

Vertegenwoordigers in verbinding

*Een verkennend onderzoek naar het leren en verbeteren van de kwaliteit van
zorg middels de dialoog*



Masterthesis van Ben Cornelissen
Master of Health Business Administration
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
Erasmus Universiteit Rotterdam
Mei, 2022

Thesis in het kader van de opleiding Master of Health Business Administration (MHBA-18)

Student: Ben Cornelissen (bencornelissen@gmail.com)

Begeleider: dr. Annemiek Stoopendaal

Tweede beoordelaar: dr. Maarten Janssen

Op de cover: 'Your invisible house', Olafur Eliasson (2011), Private collection Denmark

Voorwoord

Op de voorpagina van deze thesis staat 'Your invisible house', een kunstwerk van Olafur Eliasson. Voor mij staat het symbool voor zowel het thema van deze thesis als het onderzoek en schrijfproces.

In de dialoog komen meerdere perspectieven op hetzelfde thema bij elkaar om zo een gedeeld beeld te vormen, onmisbaar als het thema niet door één persoon overzien kan worden. Dat geldt ook voor dit huis, een stalen structuur met dubbelzijdige spiegels. Vanuit elk perspectief een ander beeld, soms niet te onderscheiden van de natuurlijke omgeving. Wil je er een enigszins volledig beeld van hebben, dan heb je de ander nodig.

Het doet mij denken aan de term standplaatsgebondenheid, favoriet tijdens mijn opleiding tot historicus. Ieders denken en handelen wordt bepaald door de positie die zij inneemt ten opzichte van anderen en door persoonlijke ervaringen. De vraag hoe mensen leren en verbeteren stond centraal in mijn opleiding tot docent. De dialoog brengt mij terug naar de plek uit mijn jeugd, gemeenschap de Hooge Berkt als plek waar mensen leven vanuit de intentie om er in dialoog als mens voor elkaar te zijn. Of bracht de Hooge Berkt mij naar dit thema? Er komt voor mij veel samen in deze thesis.

Om deze thesis te overzien, of in het geheel te zien, had ik Annemiek nodig. Dank voor je deskundigheid, energie en flexibiliteit. Zonder jou was dit een heel andere ervaring geweest, zeker minder leuk. Ik heb genoten.

Dank aan jou Marije, voor de tijd en ruimte om dit te kunnen doen. Wij hebben de afgelopen twee jaar stevig in moeten leveren aan samen. Niet meer in te halen, de komende tijd wel goed te maken.

Ik wil ook graag de participerende organisaties bedanken voor hun openheid, zij hebben de ervaring van de bevindingendialoog met mij durven delen. Dank aan de medewerkers, managers en bestuurders die in de interviews hun persoonlijke ervaring met mij hebben gedeeld.

Warande is voor mij een werkgever waar de kansen voor het oprapen liggen. Daar ben ik de leidinggevenden van de afgelopen twaalf jaar dankbaar voor. Sabine Cornelissen, Gerda Kamp, Lena Tamboer, Peter Weda en Harry Finkenflügel, zonder jullie was deze thesis er niet geweest.

Tot slot – Jolanda Horman en Elly Breedveld van Perspekt. Dank voor deze kans en jullie vertrouwen. Ik hoop dat jullie minstens net zoveel aan deze thesis hebben als ik zelf heb gehad aan het schrijfproces.

Management summary

Nowadays dialogue is often put forward as a solution when themes become complex. Organizing high-quality care is complex. Different quality requirements are set for both the provision of care and how it is organized. Long-term care organizations have given themselves the task of learning about and improving the quality of care. Dialogue has been given a central place in this.

This research has been used to provide insight into how dialogue in long-term care contributes to learning about and improving the quality of care. In addition, the intention is to make recommendations for learning and improving the quality of care through dialogue. Recommendations for follow-up research have also been formulated.

In order to answer the main question, how dialogue in long-term care contributes to learning about and improving the quality of care, different methods of research have been used. Literature research was done, a document analysis was carried out, dialogues were observed and participants and moderators of dialogues were interviewed. The observed dialogues took place in the context of a PREZO care certification process, which is a quality model of Perspekt.

This research shows that in a dialogue participants enter into a conversation with each other about themes and dilemmas regarding the quality of care and the organization of high-quality care. The dialogue makes the participants slow down, they have the time and space to speak from their personal experience and feelings. It requires them to listen to the other person without judgment. If participants feel that judgments are being made in the dialogue, they can choose to not share their experiences and emotions.

In a dialogue, each participant represents one or multiple perspectives. Because participants give their perspective on the theme in question, a mutual understanding of quality is created. Together they come to a shared insight on how this is implemented and what hinders and helps to achieve quality of care. If not all perspectives are represented, or when some participants do not share their input, the shared insight that emerges is less complete.

The different views that are shared are the basis for learning, participants reflect on their own and on each other's experiences. This can be a confirmation of existing images or new insights that unfold. Through Dialogue values and norms will arise, a mutual understanding of what is important and what criteria it should meet. This gives a (new) basis on how to give shape to daily work. For some participants, the perspective on quality changes. Based on their new insights, they intend to come up with new methods of work. When participants get to know each other (better) by talking about their experiences and emotions, a connection is created.

Recommendations

The observed dialogues are part of a certification process, of which the primary purpose is to interpret the auditor's findings. With the decision whether or not to certify an organization, an opinion is part of that certification process. As a result, participants in the dialogue can show restraint. A recommendation to healthcare organizations is to organize dialogues with the primary aim of learning about and improving the quality of care. The represented perspectives have a major influence on what is learned, which is why it is important to consider which perspectives must be represented in order to achieve the desired learning outcome.

In the observed dialogues, the perspective of the client was not represented. That is why it is advisable to investigate how the design of dialogues can contribute to the participation of clients. In addition, the advice is to investigate how the client, if participation is not possible, can be represented in the dialogue in other ways.

Management samenvatting

Als we er op complexe thema's niet uitkomen wordt de dialoog tegenwoordig vaak als oplossing naar voren geschoven. Het organiseren van kwalitatief goede zorg is complex. Er worden verschillende kwaliteitseisen gesteld aan zowel de zorgverlening als hoe deze georganiseerd wordt. De langdurige zorg heeft zichzelf de opdracht gegeven om te leren over de kwaliteit van zorg en deze te verbeteren. De dialoog heeft hierin een centrale plaats gekregen.

Met dit onderzoek is getracht inzichtelijk te maken hoe de dialoog in de langdurige zorg bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Daarbij is het de intentie om aanbevelingen te doen voor het leren en verbeteren van de kwaliteit van zorg middels de dialoog en zijn er adviezen voor vervolgonderzoek geformuleerd.

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag, hoe de dialoog in de langdurige zorg bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg, is literatuuronderzoek gedaan, een documentanalyse uitgevoerd, zijn dialogen geobserveerd en deelnemers aan en gespreksleiders van dialogen geïnterviewd. De geobserveerde dialogen waren bevindingendialogen die plaats vonden in het kader van het certificeringstraject PREZO Care, een kwaliteitsmodel van Perspekt.

Uit dit onderzoek blijkt dat deelnemers in een dialoog met elkaar in gesprek gaan over thema's en dilemma's betreffende de kwaliteit van zorg en het organiseren van kwalitatief goede zorg. De dialoog vertraagt, deelnemers hebben de tijd en ruimte om vanuit hun persoonlijke ervaring en gevoel te spreken. Het vraagt van hen om zonder oordeel naar de ander te luisteren. Als deelnemers ervaren dat er in de dialoog geoordeeld wordt kunnen zij ervoor kiezen om hun ervaringen en emoties voor zich te houden.

In de dialoog vertegenwoordigt elke deelnemer één of meerdere perspectieven. Doordat deelnemers vanuit hun perspectief hun beeld van het betreffende thema delen ontstaat een gedeeld beeld van wat kwaliteit is, hoe hier invulling aan wordt gegeven en wat belemmert en helpt om tot kwaliteit van zorg te komen. Als perspectieven niet vertegenwoordigd zijn of deelnemers hun beelden niet delen is het gemeenschappelijk beeld dat ontstaat minder compleet.

De beelden die worden gedeeld zijn de basis voor het leren, deelnemers reflecteren op hun eigen en elkaars ervaringen. Dit kan een bevestiging van bestaande beelden zijn en er kunnen nieuwe inzichten ontstaan. Hieruit ontstaan waarden en normen, deelnemers formuleren wat belangrijk is en waar dat aan moet voldoen. Dit geeft een (nieuwe) basis voor het handelen in het dagelijks werk. Voor sommige deelnemers verandert het perspectief op kwaliteit. Op basis van nieuwe inzichten nemen zij zich voor om tot nieuwe werkwijzen te komen. Als deelnemers met elkaar in gesprek gaan over hun ervaringen en emoties en elkaar daardoor (beter) leren kennen ontstaat verbinding.

Aanbevelingen

De geobserveerde dialogen zijn onderdeel van een certificeringstraject, het primaire doel van de dialogen is het duiden van de bevindingen van de auditor. Met het besluit om een organisatie wel of niet te certificeren is een oordeel onderdeel van het certificeringstraject. Deelnemers aan de dialoog kunnen zich hierdoor terughoudend opstellen. Advies aan zorgorganisaties is om dialogen te organiseren met als voornaamste doel het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. De vertegenwoordigde perspectieven hebben een grote invloed op wat wordt geleerd, daarom is het van belang stil te staan welke perspectieven gerepresenteerd moeten zijn om het gewenste leerresultaat te bereiken.

Een tweede aanbeveling is om nader onderzoek te doen naar de dialogen die binnen zorgorganisaties plaats vinden. Dit resulteert mogelijk in aanvullende inzichten in de manier waarop de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Bij de geobserveerde dialogen was het perspectief van de cliënt niet vertegenwoordigd. Daarom is het advies om te onderzoeken hoe de vormgeving van dialogen bij kan dragen aan de participatie van cliënten. Aanvullend is het advies om te onderzoeken hoe de cliënt, als deelname niet mogelijk is, op andere wijze in de dialoog gerepresenteerd kan worden.

Inhoud

Voorwoord	1
Management summary	2
Management samenvatting	4
1 Inleiding	7
1.1 Introductie	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Doelstelling	8
1.4 Onderzoeksvragen	8
1.5 Relevantie	9
1.6 Afbakening	9
1.7 Leeswijzer	10
2 Theoretisch kader	11
2.1 Wat is de dialoog?	11
2.2 Wat is kwaliteit van zorg?	15
2.3 Hoe kan geleerd worden over kwaliteit van zorg?	18
2.4 Conclusie theoretisch kader	22
3 Methoden van onderzoek	24
3.1 Onderzoeksopzet	24
3.2 Databronnen en -verzameling	24
3.3 Data-analyse	27
3.4 Kwaliteit van het onderzoek	27
4 Onderzoeksresultaten	29
4.1 De dialoog	29
4.2 Twee gespreksvormen	39
4.3 Doel van de dialoog	41
4.4 Uitkomsten van de dialoog	43
4.5 Conclusie empirisch onderzoek	47
5 Discussie, conclusie en aanbevelingen	49
5.1 Discussie	49
5.2 Conclusie	53
5.3 Aanbevelingen	54
6 Referenties	55
7 Bijlagen	57

1 Inleiding

1.1 Introductie

Als we worden geconfronteerd met complexe thema's is het tegenwoordig gangbaar om de dialoog als oplossing te positioneren (Aarts, 2015). Dat is terug te zien in de media. Zo stelt Bas Mesters in de Volkskrant in reactie op de kabinetsformatie dat miljarden uitgeven problemen in de samenleving niet zal oplossen, dat het kabinet er beter aan had gedaan toe te geven 'het ook niet precies te weten' en dat meer nog dan miljarden euro's 'een betekenisvolle dialoog tussen mensen die willen omzien naar elkaar en vooruitzien naar de toekomst' nodig is (Mesters, 2022).

Het organiseren van kwalitatief goede zorg is complex. In de kwaliteitskaders voor verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg zijn verschillende eisen aan de zorgverlening geformuleerd (Zorginstituut Nederland, 2021 en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), 2017). Deze dient persoonsgericht en veilig te zijn, ondersteunend aan de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Het gaat er niet alleen om dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft, maar ook dat het leven zo aangenaam mogelijk is, met zingeving en betekenisvolle activiteiten, waar mogelijk samen met familie en naasten. De persoonsgerichte zorg krijgt vorm in de relatie tussen de bewoner en zijn naaste(n) en de zorgprofessional. Betrokken en vakbekwame zorgverleners zijn een belangrijke basis voor kwaliteit van zorg. Professionele standaarden, richtlijnen en wettelijke kaders moeten op de juiste manier toegepast worden. Dit alles moet doelmatig bereikt worden, er moeten weinig of zo min mogelijk menskracht en middelen ingezet worden om tot kwaliteit van zorg te komen. Dat is geen geringe opgave voor de zorgprofessional, het team en de organisatie.

De langdurige zorg heeft zichzelf de opdracht gegeven om te leren over de kwaliteit van zorg en deze te verbeteren. In het kwaliteitskader gehandicaptenzorg ligt een sterk accent op leren en verbeteren (VGN, 2017). Het *'dynamische ontwikkelproces van samen leren en verbeteren'* is de rode draad die door het kwaliteitskader verpleeghuiszorg loopt (Zorginstituut Nederland, 2021). Een gelijklopende opdracht is geformuleerd in de Governancecode Zorg, waarin de opdracht aan de Raden van Bestuur is om *'een cultuur waarin dilemma's besproken en fouten gemeld worden en waarin open en eerlijk hierover wordt gecommuniceerd om ervan te leren'* te bevorderen (Brancheorganisaties Zorg, 2022). De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geven in het Kader goed bestuur aan hoe dat leren en verbeteren vorm kan krijgen: *'controle en monitoring zijn de basis voor een continu leerproces, dat vraagt van het leiderschap om reflectief en aanspreekbaar te zijn en een open klimaat te cultiveren'* (NZa, 2020). Het toezicht door de IGJ is mede afgestemd op het lerend vermogen van de betreffende zorgorganisatie (IGJ, 2018).

Gezien de complexiteit van het organiseren van kwalitatief goede zorg en de opdracht om te leren en verbeteren is het niet verrassend dat de dialoog een centrale plaats heeft in de kwaliteitskaders. Dit betreft de dialoog van cliënt en zorgverlener, de dialoog van medewerkers onderling en de dialoog van medewerkers van zorgorganisaties en externen. De persoonsgerichte zorg die ervoor zorgt dat het leven zo aangenaam mogelijk is krijgt vorm in de constante dialoog tussen de bewoner, zijn naasten en de zorgprofessional. In de verpleeghuizen wordt met elkaar een dialoog gevoerd om te werken aan verdere optimalisatie van zorg en ondersteuning (Zorginstituut Nederland, 2021). In de gehandicaptenzorg vindt conform het kwaliteitskader eens per twee jaar een visitatie plaats, waarbij het visitatieteam de inzichten in dialoog met vertegenwoordigers van de organisatie, medewerkers en cliënten doorneemt en verwerkt (VGN, 2017). Voor de verpleeghuiszorg geldt dat het

kwaliteitsplan in dialoogsessies met het zorgkantoor wordt besproken, om vervolgens afspraken te maken over het borgen of verhogen van de kwaliteit van zorg (Zorginstituut Nederland, 2021).

Met deze centrale rol voor de dialoog is het een logische vraag hoe de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Wat verstaan wordt onder de dialoog, hoe deze vorm wordt gegeven, wat tijdens een dialoog gebeurt en hoe dit bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg is niet beschreven. 'De dialoog' lijkt net als 'het goede gesprek' een duizend dingen doekje: toepasbaar bij uiteenlopende uitdagingen, voordat je het weet haal je het over elk vlekje. Als de dialoog een centrale rol heeft in het leren en verbeteren is meer inzicht in de dialoog noodzakelijk.

1.2 Probleemstelling

Organisaties in de langdurige zorg hebben de opdracht om te leren over de kwaliteit van zorg en deze te verbeteren. De dialoog heeft hierin een centrale rol, zowel in het afstemmen van de zorg op de cliënt als in het gesprek tussen medewerkers van organisaties en het gesprek tussen organisatie en externen. Daarbij is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar hoe de dialoog wordt vormgegeven, wat er tijdens een dialoog gebeurt en wat het resultaat is van een dialoog.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzichtelijk te maken hoe de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het is de bedoeling dat aan de hand van literatuuronderzoek, documentanalyse, observaties en interviews kennis ontstaat over hoe een dialoog wordt vormgegeven, wat er tijdens een dialoog gebeurt en wat het resultaat is van een dialoog. Getracht is inzichtelijk te maken op welke wijze de dialoog bij kan dragen aan de opdracht om te leren over de kwaliteit van zorg en deze te verbeteren. De intentie is om aanbevelingen te doen voor het middels de dialoog leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Ook zijn adviezen voor vervolgonderzoek geformuleerd. Mogelijk draagt dit onderzoek bij aan verdere theorievorming over de dialoog als kwaliteitsinstrument.

1.4 Onderzoeksvragen

Centraal staat de onderzoeksvraag: **hoe draagt de dialoog in de langdurige zorg bij aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg?** *De onderzoeksvraag wordt in de conclusie (5.2) beantwoord.*

Die vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat is de dialoog? *Deze vraag wordt in het theoretisch kader (2.1.6) beantwoord.*
2. Wat is kwaliteit van zorg? *Deze vraag wordt in het theoretisch kader (2.2.4) beantwoord.*
3. Hoe kunnen we leren over kwaliteit van zorg? *Deze vraag wordt in het theoretisch kader(2.3.3) beantwoord. In de conclusie van het theoretisch kader (2.4) zijn de drie deelvragen in samenhang beantwoord.*
4. Hoe wordt een dialoog over de kwaliteit van zorg vormgegeven? *Deze vraag wordt in de onderzoeksresultaten (4.5) beantwoord.*
5. Wat gebeurt er tijdens een dialoog over de kwaliteit van zorg? *Deze vraag wordt in de onderzoeksresultaten (4.5) beantwoord.*
6. Wat is het resultaat van een dialoog over de kwaliteit van zorg? *Deze vraag wordt in de onderzoeksresultaten (4.5) beantwoord.*

1.5 Relevantie

1.5.1 Praktische relevantie

Zorgorganisaties en zorgprofessionals zijn bekend met de complexiteit van zorgverlening, van wat goede zorg is, hoe hierover geleerd kan worden en hoe deze verbeterd kan worden. Zij werken hier dagelijks aan. Dit onderzoek geeft, met het ontwikkelen van kennis, inzicht in wat een dialoog is en wat het kan voortbrengen. Daarmee beoogt het bij te dragen aan kennis over hoe het leren en verbeteren van de kwaliteit van zorg middels de dialoog vorm kan krijgen.

1.5.2 Maatschappelijke relevantie

Kwaliteit van zorg is bij uitstek een maatschappelijk thema. In Nederland vindt continu een gesprek over kwaliteit van zorg plaats: wat vinden we waardevol, welke normen gelden, voldoen we aan die normen? Zorg is voor en van ons allemaal. Het is dan ook in het maatschappelijk belang om te weten hoe we samen kunnen leren over kwaliteit van zorg en deze kunnen verbeteren. Dit onderzoek draagt daaraan bij.

1.5.3 Wetenschappelijke relevantie

In de literatuur is veel geschreven over kwaliteit van zorg en hoe deze onderzocht kan worden. Ook is het een en ander gepubliceerd over de dialoog. Tot op heden is de dialoog binnen zorgorganisaties echter nauwelijks thema van onderzoek geweest. Dit onderzoek draagt bij aan kennis over hoe de dialoog binnen organisaties in de langdurige zorg het leren over en verbeteren van de kwaliteit ondersteunt. Het resulteert in antwoorden op vragen over hoe de dialoog vormgegeven kan worden, wat tijdens een dialoog gebeurt en wat het resultaat is van de dialoog. Daarmee zijn de resultaten van dit onderzoek een aanvulling op wat reeds bekend is over het leren over en verbeteren van kwaliteit van zorg. Daarnaast volgen uit dit onderzoek aanbevelingen ten aanzien van onbeantwoorde vragen die de wetenschap nog te stellen heeft.

1.6 Afbakening

Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe de dialoog in de langdurige zorg bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Met een focus op de care sector blijft de cure sector buiten beschouwing. De indruk is dat de dialoog binnen de care een prominentere positie heeft. De dialoog is verankerd in de kwaliteitskaders van de care sectoren en het lijken voornamelijk organisaties voor langdurige zorg te zijn die de dialoog als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid hebben opgenomen.

Een tweede afbakening is de keuze voor onderzoek naar dialogen waar een brede vertegenwoordiging van bij de zorg betrokkenen in vertegenwoordigd is: cliënt, naasten, zorgverleners, managers, bestuurders en adviseurs. Een van de redenen hiervoor is dat dit gesprek formeel in de vorm van een dialoog plaats vindt, waar het gesprek tussen cliënt, zorgverlener en naaste vaak nog als gesprek geduid wordt. Het gesprek tussen cliënt, naaste en zorgverlener geeft inzicht in hoe geleerd wordt over wat kwaliteit van zorg voor deze individuele cliënt is en hoe deze wordt verbeterd. Door de dialoog van een brede groep betrokkenen te onderzoeken wordt inzichtelijk hoe een organisatie middels de dialoog kan leren over kwaliteit van zorg en deze kan verbeteren. De dialoog tussen zorgverlener en cliënt valt buiten de kaders van dit onderzoek.

Omdat dit onderzoek zich richt op hoe een organisatie kan leren over de kwaliteit van zorg en deze kan verbeteren is voor de dataverzameling gekozen voor dialogen die plaats vonden in het kader van een certificeringstraject voor het kwaliteitskeurmerk PREZO Care van organisatie Perspekt. Binnen

het certificeringstraject voor PREZO Care vinden twee dialogen plaats, een waardendialoog en een bevindingendialoog. Omdat de dialoog binnen PREZO Care zo belangrijk is noemt Perspekt dit ook wel een dialoogmodel. Aan de dialogen neemt een brede vertegenwoordiging van bij de zorg betrokkenen deel, er wordt als organisatie geleerd en verbeterd. Een verdere toelichting op PREZO Care is in paragraaf 3.2.5 gegeven. Voor de afbakening geldt dat dit onderzoek gericht is op de dialoog en niet op het kwaliteitskeurmerk PREZO Care. Wel heeft het feit dat de dialogen die onderzocht zijn onderdeel zijn van een certificeringstraject consequenties voor de uitkomsten van het onderzoek. Dit is nader toegelicht in de onderzoeksresultaten, verwoord in hoofdstuk 4 en de discussie, conclusie en aanbevelingen, verwoord in hoofdstuk 5.

1.7 Leeswijzer

In deze inleiding, *hoofdstuk 1* van de thesis, zijn het onderwerp, de probleemstelling, de doelstelling en onderzoeksvragen geïntroduceerd. Ook zijn de relevantie en afbakening van het onderzoek toegelicht. *Hoofdstuk 2* bevat het theoretisch kader, dat bestaat uit een nadere duiding van 'de dialoog', 'kwaliteit van zorg' en 'leren over kwaliteit van zorg en binnen organisaties' en geeft antwoord op de eerste drie deelvragen. De onderzoeksopzet is in *hoofdstuk 3* beschreven. In *hoofdstuk 4* worden de onderzoeksresultaten en daarmee de opbrengst van de documentanalyse, de observaties en interviews gepresenteerd. Dit hoofdstuk geeft antwoord op deelvragen vier tot en met zes. De discussie, conclusie en aanbevelingen zijn in *hoofdstuk 5* weergegeven. Een reflectie op het onderzoek en de rol van de onderzoeker is onderdeel van de discussie.

2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader worden achtereenvolgens de begrippen dialoog, kwaliteit van zorg en leren en verbeteren nader geduid en van context voorzien. Dit op basis van literatuuronderzoek.

2.1 Wat is de dialoog?

Voor dit onderzoek is het van belang te definiëren wat we onder de dialoog verstaan. De dialoog als concept is geworteld in verschillende culturen, zoals de oude Griekse en de culturen van de inheemse volken van Noord-Amerika en de Afrikaanse Ubuntu filosofie (Voorberg en de Geus, 2018). In deze paragraaf wordt het concept dialoog uitgediept aan de hand van het werk van Socrates, Martin Buber, David Bohm en Otto Scharmer. In de conclusie wordt de vraag wat de dialoog is beantwoord.

2.1.2 De socratische dialoog

De misschien wel bekendste vorm van dialoog is de socratische dialoog. In een socratisch gesprek onderzoeken deelnemers hoe zij over een kwestie denken en waarom (Delnoij, 2003). Daarmee delen ze een intentie: samen richting bepalen en verder komen. De Duitse filosoof Leonard Nelson heeft begin twintigste eeuw de principes van Socrates gebruikt voor een praktische methode om met groepen te werken. Het werk van Nelson is door Jos Kessels in Nederland geïntroduceerd en verder uitgewerkt (Nelson, 1994).

De dialoog versterkt het leren (Simmons, 1999). Dit is zichtbaar in de socratische dialoog. Onzekerheid, het niet weten, wordt geaccepteerd. Dat is noodzakelijk om te kunnen leren. De acceptatie van onzekerheid en het niet weten maakt ook dat er ruimte ontstaat voor een diversiteit aan gezichtspunten (Voorberg en de Geus, 2018). En waar groepen geneigd zijn om snel tot consensus te komen zodat actie ondernomen kan worden vertraagd de dialoog. Er is ruimte voor onderzoek en reflectie. Volgens Simmons (1999) is hierdoor de kans groter dat op basis van de dialoog het goede gedaan wordt.

2.1.3 Buber's betekenis voor de dialoog

Waar Socrates de inhoud of casus centraal stelt heeft Martin Buber, een westerse filosoof uit de twintigste eeuw, het belang van de aard van de relatie aan het denken over de dialoog toegevoegd. In Buber's denken ligt de nadruk op de wijze waarop de mens in het leven staat. De dialoog is voor hem meer grondhouding dan gespreksvorm. In de woorden van Buber (2007): *'een dialogisch leven is niet zozeer een leven, waarin men met veel mensen te maken heeft, maar een leven, waarin men met de mensen, met wie men te maken heeft, werkelijk te maken heeft'*.

De aard van de relatie is voor Buber (2001) de kern van het *'werkelijk met iemand te maken hebben'*. Hij onderscheidt twee type relaties, de 'ik-jij' en 'ik-het' relatie. In een 'ik-het' relatie zie ik de ander als een abstractie en reduceer ik iemand tot kenmerken als geslacht, leeftijd of zorgvraag. Daarmee maak ik iemand onderdeel van mijn wereldbeeld en eigen ik mij iemand toe. In een 'ik-jij' relatie zie ik de ander als een individu en is er sprake van een gelijkwaardige relatie. Volgens Buber kan alleen in een 'ik-jij' relatie de ander werkelijk ervaren worden, wat een voorwaarde is om in dialoog te kunnen zijn.

Voor de dialoog betekent dit dat de deelnemers gelijkwaardig zijn. Een hiërarchie die buiten de dialoog tussen deelnemers bestaat kan er binnen een dialoog niet zijn. Er is niet één persoon die meer dan anderen bepaalt wat er in de dialoog gebeurt. De gelijkwaardigheid komt in de dialoog ook

tot uiting doordat er geen subgroepen zijn die zich voor andere groepen afsluiten. Alle personen en thema's zijn welkom in de dialoog (Simmons, 1999). Dat maakt dat deelnemers zonder oordeel naar elkaar luisteren, waardoor er ruimte is om dilemma's en onzekerheden te uiten (Aarts, 2015).

2.1.4 De dialoog volgens Bohm

In het denken van David Bohm, net als Buber een filosoof uit de twintigste eeuw, staat de fragmentatie van het menselijke denken en de wijze waarop dit door middel van de dialoog overwonnen kan worden centraal. Hij gaat er vanuit dat we allemaal slechts een deel van de werkelijkheid zien en elkaar nodig hebben om zicht te krijgen op het geheel. In een dialoog verbinden we onze individuele, gefragmenteerde werelden aan elkaar door zonder oordeel naar elkaar te luisteren en in gesprek te gaan over wat we van elkaar horen. Daardoor ontstaat een rijker en gedeeld beeld van de werkelijkheid (Voorberg en de Geus, 2018). Het gaat volgens Bohm (2018) bij een dialoog om het opdelen van de diepere stilzwijgend aanwezige aannames die ten grondslag liggen aan een mening of opvatting. Hij is van mening dat kennis over deze aannames en de gevoelens, psychologische en sociologische achtergrond hiervan resulteert in meer inzicht in onszelf, onze maatschappij en onze cultuur.

Het denken van Bohm heeft implicaties voor de dialoog. Als de deelnemers aan de dialoog elk een deel van de werkelijkheid zien, is het voor de dialoog van belang dat deelnemers vanuit persoonlijke gevoelens en ervaringen spreken en niet over algemene modellen en concepten. Daarbij is de inbreng van alle deelnemers even waardevol omdat elk uniek perspectief op de werkelijkheid onderdeel is van een groter geheel. Die persoonlijke inbreng betekent ook dat confrontaties en conflicten onderdeel kunnen zijn van een dialoog (Simmons, 1999).

Het uitgaan van fragmentatie en heelheid heeft implicaties voor de verwachte uitkomst van de dialoog. Naarmate het zicht op het grotere geheel toeneemt ontwikkelen deelnemers nieuwe gedeelde meningen (Aarts, 2015). Het ontstaan van gedeelde meningen maakt dat de dialoog kan resulteren in gemeenschappelijke besluitvorming. Daarbij hoeven deelnemers het niet op alle vlakken met elkaar eens te worden. Martha Nussbaum (2006) noemt dit *overlappende consensus*: deelnemers met uiteenlopende normen en waarden accepteren dezelfde oplossing om verschillende redenen.

2.1.5 Scharmer's vier velden van gespreksvoering

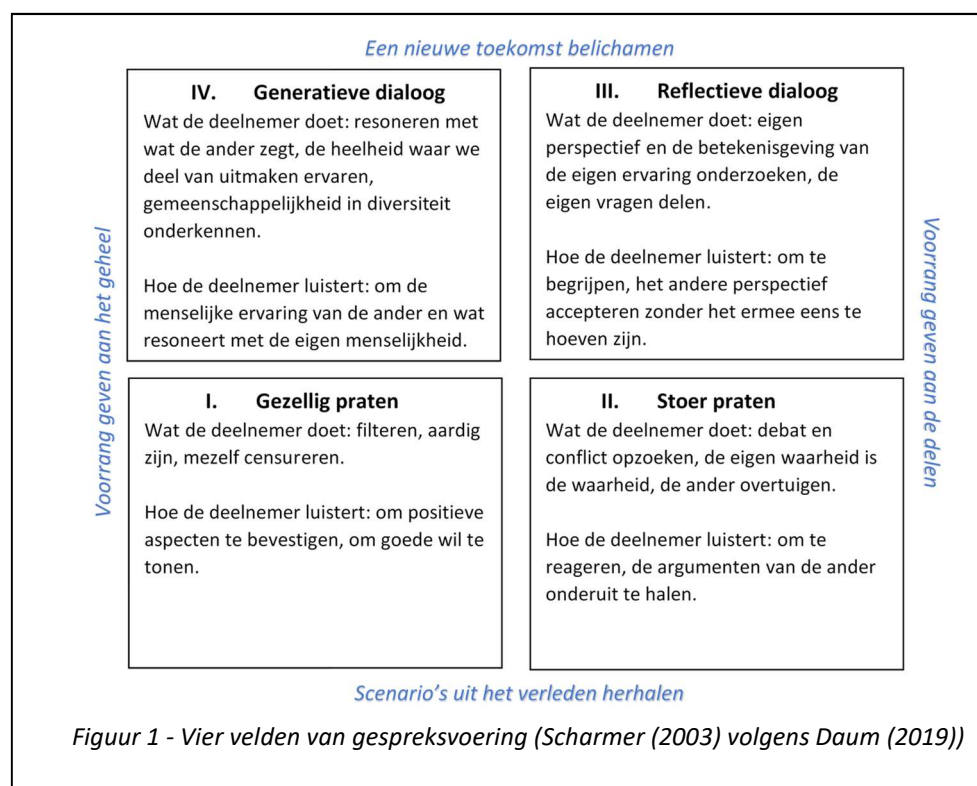
In de jaren negentig krijgt de dialoog een plek in organisatie- en veranderkunde. In die tijd komt de theorie van de lerende organisatie op, waarbinnen de dialoog een belangrijk concept is. Peter Senge is een van de grondleggers van de theorie van lerende organisaties en bouwt voort op het denken van voornamelijk Bohm. Uitgaande van diens denken over fragmentatie constateert Senge (1994) dat veel kennis in organisaties niet gedeeld wordt en daarmee verloren gaat of tot communicatieproblemen leidt. De dialoog is voor hem de basis om als team te leren, kennis te delen en communicatieproblemen tegen te gaan.

Otto Scharmer, een collega van Senge, ontwikkelde 'Theorie U' (Scharmer, 2009), een model voor vernieuwing en transformatie van mens en organisatie. In zijn werk onderscheidt Scharmer (2003) vier velden van gespreksvoering. Deze typen van gespreksvoering zijn terug te voeren op vier variabelen: *voorrang geven aan de delen versus voorrang geven aan het geheel* en *scenario's uit het verleden herhalen versus een nieuwe toekomst belichamen*. Groepen kunnen zich de vier typen van gespreksvoering eigen maken. Daum (2019) typeert deze zoals weergegeven in *figuur 1*. Daarbij

beweegt een groep volgens de theorie in een groeimodel tegen de klok in van ‘gezellig praten’ naar de ‘generatieve dialoog’ (Gunnlaugson, 2007).

Bij wat Scharmer gezellig praten noemt zijn deelnemers aan een gesprek aardig tegen elkaar. Zij geven voorrang aan het geheel en herhalen gedrag en patronen waarmee zij vanuit het verleden bekend zijn. Er ontstaat niets nieuws. In tegenstelling tot gezellig praten krijgt bij stoer praten het ik of de subgroep voorrang boven het geheel, deelnemers aan het gesprek zetten zich tegen elkaar af. Zij proberen in een debat of discussie de ander te overtuigen en luisteren om de ander onderuit te halen. Ook bij stoer praten ontstaat niets nieuws. Bekende patronen van gespreksvoering en standpunten worden herhaald.

Scharmer onderscheidt naast gezellig praten en stoer praten twee typen dialoog: reflectief en generatief. In beide typen dialoog ontstaan volgens hem nieuwe inzichten en ideeën waardoor deelnemers zich een nieuwe toekomst voor kunnen stellen. Hij noemt dit *een nieuwe toekomst belichamen*. Dit kan in de reflectieve dialoog, waarin deelnemers voorrang geven aan het ik of de subgroep. Het eigen perspectief blijft centraal staan. Deelnemers delen en onderzoeken het eigen perspectief en luisteren om het perspectief van de ander te begrijpen en te accepteren. Daarmee accepteren deelnemers dat zij onderdeel zijn van een systeem en dat zij bijdragen aan zowel de problemen als de oplossingen die gecreëerd kunnen worden (Verheij, 2015). In de reflectieve dialoog is het denken van Bohm zichtbaar. Deelnemers onderschrijven dat elk van hen een fragment van het geheel kent en dat zij zich samen een completer beeld van de werkelijkheid kunnen vormen. Abma (2016) stelt in lijn met de reflectieve dialoog dat een dialoog geslaagd is wanneer er meer zicht op de verschillen van inzicht is ontstaan en/of persoonlijk inzicht en wederzijds begrip zijn gegroeid.



In de generatieve dialoog geven deelnemers de voorrang aan het geheel. Waar deelnemers in de reflectieve dialoog de diversiteit erkennen, ervaren zij in de generatieve dialoog gemeenschappelijkheid in diversiteit. Deelnemers luisteren om het zijn van de ander te ervaren, gelijk aan de ik-jij relatie van Buber. Zij komen als groep in een creatieve flow terecht waarin iets nieuws ontstaat zonder dat duidelijk is van wie de ideeën komen. Er is sprake van co-creatie (Verheij, 2015).

Net als Gunnlaugsun (2007), die spreekt van een groeimodel, zien Voorberg en de Geus (2018) de generatieve dialoog als de te prefereren dialoog. Zij stellen dat middels de dialoog meer zicht ontstaat op het geheel. Door verbinding te scheppen in een gefragmenteerde wereld ontstaat coherentie. De veronderstelling is dat het geheel meer vormt dan de som der delen. Bij een dialoog gaat het erom samen tot gedeelde, diepere kennis en begrip te komen. Simmons (1999) stelt dat de dialoog verandert waar we in geloven, hoe we over zaken denken en hoe we ons gedragen.

2.1.6 Tussenconclusie – Wat is een dialoog?

In deze conclusie wordt de deelvraag, wat een dialoog is, beantwoord. De dialoog is een specifieke vorm van gespreksvoering. Doordat onzekerheid en het niet weten worden geaccepteerd is er in een dialoog ruimte voor een diversiteit aan gezichtspunten. Deelnemers luisteren zonder oordeel naar elkaar en er is ruimte voor dilemma's en onzekerheden. De dialoog vertraagt waardoor onderzoek naar en reflectie op de diverse perspectieven die vertegenwoordigd zijn mogelijk is. Deelnemers spreken vanuit hun gevoel en ervaring, elk perspectief is onderdeel van een groter geheel. Zij verruimen hun fragmentarische denk- en gevoelswereld door naar elkaar te luisteren. Deelnemers zoeken daarbij naar de diepere stilzwijgend aanwezige aannames die ten grondslag liggen aan hun meningen of opvattingen.

In navolging van Scharmer (2003) worden in dit onderzoek twee typen dialoog onderscheiden: reflectief en generatief. In de reflectieve dialoog delen deelnemers hun vragen en perspectief en onderzoeken zij de betekenis die zij aan hun eigen ervaringen geven. Ze luisteren om te begrijpen, het perspectief van de ander te accepteren zonder het ermee eens te hoeven zijn. Deelnemers aan een generatieve dialoog onderkennen gemeenschappelijkheid in diversiteit. Zij luisteren om de ander als mens te ervaren en hoe deze mens weerklinkt in henzelf. Er is sprake van co-creatie, deelnemers komen in een creatieve flow terecht waarin niet duidelijk is van wie de ideeën komen.

Een dialoog kan verschillende resultaten hebben. In dialoog groeit het persoonlijk inzicht, ontstaat zicht op verschillen van inzicht en komen deelnemers tot wederzijds begrip en meer zicht op het geheel. Er ontstaat verbinding in een gefragmenteerde wereld. De dialoog verandert waar we in geloven, hoe we over zaken denken en hoe we ons gedragen. Deelnemers kunnen op basis van de individuele perspectieven nieuwe gedeelde meningen vormen. Bij een dialoog gaat het erom samen tot gedeelde, diepere kennis en begrip te komen. Ook kan de dialoog resulteren in besluitvorming, mogelijk op basis van overlappende consensus. Deelnemers accepteren een besluit om verschillende redenen.

Om te kunnen onderzoeken hoe de dialoog bij kan dragen aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg is het van belang om te definiëren wat onder kwaliteit van zorg wordt verstaan. Dat komt in de volgende paragraaf aan de orde.

2.2 Wat is kwaliteit van zorg?

Om te kunnen onderzoeken hoe de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg is het van belang te weten wat kwaliteit van zorg is. De paragraaf start met het bedrijfskundig definiëren van kwaliteit van zorg omdat dit de dominante denkwijze is. Omdat in het bedrijfskundig definiëren de vraag wie definieert een centrale rol heeft wordt vervolgens stilgestaan bij vier regimes die richting geven aan de ontwikkeling van zorgverlening en die elk een eigen opvatting hebben over kwaliteit. Tot slot wordt stilgestaan bij een alternatief voor het bedrijfskundig definiëren.

2.2.1 Bedrijfskundig definiëren

Wat kwaliteit is of wanneer sprake is van kwaliteit wordt meestal op een bedrijfskundige manier gedefinieerd (Baart, 2018). Kwaliteit is dan een kenmerk van iets, bijvoorbeeld zorg, waaraan een waarde kan worden toegekend, bijvoorbeeld goed of slecht. Meestal wordt de waarde vastgesteld aan de hand van een vergelijking. Dit kan een vergelijking zijn met bijvoorbeeld andere zorgverlening of een vergelijking met hoe dezelfde zorgverlening in het verleden was. Het is daarbij noodzakelijk om vergelijkingspunten vast te stellen, in het geval van zorgverlening kan dit bijvoorbeeld wondzorg of de tevredenheid van de klant zijn. Tot slot moet er een norm gesteld worden zodat vastgesteld kan worden of norm en werkelijkheid van elkaar afwijken en of deze afwijking positief of negatief is.

Die bedrijfskundige benadering is zichtbaar in bijvoorbeeld de definitie van kwaliteit van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Kwaliteit is: '...de mate waarin het geheel van eigenschappen (het gerealiseerde) van een product, proces en dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen (norm of verwachtingen), die voortvloeien uit een gebruikersdoel' (RGO, 1990). Wat deze definitie van kwaliteit inzichtelijk maakt is dat iemand die weinig verwachtingen heeft of bepaalde normen niet stelt, geen last heeft van een gebrek aan kwaliteit van zorg (Willeme en Baart, 2010). Kwaliteit van zorg is immers de mate waarin de gerealiseerde zorg voldoet aan de verwachtingen of de norm. Tongeren en van Bal (1998) onderstrepen deze denkrichting. Wat kwaliteit van zorg is, is in hun ogen afhankelijk van degene die de definitie stelt. Daarom vinden zij dat kwaliteit altijd een subjectief gegeven is. Dat maakt dat het van belang is om voortdurend opnieuw te bevragen en overwegen wat kwaliteit is.

De dialoog lijkt geschikt voor het steeds opnieuw bevragen en overwegen wat kwaliteit is. In de dialoog mogen meerdere perspectieven naast elkaar bestaan en komen deelnemers op basis hiervan samen tot diepere kennis. Om te kunnen onderzoeken hoe de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg is het van belang stil te staan bij de vraag welke perspectieven dit kunnen zijn en wie deze perspectieven hanteert. Dit kan inzichtelijk worden met het denken vanuit regimes met elk een eigen logica. Hier wordt in de volgende paragraaf bij stilgestaan.

2.2.2 Wie de norm of verwachting bepaalt

Het denken vanuit regimes is breder dan de vraag wie de norm of verwachting bepaalt, het beantwoordt ook de vraag vanuit welke logica deze wordt bepaald. Of, om aan te sluiten bij de voorgaande paragraaf, welk perspectief wordt gehanteerd. Een logica bestaat uit doestellingen, criteria en handelwijzen die voortkomen uit specifieke waarden. De coördinatiemechanismen die worden gebruikt om de doelstellingen te behalen laten zien welke partij binnen het specifieke regime dominant is. Van der Scheer (2013) onderscheidt vier ideaaltypische regimes met elk een eigen logica: maatschappelijk, professioneel, privaat en publiek. Volgens van der Scheer heeft elk van deze

regimes een andere opvatting van wat kwaliteit is (Dillman et al., 2016). Deze indeling is ideaaltypisch, de elementen van elk van de vier regimes zijn binnen zorgorganisaties aanwezig.

In de private logica wordt zorg gezien als een product. Omdat winst en het voortbestaan van de organisatie belangrijke doelstellingen zijn staan efficiëntie, effectiviteit en klanttevredenheid voorop. De centrale waarden zijn rationaliteit, inventiviteit en klantgerichtheid. De eigenaar van de organisatie is de dominante partij en bepaalt daarmee wat kwaliteit van zorg is. Vanwege de centrale rol van de klant is er sprake van kwaliteit als de klant tevreden is. Daarnaast zijn doelmatigheid en doeltreffendheid belangrijke criteria bij het bepalen of er sprake is van kwaliteit.

In de publieke logica is zorg een recht. De doelstelling is het uitvoeren van overheidsbeleid. Dit wordt bereikt middels wetgeving, toezicht en verantwoording. Onpartijdigheid, betrouwbaarheid, gelijkheid en het minimaliseren van risico's staan voorop. Het is van belang dat zorg rechtmatig en zorgvuldig wordt verleend en er is sprake van kwaliteit als er voldaan wordt aan de wet. De overheid is binnen deze logica de dominante partij.

In de maatschappelijke logica is zorg een persoonlijke verantwoordelijkheid. Maatschappelijke betrokkenheid, solidariteit en compassie staan voorop. Een maatschappelijk regime is gericht op het 'goed doen', liefdadigheid en het ontvangen van maatschappelijke waardering. Dit op basis van een gedeelde identiteit en/of levensbeschouwelijke overtuiging. Als zorg persoonlijk en nabij is, is er sprake van kwaliteit. Het is van belang dat er maatschappelijk draagvlak is voor de wijze waarop de zorgverlening plaats vindt. Maatschappelijke groeperingen zijn de dominante partij.

In de professionele logica is zorg een ambacht en een wetenschap. De doelstelling is om op basis van kennis en vakbekwaamheid professioneel te handelen. Deskundigheid, onafhankelijkheid en kwaliteit zijn centrale waarden, de invulling hiervan vindt plaats door de beroepsgroep. Er is sprake van kwaliteit als aan de professionele norm wordt voldaan, de professie en de beroepsgroep zijn hierin de dominante partij.

Type regime	Privaat	Publiek	Maatschappelijk	Professioneel
Doelstelling	winstmaximalisatie, continuïteit van de organisatie	uitvoering van overheidsbeleid, stabiele overheid	maatschappelijke waardering, caritas, 'goed doen'	professionaliteit
Criteria	doelmatigheid, doeltreffendheid, klanttevredenheid	rechtmatigheid, zorgvuldigheid	maatschappelijk draagvlak	kennis, vakbekwaamheid
Coördinatie-mechanismen	competitie, afstemming tussen vraag en aanbod	hiërarchie, wetgeving, toezicht en verantwoording	gedeelde identiteit, gedeelde (levensbeschouwelijke) overtuiging	beroepsgebonden normen, professionele hiërarchie
Dominante partij	eigenaar van de organisatie	overheid	maatschappelijke groepering	de professie/ beroepsgroep
Centrale waarde-oriëntatie	inventiviteit, keuzevrijheid, rationaliteit	onpartijdigheid, betrouwbaarheid, gelijkheid, minimale risico's	maatschappelijke betrokkenheid, solidariteit, compassie	deskundigheid, onafhankelijkheid, kwaliteit

Tabel 1 - Vier ideaaltypische regimes (van der Scheer, 2013)

Bij het denken vanuit een logica komen problemen in een bepaald daglicht te staan en wordt de voorkeur gegeven aan specifieke oplossingsrichtingen. In dit onderzoek worden de regimes en hun logica onderscheiden om de verschillende perspectieven die in de dialoog aan bod komen te identificeren.

Het denken over kwaliteit vanuit de regimes met elk hun eigen logica heeft als overeenkomst met het bedrijfskundig definiëren dat wat kwaliteit is op afstand staat van de unieke cliënt. De veronderstelling dat wat kwaliteit van zorg situationeel en relationeel is biedt een alternatief voor deze afstandelijke benadering. Dit komt in de volgende paragraaf aan bod.

2.2.3 Alternatief voor bedrijfskundig definiëren

Het bedrijfskundig definiëren van kwaliteit is praktisch en eenvoudig. Ze doet echter geen recht aan de complexiteit van zorgsituaties, aldus Baart (2018). Dat komt doordat ze formaliseert, objectiveert en op afstand staat van de praktijk waardoor de complexiteit van het vaststellen van wat kwaliteit van zorg is wordt ontlopen. Dat moeten we volgens Baart niet willen. De complexiteit komt volgens Baart voort uit het gegeven dat er sprake is van goede zorg als deze is afgestemd op de specifieke situatie (situationeel) en mens (relationeel). Sluit de zorg aan, is deze afgestemd, doet deze goed, is deze zinvol en past deze bij het leven van de mens die zorg ontvangt? Dan is volgens Baart sprake van kwaliteit. Om tot goede zorg te komen moeten zorgverleners over praktische wijsheid beschikken. Die praktische wijsheid betekent dat zorgverleners in specifieke situaties in kunnen schatten of zij hun vakkennis en protocollen moeten volgen, waar niet en waar deze tekort schieten. Dit vanuit de relatie met, aansluiting op en afstemming met de mens aan wie zorg wordt verleend. Net als bij het bedrijfskundig definiëren is het van belang om steeds weer te overwegen en bevragen wat kwaliteit van zorg is, maar dan uitgaande van deze specifieke situatie en deze specifieke mens.

2.2.4 Tussenconclusie – wat is kwaliteit van zorg?

In deze conclusie wordt de tweede deelvraag, wat kwaliteit van zorg is, beantwoord. Wat kwaliteit van zorg is wordt overwegend bedrijfskundig gedefinieerd. Daarbij is van belang te onderkennen vanuit welk kader kwaliteit wordt gedefinieerd. Daarvoor zijn vier regimes met elk een eigen logica en daarmee opvatting van kwaliteit onderscheiden: privaat, publiek, maatschappelijk en professioneel. Kwaliteit van zorg heeft afhankelijk van de logica betrekking op klanttevredenheid, doelmatigheid, doeltreffendheid, voldoen aan wet- en regelgeving, persoonsgerichtheid, nabijheid en voldoen aan de professionele norm.

Het bedrijfskundig definiëren en het denken vanuit logica's heeft als nadeel dat de opvatting van wat kwaliteit is wordt geformaliseerd, geobjectiveert en op afstand komt te staan van de praktijk. Als alternatief is gesteld dat kwaliteit van zorg situationeel en relationeel is. Om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden die past bij de specifieke situatie en mens, moeten zorgverleners hun kwaliteitsbewustzijn ontwikkelen en beschikken over praktische wijsheid.

Bij zowel het bedrijfskundig definiëren van kwaliteit van zorg als het aansluiten op de situatie en mens zodat er kwaliteit van zorg kan zijn geldt dat het van belang is om steeds weer te bevragen en overwegen wat kwaliteit is. Dit roept de vraag op hoe de dialoog bij kan dragen aan een continuïteit van leren, verbeteren en het afstemmen van de zorgverlening op de relatie en situatie. Hiervoor is het van belang stil te staan bij de vraag hoe we kunnen leren over kwaliteit van zorg en hoe het leren binnen organisaties vorm kan krijgen. Daar wordt in de volgende paragraaf op ingegaan.

2.3 Hoe kan geleerd worden over kwaliteit van zorg?

Om te onderzoeken hoe de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg is het van belang te weten hoe kwaliteit van zorg te onderzoeken is. Zonder inzicht in de kwaliteit van zorg is erover leren niet mogelijk. Om inzichtelijk te maken hoe kwaliteit van zorg onderzocht kan worden, worden in de eerste paragraaf drie dimensies van kwaliteit met elk eigen methoden van onderzoek onderscheiden. In de tweede paragraaf wordt in algemene zin ingegaan op vormen van leren die binnen organisaties toegepast kunnen worden. Dit is van belang omdat het inzicht geeft in het type praktijkvraag die met de dialoog beantwoord kan worden, bij welke aanleiding om te leren gekozen kan worden voor de dialoog en de valkuilen die het leren op basis van dialoogvoering met zich meebrengt.

2.3.1 Onderzoeken van kwaliteit van zorg

Voor het onderzoeken van de kwaliteit van zorg kan onderscheid gemaakt worden tussen drie dimensies: de objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit (Stoopendaal, 2020). Deze drie dimensies zijn alle drie even belangrijk.

De objectieve dimensie bestaat uit thema's die getalsmatig uit te drukken zijn, denk aan decubitus of valincidenten. Hier passen kwantitatieve onderzoeksmethoden bij die gericht zijn op meten en daarmee het getalsmatig inzichtelijk maken van de objectieve kwaliteit van zorg. De kritiek op de objectieve dimensie is dat dit type kwaliteitsindicatoren en de scores die hierop worden behaald onderdelen van kwaliteit zijn die op zichzelf staan, ze geven niet de gehele werkelijkheid van kwaliteit van leven of zorg weer (Reinders, 2019).

Naast de objectieve dimensie wordt de subjectieve dimensie van kwaliteit onderscheiden. In de subjectieve dimensie staat de ervaring van de mens aan wie zorg wordt verleend en zijn waardering van die ervaring centraal. Ook deze dimensie kan geobjectiveerd worden door hem meetbaar te maken. Een voorbeeld hiervan zijn de scores op Zorgkaart Nederland. Ook zijn er verschillende typen van kwalitatief onderzoek waarmee deze dimensie inzichtelijk kan worden gemaakt zoals interviews of observaties (Stoopendaal, 2020).

Annemarie van Dalen (2018) onderscheidt naast de objectieve en subjectieve dimensie de intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg. In die dimensie staat de zorgrelatie centraal, zowel het handelen in de relatie en dus de zorgverlening zelf als de manier waarop het contact vorm krijgt, de wijze waarop de zorgverlener omgaat met de mens die zorg ontvangt. De kwaliteit van de zorgrelatie kan door middel van kwalitatief onderzoek inzichtelijk worden gemaakt, bijvoorbeeld door middel van observatie of het bevragen van personen die vanuit eigen ervaring zicht hebben op de zorgrelatie (Stoopendaal, 2020).

Dimensie	Beschrijving	Te onderzoeken door
Objectief	Meetbaar gemaakte elementen.	Te meten.
Subjectief	Ervaring van de mens die zorg ontvangt.	Te bevragen.
Intersubjectief	Dat wat in de relatie tussen zorgverlener en de mens die zorg ontvangt gebeurt.	Te observeren en te bevragen.

Tabel 2 Drie dimensies van kwaliteit (gebaseerd op Stoopendaal 2020)

Dat de drie dimensies van kwaliteit van zorg onderling niet hiërarchisch zijn betekent niet dat ze altijd in harmonie zijn met elkaar. De dimensies kunnen in de praktijk met elkaar schuren en de zorgverlener en cliënt voor een dilemma stellen. Denk aan een cliënt die graag individueel de maaltijd nuttigt en die een verhoogde kans op verslikking en daarmee verstikking kent. De specialist ouderengeneeskunde vindt dat de cliënt in een gemeenschappelijke ruimte moet eten omdat hier toezicht is en verstikking voorkomen kan worden, de cliënt volhardt in de wens om individueel te eten. Wat in deze situatie kwaliteit van zorg is en aan welke dimensie voorrang wordt gegeven is afhankelijk van het perspectief dat ingenomen wordt.

Voor het onderzoek naar wat de kwaliteit van zorg is worden drie dimensies met elk eigen onderzoeksmethoden onderscheiden. Daarnaast zijn er verschillende vormen waarop medewerkers in een organisatie kunnen leren. Deze worden in de volgende paragraaf toegelicht.

2.3.2 Leren binnen organisaties

Manon Ruijters (2016) onderscheidt zeven wat zij noemt 'grondtonen' van leren. Dit doet zij om de zoektocht van een passende vorm van leren bij een vraagstuk te vereenvoudigen. Ruijters onderscheidt informatief, onderzoekend, transformatief, ervarings, impliciet, collectief en generatief leren. Elke grondtoon kent een eigen praktijkvraag of aanleiding met elk ook eigen kenmerken en valkuilen. Het model van grondtonen is gebaseerd op een groot aantal denkers over leren. Daarmee biedt dit een theoretische basis voor dit onderzoek.

Voor een beter begrip van het leren en verbeteren middels de dialoog staat hier het onderzoekend, transformatief, ervarings-, collectief en generatief leren centraal. Deze vijf grondtonen van leren raken allen aan de dialoog en hebben hier overeenkomsten mee. Dat betekent ook dat informatief en impliciet leren buiten beschouwing worden gelaten. Het ontbreekt bij deze grondtonen van leren aan raakvlak met de dialoog. Het informatief leren wordt niet meegenomen omdat dit een doordachte opbouw en overdracht van kennis betreft op basis van geformuleerde leerdoelen, zoals bij een opleiding of cursus. Organiseren van impliciet leren is gericht op het doorbreken van routines door veranderingen in de praktijk aan te brengen: de inrichting van de werkruimte, de samenstelling van het team of het veranderen van werkprocessen. Ook dit lijkt geen overeenkomsten met de dialoog te hebben.

Onderzoekend leren

Het onderzoekend leren richt zich op de vraag naar wat verborgen ligt. Ruijters (2016) positioneert dit als alternatief voor informatief leren omdat ook onderzoekend leren gericht is op het vergaren van kennis. In het kader van deze thesis zou een organisatie zichzelf een vraag kunnen stellen als: 'hoe staat het met de kwaliteit van zorg in onze organisatie?', om dit vervolgens middels de dialoog te onderzoeken. Kenmerken van onderzoekend leren zijn het werken vanuit nieuwsgierigheid, het stellen van vragen, het verzamelen van bewijsmateriaal, betekenis geven aan data, argumenteren en aandacht voor de kwaliteit van de dialoog. Actieonderzoek en praktijkonderzoek zijn hier voorbeelden van. Een valkuil van onderzoekend leren is het nastreven van waarheid. Daarnaast moet vermeden worden dat de initieel intrinsieke motivatie van deelnemers overgaat in onderzoekend leren als een verplichting. De onderzoekende, nieuwsgierige houding en het erkennen dat er meer is dan één waarheid zijn overeenkomsten met de dialoog. Dit impliceert dat er niet geoordeeld wordt en dat de inbreng van alle deelnemers welkom is.

Transformatief leren

Transformatief leren is gericht op het veranderen van perspectief en daarmee anders tegen een thema, situatie of bijvoorbeeld werk in algemene zin aan gaan kijken. Het gaat om anders leren kijken, als professional anders in je werk gaan staan. Een door Ruijters (2016) genoemd voorbeeld is de omslag van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat', als zorgverlener niet zelf met oplossingen aankomen en die uitvoeren, maar de zelfredzaamheid van de cliënt vergroten door samen te werken en tot keuzes te komen die de cliënt bij voorkeur zelf maakt. Transformatief leren kenmerkt zich doordat er ruimte wordt gegeven aan crisis, niet-weten wordt geaccepteerd, onderliggende opvattingen worden onderzocht en informatief leren (scholing/opleiding) wordt uitgesteld. Dit vertoont een aantal gelijkenissen met de dialoog, waarbij de ruimte voor verschillende perspectieven, acceptatie van het niet-weten en het onderzoek naar onderliggende opvattingen in het oog springen.

Ervaringsleren

Ervaringsleren bestaat uit drie stappen: actie, reflectie en herontwerp.¹ Naast nieuwe manieren van werken ontstaat inzicht in de invloed van het eigen gedrag op de context en omgekeerd. Door middel van ervaringsleren kan de praktijk worden verbeterd of kan een professional beter worden in zijn vak of functie. De dialoog zou in het ervaringsleren een rol kunnen spelen bij de reflectie en het gezamenlijk komen tot een herontwerp.

Collectief leren

Het collectief leren richt zich op samen de praktijk verbeteren. Volgens Ruijters (2016) worden ontwikkelingen door veranderingen in dynamiek en complexiteit van het werk steeds collectiever van aard. Dat betekent dat het collectief, of de collectieve kwaliteit, nodig is om te leren en veranderen. Kenmerken van collectief leren zijn een (deels) gemeenschappelijk proces en resultaat en aandacht voor groepsdynamica. Deelnemers vormen collectieve beelden en ambities rondom opgaven. Het is daarbij van belang dat betrokkenen naast het eigen leren ook het leren van de ander doorgronden. Dit kan vervolgens gebruikt worden om elkaar te versterken. Collectief leren is de enige grondtoon van leren waarbij Ruijters (2016) de dialoog als voorbeeld noemt. Niet verwonderlijk omdat ook in de dialoog het gemeenschappelijk proces centraal staat, aandacht voor groepsdynamica van belang is en gemeenschappelijk wordt geleerd.

Generatief leren

Het generatief leren is gericht op totstandkoming van iets 'nieuws', iets wat er nog niet is. Dit kunnen werkwijzen, inzichten of producten zijn. Het gaat erom te leren van het verleden (hoe hebben we het in het verleden aangepakt?) en de toekomst (hoe geven we vorm aan iets wat er nog niet is?). Net als bij de dialoog gaat het om het verbinden en samenvoegen van verschillende perspectieven om te komen tot nieuwe inzichten of vormen van dienstverlening. 'Generatief leren' is niet alleen talig verbonden met de eerder in deze thesis genoemde 'generatieve dialoog'. Grondleggers van het generatief leren, specifiek Senge en Scharmer, hebben ook bijgedragen aan theorievorming betreffende de dialoog. Het is de verwachting dat het generatief leren in het empirisch onderdeel van dit onderzoek, waarin dialogen geobserveerd en deelnemers aan een dialoog geïnterviewd worden, naar voren komt.

¹ Het ervaringsleren heeft overeenkomsten met het volgen van de PDCA (plan, do, check, act) cyclus.

2.3.3 Tussenconclusie – hoe kan geleerd worden over de kwaliteit van zorg?

Wanneer objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg inzichtelijk worden gemaakt ontstaat een rijk beeld van de kwaliteit van zorg. Elke van deze dimensies van kwaliteit wordt met andere methoden onderzocht. De subjectieve en intersubjectieve dimensie kunnen beide onderzocht worden door te bevragen. De dialoog, waar deelnemers hun perspectief met elkaar delen en elkaar vragen stellen om samen tot diepere kennis te komen, lijkt geschikt om te leren over deze twee dimensies van kwaliteit van zorg. Het middels de dialoog onderzoeken van de objectieve dimensie van kwaliteit van zorg ligt minder voor de hand, omdat deze kwantitatief wordt onderzocht. Wel lijkt de dialoog geschikt om tot verdieping te komen bij dilemma's die optreden als dimensies van kwaliteit van zorg met elkaar schuren.

Naast het leren over de kwaliteit van zorg worden in dit onderzoek verschillende grondtonen van leren in organisaties onderscheiden. Onderzoekend, transformatief, ervarings-, collectief en generatief leren hebben overeenkomsten met de dialoog, in elk van deze grondtonen van leren komen andere kenmerken van de dialoog naar voren. Met elk van deze manieren van leren wordt een ander leerresultaat bereikt. De vraag is welke grondtonen van leren te herkennen zijn in de dialoog over de kwaliteit van zorg en daarmee welk leerresultaat met de dialoog wordt bereikt. Die vraag wordt met het empirisch onderzoek beantwoord.

2.4 Conclusie theoretisch kader

De dialoog is een specifieke vorm van gespreksvoering met wortels in de historie van verschillende culturen. Deze vorm van gespreksvoering wordt veelal ingezet op momenten dat we er op complexe thema's moeilijk samen uitkomen, omdat het vereenvoudigen en reduceren van complexiteit niet werkt. In navolging van Scharmer (2003) worden in dit onderzoek twee typen dialoog onderscheiden: reflectief en generatief. In de reflectieve dialoog delen deelnemers hun vragen en perspectief en onderzoeken zij de betekenis die zij aan eigen ervaringen geven. Ze luisteren om te begrijpen, het perspectief van de ander te accepteren zonder het ermee eens te hoeven zijn. Deelnemers aan een generatieve dialoog onderkennen gemeenschappelijkheid in diversiteit. Zij luisteren om de ander als mens te ervaren en hoe deze mens weerklinkt in henzelf. Er is sprake van co-creatie, deelnemers komen in een creatieve flow terecht waarin niet duidelijk is van wie de ideeën komen.

Kwaliteit van zorg is een complex thema. Wat kwaliteit van zorg is wordt veelal bedrijfskundig gedefinieerd. In dat geval is het van belang te onderscheiden wie of wat de definitie bepaalt. Hiervoor zijn vier regimes met elk een eigen logica onderscheiden: privaat, publiek, maatschappelijk en professioneel. Een ander perspectief is dat wat kwaliteit is, afhankelijk is van de situatie en de mens die zorg ontvangt. Bij zowel het bedrijfskundig definiëren van kwaliteit als het aansluiten op de situatie en mens zodat er kwaliteit van zorg kan zijn geldt dat het van belang is om continu en vanuit verschillende oogpunten te bevragen en overwegen wat kwaliteit is. In de dialoog mogen meerdere perspectieven naast elkaar bestaan en komen deelnemers op basis van de verschillende perspectieven samen tot diepere kennis. De veronderstelling is dat elke deelnemer vanuit haar perspectief een ander deel van het geheel ziet. Door de perspectieven samen te voegen ontstaat een completer beeld van het geheel. Daarmee lijkt de dialoog een geschikte manier om steeds weer te definiëren wat kwaliteit is opdat een breder gedeeld, meer valide begrip ervan ontstaat.

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg worden drie dimensies van kwaliteit onderscheiden: objectief, subjectief en intersubjectief. De dialoog, waar deelnemers hun perspectief met elkaar delen en elkaar vragen stellen om samen tot diepere kennis te komen, lijkt geschikt om te leren over de subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit. Het middels de dialoog onderzoeken van de objectieve dimensie van kwaliteit van zorg ligt minder voor de hand, omdat deze kwantitatief wordt onderzocht. Wel lijkt de dialoog geschikt om tot verdieping te komen bij dilemma's die optreden als dimensies van kwaliteit van zorg met elkaar schuren.

Naast het leren over kwaliteit van zorg is het leren in organisaties voor dit onderzoek van belang. Er zijn een aantal grondtonen van leren die overeenkomsten hebben met de dialoog: onderzoekend, transformatief, ervarings-, collectief en generatief. Door middel van de dialoog:

- kan achterhaald worden wat verborgen ligt (onderzoekend leren);
- kan het perspectief waaruit naar kwaliteit van zorg wordt gekeken veranderen (transformatief leren);
- kan gereflecteerd worden en de bestaande manier van werken opnieuw vormgegeven worden (ervaringsleren);
- kan samen geleerd worden over de kwaliteit van zorg (collectief leren);
- kunnen nieuwe werkwijzen, inzichten of producten ontstaan (generatief leren).

Het organiseren van kwalitatief goede zorg is complex, omdat er verschillende opvattingen zijn van wat kwaliteit is. Die opvattingen komen voort uit, onder meer, verschillende regimes met elk hun eigen logica en denken over wat kwaliteit is. Ook kent kwaliteit van zorg verschillende dimensies die met elkaar kunnen schuren. Bij de zorg betrokkenen, van cliënt tot bestuurder, zullen vanuit hun

eigen perspectief en afhankelijk van de situatie en persoon een andere opvatting hebben van wat kwalitatief goede zorgverlening is en wat nodig is om kwaliteit van zorg te organiseren. In de dialoog worden die verschillende perspectieven gedeeld en mogen die verschillende perspectieven naast elkaar bestaan. Daarmee biedt het de bij de zorg betrokkenen handvatten om dit samen te onderzoeken en hierop te reflecteren. Dit kan resulteren in verandering van perspectief, vernieuwing van bestaande en creatie van nieuwe denkbeelden, werkwijzen en producten. Ook kan in de dialoog gezamenlijkheid ontstaan.

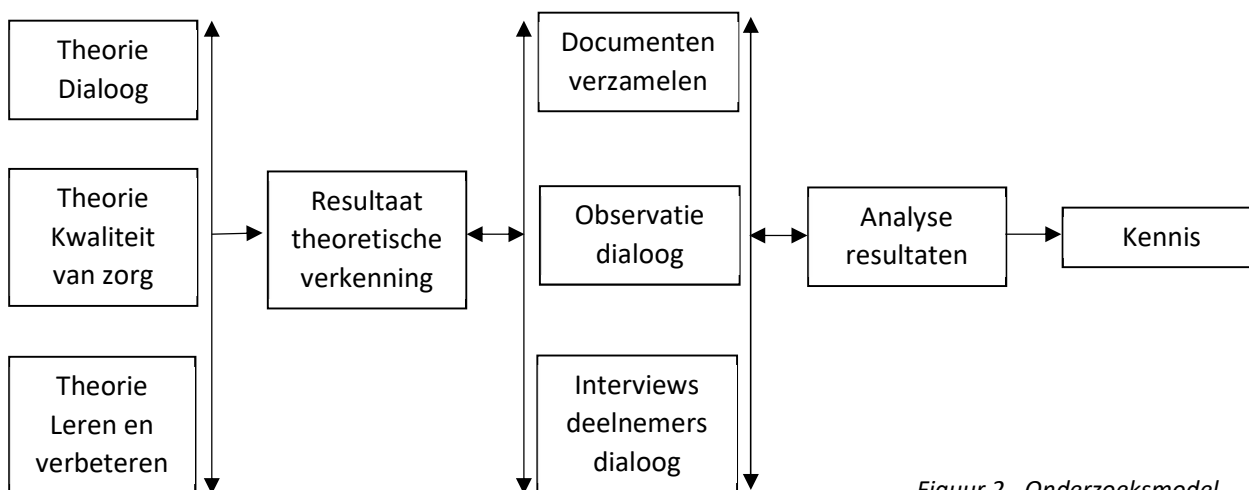
De dialoog lijkt niet geschikt om onderzoek te doen naar de objectieve dimensie van kwaliteit van zorg omdat deze kwantitatief wordt onderzocht. Ook is de kracht van de dialoog, het naast elkaar mogen bestaan van verschillende perspectieven, mogelijk tegelijkertijd haar kwetsbaarheid. Als perspectieven niet vertegenwoordigd zijn ontstaat een minder compleet beeld van wat kwaliteit is en wat nodig is om kwalitatief goede zorg te organiseren. Daarnaast stelt de dialoog best wel wat eisen aan deelnemers. Aan hen wordt gevraagd om zich vrij te voelen om te spreken, hun oordeel uit te stellen en hiërarchie kan in theorie niet aanwezig zijn in de dialoog. De vraag is of dit in de praktijk haalbaar is en wat het effect is op de uitkomsten als dit niet zo blijkt te zijn. De dialoog heeft veel potentie, de vraag is of zij die waar kan maken.

3 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek toegelicht. Dit start met een toelichting op de onderzoeksopzet, gevolgd door de databronnen en de wijze waarop data uit deze bronnen verzameld is. Vervolgens zijn de wijze van dataverzameling en analyse beschreven.

3.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek startte met een theoretische verkenning van relevante literatuur op het terrein van de dialoog, kwaliteit van zorg en leren en verbeteren. Het resultaat van de theoretische verkenning is in het empirisch onderzoek als uitgangspunt voor de dataverzameling gebruikt. Op basis van het resultaat van de theoretische verkenning is de topiclijst voor de interviews en lijst met inhoudelijke aandachtspunten voor de observaties opgesteld. De empirie is onderzocht door middel van documentverzameling, observaties van de dialoog en interviews met deelnemers aan de dialoog. Hierop zijn de data, die tijdens het empirisch onderzoek zijn verzameld, geanalyseerd.



Figuur 2 - Onderzoeksmodel

3.2 Databronnen en -verzameling

Voor het beantwoorden van de deelvragen is gebruik gemaakt van verschillende bronnen, deze zijn weergegeven in tabel 2. Een overzicht van de gebruikte bronnen per organisatie is opgenomen als bijlage 1 van deze thesis. De wijze van dataverzameling is in het vervolg van deze paragraaf per databron beschreven.

Bron	Deelvraag	Soort	Ontsluiting	Aantal
Literatuur	1,2,3	Boek, artikel, oratie, proefschrift.	Inhoudsanalyse	n.v.t.
Bronnen		Website, Youtube	Inhoudsanalyse	n.v.t.
Documenten	4,5,6	Beleidsdocument, Auditrapport	Inhoudsanalyse	n.v.t.
Gebeurtenissen	4,5,6	Bevindingendialoog in het kader van PREZO Care certificering.	Observatie	3
Personen	5,6	Deelnemer aan bevindingendialoog. Gespreksleider van bevindingendialoog	Interview	11

Tabel 3 – databronnen en -verzameling

3.2.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek stond in dienst van de theoretische verkenning aan de hand waarvan de centrale begrippen dialoog, kwaliteit van zorg en leren en verbeteren zijn beschreven. Met het literatuuronderzoek zijn de eerste drie deelvragen beantwoord en is de theoretische basis voor verder onderzoek gelegd. De literatuur is gezocht met Google en Google Scholar op basis van de zoekwoorden: kwaliteit, zorg, dialoog, organisaties, leren, verbeteren. De zoekwoorden zijn individueel en in combinatie gebruikt. Ook is met de sneeuwbalmethodiek literatuur verzameld. Tot slot is met verschillende experts gesproken die literatuur hebben aangereikt. Alleen de literatuur waaraan in dit onderzoek wordt gerefereerd is opgenomen in de literatuurlijst, overige bestudeerde literatuur is niet opgenomen.

3.2.2 Documentverzameling

De documenten die zijn verzameld zijn van en/of gaan over de zorgorganisaties waar de observaties plaats hebben gevonden en/of waar geïnterviewde deelnemers aan de observaties aan verbonden zijn. Deels zijn de documenten opgevraagd bij de organisatie zelf. Dit betreffen de kwaliteitsplannen en -verslagen en auditrapportages PREZO Care. Documenten van en over de zorgorganisaties zijn kwaliteitsplannen, kwaliteitsverslagen, IGJ rapportages en auditrapportages PREZO Care. Daarnaast is de methodologische verantwoording PREZO Care van Perspekt geanalyseerd.

3.2.3 Observaties

Er zijn voor dit onderzoek in totaal drie dialogen geobserveerd bij drie verschillende zorgorganisaties. Dit zijn een grote verpleeghuisorganisatie met meerdere locaties, een zorgboerderij en een verpleegkundig kinderdagverblijf. De toegang tot de dialogen verliep via Perspekt. De auditcoördinatoren van Perspekt hebben aan organisaties gevraagd of zij onderdeel wilden zijn van het onderzoek. Organisaties die hiermee instemden zijn met de onderzoeker in contact gebracht. Door de coronapandemie vonden in de periode waarin dit onderzoek uitgevoerd is minder dialogen plaats. Ook was het aantal zorgorganisaties dat een observator toe wilde laten tot een dialoog beperkt. Hierdoor was het niet mogelijk een selectie te maken van het type zorgorganisatie waar de observatie plaats zou vinden of het type dialoog dat geobserveerd zou worden.

De observaties zijn niet-participatieve observaties uitgevoerd aan de hand van een lijst met inhoudelijke aandachtspunten. Die lijst is op basis van de theoretische verkenning opgesteld en als bijlage 2 aan deze thesis toegevoegd. Gedurende de observaties is gewisseld tussen de door Mortelmans (2018) onderscheiden rollen van fotograaf (visueel gericht) en interactionist (gericht op interactie tussen personen, breder dan auditief). De rol van bandopnemer (auditief georiënteerd) is door middel van een geluidsopname van de dialoog ingevuld. De observaties starten bij elke dialoog beschrijvend, vervolgens meer gefocust en tot slot ten dele selectief. Data is tijdens de observatie in de vorm van een kladnota verzameld, die vervolgens na de observatie is uitgewerkt tot een veldnota. Voor beide vormen van nota's geldt dat gekozen is voor een objectieve beschrijving van ruimtes, personen en gedrag. Ook is de chronologie aangehouden. Op basis van de uitgewerkte veldnota's zijn analytische nota's opgesteld om ideeën over de analyse van de data en het beantwoorden van de onderzoeksvragen vast te houden. De geluidsopname van de dialoog is per geobserveerde dialoog in zijn geheel getranscribeerd.

3.2.4 Interviews

Er zijn voor dit onderzoek in totaal negen interviews gehouden met personen die deel hebben genomen aan een bevindingendialoog. Deze personen zijn verbonden aan in totaal vier zorgorganisaties. Dit zijn de drie zorgorganisaties waar de bevindingendialoog is geobserveerd en een vierde organisatie, een grote verpleeghuisorganisatie met meerdere locaties. Omdat in de periode van dataverzameling duidelijk werd dat het onzeker was hoeveel observaties binnen de voor dit onderzoek beschikbare tijd uitgevoerd konden worden is er ten behoeve van de validiteit van het onderzoek voor gekozen om interviews te houden met personen die aan deze vierde zorgorganisatie verbonden zijn. De geïnterviewden zijn geselecteerd op basis van het perspectief dat zij in de geobserveerde dialoog vertegenwoordigden. De geïnterviewden vertegenwoordigen de perspectieven van medewerker, adviseur, management en bestuur. Aanvullend op deze negen interviews zijn de twee gespreksleiders van de geobserveerde dialogen geïnterviewd. Die interviews vonden plaats nadat de observaties en overige interviews waren afgerond, waardoor de eerste indrukken van de onderzoeker in deze interviews meegenomen konden worden.

De interviews hebben semigestructureerd aan de hand van een topiclijst plaats gevonden. Daarmee is geborgd dat cruciale onderwerpen aan bod zijn gekomen. De topiclijst is als bijlage 3 aan deze thesis toegevoegd. De interviewer heeft zich als reiziger opgesteld, uitgangspunt was dat interviewer en geïnterviewde samen data produceren (Mortelmans, 2018). Het natuurlijk verloop van het gesprek kreeg voorrang, de interviewer heeft voornamelijk grenzen bewaakt en ervoor gezorgd dat de geïnterviewde niet te ver afdwaalde. De interviews hebben zoveel mogelijk face to face plaats gevonden, een aantal interviews heeft digitaal plaats gevonden en een interview telefonisch. Alle interviews zijn opgenomen en geheel getranscribeerd.

3.2.5 PREZO Care

In het empirisch onderdeel van het onderzoek stond de observatie van dialogen en het interviewen van deelnemers aan de dialoog centraal. De dialogen waren bevindingendialogen die in het kader van een PREZO Care certificering plaats vonden. Omdat de wijze waarop PREZO Care is vormgegeven consequenties heeft voor de dialoog die gevoerd wordt, is het van belang dit nader toe te lichten.

PREZO Care is een kwaliteitsmodel van Perspekt (Perspekt, 2022). Zorgorganisaties kunnen een certificeringstraject PREZO Care volgen. Het traject start met een verkenning in de vorm van een waardendialoog. Dit is een gesprek met een dwarsdoorsnede van bij de zorg betrokkenen: cliënten, naasten, zorgprofessionals, vrijwilligers, managers en bestuurders. Tijdens de waardendialoog worden de waarden die voor betrokkenen van belang zijn en de dilemma's en risico's die zich in de praktijk voordoen verkend. Op deze verkenning volgt verdieping. Auditoren van Perspekt lezen documenten en rapportages, observeren de zorgverlening en gaan in gesprek met mensen die bij de zorgverlening betrokken zijn. Na de verdieping vindt de bevindingendialoog plaats, een gesprek met en van dezelfde deelnemers als de waardendialoog. In de bevindingendialoog worden de meest opvallende bevindingen uit de waardendialoog en de verdieping besproken. Voor beide dialogen geldt dat Perspekt de organisatie vraagt om een dwarsdoorsnede van betrokkenen uit te nodigen, maximaal 4 tot 12 deelnemers, en benoemt daarbij cliënt, familie, medewerkers zorg en facilitair, management en bestuur (*bron correspondentie 12 april*). De organisatie kiest zelf welke deelnemers uitgenodigd worden voor de dialoog.

De waardendialoog, verdieping en bevindingendialoog zijn input voor een impactanalyse. In die impactanalyse zijn de uitkomsten van het certificeringstraject op vijf criteria weergegeven, zowel kwalitatief als kwantitatief:

1. Impact op het resultaat voor de cliënt
2. Omgaan met dilemma's
3. Risico's in beeld
4. Leren en ontwikkelen
5. Verandercultuur en context

Dit alles wordt verwoord in een auditrapport. In dit rapport zijn de bevindingen en ontwikkelpunten die in het certificeringstraject naar voren zijn gekomen weergegeven. Ook wordt door Perspekt een besluit over certificering genomen (*bron auditrapport PREZO Care organisatie A*).

3.3 Data-analyse

Er is gekozen voor een iets geformaliseerde werkwijze van de kwalitatieve analyse omdat dit het benodigde houvast biedt om het uitvoeren van een dergelijke analyse te leren (Mortelmans, 2018). Voor de analyse van de verzamelde data zijn de drie fasen van codering die door Boeije (2016) worden onderscheiden gevolgd: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. De data-analyse is met de software atlas.ti uitgevoerd.

Met het open coderen zijn alle tijdens het empirisch onderzoek data verzamelde in fragmenten gedeeld en van een code voorzien. Hiermee zijn het onderzoeksthema verkend en de verzamelde data hanteerbaar gemaakt. De data is nog niet beoordeeld op relevantie omdat nog niet uitgekristalliseerd is wat relevant gaat zijn. Met het axiaal coderen zijn codes rond centrale categorieën geïntegreerd, is bepaald welke categorieën van belang zijn, beschreven wat de betekenis van categorieën is en nagegaan hoe de categorieën zich van elkaar onderscheiden en met elkaar samenhangen. In de laatste fase, het selectief coderen, zijn gegevens geïntegreerd om de vraagstelling te beantwoorden. Dat is gedaan door de kernbegrippen en hun onderlinge samenhang te bepalen, deze te interpreteren vanuit de literatuur en na te denken over de antwoorden op de onderzoeksvragen.

De theoretische verkenning is een hulpmiddel voor het coderen. Op basis hiervan zijn fragmenten van elkaar onderscheiden en van een passende code voorzien. Ook is het resultaat van de theoretische verkenning gehanteerd om categorieën, hun belang en onderlinge samenhang te benoemen en om in de fase van selectief coderen tot antwoorden op de vraagstelling te komen.

3.4 Kwaliteit van het onderzoek

Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee belangrijke indicatoren voor de beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek (Boeije, 2016). Voor de validiteit van een onderzoek worden interne validiteit, ook wel geloofwaardigheid, en externe validiteit, ook wel generaliseerbaarheid, onderscheiden (Mortelmans, 2018).

Bij betrouwbaarheid gaat het erom dat de waarnemingen zo min mogelijk zijn beïnvloed door toevallige of systematische fouten en is gericht op herhaalbaarheid van het onderzoek (Boeije, 2016). Met de beschrijving van de methode van onderzoek in dit hoofdstuk en door de gebruikte instrumenten (topiclijst, codeer display) als bijlage bij dit onderzoek op te nemen is inzichtelijk gemaakt hoe het onderzoek verlopen is. In de reflectie op het onderzoek worden keuzes en

omstandigheden benoemd die invloed hebben op de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Hierdoor wordt het mogelijk om de betrouwbaarheid van het onderzoek te beoordelen. Door naast de reflectie op het onderzoek een reflectie op de rol van de onderzoeker op te nemen is de verhouding van de onderzoeker tot het onderzoek inzichtelijk gemaakt.

Bij interne validiteit is het de vraag of gemeten is wat beoogd werd te meten (Boeije, 2016). En of de interpretaties van de data geloofwaardig zijn (Mortelmans, 2018). Hiervoor zijn verschillende type data verzameld, er is sprake van data triangulatie. Er zijn documenten verzameld, observaties uitgevoerd en interviews gehouden. Hiermee is het onderwerp vanuit drie invalshoeken bekeken en de geloofwaardigheid van het onderzoek geborgd. Ten behoeve van de inferentiële generaliseerbaarheid is inzicht gegeven in de context en omstandigheden waarin het onderzoek is uitgevoerd. Hierdoor wordt het voor toekomstig onderzoek mogelijk na te gaan welke verschillen er in de context zijn die tot andere resultaten zouden kunnen leiden (Mortelmans, 2018).

4 Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het empirisch onderzoek weergegeven. Tijdens de analyse van de verzamelde data zijn een aantal aspecten van de dialoog onderscheiden, namelijk de kenmerken van de dialoog, de vertegenwoordiging van perspectieven, de thema's die in de dialoog worden besproken en de beleving van deelnemers. Deze zijn in de eerste paragraaf beschreven. Ook werd duidelijk dat de geobserveerde dialogen twee te onderscheiden gespreksvormen zijn, dit wordt in de tweede paragraaf toegelicht. Uit de observaties en interviews blijkt dat het doel dat gespreksleiders en deelnemers met de dialoog voor ogen hebben kan verschillen. Het veronderstelde doel heeft implicaties voor de vormgeving en het verloop van de dialoog en daarmee voor de manier waarop het leren en verbeteren in de dialoog vorm krijgt. In de derde paragraaf staat het doel van de dialoog centraal. Het resultaat van de dialoog is in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschreven.

4.1 De dialoog

In de geobserveerde bevindingendialogen zijn gespreksleider en deelnemers met elkaar in gesprek over de kwaliteit van zorg en de organisatie van kwaliteit van zorg bij de betreffende organisatie. De deelnemers zijn een per dialoog wisselende samenstelling van naasten van cliënten, leden van een cliëntenraad, medewerkers van de organisatie, een vrijwilliger en een lid van de Raad van Toezicht. De gespreksleider is afkomstig van Perspekt, de organisatie die het certificeringstraject verzorgt.

De thema's die in de bevindingendialoog worden besproken komen voort uit het certificeringstraject. Dat traject start met een waardendialoog, waarin dezelfde groep deelnemers en gespreksleider als bij de bevindingendialoog samen verkennen welke waarden in de betreffende organisatie van belang zijn. In de periode na de waardendialoog bezoeken auditoren van Perspekt de organisatie. Zij verzamelen documenten, observeren de manier waarop de zorgverlening plaats vindt en interviewen medewerkers, cliënten en naasten. De gespreksleider van de waarden- en bevindingendialoog ontvangt de bevindingen van deze auditoren. De thema's die de gespreksleider opvallen brengt zij² in de geobserveerde bevindingendialogen in. Na afloop van de bevindingendialoog stelt de gespreksleider, die tevens kernauditor wordt genoemd, het auditrapport op. Dit overhandigt zij aan Perspekt, waarna Perspekt beoordeelt of de organisatie een certificaat PREZO Care ontvangt. Dit oordeel wordt opgenomen in het auditrapport en het auditrapport wordt aan de organisatie toegezonden.

Elke bevindingendialoog kent dezelfde structuur. De gespreksleider start de dialoog met een voorstelronde. Vervolgens geeft de gespreksleider aan welke thema's zij in de dialoog wil bespreken. De thema's worden na elkaar besproken, waarbij de gespreksleider ervoor zorgt dat het gesprek over een thema wordt afgerond en het volgende thema aan bod komt. Als alle thema's besproken zijn rondt de gespreksleider de bevindingendialoog af met een korte opsomming van de thema's die aan bod zijn gekomen.

Voor een beter begrip van de dialoog is het van belang stil te staan bij de kenmerken van de geobserveerde dialogen, de vertegenwoordiging van perspectieven door deelnemers aan de dialoog, de thema's die in de dialoog worden besproken en de beleving van deelnemers. Dit is in de volgende paragrafen beschreven.

² Bij de beschrijving van het resultaat wordt t.b.v. de anonimiteit zij/haar gebruikt. Hiervoor kan ook hij/zijn gelezen worden.

4.1.1 Kenmerken van de dialoog

In de bevindingendialoog delen deelnemers hun beeld van het thema dat door de gespreksleider is ingebracht, bijvoorbeeld de manier waarop naasten worden betrokken bij de zorg voor een cliënt. Doordat de gespreksleider vragen stelt en antwoorden samenvat ontstaat verdieping in het gesprek. Als het gesprek abstract is zorgt de gespreksleider voor concretisering. De verdieping en concretisering ontstaan ook als deelnemers op elkaar reageren of vragen aan elkaar stellen.

Het gesprek verloopt in een ontspannen sfeer. De gespreksleider vraagt aan deelnemers hoe de afstemming tussen zorgverlener en naaste vorm krijgt. Het lid van de Raad van Toezicht vraagt: *'Specifiek waarover?'* De gespreksleider geeft een aantal voorbeelden. Een naaste neemt spontaan het woord en vertelt dat zij bij verschil van mening in overleg met de medewerker vast tot een oplossing zou komen. Gespreksleider: *'En daarmee zeg je dat je nog geen verschil van mening bent tegengekomen?'* Naaste 1: *'Nee, nee, ik niet. De andere naaste?'* Naaste 2 vertelt dat er nog geen verschil in opvatting is geweest. Het is volgens haar wel zo dat de cliënt thuis anders is dan bij de zorgorganisatie. Als daar verschillen in zitten is het voor haar belangrijk om dat samen met de medewerker te onderzoeken. Haar beeld is dat medewerkers daarvoor open staan. Gespreksleider: *'Waarmee je zegt, vanuit de cliënt bezien zijn er ook tal van verschillende situaties.'* Naaste 2 beaamt dit. Naaste 1 vertelt over een moment waarop een medewerker de zorg met haar afstemde voordat deze werd verleend. De medewerker: *'Ik vind het ook belangrijk om zoiets eerst met de naaste af te stemmen.'* Naaste 1: *'En ik dacht juist, wat mooi, wat fijn dat het kan.'* Gespreksleider: *'Dus er is herkenning dat dit goed is voor de cliënt, maar ook dat overleg nodig is.'* De gespreksleider vraagt aan de medewerker hoe dat zo komt. Medewerker: *'Vanuit mijn ervaring weet ik dat sommige cliënten dit fijn vinden, maar dat naasten het soms niet fijn vinden als wij dit als medewerker met de cliënt doen.'* Naaste 2: *'De medewerkers van deze organisatie geven je het gevoel dat ze weten wat ze doen. En ze overleggen.'* Medewerker: *'Het is soms wel dat ik denk, wanneer bemoei je je teveel (met wat goed is voor de cliënt, red.)? Dat is dan weer de andere kant.'* Gespreksleider: *'En wat prettig dat jij je dat bedenkt.'* De gespreksleider rondt dit thema af en start de dialoog over het volgende thema.

(bron observaties organisatie C)

In de dialogen spreken deelnemers vanuit hun persoonlijke ervaring en gevoel over onder meer hun werk, de zorg die naasten ontvangen en de communicatie tussen zorgverlener, naasten en cliënten. Op de momenten dat deelnemers vanuit ervaring en gevoel spreken worden aanwezig in hun emotie geraakt, *'het doet meer dan een paar regels op papier'* (bron interview bestuurder C). Deelnemers voelen zich, voor sommigen nadat de zenuwen bedwongen zijn, zichtbaar vrij om hun beelden te delen. Als deelnemers moeilijk uit hun woorden komen wordt dit geaccepteerd. De aandacht van deelnemers is bij de persoon die spreekt. Als iemand spontaan het woord neemt en daarmee de ander afkapt verontschuldigt zij zich hiervoor. Tijdens de observaties valt ook op wat niet gebeurt. Deelnemers vallen elkaar niet in de rede, zij laten elkaar uitpraten. Er wordt niet ge- of beoordeeld, de enige die conclusies trekt is de gespreksleider. En dat doet ze ten behoeve van het proces, zij markeert hiermee de overgang naar het volgende thema: *'ik denk dat het beeld nu compleet is', 'dit is een rijke opbrengst'* en *'hier ligt nog een mooie opgave voor de organisatie'* (bron observaties organisaties B en D).

In de observaties en interviews wordt duidelijk dat de druk op medewerkers van zorgorganisaties hoog is. Zij willen altijd meer doen en er wordt altijd meer gevraagd dan in de gegeven tijd mogelijk is. Samen stilstaan bij de vraag of ze het goede doen en of ze dat goed doen schiet er vaak bij in.

'Nou, kijk, we zijn allemaal drukdrukdruk en dat je de tijd neemt om te evalueren. Hoe werkt het nou eigenlijk? Dat je stilstaat en vertraagd. En ik vind dat fijn. En ik denk dat dat eh... dat dat altijd dingen oplevert. We hebben het in ons werk zo druk dat we teambijeenkomsten niet meer doen. Je doet dat in je gezin ook nog wel eens, dat je even de tijd neemt voor elkaar en elkaar recht in de ogen kijkt en dat je vertraagd en dat je even wat anders doet.'

(bron interview medewerker B)

Deelnemers waarderen de vertraging en daarmee tijd die zij samen hebben om te reflecteren. Naast inhoudelijk stilstaan bij het werk dat ze doen is het een moment om de onderlinge band te versterken. Er wordt een gedeelde intentie gevoeld om vanuit gelijkwaardigheid te leren en verbeteren. De diversiteit in de samenstelling van de groep zien zij als meerwaarde. Een enkele deelnemer voelt die gelijkwaardigheid niet en voelt zich juist geremd door de samenstelling van de groep. In aanwezigheid van een externe gespreksleider, bestuurder, leidinggevend en collega's van andere locaties en afdelingen voelt niet iedereen zich vrij om te spreken. In dat geval blijven hun emoties en ervaringen (deels) onbesproken.

Uit de interviews komt naar voren dat de kenmerken van een dialoog tevens de aspecten zijn die deelnemers aan de dialoog waarderen: vertraging, verbinding, de ruimte om er als mens te zijn, stilstaan bij de gedeelde intentie en samen leren en verbeteren. Daarbij maken de aanwezigheid van leidinggevend en deelnemers vanuit andere delen van de organisatie dat de kenmerken van een dialoog en daarmee de vrijheid om te spreken voor sommige deelnemers onder druk komen te staan. De meervoudigheid aan perspectieven draagt echter juist bij aan het samen leren, althans in theorie. In de volgende paragraaf wordt stilgestaan bij de perspectieven die in de dialoog aanwezig zijn.

4.1.2 Vertegenwoordiging van perspectieven

Deelnemers aan de dialoog vertegenwoordigen elk één of meer perspectieven. In de dialoog delen zij beelden vanuit dat perspectief.

De gespreksleider vertelt dat de auditoren bij het lezen van de documenten van de organisatie veel ambities en plannen tegen zijn gekomen. Zij vraagt zich af in hoeverre die ambities herkenbaar zijn voor de aanwezigen en of de plannen uitgevoerd worden. Medewerkers vertellen dat zij de thema's waar de organisatie mee bezig is herkennen. Soms komen er voor hen nieuwe projecten langs, soms zijn het pilots die nu uit worden gebreid naar andere afdelingen. Een medewerker deelt dat ze naast de thema's vanuit de organisatie zelf verbeterplannen voor de eigen afdeling hebben. De gespreksleider vraagt de bestuurder hoe zij kijkt naar de ambities en uitvoer van plannen. Bestuurder: *'Ja, de koers, die hebben we samen gemaakt. We zijn lekker onderweg naar mijn idee. En we lopen ook wel wat achter. Een van de dingen voor deze zomer is om met elkaar te kijken, hoe breed weten we nog niet, hoe gaan we de koers voortzetten voor de komende twee jaar... Ondanks de keuzes die we hebben gemaakt zijn we ambitieus. Ondanks Covid hebben we heel veel gerealiseerd. En dat biedt ook kansen.'* Iets later in het gesprek somt een beleidsadviseur de verschillende projecten op die in de afgelopen periode afgerond zijn. Vervolgens deelt een van de medewerkers haar beeld: *'Voor medewerkers is het belangrijk dat ze na een dag werken met energie naar huis gaan. Dat als ze iets aanklaart, dat het wordt opgepakt of dat ze er zelf mee verder kunnen. Ik denk dat dat medewerkers het gevoel geeft van ik ga me dadelijk weer ergens echt in verdiepen. Je merkt nu dat medewerkers zeggen: het is nu ook wat teveel (door corona, red.).'*

(bron observatie organisatie D)

In bovenstaande observatie vertegenwoordigen deelnemers de hiërarchische laag waartoe zij behoren. Medewerkers spreken namens het primair proces, hun focus ligt op de operationele uitdagingen die zij in hun dagelijks werk tegenkomen. De focus van de adviseur ligt op de middellange termijn, zij heeft zicht op de projecten die lopen en de projecten die afgerond zijn en is bezig met uitdagingen op tactisch niveau. De bestuurder heeft haar blik op de horizon gericht en ziet strategische vraagstukken. Doordat drie perspectieven hun beeld over ambities en plannen delen wordt duidelijk dat zij verschillend denken over de gewenste verandering (gehoord gaan worden, projecten uitvoeren, strategische koers vasthouden) en dat het ambitieniveau van bestuur en de draagkracht van medewerkers mogelijk uiteen lopen.

Uit de observaties en de documentverzameling blijkt dat deelnemers aan de dialoog verschillende perspectieven kunnen vertegenwoordigen. Zo kan een medewerker de verpleegkundigen (functie/rol), het primair proces (hiërarchie) of een afdeling (organisatorische eenheid) representeren. Zij vertegenwoordigt dan drie perspectieven in de dialoog. In een van de dialogen wordt door bestuurder, managers en medewerkers onderscheid gemaakt tussen 'voorlopers' en 'achterblijvers', zij die over de kennis en vaardigheden beschikken om in veranderende omstandigheden invulling te geven aan hun functie (voorlopers) en zij die dat minder goed kunnen (achterblijvers)³. Bij deze dialoog was de selectie van deelnemers hier deels op gebaseerd. En de verpleegkundige uit het voorbeeld kan dus ook dit vierde perspectief vertegenwoordigen.

Welke perspectieven vertegenwoordigd zijn heeft invloed op wat in de dialoog geleerd wordt. Afhankelijk van de organisatie is het de bestuurder, bestuurssecretaris of adviseur die de dialoog organiseert. Zij bepalen wie uitgenodigd wordt en daarmee welke perspectieven vertegenwoordigd zijn. De beschikbaarheid van genodigden speelt daarin een rol, net als het veronderstelde doel van de dialoog. Dit laatste is onder '4.3 Doel van de dialoog' verder toegelicht.

'Het was geen afspiegeling van de organisatie, omdat we daar als verpleegkundigen zaten, terwijl we in de organisatie vooral met verzorgenden werken. Dan mis je toch wel het stukje zorg.'
(bron interview medewerker D)

Tijdens de observaties valt op dat niet alle perspectieven vertegenwoordigd zijn. Dat wordt ook in interviews door respondenten aangegeven. Uit de observaties van de dialogen blijkt dat als een perspectief niet vertegenwoordigd is, de ervaring, kennis en kunde van dat perspectief niet worden gedeeld.⁴

De gespreksleider brengt het thema op de keuzevrijheid van de warme maaltijd. Het gaat over, zowel de maaltijd zelf als het moment waarop deze genuttigd wordt. Het beeld is dat cliënten doorgaans allemaal dezelfde maaltijd op hetzelfde moment eten. Vraag is of dit past bij de waarde huiselijkheid en persoonsgerichte zorg. De gespreksleider vraagt de aanwezigen hier één voor één op te reageren. Medewerkers en management nuanceren het beeld enigszins, zo is er een cliënt die op een door hem gekozen moment eet. Daarbij past de beperkte keuzevrijheid in wat op tafel wordt gezet bij de cultuur van de regio en de leeftijdsgroep van cliënten: *'Men eet hier altijd wat*

³ Het onderscheid tussen voorlopers en achterblijvers doet denken aan het diffusiemodel van Rogers. Het gaat hier echter om de vraag in hoeverre een medewerker de kennis en vaardigheden heeft om invulling te geven aan haar werk, niet om de vraag of de betreffende medewerker achter een (verander)idee staat.

⁴ Aan de hand van de observaties en documentanalyse is inzichtelijk gemaakt welke perspectieven in de bevindingendialogen van de vier organisaties wel en niet vertegenwoordigd zijn. Dit is als bijlage 4 aan deze thesis toegevoegd.

de pot schaft'. Een lid van de cliëntenraad geeft aan dat de cliëntenraad nooit klachten heeft gehad en dat de leden van de cliëntenraad bij een bezoek aan de leverancier de maaltijden hebben mogen proeven. Deze smaakten uitstekend. Er is geen cliënt aanwezig. De ervaring van cliënten wordt niet gedeeld.

(bron observatie organisatie D)

Een van de bestuurders geeft in een interview aan dat, als een perspectief niet vertegenwoordigd is, over diegene wordt gesproken in plaats van met. Zo geldt voor alle drie de geobserveerde dialogen dat er geen cliënten aanwezig zijn. Bij een dialoog zijn twee leden van de cliëntenraad aanwezig, zij spreken vanuit het perspectief van de cliëntenraad. Bij een andere dialoog zijn twee naasten aanwezig, zij spreken vanuit het perspectief van de naaste. Er wordt in alle drie de dialogen over en niet met de cliënt gesproken. De ervaring en emotie van de cliënt wordt niet ingebracht. Bij twee dialogen zijn uitdagingen op personeelsvlak onderwerp van gesprek, de personeelsadviseur is niet aanwezig.

Uit interviews blijkt dat deelnemers van elkaars perspectief leren. De keuze voor deelnemers is een keuze voor wie van elkaar leert. Beelden die niet worden gedeeld zijn gemiste kansen om te leren. Bij het uitnodigen van deelnemers is het daarom van belang te overwegen wat het leerdoel is en wie deel moet nemen om dat doel te bereiken. De thema's die worden besproken kunnen hier richtinggevend in zijn. Deze staan in de volgende paragraaf centraal.

4.1.3 Thema's die besproken worden

In de inleiding van paragraaf 4.1 is beschreven dat de thema's die worden besproken in worden gebracht door de gespreksleider en voortkomen uit het certificeringstraject PREZO Care. Het zijn de bevindingen van auditoren die de gespreksleider opvallen of waar zij nog vragen over heeft. Dit maakt dat alle thema's aansluiten bij de praktijk in de betreffende organisatie. De gespreksleider noemt deze thema's bij de start van de dialoog.

Nadat iedereen zich heeft voorgesteld verzorgt de gespreksleider de inleiding van de dialoog: *'We leggen jullie zo wat bevindingen voor en gaan op een aantal thema's de verdieping in. Er zijn drie thema's naar boven gekomen: de persoonsgerichte zorg en daarin de relatie tussen cliënt, naaste en organisatie, de kwetsbaarheid van kleinschaligheid en het bestuursmodel.'* Zij eindigt met de vraag wat er gebeurt als er een verschil van opvatting is tussen naaste en medewerker. Een naaste neemt het woord en reageert op de vraag.

(bron observatie organisatie C)

De thema's worden bij de inleiding van de dialoog niet verder toegelicht. Meestal geeft de gespreksleider een korte toelichting op het thema op het moment dat deelnemers erover in gesprek gaan. Het aantal thema's verschilt per dialoog: zeven thema's bij organisatie B, drie thema's bij organisatie C en elf thema's bij organisatie D.⁵ De thema's betreffen op hoofdlijnen besturing (8), kwaliteit van zorg (6) en Human Resource Management (6). Bij besturing gaat het om identiteit, visie, missie, kernwaarden, ambities en de spanning tussen kaders, verantwoordelijkheid en vrijheid. Op het vlak van Human Resource Management worden de samenstelling van teams, het inwerken van nieuwe collega's en de scholing en ontwikkeling van medewerkers besproken. De thema's op het gebied van kwaliteit van zorg betreffen voornamelijk de persoonsgerichtheid van de zorgverlening. Een aantal thema's wordt als dilemma of vraagstuk geïntroduceerd, zo wordt het persoonsgericht

⁵ De bevindingendialoog van organisatie A is niet geobserveerd en de in de dialoog besproken thema's zijn niet uit het auditrapport te herleiden.

werken bij de introductie van het thema tegenover de bureaucratie die de professionalisering met zich heeft meegebracht gezet.

De thema's die bij de introductie door de gespreksleider een praktisch vraagstuk lijken krijgen in de dialoog veelal diepgang.

Van het onderwerp teamsamenstelling brengt de gespreksleider de dialoog op uniformen: *'Mooi. Zullen we de uniformen even doen. Want wat is dat, naambordjes, uniformen, wel, niet, is dat belangrijk?'* Zij kijkt een van de aanwezige medewerkers aan. Medewerker: *'Goed, ik denk, dan heb je niet de goede persoon denk ik.'* Gespreksleider: *'Dan ben ik blij dat ik bij jou begin.'* De medewerker vertelt vervolgens dat ze graag in eigen kleding werkt en een naambordje draagt. Dan laat je zien wie je bent en ben je aanspreekbaar. Ze heeft ook op een andere afdeling gewerkt en daar wordt geen naambordje gedragen omdat het niet bij de visie hoort. Gespreksleider: *'Dus wel naambordjes, geen uniformen?'* Vervolgens blijkt uit de dialoog tussen gespreksleider en medewerker dat nu op verpleeghuisafdelingen wel jasjes worden gedragen en dat dit allemaal verschillende jasjes zijn omdat iedereen ze zelf regelt. Ze worden gedragen vanwege de hygiëne.

Vervolgens vraagt de gespreksleider de adviseur om haar mening. De adviseur deelt haar beeld. Ze worden nu vanwege de hygiëne gedragen, maar dat is niet in lijn is met de visie van huiselijkheid. Volgens haar moeten medewerkers tijdens intensieve zorgmomenten passende beschermende kleding dragen. De herkenbaarheid met naambordjes vindt ze belangrijk.

De gespreksleider vraagt een andere medewerker om haar beeld te delen. Die medewerker vertelt over een ervaring waarbij zij wel een zorgjasje droeg en een collega niet. Bij een noodgeval liepen naasten die collega voorbij en vroegen ze haar om hulp omdat ze haar herkenden. Daarnaast is een jasje praktisch, omdat je sleutels en een pieper bij je hebt die niet in de zakken van je eigen kleding passen.

In de dialoog onderschrijven bestuurder en manager, gevraagd door de gespreksleider, het beeld dat door de adviseur is gegeven. Vervolgens wordt een medewerker om zijn beeld gevraagd. Medewerker: *'Met het naambordje, eh, ik hoor collega's zeggen dat het privacygevoelig is met voor- en achternaam en dat ze het daarom mogelijk niet dragen. Kan ik ergens ook wel inkomen. En achternaam is eigenlijk niet zo nodig om zorg te kunnen verlenen.'* Een manager vult hem aan: *'Met name ook het verschil op het naambordje en in de rapportage, want dan ziet de familie het niet meer terug met de voornaam en de achternaam. We moeten daar wel organisatiebreed een lijn in trekken.'*

(bron observatie organisatie D)

Bij de bespreking van het wel of niet dragen van uniformen blijkt het dragen van een naambordje hiermee in verband te staan. De waarden infectiepreventie, huiselijkheid, herkenbaarheid, privacy en praktisch kunnen werken blijken onder het thema uniformen te liggen. In de dialoog komt naar voren dat de waarde huiselijkheid op gespannen voet staat met de waarde infectiepreventie en de waarde herkenbaarheid. Het thema wordt niet als dilemma geïntroduceerd, het dilemma wordt in de dialoog zichtbaar doordat deelnemers hun beeld over dit thema delen. De beelden worden naast elkaar gezet, waardoor een completer beeld over dit thema ontstaat.

Wat opvalt is dat de dialoog intensiveert, de interactie tussen de deelnemers aan de dialoog neemt toe, als het thema voor deelnemers een dilemma is. Dilemma's raken een snaar bij deelnemers, omdat hier een spanning in zit waar zij in hun dagelijks werk mee om moeten gaan. Wanneer een thema als praktisch vraagstuk wordt besproken ontbreekt die spanning.

De spanning is bij de dialoog niet alleen op de inhoud aanwezig, die is ook onderdeel van de manier waarop een aantal deelnemers de dialoog beleeft. Die beleving staat in de volgende paragraaf centraal.

4.1.4 Beleving van deelnemers

Deelnemers aan de dialoog beleven deze verschillend. Die beleving heeft te maken met de verwachtingen die zij van de dialoog hebben. Daarnaast hebben de gespreksleider en de bestuurder invloed op de manier waarop deelnemers de dialoog beleven. Tot slot heeft de ruimte waar de dialoog plaats vindt invloed op de beleving door de deelnemers.

Deelnemers aan de dialoog hebben uiteenlopende verwachtingen. Dat komt deels door de informatie die zij voorafgaand aan de dialoog hebben ontvangen.

'Vooraf hebben we summier informatie gekregen. De indruk werd gewekt dat we de uitkomst gingen bespreken van de PREZO Care. Met die insteek zijn wij er ook met collega's naartoe gegaan. We waren misschien alleen maar vanuit nieuwsgierigheid gegaan.'

(bron interview medewerker D)

Respondenten vertellen dat zij vooraf geen of weinig informatie hebben gehad. Sommigen verwachtten een terugkoppeling van de bevindingen van de auditoren of de uitslag van het audittraject. Verder liepen de verwachtingen van geïnterviewden uiteen van het toetsen van de bevindingen tot de hoop dat de bevindingendialoog meer een dialoog zou zijn dan de voorafgaande waardendialoog. De waardendialoog was een vraag-antwoord gesprek geweest, waarbij de gespreksleider vragen stelde en de aanwezigen één voor één antwoordden.⁶ Voor een aantal respondenten geldt dat zij geen specifieke verwachtingen hadden, zij gingen de bevindingendialoog open in.

De verwachtingen van deelnemers worden ook bij de inleiding van de dialoog gewekt. Uit de interviews met de gespreksleiders en de observaties blijkt dat zij bij de start kort stilstaan bij wat de deelnemers kunnen verwachten.

De gespreksleider zegt als inleiding: 'Dit waren de dingen die mij opvielen als opmerkingen en eh... en over het algemeen. Hier worden we straks allemaal vrolijk van, dit zijn dingen die ons interesseren en niet dingen waar we commentaar of oordelen over hebben, want we deden niet aan oordelen. Dat even als geruststelling voor als ik jullie zo in de zenuwen zit te werken ok, ja?'

(bron observatie organisatie D)

Inhoudelijk is de inleiding van de dialoog steeds anders. Gespreksleiders benoemen dat het een positief gesprek is, soms worden kernmerken van de dialoog als 'niet oordelen' aangegeven. Een keer wordt het doel van de dialoog gedeeld, namelijk de bevindingen van betekenis verlenen en samen de verdieping opzoeken.

Uit bovenstaande observatie blijkt dat de gespreksleider zich ervan bewust is dat deelnemers zenuwachtig kunnen zijn en zij probeert die eventuele zenuwen weg te nemen. De door de gespreksleider veronderstelde zenuwen zijn zichtbaar bij deelnemers.

⁶ Een van de geobserveerde bevindingendialogen bleek ook zo te verlopen. Dit is beschreven onder '4.2 Twee gespreksvormen'.

De gespreksleider deelt aan het begin van de dialoog de thema's die besproken zullen worden. Een van de onderwerpen die zij benoemt is het bad: *'Toen was er dat prachtige bad, ik herinner me dat dat de bedoeling was en toen was er corona en toen werd het bad niet meer gebruikt'*. Een van de medewerkers loopt rood aan op het moment dat de gespreksleider dit zegt. Zij voelt zich zichtbaar aangesproken. Op een later moment in de dialoog blijkt dat dit bad op de afdeling staat waar deze medewerker werkt en dat het er geplaatst is voor cliënten. Een van de auditoren had uit een registratielijst voor gebruik van het bad geconcludeerd dat er minder gebruik van werd gemaakt. De medewerker legt in de dialoog vervolgens uit dat het bad minder intensief wordt gebruikt, omdat er tijdens de coronapandemie minder medewerkers beschikbaar zijn, maar dat het gebruik nu weer toeneemt. Nu zij dit toelicht lijkt zij niet meer zenuwachtig te zijn.

(bron observatie organisatie D)

Wanneer het beeld wordt neergezet dat iets niet goed gaat en deelnemers zich hier verantwoordelijk voor voelen kan dit bij hen spanning oproepen omdat zij het gevoel hebben dat ze iets niet goed doen. In twee van de drie geobserveerde dialogen komt het voor dat deelnemers die iets gevraagd wordt moeilijk uit hun woorden komen of rood worden. Op het moment dat een medewerker vertelt dat de dubbele medicatiecontrole ten koste gaat van aandacht voor de cliënt en dat zij deze dubbele controle overbodig vindt lijkt dit bij een manager spanning op te roepen. Die spanning neemt de manager zelf weg door hardop te lachen, waarmee ze tegelijkertijd laat zien dat dit een spannend thema is. Respondenten vertellen dat zij voorafgaand aan de dialoog zenuwachtig zijn. Zij vragen zich af of ze het wel goed zullen doen en kijken op tegen eventuele moeilijke vragen. Het met collega's, leidinggevenden en naasten in dialoog zijn over de manier waarop zij invulling geven aan de verantwoordelijkheden die zij hebben, roept bij een aantal deelnemers een gevoel van kwetsbaarheid op.

'Bij het begin van een dialoog probeer ik altijd een sfeer te scheppen waardoor openheid ontstaat. Een van de dingen die wij als auditoren hiervoor toepassen is een kwetsbare deelnemer als eerste aan het woord te laten. Het is van belang dat deelnemers het gevoel hebben dat alles gezegd mag worden.'

(bron interview gespreksleider B)

Die kwetsbaarheid wordt door een van de gespreksleiders gezien. Deze gespreksleider veronderstelt dat zij invloed heeft op de wijze waarop deelnemers de dialoog ervaren. Respondenten beamen dit. Zij geven aan dat de gespreksleider en bestuurder, meer dan overige deelnemers, invloed hebben op het verloop van de dialoog en de beleving van deelnemers. De centrale rol van de gespreksleider is ook tijdens de observaties zichtbaar. De gespreksleider zorgt ervoor dat deelnemers aan de dialoog aan het woord komen en stelt hen op hun gemak. Als het gedeelde beeld op een thema in de ogen van de gespreksleider uitgekristalliseerd is, zorgt de gespreksleider voor de overgang naar het volgende thema. Door goed te luisteren, door te vragen en verbanden te leggen zorgt zij voor verdieping. Op deze wijze versterkt de gespreksleider de (kwaliteit van de) dialoog. Een van de gespreksleiders kiest in de dialoog bewust voor een vraag- antwoordgesprek.⁷ Respondenten geven aan dat dit voor hen zo dominant is dat zij niet de ruimte ervaren om met elkaar in gesprek te gaan of ongevraagd het woord te nemen. In de interviews geeft een deelnemer aan zich voor het blok gezet te voelen als de gespreksleider rechtstreeks een vraag aan haar stelt en dat ze op dat moment niet in staat is om een antwoord te geven waar ze zelf blij mee is.

⁷ Deze gespreksvorm is verder toegelicht onder '4.2 – Twee gespreksvormen'.

Gespreksleiders geven en nemen ruimte, hebben daarmee invloed op de wijze waarop deelnemers de dialoog beleven en hoe deelnemers invulling geven aan de dialoog. Dit geldt ook voor bestuurders. Zij nemen op momenten de rol van gespreksleider op zich. Zij zijn de enige deelnemers die in de interviews aangeven bewust invloed uit te oefenen op hoe de dialoog verloopt en hoe deelnemers de dialoog ervaren.

'Soms trok ik hem naar mij toe om mijn mening te geven, soms om het wat luchtig te houden of andere aanwezigen te helpen. Daar voel ik me wel verantwoordelijk voor, voor het goede gevoel bij alle deelnemers.'

(bron interview bestuurder C)

Dat blijkt ook uit observaties. De bestuurder vraagt als enige deelnemers die niet aan het woord zijn naar hun mening of beeld. Als een deelnemer moeilijk uit zijn woorden komt of iets zegt, gaat de bestuurder met haar in gesprek. Respondenten beamen dat de bestuurder invloed heeft op deelnemers aan de dialoog.

'Ik vond het heel erg leuk om van verschillende kanten te horen, hoe staan mensen erin. Zelf had ik wel zoiets van, in onze organisatie kan ik heel erg open zijn, maar in organisaties waar het minder is komt misschien niet alles eruit als de bestuurder erbij is, of mensen waar je afhankelijk van bent. Maar dat gevoel had ik bij ons niet, bij ons kon alles besproken worden.'

(bron interview medewerker C)

De bestuurder heeft invloed op de wijze waarop andere deelnemers zich profileren. Zij heeft voor de overige deelnemers een voorbeeldrol en respondenten geven aan dat zij hun gedrag aan dat van de bestuurder aanpassen. Op de momenten dat de bestuurder als bestuurder spreekt, gaan deelnemers vanuit hun functie spreken. Gevraagd naar het waarom geven respondenten aan *'omdat het de baas is'* (bron interview medewerker A). Andersom geldt dat als de bestuurder vanuit de eigen emotie en ervaring spreekt, overige deelnemers dit als een uitnodiging zien om dit ook te doen. Als voelbaar is dat de bestuurder alles wil horen en dingen niet aanreken is er ruimte voor een open gesprek. Daar zijn bestuurders zich bewust van.

'Ik merk wel, in het begin van zo'n sessie zoek ik wel naar een houding... Als je zelf open bent, dan durven anderen ook. Als ik kwetsbaar durf te zijn, durft de ander ook. Dat zit hem ook in durven zeggen dat je ergens beter in moet zijn, dan durft de ander dat ook te zeggen.'

(bron interview bestuurder A)

Een van de geïnterviewde bestuurders geeft aan niet te dominant te willen zijn, maar dit moeilijk te vinden omdat hij van elk thema iets vindt en voelt dat andere aanwezigen een beroep op hem doen en zijn mening willen horen.

In aanwezigheid van collega's, leidinggevend en andere betrokkenen delen hoe je invulling geeft aan je verantwoordelijkheid brengt dus kwetsbaarheid met zich mee. Deelnemers voelen zich soms onder druk gezet. Naast de thema's die worden besproken en de personen die hierbij aanwezig zijn kan ook de ruimte waarin de dialoog plaatsvindt van invloed zijn op de ervaring.

'Ik ben er nu aan gewend, maar het is een garagebox met vloerbedekking en raampjes, het is een zeer ongezellige ruimte wat eigenlijk benauwend over zou komen als een gesprek niet veilig zou zijn.'

(bron interview medewerker D)

Één ruimte is door respondenten in het verleden als onprettig ervaren, inmiddels waren ze aan de ruimte gewend. Uit de observatie blijkt dat dit een ruimte in de kelder van het gebouw is, met kleine ramen boven aan één van de muren, tapijt en gele muren. Net buiten de rechthoek van tafels waar deelnemers aan zitten staat een pilaar die door de positionering het gevoel van samenzijn verstoort, hij staat letterlijk tussen deelnemers in. Deze ruimte contrasteert met de twee andere ruimtes waar een geobserveerde dialoog plaats vond.

De dialoog vindt plaats in een ruimte waar op andere momenten cliënten lijken te verblijven. Waar de ruimte normaliter precies voor gebruikt wordt is onduidelijk. Er staan diverse hulpmiddelen, waaronder een speciaal bed en materialen waarmee cliënten gestimuleerd kunnen worden om te bewegen. Dat maakt het wat rommelig. De ruimte is licht, door de ramen aan de gangzijde zie je een cliënt over een plein lopen. Door de ramen aan de buitenzijde zie je een speeltuin. De deelnemers aan de dialoog zitten rond een kleine tafel dicht op elkaar.

(bron observatie organisatie C)

Respondenten van twee van de drie geobserveerde dialogen geven aan dat de ruimte als prettig werd ervaren en naar hun beleving geen invloed had op de dialoog. Beide ruimten waren vooral licht. Naast de ruimte zelf geven respondenten aan dat de opstelling in de ruimte van invloed is op het gesprek.

De tafels staan in een rechthoek opgesteld, deelnemers aan de dialoog zitten op een stoel achter de tafels. Een enkele stoel is niet bezet. Deelnemers zitten op voldoende afstand van elkaar terwijl uit hun onderlinge interactie, ook als er koffie en thee wordt ingeschonken, blijkt dat zij met elkaar in verbinding zijn. Zij zijn met elkaar in gesprek. Dat is een gezamenlijk gesprek waaraan alle aanwezigen deelnemen.

(bron observatie organisatie B)

De fysieke afstand tussen deelnemers vloeit voort uit de opstelling van tafels en stoelen. Die fysieke afstand kan invloed hebben op de afstand die in het gesprek aanwezig is, het heeft invloed op het gevoel van verbondenheid. Een van de respondenten geeft in een interview aan dat bij een eerdere dialoog, vanwege coronamaatregelen, onderling meer afstand werd gehouden en dat het gesprek hierdoor afstandelijker was. De opstelling in de ruimte heeft invloed op de verbinding die tussen deelnemers aanwezig is. Die verbinding is een voorwaarde voor de dialoog en ontstaat in de dialoog. Daarmee heeft de opstelling in de ruimte invloed op de manier waarop de dialoog verloopt en het resultaat van de dialoog.

Uit de observaties en interviews blijkt dat de dialoog door deelnemers verschillend wordt beleefd. Een aantal respondenten, voornamelijk medewerkers, vertelt over de spanning die zij voelen en dat zij zenuwachtig zijn. Sommigen worden hierdoor terughoudend, ze delen hun ervaringen niet. Als deelnemers hun ervaringen niet delen wordt hun perspectief niet vertegenwoordigd. Het beeld dat in de dialoog ontstaat is completer als zij zich vrij voelen om te spreken, wat de kans vergroot dat de deelnemers door het horen van elkaars perspectieven leren. De beleving van de dialoog wordt ook beïnvloed door de hoeveelheid licht in de ruimte en de opstelling van tafels en stoelen. Door hier

keuzes in te maken kan een deel van de randvoorwaarden voor verbinding en het delen van beelden vooraf vormgegeven worden.

Waar de beleving van deelnemers verschilt, is er ook verschil tussen de drie geobserveerde bevindingendialogen. Een van die verschillen is zo sterk dat er twee gespreksvormen zichtbaar zijn. Deze zijn in de volgende paragraaf beschreven.

4.2 Twee gespreksvormen

Respondenten onderscheiden twee gespreksvormen. De eerste is het vraag-antwoord gesprek, waarbij de gespreksleider vragen stelt en een ronde maakt, waar deelnemers om de beurt de vraag beantwoorden of hun beeld van de situatie delen. De tweede is een dialoog waarbij deelnemers, begeleid door de gespreksleider, voornamelijk met elkaar in gesprek zijn. Dit onderscheid blijkt ook uit de observaties.

Bij de inleiding van de dialoog heeft de gespreksleider aangegeven welke thema's zij wil bespreken. Zij vraagt de twee leden van de cliëntenraad welk thema zij als eerste willen bespreken. Een lid van de cliëntenraad kiest voor teamsamenstelling en geeft een eerste toelichting. Er volgt een vraag-antwoordgesprek tussen gespreksleider en de leden van de cliëntenraad, waarbij de gespreksleider een aantal keren doorvraagt. Vervolgens vraagt de gespreksleider de medewerker naast de leden van de cliëntenraad om haar beeld van het thema teamsamenstelling te delen. De gespreksleider vraagt door, waarna zij de volgende medewerker vraagt om haar visie op dit onderwerp te delen. Het doorvragen van de gespreksleider is gericht op het begrijpen van de deelnemer, het verdiepen op het thema en het concretiseren aan de hand van voorbeelden uit de praktijk. De gespreksleider laat alle deelnemers in de volgorde waarin ze zitten aan het woord. Een aantal deelnemers geeft aan dat hun antwoord aanvullend is op het antwoord van een van de andere deelnemers. Inhoudelijk gaan de deelnemers niet op elkaars antwoord in. Het valt op dat leden van het management, bestuur en adviseurs langer aan het woord zijn dan medewerkers en leden van de cliëntenraad. Gedurende 20 minuten wordt over dit thema gesproken. Als iedereen aan het woord is geweest start de gespreksleider met het volgende thema. Er wordt geen samenvatting van of conclusie naar aanleiding van de antwoorden geformuleerd.

(bron observatie organisatie D)

In het vraag-antwoordgesprek, waar bovenstaande observatie een fragment van is, duurt het 45 minuten voordat de eerste deelnemer op een andere deelnemer reageert. Ook daarna blijven reacties van deelnemers op elkaar spaarzaam. Het is de gespreksleider die vragen stelt aan de deelnemers en de deelnemers beantwoorden die vragen. De gespreksleider volgt de volgorde waarin de deelnemers zitten, zij gaat het rondje langs.

Dit gesprek wordt door respondenten niet als een dialoog gezien. De gespreksleider noemt dit zelf een gesprek met kenmerken van een dialoog. Zij kiest hiervoor omdat een dialoog waarin alle aanwezigen aan bod komen gezien het aantal deelnemers en het aantal thema's (11) binnen de gegeven tijd (2,5 uur) niet haalbaar is. Het voordeel hiervan is volgens respondenten, waaronder de gespreksleider, dat iedereen de ruimte krijgt om iets te zeggen. Volgens respondenten zorgt de vaste structuur, de gespreksleider gaat het rondje deelnemers langs, ervoor dat deelnemers op hun gemak zijn. Zij weten wanneer zij een vraag krijgen. Uit de observatie blijkt dat deelnemers hun beeld met de gespreksleider delen en niet met de overige deelnemers. Doordat deelnemers niet op elkaar reageren en elkaar geen vragen stellen is het aan de gespreksleider om aan de hand van vragen tot verdieping te komen. Diepgang en verbinding ontstaat tussen gespreksleider en deelnemer, niet

tussen deelnemers onderling. Dit in tegenstelling tot de dialoog waarbij deelnemers, begeleid door de gespreksleider, voornamelijk met elkaar in gesprek zijn.

De gespreksleider brengt het gesprek op het evenwicht tussen persoonsgerichte zorg en administratieve belasting. Hij vraagt een medewerker om hier op te reageren. Er volgt een dialoog tussen drie medewerkers, de manager en de bestuurder over onder meer medicatieveiligheid en het levensverhaal in het zorgdossier. Medewerker: *'Ik denk wel soms, we moeten wel heel veel ehm dingetjes doen en dat voelt ook zo met medicatie. Je moet alles dubbel checken, dat gebied van medicatie is weer vergroot. Dan denk ik soms, wat een onzinnige tijdsbesteding, dat je moet tellen hoeveel oxazepam. Dat soort dingen. Het wordt wel steeds meer, steeds gedetailleerder wat je moet doen. Soms denk ik wel eens, is goed niet goed genoeg? Ik begrijp het risico wel dat ik ze in mijn zak steek, maar ja.'* Manager: *'Ik denk dat je wel een punt hebt. Een dubbelcontrole hoeft niet altijd door een gediplomeerde. Het zou ook een directe collega mogen zijn'*. Bestuurder: *'Uitleg helpt soms ook, want dit zijn gewoon wettelijke richtlijnen'*. Medewerker: *'Ik weet ook wel dat het zo is, maar ik moet dat voor drie bewoners in mijn late dienst doen. Ik moet alle pillen weer uitleggen. Misschien kost het ook maar 5 minuten, maar het is gewoon zo'n gedoe'*. Iets later in het gesprek worden door bestuurder en manager oplossingen aangedragen (dubbelcontrole door cliënt zelf of naaste). Vervolgens komt het gesprek op het levensverhaal in het zorgdossier, ook hierbij zijn verschillende deelnemers met elkaar in gesprek en worden door medewerkers oplossingen voor de administratieve belasting aangedragen. Het gesprek over dit thema wordt afgesloten met een opmerking van de bestuurder, die aangeeft dat medewerkers vaker, gefundeerd en in dienst van de zorg aan bewoners, af zouden mogen wijken van richtlijnen.

(bron observatie organisatie B)

Deelnemers aan de dialoog zijn met elkaar in gesprek, zij reageren op elkaar. Er ontstaat een gedeeld beeld van het door een van de deelnemers beschreven dilemma. Dit in tegenstelling tot het vraag-antwoordgesprek waarin deelnemers hun perspectief op het thema of dilemma uiten en onduidelijk blijft hoe andere deelnemers zich tot dat perspectief verhouden. In de dialoog wordt de medewerker gezien, gehoord en gesteund in het dilemma waar zij in het dagelijks werk last van heeft. Deelnemers zoeken samen naar een oplossing voor het dilemma en doordat zij een standpunt innemen wordt duidelijk waar de ruimte voor een oplossing zit.

In de geobserveerde dialogen delen deelnemers hun beelden met elkaar en komen zo samen tot inhoudelijke verdieping. In bovenstaande observatie komt dit bijvoorbeeld goed naar voren. Door te reageren op wat de ander zegt sluiten deelnemers aan op elkaars zienswijzen. Zij bevestigen deze, borduren er op voort of illustreren wat de ander zegt aan de hand van een eigen ervaring. Soms zetten zij een beeld naast het beeld van de andere deelnemer, zoals bij een eerder gedeeld fragment over de zorgjasjes, waar medewerkers om de beurt hun persoonlijke ervaringen met het onderwerp geven. Het komt niet voor dat twee beelden tegenover elkaar worden gezet. De gespreksleider faciliteert deze dialogen door vragen te stellen, de deelnemers te betrekken bij de dialoog en nieuwe thema's aan te snijden. Bij een dialoog delen zij deze rol met andere deelnemers, die elkaar vragen stellen, zichzelf een rol geven in en elkaar betrekken bij het gesprek. Dit in tegenstelling tot het vraag- antwoordgesprek.

4.3 Doel van de dialoog

De dialoog wordt met een doel gevoerd. Bij de bevindingendialoog wordt dit doel beïnvloed door het feit dat deze dialoog onderdeel is van een certificeringstraject en de cultuur van de organisatie waar de dialoog plaatsvindt. Daarbij valt op dat het doel consequenties heeft voor de keuze in deelnemers die worden uitgenodigd en daarmee welke perspectieven in de dialoog vertegenwoordigd zijn.

De geobserveerde dialogen zijn onderdeel van een certificeringstraject. Dat traject eindigt met een beoordeling, de organisatie krijgt het certificaat wel of niet.

'De schoolmeester komt wel of niet krullen zetten natuurlijk.'

(bron interview manager A)

Voor respondenten is dit bepalend voor het doel van de dialoog. Volgens hen is dit het duiden van de bevindingen van de auditoren. Dat de dialoog als onderdeel van een certificeringstraject plaatsvindt kleurt de houding van deelnemers. Een aantal respondenten is afwachtend, omdat ze het gevoel hebben dat wat ze zeggen meegenomen wordt in de beoordeling die onderdeel is van het certificeringstraject. De gespreksleiders beamen dat de dialoog in dienst staat van het schrijven van het auditrapport, de dialoog wordt volgens hen gevoerd om de bevindingen te duiden.

'Je legt de deelnemers voor wat wij vinden. Daar zit iets gek in. Bevindingendialoog is als begrip misschien niet zo goed gekozen.'

(bron interview gespreksleider A)

Een gespreksleider duidt bevindingen als 'wat wij vinden' en onderschrijft dat hier een oordeel in gevoeld kan worden. Uitgangspunt is dat in een dialoog niet wordt geoordeeld. De thema's die in de bevindingendialoog worden besproken zijn bevindingen van auditoren die onderzoek hebben gedaan in de organisatie. Het doel van de dialoog (duiden van bevindingen) en voorwaarden voor een dialoog (niet oordelen) zijn met elkaar in contrast.

Naast het duiden van de bevindingen is de dialoog volgens de gespreksleiders gericht op inhoudelijke verdieping op de besproken thema's en verbinding tussen de deelnemers. Of en op welke manier inhoudelijke verdieping en verbinding mogelijk is, is deels afhankelijk van de organisatiecultuur.

'Maar ik kan me ook voorstellen dat als je een hele grote organisatie hebt en je weet niet wat er leeft, dat dingen dan nieuw kunnen zijn. Dat heb je bij een kleine organisatie minder.'

(bron interview manager A)

De organisatiecultuur heeft volgens respondenten invloed op de dialoog. Gemene deler daarin is dat de dialoog beter van de grond komt als medewerkers van de organisatie voelen dat ze hetzelfde doel nastreven, het binnen de organisatie gangbaar is om met elkaar in gesprek te zijn en medewerkers dezelfde taal spreken, als de cultuur wordt gekenmerkt door verbinding.

'In grote organisaties kent men elkaar doorgaans minder. De nadruk ligt dan op het creëren van een gezamenlijk referentiekader, het verkennen van de waarden waar dat kader uit is opgebouwd en elkaar leren kennen binnen dit kader.'

(bron interview gespreksleider A)

Als deelnemers aan de dialoog elkaar minder goed kennen staat het creëren van een gemeenschappelijke basis en elkaar hierin leren kennen centraal. Door middel van de dialoog wordt

verbinding tussen deelnemers gecreëerd, op basis van die verbinding kan in de dialoog inhoudelijke verdieping tot stand komen.

Het doel van de dialoog heeft invloed op de wijze waarop deelnemers zich in de dialoog opstellen en de mate waarin ze zich vrij voelen om te spreken. Het doel heeft ook invloed op de selectie van deelnemers die voor de dialoog worden uitgenodigd. De organisaties bepalen zelf wie deelneemt aan de dialoog. Alle organisaties maken bij het uitnodigen van deelnemers een bewuste keuze voor de perspectieven die in de dialoog vertegenwoordigd zijn. Praktische beschikbaarheid van genodigden speelt daarin een rol. De bestuurder van één organisatie geeft aan het van belang te vinden dat personen uitgenodigd worden die zich vrij voelen om in de dialoog te spreken. Voor dezelfde organisatie geldt dat zij personen hebben uitgenodigd die 'overstijgend kunnen denken' (bron: correspondentie 12 april). Zelfvertrouwen en abstract kunnen denken zijn daarmee voorwaarden om deel te kunnen nemen aan de dialoog, dit is nodig om het doel van de dialoog te behalen. Met die keuze is het perspectief van betrokkenen die lager in hun zelfvertrouwen zitten of voornamelijk vanuit hun eigen perspectief denken niet vertegenwoordigd. Bij een andere organisatie wordt hier een andere keuze in gemaakt.

De gespreksleider vertelt dat door de auditoren is geconstateerd dat de organisatie veel ambities heeft en vraagt of dat soms niet te snel gaat en of medewerkers wel mee kunnen in het leren. Daarna vraagt hij twee aanwezigen na elkaar om hun beeld op dit thema te delen. Vervolgens gaan vier aanwezigen in dialoog over dit thema. Als de bestuurder aan het woord komt zegt hij, onder meer; *'En ik bedoel het niet negatief, maar de ketting is zo sterk als de zwakste schakel. En dat is wel het mooie van deze dialoog, dat we in eerste instantie bedacht hebben dat we medewerkers die kartrekkers zijn te vragen voor de dialoog. En dat we toen zeiden, moeten we dat eigenlijk wel doen of moeten we juist eens met medewerkers praten die, en dat bedoel ik niet negatief, juist niet de kartrekkers zijn zodat we ook dat beeld meekrijgen.'*

(bron observatie dialoog organisatie B)

Deze organisatie kiest bewust voor een vertegenwoordiging van het perspectief van wat zij noemen 'achterblijvers'. Uit antwoorden van respondenten blijkt dat de organisatie dit doet omdat zij juist van dit perspectief willen leren. In het verleden was het behalen van het certificaat belangrijker dan het leren en verbeteren. Er werd bewust gekozen voor medewerkers die een positief beeld van de organisatie konden schetsen. Bestuur en management geven aan dat er nu voldoende vertrouwen in de organisatie aanwezig is om medewerkers uit te nodigen die het lastig vinden om bijvoorbeeld de digitale vaardigheden te ontwikkelen die nodig zijn om met het zorgdossier te kunnen werken. Door het vertrouwen dat het primaire doel, een positieve beoordeling, wordt behaald ontstaat ruimte voor het secundaire doel: leren en verbeteren. Dit nieuwe doel heeft invloed op de keuze voor deelnemers aan de dialoog.

De context van de dialoog, in dit geval een certificeringstraject, en de cultuur van een organisatie hebben invloed op het doel van de dialoog. Het doel van de dialoog heeft invloed op de perspectieven die vertegenwoordigd zijn en de vrijheid die deelnemers voelen om in de dialoog te spreken. De bevindingendialogen zijn gericht op het duiden van de bevindingen van de auditoren, de verbinding tussen deelnemers, inhoudelijke verdieping en van elkaar leren. Dat er geleerd wordt blijkt uit de uitkomsten van de dialoog, die in de volgende paragraaf beschreven zijn.

4.4 Uitkomsten van de dialoog

Uit de observaties en interviews blijkt dat de dialogen een brede opbrengst hebben, zowel voor de deelnemers gezamenlijk als individueel. De dialoog resulteert in gedeelde beelden, de kennis en ervaring van alle deelnemers komt naast elkaar te staan. Soms worden de verwachtingen van deelnemers bevestigd. In de dialoog worden waarden en normen geformuleerd en het wordt zichtbaar welke waarden met elkaar schuren. Er ontstaat verbinding en deelnemers reflecteren naar aanleiding van de dialoog op hun eigen handelen. Daarbij is er een verschil in opbrengst tussen de dialogen waarbij alle deelnemers met elkaar in gesprek zijn en de dialoog die voornamelijk een vraag-antwoordgesprek tussen gespreksleider en deelnemers is. Zowel de opbrengst als het verschil wordt hieronder verder toegelicht.

Respondenten geven in de interviews aan dat door dialoog een beter, completer of gedeeld beeld ontstaat van de thema's die worden besproken.

'Wat ik mooi vond is dat je ook de kant hoort van het managementteam en van de werkvloer wat er speelt en dat je echt tot een mooi evenwichtig beeld komt. En dat er ook bij het managementteam veel in zicht komt van wat ze niet weten.'

(bron interview medewerker C)

Die gedeelde beelden ontstaan doordat deelnemers verschillende perspectieven vertegenwoordigen en vanuit hun eigen ervaring vertellen over het betreffende thema. Medewerkers krijgen bijvoorbeeld inzicht in waar het werk van het bestuur of management nou eigenlijk uit bestaat en hoe dit verband houdt met hun eigen werkzaamheden. Andersom geldt voor bestuur en management dat zij inzicht krijgen in het werk van medewerkers en hoe zij hier invloed op hebben. Een ander voorbeeld is dat medewerkers van verschillende afdelingen of locaties van elkaar horen hoe zij hetzelfde thema aanpakken en wat daarin de overeenkomsten en verschillen zijn.

De gespreksleider vraagt aan de deelnemers hoe het inwerken van nieuwe medewerkers verloopt. Uit de antwoorden van medewerkers blijkt dat elke afdeling dit op eigen wijze georganiseerd heeft. De bestuurder uit hierover zijn verbazing, een aantal jaren geleden is hiervoor een proces uitgewerkt. De beleidsadviseur geeft aan dat personeelszaken weer gestopt is met dit proces, omdat het onvoldoende bij de praktijk aansloot. Er is niemand van personeelszaken aanwezig. Een manager geeft aan dat de bijeenkomsten voor nieuwe medewerkers vanwege corona niet meer plaatsvinden, maar dat deze zeer gewaardeerd werden en dat het goed is om er weer mee te starten. De beleidsadviseur geeft aan dat basisafspraken over het inwerken van nieuwe collega's kunnen helpen, omdat je anders steeds weer opnieuw het wiel aan het uitvinden bent.

(bron observatie organisatie D)

Uit de observaties en interviews blijkt dat deelnemers soms verrast worden, in bovenstaand voorbeeld over hoe nieuwe medewerkers ingewerkt worden. Respondenten vertellen dat op basis van de gedeelde beelden na afloop van de dialoog actie wordt ondernomen. Zo wordt, nadat besproken is dat en welke administratieve lasten de persoonlijke aandacht voor de cliënt in de weg zit, nog dezelfde week onderzocht of specifieke administratieve handelingen afgeschaft of vereenvoudigd kunnen worden. De dialoog zet aan tot handelen doordat bij deelnemers een gedeeld beeld ontstaat van de dilemma's die spelen en degenen die de macht hebben om hierin het verschil te maken deelnemen aan de dialoog.

Soms bevestigen de beelden die deelnemers delen de veronderstellingen die andere deelnemers al hadden of dat de beoogde verbetering van een verbetertraject ook daadwerkelijk is gerealiseerd.

Het gesprek gaat over communicatie van medewerkers met naasten van cliënten. Naasten hebben in de dialoog gedeeld dat zij de communicatie vanuit de organisatie als goed ervaren. Medewerker en bestuurder reageren daar als volgt op. Medewerker: *'Ik vind het prettig om dit te horen. Je hebt er wel een gevoel bij, maar je spreekt er niet heel vaak over, je hoort niet heel vaak zo de verhalen van naasten. Je hebt wel overleg maar, nouja.'* Bestuurder: *'Het is fijn om dit terug te krijgen. Twee jaar geleden kregen we nog wel eens wat over de communicatie. Dus we hebben daar veel aan gedaan.'*

(bron observatie organisatie C)

Andere voorbeelden van een bevestiging zijn dat de persoonlijke aandacht die er door kleinschaligheid voor cliënten is daadwerkelijk gewaardeerd wordt, of dat het beeld dat het veelvuldig wijzigen van plannen verwarrend is voor medewerkers klopt. Geïnterviewden geven aan dat die bevestiging voor hen van belang is. Het geeft het vertrouwen dat men het juiste aan het doen is of dat het beeld dat zij van de zorgverlening of het functioneren van de organisatie hebben klopt. Hierdoor wordt duidelijk wat goed gaat en op welke vlakken extra inspanning gevraagd wordt.

Om te weten of iets op de goede manier gedaan wordt is het van belang te weten wat het goede is om te doen. In de dialoog staan deelnemers stil bij wat ze belangrijk vinden, wat waardevol is, en waar dit aan moet voldoen, wat de norm is.

De gespreksleider vraagt hoe binnen de organisatie omgegaan wordt met verschillen tussen teams. De bestuurder geeft aan dat de belevingsgerichtheid van de zorg voorop staat en dat dat de gemene deler is. Verzorgenden geven een sprekend voorbeeld van twee bewoners die samen met hoed op in de eigen woning de kerkdienst bijwonen en dit vol devotie beleven, in hun beleving zitten zij in de kerk. Vervolgens komt het gesprek op wat het van medewerkers vraagt om belevingsgericht te werken. De manager geeft aan dat nieuwe medewerkers die uit een verpleeghuis komen soms moeite hebben om invulling te geven aan het belevingsgericht werken zoals het bij de eigen kleinschalige zorgorganisatie vorm krijgt. Vervolgens geeft een medewerker aan dat het aan het team is om deze nieuwe collega's mee te nemen in het belevingsgericht werken. De manager beaamt dit: *'Het is ook aan jullie als team hè.'*

(bron: observatie organisatie B)

Deelnemers reflecteren op zowel de kwaliteit van zorg als organisatorische aspecten. Respondenten vinden dit waardevol omdat er een gedeelde basis ontstaat waarop iedere medewerker zijn eigen handelen kan toetsen.⁸

⁸ Een kritische kanttekening van één van de respondenten is dat er naast de gezamenlijk bepaalde normen door externe instanties bepaalde normen zijn. In de bevindingendialoog is het perspectief van externe instanties niet vertegenwoordigd, waardoor hun normen niet meegenomen worden in het gesprek.

Deelnemers aan de dialoog reflecteren ook individueel op basis van beelden die door andere deelnemers worden gedeeld, bijvoorbeeld doordat een naaste vertelt hoe zij de beschikbaarheid van medewerkers ervaart.

'Je mag dat zelf niet zo ervaren, maar de ander heeft al geconcludeerd; die ruimte is er niet. Ehm, dus dat was voor mij. Als hier iemand binnenloopt moet ik niet door blijven typen maar heel bewust komt u binnen; kan het hoor, ja hoor alle tijd.'

(bron interview medewerker A)

Doordat een naaste van een cliënt in de dialoog aangeeft vaak geen vragen meer te stellen omdat medewerkers zo druk zijn, neemt een medewerker zich voor om ongeacht de situatie uit te stralen dat zij benaderbaar is. De medewerkers staat stil bij wat waardevol is om te doen en wat dit van haar vraagt.

Die reflectie vindt soms ook naar aanleiding van de dialoog plaats, op het moment dat deelnemers napraten over de manier waarop ze de dialoog hebben ervaren.

'En dat vind ik ook wel mooi dat de medewerkers dat aangeven, dat ze het mooi vinden om te horen waar het managementteam mee bezig is. Dat hoorde ik achteraf in de auto. Zij zeggen: we zien dat gewoon niet, wij hebben geen idee. En dan denk ik, aan de ene kant wil je de medewerkers behoeden. Dat heb ik er dan misschien ook wel uitgehaald, dat je dingen (als manager, red.) niet doet omdat jij ze zo leuk vindt, maar ook gewoon omdat dat van je gevraagd wordt. En je bent er terughoudend in om dat te delen, want die medewerkers moeten al zoveel en horen al zoveel. En dan bepaal ik dus dat ze er last van zouden hebben.'

(bron interview manager A)

Naast reflectie op het eigen gedrag vindt bij deelnemers reflectie op de werkzaamheden plaats. Dit is voornamelijk een verandering in prioriteiten, inhoudelijk maar ook bijvoorbeeld een verschuiving van aandacht voor de inhoud naar aandacht voor de relatie.

De mate waarin deelnemers aan de dialoog zich bewust zijn van hun persoonlijke reflectie verschilt.

Manager: 'Wij volgen de bewoner in zijn persoonlijk dag- en nachtritme en dat kan betekenen dat ze later naar bed gaan, 's nachts op zijn of vroeg wakker zijn. Bewoners dwingen te gaan slapen brengt meer onrust. Dit vraagt van ons allen aanpassing op hetgeen de bewoner behoeft.'

Bestuurder: 'Respect voor mijn manager die de bewoner weet te volgen in zijn persoonlijk dag- en nachtritme. Ik zou het ook zo willen, maar merk eveneens vast te zitten in opvattingen zoals een strakke indeling van de 24-uurs zorg.'

(bron auditverslag organisatie A)

Uit bovenstaand citaat blijkt dat de reflectie soms bewust tijdens de dialoog gebeurt. Dit komt niet voor in de geobserveerde dialogen. In de interviews wordt expliciet gevraagd wat respondenten hebben geleerd door de dialoog en of zij bijvoorbeeld anders zijn gaan denken of werken. Het komt meermaals voor dat respondenten ontkennend antwoorden. In hetzelfde interview geven zij op een later moment voorbeelden waaruit blijkt wat zij hebben geleerd, hoe zij hun werkzaamheden aan hebben gepast of hoe hun denken is veranderd. Het leren naar aanleiding van de dialoog gebeurt dus deels onbewust en een nagesprek over de dialoog kan deelnemers helpen om zich hier bewust van te worden.

De dialoog hoeft niet alleen in bezinning of reflectie te resulteren. Deelnemers vinden het ook gewoon leuk om deel te nemen aan een dialoog.

'Ik ging echt heel blij weg. Niet alleen vanwege de leuke berichten, maar het geeft je ook energie om zoiets te doen. Stilstaan bij wat je hebt gedaan en waarvoor je het doet.'

(bron interview manager A)

Gevraagd naar hun persoonlijke ervaring geven respondenten aan dat de dialoog voor hen resulteert in wat hier samengevat werkvreugde wordt genoemd. De dialoog geeft ruimte om te uiten waar je mee zit, deelnemers vinden het fijn om even samen stil te staan en terug te kijken op de afgelopen periode. Gezien en gehoord worden en anderen zien en horen geeft werkplezier. Het geeft energie om stil te staan bij wat je hebt gedaan en waarvoor je je werk doet. Die werkvreugde komt deels voort uit de verbinding die ontstaat en wordt gevoeld.

'Ja zeker, die worden alleen maar versterkt. Als je ziet een verzorgende, verpleegkundige, manager en bestuurder, dat zegt ook wel wat. En daar is de dialoog ook voor nodig, in het belang van een goede relatie.'

(bron interview bestuurder C)

Zowel het delen van beelden als de herijking van waarden en normen resulteert voor respondenten in verbinding, het doet de relatie goed. Voor alle organisaties is de bevinding dialoog een van de weinige momenten dat deze groep deelnemers met elkaar in gesprek is.

'Er ontstaat saamhorigheid, het gevoel dat we met dezelfde dingen bezig zijn, het gevoel van het gaat best goed en we doen dingen best aardig. Dat is waardevol.'

(bron interview medewerker B)

Het gevoel één organisatie te zijn wordt vergroot, met name bij organisaties met meerdere locaties en managementlagen. Dat komt doordat deelnemers vanuit verschillende perspectieven met elkaar in gesprek zijn. Geïnterviewden geven daarbij aan dat zij collega's van andere locaties voor het eerst leren kennen, wat de drempel verlaagt om hen in de toekomst te benaderen. Zij ervaren dat de lijntjes korter worden en dat je eerder geneigd bent elkaar in de toekomst bij te staan.

De uitkomsten zijn niet bij elke gespreksvorm hetzelfde. Onder '4.3 Twee gespreksvormen' is het onderscheid gemaakt tussen twee typen dialoog, het vraag- antwoordgesprek tussen individuele deelnemers en gespreksleider en de dialoog waarbij individuele deelnemers met elkaar en de gespreksleider in gesprek zijn. Deelnemers aan beide type dialogen geven aan dat gedeelde beelden ontstaan en bestaande beelden bevestigd worden. Ook geldt voor beide type dialogen dat respondenten aangeven dat de dialoog bijdraagt aan hun persoonlijke reflectie en dat dit invloed heeft op de manier waarop zij werken. Respondenten die deelnamen aan een dialoog die voornamelijk bestond uit een vraag- en antwoordgesprek tussen gespreksleider en individuele deelnemers geven daarentegen niet aan dat de onderlinge verbinding door de dialoog versterkt is.

4.5 Conclusie empirisch onderzoek

De drie deelvragen die voor het empirisch onderzoek zijn opgesteld zijn in deze paragraaf beantwoord.

Hoe wordt een dialoog over de kwaliteit van zorg vormgegeven?

Voor de vormgeving is het van belang onderscheid te maken tussen de context waarbinnen de dialoog vormgegeven wordt en de vormgeving zelf. De context waarbinnen de dialoog wordt vormgegeven heeft invloed op het verloop en resultaat van de dialoog. De cultuur die deelnemers delen, in dit onderzoek de cultuur van de organisatie, en het kader waarbinnen de dialoog gevoerd wordt, in dit onderzoek een certificeringstraject, zijn onderdeel van die context. Als deelnemers aan de dialoog hetzelfde doel hebben, het voor hen gangbaar is om met elkaar in gesprek te zijn en zij dezelfde taal spreken versterkt dit de dialoog. Het kader waarbinnen de dialoog plaats vindt is bepalend voor het door organisatoren en deelnemers ervaren doel. In dit onderzoek is het kader een certificeringstraject, deelnemers ervaren 'een beoordeling van de kwaliteit van zorg en organiseren' of 'leren en verbeteren' als doel. Het doel om tot een oordeel te komen roept bij deelnemers spanning en zenuwen op, dit zit het voeren van een dialoog in de weg.

De vertegenwoordigde perspectieven, de verwachtingen van deelnemers en de ruimte waar de dialoog plaats vindt zijn alle drie onderdeel van de vormgeving. Hierboven is beschreven dat de context bepalend is voor het ervaren doel. Organisaties selecteren deelnemers op basis van het veronderstelde doel en de prestatie die geleverd moet worden om dat doel te behalen. De context heeft dus invloed op de vormgeving en daarmee de aanwezige deelnemers. Deelnemers aan de dialoog kunnen meerdere perspectieven vertegenwoordigen, waaronder die van de hiërarchische laag, de organisatorische eenheid of van de functie of rol. Als een perspectief afwezig is wordt er gesproken over in plaats van met de mensen die door de betreffende persoon vertegenwoordigd wordt. Ook wordt de ervaring, kennis en kunde van het betreffende perspectief niet gedeeld. Deelnemers aan een dialoog presteren om een doel te behalen. Het in de context onderscheiden doel en de prestatie die hiervoor geleverd moet worden heeft invloed op de verwachtingen van deelnemers, waarbij die verwachting invloed heeft op hun houding tijdens de dialoog. Ook hier geldt dat zij zenuwachtig of gespannen kunnen zijn. Tot slot heeft de (inrichting van) de ruimte invloed op hoe de dialoog wordt ervaren. Een open, lichte ruimte waarin deelnemers op gepaste afstand van elkaar zitten versterkt de dialoog.

Wat gebeurt er tijdens een dialoog over de kwaliteit van zorg?

De intentie om met elkaar in dialoog te gaan resulteert niet altijd in een dialoog. In dit onderzoek zijn twee gespreksvormen onderscheiden: het vraag- antwoordgesprek en de dialoog. In het vraag-antwoordgesprek stelt de gespreksleider een vraag die de deelnemers na elkaar beantwoorden, deelnemers zijn incidenteel met elkaar in gesprek. In de dialoog bepaalt de gespreksleider het thema waarover gesproken wordt en zijn de deelnemers hierover met elkaar in gesprek. De gespreksleider heeft invloed op het komen tot een dialoog maar is hierin niet bepalend. De hierboven onder 'vormgeving' onderscheiden thema's organisatiecultuur, veronderstelde doel van de dialoog en daaruit voortkomende samenstelling van de groep kunnen hierin doorslaggevend zijn.

Voor beide gespreksvormen geldt dat de gespreksleider een centrale rol heeft. Zij introduceert de thema's en kan deelnemers ruimte geven en ontnemen om met elkaar in gesprek te gaan en hun beelden te delen. Met het leggen van verbanden en stellen van vragen zorgt hij voor verdieping. Soms neemt de bestuurder vanuit verantwoordelijkheidsgevoel de rol van gespreksleider op zich. Zij

poogt deelnemers op hun gemak te stellen en vraagt door. Daarnaast vervult de bestuurder door haar hiërarchische positie een voorbeeldrol voor overige deelnemers. Zij spiegelen hun gedrag aan dat van de bestuurder.

In de dialoog worden de persoonsgerichtheid van de zorg en diverse thema's die de kwaliteit van organiseren betreffen besproken. Bij het bespreken van dilemma's en grotere vraagstukken gaan deelnemers met elkaar in gesprek, bij praktische vraagstukken ontstaat een vraag- antwoordgesprek tussen gespreksleider en deelnemers. Naast de cultuur van de organisatie, het doel van de dialoog, de gespreksleider, de bestuurder en de ruimte waar de dialoog plaats vindt heeft het type thema waarover gesproken wordt invloed op mate van interactie tussen deelnemers.

Wat is het resultaat van een dialoog over de kwaliteit van zorg?

De dialoog resulteert in bevestiging van beelden, een gedeeld en daarmee vollediger beeld van de besproken thema's en verbinding tussen deelnemers. Die verbinding ontstaat in de dialoog tussen deelnemers, niet in het vraag- antwoordgesprek tussen gespreksleider en deelnemer. In de dialoog worden waarden en normen bevestigd of geformuleerd. De individuele deelnemers reflecteren tijdens of naar aanleiding van de dialoog op hun eigen denkbeelden en handelen en nemen zich voor deze te veranderen. De dialoog resulteert voor deelnemers in werkvreugde, gezien en gehoord worden en anderen zien en horen doet hen goed.

5 Discussie, conclusie en aanbevelingen

Organisaties hebben de opdracht om te leren over de kwaliteit van zorg en deze te verbeteren. De dialoog heeft hierin een centrale rol. Het is nog onbekend hoe die dialoog in de zorgpraktijk vorm wordt gegeven, wat er tijdens een dialoog gebeurt en wat het resultaat is van een dialoog die gericht is op het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het doel van dit onderzoek is inzichtelijk te maken op welke wijze de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg, aanbevelingen te doen voor het hanteren van de dialoog in de praktijk en vervolgonderzoek en bij te dragen aan theorievorming over de dialoog als kwaliteitsinstrument.

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het empirisch onderzoek geïnterpreteerd vanuit het theoretisch kader, wordt gereflecteerd op de sterke en zwakke punten van het onderzoek en de rol van de onderzoeker (5.1 Discussie). Hierop zijn de onderzoeksvragen beantwoord (5.2 Conclusie) en aanbevelingen voor de praktijk en wetenschappelijk onderzoek geformuleerd (5.3 Aanbevelingen).

5.1 Discussie

Interpretatie van de resultaten

De in dit onderzoek geobserveerde bevindingendialogen zijn wat Scharmer (2003) reflectieve dialogen noemt, zowel het vraag- antwoordgesprek tussen gespreksleider en deelnemers als de dialoog waarin deelnemers begeleid door de gespreksleider met elkaar in gesprek zijn. In beide gespreksvormen delen en onderzoeken deelnemers het eigen perspectief, de eigen ervaring en hun eigen vragen. Zij luisteren om te begrijpen en accepteren het perspectief van andere deelnemers zonder dat zij het ermee eens zijn. Er ontstaat een beeld van de overeenkomsten en verschillen van inzicht en deelnemers komen tot persoonlijk inzicht.

Het komt tot een dialoog omdat alle deelnemers welkom zijn, vanuit eigen ervaring spreken en zonder oordeel naar elkaar luisteren. Het niet weten wordt geaccepteerd, er is tijd voor onderzoek en reflectie. Deelnemers formuleren waarden en normen. Zij bevragen en overwegen wat kwaliteit is, iets wat volgens Tongeren en van Bal (1998) nodig is omdat kwaliteit volgens hen altijd een subjectief gegeven is. In de dialoog waar deelnemers met elkaar in gesprek zijn is sprake van gemeenschappelijkheid, zij staan met elkaar in verbinding. Op basis van een gedeeld beeld komen zij bij de bespreking van dilemma's tot oplossingsrichtingen. Op die momenten zijn deze dialogen meer generatief dan reflectief (Scharmer, 2003). Bij organisaties waar de verbinding minder aanwezig is, veelal doordat er meerdere afdelingen, locaties en lagen zijn, is de dialoog gericht op het creëren van verbinding. Met een dialoog over waarden creëert de gespreksleider samen met deelnemers een gedeeld referentiekader op basis waarvan een verdiepend gesprek mogelijk is. Verbinding versterkt de dialoog en kan in dialoog tot stand gebracht worden.⁹

Deelnemers aan de dialoog hebben een specifieke functie op basis waarvan zij geselecteerd worden, en, zo zagen we in de hiervoor beschreven resultaten, zij vertegenwoordigen vaak meerdere perspectieven. De aan- en afwezigheid van perspectieven is bepalend voor de volledigheid van het beeld dat ontstaat. Op basis van de gedeelde beelden wordt geleerd en ontstaan oplossingsrichtingen. Er namen geen cliënten deel aan de geobserveerde dialogen, de ervaringen en

⁹ Specialisatie heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het versterken van de kwaliteit van zorg en organiseren. Een keerzijde is dat specialisatie hand in hand gaat met fragmentatie, de medewerker of cliënt wordt niet holistisch gezien. Het organiseren van verbinding is door specialisatie ingewikkelder geworden. De dialoog kan van meerwaarde zijn op momenten dat integratie van specialisaties de kwaliteit ten goede komt.

emoties van cliënten werden niet gedeeld. Hadden zij dit kunnen delen, dan was er mogelijk een rijker beeld ontstaan van de ervaren kwaliteit van zorg en dat wat tussen cliënt en zorgverlener gebeurt; de subjectieve en intersubjectieve dimensie. Een rijker beeld had bovendien meer mogelijkheden tot reflectie, leren en verbeteren gegeven. Het is niet bekend waarom er geen cliënten deelnamen. Als het ligt aan de manier waarop de dialoog vorm krijgt, dan is het waardevol om andere vormen van dialoog te onderzoeken.¹⁰ Of er kan met andere manieren van cliëntvertegenwoordiging geëxperimenteerd worden.¹¹

Het is van belang om werk te maken van de inbreng vanuit het perspectief van de cliënt, omdat hierdoor mogelijk andere dilemma's en vraagstukken naar voren komen. Dat is inhoudelijk waardevol omdat de dialoog bij de bespreking van dilemma's en vraagstukken los komt. Dan neemt de interactie tussen deelnemers toe. In de dilemma's ten aanzien van de kwaliteit van zorg zijn de door van der Scheer in Dillman et al. (2013) onderscheiden logica's met elk hun eigen regime en opvatting van kwaliteit te herkennen. Bij het aftekenen van medicatie versus aandacht voor de cliënt schuurt de professionele logica met de maatschappelijke. Hetzelfde geldt voor de vraagstukken die onder het wel of niet dragen van een uniform liggen. De dialoog is uitermate geschikt om de dilemma's waarin verschillende opvattingen over kwaliteit van zorg om voorrang strijden te bespreken om zo tot een gedeeld beeld en mogelijk consensus over een keuze te komen. Maar ook om te bepalen wat binnen deze organisatie op dit moment kwaliteit van zorg is en wat nodig is om die kwaliteit te organiseren.

Daarmee sluit de dialoog aan op de definitie van kwaliteit van Andries Baart. Volgens Baart (2017) is er sprake van goede zorg als deze afgestemd is op de specifieke situatie (situationeel) en mens (relationeel). Als de zorg aansluit bij, afgestemd is met, goed doet, zinvol is en past bij het leven van de cliënt is er sprake van kwaliteit van zorg. Om tot goede zorg te komen moeten medewerkers over praktische wijsheid beschikken. De bevindingendialogen gaan over kwaliteit van zorg en het organiseren van kwaliteit van zorg. De dialogen zijn afgestemd op de specifieke situatie en organisatie. In beide in dit onderzoek onderscheiden gespreksvormen komen deelnemers tot praktische wijsheid, zij ontwikkelen de vaardigheid om in specifieke situaties in te schatten wat zij moeten doen om tot kwaliteit van zorg of organiseren te komen. De in de dialoog geformuleerde waarden en normen zijn hier de basis voor. Daarbij ontbreekt het perspectief van de cliënt, haar ervaringen en emoties worden niet gedeeld. Wat kwaliteit van zorg is en wat hier organisatorisch voor nodig is, wordt afgestemd op de specifieke situatie en organisatie. Dit omdat de ervaringen en emoties van medewerkers, managers en bestuurders de basis vormen voor het gedeelde beeld.

In de dialoog ontstaat een gedeeld beeld van wat kwaliteit is voor deze organisatie. In en na afloop van de dialoog wordt op een aantal manieren geleerd. Hierin zijn vijf van de zeven door Ruijters (2016) onderscheiden grondtonen van leren herkenbaar. Het *onderzoekend leren* krijgt voornamelijk dankzij de gespreksleider vorm. Zij introduceert thema's en vraagt door. Daarbij wordt de valkuil van het nastreven van waarheid vermeden, in de dialoog blijven de gedeelde beelden met elk hun eigen waarheid naast elkaar staan. De dialoog is een proces van *collectief leren*. Alle deelnemers dragen bij aan het samen leren omdat hun inbreng ertoe doet. Er ontstaan collectieve beelden en ambities

¹⁰ Bij de Leyden Academy on Vitality and Ageing is door Prof. dr. Tineke Abma een visuele onderzoeksmethode ontwikkeld om mensen die moeilijk verstaanbaar zijn of zich moeilijk uit te betrekken bij het proces van kennis co-creatie.

¹¹ Teun Toebe (Verpleegthuis) en Ruud Dirkse (DemenTalent) laten zien dat zij, door voor korte of langere tijd met ouderen in een verpleeghuis te leven, in onze maatschappij het perspectief van de oudere kunnen vertegenwoordigen.

rondom opgaven. De inbreng van deelnemers zorgt ervoor dat andere deelnemers van perspectief veranderen, doordat tot dan toe onbekende beelden gedeeld worden gaan zij anders tegen een thema of situatie aankijken. Deelnemers leren anders, vanuit het perspectief van de ander, te kijken. Dit is het *transformatief leren*. In de dialoog wordt ook *generatief geleerd*, er ontstaan nieuwe inzichten die ervoor zorgen dat deelnemers na afloop van de dialoog actie ondernemen. Een aantal deelnemers geeft aan dat de perspectieven van andere deelnemers voor hen resulteren in persoonlijke reflectie, onderdeel van het *ervaringsleren*. Zij denken op basis van die reflectie na over de wijze waarop ze invulling willen gaan geven aan hun werk en zijn van plan om dit ook in de praktijk te brengen. In de interviews wordt duidelijk dat de reflectie door deelnemers ook na de dialoog plaats vindt. Dat gebeurt op het moment dat deelnemers hun ervaring van de dialoog met elkaar delen, zo is eerder in dit onderzoek het voorbeeld van de manager gegeven die zich niet realiseerde dat medewerkers het misschien juist wel fijn vinden om te horen wat haar werk inhoudt. Die reflectie van deelnemers is er ook tijdens de interviews, waarin de deelnemer zich door de gestelde vragen bewust wordt van wat zij geleerd heeft. Door de ervaring van de dialoog met elkaar te delen en te reflecteren op de dialoog leren deelnemers en worden zij zich bewust van het geleerde.

In en na afloop van de dialoog wordt dus op verschillende manieren geleerd. Een van de doelen van dit onderzoek is om inzichtelijk te maken hoe de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hiervoor is in het theoretisch kader onderscheid gemaakt tussen drie dimensies van kwaliteit van zorg; de objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit (Stoopendaal, 2020). Kennis over alle drie de dimensies geeft een completer beeld van de kwaliteit van zorg. In de dialoog wordt gesproken over kwaliteitsthema's die de objectieve (medicatieveiligheid) en subjectieve (keuzevrijheid maaltijden) dimensie betreffen. De intersubjectieve dimensie, dat wat in de relatie tussen cliënt en zorgverlener gebeurt, wordt niet besproken. In de dialoog wordt stilgestaan bij wat waardevol is, waar dat aan moet voldoen, wat goed gaat en wat beter kan. Er wordt, in lijn met de kenmerken van de dialoog, geen oordeel uitgesproken of conclusie getrokken over de kwaliteit van zorg.

Reflectie op het onderzoek

Dit onderzoek kent zowel sterke kanten als beperkingen. Door kennis hiervan te nemen kan de lezer het onderzoek op waarde schatten.

Geobserveerde dialogen zijn geselecteerd op basis van twee criteria: zorgorganisaties die langdurige zorg bieden en waar een bevindingendialoog in het kader van PREZO Care plaats vindt. Het bleek niet mogelijk om een selectie op basis van zorgsector (VVT, GZ, GGZ e.d.), zorgvorm (kleinschalig/grootschalig) of omvang van de organisatie te maken. Hiervoor waren in de tijdspanne waarbinnen het onderzoek uitgevoerd is te weinig organisaties beschikbaar. Op basis van een strakkere selectie had het onderzoek mogelijk geresulteerd in meer valide uitspraken over de meerwaarde van de dialoog voor het betreffende type organisatie. Anderzijds boden de observaties bij drie uiteenlopende organisaties juist de kans om naar de verschillen te kijken. Mogelijk was het belang van de cultuur van de organisatie, dat in dit onderzoek naar voren is gekomen, bij een strakkere selectie niet naar voren gekomen.

In de selectie van respondenten voor de interviews zijn geen (vertegenwoordigers van) cliënten opgenomen. Aan de geobserveerde dialogen namen geen cliënten deel. Vertegenwoordigers van cliënten waren niet beschikbaar voor een interview. Hierdoor is hun perspectief op de dialoog geen onderdeel van dit onderzoek.

De twee gespreksleiders zijn na afronding van de dataverzameling en de tweede fase van coderen geïnterviewd. Beide gespreksleiders hebben ruime ervaring in het begeleiden van de dialoog en kunnen daarmee als experts worden gezien. Door hen na afronding van de dataverzameling en tijdens het coderen te interviewen kon de tot op dat moment opgedane kennis en ervaring in die interviews meegenomen worden. Enkele prille bevindingen zijn tijdens de interviews aan de gespreksleiders voorgelegd. Dit heeft geresulteerd in verdieping van het onderzoek en heeft de validiteit van het onderzoek verhoogt.

Voor de documentverzameling waren de kwaliteitsplannen en -verslagen van drie organisaties en een auditrapport PREZO Care beschikbaar. De kwaliteitsplannen en -verslagen gaven vooral achtergrondinformatie over de te bezoeken organisatie. Dit was nuttig ter voorbereiding van de observaties en interviews van medewerkers, managers en bestuurders.

Het onderzoek kende een beperkte looptijd van 5 maanden (december tot mei). De eerste observatie vond door de geringe beschikbaarheid van organisaties pas eind maart plaats. Alle interviews vonden in de twee weken na een observatie plaats. Hierdoor was de tijd voor analyse, het heen en weer pendelen tussen theorie en empirie en het beschrijven van de resultaten beperkt, waardoor in de analyse mogelijk minder diepgang is bereikt.

Reflectie op de onderzoeker

Parallel aan het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van de thesis verliep mijn eigen leerproces. Gedurende het onderzoek heb ik mijn onzekerheid over mijn rol van onderzoeker een plaats kunnen geven. Dat heeft de manier waarop ik invulling heb gegeven aan het onderzoek beïnvloed. In het begin bleef ik op afstand, zowel tijdens de interviews als de observaties. Ook hield ik strak vast aan de voor de observaties opgestelde lijst van aandachtspunten en de voor de interviews opgestelde topiclijst. Dit vanuit het beeld dat ik zelf van wetenschappelijk onderzoek had.

Gedurende het onderzoek heb ik geleerd dat verbinding met de ander, net als in de dialoog, het onderzoek juist kan versterken. Door ruimte te maken voor verbinding, ruimte te maken voor de ander, stapt hij of zij in en zet ik een stap naar de ander toe. De interviews werden, toen ik mijn 'objectieve' afstandelijke houding losliet, daadwerkelijk gesprekken waarin we samen data produceerden. Door het uitwerken van de interviews en observaties die ik eerder uitgevoerd had leerde ik over mijn rol als onderzoeker. De kennis die ik daarmee heb opgedaan kon ik meenemen in de volgende observaties en interviews. Het stelde mij in staat om te spiegelen, inhoudelijk verbindingen te leggen en beter door te vragen. Net als de gespreksleider van een dialoog kwam ik tot diepgang door verbinding te maken met respondenten, door te vragen, te concretiseren en met stiltes de ander uit te nodigen.

5.2 Conclusie

De zes voor dit onderzoek geformuleerde deelvragen zijn eerder in deze thesis beantwoord, de eerste drie in het theoretisch kader en deelvraag vier, vijf en zes in de conclusie van het empirisch onderzoek. Hier wordt de centrale vraag beantwoord.

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt: *Hoe draagt de dialoog in de langdurige zorg bij aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg?*

Er is tijd en ruimte nodig om tot een dialoog te komen. Het vraagt van deelnemers zich vrij te voelen om hun ervaringen en emotie te delen en zonder oordeel naar andere deelnemers te luisteren. Dat is niet vanzelfsprekend. Als deelnemers het gevoel hebben dat er geoordeeld wordt over hun deelname aan de dialoog kunnen zij ervoor kiezen hun ervaringen en emoties voor zich te houden. De gespreksleider heeft een centrale rol in de dialoog. Zij introduceert thema's, brengt inhoudelijk verbinding aan, vraagt door, zorgt voor concretisering en stelt deelnemers op hun gemak. Deelnemers zijn geneigd om de gespreksleider in haar regie te volgen. Dat geldt ook voor de bestuurder, deelnemers spiegelen hun gedrag aan dat van haar. Gespreksleider en bestuurder hebben invloed op de ruimte die deelnemers ervaren, het in dit onderzoek onderscheidde vraag-antwoordgesprek ontstaat doordat deelnemers niet de ruimte voelen om met elkaar in gesprek te gaan.

In de dialoog gaan deelnemers met elkaar in gesprek over thema's die de kwaliteit van zorg of het organiseren van kwaliteit van zorg betreffen. Elke deelnemer vertegenwoordigt één of meerdere perspectieven. Vanuit dat perspectief deelt zij haar beeld van het betreffende thema. Deelnemers creëren samen een completer beeld van wat kwaliteit is, hoe hier invulling aan wordt gegeven en wat belemmert en helpt om tot kwaliteit van zorg te komen. In de dialoog worden dilemma's betreffende de kwaliteit van zorg geïdentificeerd en besproken. Die dilemma's ontstaan wanneer verschillende opvattingen over wat kwaliteit van zorg is en/of de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg met elkaar schuren. Als perspectieven niet vertegenwoordigt zijn of deelnemers zich niet vrij voelen om hun perspectief te delen is het gemeenschappelijk beeld dat ontstaat minder compleet.

Deelnemers aan een dialoog leren van de beelden die zij met elkaar delen en het gedeelde beeld dat hieruit ontstaat, als groep en individueel. Het is een reflectie op hun ervaringen. Op basis van die reflectie komen zij tot waarden en normen, wat is belangrijk en waar moet dat aan voldoen. Dit geeft hen basis voor hun handelen. De dialoog kan bevestiging met zich meebrengen, ze zijn op de goede weg of hun inschatting van waar nog werk aan de winkel is blijkt te kloppen. Voor sommige deelnemers verandert het perspectief op kwaliteit. Op basis van nieuwe inzichten nemen zij zich voor om tot nieuwe werkwijzen te komen. Als deelnemers met elkaar in gesprek gaan over hun ervaringen en emoties en elkaar daardoor (beter) leren kennen ontstaat verbinding.

5.3 Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek zijn aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek geformuleerd.

5.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Dialogen om te leren en verbeteren

De dialoog kent een rijke opbrengst, voor het collectief van deelnemers en de individuele deelnemer. Bij een dialoog die onderdeel is van een certificeringstraject zijn er deelnemers die zich terughoudend opstellen, (delen van) hun ervaringen en emoties worden niet gedeeld. Het advies aan zorgorganisaties is om dialogen te organiseren die gericht zijn op het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg. De vertegenwoordigde perspectieven hebben een grote invloed op wat wordt geleerd. Daarom is het verstandig om de deelnemers op basis van het thema of het gewenste leerresultaat uit te nodigen. Het leren tussen lagen vraagt om een andere vertegenwoordiging dan het leren tussen afdelingen of locaties. Door van tevoren stil te staan bij het vraagstuk omtrent hiërarchie en deelnemers voorafgaand te informeren over het doel van de dialoog en de wijze waarop deze vorm krijgt, ontstaat ruimte voor deelnemers om hun ervaring en emoties te delen.

5.3.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

De dialoog binnen organisaties

In dit onderzoek zijn dialogen die binnen een certificeringstraject plaatsvonden onderzocht. Het doel van deze dialogen is het duiden van de bevindingen van de auditor. Daarmee hebben de onderzochte dialogen invloed op het oordeel dat over de organisatie uitgesproken wordt, de organisatie ontvangt wel of geen certificaat. Dat roept de vraag op hoe een dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg, als het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg het primaire doel is. Onderzoek hiernaar geeft waardevol aanvullend inzicht in de manier waarop de dialoog bijdraagt aan het leren over en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

De vertegenwoordiging van de cliënt

In een voetnoot van de discussie is het onderzoek van prof. Dr. Tineke Abma naar een methode om mensen die moeilijk verstaanbaar zijn of zich moeilijk kunnen uiten te betrekken bij het proces van kennis co-creatie aangehaald. Ook is verwezen naar Teun Toebes en Ruud Dirkse, die laten zien dat een vertegenwoordiging van het perspectief van de cliënt vanuit ervaring en emotie mogelijk is als je, voor kortere of langere tijd, samen leeft met cliënten. Onderzoek naar manieren waarop cliënten deel kunnen nemen of waarop de vertegenwoordiging van cliënten in de dialoog mogelijk is, is van belang omdat de inbreng van cliënten in de dialoog waarschijnlijk resulteert in een rijker gedeeld beeld van de kwaliteit van zorg.

6 Referenties

Aarts, N. (2015). *The Art of Dialogue: Inaugural lecture upon taking up the post of Personal Professor of Communication and Change in Life Science Contexts at Wageningen University*

Abma, T. (2016). *Werken met narratieven. Verhalen en dialoog als methoden voor praktijkverbeteringen, Mens en Organisatie, (3) 71-84*

Baart, A. (2018). *De ontdekking van kwaliteit (2^e editie) SPW Uitgevers*

Bohm, D. (2018). *Over dialoog: helder denken en communiceren. Ten Have*

Boeije, H.(2016). *Analyse in kwalitatief onderzoek: denken en doen (2^e editie) Boom*

Buber, M. (2001) *Ik en jij (3^e druk) Bijleveld*

Buber, M. (2007) *Dialogisch leven (2^e druk) Bijleveld*

Dalen A. van (2018) *Blogreeks Ter inspiratie bij het advies Blijk van vertrouwen. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: 16-20.*

Daum, M. (2022, 20 februari). *Generative dialogue: the 4 fields of dialogue.* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=LPN1STOjUrc>

Delnoij, J. en Dalen, W. (2003). *Het socratisch gesprek Damon*

Gunnlaugsun (2007) *Bohemian Dialogue: a Critical Retrospective of Bohm's Approach to Dialogue as a Practice of Collective Communication Journal of dialogue Studies (2:1) 25-34*

IGJ (2018). *Afwegingskader vertrouwen*

Mesters, B. (2022, 7 januari) Omzien naar elkaar betekent iets anders dan miljarden uitgeven. *Volkscrant*

Mortelmans, D. (2018) *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden (5^e editie) Acco*

Nelson, L. (1994) *De socratische methode. Bewerkt en ingeleid door Jos Kessels. Boom*

Nussbaum, M. (2006). *Frontiers of justice. Disability, nationality, species membership.* Harvard University Press.

NVTZ, (2022). *Governancecode Zorg 2022*

NZa, (2020). *Kader Goed Bestuur*

Perspekt, (2022, 10 februari). PREZO Care: een dialoogmodel. <https://perspekt.nu/prezocare>.

RGO (1990) *Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg.*

Reinders, H. (2019). *Kwaliteit als Ervaring.* Gompels & Svacina.

Ruijters, M. (2016). *Liefde voor Leren: Over diversiteit van leren en ontwikkelen in en van organisaties.* Vakmedianet.

Scharmer, C.O. (2009). *Theory U: Learning from the future as it emerges.* Berrett-Koehler Publishers.

Scheer, W. van der, (2013) *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg.* Reed Business Education

Senge, P., (1994) *The fifth discipline; the art & practice of the learning organization* Deckle Edge

Simmons, A. (1999) *A safe place for dangerous truths. Using dialogue to overcome fear and distrust at work* Amacom

Stoopendaal, A. (2020) *Anders verantwoord voor goede zorg* Retrieved from:
<http://www.qruux.com/anders-verantwoorden-voor-goede-zorg>

Tongeren, P. van en C. Bal. (1998). Blijven vragen wat kwaliteit is *Ethische perspectieven* (8) 311-316

Verheij, M. (2022, 21 maart) Theorie U – De oorsprong. <https://ruimtevoorhelden.nl/wp-content/uploads/2018/05/1-theorie-u-oorsprong-nl-rvh.pdf>

VGN, (2017) *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg*

Voorberg, K. en Eelco de Geus (2018) *In dialoog* Eigen beheer

Willeme, F. en Andries Baart, (2010) *Van tellen naar vertellen en weer terug* Boom

Zorginstituut Nederland. (2021) *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg*

7 Bijlagen

Bijlage 1 – Overzicht organisaties dataverzameling

In onderstaand overzicht zijn de organisaties waar dataverzameling plaats heeft gevonden weergegeven.

Organisatie	Documentverzameling (type)	Observaties (aantal, duur, deelnemers)	Interviews: aantal, geïnterviewden
1	Kwaliteitsjaarplan, Kwaliteitsjaarverslag, PREZO Care auditrapport	Geen observatie	2 interviews: 2 medewerkers
2	Kwaliteitsjaarplan, Kwaliteitsjaarverslag,	1 observatie, 150 minuten, 14 deelnemers	3 interviews: 1 bestuurder, 1 manager, 1 medewerker
3	N.v.t.	1 observatie, 90 minuten, 6 deelnemers	1 interview: 1 bestuurder
4	Kwaliteitsjaarplan, Kwaliteitsjaarverslag,	1 observatie, 120 minuten, 13 deelnemers	3 interviews: 1 bestuurder, 1 manager, 1 medewerker
5	Methodologische verantwoording PREZO Care	Geen observatie	2 interviews: 2 kernauditoren (tevens gespreksleiders).

Bijlage 2 – Observaties – Lijst met inhoudelijke aandachtspunten

Fysieke omgeving

Ruimte

Deelnemers

Zitplaatsen

Omschrijving van de dialoog

Inleiding

Vertraging

Ruimte

Oordelen

Vragen

Thema's

Afsluiting

Resultaat op inhoud

Gedeelde beelden

Betekenisgeving aan thema's

Dilemma's erkent

Overeenstemming bereikt

Resultaat op relatieniveau

Inzicht in de ander

Relatie deelnemers

Begrip ontstaan

Bijlage 3 – Interviews – Topiclijst

Wederzijdse kennismaking

Doel

Leren en verbeteren
Kwaliteit van zorg
Dialoog

Introductie

MHBA Erasmus
Duurtijd max 1 uur
Opname en privacy

Verwachting van de dialoog

Uitgekomen of niet

Omschrijving van de dialoog

Wat er gebeurt

Resultaat op inhoud

Gedeelde beelden
Betekenisgeving aan thema's
Dilemma's erkent
Overeenstemming bereikt

Resultaat op relatieniveau

Inzicht in de ander
Relatie deelnemers
Begrip ontstaan

Persoonlijke ervaring

Deelname door geïnterviewde
Resultaat voor geïnterviewde

Vergeeten of onderbelichte onderwerpen

Bedanken en afscheid

Bijlage 4 – Aan- en afwezige perspectieven

Organisatie 1	Organisatie 2	Organisatie 3	Organisatie 4
<i>Vertegenwoordigde perspectieven</i>			
Bestuur Management (2x) Adviseur kwaliteit Adviseur opleidingen Client Cliëntvertegenwoor- diging (2x) Kok Niveau 1 Specialist Ouderengeneeskunde Activiteitenbegeleiding	Bestuur (2x) Management Verpleegkundige Verzorgende Vrijwilliger	Raad van Toezicht Bestuur Verpleegkundige Cliëntvertegenwoor- diging	Bestuurder Management (2x) Adviseur kwaliteit Verpleegkundige (4x) EVV (1x) Cliëntvertegenwoor- diging (2x) Medewerker dagcentrum
<i>Niet vertegenwoordigde perspectieven</i>			
Raad van Toezicht Verzorgende Verpleegkundige HR, Finance, ICT, Vastgoed Vrijwilliger	Raad van Toezicht Cliëntvertegenwoor- diging	Geen	Raad van Toezicht Behandelaren Verzorgende Helpende Niveau 1 Cliënt HR, Finance, ICT, Vastgoed Vrijwilliger

Bronnen: auditrapport organisatie 1 en observaties organisatie 2,3 en 4.

Nota Bene:

- organisatie 2 kent geen ondersteunende diensten of behandelaren.
- organisatie 3 kent geen vrijwilligers, behandelaren, management en ondersteunende diensten. Organisatie kent geen andere zorgmedewerkers dan verpleegkundigen. Cliënten zijn te jong om deel te nemen.

Bijlage 5 – Display codering

1. Context waarbinnen de dialoog plaatsvindt
 - a. Kenmerken van het traject
 - b. Cultuur van de organisatie
2. Vormgeving van de dialoog
 - a. Vertegenwoordigde perspectieven
 - i. Selectie deelnemers
 - ii. Vier perspectieven
 - iii. Aan- en afwezigheid
 - b. Verwachtingen van deelnemers
 - c. Ruimte waar dialoog plaats vindt
3. De dialoog voeren
 - a. Gespreksvormen
 - i. Vraag/antwoord
 - ii. Dialoog
 - b. Gespreksleider
 - c. Bestuurder
 - d. Thema's die besproken worden
 - e. Kenmerken van de dialoog
4. Uitkomsten van de dialoog
 - a. Bevestiging
 - b. Gedeelde beelden
 - c. Formulering waarden en normen
 - d. Verbinding tussen deelnemers
 - e. Persoonlijke reflectie
 - f. Werkvreugde