Astrid van der Schot, Marleen Prins, Egbert Hartstra, Janne van Erp,
Emiel Stobbe, Anouk Overbeek, Henriëtte van der Roest

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie

2008-2020

Astrid van der Schot, Marleen Prins, Egbert Hartstra, Janne van Erp,
Emiel Stobbe, Anouk Overbeek, Henriëtte van der Roest

Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie

2008-2020

Trimbos-instituut
Utrecht, 2020

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
dr. Bernadette Willemse (2018-2019)
dr. Henriëtte van der Roest (2019-2020)

Projectuitvoering
dr. Astrid van der Schot, Marleen Prins MSc, dr. Egbert Hartstra, Janne van Erp MSc, Emiel Stobbe, MSc, dr. Anouk Overbeek, dr. Henriëtte van der Roest

Begeleidingscommissie
drs. Paulien den Bode, drs. Aloys Kersten, Els Lodewijk, drs. Petra Schout, drs. Julie Meerveld
drs. Pieter Roelfsema, dr. Dieneke Smit, dr. Hilde Verbeek, drs. Hugo van Waarde

Tekstbewerking
Sacha Buddingh'

Vormgeving
Canon Nederland N.V.

De Monitor Woonvormen Dementie wordt gefinancierd door:

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

En de deelnemende zorgorganisaties

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1758**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2020, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Voorwoord

Er is de afgelopen jaren veel veranderd in de zorg voor de ouderen in onze samenleving. Alleen de meest kwetsbare ouderen met ernstige gezondheids- en/of geheugenproblemen worden toegelaten tot verpleeghuizen en woonzorgcentra. Tegelijkertijd is er in het afgelopen decennium veel geïnvesteerd in de verbetering van de kwaliteit van langdurige zorg.

Deze publicatie biedt een cijfermatige en deels verdiepende weergave van de stand van zaken in woonvoorzieningen voor mensen met dementie in Nederland. Sinds 2008 worden medewerkers, behandelaars, leidinggevenden en familieleden bevraagd over verschillende aspecten van de zorg. Dat gebeurt door middel van de Monitor Woonvormen Dementie, welke wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In 2019/2020 hebben 58 woonvoorzieningen aan de Monitor deelgenomen. De deelnemende woonvoorzieningen hebben inzicht gekregen in de kwaliteit van zorg die zij bieden in vergelijking met de andere deelnemers. Naast het doel van interne kwaliteitsverbetering dragen zorgorganisaties door deelname ook bij aan het volgen van de trends in de kwaliteit van de zorg die geboden wordt in woonvoorzieningen voor mensen met dementie in heel Nederland. De cijfers in deze publicatie hebben betrekking op de situatie zoals deze was vóór de COVID-19 uitbraak in maart 2020. De vele besmettingen onder bewoners en medewerkers en het landelijke bezoekverbod voor mensen buiten de verpleeghuizen, waaronder familie en vrijwilligers, hebben een grote impact gehad. Hoe groot deze was en wat de consequenties van deze periode voor de langdurige zorg zullen zijn, zal de toekomst moeten uitwijzen. Verder onderzoek en aanhoudende aandacht voor kwaliteit van zorg is hierbij van belang.

Onze dank gaat uit naar alle medewerkers, behandelaars, leidinggevenden en familieleden van bewoners die de tijd hebben genomen voor het invullen van de vragenlijsten en/of het meewerken aan een interview. Daarnaast gaat onze dank uit naar alle stagiaires en medewerkers van het programma Ouderen van het Trimbos-instituut, die deze meetronde meer dan 4.600 vragenlijsten verspreidden, meer dan 8.700 kilometers reisden naar woonvoorzieningen in alle uithoeken van het land, vele gesprekken met managers voerden en de data analyseerden.

We hopen dat deze publicatie inspireert tot verdere verbetering van de kwaliteit van zorg.

Bert van der Hoek,
voorzitter Raad van Bestuur, Trimbos-instituut

Inhoud

Inleiding	6
1. Trends in de organisatie van zorg	12
2. Trends in de kenmerken en kwaliteit van leven van bewoners	25
3. Trends in de kwaliteit van de zorg	33
4. Trends in de werkomstandigheden en het welbevinden van medewerkers	44
5. Trends in betrokkenheid van familie bij de zorgverlening	55
6. Trends in de samenwerking binnen het multidisciplinaire team	62
7. Trends in de personele samenstelling	66
8. Trends in leiderschap en visie op de zorg	76
Slotbeschouwing	89
Methodologische verantwoording	104
Referentielijst	116

Inleiding

Inleiding

De zorg voor ouderen in verpleeghuizen en woonzorgcentra krijgt de laatste jaren veel aandacht in de maatschappij en de politiek. Sinds maart 2020, toen de uitbraak van COVID-19 in Nederland begon, is de frequentie waarmee de verpleeghuiszorg onderwerp van publiek en politiek debat is, fors toegenomen. Door de crisis werd de kwetsbaarheid van bewoners van instellingen voor verpleging en verzorging extra duidelijk. Het verloop van COVID-19 infecties is voor de voornamelijk oudere bewoners door de veelal multipele en complexe aandoeningen ernstig en de mortaliteitscijfers onder hen zijn hoger dan onder de rest van de bevolking. Daarnaast werden door de coronacrisis de lastige positie van verpleeghuizen en de problemen waar de sector al lange tijd mee kampt uitvergroot. Zoals het personeelstekort, dat extra nijpend werd door de aanvullende zorg voor zieke bewoners in cohorten, door de uitval van bezoek en vrijwilligers, maar ook door uitval door ziekte van medewerkers zelf. Tegelijkertijd bleek ook de veerkracht van medewerkers en de gedrevenheid om goede zorg te blijven bieden onder zware omstandigheden, door het implementeren van alternatieven voor bezoek, zoals beeldbellen of raambezoeken, maar ook door het organiseren van alternatieve activiteiten. Dit was echter niet voldoende om te voorkomen dat het welzijn van bewoners achteruit ging. Wat uit deze periode onder andere geleerd kan worden is dat goede zorg niet kan zonder samenspraak en betrokkenheid van familie en vrijwilligers.

Aandacht voor zorg in verpleeghuizen en woonzorgcentra zal in de toekomst waarschijnlijk alleen maar meer worden, aangezien zich een aantal belangrijke ontwikkelingen voordoen die het functioneren van de sector raken, naast de verspreiding van COVID-19. Om te beginnen zal het aantal mensen dat verpleeghuiszorg nodig heeft naar verwachting sterk stijgen, van 128.000 in 2017 tot ongeveer 261.000 in 2040 (1). Tegelijk met deze groeiende vraag naar verpleeghuiszorg wordt echter een toenemend personeelstekort in de sector verwacht (2,3). Bovendien zien we een toename van mensen die op hoge leeftijd naar een verpleeghuis verhuizen en vaak meervoudige aandoeningen hebben. Dit is een gevolg van de ontwikkeling dat mensen met chronische aandoeningen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en daarbij zorg van mantelzorgers ontvangen, met aanvullende ondersteuning vanuit het sociaal domein en/of de wijkverpleging (4). Hierdoor zijn de zorgbehoeften van bewoners in woonvoorzieningen voor langdurige zorg en de tijd dat zij hier verblijven, sterk aan het veranderen. Mantelzorg zal in de toekomst echter nog meer onder druk komen te staan dan nu het geval is. Het aantal mensen boven de 65 dat alleen woont zal naar verwachting verder toenemen (5), terwijl de hoeveelheid beschikbare mantelzorg juist afneemt (6). De combinatie van toenemende behoefte aan langdurige zorg met verblijf, groeiende zorgzwaarte van bewoners en krapte op de arbeidsmarkt zorgt voor frictie op diverse gebieden en het is voor de sector een forse uitdaging om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Om de sector te helpen de verpleeghuiszorg te verbeteren en toekomstbestendig te maken is in 2015 het programma 'Waardigheid en Trots' gelanceerd (7), drie jaar later gevolgd door 'Thuis in het Verpleeghuis: Waardigheid en Trots op Locatie' (8). De doelstellingen van 'Thuis in het verpleeghuis' sluiten aan op het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waarin 'meer tijd en aandacht voor de bewoners', 'zicht op kwaliteit', 'voldoende gemotiveerde en deskundige zorgverleners' én 'samen leren, verbeteren en innoveren' als fundamenten gelden voor goede zorg (9).

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is in 2017 vastgesteld door het Zorginstituut Nederland (9) en vormt de wettelijke basis van de kwaliteit van verpleeghuiszorg in ons land. In dit document staat beschreven wat cliënten en naasten van verpleeghuiszorg mogen verwachten en wat zorgverleners en zorgorganisaties dienen te doen om de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen van de organisatie te versterken. Ook biedt het een kader voor extern toezicht en inkoop van zorg.

De acht thema's in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zijn onderdeel van een integraal zorgmodel. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen thema's op het gebied van kwaliteit en veiligheid en randvoorwaarden om deze te kunnen verwezenlijken. Uitgangspunt om optimale zorg te kunnen bieden zijn de zorg- en welzijnsvraag en de eigen regie en betrokkenheid van de cliënt. 'Samen doen' staat op de voorgrond.

Om de uitvoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te bevorderen stelde het ministerie van VWS in 2017 2,1 miljard euro extra voor de sector ter beschikking, de zogenoemde 'kwaliteitsgelden'. Hiervan moest tot en met 2019 85% besteed worden aan het aannemen van meer medewerkers en 15% aan andere kwaliteit verhogende zaken, zoals technologie en innovatie.

Behalve de bovenstaande ontwikkelingen zijn er nog meer factoren die steeds aan verandering onderhevig zijn en die de manier van zorg verlenen en daarmee de kwaliteit van zorg beïnvloed hebben en nog steeds beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan de opkomst van belevingsgerichte en persoonsgerichte zorg aan het einde van de vorige eeuw, maar ook aan recentere wijzigingen in de financiering van de langdurige zorg.

De Monitor Woonvormen Dementie

Door de vele veranderingen in de sector is het van belang goed te monitoren hoe de kwaliteit van zorg zich ontwikkelt. Landelijke, openbare benchmark gegevens die ingaan op de vele verschillende aspecten van kwaliteit van zorg ontbreken echter. Sinds 2008 verzamelt het Trimbos-instituut, in opdracht van het ministerie van VWS, elke twee tot drie jaar gegevens bij woonvoorzieningen voor mensen met dementie. Deze gegevens vormen tezamen de Monitor Woonvormen Dementie (kortweg Monitor).

Het doel van de Monitor is om inzicht te bieden in veranderingen in de intramurale zorg voor mensen met dementie op het gebied van organisatie, visie/inhoud en personele consequenties. De Monitor heeft vanaf 2008 grotendeels dezelfde opzet, waarbij medewerkers, familieleden, managers en behandelaars bevraagd worden op een aantal vaste thema's. Hierdoor kunnen veranderingen en ontwikkelingen door de tijd worden gevolgd. Deelnemende woonvoorzieningen kunnen door vergelijking met andere organisaties bovendien inzicht krijgen in hun sterke en minder sterke punten. Met ingang van de hier gerapporteerde (vijfde) meetronde is dit laatste verder uitgebreid en hebben woonvoorzieningen toegang tot een online dashboard. Hierin wordt spiegelinformatie getoond en kunnen organisaties hun eigen resultaten vergelijken met de (geanonimiseerde) uitkomsten van andere woonvoorzieningen tijdens deze meetronde. Of met de eigen resultaten uit een vorige meetronde (meetronden van de Monitor worden in deze publicatie aangeduid als MWD, gevolgd door een cijfer). Ook afdelingen binnen een woonvoorziening kunnen vergeleken worden. De onderzoekers koppelen de resultaten tijdens een bijeenkomst op locatie of digitaal terug naar de deelnemende organisaties en gaan met hen in gesprek om de uitkomsten te duiden. Het online dashboard en de terugkoppelbijeenkomsten bieden aanknopingspunten om de kwaliteit van zorg binnen de woonvoorziening te verbeteren en kunnen ook gebruikt worden ter verantwoording naar derden.

Naast de vaste thema's heeft de Monitor elke meetronde aanvullende thema's. Deze worden vastgesteld in samenspraak met diverse stakeholders uit het veld en met de begeleidingscommissie van de Monitor. Hierdoor krijgen we inzicht in welke onderwerpen er op een bepaald moment in het veld leven en waar extra kennis en verdieping nodig is. Voorbeelden uit eerdere meetrondes zijn de inzet van familie en vrijwilligers en de aanpak van onbegrepen gedrag. In de vijfde meetronde heeft de Monitor extra aandacht besteed aan de thema's 'De lerende organisatie' en 'Technologie en innovatie'. Deze onderwerpen diepen wij verder uit in twee aparte publicaties.

Waarom deze thema's? Zoals de ondertitel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg doet vermoeden is samen leren en verbeteren in de verpleeghuiszorg enorm belangrijk. Zorgverleners en zorgorganisaties hebben de opdracht en de verantwoordelijkheid leren en verbeteren vorm te geven in de lokale context. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft hiervoor een aantal randvoorwaarden, zoals een goed functionerend kwaliteitsmanagementsysteem en deel uitmaken van een lerend netwerk.

Uit onze gesprekken met het veld bleek echter dat zorgorganisaties ondanks de helder geschetste randvoorwaarden toch belangrijke vragen hebben over hoe zij een lerende organisatie zouden moeten vormgeven. Bijvoorbeeld: 'Hoe zorg je voor een goed leerklimaat voor je medewerkers?', 'Wat maakt "een lerende organisatie" tot een succes?', 'Waar kun je als organisatie op sturen?' en 'Hoe wordt het huidige leerklimaat in woonvoorzieningen ervaren?' Naar aanleiding van een voorstudie, gebaseerd op (wetenschappelijke) literatuur en de gesprekken met stakeholders, verscheen hierover al een blog 'Vier lessen voor een lerende organisatie' (10). Met het verdiepende thema

‘Lerende organisatie’ willen we meer inzicht geven in hoe organisaties ‘leren’ inrichten en hoe medewerkers een lerend klimaat ervaren.

Daarnaast is technologie niet meer weg te denken uit de zorg. Digitale vernieuwing is de laatste jaren in opmars, maar implementatie van zorgtechnologie kan lastig zijn in de praktijk. Het programma ‘Waardigheid en Trots’ heeft hiervoor ook extra aandacht en probeert de sector een extra digitale impuls te geven (11). Online is veel informatie te vinden over digitale producten, waarbij ook aandacht is voor implementatie (12). Uit onze gesprekken met stakeholders bleek dat men hoge verwachtingen heeft over de toepassing van zorgtechnologie. Daarbij werd een variëteit aan doelstellingen genoemd. Zo zei men dat technologie financieringsvraagstukken kan helpen oplossen, sociaal contact kan faciliteren of (gezondheids)risico’s kan verminderen. In de gesprekken met stakeholders kwamen echter ook veel vragen naar boven: ‘Vanuit welke gedachte wordt technologie gebruikt?’, ‘Waarvoor wordt technologie ingezet?’, ‘Wat voor soorten technologie worden er gebruikt?’ en ‘Wat zijn de gevolgen van gebruikte technologie en welke ervaringen heeft men ermee?’ In onze theoretische voorverkenning vonden wij nog weinig informatie over de in de Nederlandse verpleeghuissector gebruikte technologie en de ervaringen die men hiermee heeft.

Opbouw van deze publicatie

Deze publicatie geeft veranderingen en ontwikkelingen (trends) weer in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie gedurende de periode 2008-2020. De hier gepresenteerde meetronde heeft plaatsgevonden vóór de COVID-19 uitbraak in maart 2020, welke een grote impact heeft op de verpleeghuiszorg. De dataverzameling vond plaats tussen april 2019 en februari 2020. In totaal namen aan deze vijfde meetronde 58 woonvoorzieningen voor mensen met dementie deel. Tijdens de vier voorgaande meetronden waren dit er respectievelijk 136, 144, 54 en 49.

Alle meetperioden van de Monitor vanaf 2008 en het aantal deelnemende woonvoorzieningen per meetronde (n).

In de derde meetronde nam het aantal woonvoorzieningen dat deelnam aan de Monitor sterk af ten opzichte van de twee eerdere meetrondes. Wij denken dat dit komt door de eigen bijdrage die vanaf de derde meetronde aan deelnemende organisaties werd gevraagd; vóór die tijd werden de totale kosten door het ministerie van VWS gedragen. Door deze afname van het aantal deelnemende woonvoorzieningen is de Monitor hoogstwaarschijnlijk geen representatieve steekproef van de meer dan 2.300 verpleeghuislocaties in Nederland.

Waar mogelijk zullen afwijkingen worden geduid in de reflectie op de resultaten in deze rapportage. Niettemin is de verscheidenheid van de deelnemende woonvoorzieningen en het aantal van 58 deelnemers wel substantieel genoeg om een goed beeld te krijgen van de zorg in woonvoorzieningen voor mensen met dementie.

Per hoofdstuk wordt steeds een thema behandeld. Deze thema's sluiten nauw aan bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, dat ook een rode draad vormt in dit rapport.

- Organisatie van de zorg (hoofdstuk 1)
- Kenmerken en kwaliteit van leven van bewoners (hoofdstuk 2)
- Kwaliteit van zorg (hoofdstuk 3)
- Werkomstandigheden en welbevinden van medewerkers (hoofdstuk 4)
- Betrokkenheid van familie bij de zorgverlening (hoofdstuk 5)
- Samenwerking binnen het multidisciplinaire team (hoofdstuk 6)
- Personele bezetting (hoofdstuk 7)
- Leiderschap en visie op zorg (hoofdstuk 8)

Per hoofdstuk spreken we voor elk onderzocht thema verwachtingen uit op basis van relevante ontwikkelingen binnen de verpleeghuiszorg.

Een voorbeeld is de inzet van zorgmedewerkers in de dagelijkse directe zorg. Om de problemen op de arbeidsmarkt in de ouderenzorg op te lossen werd in 2017 de Arbeidsmarktagenda 2023: 'Aan het werk voor ouderen!' gepresenteerd, waarin brancheorganisaties, opleidingsinstanties en de overheid gezamenlijk optrekken (13). Uit de derde voortgangsrapportage van 'Thuis in het Verpleeghuis' blijkt dat tussen 2017 en 2019 de instroom van het aantal medewerkers in de verpleeghuiszorg is toegenomen, terwijl de uitstroom is gedaald (14). Uit deze cijfers en ontwikkelingen volgt de verwachting dat de inzet van zorgmedewerkers in de dagelijkse directe zorg is toegenomen.

Na de geschetste verwachtingen worden per thema de uitkomsten gepresenteerd. We sluiten af met een reflectie op de gevonden resultaten.

Voor een aantal uitkomstmaten was naast de algemene trend door de jaren heen ook een vergelijking tussen de vierde (2016/2017) en de vijfde meetronde (2019/2020) interessant. Zoals we hierboven al vermeldden is er na 2017 extra aandacht geweest voor de kwaliteit van de zorg, zowel in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg als in het programma 'Thuis in het verpleeghuis'. Hierdoor verwachtten wij ten opzichte van de vierde meetronde bijvoorbeeld een verdere toename van kleinschalige zorgkenmerken, een voortgaande groei van de betrokkenheid van bewoners bij activiteiten en een verdere toename van hun kwaliteit van leven.

Ten slotte zullen we in de slotbeschouwing de gevonden resultaten bespreken in het licht van de belangrijkste thema's in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Tevens zullen we vanuit het perspectief van de COVID-19-uitbraak in de slotbeschouwing vooruitblikken op onderwerpen die in een mogelijke volgende meetronde nadere aandacht behoeven.

1 Trends in de organisatie van zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Afname van het gemiddeld aantal jaren dat woonvoorzieningen bestaan.	Geen verandering in gemiddelde duur dat woonvoorzieningen bestaan tussen 2008-2020. Wel een afname tussen 2016-2020.
Verandering in leveringsvormen van de zorg binnen de Wet langdurige zorg (Wlz).	Toename in percentage woonvoorzieningen die volledig pakket thuis leveren of zorg via persoonsgebonden budget. Afname in de leveringsvorm zorg in natura met verblijf.
Toename gemiddeld aantal kenmerken van kleinschalige zorg in de woonvoorziening.	Toename gemiddeld aantal kenmerken van kleinschalige zorg in de woonvoorziening.
Afname gemiddeld aantal bewoners in een woonvoorziening en per huiskamer.	Geen verandering in het gemiddeld aantal bewoners in de woonvoorziening, afname in gemiddeld aantal bewoners per huiskamer.
Afname in het percentage bewoners met ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) en ZZP 7 (VV7 zorgprofiel), toename in het percentage bewoners met ZZP 5 (VV5 zorgprofiel).	Afname in percentage bewoners met ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) en ZZP 7 (VV7 zorgprofiel). Toename in percentage bewoners met ZZP 5 (VV5 zorgprofiel).
Toename in gemiddeld aantal overgeplaatste en geweigerde bewoners.	Afname in percentage overgeplaatste bewoners, geen verandering in percentage geweigerde bewoners.
Toename in inzet van vrijwilligers.	Toename in inzet van vrijwilligers in de periode 2008-2020, afname in periode 2016-2020.

Gegevensverzameling

In elke woonvoorziening is een interview gehouden met een manager, afdelingshoofd en/of teamleider over onder andere de organisatorische kenmerken van de woonvoorziening (waaronder de personele bezetting). Het interview werd afgenomen door een onderzoeker en/of getrainde onderzoeksassistent.

Meetinstrument/ Schaal	Verzameling gegevens	Uitkomst-maat	Aantal items	Antwoordop-ties	Range
Vragenlijst 'Kleinschalig zorgaanbod'	Interview manager	Kenmerken kleinschalige zorg	17	0 (nooit) – 4 (altijd)	0-56

1 Trends in de organisatie van de zorg

Geen verandering in gemiddelde duur dat woonvoorzieningen bestaan, toename in de leveringsvormen van Wlz-zorg vanuit persoonsgebonden budget en volledig pakket thuis en afname in financiering Wlz-zorg vanuit Zorg in Natura (met en zonder verblijf)

Verwachting

De verpleeghuiszorg in Nederland verandert. Naast het zorgaanbod voor mensen met dementie in traditionele verpleeghuizen of woonzorgcentra, ontstaan er verschillende nieuwe initiatieven, zoals zorgboerderijen, particuliere huizen en zorgvilla's (15,16). Deze initiatieven komen deels voort uit de veranderingen in de financiering van de langdurige zorg. Tot 2015 werd de langdurige zorg gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In dat jaar werd deze wet echter vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De financiering van de verpleeghuiszorg valt onder de Wlz. Deze wet maakt onderscheid in verschillende leveringsvormen van Wlz-zorg, via deze leveringsvormen is het mogelijk dat onder voorwaarden wonen en zorg apart gefinancierd wordt. Behalve Wlz-zorg in een verpleeghuis (zorg in natura met verblijf) kunnen mensen ook thuis of in een appartement in een woonvoorziening verpleeghuiszorg ontvangen die gefinancierd wordt vanuit een zogeheten 'volledig pakket thuis' (vpt, afspraken met één zorgaanbieder). Ook gedeeltelijke ondersteuning vanuit een modulair pakket thuis (mpt, afspraken met verschillende zorgaanbieders) is mogelijk. En tenslotte hebben mensen de mogelijkheid zelf zorg te regelen met behulp van een persoonsgebonden budget (pgb) (17,18).

Vanwege het ontstaan van nieuwe wooninitiatieven was onze verwachting dat de gemiddelde duur dat woonvoorzieningen bestaan zou zijn afgenomen en dat de manier van financiering sinds 2008 veranderd was.

Resultaten

Gemiddeld bestond een woonvoorziening in deze meetronde 8,4 jaar. Over de gehele periode 2008-2020 was er geen verandering te constateren in de gemiddelde duur dat een woonvoorziening operationeel was (tabel 1.1), maar ten opzichte van de vierde meetronde vonden wij een significante afname. Toen bestond een woonvoorziening nog gemiddeld 9,5 jaar. De financieringsvormen binnen de Wlz verschilden wel significant door de jaren heen. De financiering van de Wlz-zorg vanuit pgb en vanuit vpt zijn tussen 2008 en 2020 significant toegenomen, de leveringsvorm zorg in natura met verblijf (intramurale zorg) en zonder verblijf worden significant minder geboden door de deelnemende woonvoorzieningen (tabel 1.2).

Tabel 1.1: Veranderingen in het aantal jaren dat woonvoorzieningen operationeel zijn tussen alle woonvoorzieningen die aan de Monitor meededen: MWD1 (n=132)[1], MWD2 (n=141), MWD3 (n=41), MWD4 (n=42) en MWD5 (n=44).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Aantal jaren dat de woonvoorziening bestaat	8.6	9.0	8.5	9.5	8.4	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 1.2: Veranderingen in de leveringsvorm van zorg tussen alle woonvoorzieningen die aan de Monitor meededen: MWD1 (n=133)[1], MWD2 (n=141), MWD3 (n=46), MWD4 (n=49) en MWD5 (n=58).

Type financiering	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Intramurale Zorg in Natura (% woonvoorzieningen)	91,3	97,9	94,4	87,5	68,9	↓
Gescheiden wonen en zorg: huur en persoonsgebonden budget (% woonvoorzieningen)	2,2	0,0	0,0	2,1	5,2	↑
Gescheiden wonen en zorg: huur en volledig pakket thuis (% woonvoorzieningen))	2,2	0,0	0,0	8,3	25,9	↑
Gescheiden wonen en zorg: huur en Zorg in Natura zonder verblijf (% woonvoorzieningen)	4,3	2,1	5,6	2,1	0,0	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Tegen onze verwachting in hebben wij tussen 2008 en 2020 geen significante afname gevonden in de gemiddelde duur dat woonvoorzieningenbestaan. Wel is er ten opzichte van de vierde meetronde een significante afname te constateren in het gemiddeld aantal jaar dat de deelnemende woonvoorzieningen bestonden. Deze hangt mogelijk samen met andere Wlz-leveringsvormen en het ontstaan van verschillende nieuwe zorginitiatieven. Zo valt in de Kamerbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te lezen dat de Wlz-leveringsvormen vpt, mpt en pgb mensen de mogelijkheid bieden langer thuis te blijven wonen en dat deze leveringsvormen tot

1 De aantallen kunnen verschillen omdat niet alle uitkomsten van alle woonvoorzieningen bekend zijn.

het ontstaan van nieuwe wooninitiatieven kunnen leiden, waarbij onder voorwaarden wonen en zorg apart geleverd kunnen worden (19).

De gevonden veranderingen in de leveringsvormen binnen de Wlz-zorg deels in lijn met de landelijke trends. Het totaal aantal mensen dat intramurale Wlz-zorg ontvangt, is tussen 2017 en 2020 landelijk afgenomen (19,20). Maar het aantal mensen met een psychogeriatrische aandoening met een indicatie voor Wlz-zorg is tussen 2015 en 2018 in absolute en relatieve zin wel toegenomen (21). Vooral het gebruik van de leveringsvorm vpt, maar ook verblijf en mpt onder deze groep is toegenomen, terwijl er minder gebruik wordt gemaakt van pgb, al dan niet in combinatie met zorg in natura. De door de woonvoorzieningen uit de steekproef aangeboden leveringsvormen zijn niet één op één door te vertalen naar de landelijke cijfers over het gebruik van leveringsvormen, omdat de landelijke cijfers op persoonsniveau gerapporteerd worden. De grotere variatie in aanbod van leveringsvormen door woonvoorzieningen die aan de Monitor deelnemen, reflecteert wel enigszins de variatie die ook landelijk zichtbaar is. In de huidige meetronde namen meer kleinschalige woonvoorzieningen, waar zorg op een locatie aan maximaal 36 bewoners wordt geboden, deel dan in 2008 (67% versus 45%). Deze kleinere woonvormen bieden zorg vaker via een alternatieve leveringsvorm voor verblijf dan grootschalig georganiseerde woonvoorzieningen. Hierdoor is toe- en afname van respectievelijk vpt en verblijf relatief groot in onze steekproef ten opzichte van eerdere meetrondes. Door de afname in omvang van de steekproeven, in met name de laatste drie meetrondes, kan de representativiteit van de deelnemende woonvoorzieningen niet gegarandeerd worden.

Toename van het aantal kenmerken van kleinschalige zorg en afname van het gemiddeld aantal bewoners per huiskamer

Verwachting

Naast het ontstaan van nieuwe woonvormen, verandert ook het zorgaanbod in Nederlandse verpleeghuizen. Zo neemt het aanbod van kleinschalige zorg toe. Begin 2020 werd in 52% van de 827 verpleeghuizen en woonzorgcentra met afdelingen voor mensen met dementie de zorg kleinschalig georganiseerd, volgens het criterium van Zorgkaart Nederland is dit zorg voor zes tot acht personen (22). Kenmerkend voor kleinschalige zorg is dat de zorg in een omgeving plaatsvindt die zoveel mogelijk lijkt op die van thuis en dat de groep klein genoeg blijft voor een huiselijke setting (gemiddeld ongeveer acht bewoners). Deze omgeving 'zoals thuis' wordt bijvoorbeeld gecreëerd door bewoners de mogelijkheid te geven hun kamer in te richten met eigen meubels. Daarnaast worden dagelijkse huishoudelijke taken, zoals samen met bewoners koken, als onderdeel van kleinschalige zorg gezien (23).

Kleinschalige zorg vindt plaats in verschillende typen woonvormen. Zo zijn er kleinschalige woonvoorzieningen die hier speciaal voor zijn gebouwd en ingericht, maar ook in

grootschalige voorzieningen kan kleinschalige zorg worden geboden (zie figuur 1.1). Op basis van de hierboven beschreven ontwikkelingen rond het kleinschalige zorgaanbod verwachtten we in deze meetronde een toename te zien in het aantal kenmerken van kleinschalige zorg (zie tabel 1.3 voor een overzicht van deze kenmerken). En dit zowel over de periode 2008-2020 als ten opzichte van de vorige meetronde.

Daarnaast was onze verwachting dat het aantal bewoners per huiskamer zou zijn gedaald aangezien een kleine groep bewoners kenmerkend is voor kleinschalige zorg. Tot slot verwachtten we ook een vermindering van het totaal aantal bewoners in een woonvoorziening omdat het aantal woonvoorzieningen dat kleinschalig georganiseerd is toeneemt.

Resultaten

Van de 58 woonvoorzieningen die aan deze meetronde meededen, zijn er 52 (90%) kleinschalig georganiseerd (type 3, 4 en 5); waarvan 39 voorzieningen (67%) zorg bieden aan maximaal 36 bewoners en dus ook fysiek kleinschalig zijn opgezet. Het aantal kenmerken van kleinschalige zorg is tussen 2008 en 2020 significant toegenomen (tabel 1.4), maar ten opzichte van de vorige meetronde is het verminderd, zij het niet significant (36,6 in 2016/2017 versus 35,4 in 2019/2020). Het aantal kenmerken van kleinschalige zorg verschilde per type woonvorm. Gemiddeld waren deze het meest te vinden in woonvoorzieningen die uitsluitend kleinschalige zorg bieden en maximaal 36 bewoners hebben (type 5, zie figuur 1.1). De score varieerde hier van 25 tot 52 (op een schaal van 0-56), met een gemiddelde van 44.

De volgende kenmerken van kleinschalige zorg worden het meest geïntegreerd in de woonvoorzieningen:

- een huiselijke sfeer in de huiskamers;
- bereiden van maaltijden in de keuken van de huiskamers;
- zorgmedewerkers voeren ook huishoudelijke taken uit (tabel 1.3).

Daarnaast is het gemiddeld aantal bewoners per huiskamer significant afgenomen tussen 2008 en 2020. Het gemiddelde aantal bewoners in de totale woonvoorziening is ook lager, maar niet significant (tabel 1.4). In de kleinste woonvoorziening verbleven acht bewoners, in de grootste 153.

Figuur 1.1: **Score op Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod weergegeven per type woonvorm in de vijfde meetronde (MWD5).**

Type 1: Grootschalig verpleeghuis

Type 2: Pg-unit in woonzorgcentrum

Type 3: Kleinschalige woonvoorziening voor meer dan 36 bewoners met dementie

Type 4: Kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners waar ook andere zorg wordt geboden

Type 5: Kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners zonder andere zorg

Tabel 1.3: Aanwezigheid van kleinschalige zorgkenmerken in de vijf meetronden: MWD1 (n=136), MWD2 (n=144), MWD3 (n=47), MWD4 (n=49) en MWD5 (n=58).

Kenmerken van kleinschalige zorg	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5
	% Altijd				
De huiskamers hebben een huiselijke sfeer.	69,0	66,1	72,3	87,8	75,9
De warme maaltijd wordt in de keuken van de huiskamers bereid.	49,3	48,9	51,1	69,4	67,2
De verzorgenden voeren ook huishoudelijke taken uit.	46,5	43,2	46,8	63,3	56,9
De verzorgenden eten samen met de bewoners.	31,7	30,7	31,9	51,0	50,0
Bezoekers en niet-verzorgend personeel bellen bij de voordeur van de woningen aan om binnengelaten te worden.	28,2	27,1	19,1	46,9	37,9
Maaltijden worden aan tafel opgeschept.	66,2	67,9	72,3	46,9	43,1
(Een gedeelte van) de was wordt in de woningen gedaan.	38,7	37,1	31,9	46,9	55,2
Bewoners gebruiken hun eigen linnengoed.	12,0	10,0	12,8	30,6	36,2
Als familie tegen etenstijd komt eet zij mee.	0,7	0,7	6,4	14,3	31,0
De verzorgenden dragen geen uniform.*	56,6	56,9	55,6	59,2	48,3
De kamers van bewoners worden overdag niet op slot gedaan.*	31,6	33,3	31,5	24,5	37,9
De familie helpt mee in de huishouding.	4,2	4,6	6,4	6,1	0,0
Bewoners pakken hun tussendoortjes zelf.	1,4	1,1	4,3	4,1	13,8
De bewoners helpen mee in de huishouding.	5,6	3,2	2,1	2,0	3,4

** Deze items zijn omgescoord. In de tabel wordt het percentage 'nooit' weergegeven op de oorspronkelijke items, respectievelijk: 'De verzorgenden dragen een uniform' en 'De kamers van bewoners worden overdag op slot gedaan'.*

Tabel 1.4: Veranderingen in gemiddelde score op kleinschalige zorgkenmerken tussen alle woonvoorzieningen die aan de Monitor meededen en het aantal bewoners in de woonvoorziening en per huiskamer: MWD1 (n=136), MWD2 (n=144), MWD3 (n=47), MWD4 (n=49) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Score op kleinschalig zorgaanbod Range: 0-56	30,6	31,4	31,8	36,6	35,6	↑
Aantal bewoners in de woonvoorziening	44,3	39,8	40,4	37,5	32,4	
Aantal bewoners per huiskamer	9,2	9,3	8,2	8,0	7,9	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

In tegenstelling tot onze verwachting hebben wij in de huidige meetronde ten opzichte van de vorige geen verdere toename kunnen vinden in het aantal kenmerken van kleinschalige zorg. Tussen 2008 en 2020 groeide het aantal kenmerken van kleinschalige zorg wel significant. Deze stijging kan mogelijk worden verklaard door de toegenomen aandacht voor kleinschalige organisatie van zorg binnen alle settingen, waaronder ook grootschalige woonvoorzieningen. Het aandeel van woonvoorzieningen waar zorg kleinschalig is georganiseerd in de huidige meetronde (90%) wijkt af van het landelijk aandeel (52%) (22). Afgezien van dat de zorg geboden wordt aan zes tot acht personen is niet op te maken in welke mate de 52% door Zorgkaart Nederland als kleinschalig gelabelde voorzieningen verder voldoen aan kenmerken van kleinschaligheid. Kleinschalige woonvoorzieningen zijn waarschijnlijk oververtegenwoordigd in de steekproef en dit leidt wellicht tot een overschatting van het daadwerkelijke aantal kleinschalige kenmerken in Nederlandse woonvoorzieningen. De hier gerapporteerde afname in het gemiddeld aantal bewoners per huiskamer kan groter zijn dan de realiteit en samenhangen met het relatief grote aantal kleinschalige georganiseerde woonvoorzieningen in de huidige meetronde. Wanneer de zorg kleinschalig is georganiseerd, zijn er doorgaans ook minder bewoners per huiskamer.

Afname in het percentage bewoners met ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) en ZZP 7 (VV7 zorgprofiel), toename in het percentage bewoners met ZZP 5 (VV5 zorgprofiel)

Verwachting

Volgens de Volksgezondheid Toekomstverkenning zal het aantal ouderen in de Nederlandse bevolking en het aantal mensen met dementie toenemen; ook het aantal mensen met dementie met een indicatie verpleeghuiszorg zal stijgen (24). Verder is de verwachting dat bewoners van verpleeghuizen bij opname steeds vaker meervoudige aandoeningen en een zwaardere zorgbehoefte zullen hebben. Dit omdat mensen met chronische aandoeningen tegenwoordig zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen (25).

Om in aanmerking te komen voor een plek in het verpleeghuis, is een zorgindicatie nodig. Welke zorgindicatie iemand krijgt, is afhankelijk van de zorgvraag. De indicatie wordt uitgedrukt in een zorgprofiel dat past bij de zorgvraag. In de Wlz zijn zes zorgprofielen opgenomen:

- VV4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging;
- VV5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg;
- VV6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;
- VV7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op begeleiding;
- VV8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op verzorging en verpleging;
- VV9b: Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.

De zorgprofielen VV4, VV5 en VV7 zijn specifiek bedoeld voor mensen aan wie de grondslag psychogeriatrie is toegekend door het CIZ. Tot 2015 werd in plaats van zorgprofielen van zorgzwaartepakketten (ZZP's) gesproken. De nummers van de ZZP's komen overeen met die van de huidige zorgprofielen. In de Monitor spreken we nog van ZZP's om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de praktijk.

Uit cijfers van de Monitor Langdurige Zorg, uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), blijkt dat het aantal personen dat geïndiceerd is met ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) en ZZP 5 (VV5 zorgprofiel) is toegenomen tussen 2015 en 2019 (21). Het aantal indicaties ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) is over deze tijdsperiode nagenoeg gelijk gebleven. Verder zijn er meer mensen met ZZP 4 en ZZP 5 (VV4 en VV5 zorgprofiel) die ook gebruikmaken van Wlz-zorg met verblijf; de hoeveelheid mensen met ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) dat hiervan gebruikmaakt, is echter minder geworden (26). Als echter specifiek wordt gekeken naar mensen met een psychogeriatrische aandoening, blijkt dat het aandeel zorgvragers met een ZZP 5 (VV5 zorgprofiel) tussen 2015 en 2018 is toegenomen en ZZP 4 en ZZP 7 (respectievelijk VV4 en VV7 zorgprofielen) is afgenomen voor zorg met verblijf. In de huidige meetronde van de Monitor was onze verwachting dat het aandeel bewoners met ZZP 5 (VV5 zorgprofiel) zou toenemen en dat het percentage bewoners met ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) en ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) zou afnemen.

Resultaten

Tussen 2008 en 2020 is het gemiddelde percentage bewoners die verblijven in de deelnemende woonvoorzieningen met ZZP 5 (VV5 zorgprofiel) significant toegenomen en het gemiddelde percentage bewoners met ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) en ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) significant verminderd (tabel 1.5).

Tabel 1.5: Veranderingen door de tijd in zorgzwaarte van de deelnemende woonvoorzieningen aan de vijf meetronden MWD1 (n=132), MWD2 (n=139), MWD3 (n=41), MWD4 (n=42) en MWD5 (n=51).

Zorgzwaarte	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
% ZZP 4	8,5	3,6	2,8	2,2	2,5	↓
% ZZP 5	67,2	76,9	72,4	79,7	84,5	↑
% ZZP 7	18,8	14,5	21,7	16,0	11,3	↓
% ZZP overig	5,3	5,0	3,1	2,1	1,7	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

In overeenstemming met onze verwachting en de cijfers van het CBS is het gemiddelde percentage bewoners met ZZP 5 (VV5 zorgprofiel) significant toegenomen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de trend naar extramuralisering: mensen met chronische aandoeningen worden tegenwoordig geacht zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en verhuizen pas naar een verpleeghuis indien er sprake is van een zwaardere zorgbehoefte.

Gelijk aan de landelijke ontwikkelingen, verminderde het aandeel bewoners in de deelnemende woonvoorzieningen met ZZP 4 en ZZP 7 (VV4 en VV7 zorgprofiel) significant. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat het percentage bewoners met een ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) in de deelnemende woonvoorzieningen waarschijnlijk lager ligt dan het landelijk percentage van bewoners met psychogeriatrie (21). Dat er minder bewoners met ZZP 4 (VV4 zorgprofiel) waren, kan mogelijk verklaard worden doordat mensen met een zorgbehoefte passend binnen dit zorgprofiel zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Sinds de invoering van de Wlz wordt een ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) minder vaak geïndiceerd (27). Mensen met ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) krijgen zeer intensieve zorg en begeleiding, vaak ook omdat er sprake is van ernstig probleemgedrag. Een ZZP 7 (VV7 zorgprofiel), kan echter ook tijdelijk worden geïndiceerd, als de verwachting is dat de problematiek na verloop van tijd zal afnemen (28).

Afname van het percentage overgeplaatste bewoners, geen verandering in het percentage geweigerde bewoners

Verwachting

Om toegelaten te worden tot een verpleeghuis is de belangrijkste voorwaarde dat cliënten een CIZ-indicatie hebben met een zorgprofiel dat passend is voor Wlz-zorg. Als een verpleeghuis echter niet de juiste voorzieningen of deskundigheid heeft om de noodzakelijke zorg aan zo iemand te kunnen bieden, kan opname worden geweigerd. Daarnaast hanteren kleinschalige woonvoorzieningen regelmatig exclusiecriteria voor opname. Deze criteria hebben bijvoorbeeld betrekking op de mate van psychiatrische problematiek of de behoefte aan medische zorg (29).

Daarnaast hebben sommige woonvoorzieningen criteria opgesteld voor overplaatsing naar een andere voorziening. Wanneer een bewoner op den duur zorg nodig heeft die een woonvoorziening niet kan of mag verlenen, is het toegestaan de zorgovereenkomst op te zeggen; een verandering in de zorgvraag of een nieuwe indicatie kan hiervoor de reden zijn (30). Bewoners in traditionele verpleeghuizen worden echter zelden tot nooit overgeplaatst (31).

Uit de eerste publicatie van de Monitor bleek dat er verschillen zijn in het opname- en overplaatsingsbeleid tussen grootschalige en kleinschalige woonvoorzieningen. In de grootschalige voorzieningen die deelnamen aan de Monitor was het beleid dat bewoners

er tot het moment van overlijden konden blijven wonen. In een aantal kleinschalige woonvoorzieningen werden vaker voorwaarden gesteld voor een langdurig verblijf (29). De literatuur over overplaatsing van bewoners in kleinschalige woonvoorzieningen is niet eenduidig. Aan de ene kant lijken er hier vergeleken met grootschalige voorzieningen meer mogelijkheden te zijn voor persoonsgerichte zorg waarbij per individu naar passende oplossingen wordt gezocht. Aan de andere kant blijken bewoners in kleinschalige voorzieningen sneller te worden overgeplaatst, wanneer de zorgbehoefte te complex wordt of wanneer onbegrepen gedrag toeneemt (31).

Op basis van de eerdere bevindingen uit de Monitor in combinatie met de verwachte toename van het aantal kleinschalige woonvoorzieningen en de toenemende zorgzwaarte waarmee mensen in het verpleeghuis komen wonen, was de verwachting dat het gemiddeld aantal overgeplaatste en geweigerde bewoners zou zijn gestegen.

Resultaten

Het gemiddelde percentage overplaatste bewoners in een woonvoorziening was in de huidige meetronde 2,2 %. Tussen 2013 en 2020 is dit percentage significant afgenomen. Het gemiddelde percentage geweigerde bewoners in een woonvoorziening veranderde niet significant (tabel 1.6).

Tabel 1.6: Veranderingen door de tijd in het percentage overgeplaatste en geweigerde bewoners tussen de derde en vijfde meetronden MWD3 (n=23), MWD4 (n=49) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Percentage overgeplaatste bewoners	-	-	5,0	2,9	2,2	↓
Percentage geweigerde bewoners	-	-	2,9	0,6	3,4	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

De gevonden afname in het gemiddelde percentage overgeplaatste bewoners komt niet overeen met de verwachting. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de deelnemende woonvoorzieningen voor veel zorgvragen een passend zorgaanbod kunnen aanbieden. Mogelijk sluiten de aanwezige deskundigheid en faciliteiten goed aan op de zorgvragen van de bewoners. Bewoners met een veranderende zorgbehoefte kunnen wellicht ook intern naar een andere afdeling binnen de organisatie worden overgeplaatst waardoor het niet of minder snel nodig is dat zij naar een andere locatie verhuizen. De beschikbaarheid van een passend zorgaanbod kan ook verklaren dat een relatief laag percentage bewoners met te zware of complexe zorgbehoeften of gedragsproblematiek voor de woonvoorziening, wordt geweigerd.

Inzet van vrijwilligers is toegenomen in de periode 2008-2020, er is een afname gevonden in de periode 2016-2020

Verwachting

In veel woonvoorzieningen voor mensen met dementie zijn vrijwilligers actief. Zij zijn inmiddels onmisbaar geworden voor het realiseren van kwalitatief goede zorg. Vrijwilligers worden vaak ingezet om de kwaliteit van leven van de bewoners te verbeteren en om meer persoonsgerichte zorg te bieden (9,32–34). Bijvoorbeeld door bewoners bij activiteiten te begeleiden, individuele bezoeken af te leggen en huishoudelijke taken in de huiskamer en op de afdeling te ondersteunen. Uit de verdiepende studie van de vierde meetronde van de Monitor over informele zorg bleek dat 82% van de woonvoorzieningen een visie, plan of beleid heeft met betrekking tot de inzet van vrijwilligers. Daarnaast werd in bijna alle woonvoorzieningen waardering uitgesproken voor inzet van de vrijwilligers. Driekwart van de woonvoorzieningen gaf te kennen meer gebruik te willen maken van vrijwilligers (35). Op basis van deze bevindingen verwachtten wij dat de ondersteuning door vrijwilligers in de woonvoorzieningen zou zijn gegroeid.

Resultaten

Het gemiddeld aantal uren dat vrijwilligers per bewoner per week beschikbaar zijn, is tussen 2008 en 2020 significant toegenomen (tabel 1.7). Met gemiddeld 12 minuten per week meer inzet van een vrijwilliger per bewoner is deze toename relatief klein te noemen. Ten opzichte van de vorige meetronde is de inzet van vrijwilligers in de huidige meetronde met een gemiddelde afname van 36 minuten per week per bewoner echter sterk gedaald (1,01 uur per bewoner in 2019/2020 vs. 1,61 uur per bewoner in 2016/2017).

Tabel 1.7: Veranderingen door de tijd in het gemiddeld aantal uren van inzet van vrijwilligers per bewoner tussen alle woonvoorzieningen die meededen aan de Monitor: MWD1 (n=136), MWD2 (n=144), MWD3 (n=47), MWD4 (n=41) en MWD5 (n=54).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Gemiddeld aantal uren vrijwilligers per bewoner per week	0,8	1,0	1,3	1,6	1,0	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Dat de gemiddelde inzet van vrijwilligers tussen 2008 en 2020 is toegenomen komt overeen met de verwachting, al is dit per bewoners slechts gemiddeld 12 minuten per week meer dan in 2008. De significante afname ten opzichte van de vorige meetronde is echter verrassend, omdat uit eerder onderzoek binnen de Monitor was gebleken dat driekwart van de deelnemende woonvoorzieningen juist meer vrijwilligers wilde inzetten (35). Het lijkt erop dat vrijwilligers niet duurzaam aan zorgorganisaties verbonden blijven en dat er nog geen mechanisme is om de vrijwilligersinzet structureel op peil te houden. Van deelnemende woonvoorzieningen aan de vijfde meetronde hoorden we terug dat het voor hen vaak een uitdaging is om vrijwilligers blijvend aan zich te binden en dat dit ook nog wel eens kan verschillen per regio. Het maakt bijvoorbeeld uit of een woonvoorziening midden in een bruisende wijk ligt of vrij afgelegen in de bossen. Er zijn verschillende verklaringen te bedenken voor de gevonden daling van de inzet van vrijwilligers. Waar de beschikbare kwaliteitsgelden werden ingezet voor uitbreiding van personeel, bleek uit de kwaliteitsplannen dat zorgorganisaties vooral hebben geïnvesteerd in het aantrekken van medewerkers van niveau 1 tot en met 3, gastvrouwen en huiskamermedewerkers (36). Hierdoor is mogelijk de urgentie van de inzet van vrijwilligers iets afgenomen. Dit strookt echter niet met de inhoud van de kwaliteitsplannen uit 2019, waarin meer dan het voorgaande jaar aandacht werd besteed aan de inzet van vrijwilligers. Een andere verklaring voor de verminderde inzet van vrijwilligers kan zijn dat zij het gevoel hebben minder nodig te zijn in de woonvoorziening door de extra medewerkers en dat ze daarom gestopt zijn. Vrijwilligerswerk in kleinschalige woonvormen is ook nog anders dan in grootschalige woonvoorzieningen. Vrijwilligers draaien mee als in een huishouden en de taken zijn meer persoonsgericht. Hiervoor wordt best wat gevraagd van vrijwilligers. Activiteiten ondernemen met mensen met (ernstige) dementie is iets wat een vrijwilliger moet kunnen en moet liggen. Het is nog maar zeer de vraag of vrijwilligers hiervoor voldoende zijn toegerust en niet de voorkeur geven aan ‘gemakkelijker’ vrijwilligerswerk. Tot slot zou een mogelijke verklaring kunnen zijn dat vrijwilligers meer in de thuissituatie actief zijn omdat mensen die ondersteuning nodig hebben tegenwoordig langer thuis blijven wonen. Dit zou ten koste kunnen gaan van hun inzet in verpleeghuizen.

2 Trends in de kenmerken en kwaliteit van leven van bewoners

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Toename in de ervaren kwaliteit van leven van bewoners.	Verbetering op de domeinen positief affect, iets omhanden hebben, negatief affect, rusteloos gedrag en sociale isolatie.
Geen verandering in frequentie en ernst van neuropsychiatrische symptomen van bewoners.	Geen verandering in frequentie en ernst van neuropsychiatrische symptomen van bewoners.
Toename in ADL-afhankelijkheid van bewoners.	Afname in ADL-afhankelijkheid van bewoners.
Afname in het cognitief functioneren van bewoners.	Toename in het cognitief functioneren van bewoners.

Gegevensverzameling

De eerst verantwoordelijk verzorgenden van een aselecte steekproef van bewoners in de woonvoorzieningen is gevraagd een observatielijst in te vullen om de kwaliteit van leven en het functioneren van de bewoner in kaart te brengen.

Meetinstrument/ Schaal	Verzameling gegevens	Uitkomstmaat	Aantal items	Antwoordopties	Range
InterRAI Long- Term Care Facilities (InterRAI-LTCF) (37)	Observatie-lijst bewoners	Cognitive Performance Scale (CPS) score (cognitief functioneren)	7	0 (cognitief intact) – 6 (zeer ernstige beperkingen)	0-6
Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) (38)	Observatie-lijst bewoners	Frequentie en ernst van neuropsychiatrische symptomen	12	Frequentie (1-5), ernst (1-3)	0-36
KATZ (39)	Observatie-lijst bewoners	ADL-afhankelijkheid	6		1-7
Qualidem (40)	Observatie-lijst bewoners	Zorgrelatie Positief affect Negatief affect Rusteloos gedrag Positief zelfbeeld Sociale relaties Sociale isolatie Iets omhanden hebben Zich thuis voelen	40	0 (nooit) – 3 (vaak)	0-3

2 Trends in de kenmerken en kwaliteit van leven van bewoners

Verbetering op de domeinen positief affect, iets omhanden hebben, negatief affect, rusteloos gedrag en sociale isolatie. Geen verandering in frequentie en ernst van neuropsychiatrische symptomen. Vermindering van ADL-afhankelijkheid. Toename in het cognitief functioneren van bewoners.

Verwachting

Mede door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het programma 'Thuis in het verpleeghuis' is er in de afgelopen jaren meer aandacht gekomen voor de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van mensen met dementie in het verpleeghuis (8,9). Ook is er sinds 2017 vanuit de overheid geld beschikbaar gesteld voor kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen (8,41). Deze extra middelen kunnen gebruikt worden om meer ruimte te creëren voor persoonsgerichte zorg en er kan behalve aan de reguliere zorgtaken meer tijd en aandacht besteed worden aan het welzijn van bewoners. Op basis van bovenstaande ontwikkelingen verwachtten wij dat de kwaliteit van leven van bewoners zou zijn toegenomen.

De kwaliteit van leven van bewoners in het verpleeghuis hangt samen met verschillende factoren. Uit onderzoek blijkt dat een vast team met betrokken medewerkers, een activerende en zinvolle dagbesteding en de betrokkenheid van (nabije) familieleden hieraan bijdraagt (42). Onderzoek wijst ook uit dat bewoners stimuleren om zelfstandig algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) uit te voeren zowel hun kwaliteit van leven als de relatie met het zorgpersoneel verbetert (43).

Neuropsychiatrische symptomen als depressie, agitatie en apathie dragen daarentegen bij aan een verminderde kwaliteit van leven (44). Dergelijke symptomen komen veel voor bij mensen met dementie en er is veel aandacht voor ontwikkeling en inzet van psychosociale interventies om het omgaan hiermee te verbeteren en de ernst ervan te verminderen (45–48). Onderzoek laat echter zien dat de ernst van neuropsychiatrische symptomen bij mensen met dementie door de jaren heen relatief stabiel blijft (49–51). Dit in aanmerking nemende was onze verwachting dat er geen verandering was opgetreden in frequentie en ernst van neuropsychiatrische symptomen.

Door het verloop van de dementie neemt het vermogen (zelfstandig) ADL-taken uit te voeren af en kan een bewoner met dementie op dit punt uiteindelijk geheel afhankelijk worden (52). Als gevolg van de verwachte toegenomen zorgzwaarte (zoals beschreven in hoofdstuk 1), gingen wij ervan uit het cognitief functioneren van bewoners door de jaren heen minder zou zijn geworden en dat hun ADL-afhankelijkheid zou zijn gegroeid.

Resultaten

Op vijf van de negen domeinen van kwaliteit van leven die het gebruikte meetinstrument onderscheidt is over de jaren 2008-2020 een significante verandering gevonden (tabel 2.1). Op de kwaliteit van leven domeinen 'positief affect', 'iets omhanden hebben' 'negatief affect', 'rusteloos gedrag' en 'sociale isolatie' is een significante verbetering gevonden. De afname in gemiddelde score op het domein 'sociale relaties' (0,3 punten op een vierpuntsschaal) is door de jaren heen niet significant veranderd, maar verschilt wel significant ten opzichte van de vorige meetronde.

Hoewel in de huidige meetronde de score met betrekking tot neuropsychiatrische symptomen lager is vergeleken met voorgaande meetrondes, is deze verandering echter niet significant, noch over de gehele periode, noch ten opzichte van de vierde meetronde. De mate waarin bewoners gemiddeld ADL-afhankelijk waren is door de jaren heen significant gedaald, maar ten opzichte van vorige meetronde juist significant gestegen. Deze stijging is echter minimaal (0,1 punten op een achtpuntsschaal). Voor wat betreft het cognitief functioneren van bewoners, is de score op de Cognitive Performance Scale (CPS) tussen 2008 en 2020 significant afgenomen, wat duidt op minder cognitieve problematiek van bewoners (tabel 2.2).

Tabel 2.1: Veranderingen door de tijd in kwaliteit van leven van bewoners in de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=130), MWD2 (n=137), MWD3 (n=42), MWD4 (n=40) en MWD5 (n=53).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Zorgrelatie Range: 0-3	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	
Positief affect Range: 0-3	2,1	2,1	2,3	2,3	2,3	↑
Negatief affect* Range: 0-3	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	↓
Rusteloos gedrag* Range: 0-3	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	↓
Positief zelfbeeld Range: 0-3	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	
Sociale relaties Range: 0-3	1,7	1,7	1,7	1,9	1,6	
Sociale isolatie* Range: 0-3	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	↓
Iets omhanden hebben Range: 0-3	1,0	1,0	1,2	1,4	1,3	↑
Zich thuis voelen Range: 0-3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,3	

** Bij deze items geldt: des te hoger de score, des te lager de ervaren kwaliteit van leven.*

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 2.2: Veranderingen door de tijd in gemiddelde ADL-afhankelijkheid, neuropsychiatrische symptomen en cognitief functioneren van bewoners in de deelnemende woonvoorzieningen aan alle meetronden: MWD1 (n=130), MWD2 (n=137), MWD3 (n=42), MWD4 (n=40) en MWD5 (n=53).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Neuropsychiatrische symptomen Range: 0-36	11,1	11,5	11,2	11,2	10,1	
Cognitief functioneren Range: 0-6*	-	3,9	4,0	3,5	3,3	↓
ADL-afhankelijkheid Range: 0-7*	5,4	5,2	5,3	4,5	4,6	↓

** een hogere score staat voor slechter functioneren. Een afname betekent daarom dat bewoners beter functioneren.*

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Toelichting bewonerssteekproef

In tabel 2.3 is te zien dat vanaf 2008 het gemiddelde percentage bewoners met ZZP 4 en ZZP 5 (VV4 en VV5 zorgprofiel) in onze steekproef is toegenomen. Het gemiddelde percentage bewoners in de steekproef met ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) en overige zorgprofielen, is gedaald. Deze veranderingen zijn echter niet significant.

De gemiddelde leeftijd van bewoners is in de periode van 2008 tot 2020 significant gestegen (figuur 2.1). Vooral het aandeel bewoners tussen de 86 en 90 jaar oud lijkt te zijn toegenomen. Bij de gemiddelde verblijfsduur van bewoners is daarentegen door de jaren heen geen significante verandering te constateren, al lijkt de proportie bewoners die tussen de één en vijf jaar in de woonvoorziening verblijven te zijn toegenomen over de tijd (figuur 2.2).

Tabel 2.3: Veranderingen door de tijd in gemiddeld percentage vrouwelijke bewoners en in zorgzwaarte van bewoners in de deelnemende woonvoorzieningen aan alle meetronden: MWD1 (n=130), MWD2 (n=137), MWD3 (n=42), MWD4 (n=40) en MWD5 (n=53).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
% vrouwelijke bewoners	76,4	75,9	76,2	72,5	73,2	
% ZZP 4 in de steekproef	-	3,6	1,7	3,0	3,9	
% ZZP 5 in de steekproef	-	76,8	73,5	70,0	80,0	
% ZZP 7 in de steekproef	-	14,6	20,5	21,7	11,3	
% ZZP overig in de steekproef	-	5,0	4,3	5,3	4,8	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Figuur 2.1: **Gemiddeld percentage bewoners dat in de verschillende leeftijdscategorieën valt, door de tijd in de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=131), MWD2 (n=138), MWD3 (n=47), MWD4 (n=49) en MWD5 (n=53).**

** De gemiddelde leeftijd van de bewoners is door de jaren heen significant toegenomen.*

Figuur 2.2: **Gemiddeld percentage bewoners met een bepaalde verblijfsduur in de woonvoorziening, door de tijd in de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=131), MWD2 (n=138), MWD3 (n=47), MWD4 (n=49) en MWD5 (n=53).**

** In de gemiddelde verblijfsduur van bewoners zijn in de periode 2008-2020 geen veranderingen opgetreden.*

De bewoners in de steekproef in de huidige meetronde waren gemiddeld ouder dan in 2008, maar hun verblijfsduur lijkt niet te zijn veranderd. Dit kan erop duiden dat de conditie van deze oudere groep gelijk is aan die van de bewoners uit de steekproef in 2008. Dit is enigszins terug te zien in de geïndiceerde zorgzwaarte. Hoewel er wat verschillen zijn, met name een kleine toename in ZZP 5 (VV5 zorgprofiel) en afname in ZZP 7 (VV7 zorgprofiel), zijn deze verschillen niet significant. In de huidige meetronde, weerspiegelt de zorgzwaarte van de bewoners in de steekproef de gemiddelde zorgzwaarte van alle bewoners in de woonvoorziening goed. Ten aanzien van de vorige meetronde dient opgemerkt te worden dat het percentage bewoners met een ZZP 5 (VV5 zorgprofiel) relatief laag was en het percentage bewoners ZZP 7 (VV7 zorgprofiel) relatief hoog. Het lijkt erop dat de steekproef in de vierde meetronde enigszins afwijkt van de gemiddelde zorgzwaarte van de woonvoorzieningen.

Reflectie

De verbeteringen op de domeinen 'positief affect', 'iets omhanden hebben', 'negatief affect', 'rusteloos gedrag' en 'sociale isolatie' lijken een positieve trend te tonen. Op basis van deze resultaten kan echter niet worden gesteld dat de algehele kwaliteit van leven van bewoners met dementie is verbeterd. Zoals eerder aangegeven, hangt kwaliteit van leven met een verscheidenheid aan factoren samen, zoals een aanbod van zinvolle bezigheden of betrokkenheid van familieleden. Mogelijk heeft de aandacht voor kwaliteitsverbetering en het beschikbaar stellen van de kwaliteitsgelden indirect bijgedragen aan de verbeteringen op een aantal van de beoordeelde domeinen van kwaliteit van leven. Veel aandacht in de kwaliteitsplannen bleek ook uit te gaan naar initiatieven om het welzijn van bewoners te verbeteren, zoals het betrekken van vrijwilligers en familieleden en zinvolle dagactiviteiten (36).

De gevonden verschillen tussen de meetrondes lijken zeer klein (tussen de 0,1 en 0,4 punten verschil op een vierpuntsschaal). Deze verschillen zijn lastig te duiden, aangezien er geen onderzoek is gedaan naar de responsiviteit van de QUALIDEM, Hierdoor is het niet duidelijk of er sprake is van klinisch relevante verschillen, dus of de kwaliteit van leven nu echt als beter wordt ervaren door bewoners. Dit is een algemeen probleem van kwaliteit van leven meetinstrumenten. In een review werden dertien kwaliteit van leven instrumenten vergeleken, maar van geen van de instrumenten was de responsiviteit onderzocht (53). Vanwege de psychometrische eigenschappen en de brede set van domeinen van kwaliteit van leven, wordt de QUALIDEM verkozen boven andere instrumenten om kwaliteit van leven te beoordelen bij mensen met dementie (53).Thema's als compassie, autonomie en uniek zijn, zijn ook relevant voor kwaliteit van leven en staan door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (9) meer centraal in de zorg dan tien jaar geleden. Met de QUALIDEM worden deze constructen niet allemaal expliciet geobserveerd.

Wij vonden geen veranderingen in de frequentie en de ernst van neuropsychiatrische symptomen bij bewoners. Deze bevinding sluit aan bij de resultaten van andere studies

die erop wijzen dat de ernst van neuropsychiatrische symptomen bij mensen met dementie door de jaren heen relatief stabiel blijft (49–51).

Tegen onze verwachting in vonden wij over de periode 2008-2020 bij bewoners een trend naar afname van in cognitieve beperkingen en ADL-afhankelijkheid en. Door de jaren heen waren de bewoners in de Monitor iets minder beperkt in cognitief functioneren. De gemiddelde score op de CPS van de geobserveerde bewoners in de huidige meetronde duidt op matige tot matig ernstige cognitieve problemen. In 2008 was dit gemiddelde gelijk aan matig ernstige cognitieve problemen. Vertaald in MMSE-scores staat een CPS-score van 3 ongeveer gelijk aan een MMSE-score van 13,5 en een CPS-score van 4 aan een MMSE-score van 8,5 (54). Dit is een redelijk duidelijk verschil. Het is denkbaar dat juist doordat er in de huidige meetronde meer kleinschalige woonvoorzieningen zijn geïncludeerd dan voorheen, de cognitieve beperkingen van bewoners over het algemeen iets minder ernstig zijn dan in de meetrondes waar meer grootschalige woonvoorzieningen deelnamen. Kleinschalige woonvoorzieningen hanteren soms exclusiecriteria voor opname, die te maken kunnen hebben met de mate van psychiatrische problematiek of de behoefte aan medische zorg (29). Met dit type criteria komen vooral mensen met zeer ernstige cognitieve beperkingen of bijkomende somatische of gedragsproblematiek, niet in aanmerking voor opname in een kleinschalige woonvoorziening.

Dit kan ook een verklaring zijn voor de bevinding dat bewoners iets minder ADL afhankelijk werden over de tijd. Daarnaast kan de toegenomen aandacht voor persoonsgericht werken door zorgmedewerkers en de focus op wat een bewoner nog wél kan in plaats van op tekortkomingen hier ook een verklaring voor zijn. De ADL-afhankelijkheidsschaal is cumulatief opgebouwd, waarbij een score van 5 wordt toegekend als iemand afhankelijk is in wassen, kleden, WC-bezoek, én er is sprake van afhankelijkheid op verplaatsen, continentie of voeding (39). De score op ADL-afhankelijkheid verschuift van ADL afhankelijk op vier van de zes ADLs (gemiddeld 5,2) in 2008 richting afhankelijkheid op drie ADLs (wassen, kleden én één andere ADL; gemiddeld 4,6) in 2019. Dit impliceert dat bewoners niet geheel ADL afhankelijk worden geacht in minstens drie ADLs, en tijdens deze activiteiten waarschijnlijk worden gestimuleerd om nog zoveel mogelijk zelf te doen. Het stimuleren van het zelf uitvoeren van activiteiten is passend binnen de persoonsgerichte benadering. Door een persoonsgerichte benadering kunnen zorgmedewerkers complex gedrag mogelijk ook beter accepteren, begrijpen en hierop inspelen.

3 Trends in de kwaliteit van de zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Toename in aantal activiteiten waarbij bewoners betrokken zijn.	Toename in aantal activiteiten waarbij bewoners betrokken zijn in de periode 2008-2020, afname in de periode 2016-2020.
Afname gemiddeld psychofarmacagebruik.	Afname gemiddeld psychofarmacagebruik.
Afname in gemiddelde inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen.	Afname van de gemiddelde inzet van vrijheids-beperkende maatregelen.
Toename in de mate van persoonsgerichte zorg.	Geen verandering in persoonsgerichte zorg in de beleving van zorgmedewerkers en familie, afname in persoonsgerichte zorg in de beleving van behan-delaars.

Gegevensverzameling

Voor de informatie in dit hoofdstuk zijn op verschillende manieren gegevens verzameld. Zo zijn er registratiegegevens opgevraagd van psychofarmacagebruik en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast hebben we observatiegegevens van bewoners gebruikt die zijn verzameld door eerst verantwoordelijk verzorgenden en hebben we gebruikgemaakt van gegevens uit vragenlijsten voor zorgmedewerkers, familieleden en behandelaars.

Meetinstrument/ Schaal	Verzameling gegevens	Uitkomstmaat	Aantal items	Antwoordopties	Range
InterRAI Long-Term Care Facilities (InterRAI-LTCF) (37)	Observatie-lijst bewoners	Betrokkenheid van bewoners bij activi-teiten	22	Aantal activi-teiten opgeteld	0-22
Psychofarmaca	Registraties	Gemiddeld aantal psychofarmaca per bewoner			
Fixaties	Registraties	Gemiddeld aantal fixaties per bewoner			
Person-Centered Care (PCC) vragenlijst (55) Nederlandse versie	Vragenlijst zorgmede-werkers	Persoonsgerichte zorg in optiek zorgmede-werkers	27	0 (bijna nooit) – 4 (bijna altijd)	0-4
	Vragenlijst familie	Persoonsgerichte zorg in optiek familie	25		
	Vragenlijst behandelaars	Persoonsgerichte zorg in optiek behandelaars	25		

3 Trends in de kwaliteit van de zorg

Toename in betrokkenheid van bewoners bij activiteiten

Verwachting

Een zinvolle daginvulling, waarbij bewoners met dementie onder andere betrokken worden bij activiteiten/bezigheden draagt bij aan hun kwaliteit van leven (56). Mensen met dementie bij activiteiten betrekken kan bijvoorbeeld tot een positieve stemming leiden of een gevoel van voldoening geven (57–59). Onder zinvolle activiteiten worden uiteenlopende bezigheden verstaan, zoals (zelf)zorg (met hulp), sociale interactie, huishoudelijke activiteiten, muziek maken of spelletjes doen (57,58). In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt aandacht geschonken aan het thema 'zinvolle tijdsbesteding' om de kwaliteit op het gebied van wonen en welzijn te verbeteren. Het begrip wordt hierin omschreven als een activiteit die op de cliënt is afgestemd en die op aandacht en ondersteuning van zorgmedewerkers kan rekenen (9). Daarnaast is vanuit het programma 'Waardigheid en Trots' sinds 2016 budget vrijgemaakt voor onder andere een zinvolle daginvulling voor verpleeghuisbewoners (60).

Vanwege deze financiële impuls en het toegenomen besef dat het belangrijk is bewoners bij voor hen zinvolle activiteiten te betrekken, gingen wij uit van een toename in de betrokkenheid van bewoners bij activiteiten. En dit zowel gedurende de totale onderzoeksperiode van de Monitor als ten opzichte van de voorgaande meetronde.

Resultaten

Het gemiddelde aantal activiteiten per bewoner is door de jaren heen significant gestegen. In de huidige meetronde werden bewoners bij gemiddeld zes activiteiten betrokken in de laatste drie dagen vóór het onderzoek (tabel 3.1). Vergeleken met de vierde meetronde is dit echter een significante afname in het gemiddeld aantal activiteiten. Hoeveel tijd bewoners structureel aan activiteiten besteedden, liep uiteen. Van de bewoners in de steekproef was 62% elke dag structureel bezig met activiteiten, 24% enkele keren per week, 7% was één keer per week bij activiteiten betrokken en 7% minder dan één keer per week (tabel 3.2). De meest voorkomende bezigheden waren een praatje maken, televisie kijken of naar de radio/muziek luisteren en naar buiten gaan voor een wandeling. Over het algemeen sloten de ondernomen activiteiten aan bij de voorkeur van de bewoner (figuur 3.1).

Tabel 3.1: Veranderingen in het gemiddeld aantal activiteiten per bewoner in de laatste drie dagen vóór de meting, door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=129), MWD2 (n=137), MWD3 (n=42), MWD4 (n=40) en MWD5 (n=53).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Gemiddeld aantal activiteiten per bewoner in laatste drie dagen	3,9	5,2	6,7	7,2	6,2	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 3.2: Frequentie dat bewoners structureel bezig zijn met activiteiten (van de tijd dat men wakker is en geen ADL zorg of behandelingen ontvangt) en gemiddeld percentage bewoners in de vierde (MWD4) en vijfde meetronde (MWD5).

Frequentie dat de bewoner structureel bezig is met activiteiten	Percentage bewoners	
	MWD4	MWD5
< 1x per week	14,8	9,8
1 keer per week	4,2	7,2
Enkele keren per week	18,7	26,3
Een half uur tot 1 uur per dag	19,0	13,3
1-2 uur per dag	21,7	19,0
> 2 uur per dag	21,6	24,4

Figuur 3.1: **Betrokkenheid van bewoners bij activiteiten in de afgelopen drie dagen en aandeel bewoners bij wie deze activiteiten aansluiten bij hun voorkeur, gemeten in de vijfde meetronde (MWD5).**

Reflectie

De toegenomen betrokkenheid van bewoners bij activiteiten over de periode 2008-2020 is in lijn met de verwachting. In het verleden is het positieve effect van activiteiten op bewoners met dementie al meermaals aangetoond (61,62). De gevonden toename in betrokkenheid kan ten dele verklaard worden door de groei in het aandeel kleinschalige woonvoorzieningen (in de steekproef) waar medewerkers vaker integrale taken hebben

en het doen van activiteiten met bewoners onderdeel is van het werk. In de afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan het coachen van medewerkers in het doen van activiteiten met bewoners. Daarnaast zal ook de toegenomen inzet en betrokkenheid van familie hieraan enigszins bijdragen.

In de algemene trend naar een toename van het gemiddeld aantal activiteiten per bewoner zien we in de huidige meetronde echter een breuk ten opzichte van de vorige meetronde: vergeleken daarmee is het aantal activiteiten juist significant verminderd, over drie dagen werden bewoners bij gemiddeld één andere activiteit minder betrokken. In de huidige meetronde is de gemiddelde tijd dat bewoners betrokken waren bij activiteiten ongeveer gelijk gebleven ten opzichte twee jaar eerder. Het lijkt erop dat bewoners tijdens de huidige meetronde bij minder verschillende activiteiten betrokken werden. Mogelijk was het activiteitenaanbod minder divers. Deze daling is lastig te duiden, aangezien er vanuit 'Waardigheid en Trots' structureel veel middelen beschikbaar zijn voor het verbeteren van de dagbesteding van bewoners en hier ook in de kwaliteitsplannen en kwaliteitsverslagen van zorgorganisaties expliciet aandacht aan wordt besteed. Mogelijk wordt tegenwoordig meer nadruk gelegd op een goede balans tussen rust en activiteit voor de individuele bewoner. Het zou ook kunnen dat deze afname samenhangt met het verschil in de inzet van vrijwilligers en familieleden tussen 2016 en 2020, deze lag in 2016 hoger.

De meeste activiteiten sluiten aan op de behoeftes en interesses van bewoners blijkt uit de gegevens. Echter spelletjes en sportactiviteiten passen niet bij de voorkeur van alle bewoners die hieraan deelnamen. Op het punt van activiteiten is er nog steeds winst te behalen aangezien een relatief groot deel van de bewoners (17%) slechts één keer per week of minder bij activiteiten betrokken wordt. Dit percentage is weinig veranderd sinds de vorige meetronde. Het is aannemelijk dat dit voornamelijk bewoners betreft in een vergevorderd stadium van dementie. In deze gevallen sluiten multi-sensomotorische activiteiten zoals snoezelen of diertherapie beter aan bij de ernst van de dementie en vergroting van het welzijn van deze bewoners.

Afname van het gemiddelde psychofarmacagebruik

Verwachting

In de afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor het verminderen van onnodig psychofarmacagebruik bij verpleeghuisbewoners met dementie, dit vanwege de negatieve bijeffecten en de grote gezondheidsrisico's (9,63). De mate waarin psychofarmaca worden voorgeschreven verschilt tussen verpleeghuizen in Nederland en tussen afdelingen binnen een verpleeghuis. Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Zoals kenmerken van de bewoner (bv. ernst van probleemgedrag), de werkdruk van zorgmedewerkers, het voorschrijfbeleid van de arts en de fysieke omgeving van de zorginstelling (bijvoorbeeld beddencapaciteit) (64).

Ondanks deze extra aandacht voor (het verminderen van) psychofarmacagebruik, was er over de periode 2008-2017 geen significante verandering te zien in het gemiddeld aantal voorgeschreven psychofarmaca per bewoner (65).

Doordat terugdringen van psychofarmaca nog steeds onverminderd onder de aandacht staat, verwachtten we in de vijfde meetronde van de Monitor een afname te zien van het psychofarmacagebruik bij verpleeghuisbewoners met dementie.

Resultaten

Het gemiddelde aantal psychofarmaca per bewoner is over de gehele periode significant afgenomen, met een gemiddeld aantal van 0,7 in de huidige meetronde (tabel 3.4). Het gemiddelde gebruik van alle in de vragenlijst opgenomen vormen van psychofarmaca is afgenomen, maar alleen de daling in het gebruik van antipsychotica was significant (een afname van gemiddeld 0,3 naar 0,2 antipsychotica per bewoner).

Tabel 3.4: Veranderingen in het gemiddelde aantal psychofarmaca per bewoner door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=119), MWD2 (n=134), MWD3 (n=36-37), MWD4 (n=20-21) en MWD5 (n=31).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Psychofarmaca	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	↓
Antidepressiva	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	
Slaapmiddelen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	
Benzodiazepines	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
Neuroleptica/antipsychotica	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Het gebruik van psychofarmaca is zoals verwacht afgenomen. In 2008 werden er nog negen psychofarmaca voorgeschreven per tien bewoners, dit is gedaald naar gemiddeld zeven psychofarmaca per tien bewoners. Antipsychotica in het bijzonder, werd minder voorgeschreven. In 2008 kregen nog drie op de tien bewoners antipsychotica, in de huidige meetronde was dit twee op de tien bewoners. Een verklaring hiervoor is mogelijk de toegenomen aandacht voor de nadelige effecten van psychofarmacagebruik voor mensen met dementie. Zo is Vilans in 2016 het programma 'Beter af met minder. Bewust gebruik psychofarmaca' gestart, met als doel de bewustwording van de negatieve kanten van psychofarmacagebruik te vergroten en het gebruik ervan terug te dringen (63). Daarnaast besteedt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, voorheen Inspectie voor de Gezondheidszorg) veel aandacht aan een goede omgang met onbegrepen gedrag; een juiste inzet van psychofarmaca maakt hier onderdeel van uit.

Van antipsychotica is bekend dat ze vaak ten onrechte voorgeschreven worden en nadelige bijwerkingen hebben (66,67). Uit een Europese studie naar verpleeghuiszorg uit 2014 bleek dat 33% van de mensen met dementie in Europa antipsychotica gebruikt, ondanks aanbevelingen om voorschrijven hiervan bij deze groep te vermijden (68). Daarom is het positief dat er in de Monitor een significante daling zichtbaar is in het gebruik van antipsychotica.

Psychofarmaca worden onder meer voorgeschreven bij bewoners met dementie die zogeheten probleemgedrag vertonen. Omdat probleemgedrag door meerdere factoren veroorzaakt kan worden, behoeft het een multidisciplinaire aanpak en dienen psychosociale of psychologische interventies in eerste instantie voorop te staan. Hier is de afgelopen jaren veel aandacht voor geweest (69,70). Ook aanpassing van de omgeving (meer of minder prikkels) of passende activiteiten aanbieden kan probleemgedrag verminderen (71). Pas als niet-farmacologische interventies onvoldoende effect hebben, kan een arts besluiten psychofarmaca voor te schrijven. De effecten en mogelijke bijwerkingen hiervan dienen in dat geval echter frequent te worden gemonitord; het doel is de medicatie na verloop van tijd weer af te bouwen (69).

Behalve door beschikbare en effectieve psychosociale interventies voortdurend onder de aandacht te brengen, kan het niet-passend gebruik van psychofarmaca ook verder gereduceerd worden door te wijzen op het belang van een goede probleemanalyse en een adequate diagnosestelling, bijvoorbeeld de rol van pijn bij onbegrepen gedrag (69,70). Door de werkwijzen behorend bij de Wet zorg en dwang die per 1 januari 2020 is ingegaan, worden deze stappen in de toekomst mogelijk ook beter doorlopen.

Afname van de gemiddelde inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen

Verwachting

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden vaak toegepast met de bedoeling bewoners te helpen of te beschermen, bijvoorbeeld bedhekken en tafelbladen tegen valgevaar of domotica tegen (ver)dwalen. Vaak zijn deze maatregelen echter onnodig. Ze worden nog toegepast omdat het gewoonte is geworden of omdat zorgmedewerkers niet op de hoogte zijn van alternatieven (72). Net als in het geval van psychofarmaca is het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (en het terugdringen daarvan) de afgelopen jaren een aandachtspunt geweest. De IGJ heeft hiernaar verschillende onderzoeken gedaan en erop toegezien dat vrijheidsbeperkende maatregelen worden verminderd. In het IGJ-toetsingskader wordt expliciet aandacht besteed aan hoe de besluitvorming om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten is verlopen, hoe het hieruit voortvloeiende besluit wordt gecommuniceerd met de bewoner en diens naasten en hoe de toepassing van het vrijheidsbeperkende middel wordt geëvalueerd (73,74).

In de afgelopen jaren was in de Monitor al een afname te zien in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (65). Vanwege de aanhoudende aandacht voor deze materie was de verwachting daarom dat de frequentie van het inzetten van vrijheidsbeperking in deze meetronde verder zou zijn gedaald.

Resultaten

Het gemiddelde aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner (inclusief en exclusief bedhekken) is gedurende de looptijd van de Monitor (2008-2020) significant gedaald. Ook ten opzichte van de vorige (vierde) meetronde nam het gemiddeld aantal vrijheidsbeperkende maatregelen (inclusief bedhekken) significant af (van 0,2 in 2016/2017 tot 0,1 in 2019/2020) (tabel 3.5).

Tabel 3.5: Veranderingen in het gemiddeld aantal vrijheidsbeperkende maatregelen door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=126), MWD2 (n=137), MWD3 (n=37-38), MWD4 (n=39) en MWD5 (n=31).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner (incl. bedhekken)	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1	↓
Aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner (excl. bedhekken)	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Conform onze verwachting is het gemiddelde gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen afgenomen. Dit is mogelijk een gevolg van de toegenomen bewustwording onder zorgmedewerkers over wat onder vrijheidsbeperking wordt verstaan en door het grotere aanbod van alternatieven voor deze vormen van onvrijwillige zorg. Al eerder werd geconstateerd dat zorgmedewerkers vonden dat er een eenduidige visie bestond binnen hun team omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen (65). Ook zijn er hulpmiddelen beschikbaar om alternatieven toe te kunnen passen. Zo heeft Vilans in 2018 een alternatievenbundel voor onvrijwillige zorg opgesteld (75). In het geval van bijvoorbeeld een verhoogd risico om te vallen worden in deze publicatie onder andere medisch onderzoek, een extra laag bed, nachtverlichting, een beschermhelm en een traplift als alternatieven opgevoerd.

Geen verandering in persoonsgerichte zorg in de beleving van zorgmedewerkers en familie, afname in persoonsgerichte zorg in de beleving van behandelaars

Verwachting

Persoonsgerichte zorg is de norm voor kwalitatief goede zorg en is onderdeel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waarmee zorgorganisaties hun kwaliteitsbeleid verantwoorden (9). Bij persoonsgerichte zorg staat de bewoner centraal en worden zorg en ondersteuning afgestemd op diens wensen en behoeften. Ook worden bewoner en/of wettelijk vertegenwoordiger bij het opstellen van een zorgplan betrokken (7). Om goed persoonsgerichte zorg te kunnen bieden is het belangrijk dat zorgmedewerkers tijd en ruimte krijgen om de individuele bewoner, met zijn of haar wensen, behoeften, rituelen en levensverhaal, goed te leren kennen (76,77). Gezien de extra aandacht voor persoonsgerichte zorg vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het programma 'Thuis in het verpleeghuis' (8,9) verwachtten wij een toename te zullen zien in de mate waarin er in woonvoorzieningen persoonsgericht wordt gewerkt.

Resultaten

De mate van persoonsgerichte zorg is naar de bevinding van zorgmedewerkers en familieleden door de jaren heen niet significant veranderd. Ten opzichte van twee jaar geleden is persoonsgerichte zorg in de beleving van zorgmedewerkers echter significant gestegen, een hogere score betekent dat er meer persoonsgericht gewerkt wordt (van 3,0 naar 3,2 op een vijfpuntsschaal). De behandelaars daarentegen meldden dat persoonsgerichte zorg naar hun idee significant gedaald is ten opzichte van de vierde meetronde (van 3,1 naar 2,9 op een vijfpuntsschaal) (tabel 3.6).

Tabel 3.6: Veranderingen in de gemiddelde mate van persoonsgerichte zorg volgens familie, medewerkers en behandelaars, door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD3 (n=39-44), MWD4 (n=43-46) en MWD5 (n=41-58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Persoonsgerichte zorg volgens medewerkers Range: 0-4	-	-	3,1	3,0	3,2	
Persoonsgerichte zorg volgens familie Range: 0-4	-	-	3,1	3,0	3,1	
Persoonsgerichte zorg volgens behandelaars Range: 0-4	-	-	-	3,1	2,9	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Tegen onze verwachting in laten de uitkomsten geen toename zien in de mate waarin er in woonvoorzieningen persoonsgericht wordt gewerkt. Volgens behandelaars is de mate van persoonsgerichte zorg significant verminderd, al is de absolute afname klein, slechts 0,2 punten op een vijfpuntsschaal. Behandelaars werken vaak op meerdere locaties, waardoor ze de bewoners mogelijk minder goed kennen dan zorgmedewerkers en de zorg daardoor als minder persoonsgericht ervaren. Ook kan werken op meerdere locaties mogelijk meer tijdsdruk inhouden. Een aantal woonvoorzieningen gaf in deze meetronde ook te kennen geen vast team van behandelaars te hebben, maar behandelaars in te huren indien nodig. Verder blijkt uit onderzoek dat er vanwege tijdsdruk niet altijd persoonsgerichte zorg kan worden geleverd (78–87). Omdat zorgverleners de neiging hebben functionele taken te prioriteren schiet aandacht voor de persoonlijke relatie er onder tijdsdruk mogelijk snel bij in (81,83,85,86,88,89).

Hoewel er vanuit het perspectief van zorgmedewerkers door de jaren heen geen toename is te zien in de mate waarin er in woonvoorzieningen persoonsgericht wordt gewerkt, constateren wij in deze meetronde wel een significante stijging ten opzichte van de vierde meetronde. Echter het verschil betreft slechts 0,2 punten op een vijfpuntsschaal. Men kan zich dus afvragen in hoeverre er werkelijk een verschil is in de ervaren persoonsgerichte zorg volgens medewerkers Een kleine toename zou mogelijk verband kunnen houden met de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het programma ‘Thuis in het verpleeghuis’ (8).

4 Trends in de werkomstandigheden en het welbevinden van medewerkers

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Toename van autonomie, ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden, sociale steun van collega's en emotionele hulpbronnen. Geen verandering in de steun van de leidinggevende.	Toename van sociale steun van collega's, maar geen relevant verschil voor de praktijk. Geen veranderingen in autonomie, ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden, sociale steun van de leidinggevende en emotionele hulpbronnen.
Afname in ervaren werkdruk. Toename van de mate waarin verzorgend personeel emotionele taakeisen ervaart.	Geen verandering in werkdruk. Afname van de mate waarin verzorgend personeel emotionele taakeisen ervaart.
Toename in de arbeidstevredenheid. Geen veranderingen in betrokkenheid bij de organisatie, emotionele uitputting en persoonlijk bekwaamheid.	Geen veranderingen in de arbeidstevredenheid, betrokkenheid bij de organisatie, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid.

Gegevensverzameling

Alle zorgmedewerkers werkzaam in de deelnemende woonvoorzieningen is gevraagd een vragenlijst in te vullen over onder andere hun arbeidstevredenheid en mogelijke burn-outklachten, de eenduidigheid van de zorgvisie, persoonsgerichte houding en persoonsgerichte zorg. Onder zorgmedewerkers verstaan wij alle medewerkers van niveau 1 tot en met 5 in de woonvoorzieningen die werkzaam zijn in de dagelijkse directe zorg; stagiaires, vrijwilligers en huishoudelijk personeel zijn buiten beschouwing gelaten. De gegevens zijn anoniem verzameld.

Meetinstrument/ schaal	Verzameling gegevens	Uitkomstmaat	Aantal items	Antwoordopties	Range
Leidse Arbeids Kwaliteit Schaal (90)	Vragenlijst medewerkers	Werkdruk	5	1 (helemaal oneens) – 4 (helemaal eens)	1-4
		Autonomie	4		
		Sociale steun leidinggevende	4		
		Sociale steun collega's	4		
		Arbeidstevredenheid	3		
		Betrokkenheid bij de organisatie	5		
		Ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden	5		
Utrechtse Burnout Schaal (91)	Vragenlijst medewerkers	Persoonlijke bekwaamheid	7	0 (nooit) – 6 (altijd/dagelijks)	0-6
		Emotionele uitputting	8		
Verkorte Demand-Induced Strain Compensation vragenlijst Nederlandse versie 3.0 (92)	Vragenlijst medewerkers	Emotionele hulpbronnen	3	1 ((bijna) nooit) – 5 ((bijna) altijd)	1-5
		Emotionele taakeisen	3		

4 Trends in de werkomstandigheden en het welbevinden van medewerkers

Toename van sociale steun van collega's. Geen veranderingen in autonomie, ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden, sociale steun van de leidinggevende en emotionele hulpbronnen.

Verwachting

Bepaalde onderdelen van het werk kunnen medewerkers energie geven (hulpbronnen) of juist energie kosten (taakeisen). Hulpbronnen verwijzen naar de fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die niet alleen functioneel zijn voor de werkzaamheden, maar ook de taakeisen daarvan verminderen of persoonlijke groei, leren en ontwikkelen stimuleren (93). Taakeisen verwijzen naar de fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die aanhoudend fysieke of psychologische inspanning of vaardigheden vragen. Ze zijn daardoor verbonden met bepaalde fysiologische en/of psychologische kosten (93). Een goede balans tussen hulpbronnen en taakeisen draagt zowel bij aan het welbevinden van medewerkers als aan de kwaliteit van zorg die zij leveren.

Hulpbronnen helpen om taakeisen het hoofd te kunnen bieden. Om vermoeidheid, werkstress of ziekteverzuim te voorkomen is het van belang om in geval van hoge taakeisen veel en de juiste hulpbronnen te hebben. Een hulpbron kan medewerkers ook weer energie geven. De volgende hulpbronnen die medewerkers in de zorg tot hun beschikking kunnen hebben, worden in de Monitor onderzocht: een gevoel van autonomie, mogelijkheden voor zelfontplooiing en ontwikkeling, sociale steun van zowel collega's als van de leidinggevende, emotionele hulpbronnen en een goede samenwerking binnen het team.

Autonomie

Autonomie is de mate van invloed die iemand heeft over de organisatie van zijn of haar werk en het gevoel zelfstandig beslissingen te kunnen nemen (94). Zorgverleners met meer regie over hun werk zijn tevredener over dat werk dan collega's die er minder regie over hebben (95). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat wanneer verzorgenden en verpleegkundigen in de thuiszorg sterker het gevoel hebben autonoom te zijn, zij zich meer betrokken voelen bij hun werk en minder geneigd zullen zijn de gezondheidszorg te verlaten (96). Onderzoek laat ook zien dat de autonomie die zorgverleners ervaren tussen 2010 en 2017 in het algemeen stabiel is geweest (97).

In de publicatie over de vierde meetronde van de Monitor was de verwachting dat medewerkers een groter gevoel van autonomie zouden hebben gezien de groei van het aantal zelfsturende teams. Maar in de beleving van medewerkers bleek hun

autonomie toen juist te zijn afgenomen (65). Als mogelijke verklaringen hiervoor noemden wij indertijd dat medewerkers vanwege personeelstekorten vaker taken van collega's moesten overnemen en dat ze minder beslissingsruimte voor zichzelf zagen omdat ze in toenemende mate de belangen van verschillende partijen (zoals bewoners, familieleden en de woonvoorziening) tegen elkaar moesten afwegen. Ook de door ons verwachte samenhang tussen de mate van autonomie en de toename van zelfsturende teams bleek niet aanwezig (98).

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft als uitgangspunt dat de samenstelling van teams een goede mix dient te zijn van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, zodat er genoeg deskundigheid aanwezig is om medewerkers hun werk te laten doen op basis van professionele autonomie (9,32,99). Vanwege het ingezette beleid vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het belang dat zorgmedewerkers in de intramurale ouderenzorg zelf aan autonomie hechten, verwachtten wij in deze meetronde wederom dat de ervaren autonomie van medewerkers zou zijn toegenomen.

Mogelijkheden voor zelfontplooiing en ontwikkeling

Sinds het programma 'Thuis in het verpleeghuis' is opgestart, is er doorlopend aandacht geweest voor het vergroten van doorgroeimogelijkheden voor zorgmedewerkers en zich in staat te stellen zich te ontwikkelen. Het doel hiervan is om op die manier expertise binnen de verpleeghuissector te bevorderen (7). In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is vastgelegd dat iedere zorgverlener genoeg tijd en ruimte moet hebben om te leren en zich te ontwikkelen via feedback, intervisie, reflectie en scholing en dat iedere verpleeghuisorganisatie verplicht deel moet uitmaken van een lerend netwerk (9). Zorgmedewerkers in de intramurale ouderenzorg hechten zelfs meer waarde aan persoonlijke ontwikkeling en deskundigheidsbevordering dan collega's in andere sectoren (97). Ondanks deze positieve intenties laat onderzoek echter een wisselend beeld zien van de ontwikkelmogelijkheden in de praktijk. Zo rapporteerde maar een derde van de zorgverleners dat zij in de laatste jaren meer tijd en ruimte hadden gekregen om te leren en zich te verbeteren (100). De praktijk laat zien dat de eerste stappen naar meer professionele ontwikkeling en ontplooiing van zorgmedewerkers weliswaar zijn gezet, maar dat nog niet alle zorgverleners hier evenveel van hebben gemerkt. Wij meenden echter wel dat deze ontwikkelingen zich zouden hebben voorgezet en dat we inmiddels over de hele periode van de Monitor, tussen 2008 en 2020, een toename zouden kunnen verwachten in de ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden van medewerkers in de verpleeghuiszorg.

Sociale steun van leidinggevenden en collega's

Steun ervaren van leidinggevenden en collega's is een belangrijke emotionele hulpbron die zorgmedewerkers kan helpen hun werk goed aan te kunnen en er energie van te krijgen. Steun, waardering en constructieve feedback motiveren medewerkers over het algemeen om uitdagende werktaken te volbrengen en persoonlijke doelen

te bereiken (93). Uit onderzoek blijkt dat een meerderheid van de verpleegkundigen in de intramurale ouderenzorg meer ondersteuning van de leidinggevende belangrijk vindt; bij andere zorgmedewerkers is dit minder het geval (97). Om medewerkers het gevoel te geven gesteund te worden hoeft een leidinggevende niet daadwerkelijk aanwezig te zijn; medewerkers vinden het al prettig als zij weten dat ze bij hun leidinggevende terecht kunnen (101). De steun van collega's geeft medewerkers het gevoel dat hun werkomgeving een context biedt waarin anderen hen helpen, waarin informatie wordt gedeeld en er veel mogelijkheden zijn om van elkaar te leren (102). Daarnaast kan sociale steun helpen negatieve aspecten van het werk te relativeren (103). Tot slot creëert de deelname van medewerkers aan een lerend netwerk ook mogelijkheden om ervaringen en expertise onderling te delen (9). Daarom verwachtten wij dat de sociale steun van leidinggevenden gelijk zou zijn gebleven en die van collega's zou zijn toegenomen.

Emotionele hulpbronnen

Een medewerker moet over voldoende emotionele hulpbronnen beschikken om ervoor te kunnen zorgen dat de emotionele taakeisen niet te belastend worden (92). Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat wanneer de emotionele taakeisen hoog zijn, zorgmedewerkers met weinig emotionele hulpbronnen meer angst en depressie ervaren (104). Emotionele taakeisen zullen het minst tot emotionele uitputting leiden wanneer werknemers over veel emotionele hulpbronnen beschikken en veel emotionele steun zoeken (105). Deze steun kan niet alleen afkomstig zijn van leidinggevenden en collega's, maar bijvoorbeeld ook van bewoners en hun familieleden wanneer die hun tevredenheid over de benadering van de medewerker laten blijken. In tabel 4.2 is te zien wat wij precies verstaan onder emotionele hulpbronnen. Daarbij gaat het vooral om de steun die medewerkers van verschillende mensen (bewoners, familieleden, collega's en leidinggevenden) kunnen krijgen na een aangrijpende situatie. De verwachting was dat de beschikbaarheid van emotionele hulpbronnen voor medewerkers in deze meetronde niet zou zijn veranderd.

Resultaten

Tabel 4.1 toont hoe ervaren autonomie, ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden, sociale steun van leidinggevende en collega's en emotionele hulpbronnen van zorgmedewerkers zich door de tijd ontwikkeld hebben. Afgezien van een significante stijging in de sociale steun van collega's zijn er geen significante veranderingen in deze hulpbronnen gevonden. De stijging in sociale steun van collega's is echter minimaal, de gemiddelde scores zijn nagenoeg hetzelfde gebleven door de jaren heen. In tabel 4.1 is te zien dat 66,8-72,4% van de zorgmedewerkers zegt vaak of (bijna) altijd te kunnen putten uit verschillende emotionele hulpbronnen.

Tabel 4.1: Veranderingen in gemiddelde autonomie, ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden, sociale steun van leidinggevende en collega's en emotionele hulpbronnen, door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=128), MWD2 (n=133), MWD3 (n=39), MWD4 (n=46) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Autonomie Range: 1-4	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	
Ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden Range: 1-4	-	-	2,8	2,8	2,8	
Sociale steun van leidinggevende Range: 1-4	3,0	3,0	3,0	3,0	3,2	
Sociale steun van collega's Range: 1-4	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	↑
Emotionele hulpbronnen Range: 1-5	-	3,9	4,0	3,7	3,9	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 4.2: Gemiddeld percentage medewerkers binnen de woonvoorzieningen dat zegt dat er (bijna) altijd of vaak sprake is van verschillende kenmerken van emotionele hulpbronnen tijdens de vijfde meetronde (n=58).

Subschaal emotionele hulpbronnen	% (bijna) altijd of vaak
In mijn werk krijg ik emotionele steun van anderen (zoals cliënten, familieleden, collega's of leidinggevenden) wanneer zich een aangrijpende situatie voordoet.	68,1
In mijn werk heb ik de mogelijkheid mijn emoties te uiten nadat zich een aangrijpende situatie heeft voorgedaan, zonder daarvan negatieve gevolgen (afkomstig van bijvoorbeeld leidinggevenden, collega's, familieleden of cliënten) te ervaren.	66,8
In mijn werk vind ik een luisterend oor bij anderen (bijvoorbeeld cliënten, familieleden, collega's en leidinggevenden) wanneer ik een aangrijpende situatie heb meegemaakt.	72,4

Reflectie

De mate van autonomie van medewerkers is door de jaren heen stabiel gebleven. Ook de ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden zijn niet veranderd; de verwachte toename is uitgebleven. Een verklaring zou kunnen zijn dat de mogelijkheden voor zorgmedewerkers om zich als professional te ontwikkelen wellicht sterk uiteenlopen tussen woonvoorzieningen; het onderzoek van Wiegers en collega's (100) liet dit al zien. Medio 2019 had slechts een kwart van de verpleeghuizen een lerend netwerk, terwijl in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is vastgelegd dat elke verpleeghuisorganisatie onderdeel moet zijn van zo'n netwerk (9,106). Daarnaast blijkt uit een voortgangsrapportage van

‘Waardigheid en Trots’ dat een groot deel van de respondenten het niet (helemaal) eens was met de stelling dat medewerkers tijd en ruimte hebben om deel te nemen aan een lerend netwerk (14). Het lijkt er dus op dat nog niet alle zorgmedewerkers deelnemen aan een lerend netwerk, dat zij hier nog niet voldoende van kunnen profiteren of hierin niet goed genoeg ondersteund worden. Daarnaast kan het leren op de werkvloer door medewerkers niet expliciet als zelfontwikkeling worden ervaren en hebben ze bij het invullen van de vragenlijst de meer klassieke manieren van ontwikkelen als trainingen en cursussen voor ogen gehad.

Zoals verwacht is de sociale steun die medewerkers in hun beleving van hun leidinggevende krijgen, gelijk gebleven en die van collega’s significant toegenomen. Het betreft hier echter een minimaal significant verschil, waarvan het effect in de praktijk niet zal worden gemerkt. De daling in emotionele hulpbronnen die in de vorige publicatie over de periode 2008 tot 2017 werd gevonden, heeft zich niet doorgezet. Hoewel de verwachte toename zich niet heeft voorgedaan, lijken medewerkers in de afgelopen jaren wel weer iets meer emotionele hulpbronnen tot hun beschikking te hebben gekregen: de stijging ten opzichte van de vorige meetronde is significant.

Geen verandering in de ervaren werkdruk. Lichte afname van de mate waarin zorgmedewerkers emotionele taakeisen ervaren.

Verwachting

Een hoge werkdruk kan ten koste gaan van de energie van medewerkers. Uit eerder onderzoek is al bekend dat verzorgend en verplegend personeel in de verpleeghuiszorg over het algemeen een hoge werkdruk ervaart. In 2017 vond 27-28% van de verzorgenden en verpleegkundigen in de intramurale ouderenzorg het werk te druk (97). Dat de werkdruk in de ogen van zorgmedewerkers hoog is, komt mogelijk door de toegenomen complexiteit van de zorg en de grotere administratiedruk in de intramurale zorg. Uit de derde voortgangsrapportage van ‘Thuis in het Verpleeghuis’ blijkt overigens wel dat het percentage werknemers in de verpleeghuiszorg dat de werkdruk als te hoog ervaart is gedaald, van 58% in 2017 naar 50% in 2019 (14). Hoewel de ervaren werkdruk sinds 2017 was gedaald, gaf 66% van hen aan te vinden dat de werkdruk was toegenomen (107). In de vorige meetronde van de Monitor lieten de gegevens geen veranderingen in de ervaren werkdruk zien. Op basis van deze bevindingen verwachtten we een afname in de door medewerkers ervaren werkdruk.

Zorgmedewerkers hebben in hun werk niet alleen te maken met praktische werkdruk, maar ook met inspanning op emotioneel vlak (emotionele taakeisen). Emotionele belasting kan ontstaan wanneer iemand bijvoorbeeld geconfronteerd wordt met de moeilijke situatie van een ander of met veeleisende bewoners (108). Zolang hier voldoende emotionele hulpbronnen tegenover staan kan men goed met deze belasting omgaan (92). Van de zorgmedewerkers zei 28% in 2018 dat zij hun werk vaak of

altijd emotioneel veeleisend vonden (108). Uit onderzoek van Verenso blijkt verder dat er sinds de stelselwijziging in de langdurige zorg in 2015 sprake is van een afname in de verblijfsduur van verpleeghuisbewoners met somatische en psychogeriatrische problematiek. Ook werd geconstateerd dat het aantal bewoners met psychogeriatrie steeg (109), wat ook blijkt uit cijfers van het CBS (21). Een kortere verblijfsduur impliceert dat bewoners een zwaardere zorgbehoefte hebben wanneer zij worden opgenomen. Hierdoor wordt er dus ook meer gevraagd van medewerkers. Daarnaast houdt een korter verblijf ook in, dat er vaker nieuwe bewoners komen, wat vanuit een persoonsgerichte benadering extra tijd en energie van medewerkers vergt omdat zij steeds weer nieuwe bewoners moeten leren kennen en ook vaker en sneller afscheid moeten nemen van bewoners. Onze verwachting was dat hierdoor de emotionele taakeisen van zorgmedewerkers zouden zijn toegenomen: zij worden immers in toenemende mate geconfronteerd met verminderd functioneren van bewoners.

Resultaten

Tabel 4.3 laat zien hoe medewerkers werkdruk en emotionele taakeisen ervaren. Hoe hoger de score, hoe hoger de werkdruk en emotionele taakeisen worden ervaren. Er is geen significante verandering gevonden in hoe medewerkers door de tijd hun werkdruk ervaren. De mate waarin zij emotionele taakeisen ervaren is afgenomen. Uit tabel 4.4 blijkt wel dat 12,9-22,8% van de medewerkers vaak of (bijna) altijd te maken heeft met emotionele taakeisen op verschillende gebieden.

Tabel 4.3: Veranderingen in gemiddelde werkdruk en emotionele taakeisen door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=128), MWD2 (n=133), MWD3 (n=39), MWD4 (n=46) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Werkdruk Range: 1-4	2,5	2,4	2,4	2,5	2,4	
Emotionele taakeisen Range: 1-5	-	2,9	2,9	2,8	2,7	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 4.4: Gemiddeld percentage medewerkers binnen de woonvoorzieningen dat zegt dat er (bijna) altijd of vaak sprake is van verschillende kenmerken van emotionele taakeisen tijdens de vijfde meetronde (n=629).

Subschaal emotionele taakeisen	% (bijna) altijd of vaak
In mijn werk moet ik omgaan met personen (bijv. cliënten, familieleden, collega's of leidinggevenden) wier problemen mij emotioneel raken.	13,7
In mijn werk moet ik omgaan met personen (bijv. cliënten, familieleden, collega's of leidinggevenden) die snel boos op mij worden.	12,9
Ik moet veel emotioneel inspannend werk verrichten.	22,8

Reflectie

In tegenstelling tot wat wij verwachtten, is er geen significante verandering gevonden in de werkdruk die de medewerkers ervaren. Tegen de verwachting in zijn de emotionele taakeisen in de beleving van medewerkers iets verminderd en niet gestegen zoals onze verwachting was. Die inschatting was gebaseerd op het idee dat medewerkers gezien de grotere zorgvraag en zorgafhankelijkheid van de bewoners vaker emotioneel geraakt zouden worden door hun toestand. Uit de resultaten in hoofdstuk 2 is echter gebleken dat bewoners in onze steekproef minder cognitieve beperkingen hebben en minder afhankelijk zijn bij activiteiten van het dagelijks leven. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn, voor de gevonden afname van de emotionele taakeisen, aangezien er geen wezenlijke veranderingen zijn gevonden voor wat betreft emotionele hulpbronnen waar medewerkers uit kunnen putten om met deze taakeisen om te kunnen gaan. De gevonden afname lijkt echter zeer klein te zijn (0,1-0,2 punten op een zespuntsschaal). Gezien het gebrek aan onderzoek naar de responsiviteit van de Demand-Induced Strain Compensation vragenlijst, is het lastig om een goede duiding te geven aan de gevonden resultaten. Met andere woorden, het is onduidelijk of de gevonden afname in emotionele taakeisen in de praktijk ook echt merkbaar is.

Geen veranderingen in arbeidstevredenheid, betrokkenheid bij de organisatie, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid.

Verwachting

Een goede balans tussen taakeisen en hulpbronnen vergroot het welbevinden van zorgmedewerkers wat betreft arbeidstevredenheid, betrokkenheid, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid.

Arbeidstevredenheid

De arbeidstevredenheid van medewerkers is in de vorige meetrondes van de Monitor relatief stabiel gebleven. Dit beeld komt overeen met de werktevredenheid van medewerkers in het algemeen (neutraal tot tevreden), die eveneens stabiel is gebleven tussen 2010 en 2017 (97). Een evaluatie van de inzet van de extra middelen in het kader

van 'Waardigheid en Trots' in de verpleeghuiszorg laat positieve ontwikkelingen zien. Leden van ondernemingsraden, bestuurders en cliëntenraadleden van verpleeghuizen zeggen dat het werkplezier van hun werknemers tussen 2016 en 2018 is toegenomen (100). Recente onderzoekresultaten laten ook een stijging zien in het percentage verpleeghuismedewerkers dat (zeer) tevreden is met het werk, van 59% in 2017 naar 76% in 2019 (14). Gezien deze recente bevindingen verwachtten wij in de huidige meetronde een toename in arbeidstevredenheid te zullen zien.

Betrokkenheid

Om ervoor te zorgen dat zorgmedewerkers bevlogen en gemotiveerd hun werk doen is het van belang dat zij zich betrokken voelen bij de organisatie. Betrokkenheid bij het werk zorgt voor een hoge werktevredenheid onder zorgmedewerkers, maar ook voor meer efficiëntie, betere kwaliteit van zorg en hogere cliënttevredenheid (110). De betrokkenheid van medewerkers is in het afgelopen decennium stabiel gebleven, waarbij ruim 80% van de zorgmedewerkers in de intramurale ouderenzorg zich voldoende of in sterke mate betrokken voelt bij hun organisatie (97). Ook uit de medewerkersmonitor van Actiz in 2017 bleek dat medewerkers zich, ondanks de complexere zorgvraag van bewoners en de veranderingen in de zorg, bevlogen voelen in hun werk (111). Daarnaast proberen zorgorganisaties bevlogen en betrokken medewerkers te houden door opleidingen aan te bieden waarmee zij zich verder kunnen ontwikkelen naar een hoger functieniveau of zich kunnen specialiseren (112). Wij verwachtten op basis hiervan dat, net als in eerdere meetrondes van de Monitor, de betrokkenheid van medewerkers onverminderd hoog zou zijn gebleven en dus niet zou zijn veranderd.

Emotionele uitputting

Burn-out is een vergevorderde vorm van psychische vermoeidheid veroorzaakt door een hoge werkbelasting gedurende een langere periode (91). Burn-out wordt gekenmerkt door drie symptomen: extreme vermoeidheid (uitputting), afstand nemen van het werk (distantie) en weinig vertrouwen hebben in eigen kunnen (verminderde competentie) (103). In de Monitor kijken wij in het bijzonder naar hoe emotionele uitputting en persoonlijke competentie in de afgelopen jaren zijn ervaren.

Wanneer medewerkers emotioneel en mentaal uitgeput zijn, hebben zij het gevoel dat zij de kracht en energie die nodig zijn voor het werk niet meer kunnen opbrengen (113). Op den duur kan emotionele uitputting leiden tot stress, gevoelens van onwerkelijkheid en burn-out (114). Uit onderzoek blijkt dat er een verband is tussen hogere werkeisen en weinig sociale steun krijgen, en emotionele uitputting van zorgmedewerkers (115). Aangezien wij verwachtten dat de werkdruk van medewerkers gelijk was gebleven en de sociale steun van collega's iets zou zijn toegenomen, was onze inschatting dat er geen veranderingen zouden zijn in de mate van emotionele uitputting bij medewerkers.

Persoonlijke bekwaamheid

In de tweede en vierde meetrondes van de Monitor bleek het gevoel van persoonlijke bekwaamheid van zorgmedewerkers te zijn afgenomen (65,116). De IGJ concludeerde ook uit locatiebezoeken dat in veel zorgorganisaties niet voldoende deskundige zorgmedewerkers beschikbaar waren in verhouding tot de zorgvraag van bewoners (117). Daarnaast constateerde de IGJ dat de kennis en vaardigheden van zorgverleners wat betreft – met name – omgaan met (zeer) ernstig probleemgedrag bij dementie verbeterd moesten worden (118). Hoewel in 2018 bijna de helft (45%) van de ondervraagde zorgmedewerkers in verpleeghuizen zich qua deskundigheid beter toegerust en dus meer competent voor het werk voelde dan twee jaar eerder, bleef dit voor een bijna even grote groep (41%) gelijk en nam het voor 11% zelfs af (100). Onze verwachting was dat de daling in het gevoel van persoonlijke bekwaamheid van zorgmedewerkers zich niet had voortgezet en dat er in deze meetronde geen veranderingen zouden zijn opgetreden.

Resultaten

In tabel 4.5 is te zien hoe arbeidstevredenheid, betrokkenheid, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid van zorgmedewerkers zich hebben ontwikkeld door de tijd. Er zijn hierbij geen significante veranderingen gevonden.

Tabel 4.5: Veranderingen in gemiddelde arbeidstevredenheid, betrokkenheid, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid, door de tijd gemeten bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=128), MWD2 (n=133), MWD3 (n=39), MWD4 (n=46) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Arbeidstevredenheid Range: 1-4	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	
Betrokkenheid Range: 1-4	-	2,9	3,0	2,9	3,0	
Emotionele uitputting Range: 0-6	1,6	1,8	1,5	1,6	1,8	
Persoonlijke bekwaamheid Range: 0-6	4,6	4,7	4,4	4,4	4,8	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Zoals verwacht is de betrokkenheid van zorgmedewerkers stabiel gebleven. Dat emotionele uitputting en gevoel van persoonlijke bekwaamheid niet zijn veranderd is ook volgens de verwachting. De arbeidstevredenheid van medewerkers is tegen de

verwachting in gelijk gebleven. Dit betekent dat de stijging van arbeidstevredenheid die gemeld werd in een ander onderzoek (100) en die gerapporteerd is door het ministerie van VWS (14) niet is terug te zien bij de medewerkers van de woonvoorzieningen die aan de Monitor deelnamen. Over het algemeen blijkt dat de arbeidstevredenheid van zorgmedewerkers vrij hoog is, meer dan driekwart is (zeer) tevreden met het werk (107). Zij lijken vooral tevreden als het gaat om contacten met cliënten en collega's (97). Omdat de score op arbeidstevredenheid elke meetronde van de Monitor nagenoeg gelijk is gebleven, kan het zo zijn dat het meetinstrument niet gevoelig genoeg is om veranderingen te ontdekken.

5 Trends in de betrokkenheid van familie bij de zorgverlening

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Toename in structurele inzet van familie, mate van bezoek aan de naaste en gevoel partner in de zorg te zijn.	Toename in structurele inzet. Geen verandering in bezoek aan de naaste en partnerschap in de zorg.
Geen veranderingen in zorgbelasting van familieleden en in hun tevredenheid met de woonvoorziening.	Geen verandering in zorgbelasting. Grotere tevredenheid van familieleden met de woonvoorziening.

Gegevensverzameling

De in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten zijn afkomstig uit interviews met managers en uit vragenlijsten die zijn voorgelegd aan een steekproef van familieleden/naasten van bewoners (o.a. partners, kinderen, andere familieleden en vrienden).

Meetinstrument/ schaal	Verzameling gegevens	Uitkomstmaat	Aantal items	Antwoordopties	Range
Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR) (119,120)	Vragenlijst familie	Ervaren partnerschap/ betrokkenheid	15	1 (sterk oneens) – 7 (sterk mee eens)	1–7
Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) (121)	Vragenlijst familie	Ervaren zorgbelasting	9	Ja! (1) – Nee! (0)	0–9
Rapportcijfer tevredenheid	Vragenlijst familie	Tevredenheid met de woonvoorziening	1	0 (heel erg slecht) – 10 (uitstekend)	0–10

5 Trends in de betrokkenheid van familie bij de zorgverlening

Toename in structurele inzet van familieleden en in tevredenheid van familieleden met de woonvoorziening. Geen veranderingen in het aantal uren dat familieleden op bezoek gaan bij hun naaste, het gevoel partner te zijn in de zorg en de ervaren zorgbelasting.

Verwachting

Zowel vanuit het programma 'Thuis in het verpleeghuis' als het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is er aanhoudend aandacht voor familieparticipatie en wordt alom erkend dat familieleden niet alleen bezoekers zijn, maar ook een onderdeel vormen van het zorgteam (7,9,14). Daarnaast zoeken familieleden ook ondersteuning in het omgaan met belasting en verdriet. In de Monitor bedoelen we met familieleden de eerste contactpersoon van de bewoner voor de woonvoorziening die als wettelijk vertegenwoordiger fungeert. Dit kan behalve een familielid ook een vriend of een kennis zijn (35). Familieleden van bewoners kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan persoonsgerichte zorg omdat zij het verleden, de voorkeuren en de gewoontes van hun naaste over het algemeen goed kennen en die informatie kunnen delen met de zorgverleners wanneer de bewoner hiertoe zelf niet meer in staat is. Goede zorg is afhankelijk van het samenspel tussen familieleden, medewerkers en vrijwilligers, waarbij familieleden actief meedenken over de zorg en ondersteuning van hun naaste (33). Hun inzet en betrokkenheid is in de afgelopen zes jaar steeds meer toegenomen (65). Dit is een belangrijke ontwikkeling, omdat de zorg op die manier persoonsgerichter wordt (9,122).

Uit onderzoek blijkt dat familieleden niet alleen bij hun naaste op bezoek komen, maar dat zij in de woonvoorziening een diversiteit aan taken ondernemen, zoals hulp bij het schoonmaken van de kamer, ondersteuning bij persoonlijke verzorging en meegaan met uitstapjes (123). Doordat er veel aandacht is voor betrokkenheid van familie, zowel in het landelijk beleid als in dat van de woonvoorzieningen, verwachtten we een toename te zien in: 1) de structurele inzet van familie bij de algemene gang van zaken in de woonvoorziening, 2) het aantal uren dat familieleden op bezoek gaan bij hun naaste en 3) de mate waarin familieleden zichzelf als partner in de zorg beschouwen.

Familieleden zijn vaak essentieel in de zorg voor mensen met dementie, ook na de verhuizing van een persoon met dementie naar een woonvoorziening. Zij zijn daarom een belangrijke partner voor het zorgpersoneel, maar hierdoor wordt er soms ook veel van hen gevraagd. Bijna de helft van de mantelzorgers/familieleden van iemand in een zorginstelling voelt zich tamelijk zwaar tot overbelast (124). Daarom is het belangrijk dat afspraken over de bijdrage van mantelzorgers en verwachtingen daarover vastgelegd worden in het zorgleefplan. Dit kan helpen om overbelasting tijdig te signaleren en te voorkomen (125). Omdat er zoveel aandacht is voor de betrokkenheid van familie bij woonvoorzieningen voor

mensen met dementie – en daarmee mogelijk ook voor hun welzijn – was onze inschatting dat de zorgbelasting die familieleden ervaren niet verder gestegen zou zijn.

Familieleden die tevreden zijn met de woonvoorziening en de zorg voor hun naaste, zullen waarschijnlijk eerder geneigd zijn zich in te zetten voor de woonvoorziening. Over het algemeen beoordelen familieleden verpleeghuizen en woonzorgcentra in Nederland als ruim voldoende (16). Voorbeelden van factoren die van invloed zijn op een hogere tevredenheid van familieleden zijn een hoge personele bezettingsgraad en een kleinschalige opzet van de woonvoorziening (126). Uit de Dementiemonitor Mantelzorg 2018 van het Nivel blijkt dat ruim driekwart van de familieleden vindt dat de zorginstelling openstaat voor hun wensen (124). Dit is belangrijk, omdat uit onderzoek blijkt dat een goede relatie tussen familieleden en zorgverleners van belang is voor de kwaliteit van zorg (127,128). De tevredenheid van familieleden met de woonvoorzieningen is sinds de tweede meetronde van de Monitor in kaart gebracht en is sindsdien onverminderd hoog geweest, met een gemiddeld rapportcijfer van bijna acht. Wij verwachtten niet dat deze hoge mate van tevredenheid zou zijn veranderd.

Resulaten

De gemiddelde leeftijd (figuur 5.1) en het percentage vrouwelijke familieleden (tabel 5.2) dat meedoet aan de Monitor is in de periode 2010-2020 niet significant veranderd. Wat wel opvalt is dat ten opzichte van 2008 er meer familieleden binnen de leeftijdscategorie 61-70 jaar vallen.

Figuur 5.1: **Gemiddeld percentage familieleden dat in de verschillende leeftijdscategorieën valt, gemeten door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD2 (n=140), MWD3 (n=47), MWD4 (n=47) en MWD5 (n=57).**

** Er zijn geen veranderingen opgetreden in de gemiddelde leeftijd van familieleden in de periode 2010/2020.*

Naast het bezoeken van hun naaste, leveren familieleden in bijna zes op de tien woonvoorzieningen een structurele bijdrage aan het reilen en zeilen van de woonvoorziening. Volgens managers helpen familieleden het meest bij activiteiten en uitstapjes (76,5% van de woonvoorzieningen, zie tabel 5.1). Daarnaast doen zij in 61,8% van de woonvoorzieningen spelletjes met de bewoner, gaan ze wandelen met de bewoner of helpen ze bij koffie of thee zetten en inschenken. Andere activiteiten zijn bijvoorbeeld deelnemen aan de cliëntenraad en de was beheren.

Tabel 5.1: Structurele ondersteuning van familie bij taken en activiteiten in woonvoorzieningen tijdens de vijfde meetronde (n=34).

Structurele taken	Percentage woonvoorzieningen
Helpen bij activiteiten	76,5
Helpen bij uitstapjes	76,5
Spelletje met een bewoner doen	61,8
Wandelen met een bewoner	61,8
Koffie of thee zetten of inschenken	61,8
Helpen tijdens de maaltijden	47,1
Helpen bij het onderhouden van de tuin	41,2
Helpen bij huishoudelijke klusjes	41,2
Helpen bij het koken	38,2
Het organiseren van activiteiten	26,5
Helpen bij persoonlijke verzorging van de bewoners	20,6
Gastvrouw/-heer zijn in de huiskamer	17,6
Helpen bij de was	17,6
Boodschappen doen	17,6
Bezoek aan individuele bewoners die niet vaak bezoek krijgen	8,8
Zorgassistent zijn op de woning of afdeling	5,9
Andere taken (o.a. deelnemen aan cliëntenraad)	55,9

Er is een significante toename in de structurele inzet van familieleden bij de woonvoorzieningen en in de tevredenheid van familieleden met de woonvoorziening (tabel 5.2). De duur van een gemiddeld bezoek van familieleden aan hun naaste is tussen 2013 en 2020 niet veranderd, maar wel significant lager – met gemiddeld ruim anderhalf uur per week – dan werd aangegeven door familieleden in de vorige (vierde) meetronde. Het ervaren partnerschap in de zorg en de ervaren zorgbelasting van familieleden, zijn tussen 2010 en 2020 niet significant veranderd (tabel 5.2). Een overzicht van de veranderingen in alle uitkomsten op het gebied van familiebetrokkenheid is te zien in figuur 5.2

Tabel 5.2: **Veranderingen in percentage vrouwelijke familieleden, structurele inzet familieleden, bezoek van familieleden, partnerschap in de zorg, zorgbelasting en tevredenheid met de woonvoorziening door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=136), MWD2 (n=130-144), MWD3 (n=44-47), MWD4 (n=43-47) en MWD5 (n=29-57).**

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
% vrouwelijke familieleden	-	68,1	71,8	63,8	65,2	
Structurele inzet familieleden (gemiddeld aantal uur per week per bewoner) Range: 0-5	0,4	0,4	0,9	1,3	0,9	↑
Bezoek door familie (gemiddeld aantal uur per week per bewoner) Range: 0-36	-	-	4,5	5,4	3,8	
Partnerschap / Betrokkenheid Range: 1-7	-	5,4	5,6	5,5	5,5	
Zorgbelasting Range: 0-9	-	3,2	3,2	3,7	3,2	
Tevredenheid (rapportcijfer) Range: 0-10	-	7,9	7,9	7,9	8,1	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Figuur 5.2: **Veranderingen in structurele inzet van familieleden, bezoek door familie, partnerschap in de zorg, zorgbelasting en tevredenheid met de woonvoorziening, gemeten door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=136), MWD2 (n=130-144), MWD3 (n=44-47), MWD4 (n=43-47) en MWD5 (n=29-57).**

Negen op de tien woonvoorzieningen heeft een aanbod voor familieondersteuning, waarbij het voornamelijk gaat om familieavonden (91%) en begeleiding door andere disciplines en zorgcoördinatoren (68%) (tabel 5.3).

Tabel 5.3: Percentage woonvoorzieningen dat een bepaalde vorm van ondersteuning aan familieleden biedt in de vijfde meetronde.

Type ondersteuning	Percentage woonvoorzieningen (n=56)
Familie-avonden	91,1
Begeleiding door andere disciplines (arts, psycholoog, casemanager, coördinator informele zorg, evv'er, manager, geestelijk verzorger, psychogeriatrisch verpleegkundig specialist, geriatrisch verpleegkundige, verpleegkundige) en door zorgcoördinatoren	67,9
Begeleiding door maatschappelijk werker	26,8
Alzheimercafé	23,2
Ondersteuningsgroepen	3,6

Reflectie

De toename in het aantal uren dat familieleden zich structureel voor de woonvoorziening inzetten, komt overeen met de verwachting. In vergelijking met de vorige meetronde is de gemiddelde inzet wel met bijna 25 minuten per week per bewoner afgenomen. Deze daling is niet significant en wordt waarschijnlijk veroorzaakt door grote spreiding tussen woonvoorzieningen in de gemiddelde tijd dat familie zich inzet. Bij een grote variatie in responsen en een relatief klein aantal (58 woonvoorzieningen), zijn kleine verschillen niet snel statistisch significant, omdat zij eerder aan kans worden toegeschreven. Toch is de daling van de inzet van familie ten opzichte van de vorige meetronde een punt van aandacht. Ondanks de toegenomen aandacht voor familiebetrokkenheid sinds de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hebben zorgorganisaties mogelijk moeite familieleden blijvend te binden aan de woonvoorziening en hen structureel in te zetten. Voor familie anderzijds, vergt een structurele bijdrage in de zorg in de woonvoorziening van hun naaste soms een behoorlijke inzet en opoffering. Voor sommigen is het een invulling van hun leven, nadat de mantelzorg thuis niet meer ging. Het is belangrijk dat er wordt gekeken naar wat hierin een goede balans is voor zowel de familie, als voor de woonvoorziening. Over de periode 2013 tot 2020 is de tijd dat familieleden bij hun naaste op bezoek gaan niet minder geworden, maar ten opzichte van de vorige meetronde is de daling significant. Het is niet goed te duiden wat de reden van deze daling is.

De mate waarin familieleden zich partner voelen in de zorg, is tegen de verwachting in niet veranderd gedurende de periode 2010-2020. Het tot stand brengen van echte partnerschap tussen familie en medewerkers is complex en waarschijnlijk worstelen veel woonvoorzieningen hiermee. Voor echt partnerschap is samenwerking onontbeerlijk.

Voor die samenwerking tussen familie en medewerkers zijn communicatie, vertrouwen en onderlinge afhankelijkheid en betrokkenheid belangrijk (129). Goede communicatie en het hebben van informeel contact, is een voorwaarde voor het bouwen aan vertrouwen tussen medewerkers en familie en de tevredenheid over de betrokkenheid bij het leven van bewoners. Om echt partnerschap te bevorderen, verdient het aanbeveling voor zorgorganisaties om te investeren in het bevorderen van informele communicatie tussen familie en medewerkers, waarbij men elkaar leert kennen en vertrouwen. Een andere verklaring voor het uitblijven van de verwachting met betrekking tot partnerschap kan zijn dat er een zogenoemd plafondeffect bereikt is bij het gebruikte meetinstrument. We zien namelijk al sinds 2010 bijna geen variatie in de resultaten op deze schaal (die van 1 tot 7 loopt, met scores die door de jaren heen variëren tussen de 5,4 en 5,6).

Tussen 2010 en 2020 is de zorgbelasting van familieleden niet veranderd. Dit resultaat komt overeen met de verwachting dat de zorgbelasting niet verder zou zijn toegenomen. Maar er is wel een daling te zien ten opzichte van de vorige meetronde, al is deze niet significant. Mogelijk hangt dit samen met de eerder besproken hogere structurele inzet van familieleden tijdens de vierde meetronde, waardoor er meer belasting kan zijn ervaren. Dit resultaat is in lijn met de bevindingen uit de Dementiemonitor Mantelzorg 2018 (124), waarin werd geconstateerd dat de zorgbelasting van mantelzorgers in 2018 lager was dan in 2016 maar gelijk aan die uit 2013. Een verklaring hiervoor kan zijn dat in 2018 de zorg vaker gedeeld werd met anderen en dat er vaker vrijwilligers werden ingezet. Daarnaast is eerder geconstateerd dat er in de vierde meetronde sprake is van een iets zwaardere zorgbehoefte van bewoners in de steekproef ten opzichte van de bewoners in de huidige steekproef. Hierdoor voelden familieleden zich mogelijk ook zwaarder belast dan in de huidige meetronde.

De toename in tevredenheid van familieleden met de woonvoorziening komt overeen met de stijging van de gemiddelde cliënttevredenheidsscore naar een 8,3 in 2019, dit in vergelijking met een 8,0 in 2018 en een 7,9 in 2017 (14). Deze stijging hangt mogelijk samen met de toename in kleinschalige zorgkenmerken, waarvan bekend is dat die een positief effect hebben op de tevredenheid van familieleden van mensen met dementie in een zorginstelling (126,130). Daarnaast zien we dat familieleden tevredener zij over het contact met de behandelaars (hoofdstuk 6). Dit kan ook hebben bijgedragen aan grotere algehele tevredenheid met de woonvoorziening.

6 Trends in de samenwerking binnen het multidisciplinaire team

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Afname in de tevredenheid van zorgmedewerkers over de samenwerking met behandelaars en in de tevredenheid van behandelaars over de multidisciplinaire samenwerking.	Geen veranderingen in de tevredenheid van zorgmedewerkers over de samenwerking met behandelaars en in de tevredenheid van behandelaars over de multidisciplinaire samenwerking.
Toename in de tevredenheid van familieleden met de behandelaars.	Toename in de tevredenheid van familieleden met de behandelaars.

Gegevensverzameling

De in dit hoofdstuk gebruikte gegevens zijn onder andere gebaseerd op de vragenlijst die zorgmedewerkers en familieleden hebben ingevuld.

Vanaf de derde meetronde van de Monitor hebben we ook de behandelaars die betrokken zijn bij de zorg voor bewoners met dementie in de deelnemende woonvoorzieningen een vragenlijst voorgelegd. Daarbij hebben we een vrij brede definitie van behandelaars gehanteerd: specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, activiteitenbegeleider, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, verpleegkundig specialist/physician assistent/nurse practitioner, en psychomotorisch therapeut. De vragenlijst heeft betrekking op de samenwerking binnen het multidisciplinaire team en de kijk van de behandelaars op mensen met dementie.

Meetinstrument/ Schaal	Verzameling gegevens	Uitkomstmaat	Aantal items	Antwoordopties	Range
Tevredenheid zorgmedewerkers	Vragenlijst zorgmedewerkers	Tevredenheid van zorgmedewerkers over samenwerking met behandelaars	8	1 (nooit) – 4 (altijd)	1-4
Tevredenheid behandelaars	Vragenlijst behandelaars	Tevredenheid over multidisciplinaire samenwerking volgens behandelaars	1	Rapportcijfer: 1 (zeer slecht) – 10 (zeer goed)	1-10
Tevredenheid familie	Vragenlijst familie	Tevredenheid van familie met behandelaars	8	1 (nooit) – 4 (altijd)	1-4

6 Trends in de samenwerking binnen het multidisciplinaire team

Geen veranderingen in de tevredenheid van zorgmedewerkers over de samenwerking met behandelaars en in de tevredenheid van behandelaars over de multidisciplinaire samenwerking. Toename in de tevredenheid van familieleden met de behandelaars.

Verwachting

In de dementiezorg is het belangrijk dat de betrokken professionals samenwerken binnen een multidisciplinair team. Dit komt onder andere doordat bewoners met dementie vaak complexe zorgvragen hebben op verschillende domeinen (131). Deze multidisciplinaire samenwerking is bijvoorbeeld van groot belang bij de behandeling van onbegrepen gedrag (132), omdat dergelijk gedrag bij mensen met dementie wordt bepaald door meerdere factoren en daarom om een multidisciplinaire probleemanalyse en aanpak vraagt, met inbreng van professionals die ieder hun eigen deskundigheid hebben (69). De informatie-uitwisseling tussen verschillende zorgprofessionals vindt veelal plaats tijdens het multidisciplinair overleg. Dit type overleg is belangrijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg en blijkt bovendien moeilijk te vervangen door andere overlegvormen (133,134).

De IGJ heeft geconstateerd dat de multidisciplinaire probleemanalyse van onbegrepen gedrag nog onvoldoende wordt toegepast in de praktijk (118). Dit kan bijvoorbeeld komen doordat er te weinig uren zijn voor psychologische ondersteuning, waardoor de psycholoog vaak alleen op afroep beschikbaar is en pas wordt ingezet als de situatie is geëscaleerd (135). Ook komt het vaker voor dat een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog of andere behandeldisciplines ingezet worden op meerdere locaties. Een dergelijk gebrek aan continuïteit kan de multidisciplinaire afstemming lastiger maken en daarmee een goede samenwerking tussen verzorgend personeel en behandelaars in de weg staan. Onze verwachting was dat zowel de tevredenheid van zorgmedewerkers over de samenwerking met behandelaars als de tevredenheid van behandelaars over de multidisciplinaire samenwerking zouden zijn verminderd.

Onderzoek laat zien dat het beter gaat met bewoners als zorgmedewerkers en familie elkaar beter weten te vinden en meer beslissingen in samenspraak nemen. Bijvoorbeeld bij besluiten over de behandeling van psychische en somatische problemen van bewoners met dementie. Bewoners voelen zich dan meer persoonlijk benaderd, zijn beter op hun gemak en vaak meer betrokken bij het dagelijks leven binnen de woonvoorziening (136,137). Uit de vorige publicatie van de Monitor is gebleken dat familieleden vaker structureel worden ingezet in de woonvoorzieningen en dat zij zich meer betrokken voelen bij de zorg voor hun naaste. Door deze grotere

rol van de familie in de zorgverlening, worden zij mogelijk ook vaker betrokken bij beslissingen over de zorg. Volgens de aanbeveling in de Zorgstandaard Dementie 2020 bepalen professionals samen met de mantelzorger tijdens multidisciplinair overleg hoe vaak het zorgleefplan dient te worden aangepast (70). In de afgelopen jaren zijn familieleden twee keer per jaar uitgenodigd bij het multidisciplinair overleg en worden zij dus steeds meer in staat gesteld betrokken te zijn bij het opstellen en bijwerken van het zorgleefplan van de bewoner (138). In onderzoek van Wiegers en collega's zeiden bestuurders en vertegenwoordigers van ondernemings- en cliëntenraden dat de in 'Waardigheid en Trots' beschikbaar gestelde extra financiële middelen er in veel gevallen toe hebben bijgedragen dat er meer ruimte is gekomen voor dialoog en dat zorgmedewerkers beter in staat zijn gesprekken te voeren met familieleden (100). Daarnaast blijkt uit de Dementiemonitor Mantelzorg 2018 dat relatief veel mantelzorgers tevreden zijn over het overleg met zorgmedewerkers (124). Wij verwachtten om deze redenen dat de tevredenheid van familie over het contact en de samenwerking met behandelaars verder was toegenomen.

Resultaten

In de tevredenheid van zorgmedewerkers over de samenwerking met behandelaars en in die van behandelaars over de samenwerking binnen het multidisciplinaire team zijn geen veranderingen gevonden. De tevredenheid van familieleden over het contact met behandelaars is zowel door de jaren heen als ten opzichte van de vorige meetronde van de Monitor significant gestegen (tabel 6.1).

Tabel 6.1: Veranderingen in gemiddelde tevredenheid van familie met behandelaars, van medewerkers over samenwerking met behandelaars en van behandelaars over multidisciplinaire samenwerking, gemeten door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD2 (n=130), MWD3 (n=17-44), MWD4 (n=10-46) en MWD5 (n=40-57).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Tevredenheid van familie over contact met behandelaars Range: 1-4	-	2,2	2,3	2,3	3,3	↑
Tevredenheid van medewerkers over samenwerking met behandelaars Range: 1-4	-	-	2,2	2,1	2,2	
Tevredenheid over multidisciplinaire samenwerking volgens behandelaars Range: 1-10	-	-	7,0	7,1	7,3	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Tegen onze verwachting in nam de tevredenheid van zorgmedewerkers over de samenwerking met behandelaars en van behandelaars over de multidisciplinaire samenwerking niet af. Wellicht wordt het multidisciplinaire overleg efficiënter benut dan gedacht doordat de juiste specialismen er goed worden ingeschakeld of zijn de specialisten makkelijker te benaderen door het zorgpersoneel.

De toename van de tevredenheid van familieleden over het contact met behandelaars komt overeen met de verwachting. Ten opzichte van de vorige meetronde is er zelfs sprake van een sterk significante stijging. Deze toename is ook in lijn met de gevonden stijging in de algehele tevredenheid van familieleden over de woonvoorziening. De evaluatie van de landelijke kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg door het programma 'Thuis in het verpleeghuis' laat zien dat de onderlinge betrokkenheid en de samenwerking binnen de driehoek bewoner-zorgprofessional-familie/mantelzorger in de afgelopen jaren goed op gang is gekomen. Deelnemende zorgaanbieders melden dat familieleden en mantelzorgers meer aanwezig zijn en meer betrokken bij de zorg voor hun naaste en dat de familie samenwerking met de zorgprofessionals als positief ervaart (139). Ook het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg besteedt aandacht aan het stimuleren van de onderlinge samenwerking tussen cliënten, naasten en zorgverleners, bijvoorbeeld door samen kwaliteitsplannen, kwaliteitsverslagen en verbeterplannen op te stellen (9). Dit soort inspanningen kunnen eraan hebben bijgedragen dat de samenwerking tussen alle partijen in de woonvoorziening is verbeterd en dat dit duidelijk merkbaar is voor de familieleden.

7 Trends in de personele samenstelling

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Toename in inzet van dagelijkse directe zorg.	Toename in inzet van dagelijkse directe zorg (inclusief nachtdiensten).
Geen verandering in het gemiddelde opleidingsniveau van zorgmedewerkers.	Toename in percentage medewerkers met niveau 1, 4 en 5 en afname in percentage medewerkers met niveau 3.
Afname in het aantal fte voor ondersteunde diensten, behandeldiensten, activiteitenbegeleiding en leidinggevenden.	Geringe toename in inzet psycholoog. Afname in aantal fte ondersteunende diensten over de periode 2008-2020, toename over de periode 2016-2020. Geen veranderingen in inzet behandeldiensten, paramedici, specialist ouderengeneeskunde, activiteitenbegeleiding en leidinggevenden.

Gegevensverzameling

In dit hoofdstuk hebben we de roosters en de gegevens gebruikt die verzameld zijn tijdens het interview met de manager.

Meetinstrumenten

Inventarisatie	Verzameling gegevens	Uitkomstmaat	Range*
Dagelijkse directe zorg	Rooster	• Inzet dagelijkse directe zorg (uur/week/bewoner) • Inzet dagelijkse directe zorg excl. nachtdienst (uur/week/bewoner)	0–35
Ondersteunende diensten	Personele bezetting	Inzet ondersteunende diensten (fte per 100 bewoners)	0-20
Behandeldiensten	Personele bezetting	Inzet behandeldiensten (fte per 100 bewoners)	0-10
Activiteitenbegeleiding	Personele bezetting	Inzet activiteitenbegeleiding (fte per 100 bewoners)	0-10
Leidinggevenden	Personele bezetting	Inzet leidinggevenden (fte per 100 bewoners)	0-50
Opleidingsniveau	Roosters	Opleidingsniveau medewerkers	0-5**
Vacatures	Personele bezetting	• Aantal fte openstaande vacatures • Gemiddelde duur totdat een vacature wordt opgevuld	• 0-10 • Minder dan een week-zes maanden of langer

* *De range kan theoretisch groter zijn dan aangegeven, maar het maximum dat in de afgelopen meetrondes is geobserveerd is hier weergegeven.*

** *Niveau 5 is gelijk aan niveau 6 van het nieuwe opleidingsprofiel.*

7 Trends in de personele bezetting

Toename in inzet van dagelijkse directe zorg. Toename in percentage medewerkers met niveau 1, 4 en 5 en afname in percentage medewerkers met niveau 3.

Verwachting

Uit het Manifest 'Scherp op Ouderenzorg' en de impactanalyse verpleeghuiszorg van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat de kwaliteit van zorg in de Nederlandse verpleeghuizen onder druk staat (140,141). Daardoor is er een maatschappelijke discussie ontstaan over de personeelsinzet en het vereiste opleidingsniveau van verzorgend personeel in woonvoorzieningen voor mensen met dementie. Volgens het Manifest zouden er minimaal twee bevoegde en bekwame zorgmedewerkers op een groep van maximaal acht bewoners moeten werken. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd haalbaar (141). Nationaal en internationaal is er weinig eenduidig bewijs dat een kwantitatieve personeelsnorm ondersteunt (142). Duidelijk is echter dat er zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel geen kwalitatief verantwoorde verpleeghuiszorg kan worden geleverd (9). Door veranderingen in de zorgzwaarte, de hogere complexiteit van zorg en de kortere verblijfsduur van bewoners in de verpleeghuiszorg – zoals beschreven door Verenso – ontstaat er een discrepantie tussen het huidige competentieniveau van zorgverleners en de eisen die hieraan op basis van de (zorg)behoeften van bewoners worden gesteld (109).

Al in 2016 werden in de concept Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling voorstellen gedaan om samen met zorgvragers tot een personeelssamenstelling te komen die is afgestemd op de zorgvraag (32). Hierbij werd niet uitgegaan van kwantitatieve criteria, maar van een dialoog gestoeld op de normen die voor elk verpleeghuis gelden: voldoende aandacht, tijd, kennis en vaardigheden. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zijn criteria voor personeelssamenstelling opgenomen, toentertijd waren deze van tijdelijke aard omdat men de ontwikkeling van landelijke context-gebonden normen voor voldoende en vakbekwaam personeel wilde afwachten (9). In januari 2019 zijn deze criteria bekrachtigd en opgenomen in het Register. De criteria moesten zorgen voor verantwoorde, persoonsgerichte en veilige zorg die rekening hield met de behoeften van bewoners, de rol van familie en de werkomstandigheden van zorgmedewerkers. Ook zou hierdoor de continuïteit van zorg gegarandeerd dienen te worden en de zorg doelmatig worden georganiseerd. De personeelsnorm die gehanteerd wordt is dat minimaal twee zorgverleners beschikbaar moeten zijn voor zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten.

Sinds 2018 krijgen verpleeghuizen jaarlijks structureel 435 miljoen euro meer om banen te creëren en bestaande vacatures op te vullen (143). Ook de kwaliteitsgelden van €2,1 miljard die beschikbaar zijn gesteld door het ministerie van VWS voor de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg kunnen hiervoor zijn ingezet. Dankzij de extra financiële middelen die konden worden aangevraagd zouden woonvoorzieningen over meer en deskundiger personeel kunnen beschikken. Uit de evaluatie van de inzet van deze extra middelen blijkt dat hiermee inderdaad extra en/of ander personeel is aangetrokken (100).

Om het personeelsbestand in de ouderenzorg goed op peil te houden, is het belangrijk dat vacatures snel worden opgevuld. Door het personeelstekort in de zorg blijven veel vacatures echter langere tijd openstaan en moet er een beroep worden gedaan op het bestaande personeel om extra diensten te draaien (143). Door de hoge werkdruk, een krappe arbeidsmarkt, kleine contracten en veel openstaande vacatures is het een uitdaging om aan de huidige en toekomstige zorgvraag in de ouderenzorg te blijven voldoen (144). Om het arbeidsmarktprobleem in de ouderenzorg verder te verbeteren werd in 2017 de Arbeidsmarktagenda 2023: 'Aan het werk voor ouderen!' gepresenteerd, waarin brancheorganisaties, opleidingsinstanties en overheid gezamenlijk optrekken. Het ministerie van VWS stelde minstens 72 miljoen euro beschikbaar om huidig en nieuw te werven personeel op te leiden en bij- en nascholing te bieden (13).

De afgelopen jaren is meer verpleeghuispersoneel aangetrokken. Tussen 2017 en 2019 kwamen er in totaal 29.000 nieuwe medewerkers bij (145). Ten opzichte van 2016 nam de instroom van nieuwe medewerkers in het eerste kwartaal van 2017 al met 38% toe (50.000 nieuwe medewerkers) en bleef daarna stijgen naar 63.000 nieuwe medewerkers eind 2019. In het eerste kwartaal van 2017 nam de uitstroom van bestaand personeel af met 36% ten opzichte van het jaar ervoor en bleef het redelijk stabiel tot eind 2019 met een uitstroom van 38.000 medewerkers (2). Ondanks deze ontwikkelingen is het netto verloop tussen 2017 en 2019 in de zorgsector met 9,5% relatief hoog (2). Ook is er gewerkt aan de deskundigheidsbevordering van personeel door middel van cursussen, workshops en trainingen (100). Onze verwachting was dan ook dat wij in de huidige meetronde een toename in de inzet van dagelijkse directe zorgmedewerkers zouden zien. We verwachtten niet dat het opleidingsniveau van medewerkers zou zijn veranderd, maar gezien het aanbod van cursussen en trainingen verwachtten we wel een toename in het competentieniveau van het zorgpersoneel. Ook verwachtten wij dat het aantal fte aan openstaande vacatures zou zijn toegenomen door de toegenomen vraag naar personeel. Tot slot werd verwacht dat het gemiddeld langer zou duren om een vacature op te vullen, doordat er veel personeel geworven werd in de afgelopen periode en de vacaturedruk daardoor zou zijn vergroot.

Resultaten

Er hebben zich in de periode 2008-2020 geen veranderingen voorgedaan in de gemiddelde leeftijd van medewerkers (figuur 7.1). Ten opzichte van 2008 is het percentage medewerkers tussen de 36 en 50 jaar bijna gehalveerd en is het percentage medewerkers tussen de 51 en 68 forst toegenomen. Het percentage vrouwelijke medewerkers is niet veranderd (tabel 7.1).

Figuur 7.1: **Gemiddeld percentage medewerkers bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=133), MWD2 (n=141), MWD3 (n=47), MWD4 (n=49) en MWD5 (n=58) dat door de tijd in de verschillende leeftijdscategorieën valt.**

** Er zijn geen veranderingen opgetreden in de gemiddelde leeftijd van medewerkers in de periode 2008-2020.*

De inzet van directe zorg inclusief nachtdiensten is per bewoner toegenomen, maar overdag is er per bewoner niet meer directe zorg. De opleidingsniveaus van de medewerkers laten in deze meetronde in onze steekproef een wisselend beeld zien: het aandeel medewerkers met niveau 1, 4 en 5 is over de tijd toegenomen, terwijl dat van medewerkers met niveau 3 minder is geworden. Over het algemeen lijken de lagere niveaus (niveau 0-2) te zijn toegenomen en de hogere niveaus (niveau 3-5) te zijn gedaald. Dit betekent dat de afname van niveau 3 groter is dan de toename in niveau 4 en 5. Deelnemers gebruikten in de praktijk nog steeds de 'oude' term niveau 5 en vulden dit zo in in de vragenlijst. Met niveau 5 wordt de hbo-v verpleegkundige bedoeld, welke onder niveau 6 valt in het nieuwe opleidingsprofiel.

Tabel 7.1: Veranderingen in personele bezetting door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=130-133), MWD2 (n=135-142), MWD3 (n=33-47), MWD4 (n=41-49) en MWD5 (n=39-58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Achtergrondkenmerken medewerkers in de dagelijkse directe zorg						
% vrouwelijke medewerkers	91,7	96,2	96,0	95,0	92,9	
Personele bezetting: dagelijkse directe zorg						
Inzet van dagelijkse directe zorg – aantal uur per week per bewoner	22,6	22,4	21,5	24,5	24,9	↑
Inzet van dagelijkse directe zorg excl. nachtdienst – aantal uur per week per bewoner	20,2	20,2	19,5	22,3	21,5	
Percentage niveaus zorgmedewerkers in dagelijkse directe zorg						
Niveau 0		1,9	1,4	0,8	1,1	
Niveau 1		6,0	2,4	4,5	11,1	↑
Niveau 2		28,6	24,9	26,6	33,4	
Niveau 3		60,2	65,9	59,2	40,4	↓
Niveau 4		3,2	5,0	7,6	12,7	↑
Niveau 5*		0,1	0,4	1,3	1,2	↑
Vacatures						
Aantal fte aan openstaande vacatures		0,6	0,3	0,9	2,1	↑
Verloop						
Percentage medewerkers uit directe dagelijkse zorg dat het afgelopen jaar uit dienst is gegaan	-	-	6,3	7,9	8,8	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

** gelijk aan niveau 6 in het nieuwe opleidingsprofiel, hbo-v verpleegkundige.*

Het aantal fte aan openstaande vacatures (tabel 7.1) en de gemiddelde tijd die nodig is om een openstaande vacature te vervullen (figuur 7.2) zijn beide toegenomen. Het verloop is 8,8%, maar niet significant hoger dan in 2010 (tabel 7.1).

Figuur 7.2: **Gemiddelde duur totdat een vacature wordt opgevuld door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=131), MWD2 (n=140), MWD3 (n=36), MWD4 (n=41) en MWD5 (n=42).**

** De gemiddelde tijd die nodig is om een openstaande vacature te vervullen is in de periode 2008-2020 toegenomen.*

Reflectie

Zoals verwacht is de inzet van dagelijkse directe zorg gestegen, maar dit is alleen het geval wanneer de nachtdiensten in de resultaten worden meegenomen. De inzet van medewerkers in de directe zorg is vergelijkbaar met de bevindingen in de Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg (MPSS) (146). Voor wat betreft de inzet van personeel overdag blijkt uit de MPSS dat er vooral op piekmomenten extra medewerkers aanwezig zijn (146). Dit suggereert dat er niet zozeer meer directe zorg wordt geleverd, maar dat deze vooral efficiënter wordt ingezet. Uit de MPSS blijkt overigens ook dat inzet van twee medewerkers per bewonersgroep, waartoe werd opgeroepen in het Manifest 'Scherp op Ouderenzorg', beter te realiseren is in groepen groter dan acht bewoners dan in kleinere groepen (140). Gezien de oververtegenwoordiging van kleinschalige woonvoorzieningen in de huidige meetronde, waarbij een gemiddelde van acht bewoners per huiskamer is gevonden, is het niet zeker of die norm door deze inzet overal gerealiseerd is.

In de opleidingsniveaus van medewerkers hebben de afgelopen jaren in onze steekproef een aantal verschuivingen plaatsgevonden. Het aandeel medewerkers van niveau 1, 4 en 5 is toegenomen, terwijl het aandeel medewerkers met niveau 3 is gedaald. Dit is niet geheel in lijn met het type personeel dat extra is aangevraagd bij zorgkantoren

met behulp van het kwaliteitsbudget. In 2019 werd extra ingezet op medewerkers van vooral niveau 3 en niveau 1 en 2 (36). Waar medewerkers met niveau 3 in eerdere meetrondes nog zo'n 60% van het personeel uitmaakte, is dit in de laatste meetronde gedaald naar 40%. Dit is redelijk in lijn met het landelijk percentage niveau 3 medewerkers in de verpleeghuiszorgsector (147). Maar ten opzichte van gegevens uit 2018 ligt het percentage niveau 1 en niveau 2 medewerkers in de huidige meetronde hoger dan het landelijk gemiddelde (147). Het percentage medewerkers niveau 2 is zelfs meer dan twee maal zo hoog in onze steekproef. Dit heeft mogelijk te maken met de overrepresentatie van kleinschalige woonvoorzieningen in de huidige meetronde. Medewerkers niveau 2 ondersteunen bewoners met huishoudelijke en verzorgende taken, houden het huishouden in de woonvoorziening draaiend en zijn hierdoor mogelijk meer vertegenwoordigd. In grootschalige woonvoorzieningen worden huishoudelijke taken die centraal uitgevoerd kunnen worden deels belegd bij ondersteunende diensten. Verder wordt duidelijk dat de vraag naar personeel steeds groter wordt, terwijl het aanbod op de arbeidsmarkt hieraan niet lijkt te kunnen voldoen (2). Het aantal openstaande vacatures is verdrievoudigd ten opzichte van 2010 en vacatures blijven gemiddeld langer onvervuld. Uit de Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg blijkt wel dat de instroom in de opleidingen voor zorg en welzijn groeit en dat er met name bij mbo- en hbo-verpleegkunde een positieve trend is te zien (148). Daar staat tegenover dat onderzoek ook laat zien dat ouderenzorg niet erg populair is onder studenten verpleegkunde die naar een stageplek zoeken; ruim zeventig procent heeft een voorkeur voor een plek in een ziekenhuis en maar vier procent zou voor een stageplaats in de ouderenzorg kiezen (149). Het lijkt dus belangrijk de ouderenzorg aantrekkelijker te maken voor toekomstige verpleegkundigen. Doordat er veel nieuwe medewerkers worden aangenomen en de uitstroom relatief hoog is, zullen er binnen teams waarschijnlijk veel wisselingen plaatsvinden. Dit kan voor onrust zorgen en een negatieve impact hebben op de teamsamenwerking.

Geringe toename in inzet van de psycholoog. Afname in aantal fte ondersteunende diensten in de periode 2008-2020, toename in de periode 2016-2020. Geen veranderingen in de inzet van behandeldiensten, paramedici, specialist ouderengeneeskunde, activiteitenbegeleiding en leidinggevenden.

Verwachting

Wij verwachtten dat er door de focus op kleinschaligheid in de zorg minder gebruik zou worden gemaakt van ondersteunende diensten en activiteitenbegeleiding. In kleinschalige zorg vervullen medewerkers immers naast zorgtaken vaak ook huishoudelijke taken zoals schoonmaken, koken en wassen en begeleiden zij daarnaast dikwijls bewoners bij activiteiten. Hoewel er vanuit 'Waardigheid en Trots' vanaf 2016 extra middelen zijn vrijgemaakt voor het aantrekken van extra personeel, waaronder ook activiteitenbegeleiders, blijkt uit een evaluatie dat deze middelen eerder hebben

bijgedragen een zinvollere daginvulling voor bewoners, persoonlijke aandacht en welzijn, dan aan het aantrekken van extra personeel (100). Verder hebben we in de afgelopen jaren gezien dat er in woonvoorzieningen meer familieleden en vrijwilligers worden ingezet, die daarbij meer taken op zich nemen die voorheen door ondersteunend personeel werden uitgevoerd (65). Onze verwachting was dus dat door de focus op kleinschaligheid en de hogere inzet van familie en vrijwilligers het aantal fte voor ondersteunende diensten en activiteitenbegeleiding zou zijn afgenomen.

De nadruk op kleinschalige zorg leidt er mogelijk ook toe dat de inzet van behandelaren afneemt; op hen wordt dan enkel een beroep gedaan wanneer dit nodig is, net zoals bij mensen met dementie die nog thuis wonen. Behandelaren zullen dan ook minder frequent in de woonvoorziening aanwezig zijn, zo was de verwachting. Voor paramedici geldt bijvoorbeeld dat zij steeds meer een coachende rol krijgen tegenover medewerkers om die in staat te stellen zelf bewoners de juiste ondersteuning te bieden (65). Wij verwachtten dan ook dat met name de inzet van paramedici zou zijn afgenomen. Deze verwachting gold in mindere mate voor specialisten ouderengeneeskunde en psychologen, aangezien een vaste betrokkenheid van deze disciplines juist belangrijk wordt geacht in het kader van persoonsgerichte zorg, goed omgaan met onbegrepen gedrag en multidisciplinair werken (135).

Ook wat betreft leidinggevenden was onze verwachting dat hun uren minder zouden zijn geworden. Dit vanwege het steeds grotere aanbod van kleinschalig wonen waarin de leidinggevende meer een coachende rol op afstand heeft (150).

Resultaten

Tabel 7.2 laat zien dat er over de periode 2008-2020 een toename is in het aantal fte's van psychologen. Er werd een dalende trend in de inzet van ondersteunende diensten gevonden. Echter, wanneer de verschillende meetrondes met elkaar vergeleken worden, blijkt dat de inzet van ondersteunende diensten tijdens de vierde meetronde significant was afgenomen, terwijl hun hoeveelheid fte in 2020 weer ongeveer hetzelfde was als in 2008. In de inzet van behandeldiensten (waaronder paramedici en specialist ouderengeneeskunde), activiteitenbegeleiding en leidinggevenden zijn geen veranderingen gevonden. Hier lijkt er een tijdelijke afname te zijn geweest in de vierde meetronde, terwijl het aantal fte's nu weer lijkt te zijn gestegen.

Tabel 7.2: Veranderingen in personele bezetting door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD1 (n=130-133), MWD2 (n=135-142), MWD3 (n=33-47), MWD4 (n=41-49) en MWD5 (n=42-58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Personele bezetting: overige diensten – fte per 100 bewoners						
Ondersteunende diensten*	9,5	9,7	6,9	2,8	9,7	↓
Behandeldiensten**	3,9	3,6	3,4	2,5	3,4	
Paramedisch***	1,6	1,5	1,7	1,0	1,5	
Arts/specialist ouderengeneeskunde	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Psycholoog	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	↑
Activiteitenbegeleiding	1,9	2,2	1,7	1,1	2,0	
Leidinggevenden	4,0	3,6	3,6	3,2	4,1	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

** onder ondersteunende diensten vallen: huismeester, receptie, huishoudelijke dienst, linnenkamer, keuken en technische dienst.*

*** onder behandeldiensten vallen: ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, geestelijk verzorger, maatschappelijk werker, doktersassistent en nurse practitioner.*

****onder paramedische diensten vallen: ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en diëtist.*

Reflectie

Tegen de verwachting in is het aantal fte voor ondersteunende diensten en activiteitenbegeleiding niet verder afgenomen maar is weer op hetzelfde niveau als tijdens eerdere meetrondes. Tussen de tweede en de vierde meetronde daalde dit aantal weliswaar, maar blijkens de vijfde meting is het weer gestegen. Deze toename tussen de vierde en vijfde meetronde is opvallend, omdat verwacht werd dat deze diensten met het kleinschalig organiseren van de zorg zouden afnemen. De cijfers ondersteunen het idee dat kleinschalige zorg tot een lagere inzet van ondersteunende diensten en activiteitenbegeleiders leidt dus niet. Wellicht hebben bezuinigingen in de ouderenzorg er eerder voor gezorgd dat veel zorgorganisaties moesten korten op de ondersteunende diensten, maar hebben zij vanaf 2016 weer meer werkgelegenheid kunnen creëren (2).

Bij de behandeldiensten lijkt er vooral sprake te zijn geweest van een tijdelijke afname tijdens de vierde meetronde. De verwachte daling in de inzet van paramedici heeft zich niet voorgedaan, de hoeveelheid fte's bevindt zich weer op het niveau van de eerdere meetrondes. Het aantal uren dat specialisten ouderengeneeskunde in de woonvoorzieningen werkzaam zijn, is over alle meetrondes gelijk gebleven en is dus een constante factor in de zorg voor mensen met dementie. De inzet van psychologen is door

de tijd in geringe mate toegenomen. Mogelijk is dit te verklaren door de aanhoudende aandacht voor het belang van multidisciplinair werken (o.a. in het kader van onbegrepen gedrag) en de toenemende profilering van psychologen in de verpleeghuiszorg.

Het aantal uren dat leidinggevenden in de woonvoorzieningen aanwezig zijn, is na de significante afname in de vorige meetronde niet verder gedaald zoals de verwachting was. De daling in de vierde meetronde lijkt tijdelijk te zijn geweest en het lijkt er dus niet op dat het grotere aanbod van kleinschalige zorg geresulteerd heeft in een lagere inzet van leidinggevenden. Wellicht hebben deze ontwikkelingen geen invloed op de uren die leidinggevenden in de woonvoorziening maken, maar besteden zij hierdoor hun tijd op een andere manier en ondersteunen zij hun medewerkers meer op de achtergrond. Daarnaast blijkt uit een onderzoek van KPMG (151) dat de overgang naar zelfsturende teams meerdere organisaties is tegengevallen, waardoor er mogelijk weer meer directe betrokkenheid van leidinggevenden nodig was.

8 Trends in leiderschap en visie op de zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
Toename in transformationeel leiderschap en leiderschapskenmerken.	Toename in transformationeel leiderschap, geen verandering in leiderschapskenmerken.
Geen verandering in aantal zelfsturende of zelforganiserende teams.	Geen verandering in aantal zelfsturende of zelforganiserende teams.
Toename in teamsamenwerking.	Lichte toename in teamsamenwerking.
Toename in eenduidigheid van de visie.	Geen veranderingen in eenduidigheid van de visie.

Gegevensverzameling

In dit hoofdstuk worden gegevens gebruikt uit de vragenlijsten die medewerkers, familieleden en behandelaars hebben ingevuld.

Meetinstrumenten

Meetinstrument/ schaal	Verzameling gegevens	Uitkomstmaat	Aantal items	Antwoordopties	Range
Global Transformational Leadership scale (GTL) (152)	Vragenlijst medewerkers	Transformationeel leiderschap	7	1 (zelden of nooit) – 5 ((bijna) altijd)	1–5
Stellingen gebaseerd op het Aged Care Clinical Leadership Qualities Framework (153)	Vragenlijst medewerkers	Leiderschapskenmerken	16	1 (helemaal oneens) – 4 (helemaal eens)	1–4
Meetinstrument teamsamenwerking (zelf ontwikkeld) (154)	Vragenlijst medewerkers	Teamsamenwerking	11	1 (helemaal oneens) – 4 (helemaal eens)	1–4
Eenduidigheid in Visie op Zorg (155)	• Vragenlijst medewerkers • Vragenlijst behandelaars	• Eenduidige visie volgens medewerkers • Eenduidige visie volgens behandelaars	• 7 • 7	1 (nooit) – 5 (altijd)	1–5

8 Trends in leiderschap en visie op de zorg

Toename in transformationeel leiderschap, geen verandering in leiderschapskenmerken.

Verwachting

Goed leiderschap wordt gezien als de basis voor een goede kwaliteit van zorg. In tegenstelling tot de eerder gangbare hiërarchische en systeem-gedreven aansturing in de verpleeghuiszorg (een taakgerichte leiderschapsstijl), ligt nu de focus op leidinggeven vanuit betrokkenheid, persoonsgerichte zorg en aanpassen aan situaties (een relationele leiderschapsstijl) (156). Goed leiderschap, waarbij medewerkers in hun kracht worden gezet, is van belang om medewerkers te ondersteunen in hun uitdagende taak (157).

Transformationeel leiderschap is een van de vormen van relationeel leiderschap. Deze manier van leidinggeven heeft allerlei positieve effecten, zoals meer betrokkenheid van medewerkers en een sterker gevoel van autonomie, meer partnerschap in de beleving van familieleden en meer betrokkenheid van bewoners bij activiteiten (98). Transformationeel leiderschap wordt gezien als één van de meest effectieve leiderschapsstijlen in de gezondheidszorg (158). Een leidinggevende met een transformationele leiderschapsstijl draagt een collectieve visie met bijbehorende doelen uit, treedt op als rolmodel bij het werken aan gezamenlijke doelen en inspireert, motiveert en coacht de teamleden in hun (persoonlijke) ontwikkeling (156,159–161). Om deze ondersteunende rol als leidinggevende te vervullen, zijn empathie, betrouwbaarheid, communicatie en kennis belangrijke eigenschappen (161).

In de literatuur worden vier domeinen van een transformationeel leidinggevende onderscheiden: een transformationeel leider wekt vertrouwen en werkt integer, creëert een gedeelde visie en motiveert anderen om deze visie te adapteren, zoekt naar nieuwe ideeën die verder gaan dan de reguliere zorgpraktijk en waardeert en behandelt anderen als individuen (158,162). Transformationeel leidinggeven past binnen de visie op goed leiderschap zoals beschreven in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Deze luidt dat de leider of de raad van bestuur 'zich ondersteunend, faciliterend en transparant opstelt naar alle zorgverleners en cliënten en naasten binnen de organisatie' (9). Ook in het programma 'Thuis in het Verpleeghuis' wordt aandacht besteed aan goed leiderschap. Hierbij wordt onderschreven dat het belangrijk is zorgprofessionals, zoals artsen, psychologen en zorgmedewerkers, bij de organisatie van de zorg te betrekken (8).

Op basis van een onderzoek van uit 2013, waarin eigenschappen beschreven zijn waarover een goede leider in de ouderenzorg zou moeten beschikken (153), hebben wij in de vorige meetronde een vragenlijst ontwikkeld die onderzoekt of de direct leidinggevende van de deelnemende medewerkers aan de Monitor deze eigenschappen bezit. Dit houdt onder meer in dat een leidinggevende kennis heeft over dementiezorg en deze ook weet over te dragen, dat men een sfeer creëert waarin medewerkers zaken bespreekbaar kunnen en durven maken en dat men openstaat voor ideeën. Deze eigenschappen van een leidinggevende zouden ook weer bijdragen aan betere kwaliteit van zorg.

Over de periode tussen 2010 en 2017 is geen significante verandering opgetreden in transformationeel leiderschap zoals zorgmedewerkers dat bij de leidinggevende ervaren (65). Op basis van de extra aandacht na de vorige meetronde voor het realiseren van goede kwaliteit van zorg en het belang van leiderschap om dit te kunnen realiseren, verwachtten we een toename te zullen zien in de mate van transformationeel leiderschap en kenmerken van goed leiderschap.

Resultaten

Over de periode 2010-2020 is de mate van transformationeel leiderschap, in de beleving van zorgmedewerkers, toegenomen (tabel 8.1). In tabel 8.2 is het gemiddelde percentage medewerkers te zien (meer dan de helft) dat de verschillende kenmerken van transformationeel leiderschap bij hun leidinggevende herkent. De mate waarin medewerkers kenmerken van goed leiderschap herkenden bij hun leidinggevende zijn niet significant veranderd ten opzichte van de vorige meetronde (tabel 8.1). Tabel 8.3 laat zien wat het gemiddelde percentage medewerkers is dat deze leiderschapskenmerken bij de eigen leidinggevende herkent.

Tabel 8.1: Veranderingen in gemiddelde score op transformationeel leiderschap en leiderschapskenmerken bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD2 (n=132), MWD3 (n=39), MWD4 (n=46-49) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Score op transformationeel leiderschap Range: 1-5	-	3,2	3,3	3,3	3,5	↑
Leiderschapskenmerken Range: 1-4	-	-	-	3,0	3,0	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 8.2: Gemiddeld percentage medewerkers binnen de woonvoorzieningen dat verschillende kenmerken van transformationeel leiderschap (bijna) altijd aanwezig acht bij hun leidinggevende in de vijfde meetronde (n=58).

Kenmerken transformationeel leiderschap	% vaak en (bijna) altijd
Mijn direct leidinggevende behandelt medewerkers op een persoonlijke manier, steunt en stimuleert hun ontwikkeling.	63,6
Mijn direct leidinggevende is duidelijk over wat hij/zij belangrijk vindt en geeft zelf het goede voorbeeld.	60,6
Mijn direct leidinggevende draagt een heldere en positieve kijk op de toekomst uit.	60,0
Mijn direct leidinggevende moedigt medewerkers aan en laat waardering blijken.	59,8
Mijn direct leidinggevende stimuleert onderling vertrouwen, betrokkenheid en samenwerking tussen teamleden.	56,9
Mijn direct leidinggevende stimuleert mij om op nieuwe manieren over problemen na te denken en doet dingen niet vanzelfsprekend op de manier zoals ze altijd gedaan worden.	53,3
Mijn direct leidinggevende roept gevoelens van trots en respect op bij anderen en inspireert mij door haar/zijn deskundigheid.	52,0

Tabel 8.3: Gemiddeld percentage medewerkers binnen de woonvoorzieningen dat beaamt de verschillende leiderschapskenmerken bij de leidinggevende te herkennen in de vijfde meetronde (n=58).

Leiderschapskenmerken	% (helemaal) mee eens
Mijn direct leidinggevende geeft mij en mijn collega's de ruimte om ons werk zelfstandig uit te voeren.	93,1
Mijn direct leidinggevende is op de hoogte van recente ontwikkelingen in de zorg voor mensen met dementie.	91,4
Mijn direct leidinggevende geeft mij en mijn collega's de ruimte om met nieuwe ideeën te komen en moedigt eigen initiatief aan.	88,9
Mijn direct leidinggevende kan zijn/haar kennis over de zorg goed overbrengen op anderen.	86,6
Mijn direct leidinggevende draagt ideeën aan om problemen op te lossen.	86,6
Mijn direct leidinggevende stimuleert ons gebruik te maken van elkaars talenten.	86,4
Mijn direct leidinggevende is altijd met ons op zoek naar manieren om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren.	83,9
Mijn direct leidinggevende is makkelijk aanspreekbaar voor mij en mijn collega's, familieleden van bewoners en de bewoners zelf.	83,3
Mijn direct leidinggevende maakt mij en mijn collega's bewust van de invloed die de manier waarop wij omgaan met bewoners heeft op hun welbevinden.	83,0
Mijn direct leidinggevende signaleert dilemma's waar we tegenaan lopen in de zorg en maakt deze bespreekbaar.	81,7
Mijn direct leidinggevende geeft mij en mijn collega's de ruimte om kritiek te uiten wanneer er onvrede heerst, luistert hiernaar en doet er vervolgens iets mee.	81,3
Mijn direct leidinggevende is een voorbeeld als het gaat om het bieden van goede zorg waarin de behoeften van mensen met dementie centraal staan.	78,6
Mijn direct leidinggevende bevraagt familie, bewoners en medewerkers om een beeld te krijgen van wat goed gaat en wat niet.	78,6
Mijn direct leidinggevende geeft mij en mijn collega's feedback waarmee we iets kunnen.	77,4
Mijn direct leidinggevende is regelmatig aanwezig op de afdelingen of woningen.	68,6
Mijn direct leidinggevende vraagt mij en mijn collega's om feedback over zijn/haar functioneren en doet hier vervolgens iets mee.	53,9

Reflectie

Het aantal kenmerken van transformationeel leiderschap dat zorgmedewerkers herkenden bij hun direct leidinggevenden is iets toegenomen over de periode 2010-2020 (0,3 punten op een vijfpuntsschaal). Mogelijk wordt naast de aandacht die aan het belang van goed leidinggeven besteed wordt in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en 'Thuis in het Verpleeghuis', ook in opleidingen voor leidinggevenden in de zorg meer de focus gelegd op wat een goede manier van leidinggeven is. Uit onderzoek blijkt namelijk dat een ondersteuningsprogramma of scholing leidinggevenden kan helpen hun vaardigheden te ontwikkelen om betere relaties op te bouwen met bewoners, medewerkers en familieleden en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren (163). Ondanks de toename is bij alle kenmerken van transformationeel leiderschap nog verbetering mogelijk, aangezien het circa zes op de tien medewerkers zijn die deze kenmerken vaak

of (bijna) altijd terugzien bij hun direct leidinggevende. Wanneer een leidinggevende deze manier van leidinggeven vaker toepast, zullen de percentages mogelijk hoger komen te liggen.

De mate waarin medewerkers leiderschapskenmerken herkennen bij hun leidinggevende is niet veranderd tussen 2016 en 2020. In tabel 8.3 is wel te zien dat acht à negen op de tien medewerkers de meeste eigenschappen bij hun leidinggevende terugzien. Leiderschapskenmerken waar nog verbetering mogelijk is, betreffen feedback vragen over het eigen functioneren en hier iets mee doen en regelmatig op de woning of afdeling aanwezig zijn.

Geen verandering in aantal zelfsturende of zelforganiserende teams

Verwachting

Behalve aansturing van teams door een leidinggevende waren er voorgaande jaren steeds meer zorgorganisaties met geheel of gedeeltelijk zelfsturende of zelforganiserende teams. Om meer op een persoonsgerichte manier zorg te verlenen, zoeken zorgorganisaties naar passende manieren van werken om de medewerker en de bewoner meer eigen regie, verantwoordelijkheid en regelmogelijkheid te geven. Zelfsturing en zelforganisatie bieden hiervoor meer ruimte dan een top-down organisatiemodel. In zelfsturende teams wordt over het algemeen gewerkt zonder – of met minimale – supervisie door een operationeel manager. Het team is verantwoordelijk voor de organisatie en de resultaten van de zorg voor een groep bewoners en stelt daarbij zelf doelen, werkwijze en planning van de medewerkers vast. Bij een zelforganiserend team is over het algemeen wel een manager betrokken die verantwoordelijk is voor de doelstellingen en de resultaten, maar bepaalt het team op welke manier de doelen worden behaald (164,165). In de Monitor vergelijken we teams die gezegd hebben zelfsturend of zelforganiserend te werken met teams die dit niet doen.

Hoewel er veel aandacht is voor zelfsturing en zelforganisatie in de verpleeghuiszorg en kenmerken hiervan in tal van organisaties zijn doorgevoerd, zijn er ook steeds meer tegengeluiden. Uit een onderzoek van KPMG (151) blijkt dat meerdere organisaties de overgang naar zelfsturing of zelforganisatie omschrijven als een hype die niet altijd goed heeft uitgepakt. Bijvoorbeeld omdat de visie en het besturingsmodel niet voldoende vertaald werden in de organisatie, waardoor er niet de juiste mix van medewerkers en skills aanwezig was om de overgang naar zelfsturende of zelforganiserende teams te doen slagen (151). Implementatie is van groot belang voor een succesvolle overgang naar werken met dit soort teams. Factoren als een goede begeleiding, een heldere taakverdeling en goede relaties tussen medewerkers spelen hierbij een belangrijke rol (151,166,167).

Onze inschatting was dat het aantal zelfsturende/zelforganiserende teams in deze meetronde niet verder zou zijn gestegen. Enerzijds omdat er in het verleden al een enorme groei heeft plaatsgevonden, anderzijds vanwege de recente aandacht voor potentiële nadelen van dit soort teams

Resultaten

Het aantal woonvoorzieningen waarin zelfsturende of zelforganiserende teams werkzaam zijn, is wel toegenomen maar niet significant, van 65,3% in de vierde meetronde naar 74,1% in de vijfde (tabel 8.4). Tabel 8.5 laat zien dat woonvoorzieningen vaker gebruikgemaakt hebben van een implementatiepilot in de huidige meetronde ten opzichte van de vorige, dat de rol van de teams in het bepalen van de kaders is toegenomen en dat in de meeste woonvoorzieningen de directie nog steeds bepaalt binnen welke kaders de zelfsturende of zelforganiserende teams werken.

Tabel 8.4: Verandering in percentage woonvoorzieningen dat zelfsturend/zelforganiserend werkt in de vierde en vijfde meetronden MWD4 (n=49) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Percentage woonvoorzieningen dat met zelfsturende/zelforganiserende teams werkt	-	-	-	65,3	74,1	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 8.5: Percentage woonvoorzieningen dat het eens is met een aantal uitspraken over zelfsturing en zelforganisatie in de vierde en vijfde meetronden MWD4 (n=30-31) en MWD5 (n=30-41).

Uitspraak	MWD4	MWD5
Binnen de woonvoorziening is het werken in zelfsturende teams ingevoerd in fases.	87,1%	66,7%
Binnen de woonvoorziening is alles in één keer omgegooid om het werken met zelfsturende teams te realiseren.	12,9%	33,3%
Voordat zelfsturende teams werden geïntroduceerd in onze woonvoorziening hebben wij gebruikgemaakt van een pilot.	19,4%	28,6%
Voordat zelfsturende teams werden geïntroduceerd in onze woonvoorziening hebben wij geen gebruikgemaakt van een pilot	80,6%	71,4%
Teams hebben samen met de directie vastgesteld binnen welke kaders we werken.	36,7%	41,5%
De directie heeft bepaald binnen welke kaders we werken.	63,3%	58,5%

Reflectie

Ondanks de geluiden over de nadelen van zelfsturing of zelforganisatie zien we een toename van het aantal teams dat aangeeft zelfsturend of zelforganiserend te zijn in de vijfde meetronde. Deze toename is echter niet significant en ook niet per se representatief voor een landelijke toename in zelfsturende teams. We vermoeden dat deze toename in zelfsturing samenhangt met het grote aantal kleinschalige woonvoorzieningen dat aan de vijfde meetronde heeft deelgenomen. Door de kleinschaligheid wordt er wellicht vaker voor een aansturingsmodel zonder managers gekozen en zelfsturing kan mogelijk beter worden gerealiseerd in kleinere teams. De uitkomsten zijn daarnaast lastig te interpreteren, omdat we geen informatie hebben over wanneer de zelfsturing of zelforganisatie bij de deelnemende woonvoorzieningen is ingevoerd. Het kan zijn dat dit al jaren geleden is gebeurd, maar zulke teams kunnen ook zeer kort geleden zijn geïntroduceerd. Ook is er geen informatie over de ervaringen, positief of negatief, die woonvoorzieningen hebben met zelfsturende of zelforganiserende teams en evenmin weten we in welke mate die teams zelfsturend of zelforganiserend zijn. Hierdoor kunnen wij geen uitspraken doen over de tevredenheid met werken in zelfsturende of zelforganiserende teams in woonvoorzieningen.

Toename in teamsamenwerking

Verwachting

Zorgen voor mensen met dementie in het verpleeghuis vindt voornamelijk plaats in teamverband. Hierbij is goede samenwerking essentieel. Zorgmedewerkers die op psychogeriatrische afdelingen werken, leveren een hogere kwaliteit van zorg bij een minder competitieve cultuur, wanneer er multidisciplinair wordt samengewerkt en wanneer er goede communicatie en coördinatie is (168). Uit eerder onderzoek blijkt dat de werkomstandigheden van medewerkers (o.a. mate van autonomie), hun welbevinden (o.a. minder emotionele uitputting) en een lager personeelsverloop een goede teamsamenwerking positief beïnvloeden (98). Gezien het belang van teamsamenwerking moeten zorgorganisaties kijken naar wat een goede personeels- of teamsamenstelling is. Hiervoor is een eerste aanzet gedaan in de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling, die aansluit op het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (9,32).

In het onderzoek 'Monitor Personeelssamenstelling' (146) zijn 32 zorgteams in verpleeghuissettings gedurende zes tot negen maanden gevolgd en is gekeken hoe zij tot een verandering in personele samenstelling kwamen. De manier van aanpak om de personeelssamenstelling te veranderen verschilde tussen de deelnemende teams, maar creëren van voldoende draagvlak en een goede teamsamenwerking – zowel binnen het team als op organisatieniveau – beschouwden velen als belangrijke randvoorwaarden. Doordat er pas in de vierde meetronde van de Monitor naar teamsamenwerking is gevraagd, kunnen we nog niet spreken van een trend. Maar

gezien de aandacht die er de afgelopen jaren in het veld is besteed aan het realiseren van een goede teamsamenstelling, verwachtten wij dat de teamsamenwerking tussen de vorige en huidige meetronde zou zijn verbeterd.

Resultaten

Tabel 8.6 toont een kleine significante toename in de ervaren teamsamenwerking ten opzichte van de vorige meetronde (0,1 punt op een vierpuntsschaal). In tabel 8.7 is te zien dat meer dan negen op de tien medewerkers het ermee eens zijn dat zij zich samen met hun collega's actief inzetten voor hun team, dat ze de kans krijgen initiatieven aan te dragen, dat er ruimte is om te leren van fouten en dat ze waardering krijgen van collega's voor goede inzet en prestaties. Verder blijkt dat ongeveer driekwart van de medewerkers de gelegenheid voor teamoverleg voldoende vindt, tevreden is over de kwaliteit van het teamoverleg en dezelfde normen en waarden in het werk heeft als collega's.

Tabel 8.6: Veranderingen in teamsamenwerking door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD4 (n=46) en MWD5 (n=58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	MWD5	Δ
Teamsamenwerking Range: 1-4	-	-	-	3,0	3,1	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 8.7: Gemiddeld percentage medewerkers binnen de woonvoorzieningen dat het eens is met de verschillende uitspraken over teamsamenwerking in de vijfde meetronde (n=58).

Teamsamenwerking	% (helemaal) mee eens
Mijn collega's en ik zetten zich actief in voor ons team.	93,5
Mijn collega's en ik krijgen de kans om initiatieven aan te dragen.	93,3
Binnen ons team is er de ruimte om te leren van fouten die gemaakt worden.	92,7
Ik krijg waardering van mijn collega's voor goede inzet en prestaties.	91,0
Ons team kan veel van de problemen op de afdeling of woning zelf oplossen.	87,6
Er heerst een sfeer van vertrouwen binnen ons team.	80,9
De communicatie tussen onze leidinggevende en ons team verloopt goed.	79,0
Er is voldoende gelegenheid om met mijn collega's van het team te overleggen.	75,6
Ik ben tevreden over de kwaliteit van het teamoverleg.	74,7
Binnen ons team hebben we dezelfde normen en waarden in ons werk.	71,4

Reflectie

De lichte verbetering in de ervaren teamsamenwerking kan te maken hebben met de toename in transformationeel leiderschap, zoals eerder in dit hoofdstuk is beschreven. Mogelijk stimuleert een transformationeel leider (indirect) een goede teamsamenwerking door condities te creëren die bijdragen aan succesvolle samenwerking. Dit zijn bijvoorbeeld het stellen van heldere doelen, gezamenlijke verantwoordelijkheid, open communicatie en wederzijds respect (154). Als we naar de verschillende stellingen over teamsamenwerking kijken, blijkt dat toch nog circa een kwart van de medewerkers vindt niet voldoende gelegenheid te hebben voor teamoverleg, niet tevreden is over de kwaliteit van dat teamoverleg en niet dezelfde normen en waarden in het werk heeft als collega's. Hier is wellicht nog verbetering mogelijk.

Geen significante verandering in de eenduidigheid van de visie

Verwachting

Met de komst van persoonsgerichte theorieën, zoals die van Tom Kitwood, is de visie op zorg in de afgelopen drie decennia verschoven van een taakgerichte naar een persoonsgerichte. In deze visie wordt de persoon met dementie echt als persoon gezien en sluit de zorg zoveel mogelijk aan bij zijn of haar wensen, behoeften en persoonlijke voorkeuren (169). Een persoonsgerichte visie kan op verschillende manieren tot uiting komen in de werkwijze van zorgteams. Belangrijk daarbij is dat een team een eenduidige visie op zorg ontwikkelt en dat deze visie gaat leven onder alle zorgmedewerkers (170). Een door alle medewerkers in een team gedeelde en eenduidige visie ontstaat wanneer teamleden een duidelijk beeld hebben van de gestelde doelen als team en het hiermee eens zijn (171). Een eenduidige visie binnen zorgteams op het organiseren van de zorg voor mensen met dementie draagt eraan bij dat het team goed functioneert en heeft daardoor ook een positief effect op de kwaliteit van de zorg (170–172).

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg stelt dat een organisatie, in samenspraak met belanghebbenden zoals bewoners, familieleden/vertegenwoordigers en medewerkers, een 'visie op zorg, ondersteuning en behandeling vanuit de focus kwaliteit van leven' moet formuleren en deze dient op te nemen in het kwaliteitsplan en het beleid van de organisatie (9).

Tussen 2010 en 2017 waren er geen veranderingen in de eenduidigheid van de zorgvisie volgens zorgmedewerkers, al verschilde hun beleving wel per onderwerp. Zo was er binnen zorgteams gemiddeld meer eenduidigheid over het gebruik van fixatiemaatregelen en minder aangaande acceptatie en waardering van verschillen tussen collega's (65).

Omdat organisaties en zorgmedewerkers nu een aantal jaren volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg werken, schatten wij in dat organisaties hun visie op zorg in samenspraak met belanghebbenden helder geformuleerd hadden en dat die zo ook werd uitgedragen. Hierdoor was onze verwachting dat de eenduidigheid van de zorgvisie in de beleving van zorgmedewerkers en behandelaars zou zijn gestegen.

Resultaten

De eenduidigheid in zorgvisie zoals zorgmedewerkers en behandelaars die ervaren, is tussen 2010 en 2020 niet significant veranderd. Bij de medewerkers waren er het minst onduidelijkheden of meningsverschillen over vrijwilligers bij de woonvoorziening betrekken en het belang van persoonlijke aandacht voor de bewoner (tabel 8.8). Dit gold ook voor de behandelaars. De percentages laten wel zien dat naar de mening van een groot deel van de medewerkers en behandelaars (40-50%) er soms, vaak of altijd onduidelijkheden of meningsverschillen bestonden over de genoemde onderwerpen (tabel 8.9).

Tabel 8.8: Veranderingen in eenduidigheid in visie volgens medewerkers en behandelaars bij de deelnemende woonvoorzieningen: MWD2 (n=132), MWD3 (n=17-39), MWD4 (n=10-46) en MWD5 (n=41-58).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen					
	2008-2009	2010-2011	2013-2014	2016-2017	2019-2020	Δ
Score op eenduidigheid in visie volgens medewerkers Range: 1-5	-	3,4	3,5	3,4	3,3	
Score op eenduidigheid in visie volgens behandelaars Range: 1-5	-	-	3,3	3,4	3,5	

Tabel 8.9: Gemiddeld percentage medewerkers en behandelaars binnen de woonvoorzieningen dat gedurende de vijfde (MWD5) meetronde (n=41-58) zegt zelden of nooit onduidelijkheden of meningsverschillen over de onderwerpen op het gebied van visie te ervaren.

Kenmerken 'Eenduidige zorgvisie'	% medewerkers en behandelaars in de woonvoorziening dat zegt hierover zelden of nooit onduidelijkheden of meningsverschillen te ervaren	
	Medewerkers	Behandelaars
Accepteren en waarderen van verschillen die er tussen collega's bestaan	42,1	40,6
Communicatie met familie	42,6	43,1
Keuzevrijheid voor de bewoners	44,3	34,5
Inspelen op individuele wensen van een bewoner	47,5	52,6
Een huiselijke omgeving voor de bewoners met dementie	48,6	57,7
Persoonlijke aandacht voor de bewoners	49,6	59,7
Vrijwilligers bij de woonvoorziening betrekken	52,8	59,5

Reflectie

De resultaten met betrekking tot eenduidigheid in visie komen niet overeen met onze verwachting. Hoe minder onduidelijkheden of meningsverschillen, hoe meer men op gebieden die belangrijk zijn voor goede dementiezorg naar dezelfde visie toewerkt. Ten opzichte van de vorige meetrondes zien we wel dat er over alle onderwerpen bij de medewerkers iets minder onduidelijkheden of meningsverschillen bestonden (65). In tabel 8.9 is te zien welke stellingen zijn gebruikt om eenduidigheid in visie te meten. Deze zeven stellingen zijn mogelijk niet allesomvattend voor de visie op goede dementiezorg en dit zou ook een reden kunnen zijn dat we geen verandering zien in hoe medewerkers en behandelaars de eenduidigheid in visie ervaren.

Uit de literatuur blijkt overigens dat leidinggevenden ook een belangrijke rol spelen in het uitdragen van een duidelijke visie (173). Het is opvallend dat we wel een toename zien in de mate van transformationeel leiderschap, waarvan uitdragen van een duidelijke visie ook als kenmerk wordt gezien, maar dat er geen veranderingen zijn opgetreden in de eenduidigheid in visie volgens medewerkers en behandelaars. Dit doet vermoeden dat de bestaande visie soms toch nog niet helemaal is doorgedrongen tot de werkvloer en in de werkwijze van de medewerkers en behandelaars is verankerd. Een evaluatieonderzoek van het Nivel over lerende teams in de ouderenzorg (170) heeft laten zien dat vertalen van de visie naar de werkwijze in een team vaak nog verschilt tussen medewerkers. Zo kan de visie binnen een team wel persoonsgericht werken zijn, maar kunnen individuele medewerkers verschillend denken over hoe persoonsgerichte zorg wordt vormgegeven. Ook dit is mogelijk een verklaring voor de gevonden resultaten.

In het rapport 'Analyse kwaliteitsplannen verpleeghuiszorg. Perspectief van zorgkantoren' (36) zagen zorginkopers dat in 2019 zowel cliënten, cliëntenraden als medewerkers in veel gevallen betrokken zijn geweest bij het opstellen van verbeter/kwaliteitsplannen. Een 'bottom-up'-aanpak om tot een kwaliteitsplan te komen zagen de zorginkopers vaker als inspirerend. Dit benadrukt nog maar eens hoe belangrijk het is medewerkers bij het vormgeven van beleid te betrekken. Mogelijk ontstaat er door zulke betrokkenheid ook meer eenduidigheid in visie.

Slotbeschouwing

Slotbeschouwing

In deze trendrapportage van de vijfde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie staat beschreven welke veranderingen er gedurende de periode 2008-2020 in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie hebben plaatsgevonden. Door ontwikkelingen en beleidswijzigingen in de langdurige zorg is de verpleeghuissector continu in beweging. Het is belangrijk deze ontwikkelingen te volgen en na te gaan welke invloed zij hebben op de kwaliteit van zorg. Sinds 2008 brengt het Trimbos-instituut in de Monitor twee- of driejaarlijks de zorg voor bewoners met dementie in kaart die in woonvoorzieningen voor verpleging en verzorging verblijven. Tijdens elke meetronde wordt informatie verzameld over een aantal vaste onderwerpen: de organisatie van zorg, de kenmerken en kwaliteit van leven van bewoners, de kwaliteit van de zorg, werkomstandigheden en welbevinden van personeel, inzet en betrokkenheid van familie, multidisciplinaire samenwerking, personele bezetting en leiderschap en visie van de organisatie. Op basis van nieuwe (beleids)ontwikkelingen en hun relevantie voor de verpleeghuissector, breiden wij de Monitor iedere meetronde uit met nieuwe onderwerpen; in deze (vijfde) meetronde zijn dit de inzet van ondersteunende technologie en de lerende organisatie. Over deze onderwerpen verschijnen aparte publicaties.

Bij het lezen van de bevindingen is het belangrijk op te merken dat de thans aan de Monitor deelnemende woonvoorzieningen waarschijnlijk geen representatieve afspiegeling vormen van Nederlandse woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie. De belangrijkste verschillen zijn het toegenomen aantal woonvoorzieningen die de zorg kleinschalig hebben georganiseerd, de bewoners in de steekproef en kwalificatiemix van medewerkers. Hoewel 90% van de woonvoorzieningen in de Monitor kleinschalig is georganiseerd, is 67% ook fysiek kleinschalig. Dat wil zeggen dat er zorg wordt geboden aan maximaal 36 bewoners op een locatie. Zowel de kleinschalige organisatie als de fysieke kleinschaligheid van aan de Monitor deelnemende woonvoorzieningen is vanaf 2008 gestaag gestegen. Een dergelijke stijging en tendens naar kleinschaligheid in de verpleeghuiszorg is ook landelijk zichtbaar en het zorgaanbod wordt hierdoor rijker. Aangenomen kan worden dat de landelijke veranderingen voor wat betreft kleinschaligheid niet in gelijke tred lopen met de stijging die wordt waargenomen in de Monitor en dat kleinschalige woonvoorzieningen hierin oververtegenwoordigd zijn. Samenhangend hiermee hebben de bewoners in de steekproef waarschijnlijk een iets lichtere zorgzwaarte dan de gemiddelde bewoner van een woonvoorziening voor psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Kleinschalige woonvoorzieningen hanteren soms exclusiecriteria, waardoor mensen met zeer ernstige of complexe problematiek niet in aanmerking komen voor opname, omdat de woonvoorziening de benodigde zorg niet kan of mag bieden (29). Ook zien we een hoger percentage niveau 1 en 2 medewerkers, die zorg dragen voor de ondersteuning van bewoners en het huishouden in de woonvoorziening, dan landelijk werkzaam in de verpleeghuiszorg (147). Dit in ogenschouw nemend, schetsen de bijna zestig woonvoorzieningen die aan deze meetronde hebben meegedaan, wel een

beeld van ontwikkelingen binnen de verpleeghuiszorg in de afgelopen jaren. Een andere kanttekening is dat de meetronde heeft plaatsgevonden vóór de corona-uitbraak in maart 2020. De resultaten die in deze publicatie worden gepresenteerd, zijn derhalve geen afspiegeling van de situatie in de verpleeghuissector na deze uitbraak. Dat de gevolgen van pandemie en lockdown hun sporen hebben nagelaten in de verpleeghuiszorg is helder, maar het is nog te vroeg om de consequenties ervan voor de organisatie van de zorg op lange termijn te kunnen inschatten.

In deze slotbeschouwing reflecteren wij op de gevonden resultaten en de geschetste ontwikkelingen aan de hand van de kaders voor goede verpleeghuiszorg (9). Hierbij zullen wij voor een aantal thema's ingaan op de stand van zaken en de bevindingen in het licht plaatsen van de huidige kennis over goede zorg voor mensen met dementie. Het thema 'Leren en verbeteren van kwaliteit' zullen we hier niet behandelen; hieraan besteden wij uitgebreid aandacht in de deelpublicatie 'Lerende organisaties'. Aan het einde van deze slotbeschouwing staan we stil bij de meest recente ontwikkelingen, ook in het licht van de coronacrisis, en de mogelijk ernstige gevolgen hiervan voor bewoners met dementie in de verpleeghuiszorg.

Kwaliteit van leven van bewoners

Kwaliteit van leven van bewoners met dementie is een multidimensionaal concept waarbij het niet alleen gaat om de zorg die iemand ontvangt, maar ook om zaken die niet per se zorg gerelateerd zijn. Bijvoorbeeld sociale contacten onderhouden, genieten van activiteiten en jezelf nuttig voelen (174). Zorgorganisaties hebben een aandeel in de kwaliteit van leven van bewoners door hen in deze dimensie te ondersteunen via de manier waarop zij zorg verlenen. De visie en de uitgangspunten van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zijn er op gericht om verpleeghuiszorg te realiseren die optimaal bijdraagt aan de kwaliteit van leven van bewoners (9). Hoe persoonsgerichter de zorg is, hoe meer er tegemoet kan worden gekomen aan wat voor een bewoner belangrijk is. Kwaliteit van leven is echter individueel afhankelijk, waarbij de levensgeschiedenis en het ziekteverloop van iemand een grote rol spelen. Dit maakt het lastig een vaste set indicatoren vast te stellen die toepasbaar is op een brede populatie.

In de Monitor lijkt op vijf van de negen beoordeelde domeinen een positieve trend te zijn. Echter zijn de resultaten moeilijk te interpreteren, des te meer omdat er vele factoren kunnen zijn die bijdragen aan de algehele kwaliteit van leven. De QUALIDEM wordt tot nog toe gezien als het meest geschikte instrument om kwaliteit van leven van mensen met dementie in een verpleeghuis in kaart te brengen (53). Echter niet alle factoren die mogelijk relevant zijn voor kwaliteit van leven worden met het gebruikte meetinstrument beoordeeld en sommigen kunnen mogelijk ook moeilijk beoordeeld worden bij bewoners met ernstige dementie, zoals bijvoorbeeld compassie, autonomie en uniek kunnen zijn. In de Monitor is gekozen voor een observatiemethode om kwaliteit van leven bij bewoners te beoordelen om een beeld te kunnen vormen over álle bewoners met dementie die verpleeghuiszorg ontvangen. Compassie, autonomie

en uniekheid zijn lastig te observeren, maar wel te beoordelen in een interview. Dit is echter geen geschikte methode om toe te passen in onderzoek bij bewoners met (zeer) ernstige dementie, waardoor een oordeel over de kwaliteit van leven van deze groep op die specifieke domeinen moeilijk gevormd zal kunnen worden. Voorts zijn de gevonden verbeteringen op de domeinen positief en negatief affect, rusteloos gedrag, sociale isolatie en iets om handen hebben zeer klein, en liggen tussen 0,1 en 0,4 punten op een vierpuntsschaal. Doordat er weinig spreiding is in hoe de kwaliteit van leven van bewoners in de woonvoorzieningen beoordeeld wordt, zijn dit soort kleine verschillen wel statistisch significant. Het is echter de vraag in hoeverre deze verschillen klinisch relevant zijn en of er met betrekking tot kwaliteit van leven daadwerkelijk verbeteringen worden ervaren op deze domeinen. Overigens is de interpretatie van verschilscores een algemeen probleem van kwaliteit van leven meetinstrumenten (53).

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning

Sinds de derde meetronde (2013/2014) brengt de Monitor in kaart in hoeverre woonvoorzieningen in de optiek van familieleden en zorgmedewerkers persoonsgerichte zorg bieden. Beide groepen respondenten rapporteerden over de jaren heen geen verandering en beoordeelden de persoonsgerichtheid van de geboden zorg redelijk hoog. Wel vonden zorgmedewerkers de mate waarin persoonsgerichte zorg werd geboden in deze ronde significant beter dan de vorige (vierde) meetronde, echter betrof dit verschil 0,2 punten op een vijfpuntsschaal en is het de vraag wat deze verbetering daadwerkelijk betekent in de praktijk. In de voorgaande meetronde uitgevoerd in 2016 en 2017 was de mate waarin er naar de mening van familie en zorgmedewerkers persoonsgerichte zorg in de woonvoorziening werd geboden lager dan nu. Een mogelijke verklaring is dat er wegens onderbezetting daadwerkelijk minder persoonsgerichte zorg werd gerealiseerd. Tussen 2013 en 2016 is het aantal banen in de zorgsector sterk gedaald en was de werkgelegenheid het laagst in 2016. Tegelijkertijd was er in het eerste kwartaal van 2016 een tekort van 28.000 medewerkers in de verpleging, verzorging en thuiszorg (2). Dankzij beschikbare structurele middelen en het kwaliteitsbudget is vanaf 2017 was weer een stijgende lijn te zien in zowel de werkgelegenheid als in het aantal werknemers in de sector, hoewel tekorten nog steeds blijven bestaan (175). De lagere perceptie van de mate van persoonsgerichte zorg kan het gevolg zijn van tijdsgebrek door schaarste in werkgelegenheid en van medewerkers en dit is verbeterd sinds 2017.

Naar het behandelaarsperspectief op de mate van persoonsgerichte zorg is in de vorige meetronde voor het eerst gevraagd. De mate waarin er in de perceptie van behandelaars persoonsgerichte zorg in de woonvoorzieningen werd geboden, is significant licht afgenomen, maar nog steeds redelijk goed te noemen. Een aantal woonvoorzieningen gaf in deze meetronde te kennen geen vast team van behandelaars te hebben, maar deze in te huren als dit nodig was. Dit zou als gevolg kunnen hebben dat de behandelaars wat meer op afstand staan en in vergelijking met de zorgmedewerkers minder goed zicht hebben op de mate van persoonsgerichte zorg in het team.

Om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden is het van belang dat zorgmedewerkers op de hoogte zijn van de wensen en behoeften van bewoners. De inhoud van het zorgleefplan en het betrekken van familie en bewoners bij het opstellen hiervan, leveren hieraan een bijdrage. Daarnaast worden er steeds meer hulpmiddelen als (digitale) levensboeken gebruikt om het zorgmedewerkers makkelijker te maken de bewoner beter te leren kennen. Een belangrijke factor hierbij is tijd: om iemand te leren kennen, zowel wat betreft levensgeschiedenis als wat iemands voorkeuren in het heden aangaat, hebben zorgmedewerkers tijd nodig om zich hierin te verdiepen. De verantwoordelijkheid voor de invulling van het zorgleefplan ligt bij een zorgmedewerker met minstens niveau 3, maar multidisciplinaire input in dit proces is essentieel. Dit geldt trouwens ook voor de uitvoering: een goede multidisciplinaire samenwerking is onmisbaar om de in het zorgleefplan vervatte persoonsgerichte zorg te kunnen realiseren. Sinds met het meten van de tevredenheid van medewerkers over de samenwerking met behandelaars en die van behandelaars over de multidisciplinaire samenwerking is begonnen (in meetronde 3) zijn hierin geen veranderingen waargenomen.

Uitwisseling en samenwerking tussen verschillende disciplines behoeven meer aandacht. Er zijn relatief weinig tools beschikbaar om multidisciplinaire samenwerking in het verpleeghuis succesvol te laten zijn. Wel bestaat er een richtlijn voor een van de belangrijke gelegenheden waarbij multidisciplinaire samenwerking plaatsvindt, het multidisciplinair overleg (176). Andere instrumenten om multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, zijn vooral gericht op de eerstelijnszorg en de geriatrische revalidatiezorg. Aanbod van soortgelijke tools voor verpleging en verzorging zijn dan ook wenselijk. Een verdere aanbeveling om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, is om lerende netwerken multidisciplinair in te richten zodat expertise tussen disciplines uitgewisseld kan worden en medewerkers elkaar beter weten te vinden.

Wonen en welzijn

Op het gebied van wonen en welzijn hebben sinds 2008 enkele positieve ontwikkelingen plaatsgevonden. Bewoners in de steekproef zijn sindsdien in toenemende mate betrokken bij activiteiten die aansluiten bij hun voorkeur. Minstens een derde van de bewoners was in de drie dagen voorafgaande aan de meting betrokken bij activiteiten als spelletjes doen, zingen, beweging, muziek maken/zingen of buiten wandelen. Over het algemeen sloten de activiteiten aan bij de interesse van de meeste bewoners. Voor kaarten en spelletjes of het doen van sport gold dat in mindere mate. Bij het organiseren van groepsactiviteiten zou goed nagegaan moeten worden of de activiteit wel bij een bewoner past en of de activiteit bijdraagt aan het welzijn van de bewoner, alvorens deze bij een dergelijke activiteit te betrekken. Veruit de meeste bewoners maakten een praatje en keken tv of luisterden naar de radio. Wel zien we een daling in betrokkenheid ten opzichte van de vorige meetronde: bewoners waren ditmaal gemiddeld betrokken bij zes in plaats van zeven verschillende activiteiten. Ook waren bewoners iets korter betrokken bij activiteiten. Het percentage bewoners dat een half uur tot twee uur activiteiten doet per dag is afgenomen, terwijl het aandeel bewoners dat enkele keren per week bij

een activiteit is betrokken juist is toegenomen. Dit duidt op minder activiteitenaanbod. Deze bevindingen rijmen niet met de relatief hoge inzet van niveau 1 medewerkers in de deelnemende woonvoorzieningen en ook niet met de inspanningen die vanuit de overheid gedaan worden om meer personeel in te zetten om juist het welzijn van bewoners te bevorderen.

Opmerkelijk is verder dat een aanzienlijk deel van de bewoners (17%) slechts één keer per week of minder met activiteiten meedoet. In de vorige meetronde werd eenzelfde proportie gevonden. Aannemelijk is dat dit voornamelijk bewoners in een vergevorderd stadium van dementie betreft, bij wie multi-sensomotorische activiteiten, zoals snoezelen of diertherapie, beter aansluiten bij de ernst van hun dementie (177,178). Ook voor deze groep is het aan te raden de beschikbaarheid van een passend activiteitenaanbod kritisch te bekijken.

Alledaagse en zinvolle activiteiten ondernemen draagt bij aan het welzijn van bewoners (57,62,179). Volgens de handreikingen in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg moet een woonvoorziening een gevarieerd aanbod van individuele en groepsactiviteiten hebben, waarbij vrijwilligers en professionals aanwezig zijn om de bezigheden te begeleiden. Ook familieleden spelen hierin een rol. Bij alle drie deze groepen ontwikkelt hun bijdrage aan zorg en ondersteuning zich positief. In 2017, ten tijde van de opname van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in het Kwaliteitsregister, zagen we bij de woonvoorzieningen die deelnamen aan de Monitor een sterke toename in de inzet van vrijwilligers. Hoewel vrijwilligers in de huidige meetronde nog steeds vaker ingezet worden dan in 2008, is dit met gemiddeld 12 minuten per bewoner per week een beperkte winst te noemen. Door het aantrekken van meer medewerkers met niveau 1 tot en met 3 is de noodzaak voor de inzet van vrijwilligers misschien afgenomen. Vrijwilligers op hun beurt kunnen ook vinden dat zij minder nodig zijn, juist doordat er extra medewerkers zijn aangetrokken die zich bezighouden met het welbevinden van bewoners en hierdoor stoppen. Zorgorganisaties hebben in 2017 veel tijd geïnvesteerd in het werven van vrijwilligers, maar het lijkt erop dat die niet duurzaam aan de woonvoorzieningen verbonden blijven en dat er nog geen mechanisme is om de vrijwilligersinzet structureel op peil te houden. Eerder schreven wij al een blog, onder meer gebaseerd op de resultaten van de vorige meetronde van de Monitor, waarin we laten zien hoe men vrijwilligers aan een zorgorganisatie kan binden.

Eenzelfde trend zien we bij het betrekken van familie van bewoners. In de vorige meetronde steeg de inzet van familieleden in de zorg sterk ten opzichte van de eerdere meetrondes en lag rond de vijf kwartier per bewoner per week, maar in de huidige meetronde is de inzet van familie gemiddeld een uur en significant lager dan in de vierde meetronde, al zijn familieleden nog steeds meer bij de zorg betrokken dan in 2008. Ook de gemiddelde tijd dat familie op bezoek kwam was twee jaar geleden hoog ten opzichte van de meting ervoor en de huidige meting, gemiddeld bijna vijfeneenhalf uur per week. Deze piek in betrokkenheid en bezoek, ging echter ook gepaard met een piek

in de zorgbelasting van familieleden. Dit was een zorgelijke ontwikkeling, maar deze belasting is – met de afname van de betrokkenheid bij de zorg en bezoek – in de huidige meetronde ook afgevlakt. Ook in de Dementiemonitor Mantelzorg 2018, waarvan de metingen onder mantelzorgers van mensen met dementie thuis en in zorginstellingen min of meer in dezelfde perioden hebben plaatsgevonden, zijn deze piek en afname in ervaren zorgbelasting gevonden (124).

Omdat mensen met dementie nu langer thuis wonen, blijft mantelzorgondersteuning onverminderd een belangrijk punt van aandacht. Overbelasting van mantelzorgers is een belangrijke reden voor opname van iemand met dementie in een zorginstelling (180), maar ook één op de tien mantelzorgers in het verpleeghuis voelt zich overbelast (124). Positief is dat er nu veel on- en offline ondersteuning voor mantelzorgers beschikbaar is vanuit overheden, zorgverzekeraars, Alzheimer Nederland en zorgorganisaties zelf. Mogelijk vinden mantelzorgers hierdoor beter hun weg naar effectieve interventies en ondersteuning. Een andere verklaring voor de afname in belasting van familieleden ten opzichte van twee jaar geleden kan zijn dat er minder van hen wordt gevraagd. (Over-) belasting van mantelzorgers hangt samen met een hoge objectieve inzet van zorg en supervisie (181).

Het lijkt erop dat woonvoorzieningen succesvol zijn geweest in het betrekken van familieleden in het begin van de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Familieleden zullen over het algemeen echter betrokken blijven gedurende de tijd dat hun naaste in de woonvoorziening verblijft, hierna stromen zij uit. Inbedden van structurele processen om (nieuwe) familieleden bij de zorg te betrekken blijft daarom nodig, aangezien er door krapte op de arbeidsmarkt in de toekomst een toenemend beroep op familieleden zal moeten worden gedaan. Hierbij moet echter wel oog worden gehouden voor een goede balans zodat de grenzen van familieleden bij hun inzet in de zorgverlening niet worden overschreden.

Veiligheid

Voor het eerst sinds 2008 is er een duidelijke afname zichtbaar in het voorschrijven van psychofarmaca aan bewoners met dementie in onze steekproef. In 2008 werd gemiddeld aan negen op de tien bewoners een psychofarmacon voorgeschreven en dit aantal is in absolute zin gedaald naar zeven op de tien. Dit is een positieve ontwikkeling, gezien de (zeer) negatieve bijwerkingen van psychofarmaca voor mensen met dementie, waaronder een verhoogd risico om te vallen (182,183). Van deze populatie is bekend dat er veel polyfarmacie voorkomt (184). Mede door medicatie-interacties kan met name voorschrijven van antipsychotica aan bewoners met dementie het risico op overlijden vergroten (185). De hoeveelheid antipsychotica die per bewoner wordt voorgeschreven, één antipsychotisch middel op de vijf bewoners, is gelijk aan de laatste meetronde maar significant gedaald over de gehele periode. Ook antidepressiva, slaapmiddelen en benzodiazepines worden over de gehele linie minder voorgeschreven, maar deze afname is niet significant over de gehele periode.

De inspanningen om zorgmedewerkers en behandelaars bewust te maken van de risico's van psychofarmaca hebben wel hun vruchten afgeworpen, maar het proces gaat langzaam en vereist een intensieve multidisciplinaire samenwerking (63). Beschikbare en effectieve psychosociale interventies voortdurend onder de aandacht brengen en deze ook aanbevelen als te verkiezen boven farmacologische interventies, is een van de speerpunten om oneigenlijk gebruik van psychofarmaca verder te reduceren. Ook wijzen op het belang van een goede probleemanalyse en een adequate diagnosestelling – bijvoorbeeld bij onbegrepen gedrag door pijn (69,70) – zal hieraan bijdragen. Landelijke publicatie van goede voorbeelden die illustreren hoe zorgorganisaties oneigenlijk gebruik van psychofarmaca hebben teruggedrongen en tools aanbieden om hiermee aan de slag te gaan, zullen hopelijk andere organisaties inspireren om ook deze weg te gaan (186). Overigens blijkt ook uit tussentijdse resultaten van het project 'Het kan meer met minder', dat bij het terugdringen van oneigenlijk gebruik van psychofarmaca vooral ook factoren binnen de organisatie een rol spelen. Zoals een heldere visie op voorschrijven van psychofarmaca of mogelijkheden om door middel van constructieve reflectie oneigenlijk gebruik van deze middelen terug te dringen (63).

De dalende trend in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij bewoners met dementie heeft zich verder doorgezet. In de huidige meetronde van de Monitor werden bij ongeveer één op de tien bewoners dergelijke maatregelen, voornamelijk het gebruik van bedhekken, toegepast. De redenen voor toepassing van deze maatregelen zijn onbekend, maar het is aannemelijk dat dit vooral gebeurde om het risico van vallen bij bepaalde bewoners te verminderen. Dit risico neemt toe naarmate de dementie vordert, maar kan zoals eerder aangegeven ook groter worden door psychofarmaca of medicatie-interacties. Bij goed beargumenteerd gebruik waren vrijheidsbeperkende maatregelen geoorloofd binnen de BOPZ (187), maar sinds 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht, die bewoners meer regie biedt dan de BOPZ. Binnen de kaders van deze wet, wordt zorg als onvrijwillig gezien als tegen bepaalde zorghandelingen bezwaar wordt gemaakt door de bewoner of diens vertegenwoordiger. Hierdoor zal een verschuiving ontstaan in wat onder onvrijwillige zorg wordt verstaan. Onderzoek naar de evaluatie van de Wzd zal hier meer inzicht in bieden en ook een mogelijke volgende meetronde van de Monitor zal zich hierop richten.

Randvoorwaarden

Kwalitatief hoogwaardige zorg is enkel mogelijk indien zorgorganisaties aan bepaalde randvoorwaarden voldoen. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg schetst deze voorwaarden met betrekking tot gebruik van informatie en van hulpbronnen, personeelssamenstelling en leiderschap, governance en management. In de vijfde meetronde hebben we een aantal aspecten met betrekking tot personeel, werkomstandigheden en leiderschap in kaart gebracht; de belangrijkste uitkomsten hiervan worden hieronder behandeld.

Werkomstandigheden

Werkdruk wordt vanuit de praktijk door de jaren heen consequent als aandachtspunt genoemd in de werkomstandigheden van medewerkers in de verpleeghuiszorg (188). Medewerkers melden herhaaldelijk dat zij een hoge werkdruk ervaren. Uit een peiling van V&VN, waarvan de meest recente resultaten in 2019 zijn gepubliceerd, blijkt dat 69% van verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat hun werkdruk het afgelopen jaar gestegen is (189). Eenzelfde percentage medewerkers in de verpleging en verzorging geeft in 2019 in een CBS peiling aan dat de werkdruk is toegenomen (107). Deze aantallen worden genuanceerd doordat 50% van de medewerkers in diezelfde peiling aangeven dat de werkdruk (te) hoog is. Toch zien we in de Monitor door de jaren heen geen significante veranderingen in werkdruk optreden. Wel ligt de score op werkdruk rond het gemiddelde van de schaal, wat redelijk vergelijkbaar is met de eerder genoemde 50% medewerkers die aangeven een (te) hoge werkdruk te ervaren. Hoewel er geen significante toename van emotionele taakeisen die de werkdruk zouden kunnen vergroten is gevonden, zegt toch bijna een kwart van de medewerkers veel emotioneel inspannend werk te moeten verrichten.

De Monitor meet werkdruk niet met een enkele stelling. De gebruikte schaal reflecteert in hoeverre medewerkers het gevoel hebben dat zij kunnen voldoen aan het geven van goede zorg en aanvullende taken en of hierbij het uiterste van hen wordt gevergd. Het gebruik van een schaal geeft een iets genuanceerder beeld dan de vraag in welke mate iemand werkdruk ervaart. Ook fluctueert de uitkomst van een schaal minder over de tijd dan een enkele stelling.

De werkdruk in de verpleeghuiszorg is relatief hoog en blijft een punt van aandacht. Ondanks dat er meer banen zijn gecreëerd en er meer personeel is aangenomen sinds de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, zijn het ziekteverzuim en verloop hoog binnen de sector en is er nog steeds een personeelstekort (2). Er zijn meer vacatures dan in 2008, maar het duurt ook langer om deze vacatures op te vullen. Om medewerkers aan de sector te binden en een hoog personeelsverloop tegen te gaan is het zaak om de ervaren werkdruk te verminderen en de oorzaken aan te pakken. Vooral regeldruk en administratieve lasten, moeilijke of complexe taken, mondige cliënten en personeelstekort worden gezien als oorzaken voor werkdruk in de zorg.

Leren en zich ontwikkelen is eveneens belangrijk voor de werkomstandigheden van verpleeghuismedewerkers of de randvoorwaarden voor een goede werkomgeving. Dit thema komt dan ook prominent naar voren in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Jezelf ontwikkelen en ontplooien, waaronder kennis uitwisselen, leren van elkaar, feedback geven en ontvangen en steun krijgen, gebeurt op diverse manieren. Van de totale tijd die een werkende aan leren besteedt, beslaat informeel leren tijdens het werk veruit het grootste deel (96%); trainingen en cursussen volgen maakt 4% van de tijd uit (190). In de praktijk leren medewerkers dus op de werkvloer, vooral van collega's. Ondanks de aandacht voor dit onderwerp, zien we in de Monitor geen veranderingen

in de mate waarin medewerkers zeggen ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden in hun werk te hebben. Dit is mogelijk te verklaren doordat leren op de werkvloer van collega's door de respondenten niet werd gezien als 'ontwikkelen en ontplooien' en zij de vraag beantwoordden vanuit de mogelijkheden van het volgen van opleidingen en cursussen die bijdragen aan expertise en persoonlijke groei. Daarnaast blijken nog niet alle organisaties onderdeel te zijn van een lerend netwerk; medio 2019 was dit slechts bij een kwart het geval (9,106). Deze ontwikkeling is waarschijnlijk nog gaande. Ten slotte bleek uit gesprekken met relevante stakeholders voorafgaand aan de vijfde meetronde van de Monitor dat er nog veel vragen bestaan over wat een lerende organisatie inhoudt. Hierop zullen we verder ingaan in één van de bij deze meetronde behorende verdiepende publicaties over lerende organisaties.

Tot slot kan inzet van technologie ook van invloed zijn op de werkomstandigheden van zorgmedewerkers. Er is behoefte aan technologische innovaties die het zorgproces ondersteunen en zorgmedewerkers ontlasten. Aan wat voor soort ondersteunende technologieën in het verpleeghuis worden ingezet, om welke reden en vanuit welke visie hebben wij in deze meetronde aanvullend aandacht besteed. Ook deze bevindingen komen in een aparte publicatie aan bod.

Personeelssamenstelling

Het uitgangspunt van de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling is dat de sleutel voor goede zorg niet ligt in een kwantitatieve norm, maar in een verantwoorde personeelssamenstelling, afgestemd op de behoeften van de bewoners (32). Met die verantwoorde samenstelling, bestaande uit voldoende medewerkers met de juiste competenties (gevormd door kennis, vaardigheden en attitude), wordt gezamenlijk goede zorg geboden in het belang van het welzijn van de bewoners.

De afgelopen jaren zijn veel middelen uitgetrokken voor de inzet van extra medewerkers om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en om te kunnen voldoen aan kwantitatieve en kwalitatieve context gebonden normen (Norm Personeelssamenstelling (191)). De samenstelling van personeel is gestoeld op een mix van competenties, welke deels tot uiting komen in het niveau van medewerkers. Duidelijk is dat de kwalificatiemix van de medewerkers van de aan de Monitor deelnemende woonvoorzieningen afwijkt van het landelijk gemiddelde. Er zijn relatief meer medewerkers van niveau 1 en 2, maar ook het percentage medewerkers niveau 4 ligt iets hoger (147). We zien wel een groei in het aandeel medewerkers niveau 1 en 2 in de Monitor, welke ook landelijk zichtbaar is (36). De ontwikkeling met betrekking tot de toename van het aandeel medewerkers niveau 3 is echter tegenovergesteld in de laatste meetronde, waarin hun aandeel afneemt binnen de kwalificatiemix. Deze verschillen kunnen samenhangen met het voornamelijk kleinschalige karakter van de deelnemende woonvoorzieningen. Voor wat betreft de ondersteunende functies zien we vooral een toename in functies van niveau 1, die juist samenwerken met zorgmedewerkers en hen assisteren. Relatief nieuwe functies zijn bijvoorbeeld de woonzorgondersteuner, zorgassistent, zorghulp of

helpende. De taken van deze medewerkers zijn vooral gericht op de ondersteuning in dagelijkse bezigheden, waaronder het huishouden, helpen bij maaltijden en begeleiden van dagelijkse activiteiten. Het aandeel medewerkers niveau 2 in de Monitor is meer dan twee keer zo groot dan het landelijk gemiddelde. Zij ondersteunen vooral bewoners bij persoonlijke verzorging en het huishouden. Veel van de activiteiten die medewerkers niveau 1 en 2 uitvoeren zijn kenmerkend voor kleinschalig georganiseerde zorg, hierdoor zijn deze medewerkers mogelijk vaker werkzaam in kleinschalige woonvoorzieningen. De Norm Personeelssamenstelling is nog relatief nieuw. Om de praktijk betere inzichten te kunnen bieden in welke competentiemix aansluit bij de behoefte, is het van belang om deze ontwikkelingen te blijven volgen en samenhang met de zorgzwaarte van bewoners en het type woonvoorziening.

De extra inspanningen om personeel aan te trekken hebben in de Monitor ook zichtbaar effect. Sinds 2008 is er wekelijks gemiddeld bijna tweeëneenhalf uur meer directe zorg beschikbaar per bewoner. De vraag is hoe deze extra uren ingezet worden. De resultaten suggereren dat een deel hiervan in de nachtdienst wordt ingezet, aangezien de stijging voor alleen dagdiensten niet significant is. En het is niet duidelijk in welke mate de deelnemende woonvoorzieningen minimaal twee medewerkers beschikbaar hadden tijdens intensieve zorgmomenten, zoals sinds 2019 is opgenomen in de Personeelsnorm Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (191). Uit de Monitor Personeelssamenstelling bleek dat deze norm vooral in grotere bewonersgroepen beter gerealiseerd kon worden.

Leiderschap en visie op zorg

Goed leiderschap, waarbij leidinggevenden handelen volgens een heldere visie, op de lange termijn denken en vanuit het perspectief van de bewoner, vormt de basis voor goede kwaliteit in de verpleeghuiszorg (151). Uit eerder onderzoek bleek al dat een visie als leidraad voor praktijk en beleid één van de onderscheidende factoren is voor succesvolle woonvoorzieningen voor mensen met dementie (101). Een visie op zorg, ondersteuning en behandeling wordt volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg opgesteld samen met belanghebbenden, waarbij kwaliteit van leven het uitgangspunt is (9). Ook 'Waardigheid en Trots' had dit als speerpunt (7). Inmiddels wordt deze visie jaarlijks formeel vastgelegd in de kwaliteitsplannen van zorgorganisaties.

In tegenstelling tot wat wij verwachtten op basis van bovengeschetste ontwikkelingen, is de mate waarin medewerkers en behandelaars de visie op zorg binnen hun organisatie als eenduidig ervaren niet gewijzigd in de laatste zeven tot tien jaar. Mogelijk wordt de geformuleerde visie niet voldoende uitgedragen binnen zorgorganisaties en heeft niet iedereen een duidelijk beeld van de gestelde doelen. Een gezamenlijke en eenduidige visie op de zorg draagt bij aan een goed functionerend team en uiteindelijk aan betere kwaliteit van zorg (170–172). Daarom is het van belang dat er kritisch gekeken wordt naar hoe de visie binnen de organisatie tot stand is gekomen en vervolgens verspreid en omarmd wordt binnen alle lagen van de organisatie. Aandachtspunten hierbij zijn de visie op keuzevrijheid van bewoners, communicatie met familie en het accepteren en waarderen van verschillen tussen collega's. Over deze onderwerpen bleek namelijk de

meeste onduidelijkheid te bestaan. Goede communicatie met familie is daarnaast ook nog eens belangrijk om partnerschap in de zorg te bevorderen, waardoor betere zorg voor een bewoner kan worden geboden (129).

Leidinggevenden spelen een grote rol in het uitdragen van de organisatievisie, ongeacht of een organisatie zelfsturend is ingericht of niet. In het kader van goed leiderschap wordt binnen de Monitor gekeken naar transformationeel leiderschap: een leiderschapsstijl waarbij de collectieve visie en doelen worden uitgedragen en de leidinggevende een rolmodel is en medewerkers inspireert, motiveert en coacht in hun (persoonlijke) ontwikkeling (156,159–161). Hoewel het een tegenstelling lijkt, wordt transformationeel leiderschap gezien als een stijl die past bij zelfsturende teams. Om teams te laten komen tot zelfsturing, moet een leidinggevende zijn of haar stijl veranderen van een sturende naar een ondersteunende manier van leidinggeven (166). Voor het eerst sinds 2010 zien medewerkers meer transformationeel leiderschap bij hun leidinggevende. Een verklaring kan zijn dat zorgorganisaties de kwaliteitsgelden hebben ingezet om de deskundigheid en vaardigheden van leidinggevenden te verbeteren (36). Dit is een goede ontwikkeling in het licht van de eisen die het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg stelt aan leiderschap en goed bestuur (9). Meer dan vier van de vijf medewerkers herkennen de meeste eigenschappen van goed leiderschap bij hun leidinggevende, al is er ruimte voor verbetering met betrekking tot de zichtbaarheid van leidinggevenden op de werkvloer en de mate waarin zij zelf openstaan voor feedback en constructieve feedback geven aan hun medewerkers. Daarnaast verdient het aanbeveling leiderschapsvaardigheden te versterken die specifiek gericht zijn op inspireren, coachen en stimuleren van medewerkers. Deze kwaliteiten zullen naar verwachting een positief effect hebben op het lerend klimaat binnen organisaties, waarbij medewerkers de ruimte krijgen om zichzelf – gestimuleerd door hun leidinggevende – te ontwikkelen en te verbeteren.

Reflectie op methode

In de Monitor Woonvormen Dementie brengen we elke twee tot drie jaar een aantal relevante aspecten van de zorg voor bewoners met dementie in kaart. Op basis van ingezet beleid en innovaties worden sinds vijf meetrondes in de Monitor verwachtingen geformuleerd en vervolgens getoetst aan de data. Doordat de Monitor al sinds 2008 bestaat en de dataverzameling gebaseerd is op betrouwbare en valide instrumenten, geeft dit een goed beeld van trends door de tijd in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Hierbij dient echter wel een kanttekening te worden gemaakt over de representativiteit van de deelnemende woonvoorzieningen. Aan de eerste twee edities van de Monitor (MWD1 en MWD2) namen respectievelijk 136 en 144 woonvoorzieningen deel, aanzienlijk meer dan aan de laatste drie edities (respectievelijk 47, 49 en 58). De MWD1 en MWD2 werden volledig gefinancierd door het ministerie van VWS, maar met ingang van de MWD3 betaalt het ministerie nog maar een deel en wordt van geïnteresseerde woonvoorzieningen een eigen bijdrage voor deelname gevraagd. Hoewel de investering relatief laag is, merken we dat dit de motivatie voor deelname van woonvoorzieningen beïnvloedt heeft.

Voor de werving van woonvoorzieningen ten behoeve van de laatste meetronde is contact opgenomen met alle woonvoorzieningen voor mensen met dementie afkomstig uit het netwerk van de onderzoekers en uit de lijst met instellingen voor onvrijwillige opnemingen van het ministerie van VWS. Hierbij waren ook woonvoorzieningen die in het verleden al één of meer keren meegedaan hadden aan de Monitor. Dit is dezelfde methode als tijdens voorgaande meetrondes. Er is deze meetronde wederom veel tijd geïnvesteerd in het werven van woonvoorzieningen, net zoals in het geval van de MWD3 en MWD4. Tijdens de werving van de MWD4 hadden wij naast de eigen bijdrage ook te maken met de druk op de financiën en de organisatie in de sector door de overgang van de AWBZ naar de Wlz. Tijdens de werving voor de MWD5 is zo mogelijk nog meer tijd geïnvesteerd, omdat vanuit het programma 'Waardigheid en Trots' op locatie een gratis Scan Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg aan zorgorganisaties werd aangeboden. Dit was voor woonvoorzieningen vaak een aantrekkelijker alternatief dan deelname aan de Monitor. Door de wervingsperiode te verlengen, zijn we er uiteindelijk in geslaagd een groter aantal woonvoorzieningen aan te trekken dan in de voorgaande twee meetrondes.

De participerende woonvoorzieningen wilden veelal aan de Monitor deelnemen, omdat zij de verdiepende en onderbouwde informatie relevant achtten voor de verbetering van hun kwaliteit van zorg. Zij waren gemotiveerd om gericht met de uitkomsten van de Monitor aan de slag te gaan. Naast de fysieke en digitale terugkoppelbijeenkomsten over hun uitkomsten, hebben de deelnemende voorzieningen sinds deze meetronde ook de beschikking over een digitaal dashboard. Hierin kunnen zij hun eigen uitkomsten vergelijken met andere deelnemende woonvoorzieningen en met hun uitkomsten in eerdere meetrondes. Deze snellere terugkoppeling draagt bij aan leren en verbeteren.

Ten opzichte van de meer dan 2.300 locaties voor verpleeghuiszorg die Nederland kent, is het aantal deelnemende woonvoorzieningen vooral sinds de derde meetronde laag en minder representatief voor de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie die in Nederland geboden wordt. Daarnaast heeft dit als nadeel dat niet alle typen woonvoorzieningen zijn vertegenwoordigd. Het lijkt dat vooral woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden geïnteresseerd zijn in deelname aan de Monitor. Sinds de derde meetronde is de deelname van grootschalig georganiseerde woonvoorzieningen aan de Monitor sterk afgenomen. Van de 819 woonvoorzieningen in Nederland die zijn gespecialiseerd in dementie bieden er 436 kleinschalige zorg (53%), gedefinieerd als zorg voor 6 tot 8 bewoners (16). In onze steekproef biedt 90% van de woonvoorzieningen kleinschalige zorg. Het is niet duidelijk in hoeverre de woonvoorzieningen die op Zorgkaart Nederland aangeduid zijn als kleinschalig ook voldoen aan kenmerken van kleinschaligheid. Maar kleinschaligheid is in de vijfde meetronde zeer waarschijnlijk oververtegenwoordigd ten opzichte van wat er landelijk aan kleinschalig zorgaanbod voorhanden is. De uitkomsten van de Monitor met betrekking tot zorgzwaarte van bewoners en de inzet van medewerkers moeten vooral in dit licht bezien worden.

Omdat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ten tijde van de start van de meetronde al geruime tijd was geïmplementeerd, hebben we er in de huidige meetronde voor gekozen om op punten ook vergelijkingen te maken met de uitkomsten van de vierde meetronde. Sinds 2008 zijn er al veel goede stappen gezet in de verbetering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Door een vergelijking met de uitkomsten van de vierde meetronde hebben we gepoogd aanvullende informatie te bieden over de gevolgen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in de praktijk en inzicht te geven in aspecten van de verpleeghuiszorg waar nog ruimte is voor verbetering.

In de uitkomstenmaten die zijn gebruikt in de Monitor zijn soms hele kleine verschillen statistisch significant en grotere verschillen op andere uitkomsten niet. Dit heeft alles te maken met de spreiding die aanwezig is in de uitkomsten tussen de deelnemende woonvoorzieningen. Wanneer tussen verschillende meetrondes de uitkomsten van woonvoorzieningen op een uitkomstmaat erg uiteen liggen, bijvoorbeeld een range van het aantal bewoners in een woonvoorziening tussen 6 en 240, met een gemiddelde van 44 in de ene meting en 32 in de andere, wordt een verschil eerder toe gewezen aan kans en is het verschil geen wezenlijk (significant) verschil. Wanneer uitkomsten meer gecentreerd zijn rond een bepaald gemiddelde, dus met minder spreiding, dan is de zekerheid groter dat er ook daadwerkelijk een verandering heeft plaatsgevonden. Aanvullend zijn sommige significante veranderingen op bepaalde uitkomstmaten lastig te interpreteren. Zo is bijvoorbeeld lastig te zeggen wat een verbetering van 0,2 punten op positief affect (kwaliteit van leven) daadwerkelijk inhoudt voor een individuele bewoner. Omdat er ook in de huidige meetronde substantiële aantallen bewoners zijn geobserveerd, maar ook voldoende familieleden en medewerkers, geven zelfs deze ogenschijnlijk kleine veranderingen wel trends weer.

Tot slot

Hoewel de metingen van de Monitor hebben plaatsgevonden voor de uitbraak van COVID-19 in Nederland, kunnen we in deze publicatie de gevolgen van de pandemie voor de verpleeghuissector niet negeren. Het virus veroorzaakt verreweg de hoogste mortaliteit onder verpleeghuisbewoners, vanwege hun kwetsbaarheid en multimorbiditeit (192). Het besluit om tot volledige sluiting van verpleeghuizen over te gaan had in eerste instantie dan ook tot doel bewoners tegen het virus te beschermen. Hoe langer deze maatregelen echter duurden, hoe duidelijker de negatieve impact van de genomen maatregelen op bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra werd. Hoewel zorgorganisaties er alles aan deden om contact tussen bewoners en familie in stand te houden, door videobellen en telefoneren te faciliteren of door raamcontact mogelijk te maken, werd er een grote toename waargenomen in onbegrepen gedrag en stemmingsproblemen. Voor een kleiner deel van de bewoners zorgde het bezoekverbod voor meer rust. Door de afname van prikkels nam de gedragsproblematiek juist af (193–195) . Ook de gerapporteerde kwaliteit van leven en gezondheid nam in deze periode fors af (194,195). Daarnaast was ook de eenzaamheid onder bewoners hoog, van één op de vijf bewoners werd gerapporteerd dat hij of zij in meer of mindere mate eenzaam

was tijdens de sluiting. Voorts werd duidelijk hoe afhankelijk woonvoorzieningen zijn van de bijdragen van vrijwilligers en familieleden aan de zorg en de ondersteuning van activiteiten. Tijdens de sluiting vonden ook de groepsactiviteiten die een belangrijk aandeel hebben in de dagstructuur van bewoners geen doorgang meer. Juist het betrekken van familieleden en het inzetten van vrijwilligers ondersteunend aan de zorg, maar ook activiteiten voor bewoners zijn aandachtspunten die naar voren komen in de laatste resultaten van de Monitor. Hoewel op alle punten vooruitgang is geboekt sinds de eerste ronde van de Monitor, gaat de vooruitgang langzaam. De coronacrisis maakte de bewustwording rond de afhankelijkheid tussen de verpleeghuissector en de bijdrage van familie, vrijwilligers en activiteiten voor het bieden van goede zorg, aan het welzijn van bewoners, groter.

In een volgende meetronde willen we meer aandacht besteden aan eenzaamheid onder bewoners en aan het aanbod van een adequate daginvulling. Indien nog steeds relevant zal dan ook worden nagegaan in hoeverre naasten en medewerkers betrokken zijn bij de beleidsvorming rond een eventuele sluiting of bezoekregeling tijdens een lokale uitbraak. Maar uit de afgelopen periode zullen meer lessen te trekken zijn voor de organisatie van de verpleeghuiszorg. Wij willen deze ontwikkelingen volgen en relevante thema's inbedden in een volgende meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie.

Bijlage Methodologische verantwoording

Bijlage Methodologische verantwoording

In deze bijlage worden de onderzoeksmethoden van de vijfde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie beschreven. We beschrijven op welke wijze de deelnemende woonvoorzieningen zijn geselecteerd en hoe de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden. Daarnaast geven we een overzicht van de gebruikte meetinstrumenten en analysemethoden.

Deelnemende woonvoorzieningen

Aan de vijfde meetronde van de Monitor hebben in totaal 58 woonvoorzieningen deelgenomen. De eerste stap om woonvoorzieningen te werven was een aankondiging op de website van het Trimbos-instituut dat er een nieuwe meetronde zou gaan plaatsvinden. Op de website waren ook korte filmpjes te vinden waarin eerdere deelnemers vertelden over hun ervaringen met de Monitor en wat deelname hun had opgeleverd. Vervolgens zijn alle woonvoorzieningen voor mensen met dementie telefonisch, per mail en/of via sociale media benaderd voor deelname. De benaderde instellingen waren afkomstig uit het netwerk van de onderzoekers en uit de lijst met instellingen voor onvrijwillige opnemingen van het ministerie van VWS. Hierbij waren ook woonvoorzieningen die in het verleden al een of meer keren meegedaan hadden aan de Monitor.

De werving van de locaties heeft veel tijd in beslag genomen, mede doordat er inmiddels naast de Monitor allerlei andere initiatieven lopen om de praktijk te verbeteren. Ook kwam het voor dat woonvoorzieningen de toegevoegde waarde van de Monitor wel zagen, maar hun medewerkers niet extra wilden belasten met het invullen van vragenlijsten. Andere redenen om niet deel te nemen waren reorganisaties en andere lopende projecten die prioriteit hadden, waardoor de dataverzameling van de Monitor niet op een geschikt moment plaatsvond. De eigen financiële bijdrage was in tegenstelling tot eerdere meetronden vrijwel nooit het struikelblok.

In de Monitor Woonvormen Dementie worden vijf typen woonvormen voor mensen met dementie vertegenwoordigd:
- Grootschalig verpleeghuis
- Pg-unit in woonzorgcentrum
- Kleinschalige woonvoorziening voor meer dan 36 bewoners met dementie
- Kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners waar ook andere zorg wordt geboden
- Kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners zonder andere zorg

Net als in de eerdere meetrondes deden ook ditmaal woonvoorzieningen mee zonder BOPZ-status (35%). Instellingen mogen op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) mensen onvrijwillig opnemen en afdelingsdeuren voor bewoners gesloten houden als zij hiertoe zijn erkend. Per 1 januari 2020 is de Wet BOPZ vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz (Wvggz). In Nederland komen er echter al enige tijd steeds meer woonvoorzieningen bij die wel verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie maar geen BOPZ-status bezitten. Zeker wanneer er sprake is van scheiding van wonen en zorg, zoals in een woonzorgcentrum, komt dit veel voor. Daarom hebben wij er al sinds de derde meetronde voor gekozen dergelijke voorzieningen ook deel te laten nemen aan de Monitor. Sinds de vierde meetronde worden deze voorzieningen ook meegenomen in de analyse van de trends.

Tussen 2008 en 2020 zijn in totaal vijf meetronden uitgevoerd: de eerste meetronde, uitgevoerd in 2008 en 2009; de tweede, uitgevoerd in 2010 en 2011; de derde, uitgevoerd in 2013 en 2014; de vierde, uitgevoerd in 2016 en 2017 en de vijfde, uitgevoerd in 2019 en 2020. Aan deze meetronden heeft steeds een wisselend aantal woonvoorzieningen meegedaan. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal en het type deelnemende woonvoorzieningen aan de vijf meetrondes. Er zijn geen woonvoorzieningen die aan alle vijf de meetronden hebben meegedaan.

Belangrijk bij de interpretatie van de resultaten van deze trendrapportage is dat het aantal deelnemende woonvoorzieningen geen representatieve steekproef is van woonvoorzieningen in Nederland die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie. De gegevens door de tijd die de vijf meetrondes hebben opgeleverd, zijn echter nog steeds gebaseerd op een aanzienlijk deel van de woonvoorzieningen voor mensen met dementie in Nederland.

Tabel 1: Deelnemende woonvoorzieningen aan de Monitor Woonvormen Dementie (MWD) in meetronde 1 tot en met 5, uitgesplitst naar type woonvorm.

Type woonvorm	MWD1 2008/2009 (N=136)		MWD 2 2010/2011 (N=144)		MWD3 2013/2014 (N=47)		MWD 4 2016/2017 (N=49)		MWD5 2019/2020 (N=58)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1. Woonvoorzieningen die uitsluitend klein-schalige zorg bieden aan maximaal 36 bewoners.	26	19	30	21	15	32	20	41	**26**	**45**
2. Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden aan maximaal 36 bewoners op een locatie waar ook andere zorg, zoals verzorgingshuiszorg, wordt geboden.	35	26	29	20	14	30	10	20	**13**	**22**
3. Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden aan meer dan 36 bewoners.*	31	23	29	20	10	21	12	24	**13**	**22**
4. Verzorgingshuizen met pg-units waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.	17	13	27	19	6	13	5	10	**2**	**3**
5. Verpleeghuizen waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.	27	20	29	20	2	4	2	4	**4**	**7**

** Bij type 3 wordt geen onderscheid gemaakt tussen woonvormen waar wel of geen andere zorg wordt geboden naast de kleinschalige zorg aan mensen met dementie.*

Gegevensverzameling

Voor de Monitor zijn op verschillende manieren gegevens verzameld onder leidinggevenden/managers, familieleden, medewerkers en behandelaars. Alle gegevens werden geanonimiseerd zodat ze niet herleidbaar zijn tot individuele personen, maar wel aan een woonvoorziening kunnen worden gekoppeld. De verzamelde gegevens betreffen een vaste set items waarnaar al sinds de eerste meetronde wordt gevraagd, alsmede items waarvan de gegevensverzameling in een latere meetronde is begonnen. Wanneer dit laatste het geval is, vermelden we dit apart.

- Interview met manager/leidinggevende: in elke woonvoorziening is een semi-gestructureerd interview gehouden met een manager, afdelingshoofd of teamleider. Dit interview werd afgenomen door een onderzoeker of een getrainde onderzoeksassistent.
- Registraties: er zijn registraties opgevraagd over onder andere psychofarmacagebruik en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de woonvoorziening.

- Observatievragenlijst over bewoners: door middel van een aselecte steekproef hebben we een derde van de bewoners binnen een woonvoorziening, met een minimum van twaalf, voor observatie geselecteerd. Wanneer er twaalf of minder bewoners in een woonvoorziening verbleven, werden alle bewoners geselecteerd. De eerst verantwoordelijk verzorgende van de geselecteerde bewoners is gevraagd observatielijsten in te vullen. Deze steekproefprocedure is uitgevoerd vanaf meetronde 3, in de voorgaande rondes bestond de steekproef uit een vast aantal van twaalf bewoners.
- Vragenlijst familie: familieleden (eerste contactpersonen) van de bewoners in de steekproef zijn schriftelijk benaderd om een vragenlijst in te vullen. Sinds de vijfde meetronde kan dit zowel schriftelijk als online. Papieren vragenlijsten konden per post worden geretourneerd, een link naar de digitale vragenlijst was in de uitnodigingsbrief vermeld. Familie is sinds de tweede meetronde betrokken bij het onderzoek van de Monitor. Wanneer de eerste contactpersoon een mentor of een bewindvoerder van een bewoner was, hebben we de vragenlijst uitgesloten van de analyse omdat er in deze gevallen voornamelijk sprake is van een professionele relatie met de betreffende bewoner.
- Vragenlijst medewerkers: alle zorgmedewerkers in de deelnemende woonvoorzieningen zijn uitgenodigd een digitale vragenlijst in te vullen. Dit waren alle medewerkers van niveau 1 tot en met 5 die werkzaam zijn in de dagelijkse directe zorg; stagiaires, vrijwilligers en huishoudelijk personeel zijn buiten beschouwing gelaten. In tabel 1 zijn de functies te zien van de medewerkers die de vragenlijst in deze meetronde hebben ingevuld. In meetronde 1 en 2 werd gebruikgemaakt van een aselecte steekproef van vijftien verzorgenden. Vanaf de derde meetronde is er geen steekproef getrokken en zijn alle zorgmedewerkers uitgenodigd. Sinds de derde meetronde konden de vragenlijsten digitaal worden ingevuld. De link naar de digitale vragenlijst werd vermeld in de uitnodigingsbrief.
- Vragenlijst behandelaars: Alle behandelaars die betrokken zijn bij de verpleeghuiszorg voor bewoners met dementie in de deelnemende woonvoorzieningen zijn uitgenodigd een digitale vragenlijst in te vullen. Wij hebben hierbij een brede definitie van behandelaars gehanteerd. De disciplines die we bevraagd hebben zijn: specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, activiteitenbegeleider, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, verpleegkundig specialist/physician assistent/nurse practitioner en psychomotorisch therapeut. De link naar de digitale vragenlijst werd vermeld in de uitnodigingsbrief.

Tabel 2: Functies van zorgmedewerkers binnen de vijfde meetronde van de Monitor.

Functie medewerker	Percentage medewerkers dat functie uitoefent (n=629)
Verzorgende	43,9
Woon(zorg)gebeleider	13,6
Verpleegkundige	12,7
Helpende	12,1
Eerst verantwoordelijk verzorgende	6,4
Zorgcoördinator	3,7
Anders (o.a. zorgassistent, teamleider, contact-verzorgende, gastvrouw, woonondersteuner)	7,6

Meetinstrumenten

Interview manager

De mate waarin kleinschalige zorg wordt geboden, is gemeten met behulp van een verkorte versie van de vragenlijst 'Kleinschalig zorgaanbod' (196,197). Op basis van veertien stellingen wordt een totaalscore berekend waarbij minimaal 0 en maximaal 56 punten kunnen worden behaald. Een hogere score vertegenwoordigt een meer kleinschalig zorgaanbod. Een voorbeeld van deze stellingen is: '*De huiskamers hebben een huiselijke sfeer.*'

Observatie bewoners

De mate waarin bewoners neuropsychiatrische symptomen vertonen, is gemeten met de Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) (38). Deze vragenlijst inventariseert de frequentie waarin een bewoner twaalf verschillende gedragingen laat zien (nooit, soms, regelmatig, vaak, heel vaak) en de ernst (licht, matig, ernstig) hiervan. Er wordt een totaalscore tussen de 0 en 36 berekend, waarbij een hogere score wijst op meer en ernstiger gedragskenmerken. Voorbeelden van gedragingen in de NPI-Q zijn: '*hallucinaties*', '*agitatie/agressie*' en '*apathie/onverschilligheid*'.

De hulp die de bewoner nodig heeft bij de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) is onderzocht met behulp van de Katz ADL schaal (39), waarmee zes van dergelijke activiteiten worden geobserveerd. Er wordt een score berekend tussen 1 en 7, waarbij een hogere score betekent dat de bewoner meer hulp nodig heeft bij de ADL. Voorbeelden van gemeten activiteiten zijn: '*wassen*', '*voeding*' en '*wc-gebruik*'.

Om het cognitief functioneren van de bewoners te onderzoeken hebben we de Cognitive Performance Scale (CPS) gebruikt (198). De CPS bestaat uit drie items. Hierover wordt een totaalscore tussen de 0 en 6 berekend, waarbij 0 betekent dat een bewoner geen problemen heeft met cognitief functioneren en 6 dat iemand ernstige cognitieve beperkingen heeft.

De kwaliteit van leven van bewoners is gemeten met de Qualidem (40) waarmee op negen domeinen van kwaliteit van leven, onder andere sociale relaties, positief zelfbeeld en iets omhanden hebben, een score wordt berekend die varieert van 0 tot en met 3. Een hogere score op een subschaal betekent een hogere kwaliteit van leven.

De mate van betrokkenheid van bewoners bij activiteiten hebben we gemeten met een vragenlijst die is gebaseerd op de interRAI-LTCF (37). Hierin worden 21 soorten activiteiten gepresenteerd waarbij de medewerker vermeldt of een bewoner hieraan heeft meegedaan in de drie dagen voorafgaand aan de meting. Door het aantal activiteiten waarbij een bewoner betrokken is geweest bij elkaar op te tellen, ontstaat een totaalscore. Voorbeelden van activiteiten zijn '*kaarten, spelletjes of puzzels*', '*muziek maken en zingen*' en '*uitstapjes of winkelen*'.

Vragenlijst familie

De mate van persoonsgerichte zorg is gemeten met de Person-Centered Care (PCC) vragenlijst (55). Wij hebben hierbij gebruikgemaakt van de Nederlandse versie van dit meetinstrument. De vragenlijst bevat 25 items. Hierover wordt een score berekend tussen 0 en 4, waarbij een hogere score laat zien dat er meer persoonsgerichte zorg wordt geboden.

De zorgbelasting die familieleden ervaren, is beoordeeld met de Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) vragenlijst (121). De deelnemende familieleden rapporteerden op negen stellingen in hoeverre de betreffende uitspraak op hen van toepassing was. De eindscore wordt vastgesteld door gedichotomiseerde scores bij elkaar op te tellen en varieert tussen 0 en 9, waarbij een hoge score inhoudt dat de familie zich ernstig belast voelt. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Het combineren van de verantwoordelijkheid voor naaste en mijn werk/gezin valt niet mee*' en '*Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn naaste.*'

De mate waarin familie zich betrokken voelt bij de woonvoorziening en zichzelf als een partner in de zorg ziet, is gemeten met de Nederlandse vertaling van de Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR) (155) die gebruikmaakt van een selectie van stellingen uit de originele vragenlijst (119). Er zijn vijftien stellingen voorgelegd die betrekking hebben op de rol die familie in de verzorging van hun naaste met dementie speelt. Antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('Sterk oneens') tot 7 ('Sterk mee eens'). De gemiddelde eindscore loopt uiteen tussen de 1 en 7. Een hogere score op de schaal betekent dat familieleden zich meer betrokken voelen bij de zorg of dat familieleden voor hun gevoel een grotere rol spelen in de zorg. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Ik heb het gevoel dat ik zeggenschap heb over de zorg die mijn familielid krijgt*' en '*De medewerkers willen dat ik alleen bezoeker ben van mijn familielid, terwijl ik betrokken wil zijn bij zijn of haar zorg.*'

De tevredenheid van familie met de woonvoorziening hebben we in kaart gebracht door familieleden twee essentiële vragen te laten beantwoorden: '*Welk rapportcijfer van 0 tot 10 geeft u de woonvoorziening?*' – waarbij 0 betekent: 'heel erg slecht', 10: 'uitstekend' – en: '*Zou u deze woonvoorziening bij uw familie en vrienden aanbevelen?*' De antwoordmogelijkheden op deze tweede vraag zijn 'beslist niet', 'waarschijnlijk niet', 'waarschijnlijk wel' en 'beslist wel'.

Om te inventariseren hoe familieleden vinden dat de behandelaren van de woonvoorziening met hen en hun naasten omgaan, hebben we acht vragen gesteld. De antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('nooit') tot 4 ('altijd'). Een hogere gemiddelde score staat voor een hogere tevredenheid op dit punt. Voorbeelden van vragen zijn: '*Leggen de behandelaren de dingen op een begrijpelijke manier aan u uit*?' en '*Besteden de behandelaren voldoende tijd aan u?*'

Vragenlijst medewerkers

De mate van persoonsgerichte zorg in de woonvoorziening is gemeten met de Person-Centered Care (PCC) vragenlijst (55). Er is gebruikgemaakt van de Nederlandse versie van dit meetinstrument. De vragenlijst bevat 27 items. Hierover wordt een uitkomst berekend tussen 0 en 4, waarbij een hogere score duidt op een hogere mate van persoonsgerichte zorg.

Met behulp van de Leidse Arbeidskenmerken Schaal (LAKS) zijn acht aspecten van het werk onder de medewerkers gemeten: werkdruk, autonomie, sociale steun van de leidinggevende en sociale steun van collega's, arbeidstevredenheid, betrokkenheid bij de organisatie en ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden (90). Per aspect kregen de respondenten een aantal stellingen voorgelegd, waarbij zij konden vermelden in hoeverre zij het hiermee eens waren. De antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('helemaal oneens') tot 4 ('helemaal eens'). Per aspect is een gemiddelde berekend (tussen 1 en 4). Hogere scores betekenen dat een bepaald aspect van het werk in de beleving van de zorgmedewerkers sterk aanwezig is in de werkomgeving.

Burn-outklachten zijn gemeten met de Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS) (91). In de UBOS krijgen de respondenten vijftien stellingen voorgelegd, waarbij zij kunnen aangeven hoe vaak deze uitspraak op hen van toepassing is. De antwoordmogelijkheden variëren van 0 ('nooit') tot 6 ('altijd/dagelijks'). We hebben twee kenmerken van burn-out gemeten: emotionele uitputting (3 stellingen) en persoonlijke bekwaamheid (3 stellingen). Voor beide kenmerken zijn gemiddelde scores berekend (tussen 0 en 6). Hoe hoger de score op emotionele uitputting en hoe lager de score op gevoel van persoonlijke bekwaamheid, hoe meer er sprake is van burn-outklachten (91).

Om de emotionele taakeisen en hulpbronnen in het werk van medewerkers te meten hebben we twee subschalen van de verkorte versie van de Demand-Induced Strain Compensation Model (DISC) vragenlijst (92) gebruikt. Taakeisen zijn zaken die, meestal

binnen een bepaald tijdsbestek, gedaan moeten worden en inspanning vereisen. Werk gerelateerde hulpbronnen zijn elementen in het werk die werknemers kunnen gebruiken om hun taken goed uit te voeren. Beide subschalen bestaan uit drie stellingen, waarbij de respondenten konden vermelden hoe vaak de stellingen op hen van toepassing waren. De antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('(bijna) nooit') tot 5 ('(bijna) altijd'), waarbij per subschaal een gemiddelde wordt berekend. Een hogere score staat voor meer ervaren taakeisen of hulpbronnen. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Ik moet veel emotioneel inspannend werk verrichten*' en '*In mijn werk moet ik omgaan met personen wier problemen mij emotioneel raken.*'

Op basis van de condities die bijdragen aan succesvolle samenwerking hebben wij elf stellingen ontwikkeld die betrekking hebben op *open communicatie, wederzijds respect, flexibel aanpassen en initiatief tonen* (154). De condities *heldere doelstelling en gezamenlijke verantwoordelijkheid* zijn buiten beschouwing gelaten, omdat deze al met andere meetinstrumenten worden vastgesteld (respectievelijk eenduidigheid in visie en zelfsturing). De respondenten konden aangeven in hoeverre zij het eens waren met de stellingen, variërend van 1 ('helemaal oneens') tot 4 ('helemaal eens'). Hierna werd het gemiddelde van alle scores berekend, waarbij een hogere score voor een betere teamsamenwerking staat. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Mijn collega's en ik zetten zich actief in voor ons team*' en '*Binnen ons team hebben we dezelfde normen en waarden in ons werk.*'

Tevredenheid over samenwerking met behandelaren is beoordeeld aan de hand van zeven stellingen die beantwoord kunnen worden met nooit (1), soms (2), meestal (3) of altijd (4). Een hogere gemiddelde score staat voor een hogere tevredenheid over de samenwerking met behandelaren. Voorbeelden van vragen zijn: '*Nemen de behandelaren u over het algemeen serieus*?' en '*Kunt u meebeslissen met de behandelaren over de aanpak van problemen in de zorg voor de bewoners?*'

Met de Global Transformation Leadership Scale (GTL) (152) is in kaart gebracht in hoeverre de leidinggevende een transformationele leiderschapsstijl heeft. Een transformationeel leider draagt een collectieve visie met bijbehorende doelen uit, treedt op als een rolmodel bij het werken aan de gezamenlijke doelen en inspireert, motiveert en coacht de teamleden in hun (persoonlijke) ontwikkeling. De GTL bestaat uit zeven stellingen waarbij de verzorgenden konden vermelden in hoeverre die op hun leidinggevende van toepassing waren. De antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('zelden of nooit') tot 5 ('(bijna) altijd'). Een hogere gemiddelde score betekent een sterkere transformationele leiderschapsstijl van de leidinggevende. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Mijn direct leidinggevende moedigt medewerkers aan en laat waardering blijken*' en '*Mijn direct leidinggevende stimuleert onderling vertrouwen, betrokkenheid en samenwerking tussen teamleden.*'

In aanvulling op de GTL zijn zestien stellingen toegevoegd over acht kernkwaliteiten van leidinggevenden, gebaseerd op het Aged Care Clinical Leadership Qualities Framework (ACLQF) (153). De respondenten gaven te kennen in hoeverre zij het ermee eens waren dat hun leidinggevende een bepaalde kernkwaliteit bezat. De antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('helemaal oneens') tot 4 ('helemaal eens'). Een hogere gemiddelde score weerspiegelt de aanwezigheid van meer kernkwaliteiten bij een leidinggevende. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Mijn direct leidinggevende is een voorbeeld als het gaat om het bieden van goede zorg waarin de behoeften van mensen met dementie centraal staan*' en '*Mijn direct leidinggevende geeft mij en mijn collega's feedback waarmee we iets kunnen.*'

De mate van overeenstemming over de invulling van de zorg is beoordeeld met de vragenlijst 'Eenduidigheid in Visie op Zorg' (155). Medewerkers kunnen op zeven thema's vermelden hoe vaak er binnen het team onenigheid of onduidelijkheid bestaat; de antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). De uitkomsten zijn omgescoord, zodat een hogere score voor meer eenduidigheid in visie op zorg staat. Hierbij wordt een gemiddelde score berekend tussen de 1 en 5. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Keuzevrijheid voor de bewoners*' en '*Communicatie met familie*'.

Vragenlijst behandelaars

De mate waarin persoonsgerichte zorg wordt geboden is gemeten met de Person-Centered Care (PCC) vragenlijst (55). Er is gebruikgemaakt van de Nederlandse versie van dit meetinstrument. De vragenlijst bevat 25 items. Hierover wordt een score berekend tussen 0 en 4, waarbij een hogere score aangeeft dat er een hogere mate van persoonsgerichte zorg wordt geboden.

Aan de behandelaren is gevraagd of zij deelnemen aan het multidisciplinair overleg. Als dit het geval was, werd hun vervolgens gevraagd met een rapportcijfer van 1 tot en met 10 aan te geven hoe goed de samenwerking binnen dit type overleg verloopt. Hierbij betekent een 1 dat de samenwerking zeer slecht is en een 10 dat de samenwerking zeer goed verloopt.

De mate van overeenstemming over de invulling van de zorg is beoordeeld met de vragenlijst 'Eenduidigheid in Visie op Zorg' (155). Behandelaren kunnen op zeven thema's aangeven hoe vaak er binnen het team onenigheid of onduidelijkheid bestaat; de antwoordmogelijkheden variëren van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). De uitkomsten zijn omgescoord, zodat een hogere score voor meer eenduidigheid in visie op zorg staat. Hierbij wordt een gemiddelde score tussen de 1 en 5 berekend. Voorbeelden van stellingen zijn: '*Keuzevrijheid voor de bewoners*' en '*Communicatie met familie*'.

Respons vragenlijsten

Tabel 2 geeft de respons weer van zorgmedewerkers, bewoners, familieleden en behandelaars in de vijf meetrondes. Wat opvalt is dat tijdens de laatste drie metingen de respons van zorgmedewerkers flink is afgenomen, zowel wat betreft de observatielijsten als wat de vragenlijsten over het eigen werk aangaat. De respons van familieleden en behandelaren bleef relatief stabiel door de jaren heen. Tijdens de vijfde meetronde zijn bijna alle vragenlijsten digitaal afgenomen. Familieleden hadden de keuze of zij de vragenlijst digitaal of op papier wilden invullen.

Tijdens deze meetronde hebben de onderzoekers en de contactpersonen in de woonvoorzieningen veel aandacht besteed aan het vergroten van de respons. Zo bevatte de informatie voor deelnemers naast de uitnodigingsbrief van het Trimbos-instituut ook een brief van de eigen woonvoorziening/organisatie met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Zowel wij als de deelnemende organisaties hoopten dat het belang van deelname aan de Monitor zo sterker werd uitgedragen. De contactpersoon van de woonvoorziening/organisatie werd wekelijks op de hoogte gehouden van de respons, zodat hij of zij de medewerkers kon aansporen de vragenlijsten alsnog in te vullen.

Tabel 2: Respons vragenlijsten zorgmedewerkers, bewoners, familieleden en behandelaars in de eerste tot en met de vijfde meetronde.

	MWD1		MWD2		MWD3		MWD4		MWD5	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Medewerkers	1180	59	1145	53	501	30	589	36	**642**	**33**
Observatie-vragenlijst bewoners	1327	84	1390	89	546	65	542	55	**678**	**59**
Familieleden	-	-	888	52	431	52	401	42	**479**	**42**
Behandelaars	-	-	-	-	206	53	118	43	**172**	**50**

Analysemethoden

In de trendhoofdstukken zijn ontwikkelingen in de dementiezorg door de tijd bestudeerd door de deelnemende woonvoorzieningen op de vijf meetmomenten met elkaar te vergelijken. Dit geeft een algemeen beeld van hoe een steekproef van woonvoorzieningen in Nederland zich in een periode van twaalf jaar heeft ontwikkeld.

De ontwikkelingen door de tijd zijn geanalyseerd met multilevel regressieanalyses in het computerprogramma Stata. Bij multilevel regressieanalyse wordt rekening gehouden met het aantal keren dat een woonvoorziening heeft deelgenomen aan de Monitor – dus dat er van een bepaalde woonvoorziening één (n=221), twee (n=162), drie (n=39) of vier (n=12) metingen beschikbaar kunnen zijn. Ook is rekening gehouden met het

feit dat sommige woonvoorzieningen onderdeel zijn van een overkoepelende organisatie en dat de waarnemingen in deze woonvormen dus beïnvloed kunnen worden door overkoepelend beleid. In de analyses is gebruikgemaakt van geaggregeerde gegevens op het niveau van de woonvoorziening (ongewogen gemiddeldes). In tegenstelling tot eerdere meetrondes zijn in de huidige ronde ook gegevens van woonvoorzieningen meegenomen waarbij de respons lager was dan drie. Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat sinds 2008 niet altijd dezelfde woonvoorzieningen aan de metingen van de Monitor hebben deelgenomen. Hierdoor kunnen wij niet met zekerheid concluderen dat bepaalde ontwikkelingen door de jaren heen hebben plaatsgevonden.

In het kader van de landelijke ontwikkelingen om de verpleeghuiszorg te verbeteren, hebben we voor een aantal uitkomstmaten – naast het vaststellen van een algemene trend door de jaren heen – een aanvullende vergelijking gemaakt met de vierde meetronde.

Referentielijst

Referentielijst

1. Hinkema M, Van Heumen S, Van Egter Wissekerke N. Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg [Internet]. Delft; 2019. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/12/20/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg.pdf
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 1]. Available from: https://dashboards.cbs.nl/v2/AZWDashboard/
3. ABF Research. Prognosemodel Zorg en Welzijn. Verpleging en Verzorging. [Internet]. Delft; 2020. Available from: https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/verpleging-en-verzorging/
4. Verenso. Factsheet Verblijfsduur verpleeghuispatiënten langer dan negen maanden [Internet]. 2019. Available from: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/Nieuws_2019/20190130-Verenso_Factsheet-verblijfsduur.pdf
5. van Duin C, te Riele S, Stoeldraijer L. Huishoudensprognose 2018-2060: opmars eenpersoonshuishoudens zet door [Internet]. 2018. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/51/huishoudensprognose-2018-2060
6. Kooiker S, de Jong A, Verbeek-Oudijk D, de Boer A. Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040 [Internet]. Den Haag; 2019. Available from: https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/08/toekomstverkenning-mantelzorg-aan-ouderen-in-2040
7. Van Rijn MJ Van. Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen. 2015;1–7. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/02/10/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen.pdf
8. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Thuis in het Verpleeghuis: waardigheid en trots op elke locatie. [Internet]. Den Haag; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/01/thuis-in-het-verpleeghuis/thuis-in-het-verpleeghuis.pdf
9. Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg [Internet]. Diemen; 2017. Available from: https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg/Kwaliteitskader+Verpleeghuiszorg.pdf
10. Hartstra E. Vier lessen voor een lerende organisatie [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/blogs/blog/vier-lessen-voor-een-lerende-organisatie
11. Waardigheid en Trots. Technologie [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/themas/technologie/
12. Weegen S van der, Corneliss L, Sande R van der, Boshuizen D, Redeker I, Suijkerbuijk S, et al. Technologie in de langdurende zorg. Inspiratie en mogelijkheden. [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/inspiratiebox-technologie-in-de-langdurende-zorg.pdf
13. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Arbeidsmarktagenda 2023: "Aan het werk voor ouderen!" Den Haag; 2017.
14. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Derde Voortgangsrapportage: Thuis in het Verpleeghuis. Den Haag; 2019.
15. Beter Oud. 14 woonvormen tussen zelfstandig wonen en verpleeghuis [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 17]. Available from: https://www.beteroud.nl/zelfstandig-wonen/14-woonvormen-tussen-zelfstandig-wonen-en-verpleeghuis
16. Zorgkaart Nederland. 2384 verpleeghuizen en verzorgingshuizen in Nederland. [Internet]. [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis
17. Zorginstituut Nederland. Wlz-algemeen: Hoe werkt de Wet langdurige zorg [Internet]. Available from: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg
18. Non M, Torre A Van Der, Mot E, Eggink E, Bakx P, Douven R. Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten [Internet]. Den Haag; 2015. Available from: https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2015/10/22/keuzeruimte-in-de-langdurige-zorg/Keuzeruimte+in+de+langdurige+zorg.pdf
19. De Jonge H. Kwaliteit van zorg. Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. [Internet]. 2019. Available from: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31765-437.html
20. De Jonge H. Voortgangsrapportage project wachtlijsten en capaciteit verpleeghuizen. [Internet]. 2020. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2020/06/10/voortgangsrapportage-project-wachtlijsten-en-capaciteit-verpleeghuizen/voortgangsrapportage-project-wachtlijsten-en-capaciteit-verpleeghuizen.pdf
21. Centraal Bureau voor de Statistiek. Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 27]. Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84529NED/table?ts=1598532033814

22. Zorgkaart Nederland. 433 verpleeghuizen en verzorgingshuizen in Nederland [Internet]. [cited 2020 Jul 28]. Available from: https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis?specialisatie%5B0%5D=Dementie&woonvoorziening%5B0%5D=Kleinschalig %286-8 pers.%29
23. Verbeek H, Van Rossum E, Zwakhalen SMG, Kempen GIJM, Hamers JPH. Small, homelike care environments for older people with dementia: A literature review. Int Psychogeriatrics. 2009;21(2):252–64.
24. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. Bilthoven; 2018.
25. Nederlandse Zorgautoriteit. Effecten langer thuis wonen - 2016 [Internet]. 2016. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3487_22/1/#
26. Centraal Bureau voor de Statistiek. Wlz-indicaties en Wlz-zorggebruik: in- en uitstroom per kwartaal, 2015-2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/maatwerk-publicaties/2020/10/21/wlz-indicaties-en-wlz-zorggebruik-in--en-uitstroom-per-kwartaal
27. CIZ. Kwartaalrapportage CIZ 2015 Q1 t/m Q4 - Indicatiestelling Wlz [Internet]. Utrecht; 2016. Available from: https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/Kwartaalrapportage_indicatiestelling_Wlz_Q1_2015_tm_Q4_2015.pdf
28. CIZ. Factsheet VV07 [Internet]. [cited 2020 Nov 24]. Available from: https://www.ciz.nl/zorgprofessional/meer-informatie/factsheet-vv07
29. Pot AM, De Lange J. Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie [Internet]. Utrecht; 2010. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/eaf58bb4-015b-4db6-b848-be92562260fa.pdf
30. Actiz, BTN. Algemene Voorwaarden van Actiz en BTN 2018 [Internet]. 2018. Available from: https://www.actiz.nl/web/ouderenzorg/wet-en-regelgeving/onderwerp/pag/algemene-voorwaarden/open/algemene-voorwaarden-per-1-oktober-2018
31. Te Boekhorst S. Onderzoek naar kleinschalig wonen voor ouderen met Dementie: past and future. Tussenstand. Arnhem; 2012.
32. Taskforce Waardigheid en Trots. Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling [Internet]. 2016. Available from: https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2016/09/15/leidraad-verantwoorde-personeelssamenstelling/Leidraad+Verantwoorde+Personeelssamenstelling.pdf
33. Coolen J. Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier [Internet]. Utrecht; 2015. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/04/Boekje-Ouderen-in-zorghuizen-Versie20160414.pdf?_ga=2.239321991.580101988.1607419417-2098659378.1607419417
34. Sociaal Cultureel Planbureau. Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg. Den Haag; 2013.
35. Prins M, Heijkants C, Willemse B. Monitor Woonvormen Dementie: Informele zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/03edb5f3-8e01-4c85-b979-8675397933f3.pdf
36. Arteria Consulting, Zorgverzekeraars Nederland, DAAT. Analyse kwaliteitsplannen verpleeghuiszorg. Perspectief van zorgkantoren. [Internet]. 2019. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2019/05/20190514-Analyse-kwaliteitsplannen-verpleeghuiszorg-2019.pdf
37. Morris JN, Fries BE, Hawes C, Murphy K, Mor V, Nonemaker S, et al. InterRAI Long-Term Care Facilities (LTCF) Assessment Form and User's Manual (Version 9.1). Washington, DC; 2010.
38. De Jonghe JFM, Kat MG, Kalisvaart CJ, Boelaarts L. Neuropsychiatric Inventory vragenlijst (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2003;34:74–7.
39. Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc. 1983;31(1):721–6.
40. Ettema TP, Dröes R-M, De Lange J, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. QUALIDEM: Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. Scalability, reliability and internal structure. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22:549–56.
41. ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland. Infosheet Kwaliteitsbudget : aanvraag en verantwoording [Internet]. Utrecht; 2019. Available from: https://www.actiz.nl/stream/infosheet-aanvraag-verantwoording-kwaliteitsbudget
42. Coolen J. Kwaliteit van verpleeghuiszorg: wat doet ertoe voor cliënten? Tijdschr voor Ouderengeneeskune. 2019;3.
43. Henskens M. Moving forward with dementia: Care dependency, quality of life, and the effectiveness of movement stimulation in nursing home residents with moderate to severe dementia. Vrije Universiteit Amsterdam; 2019.
44. Henskens M, Nauta IM, Vrijkotte S, Drost KT, Milders M V., Scherder EJA. Mood and behavioral problems are important predictors of quality of life of nursing home residents with moderate to severe dementia: A cross-sectional study. PLoS One. 2019;14(12):1–16.
45. Westerhof GJ, Richters K, Ten Klooster PM. Validatieonderzoek Welzijnsmeter-dementie. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2017;48(1):14–24.
46. Zwijsen SA, Smalbrugge M, Zuidema SU, Koopmans R, Bosmans JE, Van Tulder MW, et al. Grip on challenging behaviour: A multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia. Study protocol. BMC Health Serv Res. 2011;11.

47. Zuidema SU, Derksen E, Verhey F, Koopmans R. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22(7):632–8.
48. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry. 2012;169(9):946–53.
49. Vik-Mo AO, Giil LM, Ballard C, Aarsland D. Course of neuropsychiatric symptoms in dementia: 5-year longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry. 2018;33(10):1361–9.
50. Wetzels RB, Zuidema SU, De Jonghe JFM, Verhey FR, Koopmans R. Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period. Am J Geriatr Psychiatry. 2010;18(12):1054–65.
51. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. Jama. 2002;288(12):1475–83.
52. Henskens M, Nauta IM, Drost KT, Milders M V, Scherder EJA. Predictors of care dependency in nursing home residents with moderate to severe dementia: a cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2019;92:47–54.
53. Aspden T, Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Quality-of-life measures for use within care homes: a systematic review of their measurement properties. Age Ageing. 2014;43(5):596–603.
54. Gruber-Baldini AL, Zimmerman SI, Mortimore E, Magaziner J. The validity of the minimum data set in measuring the cognitive impairment of persons admitted to nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2000;48(12):1601–6.
55. Porock D, Chang Y-P. Measuring Person-Centered Care in Long Term Care: Direct Care Staff Questionnaire Psychometrics and Scoring Manual Version 1. Buffalo, NY; 2013.
56. Smit D, De Lange J, Willemse B, Twisk J, Pot AM. Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. Aging Ment Health. 2016;20(1):100–9.
57. Beerens HC, Zwakhalen SMG, Verbeek H, Tan FES, Jolani S, Downs M, et al. The relation between mood, activity, and interaction in long-term dementia care. Aging Ment Health. 2018 Jan;22(1):26–32.
58. Smit D. Seize the day! Activity involvement and wellbeing of people with dementia living in care homes. 2018.
59. Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, Van Beljouw IMJ, Pot AM. Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. Gerontologist. 2010;50:541–9.
60. Actiz, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Factsheet Extra middelen " Investeren in kwaliteit verpleeghuiszorg ": zinvolle daginvulling en deskundigheidsbevordering [Internet]. 2016. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/04/Factsheet_Extra_Middelen_kwaliteit_verpleeghuiszorg_20160715.pdf
61. Verkaik R. Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline [Internet]. Utrecht; 2009. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift_Verkaik_Depression.pdf
62. Cohen-Mansfield J, Thein K, Dakheel-Ali M, Marx MS. The underlying meaning of stimuli: impact on engagement of persons with dementia. Psychiatry Res. 2010;177:216–22.
63. Den Ouden A, Schumacher J. Het kan beter met minder, bewust gebruik van psychofarmaca. Voortgangsrapportage 2017 - mei 2018 [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/05/22/het-kan-beter-met-minder-bewust-gebruik-van-psychofarmaca/het-kan-beter-met-minder-bewust-gebruik-van-psychofarmaca.pdf
64. Koopmans R, Olde Rikkert MGM, Zuidema SU. Medicamenteuze behandeling van dementie. In: Dröes R, Scheltens P, Schols J E, editor. Meer kwaliteit van leven: Integratieve persoonsgerichte dementiezorg. Diagnosis Uitgevers; 2015. p. 47–63.
65. Prins M, Heijkants C, Willemse B. Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Monitor Woonvormen Dementie 2008-2017. [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/cf7c0126-5c37-464d-b59a-bf4ebc5a0ca8.pdf
66. Eggermont LH, De Vries K, Scherder EJA. Psychotropic medication use and cognition in institutionalized older adults with mild to moderate dementia. Int Psychogeriatrics. 2009;21(2):286–94.
67. Stevenson DG, Decker SL, Dwyer LL, Huskamp HA, Grabowski DC, Metzger ED, et al. Antipsychotic and benzodiazepine use among nursing home residents: findings from the 2004 National Nursing Home Survey. Am J Geriatr Psychiatry. 2010;18(2):1078–92.
68. Foebel AD, Liperoti R, Onder G, Finne-Soveri H, Henrard JC, Lukas A, et al. Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care facilities: results from the SHELTER study. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(12):911–7.
69. Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, Geelen R, Kok RM, Luijendijk HJ, et al. Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie. Utrecht; 2018.
70. Huijsman R, Boomstra R, Veerbeek M, Döpp C. Zorgstandaard Dementie 2020: Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers [Internet]. Utrecht; 2020. Available from: https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/zorgstandaard-dementie.pdf
71. Van de Glind EMM, Van Enst WA, Van Munster BC, Olde Rikkert MGM, Scheltens P, Scholten RJPM, et al. Pharmacological Treatment of Dementia: A Scoping Review of Systematic Reviews. Dement Geriatr Cogn Disord. 2013;36(3–4):211–28.
72. Vilans. Feiten en cijfers: Vrijheidsbeperkende maatregelen [Internet]. Utrecht; 2020. Available from: https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Vrijheidsbeperkende_maatregelen_feiten_en_cijfers.pdf

73. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toezicht vrijheidsbeperking onder dwang in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg: kritische benadering door zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren blijft nodig. Utrecht; 2015.
74. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande. Duidelijke ambities voor 2011 nodig [Internet]. Den Haag; 2010. Available from: https://nieuwsbrief.innovatiekringdementie.nl/mailcamp/admin/temp/newsletters/85/Cultuuromslag_terugdringen_vrijheidsbeperking_bij_kwetsbare_groepen.pdf
75. Vilans. Alternatievenbundel. Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg. [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf
76. Bovenkamp H van de, Stoopendaal A, Bochove M van, Hoogendijk H, Bal R. Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex. Onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en trots. [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/07/WT_Eindrapportage_thema_4.pdf
77. Vassbø TK, Kirkevold M, Edvardsson D, Sjögren K, Lood Q, Bergland Å. The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study. BMC Nurs. 2019;18(1):1–8.
78. Bolmsjö IA, Sandman L, Andersson E. Everyday Ethical Problems in Dementia Care: A teleological Model. Nurs Ethics. 2006;13(3):249–63.
79. McGilton KS, Boscart VM. Close care provider-resident relationships in long-term care environments. J Clin Nurs. 2007;16:2149–57.
80. Westin L, Danielson E. Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. J Adv Nurs. 2007;60(2):172–80.
81. Cook G, Brown-Wilson C. Care home residents' experiences of social relationships with staff. Nurs Older People. 2010;22(1).
82. Svanström R, Sundler AJ, Berglund M, Westin L. Suffering caused by care-elderly patients' experiences in community care. Int J Qual Stud Health Well-being. 2013;8(1).
83. Banerjee A, Armstrong P, Daly T, Armstrong H, Braedley S. "Careworkers don't have a voice:" Epistemological violence in residential care for older people. J Aging Stud. 2015;33:28–36.
84. Næss A, Fjær EG, Vabø M. The assisted presentations of self in nursing home life. Soc Sci Med. 2016;150:153–9.
85. Perry B. "Conveying compassion through attention to the essential ordinary." Nurs Older People. 2009;21(6):14–21.
86. Chung G. "Understanding nursing home worker conceptualizations about good care." Gerontologist. 2013;53(2):246–54.
87. Lopez SH. "Culture Change and Shit Work: Empowering and Overpowering the Frail Elderly in Long-Term Care." Am Behav Sci. 2014;58(3):435–52.
88. Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M. E., Gómez-Calero, C., Cachón-Pérez, J. M., Brea-Rivero M, Fernández-de-las-Peñas C. A qualitative study of the relationships between residents and nursing homes nurses. J Clin Nurs. 2014;23(3–4):550–9.
89. Custers AFJ, Westerhof GJ, Kuin Y, Gerritsen DL, Riksen-Walraven JM. Relatedness, autonomy, and competence in the caring relationship: The perspective of nursing home residents. J Aging Stud. 2012;26(3):319–26.
90. Van der Doef M, Maes S. The Leiden Quality of work questionnaire: It's construction, factor structure, and psychometric qualities. Psychol Rep. 1999;85:963–70.
91. Schaufeli W, Van Dierendonck D. UBOS: Utrechtse Burnout Schaal: Handleiding. 2000.
92. De Jonge J, Willemse B, Spoor E. De verkorte DISC Vragenlijst Nederlandse versie 3.0. Eindhoven; 2011.
93. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. J Manag Psychol. 2007;22(3):309–28.
94. Broetje S, Jenny GJ, Bauer GF. The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: An Integrative Review of Reviews. Front Psychol. 2020;11(January).
95. Maurits EEM, De Veer AJE, Groenewegen PP, Francke AL. Home-care nursing staff in self-directed teams are more satisfied with their job and feel they have more autonomy over patient care: a nationwide survey. J Adv Nurs. 2017;73(10):2430–40.
96. Maurits EEM, De Veer AJE, Van der Hoek LS, Francke AL. Autonomous home-care nursing staffare more engaged in their work and less likely to consider leaving the healthcare sector: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2015;52(12):1816–23.
97. Brinkman M, De Veer AJE, Spreeuwenberg P, De Groot K, Francke AL. De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2017: cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Aantrekkelijkheid_van_werken_in_de_zorg_2017.pdf
98. Heijkants C, Prins M, Willemse B. Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/46596df1-f9c9-4d5d-a742-0a3b56110a4e.pdf
99. V&VN. Sleutel betere verpleeghuiszorg ligt bij verzorgenden [Internet]. [cited 2020 Jul 20]. Available from: https://www.zorgleefplanwijzer.nl/nieuws/item/sleutel-betere-verpleeghuiszorg-ligt-bij-verzorgenden.html
100. Wiegers T, De Veer AJE, Van der Heide I, Triemstra M, De Groot K, Francke AL. Deskundigheidsbevordering en zinvolle daginvulling in verpleeghuizen [Internet]. Utrecht; 2019. Available from: https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_deskundigheidsbevordering_en_zinvolle_daginvulling_in_verpleeghuizen.pdf

101. De Lange J, Willemse B, Smit D, Pot AM. Monitor Woonvormen Dementie (2010): Tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie [Internet]. Utrecht; 2010. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/b53130c2-6a99-4a83-8902-4bdb60fe88bc.pdf
102. Van der Heijden BIJM, Kümmerling A, van Dam K, Van der Schoot E, Estryn-Béhar M, Hasselhorn HM. The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe: Secondary analysis of data from the NEXT survey. Int J Nurs Stud. 2010;47(4):434–45.
103. Taris T, Houtman I, Schaufeli W. Burnout : de stand van zaken. Tijdschr voor Arb 3, 29, 241-257. 2013;2013(29):241–57.
104. Lavoie-Tremblay M, Trépanier SG, Fernet C, Bonneville-Roussy A. Testing and extending the triple match principle in the nursing profession: A generational perspective on job demands, job resources and strain at work. J Adv Nurs. 2014;70(2):310–22.
105. Van de Ven B, Van den Tooren M, Vlerick P. Psychosocial well-being of employees in the technology sector: The interplay of job demands and job resources. J Occup Health Psychol. 2013;18(1).
106. Waardigheid en Trots. Deelnemen aan lerend netwerk : makkelijker dan je denkt ! [Internet]. 2019. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/deelnemen-lerend-netwerk-makkelijker-dan-je-denkt/
107. Centraal Bureau voor de Statistiek. Werknemers in de zorg en welzijn; arbeidsomstandigheden [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec 1]. Available from: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24069NED/table?ts=1552402742734
108. Pleijers A. Statistische Trends: Psychisch belastend werk naar beroep [Internet]. Den Haag; 2020. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/psychisch-belastend-werk-naar-beroep
109. Verenso, Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ). Eenduidige registratie essentieel voor betrouwbare trendinformatie Verblijfsduur (maanden) [Internet]. Utrecht; 2019. Available from: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/Nieuws_2019/20190130-Verenso_Factsheet-verblijfsduur.pdf
110. Keyko K, Cummings GG, Yonge O, Wong CA. Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2016;61:142–64.
111. Actiz. Medewerkers ouderenzorg blijven bevlogen ondanks hoge werkdruk [Internet]. 2017. Available from: https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/01/ondanks-hoge-werkdruk-blijven-medewerkers-ouderenzorg-bevlogen
112. Brons, I, Burhenne K, Van Ingen L, Kaptein K, Van Wijck F. Aan het werk in het verpleeghuis [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.actiz.nl/stream/aan-het-werk-in-het-verpleeghuis
113. Vanbelle E, De Witte H, Moerenhout E, Vandenbroeck S, Vanhaecht K, Godderis L. Burn-out in de zorg: afbakening en overzicht van oorzaken en gevolgen. Politeia [Internet]. 2013;0–19. Available from: https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/HR_zorg_burnout Politeia.pdf
114. Royers T. Omgaan met emoties. In: Emoties in de zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005. p. 48–58.
115. Lechner L, Steinvoorte T, Näring G. Emotieregulatie en burnout bij ziekenverzorgenden. Gedrag en Organ. 2008;21(2):137–49.
116. Willemse B, Wessel C, Pot AM. Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. 2008-2014 [Internet]. Utrecht; 2014. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/9359a61e-2f42-4fcc-80be-031debfdfb54.pdf
117. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Verpleeghuiszorg in Beeld [Internet]. 2020. Available from: https://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg/verpleeghuiszorg-in-beeld
118. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Verbetering nodig in zorg voor cliënten met zeer ernstig probleemgedrag bij dementie [Internet]. Utrecht; 2020. Available from: https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/publicaties/2020/01/13/probleemgedrag-bij-dementie/Verbetering+nodig+in+zorg+voor+cliënten+met+zeer+ernstig+probleemgedrag+bij+dementie+toegankelijk.pdf
119. Maas M, Buckwalter K. Final report: Phase II nursing evaluation research: Alzheimer's care unit (R01 NR01689-NCNR). Rockville, MD; 1990.
120. Trimbos-instituut. Rol familie in zorg naaste (FPCR-NL) [Internet]. Utrecht; 2010 [cited 2020 May 27]. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/9a0ecd54-08b7-4ced-a187-a5f02e14035d.pdf?_ga=2.187152685.445296429.1608026269-1195600040.1602600319
121. Pot AM, Van Dyck R, Deeg DJH. Ervaren druk door informele zorg. Constructie van een schaal. Tijdschr Gerontol Geriatr. 1995;26:214–9.
122. Gaugler JE. Family Involvement and Resident Psychosocial Status in Long-Term Care. Clin Gerontol. 2006;29(4):79–98.
123. Verbeek-Oudijk D., Van Campen C. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen: Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16. [Internet]. Den Haag; 2017. Available from: https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2017/09/14/ouderen-in-verpleeghuizen-en-verzorgingshuizen/Ouderen+in+verpleeg+en+verzorgingshuizen.pdf
124. Van der Heide I, Van den Buuse S, Francke AL. Dementiemonitor Mantelzorg 2018: mantelzorgers over ondersteuning, zorg, belasting en de impact van mantelzorg op hun leven. [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Dementiemonitor_2018.pdf

125. Scholten C, Peters A, Schutte W, Zwart-Olde I, Mostert H, Lammersen G, et al. Verder in samenwerking. Werkboek In voor Mantelzorg [Internet]. Utrecht; 2016. Available from: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-06/Werkboek-In-voor-mantelzorg.pdf
126. Shippee TP, Ng W, Roberts AR, Bowblis JR. Family satisfaction with nursing home care: Findings and implications from two state comparison. J Appl Gerontol. 2020;39(4):385–92.
127. Boogaard JA, Werner P, Zisberg A, Van der Steen JT. Examining trust in health professionals among family caregivers of nursing home residents with advanced dementia. Geriatr Gerontol Int. 2017;17(12):2466–71.
128. Majerovitz SD, Mollott RJ, Rudder C. We're on the same side: Improving communication between nursing home and family. Health Commun. 2009;24(1):12–20.
129. Hoek LJM, Van Haastregt JCM, De Vries E, Backhaus R, Hamers JPH, Verbeek H. Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? Dementia. 2020;
130. Verbeek H. Redesigning dementia care. An evaluation of small-scale homelike care environments. Maastricht; 2011.
131. Maurits EEM, Veer AJE d., Francke AL. Inspelen op veranderingen in de zorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners [Internet]. Utrecht; 2016. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Inspelen_op_veranderingen_in_de_zorg.pdf
132. Verenso. Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008 [Internet]. Utrecht; 2008. Available from: http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/VER00316Probleemgedragherzien02.pdf
133. Rosenboom A, Vos J. Afstemming binnen multidisciplinaire samenwerking. UNO-VUmc; 2010.
134. Backhaus R. Thinking beyond numbers: nursing staff and quality of care in nursing homes. 2017; Available from: https://cris.maastrichtuniversity.nl/files/16693451/c5629_compleet.pdf
135. Zwijsen SA, De Lange J, Pot AM, Mahler M, Minkman M. Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie. [Internet]. Utrecht; 2013. Available from: https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/rapport-onbegrepen-gedrag-dementie.pdf
136. Van Beek APA. Social networks of nursing staff and organizational performance A study in long-term care facilities [Internet]. Utrecht; 2013. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Sandra-van-Beek.pdf
137. GGZ Standaarden. Generieke module: Ouderen met psychische aandoeningen [Internet]. Utrecht; 2017. Available from: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_a179e3e5-ad65-44e2-9a9d-0efffcaaad11_ouderen-met-psychische-aandoeningen__authorized-at_26-10-2017.pdf
138. Jansen R. Verzorgenden kunnen zorgleefplan dunner maken [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 28]. Available from: https://www.nursing.nl/verzorgenden-kunnen-zorgleefplan-dunner-maken-2712141w/
139. Taskforce Waardigheid en Trots. Eindrapportage Ruimte voor verpleeghuizen - Waardigheid en trots [Internet]. 2018. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/actueel/eindrapportage-resultaten-van-ruimte-voor-verpleeghuizen/
140. Manifest Scherp op ouderenzorg [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 29]. Available from: https://www.scherpopouderenzorg.nl/
141. Nederlandse Zorgautoriteit. Impactanalyse Verpleeghuiszorg 2017 [Internet]. Utrecht; 2017. Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3571_22/1/#
142. Hamers JPH, Backhaus R, Beerens HC, Van Rossum E, Verbeek H. Meer is niet per se beter: De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Maastricht; 2016.
143. Mijn Gezondheidsgids. Naar een beter imago van werken in de ouderenzorg [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 13]. Available from: https://www.mijngezondheidsgids.nl/naar-beter-imago-werken-ouderenzorg/
144. Actiz. ActiZ ondertekent de Arbeidsmarktagenda 2023: 'Aan het werk voor ouderen!' [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 13]. Available from: https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/07/actiz-ondertekent-de-arbeidsmarktagenda-2023-aan-het-werk-voor-ouderen
145. Waardigheid en Trots. Minister De Jonge: 'Kwaliteit verpleeghuizen gaandeweg merkbaar en meetbaar beter' [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 6]. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/actueel/minister-de-jonge-kwaliteit-verpleeghuizen-gaandeweg-merkbaar-en-meetbaar-beter/
146. Van der Schot A, Van Erp J, Willemse B, Aarts S, Backhaus R, Verbeek H, et al. Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg [Internet]. Utrecht; 2020. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/081dc80c-347f-4f7b-b5a7-7479e2d4d043.pdf
147. Actiz. Algemene Personele Kengetallen Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg [Internet]. Utrecht; 2019. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/05/21/analyse-kwaliteitsplannen-verpleeghuiszorg/analyse-kwaliteitsplannen-verpleeghuiszorg.pdf
148. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Actieprogramma "Werken in de Zorg" [Internet]. Den Haag; 2018. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg/Actieprogramma-Werken-in-de-Zorg.pdf
149. Van Iersel M, Latour C, De Vos R, Kirschner P, Scholte Op Reimer W. Hbo-v-studenten hebben geen juist beeld van wijkverpleging. TVZ - Verpleegkd Prakt en Wet. 2019;129(3):40–3.

150. Van Heumen S, Straatsma H, Huibers L, Jans A, Krijger E. Kleinschalig wonen: een full-servicepakket. Wonen en zorg in kleinschalige groepswoningen voor mensen met dementie [Internet]. Utrecht; 2009. Available from: https://www.vilans.nl/docs/producten/Kleinschalig_full_service_download_INT.pdf
151. KPMG. Van goed naar geweldig door leiderschap. Over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg [Internet]. Amstelveen; 2017. Available from: https://academie-nieuwezorg.nl/wp-content/uploads/2019/08/Algemeen-Van-goed-naar-geweldig-door-leiderschap.pdf
152. Carless SA, Wearing AJ, Mann L. A short measure of transformational leadership. J Bus Psychol. 2000;14(3).
153. Jeon Y, Conway J, Chenoweth L, Weise J, Thomas THT, Williams A. Validation of a clinical leadership qualities framework for managers in aged care: A Delphi study. J Clin Nurs. 2014;24:999–1010.
154. Vroemen M. Werken in teams: Samen denken en doen. Deventer; 1995.
155. Trimbos-instituut. Eenduidigheid in visie op zorg [Internet]. 2010 [cited 2020 May 26]. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/d7f965e8-0103-4c84-bb3a-b1036c70911d.pdf
156. Pittens C, Zonneveld N, Vermunt P, Minkman M. Leiderschap in alle lagen van de organisaties. Onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en Trots. [Internet]. Utrecht; 2018. Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2017/04/Literatuurstudie-kennisprogramma-Leiderschap.pdf
157. Spenceley S, Caspar S, Pijl E. Mitigating Moral Distress in Dementia Care: Implications for Leaders in the Residential Care Sector. Nurs Leadersh. 2017;30(4):45–59.
158. Moon SE, Van Dam PJ, Kitsos A. Measuring Transformational Leadership in Establishing Nursing Care Excellence. Healthcare. 2019;7(4):132.
159. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2009;47(3):363–85.
160. Schaubroeck J, Lam SSK, Cha SE. Embracing Transformational Leadership: Team Values and the Impact of Leader Behavior on Team Performance. J Appl Psychol. 2007;92(4):1020–30.
161. Danylyshen-Laycock T. Examining the relationship between leadership, facilitation, and short term sustainability of a dementia-specific training program in rural long-term care homes. [Internet]. 2019. Available from: https://harvest.usask.ca/bitstream/handle/10388/12077/DANYLYSHEN-LAYCOCK-DISSERTATION-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
162. Bass B, Avolio B. Improving Organisational Effectiveness Through Transformational Leadership. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications; 1994.
163. Penney S, Ryan A. The effect of a leadership support programme on care home managers. Nurs Older People. 2020;32(2).
164. Nijhof E. Zelfsturende teams in de thuiszorg, Handleiding voor managers, projectleiders en bestuurders [Internet]. 2013. Available from: https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren doe je zo/zelfsturende-teams-thuiszorg.pdf
165. Stichting FWG. Zelfsturing : loslaten is niet hetzelfde als laten vallen [Internet]. Whitepaper Zelfsturing. Utrecht; 2015. Available from: https://www.fwg.nl/wp-content/uploads/2016/03/Whitepaper-online-versie.pdf
166. Magpili NC, Pazos P. Self-Managing Team Performance: A Systematic Review of Multilevel Input Factors. Small Gr Res. 2018;49(1):3–33.
167. Weerheim W, Van Rossum L, Ten Have WD. Successful implementation of self-managing teams. Leadersh Heal Serv [Internet]. 2018;32(1):113–28. Available from: https://doi.org/10.1108/LHS-11-2017-0066
168. Van Oostveen C, Vermeulen H. Thinking beyond numbers: nursing staff and quality of care in nursing homes. Ned Tijdschr voor Evid Based Pract. 2017;15(5):16–7.
169. Brooker D. What is person-centred care in dementia? Rev Clin Gerontol. 2004;13(3):215–22.
170. Damen N, Koopmans L, Van de Steeg L, Wagner C. Evaluatieonderzoek Proeftuinen Ouderenzorg. Lerende teams in de ouderenzorg. [Internet]. Utrecht; 2015. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-evaluatie-proeftuinen-ouderenzorg.pdf
171. Hofhuis J, Mensen M, Ten Den LM, Van den Berg AM, Koopman-Draijer M, Van Tilburg MC, et al. Does functional diversity increase effectiveness of community care teams? The moderating role of shared vision, interaction frequency, and team reflexivity. J Appl Soc Psychol. 2018;48(10):535–48.
172. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. Hum Resour Health. 2013;11(1):1.
173. Rokstad AMM, Vatne S, Engedal K, Selbæk G. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: A study in three nursing homes. J Nurs Manag. 2015;23(1):15–26.
174. Dröes R-M, Boelens-Van Der Knoop ECC, Bos J, Meihuizen L, Ettema TP, Gerritsen DL, et al. Quality of life in dementia in perspective: An explorative study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature. Dementia. 2006 Nov;5(4):533–58.
175. AZW-Statline. Wie werken er in de sector zorg en welzijn? [Internet]. [cited 2020 Sep 8]. Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn/hoofdcategorieen/wie-werken-er-in-de-sector-zorg-en-welzijn
176. Verenso. Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO) [Internet]. Utrecht; 2015. Available from: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf

177. Maseda A, Cibeira N, Lorenzo-López L, González-Abraldes I, Buján A, de Labra C, et al. Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters. J Alzheimers Dis. 2018;63(4):1415–25.
178. Strøm BS, Ytrehus S, Grov E-K. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. J Clin Nurs. 2016 Jul;25(13–14):1805–34.
179. Björk S, Lindkvist M, Wimo A, Juthberg C, Bergland Å, Edvardsson D. Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. J Adv Nurs. 2017 Aug;73(8):1884–95.
180. Toot S, Swinson T, Devine M, Challis D, Orrell M. Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. Int psychogeriatrics. 2017 Feb;29(2):195–208.
181. Sutcliffe C, Giebel C, Bleijlevens M, Lethin C, Stolt M, Saks K, et al. Caring for a Person With Dementia on the Margins of Long-Term Care: A Perspective on Burden From 8 European Countries. J Am Med Dir Assoc. 2017 Nov;18(11):967-973.e1.
182. Orsel K, Taipale H, Tolppanen A-M, Koponen M, Tanskanen A, Tiihonen J, et al. Psychotropic drugs use and psychotropic polypharmacy among persons with Alzheimer's disease. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. 2018 Nov;28(11):1260–9.
183. Seppala LJ, Wermelink AMAT, De Vries M, Ploegmakers KJ, Van de Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. J Am Med Dir Assoc. 2018 Apr;19(4):371.e11-371.e17.
184. Vetrano DL, Tosato M, Colloca G, Topinkova E, Fialova D, Gindin J, et al. Polypharmacy in nursing home residents with severe cognitive impairment: Results from the SHELTER Study. Alzheimer's Dement. 2013;9(5).
185. Liperoti R, Sganga F, Landi F, Topinkova E, Denkinger MD, Van Der Roest HG, et al. Antipsychotic drug interactions and mortality among nursing home residents with cognitive impairment. J Clin Psychiatry. 2017;78(1).
186. Zorg voor Beter. Goede voorbeelden: verminderen psychofarmaca [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.zorgvoorbeter.nl/zorg-en-dwang/psychofarmaca/goede-voorbeelden
187. Tweede Kamer. Dementerenden en de Wet BOPZ [Internet]. 2003 p. 3–100. Available from: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-28950-2.pdf
188. Visser M. Meer werkdruk in de zorg en minder werkplezier [Internet]. Trouw. 2019 [cited 2020 Aug 31]. Available from: https://www.trouw.nl/nieuws/meer-werkdruk-in-zorg-en-minder-werkplezier~b600951f/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
189. V&VN. Ledenpeiling personeelstekorten 1 jaar later: "Ik merk geen verschil". [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 1]. Available from: https://www.venvn.nl/nieuws/ledenpeiling-personeelstekorten-1-jaar-later-ik-merk-geen-verschil/
190. Borghans L, Fouarge D, De Grip A, Van Thor JAF. Werken en leren in Nederland [Internet]. ROA Reports. Maastricht; 2014. Available from: https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/528689/guid-8703f74f-b517-4906-8639-f56a5fc871ee-ASSET1.0.pdf
191. Zorginstituut Nederland. Addendum 20.12.2018 bij hoofdstuk 6 van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dd. 13.01.2017 [Internet]. Diemen; 2018. Available from: https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Personeelsnorm+verpleeghuiszorg+-+Addendum+hoofdstuk+6+Kwaliteitskader+Verpleeghuiszorg+-+Personeelssamenstelling.pdf
192. Danis K, Fonteneau L, Georges S, Daniau C, Bernard-Stoecklin S, Domegan L, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. Euro Surveill Bull Eur sur les Mal Transm = Eur Commun Dis Bull. 2020 Jun;25(22).
193. Gerritsen DL, Leontjevas R, Bakker C, Koopmans R, Smalbrugge M, Teunisse S. Probleemgedrag bij verpleeghuisbewoners en COVID-19 maatregelen [Internet]. Nijmegen; 2020. Available from: https://www.ukonnetwerk.nl/media/1539/20200615-ukon-rapport-probleemgedrag-corona.pdf
194. Van der Roest HG, Prins M, Van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, Van Tilburg T, et al. De impact van sociale isolatie onder bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen ten tijde van het nieuwe coronavirus [Internet]. Utrecht; 2020. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/8b10851a-9159-448f-9a82-1ebf5f560066.pdf
195. Van Der Roest HG, Prins M, Van der Velden C, Steinmetz S, Stolte E, Van Tilburg T, et al. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2020; Available from: https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007
196. Te Boekhorst S, Depla MFIA, De Lange J, Pot AM. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. Tijdschr voor Geriatr en Gerontol. 2007;38:17–26.
197. Trimbos-instituut. Verkorte versie Kleinschalig Zorgaanbod [Internet]. Utrecht; 2010 [cited 2020 May 1]. Available from: https://www.trimbos.nl/docs/795040ac-60fe-4f46-98f1-1c8aa701dadb.pdf?_ga=2.142589879.445296429.1608026269-1195600040.1602600319
198. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, et al. MDS Cognitive Performance Scale©. J Gerontol. 1994;49(4):174–82.

Trimbos instituut

In deze publicatie leest u welke ontwikkelingen in de geboden verpleeghuiszorg zich over de periode 2008-2020 in de deelnemende woonvoorzieningen hebben voorgedaan. De Monitor Woonvormen Dementie wordt uitgevoerd door het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut, in opdracht van en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de deelnemende woonvoorzieningen. Een belangrijke doelstelling van het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut is de verbetering van de zorg aan mensen met dementie, hun mantelzorgers en zorgverleners gedurende het hele ziekteproces. De resultaten van de Monitor Woonvormen Dementie worden in verband gebracht met het gevoerde (overheids)beleid van de afgelopen jaren en de initiatieven voor kwaliteitsverbetering die binnen de verpleeghuissector hebben plaatsgevonden.

Deze uitgave maakt deel uit van een serie publicaties op basis van de vijfde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie. In de andere twee uitgaves worden belangrijke thema's die momenteel spelen in de dementiezorg nader onder de loep genomen, namelijk: 1) *technologie en innovatie,* en 2) *lerende organisatie.*

www.trimbos.nl