



Review Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling

Jan Hamers, Ramona Backhaus, Bram de Boer,
Erik van Rossum, Jos Schols, Hilde Verbeek

Review Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling

Prof. Dr. Jan PH Hamers
Dr. Ramona Backhaus
Dr. Bram S de Boer
Dr. Erik van Rossum
Prof. Dr. Jos MGA Schols
Dr. Hilde Verbeek

Maastricht University / Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg

Maastricht University
Research School Caphri
Department of Health Services Research
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
Telefoon: 043-3881570

<https://academischewerkplaatsouderenzorg.nl>

<https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl>

Deze opdracht is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

December 2017

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	4
INLEIDING.....	6
Doelstelling leidraad verantwoorde personeelssamenstelling.....	7
LEIDRAAD DEEL 1: KWALITATIEVE NORMEN EN GESPREKSVRAGEN VOOR ZORGTEAMS.....	8
Gebrek aan bewijs voor normen personeelssamenstelling en kwaliteit van zorg	8
Onvoldoende handvatten in de huidige leidraad voor uitwerking personeelssamenstelling.....	9
De methodiek met nadruk op de dialoog met directe zorgteams is niet afdoende om zorg te verbeteren	11
LEIDRAAD DEEL 2: HANDREIKINGEN VOOR STAF, MANAGEMENT EN BESTUUR.....	14
Vakinhoudelijk leiderschap door directie en management is noodzakelijk voor verbeteringen.....	14
De organisatorische context van huidige verpleeghuizen moet mee veranderen en krijgt te weinig aandacht in de leidraad	15
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	16
Conclusies	16
Aanbevelingen.....	17
REFERENTIES.....	21

SAMENVATTING

Op 13 januari 2017 is een nieuw *kwaliteitskader verpleeghuiszorg* geïntroduceerd dat moet bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven en zorg in verpleeghuizen. In het kwaliteitskader is de ontwikkelopdracht *Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling* geformuleerd die verpleeghuizen 1) handvatten moet bieden om de kwaliteit van zorg te verbeteren door het in dialoog vaststellen van zorgbehoeften van verpleeghuisbewoners en hun naasten en op basis hiervan 2) bouwstenen moet aandragen voor de personeelssamenstelling in verpleeghuizen. Is de wetenschappelijke fundering van de leidraad stevig genoeg om de verwachtingen voor betere zorg te kunnen waarmaken? Om die vraag te beantwoorden is een review uitgevoerd over de leidraad (versie 27 september 2016). Daarbij is de leidraad getoetst aan wetenschappelijke inzichten en hebben gesprekken plaatsgevonden met internationale experts, toekomstige gebruikers en vertegenwoordigers van de werkgroep belast met de ontwikkeling van de leidraad. Dit heeft geleid tot de volgende bevindingen.

Het vertrekpunt van de leidraad, namelijk dat kwaliteitsverbetering begint bij de dialoog tussen bewoners, hun naasten en zorgverleners, is positief. Het doel is om de teams die directe zorg verlenen handvatten te geven om de (zorg)behoeften en wensen van bewoners beter in kaart te brengen. Verpleeghuiszorg vindt immers plaats in de relatie tussen een bewoner, zijn naaste(n), verpleegkundigen en verzorgenden en andere medewerkers waarbij een actieve dialoog met elkaar essentieel is. Ook wordt met dit vertrekpunt recht gedaan aan het belang van professionele deskundigheid van medewerkers in het verpleeghuis. Medewerkers moeten leren om het zorgproces goed aan te passen op veranderende behoeften van bewoners en hun naasten. Nieuwe inzichten in de behoeften en voorkeuren verkregen in dialoog tussen bewoners, naasten en zorgverleners zouden, in combinatie met een bestuurlijke visie op *nieuwe* verpleeghuiszorg (zorg gericht op het zoveel mogelijk kunnen voorzetten van de levensstijl van de bewoner met een relevante en gelijkwaardige rol van naasten), moeten leiden tot een betere personeelssamenstelling die bijdraagt aan een goede kwaliteit van verpleeghuiszorg.

De (wetenschappelijke) onderbouwing van de leidraad is echter broos. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat veel medewerkers (verzorgenden, verpleegkundigen, (para)medici, psychologen) hun eigen kennisniveau en handelen overschatten en behoeften van bewoners niet altijd adequaat kunnen inschatten. Ook wijzen studies op factoren met betrekking tot zorgteams die kritische zelfreflectie en het in dialoog gaan met bewoners en familie bemoeilijken; daarvoor is onvoldoende aandacht in de leidraad. De huidige versie van de leidraad geeft medewerkers en teams dan ook onvoldoende houvast en concrete aangrijpingspunten om aan te geven wat de behoeften en wensen zijn van bewoners en hun naasten en hierop zorgprocessen te verbeteren.

Daarnaast biedt de leidraad ook weinig handvatten voor teams en organisaties om bij te dragen aan de noodzakelijke input voor verandering in personeelssamenstelling. Deze review laat zien dat de aanname dat teams een adequate inschatting kunnen geven van wat er in kwalitatieve en formatieve zin nodig is om de zorg te verbeteren niet valide is. Professionals kunnen moeilijk over hun eigen grenzen heen kijken, waarbij ze onvoldoende zicht hebben op welke *andere* competenties en *andere werkwijzen en*

organisatievormen nodig zijn om adequaat aan de zorgvraag te voldoen. Dat nieuwe perspectief is juist nodig om te komen tot een adequate personeelsmix en manier van werken voor *nieuwe* verpleeghuiszorg. Daarbij gaat het niet primair om meer van het zelfde personeel, maar bijvoorbeeld om een mix van verschillende en andere medewerkers, samenwerking met familie en vrijwilligers en inzet van technologie. De huidige versie van de leidraad zou daarom concrete handvatten aan organisaties moeten bieden om tot die invulling te komen, maar doet dat niet. De leidraad beperkt zich in de uitwerking vooral tot (het verhogen van) aantallen medewerkers en zet teams daarmee onbedoeld op het verkeerde spoor. De wetenschappelijke kennis is immers helder: (alleen maar) meer personeel leidt niet tot betere verpleeghuiszorg. Vastgesteld wordt ook dat de huidige versie van de leidraad onvoldoende aandacht heeft voor de relatie met de bestuurlijke visie op nieuwe verpleeghuiszorg en de rol van het management bij de implementatie daarvan. De door de leidraad voorgestelde teamexercitie voor personeelssamenstelling vereist een veilige omgeving en staat niet op zichzelf maar zal in samenspel met het management moeten plaatsvinden. Vakinhoudelijk leiderschap en sturing op inhoud van zorgprocessen zijn noodzakelijk voor het laten slagen van verbeteracties en moeten gebaseerd zijn op een heldere zorgvisie van de organisatie. Managers spelen een cruciale rol bij de vertaling van de zorgvisie naar handvatten voor de zorgpraktijk, aangezien zij formeel zorgmedewerkers aansturen en de intermediair vormen tussen de governance en het primaire zorgproces.

Deze bevindingen leiden tot de conclusie dat het niet wenselijk is om de leidraad landelijk uit te rollen omdat deze in de huidige versie niet zal bijdragen aan betere verpleeghuiszorg.

Hoe nu verder? Op basis van deze kritische review worden verschillende aanbevelingen gedaan. De belangrijkste aanbevelingen zijn om: 1) de leidraad door te ontwikkelen als methode om behoeften en wensen van bewoners en naasten beter in te schatten en 2) de leidraad te ontkoppelen van de personeelssamenstelling in de verpleeghuiszorg. De doorontwikkeling van de leidraad om medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, (para)medici, psychologen, enzovoorts) te ondersteunen om in dialoog met bewoners en hun naasten behoeften, voorkeuren en mogelijkheden vast te stellen, grijpt immers direct in op de belangrijkste doelstelling: het bijdragen aan optimale kwaliteit van verpleeghuiszorg. Er zijn diverse concrete methoden beschikbaar om behoeften en verwachtingen in dialoog vast te stellen welke binnen de leidraad toegepast en geëvalueerd kunnen worden. Idealiter wordt het meten van de kwaliteit van verpleeghuiszorg mede op deze methoden in een nieuwe versie van de leidraad afgestemd. Door de leidraad te ontkoppelen van de personeelssamenstelling, worden irreële verwachtingen voorkomen. Los van de leidraad, maar in het verlengde daarvan, wordt benadrukt dat op wetenschappelijke gronden kan worden vastgesteld dat een algemene personele norm voor verpleeghuiszorg onhaalbaar is. Tegelijkertijd is er wel de behoefte aan beter inzicht in een optimale personeelsmix. Die kan echter niet los worden gezien van een bestuurlijke visie op *nieuwe* verpleeghuiszorg waar bewoners in samenspel met informele en formele zorgverleners zoveel als mogelijk hun eigen leven leiden. Dat inzicht kan worden verkregen met experimenten waarin soms radicale en soms incrementele veranderingen plaatsvinden in de verpleeghuiszorg. Die zouden moeten worden gestimuleerd en geëvalueerd. Zodoende krijgen we meer kennis over wisselende personeelssamenstellingen en werkwijzen die leiden tot betere verpleeghuiszorg.

INLEIDING

Op 13 januari 2017 is een nieuw *kwaliteitskader verpleeghuiszorg* geïntroduceerd dat moet bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven en zorg in verpleeghuizen. In het kwaliteitskader is de ontwikkelopdracht *Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling* geformuleerd die verpleeghuizen 1) handvatten moet bieden om de kwaliteit van zorg te verbeteren door het adequaat vaststellen van behoeften en wensen en 2) het daarop afstemmen van de personeelssamenstelling. De leidraad is opgesteld voor de intramurale zorg in verpleeghuizen, gefinancierd vanuit de WLZ (Wet Langdurige Zorg). De leidraad is primair bedoeld voor de teams rondom de bewoner en beoogt te resulteren in een personeelssamenstelling die afgestemd is op de zorgvraag van bewoners waardoor een veilig en prettig leef- en werkklimaat ontstaat.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de Universiteit Maastricht een kritische review uitgevoerd naar de wetenschappelijke onderbouwing van de leidraad. Hierbij is de mate onderzocht waarin wetenschappelijke kennis is verwerkt in de leidraad zodat deze toegepast kan worden in de verpleeghuiszorg. Er is een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij gezocht is in wetenschappelijke databases (Pumed en Cinahl) en Google Scholar. Gebruikte zoektermen hadden hoofdzakelijk betrekking op persoonsgerichte zorg, personele bezetting (onder andere staffing, skills mix, turnover, teamklimaat en -cultuur, leiderschap en (multidisciplinaire) samenwerking). Daarnaast zijn enkele relevante nationale rapporten gebruikt, zoals de Dageraad rapporten 'Aandachtige zorg, wat maakt het verschil?' en 'Impactanalyse verpleeghuiszorg', literatuurstudie Universiteit Maastricht 'Meer is niet per se beter', resultaten 'In voor zorg!', en het programma 'Waardigheid en Trots'. Tevens zijn externe experts op het gebied van personeelssamenstelling in verpleeghuizen (n=6) betrokken, om de wetenschappelijke onderbouwing van de leidraad te toetsen. Zij kwamen uit de Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Zwitserland en Nederland. Hun achtergrond betrof verplegingswetenschap met als aandachtsgebied skills mix en personele bezetting, werkomgeving voor verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeghuizen, persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie, evidence-based nursing, en taakherschikking in de gezondheidszorg. Bovendien is de leidraad besproken met medewerkers werkzaam in de verpleeghuiszorg (n=7), met diverse achtergronden en aandachtsgebieden (verpleegkunde en verzorging, beleidsadvisering, management en strategisch arbeidsmarktbeleid) en met vertegenwoordigers van de werkgroep belast met de ontwikkeling van de leidraad.

De resultaten van de review worden eerst beschreven, waarna adviezen voor verbetering of aanpassing van de leidraad worden gegeven, gericht op het vergroten van de kans op succesvolle en effectieve invoering.

Doelstelling leidraad verantwoorde personeelssamenstelling

De Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling dient om de kwaliteit van leven en van zorg te bevorderen vanuit de vraag van de verpleeghuisbewoner en is primair bedoeld voor de teams rondom de bewoner. In de inleiding van de leidraad wordt het volgende doel beschreven:

“De leidraad heeft tot doel kwaliteit van leven en van zorg te bevorderen door een actieve dialoog tussen zorgvrager en diens naasten en zorgverlener. Het resultaat van het gebruik van de leidraad is een op de zorgvraag afgestemde personeelssamenstelling met ruimte voor professionele normen en waarden, opdat een veilige en prettige woonomgeving ontstaat” (leidraad, p.4).

De leidraad is *“een uitwerking op het gebied van samenstelling van personeel en beoogt een bijdrage te leveren aan goede zorg voor bewoners”* (leidraad p.7) en is gekoppeld aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, die beschrijft wat goede zorg is.

De kernvraag die in de leidraad centraal staat is: *‘in hoeverre past (matcht) onze kennis, kunde en onze manier van werken bij wat onze bewoners wensen, bij wie zij zijn en wat zij nodig hebben?’* (leidraad, p.11).

Tevens stelt de leidraad kwalitatieve normen voor de personeelssamenstelling, die uitnodigen tot gesprek en samen verbeteren. *“Uit de voorgestelde kwalitatieve normen komt een antwoord op de vraag of de bezetting verantwoord is voor de bewonersgroep. Als het antwoord is dat bezetting onverantwoord is, vindt daarover direct het gesprek met management en bestuur plaats, op basis van de juiste gronden.”* (Over de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling, p. 9). Deze normen vereisen dat er voldoende tijd en aandacht en de juiste deskundigheid in huis is om bewoners goede zorg te bieden.

Samengevat kunnen de volgende twee doelstellingen afgeleid worden uit de leidraad:

- 1) Kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg bevorderen door een actieve dialoog tussen bewoner, diens naasten en zorgverlener;
- 2) Stimuleren van veranderingen in de personele samenstelling, gericht op verbetering van de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg.

In deze review is de wetenschappelijke onderbouwing onderzocht voor de leidraad. Tevens is gekeken naar de praktische haalbaarheid. Omdat de leidraad en het kwaliteitskader moeilijk los van elkaar te zien zijn, is indien nodig het wetenschappelijke bewijs meegenomen dat betrekking heeft op beide documenten, en de relatie hiertussen.

LEIDRAAD DEEL 1: KWALITATIEVE NORMEN EN GESPREKSVRAGEN VOOR ZORGTEAMS

De leidraad is een handreiking voor professionals in het primaire proces, waarbij de nadruk sterk gericht is op de medewerkers van de directe zorgteams rondom de bewoner (Hoofdstukken 1 t/m 3). De samenstelling van deze teams bestaat hoofdzakelijk uit verzorgenden (niveau 3), veelal aangevuld met helpenden (niveau 2) en verpleegkundigen (niveau 4). De inzet van verpleegkundigen (mbo of hbo) in directe zorgteams is zeer beperkt in Nederlandse verpleeghuizen. Een onderzoek op 55 Nederlandse verpleeghuisafdelingen laat zien dat gemiddeld slechts 5% van de totale hoeveelheid direct zorg wordt geleverd door mbo of hbo verpleegkundigen (Backhaus et al., 2016). Een andere grootschalige studie op 282 verpleeghuisafdelingen laat zien dat slechts voor iets meer dan de helft van de afdelingen een hbo-verpleegkundige (op afroep) beschikbaar is (Backhaus et al., 2017a).

Allereerst beoogt de leidraad kwalitatieve normen te geven waaraan goede zorg moet voldoen. Vervolgens moet de leidraad het mogelijk maken om als team met elkaar het gesprek te voeren over wat er nodig is en wat er geboden moet worden om aan de wensen, behoeften en zorgvraag van de bewoner te kunnen voldoen.

Gebrek aan bewijs voor normen personeelssamenstelling en kwaliteit van zorg

De huidige leidraad (alsook het kwaliteitskader) is gebaseerd op de aanname dat de personeelsbezetting in een verpleeghuis invloed heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg. Beide documenten hanteren daarbij een erg kwantitatieve insteek in de uitwerking van de personeelssamenstelling. Ondanks het feit dat beide documenten benadrukken dat er niet wordt gekozen voor een generieke kwantitatieve norm m.b.t. hoeveel medewerkers moeten worden ingezet in verpleeghuizen, zijn de gepresenteerde kaders voor de tijdelijke normen voor personeelssamenstelling toch vooral kwantitatief van aard. De leidraad adviseert bijvoorbeeld het in kaart brengen van de 'startsituatie' van zorgteams. Hiermee wordt bedoeld te vragen naar het aantal medewerkers, het aantal vrijwilligers, het aantal bewoners en de ZorgZwaartePakketten (ZZPs) van cliënten. De leidraad nodigt hier sterk uit om vooral naar aantallen te kijken, wat direct kan leiden tot een discussie over hoeveel extra medewerkers/middelen er nodig zijn. In de leidraad wordt dit zelfs als voorbeeld gebruikt voor wat zorgteams kunnen aandragen: 'handen missen op de werkvloer'. In het kwaliteitskader wordt daarnaast vermeld dat bijvoorbeeld twee zorgverleners beschikbaar moeten zijn tijdens intensieve zorgmomenten. Ook de potentiële gebruikers die voor deze review zijn gesproken, vrezen dat de teams zich vooral zullen richten op oplossingen die te maken hebben met meer medewerkers, in plaats van meer innovatieve oplossingen die uitnodigen tot een andere manier van werken.

Voor de aanname dat er een norm voor personeelssamenstelling kan worden opgesteld die bijdraagt aan goede kwaliteit van verpleeghuiszorg bestaat geen wetenschappelijk bewijs. Het vele onderzoek dat de afgelopen decennia is uitgevoerd laat zien dat het inzetten van simpelweg meer verzorgend of verplegend personeel niet automatisch leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg of kwaliteit

van leven (Arling & Mueller, 2014; Backhaus et al., 2014; Spilsbury et al., 2011). Uit een grootschalige review van ruim 183 wetenschappelijke studies naar de relatie tussen de personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen blijkt dat er geen relatie is tussen het aantal medewerkers en kwaliteit van zorg of kwaliteit van leven (Hamers et al., 2016). Ook is er geen wetenschappelijke evidentie voor een bepaalde minimaal benodigde bezettingsgraad (Harrington et al., 2012). Dit komt doordat er talloze factoren zijn, die de relatie tussen de personele bezetting en kwaliteit van zorg beïnvloeden. Twee verpleeghuisafdelingen met exact dezelfde personele bezetting kunnen enorm verschillen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met kenmerken van de bewonerspopulatie (bijv. zorgafhankelijkheid), kenmerken van het team (bijv. samenwerking binnen het team), of kenmerken van de verpleeghuisafdeling (bijv. hoeveelheid technologie die wordt ingezet) (Griffiths et al., 2016). Bovendien is de uitwerking van het concept personele bezetting als aantal en type medewerkers onvoldoende. Personele bezetting is een multidimensioneel construct en bestaat naast structuurvariabelen, zoals aantal, type, ervaring, opleiding, ook uit procesvariabelen. Dit zijn onder andere beslissingsbevoegdheid (betrokkenheid van het team bij beslissingen), samenwerking (de mate waarin het team samenwerkt met andere professionals om in de bewonersbehoeften te voorzien), continuïteit van zorg (een vast team dat voor eenzelfde groep bewoners zorgt), continuïteit van informatie (informele en formele informatieoverdracht in het team), supervisie (ondersteuning in uitvoeren taken), werkschema's en taakverdeling (Arling & Mueller, 2014). Daarnaast spelen organisatorische factoren een belangrijke rol in de relatie tussen personele bezetting en kwaliteit van zorg. Voorbeelden zijn de inzet van technologie, HRM factoren (training, evaluatie, teamfactoren), werkomgeving, competenties van het team en andere professionals (Griffiths et al., 2016). Het is onmogelijk om al deze factoren te betrekken in de ontwikkeling van een universele norm.

Onvoldoende handvatten in de huidige leidraad voor uitwerking personeelssamenstelling

Een van de doelstellingen van de leidraad is komen tot een goede mix van kennis, vaardigheden en manier van werken die aansluit bij de wensen en behoeften van verpleeghuisbewoners. De leidraad schrijft niet voor welke kennis en kunde nodig zijn en welke functies daarbij horen, maar beoogt wel te dwingen tot het organiseren van passende kennis en vakbekwaamheid, los van functieomschrijvingen (uit: *Over de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling* (V&VN, 2016)). De huidige leidraad bevat onvoldoende handvatten voor zorgorganisaties en teams om te komen tot een verandering in personeelssamenstelling en zo met passende kennis en vakbekwaamheid beter te voorzien in de wensen en behoeften van verpleeghuisbewoners.

Uiteindelijk gaat het om een optimale mix van competenties, rollen en vakinhoudelijke inzet van medewerkers (Dageraad, 2017; Hamers et al., 2016). Deze optimale mix kan verschillen per doelgroep, per team, maar ook per moment. De leidraad verwijst naar een dergelijke mix enkel in termen van een 'goede balans' tussen: vaste en flexibele medewerkers, junior en seniormedewerkers, functiemix, formele en informele zorg. Dit biedt echter nog te weinig aanknopingspunten voor invulling van deze

mix. Daarbij kunnen vanuit wetenschappelijk oogpunt een aantal belangrijke kritiekpunten geleverd worden.

De inzet van flexwerkers zal de kwaliteit van zorg niet verbeteren

Er zijn geen aanwijzingen om aan te nemen dat het inzetten van flexibele medewerkers de kwaliteit van zorg zal verbeteren. Terwijl in de leidraad staat beschreven dat flexibele medewerkers mee kunnen bewegen met ontwikkelingen in de zorg- en ondersteuningsvraag, laat wetenschappelijk onderzoek het tegendeel zien. Onderzoek uit de VS toont bijvoorbeeld aan dat het inzetten van flexibele medewerkers gepaard gaat met een slechtere kwaliteit van zorg (Castle, 2009). Vooral in de langdurige complexe zorg zijn vaste teams belangrijk. Diverse studies naar kleinschalig wonen voor mensen met dementie en persoonsgerichte zorg onderstrepen het belang van een klein, vast team medewerkers dat voor een zelfde groep bewoners zorgt (Boekhorst et al., 2007; Edvardsson et al., 2015).

Er is op dit moment te weinig variatie in personeelssamenstelling

Wat betreft de functiemix laat onderzoek zien dat er op dit moment in verpleeghuizen weinig variatie in personeelssamenstelling is (Backhaus et al., 2016). Dit gebrek aan variatie maakt het onmogelijk voor teams om in te kunnen schatten welke taken en competenties (en bijbehorende functies) er überhaupt nodig zijn om de kwaliteit van zorg en leven te verbeteren. Ter illustratie: taakdifferentiatie tussen verzorgend en verplegend personeel is vooralsnog beperkt. De grootste hoeveelheid directe zorg in Nederlandse verpleeghuizen wordt geleverd door verzorgenden (niveau 3). Op dit moment zijn er nog weinig hbo-verpleegkundigen werkzaam in verpleeghuizen (Backhaus et al., 2017a). Daarbij laat onderzoek zien dat als deze verpleegkundigen er werkzaam zijn, ze veelal dezelfde taken uitvoeren als verzorgenden en helpenden (Tuinman et al., 2016). Zij worden dus vrijwel alleen ingezet voor de basiszorg en zijn hier evenveel tijd mee kwijt als verzorgenden en helpenden. Dit gaat ten koste van innovatie of andere taken, zoals coaching van het zorgteam (Backhaus et al., 2017a). Uit ander recent Nederlands onderzoek naar de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in de ouderenzorg blijkt eveneens dat taakherschikking in de Nederlandse ouderenzorg nog in de kinderschoenen staat (Lovink et al., 2017). Lovink en collega's concluderen dat het de verpleeghuizen ontbreekt aan een duidelijke visie op personeelssamenstelling, waardoor er een grote praktijkvariatie is in de verdeling van zorgtaken. Dit werd ook duidelijk uit een andere studie naar de inzet van hbo-verpleegkundigen in Nederlandse verpleeghuizen (Backhaus et al., 2017).

In het verlengde hiervan is het ook lastig voor een team om in te kunnen schatten welke andere competenties, anders dan die gerelateerd zijn aan de verpleging en verzorging, nodig zijn in teams. Daarom is het belangrijk om op basis van een heldere zorgvisie te kijken naar welke verschillende functies er zijn, niet alleen op het gebied van verpleging en verzorging, maar ook daarbuiten, en welke unieke competentie iedere functie met zich mee brengt. Zowel de leidraad als het kwaliteitskader nodigen verpleeghuizen niet uit om te experimenteren met veranderingen in hun personele samenstelling. Hierbij gaat het met name om:

a. Het inzetten van hoger opgeleid personeel (hbo-verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten)

Hoger opgeleide medewerkers hebben de kennis en expertise om effectieve innovaties en wetenschappelijk bewijs te vertalen naar en toepassen in de dagelijkse praktijk (Boström et al., 2008). Van hbo-verpleegkundigen wordt bijvoorbeeld verwacht dat zij een voorbeeldrol voor lager opgeleide medewerkers vervullen (Backhaus et al., 2017). In dezelfde studie komt verder naar voren dat bestuurders met een duidelijke visie op de inzet van hbo-verpleegkundigen weinig problemen ondervinden met de werving, in tegenstelling tot andere bestuurders (Backhaus et al., 2017).

b. Medewerkers met een andere achtergrond gericht op (welzijns)activiteiten (SPW-ers, social work)

Het inzetten van personeel met een *andere* achtergrond dan verpleging of verzorging kan de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen verbeteren. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat meer inzet van personeel specifiek opgeleid voor het doen van activiteiten (in buitenlandse studies omschreven als 'activity staff' or 'activity personel') positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg, met name gericht op sociale betrokkenheid van bewoners en meer persoonlijke aandacht (Abrahamson et al., 2013; Degenholtz et al., 2006; Hamers et al., 2016; Shippee et al., 2013; Shippee et al., 2015).

c. Multidisciplinaire samenwerking binnen teams

Multidisciplinaire samenwerking is van groot belang voor de verbetering van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in verpleeghuizen (Nazir et al., 2013; Resnick, 2013). Multidisciplinaire samenwerking komt echter niet zo maar tot stand (Schols & Kardol, 2017). Het vraagt dat professionals over de grenzen van hun eigen vakgebied kijken, hun eigen aandeel in het zorgproces kunnen afwegen tegenover dat van andere professies en uiteindelijk een keuze over zorgverlening kunnen maken die het beste aansluit bij de zorgbehoeften en wensen van de bewoner. Dit vergt goede afspraken tussen professionals en gelijkwaardige communicatie, wat niet vanzelf gaat (Schols & Kardol, 2017). Tevens laten de interviews met de praktijk zien dat het opzetten van multidisciplinaire samenwerking vaak moeizaam verloopt. De leidraad biedt onvoldoende aanknopingspunten om deze multidisciplinaire samenwerking te bevorderen.

De methodiek met nadruk op de dialoog met directe zorgteams is niet afdoende om zorg te verbeteren

In de leidraad wordt als methodiek om tot verbetering van kwaliteit van zorg en een andere personeelsmix te komen, gekozen voor het voeren van de dialoog in het primaire proces. De teams bestaande uit medewerkers in de directe zorg krijgen hierbij een cruciale rol toebedeeld. Het is positief dat de teams gevraagd worden om zelf na te denken over wat goed en niet goed gaat, en wat er nodig is om de zorg te verbeteren. Dit kan zeker gevoelens van 'empowerment' vergroten, een belangrijke voorwaarde voor verbeteringen, zoals ook aangegeven door de geraadpleegde externe wetenschappelijke experts.

De vraag is echter of het huidige gemiddelde zorgteam (a) kan aangeven wat er nodig is om de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven te verbeteren en (b) dit om kan zetten in concrete verbeteracties. Het perspectief van bewoners (en/of hun naasten) wordt onvoldoende meegenomen in de huidige leidraad, en er kan dus niet automatisch van uitgegaan worden dat het team inzicht heeft in wat de bewoners nodig hebben. De hulpmiddelen die de leidraad hierbij beschikbaar stelt (zoals de voorbeeldvragen, competenties van de gespreksleider, voorbeeld plannen van aanpak), lijken teams onvoldoende concrete handvatten te bieden om kritische zelfreflectie op gang te brengen en in dialoog te gaan met familie en bewoners. Zowel wetenschappelijk onderzoek, feedback vanuit de externe wetenschappelijke experts en geraadpleegde medewerkers uit de verpleeghuiszorg geven aan dat teams hiertoe niet zonder meer in staat zijn en dat er meer nodig is om kwaliteit van zorg te verbeteren en de zorg beter te laten aansluiten op de vraag van bewoners. Dit heeft met de volgende factoren te maken:

a. Zorgmedewerkers maken vaak een verkeerde inschatting van het eigen gedrag

Onderzoek laat zien dat zorgteams hun eigen competenties en manier van werken overschatten (den Ouden et al., 2017; Kuk, 2017). Ze kunnen hierbij niet altijd een juiste inschatting maken van het eigen gedrag. Zo zijn verzorgenden en verpleegkundigen bijvoorbeeld in de veronderstelling dat zij bewoners stimuleren om zo zelfstandig mogelijk te blijven functioneren, bijvoorbeeld door het stimuleren van het zelfstandig aankleden of eten (Kuk, 2017). Observaties uit de praktijk laten echter zien dat deze activiteiten min of meer automatisch overgenomen werden van bewoners (den Ouden et al., 2017). Wanneer medewerkers met deze beelden geconfronteerd werden waren zij hier vaak verbaasd over.

b. Zorgmedewerkers hebben moeite met het begrijpen van gedrag van bewoners en inschatten van hun wensen en behoeften

Verscheidene wetenschappelijke studies laten zien dat zorgmedewerkers moeite hebben met het inschatten van de behoeften van bewoners, met name bij complexe problematiek waarbij bewoners zich moeilijk kunnen uiten. Zo zijn er studies die evident aantonen dat er vaak verschillen zitten tussen de perspectieven van bewoners en formele zorgverleners op een goede kwaliteit van leven (Dröes et al., 2006; Miranda-Castillo et al., 2013; Parker et al., 2016). Deze studies laten zien dat bewoners en familie andere dingen belangrijk vinden voor een thuisgevoel in het verpleeghuis en zaken die van hen betekenisvol zijn om een goede kwaliteit van leven te hebben dan wat zorgverleners denken dat bewoners en familie belangrijk vinden. Het op een goede manier observeren, signaleren en interpreteren van gedrag is cruciaal om te achterhalen wat wensen en behoeften zijn van bewoners. In de praktijk echter, komen tekenen van onbegrepen gedrag veel voor, waarbij teams het moeilijk vinden om hiermee om te gaan en soms verkeerde inschattingen maken (o.a. Hertogh et al., 2004; Morgan et al., 2012; Zuidema et al., 2007; Zwijsen et al., 2014). Met name agressieve en geagiteerde gedragingen zijn veelal uitingen van de interactie tussen de professionele zorgverlener en bewoner, waarbij vaak sprake is van interpersoonlijke miscommunicatie of verkeerde inrichting van de omgeving (Morgan et al., 2012; Volicer, 2011). Apathisch gedrag daarentegen, kan door zorgmedewerkers geïnterpreteerd worden als tevredenheid, terwijl dit voor familie een teken is van een belangrijk verlies van sociaal contact en van groot belang voor kwaliteit van leven (Zwijsen et al., 2014). Een multidisciplinaire aanpak is hierbij bewezen effectief, waarbij het directe zorgteam gecoacht wordt door vakinhoudelijke experts

om goed het gedrag en de omgeving in kaart te brengen, te reflecteren op het eigen handelen en zo adequate zorg te verlenen (Verkaik, 2009; Zwijsen et al., 2014; Zwijsen et al., 2011). Het belang van een multidisciplinaire aanpak zou in de leidraad sterker benut en concreter uitgewerkt moeten worden.

c. Zorgmedewerkers en familieleden hebben moeite om een partnerschap in de zorg te creëren

De leidraad benoemt dat het van belang is om de dialoog in het primaire proces aan te gaan met familieleden van bewoners, om zo bewoners beter te leren kennen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat diverse factoren deze dialoog bemoeilijken (Verbeek, 2017). Medewerkers ervaren de samenwerking en communicatie met familie vaak als lastig (Haesler et al., 2010). Dit heeft onder andere te maken met een gebrek aan kennis (bijvoorbeeld over hoe je met familie moet communiceren) en met de attitude van medewerkers. Onderzoek laat zien dat medewerkers vaak geneigd zijn familie niet te betrekken in de zorgverlening of dat zij verwachten dat familie zich aanpast aan hun manier van zorg verlenen (Bauer & Nay, 2003; Wilson et al., 2009). De leidraad biedt onvoldoende handvatten voor zorgteams om met familie het gesprek aan te gaan en zich bewust te worden van alle factoren die hierin een rol spelen.

d. Het functioneren van een team is bepalend voor de dialoog

Een goed functionerend team is cruciaal voor het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg (Wagner, 2000). De leidraad legt de verantwoordelijkheid voor het voeren van de dialoog en het komen tot oplossingen volledig neer bij het team. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is dit gevaarlijk, omdat het functioneren van een team door vele factoren wordt beïnvloed, zowel op structuur (samenstelling, verantwoordelijkheden, werkdruk) als procesniveau (wijze van informatievoorziening, omgang). Hier lijkt onvoldoende rekening mee gehouden te worden in de leidraad. Het is niet vanzelfsprekend dat teams gewend zijn om over hun wensen en behoeften te praten, dit moet een team leren (Leicher & Mulder, 2016). Als de sfeer binnen het team veilig is, zijn medewerkers eerder geneigd verbeteraspecten te bespreken (Edmondson & Lei, 2014). Een veilige sfeer kan ook bijdragen aan het lerend vermogen van een team, bijvoorbeeld door elkaar om hulp te vragen, problemen te bespreken of te leren van incidenten die zich hebben voorgedaan (Leicher & Mulder, 2016). De processen in een team zijn van invloed op de effectiviteit van teams (Ouwens et al., 2009). Onderzoek laat zien dat het teamklimaat positief samenhangt met de kwaliteit van zorg en de werktevredenheid van medewerkers in verpleeghuizen (Backhaus et al., 2017b; Schwendimann et al., 2016). Een goed teamklimaat houdt in dat teamleden zich durven uit te spreken over waar zij tegen aan lopen of wat zij zien bij anderen, dat men elkaar helpt en probeert van elkaar te leren. Dit beeld wordt bevestigd door de externe wetenschappelijke experts en vertegenwoordigers uit de verpleeghuiszorg. Zij geven aan dat om succesvol met de leidraad aan de slag te gaan, teamleden niet alleen in staat moeten zijn kritisch naar hun eigen handelen te kijken. Ze moeten elkaar ook constructief feedback kunnen geven en met creatieve en innovatieve oplossingen kunnen komen. Dit zijn competenties die niet elke verzorgende in huis heeft.

LEIDRAAD DEEL 2: HANDREIKINGEN VOOR STAF, MANAGEMENT EN BESTUUR

Dit hoofdstuk van de leidraad beschrijft welke rol en verantwoordelijkheden management en bestuur hebben en op welke manier zij kunnen sturen op de personeelssamenstelling. In de uitwerking hiervan (Hoofdstuk 4 van de leidraad) lijkt voor hen vooral een vrij passieve en reactieve rol weggelegd. De focus ligt op het ondersteunen van de dialoog tussen professionals en reageren op de wensen van de professionals. Hierbij ligt in de uitwerking opnieuw met name de aandacht op aantallen (er zijn meer mensen nodig). Zorgteams worden vooral cijfermatig gevoed in termen van aantallen medewerkers/functies/bewoners. Ook hier zijn vanuit wetenschappelijk oogpunt enige kanttekeningen te plaatsen.

Vakinhoudelijk leiderschap door directie en management is noodzakelijk voor verbeteringen

Vakinhoudelijk leiderschap en sturing op inhoud van zorgprocessen zijn, naast het sturen op bedrijfsvoering, noodzakelijk voor het laten slagen van verbeteracties en moeten gebaseerd zijn op een heldere zorgvisie van de organisatie (Jeon et al., 2015; McCormack et al., 2012). Managers spelen een cruciale rol bij de vertaling van de zorgvisie naar handvatten voor de zorgpraktijk, aangezien zij formeel zorgmedewerkers aansturen en de intermediair vormen tussen de governance en het primaire zorgproces. Hun rol is complex, aangezien zij hun beherende rol moeten balanceren met vakinhoudelijk leiderschap. Taken omvatten onder andere het aanstellen van nieuwe medewerkers, budget en financiering, maar ook supervisie bieden aan zorgmedewerkers, omgaan met conflicten en communicatie met andere zorgorganisaties (Backman et al., 2016). De leidraad legt de nadruk enkel op de beherende taken (administratie, delegatie en controle). Het biedt managers onvoldoende handvatten om vakinhoudelijk leiderschap te tonen, met nadruk op gedragsindicatoren zoals de vaardigheid om te innoveren, zorgmedewerkers te inspireren, uit te dagen en te overtuigen om specifieke, zorginhoudelijke doelstellingen te bereiken (Curtis et al., 2011; Jeon et al., 2015). Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar verschillende typen en stijlen van leiderschap (o.a. transactioneel, transformationeel) en hun invloed op patiënttevredenheid en veiligheidsindicatoren (Cummings et al., 2010; Wong et al., 2013).

Recent onderzoek laat zien dat vakinhoudelijk leiderschap van directie en management ook onontbeerlijk is bij het in praktijk brengen van een persoonsgerichte zorgvisie (Backman et al., 2016; de Bruin et al., 2017; McCormack et al., 2010; McCormack et al., 2012; McGilton et al., 2012). Managers zijn een rolmodel voor de zorgmedewerkers in het bieden van handvatten om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden (de Bruin et al., 2017). Leiderschapsgedragingen, zoals het stimuleren tot leren, ideeën over verandering en ontwikkeling, coaching en feedback geven, bevorderen het verlenen van persoonsgerichte zorg door medewerkers. Daarnaast hebben zij een positief effect op de psychosociale cultuur op de afdeling (Backman et al., 2016). Dit betekent dat managers een grote invloed hebben op een cultuur van veiligheid binnen een afdeling, de mate van het gevoel van dagelijks leven hierin te

brengen en een sfeer van verbondenheid te creëren (Edvardsson et al., 2015). Dit wordt bevestigd in recent onderzoek naar zorgboerderijen, een innovatieve vorm van verpleeghuiszorg opgezet vanuit een persoonsgericht zorgmodel (de Bruin et al., 2017). Hieruit blijkt dat managers zorgmedewerkers specifiek selecteren om te werken op een woonzorgboerderij op basis van competenties die aansluiten bij hun zorgvisie. Zij ondersteunen de zorgmedewerkers vervolgens continu om te blijven werken volgens deze zorginhoudelijke visie. Ook de wetenschappelijke experts en potentiële gebruikers benadrukken het belang van sturing en inhoudelijke coaching vanuit het management. Volgens hen zal de toepassing van de leidraad niet slagen als er gebrek is aan commitment en de inhoudelijke vertaalslag van visie naar het bieden van handvatten in de praktijk ontbreekt.

De organisatorische context van huidige verpleeghuizen moet mee veranderen en krijgt te weinig aandacht in de leidraad

De leidraad is gericht op teams in de directe zorg die met elkaar in gesprek gaan over de door hen geleverde zorg. De teams krijgen dus een centrale rol toebedacht. Echter, het is de vraag of deze aanpak aansluit bij de huidige organisatorische context van verpleeghuizen. In veel verpleeghuizen is er nog steeds sprake van een traditionele, hiërarchische cultuur, waarin beslissingen vooral top-down worden genomen en medewerkers op de werkvloer vooral uitvoerend en praktisch bezig zijn (Anderson et al., 2003; Koren, 2010). Veel teams zullen niet gewend zijn om voorstellen tot verbetering aan te dragen bij het management. De aanpak van de leidraad zal in veel organisaties vragen om een verandering van de organisatiecultuur, waarvoor o.a. leiderschap en attitude om te veranderen nodig zijn (Gray et al., 2013; Miller et al., 2010). Het verlenen van kwalitatief goede zorg vraagt een goed doordacht besturingsconcept (Dageraad, 2017). Ook onderzoek van het Trimbos-instituut gericht op woonvormen voor mensen met dementie laat dit zien. Hieruit blijkt dat goede verpleeghuiszorg vooral draait om hoe je als organisatie de zorg regelt en welke kaders het management schept. Hierin is goede steun vanuit leidinggevenden net zo'n belangrijke factor als de ruimte voor medewerkers om af te kunnen stemmen op de behoeften van bewoners (Willemse, 2016). Grote organisatorische veranderingen zoals het invoeren van zelfsturing, kunnen niet op korte termijn gerealiseerd worden. Medewerkers die al jarenlang werkzaam zijn in een traditioneel hiërarchische organisatiestructuur kunnen niet ineens een nieuwe rol gaan vervullen die om andere competenties vraagt.

De huidige leidraad biedt staf, management en directie op dit moment onvoldoende handvatten om een persoonsgerichte zorgvisie in kaart te brengen. De inhoudelijke invulling wordt via de leidraad volledig bij het zorgteam neergelegd. Recent wetenschappelijk onderzoek geeft echter indicaties dat ook management en directie een cruciale rol spelen bij de invulling van persoonsgerichte zorg.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Conclusies

De Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling heeft een tweeledige doelstelling: het bevorderen van kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg 1) door het vaststellen van zorgbehoeften en wensen van bewoners in een actieve dialoog tussen bewoner, naasten en zorgverleners en op basis hiervan 2) aandragen van bouwstenen voor de personeelssamenstelling in verpleeghuizen. De vraag is of de wetenschappelijke fundering van de leidraad stevig genoeg is om aan deze verwachtingen te kunnen voldoen. Om die vraag te beantwoorden is een review uitgevoerd waarbij de leidraad is getoetst aan wetenschappelijke inzichten en waarbij gesprekken hebben plaatsgevonden met internationale experts, toekomstige gebruikers en vertegenwoordigers van de werkgroep belast met de ontwikkeling van de leidraad. Uit die gesprekken komt naar voren dat er verschillende interpretaties zijn van het document dat in september 2016 is vastgesteld en dat voor deze review als uitgangspunt heeft gediend. De belangrijkste conclusies van de review zijn:

1. Het vetrekpunt van de leidraad, dat kwaliteitsverbetering van verpleeghuiszorg begint bij de dialoog tussen bewoners, hun naasten en medewerkers, is adequaat. Dat geldt ook voor de waardering voor en het benutten van de professionele deskundigheid van medewerkers;
2. Twee belangrijke aannames bij de leidraad zijn dat (1) medewerkers adequaat kunnen beoordelen wat de behoeften en wensen zijn van verpleeghuisbewoners en hun naasten en (2) dat medewerkers adequaat kunnen aangeven wat in kwalitatieve en formatieve zin nodig is aan bezetting om daaraan te kunnen voldoen. Voor de geldigheid van deze beide aannames is echter onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing;
3. De leidraad biedt medewerkers en teams onvoldoende houvast en weinig concrete aangrijpingspunten om vast te stellen wat behoeften en wensen van verpleeghuisbewoners en hun naasten zijn, en om hierop zorgprocessen te verbeteren;
4. De leidraad gaat uit van de huidige verpleeghuiszorg, waardoor nieuwe werkwijzen en andere competenties die noodzakelijk zijn om bij te dragen aan de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners onvoldoende aan bod komen. De leidraad geeft de organisatie, management, teams en medewerkers daarvoor in ieder geval geen concrete handvatten;
5. De leidraad stuurt impliciet op een kwantitatieve norm voor de personeelssamenstelling in verpleeghuizen; daar waar de uitwerking van de leidraad concreet wordt, gaat het meestal om aantallen medewerkers. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is een dergelijke kwantitatieve norm een onhaalbare doelstelling.

Op basis van deze conclusies wordt vastgesteld dat landelijke toepassing van de leidraad in de huidige vorm niet zinvol is en onvoldoende bijdraagt aan verbetering van de verpleeghuiszorg. Terwijl er wel noodzaak en vraag zijn naar concrete handvatten voor het vorm geven aan nieuwe verpleeghuiszorg. Het nieuwe verpleeghuis zou een thuis moeten zijn, waar iedere bewoner zijn of haar levensstijl kan voortzetten en waarbij naasten een relevante en gelijkwaardige rol hebben. Dat vergt dus expliciete

deskundigheid en aandacht voor de (kleine) dingen die het leven van bewoners nog aangenaam maken. Tegelijkertijd is de verwachting is dat de verpleeghuiszorg nog intensiever en complexer zal worden omdat mensen langer thuis wonen. De nadruk zal liggen op zorg voor mensen met ernstige vormen van dementie, de geriatrische revalidatie en de palliatieve zorg. Deze verpleeghuiszorg vergt specifieke deskundigheid van medewerkers en werken volgens wetenschappelijke inzichten, terwijl evidence-based werken in de verpleeghuiszorg nu nog in de kinderschoenen staat. Professionals, teams en organisaties moeten zich daarom voortdurend ontwikkelen waarbij duidelijk moet worden welke aanvullende kennis, kunde en inzet van professionals nodig is op basis van de wensen en behoeften van bewoners en hun naasten.

Bij het veranderen van de verpleeghuiszorg moet ook rekening worden gehouden met bestaande hiërarchische organisatiestructuren en cultuur in veel verpleeghuizen waarin besluitvorming veelal top-down plaatsvindt en een veilige omgeving voor reflecties in teams niet altijd gemeengoed zijn. Dit zijn belangrijke barrières die gewenste veranderingen kunnen belemmeren. Er zijn concrete handvatten nodig om deze barrières te slechten. Daarbij is professioneel leiderschap doorslaggevend. Er dient een heldere bestuurlijke visie te zijn over verpleeghuiszorg, die door managers en medewerkers moet worden vertaald naar de dagelijkse zorg voor en het dagelijkse leven van bewoners in het verpleeghuis. Dat vergt kennis en kunde, creativiteit, ondernemerschap en samenwerking in alle niveaus van de organisatie.

Aanbevelingen

Op basis van de conclusies van deze review worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Ontkoppel de leidraad van (normen voor) de personeelssamenstelling

De huidige versie van de leidraad heeft twee doelstellingen. De eerste doelstelling is gericht op het verbeteren van de verpleeghuiszorg door het adequaat vaststellen van behoeften en wensen van bewoners; de tweede doelstelling richt zich op het aanleveren van bouwstenen voor een optimale personeelssamenstelling. Hoewel behoeften en wensen van bewoners nu niet altijd adequaat worden vastgesteld, mag dit wel van zorgverleners worden verwacht; dat hoort immers tot hun vak. Dat geldt echter niet voor het vaststellen van de personeelssamenstelling. Professionals kunnen moeilijk over hun eigen grenzen heen kijken, waarbij ze onvoldoende zicht hebben op welke *andere* competenties en *andere werkwijzen en organisatievormen* nodig zijn om adequaat aan de zorgvraag te voldoen. Dat nieuwe perspectief is juist nodig om te komen tot een adequate personeelsmix en manier van werken voor *nieuwe* verpleeghuiszorg. Daarbij gaat het primair niet om meer van het zelfde personeel, maar bijvoorbeeld om een mix van andere medewerkers, samenwerking met familie en vrijwilligers en inzet van technologie. De verwachting is dat de leidraad niet aan de tweede doelstelling kan voldoen. Daarom wordt aanbevolen de leidraad te ontkoppelen van het thema personeelssamenstelling.

2. Doorontwikkeling leidraad: focus op vaststellen behoeften in dialoog en afstemmen zorgprocessen

De idee achter de leidraad om de verpleeghuiszorg te verbeteren door behoeften en wensen vast te stellen in actieve dialoog tussen bewoner, naasten en zorgverlener is goed, maar wordt in de leidraad onvoldoende geconcretiseerd. Terwijl er voldoende aangrijpingspunten zijn in de literatuur die zorgverleners daarbij kunnen helpen en dus in de leidraad zouden moeten worden opgenomen. Daarom wordt aanbevolen de leidraad verder door te ontwikkelen. In een nieuwe versie zou meer aandacht moeten worden besteed aan methoden om beter inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van bewoners en hun naasten. Voorbeelden van zulke methoden zijn het toepassen van 'emotional touchpoints' en het gebruiken van fotokaarten in gesprekken met bewoners en hun naaste(n). Daarnaast is het belangrijk om na te gaan welke bronnen (zoals sociale netwerk en zelfzorgvermogen) bewoners zelf nog hebben om in hun behoeften te voorzien. Daarmee kan worden bepaald of, en zo ja hoe, die bronnen in het verpleeghuis kunnen worden ingezet. Zodoende kunnen medewerkers en organisaties de verpleeghuiszorg beter afstemmen op behoeften. Pas als duidelijk is wat de behoeften en wensen zijn kunnen (zorg)processen daarop worden afgestemd. Ook daarbij kan worden geleerd van methoden uit aanpalende werkvelden. Het PEPPA-raamwerk, een systematische aanpak ontworpen voor het introduceren van nieuwe functies in de zorg, is daarvan een voorbeeld. Dit kan medewerkers en organisaties handvatten geven om te komen tot een meer optimaal functiegebouw en zou kunnen worden gebruikt voor het veranderen van de teamsamenstelling in verpleeghuizen. Uiteindelijk gaat het erom de juiste professionals, op de juiste momenten, op de juiste plekken in te zetten. In deze aanpak is een adequate probleemdefiniëring doorslaggevend; daarna kan een team pas kritisch reflecteren op de eigen werkwijze en kan worden bepaald welke omissies er zijn en welke oplossingen mogelijk zijn.

3. Experimenteer met aangepaste versie leidraad in zorgpraktijk

Het besluit om een vernieuwde versie van de leidraad landelijk te implementeren moet gebaseerd zijn op kennis over de mogelijke effecten daarvan. Die kennis ontbreekt op dit moment. Om deze te ontwikkelen wordt aanbevolen te experimenteren met eerdergenoemde methoden (zoals fotokaarten) om behoeften van bewoners in actieve dialoog vast te stellen en zorgprocessen daarop aan te passen. De ervaringen daarvan (effectiviteit en praktische bruikbaarheid) kunnen verwerkt worden in een aangepaste versie van de leidraad die in een beperkt aantal verpleeghuizen op verschillende manieren kan worden toegepast en gemonitord. De mogelijke meerwaarde van die versie van de leidraad kan worden geëvalueerd door ook naar organisaties te kijken die de leidraad niet gebruiken. Op basis van resultaten kan daarna worden besloten over een landelijke uitrol.

Als deze aanpak wordt toegepast ligt het voor de hand om toekomstige kwaliteitsmetingen hierop af te stemmen. Daarbij kan ook praktisch en effectief invulling gegeven worden aan de eis van actieve uitwisseling van medewerkers tussen verpleeghuizen en kwaliteitsvisiting in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Ter illustratie: visiterende medewerkers zouden dan op vergelijkbare wijze gesprekken kunnen voeren met bewoners en hun naasten 1) over hun behoeften en wensen en 2) de mate waarin de zorg daarin voorziet. Zo'n aanpak levert niet alleen kwaliteitsinformatie op voor de organisatie waarmee de verpleeghuiszorg kan worden verbeterd, maar heeft tegelijkertijd een leereffect

voor het eigen werk van de visiterende medewerkers in de dagelijkse zorg. Daarmee wordt ook het verband tussen de leidraad en kwaliteitskader duidelijker.

4. Stimuleer radicale en incrementele veranderingen: experimenteer met personeelsmix

Los van de leidraad zouden verpleeghuizen moeten kunnen experimenteren met verschillende varianten in personeelssamenstelling en personeelsmix op basis van heldere visies op nieuwe verpleeghuiszorg. Dit kan gecombineerd worden met sociale innovaties en de inzet van technologie, waarbij het gehele pakket gericht is op het beter afstemmen van de zorg op de verwachtingen en behoeften van bewoners en hun naasten. Daarvan zijn al verschillende voorbeelden zoals zorgboerderijen waar 24-uurs zorg wordt geboden aan mensen met dementie of ander varianten van verpleeghuiszorg waarin wordt geprobeerd radicale veranderingen aan te brengen in de structuur van traditionele verpleeghuizen. Uit evaluatie van deze initiatieven kan worden afgeleid welke andere competenties voor medewerkers noodzakelijk zijn. Deze kennis is niet alleen van belang voor verpleeghuizen maar ook voor mbo en hbo opleidingen die meestal ook nog traditioneel van opzet zijn.

Zorgorganisaties zouden moeten worden uitgedaagd en financieel beloond, bijvoorbeeld via een speciale opslag (met bewijsbare voorwaarden) in de tarieven, om op een verantwoorde wijze met radicale en incrementele veranderingen te experimenteren. Ook moet worden toegezien dat deze experimenten in verschillende regio's plaatsvinden. Door deze experimenten verplicht te laten monitoren kan het inzicht in verschillende vormen van verpleeghuiszorg en een meer optimale personeelsmix worden vergroot en de kwaliteit van de verpleeghuiszorg worden verbeterd. De evaluaties en vergelijkingen van deze initiatieven zouden kunnen worden uitgevoerd door de regionale academische werkplaatsen ouderenzorg. Op deze wijze krijgen we beter inzicht in de benodigde skills-mix. Nu ontbreekt immers het wetenschappelijk inzicht in welke mix van medewerkers vanuit verschillende achtergronden optimaal verpleeghuiszorg op het gebied van wonen en welzijn kan geven.

5. Bestuurlijke visie en inhoudelijk leiderschap noodzakelijk

In aanvulling op de specifieke aanbevelingen over de leidraad, zijn een bestuurlijke visie en inhoudelijk leiderschap noodzakelijk in de zoektocht naar oplossingen voor verbetering van de verpleeghuiszorg. Bestuurders en directies van zorgorganisaties hebben een cruciale rol in het ontwikkelen van visie om de verpleeghuiszorg te veranderen zodat deze zorg beter voldoet aan de verwachtingen en behoeften van bewoners en hun naasten waardoor de zorgkwaliteit kan worden verbeterd. De personeelssamenstelling is daarbij belangrijk, maar ook de samenwerking met familie en naasten van bewoners en de inzet van ondersteunende zorgtechnologie. De aangepaste leidraad zou daarvoor concrete handvatten kunnen bieden.

Visie is een belangrijke voorwaarde om te komen tot andere verpleeghuiszorg. Deze geeft richting en duidelijkheid aan medewerkers in een organisatie. Het is de taak van bestuurders en directies om er voor zorg te dragen dat managers en medewerkers in de directe zorg zich voldoende kunnen ontwikkelen en kunnen werken aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg; het is de taak van Raden van Toezicht om hierop toe zien. Bestuurders kunnen dit onder andere stimuleren door scholing en het belonen van ondernemerschap in (kleinschalige) innovatieve projecten geëntameerd op de afdeling. Om

de gewenste veranderingen te bewerkstelligen moeten managers vooral vakinhoudelijk leiderschap en niet alleen (maar) beheersmatige vaardigheden tonen. De aangepaste leidraad zou meer aandacht moeten geven aan de manier hoe managers, naast medewerkers, kennis kunnen benutten in het aanpassen van de verpleeghuiszorg. Managers kunnen op vakinhoudelijk leiderschap geschoold en gecoacht worden, maar ook op deze vaardigheid worden geselecteerd.

Bestuurlijke visie is ook nodig in de veranderende arbeidsmarkt. Daar ontstaat krapte. Dit vergt extra inspanningen om het werken in de ouderenzorg, en in het verpleeghuis in het bijzonder, aantrekkelijk te maken. Kennis over de optimale personele samenstelling is daarbij belangrijk, maar die moet vervolgens ook implementeerbaar zijn. Verpleeghuizen zouden daarom coalities kunnen sluiten met mbo, hbo en wo opleidingen om 1) docenten te scholen in de veranderingen in de verpleeghuiszorg, 2) toekomstige medewerkers en managers in verpleeghuizen anders voor te bereiden voor hun werk in het nieuwe verpleeghuis en 3) huidige medewerkers en managers bij of om te scholen.

REFERENTIES

- Abrahamson, K., Lewis, T., Perkins, A., Clark, D., Nazir, A., & Arling, G. (2013). The influence of cognitive impairment, special care unit placement, and nursing facility characteristics on resident quality of life. *Journal of Aging and Health, 25*(4), 574-588.
- Anderson, R. A., Issel, L. M., & McDaniel Jr, R. R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research, 52*(1), 12.
- Arling, G., & Mueller, C. (2014). Nurse Staffing and Quality: The Unanswered Question. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*, 376 – 378.
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezutti, E., & Hamers, J.P.H. (2014). Nurse Staffing Impact on Quality of Care in Nursing Homes: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*(6), 383 – 393.
- Backhaus, R., van Rossum, E., Verbeek, H., Halfens, R., Tan, F., Capezuti, E., & Hamers, J. (2016). Quantity of staff and quality of Care in Dutch Nursing Homes: a crosssectional study. *Journal of Nursing Home Research, 2*, 90-93.
- Backhaus, R., van Rossum, E., Verbeek, H., Halfens, R. J., Tan, F. E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2017a). Relationship between the presence of baccalaureate-educated RNs and quality of care: a cross-sectional study in Dutch long-term care facilities. *BMC Health Services Research, 17*(1), 53.
- Backhaus, R., van Rossum, E., Verbeek, H., Halfens, R. J., Tan, F. E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2017b). Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 66*, 15-22.
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2017). Baccalaureate-educated registered nurses in nursing homes: Experiences and opinions of administrators and nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*.
- Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., Lövheim, H., & Edvardsson, D. (2016). Towards person-centredness in aged care—exploring the impact of leadership. *Journal of Nursing Management, 24*(6), 766-774.
- Bauer, M., & Nay, R. (2003). Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(10), 46-53.
- Boekhorst, S. t., Depla, M., Lange, J. d., Pot, A., & Eefsting, J. (2007). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 1*(38), 15-23.
- Boström, A.-M., Kajermo, K. N., Nordström, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science, 3*(1), 24.
- Castle, N. G. (2009). Use of agency staff in nursing homes. *Research in Gerontological Nursing, 2*(3), 192-201.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., . . . Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 47*(3), 363-385.
- Curtis, E. A., de Vries, J., & Sheerin, F. K. (2011). Developing leadership in nursing: exploring core factors. *British Journal of Nursing, 20*(5).
- Dageraad. (2017). *Aandachtige zorg wat maakt het verschil? Een vergelijkend onderzoek naar de kenmerken van WLZ Ouderenzorginstellingen waar kwaliteitsissues spelen.*
- de Bruin, S., de Boer, B., Beerens, H., Buist, Y., & Verbeek, H. (2017). Rethinking dementia care: the value of green care farming. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(3), 200-203.

- Degenholtz, H. B., Kane, R. A., Kane, R. L., Bershadsky, B., & Kling, K. C. (2006). Predicting nursing facility residents' quality of life using external indicators. *Health Services Research, 41*(2), 335-356.
- den Ouden, M., Kuk, N. O., Zwakhalen, S. M., Bleijlevens, M. H., Meijers, J. M., & Hamers, J. P. (2017). The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents. *Geriatric Nursing, 38*(3), 225-230.
- Dröes, R.-M., Boelens-Van Der Knoop, E. C., Bos, J., Meihuizen, L., Ettema, T. P., Gerritsen, D. L., . . . Schölzel-Dorenbos, C. J. (2006). 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, 5*(4), 533-558.
- Edmondson, A. C., & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 1*(1), 23-43.
- Edvardsson, D., Sjögren, K., Lindkvist, M., Taylor, M., Edvardsson, K., & Sandman, P. (2015). Person-centred climate questionnaire (PCQ-S): establishing reliability and cut-off scores in residential aged care. *Journal of Nursing Management, 23*(3), 315-323.
- Gray, M., Joy, E., Plath, D., & Webb, S. A. (2013). Implementing evidence-based practice: A review of the empirical research literature. *Research on Social Work Practice, 23*(2), 157-166.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., . . . Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies, 63*, 213-225.
- Haesler, E., Bauer, M., & Nay, R. (2010). Recent evidence on the development and maintenance of constructive staff-family relationships in the care of older people—a report on a systematic review update. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 8*(2), 45-74.
- Hamers, J., Backhaus, R., Beerens, H., van Rossum, E., & Verbeek, H. (2016). *Meer is niet per se beter. De relatie tussen personeel inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen.*
- Harrington, C., Choiniere, J., Goldmann, M., Jacobsen, F. F., Lloyd, L., McGregor, M., . . . Szebehely, M. (2012). Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(1), 88-98.
- Hertogh, C. M., The, B. A. M., Miesen, B. M., & Eefsting, J. A. (2004). Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: an ethnographic study in Dutch nursing homes. *Social Science & Medicine, 59*(8), 1685-1693.
- Jeon, Y. H., Conway, J., Chenoweth, L., Weise, J., Thomas, T. H., & Williams, A. (2015). Validation of a clinical leadership qualities framework for managers in aged care: a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing, 24*(7-8), 999-1010.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs, 29*(2), 312-317.
- Kuk, N. O. (2017). *Moving forward in nursing home practice: supporting nursing staff in implementing innovations.*
- Leicher, V., & Mulder, R. H. (2016). Team learning, team performance and safe team climate in elder care nursing. *Team Performance Management, 22*(7/8), 399-414.
- Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017). *Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten.*
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., . . . Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing, 5*(2), 93-107.

- McCormack, B., Roberts, T., Meyer, J., Morgan, D., & Boscart, V. (2012). Appreciating the 'person' in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7(4), 284-294.
- McGilton, K. S., Heath, H., Chu, C. H., Boström, A. M., Mueller, C., M Boscart, V., . . . Bowers, B. (2012). Moving the agenda forward: a person-centred framework in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7(4), 303-309.
- Miller, S. C., Miller, E. A., Jung, H.-Y., Sterns, S., Clark, M., & Mor, V. (2010). Nursing home organizational change: The "culture change" movement as viewed by long-term care specialists. *Medical Care Research and Review*, 67(4_suppl), 65S-81S.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., & Orrell, M. (2013). The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 13(1), 43.
- Morgan, D. G., Cammer, A., Stewart, N. J., Crossley, M., D'Arcy, C., Forbes, D. A., & Karunanayake, C. (2012). Nursing aide reports of combative behavior by residents with dementia: Results from a detailed prospective incident diary. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(3), 220-227.
- Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J., & Boustani, M. (2013). Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 471-478.
- Ouwens, M., Hulscher, M., & Wollersheim, H. (2009). Meten van teamklimaat. *Kwaliteit in Zorg*, 4, 14-18.
- Parker, B., Madan, J., Petrou, S., & Underwood, M. (2016). Can care staff accurately assess health-related quality of life of care home residents? *BMJ Open*.
- Resnick, B. (2013). Interdisciplinary interventions and teams are good... can we move beyond that? *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 456-458.
- Schols, J., & Kardol, T. (2017). Dementia Care in Nursing Homes Requires a Multidisciplinary Approach. In S. Schüssler & C. Lohrmann (Eds.), *Dementia in Nursing Homes* (pp. 203-217): Springer.
- Schwendimann, R., Dhaini, S., Ausserhofer, D., Engberg, S., & Zúñiga, F. (2016). Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes—a cross sectional survey study. *BMC Nursing*, 15(1), 37.
- Shippee, T. P., Henning-Smith, C., Kane, R. L., & Lewis, T. (2013). Resident-and facility-level predictors of quality of life in long-term care. *The Gerontologist*, 55(4), 643-655.
- Shippee, T. P., Hong, H., Henning-Smith, C., & Kane, R. L. (2015). Longitudinal changes in nursing home resident-reported quality of life: The role of facility characteristics. *Research on Aging*, 37(6), 555-580.
- Spilsbury, K., Hewitt, C., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 732 – 750.
- Tuinman, A., de Greef, M. H., Krijnen, W. P., Nieweg, R. M., & Roodbol, P. F. (2016). Examining time use of Dutch nursing staff in long-term institutional care: a time-motion study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 148-154.
- Verbeek, H. (2017). Inclusion and Support of Family Members in Nursing Homes. In S. Schüssler & C. Lohrmann (Eds.), *Dementia in Nursing Homes* (pp. 67-76): Springer.
- Verkaik, R. (2009). *Depression in dementia: Development and testing of a nursing guideline*. Utrecht University.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2016). *Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling*.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2016). *Over de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling*.

- Volicer, L. (2011). What is NPI item "agitation/Aggression" really measuring? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(12), 1046.
- Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7234), 569.
- Willemse, B. M. (2016). *Working conditions and person-centeredness of the dementia care workforce. Impact on quality of care, staff and resident well-being.*
- Wilson, C. B., Davies, S., & Nolan, M. (2009). Developing personal relationships in care homes: realising the contributions of staff, residents and family members. *Ageing & Society*, 29(7), 1041-1063.
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724.
- Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, F. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20(1), 41-49. doi:10.1177/0891988706292762
- Zwijnsen, S., Kabboord, A., Eefsting, J., Hertogh, C., Pot, A., Gerritsen, D., & Smalbrugge, M. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 384-391.
- Zwijnsen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Gerritsen, D. L., Hertogh, C. M., & Pot, A. M. (2014). Grip on challenging behavior: process evaluation of the implementation of a care program. *Trials*, 15(1), 302.
- Zwijnsen, S. A., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T., Bosmans, J. E., van Tulder, M. W., . . . Pot, A.-M. (2011). Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia. Study protocol. *BMC Health Services Research*, 11(1), 41.