auto heeft en daardoor moeilijk meubilair kon verhuizen (?). Mw. lijkt het gevoel te beschrijven dat haar spullen door anderen weg gedaan worden, terwijl ze het wilt houden; 'Ik houd nog van die dingen'
- Mw. vraagt niet om dingen (porseleinen schoentjes) want je krijgt hier de zenuwen van, dus waarom zou je dit doen. 'Als je je gaat ergeren aan die dingen dan kom je er ook niet. Dan ga je juist achteruit. Na ja het is gebeurd'

Hoe kunt u uw wensen kenbaar maken?

- Mw. is niet in staat aan te geven wat ze graag zou willen, want wanneer je je daar zorgen over maakt dan heb je geen leven meer. Mw. berust hierin (zoals ze zelf zegt)
- Mw. vindt het lastig dat ze niet kunnen voldoen aan haar wensen. Tegelijkertijd is ze niet in staat haar wensen aan te geven omdat hier volgens haar gevoel toch niets mee kan gebeuren
- 'Dat vragen ze niet, want ja ze doen wat ze doen'
- Wanneer we het over het eten hebben, zegt mw. 'ze kunnen niet alleen aan mijn wensen zal ik zeggen, ik heb eigenlijk geen wensen, ze doen maar wat, want zeg 100 mensen tegen 1'. Met die 1 bedoelt mw. zichzelf
- 'Je had alles naar je wensen. Je had geen wensen meer over. Nee want je was oud genoeg vijf jaar terug. Nu ben ik 81. Ik wordt 82 in november. Nou ja wat voor wensen wil je meer. Ik kan niet meer naar een winkel. Nee ik vind dat niet nodig. Ja tis he ik zal zeggen het is moeilijk. Als je straks niet meer kan zien, nou dan hoeft het ook niet meer van mij. Dan moet alles voor je gedaan worden en je blijft maar zitten. En je portemonnee loopt maar'

Op wat voor manier wordt hier aan voldaan?

'Ze kunnen niet aan je wensen voldoen, dat verwacht ik ook niet'. Daar denk ik ook niet aan hoor, ik neem wat er is. Het is een grote gemeenschap, het kan niet anders. Ik doe niet zo moeilijk hoor. Je neemt maar wat er is hè

Zijn er dingen die u anders zou willen?

- Mw. beschrijft hier wat ze nog zelf doet (fruit schillen etc.)
- Mw. zou wel naar buiten willen, maar zegt daar gelijk bij dat er dan meer personeel moet komen
- Mw. vertelt het verhaal over de zuster die de andere zuster aantikt, waarbij mw. dit interpreteert als stoppen, want we moeten naar een andere cliënt. Mw. zegt dit te begrijpen, want alles kost geld
- Mw. zegt 'je kan die dingen niet vragen, want dat kunnen ze niet doen
- Mw. had geen voorstelling van het verzorgingshuis, want mw. zegt dat ze ook niet veel wensen had

- 'Nou geen wensen, want wat moet je verder. Ze kunnen niet de hele dag bij je blijven zitten, niet een kwartier, niet een uur'. Zou u dat fijn vinden? Nou nee hoor, want ze hebben geen tijd
- Mw. denkt niet dat zij dingen kan veranderen, want zij is niet een van de eerste
- Meer contact met de mensen, meer een babbeltje
- Mw. hoopt niet dat ze zo oud wordt dat ze steeds moet bellen
- 'In die tuin is gezellig'

Discoursen

- Mw. ervaart tijd en geld als grenzen in de zorg
- Als je teveel nadenkt over wat je zou willen, dan ga je je alleen maar zorgen maken en ga je achteruit
- Mw. ervaart dat ze steeds minder kan, doordat ze ouder wordt
- Mw. zou graag vaker een praatje maken met mensen

Bijlage 3: Overzicht van bijlagen op Cd-rom

Interviews

- CD-Interview-01 - Mw. Eb., bewoner verzorgingshuis Laurens, 3 maart 2014
- CD-Interview-02 - Dhr. S., bewoner verzorgingshuis Laurens, 4 maart 2014
- CD-Interview-03 - Mw. E., bewoner verzorgingshuis Laurens, 7 maart 2014
- CD-Interview-04 - Mw. D., bewoner verzorgingshuis Laurens, 10 maart 2014
- CD-Interview-05 - Mw. N., bewoner verzorgingshuis Laurens, 12 maart 2014
- CD-Interview-06 - Dhr. F., regiodirecteur Laurens, 25 maart 2014
- CD-Interview-07 - Dhr. T., lid raad van bestuur Laurens, 25 maart 2014
- CD-Interview-08 - Mw. Z., locatiemanager verzorgingshuis Laurens, 31 maart 2014
- CD-Interview-09 - Mw. B., verpleegkundige verzorgingshuis Laurens, 2 april 2014
- CD-Interview-10 - Mw. Em., mantelzorger van bewoner verzorgingshuis Laurens, 17 april 2014
- CD-Interview-11 - Dhr. B., zorginkoper VV&T zorgkantoor Achmea, 18 april 2014
- CD-Interview-12 - Dhr. D., thuiswonende zorgontvanger en mantelzorger woonachtig in Blijdorp, Rotterdam, 29 april 2014
- CD-Interview-13 - Mw. S., thuiswonende zorgontvanger woonachtig in Blijdorp, Rotterdam, 30 april 2014

Observaties

- CD-Observatie-01 - Meelopen met verpleegkundige 1 in verzorgingshuis Laurens, 19 mei 2014
- CD-Observatie-02 - Meelopen met verpleegkundige 2 in verzorgingshuis Laurens, 28 mei 2014
- CD-Observatie-03 - Verschillende gesprekken tussen bewoners in verzorgingshuis Laurens, mei-juni 2014

Documenten

- CD-Document-01 - Missie & visie Laurens, geraadpleegd op 17 maart 2014
- CD-Document-02 - Interview Roelof Konterman Achmea (augustus 2013)
- CD-Document-03 - Visiestuk CSO, NFU & ZonMw (2012), (Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief, visiestuk binnen de context van het Nationaal Programma Ouderenzorg)
- CD-Document-04 - Discoursen bij de documenten

Geluidsopnames interviews

- CD-Opname-01 - Mw. Eb., bewoner verzorgingshuis Laurens, 3 maart 2014
- CD-Opname-02 - Dhr. S., bewoner verzorgingshuis Laurens, 4 maart 2014
- CD-Opname-03 - Mw. E., bewoner verzorgingshuis Laurens, 7 maart 2014
- CD-Opname-04 - Mw. D., bewoner verzorgingshuis Laurens, 10 maart 2014
- CD-Opname-05 - Mw. N., bewoner verzorgingshuis Laurens, 12 maart 2014
- CD-Opname-06 - Dhr. F., regiodirecteur Laurens, 25 maart 2014
- CD-Opname-07 - Dhr. T., lid raad van bestuur Laurens, 25 maart 2014
- CD-Opname-08 - Mw. Z., locatiemanager verzorgingshuis Laurens, 31 maart 2014
- CD-Opname-09 - Mw. B., verpleegkundige verzorgingshuis Laurens, 2 april 2014
- CD-Opname-10 - Mw. Em., mantelzorger van bewoner verzorgingshuis Laurens, 17 april 2014
- CD-Opname-11 - Dhr. B., zorginkoper VV&T zorgkantoor Achmea, 18 april 2014
- CD-Opname-12 - Dhr. D., thuiswonende zorgontvanger en mantelzorger woonachtig in Blijdorp, Rotterdam, 29 april 2014
- CD-Opname-13 - Mw. S., thuiswonenden zorgontvanger woonachtig in Blijdorp, Rotterdam, 30 april 2014

MASTER OF SCIENCE THESIS SIRI SIEPEL