

# *Political space* in een zorgwoning van een woonzorghuis: iedereen mee aan tafel?

Vanuit een zorgethisch perspectief, via een kritische discoursanalyse, de *political space* binnen zorgwoning R in een woonzorghuis onderzocht.



<b>Datum van inlevering</b>	15 juni 2017
<b>Auteurs</b>	Linde Wibbelink 1010514 Geert Froyen 1009001
<b>Onder begeleiding van</b>	Dr. Vivianne Baur en prof. dr. Frans Vosman
<b>Examinator</b>	Prof. dr. Carlo Leget
<b>Vak</b>	Afstudeeronderzoek waarin opgenomen de masterthesis
<b>Code</b>	ZEB-70
<b>Studiejaar</b>	2016-2017

## INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	p.4 p.5
Voorwoord	
<b>1 Probleemstelling</b>	p.6
1.1 Aanleiding	p.6
1.2 Maatschappelijk probleem	p.6
1.3 Wetenschappelijk probleem	p.8
1.4 Vraagstelling	p.10
1.4.1 Hoofdvraag	p.10
1.4.2 Deelvragen	p.11
1.5 Doelstelling	p.11
<b>2 Theoretisch kader</b>	p.12
2.1 Conceptuele verkenning	p.12
2.1.1 Geografie van verantwoordelijkheden	p.12
2.1.2 Vijf Fasen van zorg	p.13
2.1.3 <i>Political space</i>	p.14
2.1.4 <i>Housekeeping issues</i>	p.14
2.1.5 <i>Precariousness</i>	p.14
2.2 Sensitizing concepts	p.16
2.2.1 Het concept: Institutioneel verval	p.16
2.2.2 Het concept: <i>Value gap</i>	p.16
2.3 Conclusie	p.17
<b>3 Methode</b>	p.18
3.1 Kritische Discoursanalyse	p.18
3.2 Casusdefinitie en onderzoekseenheid	p.20
3.3 Dataverzameling	p.21
3.4 Data-analyse	p.21
3.5 Fasering van het onderzoek	p.22
3.6 Ethische overwegingen	p.23
3.7 Kwaliteitscriteria	p.24
3.8 Achtergrond onderzoekers	p.24
<b>4 Bevindingen</b>	p.28
4.1 Overzicht gevonden families, codes (schema)	p.26
4.2 Discours 1: Vanzelfsprekende en verschuivende eigenheid	p.28
4.2.1 Het loopt!	p.29
4.2.2 Wij/zij	p.33
4.2.3 Vanzelfsprekende of zoekende identiteit	p.38
4.3 Discours 2: Bezielde en verweven interacties	p.41
4.3.1 Verweven met het werk	p.42
4.3.2 Verschillende soorten van interacties	p.47
4.3.3 Verantwoordelijkheden benoemen	p.53
4.4 Discours 3: Gegeven en vloeibare contexten	p.56
4.4.1 Middelen zijn bepalend	p.56
4.4.2 Goede zorg is flexibel	p.59

4.4.3	Ingrijpende veranderingen	p.61
4.4.4	Conclusie op de bevindingen	p.64
<b>5</b>	<b>Discussie</b>	p.66
5.1	Zorgethische reflectie op de bevindingen met het oog op <i>political space</i> en goede zorg.	p.66
5.1.1	Binnen de mate van het mogelijke, als dominant discours vanuit de leidinggevenden	p.66
5.1.2	In informeel contact conflicten vermijden, een dominant discours van de werkvloer	p.69
5.1.3	Zorgwerk is een relatie	p.73
<b>6</b>	<b>Conclusie onderzoek en aanbevelingen</b>	p.76
6.1	Conclusies	p.76
6.2	Aanbevelingen	p.78
6.2.1	Aanbeveling voor de praktijk	p.79
6.2.2	Aanbeveling voor vervolg onderzoek	p.79
<b>7</b>	<b>Reflectie op de kwaliteit van het gevoerde onderzoek</b>	p.81
7.1	Reflectie op vooraf geplande kwaliteitsmaatregelen	p.81
7.1.1	Reliability	p.81
7.1.2	Transferability	p.81
7.1.3	Credibility	p.81
7.2	Verbeterpunten	p.82
7.3	Reflectie op de onderzoeksbenadering	p.82
	<b>Literatuurlijst</b>	p.83
	<b>Bijlagen</b>	p.89
	Bijlage 1 Inclusiecriteria	p.89
	Bijlage 2 Topiclijst voor de interviews	p.90
	Bijlage 3 Klein kijken begrippen (Gee, 2014)	p.91
	Bijlage 4 Familie overzicht van de hiërarchie	p.92
	Bijlage 5 Taakverdeling	p.93

## SAMENVATTING

In zorgorganisaties spreken veel zorgprofessionals over een kloof tussen werkveld en management. Vanuit de zorgethiek zien wij de zorgpraktijk als minder eenduidig tegengesteld en meer als een complexe praktijk, waarbij posities constant veranderen en meer gebaseerd zijn op onderlinge afhankelijkheid (Visse et al. 2015). Tronto (2010) pleit voor een *'political space'* in een zorgorganisatie. Zonder zo'n ruimte voor de *'needs-interpretation struggle'* kan een rechtvaardige zorgorganisatie in een democratische samenleving geen 'goede' zorg geven, aldus Tronto. Hoe spreken alle verschillende deelnemers uit een zorgpraktijk over ruimte voor *a political space* in hun zorgorganisatie? Op deze vraag wilden we een antwoord vinden in onze thesis. De gebruikte onderzoeksbenadering is een kritische discoursanalyse. Onze data hebben we verzameld door 13 semi-gestructureerde kwalitatieve interviews af te nemen in zorgwoning R. van een woonzorghuis in België. Via de open axiaal gecodeerde data-analyse zijn we uitgekomen op drie spanningsvelden waarin de discourses zich afspelen, te weten een vanzelfsprekend en zoekend eigenheid discours, een bezielde en verweven interactie discours en een gegeven en flexibele context discours. De discourses zijn verweven met- en interageren op elkaar. In het eerste veld ontdekken we het dominante hoofd discours *'het loopt'* waarbij de respondenten met een uitvoerende functies aan de basis van dit discours lijken te staan maar tegelijkertijd een minderheid discours kunnen vertolken. In het tweede veld vinden we het dominante hoofd discours *'5 minuutjes je ei kwijt kunnen bij elkaar'* waarbij zorgfuncties (leidinggevend en uitvoerend) aan de basis van dit dominante discours staan, omdat zij een grote verwevenheid met het werk zeggen te ervaren en hiervoor vertrouwen op informele hulp van elkaar. In het derde veld vinden we het dominante discours *'binnen de mate van het mogelijke'* waarvoor de leidinggevende en de overkoepelende organisatie E. de basis gelegd hebben. Naast deze dominanten discourses hebben we 16 minderheid discourses gevonden waar minder makkelijk over gesproken wordt en die minder ruimte binnen de huidige communicatiekanalen van de organisatie lijken te krijgen. Wij geven de aanbeveling voor de praktijk, om de taal van de werkvloer in deze situatie niet alleen informeel op te zoeken, zoals nu al gebeurt, maar deze meer te borgen in formele overlegmomenten, met behoud van de informele (vanuit de werkvloer opkomende) manier van spreken. Zoals bijvoorbeeld door het organiseren van een moreel beraad vanuit een bottom-up beweging, waarbij het tijdstip, de betrokkenen en de onderwerpen responsief op de zorg (conflicten) van dat moment, ad hoc georganiseerd kunnen worden. Daarnaast doen wij de aanbeveling meer theoretisch onderzoek te doen naar de problemen, die zich voordoen binnen een zorgpraktijk rondom het uitspreken en aangaan van conflicten en de mogelijke verweven afhankelijkheidsrelaties tussen werknemers, die dit bemoeilijken.

## VOORWOORD

Deze thesis is het resultaat van 4 maanden onderzoek naar de ruimte voor *political space* die in de discoursen terug te vinden is binnen zorgwoning R. van een WHZ in België. Ten behoeve van onze master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek hebben wij deze thesis geschreven als eindproduct van dit onderzoek. Het doel van ons onderzoek is om inzicht te geven in de manier waarop *political space* in deze praktijk voorkomt en eventuele aanbevelingen voor de deze praktijk te kunnen doen, en om het zorgethische debat rondom *political space* aan te vullen met empirische data en onze zorgethische reflectie. Wij willen de respondenten bedanken voor hun medewerking en openheid ten opzichte van ons. Dit was ons eerste onderzoek op de vloer en wij hebben ervan genoten. Daarnaast willen wij onze begeleiders Vivianne Baur en Frans Vosman bedanken voor hun betrokkenheid en advies om dit onderzoek tot een mooi resultaat te brengen. Op een meer persoonlijke nood willen we ook graag onze echtgenoten, Sonja en Gijs bedanken voor hun niet aflatende ondersteuning en medeleven, in dit voor ons erg leerzame schrijfproces.

# 1. PROBLEEMSTELLING

## 1.1 Aanleiding

*“Zorg is de wijze waarop we relaties vormgeven.” (van Heijst, 2008)*

Als begeleider in een plaatselijk zorg-ethisch lab krijgt Geert wekelijks studenten ‘Zorg’ en zorgprofessionals over de vloer. Hij krijgt vaak te horen dat zorgprofessionals een afstand ervaren tot mensen die hogerop staan in de hiërarchie. Leidinggevendenden zouden te weinig luisteren naar de mensen op de werkvloer en lijken er zelfs niet echt in geïnteresseerd te zijn. Dit alles staat, volgens de mensen op de werkvloer, het geven van goede zorg in de weg. Bij leidinggevendenden die het lab bezoeken, hoort Geert daarentegen een ander geluid. Zorgverleners op de werkvloer klagen te gemakkelijk over hun werkomstandigheden en over hun leidinggevendenden. Zorgverleners op de werkvloer lijken in de gesprekken met Geert niet te begrijpen in welke moeilijke budgettaire en organisatorische omstandigheden de managers en bestuurders, het schip drijvende moeten houden. Onze interesse gaat uit naar de verschillen in posities en verantwoordelijkheden tussen mensen op de werkvloer en managers. Ook Linde kwam hiermee in aanraking. Toen Linde begon aan de studie Zorgethiek en Beleid (ZeB) aan de Universiteit voor Humanistiek (UvH) was er een kennismakingsdag met de medestudenten. De motivatie van studenten om voor deze studie te kiezen was vrijwel altijd hetzelfde: ‘Het management in mijn organisatie snapt niet welke zorg essentieel is op de werkvloer, zij weet niet wat nodig is voor goede zorg’ en ‘Ik wil hier iets aan doen.’ Wij willen met deze thesis meer zicht krijgen op de verschillende perspectieven en discoursen op de werkvloer en van het management van één concrete zorgwoning in de residentiële ouderenzorg. De residentiële ouderenzorg is een plek waar dagelijks veel zorgwerk wordt verzet, ook in financieel moeilijke omstandigheden. We willen aandacht besteden aan hoe leidinggevendenden en zorgprofessionals op de werkvloer gesprekken met elkaar voeren over hoe ze samen kunnen streven naar een goede zorg binnen hun zorgorganisatie.

## 1.2 Maatschappelijk probleem

*“Het is makkelijker om ergens een tegenstelling te zoeken dan alle nuances te vatten. Ik begrijp dat wel. We staan allen onder tijdsdruk. Maar daardoor gaat die nuance wel verloren. Er ontstaat een oversimplificatie.”(Rector Universiteit Gent A. De Paepe, De Standaard, zaterdag 20 mei 2017)*

De relatie tussen management en werkvloer in de ouderenzorg, staat in de media geregeld ter discussie. Er wordt dan gesproken over ‘de kloof’ tussen de werkvloer en het bestuur en er wordt een link gelegd met de kwaliteit van zorg in residentiële ouderenzorgvoorzieningen. In augustus 2016 publiceerde het dagblad De Standaard een brief van een verpleegkundige Claeys, werkzaam in een woonzorgcentrum (WZC) in België. Claeys klaagde over de omstandigheden waarin ze haar zorgwerk deed: ze kon haar werk niet ‘goed’ doen. Ze kreeg hier geen gehoor over bij haar directie. Daarom ging ze op zoek naar ander werk. Er kwamen veel reacties op de publicatie van de brief. De zorginspectie gaf toe dat er pijnpunten zijn. De vakbond LBC-NVK klaagde de werkdruk aan en de onderfinanciering van de sector (De Standaard, 22 augustus 2016). Reeds in 2015 stelde Holtzer, Vlaams zorgambassadeur, dat aantrekken én behouden van goed opgeleid zorgpersoneel een probleem is binn WZC’s. Als belangrijke oorzaak werden de werkomstandigheden genoemd. De kwaliteit van zorg en de onvrede van het zorgpersoneel worden aan elkaar gelinkt.

In Nederland, is het UMC Utrecht onder verscherpt toezicht van de inspectie gesteld (zorgvisie, 18 april 2017). Hierbij worden als redenen onder andere worden genoemd dat de raad van bestuur te weinig contact met de werkvloer heeft en daardoor weinig zicht heeft op de communicatie-cultuur die hier heerst. Door het tv programma Zembla werd er in 2015 al aandacht gegeven aan dit probleem op de keel-, neus-, oorafdeling van het UMC. Hierin wordt gesproken over een angstcultuur waardoor ernstige medische calamiteiten niet worden gemeld, waardoor de kwaliteit van de zorg behoorlijk onder druk is komen te staan. In de ouderenzorg is zorgorganisatie Careyn een voorbeeld van een organisatie waarbij er sprake is van communicatie problemen tussen management en werkvloer en daardoor problemen in de kwaliteit van zorg. De inspectie heeft, na een periode van verscherpt toezicht op deze organisatie, geconcludeerd:

*“De inspectie heeft op dit moment onvoldoende vertrouwen in de slagkracht van het bestuur van Careyn om de genoemde problemen op te lossen.” (Zorgvisie, 7 november 2016)*

In zijn blog schrijft, inmiddels, oud-voorzitter Van Dam van de Raad van Bestuur van Careyn:

*“De valkuil van deze organisatie was dat te weinig mensen kritiek durfden te uiten naar het management toe. Het bestuur [...] heeft signalen van de werkvloer over wat er misging (in de dagelijkse zorgpraktijken) gemist.” (Blog Rob van Dam, 27 juni 2016)*

Het lijkt erop dat bestuurders en managers tegenover de zorgprofessionals zijn komen te staan en dat de bestuurders een goede zorgverlening frustreren (Van Dalen, 2012, p. 30). Dit lijkt echter niet alleen een probleem te zijn binnen zorgorganisaties, maar ook binnen andere werkculturen. Zo wordt er in een artikel in De Groene Amsterdammer (9 maart 2017) geschreven over de teloorgang van het warenhuis Vroom & Dreesmann. In het artikel zegt een voormalige medewerker: ‘Ze (de directie) had

wat meer moeten luisteren naar (de) mensen van de vloer, want daar werd (ook) niet naar geluisterd.’ (Velthuys, 2017). Nog breder, de golf van populisme in Westerse democratieën wordt geregeld geduid als een tegenstelling tussen de bestuurlijke elite en het gewone volk. De bestuurlijke elite zou te weinig luisteren naar de mensen in de straat. Het problematisch contact tussen de overheid en de burger wordt als één van de meest nadrukkelijke politieke problemen van deze tijd gezien (Van der Woude & Bos, 2007, p. 173).

Ondertussen zijn er verschillende initiatieven om deze problemen aan te pakken en om onder andere zorgorganisaties op een andere manier te gaan organiseren. Voorbeelden in Vlaanderen en Nederland zijn: Innovatieve ArbeidsOrganisatie van *Flanders Synergy*, de coöperatie Nieuworganiseren.nu, publicaties en trainingen van Vilans, *Slow Management*, etc. Een bekend en veel toegepast voorbeeld is *the learning organization method* (Senge, 2006), waarbij zorgorganisaties de kloof tussen beleid en praktijk willen overbruggen door de introductie van zelfsturende teams. Caldwell (2012), professor organisatorische verandering, bekritiseert echter Senge’s theorie over zelfsturende teams. Hij zegt dat ook bij zelfsturende teams de theorie te leidend blijft en dat het management op een te eenzijdige manier de na te streven normen en waarden vaststelt. Volgens Caldwell (2012) worden machtsrelaties bij het besluitvormingsproces te gemakkelijk over het hoofd gezien.

### 1.3 Wetenschappelijk probleem

*“That which affects everyone ought to be dealt with by everyone.”*Codex Justinianus, zesde eeuw n. C.  
(*Dat wat invloed heeft op iedereen zou door iedereen beïnvloed moeten worden.*)

In verschillende wetenschappelijke onderzoeken valt terug te vinden dat er een dichotomie is tussen de werkvloer en het beleid binnen (zorg)organisaties (Banaszak-Holl, et. al., 2015; Castle & Donoghue, 2009; Anderson, et. al., 2009; Carleton et. al., 2015; Laschinger & Wong, 2012; Ausserhofer, et. al., 2016; André, Rannestad, Ringdal & Sjøvold, 2013). Hierin worden verbanden beschreven tussen de onvrede van zorgverleners ten aanzien van leidinggevend en de eigen zorgorganisatie, de hoge turnover van personeel en de kwaliteit van zorg voor de bewoners. Kijkend naar de mogelijke oorzaken van de onvrede en de hoge turnover van personeel, zien we in een literatuurreview over verzorgingstehuizen van Preschaw et. al., (2016), dat ethische problemen binnen het werk benoemd worden als een belangrijke bron van burn-out bij verplegend personeel. De meest voorkomende (ethische) problemen volgens deze review zijn: onvoldoende communicatie, botsende ethische overwegingen en gebrek aan middelen. Verplegend personeel blijkt vaak geen daadwerkelijk onderdeel te vormen van besluitvormingsprocessen en de communicatie betreffende verpleegkundige (praktijk)kennis was onvoldoende;



*“Knowledge of the scope of nurse responsibility was also lacking, for example, their role as resident advocate, in providing spiritual care, in feeding decisions or discussing treatment risks, individual responsibility for moral judgements and actions that comport with morality, and what to do when their professional responsibility is undermined. Unmet needs and unclear boundaries regarding duty of care contributed to the ethical issues associated with managing a personal response to care.” (p. 495)*

Aandacht voor en communicatie over, verantwoordelijkheden binnen een zorgorganisatie is dus van groot belang. Deze conclusie vindt bijval van politiek filosofe en zorghethica Joan Tronto (2010). Zij pleit voor *a political space* binnen zorgorganisaties, waarbij de communicatie over de verdeling van zorgverantwoordelijkheden voorop staat. Ze zegt hierover:

*“[...] no caring institution in a democratic society [...] can function well without an explicit focus for the needs-interpretation struggle, that is, without a ‘rhetorical space’ (Code, 1995) or a ‘moral space’ (Walker, 1998) or a political space within which this essential part of caring occur.” (p. 168)*

Tronto ziet ruimte om tot afstemming te komen over behoeften en verantwoordelijkheden als een essentieel onderdeel van het zorgproces. De realiteit van zorg is in haar ogen namelijk nooit zonder wrijvingen en problemen. Volgens Devos en Vos (2007) gaat politiek in essentie over belangen. Volgens hen is de belangenstrijd, het gevolg van middelen schaarste versus oneindige behoeften en, de motor van de politiek en het politieke debat. Politiek is hierbij een machtsstrijd, een strijd om het beslissingsrecht over welke middelen voor welke behoeften of belangen zullen worden ingezet. Een (zorg)organisatie kan niet worden bestudeerd zonder aandacht te geven aan macht (Devos & Vos, 2007, p.4). Ook Tronto (2013) adviseert alert te zijn op de invloed van machtsrelaties: *“a clear account of power in the care relationship and thus a recognition of the need for a politics of care at every level [is necessary].” (p.162)*. Ze benadrukt hierbij dat machtsverschillen een rol spelen in alle dimensies van zorgrelaties en zorgorganisaties en dat hierover gesproken moet worden. Verder zien Devos en Vos (2007) het als een essentiële vraag of alle belangen de politieke agenda wel kunnen halen. Volgens hen kan macht er ook juist uit bestaan dat het beslissingsveld of de beleidsagenda wordt afgebakend door de ‘machtigen’. Tronto lijkt een gelijksoortig gevaar te signaleren, in het vaak onzichtbaar blijven van *non nurturing care*. Ze zet deze term tegenover zorgberoepen, die direct verzorgend zijn, zoals de verpleging. Deze beroepen noemt ze *nurturing care*. Volgens Tronto (2013) dragen schoonmakers en boekhouders door *non nurturing care* eveneens bij aan het zorgproces en dienen ook zij gehoord te worden. Wanneer de zorg ruim wordt bekeken, zoals Tronto voorstelt in haar definitie van zorg (zie hfst 2) zijn meerdere betrokkenen binnen een zorgorganisatie te identificeren als verantwoordelijken bij het creëren van ‘goede’ zorg. Hieruit leiden wij af, dat de

eerder genoemde dichotomie tussen beleid en praktijk een te beperkend perspectief kan zijn op de complexiteit van de manier waarop verantwoordelijkheden verdeeld, ontkend en toegewezen worden in zorgorganisaties. Door deze dichotomie zouden sommige (machts)relaties, over het hoofd kunnen worden gezien. Terwijl volgens Tronto (2010, 2013) juist alle deelnemers aan de zorg praktijk gehoord moeten worden.

Er bestaan verschillen in inzicht over de manier waarop ‘gehoord worden’ tot stand zou kunnen komen in de dagelijkse praktijk. Habermas (1985) ziet het *Diskurs*, het door communicatief handelen een machtsvrije dialoog bereiken, als dé manier om tot overeenstemming te komen over de geldigheid van morele normen. Er is echter kritiek op deze gedachtegang. Filosoof Mertens (1984) onderschrijft de scepsis van Gadamer ten aanzien van Habermas verwachting, dat door het *Diskurs* alle vooroordelen en maatschappelijke privileges op te heffen zijn, ten gunste van een machtsvrije dialoog. Benoit & Laver (2012) geven aan dat juist het karakteriseren van een *political space* in al haar dimensies en het accuraat lokaliseren van de actoren binnen zo’n ruimte een hele uitdaging is. In paragraaf 2.2.2 werken we het theoretische concept *political space* verder uit aan de hand van het perspectief van Tronto (2010).

Wij vestigen in deze thesis onze aandacht op de praktijken en op de manier waarop, binnen de specifieke situatie van een zorgwoning binnen een woonzorghuis (WZH), de *political space* wel of niet gewaarborgd wordt. De concrete zorgpraktijken geven mogelijk meer inzicht op eventuele miscommunicatie wat betreft behoeften en verantwoordelijkheden, en tevens over (macht)structuren of beperkingen van deze structuren binnen een zorginstelling.

Jokobsen & Sørli (2016) hebben kwalitatief onderzoek gedaan naar de relaties tussen *managers* en *caretakers*. Hierbij werd enkel de kant van de *caretakers* belicht. Wij willen in ons onderzoek juist meerdere perspectieven aan bod laten komen, namelijk ook die van de managers en beroepsmensen uit de *non nurturing care*. Petriwskyj, Gibsona & Webby (2015) hebben een kwalitatieve zorgethische studie gedaan naar engagement in de zorg van medewerkers en de rol van een organisatie hierin. Hierbij zijn ook meerdere perspectieven bekeken. Echter, een zorgethisch onderzoek, gericht op het ontdekken en beschrijven van *a political space*, zoals die ontstaat in en via de taal van betrokkenen in de zorgpraktijken, met oog voor machtsverschillen in de zorgorganisatie, hebben we nog niet gevonden.

#### 1.4 Vraagstelling

**Onderzoeksvraag:** *In hoeverre, komt via discoursen van diverse betrokkenen bij de zorg in één zorgwoning van een woonzorghuis, ‘political space’ aan het licht? Welke discoursen voeren hierbij de boventoon en op welke manier, draagt deze wel of niet gevonden ruimte voor ‘political space’, voor de betrokkenen bij aan goede zorg binnen de zorgwoning in het woonzorghuis, zorgethisch bekeken?*

### Deelvragen:

- Welke discoursen, van diverse betrokken zorgverleners binnen één zorgwoning van het woonzorghuis te W., komen naar voren?
- Waar zien we verschillen tussen de discours van de betrokkenen zorgverleners? En waar tekenen zich juist overeenkomsten af?
- Wat zeggen de gevonden overeenkomsten en verschillen tussen de discours over de ruimte voor *political space* binnen de zorgwoning van het WZH? En wat betekent dit, bekeken vanuit een zorgethisch perspectief, voor goede zorg in deze zorgwoning van het woonzorghuis te W.?

### 1.5 Doelstelling

Met deze masterthesis willen wij, via een kritische discoursanalyse (KDA), de *political space* (Tronto, 2010), binnen één zorgwoning van het WZH te W. op het spoor komen via discoursanalyse van de manier waarop diverse betrokkenen bij de zorg in deze zorgorganisatie spreken over zorgverantwoordelijkheden en de ruimte die zij ervaren om een gesprek hierover aan te gaan. Op deze manier, vanuit een zorgethisch perspectief, willen wij tot een conclusie komen over hoe de gevonden *political space* een bijdrage levert aan goede zorg voor bewoners en voor medewerkers binnen deze particuliere zorgpraktijk. We zijn niet op zoek naar hét antwoord, maar schetsen spanningsvelden van perspectieven, werkelijkheden en zorgverantwoordelijkheden. Op deze manier komen de machtsrelaties en posities die door respondenten ingenomen worden binnen de *political space* duidelijk in beeld. Door het zoeken naar de *political space* via een KDA, hopen we zorgwoning R. te kunnen bijstaan met een bruikbaar advies over hoe zij het beste hun *political space* zouden kunnen herkennen en indien nodig verruimen. Zo willen we ook een bijdrage leveren aan het waarborgen van deze *political space* in de praktijk en tevens hopen we zo bij te dragen aan ‘goede’ zorg. Ook willen we het theoretische debat over verantwoordelijkheden in zorgpraktijken en het gesprek over deze verantwoordelijkheden en de relatie met macht, met concrete empirische data voeden en met onze zorgethische reflectie op deze empirische gevonden data.

## 2 Theoretisch kader

### 2.1 Conceptuele verkenning

Ons theoretisch kader is de Utrechtse zorgethiek. Deze kijkt naar zorg vanuit de vraag: “*Wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?*”, waarbij de beschouwing een dialectische verhouding tussen empirie en theorie weergeeft. De Utrechtse zorgethiek stelt dat afwegingen over ethische waarden contextgebonden zijn en dat morele waarden expressief-collaboratief emergeren vanuit concrete situaties, in geleefde ervaringen, praktijken en op institutioneel niveau (De notitie over de Utrechtse zorgethiek, 2015). Zorgethiek is gestoeld op een relationeel mensbeeld en besteedt aandacht aan niet-vrije relaties of ongelijke relaties (Held, 2004). Volgens Tronto (2013) is het een opdracht van de zorgethiek om verborgen (machts)verschillen bloot te leggen op het gebied van rechtvaardigheid, gelijkwaardigheid en vrijheid. Het in stand houden van een dominant discours, is volgens haar een belangrijke reden voor marginalisering van zorg en het verborgen blijven van een ongelijke verdeling van zorgverantwoordelijkheden. Volgens zorgethica Van Heijst (2008) blijft de zorgethiek dicht bij de concrete praktijk met aandacht voor de contextuele factoren en het eigene van een situatie om de verantwoordelijkheden te onderzoeken. Hierbij wordt er ook aandacht geschonken aan de samenwerking tussen mensen en de emoties die daarbij komen kijken. Om de zorgethische theorie te verhelderen zullen we eerst verschillende zorgethische *critical insights*, die onze blik focussen toelichten. Hierna schetsen we kort een beeld van de *sensitizing concepts* die onze blik richten bij het bestuderen van deze specifieke praktijk. We gebruiken hierbij het uitgangspunt van Bowen (2006), dat *sensitizing concepts* de aandacht leggen op belangrijke sociale interacties van de praktijk en zo meer inzicht in de specifieke setting, waarin het onderzoek plaats vindt, kan geven.

Binnen de Utrechtse zorgethiek worden acht *critical insights* gehanteerd om de focus op de eerder genoemde (zorg)verantwoordelijkheden van alle kanten te benaderen, namelijk; relationaliteit, contextualiteit, affectiviteit, *practices*, kwetsbaarheid, lichamelijke, aandacht voor macht en positie en betekenis/zin. Hieronder lichten we vier zorgethische concepten toe die raakvlakken hebben met deze *critical insights* en relevant zijn voor onze KDA.

#### 2.1.1 Geografie van verantwoordelijkheden

Volgens filosofe M. U. Walker heeft iedere deelnemer in een zorgproces verantwoordelijkheden die onder de loep genomen moeten worden. Zij noemt dit de geografie van verantwoordelijkheden. Walker duidt hierbij zorg als een verantwoordelijkheidspraktijk waarin de verschillende betrokkenen verantwoordelijkheid op zich nemen in een proces van reageren op kwetsbaarheid (2003). Het in kaart brengen van deze verantwoordelijkheden, zou er voor moeten zorgen dat men een beter zicht krijgt op

de verdeling van deze verantwoordelijkheden. Walker ziet verantwoordelijkheden als: “*histories of trust, expectation, and agreement that make particular relationships morally demanding in particular ways*” (1998, 69) De zorgethiek baseert zich op dit idee van Walker en poogt te analyseren op welke wijze mensen gestalte geven aan hun verantwoordelijkheid binnen de zorg voor elkaar, hoe ze daarover onderhandelen, of zich daar juist aan onttrekken (Vanlaere & Gastmans, 2008). Dit komt ook voor in niet-vrije relaties of ongelijke relaties (Held, 2004)

### 2.1.2. 5 Fasen van zorg

Zorgethica en politicologe Joan Tronto benoemt (zorg)verantwoordelijkheden breed en ontwikkelde samen met Fisher in 1991 een definitie van zorg waarbij zorgen een ‘*species activity [is] that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible.*’ (Tronto, 1993, p.103) Deze zorgactiviteiten kunnen zich volgens Tronto afspelen in vijf fasen, namelijk:

1. Zorgen maken (*caring about*): het herkennen en erkennen dat er behoefte is, die om zorg vraagt;
2. Zorgen op zich nemen (*caring for*): de verantwoordelijkheid nemen om te zorgen;
3. Zorg geven (*care giving*): de daadwerkelijke handeling en de fysieke inspanning van het geven van zorg;
4. Zorg ontvangen (*care receiving*): de reactie van degene die de zorg ontvangt;
5. Zorgen met (*caring with*): de manier waarop de zorg geleverd wordt en de nood gevoeld wordt, moeten overeenkomen met de democratische uitgangspunten van gelijkwaardigheid, rechtvaardigheid en vrijheid voor iedereen.

Deze vijf fasen kunnen altijd plaatsvinden in de zorgpraktijk en zijn tevens ‘genesteld’ in andere praktijken (Tronto, 2013). De vijf fasen geven handvatten voor het doorzien van de relationaliteit, contextualiteit, responsiviteit en zingeving achter zorgpraktijken. Verder geeft Tronto aan dat mensen in een democratische en zorgende maatschappij recht hebben op de volgende drie dingen. De eerste is het recht om zorg te ontvangen. De tweede is het recht dat mensen zorg mogen geven. En de derde is het fundamentele recht om mee te mogen doen aan het publieke debat waarin wordt bepaald hoe de eerste twee genoemde rechten geregeld zouden moeten worden (2013). De vijfde fase, *caring with*, legt vooral de nadruk op dit derde recht. Dit laatste, in haar ogen, fundamentele recht zou volgens Tronto (2010) het beste vormgegeven kunnen worden binnen rechtvaardige instituties in een *political space*.

### 2.1.3 *Political space*

Deze vijf fasen zijn volgens Tronto in elke zorgsituatie te herkennen. Wel benoemt ze hierbij een verschil tussen familiale privé-zorg en publieke zorg. Zodra zorg institutioneel wordt, zou het dezelfde ‘*purpose, power and particularity*’ moeten hebben als privé-zorg. Doelen, macht en specificiteit moeten dan echter op een andere wijze geconstrueerd worden (Tronto, 2010). Dit zou moeten gebeuren door middel van debat, niet aanname. Hoe een organisatie zijn eigen behoeften op het spoor komt, zegt volgens haar veel over de ruimte die er is voor dit debat en wie er in mee mogen praten. Tronto omschrijft de ‘*political space*’, die binnen een organisatie gewaarborgd dient te worden als volgt:

“[...]Care institutions need to have formal practices in place that will create the space for evaluating and reviewing how well the institutions meets its caring obligations by being highly explicit about it’s pursuit of purposes, how it copes with particularity, and how power is used within the organization.”  
( Tronto, 2010, p. 160)

Tronto (2010) benoemt de volgende voorwaarden voor het goed functioneren van een rechtvaardige zorgorganisatie: mensen uit de zorgpraktijk zelf moeten in staat worden gesteld om gezamenlijk doelen te bespreken, ze moeten betrokken worden bij het in kaart brengen van machtsrelaties en pluraliteit binnen zorginstituties moet gewaarborgd worden in een formele praktijk. Hierbij benadrukt Tronto dat deze drie focuspunten van zorg, vaak conflicten met zich mee zullen dragen. Ze ziet de *political space* als de aangewezen ruimte om conflicten op te lossen, waarbij alle noden en perspectieven binnen de organisatie aan het licht dienen te komen. Zorgorganisaties die vooropgezet en expliciete aandacht geven aan de beste verwoording van de noden van de mensen die ze dienen, maar ook voor de noden van de medewerkers en voor de toewijzingen van verantwoordelijkheden, kunnen de beste zorg geven. (Tronto, 2010) Zorginstituties zouden een ruimte moeten “bouwen” voor het uitspreken van conflicten en meningsverschillen die gaan over macht, pluraliteit en de doelen van zorg. Het gaat er dan om dat alle medewerkers gehoord moeten worden.

Door op zoek te gaan naar deze *political space*, hopen we in dit onderzoek de zorgethische *critical insights* macht, positie, verantwoordelijkheid, betekenis en zin te herkennen.

### 2.1.4 *Housekeeping Issues*

Om te kijken een mogelijke taal waarin de discussie binnen een *political space* vorm zou kunnen krijgen, gebruiken wij de focus die zorgethica Warren (1989) legt op het stellen van vragen die gaan over ‘Hoe’ iets moet gebeuren. Warren stelt dat er niet enkel gefocust moet worden op de, volgens haar, dominante vraag ‘Wat’ er moet gebeuren binnen (ethisch) beraad in de zorgsector, maar dat er

net zo veel aandacht moet worden besteed aan vragen die gaan over 'Hoe' deze acties verlopen. Volgens Warren (1989) krijgen deze 'Hoe'-vragen, die zij *housekeeping issues* noemt, te weinig aandacht omdat er veel aandacht naar crisisberaad en principe afwegingen gaat. Je afvragen, of *caretaker* x of y moet doen, is volgens Warren net zo belangrijk als de vraag stellen 'Hoe' ze dat moet doen? Volgens Tronto (2013) zijn zorgpraktijken *nested* in andere praktijken. We zijn ons er daarom van bewust dat deze 'Hoe' vraag, dan ook niet alleen wordt ingevuld door spelers uit de zorgpraktijk, maar ook door de grotere praktijken waarbinnen deze zorgpraktijk genesteld is. Als we erachter komen 'Hoe' die praktijken precies gevormd worden, krijgen we meer overzicht van wie er allemaal betrokken zijn bij het proces en of deze mensen allemaal aanwezig kunnen zijn bij gevoerde debatten in de *political space*. Wij hopen de zorgethische *critical insights* praktijkkennis, affectiviteit en complexiteit op het spoor te komen door ons bewust te zijn dat *housekeeping issues* gelijkwaardig zouden moeten zijn aan 'Wat' vragen.

### 2.1.5 'Precariousness'

Vosman en Niemeijer (2017) zijn van mening dat de begrippen relationaliteit en macht door de verandering van moderne, naar laat moderne samenleving, ook veranderd zouden moeten worden binnen de zorgethische *critical insights*. De fluïditeit en complexiteit van de huidige zorgpraktijken zorgt er, volgens hen, voor dat de posities die mensen binnen die praktijken innemen niet langer vaststaan maar onderhevig zijn aan grote veranderingen. Dit zorgt voor zogenoemde 'precariousness' van posities. Om dit idee toe te lichten gebruiken zij een quote van Castel (2010, p. 26): '*Precariousness is about making people vulnerable in the polis, as they are taken from their position and brought into a "zone of insecurity" within the political order*'. De manier waarop een situatie als een privé of een publieke kwestie wordt herkend, heeft invloed op de asymmetrie van de ingenomen posities in een relatie. Dodds (2014) vestigt net als Vosman en Niemeijer (2017) aandacht op de impact die veranderingen in iemands omgeving kunnen hebben op de percepties van die persoon zijn eerdere publieke-positionering naar een privé-positionering. Zij richt zich voornamelijk op de interpretatie van het begrip, afhankelijkheid. Dodds is kritisch over de manier waarop het overheidsbeleid structureel is ingericht op een manier die mensen zelf verantwoordelijk houdt voor hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Dodds pleit er dan ook voor om afhankelijkheid die niet als de tegenhanger van autonomie te zien, maar juist als de voedingsbodem voor autonomie. Als iets wat wij allen delen. In hoeverre een samenleving, of een instituut in het geval van ons onderzoek, kijkt naar het concept 'afhankelijkheid' als een privé- of publiekszaak, zou de positie van de afhankelijke kunnen veranderen. De interpretatie van begrippen die in de zorgpraktijk gehanteerd worden, kunnen altijd veranderen. En door het veranderen van de interpretatie kunnen ook de verwachtingen rondom de posities weer veranderen. Vosman & Niemeijer (2017) benoemen de complexiteit of de fluïditeit van de zorgpraktijk zelf als een mogelijke oorzaak voor *precariousness*. Ze zeggen dat posities door steeds

veranderende interpretaties van situaties onderhevig zijn aan verandering. Wij hebben in deze scriptie tevens oog voor deze complexiteit binnen de relationele zorgpraktijken.

## 2.2 Sensitizing concepts

Naast de hierboven beschreven theoretische zorgethische *critical insights*, gaat de zorgethiek er ook van uit dat morele kennis voortkomt uit praktijken zelf (Walker, 2007; Tronto, 2013). Vooraf gaand aan het afnemen van de interviews zijn, we ingegeven door de praktijk waarin we onderzoek doen, een aantal *sensitizing concepts* gaan herkennen die we hieronder zullen beschrijven. Wij gebruiken deze sensitizing concepts samen met het eerder genoemde zorgethische kader, om onze blik te richten bij het analyseren van de data en het beantwoorden van de derde deelvraag.

### 2.2.1 Het concept: ‘institutioneel verval’

De onderverdeling van zorgtaken in *care* en *non-nurturing care*, zoals genoemd in hoofdstuk 1 (Tronto, 2013), kan in de praktijk moeilijk te definiëren zijn. Ook verplegend personeel lijkt steeds meer tijd te besteden aan *non-nurturing care*, in de vorm van administratieve taken. Vosman & N (2017) spreken over organisatorische complexiteit waarbij functies uit steeds wisselende rollen bestaan. Zorgethici (Van Heijst et. al, 2010) zien risico’s door deze complexiteit zodra datgene waar de zorgorganisaties voor staan, niet meer hoofdzakelijk wordt gediend maar het systeem zelf de overhand krijgt. De zorgethici spreken dan over institutioneel verval. Zij halen Dubet (2004) aan die zegt dat verpleegkundigen steeds vaker actoren zijn van voorgeschreven functies en niet langer als subject functioneren. Dit zorgt ervoor dat alleen de voorgeschreven handelingen worden uitgevoerd die binnen de systemen passen. Hiermee blijft de echte zorg voor specifieke situaties achter. Dit heeft niet alleen negatieve gevolgen voor patiënten maar ook voor de werknemers. Arendt (1978) gebruikt hiervoor het woord *dehumanizing* van werknemers. Hiermee duidt hij aan dat werknemers zich alleen nog maar als een radertje voelen in een productie-rad. Om zicht krijgen op de complexiteit in een zorgorganisatie, zou er duidelijkheid moeten bestaan of werknemers zich als subject of als actor betrokken voelen bij een organisatie. Dit is van belang om hun positie in een dialoog binnen de organisatie te kunnen verduidelijken.

### 2.2.2 Het concept: ‘Value Gap’

Volgens Freeman & Auster (2015) kunnen bedrijven conflicterende waarden in zich hebben. Indien er bij het nastreven van de doelen van een bedrijf handelingen worden verricht die in lijn zijn met het ene doel maar tegelijkertijd botsen met een ander doel, spreken zij van een *value gap*. Zij wijzen erop dat steeds meer bedrijven rekening houden met deze *value gap*, die alleen in praktische problemen op de



werkvloer zichtbaar is. Zij denken dat de oplossing van deze *gap* is om een visie te bepalen die zich concentreert op het toevoegen van waarde voor alle stakeholders en waarbij iedereen gehoord wordt. Hierbij is niet alleen winst meer het einddoel, maar er wordt dan bewust voor gekozen om een andere focus te hebben. Namelijk een focus die ook kennis van de werkvloer in zich heeft en die zicht kan geven op de *value gaps*. Wij houden er rekening mee dit praktische problemen met zich meebrengt. Een bestuurlijke *value gap* kan eventueel ook als bron dienen voor het inzetten van een *political space*. Tronto heeft immers aangegeven dat juist de *political space* een mogelijkheid zou moeten bieden bij het aangaan en herkennen van conflicten.

### 2.3 Conclusie

Ons theoretisch kader is de Utrechtse zorgethiek. Deze ethiek richt zich op zorg door middel van de vraag: “*Wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?*”. Hierbij proberen we verborgen (machts)verschillen bloot te leggen bij de verdeling van verantwoordelijkheden in de zorg praktijk. Als zorgethische kader hanteren we vijf *critical insights*. Ten eerste hanteren we het idee van, de geografie van verantwoordelijkheden, zoals Walker (1998) deze voorstelt. Hierbij proberen we de morele eisen die er in asymmetrische relaties kunnen bestaan in kaart te brengen. We gebruiken hierbij de brede interpretatie van verantwoordelijkheden van Tronto (2013). Ten tweede zoeken we naar deze verantwoordelijkheden met behulp van de in kaart gebrachte, vijf fases van zorg van Tronto (2013). Ten derde zijn we ons bewust van de invloed die het, al dan wel of niet, hebben van een ruimte voor *political space* kan hebben op de verdeling van deze verantwoordelijkheden. Ten vierde houden we een opmerkelijke blik richting verhalen over *housekeeping issues* omdat deze meer licht kunnen werpen op de manieren waarop een zorgpraktijk georganiseerd is en tevens genesteld is in andere praktijken. Ten laatste houden we er rekening mee dat medewerkers in complexe zorgpraktijken 'precariousness' (Vosman & Niemeijer, 2017) van hun posities kunnen ervaren. Tijdens het verrichten van het onderzoek hebben wij twee *sensitizing concepts* gebruikt die meer licht kunnen werpen op de onderzochte zorgpraktijk. Hierbij gaat het om het concept ‘institutioneel verval’ (van Heijst, at. al., 2010) en ‘*value gap*’ (Freeman & Auster, 2015). Als we kijken naar de ervaringen binnen een zorgwoning van het WZH als het gaat om het geven van goede zorg, is het zorgethisch van belang om de mogelijkheden voor een *political space* op het spoor te komen. Dit omdat ruimte geven voor een *needs-interpretation struggle* binnen een *political space*, het recht van éénieder om mee te praten over zorg verantwoordelijkheden waarborgt (Tronto, 2010). Hierbij zijn we er alert op dat uitingen over kwetsbaarheid, voorgeschreven handelingen, verantwoordelijkheden, macht en functionaliteit misschien niet altijd zijn wat ze lijken omdat de zorgpraktijk complex is. In de zorgethiek is de particuliere context van essentieel belang, daarom hopen wij dat ons onderzoek naar *hoe* een *political space* zich voordoet binnen het WZC een bescheiden bijdrage kan leveren aan de zorgethische dialectiek.

### 3 METHODE

*‘Understanding change is understanding alterations in discourse patterns that may suggest different ways of constituting action. These suggestions in turn, are capable of generating new action possibilities. Change, then, occurs when a new way of talking replaces an old way of talking.’* (Barret et al., 1995, p. 366)

#### 3.1 Kritische discoursanalyse

Een *discours* is te omschrijven als: ‘het binnen een sociale gemeenschap (*in deze thesis*: zorgwoning R.) erkende geheel van betekenisvolle gesproken en geschreven uitingen, plus de manieren waarop die uitingen tot stand komen, en de manieren waarop ze begrepen worden’ (Bos, 2007, p. 16). Een *discoursanalyse* (discursieve analyse) richt zich op ‘betekenisvolle, talige objecten, in de thesis verkregen via interviews, die in deze sociale omgeving circuleren en probeert daarin stabiele, terugkerende patronen te ontdekken. Patronen die iets kunnen zeggen over de context waarin ze voorkomen’ (Bos, 2007, p. 16). De taal van de respondenten vormt een eigen werkelijkheid en wordt benaderd als sociaal gedrag (Van den Berg, 2004). Via taalhandelingen produceren de respondenten betekenissen, waarvan de respondenten zich niet altijd bewust zijn. Taalgedrag is ook contextgevoelig. Wat mensen vertellen, kan sterk variëren naargelang de sociale situatie. Dit komt omdat taalgedrag wordt gereguleerd door sociale regels (Van den Berg, 2004). *Kritische Discoursanalyse* (KDA) werd begin jaren negentig van de vorige eeuw ontwikkeld als een onderzoeksbenadering waarin taalkunde en sociale wetenschappen werden geïntegreerd, met als doel om onderzoek te doen naar de rol van het discours bij het handhaven en legitimeren van bestaande machtsrelaties (Montessori, Schuman & de Lange, 2012, p. 19). Wodak & Meyer (2009, p. 10) definiëren de KDA als volgt: ‘een kritisch onderzoek naar sociale ongelijkheid en relaties, die gekenmerkt worden door dominantie, discriminatie, macht en controle en die manifest worden in het gebruik van taal’.

Montessori, Schuman en de Lange geven enkele kenmerken van KDA (2012):

- . KDA houdt zich bezig met maatschappelijke problemen (*deze thesis*: kloof werkveld - management/bestuur, kwaliteit van zorg en toegang tot *a political space* in zorgwoning R) en stelt deze centraal binnen het onderzoek.
- . KDA gaat ervan uit dat machtsverhoudingen, in zorgwoning R. en WZH, via het talig handelen van betrokkenen worden opgebouwd, gelegitimeerd en vorm gegeven.
- . Een discours kan ook een middel zijn om weerstand te bieden tegen bestaande machtsverhoudingen of deze in twijfel te stellen.
- . Er bestaat een dialectische relatie tussen de ontwikkeling van een discours enerzijds en de ontwikkeling van cultuur, in het WZH, en maatschappij anderzijds.

. Het discours is geworteld in de geschiedenis en wordt daar ook gedeeltelijk door bepaald, maar nooit volledig. Interessant voor onze onderzoekscontext: het WZH te W. is recent overgenomen door een overkoepelende groep E.

. Een socio-cognitieve benadering, gericht op vorm en functie van taal in een specifieke context, is gewenst om te begrijpen hoe bepaalde ideeën worden gecommuniceerd, welke sociaal gedeelde vooronderstellingen gelden en hoe deze zich verhouden tot de werkelijkheid vanuit een ander perspectief.

Wodak & Fairclough (2004) zeggen, ‘de KDA zoekt naast discoursen die verschillende perspectieven in zich houden, naar welke perspectieven juist in het gedrang raken in het publieke debat en welke perspectieven wijzen op dominantie, discriminatie, macht en hegemonie’ (p.119). Volgens Leget (2009) is zorg altijd moreel van aard, want het heeft te maken met een goed leven, met en voor anderen, in *rechtvaardige* instituties. Rechtvaardigheid betrachten is volgens Vorstenbosch (2005) een vorm van zorg, namelijk een vorm van zorg die wordt geleid door een opvatting over hoe mensen met elkaar moeten omgaan in maatschappelijke situaties. Juist een KDA stelt zich tot taak om impliciete processen expliciet te maken en er zo voor te zorgen dat inzichten, ideeën en voorstellen kunnen worden gearticuleerd en uitgevoerd om tot een rechtvaardiger maatschappij (Fairclough, 2009, pp. 163-164) en tot rechtvaardiger instituties te komen. Het kritische aspect van de KDA legt de nadruk op een wetenschappelijke methode die verder wil gaan dan alleen verklaren en begrijpen. De KDA wil onrechtvaardigheden aan de kaak stellen. In het geval van een KDA gaat het dan vooral om de vraag hoe taal kan bijdragen aan het in stand houden van ongelijke machtsrelaties. Een KDA beschouwt een dominant discours niet als een gegeven die er altijd al was, maar als een door de geschiedenis gegroeide entiteit. Een KDA stelt dan de vraag waarom een bepaald discours dominant is geworden en welke alternatieven er mogelijk aanwezig zijn (Montessori, Schuman & de Lange, 2012, p. 61). Een KDA wil niet alleen in de taal verborgen machtsstructuren blootleggen, maar ook suggesties doen voor alternatieven om te komen tot een meer sociale rechtvaardigheid (p. 87).

Wij opteren voor een KDA omdat we het volgende willen onderzoeken: (1) hoe medewerkers - rechtstreeks of onrechtstreeks - spreken over de *political space* in hun organisatie en (2) wat dit betekent voor het geven van ‘goede’ zorg in het WZH. Omdat wij de interviews niet alleen taalkundig willen analyseren op conventionele taalkundige micro-aspecten van lexicale en syntactische structuren op zinsniveau, maar ook op het macroniveau van de context waarin de interviews hebben plaatsgevonden, kiezen wij voor de sociaal-cognitieve benadering van Van Dijk (Montessori, Schuman & de Lange, 2012, p. 102).

### 3.2 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

We voeren de KDA uit in een woonzorghuis (WZH) te W. Wij hebben gekozen voor een residentiële ouderenzorg setting omdat de dagelijkse zorg die in zulke settings wordt gegeven intensief is en omdat medewerkers langdurige relaties opbouwen met hun zorgvragers en familie. Het WZH werkt sinds enkele maanden via het principe van kleinschalig genormaliseerd wonen. Hiervoor werd het WZH opgesplitst in vier aparte zorgwoningen. Het doel van de organisatie is om een woonomgeving te realiseren die inhaakt op datgene waarmee de oudere persoon (de bewoner) vertrouwd is: een zo normaal mogelijke en herkenbare leefomgeving (Van Audenhove et al. 2003). Binnen de visie van kleinschalig genormaliseerd wonen wordt veel belang gehecht aan de kwaliteit van relaties. Het is daarom de bedoeling dat de bewoners verzorgd worden door dezelfde, kleine, groep zorgverleners.

Wij interviewen 13 medewerkers van het WZH die allen op de één of andere manier verbonden zijn aan één zorgwoning, namelijk zorgwoning R. De 13 medewerkers zijn: de directeur van het WZH, de hoofdverpleegkundige van zorgwoning R. en Ge., het hoofd van de huishouding voor het hele WZH, een verpleegkundige verbonden aan zorgwoningen R. en Ge., de verantwoordelijke van de sociale dienst voor heel het WZH, de verantwoordelijke voor de technische dienst voor heel het WZH, een administratief medewerkster voor heel het WZH, een kinesist (fysiotherapeut), een logistieke medewerker, twee verzorgenden, de ergotherapeut die ook instaat voor de animatie en een onderhoudsmedewerkster. Enkele medewerkers zijn exclusief verbonden aan zorgwoning R., andere medewerkers dragen verantwoordelijkheden in meerdere zorgwoningen.

Omdat er maar beperkt tijd was binnen dit thesisonderzoek hebben we niet alle medewerkers die zijn verbonden aan zorgwoning R. kunnen interviewen. We hebben in samenspraak met de directeur van het WZH en onze universitaire thesis begeleidster gekozen voor een dwarsdoorsnede van de groep medewerkers, waarbij binnen elke beroepsgroep minstens één persoon is geïnterviewd. We hebben gelet op spreiding naar leeftijd en werkervaring. Spreiding naar gender was onmogelijk, bijna alle medewerkers zijn vrouw.

In zorgwoning R. wonen 18 zwaar zorgafhankelijke ouderen. Omdat wij onderzoek doen naar de manier waarop medewerkers spreken over de *political space* in hun zorgorganisatie, nemen we geen interviews af met bewoners, familieleden, bezoekers of vrijwilligers.

Sinds 1 januari 2014 maakt het WZH te W. deel uit van de vereniging zonder winstoogmerk (vzw) ouderenzorg groep E. Deze groep beheert 4 WZH-en en behoort op haar beurt weer tot de overkoepelende organisatie E. Een organisatie met meer dan 6000 medewerkers en 24 zorgvoorzieningen. We hebben geen bestuurder van de overkoepelende organisatie E. kunnen interviewen gezien de drukke agenda van de bestuurders en vanwege het korte tijdsbestek van de aanvraag. ‘Bestuurders hebben andere prioriteiten’, zoals de directeur het bondig uitdrukte.

We wilden onze 13 kwalitatieve interviews meer context geven door op zoek te gaan naar extra teksten en beeldmateriaal. Hiertoe hebben we aan aantal schriftelijke bronnen verzameld: 1. visie- en missie-

tekst, 2. info rond een tweedaagse opleiding ‘Practicum’ over hoe met elkaar omgaan in het WZH, 3. edities van Clivia (het krantje van het WZH), 4. organigram, 5. uitleg en opsomming van alle mogelijke overlegorganen binnen de zorgwoning, het WZH en de groep E., 6. uitleg rond het belang van functioneringsgesprekken binnen het WZH.

### 3.3 Dataverzameling

*‘De ware ontdekkingsreis is geen speurtocht naar nieuwe landschappen, maar het waarnemen met nieuwe ogen’ (Marcel Proust)*

In februari en maart 2017 hebben we zorgwoning R. en het WZH zes keer bezocht. De eerste keer voor een uitgebreide kennismaking met de werking en de locatie. De andere keren om onze 13 diepte-interviews af te nemen. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten; minimaal 30 minuten en maximaal 70 minuten. De semi-gestructureerde interviews in het onderzoeksveld verliepen aan de hand van een door ons opgestelde topiclijst (zie bijlage 2). De topiclijst hebben we samengesteld op basis van gedane literatuurstudie, de *critical insights* en de *sensitizing concepts*. Na enkele interviews viel het op dat de medewerkers vooral vrijuit begonnen te praten wanneer we meldden dat we aan het einde kwamen van onze vragen. Dit prikkelde schijnbaar de respondenten om vrijuit te gaan praten. Vanaf het vijfde interview zijn we met opzet systematisch vroeger gaan aangeven dat we gingen afronden en ook toen kwamen de spontane verhalen. Een enkele keer wilde de respondent niet ingaan op een gestelde vraag: dat ging dan over de overname van het WZH door de overkoepelende organisatie E. in 2014. Gebruikte interviewtechnieken zijn het spiegelen van de houding van de respondent om vertrouwen te laten ontstaan en het bewust laten vallen van stiltes. We merkten dat vooral het laten vallen van stiltes extra informatie opleverde. Bij enkele interviews hebben we een observatieprotocol voor non-verbale communicatie gebruikt. Maar met deze bijkomende informatie hebben we door gebrek aan tijd uiteindelijk niets systematisch gedaan. We hebben relevante teksten en *public relations* materiaal opgevraagd en gekregen van het WZC. We hebben dit weliswaar grondig doorgenomen maar niet systematisch geanalyseerd, maar ingezet om te controleren of, en zo ja hoe, publiekelijk deze discoursen door de organisatie heen terug te vinden zijn.

### 3.4 Data-analyse

De analyse van de KDA deden we met behulp van Atlas.ti. en voor de codering van de kwalitatieve semi-gestructureerde interviews gebruikten we de ‘klein kijken begrippenlijst’ van Gee (2014) (bijlage 3) aangevuld met enkele focuspunten van Van Dijk (2011). We startten de data-analyse met het woordelijk uitschrijven van elk interview, het grondig lezen, het coderen van de woorden aan de hand

van de bijlage, en het schrijven van memo's op basis van de taal, die de respondenten in de zorgwoning R. van het WZH gebruikten (Potma, 2014). Dit proces hebben de twee onderzoekers voor elk interview afzonderlijk van elkaar gedaan. Na deze fase werden de gevonden coderingen per interview en per onderzoeker via code manager weergegeven in een woord cloud. Elke onderzoeker had nu één woord cloud van codes per afgenomen interview. Per interview zijn de onderzoekers samen gaan zitten om elkaars codes en bijbehorende woord clouds te bestuderen. In overleg werden gezamenlijk de gevonden codes geclusterd in vier tot acht families per interview. Vervolgens werden er in een rooster horizontaal de 13 respondenten met functie weergegeven en verticaal 60 gevonden families. Elk interview had immers drie tot acht families opgeleverd. Al snel werd duidelijk dat er behoorlijk wat families, weliswaar onder een andere naam, voor ongeveer hetzelfde stonden. Zo brachten we de 60-tal families terug tot 17 clusters van families waarbij de meeste families bij meerdere interviews terugkwamen. Om toch de eigenheid van een familie per interview te borgen werden enkele typische woorden per familie en per geïnterviewde opgenomen in het rooster. Uiteindelijk zijn de overgebleven clusters van families naar drie hoofd discourses teruggebracht. Aan elk discours hebben we een typische uitspraak van veel respondenten kunnen koppelen: 'het loopt', '5 minuten bij elkaar mijn ei kwijt kunnen' en 'binnen de mate van het mogelijke'. Met het computerprogramma Bubble.com heeft Linde geprobeerd om grafisch vorm te geven hoe de relaties tussen de weerhouden 17 clusters van families en de meer dan 80 origineel gevonden families waren en zij heeft dit gelinkt aan de geïnterviewde personen. Op deze manier konden er groepen worden gevormd van respondenten die het over een bepaald onderwerp hadden en andere groepen die het daar juist niet over hadden. Bijvoorbeeld, via de grafische weergave is ons duidelijk geworden dat leidinggevendes vooral bezig zijn met hun positie en dat zij zoekende zijn naar hun identiteit in deze zorgorganisatie die in een overgangsfase zit. De louter uitvoerende respondenten vertelden daar weinig over. Dit kwam mooi naar voren in de grafische schema's die Linde heeft gemaakt. Tot slot zijn we gaan reflecteren, vanuit een zorgethische invalshoek en met de sensitizing concepts als richtinggevende concepten, op de discourses die door de analyse van de taal van de actoren boven water zijn gekomen in de context van de zorgwoning R. Op die manier zijn we gekomen tot het formuleren van antwoorden op de onderzoeksvragen.

### 3.5 Fasering

Vorbereiding onderzoek: november, december 2016 en januari 2017:

- Literatuuronderzoek
- Probleemstelling geformuleerd
- Onderzoeksvoorstel geschreven

Materiaalverzameling: februari en maart 2017:

- Interviews afgenomen met 13 actoren in zorgwoning R
- Rondleiding in het WZH, observatie van de werking
- De 13 interviews *verbatim* uitgeschreven

Materiaalanalyse: april en mei 2017:

- Interviews globaal gelezen
- Gecodeerd (Atlas.ti)
- Categorieën formuleren uit bestaande codes: quotes, codes, families
- Verbanden gelegd
- Discoursen ontdekt

Rapportage: mei en 15 juni 2017:

- Beschrijven van het proces van het onderzoek, bevindingen, discussiepunten, tekortkomingen en mogelijke aanbevelingen voor vervolgonderzoek
- Inleveren thesis 15 juni 2017

### 3.6 Ethische overwegingen

Wij hebben de zorgprofessionals over ons onderzoek geïnformeerd. Aan het begin van elk interview hebben we de respondenten nogmaals uitleg gegeven over het onderzoek, gecontroleerd of alles duidelijk was, en om toestemming gevraagd om het interview op te nemen en achteraf de gegevens te analyseren. De ethicus van de overkoepelende organisatie heeft samen met de directie toestemming gegeven voor het onderzoek. De resultaten van het onderzoek wilden we eerst bespreken met onze universitaire begeleider. In overleg met haar en in onderling overleg stellen we een einddocument op om de resultaten van deze KDA terug te koppelen aan de respondenten van zorgwoning R.. Hierbij is het van belang de anonimiteit te waarborgen en een zorgvuldige inschatting te maken over de mogelijke gevoeligheid van bepaalde resultaten. Het eventueel openbaar maken van de onderzoeksresultaten zal pas gebeuren met toestemming van de betrokkenen van het WZH, de vzw E. en de UvH.

### 3.7 Kwaliteitscriteria

Een ‘objectief onderzoek’ wordt binnen KDA niet als absoluut gezien, en zelfs als onhaalbaar. Daarom moeten de onderzoekers transparant zijn over de keuzes die zij maken wat betreft het onderwerp van hun onderzoek, de redenen waarom zij het onderzoek doen en de doelen die ze hiermee voor ogen hebben (Montessori, Schuman & de Lange, 2012, p. 87). Dit hebben we besproken in hoofdstuk 1.

Wij wilden de interne validiteit (*credibility*) van ons onderzoek betrouwbaarheid en geldigheid meegeven door gebruik te maken van *peer debriefing* (Boeije, 2005). Wij voerden deze briefings uit door middel van veelvuldige onderlinge consultatiemomenten met elkaar tijdens het analyseren. En tevens door tijdens het onderzoek triangulatie toe te passen met de theorie en de *en route* gevonden data. De betrouwbaarheid van onze bevindingen hebben we trachten te waarborgen door zoveel mogelijk perspectieven te betrekken in het onderzoek: van elke betrokken beroepsgroep hebben we één persoon geïnterviewd. Aangezien de zorgkundigen de grootste beroepsgroep zijn binnen ons onderzoekskader, hebben wij twee zorgkundigen geïnterviewd. Oorspronkelijk wilden we na de analyse van de interviews, de gevonden discours weer voorleggen aan de respondenten en zo gebruik maken van *member checks*. Maar dit hebben wij uiteindelijk niet gedaan omdat we geen helder zicht hadden op de impact van onze bevindingen op de groep. Tijdens de afname en de analyse van de interviews merkten we dat er toch bepaalde gevoeligheden werden geuit. Uit respect voor het WZH en de medewerkers hebben we daarom besloten om geen *member checks* te doen. Triangulatie van de bevindingen uit de interviews wilden we verder verkrijgen door het analyseren van verzameld schriftelijk onderzoeksmateriaal en via verzameld beeldmateriaal. Hier hebben we echter van af moeten zien door de strakke deadline. Over de externe validiteit (*transferability*) van ons onderzoek willen we nu nog geen harde uitspraken doen, maar we verwachten dat de resultaten slechts beperkt generaliseerbaar zullen zijn. Generalisatie was dan ook niet de insteek van deze thesis. We wilden in de eerste plaats de eigenaardigheden, bijzonderheden en specifieke principes in verband met de bestaande kloof werkvloer-beleid, *political space* en ‘goede’ zorg, waarover de respondenten spraken, inzichtelijk maken wat betreft deze zorgwoning.

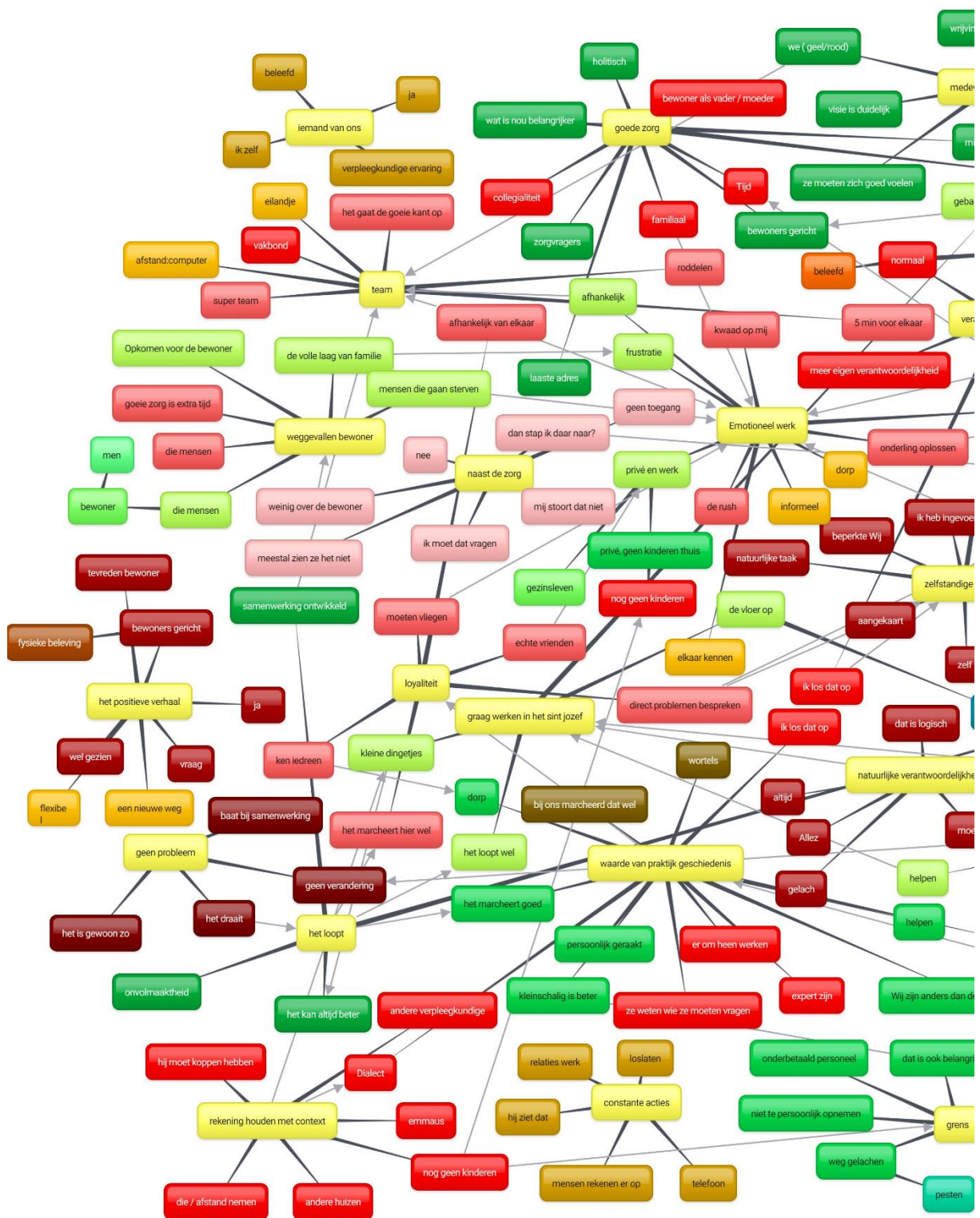
### 3.8 Achtergrond onderzoekers

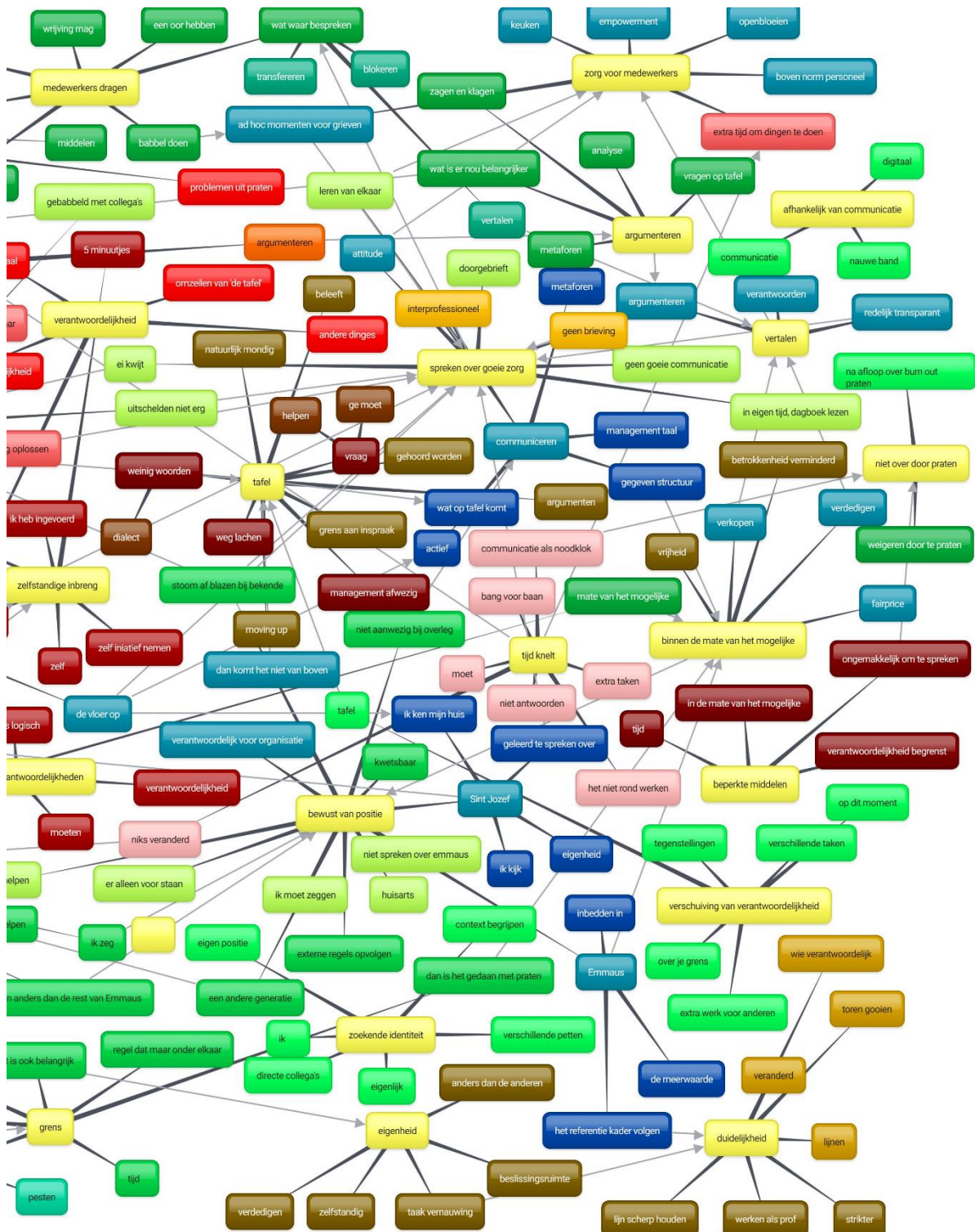
Tijdens de bezoeken aan de zorgwoning R en tijdens het afnemen van de 13 interviews hebben we een bepaalde betrokkenheid getoond richting de respondenten en de onderzoekscontext, waardoor we verbinding konden maken met de respondenten en we toegang kregen tot hun kennis (Van Dalen, 2012).



Linde heeft een theateropleiding gevolgd en is inmiddels regisseur en docent. Hierdoor is zij het gewend om met taal bezig te zijn en ook met de ondertekst van een taal, die meestal meer uit lichaamstaal en intonatie bestaat. Ook haar kennis van groepsdynamica is een meerwaarde voor dit onderzoek. Door haar ervaring als werknemer in een onderwijsorganisatie is haar blik enigszins gekleurd ten opzichte van vernieuwingsprocessen die *top down* worden doorgegeven en voelt zij een sterke intrinsieke behoefte om meer aandacht te besteden aan het tegengeluid of het waarborgen van de pluraliteit van geluiden die opkomen vanuit de (educatieve)werk praktijk.

Geert is ziekenhuisverpleegkundige en heeft 20 jaar gewerkt als basisverpleegkundige: 15 jaar in een groot algemeen ziekenhuis en 5 jaar in een plaatselijk woonzorgcentrum. Zowel in het ziekenhuis als in het woonzorgcentrum werd hij geconfronteerd met een behoorlijke kloof tussen het werkveld en het management/bestuur. Hij zag dat deze kloof invloed had op de betrokkenheid en werkvreugde van collega-verpleegkundigen en tevens op die van hemzelf. Er werd geregeld gesproken over deze kloof als één van de redenen om een andere werkplek op te zoeken. In het algemeen ziekenhuis waar Geert heeft gewerkt werden de basisverpleegkundigen niet toegelaten tot de *political space*. Pas vanaf het niveau van hoofdverpleegkundige mocht men aan tafel schuiven, werd er naar je geluisterd en kon je voorstellen doen betreffende de organisatie van de zorg. In het woonzorgcentrum maakte Geert als bachelor-verpleegkundige wel deel uit van de *political space*. Maar door de complexe organisatiestructuur in dit type woonzorgcentra (ocmw) zat de 'echte' *political space* op het niveau van de gemeente. In de zogenaamde *political space* waar Geert toegang toe had, werden geen daadwerkelijke beslissingen genomen die ertoe deden met betrekking tot de verdeling van de middelen om te komen tot een rechtvaardigere organisatie en op die manier tot 'goede' zorg. Vooral de grote tijdsdruk waaronder het uitvoerend personeel moest werken was een bron van frustratie en een reden waardoor er geen goede zorg tot stand kwam. Zo heeft Geert bijvoorbeeld ervaren in het ziekenhuis dat met twee verpleegkundigen moeten instaan voor 32 patiënten neurochirurgie en neurologie tussen 16u en 21u 's avonds, leidt tot grote problemen in de zorgpraktijk.





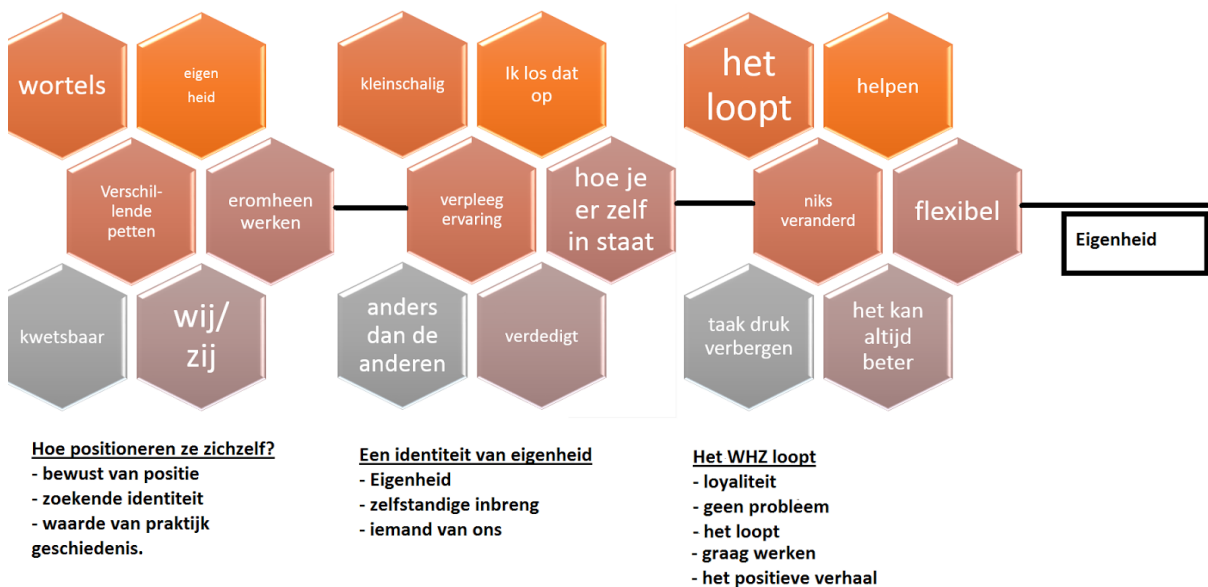
created with www.bubbl.us

## 4 Bevindingen

In dit hoofdstuk bespreken we uitgebreid de hoofd discourses die via de analyse van de data zijn verkregen. Op deze manier geven we een antwoord op de eerste twee deelvragen van onze scriptie.

### 4.1 Overzicht gevonden families, codes ( het schema hiervoor)

### 4.2 Discours 1: Vanzelfsprekende en verschuivende eigenheid



Het eerste discours wordt samengevat met een uitspraak die in meerdere interviews naar voren kwam: *Het loopt in onze zorgwoning!* Het is een identiteits-discours waarbinnen drie aspecten opvallen.

*Eén*, de respondenten zeggen dat er goede zorg werd en wordt gegeven in de zorgwoning: het liep vroeger en het loopt nu. De gevonden families ‘loyaliteit’, ‘geen probleem’, ‘het loopt’, ‘graag werken’, ‘het positieve verhaal’ en ‘waarde van praktijk geschiedenis’ ondersteunen dit (loyaliteit).

*Twee*, de respondenten spreken zich veelvuldig uit over de posities (wij/zij) die ze innemen binnen de organisatie en de maatschappij. We vonden de families ‘bewust van positie’, ‘eigenheid’, ‘zelfstandige inbreng’, ‘iemand van ons’, ‘team’ en ‘naast de zorg’ (positionering).

En *drie*, eigenheid (identiteit) lijkt een vanzelfsprekend en gegeven feit voor sommigen. Anderen zijn nog op zoek naar hun eigenheid binnen de organisatie. De families ‘bewust van positie’, ‘zoekende identiteit’, ‘eigenheid’, ‘verantwoordelijkheid’, ‘natuurlijke verantwoordelijkheid’ en ‘verschuiving van verantwoordelijkheden’ onderbouwen dit derde aspect van het eerste discours (vanzelfsprekende en zoekende eigenheid). We zullen deze genoemde drie aspecten nu nader toelichten.



daarnaast lichte kritiek over de manier waarop het nu loopt onder de overkoepelende organisatie E. Tot slot is er een vierde groep die helemaal mee lijkt te gaan in het verhaal van de overkoepelende organisatie E. Hieronder lichten we de bevindingen per groep toe.

*Groep 1:* Voor uitvoerende nr. 2 en uitvoerende nr. 6 lijkt alles hetzelfde te zijn gebleven. Ze zeggen dat er vroeger geen problemen waren en nu ook niet. Beide medewerkers hebben een duidelijk afgelijnd takenpakket. Een takenpakket dat dagelijks vrijwel vast ligt en waar een regelmaat in zit: een lijst met taken die telkens moet worden afgewerkt. Dat is volgens deze medewerkers niet veranderd na de overname.

*Interviewer.* ... dat is geen grote verandering?

“Nee!”

*Interviewer.* Want er zijn natuurlijk wel een aantal dingen veranderd. Hoe komt dat in uw dagelijkse ervaring naar boven zeg maar?

“Ik denk dat dat eigenlijk hetzelfde gebleven is als vroeger.”

Uitvoerende nr. 6

Hoewel er nu dus wordt gewerkt volgens het principe van kleinschalig genormaliseerd wonen, lijkt er voor deze werknemers niets veranderd. Het loopt, maar ze spreken wel over een tijdsdruk indien ze hun werk goed willen doen. Hier gaan we op door in het derde discours; vloeibare en gegeven contexten. De medewerkers geven ook nog een tweede kanttekening aan door te zeggen dat ze graag meer informatie zouden willen krijgen over de bewoners om hun werk beter te kunnen doen. Dit zullen we in het tweede discours over bezielde en vervlochten interacties nader toelichten.

*Groep 2:* Leidinggevende nr.4 en uitvoerende nr.5 werken nog niet lang in het WZH. Zij hebben nooit gewerkt onder het oude regime. Hun loyaliteit ligt dan ook bij het WZH onder de vleugels van E en bij het kleinschalig genormaliseerd wonen. Ze spreken zich niet uit over hoe het vroeger was. Het loopt voor deze respondenten, hoewel dat niet altijd gemakkelijk blijkt. Door onderling tijdelijke taken en verantwoordelijkheden over te nemen, blijft het echter wel lopen.

*Interviewer:* Heb je het wel eens te druk gehad? Dat je dacht, ik moet iets meer neen zeggen?

“Ja, de afgelopen maanden, toen mijn collega uit viel.”

*Interviewer:* Oh ja! Omdat je voelde, ik neem die verantwoordelijkheden ook over.

“Ja, dus ... dan deed ik mijn job maar ook de job van een ander vaak.”

*Interviewer:* En werd dat gezien? dat je twee taken deed?

“Ja!”

*Interviewer:* Dat is fijn. En ook besproken?

“Ja.”

Uitvoerende nr. 5

*Groep 3:* Spreekt over een grote loyaliteit naar de situatie voor de komst van overkoepelende organisatie E, maar spreekt ook over een openheid en een loyaliteit als het gaat om de ontwikkeling richting de nieuwe werkelijkheid. Vooral uitvoerende nr.7, en leidinggevende nr.2 benadrukken dat het vroeger, voor de overname, ook al goed liep. Zij spreken over de kleinschaligheid van vroeger, het familiale gevoel, het feit dat iedereen elkaar kende, de verbondenheid met het dorp W., de vrijheid, weinig regels en procedures. Ze spreken hierover als een gemis.

“E. is ne grote groep hé. We waren vroeger kleinschalig hé. Dat is een groot verschil hé”

*Interviewer:* Ik weet het niet?

“Ik vind dat wel hé: een grote firma of een kleine firma [lacht].”

*Interviewer:* En hoe dan? Waar zit dan het verschil?

“Het is een beetje gemoedelijker in een kleine firma (.) hier hebben we nog ne goede directeur ...”

Leidinggevende nr. 2

Ze spreken met een dubbel gevoel over de huidige situatie in het WZH. Een gevoel van gemis van het goede van vroeger, maar zeker ook een gevoel van openheid en van begrip voor de nieuwe ontwikkelingen. Uitvoerende nr.1 zegt dat deze groep van medewerkers misschien niet flexibel genoeg is om volledig mee te gaan in de ontwikkelingen. Deze quote zullen we nader toelichten in de volgende paragraaf over identiteit.

*Groep 4:* deze groep medewerkers omarmen de veranderingen die tot stand zijn gekomen sinds de overname van de overkoepelende organisatie E. Uitvoerende nr.8, nr.4, nr.1, leidinggevende nr.3, nr.1. en de directeur, stellen zich in hun interviews heel loyaal op ten opzichte van de ontwikkelingen die onder de overkoepelende groep E plaatsvinden, zonder deloyaal te zijn naar het verleden toe.

*Interviewer:* Ja, en vindt u dat een goede verandering dat u nu op één plaats werkt en verantwoordelijk bent voor drie bewoners?

“Dat vind ik well!”

*Interviewer:* Waarom?

“Omdat je nu meer aandacht hebt voor de bewoners. Ge kent de bewoners nu op een andere manier. Vroeger kwam ik ook op (zorgwoning) G., maar nu kom ik altijd op (zorgwoning) R.. En je kent dan ook zo beter de familieleden. Ge hebt ne andere band met je bewoners en met je aandachtspersonen, dat wordt nu meer familie. Want als er problemen zijn dan mag je met de familie bellen, Dat is helemaal anders. Veel beter!”

Uitvoerende nr. 4

De directeur benadrukte ons dat de overkoepelende organisatie echt van waarde is voor hem. Hij spreekt over de duidelijkheid die het referentiekader van de overkoepelende groep E geeft. Hierbij worden sommige complexe zaken gelukkig overkoepelend geregeld. Op deze manier blijft er tijd en energie over voor de dagelijkse praktijk.

“ ja dat is een heel goeie vraag, uhm, het heeft voor en nadelen. Ik denk dat de meerwaarde naar de complexiteit van de regelgeving die op ons af kwam, vooral op het leidinggevende niveau, [...] Dat je niet allemaal zelf het warm water hoeft uit te vinden. een ander gegeven is dat je met een organisatie die al meer dan 100 jaar bestaat in een bepaalde grootte overkoepelende organisatie terecht komt die niet alleen gericht is op ouderenzorg.”

Int: dat is ook een meerwaarde?

“ Dat is een intersectoraal verhaal. Uhm, over sectoren heen, dus een grote gezondheidszorg speler, is een meerwaarde omdat je verbanden en linken en overeenkomsten met ge kan, binnen zorgnet ge kan, regionaal gaan kijken.”

Directeur

Opvallend is dat er over het algemeen met een negatieve ondertoon werd gesproken over de overkoepelende groep E. Daarentegen worden de veranderingen sinds de overname wel als positief gezien. Dit blijkt ook uit de manier waarop er over de directeur wordt gesproken. Op dit punt zullen we in de volgende paragraaf verder in gaan. We stellen vast dat het overgrote deel van de respondenten tevreden is met de directeur en de hoofdverpleegkundige. De respondenten spreken over de directeur als iemand die kan luisteren en zelf ook uit de zorg komt, iemand die de eigenheid van het



WZH verdedigt, tegenover de overkoepelende organisatie E. Enkelen spreken zich hier niet over uit.

“ Ja G. (directeur) is ne heel belangrijke pilaar hier voor ons in huis ... hij is heel goed aanspreekbaar onze directeur eeuuhhhmm Hij zit ook niet ergens in een hokje apart, je moogt altijd aan zijne arm trekken, die hebben we ... en we weten ook altijd wie voor wat verantwoordelijk is ... vind ik ook belangrijk, dat je direct kunt communiceren, dat je niet eerst ne omweg moet maken.”

Uitvoerende nr. 8

*Interviewer.* Waar kan u terecht? Wie zorgt er voor u?

“Ik ga dan zoals nu (.) allez ik moet maar (.) hij staat er direct hé (.) de directeur [G.] Dus ik ga niet continu, dat is ook niet nodig. Maar ik ga dan naar hem toe.”

*Interviewer.* Het viel mij ook direct op, ik weet niet waarover het ging, maar dat u meteen de uitleg krijgt waarom wel of waarom niet.

“Ja, ja ... ik kan heel goed met een neen of een ja om als het goed beargumenteerd is. Als ik begrijp waarom iets geweigerd wordt, als ik er de logica van kan inzien. Dan is dat voor mij ook in orde. Dan kan ik het ook goed transferen, vertalen naar mijn personeel. Maar als ik het zelf niet begrijp, dan is het wat is dat hier allemaal ... dan blokkeert dat hier al. En dan gaat dat niet via een goede weg naar de zorgverlener.”

Leidinggevende nr. 1

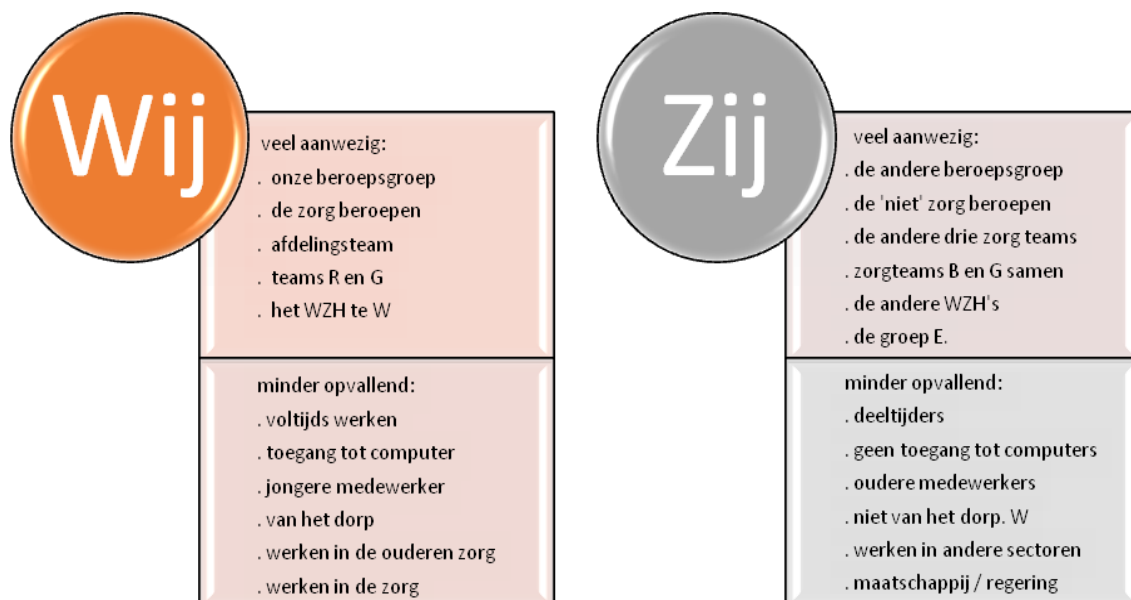
Concluderend kunnen we stellen dat de respondenten loyaliteit tonen richting het WHZ te W. Deze loyaliteit komt vanuit een voornamelijk historisch perspectief of juist vanuit een meer toekomstgericht perspectief. Waarbij men zich in mindere mate met de overkoepelende organisatie E verbindt en in meerdere mate aan de manier waarop de directeur invulling geeft aan zijn rol als behoeder van de eigenheid van het WZH te W.

#### 4.2.2 Wij/zij

Het discours ‘vanzelfsprekende en verschuivende eigenheid’ is meerledig. In 4.2.1 brachten we in kaart hoe medewerkers over hun loyaliteit(en) spreken in relatie tot hun kijk op de manier waarop het

loopt in het WZH te W., omdat dit geluid het meest dominante is binnen dit discours. In 4.2.2 richten we de blik op de manier waarop medewerkers spreken over hun positionering binnen het WZH. Medewerkers nemen tezelfdertijd verschillende posities in op verschillende niveaus, ze identificeren zich met meerdere ‘wij’s’. Deze positionering bepaalt hun eigenheid en identiteit waarbij zij zich geregeld afzetten tegen de andere groepen: de ‘zij’s’. Wanneer er in literatuur wordt gesproken over kloven in zorgorganisaties, is dat vaak een wij-zij verhaal (zie probleemstelling). Wij, de mensen van de werkvloer die het zorgwerk doen, tegenover de zij, de managers die niet weten wat er leeft op de werkvloer. Deze kloof hebben we echter niet ontdekt door middel van de interviews.

In de analyse van de gesprekken met respondenten van zorgwoning R. kwamen wel enkele andere wij-zij positioneringen naar voren. Ten eerste blijkt uit onze analyse dat er een sterke identificatie plaatsvindt met de functie die men uitoefent. Vervolgens zijn we ook een sterke identificatie met zorgwoningen R en Ge het spoor gekomen waarbij men zich afzet tegen het team van medewerkers van zorgwoningen B en Gr. Ten derde is de positionering van het WZH te W. binnen de overkoepelende organisatie E. Hierbij wordt de positie van het WZH tegenover de andere woonzorghuizen van de overkoepelende organisatie E gezet. Vooral deze laatste positionering, heeft volgens ons het potentieel om uit te groeien tot een kloof. De families waaruit dit gedeelte van het discours is opgebouwd zijn: ‘bewust van positie’, ‘eigenheid’, ‘zelfstandige inbreng’, ‘iemand van ons’, ‘team’ en ‘naast de zorg’.



Identificatie met de uitgevoerde beroepsgroepen komt voor bij veel respondenten (u.1, u.2, u.5, u.6, u.7, u.8, l.3). Wanneer deze respondenten spreken over collega's spreken ze over mensen die hetzelfde beroep uitvoeren als zij en die dikwijls dezelfde opleiding hebben gevolgd. Collega's zijn dus niet alle andere zorgmedewerkers van het zorgteam van zorgwoning R of van het WZH. In de analyse van de interviews hebben we dat als 'eiland' benoemd. Eilandjes binnen het WZH, bepaald door opleiding,

beroep en functie:

*Interviewer:* Beschouw je jezelf als lid van het team van de X (een specifieke beroepsgroep) en niet als lid van het team van de (zorg)woning R.?

“Ja, meer lid van het team van de X.”

*Interviewer:* En wie noemt u uw collega's?

“De X-en, A. en L.. Vroeger was dat een andere collega (.) maar nu, we communiceren met elkander en we zitten precies altijd op dezelfde golflengte (.) en als ze hebben problemen met de bewoner of met de familie, tja (.) te agressief of emotioneel, dan praten we daarover met elkaar. Hoe pak je dat aan of dit aan?”

Uitvoerende nr. 1

*Naast de zorg staan.* Soms wordt er gesproken over clusters van beroepen die tegenover elkaar staan. Zo'n wij-zij verhaal is de cluster van beroepen die eerder ondersteunend, faciliterend, werken tegenover de cluster van beroepen die het zorgwerk doen bij de bewoner. Enkele respondenten spreken hier specifiek over (1.2, u.2, u.6). Opvallend is dat vooral respondenten met ondersteunende beroepen hierover spreken.

“ Eeuuhhhh, misschien iets meer communicatie, naar ons toe. Want wij staan eigenlijk naast de zorg. Maar:: wij weten eigenlijk heel weinig over de bewoners::, en al ja, soms is dat wel moeilijk ...”

Uitvoerende nr. 2

Ook kwam de identificatie met de zorgwoning R naar voren. Het WZH is sinds kort opgedeeld in vier zorgwoningen omdat er gewerkt wordt volgens het principe van kleinschalig genormaliseerd wonen. Voorheen was de organisatie opgedeeld in twee blokken van telkens twee zorgwoningen. De identificatie met het zorgteam van zorgwoning R. wordt uitgesproken door uitvoerende nr.3, nr. 4 en leidinggevende nr. 1 en nr. 4. Het werken in kleinschalig genormaliseerde zorgwoningen is een verandering voor de medewerkers maar ze zien er wel een meerwaarde in:

“... er blijft nu een vast team van zorgkundigen op Ge. en hier een vast team op (zorg)woning R.. En dat was wel een beetje van, euhm, (.) we mochten kiezen aan welke woning we voorkeur gaven en zo ... da heeft wel zijn punt gehaald hè, zo naar familie toe en naar bewoners toe: we weten eigenlijk altijd zo goed als alles [ ...] Als je hier (naar) twee afdelingen moet vliegen dan ja, dan kun je zoveel informatie niet hebben. Dus dat heeft hem wel ...”

Uitvoerende nr. 3

Het nieuwe zorgteam is hecht met elkaar. Ze spreken over zichzelf als een vriendenclub, die ook buiten het werk samen dingen doet:

“kijk ... ons team hier van R., we hebben, ik denk dat op Ge. hetzelfde geldt, we zijn echt vrienden. Dus heel goed buiten het werk, bij elkaar thuis, bij elkaars familie, en al ja ... [ ...] Ja, ja, wij hebben een heel sterk team. [ ...] we hebben echt een super team.

Uitvoerende nr. 3

Het discours van ‘wij’, het super team van R, en bij uitbreiding Ge, gaat samen met een discours dat het op de zorgwoningen Gr-B (‘zij’) minder zou zijn met de werksfeer. Op zorgwoningen Gr-B zouden er altijd problemen zijn: met een leidinggevende die weinig aanwezig is, met een leidinggevende die enkel via papier en mail communiceert, met het personeel dat altijd klaagt. Op onze vraag waarover medewerkers van de zorgwoningen Gr en B dan klagen, zegt uitvoerende u.4: *‘Ik weet niet waarom die altijd ontevreden zijn. Ik weet het niet. Door het ‘hoofd’ misschien?’* Opvallend hierbij is dat vooral respondenten in uitvoerende en leidinggevende functies met zorgtaken deze verbondenheid aangaven.

Een laatste onderscheid in positionering blijkt uit de betrokkenheid die wordt benoemd bij het WZH. Waarbij ‘zij’, de andere woonzorghuizen van de overkoepelende groep E zijn. De respondenten spreken over hun WZH als uniek ten opzichte van de andere WZH-en. Om dit te staven geven bijna al de respondenten aan dat ‘wij’ een warme keuken hebben. Waarbij de warme keuken symbool staat voor hun eigenheid. De eigen keuken wordt gelinkt aan het bieden van ‘goede’ zorg.

“... wel als die mensen (bewoners) zeggen dat ze vandaag goesting hebben voor chocolade pudding en dat we dat aan de kok kunnen gaan zeggen ... wij hebben hier nog een eigen keuken. Wij kunnen ons dat allemaal permitteren. Die andere rusthuizen hebben dat niet (binnen E)... (lacht) Dat vind ik heel belangrijk! En op de woningen wordt soms ook spek met eieren gebakken. Dat is goede zorg! Want dat doet ge thuis ook.”

Uitvoerende nr. 4

“... We zijn ook de enigen die een warme keuken hebben. Dat is ons voordeel! ...”

Leidinggevende nr. 2

De respondenten uitvoerende nr.7, nr.8, nr.4 en leidinggevende nr.2 komen door de aard van hun werk regelmatig in contact met medewerkers van andere WZH-en van de overkoepelende organisatie E. Uitvoerende nr. 4 geeft ons een mooi inkijkje hierin, waarbij de eigenheid met het WZH te W. ten opzichte van de andere WZH-en wordt geïllustreerd.

“hier is het goed hier!”

*Interviewer:* Maar merk je dat het ergens anders minder is?

“Zeker en vast, 100 procent! [...] Ja, die hebben altijd problemen hé ... ik zit in de vakbond dus ik hoor veel, in de andere huizen, dat het daar niet goed gaat.

*Interviewer:* En wat gaat er dan niet goed?

“Allez, ja ... in dat andere rusthuis van E. (.) Allez (.) dat kleintje, daar gaat het niet goed! Allez met hun directrice (.) ja de communicatie hé. [...] ja, die kunnen niet praten met elkaar, die blokt alles af, zal ik het zo zeggen, die wil niet luisteren (.) Ja (.) dan wordt het moeilijker he!”

Uitvoerende nr. 4

“Vroeger kon ik zelf zien, ik ga dit en dit bestellen. Ik kon dat zelf zien en ik kon dat zelf beslissen. Nu gaat dat niet meer. Nu gaat dat via D. en ik moet dat eerst daar doorgeven en dan als we de goedkeuring krijgen, dan zal het besteld worden (.) En vroeger ging dat veel gemakkelijker.”

*Interviewer:* Hindert u dat in het uitoefenen van je werk?

“Tot nu toe, ik probeer wel en daarom zeg ik dat we ne goede directeur hebben (.) ik praat er met hem over. En ik zeg, we hebben dit en dit toch wel echt nodig en dan volgt de directeur mij daar ook wel in (.) Hij probeert ook wel (.) Maar hij moet dat dan ook weer voorleggen aan het directiecomité. En dat moet altijd eerst goedgekeurd worden door de grote baas (niveau groep E.) hé.”

Leidinggevende nr. 2

Binnen het WZH wordt niet gesproken in termen van een kloof tussen werkvloer en management. De respondenten spreken eerder over de directeur en de hoofdverpleegkundige van zorgwoningen R. en Ge., als ‘luisteraars’.

De identificatie ‘wij’ de medewerkers van WZH, tegenover ‘zij’ het directiecomité van de overkoepelende E groep, zou wel tot een kloof kunnen uitgroeien. Hier spreekt de respondent over haar directeur als ‘iemand die deze kloof overbrugt’. De directeur van het WZH: een ‘evenwichtskunstenaar’ tussen de gevoeligheden en de belangen van het WZH te W. en de belangen van de overkoepelende groep E..

#### 4.2.3 Een vanzelfsprekende of zoekende identiteit

Respondenten spreken over zichzelf zonder dat ze zich hierbij afzetten tegen een ‘zij’ en zonder dat gesproken wordt over loyaliteiten. Het valt op dat vooral medewerkers in een leidinggevende functie zoekende kunnen zijn naar hun functie en identiteit op het werk. Dit in tegenstelling tot mensen die werken in eerder uitvoerende functies en waar de eigenheid meer gegeven en vanzelfsprekend lijkt. Met de families ‘bewust van positie’, ‘zoekende identiteit’, ‘vanzelfsprekende verantwoordelijkheid’, ‘verschuiving van verantwoordelijkheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ zullen we hieronder dit veld proberen te schetsen. Ook bij dit aspect van het discours vanzelfsprekende en verschuivende eigenheid, zien we verschillende groepen naar voren komen. De grootste groep bestaat uit respondenten, leidinggevend L.2, L.3, L.4, uitvoerenden U.5, U.1, U.7 en de directeur, die aangeven dat hun takenpakket en hun verantwoordelijkheden niet volledig vastliggen. Bij hen, voornamelijk leidinggevend, liggen bepaalde verantwoordelijkheden vast maar is er tevens vrije ruimte om bijkomende verantwoordelijkheden op zich te nemen op een vrijwillige en zelfstandige basis. Zij

kunnen bijkomende verantwoordelijkheden ook zelf vorm geven. De betreffenden spreken hierover als een grote vrijheid. De andere groep die we hier herkennen bestaat voornamelijk uit uitvoerende functies namelijk uitvoerende nr.2, nr.3, nr.4, nr.6 en leidinggevende nr. 1. Zij spreken over de manier waarop hun identiteiten binnen de organisatie vrij vast liggen. Ze hebben duidelijk omschreven verantwoordelijkheden. Nieuwe verantwoordelijkheden krijgen ze van hogerhand, dat is een vanzelfsprekend gegeven voor hen. Ze pakken die gewoon erbij als daar de tijd voor is, zonder daar veel vragen over te stellen. Dat in onze analyse de eerste groep groter is dan de tweede kan ook aan de door ons gemaakte keuze van respondenten liggen waarbij we van de dertien interviews maar twee zorgkundigen gesproken hebben. We wilden immers ruimte vrij houden voor de representatie van alle functies. Dit terwijl de zorgkundigen waarschijnlijk wel 50% van het personeelsbestand invullen in zorgwoning R. Hieronder lichten we deze twee groepen nader toe.

De eerste groep kan gedeeltelijk zelf inhoud geven aan het werk en spreekt meer zoekend over de eigen identiteit.

*Interviewer:* = Maar dat is een initiatief dat binnen de organisatie is opgekomen, en waarvoor u zelf de verantwoordelijkheid hebt genomen en het is er ook gekomen.

“Ja, da was eigenlijk een vrij gemakkelijk iets.”

*Interviewer:* Hoe wordt dat eigenlijk bepaald wie verantwoordelijk is voor iets? Als jij iets ziet, dan pak je het op of ... nou, u heeft veel zelf mogen ontwikkelen (uitbundig lachen van beiden).

“Ja, want dat speelt nog altijd in mijn voordeel, ik kan de dag van vandaag nog steeds heel gemakkelijk iets op tafel leggen (.)”

Leidinggevende nr. 3

*Interviewer:* Voelt u zich soms kwetsbaar als u werkt in het WZH?

“Tuurlijk, daar zijn altijd situaties en posities, ik denk ook omdat mijn job niet zo is afgelijnd, dat dat maakt dat dat ook een risico is om je kwetsbaar op te stellen. Want het is soms moeilijk nu heb ik deze pet op en dat is niet te verwarren met die andere pet ... daar is een kwetsbaarheid. Natuurlijk, als je verschillende zaken uitvoert.”

Leidinggevende nr. 3

Het eerste citaat van leidinggevende nr.3 is een voorbeeld waarin ze zich uitspreekt over het zelf nemen van nieuwe verantwoordelijkheden, waarbij ze die verantwoordelijkheden grotendeels zelf invult. In haar tweede citaat spreekt ze over een kwetsbare en niet helemaal duidelijke identiteit.

Verschillende respondenten spreken zo over hun baan. Hun verantwoordelijkheden liggen niet helemaal vast, ze kunnen op eigen initiatief nieuwe verantwoordelijkheden op zich nemen, maar dat maakt tegelijkertijd dat ze soms zoekende zijn en dat hun eigenheid verschuift. Uitvoerende nr.8 en nr.7 laten hierbij een geluid horen waaruit blijkt dat hun zelfstandige inbreng anders is geworden sinds de komst van de overkoepelende organisatie E. En dat ze nog moeite hebben om zichzelf terug te vinden in deze verandering. Zo vertelt uitvoerende nr. 8 dat ze nu anders, met meer afstand, tegen haar functie aankijkt en spreekt uitvoerende nr. 7 bijvoorbeeld meerdere malen over eigen genomen initiatieven, die vroeger sneller werden opgepakt dan nu.

“ ... maar ik ben ook iemand die nogal, allez, vooruit denkt in de zin van, hoe kan je iets efficiënter, en op lange termijn ook tijdsinstaat of of financiële instaat geven, ehuh.

*Interviewer:* Kan u een concreet voorbeeld geven?

*U.7:* Ehuh, bijvoorbeeld, [...] we hebben hier een fantastisch dakoppervlak ehuh. Langs de ene kant hebben wij een torenhoge energiefactuur en elektriciteit ... loat ons dat vol leggen met zonnepanelen. Dat is effekes een investering, dat is effekes harde pijn, moare ehuh, dat verdient zichzelf terug dan creëert ge financiële ruimte [...] , dat kunt ge dan weer...

*Interviewer:* = maar hoe zou u dat gebruiken?

“ Ja, ik zou dat in mijne filosofie ... dan die middelen weer gebruiken om te zorgen dat ge een ander stukske kunt ehuh, ehuh, daarmee financieren om ...”

Uitvoerende nr. 7

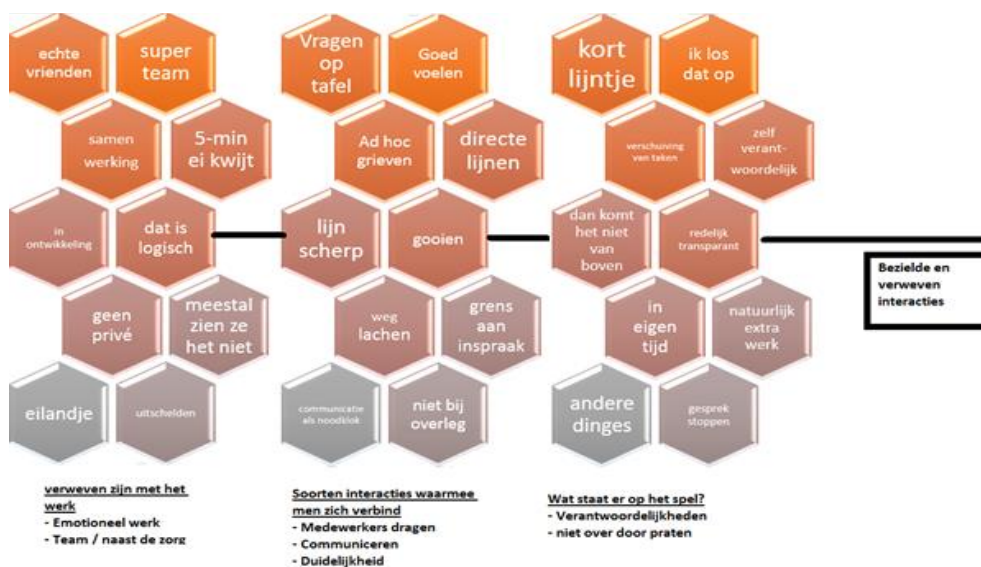
De identiteiten van de tweede groep (U.1, U.2, U.3, U.4, U.6 en L.1) binnen de organisatie lijken vast te liggen, samen met de aan hen toevertrouwde verantwoordelijkheden. Er kunnen echter verantwoordelijkheden bij komen maar de medewerkers omschrijven dit als iets vanzelfsprekends. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de door anderen, aan hen gegeven, bijkomende verantwoordelijkheden moeten passen binnen de beschikbare tijd die er gegeven is. Anders kan het gaan knellen. Al gebeurt de evaluatie hiervan vaak pas achteraf. Hier zullen we in het volgende discours verder op in gaan.



"in het begin moest ik dat werken, maar later kreeg ik dan telkens taken bij::.  
 Dus en de hoofdverpleegster komt dan al eens vragen om andere taken bij te doen."  
*Interviewer:* En dat werd op die manier besproken? Dus één op één met de hoofdverpleegkundige?  
 "Ja"  
*Interviewer:* En wordt dat dan ook nog weer geëvalueerd?  
 "Eigenlijk niet! Ik heb geen evaluatie nog niet gehad."  
*Interviewer:* Kunt u hierover spreken binnen uw dagelijks werk? De extra taken, (.) en de verdeling daarvan?  
 " Ik, ik heb ehum, zelf, voor mezelf een lijstje opgesteld van welke extra taken ik al gekregen heb en dan zie ik per dag wat dat er nog moet gebeuren of als ik ergens kom en het is vuil ja, dan ga ik dat poetsen hé. Allez zo'n badkamerkast wassen of de medicijnkastjes uitwassen of eens een rolstoel afwassen, al ja. "  
*Interviewer:* = Dat zie je? En dat pik je op?  
 "Ja, voilà."  
*Interviewer:* Helder, en dat hoeft niet per sé besproken te worden eerst.  
 " Nee. nee."

Uitvoerende nr. 2

### 4.3 Discours 2: Bezielde en verweven interacties



Het ‘bezielde en verweven interactie’ discours is een communicatie- en relatiediscours, dat bestaat uit de families, *emotioneel werk, team, medewerkers dragen, duidelijkheid, communicatie, niet over door praten en verantwoordelijkheid*. Dit discours beschrijft een spanningsveld van interacties dat vaak als hoofdonderdeel in de interviews terugkomt. Het veld speelt zich af tussen het zoeken van toenadering en het bewaren van afstand in interacties op het niveau van één op één contact, maar waar ook wordt gelet op de groepsdynamiek. Dit is inductief uit de bevindingen naar boven gekomen. Het spanningsveld laat zich daarbij voornamelijk zien op drie gebieden. Ten eerste vinden we het terug in het wel of niet verweven zijn met de functie die men bekleedt en het zorgwerk in de zorgwoning R. in het WZH. Ten tweede zien we een verschil in de toegankelijkheid in de soorten van interactie en de (on)bewuste uitsluiting die hier plaats vindt. Ten derde halen we de verschillen in beleving van verantwoordelijkheden aan. Het dominante geluid in dit tweede discours is samen te vatten als: ‘vijf minuutjes om je ei kwijt te kunnen bij elkaar’. In deze paragraaf beschrijven we in detail hoe dit spanningsveld opgebouwd is.

#### **4.3.1 Verweven met het werk**

In de zorgwoning R. en het WZH vinden we een dominant discours terug waarbij men zich richt op informele communicatie en emotioneel zwaar werk. Bij de perceptie van wel of niet verweven zijn met het werk speelt de emotionele lading van dit werk een rol. De grootste groep respondenten spreekt over een tekort aan mentale steun en het belang van ‘vijf minuten je ei- kwijt kunnen bij elkaar’. Hierbij kunnen we nog een onderscheid maken tussen mensen die deze vijf minuten inzetten als noodzakelijke zelfzorg of zorg voor elkaar en zij die er meer over spreken als een keuze, iets wat het werk leuker maakt en de zorg meer familiair. Deze bevinding werken we in deze paragraaf verder uit. Eerst zullen we de positieve en negatieve geluiden over deze verwevenheid schetsen, waarna we ook nog inzoomen op drie minderheidsgeluiden. Het eerste minderheidsgeluid laat minder verwevenheid horen; de respondenten zeggen geen privébelasting te ervaren of dit zelfs niet te bespreken. Bij het tweede minderheidsgeluid spreken respondenten over de negatieve effecten van de informele lijntjes, waarbij uitsluiting ook een rol speelt. In het derde minderheidsgeluid laten de respondenten de roep om meer formele communicatie middelen horen als het gaat over het bespreken van verantwoordelijkheden.



Deze ‘vijf minuutjes om je ei kwijt te kunnen bij elkaar’ komen bij de interviews van uitvoerende functies, nr. 6, nr. 5, nr. 3, nr. 2, nr 1 en leidinggevende functie nr.1 en de directeur, letterlijk terug als een belangrijk onderdeel van de dagelijkse gang van zaken op zorgwoning R. Deze momenten worden door alle eerder genoemde functies gesitueerd in noodzakelijke informele korte contactmomenten tussen de bedrijven door. Waarbij de mensen elkaar kunnen ondersteunen in de vaak emotioneel geladen taken en even hun ei kwijt kunnen bij elkaar. Bij anderen wordt hier ook over gesproken al wordt het minder letterlijk benoemd en worden de informele contacten die plaatsvinden vaker benoemd als een keuze die het werk een familiaal karakter geeft.

“kijk ... ons team hier van [woning R], we hebben, ik denk dat op geel hetzelfde geldt, we zijn echt vrienden, dus heel goed buiten het werk, bij elkaar thuis, bij elkaars familie, en al ja”

Uitvoerende nr. 3

Dit familiale gevoel naar collega's toe wordt door uitvoerende, nr. 3, nr. 6, nr. 8 en leidinggevende nr. 2 benoemd. Naast de werkrelaties spreken de respondenten ook over de veranderingen in het huis die een rol hebben gespeeld in het opbouwen van een huiselijke sfeer en familiair contact met de bewoners. Uitvoerende nr. 4 spreekt hierover als ze één van de veranderingen die in het WZH heeft plaatsgevonden bespreekt: het invoeren van zogenoemde aandachtspersonen.

“Omdat je nu meer aandacht hebt voor de bewoners. Ge kent de bewoners nu op een andere manier. Vroeger kwam ik ook op geel, maar nu kom ik altijd op rood en je kent dan ook zo beter de familieleden. Ge hebt ne andere band met je bewoners en met je aandacht personen, dat wordt nu meer familie. Want als er problemen zijn dan mag je met de familie bellen, Dat is helemaal anders . Veel beter!”

Uitvoerende nr. 4

De persoonlijke geraaktheid die de uitvoerende functies op mentaal vlak ervaren bij dit werk krijgt in deze ‘5 minuutjes om je ei- kwijt te kunnen bij elkaar’ ruimte om gedeeld te worden. Al is voor het overgrote deel deze ruimte geen keuze of een gevolg van bestuurlijke verandering, maar schetsen zij deze 5-minuten als een noodzaak. De zorgpraktijk wordt door een meerderheid van de respondenten als emotioneel geladen, en soms persoonlijk veeleisend ervaren. Uitvoerende nr. 2, nr. 3, nr. 4, nr. 5, nr. 6, nr. 7 en leidinggevende nr. 1, nr. 2 , nr. 3 en nr. 4 spreken hierover. Leidinggevende nr. 4 spreekt over een werkelijkheid waarbij uitschelden voorkomt als onderdeel van het ‘normale’ werk.

“neen, meestal loopt alles wel goed. Soms heb je wel huisartsen die nors zijn of ne weekend arts die me voor het rot van de straat uitscheldt. Ik vind dat wel erg maar zolang de bewoner baat heeft bij wat die arts doet maakt het mij niet zoveel uit. Maar als ze de bewoner dan niet goed behandelen, dat frustreert wel.”

Leidinggevende nr. 4

Ook op een lager niveau wordt dit beeld door uitvoerende, nr.4 geschetst.

“ja, we hebben een 100 jarige. Die vloekt altijd, ge kunt daar niet kwaad op zijn hé. Die krabt en die bijt. Ik laat ze gewoon doen. Weet ge, zij is anders. Laat ze gewoon doen en ze is gelukkig. Ze weet het allemaal ook niet meer.”

Uitvoerende nr. 4

Uitvoerende nr. 4 benoemt net als leidinggevende nr. 4, persoonlijk uitgescholden worden als een normale praktijk, als de bewoners maar geholpen zijn. Ze klinken hier luchtig over. Uitvoerende nr. 3 spreekt over een emotionele belasting in haar zorgwerk (machteloosheid), en de zelfzorg die ze daarvoor kan organiseren, door middel van afstemming met de collega's:

"[...] ge hebt een zwaar weekend gehad met een bewoner die effekes het heel moeilijk heeft en dan zei ik de maandag tegen een collega , ik zeg maar ik heb die heel het weekend gehad, ik zeg [fluit] nee, ja, ik zeg geen probleem ik zal die wel wassen zo. Wete we moeten ons grenzen ook kennen. Oké we zijn getraind maar we zijn ook mensen. En als ik zeg van het ga vandaag nie, dan begin ik er gewoon niet aan en dan geef ik het liever door in plaats van weer conflicten creëren en dergelijke, en ja we hebben echt een super team."

Uitvoerende nr. 3

De hulp die respondenten zeggen nodig te hebben strekt zich voor sommige respondenten nog verder uit dan alleen in de werksfeer. Leidinggevende nr. 1, nr. 2 en nr. 3 en uitvoerende nr. 1, nr. 3, nr. 4 en nr. 8 spreken allen over de grote aandacht en betrokkenheid die dit werk vergt. Deze is zelfs zo veeleisend dat je er ruimte voor moet maken in je privéleven. Zij beschouwen het zorgen voor kinderen thuis als een grote uitdaging in combinatie met de intensiteit van dit werk. Uitvoerenden nr. 6 en nr. 2 zeggen juist helemaal geen problemen te hebben met de combinatie privé – werk, al herkennen ze wel het belang van de informele contacten. Hier komt het eerste minderheidsgeluid naar voren. Want bij uitvoerende nr.7 en de directeur was de thuissituatie geen onderwerp van gesprek. Opvallend is dat dit de enige twee mannelijke respondenten betrof.

Deze overheersende houding van elkaar helpen, in je privé of op het werk, lijkt verbonden te zijn aan deze '5 minuutjes je ei-kwijt kunnen bij elkaar'. Al hebben we in het eerste discours ('eigenheid') gezien dat niet iedereen dezelfde groepen collega's benoemt waarbij hij of zij zijn/haar ei kwijt kan. Hier komen we op het spoor van het tweede minderheidsgeluid binnen dit gevonden discours.

*Uitvoerende nr. 1: Want als daar is een personeelsfeest of zo, dan komt daar bijna niemand. Of ook zoals [ de directeur] een receptie heeft georganiseerd, daar komen ook maar een paar mensen. Ik weet niet waarom? Die willen niet komen om andere collega's te zien ... Ze zeggen groep E. of zo, ik weet het niet, dat is geheim voor mij. Ik ben soms echt buiten de groep.*

Uitvoerende nr. 1

Uitvoerende nr. 1 en nr. 2 geven aan dat ze zichzelf niet als onderdeel van zorgwoning R. zien.

Uitvoerende nr. 2 geeft de informele contacten op de werkvloer aan als mogelijke hindernis. Zo noemt ze een voorbeeld van een sociaal etentje met collega's waarbij er een uitnodiging in de verpleegsterspost op de afdeling hing. Zij loopt daar echter niet zo naar binnen aangezien zij de meeste communicatie via de computer en telefoon doet. Als gevolg was zij niet op de hoogte van het etentje. Ook is het opvallend dat zij wel onderdeel uitgemaakt van het dominante discours als het over collega's uit haar beroepsgroep gaat.

"Vroeger was dat een andere collega (.) maar nu, we communiceren met elkander en we zitten precies altijd op dezelfde golflengte (.) en als ze hebben problemen met de bewoner of met de familie, tja (.) te agressief of emotioneel, dan praten we daar over met elkaar. Hoe pak je dat aan of dit aan?"

Uitvoerende nr. 1

Een derde minderheidsgeluid benadrukt nog een negatief effect van de informele communicatie, namelijk die van de roddels. De roddels die rond gaan, zijn een belangrijk onderdeel van het verhaal van leidinggevende nr. 2 en nr. 4 en uitvoerende nr. 5 en nr. 3. Deze laatste zegt er boven te staan maar zegt ook dat ze naast deze informele contacten soms behoefte heeft aan meer formeel overleg want hoewel privéproblemen soms doorspelen in het werk, gaat het ook regelmatig over werkproblemen waar geen officiële uitlaatklep voor lijkt te zijn binnen de organisatie.

"... ja,ge hebt er natuurlijk altijd, die liever lui zijn dan moe, hé. En dat is dus effectief een probleem dat een paar weken terug is opgekomen bij onze teamvergadering: een specifieke bewoner, ja, hij is niet [klikt met haar tong] proper, en ... veel foefkes, veel ditjes en datjes ... en ge zijt zo wel lang bezig met hem, (.) en ja, we merken op ... het zijn altijd dezelfde [...] die die bewoner gaan wassen en die maandag voor ons team vergadering zei die bewoner zelf van er zijn er maar vier die mij komen wassen, hoe komt da? Omdat ze mij niet verstaan. Ik denk dat doet men hé, en er is afgesproken, van om kwart voor acht, ten laatste, moet die bewuste bewoner gewassen worden. Dus, als je aan het takenblad komt om kwart voor acht en die bewoner is niet afgetekend, moet je aftekenen en moet je die bewoner gaan wassen. Maar gisteren is dat dan weer scheef gelopen met dezelfde collega, en euhm daar is voor naar [ het hoofd ] gegaan en dat moeten wij onderling oplossen. Dus er is geen wekelijks of maandelijks terug kerend gesprek over."

Uitvoerende nr. 3

Hier geeft uitvoerende nr. 3 aan meer behoefte te hebben aan formele gesprekken. Deze behoefte aan meer formele hulp en de geluiden hierover zullen we in kaart brengen in de volgende paragraaf.

#### 4.3.2 verschillende soorten van interacties

De contacten waar men het meest over spreekt zijn de informele contacten en korte lijntjes tot elkaar, en daar is sinds de overname een groter onderdeel 'formele communicatie' bij gekomen. Binnen dit spanningsveld tussen formele communicatie en de behoefte aan informele contacten horen we verschillende minderheidsgeluiden die we hier zullen weergeven. Naast de topdown benadering voor formele interacties is er ook een topdown beweging zichtbaar waarbij leidinggevenden door informele interacties toenadering proberen te zoeken tot de werkvloer. In onze analyse zijn we meerdere minderheidsgeluiden tegen gekomen wat betreft de bereikbaarheid en het nut van verschillende manieren van communiceren. Eerst schetsen we de proactieve topdown acties van leidinggevenden die toenadering zoeken tot de vloer. In het tweede minderheidsdiscours kwam naar voren hoe respondenten juist afstand nemen binnen interacties en het derde minderheidsdiscours geeft de grenzen aan de formele communicatie weer die door respondenten geschetst worden, Deze gevonden minderheidsdiscoursen zullen we hieronder verder toelichten.

De informele toenadering van de leidinggevende naar de werkvloer speelt zich op twee vlakken af. De eerste is de toenadering die de directeur en de leidinggevende nr.1 zeggen te zoeken tot de werkvloer. Ze spreken over het hebben van een open deur, maar ook over het doen van dagelijkse rondes op de vloer. Hierbij geeft de laatste ook expliciet het belang van deze rondes aan voor het welzijn van de medewerkers.

[...] Dus ze staan hier ook altijd ... ja .. met het gene wat op hunne lever ligt ... conflicten met ne bewoner, conflicten met collega's, conflicten thuis ... omstandigheden waarmee ze zich niet goed voelen. Noem maar op. Ze moeten daar een oor voor hebben. Dat wil niet zeggen dat ik alles ga oplossen, da kan ik niet! Maar ze moeten zich goed voelen. Ik ga ook altijd als ik opkom langs mijn collega's, allez de zorgkundigen (.) ik spreek die ook allemaal persoonlijk aan, alles in orde? Je ziet dat direct hier klopt iets niet (.) da weet ge goed genoeg.

Leidinggevende nr. 1

De tweede informele toenadering komt tot stand door de attitude training die is opgezet. Het feit dat informele contacten zo zwaar verweven zijn met de emotioneel geladen aard van het werk en zoals in paragraaf 4.2.1 aangegeven ook met de wortels van dit woonzorghuis in het dorp, is mogelijk een factor geweest in de beslissing van de directeur om actief op zoek te gaan naar ondersteuning in deze contacten door middel van communicatietrainingen. Hij lijkt hierbij toenadering tot de werkvloer te zoeken. Hij zegt hierover dat hij het belangrijk vindt dat zijn medewerkers de juiste attitude leren om zelf dingen met elkaar bespreekbaar te maken. Hij biedt zijn medewerkers een tweedaagse training

(practicum) aan. Dit is een concept dat organisatie breed is ingevoerd door de overkoepelende organisatie E. De aandacht die er is voor de empowerment van de medewerkers door deze tweedaagse training, wordt ook door de medewerkers herkend. Zo spreekt uitvoerende nr. 3 over een betere tijdsverdeling omdat er een extra functie in het weekend is bijgekomen, dankzij het actief luisteren naar de mensen op de werkvloer. Dit was een idee van de collega's van de woningen zelf en deze is opgepikt. Naast het feit dat deze training sturen op meer open contact met de leidinggevende, waardoor dit soort ideeën dus opgepikt kunnen worden, gebeuren deze informele proactieve oplossingen ook op de vloer zelf, zonder dat het management erbij wordt betrokken. Uitvoerende nr. 4 spreekt hier over.

*Interviewer:* ... en de mensen (zorgkundigen) die dat minder goed vinden, kunnen die daarmee terecht bij het diensthoofd of bij de directeur? [...]  
*Uitvoerende nr.4:* = ze kunnen bij mij terecht en dan bel ik voor hen naar de familie. Dan *los ik dat op*, dan bel ik tijdens de middag naar de familie en dan noteer ik dat in de computer wat de familie heeft gezegd (.) ja (.) dus.

Uitvoerende nr. 4

Sommige moeilijke situaties of knelpunten van de werkvloer zullen hierdoor misschien ook niet helemaal bij het management terecht komen door de pro actieve attitude die werknemers aannemen. Uitvoerders nr. 4, nr. 5, nr.7 en nr. 8 spreken allen over deze pro actieve houding, waarbij volgens hen veel bespreekbaar is als je maar beleefd blijft. Hierbij valt het wel op dat al deze deelnemers ook een persoonlijke band hebben met de directeur. Een informeel gezamenlijke interesse, fysieke nabijheid, of gemakkelijke toegang (computer contact) waardoor hun noden vrij informeel bij hem op tafel kunnen komen. Zij zeggen zich door hem gezien te voelen. Mogelijk heeft deze directe ondersteuning iets te maken met de proactieve houding die zij durven aan te nemen. Andere deelnemers lijken meer problemen te hebben met het aannemen van deze houding.

Naast dit proactieve geluid, spreken uitvoerende nr. 6 en nr. 2 over de afstand die ze ervaren tot het management. Ze hebben ook niet de behoefte om hun problemen bij het management neer te leggen.



Int: oké, en op welk moment had u echt baat bij uw management?

“(3) nou dat heb ik eigenlijk nooit nie.. [ lacht] “

Int: nou dankjewel. En nog even, bij die vraag over; heeft u wel eens iets op eigen initiatief kunnen veranderen, zei u voluit nee. Ziet u dat misschien ook niet als u taak?

“nou nee, dat is eigenlijk niet mijn taak, en Allez, ik zeit ook eigenlijk niet de persoon die zegt, dit moet veranderen of dat moet veranderen. [ lacht ] Dat ligt niet in mijne aart.”

Uitvoerende nr. 6

Uitvoerende nr. 1 en nr. 2 gaan wel naar het management maar alleen als er iets mis gaat, als een soort noodklok optie. Anderen worden wel betrokken bij het overleg maar hebben daar het gevoel dat ze niet serieus worden genomen. Zo ervaart leidinggevende nr. 2 dat haar inbreng vaak weg wordt gelachen. Ook krijgt soms de groep die ze vertegenwoordigen geen plek binnen de formele overleg structuren.

“ [...] ik vind we werken nu per woning en we hebben teamvergaderingen. Ik vind dat die erbij moeten zijn, daar moet de poets bij zijn, daar moet de logistiek bij zijn, alle mensen die op die woning werken moeten aanwezig zijn op die vergadering. Want er worden dingen gezegd die over hun gaan, maar als ze er niet bijzitten, hoe kunnen die zich dan verantwoorden? Dat gaat niet! En dat krijg ik er niet door!”

Leidinggevende nr. 2

Ook uitvoerende nr. 2, spreekt hierover op een lager niveau.

“Ehum, misschien iets meer communicatie, naar ons toe. Want wij staan eigenlijk naast de zorg, maar:: wij weten eigenlijk heel weinig over de bewoners::, en al ja, soms is dat wel moeilijk aan de tafel, ja bijvoorbeeld u perst s ’morgens de appelsien, ja, iemand heeft diarree gehad, liefst geen appelsien, Nu wordt dat soms wel gecommuniceerd, maar ik moet dat toch meestal vragen s ’morgens, van is er iemand die geen appelsien mag of allez, ja.”

Uitvoerende nr. 2

Huishoudelijke taken lijken minder besproken te worden in de dagelijkse communicatie. Ook de directeur geeft aan dat hij soms gesprekken blokkeert omdat daar betere momenten voor zijn. . Voor

het bestellen van middelen kun je bijvoorbeeld formulieren invullen. Er zijn al protocollen aanwezig die gebruikt kunnen worden, om zo ook de tijd voor andere communicatie te waarborgen. Dit actief blokkeren van gesprekken en ook het vertalen van het beleid wordt door leidinggevende nr.1 en door de directeur als transparantie tot op een zeker niveau genoemd. Hij geeft aan grenzen te zien aan de hoeveelheid informatie die gedeeld kan worden. Op zijn minst dient volgens hem bepaalde informatie eerst vertaald te worden. Ook uitvoerende nr. 4 ziet een grens en zegt dat bepaalde zaken niet met de directeur besproken dienen te worden.

“echt veranderen in de zorg? Dat zou ik eerst bespreken met mijn afdelingshoofd en zij kan dat dan bespreken met { de directeur}”

*Int:* zo gaat dat dan?

“ja zo gaat dat omdat het over zorg gaat hé. De { directeur} is er meer voor andere dingen, die zou ik niet lastigvallen over zoiets als de bewoners mogen langer blijven slapen of niet. Hij zou toch zeggen dat dat voor hem geen probleem is.”

Uitvoerenden nr. 4

Veel van het overleg in de zorgwoning lijkt informeel plaats te vinden, maar er zijn ook zeker veel varianten van formeel overleg. Zo spreken respondenten over een afdelingsoverleg, team overleg, multidisciplinair (mdo) overleg en overleg op huis overstijgend niveau, door de mensen die extra taken op zich hebben genomen, zoals vakbondsfunctionaris of practicumtrainer. Binnen dit meer formele kader van interactie vinden we het derde minderheidsgeluid over de grenzen van deze formele communicatie. Waar we in paragraaf 4.3.2 al besproken hebben dat leidinggevende nr. 2 en uitvoerende nr. 2 zeggen niet tevreden te zijn met het feit dat sommige mensen worden buitengesloten van formeel overleg. Zoomen we nu in op anderen die de duidelijke communicatie structuren zien als onvoldoende. Zo leest de leidinggevende nr. 4 het dagboek waarin de overdracht beschreven staat in het half uur van haar eigen tijd voordat de dienst begint. Zij ziet het lezen van dit boek als een essentieel onderdeel van het werk om de overdracht goed te kunnen uitvoeren. De formeel ingeplande tijd schiet hierbij in haar ogen dus tekort en dit wordt ook door uitvoerende nr. 2 en nr. 6 benoemt. Vooral als ze wordt gevraagd om taken van collega's over te nemen. Deze formeel georganiseerde werkdruk, door het vastleggen van verplichte handelingen in een erg krappe tijd, valt ook op een subtielere manier af te lezen uit het gesprek met uitvoerende nr. 3.

" [zucht] Heel veel, euhm, ja, we beginnen 's morgens met de zorg van de mensen (.) dan om half negen is er ontbijt en dan doen we meestal hulp aan de tafels, en euhm, medicatie uitdelen, (.) en tegen negen uur is er dan één collega die meestal aan de tafels blijft voor de mensen terug naar hun kamer te brengen of naar de kinésist te brengen. De twee andere zorgkundigen beginnen met de bedden te dekken van negen tot tien uur. Meestal van tien uur tot kwart na tien hebben we nu dus de korte briefing. Dan wordt alles genoteerd en besteld, euhm (.) dat er problemen waren met de bewoners en dergelijke. En dan om half elf beginnen we met een toilet toer."

Uitvoerende nr. 3

Voor deze uitvoerende binnen woning R. is een voormiddag gevuld met veel dagelijks terugkerende zorgtaken. Alles is behoorlijk strak gepland zodat alle taken gedaan kunnen worden. Naast het strakke werkritme, waarbij ze zelf spreekt over een 'rush' in de ochtend en de fysieke belasting van het werk, lijkt ze weinig ruimte te hebben om zelf in contact te komen met de bewoner of haar eigen invulling te geven aan de zorgverlening. Op dit punt zullen we nog terug komen in paragraaf 4.4.2.

Aan de andere kant komen er ook geluiden naar voren die de formele interacties in de organisatie meer in het licht van verduidelijking en duidelijkheid plaatsen. Uitvoerende, nr.7 spreekt over minder vrijheid in het uitvoeren van het werk, door striktere regelgeving van overkoepelende organisatie E. en dat zorgt ervoor dat hij meer afstand ervaart en er minder kan zijn voor de bewoners. Dat wringt. Volgens uitvoerende, nr.7 begrijpen de bewoners deze taakverschuiving niet altijd en wordt hij er in het dorp bijvoorbeeld op aangesproken als hij een bewoner die de moeder van een kennis is, niet heeft kunnen helpen, zoals vroeger.

euhm op zich is dat wel goed natuurlijk hé, want, dat ge, allez, dat geeft ook een gerust hart want, allez er moet [...]gecontroleerd worden, euhm, langs de andere kant natuurlijk, ja, ehm ehm het is de, het geen dat wij vroeger veel meer deden, as bij een bewoner of een bewoonster, die haar kaske, of die haar deurke van haar kaske scheef zien, zegge we oké die zal ik effkes helpen herstellen. Ehum, dat mag nu niet meer. Ja, euhm[...]... op zich natuurlijk is dat jammer,

Uivoerende nr. 7

Uitvoerende functie nr.8. spreekt over duidelijkheid als een grote verbetering van haar werk. Vroeger

heeft ze een burn-out gehad omdat ze moeite heeft met 'nee' zeggen. Nu worden de taken veel formeler geregeld en dit beschermt haar. Uitvoerende nr. 4 spreekt over duidelijkheid als een verandering waar nog mee geleerd moet worden te werken.

"Ja, we schrijven soms op in de computer dat ne bewoner nie goed heeft geeten. Maar we moeten eigenlijk duidelijker zijn met, wat bedoelen we, met niet goed geeten? Dus kleine stukjes opschrijven bijvoorbeeld niet goed geeten: ne halve boterham voor die bewoner (.) zoiets (.) maar ook als we een probleem hebben met iemand dat we dat zo gaan oplossen en niet achter zijne rug gaan roddelen."

Uitvoerende nr. 4

Iets wat leidinggevende nr.1 juist vanuit een andere hoek ook schetst.

"Voila, ik vind onze bewoner die staat centraal hé (.) we zijn verleden jaar er mee gestart om bewoners gericht te werken, [...] Zo ook bijvoorbeeld vandaag dan komen ze vragen ja we hebben een bepaalde bewoner en we hebben die laten liggen en die heeft nog altijd niet geeten en die heeft nog altijd zijn medicatie niet gekregen [...] ja ma we kunnen dat niet aftekenen want die slaapt nog en dan overleg ik met hen: wat is nu belangrijker? Dat die bewoner nu eens kan uitslapen? Dat die zijn pillen van 8u nu om 11u krijgt? [...] ja luistert ... ik leg er wel heel sterk de nadruk op dat die medicatie moet worden afgetekend, wat moet allemaal de verpleegkundigen zetten dan dat allemaal klaar en dat moet strikt opgevolgd worden. We hebben net een afdelingsvergadering gehad waar we zeggen mannen dat is belangrijk dat dat allemaal gedaan wordt (.) ja en dan staan ze aan mijn deur van we zijn het niet aan het doen, we zijn het niet aan het doen. Ze zoeken dan bevestiging, van neen mannekes ge zijt goed bezig, straks komt dat allemaal in orde. "

Leidinggevende nr. 1

### 4.3.3 Verantwoordelijkheden benoemen

In dit laatste citaat wordt duidelijk hoe tegenstrijdig de formele signalen soms kunnen zijn voor werknemers. Dat ze geacht worden om meer bewoners gericht te werken draagt met zich mee, dat ze de tijd en de beslissingskracht moeten krijgen om op vragen of signalen van bewoners naar eigen inzicht te reageren, terwijl formelere regels en protocollen ook benadrukt worden. Dit heeft zijn uitwerking op de manier waarop verantwoordelijkheden aan het licht komen. Hier zullen we in deze paragraaf verder op in gaan. We schetsen het spanningsveld tussen het verborgen blijven van verantwoordelijkheden en het bespreekbaar maken van deze verantwoordelijkheden in interacties. Op dit niveau kunnen we bijna niet meer over groepsgeluiden spreken, maar geven we vier individuele minderheidsstemmen weer.

De eerste komt van uitvoerende nr. 4. en wordt ook door leidinggevende nr. 4 benoemd. Het gaat hierbij over manieren waarbij, volgens hen, om formele structuren heen gewerkt moet worden. Sinds de overname krijgen zorgkundigen meer verantwoordelijkheden. Dit blijkt uit een gesprek met uitvoerende nr. 4.

[...] maar dat deed meer de verpleegkundige, maar nu mogen wij dat zelf doen”  
*Interviewer:* U heeft dus meer verantwoordelijkheden?  
“ja, meer verantwoordelijkheden”  
*Interviewer:* U bent duidelijk tevreden met het feit dat u meer verantwoordelijkheden heeft gekregen. Maar is iedere zorgkundige daar tevreden mee?  
“(.) jaaaaa, toch zeker de voltijdsen en de drie kwarten. De deeltijders minder. Die zeggen dat ze daar geen tijd voor hebben 's morgens. Maar dat is wel.”

Uitvoerende nr. 4

De kennis die deze verantwoordelijkheid met zich mee brengt zorgt voor een nieuwe onderverdeling op de werkvloer. Een groep die de bewoners door en door kennen en mensen met beslissingsmacht gebaseerd op hun diploma, hun positie in de hiërarchie, hun functie. Uitvoerende nr.4 geeft het voorbeeld van zichzelf als zorgkundige en een verpleegkundige. De zorgkundige is vast verbonden aan één woning, hierdoor kent ze de bewoners goed. Een verpleegkundige komt op meerdere woningen en kent niet alle bewoners even goed. Hierdoor zegt ze zich genoodzaakt te voelen om soms om haar eigen, niet toereikende, beslissingsrecht heen te werken. Een voorbeeld is als een bewoner in haar ogen een dokter nodig heeft maar een verpleegkundige dit tegen spreekt.

"neen, neen weet je waarom ik dit probleem aanhaal? Onze verpleegkundigen kennen onze bewoners, maar de verpleegkundigen van groen-blauw die kennen onze bewoners niet goed Dat is het probleem"

Int: ah ... zij kennen de bewoner niet, maar jij wel en dan nemen ze soms verkeerde beslissingen in jullie gedachten?

" volia"

Int: en wat doe je als er geen hoofd is?

" ja dan wacht ik tot er een andere verpleegster opkomt en dan vraag ik het aan die."

Uitvoerende nr. 4

Hier zegt ze dus om haar eigen beperkte formele beslissingskracht heen te werken, door op de volgende verpleegkundige met beslissingskracht te wachten die het met haar eens is. Deze deelnemer sprak al eerder van een grote drive om zelf problemen op te lossen. Hierdoor zouden ook sommige knelpunten van de werkvloer niet bij het management terecht kunnen komen. Dit 'er omheen werken' komt ook een niveau hoger voor. Leidinggevende nr.4 benoemd een voorbeeld uit haar praktijk, waarbij een dokter geen pijnmedicatie wil voorschrijven terwijl de verpleegkundigen wel denken dat dit nodig is.

"nee, stiekem doen we niets! Maar wat je wel kan doen ... we hadden zo iemand die palliatief was en die kreeg lichte pijnmedicatie, maar je zag dat die vrouw afzag. Dan hebben we tegen de familie gezegd van bel eens met de huisarts. We hebben dan het telefoonnummer gegeven en die familie laten bellen met de huisarts en even daarna was alles in orde. Dan denk ik allez, hoe is dat nu mogelijk? Als de familie belt, komt alles in orde. Maar als wij bellen niet. Wij hebben precies geen inspraak als verpleegkundigen. Uiteindelijk is alles dan wel goed gekomen, maar waarom via ne omweg dat moeten regelen?"

Leidinggevende nr. 4

Een andere minderheidsstem die een hindernis beschrijft om zorgen op tafel te kunnen krijgen komt voort uit een interview met leidinggevende nr.1 waarbij zij een aantal keer aangeeft dat haar inbreng bij vergaderingen onderbouwd dient te zijn van voldoende analyse van het probleem. Terwijl leidinggevende nr. 3 juist spreekt van erg veel vrijheid bij het fiatteren van haar inbreng, waarbij ze zich soms afvraagt wie het nut van haar inbreng controleert. Verder lijkt het praten over verantwoordelijkheden in één enkel geval te gevoelig te liggen. Dit merkten we in het interview met leidinggevende nr. 1.

"Ja er zijn verantwoordelijkheden bijgekomen. Verleden jaar is er iemand op pensioen gegaan en die taken ... het is de zorgcoördinator en die deed ook de sociale dienst en die zaken, die had heel veel taken en die taken zijn verdeeld over mijn collega en mij en dat is er nu bijgekomen"

Int: u zag dat zitten? Was dat mogelijk om daarover te praten?

"= dat is gevraagd geweest en op dat moment zijn we daar in gestapt (1) dat is besproken geweest." ( gebaart dat ze wil stoppen)

Int: ok goed (1) dat is toch een vraag die ik moet stellen en u doet er mee wat u wilt, maar zijn er toch een aantal gevoeligheden in huis? Of zegt u neen, we kunnen hier alles open en bloot vertellen? Of zijn er toch een aantal zaken die gevoelig liggen en daar wilt u het niet over hebben?

"ja dat ligt gevoelig en daar wil ik het niet over hebben"

Leidinggevende nr. 1

Wat de precieze impact is van het herverdelen van deze verantwoordelijkheden blijft onbesproken. Dit herkennen we ook in de interviews van uitvoerende nr. 8 en leidinggevende nr.4. De eerste vertelt dat ze geleerd heeft om sommige verantwoordelijkheden los te laten omdat dat beter is voor haar eigen werk druk, maar het blijft onbesproken wie die verantwoordelijkheden dan opvangt. De laatste geeft aan nog zoekende te zijn binnen haar functie wat er nou precies bij haar taken hoort en geeft aan dat ze veel vrijheid krijgt om nieuwe initiatieven op te zetten. Hierbij blijft onbesproken wat deze extra initiatieven aan extra verantwoordelijkheden of taken voor derden oplevert. Extra taken lijken in deze gesprekken door uitvoerende functies en door leidinggevende functies meer als vanzelfsprekend te worden gezien omdat ze vaak informeel geregeld worden, waarbij de communicatie over het wel of niet behalen van de taken soms uitblijft of pas achteraf informeel plaatsvindt en eventueel ook als een persoonlijk falen kan voelen als het niet lukt om alles gedaan te krijgen.

Verder wordt er een gemis aan de opzet van mdo overleg aangegeven. De zorg kan snel veranderen bij bewoners. Volgens uitvoerende nr. 1 vindt er dan ook te weinig een mdo overleg plaats in het WZH. Het feit dat de huisdokter van de bewoner aanwezig moet zijn, maakt het organisatorisch niet gemakkelijk om snel een mdo te organiseren. Ze vraagt zich af waarom er altijd een dokter moet bij zijn. Immers, het personeel van het WZH kent de bewoner beter en het personeel moet de zorg geven. Dit verschil tussen mensen met kennis van de bewoners en die van mensen buiten de woning, zijn we ook tegengekomen bij de zorgkundigen naar de verpleegkundigen toe. En bij de verpleegkundigen naar de dokters toe. Zorgverleners die de dagelijkse zorg geven en die de bewoners goed kennen, hebben niet altijd de beslissingsmacht. Dit frustriert de respondenten.

#### 4.4 Discours 3 : Vloeibare en gegeven contexten



Binnen het derde discours 'vloeibare en gegeven contexten' ligt de dominante focus op de uitspraak: 'binnen de mate van het mogelijk'. Bijna alle respondenten spreken over deze gegeven mogelijkheden. Sommigen benoemen de mogelijkheden als beperkte middelen. Anderen benadrukken de kracht van de middelen, zoals bijvoorbeeld het hebben van een eigen keuken. Ten eerste zullen we in het dominante gebied van dit derde discours schetsen hoe de respondenten aangeven dat middelen bepalend kunnen zijn voor het uitvoeren van hun werk. Vervolgens zoomen we in op het minderheidsdiscours. Deze gaat over het spanningsveld van de veranderende context waarbinnen de beschikbare middelen aanwezig zijn. Het eerste minderheidsdiscours dat we aanhalen, beschrijft de manier waarop enkele respondenten spraken over de toenemende zorgzwaarte, waarbij het geluid 'over de weggefallen bewoner' te horen is. Deze omstandigheid staat in contrast met het streven naar een huiselijke context en de verwachtingen ten aanzien van het geven van goede zorg waarbij er bewonersgericht wordt gewerkt. Dit werken we in de paragraaf (4.4.2) 'goede zorg is flexibel' verder uit. Het laatste punt dat we aanhalen beschrijft de soms wat tegenstrijdige verhalen over de ingrijpende veranderingen die onlangs in het WZH te W. hebben plaatsgevonden. We zoomen uit naar de gevonden context die met de overkoepelende organisatie E. te maken heeft, namelijk; de recente overname door de overkoepelende groep E., de introductie van digitale dagboeken en de keuze voor kleinschalig genormaliseerd wonen.

##### 4.4.1 Middelen zijn bepalend

Een middelen discours, *binnen de mate van het mogelijke*, wordt door uitvoerenden nr.2, nr.3, nr. 8, nr. 7 en nr.4 en leidinggevenden nr.2, nr. 3 en nr. 4 en de directeur uitgesproken. De meesten spreken er over als een grens. Een grens om te komen tot betere zorg en waarbij wensen en verzuchtingen van de medewerkers niet tot uitvoer kunnen komen, omdat er een faire prijs aan de bewoner wordt aangerekend. Dit valt ook te lezen in de missie en de visie van de overkoepelende groep E. De medewerkers zijn goed doordrongen van het idee dat als het geld op is, de mogelijkheden ook op zijn.





Leidinggevende nr. 2: dat is altijd het antwoord, als ik er iemand ga bijvragen dan zegt men altijd dat er geen budget is (.) er is nooit geen budget! [...] ja, en dan is het gedaan hé (.) dan is het gedaan met praten (.)

Leidinggevende nr. 2

Hier gaat de quote over de nipte bezetting bij het onderhoudspersoneel. Een respondent van het onderhoudspersoneel geeft aan bijna wekelijks een dienst van iemand op te moeten vangen. Hierbij is er geen sprake van vervanging, maar van het herverdelen van de taken. Uitvoerende nr.6 zegt dat de tijd knelt en dat ze graag wat meer tijd zou hebben om haar werk ‘goed’ te doen. Ook de logistieke hulp spreekt over een tijdsdruk bij haar collega’s.

Bij andere respondenten die over deze grens spreken op algemeen vlak, lijken er ook specifieke voorbeelden naar boven te komen waar er juist meer tijd gekomen lijkt te zijn door middel van onderling overleg en daarna een herverdeling van de middelen. Anderen geven aan blij te zijn met de mogelijkheid dat ze hun werktijd zelf kunnen indelen. In het verlengde van deze positieve geluiden over middelen vinden we de opmerking van uitvoerende nr. 8, waar ze uitlegt waarom de telefoonlijnen nu direct op de afdeling binnenkomen.

“ ja kijk, [de directeur] zit daar achter ons en hij ziet en hoort natuurlijk ook heel dikwijls de momenten dat er gestoord wordt ... dat ge gestoord wordt ... als ge iemand hebt die alleen maar aan het onthaal zit en aan de telefooncentrale dat is een ander gegeven ... en hij hoort dat ... en hij heeft dat, ja ... absoluut een goei oplossing.”

Uitvoerende nr. 8

De mogelijkheid van de fysieke nabijheid van de directeur zorgt er in dit geval voor dat problemen opgemerkt worden, zonder dat zij het zelf op tafel moet leggen. Deze toevallige nabijheid, lijkt net als de eerder genoemde toevallige informele connecties (4.3.2) een rol te spelen bij de hoeveelheid directe invloed respondenten zeggen te hebben op haar of zijn omstandigheden. Zo spreken respondenten die verder van de directeur af staan over traagheid als een frustrerende factor in het aanvragen van middelen. De nabijheid tot leidinggevendenden, die directe invloed hebben op de middenstroom, lijkt bij enkele respondenten ook gemakkelijker plaats te vinden door het gebruik van digitale communicatie. Uitvoerende nr. 5 spreekt over haar goede band met de directeur en hoe gemakkelijk het voor haar is om hem te kunnen mailen met een vraag. Terwijl bijvoorbeeld uitvoerende nr. 2 er juist over spreekt, dat ze te weinig dagelijkse informatie te horen krijgt over de bewoners, waarbij ze aangeeft dat dit ook te maken kan hebben met het feit dat zij geen toegang heeft tot een computer en ook niet over een inlogcode voor het dagboek van die afdeling beschikt. En dit terwijl ze wel vast op de zorgwoning werkt.

Naast het benoemen van de grens aan de faire prijs die gerekend wordt, de krappe bezetting en het wel of niet toegang hebben tot digitale communicatiemiddelen is er nog een middel dat veel benoemd wordt door de respondenten. De mogelijkheid van de eigen keuken. Er wordt op een positieve manier gesproken als het over de keuken gaat. Hierbij zijn het soms dezelfde mensen die aan de ene kant klagen over te weinig middelen maar andere kant positieve geluiden laten horen over de middelen die ze wel hebben. Bij de keuken is dit heel duidelijk, want het is een middel dat andere woonzorghuizen niet hebben. Een mogelijkheid waarmee zij zich niet alleen onderscheiden, maar waarmee zij ook extra goede zorg kunnen leveren.

“... wel als die mensen (bewoners) zeggen dat ze vandaag goesting hebben voor chocolade pudding en dat we dat aan de kok kunnen gaan zeggen ... wij hebben hier nog een eigen keuken. Wij kunnen ons dat allemaal permitteren. Die andere rusthuizen hebben dat niet binnen E... (lacht) Dat vind ik heel belangrijk!”

Uitvoerende nr. 4

Wanneer respondenten over mogelijkheden spreken kan dit positief of negatief zijn. Een respondent kan op een bepaald punt klagen over een tekort aan mogelijkheden, terwijl dezelfde respondent op een ander punt lovend kan zijn over de mogelijkheden die er zijn. Heel opvallend is dat in de meeste interviews de medewerkers zelf hun vraag naar meer mogelijkheden afblokken met de zin: “binnen de mate van het mogelijke”. Respondenten linken dit steeds aan de eerlijke prijs voor de bewoner. De directeur schetst ook het beeld dat hij tot op zekere hoogte transparant is naar zijn werknemers toe over financiële en beleidsmatige zaken. Meerdere deelnemers hebben hier begripvol over gesproken en benoemen dat de overkoepelende organisatie E hier soms sturend in is.

#### 4.4.2 Goede zorg is flexibel

“En op de blokken wordt soms ook spek met eieren gebakken, dat is goede zorg, want dat doet ge thuis ook.”

Uitvoerende nr.4

“Er zijn misschien wel dagen dat ik zeg allez ik heb niet zo veel goesting. Maar als ik dan hier ben, is dat weer snel vergeten. Het kan soms wel druk zijn en er kunnen wel problemen zijn maar als er dan ne bewoner naar je smilet, dan is dat weer oké, dan is je dag weer goed. En dat vind ik ook een onderdeel van de goede zorg, als je van ne bewoner ne welgemeende dankjewel krijgt, dat ze zegt dankjewel dat je er was en dan denk ik weer ja dat is het gene waarvoor ik het doe.”

Leidinggevende nr. 4

"[...] en als we aan al zijn noden tegemoet kunnen komen, als we ook ne babbel kunnen doen, als die zich goed geborgen voelt, als die zich niet ongerust maakt over datgene wat er gaat komen ... want ze weten allemaal dat dat hier hun laatste adres is, als er de mogelijkheid is om daar over te praten als ze voelen ik kan dat en als ze voelen dat ze zichzelf kunnen zijn t.o.v. hun zorgverleners (.) en de familie voelt zich daar goed bij, dan denk ik dat we goede zorg leveren."

Leidinggevende nr. 1

"... en dan om elf uur, hebt ge eindelijk gedaan en dan hebt ge van elf tot half twaalf een half uur dat je extra dingen kunt doen, ook al is het maar in orde brengen of nakijken wat er niet klopt of euhm (.) extra, ja extra taken doen."  
*Interviewer:* ja  
"dat is eigenlijk maar een half uur vrije tijd  
zeg maar, dat je een beetje kunt ..."

Uitvoerende nr. 3

De verschillende uitspraken over 'goede' zorg laten een divers beeld zien; soms gaat het over tijd nemen om iets extra's te doen, soms om echt contact te maken. Voor uitvoerende nr. 3 staat 'goede' zorg gelijk aan tijd krijgen om eens iets extra's te doen. Het lijkt er op dat ze weinig tijd en ruimte heeft in haar werk om extra zaken te doen, om iets te kunnen doen dat niet op voorhand al is ingepland. Over die extra tijd, die ze zelf vrij kan besteden, spreekt ze als 'goede' zorg. 'Goede' zorg zit voor haar niet in de uitgevoerde zorgtaken die ze heel de voormiddag doet zoals wassen, aankleden, helpen met eten geven, medicatie geven, bedden opmaken, brieven, mictietraining en de bewoners naar de kinésist (fysiotherapeut) brengen. 'Goede' zorg zit voor de uitvoerende nr. 3 juist in dat half uurtje per werkdag dat ze zelf kan invullen, dat ze iets extra's kan doen buiten al de zorgtaken die nu éénmaal gedaan moeten worden en die grotendeels vastliggen.

Respondenten spreken over de recente nadruk op het bewonersgericht werken, waarbij we in het 'bezielde en verweven interacties' discours (4.3.2) al uiteen gezet hebben hoe deze aandacht voor bewoners soms meer verantwoordelijkheden met zich meebrengt die de oude posities tussen werknemers op scherp kunnen zetten. Dit komt doordat de communicatie en beslissingskracht rondom de zorg van sommige, meer verzorgende, functies, nog niet aangepast zijn op deze nieuwe focus. De bewonersgerichtheid heeft tot doel om de bewoners zich meer thuis te laten voelen en op deze manier 'goede' zorg te leveren. Het opvallend dat er ook een minderheidsgeluid te horen is waarbij de bewoner juist steeds meer wegvalt. Leidinggevende nr. 1 en nr. 4 benoemen deze zorgwoning als de plek waar mensen komen sterven en uitvoerende nr. 7 spreekt over het wegvallen van contact doordat de zorg zwaarder is geworden.

"[...] ik bedoel da dat vroeger kon dat ook meer en vroeger deed animatie die organiseerde meer dingen en dat komt niet zo zeer door dat we nu Emmauhs zijn geworden dat dat nie meer is maar ook waarschijnlijk door het zorg profiel van de bewoners die nu aanwezig is. Vroeger waren de mensen meer mobiel, [...] was hier iemand van het animatie team die dan de mannen een beetje in die, die gingen dan van achteren knutselen in dat atelier dat ik hier heb staan. En dan kwamen die daar vogel kotjes mee ehum, en ik was er dan zo'n beetje om dat te begeleiden maar dat kon allemaal en dat is nu niet meer [...] ja voor een heel stuk omdat de bewoners daar nu minder Alé daar zo minder in geïnteresseerd zijn en minder mobiel zijn. [...] De kasten steken hier vol met knutsel materiaal maar he, heel veel materiaal dat kunnen ze niet meer gebruiken omdat de motoriek er niet is he. Maar dus het feit dat er vroeger wel kon, wa der toch nog iets meer betrokken in, Allez, [de zorg]"

Uitvoerende nr. 7

Bij uitvoerende nr. 1, nr. 3, nr. 5 en leidinggevende nr. 5 en nr. 2 was een afstand te herkennen als er over bewoners gesproken werd door middel van het gebruik van de term 'die bewoner'. Terwijl anderen zoals uitvoerende nr. 4 en nr. 2 vaak 'de mevrouw of meneer' zeiden of de persoon benoemde als gelijk aan hun eigen vader of moeder. Het management lijkt zich ook van deze verandering bewust te zijn en probeert onder andere door het naar binnen halen van culturele activiteiten de mensen uit het dorp naar de bewoners toe te brengen en zo toch wat van de afstand te overbruggen. Uitspraken hierover zijn alleen bij de directeur terug te horen. De directeur en leidinggevende nr.3 hebben het beiden over het nieuwe dienstencentrum dat ook voor meer aansluiting met het leven uit het dorp zou zorgen.

#### 4.4.3 Ingrijpende veranderingen

Dat het WZH twee en een half jaar geleden is overgenomen door overkoepelende organisatie E. heeft een impact gehad op de werkelijkheid van de respondenten. Er wordt door veel respondenten duidelijk gesproken over een verschil.

“Wat ik heb gezien doorheen de jaren (.) er is wel een groot verschil, er was vroeger (.) ja er was een ander bestuur hé en we zijn nu sinds drie jaar overgenomen, ja hoe moet ik het zeggen, vroeger waren we meer ... neen, compacter is niet het goede woord eeuuhhh het waren vroeger ook vooral bewoners, residenten van Wommelgem. Je moet ook rekening houden, toen ik hier 20 jaar geleden begon was de populatie ook helemaal anders. De zorgvragers hadden niet de zorgvraag die we nu kunnen leveren. Als we toen de zorgzwaarte hadden binnen gehaald, die we nu hebben, dat had nooit gefunctioneerd. Dat was nooit gelukt, daar waren de middelen niet voor. Als ik dat met nu vergelijk, nu zijn we daar wel toe in staat om aan die vragen te beantwoorden. Het blijft druk, dat ga ik niet ontkennen. Maar nu worden we wel in de mogelijkheid gesteld om aan die zorgvraag tegemoet te komen. Ik ga niet zeggen van vandaag op morgen. Maar de problemen worden bekeken, geanalyseerd en dan wordt er naar de vraag geanticipeerd. Zodat je wel aan de huidige problematiek van de zorgvragers kan tegemoet komen.”

Leidinggevende nr. 1

De veranderingen waar vaak over wordt gesproken, is die van het referentiekader van de regels, maar dus ook dat er meer mogelijkheden bij zijn gekomen om aan de vraag naar zorg te voldoen. Het geluid dat je minder hoort is het geluid over de flexibiliteit die nodig was om te kunnen veranderen en dat niet iedereen daartoe in staat bleek. Eén keer is er door een respondent een ontslag van een andere medewerker benoemd. Meerdere keren zijn er door respondenten overspannenheidsklachten of burn outs van hen zelf of collega's benoemd.

“omdat dat veranderd is! Die systeem en die kunnen da nie aan. Die kunnen da nie aan, ik weet nie waarom. [...] ja, ik denk die flexibiliteit ja, die mensen kunnen zich niet aanpassen, ja de regels van E.”

Uitvoerende nr. 2

Int: is er in de loop van de tijd dat u hier werkt iets veranderd? Of is het voornamelijk hetzelfde gebleven?

“het is hetzelfde gebleven.”

Uitvoerende nr. 2

Na afloop van een interview werd er soms wel gesproken over deze aanwezige link tussen het wel zien van veranderingen maar er in eerst instantie niet over willen praten. Een respondent gaf aan dat zij tijdens de overname bang is geweest haar baan te verliezen. In het interview met de directeur kwam ook naar voren dat de huidige personeelsleden, die al jaren bij de woning werken, niet altijd de studie hadden gedaan die de huidige regels voorschrijven, waardoor dat personeel ook niet zal worden

vervangen na hun pensioen. Onduidelijkheid over de veranderende functie omschrijving zou dus mee kunnen spelen in het beeld van de werkelijkheid dat sommige respondenten proberen te schetsen. Verder was er nog een minderheid discours te horen binnen dit flexibele en gegeven middelen discours dat zich richt op de nieuwe functie omschrijvingen die beschikbaar zijn. De overkoepelende organisatie E. heeft cyclussen van functioneringsgesprekken geïntroduceerd. Leidinggevende nr. 3 verwelkomt dit om even stil te kunnen staan bij haar eigen grenzen, of de grenzen aan haar functie.

"Ja, euhm, [...] in het begin moest ik dat werken, maar later kreeg ik dan telkens taken bij:: Dus en de hoofdverpleegster komt dan al eens vragen om andere taken bij te doen."

Int: en dat werd op die manier besproken? Dus één op één met de hoofdverpleegkundige.

"Ja"

Int: en wordt dat dan ook nog weer geëvalueerd?

"Eigenlijk niet? Ik heb geen evaluatie nog niet gehad."

Uitvoerende nr. 2

Vanuit de nieuwe regels van overkoepelende organisatie E. zien we dat er aandacht is voor een proactieve manier van communiceren en dat zij reflecteren op prijs stellen. Hier hebben zowel leidinggevende nr. 3 en de directeur het over maar de andere respondenten minder. Er wordt door hen wel over de eerder genoemde informele openheid gesproken maar men lijkt zich minder bewust te zijn van deze formele communicatie structuren die reflectie op zouden kunnen leveren. De meeste respondenten geven aan wel gebruik te maken van hun leidinggevende voor feedback op de dagelijkse praktijk. Maar voornamelijk als er dingen vast lopen. Zo omschrijven twee respondenten, uitvoerende nr. 2 en nr. 6, het inzetten van communicatie als middel om iets te bereiken meer als een soort noodklok achteraf, dan als een open proactief middel. Uitvoerende nr. 6 lijkt een moeilijke communicatie ook als een hindernis te ervaren. Zo geeft ze aan dat ze wel aan een vraag van een bewoner wil voldoen, als dit toevallig op haar pad komt. Hierin klinkt een zekere afstand die zij ervaart bij het vinden of organiseren of communiceren van de middelen die nodig zijn om zorgen van bewoners actief tegemoet te komen.

“ ja, der was zo juist, vroeg een bewoner voor haar benen in te smeren, ik zeg “ik zal al iemand vragen voor dat te komen doen”, want ik zeit van [...] dus ik mag dat niet doen”[ lacht] “

Int: en vraagt u dan direct de zorg collega?

“ja, als ik iemand tegen kom.”

Int: a ja, gewoon in de wandelgangen.”

Uitvoerende nr. 6

“ Ik vraag wel soms van te voren, ehm (.) deze stoel en deze stoel moet gebeuren, ehm, kunnen die mensen op hun bed en zet dan de stoel op de gang. Dan kan ik die stoel gaan ophalen. Maar soms wordt dan ook wel eens vergeten, en dan stel ik dat weer uit naar de anderen dag he.

Uitvoerende nr. 2

#### 4.4.4 Conclusie van de bevindingen in antwoord op onze deelvragen één en twee.

Hieronder schetsen we kort welke drie discoursen met elk hun gelaagdheid naar voren zijn gekomen en waar we verschillen en overeenkomsten zien tussen de discoursen van de respondenten.

Het eerste dominante hoofd discours is ‘vanzelfsprekende en verschuivende eigenheid’ en staat in een spanningsveld waarin gesproken wordt over vanzelfsprekende en zoekende eigenheid. Wij hebben dit eerste discours onderverdeeld in een ‘het loopt’ discours, een ‘wij/zij’ discours en een ‘vanzelfsprekende of zoekende identiteit’ discours.

In het ‘het loopt’ discours zeggen de respondenten dat het loopt in de zorgwoning R. Ze bedoelen dan dat er ‘goede’ zorg wordt gegeven. Hier zijn twee kanttekeningen op zijn plaats. Ten eerste, de respondenten spreken zich verschillend uit over hun betrokkenheid ten opzichte van het vroegere, onafhankelijke en kleine WZH en het huidige WZH binnen de overkoepelende groep E. Ten tweede, er worden aanvullingen gedaan bij ‘het loopt’ verhaal. Sommige respondenten zeggen dat het wel loopt, maar dat ze een grote tijdsdruk ervaren. Deze groep zou ook graag meer info over de bewoners krijgen om hun werk goed te doen. Een tweede groep respondenten zegt ook dat het loopt, maar enkel omdat ze vrijwillig elkaars taken en verantwoordelijkheden op zich nemen. Groep drie zegt dat het vroeger ook liep en dat het gemoedelijker was. Maar ze staan niet noodzakelijk negatief tegenover het nieuwe verhaal. De vierde groep respondenten vindt dat het nu goed loopt omdat er meer duidelijkheid



is over de verdeling van de verantwoordelijkheden. Deze groep spreekt waardierend over het feit dat complexe zaken nu worden opgepakt door deskundigen op niveau van de overkoepelende organisatie E doorschuiven met verantwoordelijkheden. Interessant in dit discours is dat respondenten aangeven een goede directeur te hebben omdat hij luistert en ze terecht kunnen bij hem. Binnen dit eerste discours was er ook een ‘wij/zij’ discours. Waarbij medewerkers zich kenbaar maken als lid van een groep. Waarbij we niet echt een verhaal van de werkvloer tegenover het management opmerkten.

Een derde discours was het ‘vanzelfsprekende of zoekende eigenheid’ discours. Waarbij uitvoerenden hun eigenheid lijkt vast te liggen zoals ook hun verantwoordelijkheden. Meer leidinggevend zijn meer op zoek naar hun identiteit, hun taken liggen minder vast, ze kunnen meer zelf kiezen.

Het tweede hoofd dominante discours is ‘bezielde en verweven interacties’. Deze interacties waren vaak een hoofdonderdeel van de interviews, waarbij respondenten spraken over de toegang tot informele en formele communicatie, de manier waarop zij toenadering zochten of juist afstand bewaren en de mate waarin zij aangaven verweven te zijn met het werk.

Het grootste gedeelte van de respondenten spraken over ‘vijf minuutjes om je ei-kwijt te kunnen bij elkaar’ waarbij het voornamelijk de functies met zorgtaken, leidinggevend en uitvoerend, waren die dit echt als noodzakelijke zelfzorg zagen. Hiernaast zijn we in dit veld ook vijf minderheidsdiscours op het spoor gekomen. Ten eerste, het minderheidsdiscours van zorgfuncties die aangaven zo erg verweven of belast te zijn dat ze ruimte in hun privé situatie moesten maken. Ten tweede, de manier waarop de informele contacten ook negatieve effecten leken te hebben op sommige respondenten, die melding maakten van roddels en uitsluiting. Ten derde, gaven sommige respondenten aan behoefte te hebben aan formele reflectie of meer tijd hier voor. Ten vierde, beschrijven enkele respondenten dat er niet naar hen geluisterd wordt bij formeel overleg wat er voor zorgt dat ze om dit overleg heen gaan werken. Of dat ze helemaal niet aan mogen schuiven bij formeel overleg. Ten laatste, lijkt er ook weerstand tegen dit formele overleg te zijn wanneer respondenten aangeven dat ze door de protocollen minder tijd hebben om zelf in te richten of wanneer uitvoerenden aangeven pas formele communicatie op te zoeken als het mis loopt, als een soort noodklok. De leidinggevende functies staan hier juist anders in en spreken over actief de vloer op gaan en in informeel contact te luisteren naar de medewerkers, waarbij ze ook spreken over de trainingen die plaatsvinden om medewerkers te scholen om ook een proactieve houding aan te nemen. Het derde dominante hoofd discours is ‘gegeven en vloeibare contexten’. De meerderheid praat over deze term die ingegeven lijkt te zijn door de open communicatie van de directeur over de faire prijs die hij wil handhaven voor de bewoners. De meeste minderheidsdiscoursen in dit veld benoemen negatieve grenzen van de mogelijkheden die ze zien. Al spreken ook veel respondenten over dat ene overduidelijke positieve punt; de eigen keuken. De vijf overige minderheidsdiscoursen gaan over: tijdsgebrek, langzame formele kanalen of geen toegang hebben tot digitale middelen, de vastlegging van taken, de weggevalen bewoner en het feit dat de omstandigheden rondom de functieomschrijving veranderd zijn door de overname.

## 5 Discussie

### 5.1 Zorgethische reflectie en discussie op de bevindingen, met betrekking tot *political space* en goede zorg

*'Care is more than a virtue, bound to persons. Ontologically care ethics as a political ethics is grounded in a relational paradigm that honours interdependence in caring relationships and the constant changes in positions of vulnerability and fragility.'* ( Visse et al. 2015, p 167)

Er is een machtshierarchie te ontdekken tussen respondenten die betrokken zijn bij voornamelijk minderheid discourses in één veld en dominante discourses in een ander veld. Door de grafische weergave (4.1) van de gevonden families die ten grondslag liggen aan de discourses zijn we deze hiërarchische verdeling op het spoor gekomen. Het gaat hier over, drie verschillende groepen die elk een gelinkt lijken aan een dominant discours. Ten eerste zullen we de oververtegenwoordiging van de stemmen van leidinggevenden in het dominante discours binnen het spanningsveld van de gegeven en flexibele context, beschrijven. Ten tweede beschrijven we de groep respondenten met een uitvoerende functie die het spanningsveld van het vanzelfsprekende en zoekende eigenheid discours naar voren komen in het dominante discours 'het loopt'. Waarbij we ook nog inzoomen op de uitvoerende en leidinggevende met een zorgtaak die het dominante discours van 'vijf minuutjes je ei- kwijt kunnen bij elkaar' in het bezielde en verweven interacties spanningsveld in nemen. Ten derde reflecteren we op de vaak onbewuste wrijving tussen formele en informele gesprekken over zorg verantwoordelijkheden die ook zeker mee lijkt te spelen in de bevindingen.

Omdat wij vanuit de KDA ons richten op het in kaart brengen van de machtige stem tegenover de weggevallen meer verborgen stem hebben we in de discussie gepoogd deze gevonden tegenstellingen in kaart te brengen, met betrekking tot *political space*. In onze bevindingen komt naar voren dat niet alles wordt besproken, niet alles komt op tafel, hiervan willen we de implicaties voor *political space* doordenken en per punt zullen we ook door denken wat hiervan de implicaties zijn voor 'goede' zorg binnen zorgwoning R.

#### 5.1.1 'Binnen de mate van het mogelijke' als dominant discours vanuit het management

Het management stuurt bewust en onbewust de agenda van de *political space*. Door bepaalde issues en de daarmee samenhangende argumentatie als een dominant discours neer te zetten, bijvoorbeeld door hun eigen argument over de grens van het mogelijke, gelinkt aan een eerlijke prijs voor de bewoner. Dit punt zullen we als eerste toelichten. Dit discours wordt overgenomen door de minder machtigen en sluit andere discours uit. Vervolgens zullen we toelichten hoe het management een bepaald format

verwacht waarbinnen de issues op tafel worden gebracht en hoe dit invloed heeft op de *political space*. Bijvoorbeeld, wil een zorgverlener een onderwerp aankaarten dan moet dit voldoende beargumenteerd en geanalyseerd zijn. Als derde discussiepunt binnen deze gevonden dominante discours van het management bespreken we hoe bepaalde beroepsgroepen worden uitgesloten bij een overleg, bijvoorbeeld de *non nurturing care* beroepen. Na het toelichten van deze drie punten, betreffende de dominante discours van het management ten aanzien van *political space*, zullen we bediscussiëren wat dit mogelijk kan betekenen voor goede zorg in deze specifieke situatie.

Tien van de dertien respondenten spraken over: ‘binnen de mate van het mogelijke kunnen wij ‘goede’ zorg geven aan onze bewoners.’ Waarbij ‘binnen de mate van het mogelijke’ gelinkt werd aan de *fair price*, die de bewoners maandelijks moeten betalen voor hun verblijf in zorgwoning R. ‘Binnen de mate van het mogelijke’, gelinkt aan een eerlijke prijs voor de bewoner, is een krachtige en dominante discours binnen deze organisatie. Hoe beïnvloedt een discours van machtigen de geest en acties van diegenen die minder machtig zijn (Van Dijk, 2011)? De discourse lijkt te vertrekken vanuit de missie- en visie verklaringen, wordt verspreid door de directeur en resoneert door heel het WZH heen. Zorgverleners op de werkvloer lijken zichzelf door dit dominant discours beperken in de onderwerpen die ze aanbrengen in de *political space* van de zorgwoning R. In hun streven naar ‘goede’ zorg leggen ze zichzelf een grens op, een budgettaire grens: ‘er is geen budget voor!’ Voor de *political space* is dit belangrijk want op deze manier komen niet alle onderwerpen op tafel. Als ze toch op tafel zouden komen, kunnen ze met dit dominante discours ook snel afgevoerd worden.

Bij het coderen van de interviews merkten we dat de codes argumenteren en analyseren veel voorkwamen (4.3). De geïnterviewde uitvoerenden vertelden dat ze gehoor kregen bij de leidinggevenden, de directeur, het bestuur, wanneer ze het onderwerp dat ze wilden aandragen, om te komen tot de best mogelijk zorg, konden analyseren en beargumenteren. De leidinggevenden en de directeur spraken zelf ook over het belang van het kunnen analyseren en beargumenteren van voorstellen. Zij moesten dit ook doen, wilden ze gehoord worden door hun meerderen. Gehoor krijgen met een onderwerp, dat vooraf goed geanalyseerd is en dat goed beargumenteerd kan worden, klinkt heel aannemelijk. Het lijkt de logica zelve. Maar is het dat ook wanneer je naar de scholingsgraad van de zorgverleners in de zorgwoning gaat kijken? Van de 13 respondenten heeft één persoon een masteropleiding, vijf zorgverleners hebben een diploma professionele bachelor en 7 respondenten hebben geen diploma hoger onderwijs. De vraag van het management om de te bespreken onderwerpen goed te analyseren en te beargumenteren, alvorens ze op tafel te leggen, zou zorgverleners en hun onderwerpen kunnen uitsluiten.

Het valt ons op dat voor elk comité, overleg of vergadering binnen de overkoepelende organisatie E., strikt vastligt wie er mag aan deelnemen en wat de thema's en de doelen zijn die daar worden besproken. Dit is vastgelegd door het bestuur. Niet elk onderwerp, met betrekking tot het ervoor

zorgen dat de zorgorganisatie de best mogelijke zorg organiseert (Vanlaere & Burggraeve, 2013), kan zomaar ergens door een medewerker neergelegd worden (4.3.2). De directeur geeft aan dat hij soms onderwerpen op een overleg blokkeert omdat hij vindt dat ze beter ergens anders kunnen worden besproken. Dit is begrijpelijk en kan positief werken: het houdt het besturen van een complexe organisatie beheersbaar voor het management. Maar dreigen de verzuchtingen, met betrekking tot het organiseren en geven van de best mogelijke zorg, op deze manier niet soms tussen verschillende ‘tafels’ te vallen? Vanuit management vertrekt nu de boodschap dat veel besproken kan worden, als het maar op de juiste plaats gebeurt en door mensen met de juiste functie binnen de organisatie.

Voor zorgwoning R. bespreken we een voorbeeld van een vorm van uitsluiting van de political space en waarom dit niet leidt tot de best mogelijke zorg voor de bewoners: het uitsluiten van de *non nurturing care* medewerkers. Werknemers, in zorgwoning R., met een *non nurturing care* functie, zowel uitvoerend als leidinggevend, spreken van weinig tot geen betrokkenheid bij formeel overleg met andere beroepsgroepen van zorgwoning R. De quote van *non nurturing care* uitvoerende nr. 6 illustreert dit punt (4.4.3). Zij geeft aan dat ze de vraag van een bewoner op zal pakken als ze, toevallig, iemand tegenkomt, die bevoegd is om aan de vraag van de bewoner te voldoen. Ze heeft niet de middelen om deze zorgvraag ergens neer te leggen, anders dan via informeel contact dat toevallig in de wandelgangen zou kunnen plaatsvinden. Voor *non nurturing care* functies, met uitvoerende taken, lijkt er geen formeel gesprek plaats te vinden waarbij er afstemming is over hun werktaken. Als ze wel betrokken worden, lijkt hun inbreng niet altijd naar waarde geschat te worden. Bijvoorbeeld bij de leidinggevende huishouding: zij heeft het gevoel dat haar inbreng weggelachen wordt door de andere leidinggevendenden. Dat ook *non-nurturing care* onderdeel is van het zorgproces, zoals Tronto (2013) omschrijft, lijkt binnen zorgwoning R. niet zo gezien te worden en dus niet structureel verankerd te zijn. Deze medewerkers krijgen niet de kans om gehoord te worden in een publiek gezamenlijk overleg. Dat de stem van de *non nurturing care medewerkers* in het werkoverleg van zorgwoning R. een meerwaarde zou zijn om te komen tot ‘goede’ zorg, lijkt ons evident als je de vijf fasen van Tronto herkent als zorgen. De officiële redenen waarom het management deze groep van medewerkers niet betreft bij het zorgoverleg in de zorgwoning, zijn ons door deze discoursanalyse niet duidelijk geworden.

Ook uitvoerenden met zorgtaken lijken, wanneer het om hiërarchische beslissingen en ‘goede’ zorg gaat (4.3.1), voor een gedeelte buiten formeel overleg gehouden te worden. Terwijl de zorgkundigen en verpleegkundigen zelf het idee hebben dat ze mee zouden moeten kunnen beslissen op basis van hun nabijheid en kennis van de bewoner. Het belang van nabijheid en relationaliteit wordt door het management erkend en aangemoedigd door het recent gaan werken met aandachtspersonen. Toch geven leden van beide beroepsgroepen aan, dat wanneer er gediscussieerd wordt over wat goede zorg is voor een bepaalde bewoner in een particuliere situatie, dat het niet de zorgverlener met de beste

relationele verbondenheid met de bewoner is, die beslist over wat goede zorg is voor die bewoner. Het is de meerdere, de machtige, op basis van diploma en de daarbij horende functie die gaat beslissen. Dit kan zorgverleners frustreren die de betrokken bewoner beter kennen vanwege de zorgrelatie die ze door de tijd heen hebben opgebouwd. Sommige uitvoerenden met zorgfuncties spreken er over dat ze wel eens om zo'n formeel overleg heen werken, om toch de in hun ogen nodige zorg te kunnen bieden. Zij gaan dan de *political space* omzeilen. Dit is niet louter een discourse vanuit het management. Dit is een bredere maatschappelijke discours waarbij 'kennis uit boeken en de daarbij behorende functies meer gewaardeerd worden dan praktijkkennis' zoals een verpleegkundige het verwoordde. Het ging hier om een relatie verpleegkundige - huisarts.

Als we de term *engrossment* van zorgethica Noddings (1984) gebruiken voor een verdere analyse van deze situatie, kunnen we zeggen dat de uitvoerenden met zorgfuncties hun *motive power* geheel op de ander, de bewoner, kunnen richten binnen de nieuwe structuur van aandachtspersonen. Maar dat deze *motive power*, die aan de basis ligt voor zorgen vanuit *engrossment*, niet formeel in beslissingsmacht wordt ondersteund. Filosoof Virginia Held, benoemd dat vanuit de zorgethiek, vertrouwen en loyaliteit mee zouden moeten wegen, bij het maken van afwegingen. Onpartijdigheid, bij morele problemen, volstaat niet volgens haar, soms moet de relatie mee kunnen tellen in de afweging (2006, p. 100). Als we vanuit haar gedachten naar dit 'er om heen werk' verschijnsel in de zorgwoning R. kijken, zou het mee laten spelen van wie er letterlijk nabij de bewoner staan, of wie haar aandachtspersoon is, mee moeten wegen in de beslissingskracht die die persoon krijgt toegeschreven bij formeel overleg over zorgbeslissingen.

Voor de uitvoerende *non-nurturing care* functies zou deze nabijheid regel ook kunnen gelden, zij zijn immers degene die dagelijks in de woningen van de bewoners komen en veel zien. Als zij meer formeel gehoord zouden worden als onderdeel van het zorgproces, met beslissingskracht op basis van nabijheid, zullen ze misschien ook op een meer proactieve manier de zorgverantwoordelijkheden oppakken. Al is hierbij wel een kanttekening te plaatsen, met de vraag of hun verwevenheid en misschien ook wel emotionele belasting en beleving van het werk dan wellicht ook toe zal nemen, net zoals het nu bij de zorgfuncties omschreven wordt. Toch zou dit proactief oppakken en faciliteren van eigen actorschap voor deze groep, mogelijk meer invulling kunnen geven aan de zorgvragen die er liggen in de praktijk. Iets wat ook institutioneel verval, zoals beschreven in paragraaf 4.3.1, tegen zou kunnen gaan en wat bij kan dragen aan goede zorg.

### 5.1.2 In informeel contact conflicten vermijden, een hoofd discours van de werkvloer

Bij alle drie de discourses komt naar voren hoe veel belang de uitvoerende respondenten hechten aan informele communicatie. Er wordt door de uitvoerende respondenten meer over informele dan over

formele communicatie gesproken, waarbij de laatste ook kritisch besproken wordt. Eén groep, namelijk de mensen die een informele band met de directeur hebben en zich gehoord voelen door hem (4.2.1), ondersteunen deze overgang naar meer formele communicatie, terwijl de groep die geen direct lijntje heeft, dit of niet erg vindt of een manier vindt om, zoals in 5.1.1 aangegeven, om deze formele communicatie heen te werken. Hierdoor lijken sommige praktijkproblemen niet bij het management op tafel te komen. Respondenten lijken veel waarde te hechten aan deze informele communicatie. Vooral het in ‘5 minuutjes je ei-kwijt kunnen bij elkaar’ is hierbij een dominant discourse. De zorgverleners vinden op die manier emotionele ondersteuning bij elkaar in hun dagelijkse zorgwerk. Hierbij speelt de vanzelfsprekendheid waarmee respondenten over hun eigen (werk)identiteit spreken ook een rol. We zien een breuklijn in de hiërarchische structuur van zorgwoning R., als het om de perceptie van vanzelfsprekende en verschuivende taken en identiteit gaat. Uitvoerende medewerkers, die al langer bij het WZH werken, spreken vanuit een sterke eigen en vaststaande identiteit, die ze voornamelijk als ‘vanzelfsprekend’ benoemen. Alle leidinggevendenden, ongeacht de duur van hun aanstelling, lijken zich meer zoekend op te stellen in hun identiteit en spreken bewust over het veranderen van positie(s) als een keuze. Dit komt naar voren in het spanningsveld van vanzelfsprekende en zoekende eigenheid en in het bezielde en verweven interactie veld. Want bij die laatste zien we de zoekende houding van de leidinggevendenden ook terug in hoe ze verschuivende verantwoordelijkheden beschrijven. Terwijl de uitvoerenden over een vanzelfsprekende verantwoordelijkheid spreken, waarbij de taken vast staan of het toewijzen van extra taken als vanzelfsprekend bij hen terecht komt. Tronto spreekt over een politiek proces waardoor zorgrelaties genaturaliseerd kunnen worden:

*‘[...] by not naming explicitly those who are involved in the care process through the two broader phases of care: paying attention and therefore being care attentive in the first place, and assuming responsibility. I propose that any account of institutional care that fails to name explicitly the ‘care-attentives’ and the ‘care-responsibles’ allows those people, and their roles in caring to pass unnoticed.’* (Tronto, 2010, p. 165).

Door het niet benoemen van deze andere eerdere functies in het zorgproces, functies die ook bij leidinggevendenden terug te vinden zijn, kan het ‘vanzelfsprekend’ lijken dat zorggevers die wel zichtbaar aanwezig zijn in de praktijk, zoals zorgkundigen en logistiek medewerkers, de zorgverantwoordelijkheden die in de zorgpraktijk ontstaan op zich nemen, zonder een gesprek over hoe deze verantwoordelijkheden verdeeld zouden moeten worden.

Naast dit niet benoemen van alle betrokken uit de vijf fasen van zorg van Tronto (2013) bij zorgverantwoordelijkheden, zien we nog een andere uitdaging bij het bespreekbaar maken van deze verantwoordelijkheden. Deze uitdaging ligt in het verschil in perceptie in de groep respondenten die

spreekt over deze vanzelfsprekendheid. De *non-nurturing* uitvoerende functies geven aan wel een vanzelfsprekendheid van hun (werk) identiteit te ervaren, maar geven aan minder verweven met het werk te zijn. Ze spreken bijvoorbeeld ook niet of spreken ontkennend, over de druk die dit werk op hun privé situatie zet. Terwijl alle zorgfuncties, uitvoerend en leidinggevend, spreken over de zware belasting ook op de thuissituatie. Al lijken ook sommige uitspraken van deze *non-nurturing* functies zichzelf tegen te spreken. Bij de quote (4.5.3) van uitvoerende nr. 2 is dit bijvoorbeeld naar voren gekomen. Ze geeft duidelijk aan geen problemen tussen haar privé- en werksituatie te herkennen en haar verwevenheid met het werk werd onbenoemd. Toch spreekt ze over het feit dat, als zij de zorgkundigen vraagt een rolstoel klaar te zetten, zodat zij haar werk kan doen, dit vaak vergeten wordt. Ze gaat hierover geen conflict met de zorgkundigen aan. Wij hebben een eerdere uitspraak van haar gehoord hoe zeer ze afhankelijk is van hulp aan de tafel van de zorgkundigen en dat ze er wel eens alleen voor heeft gestaan. De ondersteuning die zij van zorgkundige krijgt aan de tafel is volgens haar woorden niet formeel geregeld. Wij vragen ons af of ze misschien toch ook, net als zorgkundigen, op een informele wijze afhankelijk is van steun van zorgkundigen en dat ze daarom niet zo gemakkelijk tegen hen in zal gaan of een conflict op zal zoeken. Er lijkt toch sprake te zijn van een zekere verwevenheid.

In gesprekken met de respondenten van zorgwoning R. in het WZH te W., is ons opgevallen hoe alles met elkaar verweven is in deze zorgpraktijk. In hun definitie over zorg zeggen Fisher en Tronto (1993): '[...] *That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.*' Vosman & Niemeijer spreken ook over deze complexe verwevenheid, ze zeggen hierover; "*What suddenly became apparent was that caregivers constantly try to get things done through and for others; by phoning, emailing and leaving (written or recorded) messages for the next shift. They are busy 'knitting'.*" (p. 6) Dat veel medewerkers zeggen dat 'het loopt' in zorgwoning R. lijkt in onze ogen verbonden te zijn met dit aan elkaar breien van zorgtaken, waarbij men elkaar geregeld opzoekt voor steun en hulp. Dit verweven en complexe web, zien wij terug in de twee dominant discourses, 'het loopt' omdat we '5 minuutjes je ei kwijt kan bij elkaar'. Bij beide dominant discourses is sprake van verweven interacties, welke voornamelijk informeel geregeld zijn en waarbij er een verschil is in hoe vanzelfsprekend respondenten hun taken oppakken en hierdoor wel of niet geneigd lijken conflicten uit de weg te gaan. Ook benoemden respondenten de meer formele communicatiemiddelen, zoals het persoonsgebonden digitale dagboek en mailcontact, als onderdeel van deze afhankelijkheid van elkaar, dat er zo voor zorgt dat het loopt op de afdeling. Dit is een dominant discours dat niet lijkt opgelegd of bepaald door een machtige functie of stem, maar misschien meer te maken heeft met de veeleisendheid van het zorgwerk zelf en de afhankelijkheid die respondenten daarbij zeggen te ervaren. Medewerkers spreken relatief weinig over conflicten tussen elkaar in de zorgwoning R. Wanneer er over conflicten werd gesproken dan was dat voornamelijk informeel door roddels of het richt zich dan eerder extern, op de overkoepelende organisatie E. Zou

het kunnen dat medewerkers conflicten trachten te vermijden? Hoe moeilijk is het om openlijk conflicten aan te gaan wanneer mensen zo nauw verbonden zijn met elkaar en veel medewerkers zich niet eens bewust lijken te zijn van de vragen die ze zouden kunnen stellen, sinds ze veel van hun werk lijken aan te nemen als een vanzelfsprekend onderdeel van hun werk of dat ze er zelf voor kiezen om confrontaties uit te weg te gaan omdat ze afhankelijk zijn van elkaar. Daarbij speelt misschien ook nog het punt van de angst om je baan te verliezen mee bij sommige respondenten. Dit samen met de (organisatorische) complexiteit die voor onvoorziene veranderingen kan zorgen, die ook invloed hebben op de posities van de deelnemers binnen de organisatie, geeft ons de indruk dat hier sprake is van *precariousness* (Vosman & Niemeijer, 2017). Deze *precariousness* van de posities in de zorgpraktijk van de respondenten zou invloed kunnen hebben op de manier waarop verantwoordelijkheden besproken kunnen worden. Vanuit de expressief collaboratieve benadering van Walker (2003) moet er over zorg constant onderhandeld worden. Tussen de zorgvrager en de zorgverlener, maar ook in het zorgteam en binnen de zorgorganisatie. Maar hoe ga je die onderhandeling aan als je ook afhankelijk bent van elkaar en wanneer veel van de communicatie informeel plaatsvindt? Daarbij zien we ook dat deze onderhandeling ook nog bemoeilijkt zou kunnen worden doordat respondenten zich veelvuldig positioneren aan de hand van hun beroepsgroep. Waarbij communicatielijnen met andere beroepsgroepen niet structureel voor iedereen bereikbaar zijn.

We hebben ook uitspraken gevonden van respondenten die wel aangeven met conflicten terecht te kunnen binnen formeel overleg. Zoals uitvoerende nr. 3, die vertelt over de bewoner die alleen door vier bepaalde zorgkundige gewassen wordt en waarbij sommige zorgkundige zich telkens aan deze taak onttrokken (4.3.2). In eerste instantie kon er een oplossing besproken worden in de teamvergadering, maar toen deze oplossing niet bleek te werken werd het probleem weer teruggegeven aan de werkvloer. Los het onderling maar op werd er door de leidinggevende gezegd. Toch gaf deze uitvoerende ook aan dat er in andere gevallen wel naar haar geluisterd werd, als het meer over taakproblemen ging. Is het erg dat er vele redenen lijken te zijn waardoor conflicten niet openlijk besproken worden binnen deze specifieke zorgpraktijk in zorgwoning R? De wetenschappelijke meningen lopen uiteen over de manier waarop conflicten wel of niet kunnen bijdragen aan de verbetering van het werkproces. Dreu & Weingart (2003) zien geen positieve effecten van conflicten binnen een team, terwijl Simons and Peterson (2000) benoemen dat groepen die taakgerichte conflicten bespreken, betere beslissingen maken omdat deze conflicten aanmoedigen om een beter cognitieve begrip van de onderliggende issues te vormen. Tronto haar idee van *political space* is wel bedoeld als een ruimte waar conflicten uitgesproken kunnen worden. ( 2.2.2)

Het weinig openlijk uiten van meningsverschillen en meningsverschillen eerder bedreigend vinden, om begrijpelijke redenen, zouden het geven van ‘goede’ zorg in de zorgwoning R. in de weg kunnen staan. De leidinggevenden van het WZH en de overkoepelende organisatie E. lijken zich hiervan



bewust en spreken over een interessant initiatief en een dagelijkse praktijk. De leiding van de overkoepelende organisatie E. heeft recent het initiatief genomen om al de medewerkers van het WZH een tweedaagse opleiding te laten volgen: het *Practicum* ( 4.3.2). Belangrijke doelstellingen zijn: ‘hoe treden we in communicatie met elkaar?’, ‘hoe werken we samen met collega’s, zodat we bewoners nog beter kunnen ondersteunen?’ Wanneer leidinggevendenden spreken over hun dagelijkse praktijk in het WZH, dan zeggen ze dat hun deur altijd open staat voor hun medewerkers en vooral benoemen ze de praktijk van zelf actief naar de werknemers toe te gaan op de werkvloer, *managing by walking around* (Peters & Waterman, 1982). Op die manier weten ze wat er leeft bij de werknemers op de werkvloer. Leidinggevende nr.1 zegt hierover dat het belangrijk is dat haar collega's zich happy voelen anders kunnen ze geen goede zorg leveren. Deze gesprekken hebben een informeel karakter en de onderwerpen van de gesprekken kunnen louter privé blijven. Tronto spreekt expliciet over *formal space* in haar definitie van *political space* (2.1.2)

Veilig van mening verschillen over ‘goede’ zorg op een publieke manier, kan gestimuleerd worden door het organiseren van morele beraden (van Dartel & Molewijk, 2014). Een moreel beraad, als een methodische reflectie, kan een essentieel onderdeel vormen van het continue proces van gezamenlijk werken aan het bepalen en vormgeven van goede zorg, goede samenwerking en een goede zorgorganisatie (van Dartel & Molewijk, 2014, p. 17). Doordat de ‘moreel beraad’-methode een open, gelijkwaardige, kritische, maar ook gedeelde en constructieve sfeer van onderzoek en dialoog nastreeft, worden zo de communicatie en samenwerking binnen zorgteams vaak door moreel beraad verbeterd (p. 31). Ook zouden de leidinggevendenden tijdens hun *walking around* actief op zoek kunnen gaan naar tegenspraak (Lonkhuyzen, 2015).

### 5.1.3 Zorgwerk is een relatie

Er lijkt nog een verschil door de discourses heen naar voren te komen, tussen de mensen die als uitvoerende specifieke op deze zorgwoning R. werken en uitvoerende en leidinggevende functies die meer door het hele huis heen werken. Waarbij we in de gegeven en flexibele context discourses zien dat de combinatie van de weggevallen bewoner (4.4.2) en het bewonersgericht werken een behoefte creëert aan een flexibele en proactieve houding van de werkvloer (4.3.2). Terwijl juist de uitvoerende op de werkvloer binnen de woning, die het meest in direct contact met de bewoners staan, het minste ruimte ervaren om hun tijd zelf in te richten ( 4.3.2). Deze groep spreekt over een tekort aan tijd of op zijn minst een *rush* van taken, die vastliggen. Waarbij de mensen die minder vastzitten aan de afdelingen meer spreken over het zelf kunnen inrichten van hun taken. Eerst bespreken we dit minderheids discours welke gaat over de roep om meer zelfstandigheid om flexibel invulling te kunnen geven aan zorgtaken en betere communicatiemiddelen, gericht op deze zelfstandigheid.

Vervolgens zullen we kijken naar het minderheids discours over de weggevalen bewoner en hoe deze haaks staat op de focus op een proactieve houding, die de leidinggevende voorop lijken te stellen.

Het aandachtsgericht werken, dat vanuit de beleidsstukken van de overkoepelende organisatie E. via de directeur nu ook onderdeel is geworden van de zorgpraktijk, lijkt voor sommigen haalbaarder dan voor anderen, zoals we in paragraaf 5.2 besproken hebben met betrekking tot het wel of niet krijgen van beslissingskracht. Ook de praktische indeling van de tijd lijkt invloed te hebben op het totstandbrengen van deze proactieve houding. Dit komt heel mooi naar voren in een quote van leidinggevende nr. 1 (4.3.2), waarbij ze bespreekt hoe moeilijk zorgkundigen het vinden om, ten behoeve van een bewoner, van het protocol af te wijken. Het protocol zegt in dit geval dat de bewoner om tien uur zijn medicijnen moet innemen maar de bewoner slaapt nog en vanuit het bewonersgericht werken willen de zorgkundigen hem laten slapen, al twijfelen ze of ze dit durven te doen. De leidinggevende heeft hier begrip voor want zegt ze; wij hameren immers ook op het navolgen van die protocollen in de vergaderingen.

Deze vooraf gestructureerde taken, de taken die afgetekend dienen te worden kunnen volgens ethica Mariël Kanne (2016) een gevolg zijn van de veranderende interpretatie van verantwoordelijkheden. Waar vroeger verantwoordelijkheid gegeven werd aan zorgwerkers op basis van hun deskundigheid, wordt dat nu steeds meer gedaan door ‘responsibilization’ (Banks, 2013), waarbij verantwoordelijkheid voortkomt uit de juiste inzet van controle en beheersing van de praktijk, door onder andere gebruik te maken van protocollen. De directeur spreekt ook over het nut van sommige protocollen, omdat ze aan overheidseisen willen voldoen. Hiermee is de overheid en misschien ook wel de markt, via de vertalende functie van de directeur, een onzichtbare participant aan de tafel van het WZH geworden. Mariël Kanne schetst dat bij professionele verantwoording steeds meer nadruk gelegd wordt op uitkomsten en opbrengsten van zorg en steeds minder aandacht is voor het proces. Gherardi & Rodeschini (2016), benoemen dat wanneer zorg simpelweg een ding is, en geen ‘doing’, we een risico lopen als samenleving. Ze zeggen hierover: *‘When healthcare is treated like any other “industry,” there is a risk of losing “care” in the face of efficiency, standards of competence, an evidence-based rationality.’* (p. 267) Ze benadrukken hiermee dat mensen die zorg nodig hebben geen middel zijn die je af kan vinken, maar dat zorg een relatie is. Waarbij de metafoor die Kanne (2016) gebruikt voor de verhouding zorgverlener en zorgontvanger, deze relatie voorop stelt in een pakkend beeld. Wat ons een mooi inzicht in de zorg, die zich afspeelt binnen zorgwoning R., zou kunnen geven. Zij schetst het beeld van de zorgverlener als een instrument. Een goed werkend instrument moet bespeeld worden door anderen, waaronder ook de zorgontvanger. Verder vergt een instrument continu afstemming middels kalibrering. Hiervoor is volgens Kunne, reflectie essentieel. Ze zegt hierover: *“Werken als een instrument in de hulpverlening betekent dus niet: mechanisch, als een automaat steeds dezelfde handelingen herhalen. Het vraagt integendeel om een kritische blik op het eigen handelen en de bereidheid om zo nodig dat handelen aan te passen.”* (p.222) Een *political space*

zou ondersteunend kunnen zijn aan deze kalibrerende handeling als het vervolgens de uitvoerders ook in staat zou stellen om zelfstandig te handelen, bewogen door de zorgontvangers meer dan door de protocollen.

Het management in dit WZH lijkt zich bewust te zijn van de uitdaging die uitvoerende ervaren bij het zelf doorvoeren van beslissingen, zie de quote van leidinggevende nr. 1 (4.3.3). Waarbij ze, zelf benoemd, minder moeite hebben met deze afweging om vanuit bewonersgericht werken af te wijken van een protocol, omdat ze zelf de kennis en macht heeft om het protocol aan te passen. Een *political space* waarin openlijk benoemd kan worden welke mensen gemachtigd zijn voor welke taken en wie in mindere mate, zou misschien zelf deze conflicterende beleidsdoelstellingen herkennen en kunnen aanpakken. In dit geval gaat het om het conflict tussen ‘bewonersgericht werken’ en ‘protocollen volgen om aan de overheidseisen te voldoen’. Refererend aan paragraaf 2.3.3 zouden we kunnen zeggen dat we hier een “value gap” op het spoor zijn gekomen. Hierbij zouden wij nog een kleine kanttekening willen plaatsen. Sinds de bewoners in deze zorgwoning R. een steeds zwaardere zorgindicatie hebben en sommige uitvoerende en leidinggevende spreken over het wegvallen van contact met de bewoners, zou het wel eens raadzaam kunnen zijn om niet alleen af te stemmen op bewoners maar ook op de familieleden van bewoners. Zodat de responsiviteit, die nodig is voor de zorgrelatie en afstemming, toch tot stand komt. Iets waar, in ons onderzoek, nog maar enkele betrokkenen over de relatie met de familie gesproken hebben. Dit zou ook kunnen komen omdat onze vraagstelling vooral gericht is geweest op *political space* en in mindere mate op contact met de bewoners.

## 6. Conclusie en aanbevelingen

### 6.1 Conclusies

Resumerend hebben we gezien, dat we vanuit de analyse van de 13 kwalitatieve, semi-gestructureerde interviews, via axiaal coderen, zijn uitgekomen bij drie spanningsvelden. Waarbij er een dominant discours te herkennen was binnen elk spanningsveld, naast meerdere minderheid discours. Deze bevindingen hebben we geschetst in hoofdstuk vier als antwoord op onze eerste en tweede deelvraag. Vervolgens hebben we de punten uit de bevindingen, die *political space* en ‘goede’ zorg betreffen in hoofdstuk vijf bediscussieerd, in antwoord op deelvraag drie. Op basis van hoofdstukken vier en vijf willen we in dit hoofdstuk zes, ons antwoord op de hoofdvraag weergeven.

Terugkijkend naar de drie gevonden spanningsvelden van discoursen, zien wij dat sommige bevindingen niet direct een relatie hebben met *political space*, echter via een *zorgethische-political space*-bril hebben we getracht deze relatie op het spoor te komen. Vanuit de gevonden dominante discoursen spreekt een groot gedeelte van de respondenten over tevredenheid met de werkomstandigheden in zorgwoning R. binnen het WHZ te W. Terwijl dezelfde en andere respondenten soms ook een minderheid discours laten horen. Een minderheid discours die in meer of mindere mate afwijkt van deze tevredenheid. Hierdoor denken we dat in zorgwoning R wrijving bestaat met betrekking tot de ruimte die er bestaat voor een *political space*. Al werden de meeste momenten van communicatie positief weergegeven door de respondenten, dit hoeft niet te betekenen dat dit ook zo is. Dit punt zullen we, door terug te kijken op de gevonden minderheids discoursen, in de volgende paragraaf verder toelichten. Eerst kijken we naar opvallende zaken omtrent de dominante discoursen. Het valt ons op dat we wel meerdere hoofdbronnen van dominante discoursen hebben herkend in onze discussie. Ten eerste het management dat het discours ‘binnen de mate van het mogelijke’ meegeeft vanuit hun machtspositie (4.4.1). Ten tweede de mensen op de werkvloer die het dominante discours van ‘het loopt’ lijken te omarmen (4.2.1), waarbij de perceptie van hun gezamenlijke positionering van eigenheid ook een rol lijkt te spelen. Ten derde de zorgfuncties, leidinggevenden en uitvoerenden, die het dominante discours ‘5 minuutjes je ei kwijt kunnen bij elkaar’ (4.3.1) op de kaart hebben gezet. Dat er meerdere hoofdbronnen terug te vinden zijn die in staat zijn een dominant discours te vormen laat ons zien dat er sprake is van een vorm van *political space* waarbij meerdere stemmen gehoord worden. Het is ons verder duidelijk geworden dat de twee dominante discoursen ‘het loopt’ en ‘5 minuutjes je ei kwijt kunnen bij elkaar’ voornamelijk door informele communicatie vormgegeven worden (4.3.2). We vragen ons af in hoeverre we hier over een *political space* mogen spreken. Tronto geeft duidelijk aan dat *a political space* een formele publieke ruimte moet zijn.

Wat betreft ‘5 minuutjes je ei kwijt kunnen bij elkaar’ zien we dat het management hiervoor meer formele ruimte aan het maken is. Ten eerste door actief de vloer op te gaan, ten tweede door te gaan

participeren in deze 5 minuutjes voor elkaar en ten derde door in teamoverleg ruimte te maken voor *issues* van de werkvloer (4.3.2). De betrokkenheid van *non nurturing care* functies blijft hierbij achter. Zo komen we in de buurt van de minderheid stemmen die we op het spoor zijn gekomen in onze KDA. Er lijkt een onzichtbare grens op meerdere fronten te zijn tussen de respondenten uit de zorgpraktijk van zorgwoning R. die we in de minderheids discours terug zien. Ten eerste zien we een grens tussen beroepsgroepen (4.2.2), die elkaar niet gemakkelijk bereiken in formeel overleg. Ten tweede een grens tussen onderwerpen die wel informeel besproken kunnen worden maar niet formeel (4.3.2), waarbij sommige *housekeeping issues* die wij herkend hebben niet op de agenda komen en ten derde een grens tussen *non nurturing care* functies en de rest (4.3.2). Deze laatste grens laat zich in meerdere gedaanten zien.

Soms doordat niet iedereen toegang heeft tot dezelfde communicatiekanalen en soms omdat communicatie door de *non nurturing care* functies niet proactief werd ingezet. Dit zien we als het gaat over het onbesproken overnemen van extra taken en het feit dat bepaalde onderwerpen over tijdsdruk en ongelijkheid in werkverdeling niet formeel opgelost worden (4.3.3). De formele manier van praten, is hier zeker van invloed, doordat argumenten binnen formeel overleg geacht worden goed beargumenteerd en geanalyseerd te zijn. Het management heeft een training opgezet om zijn medewerkers de juiste attitude aan te leren. Wij zien dat het niet bekend zijn met deze meer formele taal een nadeel zou kunnen inhouden om gehoor te krijgen voor de issues van de werkvloer van minder geschoolde respondenten.

Verder zien wij een ander nadeel aan de meer informele communicatie processen van de werkvloer. Zo lijken respondenten door hun grote verwevenheid en vaak informeel geregelde afhankelijkheid van elkaar, conflictsituaties uit te weg te gaan of op zijn minst niet openlijk te bespreken (4.3.1). Terwijl Tronto aangeeft dat de *political space* bedoeld is om conflicten aan te kunnen gaan. Een minderheid discours dat naar boven kwam bij deze overwegend informeel georganiseerde manier van zelfzorg, in het dominante discours '5 minuutjes je ei-kwijt kunnen bij elkaar', is het discours waarbij enkele respondenten omschrijven blij te zijn met de meer formele manier van communiceren, bijvoorbeeld bij de functie omschrijving. Omdat hierdoor persoonlijke grenzen beter bewaard worden (4.3.3). Dit is een minderheid discours dat haaks staat op het dominante discours van een grote groep respondenten van de werkvloer, dat in '5 minuutjes je ei- kwijt kunnen bij elkaar' juist het informele omarmt. Andere minderheids stemmen geven aan zich bedreigt te voelen door de nieuw formele manier van communiceren omdat het vroeger anders was (4.2.1), waarbij de opleiding die zij genoten hebben of het gebrek daaraan, nu niet meer aansluit bij deze veranderende omstandigheden. Sommigen spreken over angst om hun baan te verliezen. Waarin we het zorgethische concept '*precariousness*' (Vosman & Niemeijer, 2017) herkennen.

Verder signaleren we dat formele protocollen sturend kunnen zijn bij de indeling van zorgwerk binnen de afdeling en dat dit op gespannen voet staat met de behoefte van uitvoerende functies binnen zorgwoning R. om meer zelfstandig en zo meer responsief het zorgwerk in te kunnen inrichten (4.4.2).

Waarbij institutioneel verval ( Van Heijst, at. al., 2005 ) op de loer ligt. Ook zagen we een ‘value gap’ (Freeman & Auster, 2015) binnen de conflicterende opdrachten, waar sommige uitvoerende functies met zorgtaken mee worstelen. Het betreft hier de opdracht vanuit het management om wel meer kennis op te doen van de bewoners en bewonersgericht werken terwijl deze uitvoerende functies niet meer beslissingskracht krijgen toegeschreven in formeel overleg over die bewoners.

Een kanttekening die wij nog willen plaatsen bij de beperkte *political space* die we zijn tegengekomen in de discoursen van onze respondenten van zorgwoning R. is dat sommige respondenten ook letterlijk over uitsluiting spraken, waarbij niet alleen de *non-nurturing care* functies betrokken waren, zoals eerder aangegeven, maar ook zorgfuncties. Dit zagen we terug in het punt waarbij sommige respondenten wel over digitale communicatiemiddelen bleken te beschikken en anderen niet (4.4.1), waardoor sommige makkelijker een kort informeel lijntje tot de leidinggevende functies hebben, terwijl anderen de communicatie ervaren als een veel stroperiger proces.

We beschreven in paragraaf 2.2.2 aan de hand van de vijf fasen van Tronto dat zorgen een responsieve praktijk is. Binnen deze zorgwoning R. zien we dat respondenten informeel contact gebruiken om zorgverantwoordelijkheden te bespreken en zorg verantwoordelijkheden te delen. Dit lijkt te zorgen voor een flexibel netwerk van ‘*knitting*’ activiteiten die zich gemakkelijk kunnen plooiën naar de veranderingen van de dag. Veranderingen die vanuit de bewoner kunnen komen maar ook vanuit de zorgfuncties en goede zorg zou kunnen bevorderen doordat zorgkundigen responsief kunnen handelen. Een risico hierbij lijkt wel te zijn dat leidinggevende geen weet krijgen van wat zich afspeelt in deze informele contacten, iets wat in deze specifieke situatie naar ons idee minder aan de hand is omdat juist de leidinggevende actief de vloer bezoeken. Wel denken we, dat zorgfuncties binnen de afdeling die het dichtst bij de bewoners staan gevaar lopen om minder gebruik te kunnen maken van dit informele netwerk, doordat er door de behoefte aan verantwoording naar de overheid toe steeds meer met formele vooraf vastgelegde protocollen wordt gewerkt. Hierdoor lijkt de verantwoording naar de bewoners toe, binnen opkomende zorg momenten in de praktijk mogelijk gevaar te lopen, waardoor ook goede zorg op het spel staat.

Wij zien dat in deze zorgwoning R. dat er wel wat ruimte is om mee te praten over wat er op de agenda komt van gezamenlijk overleg. Echter de manier waarop er gepraat wordt, wie er mee doen, wie gehoord wordt, wie beslissingskracht krijgt en welke punten de agenda halen worden sterk bepaald door het management.

## **6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en praktijkverbetering**

Welke details uit het discussie hoofdstuk vragen om verder onderzoek? In de samenvattende conclusie hebben wij de hoofdzaken van ons onderzoek samengevat in antwoord op onze hoofdvraag. Hieronder beschrijven wij, terugkijkend op de gevonden antwoorden, welke onderwerpen volgens ons een

bijdrage aan praktijkverbetering kunnen leveren en welke onderwerpen het waard zijn om verder onderzocht te worden. Wij sluiten hierbij aan bij de, in het begin van de thesis beschreven maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie.

### **6.2.1 Aanbeveling voor de praktijk**

Veel van de gesprekken over verantwoordelijkheden binnen de zorg woning lijken informeel te zijn, de leidinggevenden zoeken ook toenadering tot deze informele gesprekken door actief de vloer op te gaan. Er wordt op deze wijze ruimte in de *political space* gemaakt voor de informele taal van de werkvloer, waardoor er aansluiting en toenadering tot de werkvloer van de zorgfuncties wordt gezocht. Dit geldt minder bij *non nurturing care* functies, die worden niet betrokken bij teamoverleg en blijven vaak enkel binnen hun beroepsgroep communiceren. Onze aanbeveling zou zijn om deze taal van de werkvloer niet alleen informeel op te zoeken maar deze meer te borgen in formele overlegmomenten, met behoud van de informele, vanuit de werkvloer opkomende, manier van spreken. Zoals bijvoorbeeld het organiseren van een moreel beraad vanuit een bottom up beweging, waarbij het tijdstip, de betrokkenen en de onderwerpen responsief op de zorgconflicten van dat moment, ad hoc georganiseerd kunnen worden. Hoe mensen gehoord worden in het gesprek wat plaatsvindt binnen zo'n moreel beraad zou volgens ons op basis van gelijkwaardigheid moeten zijn. Bij afspraken die mogelijk ontstaan op basis van zo'n beraad zou de beslissingskracht meer toegeschreven moeten worden op basis van nabijheid bij de zorgvrager, dan het nu is.

Een organisatiecultuur ontwikkelen en structureel ruimte en budget voorzien voor meer ad hoc en bottom up georganiseerde morele beraden, in de informele taal van de werkvloer, zou volgens ons kunnen bijdragen aan het voorkomen van de kloof werkveld-management. En kan helpen voorkomen dat de altijd aanwezige breuklijnen in een zorgorganisatie uitgroeien tot een kloof.

### **6.2.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek**

Wij constateren ook dat de respondenten in zorgfuncties door hun afhankelijkheid van elkaar en verwevenheid met elkaar geneigd zijn om conflicten te vermijden. Wij vragen ons af hoe je conflicten aan kan gaan als je in grote mate afhankelijk bent van elkaar. Hoe kun je afstemmen over zorg en zorgverantwoordelijkheden, als hierbij conflicten plaatsvinden, terwijl zorgprofessionals deze conflicten willen vermijden. Ze zijn immers zo nauw verweven met elkaar en ze hebben elkaar nodig voor steun in de dagelijkse zorgpraktijk. Wij raden aan nog meer onderzoek te doen naar de problemen die zich voordoen binnen een zorgpraktijk rondom het uitspreken en aangaan van conflicten en de mogelijk verweven afhankelijkheidsrelaties tussen werknemers die dit bemoeilijken.

Een zorgethisch perspectief op relaties op de werkvloer gericht op alle stakeholders die verantwoordelijkheid opnemen in het zorg verlenen en zorg organiseren zou meer inzicht kunnen geven op het wetenschappelijke debat over conflicten en verwevenheid.



## **7 Reflectie op de kwaliteit van het gevoerde onderzoek**

### **7.1 Reflectie op vooraf geplande kwaliteitsmaatregelen**

#### **7.1.1 Reliability**

Om tot een geldig antwoord te komen op de onderzoeksvraag, moet worden nagegaan of er onderzocht is wat in eerste instantie getracht is om te onderzoeken. Het eerste doel van ons onderzoek was om te ontdekken of we door middel van een kritische discoursanalyse ruimte voor *a political space*, (Tronto,2010) in zorgwoning R konden ontdekken. Het tweede doel was of deze wel of niet gevonden ruimte voor *political space*, voor de respondenten bijdraagt aan ‘goede’ zorg binnen de zorgwoning R., zorghethisch bekeken. In onze ogen hebben we hier op een antwoord kunnen formuleren door gebruik te maken van de KDA methode en het open axiaal coderen via Atlas it. Hierbij viel het op dat Linde veel dichterbij de oorspronkelijke uitgeschreven interviews bleef dan Geert. Linde gecodeerde met woorden als; ‘Allez’, ‘die groep’, ‘ik’, ‘natuurlijk’, ‘collega’s’. Geert gebruikte codes als; ‘goede zorg’, ‘*political space*’ ‘zelf initiatief nemen’ en ‘bespreekbaar maken’ en nam meer een meta blik aan tijdens het coderen. Hierdoor denken we dat we en, het klein kijken en het van grotere afstand kijken, beide noodzakelijk voor een goede KDA analyse, geslaagd is uitgevoerd. Verder hebben we tijdens het onderzoek onderling overleg toegepast bij het maken van alledaagse keuzes omtrent gebeurtenissen. Tijdens de afname van de interviews zijn aantekeningen gemaakt en memo’s bijgehouden. Omdat we dit onderzoek met twee hebben gedaan was er ruimte voor *co-checking*, *multiple coding* en *peer validation*. Het overleg met de begeleider van de universiteit voor humanistiek werkte hierbij stimulerend en verhelderend (*peer debriefing*).

#### **7.1.2 Transferability**

Hier willen we ons vooral bescheiden opstellen. Het was voor ons beiden de eerste maal dat we zo’n onderzoek deden. Verder wordt het onderzoek gedaan op een locatie met een specifieke context. Denk hierbij aan de recente overname door de overkoepelende organisatie E. en het recent gaan werken via kleinschalig genormaliseerd wonen. De generaliseerbaarheid van onze bevindingen zijn bijgevolg eerder beperkt.

#### **7.1.3 Credibility**

De mate van overeenstemming tussen de interpretatie van de onderzoekers en de perspectieven van de stakeholders hebben we gepoogd te waarborgen door het hanteren van vooraf opgestelde

inclusiecriteria, waarbij we gericht 13 respondenten selecteerden, uit de totale groep van stakeholders. We keken naar een voldoende spreiding wat betreft de leeftijd, de werkervaring en het beroepsprofiel. Voor elk betrokken beroepsprofiel hebben we minstens één stakeholder geselecteerd. Voor de zorgkundigen hebben we twee stakeholders geselecteerd omdat zorgkundigen veruit de grootste groep werknemers binnen deze zorgwoning R. vormen. Spreiding wat betreft gender was niet mogelijk. Enkel de directeur en de stakeholder van de technische dienst zijn mannen. Ten tweede zal het gehele onderzoeksrapport teruggekoppeld worden aan de betrokken stakeholders om eventuele op- en aanmerkingen door te voeren, alvorens het gepubliceerd wordt. Graag hadden we ook de data-analyse van de afgenomen 13 semi-gestructureerde interviews, weer voor een *member check* aan de respondenten voorgelegd, helaas is dit door tijdsdruk niet gelukt.

## **7.2 Verbeterpunten**

We hadden graag een analyse gedaan van relevante verzamelde documenten en beeldmateriaal. Hiertoe zijn we niet gekomen vanwege tijdgebrek. Ten tweede hebben we geen *member checks* uitgevoerd. Ten derde hebben we niet alle stakeholders betrokken bij de zorg in zorgwoning R. kunnen interviewen. Wel hebben we de vraag gesteld om bijvoorbeeld de beleidsvoerders van de overkoepelende organisatie E. te kunnen interviewen maar daar kregen we geen toegang. Ook hebben we ons in dit onderzoek niet op de participatie van de bewoners binnen een mogelijke *political space* gericht, terwijl we in ons onderzoek wel indicaties hebben gezien dat ook zij mee praten over zorg verantwoordelijkheden en dit volgens Tronto ook zouden moeten kunnen. Deze punten laten ruimte voor verbetering, volgens ons.

## **7.3 Reflectie op de onderzoeksbenadering**

Tijdens het doen van de KDA is het ons opgevallen dat we gestart zijn vanuit een zoektocht naar polariserende krachten, die van het dominante en het minderheids discours, als zijnde twee verschillende groepen. Terwijl we in ons onderzoek vaak zijn tegengekomen dat mensen die meedoen aan een dominant discours zelf ook uitlatingen doen die onderdeel van een minderheids discours zijn. Waardoor wij een meer complex beeld van het dominante discours en het minderheids discours zijn tegengekomen. Niet per se botsende groepen maar soms zelfs innerlijke conflicten.

## LITERATUUR

Anderson, W. L., Bishop, C. E., Meagher, J., Squillace, M. R. & Wiener, J. M. (2009). Nursing home work practices and nursing assistants' job satisfaction. *The Gerontologist*, 49(5), 611-622.

Doi: 10.1093/geront/gnp040

André, B., Rannestad, T., Ringdal, G. I. & Sjøvold, E. (2013). The impact of work culture on quality of care in nursing homes. A review study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Doi: 10.1111/scs.12086

Arendt, H. (1978). *The Life of the Mind*, vol. 1. *Thinking*, 2.

Ashkanasy, N. M., Wilderom, C. P. M. & Peterson M. F. (2000). *Handbook of Organizational Culture and Climate*. Sage Publications.

Audenhove van, C. (2003). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*.

Antwerpen: Garant.

Ausserhofer, D., Dhaini, S., Engberg, S., Schwendimann, R. & Zuniga, F. (2016). Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes. A Cross sectional survey study. *BMC Nursing*, 15:37.

Doi:10.1186/s12912-016-0160-8

Banaszak-Holl, J., Castle, N. G., Lin, M. K., Shrivastwa, N. & Spreitzer, G. (2015). The role of organizational culture in retaining nursing workforce. *The Gerontologist*, 55(3), 462-471.

Doi: 10.1093/geront/gnt129

Banks, S. (2013). Negotiating personal engagement and professional accountability: professional wisdom and ethics work. *European Journal of Social Work*, 16(5), 587-604.

Barret, F. J., Thomas G. F. & Hocevar S. P. (1995). The Central Role of Discourse in Large-Scale Change. A Social Construction Perspective. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 31(3), 352-372.

Benoit, K. & Laver, M. (2012). *The dimensionality of political space: epistemological and methodological considerations*. Brussels: European Union Politics.

Berg van den, H. (2004). Discoursanalyse. *Kwalon*, 9(2), 29-39.

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom onderwijs
- Bos, J. (Eds.) (2007). *Discoursanalyse. Communicatie op de werkvloer*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, 5(3), 12-23.
- Caldwell, R. (2012). Leadership and learning: A critical reexamination of Senge's learning organization. *Systemic Practice and Action Research*, 25(1), 39-55.
- Carleton, H. L., Estabrooks, C. A., Graham, N., Hoben, M., Linklater, S. & Squires, J. E. (2015). Job satisfaction among care aides in residential long-term care: a systematic review of contributing factors, both individual and organizational. *Nursing Research and Practice*.  
Doi: 10.1155/2015/157924
- Castle, N. G. & Donoghue, C. (2009). Leadership styles of nursing home administrators and their association with staff turnover. *The Gerontologist*, 49(2), 166-174.  
Doi: 10.1093/geront/gnp021
- Dalen van, A. (2012). *Zorgvernieuwing. Over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Dartel van, H. & Molewijk, B. (2014). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Devos, C. & Vos, H. (2007). *Over de dynamiek van de politiek. Een kwarteeuw politieke machtsverschuivingen*. Gent: Academia Press.
- Dijk van, T. A. (2001). 18 Critical discourse analysis. *The handbook of discourse analysis*, 349-371.
- Dijk van, T. A. (1993). Principles of critical discourse analysis. *Discourse & Society*, 4(2), 249-283.
- Dodds, S. (2014). Dependence, Care, and Vulnerability. *Vulnerability: new essays in ethics and feminist philosophy*, 181-203.
- Drees, L., & Moerenhout, A. (Eds.) (2016). *Congres 2016. De weg naar een innovatieve*

*arbeidsorganisatie*. Flanders Synergy Ledenmagazine.

Dreu, C. K., & Weingart, L. R. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 741-749.

Dubet, F. (2004). Between a Defence of Society and a Politics of the Subject: The Specificity of Today's Social Movements. *Current Sociology*, 52(4), 693-716.

Fairclough, N. (2009). A Dialectical Relational Approach to Critical Discourse Analysis in Social Research. In: Wodak, R. & Meyer, M. (2009). *Methods of Critical Discourse Analysis*. London: Sage.

Freeman, R. E. & Auster E. R. (2015). *Bridging the Values Gap: How Authentic Organizations Bring Values to Life*. Berret-Koehler Publishers.

Gee, J. P. (2014). *An introduction to discourse analysis: Theory and method*. Routledge.

Gherardi, S., & Rodeschini, G. (2016). Caring as a collective knowledgeable doing: About concern and being concerned. *Management Learning*, 47(3), 266-284.

Habermas, J. (1985). Exkurs zur Einebnung des Gattungsunterschiedes zwischen Philosophie und Literatur. *Habermas (1985)*, 219-247

Heijst van, A. (2008). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.

Heijst van, J. E. J. M., Vosman, F. J. H., Pijnenburg, M., Leget, C., & Berden, B. (2011). Managen van menslievende zorg: Herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. *Menslievende zorg, management en kwaliteit*, 11-39.

Held, V. (2004). Care and justice in the global context. *Ratio Juris*, 17(2), 141-155.

Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*. Oxford: University Press.

Holtzer, L. (2015). *De 7 privileges van de zorg*. Leuven: Acco Uitgeverij.

Hui, A., Schatzki, T. & Shove, E. (Red.) (2016). *The Nexus of Practices: Connections, Constellations, Practitioners*. New York: Routledge.

Jakobsen, R., & Sørli, V. (2015). Ethical challenges Trust and leadership in dementia care. *Nursing ethics*, 0969733015580810.

Kanne, M. (2016). *Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen, moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*. Delft: Eburon.

Kessels, J., Boers, E. & Mostert, P. (2002). *Vrije ruimte. Filosoferen in organisaties*. Amsterdam: Boom.

Laschinger, H. K. S. & Wong, C. A. (2012). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating rol of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947-959.

Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x.

Leget, C. (2009). Alledaagse dilemma's. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 34(3), 110-112.

Lonkhuyzen van, P. (2015). *Tegenspraak. Hoe je beter wordt van dwarsliggers*. Zaltbommel: Uitgeverij Haystack.

Mertens, T. (1984). Kritiek op Habermas' communicatietheorie. *Tijdschrift voor Filosofie*, 48 (1), 66-93.

Montessori, N. M. & de Lange R. (2012). *Kritische discoursanalyse: de macht en kracht van taal en tekst*. ASP.

Noddings, N. (1984). *Caring, a Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press.

Peters, T. J., Waterman, R. H., & Jones, I. (1982). *In search of excellence: Lessons from America's best-run companies*. New York: Harper Collins Publishers.

Petriwskyj, A., Gibson, A., & Webby, G. (2015). Staff members' negotiation of power in client engagement: Analysis of practice within an Australian aged care service. *Journal of aging studies*, 33, 37-46.

Preshaw, D. H., Brazil, K., McLaughlin, D., & Frolic, A. (2016). Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes: Literature review. *Nursing ethics*, 23(5), 490-506.

Schumacher, J., & Mostert, H. (2011). *Sturen op ruimte voor dialoog. Inspirerende visies op modern leidinggeven in de zorg*. Vilans, kenniscentrum langdurende zorg.

Senge, P. M. (2006). *Learning for sustainability*. SoL (The Society for Organizational Learning, Incorporated).

Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Tronto, J. C. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158-171.

Doi: 10.1080/17496535.2010.484259

Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy. Market, Equality, and Justice*. New York: University Press.

Vanlaere, L. & Burggraeve, R. (2013). *Gekkenwerk. Kleine ondeugden voor zorgdraggers*. Tielt: Lannoo.

Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2008). Zorg en normativiteit. Een kijk vanuit het Leuvense Personalisme. *International Journal in Philosophy and Theology*, 69(4), 443-469.

Visse, M., Abma, T. & Widdershoven, G. (2015). Practising Political Care Ethics: Can Responsive Evaluation Foster Democratic Care? *Ethics and Social Welfare*, 9(2), 164-182.

Vorstenbosch, J. (2005). *Zorg. Een filosofische analyse*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Vosman F., & Niemeijer A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*.

Walker, M. U. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. New York: Routledge.

Warren, V. L. (1989). Feminist directions in medical ethics. *Hypatia*, 4(2), 73-86.

Wodak, R. (2004). Critical Discourse Analysis. In Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J. & Silverman, D. (Eds.), *Qualitative Research Practice*. London: Sage.

Wodak, R. & Meyer, M. (Eds.) (2009) *Methods for Critical Discourse Analysis*. London: Sage.



## BIJLAGEN

### Bijlage 1: Inclusiecriteria: wie gaan we interviewen?

We denken aan een 10-tal interviews:

Iemand van de raad van bestuur, directeur en de twee leidinggevende verpleegkundigen.

Mensen van de ondersteunende diensten: iemand van de administratie, iemand van de keuken, een facilitaire medewerker en een poetsvrouw.

Het zorgteam waarvan de grootste groep de verzorgenden/zorgkundigen zijn.

Een fysiotherapeut (kinésist), een ergotherapeut....

	Management	Ondersteunende diensten	Zorgteam
Alleen op woning R.	1. Verpleegkundige	1. Onderhouds-medewerker	1. Verzorgende
	2. Hoofd-verpleegkundige		2. Verzorgende
			3. Logistiek
Ook door heel het huis	3. Directeur	2. Technische dienst	4. Ergotherapeut
	4. Hoofdhuis-houding	3. Administratie	5. Kinésist
	5. Sociale dienst		

#### *Inclusie criteria:*

We proberen een zo breed mogelijk beeld te schetsen van zorgwoning R, dit doen we door los van de zorgwoning mensen van ondersteunende diensten en uit het management te bevragen.

We hebben naar een evenwichtige spreiding van leeftijd en van werkervaring gestreefd. Een spreiding naar gender was onmogelijk om bijna alle medewerkers vrouw zijn.

## **Bijlage 2: Topic lijst voor de interviews**

*Kunt u iets vertellen over uw werk hier in het WZH?*

*Zijn er wel eens momenten dat u de zorg, die om u heen plaatsvindt, graag anders zou zien?*

*Hoe dan? .... Wat is volgens u goede zorg?*

*Kan u dat bespreken met collega's? Met wie en waarom?*

*Wordt hierover gesproken binnen uw dagelijks werk?*

*Met wie spreekt u als het even tegenzit?*

*Welke kanalen staan er voor u open om problemen aan te kunnen geven?*

*Wie bepaalt waar u verantwoordelijk voor bent? Is hier wel eens iets in veranderd?*

*Wat is hier in de loop van de tijd dat u hier werkzaam bent veranderd, wat is gelijk gebleven?*

*Wat mist u soms om goede zorg te kunnen geven?*

*Voelt u zich soms kwetsbaar als werker in het WZH? Waarom?*

*Hoe regelmatig botst uw privé leven met uw werk? Of komt dit niet voor?*

*Heeft u wel eens een ethisch dilemma gehad? Wie werden er bij dit dilemma betrokken om het op te lossen?*

*In hoeverre heeft u het gevoel dat er naar u geluisterd wordt binnen de organisatie?*

*Op welk moment had je echt baat bij uw management? Of bij uw collega's?*

### **Bijlage 3 : Klein kijken begrippen (Gee, 2014)**

#### **7 FOCUS PUNTEN VAN VRAGEN STELLEN AAN DE TEKST**

1. *Betekenis en belang*: Hoe wordt dit geschreven stuk taal gebruikt om bepaalde dingen belangrijk te maken of juist niet en op welke manier?
2. *Praktijken* (activiteiten): Voor welke praktijk (activiteit) of praktijken (activiteiten) wordt dit stuk geschreven taal gebruikt om deze praktijk(en) vast te stellen. Hoe wordt de taal gebruikt om anderen te laten herkennen welke praktijk gaande is?
3. *Identiteiten*: Welke identiteit of identiteiten worden door de taal bepaald en vastgesteld? Hoe helpt dit de schrijver om zijn of haar eigen identiteit vast te stellen?
4. *Relaties*: Wat voor soort relatie of relaties met anderen stelt de auteur door taal vast (aanwezig of niet aanwezig)?
5. *Politiek (de verdeling van sociale goederen)*: Welk perspectief op sociale goederen wordt in de taal gecommuniceerd? Wat wordt er gecommuniceerd als zijnde ‘normaal’, ‘goed’, ‘correct’, ‘gepast’, ‘zoals het zou moeten zijn’ et cetera?
6. *Verbindingen*: Hoe verbindt dit spreken zich tot bepaalde dingen, of juist niet; hoe maakt taalgebruik het ene relevant en het andere niet?
7. *Tekensystemen en kennis*: Hoe geeft het spreken voorrang aan het een specifiek tekensysteem of juist niet: bijvoorbeeld technische taal versus alledaagse taal, woorden versus beelden, woorden versus vergelijkingen? (Gee, 2014)

Bron: uit het zeb-40 college van Dr. Merel Visse, van 5 oktober 2015.

## Bijlage 4 Familie overzicht, in de hiërarchie

discours	familie	U.8	U.7	U.6	U.5	U.4	U.3	U.2	U.1	L.4	L.3	L.2	L.1	directeur
Natuurlijke en verschuiven de Eigenheid	Bewust van positie / Zoekende identiteit									Huis arts	Verschillen de petten	Kwetsbaar		Eigenheid
	Waarde van praktijk geschiedenis / dorp		Wortels	dialect		Er om Heen werken								
	Eigenheid / zelfstandige inbreng / iemand van ons	verpleeg ervaring	Verdedigt / anders dan de anderen		Hoe je er zelf in staat	Ik los dat op						Kleinschalig		
	Loyaliteit / geen probleem / het Loopt/ graag werken / het positieve verhaal		Het draait	Geen probleem	Taak druk verbergen		Ken Een ieder	Niks veranderd	Een nieuwe weg / flexibel	Kleine dingetjes / helpen		Het loopt	Het kan altijd beter	
Verantwoordelijkheid, natuurlijke /verschuivende	Verantwoordelijkheid, natuurlijke /verschuivende				Weg lachen/ natuurlijk extra werk	Ik los dat op / Andere dingetjes				Zelf ver-Antwoord	Verschuiving van taken / extra werk voor anderen			Dan komt het niet van boven
	Team / naast de zorg			Samen Werking	Dat is logisch		5-min ei-kwijt / super	Meestal zien ze het niet	eilandje				Ontwikkeld	
Bezielde en verweven interacties	Emotioneel werk					Geen kind	Echte vriend		Elkaar kennen	Uit Schelden			Privé ruimte	
	Medew. Dragen / zorg voor medewerkers						Tijd voor extra			Babbelen met collega			Goed voelen	Ad hoc Grieven / op de vloer
	duidelijkheid	Gooien / ten goede	Lijn scherp houden											Het referentie kader

	Niet over door praten										Na afloop, burn out		Gesprek stoppen		
	Afhankelijk van communicatie / spreken over goeie zorg / Tafel / argumenteren / vertalen	Rechtstreekse lijnen	Grens aan inspraak / natuurlijk mondig	Weg lachen / vraag / weinig woorden	Fysiek beleven	Omzeilen van de tafel / normaal beleefd + argumenten	Afhankelijk van elkaar	Communicatie als nood klok / dan stap ik daar naar?	Geen briefing / interprofessioneel	Ei – Kwijt / in eigen tijd	Digitaal afhankelijk	Niet bij overleg	Vragen op tafel / analyse / zagen en klagen	Redelijk transparant / attitude	
Vloeibare en gegeven contexten	Rekening houden met context		Beslissingsruimte			Andere huizen / expert zijn						Externe regels			
	Beperkte middelen / binnen de mate van het mogelijke/ tijd knelt		Betrokkenheid minder	Tijd / ongemak bij spreken				Extra taken				Dan is het gedaan met praten	Mate van het mogelijke	fairprice	
	Weggevalen bewoner		Ik zie ze niet meer			Familie mist je	Die mensen	Niet vragen bewoner		De volle laag van familie / sterven			Laaste adres		
	Grens / geen probleem			Geen verandering				Geen toegang computer				Onder betaald / regel dat			
	Constante actie	Loslaten / hij ziet dat						Direct probleem en bespreken		Leren van elkaar	Fiat / wie weegt wat?				
	Goede zorg					Bewoner als vader en moeder / familiaal / tijd	Goeie zorg is extra tijd						wat is nou belangrijker /bewoners gericht / holistisch	Keuken / boven norm personeel	

## Bijlage 5: Taakverdeling

	Geert	Linde
Samenvatting	X	X
Voorwoord		X
<b>1 Probleemstelling</b>		
1.1 Aanleiding	X	X
1.2 Maatschappelijk probleem	X	X
1.3 Wetenschappelijk probleem	X	X
1.4 Vraagstelling	X	X
1.4.1 Hoofdvraag	X	X
1.4.2 Deelvragen	X	X
1.5 Doelstelling	x	
<b>2 Theoretisch kader</b>		X
2.1 Conceptuele verkenning		X
2.2 Critical insights vanuit de zorgethiek		X
2.2.1 Geografie van verantwoordelijkheden		X
2.2.2 Vijf Fasen van zorg		X
2.2.3 Political space		X
2.2.4 Housekeeping issues		X
2.2.5 <i>Precariousness</i>		X
2.3 Sensitizing concepts		X
2.3.1 Het concept: Institutioneel verval		X
2.3.2 Het concept: <i>Value gap</i>		X
2.4 Conclusie		X
<b>3 Methode</b>		
3.1 Kritische Discoursanalyse	X	
3.2 Casusdefinitie en onderzoekseenheid	X	
3.3 Dataverzameling	X	
3.4 Data-analyse	X	
3.5 Fasering van het onderzoek	X	
3.6 Ethische overwegingen	X	
3.7 Kwaliteitscriteria	X	
3.8 Achtergrond onderzoekers	X	
<b>4 Bevindingen</b>		
4.1 Overzicht gevonden families, codes ( schema)		X
4.2 Discours 1: Vanzelfsprekende en verschuivende eigenheid	X	
4.2.1 Het loopt! (loyaliteit)	X	
4.2.2 Wij/zij (positionering)	X	
4.2.3 Vanzelfsprekende of zoekende identiteit	X	
4.3 Discours 2: Bezielde en verweven interacties		X
4.3.1 Verweven zijn met het werk		X
4.3.2 Verschillende soorten van interacties		X
4.3.3 Verantwoordelijkheden, wie neemt ze op?		X
4.4 Discours 3: Gegeven en vloeibare contexten	X	X
4.4.1 Middelen zijn bepalend	X	X

4.4.2 Goede zorg is flexibel	x	X
4.4.3 Ingrijpende veranderingen		X
4.4.4 Conclusie		X
<b>5 Discussie</b>		
5.1 Zorgethische reflectie op de bevindingen met het oog op <i>political space</i> en goede zorg	X	X
5.1.1 Binnen de mate van het mogelijke, als dominant discours vanuit de leidinggevende	X	X
5.1.2 In informeel contact conflicten vermijden, een dominant discours van de	X	X
5.1.3 Zorgwerk is een relatie	x	X
<b>6 Conclusie onderzoek en aanbevelingen</b>		
6.1 Conclusie	X	X
6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek	X	X
<b>7 Reflectie op de kwaliteit van het gevoerde onderzoek</b>		
7.1 Reflectie op vooraf geplande kwaliteitsmaatregelen	X	X
7.1.1 Reliability	X	X
7.1.2 Transferability	X	X
7.1.3 Credibility	X	X
7.2 Reflectie op de onderzoeksbenadering	X	x