

De kunst van kiezen

*Een kwalitatief onderzoek naar prioritering door zorgprofessionals in
het plaatsingsbeleid van verpleeghuizen*

Lieske Zijlstra

574589

Masterscriptie

Publiek Management

Erasmus School of Social and Behavioural Sciences

Erasmus Universiteit Rotterdam

Eerste beoordelaar: Dr. K. Migchelbrink

Tweede beoordelaar: Prof. dr. S. van Thiel

12 juli 2024

11958 woorden

Voorwoord

Op mijn zeventiende begon ik vol onwetendheid aan een bijbaantje in een verpleeghuis. Op het eerste gezicht leek het niet veel voor te stellen: kamers schoonmaken, boterhammen smeren en een spelletje spelen. Als ik 's avonds thuiskwam zat mijn hoofd echter overvol. Ik liep in gedachten weer over de gangen, oefende de namen van cliënten, probeerde me te herinneren wie op welke kamer woonde en wat ze het liefste aten. Hoewel ik dit vooraf nooit had kunnen bedenken, heeft deze periode iets in mij aangewakkerd: een interesse, maar ook een motivatie om mij in te zetten voor degenen die al een heel leven achter zich hebben liggen.

Deze interesse en motivatie hebben mij vijf jaar later bij brancheorganisatie ActiZ gebracht, waar ik de afgelopen vijf maanden met veel plezier stage heb gelopen. Ik heb geleerd hoe ik mijn bestuurskundige kennis kan gebruiken om op een abstracter niveau na te denken over en bij te dragen aan de vraagstukken binnen de zorgsector. Concreet kwam dit tot uiting in mijn onderzoek naar het wachtlijstbeheer van verpleeghuizen, waarbij ik mij heb mogen verdiepen in de wereld van besluitvorming en prioritering door zorgprofessionals. Vol trots presenteer ik de resultaten van dit onderzoek in mijn masterscriptie voor de opleiding Publiek Management aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, zoals u deze nu voor u heeft liggen.

Graag wil ik een woord van dank richten aan alle collega's binnen ActiZ die mij met open armen hebben ontvangen en mij hebben laten zien dat er ook na mijn studententijd nog genoeg te leren valt. Daarnaast gaat mijn dank uit naar mijn scriptiebegeleider, Dr. Migchelbrink, die mijn scriptie met behulp van zijn feedback naar een hoger niveau heeft gebracht. Verder wil ik graag mijn vriend en familie bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun, ook als ik soms niet zo gezellig was door scriptieperikelen. Tot slot wil ik mij richten tot alle respondenten die tijd hebben gemaakt om mee te werken aan mijn onderzoek. Ondanks mijn eerdere ervaringen in de ouderenzorg bevond ik mij op onbekend terrein toen ik begon aan mijn onderzoek naar wachtlijstbeheer. Ik heb zeer veel ontzag voor de toewijding van de zorgprofessionals aan het vinden van de beste zorg voor elke individuele cliënt, ondanks de keuzes waartoe zij genoodzaakt zijn in een steeds complexer wordend speelveld. Het is een taak die inzicht, empathie en professionaliteit vereist. Deze scriptie kan dan ook wel gelezen worden als een ode aan de zorgprofessionals die de kunst van kiezen verstaan.

Lieske Zijlstra

Sommelsdijk, augustus 2024

Abstract

De Nederlandse ouderenzorg wordt geconfronteerd met een groeiende kloof tussen vraag en aanbod als gevolg van demografische en politieke ontwikkelingen. Hierdoor is de wachtlijst voor verpleeghuiszorg in Nederland gestegen tot ruim 22.000 wachtenden. Deze situatie dwingt zorgprofessionals die verantwoordelijk zijn voor de plaatsing van cliënten om moeilijke beslissingen te nemen met betrekking tot prioritering: welke cliënt krijgt voorrang en wie moet langer wachten? De literatuur suggereert dat professionals deze beslissingen nemen door te beoordelen in welke mate een cliënt ‘deserving’ is om hulp te ontvangen, gebaseerd op de criteria ‘Controle’, ‘Attitude’, ‘Wederkerigheid’, ‘Identiteit’ en ‘Behoefte’ van de cliënt. In de praktijk ontbreekt echter transparantie over de exacte factoren die verpleeghuizen hanteren voor prioritering, wat de effectiviteit en rechtvaardigheid van zorgtoewijzing kan beïnvloeden.

Om meer zicht te krijgen op deze factoren is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van een inhoudsanalyse en critical incident interviews. Middels deze methoden zijn in totaal 154 factoren geïdentificeerd die van invloed zijn op de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals. De resultaten tonen aan dat de deservingnesstheorie een belangrijke rol speelt in het prioriteringsproces, waarbij een gebrek aan controle van de cliënt over diens situatie en een urgente zorgbehoefte het meest prominent naar voren kwamen. Naast de deservingnesscriteria bleken ook operationele afwegingen en de ervaring en ethische overwegingen van de zorgprofessional van belang. De bevindingen dragen bij aan meer begrip en grotere transparantie in het plaatsingsproces van verpleeghuizen, wat essentieel is om een maatschappelijke dialoog te kunnen voeren over wat wél en niet haalbaar is in het huidige en toekomstige zorglandschap. Vervolgonderzoek kan het overzicht van factoren verder aanvullen en verfijnen door aanvullende onderzoeksmethoden en een meer diverse steekproef te gebruiken, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de mate van schaarste waarmee organisaties te maken hebben.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Voorwoord | 2 |
| Abstract | 3 |
| H1. Inleiding | 6 |
| 1.1 Aanleiding | 6 |
| 1.2 Probleemstelling | 7 |
| 1.3 Relevantie | 8 |
| 1.4 Opbouw onderzoeksrapport | 9 |
| H2. Theoretisch kader | 10 |
| 2.1 Street-level bureaucracy | 10 |
| 2.1.1 Besluitvormingscontext zorgprofessionals | 10 |
| 2.1.2 Street-level bureaucracy in crisissituaties | 11 |
| 2.2 Copingstrategieën voor prioritering | 12 |
| 2.3 Beoordelen van deservingness voor prioritering | 13 |
| 2.4 Dimensies van deservingness | 14 |
| 2.4.1 Controle | 14 |
| 2.4.2 Attitude | 15 |
| 2.4.3 Wederkerigheid | 16 |
| 2.4.4 Identiteit | 16 |
| 2.4.5 Behoeft | 17 |
| 2.5 Conceptueel model | 18 |
| H3. Methodologie | 20 |
| 3.1 Onderzoeksstrategie | 20 |
| 3.2 Onderzoeksmethoden | 20 |
| 3.3 Beschrijving van de steekproef | 21 |
| 3.4 Topiclist en operationalisatie | 22 |
| 3.5 Data-analyse | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 3.6 Validiteit en betrouwbaarheid | 24 |
| 3.7 Privacy en ethische overwegingen | 25 |
| H4. Resultaten | 26 |
| 4.1 Algemeen beeld | 26 |
| 4.2 CARIN-criteria | 27 |
| 4.2.1 Controle en behoefte | 27 |
| 4.2.2 Attitude | 30 |
| 4.2.3 Identiteit | 31 |
| 4.3 Aanvullende criteria | 32 |
| 4.3.1 Ervaring en ethiek | 32 |
| 4.3.2 Operationele overwegingen zorgaanbieder | 33 |
| 4.4 Samenvattend | 34 |
| H5. Discussie & Conclusie | 36 |
| 5.1 Discussie | 36 |
| 5.1.1 Beantwoording onderzoeksvraag | 36 |
| 5.1.2 Relatie met bestaande literatuur | 36 |
| 5.1.3 Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek | 38 |
| 5.2 Conclusie | 39 |
| 5.3 Beleidsaanbevelingen | 39 |
| Literatuurlijst | 41 |
| Literatuurlijst inhoudsanalyse | 44 |
| Bijlagen | 45 |
| Bijlage A: Topiclist | 45 |
| Bijlage B: Codeboom | 46 |
| Bijlage C: Staafdiagrammen coderingsfrequentie | 51 |

H1. Inleiding

1.1 Aanleiding

“De ouderenzorg loopt vast, maar niemand praat erover”; zo luidt de kop van een podcast van de NRC op 25 januari 2024 (NRC, 2024). De aanleiding betreft de groeiende druk op de ouderenzorg en de hoge aantallen op de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg. De cijfers laten zien dat in oktober 2023 ruim 22.000 mensen op de wachtlijst stonden, wat een verdubbeling betekent ten opzichte van 2017 (Zorgverzekeraars Nederland, 2023). Zicht op een einde aan deze stijging is er niet. Als gevolg van de dubbele vergrijzing, de huidige situatie waarin de groep ouderen in Nederland steeds groter wordt en waarbij de gemiddelde leeftijd bovendien stijgt, zullen de aantallen alleen maar verder toenemen (ActiZ, 2023b). Bovendien heeft kabinet Rutte-IV het aantal bedden in verpleeghuizen bevroren op 130.000, terwijl de wettelijke aanspraak op verpleeghuiszorg niet is aangepast (ActiZ, 2022). Dit resulteert in een situatie waarin de vraag groter is dan het aanbod. Verpleeghuizen zijn daardoor genoodzaakt te prioriteren en keuzes te maken: welke cliënt wordt als eerste geplaatst en wie kan het nog thuis of elders redden met ondersteuning?

In dit proces van prioritering spelen zorgprofessionals een belangrijke rol. Zorgprofessionals kunnen worden geïdentificeerd als *street-level bureaucrats*, omdat zij verantwoordelijk zijn voor het eerlijk en rechtvaardig verdelen van publieke middelen, in dit geval verpleeghuisplekken (Vedung, 2015). Street-level bureaucrats kenmerken zich door hun directe interactie met burgers en autonomie in hun werk, waardoor ze in staat zijn beslissingen te nemen, oordelen te vellen en te handelen zoals zij dit nodig achten (Vedung, 2015). Voor zorgprofessionals betekent dit dat zij individuele gevallen tegen elkaar af dienen te wegen en moeten beslissen welke cliënt voorrang krijgt (Jilke & Tummers, 2018).

Het proces van prioritering legt een emotionele last op de schouders van zorgprofessionals, omdat hun beslissingen directe impact hebben op de levens van anderen (Lipsky, 1980). Om hen bij deze besluitvorming te ondersteunen, zetten de professionals verschillende technieken in. Een veelgebruikte techniek die ook in de context van deze studie relevant lijkt, is het beoordelen van de *deservingness* van burgers (Jilke & Tummers, 2018). Dit betekent dat zorgprofessionals bij gelijke geschiktheid van cliënten beoordelen wie het meest verdienstelijk is om hulp te ontvangen, gebaseerd op diverse factoren. Het beoordelen van *deservingness* helpt hen om keuzes te maken die zij zo rechtvaardig mogelijk achten, gegeven de omstandigheden. Uit algemene literatuur blijkt bijvoorbeeld dat de ernst van de situatie, de houding en de identiteit van de burger van invloed zijn op de *deservingness* (Jilke & Tummers,

2018; Laenen, Rossetti, & Van Oorschot, 2019). Dit doet de vraag rijzen welke specifieke factoren een rol spelen bij de plaatsingsbesluiten van professionals binnen de context van verpleeghuiszorg.

Om hier een beter beeld van te krijgen, is het in de eerste plaats noodzakelijk om naar het huidige plaatsingsproces te kijken. Op dit moment vindt prioritering plaats door onderscheid te maken tussen vier wachtstatussen: urgent, actief, op voorkeur en uit voorzorg (Zorgverzekeraars Nederland, 2023). In dit systeem heeft de medische behoefte de meeste invloed op de deservingness van de cliënt, waarbij de cliënt met de meest urgente status de prioriteit krijgt. Dit systeem staat echter onder druk, als gevolg van twee ontwikkelingen. Ten eerste is er een groeiende omvang van het aantal wachtenden, wat maakt dat het onderscheid in wachtstatussen niet meer voldoende is om het grote aantal cliënten op de wachtlijst effectief te ordenen (ActiZ, 2023a). Ten tweede is er een toename van het aantal cliënten dat in een crisissituatie verkeert of dat na acute zorg een verpleeghuisplaats nodig heeft, zonder eerst op de wachtlijst te hebben gestaan (ActiZ, 2023a). Deze zij-instroom verhoogt de druk op het plaatsingssysteem door mensen op de wachtlijst te verdringen, aangezien de betreffende cliënten niet zijn meegenomen in de wachtlijstaantallen.

Deze twee uitdagingen leiden ertoe dat zorgprofessionals naast urgentie genoodzaakt zijn aanvullende afwegingen te hanteren om de deservingness van de cliënt te bepalen. Wat gebeurt er bijvoorbeeld wanneer er vijf cliënten op de lijst staan met een status voor urgente plaatsing; wie krijgt dan voorrang? Welke factoren beïnvloeden de prioritering van zorgprofessionals op het moment dat iemand via de zij-instroom naar een verpleeghuis wil doorstromen, terwijl er al meerdere urgent-wachtenden op de wachtlijst staan? Wordt alleen gekeken naar de lengte van de wachttijd of worden ook andere factoren in overweging genomen? Alhoewel zorgprofessionals momenteel naar alle waarschijnlijkheid aanvullende afwegingen hanteren voor het prioriteren van cliënten, ontbreekt hierover informatie voor externe belanghebbenden, zoals cliënten en brancheorganisaties.

1.2 Probleemstelling

De onduidelijkheid omtrent de factoren die de plaatsing van cliënten beïnvloeden, vormt een kritisch probleem dat nader onderzoek vereist. Hoewel de zorgsector streeft naar gelijke toegang tot zorg, wordt dit door de huidige schaarste bemoeilijkt. Zorgprofessionals worden namelijk gedwongen om moeilijke keuzes te maken tussen burgers (ActiZ, 2023b). Momenteel heerst een gebrek aan inzicht in de manier waarop deze besluitvorming plaatsvindt. Als

zorgprofessionals zelf niet volledig begrijpen welke factoren van invloed zijn op de prioriteringsbeslissingen of zich niet bewust zijn van het feit dat zij prioriteren, kan dit de effectiviteit en rechtvaardigheid van zorgtoewijzing negatief beïnvloeden (Lee, McGlynn, & Safran, 2019). Dit onderzoek heeft daarom primair als doel om de transparantie in het plaatsingsproces van verpleeghuizen te bevorderen. De centrale onderzoeksvraag die aansluit op deze doelstelling, betreft:

“Welke factoren zijn van invloed op de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals bij het plaatsen van cliënten die wachten op verpleeghuiszorg?”

1.3 Relevantie

Middels dit onderzoek kan de transparantie in het plaatsingsbeleid van verpleeghuizen worden vergroot, wat bijdraagt aan de maatschappelijke relevantie. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt in een rapport over de uitvoering van de Wet langdurige zorg dat het gezien de toenemende druk op de ouderenzorg begrijpelijk en wenselijk is dat schaarse capaciteit en ruimte zodanig worden verdeeld dat de meest kwetsbaren voorrang krijgen (NZa, 2023). Dit kan echter resulteren in situaties waarin bepaalde cliënten of cliëntgroepen geen passend zorgaanbod ontvangen. De NZa (2023) concludeert dat er te weinig inzicht is in deze situaties en benadrukt de behoefte aan helderheid over de besluitvorming bij de verdeling van schaarse middelen. De focus ligt hierbij voornamelijk op de rol van zorgkantoren. Ouderenzorgbrancheorganisatie ActiZ erkent echter dat ook zorgaanbieders een cruciale rol hebben in het prioriteringsproces, wat de focus van het huidige onderzoek verklaart. Het inzicht dat deze studie biedt in de factoren die de prioritering van zorgprofessionals beïnvloeden, is waardevol voor zowel cliënten als zorgaanbieders en andere zorginstanties. Het maakt een open dialoog mogelijk tussen onder meer zorgkantoren, zorgaanbieders, brancheorganisaties en de politiek over wat wél en niet haalbaar is binnen het huidige en toekomstige zorglandschap, met als doel te voorkomen dat de zorg voor de meest kwetsbaren in gevaar komt (NZa, 2023).

Ook op wetenschappelijk gebied kent dit onderzoek relevantie. Uit een verkennende literatuurstudie voorafgaand aan dit onderzoek is gebleken dat de kennis over wachtlijstbeheer binnen de ouderenzorg beperkt is. Er zijn verschillende studies gedaan naar de prioritering van burgers en toewijzing van middelen door street-level bureaucrats (e.g., Fisher, 2002), waarvan enkelen gericht op de context van de ziekenhuiszorg (e.g., Déry et al., 2020). Voor zover bekend is er zowel nationaal als internationaal echter geen onderzoek gedaan naar de specifieke factoren die een rol spelen bij verpleeghuizen. Het exploratieve karakter van deze studie heeft

dan ook de potentie om bij te dragen aan het dichten van een hiaat in de literatuur. Daarnaast benadrukt het onderzoek van Laenen et al. (2019) de behoefte aan kwalitatief onderzoek om de contextgevoeligheid van criteria voor prioritering verder te onderzoeken, waardoor een studie naar de context van de ouderenzorg van wetenschappelijk belang is.

1.4 Opbouw onderzoeksrapport

Dit onderzoeksrapport wordt voortgezet met Hoofdstuk 2, waarin een theoretisch fundament voor dit onderzoek wordt beschreven. Vervolgens wordt in Hoofdstuk 3 ingegaan op de gebruikte methoden voor dataverzameling en -analyse, waarna in Hoofdstuk 4 de resultaten van het onderzoek worden besproken. Hoofdstuk 5 biedt een antwoord op de onderzoeksvraag, bespreekt beperkingen van de huidige studie, geeft aanbevelingen voor vervolgonderzoek en presenteert enkele beleidsaanbevelingen.

H2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk legt een breed theoretisch fundament, passend bij de exploratieve en beschrijvende aard van dit onderzoek. Het hoofdstuk is als volgt gestructureerd. Allereerst wordt de context van street-level bureaucracy belicht, waarin de besluitvorming van zorgprofessionals plaatsvindt, inclusief de taken die street-level bureaucrats hebben. Vervolgens wordt beschreven hoe de professionals kunnen prioriteren, waarbij aandacht wordt besteed aan de *deservingnesstheorie* als leidraad voor dit onderzoek. Daarop volgt een uiteenzetting van criteria die worden gebruikt om de deservingness van burgers te beoordelen. Deze inzichten worden gebundeld en grafisch weergegeven in een conceptueel model.

2.1 Street-level bureaucracy

2.1.1 Besluitvormingscontext zorgprofessionals

Om te onderzoeken welke factoren de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals beïnvloeden, is het van belang om te begrijpen vanuit welke positie zij beslissingen nemen. Dit perspectief kan worden verkregen vanuit het concept ‘street-level bureaucracy’, dat inzicht biedt in de dynamiek van de besluitvorming van zorgprofessionals en de implicaties voor de manier waarop zij middelen toewijzen (Lipsky, 1980). Het feit dat zorgprofessionals ruimte hebben om de cliëntprioritering aan te passen naar eigen inzicht, wijst op hun rol als street-level bureaucrats, ook wel SLB’s (Tummers & Bekkers, 2013).

Deze term wordt gebruikt voor medewerkers in de openbare dienst die direct contact hebben met burgers en die substantiële discretie hebben in de uitvoering van hun werk (Tummers & Bekkers, 2013). De discretie biedt hen de vrijheid om te handelen naar eigen inzicht en de autoriteit om oordelen te vellen (Vedung, 2015). Typerend voor SLB’s is dat ze verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van beleid op lokaal niveau en dat ze daarbij geconfronteerd worden met alledaagse problemen die ontstaan door de aard van de publieke context (Lipsky, 1980). Deze context wordt gekenmerkt door schaarste, waarbij sprake is van een voortdurend groeiende vraag naar publieke middelen en diensten en slechts een beperkte beschikbaarheid (Lipsky, 1980).

Vanwege de schaarste in de besluitvormingscontext, worden professionals geacht twee taken op zich te nemen bij de beleidsuitvoering (Meza, Pérez-Chiqués, Campos, & Castro, 2020). De eerste taak, *cliëntverwerking*, omvat het verwerken van de massale instroom van mensen die gebruik willen maken van een bepaalde publieke dienst of goed (Meza et al., 2020). Omdat het niet mogelijk is om iedereen van dienst te zijn, is het de taak van de professional om

te beoordelen of burgers in aanmerking komen, de vereisten te verifiëren en burgers te begeleiden in het gebruik van de desbetreffende dienst. Concreet betekent dit dat ze een schifting moeten maken tussen burgers die wél en die geen aanspraak kunnen maken op de dienstverlening. Wanneer bij de cliëntverwerking is vastgesteld dat burgers aan de vereisten voldoen, moet vervolgens gekeken worden hoe de beschikbare middelen eerlijk verdeeld kunnen worden onder degenen die er recht op hebben, ook wel de taak van *hulpbronrationering* (Van Oorschot, 2000). Voor deze taak dienen professionals de beschikbare hulpbronnen, zoals tijd, personeel en financiële middelen te rantsoeneren en te besluiten welke personen middelen ontvangen en hoeveel elke persoon ontvangt.

2.1.2 Street-level bureaucracy in crisissituaties

Onder ‘reguliere omstandigheden’ waarin de schaarste beheersbaar is, zijn beide taken van gelijkwaardig belang (Meza et al., 2020). In tijden van crisis waarin de kloof tussen vraag en aanbod té groot is, komt hulpbronrationering echter naar voren als een cruciale en expliciete rol van SLB’s (Meza et al., 2020). De vragen ‘Wie krijgt wat?’ en ‘Wie heeft prioriteit?’ komen centraal te staan (Meuleman, Roosma, & Abts, 2020). Dit vereist dat professionals overstappen van een cliëntgerichte naar een bevolkingsgerichte benadering, waarin ze handelen in het algemeen belang (Meza et al., 2020). De COVID-19-crisis biedt een treffend voorbeeld van zo’n focusverschuiving. Gedurende deze gezondheids crisis was de vraag naar zorg uitzonderlijk groot, terwijl het aanbod van medisch personeel en bedden beperkt was. Organisaties ontwikkelden vervolgens handboeken voor hulpbronrationering en prioritering in extreme situaties als code zwart (Brodkin, 2021).

De huidige situatie in de ouderenzorg kan eveneens worden getypeerd als crisis, zij het van een meer chronische aard. Zo worden de waarden van de zorg onder druk gezet, is er een hoge mate van urgentie en ook onzekerheid over hoe de situatie het best kan worden aangepakt (Van Wart & Kapucu, 2011). Hoewel schaarste in de publieke context vrijwel altijd aanwezig is, speelt deze dynamiek niet altijd in dezelfde mate. In het verleden waren er na de cliëntverwerking namelijk voldoende medewerkers en verpleeghuisplekken beschikbaar om alle aanvragers zorg te kunnen bieden, waardoor er geen noodzaak tot prioritering was (NZa, 2023). De demografische en politieke ontwikkelingen hebben er echter toe geleid dat zorgprofessionals nu wel tot prioritering genoodzaakt zijn (NZa, 2023). Het is belangrijk om te erkennen dat er sprake is van een crisissituatie, omdat dit implicaties heeft voor de manier waarop zorgprofessionals prioriteren. Ze worden hierdoor geconfronteerd met nieuwe uitdagingen en extra druk om snel en effectief te handelen (Lipsky, 1980).

2.2 Copingstrategieën voor prioritering

De nadruk op prioritering en hulpbronrationering als gevolg van crisissituaties plaatst professionals voor aanzienlijke ethische dilemma's en psychologische uitdagingen (Hupe, 2019). Zo beschrijft Lipsky (1980) dat SLB's psychologische lasten kunnen ervaren vanwege de directe impact van hun beslissingen op de levens van anderen. Om te voorkomen dat het werk psychologisch te zwaar wordt, maken professionals gebruik van copingstrategieën (Lipsky, 1980). Deze strategieën betreffen verschillende, vaak onbewuste, gedragsinspanningen van professionals in hun interacties met burgers. Ze zijn gericht op het beheersen en verminderen van zowel interne als externe eisen en conflicten waarmee de SLB's worden geconfronteerd en helpen bij het omgaan met de kloof tussen vraag en aanbod (Dallara & Lacchei, 2021).

In zijn baanbrekende onderzoek uit 1980 stelt Lipsky dat SLB's drie copingstrategieën kunnen gebruiken om de druk die zij ervaren door hun werk te verlichten. Deze strategieën nemen zowel houdings- als gedragsmatige vormen aan en zijn verder onderzocht door onderzoekers zoals Gilke en Tummers (2018) en Vedung (2015). De eerste strategie is gericht op het verlagen van de psychologische druk door de vraag te verminderen (Gilke & Tummers, 2018; Lipsky, 1980). Dit kunnen professionals bereiken door de informatieverspreiding over beschikbare diensten te beperken en door zich onbereikbaar te maken voor contactpersonen, bijvoorbeeld door korte openingstijden en veeleisende aanmeldprocedures (Lipsky, 1980; Vedung, 2015). Daarnaast kunnen ze de werkstress verminderen door hun werk te standaardiseren. Een laatste copingstrategie betreft *cream skimming*, wat inhoudt dat professionals zich concentreren op een beperkt aantal geselecteerde cliënten, waarbij ze de makkelijke, goed gedefinieerde casussen kiezen in plaats van moeilijke, tijdrovende gevallen (Lipsky, 1980; Vedung, 2015).

Deze copingstrategieën kunnen begrepen worden vanuit de *logica van consequentie*; een benadering van besluitvorming die gebaseerd is op het idee dat individuen rationele actoren zijn die beslissingen nemen op basis van kosten-batenanalyses (Warsen, Klijn, & Koppenjan, 2019). Het gaat ervan uit dat actoren de mogelijke uitkomsten van verschillende acties evalueren en dat ze kiezen voor de actie die het meeste voordeel oplevert. In de context van deze studie zou dit betekenen dat zorgprofessionals die verantwoordelijk zijn voor de plaatsing een strategie kiezen die het meest effectief en efficiënt is in het verlagen van de druk, zoals *cream skimming*. De vraag is echter of zorgprofessionals de plaatsing van cliënten vanuit dit perspectief bekijken of dat eerder moet worden gekeken naar de *deservingnesstheorie*, volgens de *logica van geschiktheid*.

2.3 Beoordelen van deservingness voor prioritering

In de literatuur wordt vaak verwezen naar de copingstrategieën van Lipsky (1980) wanneer het gaat over prioritering door SLB's. Er is echter ook een andere literatuurstroming die aandacht besteedt aan dit onderwerp, namelijk de *deservingnesstheorie*. Deze theorie helpt te verklaren waarom bepaalde burgers eerder hulp ontvangen van SLB's dan anderen, door te stellen dat SLB's beoordelen in welke mate een burger deserving, ook wel verdienstelijk is (Laenen et al., 2019). Dit zou helpen om de dilemma's rondom rationering en prioritering te verminderen. De beoordeling van deservingness gebeurt meestal impliciet op basis van verschillende kenmerken van de burger (Jilke & Tummers, 2018). Deze kenmerken fungeren als informatiesignalen voor de professional om vervolgens twee groepen te kunnen creëren: een deserving en een niet-deserving groep. Dit proces hangt nauw samen met het sociaalpsychologische concept van *sociale categorisatie*, waarbij mensen anderen instinctief in sociale groepen plaatsen (Jilke & Tummers, 2018). Sociale categorisatie is een onvermijdelijk fenomeen en illustreert de menselijke behoefte aan orde.

Hoewel het beoordelen van deservingness ook een manier is om de psychologische druk te verlichten, bestaat er een belangrijk verschil met de copingstrategieën van Lipsky (1980). Terwijl Lipsky (1980) uitgaat van rationele actoren die praktisch reageren op uitdagingen in hun werk, stelt de deservingnesstheorie dat SLB's morele en sociale actoren zijn die hun afwegingen niet enkel baseren op een kosten-batenverhouding (Jilke & Tummers, 2018). Deservingness volgt dan ook niet de logica van consequentie, maar sluit eerder aan bij de *logica van geschiktheid*. Deze logica erkent dat individuen niet alleen worden gedreven door puur rationeel denken, maar ook intrinsiek gemotiveerd zijn en handelen in overeenstemming met wat zij als gepast beschouwen (Warsen et al., 2019). Daarbij zijn ze gevoelig voor verwachtingen, sociale druk en normen en waarden, zoals wederkerigheid en eerlijkheid.

Volgens de logica van geschiktheid verlagen professionals de psychologische druk niet door de meest effectieve of efficiënte strategie te gebruiken, maar door te handelen in overeenstemming met maatschappelijk aanvaarde normen en waarden (Warsen et al., 2019). Zowel de logica van geschiktheid als de deservingnesstheorie benadrukt het belang van de morele en sociale overwegingen van professionals bij prioritering (Jilke & Tummers, 2018). Als de professional van mening is dat de burger op basis van verschillende kenmerken deserving is, dan beschouwt deze professional het als rechtvaardig om hem of haar de gevraagde dienst te leveren; zo stelt de deservingnesstheorie (Laenen et al., 2019).

2.4 Dimensies van deservingness

Deservingness lijkt een relevant concept voor de huidige studie, aangezien zorgprofessionals doorgaans streven naar rechtvaardige en passende zorg (Meza et al., 2020) in plaats van de ‘makkelijkste’ cliënten te selecteren, zoals de copingstrategieën van Lipsky (1980) suggereren. Het is daarom belangrijk om te onderzoeken welke factoren bepalen in hoeverre iemand als deserving wordt beschouwd. De centrale stelling van de deservingnesstheorie is dat de perceptie van mensen over de deservingness van anderen gebaseerd is op een beperkt aantal fundamentele verdienstelijkheidsprincipes, die antwoord geven op de vraag wie wat moet krijgen en waarom (Meuleman et al., 2020). Van Oorschot (2000) vat deze principes samen in een set van vijf dimensies, bekend onder het acroniem ‘CARIN’, om deservingness systematisch te kunnen analyseren en interpreteren. Elke dimensie vertegenwoordigt een criterium voor de mate van deservingness van een individu. Binnen deze dimensies kunnen vervolgens subcriteria worden geïdentificeerd voor een meer praktische uitwerking.

Hoewel de categorisatie van Van Oorschot (2000) breed geaccepteerd is in de literatuur (e.g. Déry et al., 2020; De Swaan, 1988; Laenen et al., 2019), zijn er ook onderzoekers zoals Halling et al. (2024) die suggereren dat de criteria geen alomvattend inzicht bieden in het prioriteringsvraagstuk. Bovendien is het belangrijk om op te merken dat hoewel de criteria worden toegepast in wetenschappelijk onderzoek, dit voornamelijk onderzoek in andere contexten betreft, bijvoorbeeld op het gebied van migratie (De Coninck & Matthijs, 2020). Enkele toepassingen zijn gevonden binnen de context van ziekenhuiszorg (Déry et al., 2020), maar voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan naar specifieke plaatsingscriteria van verpleeghuizen. Deze bevindingen illustreren de veelzijdigheid van de discussie rondom prioritering en de deservingnesstheorie en benadrukken de noodzaak om de relevantie van de deservingnessdimensies binnen het kader van de huidige studie verder te onderzoeken. Hieronder zullen de dimensies en bijbehorende subcriteria daarom verder uiteengezet worden.

2.4.1 Controle

De eerste dimensie van deservingness betreft *Controle*, wat gaat over de mate waarin mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun huidige situatie (Laenen et al., 2019). Van Oorschot (2000) betoogt dat mensen die niet verantwoordelijk zijn voor hun situatie en dus een lage mate van controle hebben, als meer verdienstelijk worden beschouwd. De Swaan (1988) ondersteunt dit standpunt en voegt toe dat behoeftige mensen steun verdienen als ze niet de controle hebben om hun situatie te verbeteren. Dit idee wordt versterkt door het principe van de *locus of*

responsibility van Cook (1979), dat de verantwoordelijkheid voor bepaalde gebeurtenissen of uitkomsten toewijst aan individuen of de samenleving als geheel. Cook (1979) suggereert dat mensen wiens behoefte wordt veroorzaakt door externe situaties waarover het ‘slachtoffer’ geen controle heeft, als meer verdienstelijk worden gezien.

Toegepast op de context van de huidige studie, kunnen vanuit de literatuur enkele subcriteria geïdentificeerd worden die van mogelijke invloed zijn op de beoordeelde mate van controle. Allereerst zijn de aanwezigheid van een mantelzorger en het hebben van kinderen potentiële subcriteria (Déry et al., 2020). Cliënten op de wachtlijst die niet beschikken over een mantelzorger of geen kinderen hebben, ervaren over het algemeen een lagere mate van controle over het leven (Déry et al., 2020). Een ander subcriterium betreft de woonsituatie van de cliënt. Als een cliënt die slecht ter been is in een gelijkvloerse woning leeft met hulpmiddelen in de badkamer en brede deurposten voor een rollator, zal de controle van deze persoon over de leefsituatie groter zijn dan die van iemand die een woning met trappen heeft. Het laatste subcriterium dat hierop aansluit, betreft veiligheid. Wanneer zich in het verleden gevaarlijke situaties hebben voorgedaan, zoals een val, zal de controle van deze cliënt lager worden ingeschat.

2.4.2 Attitude

De tweede dimensie is *Attitude*, wat betrekking heeft op de volgzzaamheid of dankbaarheid van burgers (Van Oorschot, 2000). Van Oorschot (2000) gebruikt deze dimensie om aan te geven dat mensen de voorkeur geven aan behoeftigen die meegaand, dankbaar en niet veeleisend zijn. Cook (1979) en De Swaan (1988) komen tot dezelfde conclusie en impliceren dat mensen die dankbaar zijn dat ze geholpen worden, als meer verdienstelijk worden gezien. Deze gedachtegang is geworteld in de traditionele christelijke moraal die dankbaar en goed gedrag verwacht van de ‘armen’ (Meuleman et al., 2020).

De houding van burgers is een lastig concept volgens Laenen et al. (2019), omdat het enerzijds allesomvattend is en een groot aantal verschillende soorten gedragingen omvat, zoals dankbaarheid, volgzzaamheid, meegaandheid en eerlijkheid. Anderzijds kan ‘attitude’ als nietszeggend worden beschouwd, omdat de breedheid ervan impliceert dat deze minder verschilt van andere criteria (Laenen et al., 2019). Zo vertoont het bijvoorbeeld sterke overeenkomsten met wederkerigheid; de dimensie die hierna wordt besproken. Binnen het kader van dit onderzoek vormt een mogelijk subcriterium de houding van cliënten en hun familie; bijvoorbeeld of ze vriendelijk en beleefd zijn, of juist opdringerig en gefrustreerd.

2.4.3 Wederkerigheid

De dimensie die hierop volgt is *Reciprocity*, wat verwijst naar de mate van wederkerigheid (Laenen et al., 2019). De kerngedachte is dat mensen die in het verleden een grotere bijdrage hebben geleverd of dit momenteel doen, als meer verdienstelijk worden gezien. In de literatuur wordt het concept van wederkerigheid ook wel gerelateerd aan *earned deservingness*, wat betekent dat mensen hulp ‘verdienen’ vanwege hun hoge mate van inspanning (Van Oorschot, 2000). Het principe van wederkerigheid weerspiegelt het concept van billijkheid: door iets bij (te hebben ge-) dragen, hebben mensen recht op ontvangen. Dit ligt ook ten grondslag aan veel sociaal beleid, zoals het sociale verzekeringsstelsel, waarbij mensen recht hebben op een vergoeding als ze in het verleden iets hebben bijgedragen (Meuleman et al., 2020).

Binnen deze studie zou wederkerigheid weerspiegeld kunnen worden in de mate waarin cliënten actief stappen hebben ondernomen om hun eigen zorgbehoeften te verminderen of hun zelfstandigheid te vergroten, zoals deelname aan een valpreventie cursus. Een ander mogelijk subcriterium is de aanwezigheid van een informele relatie tussen de cliënt en zorgprofessional voorafgaand aan de zorgsituatie van de cliënt, bijvoorbeeld als de cliënt een buurvrouw was van de professional, tot dezelfde kerk behoorde of bij dezelfde sportclub lid was (Laenen et al., 2019). Hierop aansluitend is het mogelijk dat de cliënt en professional elkaar eerder hebben ontmoet, door eerdere opname van de cliënt voor een kortdurend verblijf. Doordat de professional en de cliënt elkaar kennen, stijgt de wederkerigheid en kan de zorgprofessional geneigd zijn de cliënt een gunst te verlenen.

2.4.4 Identiteit

Identity gaat over de mate van gedeeld lidmaatschap van sociale groepen, ook wel de *voorwaarde van nabijheid*, zoals De Swaan (1988) het omschrijft. Hij stelt dat we degenen die dicht bij ons staan als meer verdienstelijk beschouwen, waarbij nabijheid een letterlijke betekenis kan hebben, zoals een nabije woonplaats, of een figuurlijke, zoals een verwantschapsrelatie. Van Oorschot (2000) noemt dit criterium identiteit en stelt dat hoe kleiner de afstand tussen de professional en de burger is op het gebied van identiteit, hoe meer verdienstelijk de burger wordt beschouwd.

Dit fenomeen kan nader worden verklaard vanuit de *social identity theory*, die stelt dat mensen de neiging hebben zichzelf en anderen te categoriseren op basis van gedeelde kenmerken, zoals leeftijd, etniciteit en geslacht (Wenzel, 2004). De *signaling theory* voegt hieraan toe dat mensen bij een gebrek aan informatie over de ander signalen gebruiken om mensen te groeperen (Raaphorst & Van der Walle, 2018). Deze signalen kunnen variëren van

taalgebruik tot kleding en lichaamstaal. Vervolgens suggereert de *social identity theory* dat zich op basis van de kenmerken een *ingroup* en een *outgroup* vormen, waarbij de *ingroup* bestaat uit alle mensen met dezelfde kenmerken en de *outgroup* uit iedereen die daar niet aan voldoet (Wenzel, 2004). Bij schaarste krijgen leden van de *ingroup* voorrang, ook wel *ingroup favoritism* (Wenzel, 2004).

In de context van de huidige studie zou prioritering van cliënten gebaseerd kunnen zijn op de persoonskenmerken van de cliënt of diens familie. Een cliënt met kenmerken die vergelijkbaar zijn met die van de zorgprofessional of de zorgorganisatie, zou dan de voorkeur krijgen. Mogelijke subcriteria omvatten gender, leeftijd, etniciteit en de financiële situatie van de cliënt; door Meuleman et al. (2020) gedefinieerd als ‘kenmerken van de sociale achtergrond’. Daarnaast wordt de woonplaats van de cliënt door Déry et al. (2020) als relevant beschouwd, terwijl Van Oorschot (2000) de invloed van religie benadrukt. Volgens de signaling theory kunnen ook de kleding, het taalgebruik en de lichaamstaal van de cliënt en de familie subcriteria vormen.

2.4.5 Behoeft

De laatste dimensie betreft *Need*, ook wel het behoefteniveau van de burger, waarbij een grotere behoefte resulteert in een grotere *deservingness* (Van Oorschot, 2000). Terwijl het gelijkheidsbeginsel stelt dat iedereen hetzelfde verdient, biedt het behoeftebeginsel een verklaring waarom sommige mensen wel hulp ontvangen en anderen niet (Meuleman et al., 2020). Volgens dit beginsel zijn mensen eerder bereid hulp te bieden als de intensiteit van de behoefte groter is, waarbij alleen de werkelijk behoeftigen hulp ontvangen. Dit beginsel is volgens Meuleman et al. (2020) verankerd in de manier waarop de algemene bevolking rechtvaardigheidsprincipes gebruikt om onderscheid te maken tussen mensen.

Jilke en Tummers (2018) bieden hierop een aanvulling vanuit het concept van *needed deservingness*, wat zij identificeren als een belangrijk signaal voor SLB's om te gebruiken bij het categoriseren van burgers. *Needed deservingness* gaat in tegen het principe van *cream skimming* en stelt dat juist mensen met een grote behoefte hulp zullen ontvangen, in plaats van de ‘makkelijke gevallen’. Dit zou betekenen dat cliënten met een complexe zorgvraag prioriteit krijgen. Jilke en Tummers (2018) concluderen dat *needed deservingness* over het algemeen de belangrijkste rol speelt bij prioritering en weerleggen onderzoek dat de invloed van *cream skimming* benadrukt, zoals dat van Lipsky (1980). Dit zou verklaard kunnen worden vanuit het feit dat behoefte vaak voorafgaat aan andere verdienstelijkheidscriteria, zoals controle en identiteit (Meuleman et al., 2020).

Binnen de behoefte-dimensie worden in de literatuur verschillende subcriteria geïdentificeerd. Het onderzoek van Déry et al. (2020) toont aan dat een hoog niveau van invaliditeit, de aanwezigheid van pijn en duur van de wachttijd kunnen resulteren in een grotere behoefte en daarmee in een hoger beoordeelde deservingness. Déry et al. (2020) maken bovendien onderscheid in mate van urgentie van een behoefte, waarbij wordt verondersteld dat deservingness toeneemt naarmate de zorgvraag urgenter is. Tot slot benadrukt dit onderzoek de invloed van de omvang van de zorgvraag; als mensen een grotere zorgvraag hebben, worden ze als meer deserving gezien en op basis hiervan zouden ze prioriteit krijgen ten opzichte van mensen met een kleinere zorgvraag.

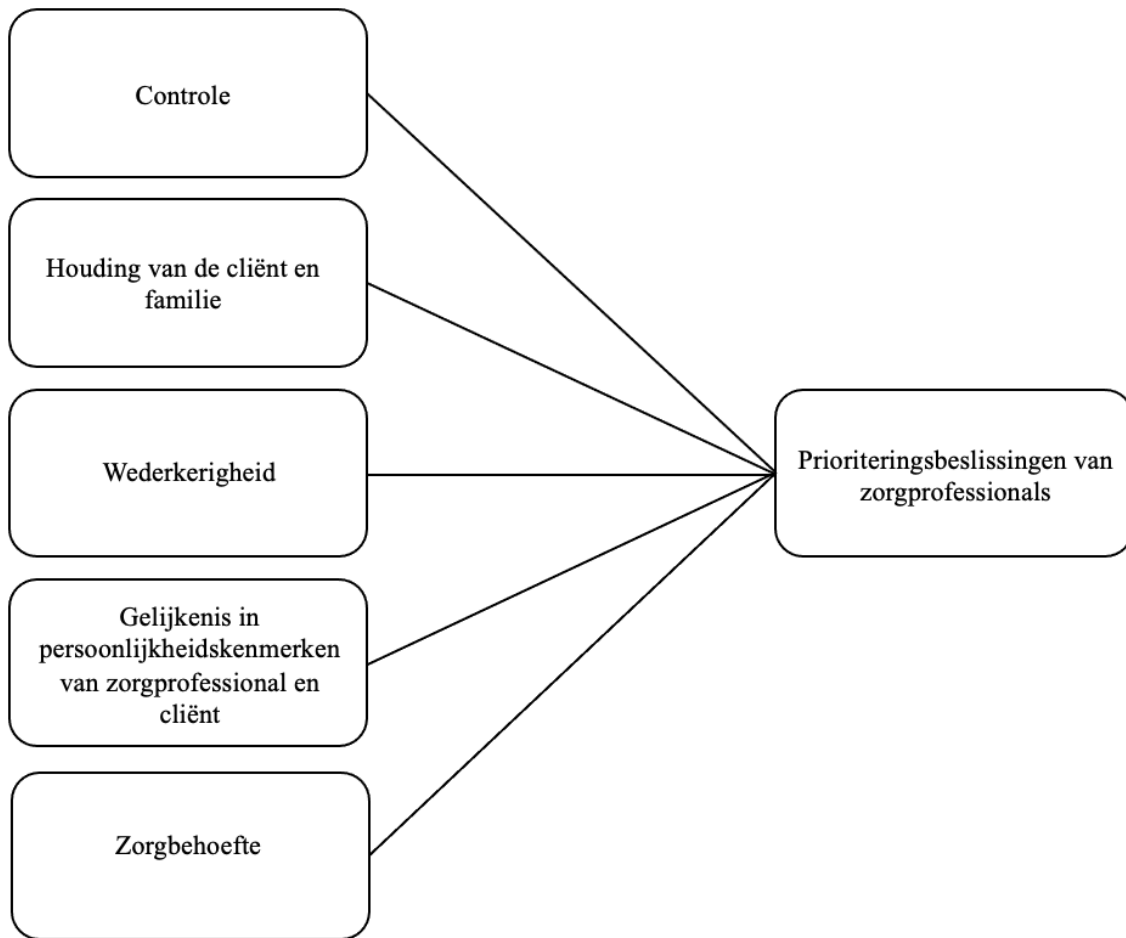
2.5 Conceptueel model

Dit hoofdstuk heeft inzicht gegeven in de concepten en theorieën die ten grondslag liggen aan de prioriteringsbeslissingen van SLB's en zorgprofessionals in het bijzonder. Als gevolg van schaarste en de huidige crisissituatie staan de professionals voor de uitdaging om te prioriteren tussen cliënten. Om te voorkomen dat dit een te zware last vormt voor de professionals, kunnen zij verschillende technieken toepassen, waarbij verwacht wordt dat deservingness een cruciale rol speelt.

De beschrijving van de vijf dimensies van deservingness van Van Oorschot (2000) en de bijbehorende subcriteria, biedt een theoretisch antwoord op de vraag welke factoren van invloed kunnen zijn op de prioriteringsbeslissingen, zoals visueel weergegeven in Figuur 1. Om een praktische vertaalslag te bieden naar de context van de ouderenzorg dient dit model verder verrijkt en verfijnd te worden met behulp van een inhoudsanalyse en empirische gegevensanalyse die eveneens uitgevoerd zullen worden.

Figuur 1

Conceptueel model



H3. Methodologie

In dit hoofdstuk worden verschillende aspecten met betrekking tot de methodologie belicht. Allereerst worden de onderzoeksstrategie, methoden van dataverzameling en de steekproef beschreven, gevolgd door een operationalisatie en toelichting op de methode van data-analyse. Vervolgens worden de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek behandeld, waarna het hoofdstuk wordt afgesloten met een bespreking van de privacy- en ethische overwegingen.

3.1 Onderzoeksstrategie

Voor dit onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksbenadering toegepast, omdat deze geschikt is voor het ontwikkelen van een diepgaand begrip van processen en sociale contexten (Van Thiel, 2014). Zoals blijkt uit de wetenschappelijke relevantie van deze studie, is er weinig literatuur beschikbaar op het gebied van prioritering in de context van verpleeghuiszorg. Kwalitatief onderzoek biedt een passende uitgangspunt om dit onderzoeksgebied te verkennen. Het biedt over het algemeen de flexibiliteit om vragen te stellen en te luisteren naar verhalen en ervaringen van deelnemers, waarbij er bovenal ruimte is voor de diepere betekenissen en nuances die niet altijd kunnen worden vastgelegd met kwantitatieve metingen (Creswell & Creswell, 2018). Er is bewust gekozen om geen survey uit te zetten, omdat dit onvoldoende inzicht zou bieden in de ervaringen en afwegingen van zorgprofessionals die centraal staan als het gaat om prioritering.

3.2 Onderzoeksmethoden

De onderzoeksmethode die centraal staat in dit onderzoek betreft *critical incident interviewing*, waarbij waarneembare activiteiten met aanzienlijke invloed op de uitkomsten worden onderzocht (Schluter, Seaton, & Chaboyer, 2008; Woolsey, 1986). In de strekking van dit onderzoek betreffen het de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals in het plaatsingsproces van de individuele cliënt. Deze interviewmethode onthult impliciet de prioriteiten van deelnemers door hen te vragen het incident in detail te beschrijven, inclusief de setting, gebeurtenissen, uitkomst en redenen voor de effectiviteit of ineffectiviteit ervan (Schluter et al., 2008; Woolsey, 1986). Uit de gedetailleerde beschrijvingen kunnen de prioriteiten van deelnemers worden afgeleid, wat aansluit bij de doelstelling van huidig onderzoek.

De deelnemers aan dit onderzoek werden verzocht een aantal geanonimiseerde casussen van cliënten die wel of (nog) niet geplaatst zijn mee te brengen naar het interview. Tijdens de interviews werden de casussen besproken aan de hand van drie vragen over de context, het

proces en een evaluatie van de casus. Een belangrijk kenmerk van de interviewmethode betreft de beperkte hoeveelheid vooraf opgestelde vragen, waardoor tijdens de gesprekken ruimte ontstond voor het bespreken van zowel algemene plaatsingsprocessen als gedetailleerde individuele casuïstiek, met speciale aandacht voor de factoren die van invloed waren op het proces (Schluter et al., 2008; Woolsey, 1986). In totaal zijn 65 concrete casussen en tientallen meer algemene voorbeelden besproken, waaruit factoren konden worden afgeleid.

Naast de interviews zijn ook een literatuurstudie en een inhoudsanalyse van bestaand plaatsingsbeleid uitgevoerd. De literatuurstudie, zoals beschreven in Hoofdstuk 2, heeft inzicht geboden in de concepten die ten grondslag liggen aan besluitvorming en prioritering door zorgprofessionals. De beschrijving van mogelijke dimensies en subcriteria bood een theoretisch fundament dat aangevuld kon worden middels de andere onderzoeksmethoden. Vervolgens is een inhoudsanalyse uitgevoerd van het huidige plaatsingsbeleid van zorgorganisaties om inzichtelijk te maken welke criteria formeel zijn vastgelegd door de zorgorganisaties en welke informatie en afwegingen niet in beleid zijn opgenomen.

Voor de inhoudsanalyse zijn de webpagina's van zo'n 340 ouderenzorgorganisaties geanalyseerd, allen aanbieders van langdurige zorg. De organisaties zijn geselecteerd uit het ledenbestand van ouderenzorgbrancheorganisatie ActiZ. Er is voor dit ledenbestand gekozen vanwege de brede vertegenwoordiging van ouderenzorgorganisaties en de publieke toegankelijkheid ervan (ActiZ, z.d.). Daarnaast zijn de websites van Zorginstituut Nederland, Centrum Indicatiestelling Zorg en Zorgverzekeraars Nederland geanalyseerd, vanwege hun rol in het plaatsingsbeleid van verpleeghuizen. Op de websites is middels de zoekfunctie gezocht op de termen *plaatsingsbeleid*, *plaatsingscriteria*, *toewijzingsprocedure*, *wachlijsten* en *wachlijstbeheer*. Vervolgens zijn alleen documenten en webpagina's geselecteerd die nadere duiding gaven bij het prioriteringsvraagstuk. Dit betekent dat webpagina's die alleen aandacht besteedden aan wachtstatussen zijn geëxcludeerd, omdat deze onvoldoende informatie boden voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Deze selectieprocedure resulteerde in slechts elf documenten. De beschikbare informatie is vervolgens gecodeerd op dezelfde wijze als de interviewgegevens, zoals in paragraaf 3.5 zal worden toegelicht.

3.3 Beschrijving van de steekproef

Voor dit onderzoek zijn vijftien interviews gehouden met twintig respondenten, aangezien sommige organisaties meerdere collega's wilden betrekken bij het onderzoek. De geïnterviewden zijn geselecteerd op basis van hun verantwoordelijkheid voor of betrokkenheid

bij de prioritering en plaatsing van cliënten. Hier bleken diverse functieprofielen onder te vallen, waaronder zorgbemiddelaars, accountmanagers en zorgconsulenten. De respondenten zijn benaderd via een actief ledennetwerk van brancheorganisatie ActiZ. In totaal zijn 57 organisaties benaderd, waarvan er 15 in de gelegenheid waren tot deelname aan een interview.

Om de diversiteit van de steekproef te bevorderen, is gepoogd deelnemers uit verschillende zorgkantorregio's te selecteren, vanwege de mogelijke variatie in druk op de wachtlijsten. Nederland is verdeeld in 31 zorgkantorregio's, elk bediend door een zorgkantoor dat de zorginkoop en -toewijzing voor langdurige zorg coördineert binnen de specifieke regio (Zorgverzekeraars Nederland, z.d.). De diversiteit is daarnaast vergroot door een interview af te nemen bij een zorgkantoor. Hoewel de respondent buiten de directe onderzoekspopulatie viel, bood deze een waardevolle aanvulling gezien het frequente professionele contact met de onderzoekspopulatie, wat in lijn is met de aanbevelingen van Dunn en Hamilton (1986).

3.4 Topiclist en operationalisatie

Voor de critical incident interviews is een topiclist opgesteld, bestaande uit drie onderdelen: inleiding, casusbespreking en afsluiting (Zie Bijlage A). De casusbespreking omvatte drie hoofdonderwerpen: de situatiebeschrijving, het afwegingsproces en een casuevaluatie. Om betekenis te kunnen geven aan de beschrijvingen van respondenten, zijn *sensitizing concepts* geoperationaliseerd op basis van de studies van Déry et al. (2020), Laenen et al. (2019), Meuleman et al. (2020) en Van Oorschot (2000). Sensitizing concepts zijn theoretische concepten die fungeren als lens om de verzamelde data te begrijpen, in dit geval de CARIN-criteria (Dunn & Hamilton, 1986). Ze helpen om de antwoorden van respondenten beter te kunnen duiden en plaatsen in de context. De operationalisering, weergegeven in Tabel 1, bestaat uit drie kolommen: het sensitizing concept, een definitie en indicatoren. Via de indicatoren is een vertaling gemaakt van theoretische concepten naar meer concrete en meetbare begrippen. De indicatoren betreffen slechts voorbeelden gebaseerd op algemene literatuur en voorkennis van de onderzoeker, aangezien de dataverzameling uit moest wijzen welke factoren daadwerkelijk een rol spelen. Bij de data-analyse is vervolgens gekeken of, en op welke manier de concepten terugkwamen in de antwoorden van respondenten.

Tabel 1*Operationalisering van sensitizing concepts*

| <i>Sensitizing concept</i> | <i>Definitie</i> | <i>Indicatoren</i> |
|----------------------------|--|---|
| CARIN-criteria | | |
| Controle | Mate waarin de burger een gebrek aan controle ervaart over en verantwoordelijkheid voor de behoefteigheid | <ul style="list-style-type: none"> - Afwezigheid kinderen - Afwezigheid mantelzorger - Ongeschikte woonsituatie (bijv. niet gelijkvloers) - Onveilige thuissituatie (bijv. hoog valrisico) |
| Houding | Mate waarin de burger dankbaar en volgzaam is ten opzichte van de professional | <ul style="list-style-type: none"> - Opdringerigheid van de cliënt en familie (bijv. familie belt vaak naar de organisatie) - Vriendelijke houding van de cliënt en familie |
| Wederkerigheid | Mate waarin de burger een bijdrage heeft geleverd aan de samenleving of dit in de toekomst gaat doen, en hiervoor beloond wordt door de professional | <ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten van de cliënt om de situatie te verbeteren (bijv. valpreventie cursus) - Professional en burger kenden elkaar al informeel voorafgaand aan de zorgsituatie - Professional kent de cliënt door een eerdere opname |
| Identiteit | Mate waarin de professional en burger deel uitmaken van dezelfde sociale groep op basis van verschillende kenmerken | <ul style="list-style-type: none"> - Etniciteit - Financiële situatie - Gender - Kleding - Leeftijd - Lichaamstaal - Religie - Taalgebruik - Woonplaats |
| Behoeft | Mate waarin de zorgvraag van de burger urgent is | <ul style="list-style-type: none"> - Cliënt ervaart pijn - Cliënt staat al lang op de wachtlijst - Hoog niveau van invaliditeit |

3.5 Data-analyse

Zoals in de toelichting van de onderzoeksmethoden beschreven, zijn twee typen data geanalyseerd: documenten en interviews. Om de interviews te kunnen analyseren, zijn audio-opnames van de interviews gemaakt, waarna deze zijn getranscribeerd. Beide typen data zijn vervolgens gecodeerd met behulp van ATLAS.ti, een softwareprogramma voor kwalitatieve data-analyse. De codering van de gegevens was opgedeeld in drie fasen, waarbij de geoperationaliseerde sensitizing concepts richting gaven aan de codering (Babbie, 2014).

In de eerste fase zijn open codes opgesteld, waarbij alle factoren die van invloed waren op de plaatsing zijn voorzien van een label, resulterend in 154 codes. In de tweede fase zijn deze codes geclusterd in vijftien bredere categorieën, met behulp van axiale codes. Tot slot zijn in de selectieve coderingsfase vijf overkoepelende thema's geïdentificeerd, die de belangrijkste bevindingen uit de documenten en interviews samenvatten. Er is gekozen om waar mogelijk dezelfde terminologie te gebruiken voor de analyses om vergelijking te bevorderen.

Volgend op de analyse is een codeboom opgesteld waarin de fases en bijbehorende codes worden weergegeven. De codeboom biedt een overzicht van de factoren die in de documenten en interviews zijn geïdentificeerd als invloedrijk voor de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals (Zie Bijlage B). Daarnaast zijn staafdiagrammen gemaakt, die weergeven welke thema's en categorieën het meest voorkomen en hoe dit verschilt tussen de inhouds- en interviewanalyse (Zie Hoofdstuk 4 en Bijlage C).

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Voor dit onderzoek is getracht om validiteit en betrouwbaarheid op verschillende manieren te waarborgen. Allereerst is de *constructvaliditeit* bevorderd middels *triangulatie*, waarbij zowel een inhoudsanalyse als interviews zijn gebruikt om een meer alomvattend beeld te krijgen van de onderzochte concepten (Creswell & Creswell, 2018). Ten tweede is rekening gehouden met de *ecologische validiteit* door de interviewvragen in de loop van het onderzoek aan te passen aan de belevingswereld van de respondenten (Maxwell, 2017). Zo werd na het vierde interview opgemerkt dat het gesprek soepeler verliep wanneer eerst het algemene plaatsingsbeleid werd besproken alvorens over te gaan tot individuele casuïstiek, waarop de vraagvolgorde is aangepast. Tot slot is *externe validiteit* nagestreefd, ondanks de algemene uitdagingen omtrent generaliseerbaarheid binnen kwalitatief onderzoek (Van Thiel, 2014), door respondenten uit verschillende zorgkantoorregio's en een respondent buiten de directe doelgroep te interviewen (Dunn & Hamilton, 1986).

Naast validiteit is ook aandacht besteed aan de betrouwbaarheid van gegevens. Zoals Van Thiel (2014) erkent, is het bereiken van betrouwbaarheid in sociaal onderzoek een uitdaging. Door consequent dezelfde interviewtechniek toe te passen en gebruik te maken van een topiclist, is de replicerbaarheid van het onderzoek echter vergroot (Babbie, 2014). Bovendien stelt Woolsey (1986) dat *critical incident interviewing*, in vergelijking tot andere interviewmethoden, relatief betrouwbaar en valide is doordat het uitgebreide en gedetailleerde beschrijvingen genereert. Ook bovengenoemde triangulatie heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid, doordat op deze manier de consistentie van de bevindingen gecontroleerd kon worden (Creswell & Creswell, 2018).

3.7 Privacy en ethische overwegingen

In dit onderzoek is zorgvuldig rekening gehouden met het belang van privacy en ethische overwegingen. Voor een ethisch verantwoorde uitvoering is gebruikgemaakt van een privacy checklist, ontwikkeld door de afdeling Bestuurskunde en Sociologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze checklist besteedt aandacht aan privacykwesties en ethische overwegingen die zich tijdens het onderzoeksproces, zoals bij de gegevensverzameling, -opslag en -verspreiding, voor kunnen doen.

Om de privacy van deelnemers te beschermen, is aan alle betrokkenen een nummer toegekend, waardoor de antwoorden niet herleidbaar zijn naar individuen (Babbie, 2014). Dit geldt tevens voor de casussen die zijn gebruikt tijdens de *critical incident interviews*, die al volledig geanonimiseerd waren alvorens ze met de onderzoeker werden besproken. Daarnaast hebben alle respondenten een *informed consentformulier* ondertekend, waarin de aard van het onderzoek, de verwerking van antwoorden en de opslag van gegevens helder wordt beschreven (Babbie, 2014). Met betrekking tot de ethische overwegingen zijn geen bijzondere persoonsgegevens, zoals politieke voorkeur of ras verzameld. Tot slot is de data zorgvuldig opgeslagen in een beveiligde Cloud, om de vertrouwelijkheid en integriteit van de gegevens te waarborgen (Babbie, 2014).

H4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de factoren gepresenteerd die van invloed zijn op de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals. Het belicht factoren die zijn voortgekomen uit de inhoudsanalyse, evenals inzichten uit de critical incident interviews met zorgprofessionals. Deze twee typen resultaten worden geïntegreerd om tot een alomvattend inzicht te komen van alle factoren die een rol spelen.

4.1 Algemeen beeld

Als inleiding op dit resultatenhoofdstuk kan allereerst een beschrijving van de respondenten worden gegeven. In de periode van maart tot en met mei 2024 zijn vijftien interviews gehouden bij vijftien organisaties, afkomstig uit dertien verschillende zorgkantoorregio's. De steekproef omvatte zestien vrouwen en vier mannen, met leeftijden variërend van 29 tot 67 jaar. Opvallend was dat dertien van de twintig respondenten voorafgaand aan hun huidige baan in de zorg hadden gewerkt, in de vorm van directe cliëntenzorgverlening. De interviews hadden elk een duur tussen de 50 en 65 minuten.

Ten tweede is het voor een volledig begrip van de resultaten belangrijk om een algemeen beeld te schetsen, voordat op specifieke factoren wordt ingegaan. Sommige bevindingen hebben namelijk invloed op alle resultaten. Door deze bevindingen aan het begin van het hoofdstuk te presenteren, kunnen de resultaten beter geïnterpreteerd worden dan wanneer de informatie afsluitend zou worden gegeven. Een eerste belangrijke bevinding is dat vrijwel alle respondenten aangaven dat zij hun prioriteringsbeslissingen baseren op het plaatsingsbeleid van hun organisatie en het 'Voorschrift Zorgtoewijzing 2024' (Zorgverzekeraars Nederland, 2024). De inhoudsanalyse heeft echter aangetoond dat er slechts beperkte richtlijnen zijn vastgelegd, wat impliceert dat dit voorschrift niet alomvattend is en niet in alle gevallen als leidraad kan dienen.

De inhoudsanalyse heeft daarnaast laten zien dat er weinig organisaties zijn waarvan het beleid openbaar is. Het beleid dat wel inzichtelijk was, beschreef vaak alleen wachtstatussen en wachttijd als leidraad voor plaatsing (e.g. CuraMare, z.d.; Pieter van Foreest, 2023). Ook het Voorschrift Zorgtoewijzing 2024 bood beperkte richtlijnen voor het plaatsen van cliënten. Het document richtte zich voornamelijk op voorrangsregelingen, waarbij cliënten die vanuit een crisisopname, ziekenhuis, revalidatie of eerstelijnsverblijf door moeten stromen naar het verpleeghuis, voorrang krijgen op mensen die thuis wachten (Zorgverzekeraars Nederland, 2024). Daarnaast werd een vijftal urgentie-indicatoren genoemd, die met name gefocust waren

op de thuissituatie. Het document bevatte verder weinig harde regels en bovendien werd benadrukt dat er “casuïstiek kan ontstaan waarbij een afwijkend besluit op basis van gezond verstand en professionele beoordeling door de aanbieder gerechtvaardigd is” (Zorgverzekeraars Nederland, 2024, p.40). Met andere woorden: er is slechts beperkt formeel beleid, waardoor professionals veel ruimte hebben om de cliënten naar eigen inzicht en vakbekwaamheid te prioriteren.

Deze constatering wordt ondersteund door het feit dat uit de documenten en interviews gezamenlijk 154 factoren geïdentificeerd konden worden die van invloed zijn op de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals. Het merendeel van de factoren betreft aspecten die niet formeel zijn vastgelegd, maar die in de praktijk wel worden meegewogen in het oordeel van de professional. Vaak werden deze aspecten door respondenten omschreven als uitzonderingen. Hoewel professionals ongetwijfeld kijken naar relatief objectieve factoren zoals wachttijd, zijn er dus ook veel gevallen waarin andere factoren worden overwogen. Gezamenlijk bieden de objectieve en aanvullende criteria een antwoord op de onderzoeksvraag.

Op basis van de documenten en interviews zijn de factoren onderverdeeld in vijftien categorieën. Hier zijn vijf brede thema's uit afgeleid, die als leidraad dienen voor de structuur van dit hoofdstuk. De eerste drie thema's sluiten aan bij de CARIN-criteria, zoals geoperationaliseerd in Hoofdstuk 3, en de laatste twee thema's omvatten aanvullende indicatoren die niet onder de vijf criteria konden worden geschaard.

4.2 CARIN-criteria

4.2.1 Controle en behoefte

De eerste twee criteria die geïdentificeerd konden worden uit de lijst met factoren betreffen ‘Controle’ en ‘Behoeftte’. Hoewel in de deservingnessliteratuur onderscheid wordt gemaakt tussen deze twee concepten, bleek in de praktijk dat de grens niet zo scherp is. Dit komt doordat een gebrek aan controle vaak ook leidt tot een urgente behoefte. Om deze reden zijn de twee criteria samengenomen in één thema. Uit de documenten en interviews is gebleken dat het controle- en behoefteniveau van de burger in vergelijking tot de andere thema's de meeste invloed hebben op de plaatsing en voornamelijk de snelheid waarmee een cliënt wordt geplaatst. Alle respondenten gaven aan dat zij na aanmelding van een cliënt voor de wachtlijst een inschatting maken van de urgentie van de zorgvraag. Deze inschatting is onder meer gebaseerd op de thuissituatie van de cliënt, wat de eerste categorie vormt binnen dit thema. In totaal werden in de interviews en documenten 27 factoren beschreven die kunnen leiden tot een

gebrek aan controle in de thuissituatie en daarmee een urgente behoefte. Zo bleken overbelasting van de mantelzorger en de thuiszorg, nachtelijke onrust en fysiek geweld redenen voor de professionals om een cliënt met spoed te plaatsen. Ook de hoeveelheid ingezette thuiszorg werd in het plaatsingsbeleid van zorgorganisaties genoemd als indicator van urgentie (Mijzo, z.d.).

Een tweede manier waarop urgentie tot uiting komt, is in voorrangregelingen. Hoewel een onhoudbare thuissituatie geen concrete voorrangregeling betreft, zijn er in de documenten en interviews wel acht formeel vastgelegde voorrangregelingen naar voren gekomen. Zo heeft BrabantZorg (z.d.) een alinea getiteld ‘Vaste en objectieve criteria’ op haar website staan, waarin onder andere wordt vermeld dat mensen met een hogere zorgzwaarte voorgaan op mensen met een lagere zorgzwaarte. Daarnaast benoemt het Voorschrift Zorgtoewijzing 2024 dat cliënten die vanuit de revalidatiezorg of het ziekenhuis moeten doorstromen, of cliënten die beschikken over een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling voorrang krijgen (Zorgverzekeraars Nederland, 2024). Het betreffen relatief objectieve criteria, die weinig ruimte laten voor interpretatie van de zorgprofessionals. Dit is anders dan bijvoorbeeld de beoordeling van de thuissituatie, waarin meer ruimte is voor afweging. Een cliënt die niet meer zelfstandig naar het toilet kan, maar die wel beschikt over een mantelzorger kan bijvoorbeeld langer wachten dan iemand zonder mantelzorger.

Naast voorrangregelingen is er een categorie exclusiecriteria, die aandacht besteedt aan cliëntgroepen met een zorgvraag die door sommige verpleeghuizen als te complex of niet passend worden beschouwd en daarom niet worden geplaatst. In sommige gevallen gaat het om harde exclusiecriteria, terwijl ook casussen zijn besproken waar naar de individuele cliënt werd gekeken om te bepalen of plaatsing toch mogelijk was. Ziektebeelden die naar voren kwamen, betroffen onder meer Huntington en Korsakov en cliënten met ernstige lichamelijke, geestelijke of gedragsproblematiek. In veel gevallen konden de verpleeghuizen niet voldoen aan de zorgbehoefte van deze cliënten, bijvoorbeeld door een gebrek aan een passend dagprogramma of benodigd materiaal. Dit was ook het geval voor cliënten met obesitas. Een respondent vertelde hierover:

“In principe gaan we boven de 125 kilo goed kijken wat er aan de hand is. En dan is het nog afhankelijk van zijn er specifieke hulpmiddelen nodig? Kan iemand zelfstandig transfers maken? Kan de cliënt zich voorzichtig laten vallen of laat hij zich plots neervallen en zakt hij door het bed met 150 kilo? Dat is ook weer een ander verhaal.”
(Respondent 11)

Respondenten vermeldden dat de zorg voor deze specialistische ziektebeelden vaak wordt gebundeld in expertisecentra om de effectiviteit van de geleverde zorg te verbeteren. Op deze manier is bijvoorbeeld Huntington een exclusiecriteria voor de ene organisatie, terwijl een andere organisatie daarin juist gespecialiseerd is. Opvallend is dat de meeste organisaties deze exclusiecriteria niet vermelden op hun websites, waardoor ze niet direct inzichtelijk zijn voor cliënten en andere belanghebbenden.

Verder wordt binnen dit thema aandacht besteed aan passendheid van de cliënt op basis van de geschiktheid van de woonomgeving, ook wel de woonbehoefte van de cliënt. Zorgprofessionals gaven aan dat wanneer een cliënt zeer sociaal is ingesteld of snel vereenzaamt, hij of zij behoefte heeft aan een groep waar een gemeenschapsruimte aanwezig is. Dit kan echter betekenen dat een andere respondent die deze behoefte niet heeft, geprioriteerd wordt voor een kamer zonder gemeenschapsruimte. Een van de respondenten gaf ook een treffend voorbeeld van een mevrouw die niet met de lift durfde, waardoor deze cliënt alleen op de benedenverdieping geplaatst kon worden. Deze en soortgelijke factoren kunnen ertoe leiden dat mensen langer moeten wachten totdat een geschikte plaats vrijkomt.

De vijfde categorie die binnen dit thema past, is 'Zorgvraag'. Deze categorie besteedt aandacht aan de vraag welke zorg de cliënt nodig heeft en op welke afdeling of bij welke organisatie de cliënt vervolgens het beste past. Hierbij kan worden gedacht aan een gedragsmatige zorgvraag, zoals de behoefte aan bepaalde cognitieve begeleiding, maar ook aan medische zorgvragen. Respondenten beschreven onder andere cliënten die een tillift, wondverzorging of specifiek type stoma nodig hadden. Deze respondenten moesten daardoor soms langer wachten, zoals onderstaand citaat illustreert:

“Of iemand met een tracheostoma, die wacht gewoon langer, want die kunnen we nergens kwijt. Alleen bij ons.” (Respondent 14)

De laatste categorie betreft de inschatting van het betrokken netwerk. Vrijwel alle respondenten gaven aan afhankelijk te zijn van het oordeel van het betrokken netwerk om urgentie te kunnen bepalen. Met name de inschattingen van de huisarts, de casemanager dementie en de thuiszorg werden als belangrijk beschouwd door respondenten. Een van hen vertelde:

“Als door een casemanager wordt aangegeven van joh de situatie is daar in één keer zo extreem, het gaat echt niet meer. We moeten nu handelen, want anders gaat het gewoon

niet goed. Dan gaat iemand vanuit de thuissituatie waar het dan niet goed mee gaat en waar echt de urgentie is vóór op iemand die dan eigenlijk aan de beurt is, want daar is geen acuut gevaar.” (Respondent 4)

Samenvattend laat dit eerste thema zien dat controle en behoefte belangrijke factoren zijn bij het beoordelen van de prioriteit van een cliënt. Binnen dit thema speelt een lange reeks factoren een rol, die individueel of in combinatie met elkaar bepalen óf en hoe snel iemand opgenomen dient te worden.

4.2.2 Attitude

Het derde CARIN-criterium dat naar voren kwam, betreft ‘Attitude’. Hoewel dit thema in de documenten slechts twee keer geïdentificeerd is (Zorgverzekeraars Nederland, 2024), bleek in de interviews dat de houding van het informele netwerk, veelal familie, een belangrijke categorie vormde. Respondenten benadrukten dat de cliënt “altijd op één staat”, maar tegelijkertijd werd benoemd dat weerstand, vasthouden aan de voorkeurslocatie en gebrekkige communicatie door familieleden soms vertraging veroorzaken in het plaatsingsproces. Daarnaast meldden vier respondenten meermaals moeilijkheden te hebben ondervonden met familieleden met een migratieachtergrond, wat overlap laat zien met het criterium ‘Identiteit’:

“We merken, dat mag ik misschien niet zeggen, maar bij buitenlandse mensen dat het vooral Turkse en Marokkaanse mensen zijn die echt op hun strepen staan en dingen eisen wat gewoon niet kan. En ook als wij zeggen dat opname mogelijk is voor die cliënt, dat het vaak niet eens de cliënt is waar het probleem ligt, maar meer het contact met familie.” (Respondent 1)

De houding van familie kan er dus enerzijds toe leiden dat een plaatsingsproces langer duurt. Anderzijds werd in zeven interviews benoemd dat het vaak bellen door familie of andere betrokkenen het proces kan versnellen:

“Ja, dat is wel zo. Ja want familie waar je niks van hoort, dan denk je oh, daar gaat het wel. Het zou eigenlijk niet zo moeten, maar in de praktijk werkt het wel zo.” (Respondent 14)

4.2.3 Identiteit

Het vierde criterium betreft de identiteit van de cliënt, zijn of haar familie en van de groep waar een cliënt geplaatst wordt. De eerste categorie binnen dit thema omvat kenmerken van de cliënt en familie. Opvallend is dat zowel in de documenten als interviews nauwelijks factoren zijn gevonden die wijzen op de rol van de kenmerken van een cliënt. Er was slechts één organisatie die expliciet op haar website beschreef dat zij cliënten zocht met een reformatorisch identiteitsprofiel (Cedrah, z.d.). Daarnaast was er een respondent die benoemde dat etnische achtergrond bij hen een rol speelde:

“Ik heb bijvoorbeeld op een locatie een multiculturele woning, ja daar ga ik dus wel echt naar mensen op zoek met een multiculturele achtergrond. Dat vind ik dan sunt om daar een Nederlandse man bij te plaatsen; dat praat je ook niet goed.” (Respondent 3)

De andere categorie betreft de sociale dynamiek bij kleinschalig wonen, een woonvorm waarbij cliënten met dementie in een groep van zo'n acht personen gezamenlijk wonen, vaak met een huiskamer. Uit de interviews bleek dat een deel van de zorgprofessionals bij het vrijkomen van een plaats nauwlettend kijkt welke cliënt op de wachtlijst passend is bij de groep. Dit heeft onder meer te maken met een passend karakter van de cliënt, een mix van geslacht, maar ook met een leeftijd die aansluit bij de andere cliënten. Zowel in de interviews als documenten kwam naar voren dat sommige organisaties 'te jonge' cliënten, zoals jonge mensen met dementie, niet opnemen omdat ze niet passen bij de doelgroep (Mijzo, z.d.). Dit zou tevens kunnen worden gezien als exclusiecriteria. Daarnaast bleek ook de locatiecultuur een rol te spelen bij de sociale dynamiek. Een respondent verwoordde dit op illustratieve wijze:

“Dan zeg ik bijvoorbeeld tegen mensen: als u van origine uit de omgeving komt en u kent en spreekt het dialect... Als u Frans Bouwer de beste zanger van Nederland vindt en Nederlandstalige muziek geweldig vindt... Als carnaval het mooiste feest is van het jaar en als u op vrijdagavond graag een advocaatje met slagroom neemt, dan moet u op deze locatie zijn. En heel vaak zie je dan wel een beetje wat voor mensen het zijn.” (Respondent 12)

4.3 Aanvullende criteria

4.3.1 Ervaring en ethiek

Terwijl de bovengenoemde CARIN-criteria belangrijke inzichten hebben geboden voor dit onderzoek, bleek in de coderingsfase dat de criteria, zoals gedefinieerd door Van Oorschot (2000), te beperkt zijn om het volledige prioriteringsvraagstuk te omvatten. De criteria richten zich voornamelijk op kenmerken van de cliënt die bepalen of iemand deserving is, terwijl er ook factoren geïdentificeerd zijn die meer aandacht hebben voor het perspectief van de professional. Zoals eerder beschreven, wordt in het Voorschrift Zorgtoewijzing 2024 gesteld dat professionals ruimte moeten hebben om te plaatsen naar eigen inzicht (Zorgverzekeraars Nederland, 2024). Dit inzicht kwam in de interviews op twee manieren tot uiting. Enerzijds ging het over de professionele vaardigheden en expertise van de professional en anderzijds over de morele overwegingen die bij het werk komen kijken, zoals hieronder zal worden toegelicht. Dit thema is interessant, omdat het een ander perspectief biedt op prioritering.

De categorie ‘Professionele vaardigheden en expertise’ omvat factoren als voorkennis van de cliënt, kennis van de locatie en vooruitkijken op de situatie door de professional. Het gaat om vaardigheden die de professional ontwikkelt in het werk als zorgbemiddelaar en die maken dat hij of zij beter in kan schatten welke cliënt prioriteit heeft. De ervaring maakt dat professionals beter in staat zijn om creatief te denken en maatwerk te leveren op het gebied van plaatsing. Een respondent verwoordde dit als volgt:

“Soms moet je iemand voorlaten, juist om te voorkomen dat iemand als crisis opgenomen wordt. Dat is natuurlijk hetgeen wat we niet willen, maar dat is dus de kunst van je wachtlijst kennen.” (Respondent 6)

Naast de vaardigheden zit er ook een moreel aspect in de prioriteringsbeslissingen van professionals. In vrijwel elk interview werd gezegd dat wachtlijstbeheer menselijk handelen betreft en dat er ethische dilemma’s op kunnen treden, waardoor het werk soms emotioneel zwaar is. Een morele overweging komt bijvoorbeeld tot uiting op het gebied van partnerhereniging. Zo werd partnerhereniging expliciet benoemd in het beleid van zorgorganisatie Neboplus (2023) en zei meer dan de helft van de respondenten veel waarde te hechten aan partnerhereniging om schrijnende situaties te voorkomen. Een respondent vertelde:

“Als we enigszins een hereniging kunnen doen, dan kiezen we daar echt wel voor, want dat is gewoon sneu. Dan zijn mensen 40 jaar getrouwd en dan opeens uit elkaar. Dat is ook gewoon niet te doen.” (Respondent 6)

4.3.2 Operationele overwegingen zorgaanbieder

Het vijfde en laatste thema richt zich op de operationele overwegingen van de zorgaanbieder. Evenals het perspectief van de zorgprofessional vertoont dit thema minder sterke overeenkomsten met de CARIN-criteria en benadert het de prioriteringsbeslissingen vanuit een ander perspectief, namelijk dat van de organisatie. Binnen het thema kunnen vier categorieën worden onderscheiden. Respondenten gingen allereerst in op een aantal organisatorische aspecten, zoals personeelsbezetting en beschikbaarheid van materiaal. Deze organisatorische aspecten zijn niet gevonden in de onderzochte documenten. Desondanks kwam dit thema na ‘Controle en behoefte’ het meest naar voren.

Een opvallende bevinding was dat vijf respondenten aangaven dat uitzendkrachten minder complexe zorgvragen aankunnen, omdat zij hiervoor niet de benodigde expertise hebben. Als gevolg hiervan dienden cliënten met een complexe zorgvraag op een groep met minder uitzendkrachten geplaatst te worden, waardoor zij soms langer moesten wachten. Dit is interessant aangezien veel zorgorganisaties aangaven dat zij steeds vaker een beroep moeten doen op uitzendkrachten door de huidige personeelstekorten. Uiteindelijk zou dit kunnen resulteren in *cream skimming*, waarbij alleen de relatief makkelijke cliënten nog worden opgenomen. Een andere interessante bevinding was dat drie zorgaanbieders soms leegstaande kamers hebben vanwege de hoge zorgzwaarte op bepaalde afdelingen. Ondanks lange wachtlijsten blijven bedden dus onbezet, omdat verzorgenden geen extra cliënten kunnen opnemen.

Andere operationele overwegingen zijn de voorwaarden voor opname en financiële draagkracht. De voorwaarden voor opname kwamen in zowel de documenten als interviews duidelijk naar voren. Zo beschrijven organisaties op hun websites dat mensen dienen te beschikken over een passende zorgindicatie en dat er sprake moet zijn van een opnamewens (e.g. Pieter van Foreest, 2023). Financiële draagkracht kwam alleen naar voren in de interviews, maar hierbij werd wel duidelijk dat dit veel invloed heeft op de plaatsing en prioritering. Zo namen elf van de vijftien organisaties geen cliënten meer op met een zorgzwaartepakket 4, onder meer vanwege het lage tarief dat zij vanuit het zorgkantoor ontvangen voor deze cliënten. Ditzelfde gold voor meeliftende partners, dat wil zeggen partners van opgenomen cliënten die zelf geen of een te lage indicatie hebben. Een respondent stelde:

“We sluiten ze niet uit, maar we kijken wel hoeveel meeliftende partners we hebben op onze locatie. Als je bijvoorbeeld een locatie hebt met 40 bedden en je hebt 10 partners die alleen achterblijven, dan heb je geen financiële draagkracht. Het kan best zo zijn dat iemand dan een tijdje wat lager op de wachtlijst komt te staan.” (Respondent 2)

De laatste categorie geeft inzicht in de toewijzingsrichtlijnen en protocollen en bevat van alle besproken categorieën de meest objectieve factoren. Het gaat hierbij om het beleid dat organisaties zelf hebben opgesteld, in overeenstemming met wet- en regelgeving. In het plaatsingsbeleid van de meeste organisaties werden twee factoren beschreven die als leidraad dienen bij plaatsing: wachtstatus en datum van aanmelding (e.g. Huize het Oosten, 2023.; Pieter van Foreest, 2023). Dit werd in de interviews verder toegelicht, waarbij het merendeel van de respondenten aangaf met een top-drie-systeem te werken. De top drie werd samengesteld uit cliënten met de meest urgente wachtstatus in combinatie met de langste wachttijd. Zoals eerder beschreven bij de algemene bevindingen, is het opvallend dat respondenten aangaven sterk vast te houden aan de toewijzingsrichtlijnen, terwijl uit de critical incident interviews vele casussen naar voren kwamen waarin toch werd afgeweken van de top drie. Zo hanteerden acht organisaties naast het top-drie-systeem ook een ritsmodel, waarbij mensen uit de zij-instroom werden afgewisseld met cliënten die thuis wachtten. Verdere uitzonderingen werden gevonden in de andere factoren en categorieën die in dit hoofdstuk zijn beschreven. Een van de respondenten verwoordde dit afwegingsproces treffend:

”Je hebt mensen die heel dicht bij elkaar op de wachtlijst staan met dezelfde status en classificatie, waarbij iemand 30 dagen later op de wachtlijst is gekomen dan een ander, maar eigenlijk een urgentere situatie heeft. Dan mogen wij ons professionele inzicht en oordeel gebruiken om te bepalen wie we op dat moment gaan plaatsen om geen crisis te krijgen.” (Respondent 15)

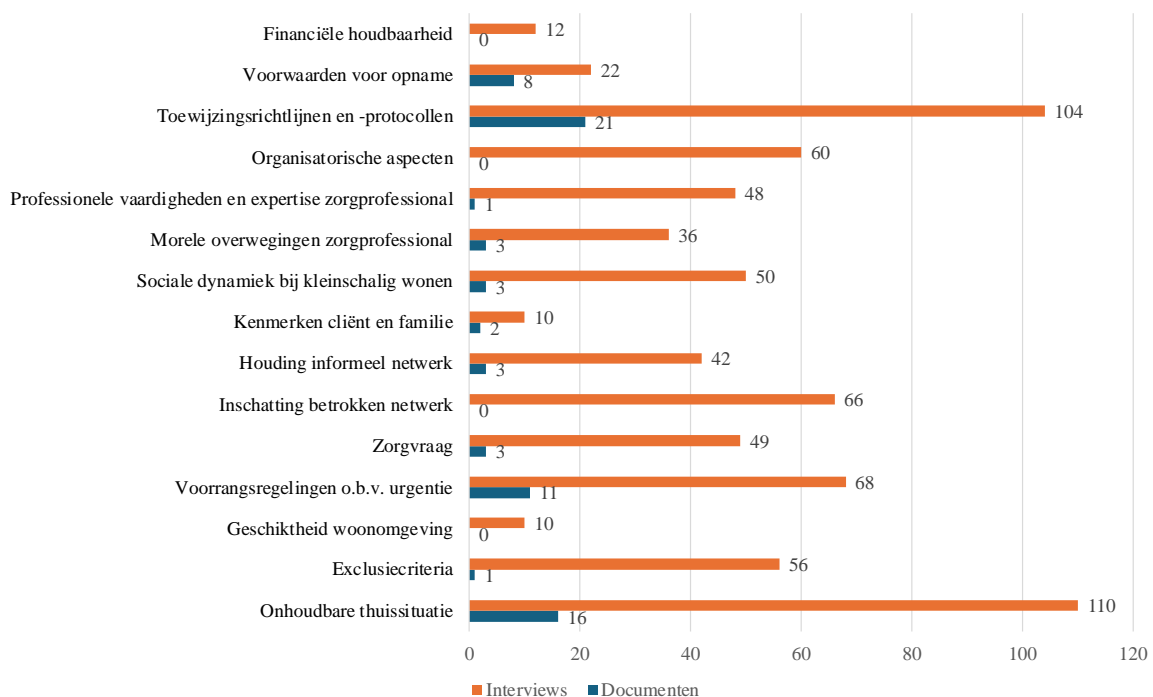
4.4 Samenvattend

Resumerend biedt dit hoofdstuk een gedetailleerde beschrijving en analyse van de factoren die de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals beïnvloeden. Figuur 2 presenteert een frequentievergelijking van de categorieën, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de inhouds- en interviewanalyse. Figuur 3 biedt een vergelijking van het aantal keren dat de thema's in de interviews en documenten zijn benoemd. De variëteit aan factoren laat zien dat

er geen ‘doorsnee’ cliënt of ‘ideaal’ plaatsingsproces bestaat. Sommige plaatsingsprocessen verlopen ongetwijfeld sneller dan andere, maar er is geen vaste combinatie van factoren beschikbaar die dit bepaalt. Wel valt op dat de thema’s ‘Onhoudbare thuissituatie’ en ‘Toewijzingsrichtlijnen en -protocollen’ het vaakst zijn waargenomen, en dat vier categorieën helemaal niet zijn voorgekomen in de documenten, terwijl deze wel zijn benoemd in de interviews. Aanvullende figuren in Bijlage C geven verdere details over de frequenties per thema en categorie.

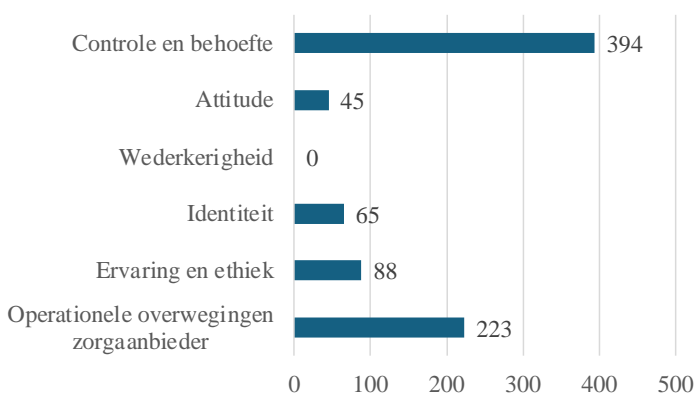
Figuur 2

Categorische frequentievergelijking inhouds- en interviewanalyse



Figuur 3

Thematische frequentievergelijking



H5. Discussie & Conclusie

5.1 Discussie

5.1.1 Beantwoording onderzoeksvraag

Dit onderzoek heeft aangetoond dat de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals bij het plaatsen van cliënten die wachten op verpleeghuiszorg, worden beïnvloed door 154 factoren. Deze factoren zijn gegroepeerd in vijftien categorieën en vijf overkoepelende thema's en dragen gezamenlijk bij aan de primaire onderzoeksdoelstelling: het vergroten van transparantie in het plaatsingsproces van verpleeghuizen. Van de vijf thema's is 'Controle en behoefte' het meest frequent geïdentificeerd, waaruit kan worden afgeleid dat een cliënt met een gebrek aan controle over het leven en een urgente zorgbehoefte de meeste prioriteit heeft in de ogen van de zorgprofessional. Een onhoudbare thuissituatie bleek hierbij de belangrijkste indicator. Daarnaast is duidelijk geworden dat ook operationele overwegingen, zoals toewijzingsrichtlijnen en -protocollen, een cruciale rol spelen bij de prioriteringsbeslissingen.

Het onderzoek heeft uitgewezen dat de richtlijnen vaak het primaire aandachtspunt vormen voor de zorgprofessionals, aangezien deze formeel zijn vastgelegd en daardoor als objectieve maatstaf kunnen worden gebruikt. Zo controleren ze in eerste instantie of de cliënt voldoet aan de voorwaarden voor opname, welke urgentiestatus de cliënt heeft en hoe lang de cliënt op de wachtlijst staat. Deze objectieve factoren zijn echter ontoereikend om in alle gevallen duidelijkheid te verschaffen, waardoor zorgprofessionals zich genoodzaakt zien om ook andere factoren te raadplegen. Ze ontvangen hierbij de benodigde professionele autonomie om de prioriteit van cliënten naar eigen inzicht en vakbekwaamheid te beoordelen. Bij hun inschatting wordt onder meer rekening gehouden met de sociale dynamiek bij kleinschalig wonen en de geschiktheid van de woonomgeving voor de cliënt. Verder vertrouwen ze sterk op de inschatting van het betrokken netwerk en nemen ze ook morele aspecten mee in hun overwegingen. Óf een cliënt geprioriteerd wordt en wat de reden daarvoor is, blijft dus afhankelijk van een reeks contextuele factoren.

5.1.2 Relatie met bestaande literatuur

Bovenstaande bevindingen kunnen worden beschouwd in relatie tot relevante literatuur. Enerzijds kunnen op deze manier bestaande theorieën worden bevestigd; anderzijds toont het ook nieuwe inzichten die de kennis omtrent prioriteringsbeslissingen verder aanvult. Allereerst komt de bevinding dat de controle en behoefte van de cliënt de meeste invloed hebben op de prioriteringsbeslissingen, overeen met de resultaten van Jilke en Tummers (2018). Hoewel deze

auteurs geen verklaring bieden voor dit fenomeen, kan worden betoogd dat controle en behoefte essentiële criteria zijn, aangezien dit de voorwaarden schept om überhaupt aanspraak te kunnen maken op verpleeghuiszorg. Individuen die volledige controle en geen behoefte hebben, komen simpelweg niet in aanmerking. De andere thema's worden pas relevant wanneer duidelijk is dat plaatsing van de cliënt noodzakelijk is.

Een tweede overeenkomst met de literatuur is gevonden in het feit dat de prioriteringsbeslissingen worden beïnvloed door de houding van de cliënt en diens familie, zoals ook Van Oorschot (2000) stelt. Het mechanisme achter deze invloed lijkt echter niet zozeer deservingness te zijn, wat vanuit de theorie wel werd verwacht. Hoewel slechte communicatie of weerstand het proces kan vertragen, betekent dit niet per definitie dat de zorgprofessional de cliënt als minder verdienstelijk beschouwt. Opvallend is bovendien dat Van Oorschot (2000) beschrijft dat cliënten een meegaande en niet te veeleisende attitude dienen te hebben, terwijl uit huidig onderzoek is gebleken dat juist 'opdringerige' families soms voorrang krijgen, omdat dit een grote mate van urgentie toont.

De bevindingen van De Swaan (1988) en Wenzel (2004) die het belang van identiteit bij cliëntprioritering benadrukken, kunnen eveneens worden bevestigd. Zo hebben de resultaten uitgewezen dat zorgprofessionals cliënten categoriseren op basis van kenmerken als leeftijd en etniciteit. In tegenstelling tot wat de auteurs beschrijven, ging het in de meeste gevallen niet over gedeeld sociaal lidmaatschap tussen de professional en de cliënt, maar eerder om overeenkomsten tussen cliënten onderling. Hierbij kwam niet zozeer de verdienstelijkheid van de cliënt als argument naar voren, maar meer de 'passendheid' van cliënten. Deze passendheid werd door de professionals ingeschat op basis van verschillende kenmerken, inclusief meer impliciete aspecten zoals de kleren of het dialect van cliënten, wat op basis van de *signaling theory* al werd verwacht (Raaphorst & Van der Walle, 2018). Het principe achter deze theorie, het verwerken van signalen om een beeld over iemand te vormen, lijkt zich bovendien niet te beperken tot identiteit. Het vaak bellen door familie werd bijvoorbeeld geïnterpreteerd als signaal voor een urgente behoefte.

Ondanks de relevantie van de deservingnessliteratuur voor dit onderzoek, zijn enkele belangrijke discrepanties ontdekt. Op basis van het onderzoek van Laenen et al. (2019) werd verwacht dat ook wederkerigheid de prioriteringsbeslissingen zou beïnvloeden, maar dit criterium is niet teruggevonden bij de gegevensverzameling. Een mogelijke verklaring zou kunnen liggen in de gekozen methode, aangezien mensen terughoudend kunnen zijn in het openlijk spreken over het geven van voorrang op basis van persoonlijke connecties (Schluter et al., 2008). Tot slot bleek dat de deservingnessliteratuur twee belangrijke perspectieven op

prioritering buiten beschouwing laat, welke in dit onderzoek zijn weerspiegeld in de thema's 'Operationele overwegingen van de zorgaanbieder' en 'Ethiek en ervaring'. Deze thema's vormden een aanvulling op de andere categorieën die aansluiten bij de CARIN-criteria die Van Oorschot (2000) heeft geïdentificeerd. Het thema 'Ethiek en ervaring' past wel onder de noemer van deservingness, aangezien het zich richt op het rechtvaardigheidsprincipe achter de plaatsing van cliënten (Warsen et al., 2019). Interessant is echter dat het andere thema meer rationele en materiële aspecten van plaatsing omvat, waarbij de nadruk niet ligt op de verdienstelijkheid van de cliënt, maar op de mogelijkheden van de organisatie.

Deze analyse van de resultaten in het licht van de literatuur toont aan dat de theorieën zoals uiteengezet in Hoofdstuk 2, belangrijke overeenkomsten vertonen met prioritering binnen de verpleeghuiszorg. Wel is duidelijk geworden dat prioritering verder reikt dan alleen het deservingnessperspectief en dat de mechanismen die aan de theorieën ten grondslag liggen in de praktijk soms anders lijken te functioneren.

5.1.3 Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft belangrijke inzichten opgeleverd, maar kent tegelijkertijd ook enkele beperkingen. Een eerste beperking komt voort uit de interviewmethode die is toegepast. Hoewel critical incident interviews een effectieve manier zijn om de prioriteiten van respondenten bloot te leggen, is het lastig om te bepalen in hoeverre de besproken casussen representatief zijn (Schluter et al., 2008). Mogelijk hebben respondenten meer extreme of ongewone plaatsingsprocessen gekozen, wat tot een vertekend beeld van de invloedrijke factoren kan leiden. Vervolgonderzoek zou gebruik kunnen maken van aanvullende methoden, zoals een vignetexperiment of enquêtes, om het relatieve belang van factoren te identificeren.

Ten tweede zijn de bevindingen van dit onderzoek mogelijk beïnvloed door de mate van schaarste waarmee zorgprofessionals te maken hebben. Tijdens de interviews werd duidelijk dat de mate van schaarste en daarmee het belang van prioritering aanzienlijk verschilden tussen organisaties. Verpleeghuizen in regio's waar ook andere organisaties gevestigd waren, ervaren over het algemeen een lagere druk op de wachtlijsten dan organisaties met een regionale monopoliepositie. Daarnaast hadden sommige organisaties recent te maken gehad met oversterfte, waardoor de wachtlijsten korter waren. Vervolgonderzoek kan nagaan in hoeverre de mate van schaarste invloed heeft op de factoren die een rol spelen.

Een derde kanttekening betreft de beperkte omvang van het aantal respondenten. Hoewel volgens de onderzoeker verzadiging van antwoorden bij de interviews is bereikt, zou een grotere steekproef een nauwkeuriger beeld kunnen geven van de frequentie van factoren.

Bovendien zou het interessant zijn om de diversiteit onder respondenten te vergroten. Zo is tijdens de interviews naar voren gekomen dat het betrokken netwerk ook een aanzienlijke invloed heeft op de plaatsing, waardoor het waardevol zou zijn om bijvoorbeeld met een arts, casemanager dementie, thuiszorgmedewerker of familie te spreken. Deze gesprekken zouden een andere visie op het plaatsingsproces bieden.

5.2 Conclusie

Concluderend zijn 154 factoren geïdentificeerd die de prioriteringsbeslissingen van zorgprofessionals beïnvloeden, waarbij een gebrek aan controle en een urgente behoefte van de cliënt het meest prominent naar voren zijn gekomen. De studie toont aan dat de hoeveelheid formele beleidsrichtlijnen beperkt is, wat professionals aanzienlijke discretionaire ruimte biedt om cliëntprioritering te baseren op hun eigen inzicht en expertise. Deze autonomie wordt benut door een holistische benadering te hanteren, waarbij zorgprofessionals niet alleen de medische zorgvraag van de cliënt in overweging nemen, maar ook kijken naar bijvoorbeeld de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt en organisatorische aspecten. Plaatsingsprocessen blijken zo een complex samenspel te zijn van diverse belangen en factoren, waarbij professionals zich inspannen om voor elke cliënt een geschikte plaats te vinden met aandacht voor hun individuele urgentie.

Door het in kaart brengen van specifieke invloedrijke factoren heeft dit onderzoek bijgedragen aan het vergroten van de transparantie in de plaatsingsprocessen van verpleeghuizen. Daarmee levert het enerzijds een belangrijke wetenschappelijke bijdrage, gezien het gebrek aan studies die zich specifiek richten op de factoren die zorgprofessionals hanteren bij plaatsingsprocessen in de context van verpleeghuiszorg. Anderzijds kan het overzicht van factoren als hulpmiddel dienen in de maatschappelijke dialoog over wat wel en niet haalbaar is in het huidige en toekomstige zorglandschap (NZa, 2023). De categorie exclusiecriteria biedt hierbij een concreet handvat, aangezien het beeld geeft bij een groep kwetsbare cliënten voor wie zorg mogelijk in gevaar komt.

5.3 Beleidsaanbevelingen

Ter afsluiting van dit onderzoek worden drie beleidsaanbevelingen gedaan. De eerste aanbeveling is gericht aan zorgprofessionals. De antwoorden van respondenten onthulden dat zij zich vaak niet volledig bewust waren van het feit dat zij prioriteren en de criteria die zij daarbij hanteren. *Zorgprofessionals wordt daarom aanbevolen gedurende een langere periode*

expliciet te noteren welke factoren van invloed zijn op het plaatsingsproces van individuele cliënten. Op deze manier kan het bewustzijn en de transparantie in het plaatsingsproces worden vergroot. Door op te schrijven waarom een cliënt wel of niet wordt geplaatst en welke factoren de snelheid van het plaatsingsproces hebben beïnvloed, kan een persoonlijk overzicht worden gecreëerd van factoren die van invloed zijn op hun prioriteringsbeslissingen. Hierdoor ontstaat ook zicht op de groep moeilijk plaatsbare cliënten. Deze aanbeveling benadrukt de noodzaak van expliciete besluitvorming om plaatsingsprocessen beter uitlegbaar te maken aan onder meer cliënten, toezichthouders en zorgverzekeraars.

Ook zorgorganisaties kunnen bijdragen aan het vergroten van de transparantie. *Hen wordt geadviseerd meer informatie te verstrekken over hun plaatsingsprocessen en belangrijke beslissingsfactoren.* De meeste organisaties vermelden momenteel alleen de wachtstatus en wachttijd als richtlijnen voor de plaatsing van cliënten, terwijl ook andere factoren een rol spelen. Het is begrijpelijk dat sommige factoren gevoeligheid met zich meebrengen, maar zorgorganisaties moeten zorgvuldig afwegen welke informatie wel en niet geschikt is voor openbaarmaking. Door meer informatie te verstrekken, bijvoorbeeld over voorrangstellingen en exclusiecriteria, kunnen zorgorganisaties cliënten en hun familie beter voorbereiden op hun plaatsingsproces of sneller doorverwijzen naar een beter passende zorginstelling wanneer de eigen expertise ontoereikend is.

De derde aanbeveling richt zich tot ActiZ, de brancheorganisatie die huidig onderzoek heeft geïnitieerd. Zoals eerder beschreven, heeft de NZa (2023) opgeroepen om transparantie te verschaffen in de verdeling van schaarse middelen om zo rechtvaardige plaatsing te bevorderen. *ActiZ wordt daarom geadviseerd de bevindingen van dit onderzoek te delen met de NZa, zorgkantoren, politici en andere belanghebbende partijen.* Vooral de geïdentificeerde exclusiecriteria werpen licht op situaties waar de wettelijke zorgplicht botst met de mogelijkheden van zorgaanbieders. Door deze kwesties aan de kaak te stellen en politieke keuzes te bepleiten, vertegenwoordigt ActiZ de belangen van kwetsbare groepen in onze samenleving en draagt het bij aan de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg.

Het is tot slot belangrijk om op te merken dat dit onderzoek geen pleidooi voert voor aanvullend beleid, omdat de vraag of dit de rechtvaardigheid van plaatsing zou verbeteren, buiten de scope van dit onderzoek valt. Wel kan worden gesteld dat het in een context van schaarste moeilijk is om processen geheel vast te leggen. De interviews hebben laten zien dat het belangrijk is dat professionals over de nodige autonomie beschikken om persoonlijke afwegingen te maken die recht doen aan de behoeften van cliënten en hun specifieke situatie. Het is niet beleid, maar juist de zorgprofessional die de kunst van kiezen verstaat.

Literatuurlijst

- ActiZ. (2022, 1 november). *Voor wie is in de toekomst het verpleeghuis bedoeld?* Geraadpleegd op 5 maart 2024, van <https://www.actiz.nl/voor-wie-de-toekomst-het-verpleeghuis-bedoeld>
- ActiZ. (2023a, 22 maart.). *Infographic: De weg naar het verpleeghuis*. Geraadpleegd op 14 februari 2024, van <https://www.ActiZ.nl/publicaties/infographic-de-weg-naar-het-verpleeghuis>
- ActiZ. (2023b, 28 november). *Hoe staat het met de wachtlijsten voor verpleeghuizen?* Geraadpleegd op 15 februari 2024, van <https://www.actiz.nl/hoe-staat-het-met-de-wachtlijsten-voor-verpleeghuizen>
- ActiZ. (z.d.). *ActiZ leden*. Geraadpleegd op 15 februari 2024, van <https://www.ActiZ.nl/over-ActiZ/lidbedrijven>
- Babbie, E. (2014). *The practice of social research*. Boston: Cengage Learning.
- Brodkin, E. Z. (2021). Street-level organizations at the front lines of crises. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23(1), 16-29. DOI:10.1080/13876988.2020.1848352
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Dallara, C., & Lacchei, A. (2021). Street-level bureaucrats and coping mechanisms: The unexpected role of Italian judges in asylum policy implementation. *South European Society and Politics*, 26(1), 83-108. DOI:10.1080/13608746.2021.1956161
- De Coninck, D., & Matthijs, K. (2020). Who is allowed to stay? Settlement deservingness preferences towards migrants in four European countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 77, 25-37. DOI:10.1016/j.ijintrel.2020.05.004
- Déry, J., Ruiz, A., Routhier, F., Gagnon, M. P., Côté, A., Daoud, A. K., Bélanger, V., & Lamontagne, M. E. (2020). Identification of criteria for patient prioritization in two specialized rehabilitation programs: A consensus-seeking method. *International Journal of Healthcare Systems Engineering*, 2. DOI:10.35840/26338939/7204
- De Swaan, A. (1988). *In care of the state: Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. Oxford: Oxford University Press.
- Dunn, W. R., & Hamilton, D. D. (1986). The critical incident technique - A brief guide. *Medical Teacher*, 8(3), 207-215. DOI:10.1177/1094670504266138

- Fisher, C. M. (2002). *Resource allocation in the public sector: Values, priorities and markets in the management of public services*. London: Routledge.
- Halling, A., Christensen, J., Hansen, F. G., & Petersen, N. B. G. (2024). Deservingness at the frontline: How health-related responsibility cues affect sanctioning and prioritization of citizens. *Public Administration*. DOI:10.1111/padm.13004
- Hupe, P. (2019). *Research handbook on street-level bureaucracy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Jilke, S., & Tummers, L. (2018). Which clients are deserving of help? A theoretical model and experimental test. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(2), 226-238. DOI:10.1093/jopart/muy002
- Laenen, T., Rossetti, F., & Van Oorschot, W. (2019). Why deservingness theory needs qualitative research: Comparing focus group discussions on social welfare in three welfare regimes. *International Journal of Comparative Sociology*, 60(3), 190-216. DOI:10.1177/0020715219837745
- Lee, T. H., McGlynn, E. A., & Safran, D. G. (2019). A framework for increasing trust between patients and the organizations that care for them. *JAMA Network*, 321(6), 539-540. DOI:10.1001/jama.2018.19186
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation. DOI:10.1177/003232928001000113
- Maxwell, J. A. (2017). The validity and reliability of research: A realist perspective. *The BERA/SAGE handbook of educational research*, 1, 116-140. DOI:10.17169/fqs 24.2.4070
- Meuleman, B., Roosma, F., & Abts, K. (2020). Welfare deservingness opinions from heuristic to measurable concept: The CARIN deservingness principles scale. *Social Science Research*, 85. DOI:10.1016/j.ssresearch.2019.102352
- Meza, O., Pérez-Chiqués, E., Campos, S. A., & Varela Castro, S. (2021). Against the COVID 19 pandemic: Analyzing role changes of healthcare street-level bureaucrats in Mexico. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23(1), 109-119. DOI:10.1080/13876988.2020.1846993
- Nederlandse Zorgautoriteit (2023). *Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg 2022-2023*. Geraadpleegd op 29 april 2024, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_755472_22/1/

- Raaphorst, N., & Van de Walle, S. (2018). A signaling perspective on bureaucratic encounters: How public officials interpret signals and cues. *Social Policy & Administration*, 52(7), 1367-1378. DOI:10.1111/spol.12369
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of advanced nursing*, 61(1), 107-114. DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x
- Tummers, L., & Bekkers, V. (2013). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547. DOI:10.1080/14719037.2013.841978
- Van Oorschot, W. (2000). Who should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. *Policy & Politics*, 28(1), 33-48. DOI:10.1332/0305573002500811
- Van Thiel, S. (2014). *Research methods in public administration and public management: An introduction*. London: Routledge.
- Van Wart, M., & Kapucu, N. (2011). Crisis management competencies. *Public Management Review*, 13(4), 489-511. DOI:10.1080/14719037.2010.525034
- Vedung, E. (2015). Autonomy and street-level bureaucrats' coping strategies. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*, 2015(2), 15-19. DOI:10.3402/nstep.v1.28643
- Vermeer, O., & Kalse, E. (Gast en Presentator). (2024, 24 januari). De ouderenzorg loopt vast, maar niemand praat erover. [Aflevering audio podcast]. In *NRC Vandaag*. NRC. Geraadpleegd op 27 januari 2024, van <https://open.spotify.com/episode/4sts7pNZwX7qEv3nqzqxJ4>
- Warsen, R., Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2019). Mix and match: How contractual and relational conditions are combined in successful public-private partnerships. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 29(3), 375-393. DOI:10.1093/jopart/muy082
- Wenzel, M. (2004). A social categorisation approach to distributive justice. *European review of social psychology*, 15(1), 219-257. DOI:10.1080/10463280440000035
- Woolsey, L. K. (1986). The critical incident technique: An innovative qualitative method of research. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 20(4), 242-252.
- Zorgverzekeraars Nederland. (z.d.) *Over zorgkantoren*. Geraadpleegd op 14 februari 2024, van <https://www.zn.nl/zorgkantoren/informatie/>

Literatuurlijst inhoudsanalyse

- BrabantZorg. (z.d.). *Toewijzingsprocedure verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 10 maart 2024, van <https://www.brabantzorg.eu/media/iuzpdppq/brz-18076-folder-toewijzingverpleeghuis-zorg-1223-finlr.pdf>
- Cedrah. (z.d.). *Wachttijst- en toewijzingsbeleid: Hoe wordt bepaald wanneer u in aanmerking komt voor een woning binnen Cedrah?* Geraadpleegd op 12 maart 2024, van https://www.cedrah.nl/app/uploads/2021/12/211111_CA_WV_Folder_
- CuraMare (z.d.). *Zorgaanvragen & wachtlijst*. Curamare.nl. Geraadpleegd op 11 maart 2024, van <https://www.curamare.nl/locaties/bestenwaard/zorgaanvragen>
- Huize het Oosten. (2023, november). *Wachttijstinformatie*. Huizehetoosten.nl. Geraadpleegd op 11 maart 2024, van <https://huizehetoosten.nl/zorg/wachttijst/>
- Mijzo (z.d.). *Inschrijfformulier zorgwoning Dongepark*. Geraadpleegd op 11 maart 2024, van https://www.mijzo.nl/wp-content/uploads/2023/12/Inschrijfformulier-zorgwoning-Casade-Dongepark-23-003_invulvelden-1.pdf
- Neboplus. (2023, november). *Wachttijst Neboplus*. Neboplus.nl. Geraadpleegd op 10 maart 2024, van <https://neboplus.nl/neboplus-wachttijst>
- Pieter van Foreest. (2023, 24 maart). *Wachttijsten in de langdurige zorg: Hoe werkt dat nu precies?* Pietervanforeest.nl. Geraadpleegd op 10 maart 2024, van <https://pietervanforeest.nl/actueel/wachttijsten-in-de-langdurige-zorg-hoe-werkt-dat-nu-precies>
- Sonneburgh. (z.d.). *Hoe werkt wachtlijstbeheer?* Sonneburgh.nl. Geraadpleegd op 11 maart 2024, van https://www.sonneburgh.nl/veelgestelde_vragen/#:~:text=Het%20aantal%20wachtenden%20zegt%20op,van%20Sonneburgh%20beheert%20de%20wachttijsten,Wachttijstentoeuwijzingsbeleid.pdf
- Zorggroep Elde Maasduinen. (z.d.). *Wachttijden*. ZGEM.nl. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://zgem.nl/wachttijden/>
- Zorgverlening Het Baken. (2023, 10 juli). *De wachtlijst bij Het Baken: hoe zit dat eigenlijk?* Zorgverlening-hetbaken.nl. Geraadpleegd op 11 maart 2024, van <https://werkenbij.zorgverlening-hetbaken.nl/actualiteiten/de-wachtlijst-bij-het-baken-hoe-zit-dat-eigenlijk>
- Zorgverzekeraars Nederland. (2024). *Voorschrift zorgtoewijzing 2024*. Geraadpleegd op 23 april 2024, van https://www.zn.nl/app/uploads/2023/12/Voorschrift_Zorgtoewijzing_2024_schone_versie_231130.pdf

Bijlagen

Bijlage A: Topiclist

Deel 1 - Inleidend

A. Algemene informatie

- Interviewer:
- Datum:
- Interviewee:

B. Inleiding

- Welkom en introductie
- Doel van het interview
- Informed consent en audio-opname

C. Persoonlijke achtergrond interviewee

- Wat is uw functie?
- Hoe lang bekleedt u deze functie al?

Deel 2 – Bespreken casussen

In dit gedeelte van het interview zou ik graag de door u gekozen casus(sen) bespreken.

1. Zou u de context van de casus kunnen beschrijven? [Situatiebeschrijving]
2. Kunt u uitleggen op basis van welke factoren de cliënt wel/niet is geplaatst? [Procesbeschrijving]
3. Wat vindt u van de manier waarop de plaatsing van de cliënt is verlopen? [Evaluatie]

Deel 3 – Afsluitend

- Ruimte voor vragen en opmerkingen
- Uitleg van verwerking antwoorden

Bijlage B: Codeboom

| <i>Open codes (Factor)</i> | <i>Axiale codes (Categorie)</i> | <i>Selectieve codes (thema)</i> |
|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Bewegingsdrang - Cliënt alarmeert thuiszorg extreem vaak - Cliënt ervaart gebrek aan controle - Dwaalgedrag - Eenzaamheid - Escalatie in thuissituatie - Fysiek geweld in thuissituatie - Gebrek aan mantelzorger of informeel netwerk - Gebrek aan mobiliteit - Grote/maximaal hoeveelheid ingezette thuiszorg - Grote zorgafhankelijkheid - Hoog valrisico - Medische urgentie - Nachtelijke onrust - Niet meer zelfstandig naar toilet kunnen - Onveilige thuissituatie - Overbelasting mantelzorger - Overbelasting thuiszorg - Partner kan niet omgaan met ziektebeeld - Sociale urgentie - Slopen of renovatie huidige woning - Stopzetting financiering thuiszorg door zorgkantoor - Thuiszorg niet meer doelmatig - Verregaande incontinentie - Vervuiling thuissituatie - Wegvallen partner/mantelzorger - Zorgvraag cliënt niet meer passend bij dagbesteding | <p>Onhoudbare thuissituatie</p> | <p>Controle en behoefte</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - 1 op 1 begeleiding nodig - Begeleiding in de nacht nodig - Eigen regie van cliënt nodig - (Ernstige) gedragsproblematiek - Multi-problematiek | <p>Zorgvraag</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Niveau van functioneren (cognitief, fysiek, sociaal) - Onderliggend lijden bij de cliënt - Oud medisch dossier niet leidend - Psychogeriatrische problematiek - Somatische problematiek - Te complexe zorgvraag (tilliften, wonden, stoma's etc.) - Zorgvraag niet passend bij de doelgroep | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Behoefte aan gemeenschapsruimte - Behoefte aan leefcirkels - Niet met de lift durven - Relatief grote kamer nodig - Te weinig ruimte voor rolstoel | Geschiktheid woonomgeving | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Alcoholgebruik - ALS-cliënten niet opgenomen - Cliënten met combinatie Downsyndroom en dementie niet opgenomen - Cliënten met zware lichamelijke handicap niet opgenomen - D-ZEP-cliënten niet opgenomen - Drugsgebruik - Geen passende zorgprogramma's voor de cliënten - Huntington-cliënten niet opgenomen - Korsakov-cliënten niet opgenomen - MS-cliënten niet opgenomen - NAH-cliënten niet opgenomen - Obesitas - Parkinson-cliënten niet opgenomen - Sprake van wet verplichte GGZ bij de cliënt - Verstandelijk gehandicapte cliënten niet opgenomen - Zeer zware GGZ-cliënten niet opgenomen - ZZP4-cliënten niet meer opgenomen | Exclusiecriteria | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Doorstroming crisisbedden krijgt voorrang - Doorstroming eerstelijnsverblijf krijgt voorrang | Voorrangsregelingen op basis van urgentie | |

| | | |
|--|--------------------------------------|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Doorstroming geriatrische revalidatiezorg krijgt voorrang (ook op doorstroming ziekenhuis) - Doorstroming klinische GGZ krijgt voorrang - Doorstroming revalidatie en herstel krijgt voorrang - Doorstroming ziekenhuis krijgt voorrang - Hogere ZZP krijgt voorrang op lagere ZZP - Inbewaringstelling krijgt voorrang - Palliatief-terminale cliënt krijgt voorrang - Rechterlijke machtiging krijgt voorrang - Transfer-client krijgt voorrang - Urgent en actiefwachtenden krijgen voorrang | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Inschatting afdelingspersoneel - Inschatting (huis)arts - Inschatting casemanager - Inschatting familie - Inschatting politie - Inschatting psycholoog - Inschatting revalidatieteam - Inschatting specialist ouderengeneeskunde - Inschatting thuiszorg | <p>Inschatting betrokken netwerk</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aanwezigheid actief netwerk - Familie belt veel - Familie houdt vast aan voorkeurslocatie - Familie met migratieachtergrond veeleisender - Familie vindt locatie te ver rijden - Jonge generatie is mondiger - Mensen uit West-Nederland zijn assertiever - Slechte communicatie met familie - Veeleisende familie - Weerstand van familie | <p>Houding informeel netwerk</p> | <p>Attitude</p> |

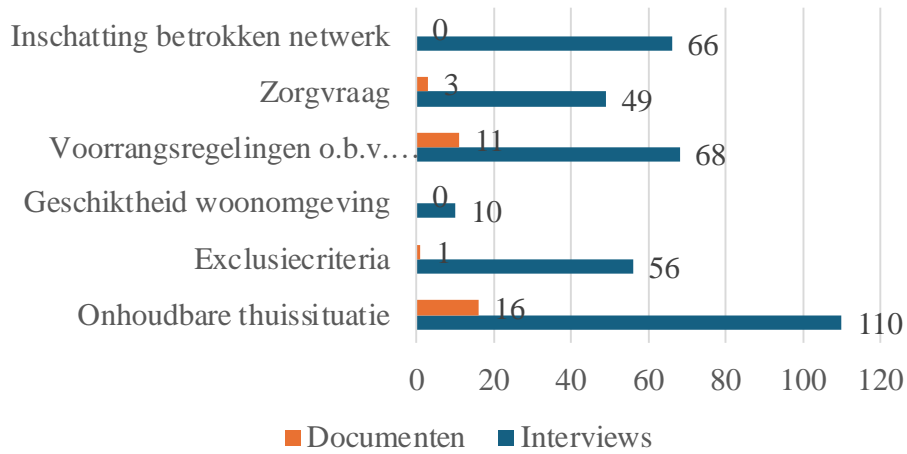
| | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Cliënt heeft een taalbarrière - Etnische achtergrond - Religie - Sociaaleconomische status | <p>Kenmerken cliënt & familie</p> | <p>Identiteit</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cliënt is in staat tot sociaal contact - Dorpscultuur op de locatie - Geslacht - Groepssamenstelling - Leeftijd moet passend zijn bij andere cliënten - Locatiecultuur - Mix van geslacht - Multi-culturele groepen - Passend bij zorgvraag andere cliënten op de groep - Passend karakter - Weinig aansluiting op de groep | <p>Sociale dynamiek bij kleinschalig wonen (groepsidentiteit)</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Beperkt aantal echtparenkamers - Beschikbaarheid juist materiaal - Grote hoeveelheid uitzendkrachten die minder complexe zorgvraag aankunnen - Hoog ziekteverzuim - Leegstaande bedden door te hoge zorgzwaarte op de groep - Personele bezetting - Regionale monopoliepositie zorgorganisatie - Vaardigheden & expertise personeel - Zorgzwaarte over afdelingen verdelen | <p>Organisatorische aspecten</p> | <p>Operationele overwegingen zorgaanbieder</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aparte wachtlijst specifieke zorgvragen - Beleid als harde afspraak - Controle door het zorgkantoor - Datum van aanmelding - Gedifferentieerde opname - Gezamenlijk wachtlijststelsel regionale organisaties - Passendheidsscores van beddenapplicatie als leidraad - Ritsmodel - Streefnormen van het zorgkantoor - Top 3-systeem | <p>Toewijzingsrichtlijnen en -protocollen</p> | |

| | | |
|---|--|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Transparantie als doel - Urgentie als leidraad - Wachtstatus als leidraad - Wachtijd als leidraad | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - 24 uur per dag zorg nodig - Altijd toezicht nodig - Cliënt heeft opnamewens - Cliënt heeft passende ZZP-indicatie - Zorgaanbieder is dossierhouder | Voorwaarden voor opname | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Geen passende financiering voor zorgvraag - Tarief meeliftende partner niet rendabel - Tarief ZZP 4 niet rendabel | Financiële draagkracht | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Creatief denken - Eerdere samenwerking met professionals (arts, casemanager, thuiszorg) - Kennis van de locatie door respondent - Loslaten plaatsingsbeleid - Plaatsing is maatwerk - Respondent heeft zorgachtergrond - Voorkennis van de cliënt - Vooruitkijken op de situatie | Professionele vaardigheden en expertise van de zorgbemiddelaar | Ervaring en ethiek |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cliënt heeft nog jonge kinderen - Cliënt moet zich thuis voelen - Ethisch dilemma - Menselijk handelen - Onnodige verhuizingen voor een cliënt willen voorkomen - Partnerhereniging van groot belang - Persoonlijke inschatting - Schrijnende situaties | Morele overwegingen zorgbemiddelaar | |

Bijlage C: Staafdiagrammen coderingsfrequentie

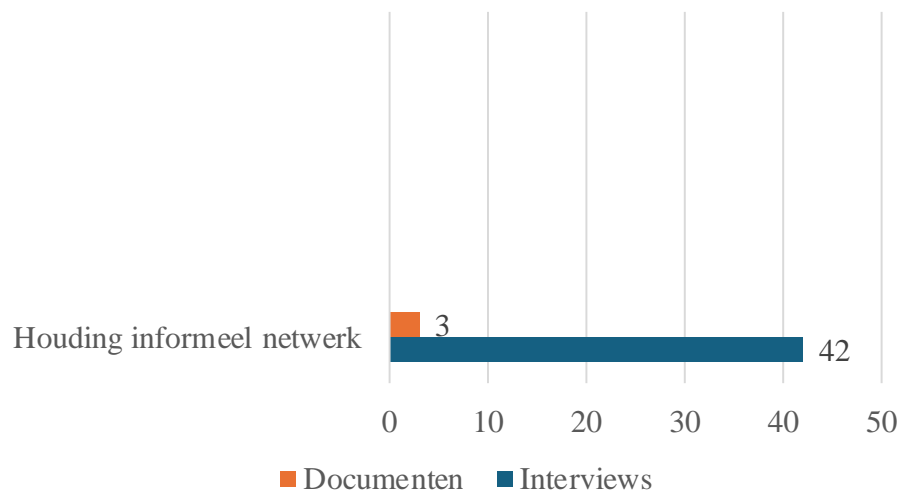
Figuur 4

Frequentie van thema 'Controle en Behoeft'



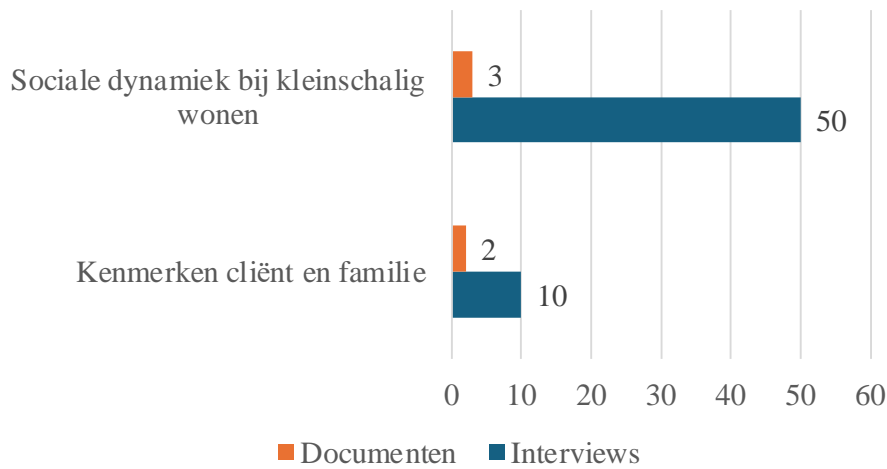
Figuur 5

Frequentie van thema 'Attitude'



Figuur 6

Frequentie van thema 'Identiteit'



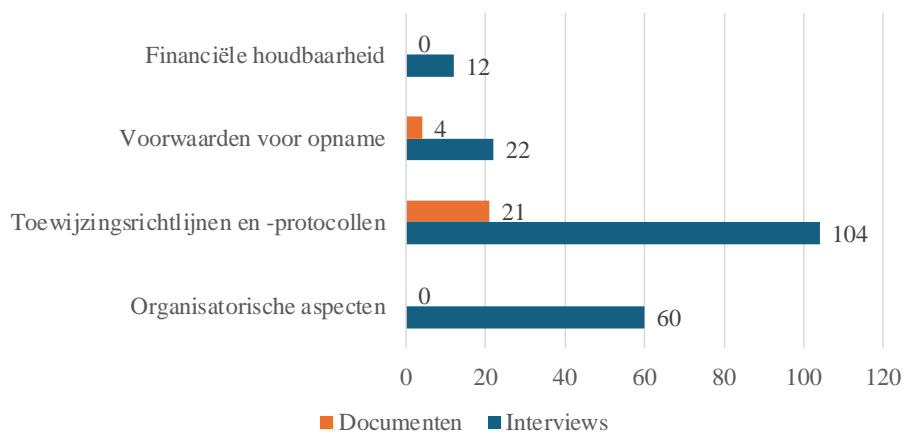
Figuur 7

Frequentie van thema 'Ervaring en ethiek'



Figuur 8

Frequentie van thema 'Operationele overwegingen zorgaanbieder'



Figuur 9

Frequentievergelijking van categorieën

