

Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie

2008-2017



Marleen Prins, Ceciel Heijkants en Bernadette Willemse

Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie

2008-2017

Trimbos-instituut
Utrecht, 2018

 **Trimbos**
instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding

Dr. Bernadette Willemse

Projectuitvoering

Dr. Mirjam van Soest, Marleen Prins MSc, Ceciel Heijkants MSc, dr. Astrid van der Schot,
dr. Marlou Tuithof

Begeleidingscommissie

Drs. Julie Meerveld, drs. Pieter Roelfsema, Tessel Graafsma MSc, drs. Hugo van Waarde, Els Lodewijk,
Pieter van der Hoek MSc, dr. Hilde Verbeek, Paulien den Bode

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 **AF1588**

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

© 2018, 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.



Inhoud

Inleiding



Inleiding

Ontwikkelingen in de sector

De zorg voor ouderen, vooral die voor mensen met dementie in verzorgings- en verpleeghuizen, krijgt vandaag de dag veel politieke en maatschappelijke aandacht. Binnen de hervorming van de langdurige zorg is verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg een van de speerpunten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren presenteerde voormalig staatssecretaris Van Rijn in 2015 het plan 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. Belangrijke kernwaarden in dit plan zijn persoonsgerichte zorg, kwaliteit door de ogen van de cliënt, de deur wijd open voor mantelzorgers en familieleden, zorgverleners die trots zijn op hun werk en ruim baan voor goede verpleeghuizen met ambitie¹. Deze beweging was ook al bezig voordat Waardigheid en Trots startte, maar heeft door dit plan extra kracht gekregen.

Daarbij heeft ook geholpen dat de overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)¹ persoonsgerichte zorg als een belangrijk uitgangspunt zijn gaan zien. Dit blijkt onder meer uit de andere manier van inspecteren waarmee de IGZ recentelijk is begonnen en uit de centrale rol voor persoonsgerichte zorg en onbegrepen gedrag in de IGZ-publicatie 'Kijken met andere ogen'². Daarnaast startte het ministerie van VWS in 2016 het programma 'Het kan beter met minder' om bewust omgaan met psychofarmaca te stimuleren en oneigenlijk gebruik hiervan terug te dringen³.

Tegelijkertijd is er in de sector ook veel onrust veroorzaakt door de hervormingen van de laatste jaren om kwaliteit van zorg in de toekomst te garanderen en zelfs te verbeteren en de zorg betaalbaar te houden. Zorgkosten die vroeger onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vielen, werden verplaatst naar de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast kregen mensen met een relatief lage zorgzwaarte geen toegang meer tot het verzorgingshuis, met als gevolg dat menig verzorgingshuis de deuren moest sluiten. Dit alles heeft ertoe geleid dat veel ouderenzorgorganisaties zich de afgelopen jaren genoodzaakt voelden om te bezuinigen of te reorganiseren.

Om bovengenoemde ontwikkelingen te kunnen sturen en toetsen zijn nieuwe kaders ontwikkeld. In januari 2017 heeft het Zorginstituut Nederland het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Dit kader beschrijft waaraan goede verpleeghuiszorg moet voldoen en welke eisen gesteld mogen worden aan de personele bezetting (personeelsnormen)⁴. De acht thema's van het integrale model dat in het kwaliteitskader is vervat, hebben betrekking op de inhoud van de zorg, kwaliteit en veiligheid (van bijvoorbeeld wonen en welzijn) én de randvoorwaarden die hiervoor nodig zijn (bijvoorbeeld personeelssamenstelling en leiderschap). Vertrekpunt van dit model om een optimale kwaliteit van leven en zorg te realiseren is de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

1 De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heet sinds 1 oktober 2017 de Inspectie van de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

In de praktijk betekent dit dat de zorg steeds meer om de bewoner heen wordt georganiseerd en dat (de wens van) de bewoner centraal staat: 'Wat zijn de wensen en verwachtingen van de bewoner rondom kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven?' Er wordt veel directer aan bewoners of hun naasten gevraagd 'wat voor hen persoonlijk een zinvolle dag betekent'. Ook is er is meer aandacht gekomen voor de rol van informele zorgverleners (mantelzorgers, familieleden en vrijwilligers) en voor manieren om de inzet van formele zorg door professionals en informele zorg op een goede manier met elkaar te vervlechten.

Deze ontwikkelingen en veranderingen hebben natuurlijk grote gevolgen voor de verpleeghuissector. Verbeteren doe je samen, met cliënten, met professionals, met bestuurders en met andere verpleeghuizen, lokaal, regionaal en landelijk. Monitoren van deze veranderingen en verbeteringen is belangrijk. Niet alleen om inzicht te krijgen in het effect ervan, maar ook om vast te stellen waar misschien knelpunten blijven bestaan of zich zelfs nieuwe voordoen.

Ontwikkelingen monitoren

Monitoren is mogelijk dankzij de gegevens die we sinds 2008 twee- tot driejaarlijks bij woonvoorzieningen voor mensen met dementie verzamelen in het kader van de Monitor Woonvormen Dementie (kortweg: de Monitor). Deze heeft als doel inzicht te bieden in de gevolgen van de veranderende organisatie van de langdurige dementiezorg en de zorginhoudelijke en personele consequenties hiervan. In de woonvoorzieningen voor mensen met dementie die deelnemen aan de Monitor, worden zowel verzorgenden, familieleden en vrijwilligers als managers en behandelaars bevroegd. Door de opzet van de Monitor kunnen veranderingen en ontwikkelingen worden onderzocht die als belangrijk gezien worden voor goede dementiezorg. Daarnaast houdt de Monitor de deelnemende woonvoorzieningen een spiegel voor waardoor zij inzicht kunnen krijgen in hun sterke en minder sterke punten. Dit spiegeleffect bestaat eruit dat de uitkomsten van een bepaalde woonvoorziening vergeleken worden tussen verschillende teams of afdelingen binnen die een woonvoorziening, met andere woonvoorzieningen binnen eenzelfde organisatie en met de andere deelnemende woonvoorzieningen. Dit gebeurt door middel van een rapport met de onderzoeksresultaten en een bijeenkomst waarin die uitkomsten door de onderzoekers mondeling worden teruggekoppeld. Deze combinatie maakt duidelijk waar aanknopingspunten liggen om tot interne kwaliteitsverbetering te komen.

De vierde onderzoeksperiode van de Monitor vond plaats tussen mei 2016 en februari 2017. In totaal namen aan deze ronde 49 woonvoorzieningen voor mensen met dementie deel. Tijdens de eerdere onderzoeksperiodes waren dit er respectievelijk 136, 144 en 54. Een belangrijke verklaring voor het kleinere aantal deelnemers na de tweede meetronde is naar ons idee dat woonvoorzieningen met ingang van de derde meetronde moesten meebetalen om aan de Monitor deel te nemen. Vóór die tijd nam de overheid de totale kosten voor haar rekening. Het beduidend kleiner aantal deelnemers bij de

derde en vierde meting heeft uiteraard een nadelige invloed op de representativiteit van de gegevens. Daarmee zijn de derde en vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie geen representatieve steekproef van de woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie in Nederland. Tegelijkertijd vormen ongeveer vijftig woonvoorzieningen nog altijd een aanzienlijk aantal.

Verdiepende thema's

In overleg met de deelnemende woonvoorzieningen diepen we iedere onderzoeksperiode bepaalde thema's uit. Deze sluiten aan bij huidige ontwikkelingen in de maatschappij. Tijdens de vierde meetronde (2016) waren de thema's:

- informele zorg;
- onbegrepen gedrag;
- leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking.

Bij deze thema's worden antwoorden gezocht op vragen als: 'Is de naaste familie in de woonvoorzieningen tevreden over hun betrokkenheid bij de zorg voor hun naaste?', 'Voelen vrijwilligers zich betrokken en onderdeel van het team?', 'Hoe staat het met de beschikbaarheid van psychologische ondersteuning en het inzetten van psychosociale interventies bij onbegrepen gedrag?' en 'Wat is de invloed van leiderschap en teamsamenwerking op teams, bewoners en familie?' Per verdiepend thema verschijnt een publicatie waarin de betreffende onderzoeksresultaten worden toegelicht.

Thema informele zorg (familie en vrijwilligers)

Tijdens eerdere meetronden van de Monitor is gebleken dat een grotere betrokkenheid van familieleden en vrijwilligers kansen biedt om een woonvoorziening te creëren waar goede zorg wordt geboden. De afgelopen jaren doen politiek en samenleving een steeds sterker beroep op informele zorgverleners. Hoe staat het er nu voor? Hoe betrekken organisaties familieleden en vrijwilligers bij de woonvoorziening en de zorg? Hoe lukt het hen vrijwilligers aan te trekken en te behouden? En is familie tevreden over de mate waarin zij betrokken zijn bij de zorg? Of zouden zij dat liever wat meer zien – of juist minder? In deze uitgave gaan we dieper in op deze punten. Dat doen we op basis van vragen aan familieleden, vrijwilligers, verzorgenden en managers (zie uitgave: *Informele zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*).

Thema onbegrepen gedrag

Om goed om te kunnen gaan met onbegrepen gedrag (vroeger: 'probleemgedrag') moet je het eerst begrijpen. Pas als men de oorzaak van bepaald gedrag heeft achterhaald, kunnen de juiste interventies worden ingezet. In de periode voorafgaand aan de vierde meetronde van de Monitor heeft onbegrepen gedrag veel aandacht gekregen. Zo heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2015 het instrument 'Onbegrepen gedrag' en de nieuwe methode 'Short Observational Framework for Inspection' (SOFI)⁵ getoetst en hebben Vilans en het Trimbos-instituut samen acht kernelementen uit bestaande richtlijnen gedestilleerd die van belang zijn om goed om te gaan met

onbegrepen gedrag bij dementie⁶. Ook de deelnemende woonvoorzieningen vonden dit een belangrijk thema voor nadere verdieping. In deze uitgave wordt onder andere gekeken naar welke disciplines men kan inschakelen bij onbegrepen gedrag, of en hoe de familie erbij betrokken wordt, of er een evaluatie plaatsvindt en of in een organisatie de juiste kennis aanwezig is (zie uitgave: *Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*).

Thema leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking

Wie zijn eigenlijk die leidinggevendenden in de woonvoorzieningen, wat is hun achtergrond en welke competenties zijn voor hen belangrijk? Zijn ze visionair, inspirerend en motiveerend? Dat zijn enkele vragen die in deze deelstudie de revue passeren. Daarnaast zijn er in de zorg steeds meer ontwikkelingen gaande op het gebied van zelfsturende teams. Er zijn grote verschillen in de mate waarin teams zelfstandig opereren en in de mate waarin organisaties dit faciliteren. Zelfsturing is geen doel op zich, maar een middel om efficiënte cliëntgerichte zorg te verlenen door (zorg)professionals met vakmanschap, eigen initiatief en ondernemerschap op hun eigen niveau. En dan is er nog de vraag hoe teams samenwerken en wat de invloed hiervan is op het welbevinden van bijvoorbeeld de medewerkers zelf? Ook deze materie werken we verder uit in de derde en laatste publicatie (zie uitgave: *Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*).

Opbouw van deze uitgave

De huidige uitgave geeft veranderingen en ontwikkelingen (trends) in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie weer gedurende de periode 2008/2017. Hierbij spreken we per onderzocht aspect een verwachting uit op basis van geconstateerde (recente) ontwikkelingen. Deze verwachtingen worden getoetst door middel van een analyse van alle verzamelde gegevens. Je kunt hierbij denken aan de verwachting dat de betrokkenheid van familieleden¹¹ in de woonvoorzieningen zal zijn toegenomen gezien de grote aandacht die hiervoor is vanuit de overheid en de overtuiging in het veld en de wetenschap dat dit kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Hierna volgt per onderwerp een reflectie op de gevonden resultaten. We sluiten de uitgave af met een beschouwing waarin we de opvallendste positieve ontwikkelingen bespreken, alsmede trends die nadere aandacht behoeven.

11 Onder familieleden verstaan we ook de wettelijk vertegenwoordiger, de eerste contactpersoon en/of de mentor.

1 Trends in de organisatie van zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
<ul style="list-style-type: none">• Toename van kleinschalige zorgkenmerken.	<ul style="list-style-type: none">• Toename van kleinschalige zorgkenmerken.
<ul style="list-style-type: none">• Toename in de eenduidigheid van de zorgvisie.	<ul style="list-style-type: none">• Geen toename van eenduidigheid in visie.
<ul style="list-style-type: none">• Toename van coachend, inspirerend en visionair (transformationeel) leiderschap.	<ul style="list-style-type: none">• Geen verandering in transformationeel leiderschap.



1 Trends in de organisatie van zorg

Toename van kleinschalige zorgkenmerken

Verwachting

In Nederland organiseren steeds meer zorgorganisaties hun woonvoorziening voor mensen met dementie volgens het principe van kleinschalig groepswonen. In deze woningen verzorgt een vast en klein team van verzorgend personeel een groep van zes tot acht bewoners. Het dagelijks leven van de bewoners wordt zoveel mogelijk ingevuld 'zoals het thuis was', in een huiselijke omgeving. Verzorgenden stimuleren bewoners bijvoorbeeld om mee te helpen met huishoudelijke activiteiten, de maaltijden worden aan tafel opgeschept en het verzorgend personeel eet mee met de bewoners. Een aantal kenmerken van kleinschalige zorg staat weergegeven in tabel 1.1.

Kleinschalige manieren om wonen en zorg te organiseren worden al sinds 2009 sterk gestimuleerd door de Nederlandse overheid⁷. Van de 685 verpleeg- en verzorgingshuizen met afdelingen voor bewoners met dementie die op dit moment op Zorgkaart Nederland staan, zegt de helft de zorg kleinschalig te organiseren⁸. We verwachtten dan ook een toename te zien in het aantal kenmerken van kleinschalige zorg in de woonvoorzieningen sinds 2008.

Tabel 1.1: Aanwezigheid van kleinschalige zorgkenmerken in de vier meetronden MWD1 (n=136), MWD2 (n=144), MWD3 (n=47) en MWD4 (n=49).

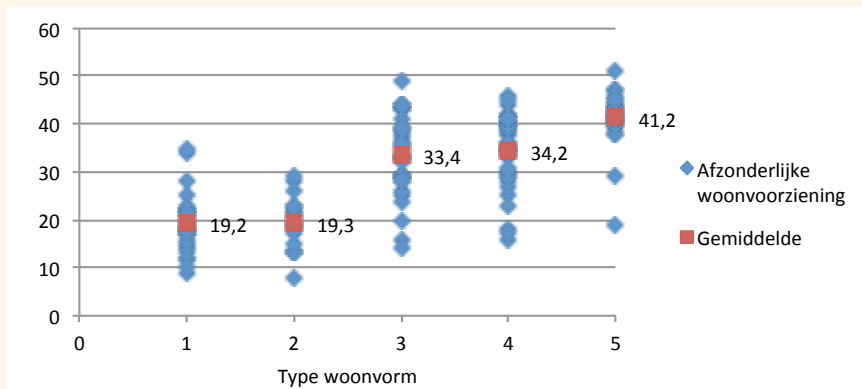
Kenmerken van kleinschalige zorg	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4
	% Altijd			
De huiskamers hebben een huiselijke sfeer	69.0	66.1	72.3	87.8
De warme maaltijd wordt in de keuken van de huiskamers bereid	49.3	48.9	51.1	69.4
De verzorgenden voeren ook huishoudelijke taken uit	46.5	43.2	46.8	63.3
De verzorgenden eten samen met de bewoners	31.7	30.7	31.9	51.0
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
Maaltijden worden op tafel opgeschept	66.2	67.9	72.3	46.9
(Een gedeelte van) de was wordt in de woningen gedaan	38.7	37.1	31.9	46.9
Bewoners gebruiken hun eigen linnengoed	12.0	10.0	12.8	30.6
Als familie tegen etenstijd komt dan eet zij mee	0.7	0.7	6.4	14.3
De verzorgenden dragen geen uniform*	14.8	15.0	2.1	8.2
De kamers van bewoners worden overdag niet op slot gedaan*	7.7	7.1	4.3	6.1
De familie helpt mee in de huishouding	4.2	4.6	6.4	6.1
Bewoners pakken hun tussendoortjes zelf	1.4	1.1	4.3	4.1
De bewoners helpen mee in de huishouding	5.6	3.2	2.1	2.0

* Deze items zijn omgescoord. In deze 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'.

Resultaten

In de kleinschalige woonvoorzieningen met minder dan 36 bewoners waar daarnaast geen andere zorg wordt gegeven, bijvoorbeeld aan bewoners met somatische problematiek, waren in alle meetronden van de Monitor de meeste kenmerken van kleinschalige zorg aanwezig. Meer dan in de twee andere vormen van kleinschalige woonvoorzieningen: voorzieningen met meer dan 36 bewoners zonder andere zorg en woonvormen met minder dan 36 bewoners waar daarnaast wel andere zorg wordt geboden. Wel is te zien dat er binnen de verschillende typen (1 t/m 5) nog veel verschil is in het aantal kenmerken van kleinschalige zorg. Zo laten de spreidingsdiagrammen zien dat bij een woonvorm van type 3 (meer dan 36 bewoners met dementie) het aantal kleinschalige zorgkenmerken kan variëren tussen circa tien en meer dan dertig. Om dit te illustreren geven we de spreiding in de verschillende typen woonvormen weer in de eerste en de meest recente meetronde. Het aantal kleinschalige zorgkenmerken is significant toegenomen sinds 2008 als we de woonvoorzieningen van alle meetronden tezamen bekijken (tabel 1.2).

Diagram 1a: Score op Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod weergegeven per type woonvorm in de eerste meetronde (MWD 1).



Type 1= Grootschalig verpleeghuis

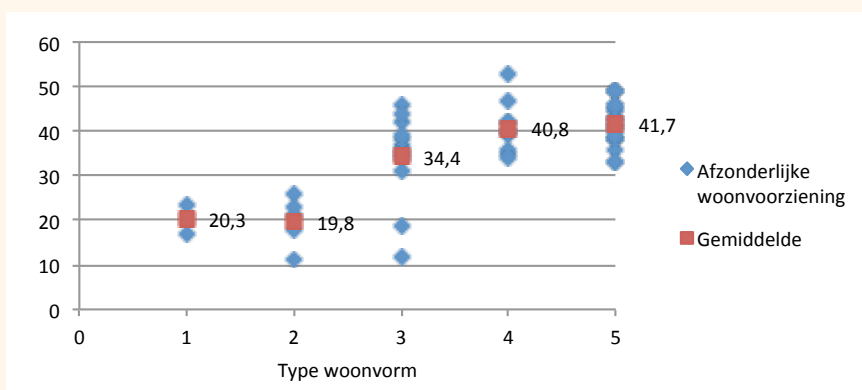
Type 2= Pg-unit in verzorgingshuis

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

Diagram 1b: Score op Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod weergegeven per type woonvorm in de vierde meetronde (MWD 4).



Type 1= Grootschalig verpleeghuis

Type 2= Pg-unit in verzorgingshuis

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 1.2: Veranderingen in gemiddelde score op kleinschalige zorgkenmerken tussen alle woonvoorzieningen die aan de Monitor meededen: MWD1 (n=136), MWD2 (n=144), MWD3 (n=47) en MWD4 (n=49).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Score op kleinschalig zorgaanbod Schaal: 0-56	30.6	31.4	31.8	36.6	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

De kenmerken van kleinschalige zorg die in deze onderzoeksperiode het meest worden geïntegreerd in de woonvoorzieningen zijn:

- een huiselijke sfeer in de huiskamers;
- het bereiden van maaltijden in de keuken van de huiskamers;
- het uitvoeren van huishoudelijke taken door verzorgenden (zie tabel 1.1).

Opvallend is wel dat de mate waarin bewoners (en familieleden) zelf aan het huishouden, deelnemen, beperkt is. Bijna alle kenmerken zijn tijdens de vierde meetronde meer in de woonvoorzieningen geïntegreerd dan tijdens de eerste ronde van de Monitor. Alleen lijken de maaltijden in de laatste meetronde opvallend genoeg minder vaak aan tafel te worden opgeschept.

Reflectie

De resultaten laten zien dat het aantal kleinschalige zorgkenmerken tussen 2008 en 2017 is toegenomen. Tijdens de eerdere onderzoeksperioden van de Monitor kwam dit niet naar voren en het lijkt er dus op dat woonvoorzieningen voor mensen met dementie in Nederland de zorg nu daadwerkelijk kleinschaliger aan het organiseren en vormgeven zijn. Dit komt voornamelijk tot uiting in de omgevingskenmerken van de woonvoorziening (zoals de mate van huiselijkheid, het bereiden van maaltijden in de huiskamer en het uitvoeren van huishoudelijke taken door de verzorgenden). De deelnemende woonvoorzieningen melden aanzienlijk minder vaak dat bij het vormgeven van kleinschalige zorg bewoners en familieleden echt betrokken worden bij de dagelijkse bezigheden.

Een andere verklaring voor de gevonden toename in kleinschalige zorgkenmerken kan zijn dat tijdens de vierde meetronde in verhouding meer kleinschalige woonvoorzieningen (type 3-5) meededen, waardoor het aantal kenmerken van kleinschaligheid sterker lijkt te zijn toegenomen dan in werkelijkheid. Daar staat tegenover dat hiervan ook al sprake was tijdens met name de derde meetronde en zijn er de afgelopen jaren ook daadwerkelijk meer van dit soort woonvormen ontstaan. Daarom is het toch wel waarschijnlijk dat er echt sprake is van een toename in kleinschaligheid.

Geen toename van eenduidigheid in visie

Verwachting

Een duidelijke visie op de manier waarop de zorg voor mensen met dementie wordt vormgegeven, is belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Uit eerder verdiepend onderzoek in het kader van de Monitor bleek al dat 'Een visie als leidraad voor praktijk en beleid' één van de onderscheidende factoren is van succesvolle woonvoorzieningen voor mensen met dementie⁹. De crux zit in de combinatie 'praktijk en beleid': een duidelijke visie draagt namelijk pas bij aan succes wanneer deze concrete aanknopingspunten biedt en breed gedragen wordt binnen de woonvoorziening. In de afgelopen jaren zijn veel organisaties bezig geweest om hun visie op zorg te formuleren en deze in de praktijk te brengen. Daarom was onze verwachting dat het verzorgend personeel de visie eenduidiger zou vinden. Te meer daar er ook vanuit de rijksoverheid de afgelopen tijd veel aandacht geweest is voor dit thema, onder andere door het programma Waardigheid en Trots¹. Eén van de speerpunten binnen dit programma is bestuurlijk leiderschap in relatie tot kwaliteit van zorg. Waardigheid en Trots benadrukt dat bestuurders moeten zorgen voor een aansprekende visie op de zorg, die ook leeft in de praktijk. In tabel 1.3 staan alle onderwerpen waarover we verzorgenden gevraagd hebben of er in hun organisatie op dit punt eenduidigheid in visie bestaat of dat er juist meningsverschillen of onduidelijkheden over zijn

Tabel 1.3: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat zegt zelden of nooit onduidelijkheden of meningsverschillen over het onderwerp te ervaren gedurende MWD2 (n=141), MWD3 (n=47) en MWD4 (n=49).

Kenmerken 'Eenduidige zorgvisie'	MWD2	MWD3	MWD4
	Gemiddeld percentage verzorgenden in de woonvoorziening dat zegt hierover zelden of nooit onduidelijkheden of meningsverschillen te ervaren		
Gebruik van fixatiemaatregelen	41.3	67.3	79.6
Een huiselijke omgeving voor de bewoners met dementie	53.4	60.1	58.2
Het betrekken van vrijwilligers bij de woonvoorziening	50.8	49.4	56.1
Persoonlijke aandacht voor de bewoners	65.5	60.1	53.6
Keuzevrijheid voor de bewoners	46.0	52.2	50.6
Inspelen op individuele wensen van een bewoner	55.9	54.9	49.6
Communicatie met familie	57.2	43.7	46.4
Het accepteren en waarderen van verschillen die er tussen collega's bestaan	49.3	46.0	41.6

Resultaten

In tegenstelling tot onze verwachting hebben we geen significante verandering gevonden in de mate waarin verzorgend personeel op één lijn zit bij belangrijke onderwerpen in de zorg die vaak onderdeel uitmaken van de zorgvisie van de organisatie (zie tabel 1.4).

In tabel 1.3 is het gemiddelde percentage verzorgenden te zien dat zegt zelden of nooit het gevoel te hebben dat er met betrekking tot de genoemde onderwerpen onduidelijkheden of meningsverschillen binnen hun team bestaan. Uit deze tabel komt ook naar voren dat de overeenstemming over het gebruik van fixatiemaatregelen en het creëren van een huiselijke omgeving voor de bewoners het grootst is. Het onduidelijkst binnen het team zijn naar het idee van de verzorgenden het accepteren en waarderen van verschillen tussen collega's, communicatie met familie en inspelen op individuele wensen van een bewoner. Over sommige onderwerpen lijkt binnen verzorgende teams meer eenduidigheid te zijn ontstaan. Bijvoorbeeld over gebruik van fixatiemaatregelen en over vrijwilligers betrekken bij de zorg. Ten aanzien van andere onderwerpen lijken teams echter juist minder eenduidig. Voorbeelden hiervan zijn accepteren en waarderen van verschillen tussen collega's en inspelen op individuele wensen van bewoners.

Tabel 1.4: Veranderingen in gemiddelde score op eenduidigheid van visie in de beleving van verzorgenden tussen alle woonvoorzieningen van MWD2 (n=132), MWD3 (n=39) en/of MWD4 (n=46).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Score op eenduidigheid in visie Schaal: 1-5	3.4	3.5	3.4	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Terugdringing van het gebruik van fixatiemaatregelen heeft een hoop aandacht gekregen in het beleid. Verzorgenden zeggen dan ook dat er over fixatiemaatregelen veel overeenstemming is binnen hun team; in veel gevallen zal dit betekenen dat het team ernaar streeft deze middelen zo min mogelijk in te zetten. Ook wanneer het erom gaat een huiselijke omgeving voor de bewoners te creëren, zitten de verzorgenden aardig op één lijn. Dit is dan weer overeenstemming met de trend dat kenmerken van kleinschaligheid in toenemende mate aanwezig zijn in woonvoorzieningen. Waarschijnlijk is men het er binnen veel woonvoorzieningen over eens dat huiselijkheid van belang is en is hierover binnen teams dan ook geen discussie. De aandacht voor een huiselijke omgeving in de woonvoorziening lijkt dus zowel onderdeel van de zorgvisie als breed gedragen in de praktijk. Over accepteren en waarderen van verschillen tussen collega's

blijkt volgens verzorgenden de minste duidelijkheid te bestaan. Mogelijk slagen nog niet alle teams erin elkaars talenten optimaal te benutten en te accepteren dat iedereen op zijn of haar eigen manier een steentje bijdraagt aan goede zorg voor de bewoners. Opvallend, omdat uit een kleinschalig onderzoek binnen Waardigheid en Trots blijkt dat juist dit aspect een belangrijk element is van relationeel en persoonsgericht werken in de verpleeghuiszorg¹⁰. Dat er niet altijd eenduidigheid is over communicatie met familie van bewoners, kan er ook mee te maken hebben dat het kenmerk van kleinschalig wonen 'betrekken van familie bij de woonvoorziening' nog niet zo vaak goed wordt uitgevoerd. Blijkbaar zijn teams nog zoekende naar hoe ze dit samen het beste kunnen aanpakken. In hoofdstuk 6 gaan we nader in op de vraag hoe familieleden hun betrokkenheid bij de woonvoorziening ervaren.

Geen verandering in transformatieel leiderschap

Verwachting

Een transformatieel leider is een rolmodel dat de visie van de organisatie uitdraagt, medewerkers coacht en hen de ruimte geeft voor eigen ideeën en creativiteit. Uit onderzoek blijkt dat dit type leiderschap ook bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg¹¹. Recent onderzoek van KPMG laat daarnaast zien dat goed leiderschap zich uit in succesfactoren als 'handelen naar een heldere visie gericht op persoonsgerichte, warme en veilige zorg' en 'leidinggeven met lef om te denken vanuit de cliënt en lange-termijngerichtheid'¹². Waar leidinggevend in de ouderenzorg van oudsher meer directief of sturend waren, is het streven nu om steeds meer ondersteunend en coachend te werken en naast het team te staan. We verwachtten dan ook dat transformatieel leiderschap in de beleving van het verzorgend personeel zou zijn toegenomen. Dat dit type leiderschap steeds meer voorkomt in de zorg voor mensen met dementie past ook bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen die een toename laten zien van zelfsturende en zelforganiserende teams. En hoewel de effecten van Waardigheid en Trots in onze metingen in 2016/2017 waarschijnlijk nog niet ten volle uit de verf konden komen, kan ook de aandacht die er in dit programma aan dit type leiderschap wordt gegeven, aan een toename hebben bijgedragen.

Resultaten

De mate waarin leidinggevend kenmerken van transformatieel leiderschap vertonen (coachend, inspirerend, visionair) is volgens het verzorgend personeel niet significant veranderd (zie tabel 1.5).

In tabel 1.6 is het gemiddelde percentage weergegeven van de verzorgenden dat zegt een bepaalde eigenschap van transformatieel leiderschap (bijna) altijd bij zijn of haar direct leidinggevende te herkennen. In deze tabel is te zien dat voor alle eigenschappen van transformatieel leiderschap geldt dat ongeveer één op de vijf verzorgenden zegt dat zijn/haar leidinggevende over deze eigenschap beschikt.

In vergelijking met de andere kenmerken blijken leidinggevenden iets minder vaak gevoelens van trots en respect op te roepen of door verzorgenden als inspirerend te worden ervaren.

Tabel 1.5: Veranderingen in gemiddelde score op transformationeel leiderschap in de beleving van verzorgenden tussen alle woonvoorzieningen die deelnamen aan MWD2 (n=132), MWD3 (n=39) en/of MWD4 (n=46).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Score op transformationeel leiderschap Schaal: 1-5	3.2	3.3	3.3	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 1.6: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat verschillende kenmerken van transformationeel leiderschap wel of niet aanwezig acht in de vierde meetronde (n=49).

Kenmerken transformationeel leiderschap	% (Bijna) altijd
Mijn direct leidinggevende behandelt medewerkers op een persoonlijke manier, steunt en stimuleert hun ontwikkeling	20.9
Mijn direct leidinggevende is duidelijk over wat hij/zij belangrijk vindt en geeft zelf het goede voorbeeld	20.1
Mijn direct leidinggevende stimuleert onderling vertrouwen, betrokkenheid en samenwerking tussen teamleden	20.0
Mijn direct leidinggevende moedigt medewerkers aan en laat waardering blijken	18.1
Mijn direct leidinggevende draagt een heldere en positieve kijk op de toekomst uit	17.6
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 worden gedaan	17.6
Mijn direct leidinggevende roept gevoelens van trots en respect op bij anderen en inspireert mij door haar/zijn deskundigheid	14.3

Reflectie

Er is geen verandering gevonden in de mate waarin de direct leidinggevende kenmerken van transformationeel leiderschap bezit. Dit is tegen de verwachting in en kan mogelijk worden verklaard uit het feit dat verzorgenden in verschillende woonvoorzieningen de vragenlijst over een ander 'type' direct leidinggevende hebben ingevuld. In de ene woonvoorziening is er misschien nog een teammanager of leidinggevende die redelijk dicht bij de werkvloer staat, terwijl dit in een andere woonvoorziening een regio- of gebiedsmanager kan zijn geweest. Dit is met name het geval bij teams die zelfsturend werken. De gevonden resultaten zijn hierdoor mogelijk beïnvloed, omdat het te

verwachten is dat de mate van transformationeel leiderschap van een regio- of gebiedsmanager anders beoordeeld wordt dan die van een teamcoach of teammanager. Aan de ene kant zou je kunnen zeggen dat in het geval van een regio- of gebiedsmanager als direct leidinggevende er juist meer kenmerken van transformationeel leiderschap terug te zien zouden moeten zijn, omdat teams dan alleen gecoacht worden en veel ruimte krijgen om de zorg zelf in te vullen. Maar aan de andere kant staan deze managers mogelijk te ver af van de dagelijkse werkzaamheden en hebben zij een te grote 'span of control' waardoor de verzorgenden hen niet meer als transformationele leiders ervaren. In de uitgave over Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie diepen we uit wat voor invloed het wel of niet werken met zelfsturende teams heeft op, onder andere, leiderschap.

2 Trends in de kenmerken en zorgzwaarte van bewoners

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
<ul style="list-style-type: none">• Een toename in het percentage bewoners met een ZZP5 en ZZP7. Een afname van bewoners met een ZZP4.	<ul style="list-style-type: none">• Toename van het aantal bewoners met ZZP5, afname van het aantal bewoners met ZZP4 en geen verandering in het aantal bewoners met ZZP7 en ZZP overig.
<ul style="list-style-type: none">• Toename van afhankelijkheid van bewoners bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en onbegrepen gedrag, afname van cognitief functioneren.	<ul style="list-style-type: none">• Afname afhankelijkheid ADL, geen verandering in de mate van onbegrepen gedrag en toename in cognitief functioneren.



2 Trends in de kenmerken en zorgzwaarte van bewoners

Toename van het aantal bewoners met ZZP5, afname van het aantal bewoners met ZZP4 en geen verandering in het aantal bewoners met ZZP7 en ZZP overig

Verwachting

Omdat mensen met dementie steeds vaker zo lang mogelijk thuis blijven wonen, was de verwachting dat zorgvraag en zorgbehoefte van bewoners complexer zouden zijn geworden¹³. Hiervoor zijn verschillende oorzaken: mensen met dementie in een verder gevorderd stadium hebben vaker meer dan één aandoening, er worden vaker mensen met dementie die een psychiatrische achtergrond hebben in de woonvoorzieningen voor mensen met dementie opgenomen en mensen met dementie wonen vaker alleen de laatste paar maanden van hun leven in een woonvoorziening¹¹. Gezien deze oorzaken was onze verwachting dat de zorgzwaarte van de bewoners zou zijn toegenomen. Concreet: een toename in het percentage bewoners met een ZZP5 en ZZP7 en een afname van bewoners met een ZZP4. Dit laatste te meer daar het sinds 2014 zo is dat alleen mensen met een zwaardere zorgvraag (vanaf ZZP4) in een woonvoorziening voor mensen met dementie kunnen wonen. Aedes-Actiz heeft berekend dat slechts 50% van de ouderen die tot 2016 in aanmerking kwam voor een ZZP4, in 2023¹⁴ in een woonvoorziening zal wonen.

Resultaten

Tabel 2.1 laat zien dat er in de woonvoorzieningen een afname waarneembaar is in het aantal bewoners met een ZZP4 en een toename in het aantal bewoners met een ZZP5. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen in de vorige meetronde.

Reflectie

Zoals verwacht is er een afname in het aantal ZZP4-indicaties te zien en een toename in die met ZZP5; meer ZZP7-indicaties hebben we echter niet gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat medewerkers in de praktijk weliswaar de ervaring hebben dat de zorgvraag complexer wordt, maar dat er niet altijd een hogere indicatie wordt afgegeven. Bij sommige zorgaanbieders bestaat het beeld dat er sprake is van een strengere indicatiestelling en van terughoudendheid met het afgeven van ZZP7. Dat het CIZ mogelijk minder snel geneigd is een ZZP7 te indiceren dan zorgaanbieders zelf, bleek een aantal jaar geleden ook uit een rapport van het CIZ zelf¹⁵. Of dit daadwerkelijk een verklaring is voor het niet toenemen van het aandeel ZZP7-indicaties, blijft echter de vraag.

Tabel 2.1: Veranderingen door de tijd in zorgzwaarte van de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=132), MWD2 (n=139), MWD3 (n=47) en MWD4 (n=42).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
<i>Achtergrondkenmerken</i>					
Leeftijd	83.4	84.1	84.1	83.9	
% vrouwen	76.4	75.9	76.2	72.5	
<i>Zorgzwaarte</i>					
% zzp4	8.5	3.5	2.8	2.2	↓
% zzp5	67.2	76.9	72.4	79.7	↑
% zzp7	18.8	14.5	21.7	16.0	
% zzp-overig	5.3	5.0	3.1	2.1	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Afname van afhankelijkheid van bewoners bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL), geen verandering in de mate van onbegrepen gedrag en toename in cognitief functioneren

Verwachting

Omdat de zorgzwaarte van bewoners van woonvoorzieningen voor mensen met dementie voor een deel is toegenomen, verwachtten we dat bewoners minder goed zouden zijn gaan functioneren op cognitief gebied. Ouderen met een ZZP5 hebben bijvoorbeeld continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat zij veel cognitieve beperkingen hebben. Daarmee samenhangend, was onze verwachting dat de ADL-afhankelijkheid van bewoners door de tijd zou zijn toegenomen, omdat bewoners in een later stadium in hun dementie verkeren en meer beperkingen ondervinden. Tot slot verwachtten we ook dat bewoners meer onbegrepen gedrag zouden vertonen, gezien de tendens dat mensen met dementie steeds vaker zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Onbegrepen gedrag is dikwijls een van de redenen waarom mensen met dementie naar een woonvoorziening moeten verhuizen aangezien dergelijk gedrag erg belastend kan zijn voor mantelzorgers¹⁶.

Resultaten

Tabel 2.2 toont dat er een significante afname is in de hulp die bewoners nodig hebben bij activiteiten van het dagelijks leven. In tabel 2.3 is te zien dat de meeste bewoners weliswaar afhankelijk zijn in het geval van wassen en kleden en in iets mindere mate op het punt van continence en wc-gebruik, maar dat meer dan twee derde van de bewoners juist onafhankelijk is als het gaat om voeding en mobiliteit.

Minder dan een tiende van de bewoners is op geen of één gebied afhankelijk, terwijl bijna een kwart op alle zes de domeinen afhankelijkheid vertoont. De mate van cognitief functioneren van bewoners is significant toegenomen. Verder blijkt uit tabel 2.2 dat de mate van onbegrepen gedrag niet veranderd is; hetzelfde geldt voor de gemiddelde verblijfsduur van de bewoners.

Tabel 2.2: Veranderingen door de tijd in ADL-afhankelijkheid, onbegrepen gedrag en cognitief functioneren van bewoners in de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=130), MWD2 (n=137), MWD3 (n=42) en MWD4 (n=40).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
ADL-afhankelijkheid: 0-7*	5.4	5.2	5.3	4.5	↓
Onbegrepen gedrag: 0-36	11.1	11.5	11.2	11.2	
Cognitief functioneren: 0-6*	-	3.9	4.0	3.5	↓
Verblijfsduur**	3.1	3.2	3.2	3.0	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

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

** een waarde tussen de 3 en 4 betekent een verblijfsduur van tussen respectievelijk 1-2 jaar en 2-5 jaar.

Tabel 2.3: Gemiddeld percentage bewoners binnen de woonvoorzieningen dat op verschillende gebieden ADL-afhankelijk is in de vierde meetronde (N=49).

Item	% Afhankelijk
Wassen	87.0
Kleden	82.3
Verplaatsen	38.4
WC-gebruik	69.4
Continentie	75.3
Voeding	34.5

Reflectie

Tegen de verwachting in laten de resultaten van deze meetronde niet zien dat de zorgzwaarte van bewoners is toegenomen. Integendeel, de ADL-afhankelijkheid blijkt zelfs minder te zijn geworden. Dit is opvallend aangezien men het er in het veld over eens lijkt te zijn, dat de zorg in het verpleeghuis zwaarder en complexer wordt. Er zijn zelfs mensen die beweren dat het verpleeghuis steeds meer in een plek verandert waar palliatieve zorg wordt geboden, dat er bewoners met dementie komen wonen met zeer complex gedrag en dat de tijd dat mensen in een verpleeghuis wonen steeds korter

wordt. Inderdaad zijn er aanwijzingen dat de verblijfsduur van ouderen in de verpleeghuissetting is afgenomen¹⁷, maar de resultaten van de Monitor laten dat niet zien. Ten tijde van de vierde meetronde verbleef meer dan 50% van de bewoners twee jaar of minder in de woonvoorziening en woonde 31% er al twee tot vijf jaar. Een soortgelijk beeld kwam recent naar voren uit cijfers van het Zorginstituut Nederland. Deze cijfers lieten zien dat de verblijfsduur van bewoners in het verpleeghuis niet afgenomen is. Zo blijkt dat zowel in 2013 ten tijde van de AWBZ, als in 2016 na de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) meer dan de helft van de bewoners een verblijfsduur heeft van 18 maanden of langer.

Voor een mogelijke verklaring voor het feit dat de zorgzwaarte van de bewoners in deze meetronde niet is toegenomen, moeten we even vooruitblikken op hoofdstuk 5. Daarin wordt duidelijk dat de persoonsgerichtheid in de houding van verzorgenden is gegroeid. Een persoonsgerichtere houding ten opzichte van mensen met dementie in de afgelopen jaren kan eraan bijgedragen hebben dat verzorgenden steeds meer op zoek zijn naar wie de bewoners werkelijk zijn, wat die zelf kunnen en hoe zij daarop kunnen aanvullen. Het is mogelijk dat verzorgend personeel bewoners steeds minder als 'beperkt' ziet in bijvoorbeeld het uitvoeren van dagelijkse handelingen, omdat men meer oog heeft voor mogelijkheden. Doordat verzorgenden bewoners op een gepastere manier stimuleren en begeleiden, zijn die nu ook tot meer in staat. Deze verklaring sluit aan bij de definitie van 'Healthy Aging' die de Wereldgezondheidsorganisatie¹⁸ geeft. Volgens deze definitie kunnen ouderen meer zelf als zij gepaste ondersteuning krijgen bij de beperkingen die zij hebben. Het kan dus zo zijn dat bewoners werkelijk beter zijn gaan functioneren, maar het is ook mogelijk dat de medewerkers het functioneren van de bewoners beter inschatten doordat zij zich nu meer op de mogelijkheden van bewoners richten dan op hun beperkingen. Bij de gevonden verbetering in het ADL-functioneren, past ook nog de kanttekening dat een kwart van de bewoners nog altijd hulp nodig heeft op alle zes de gebieden van ADL (wassen, kleden, verplaatsen, wc-gebruik, continentie en voeding). Dit is ook het geval voor het cognitief functioneren van bewoners.

Met de groeiende overtuiging dat bewoners als meer dan hun dementie gezien moeten worden en dat niet de ziekte maar de persoon centraal moet staan, neemt ook de aandacht toe voor het ontstaan van onbegrepen gedrag. Ook vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg is hier de afgelopen jaren veel belangstelling voor geweest in het kader van het project Kijken met andere ogen². Dit in navolging van de eerder vastgestelde acht kernelementen voor omgaan met onbegrepen gedrag⁶. Het is mogelijk dat er door de groeiende aandacht voor onbegrepen gedrag beter op dergelijk gedrag wordt ingespeeld en dat dit daarom niet zichtbaar is toegenomen. Daarbij komt dat binnen het programma Waardigheid en Trots een persoonsgerichte benadering centraal staat, waarbij er groot belang aan wordt gehecht dat zorgmedewerkers de bewoner kennen¹. Naarmate verzorgend personeel bewoners beter leert kennen, zal men gedrag mogelijk ook minder vaak als problematisch beschouwen: doordat er meer inzicht is in de oorzaken ervan, wordt het misschien ook makkelijker met het gedrag om te

gaan. Tevens is het zo dat er vooral bij bewoners met een ZZP7-indicatie sprake is van onbegrepen gedrag en dat het aantal bewoners met een dergelijke indicatie in deze meetronde niet is toegenomen. Dit kan mogelijk verklaren dat de mate van onbegrepen gedrag niet is veranderd.

Tijdens deze onderzoeksperiode van de Monitor is ook veel aandacht besteed aan het onderwerp onbegrepen gedrag om meer zicht te krijgen op hoe woonvoorzieningen met dergelijk gedrag van bewoners omgaan. Hierbij valt te denken aan beleid, interventies en multidisciplinaire samenwerking op het gebied van onbegrepen gedrag. Zowel de manager als behandelaars, verzorgenden, familieleden en vrijwilligers zijn hierover bevraagd. Een uitgebreide toelichting op dit onderwerp, is te vinden in de publicatie *Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*.

3 Trends in de personele bezetting

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
<ul style="list-style-type: none">• Geen veranderingen in de inzet van dagelijkse directe zorgmedewerkers of in hun opleidingsniveau.	<ul style="list-style-type: none">• Percentage dagelijkse directe zorgmedewerkers met niveau 4 en 5 is toegenomen; inzet van dagelijkse directe zorg in uren (met en zonder nachtdiensten) is onveranderd.
<ul style="list-style-type: none">• Afname aantal fte ondersteunende diensten, activiteitenbegeleiding en behandeldiensten.	<ul style="list-style-type: none">• Afname aantal fte ondersteunende diensten. Geen verandering in aantal fte voor behandeldiensten en activiteitenbegeleiding.
<ul style="list-style-type: none">• Afname in de inzet van leidinggevenden.	<ul style="list-style-type: none">• Afname in de inzet van leidinggevenden.



3 Trends in de personele bezetting

Percentage dagelijkse directe zorgmedewerkers met niveau 4 en 5 is toegenomen; inzet van dagelijkse directe zorg in uren (met en zonder nachtdiensten) is onveranderd

Verwachting

De afgelopen tijd is er veel kritiek geweest op de hoeveelheid verzorgend personeel in woonvoorzieningen voor mensen met dementie en op het opleidingsniveau daarvan^{19,20}. Er blijken grote verschillen te zijn in de manier waarop woonvoorzieningen de personele bezetting vormgeven en welk percentage van de inkomsten naar de directe zorg gaat²⁰. Dit kwam ook al naar voren in de eerdere meetrondes van deze Monitor. Een en ander heeft uiteraard te maken met de keuzes die een zorgorganisatie maakt, maar ook met bijvoorbeeld de geografische ligging. Zo is in Amsterdam de huur van een pand nu eenmaal duurder dan in een dorp als Putten. Maar ook in die gevallen zijn andere keuzes mogelijk: uit gesprekken en op basis van onderzoek constateert de Nederlandse Zorgautoriteit dat sommige verpleeghuizen in staat zijn meer directe zorg aan bewoners te bieden dan andere huizen die in vergelijkbare omstandigheden verkeren²¹.

Over wat de gouden standaard is voor aantal en opleidingsniveau van zorgmedewerkers om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren, bestaat al jaren veel discussie. En nog steeds is er geen eenduidig antwoord op de vraag welke bezettingsgraad en welke mix van medewerkers met bepaalde competenties of opleidingsniveaus optimaal is. In het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dat het Zorginstituut in januari 2017 naar buiten heeft gebracht, worden slechts tijdelijke normen weergegeven totdat 'landelijke context-gebonden normen zijn ontwikkeld voor voldoende en vakbekwaam personeel'⁴. Ook de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling¹³ stimuleert zorgvragers en zorggevers om met elkaar de juiste verhouding af te stemmen zonder waarden of normen op te leggen.

Tegelijkertijd stond de ouderenzorg de afgelopen jaren financieel onder druk. Recente cijfers laten zien dat de liquiditeit van organisaties de laatste jaren verminderd is. Huizen zagen zich vaak genooddaakt kritisch te kijken naar de inzet van de dagelijkse directe zorg of hierop te bezuinigen. Oorzaken hiervoor zijn onder andere het percentage van de ZZP-tarieven dat zorgaanbieders daadwerkelijk uitbetaald kregen door de zorgkantoren en de gestegen loonkosten door de nieuwe CAO. Vanaf 2016 (t/m 2020) is er juist wel extra geld beschikbaar gesteld voor daginvulling en deskundigheidsbevordering. Daarbovenop zijn in 2017 extra middelen beschikbaar gesteld voor aanbieders met kwaliteitsproblemen. Dit zal echter nog geen invloed gehad hebben op de personele bezetting die we in de laatste meetronde van de Monitor gemeten hebben.

Over de gehele linie verwachtten wij geen duidelijke veranderingen in de inzet van dagelijkse directe zorgmedewerkers of in hun opleidingsniveau. Er is de afgelopen jaren wel aandacht geweest voor een grotere inzet van verpleegkundigen in de ouderenzorg (niveau 4 en 5), maar in de praktijk blijkt hun aandeel nog zeer beperkt²².

Resultaten

Tabel 3.1 laat zien dat het aandeel vrouwelijke medewerkers in de woonvoorzieningen voor mensen met dementie is toegenomen, maar dat de gemiddelde leeftijd van het zorgpersoneel door de jaren heen niet is veranderd. Er is een toename te zien in het percentage zorgmedewerkers met niveau 4 en 5 (tabel 3.1).

Tabel 3.1 toont ook hoeveel uur aan dagelijkse directe zorg gemiddeld in de woonvoorzieningen wordt ingezet. Hierbij zijn geen significante veranderingen gevonden. Diagram 3.1 laat zien dat er, net als in eerdere meetrondes, een grote spreiding tussen woonvoorzieningen bestaat als het gaat om de inzet van dagelijkse directe zorg.

Ook hebben we door de tijd geen verandering geconstateerd in het gemiddeld aantal fte aan openstaande vacatures. Wel is dit aantal tussen de derde en de vierde meetronde in absolute zin toegenomen. Dit laatste geldt ook voor de tijd die het kost om vacatures op te vullen. Deze toename is echter net niet significant. Gemiddeld duurde het invullen van vacatures in de vierde meetronde één tot drie maanden en in de derde meetronde een week tot een maand. Het opvullen van vacatures loopt momenteel overigens sterk uiteen: bij een derde van de woonvoorzieningen duurt het nu één tot drie maanden, maar bij andere huizen (ook een derde) ook wel drie tot zes maanden. En in 11% van de woonvoorzieningen zelfs zes maanden of langer.

Reflectie

Geheel volgens verwachting zagen we in de vierde meetronde van de monitor geen verandering in de inzet van dagelijkse directe zorgmedewerkers. Mogelijk kunnen pas veranderingen worden verwacht wanneer er duidelijke normen zijn ontwikkeld en geïmplementeerd en er extra geld naar de verpleeghuiszorg gaat. De vraag is dan uiteraard nog wel of eventuele nieuwe vacatures gezien de krapte op de arbeidsmarkt daadwerkelijk opgevuld kunnen worden. Nu al lijkt het lastiger om in vacatures te voorzien dan dat eerder het geval was.

Onze bevinding dat er een grote variëteit bestaat in de inzet van dagelijkse directe zorg tussen woonvoorzieningen is in overeenstemming met de resultaten van het rapport van de NZa²¹ en het rapport 'Het hart klopt. De bedrijfsvoering ook' van onderzoeksbureau Dageraad²³. Hierin wordt eveneens beschreven dat woonvoorzieningen geen standaard hanteren voor de inzet van zorgmedewerkers, maar vaak op zoek gaan naar een afgewogen, uitgebalanceerde teamsamenstelling met daarbij dikwijls wel de voorwaarde dat er altijd minimaal één zorgmedewerker van niveau 3 aanwezig is op een groep.

Verder constateren we een toename van het percentage zorgmedewerkers met opleidingsniveau 4. Ook in het rapport van Dageraad is te lezen dat er een groeiende vraag is naar zorgmedewerkers met niveau 4 en niveau 5 vanwege toenemende zorgzwaarte en complexiteit en grotere nadruk op coördinatie van de mensen in de omgeving van de cliënt. Zorgmedewerkers hebben een hoger niveau nodig om deze taken te kunnen uitvoeren, aldus het rapport.

Verder blijkt dat bijna tachtig procent van de woonvoorzieningen die aan de Monitor deelnamen, weleens afwijkt van het basisrooster. Een kwart van deze woonvoorzieningen doet dat meerdere keren per week en een vijfde ongeveer één keer per week. Het zou dus kunnen dat er officieel niets is veranderd in de personele bezetting, maar dat er in de praktijk wel extra diensten worden gedraaid – of juist wegvallen. Tot slot: ten tijde van de dataverzameling stond er voor gemiddeld 0.87 fte aan vacatures open voor de dagelijkse directe zorg.

Tabel 3.1: Veranderingen in personele bezetting door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=113-135), MWD2 (n=133-143), MWD3 (n=39-47) en MWD4 (n=46-49).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
<i>Achtergrondkenmerken medewerkers in de dagelijkse directe zorg</i>					
Leeftijd	43.0	43.2	40.9	44.1	
% vrouwen	91.7	96.2	96.0	95.0	↑
<i>Personele bezetting: dagelijkse directe zorg</i>					
Inzet van dagelijkse directe zorg – aantal uur per week per bewoner	22.6	22.4	21.5	24.5	
Inzet van dagelijkse directe zorg excl. nachtdienst – aantal uur per week per bewoner	20.2	20.2	19.2	22.3	
<i>Personele bezetting: overige diensten – fte per 100 bewoners</i>					
Ondersteunende diensten	7.8	6.2	5.9	3.9	↓
Behandeldiensten	3.9	3.6	3.4	2.5	
Paramedisch	1.6	1.6	1.3	0.8	
Arts	1.0	0.9	0.8	0.9	
Psycholoog	0.4	0.4	0.4	0.4	
Activiteitenbegeleiding	1.9	2.2	1.3	0.9	
Leidinggevenden	4.0	3.6	2.8	3.3	↓
<i>Percentage niveaus zorgmedewerkers</i>					
Niveau 0	-	1.9	1.4	0.8	
Niveau 1	-	6.0	2.4	4.5	
Niveau 2	-	28.6	24.9	26.6	
Niveau 3	-	60.2	65.9	59.2	
Niveau 4	-	3.2	5.0	7.6	↑
Niveau 5	-	0.1	0.4	1.3	↑
<i>Vacatures</i>					
Aantal fte openstaande vacatures	-	0.6	0.3	0.9	
Gemiddelde duur totdat een vacature wordt opgevuld	-	3.2*	3.0*	3.6*	

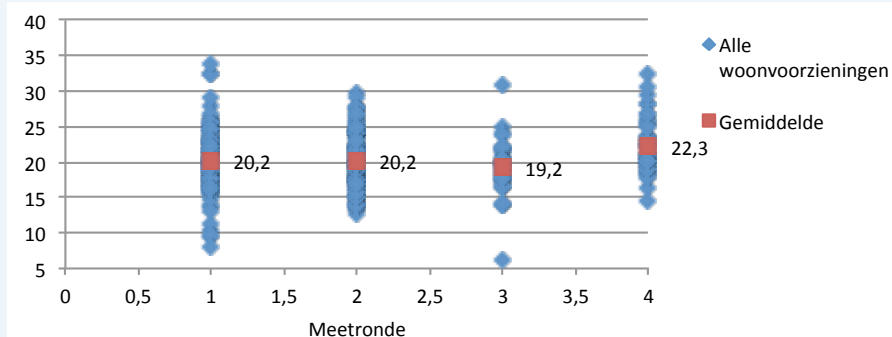
Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

* een waarde tussen 3 en 4 betekent dat het gemiddeld tussen een week en een maand, respectievelijk één tot drie maanden duurde om de vacatures op te vullen.

Diagram 3.1: Totaal aantal uur dagdiensten per week per bewoner, weergegeven per meetronde.



Aantal fte voor ondersteunende diensten is afgenomen, aantal fte voor behandeldiensten en activiteitenbegeleiding is onveranderd

Woonvoorzieningen die efficiënter willen werken, maar niet willen bezuinigen op bijvoorbeeld de inzet van medewerkers in de dagelijkse directe zorg, kiezen er soms voor om te besparen op ondersteunende diensten en activiteitenbegeleiders. Wij verwachtten dan ook dat er een afname in het aantal fte voor ondersteunende diensten en activiteitenbegeleiding te zien zou zijn door de focus die er is op kleinschaligheid in de zorg. In kleinschalige zorg hebben verzorgenden naast zorgtaken immers dikwijls ook huishoudelijke taken (koken, wassen, schoonmaken) en begeleiden ze de bewoners bij activiteiten. De consequentie hiervan is dat woonvoorzieningen dan minder ondersteunende diensten en activiteitenbegeleiding inzetten.

Uit hoofdstuk 1 blijkt dat woonvoorzieningen steeds meer kenmerken van kleinschalige zorg hebben. Bij zorgen voor iemand 'zoals thuis' vinden woonvoorzieningen het soms passender om behandelaars alleen in te schakelen waar nodig, zoals dat ook gebeurt bij mensen met dementie die nog thuis wonen. Behandelaars zijn in dat geval steeds minder 'standaard' in de woonvoorziening beschikbaar. Ook is er een ontwikkeling dat paramedici een meer coachende rol krijgen tegenover verzorgende teams zodat verzorgenden bijvoorbeeld meer zelf met bewoners gaan bewegen in plaats van dat iemand een paar keer per week fysiotherapie krijgt. Onze verwachting was dan ook dat het aantal fte voor behandeldiensten als gevolg van deze ontwikkelingen zou zijn afgenomen. Deze verwachting gold met name voor paramedici, aangezien het belang van een vaste betrokkenheid van artsen en psychologen door de IGZ in het kader van persoonsgerichte zorg en goed omgaan met onbegrepen gedrag juist wordt benadrukt⁶.

Resultaten

Het aantal uren dat ondersteunende diensten worden ingezet, is significant afgenomen (tabel 3.1). De inzet van activiteitenbegeleiding is gelijk gebleven. In tabel 3.1 is ook te zien dat de formatie van behandeldiensten, waaronder ook die van arts en psycholoog, niet significant is af- of toegenomen. Absoluut gezien valt wel op dat het aantal paramedici verminderd is.

Reflectie

Gegeven de toename van het aantal kleinschalige zorgkenmerken komt de verminderde inzet van ondersteunende diensten niet als een verrassing. Door het kleinschaliger vormgeven van de zorg hebben verzorgenden steeds meer huishoudelijke taken in hun takenpakket gekregen en als gevolg hiervan zijn de ondersteunende diensten ingekrompen. Zo is er vaak geen receptie meer aanwezig omdat groepswoningen dikwijls een eigen bel bij de voordeur hebben en is een centrale keuken niet meer nodig omdat er vaker in de woning zelf wordt gekookt. Een andere verklaring voor de afname van ondersteunende diensten is wellicht, vooruitblikkend op hoofdstuk 6, dat er meer familieleden en vrijwilligers in de woonvoorzieningen aanwezig zijn die taken overnemen die eerder door de ondersteunende diensten werden uitgevoerd.

Minder inzet van leidinggevenden

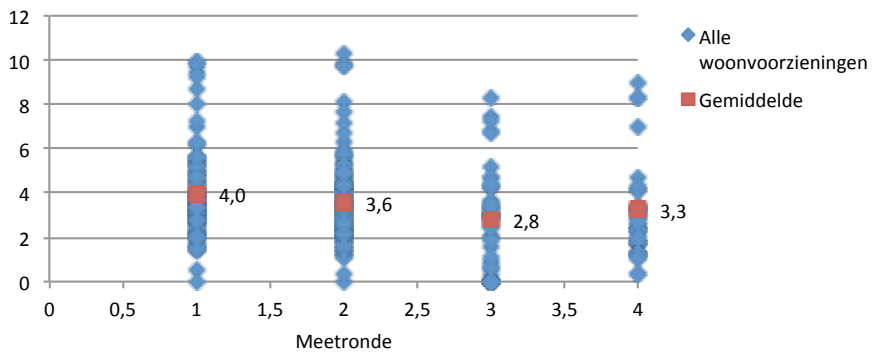
Verwachting

Zoals eerder genoemd, werken steeds meer organisaties met zelfsturende of zelforganiserende teams. Dit houdt vaak in dat er minder leidinggevenden nodig zijn of dat zij op grotere afstand tot het team komen te staan. Daarom hadden wij de verwachting dat er steeds minder uren beschikbaar zouden zijn voor medewerkers met een leidinggevende functie.

Resultaten

De formatie van leidinggevenden die de zorg direct of indirect aansturen is significant afgenomen (zie tabel 3.1). De gemiddelde formatie is 3.3 fte per 100 bewoners in de laatste meetronde. In diagram 3.2 is te zien dat er tussen woonvoorzieningen in de verschillende meetronden veel spreiding is in het aantal fte voor leidinggevenden. De deelnemende voorzieningen gaven onder andere aan de volgende typen leidinggevenden in huis te hebben: teammanager, teamleider, managementteam, afdelingshoofd, gebieds-, locatie- en regiomanager, manager PG, directeur beschermd wonen, WLZ directie, directeur zorg en bedrijfsvoering en raad van bestuur. In de uitgave over Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie gaan we ook verder in op het aantal leidinggevende lagen in woonvoorzieningen.

Diagram 3.2: Gemiddeld aantal fte voor leidinggevenden per 100 bewoners weergegeven per meetronde.



Reflectie

De afname in de inzet van leidinggevenden is in lijn met de verwachtingen. Het blijft echter de vraag wat het effect van deze ontwikkeling is. Zeker ook omdat uit verhalen uit de praktijk het beeld ontstaat dat zelfsturing niet altijd zorgvuldig wordt geïmplementeerd. Zoals in de leidraad personeelssamenstelling wordt genoemd, is verbetering van de kwaliteit van zorg een gezamenlijke activiteit¹³. De wisselwerking tussen professionals, ondersteunende diensten, management en bestuur is daarbij cruciaal. Ook Hamers en collega's benadrukken dit in hun rapport en relateren het aan de noodzaak van een bestuurlijke visie om veranderingen in de verpleeghuiszorg door te voeren en de kwaliteit van zorg te borgen¹¹. Wanneer er steeds minder leidinggevenden zijn, rijst de vraag of bovenstaande nog goed geïmplementeerd kan worden en wat de consequenties hiervan zullen zijn voor de kwaliteit van zorg op de lange termijn.

4 Trends in de werkomstandigheden en het welbevinden van verzorgend personeel

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
<ul style="list-style-type: none">• Toename van werkdruk en de mate waarin verzorgend personeel emotionele taakeisen ervaart.	<ul style="list-style-type: none">• Geen veranderingen in de werkdruk en emotionele taakeisen.
<ul style="list-style-type: none">• Toename van autonomie en ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden. Geen veranderingen op het gebied van sociale steun en emotionele hulpbronnen.	<ul style="list-style-type: none">• Afname van emotionele hulpbronnen en autonomie, geen veranderingen in ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden en de sociale steun van collega's en leidinggevendenden.
<ul style="list-style-type: none">• Geen veranderingen in persoonlijke bekwaamheid, arbeidstevredenheid, betrokkenheid en emotionele uitputting.	<ul style="list-style-type: none">• Afname in persoonlijke bekwaamheid, geen veranderingen in arbeidstevredenheid, betrokkenheid en emotionele uitputting.



4 Trends in de werkomstandigheden en het welbevinden van verzorgend personeel

Geen veranderingen in de werkdruk en de mate waarin verzorgend personeel emotionele taakeisen ervaart

Verwachting

In ieder werkveld is het zo dat bepaalde aspecten van het werk werknemers energie geven (hulpbronnen) en andere energie vragen (taakeisen). Uit de arbeidspsychologie weten we dat een goede balans tussen taakeisen en hulpbronnen zorgt voor een 'gezonde' werkomgeving en positieve gevolgen heeft voor zowel het welzijn van de medewerkers als de kwaliteit van zorg en productiviteit.

Werkdruk en emotionele taakeisen zijn voorbeelden van aspecten van het werk die energie kosten. Dat verzorgend personeel in de verpleeghuiszorg een hoge werkdruk ervaart, is al jaren bekend. Bovendien lijkt die werkdruk na een periode van stabilisering nu ook weer toe te nemen. In 2009 vond 65% van het zorgpersoneel het werk (te) druk, in 2015 was dit 69%²⁴. In de beleving van het verzorgend personeel neemt onder andere de hoeveelheid uit te voeren taken toe (bijvoorbeeld administratie en werken met protocollen)²³. Dit is mogelijk voor een deel te verklaren doordat zorgteams steeds vaker zelfsturend of zelforganiserend worden.

Naast de praktische werkdruk vergt het werk van verzorgenden veel emotionele inspanning. Om een bewoner zo goed mogelijk te kunnen verzorgen is het belangrijk die persoon echt te (leren) kennen en daardoor raak je als medewerker waarschijnlijk ook steeds meer emotioneel betrokken bij die bewoner. Uit ander onderzoek blijkt dat de problemen waar verzorgend personeel mee te maken krijgt, complexer zijn dan voorheen². Zo zeggen verzorgenden bijvoorbeeld dat zij een toename zien in het aantal bewoners met zorgvragen op verschillende gebieden (lichamelijk, psychisch en sociaal) en in het aantal mensen met onvoorspelbare zorgvragen¹ (denk hierbij bijvoorbeeld aan situaties waarin zich agressief gedrag voordoet). In tabel 4.2 is te zien wat er precies onder emotionele taakeisen wordt verstaan.

Vanwege de veranderde omstandigheden in woonvoorzieningen voor mensen met dementie (complexere zorg, toegenomen administratiedruk en invoering van zelfsturende teams) was onze verwachting dat tijdsdruk (werkdruk) en emotionele taakeisen in de beleving van het verzorgend personeel zouden zijn toegenomen.

Resultaten

In tabel 4.1 is te zien hoe het verzorgend personeel werkdruk en emotionele taakeisen ervaart. Er zijn geen significante veranderingen gevonden in hoe verzorgenden door de tijd werkdruk en emotionele taakeisen beleven. In tabel 4.2 is het gemiddelde percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen te zien dat zegt (bijna) altijd of vaak te maken te hebben met verschillende kenmerken van emotionele taakeisen.

Tabel 4.1: Veranderingen in werkdruk en emotionele taakeisen door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=128), MWD2 (n=133), MWD3 (n=39) en MWD4 (n=46).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Werkdruk Schaal: 1-4	2.45	2.44	2.43	2.53	
Emotionele taakeisen Schaal: 1-5	-	2.90	2.86	2.80	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 4.2: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat zegt (bijna) altijd of vaak te maken te hebben met verschillende kenmerken van emotionele taakeisen in de vierde meetronde (n=49).

	% (bijna) altijd of vaak
<i>Emotionele taakeisen</i>	
In mijn werk moet ik omgaan met personen (bijv. cliënten, familieleden, collega's of leidinggevendenden) wier problemen mij emotioneel raken	24.0
In mijn werk moet ik omgaan met personen (bijv. cliënten, familieleden, collega's of leidinggevendenden) die snel boos op mij worden	13.2
Ik moet veel emotioneel inspannend werk verrichten	28.7

Reflectie

Tegen de verwachting in zijn er geen significante veranderingen gevonden in hoe verzorgend personeel werkdruk en emotionele taakeisen ervaart. De beleving hiervan blijkt door de jaren heen vrij constant. Dat de werkdruk volgens de verzorgenden niet toeneemt, hangt mogelijk samen met de gevonden toename in kleinschalige zorg (zie hoofdstuk 1). Uit eerder onderzoek, onder andere op basis van de Monitor, blijkt namelijk dat medewerkers minder werkdruk ervaren in woonvoorzieningen waar meer kenmerken van kleinschalige zorg aanwezig zijn²⁵. Dat de emotionele taakeisen in de beleving van medewerkers niet zijn toegenomen, kan mogelijk worden verklaard uit het

feit dat we in onze gegevens (zie hoofdstuk 2) niet zien dat er in deze meetronde meer onbegrepen gedrag is (hoewel men zegt dat de zorg in het verpleeghuis complexer is geworden).

Minder emotionele hulpbronnen en autonomie in de ervaring van het verzorgend personeel, geen veranderingen in ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden en de sociale steun die men van collega's en leidinggevenden ondervindt

Verwachting

Een gevoel van autonomie, mogelijkheden om zich te ontwikkelen en te ontplooiën, sociale steun van collega's en leidinggevende en emotionele hulpbronnen zoals een luisterend oor geven werknemers energie. De afgelopen twee jaar heeft het belang van autonomie en van ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden veel aandacht gekregen. Een doel van Waardigheid en Trots is bijvoorbeeld om kennis en kunde van professionals in de verpleeghuiszorg te bevorderen¹. Om dit doel te bereiken is zelfs vastgesteld dat per 2016 een opleidingsplan voor de medewerkers onderdeel dient uit te maken van de zorginkoop. Ook in de Leidraad verantwoorde personeelssamenstelling verpleeghuiszorg wordt goede scholing als randvoorwaarde genoemd¹³. Een werkomgeving waarin medewerkers inspraak hebben en ruimte krijgen voor eigen verantwoordelijkheid wordt eveneens van belang geacht⁹. Door de groei van zelfsturende of zelforganiserende teams (waarin eigen mogelijkheden centraal staan) en de grote aandacht voor scholing van het verzorgend personeel, was onze verwachting dat het gevoel van autonomie en de ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden van verzorgenden in de afgelopen periode gegroeid zouden zijn.

Op het gebied van de steun die medewerkers van collega's ondervinden en de emotionele hulpbronnen waarover zij beschikken, verwachtten we geen veranderingen. In tabel 4.4 is te zien wat er precies onder emotionele hulpbronnen wordt verstaan. De toenemende invoering van zelfsturing of zelforganisatie in combinatie met de vermindering van het aantal fte's voor leidinggevenden gaf ons de verwachting dat medewerkers voor hun gevoel minder steun van leidinggevenden zouden ondervinden.

Resultaten

In tabel 4.3 is te zien dat ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden en steun van collega's en leidinggevenden door de jaren heen onveranderd zijn gebleven. Wel ervaart het verzorgend personeel minder autonomie en heeft men minder het gevoel over emotionele hulpbronnen te kunnen beschikken. Tabel 4.4 toont het gemiddelde percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat zegt dat er (bijna) altijd of vaak verschillende kenmerken van emotionele hulpbronnen aanwezig zijn.

Tabel 4.3: Veranderingen in autonomie, ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden, sociale steun van collega's en leidinggevende en emotionele hulpbronnen door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=128), MWD2 (n=133), MWD3 (n=39) en MWD4 (n=46).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Autonomie Schaal: 1-4	2.96	2.95	2.97	2.90	↓
Ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden Schaal: 1-4	-	-	2.78	2.80	
Sociale steun van collega's Schaal: 1-4	3.16	3.20	3.21	3.19	
Sociale steun van leidinggevende Schaal: 1-4	3.02	3.02	3.04	2.98	
Emotionele hulpbronnen Schaal: 1-5	-	3.93	3.97	3.73	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Tabel 4.4: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat zegt dat er (bijna) altijd of vaak sprake is van verschillende kenmerken van emotionele hulpbronnen tijdens de vierde meetronde (n=49).

	% (bijna) altijd of vaak
<i>Emotionele hulpbronnen</i>	
1. In mijn werk krijg ik emotionele steun van anderen (zoals cliënten, familieleden, collega's of leidinggevendens) wanneer zich een aangrijpende situatie voordoet	55.4
2. 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 leidinggevendens, collega's, familieleden of cliënten) te ervaren	55.2
3. In mijn werk vind ik een luisterend oor bij anderen (bijvoorbeeld cliënten, familieleden, collega's en leidinggevendens) wanneer ik een aangrijpende situatie heb meegemaakt	66.9

Reflectie

Dat er geen veranderingen te zien zijn in de ontwikkel- en ontplooiingsmogelijkheden en de ondervonden sociale steun, is een opvallende bevinding. Met name door de aandacht die er vanuit Waardigheid en Trots, de Leidraad verantwoorde personeelsamenstelling verpleeghuiszorg en het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is voor de opleiding van het verzorgend personeel^{1,4,13}. Maar doordat de ontwikkelingen op dit gebied zo recent hebben plaatsgevonden, zijn de veranderingen mogelijk nog te minimaal om opgemerkt te worden en heeft dit tijd nodig.

Tegen de verwachting in is er geen verschil gevonden in de mate waarin het verzorgend personeel steun van de leidinggevende meent te krijgen. Wel zien we dat zij in hun beleving minder emotionele hulpbronnen tot hun beschikking hebben. Ook dit is in tegenstelling tot wat we verwacht hadden. Een mogelijke verklaring is dat medewerkers door de toename van kleinschalige zorg vaker alleen werken en hierdoor minder goed een luisterend oor kunnen vinden bij een collega na een aangrijpende situatie. Iets meer dan de helft van de medewerkers zegt vaak of (bijna) altijd emotionele steun te krijgen wanneer zich een ingrijpende situatie voordoet.

Afname in persoonlijke bekwaamheid, geen veranderingen in arbeidstevredenheid, betrokkenheid en emotionele uitputting

Verwachting

Een goede balans tussen taakeisen en hulpbronnen vergroot het welbevinden van het verzorgend personeel wat betreft arbeidstevredenheid, persoonlijke bekwaamheid, emotionele uitputting en betrokkenheid. Eerder zagen we dat taakeisen en hulpbronnen in de beleving van de medewerkers niet veranderd waren, behalve op het punt van autonomie en emotionele hulpbronnen (beide naar hun gevoel verminderd). We verwachtten daarom niet dat er grote veranderingen zouden zijn opgetreden in het gevoel van persoonlijke bekwaamheid en emotionele uitputting (alle twee belangrijke kenmerken van burn-out) en in de tevredenheid van het verzorgend personeel. Uit de medewerkersmonitor van Actiz blijkt eveneens dat medewerkers zich, ondanks veranderingen door de hervormingen in de zorg en de mogelijk complexere zorgvraag van de bewoners, nog steeds bevlogen voelen in hun werk²⁶. Onze verwachting was daarom dat de betrokkenheid van het verzorgend personeel niet zou zijn veranderd.

Resultaten

Uit de resultaten in tabel 4.5 blijkt dat zich geen veranderingen hebben voorgedaan in de tevredenheid, betrokkenheid en mate van emotionele uitputting van het verzorgend personeel. Wel voelen medewerkers zich significant minder bekwaam in hun vak.

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

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Arbeidstevredenheid Schaal: 1-4	3.06	3.06	3.10	3.05	
Persoonlijke bekwaamheid Schaal: 0-6	4.64	4.72	4.35	4.39	↓
Betrokkenheid Schaal: 1-4	-	2.89	2.98	2.90	
Emotionele uitputting Schaal: 0-6	1.60	1.77	1.54	1.59	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Dat tevredenheid, betrokkenheid en emotionele uitputting niet zijn veranderd, is conform onze verwachting. Maar dat medewerkers zich minder persoonlijk bekwaam voelen, hadden we niet verwacht. Deze afname is opvallend wanneer we kijken naar de ontwikkelingen in woonvoorzieningen op het gebied van zelfsturing of zelforganisatie. Bij zelfsturing staat een toename van regelmogelijkheden centraal en wanneer verzorgend personeel zich niet persoonlijk bekwaam voelt, is dat een teken dat hier meer aandacht voor moet komen. Het is bekend dat er een sterk verband is tussen de mate waarin medewerkers zich autonoom voelen in hun werk en hun gevoel van persoonlijke (professionele) bekwaamheid²⁷. Mogelijk is de afname in ervaren persoonlijke bekwaamheid dus te verklaren uit het feit dat medewerkers zich minder autonoom voelen in hun werk.

Ook de manier waarop zelfsturing op veel plekken in de verpleeghuiszorg is ingevoerd, kan hiermee samenhangen. Een aanzienlijk deel van de woonvoorzieningen geeft in de Monitor aan zelfsturend of zelforganiserend te werken (zie uitgave: *Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*), maar het kan zijn dat het verzorgend personeel niet altijd overal de juiste competenties bezit of afdoende begeleid is om zelfsturend werken goed vorm te geven. En dit kan ertoe leiden dat men zich persoonlijk onbekwaam voelt. Dit blijkt ook uit onderzoek van het Nivel, waarin geconstateerd wordt dat medewerkers zich niet competent voelen voor alle taken die zij uitvoeren²⁸. Ook kan het zijn dat teams op papier zelfsturend zijn gaan werken en dat managementlagen opgeheven zijn, maar dat de mate waarin medewerkers daadwerkelijk zeggenschap hebben en zelf beslissingen kunnen en mogen nemen, onveranderd is. Daarbij komt dat familieleden steeds meer een stem hebben in de zorg voor hun naaste. Deze grotere inspraak van familie kan grote invloed hebben

op het gevoel van autonomie en persoonlijke bekwaamheid van verzorgenden. Die moeten dan tijdens hun werk steeds de belangen van verschillende partijen (bewoners, familie, henzelf en de woonvoorziening) tegen elkaar afwegen en dit heeft wellicht tot gevolg dat ze minder het gevoel hebben zelf beslissingen te kunnen nemen in hun werk.

5 Trends in de kwaliteit van zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
<ul style="list-style-type: none">• Afname gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen.	<ul style="list-style-type: none">• Afname gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen.
<ul style="list-style-type: none">• Afname gebruik psychofarmaca.	<ul style="list-style-type: none">• Geen verandering in psychofarmaca gebruik.
<ul style="list-style-type: none">• Toename in betrokkenheid van bewoners bij activiteiten.	<ul style="list-style-type: none">• Toename in betrokkenheid van bewoners bij activiteiten.
<ul style="list-style-type: none">• Toename in persoonsgerichte houding van het verzorgend personeel en toename in de mate van persoonsgerichte zorg.	<ul style="list-style-type: none">• De persoonsgerichte houding van het verzorgend personeel neemt toe. De mate van persoonsgerichte zorg neemt in de beleving van verzorgenden af, maar blijft volgens familieleden gelijk.



5 Trends in de kwaliteit van zorg

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt af

Verwachting

Al jarenlang is terugdringen van vrijheidsbeperking in de ouderenzorg een speerpunt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook werden er tal van andere initiatieven genomen om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen, zoals het verbetertraject 'Maatregelen op Maat' van Zorg voor Beter en de campagne 'Ik bind/hou vast' van de Innovatiekring Dementie^{29,30}. Door de jaren heen (2008/2014) zagen we dan ook in de Monitor terug dat het gemiddeld aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner afnam. Gezien alle initiatieven en campagnes op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen, was onze verwachting dat de hoeveelheid vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner zou blijven afnemen. In 2014 constateerde de IGZ echter dat de resultaten achterbleven bij de verwachtingen³¹. Vrijheidsbeperking is daarom nog steeds een thema waaraan de Inspectie extra aandacht besteedt in het risicotoezicht. In haar eindrapportage over 2016 stelde de IGZ vast dat in 20% van de 150 getoetste instellingen vrijheidsbeperkende maatregelen niet zorgvuldig werden toegepast³².

Resultaten

In tabel 5.1 is te zien dat de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen in de loop der tijd significant is afgenomen (in 2016/17 naar gemiddeld 0.23 per bewoner). Die afname is ook zichtbaar wanneer bedekken niet worden meegerekend. Kijken we naar de verschillende soorten vrijheidsbeperkende maatregelen, dan zien we een significante afname in het gebruik van bedekken, verpleegdekens en onrustbanden (tabel 5.1). In diagram 5.1 is het gemiddeld aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner weergegeven per meetronde. Hierin is te zien dat er een grote variatie bestaat in de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen tussen de woonvoorzieningen en tussen de meetronden.

Tabel 5.1: Veranderingen in het gemiddeld aantal vrijheidsbepkende maatregelen door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=126), MWD2 (n=137), MWD3 (n=37) en MWD4 (n=39).

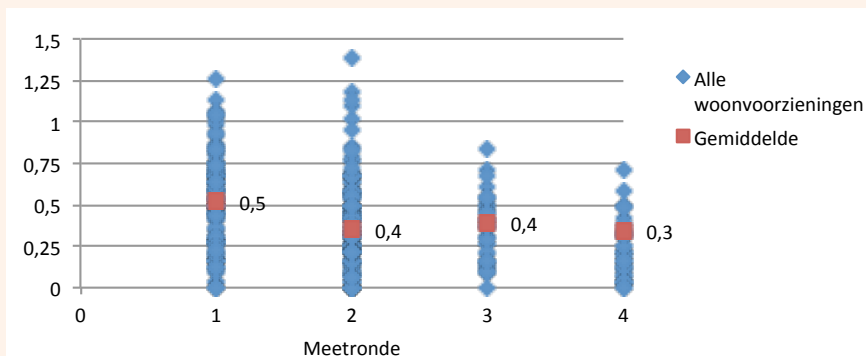
Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Aantal vrijheidsbepkende maatregelen per bewoner	0.52	0.39	0.35	0.23	↓
Aantal vrijheidsbepkende maatregelen per bewoner (zonder bedhekken)	0.16	0.11	0.09	0.05	↓
<i>Vrijheidsbepkende maatregelen</i>					
Bedhekken	0.36	0.28	0.26	0.18	↓
Verpleegdekens	0.03	0.01	0.00	0.00	↓
Tafelbladen	0.05	0.05	0.05	0.04	
Diepe stoelen	0.03	0.02	0.01	0.01	
Plankstoelen	0.01	0.01	0.00	0.00	
Onrustbanden	0.05	0.03	0.02	0.00	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Diagram 5.1: Gemiddeld aantal vrijheidsbepkende maatregelen per bewoner weergegeven per meetronde.



Reflectie

Alle aandacht voor het terugdringen van vrijheidsbepkende maatregelen in de zorg lijkt effectief te zijn geweest. Dit is in overeenstemming met de verwachting. Eerder in deze publicatie (tabel 1.4) zagen we al dat verzorgenden vinden dat er binnen het team of de organisatie een eenduidige visie bestaat als het om fixatiemaatregelen gaat.

Dit laat zien dat men het er blijkbaar collectief over eens is dat vrijheidsbeperkende maatregelen zo beperkt mogelijk ingezet dienen te worden. Veel verpleeghuizen in Nederland hebben inmiddels dan ook het Waarborgzegel Fixatievrije Zorginstelling dat de Innovatiekring Dementie sinds 2011 uitdeeft sinds 2011³³.

Dat we geen afname hebben gevonden in het gebruik van diepe stoelen en plankstoelen, kan komen doordat die ook bij aanvang van de metingen maar zeer beperkt werden gebruikt. Het gebruik van tafelbladen is tijdens alle meetrondes nagenoeg gelijk gebleven. Hiervoor geldt echter dat er soms verwarring bestaat over wanneer deze als beperkende maatregel kunnen worden beschouwd. Zo zijn er ook mensen met dementie die een blad hebben dat aan één kant in plaats van aan beide kanten vastzit zodat zij makkelijker hun kopje kunnen neerzetten of er met hun armen op kunnen leunen om hun zithouding te verbeteren. Vaak zegt men dat het alleen om een beperking gaat als het blad aan beide kanten vastzit. Tegelijkertijd is het echter maar de vraag of iemand met dementie die ook fysiek zeer kwetsbaar is, voldoende kracht heeft om het vaak zware blad weg te klappen – of begrijpt hoe dit moet.

Het gebruik van psychofarmaca blijkt gelijk

Verwachting

Het beperken van psychofarmaca in de dementiezorg staat ook al meer dan tien jaar op de agenda. In de ontwikkelde richtlijnen is voorgeschreven dat eerst psychosociale interventies dienen te worden ingezet, alvorens gebruik te maken van gedragsmedicatie (psychofarmaca)⁶. Uit onderzoek weten we dat psychofarmaca vaak slechts beperkt effectief zijn en ernstige bijwerkingen met zich mee kunnen brengen^{34,35}. Bij mensen met dementie worden psychofarmaca regelmatig voorgeschreven om onbegrepen gedrag te verminderen³⁶. In dit geval zou het accent echter juist moeten liggen op begrijpen van dit gedrag als middel om het te verminderen of zelfs te voorkomen. Ondanks de ontwikkelde richtlijnen en protocollen werd in eerdere onderzoeksperiodes van de Monitor in de deelnemende woonvoorzieningen geen vermindering in het voorschrijven van psychofarmaca geconstateerd.

In 2015 is gestart met het project 'Beter af met minder' van Vilans, het Universitair Medisch Centrum Groningen en de researchafdeling van het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie/GGZ Drenthe. Zorgorganisaties worden hierbij ondersteund om onjuist psychofarmacagebruik af te bouwen³. In 2016 is dit programma landelijk ingevoerd. Daarnaast besteedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg sinds 2014 veel aandacht aan goed omgaan met onbegrepen gedrag waarvan een juiste inzet van psychofarmaca onderdeel uitmaakt. Door de toegenomen aandacht voor psychofarmaca en goed omgaan met onbegrepen gedrag, verwachtten wij dat er in de vierde meetronde een afname te zien zou zijn in het gebruik van psychofarmaca.

Resultaten

In tabel 5.2 is de gemiddelde hoeveelheid psychofarmaca per bewoner te zien. Er hebben zich geen significante veranderingen voorgedaan in de totale inzet van psychofarmaca. Kijken we echter naar de verschillende typen psychofarmaca, dan zien we een significante afname in het voorschrijven van neuroleptica/antipsychotica en geen veranderingen bij de andere typen. In diagram 5.2 is het gemiddelde aantal voorgeschreven psychofarmaca per bewoner weergegeven per meetronde. Hierin is te zien dat de inzet van psychofarmaca sterk verschilt tussen de woonvoorzieningen en de meetrondes. Wel lijkt de spreiding net als bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen wat kleiner te worden.

Tabel 5.2: Veranderingen in het gemiddeld aantal psychofarmaca per bewoner door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=117-119), MWD2 (n=134), MWD3 (n=36-37) en MWD4 (n=20-21).

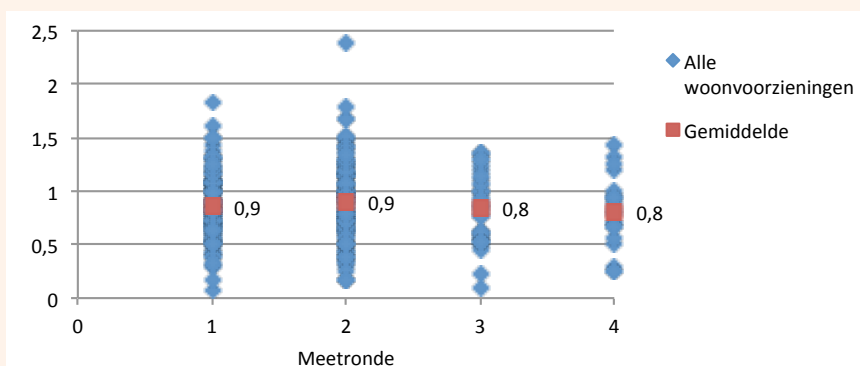
Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Psychofarmaca	0.86	0.90	0.85	0.81	
Antidepressiva	0.24	0.24	0.26	0.25	
Slaapmiddelen	0.16	0.17	0.18	0.15	
Benzodiazepines	0.18	0.21	0.17	0.22	
Neuroleptica/antipsychotica	0.28	0.29	0.25	0.20	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Diagram 5.2: Gemiddelde hoeveelheid voorgeschreven psychofarmaca per bewoner weergegeven per meetronde.



Reflectie

Van twee groepen middelen is bekend is dat ze vaak ten onrechte voorgeschreven worden en nadelige bijwerkingen hebben. Dit zijn de benzodiazepines en de antipsychotica^{37,38}. Daarom is het positief dat er in het geval van antipsychotica een daling zichtbaar is. Voor benzodiazepines zien we dit echter niet en lijkt er sinds de vorige meetronde in absolute zin zelfs een stijgende lijn te zijn.

Nog steeds weten we onvoldoende waarom het gebruik van psychofarmaca in de verpleeghuiszorg in Nederland nagenoeg gelijk blijft. Uit onderzoek dat is gebaseerd op gegevens uit de Monitor blijkt bijvoorbeeld dat er nauwelijks een verband bestaat tussen het voorschrijven van psychofarmaca en de werkomstandigheden van het verzorgend personeel³⁹. Er wordt dan ook aangeraden veel aandacht te besteden aan multidisciplinaire samenwerking en de multidisciplinaire besluitvoering om zo meer inzicht te krijgen in factoren die verband houden met het voorschrijven van psychofarmaca.

Een onderzoek in Nederlandse verpleeghuizen voor mensen met dementie identificeerde vier factoren die ertoe bijdragen dat psychofarmaca worden voorgeschreven⁴⁰:

1. de visie van artsen en medewerkers op onbegrepen gedrag en psychofarmaca in combinatie met onvoldoende deskundigheid van de medewerkers voor het omgaan met onbegrepen gedrag;
2. kennis van de effectiviteit en bijwerkingen van psychofarmaca en eerdere persoonlijke ervaringen;
3. effectieve communicatie en samenwerking tussen professionals en tussen professionals en familieleden;
4. externe factoren zoals personeelstekort, setting van de woonvoorziening, toegang tot consultants, nationaal en lokaal beleid en tijdsgeest.

Deze elementen worden ook genoemd in een artikel uit 2015, waarin een praktische richtlijn wordt uitgewerkt met enkele breed gedeelde principes – waaronder betrokkenheid van het multidisciplinaire team en van mantelzorgers – in geval van voorschrijven van antipsychotica aan mensen met dementie in een zorginstelling⁴¹.

Om de bovengenoemde redenen zijn er in de huidige vierde onderzoeksperiode van de Monitor veel aanvullende vragen gesteld aan het management, het verzorgend personeel en de behandelaars over het beleid inzake voorschrijven van psychofarmaca, de visie hierop en de werkwijze bij inzet van psychofarmaca bij onbegrepen gedrag. In de uitgave *Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie* wordt dieper op dit onderwerp ingegaan.

Bewoners zijn vaker bij activiteiten betrokken

Verwachting

Betrokken zijn bij activiteiten draagt bij aan het welbevinden van mensen met dementie, ongeacht de ernst van de cognitieve beperking⁴². Bezig zijn is belangrijk, omdat het mensen het gevoel geeft dat ze nuttig en waardevol zijn, erbij horen en nog in staat zijn bepaalde handelingen (zelf) uit te voeren. Activiteiten in zorginstellingen zijn er in allerlei soorten en maten: van clubs en verenigingen tot dagelijkse (huishoudelijke) taken. Steeds meer woonvoorzieningen kiezen ervoor om het organiseren en uitvoeren van activiteiten te integreren in het takenpakket van verzorgenden. Dit is ook in overeenstemming met de gevonden toename in de kenmerken van kleinschalige zorg (hoofdstuk 1).

Het was onze verwachting dat activiteiten voor en met bewoners steeds meer geïntegreerd zouden worden in het dagelijks leven van bewoners en steeds meer zouden worden afgestemd op hun behoeften en voorkeuren. Bij activiteiten gaat het juist ook om de kleinere bezigheden, zoals helpen met het opvouwen van de was, aardappels schillen, nagels lakken of samen een liedje zingen. Door de toename van kleinschalige zorg en de grote aandacht voor welzijn en een zinvolle daginvulling de laatste jaren, ook binnen Waardigheid en Trots, verwachtten we dan ook een toename van het aantal activiteiten waarbij bewoners in de drie dagen voorafgaande aan de meting betrokken waren^{1,4}.

Resultaten

In tabel 5.3 is te zien dat het gemiddelde aantal activiteiten waarbij de bewoner gedurende drie dagen vóór het onderzoek betrokken werd, significant is toegenomen. In 2016/2017 was dit iets meer dan zeven.

Tabel 5.3: Veranderingen door de tijd in het gemiddelde aantal activiteiten per bewoner in de laatste drie dagen vóór de meting bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=129), MWD2 (n=137), MWD3 (n=42) en MWD4 (n=40).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Aantal activiteiten per bewoner in laatste 3 dagen	3.9	5.2	6.7	7.2	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Zoals verwacht is er een groei te zien in het gemiddelde aantal activiteiten waaraan bewoners in de drie dagen voorgaande aan het onderzoek deelnamen. Het positieve effect van activiteiten op bewoners met dementie is al meermaals aangetoond^{43,44}. Ook is op basis van onderzoek met gegevens van de Monitor bekend dat bewoners van woonvoorzieningen met meer kleinschalige zorgkenmerken meer betrokken zijn bij algemene activiteiten en activiteiten die hun voorkeur hebben⁴⁵. Verder doen zij mee met meer uiteenlopende activiteiten. Mogelijk kan het feit dat we een toename in activiteiten zien dan ook ten dele verklaard worden door de toename in kleinschalig zorg. Het is bekend dat betrokkenheid een belangrijke bijdrage levert aan het welbevinden van mensen met dementie in alle fasen van hun dementie⁴². Mogelijk is deze relatie nog sterker wanneer activiteiten aangepast worden aan individuele voorkeuren en mogelijkheden.

Ondanks deze positieve effecten moeten we ervoor waken dat er een beeld ontstaat dat bewoners de hele dag moeten worden geactiveerd. Een goede balans tussen rust en activiteit die is afgestemd op de individuele bewoner, is van belang. Daarom hebben we in de vorige meetronde een observatie toegevoegd om verzorgenden niet alleen te laten noteren wat bewoners doen, maar ook hoe op dat moment hun welbevinden is. Ook in deze meetronde zijn deze observaties uitgevoerd. In de toekomst kunnen we ook deze maat gebruiken om naar ontwikkelingen door de tijd te kijken.

De persoonsgerichte houding van het verzorgend personeel neemt toe. De mate van persoonsgerichte zorg neemt in de beleving van verzorgenden af, maar blijft volgens familieleden gelijk

Verwachting

In de dementiezorg in Nederland wordt persoonsgericht werken steeds belangrijker geacht en steeds meer geïmplementeerd^{46,47}. Zo stelt de Nederlandse overheid tot doel zorg voor ouderen met dementie zo goed mogelijk af te stemmen op hun mogelijkheden, wensen en behoeften⁴⁸. Om die reden verwachtten wij dat de persoonsgerichte houding van zorgmedewerkers en de mate waarin er in de woonvoorzieningen persoonsgericht wordt gewerkt, zou zijn toegenomen.

Wanneer persoonsgerichte zorg in een woonvoorziening op een goede manier wordt toegepast, is deze voorziening succesvoller dan andere woonvoorzieningen. Dit blijkt uit eerdere resultaten van de Monitor⁴⁹. We spreken van een persoonsgerichte houding wanneer verzorgend personeel mensen met dementie ondanks hun ziekte als volwaardig persoon blijft zien en behandelen. Binnen Waardigheid en Trots geldt een persoonsgerichte bejegening van mensen met dementie als een kernwaarde van goede kwaliteit van zorg²². Ook het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg noemt

persoonsgerichte zorg in dit opzicht als een belangrijke peiler. Van het management wordt daarnaast verwacht dat men stuur op de kernwaarde ‘persoonsgerichte zorg en ondersteuning’¹⁵.

Resultaten

In tabel 5.4 is te zien dat de score voor de persoonsgerichte houding van de zorgmedewerkers significant is toegenomen. Het verzorgend personeel beoordeelt de mate van persoonsgerichte zorg in de woonvoorziening echter significant lager. In de ogen van familieleden is de mate van persoonsgerichte zorg in de woonvoorziening niet veranderd. De beoordeling van persoonsgerichte zorg is alleen in de laatste twee meetrondes onderzocht.

Tabel 5.4: Veranderingen in mate van persoonsgerichte zorg volgens familie en verzorgenden en de persoonsgerichte houding van verzorgenden door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=128), MWD2 (n=133), MWD3 (n=39) en MWD4 (n=43-46).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Persoonsgerichte houding van zorgmedewerkers	4.4	4.4	4.5	4.6	↑
Persoonsgerichte zorg volgens verzorgenden	-	-	3.1	3.0	↓
Persoonsgerichte zorg volgens familieleden	-	-	3.1	3.0	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Zoals verwacht is er een toename in de mate waarin het verzorgend personeel zichzelf een persoonsgerichte houding toedicht. In eerste instantie is het daarom misschien opmerkelijk dat verzorgenden de mate van persoonsgericht werken in de woonvoorziening minder goed beoordelen. Hiervoor is echter mogelijk wel een verklaring: hoe meer verzorgenden op een persoonsgerichte manier gaan nadenken over mensen met dementie en hen ook daadwerkelijk op die manier zorg willen bieden, des te kritischer zij mogelijk worden over de werkwijze in de woonvoorziening op het gebied van persoonsgerichte zorg. Verzorgenden kunnen zich bijvoorbeeld beperkt voelen in het verlenen van persoonsgerichte zorg door regels van de organisatie of door onduidelijkheden in de visie. Dat we in het oordeel van de familie geen afname zien in persoonsgericht werken, sluit aan bij deze redenering.

Ook blijkt in de praktijk en uit onderzoek dat het niet altijd even makkelijk is om persoonsgericht werken op een goede manier door te voeren in de organisatie⁵⁰. Het gaat om een daadwerkelijke cultuurverandering en daarvoor is meer nodig dan alleen

de houding van medewerkers verbeteren. De verdiepende studie die we na afloop van de eerste meetronde van de Monitor deden, maakte duidelijk dat bijvoorbeeld visie, leiderschap en autonomie voor medewerkers belangrijke randvoorwaarden zijn om persoonsgerichte zorg succesvol in de praktijk te kunnen brengen⁹. Het feit dat medewerkers het idee hebben minder autonomie en regelruimte te hebben, heeft dus mogelijk ook een nadelige uitwerking op het bieden van persoonsgerichte zorg. Om dagelijks af te kunnen stemmen op de behoeften van bewoners is regelruimte in het werk een voorwaarde.

6 Trends in de inzet van informele zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
<ul style="list-style-type: none">• Toename in de inzet van familieleden, partnerschap in zorg en tevredenheid van familieleden met de woonvoorziening. Geen veranderingen in zorgbelasting van familieleden.	<ul style="list-style-type: none">• Toename in de inzet van familieleden, van partnerschap in zorg en zorgbelasting. Geen verandering in tevredenheid van familieleden met de woonvoorziening.
<ul style="list-style-type: none">• Toename in de inzet van vrijwilligers.	<ul style="list-style-type: none">• Toename in de inzet van vrijwilligers.



6 Trends in de inzet van informele zorg

Toename in de inzet van familieleden en van partnerschap in zorg, toename in zorgbelasting; geen verandering in tevredenheid van familieleden met de woonvoorziening

Verwachting

Na de hervorming van de langdurige zorg is formele zorg niet meer los te zien van informele. De verwachting was dan ook dat de inzet en het partnerschap van familieleden in de woonvoorzieningen zou zijn toegenomen en dat de belasting die familieleden ervaren in de zorg voor hun naaste gelijk zou zijn gebleven. Dit laatste te meer, daar uit eerder onderzoek blijkt dat er in de zorgbelasting van familieleden vaak geen veranderingen optreden. Verder verwachtten wij dat de familie tevredener zou zijn over de woonvoorziening vanwege hun grotere betrokkenheid en de toename van kleinschaligheid.

De hervorming van het stelsel in de langdurige zorg is erop gericht mensen met dementie zo lang mogelijk thuis zorg en ondersteuning te bieden, waar mogelijk in de vorm van informele zorg⁵¹. Ook in zorginstellingen wordt tegenwoordig steeds meer van familieleden en naasten verwacht dat zij hun steentje bijdragen. Om naasten in staat te stellen deel uit te maken van de zorg, zijn initiatieven ontstaan als 'Werk en Mantelzorg' dat een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid bij de overheid wil realiseren. Verder dragen diverse handreikingen eraan bij dat de ontwikkeling van familieparticipatie kan worden ondersteund⁵².

Omdat familieleden hun naaste als geen ander kennen, spelen zij een zeer belangrijke rol bij persoonsgerichte zorg. In het programma Waardigheid en Trots is ook veel aandacht voor een goede samenwerking binnen de 'driehoek' van cliënt, mantelzorger en professional¹. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt het belang van familiebetrokkenheid bij de woonvoorzieningen eveneens onderstreept en in het rapport van onderzoeksbureau Dageraad wordt vastgesteld dat woonvoorzieningen die kwalitatief goede zorg leveren ook investeren in een goede samenwerking tussen formele en informele zorgverleners^{4,23}.

Resultaten

Tabel 6.1 laat zien dat er een significante toename is van het aantal uren dat familieleden structureel betrokken zijn bij de woonvoorziening. Ook is er een significante toename in de mate waarin familieleden zichzelf als partner in de zorg beschouwen. De zorgbelasting die familieleden ondervinden is eveneens significant gestegen, terwijl de tevredenheid van de familie over de woonvoorziening gelijk is gebleven. In

de vierde meetronde geven de ondervraagde familieleden gemiddeld een rapportcijfer van 7.9 aan de woonvoorziening, met een variatie van een twee tot een tien. In diagram 6.1 is te zien dat er grote verschillen bestaan tussen het aantal uren dat familieleden structureel bijdragen aan het reilen en zeilen van de woonvoorziening.

Tabel 6.1: Veranderingen in de inzet van familieleden en welbevinden van familie door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=136), MWD2 (n=130-144), MWD3 (n=39) en MWD4 (n=43-46).

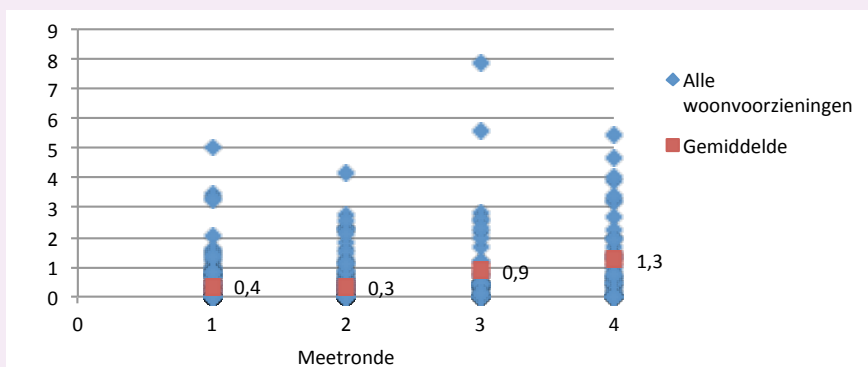
Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Inzet familieleden (uur/week/bewoner)	0.4	0.3	0.9	1.3	↑
Partnerschap	-	5.2	5.6	5.5	
Tevredenheid	-	7.9	7.9	7.9	↑
Zorgbelasting	-	3.2	3.2	3.7	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Diagram 6.1: Gemiddeld aantal uren structurele inzet van familieleden per bewoner per week, weergegeven per meetronde.



Reflectie

De betrokkenheid van familieleden bij de woonvoorziening en de mate waarin zij zich een partner in de zorg voelen, is – zoals verwacht – toegenomen. Dit is ook in overeenstemming met de grote aandacht voor familieparticipatie vanuit de overheid en de woonvoorzieningen. Tegen onze verwachting in blijkt ook de zorgbelasting van familieleden groter te zijn geworden. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat familie

meer wordt ingezet in de woonvoorziening. Ook het feit dat mensen met dementie later in een zorginstelling komen wonen omdat eerst het sociale netwerk de zorg zoveel mogelijk op zich dient te nemen en mantelzorgers dus langer zorg verlenen, kan hiermee te maken hebben. Uit de Dementiemonitor Mantelzorg die tweejaarlijks wordt uitgevoerd onder mantelzorgers van mensen met dementie die thuis wonen, blijkt dat langer zorg verlenen én hoge feitelijke belasting samengaan met hoge ervaren belasting¹⁶. Zo voelen mantelzorgers die zorgen voor naasten die al langer verschijnselen van dementie hebben, zich meer belast. Mogelijk zijn dit vaker mantelzorgers van mensen met dementie die in een zorginstelling wonen, omdat de kans op opname groter wordt naarmate de ziekte vordert.

Dat de zorgbelasting van familieleden toeneemt, is een zorgwekkende trend die overeenkomt met bevindingen in de meest recente meting van de Dementiemonitor Mantelzorg. Daaruit blijkt dat de belasting die mantelzorgers ervaren voor het eerst gestegen is na eerder jaren gelijk te zijn gebleven¹⁶. Uit verschillende onderzoeken weten we dat zorgen voor een naaste met dementie nadelige effecten kan hebben op zowel de psychologische als de lichamelijke gezondheid van de mantelzorger^{53,54}. Dit was een van de redenen voor ons om in de afgelopen onderzoeksperiode veel aandacht te besteden aan de betrokkenheid van familieleden bij de woonvoorziening en aan hoe zij daarover dachten. Op de uitkomsten hiervan gaan wij uitgebreid in in de uitgave *Informeel zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*.

Toename in de inzet van vrijwilligers

Verwachting

In de discussie over de personeelsbezetting in de verpleeghuiszorg, wordt ook de inzet van vrijwilligers vaak genoemd. Die kunnen wellicht bepaalde taken overnemen van het verzorgend personeel of eraan bijdragen dat er meer tijd is om activiteiten te ondernemen met bewoners⁹. Ook kunnen vrijwilligers worden ingezet als gastvrouw/gastheer of om te helpen in ontmoetingsruimten. De verwachting was dan ook dat woonvoorzieningen steeds meer gebruik zouden gaan maken van vrijwilligers om de kwaliteit van zorg te kunnen (blijven) garanderen. In het Kwaliteitskader wordt de omgang met vrijwilligers gezien als een van de indicatoren dat een team voldoende toegerust is om goede zorg te leveren⁴.

Resultaten

In tabel 6.2 is te zien dat het aantal minuten dat vrijwilligers bij de woonvoorziening betrokken zijn door de tijd significant is toegenomen. In 2016/2017 waren vrijwilligers gemiddeld 1.6 uur per bewoner per week in de woonvoorziening aanwezig. Diagram 6.2 toont dat de spreiding tussen woonvoorzieningen groot is als het om inzet van vrijwilligers gaat.

Tabel 6.2: Veranderingen in de inzet van vrijwilligers door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=136), MWD2 (n=144), MWD3 (n=47) en MWD4 (n=41).

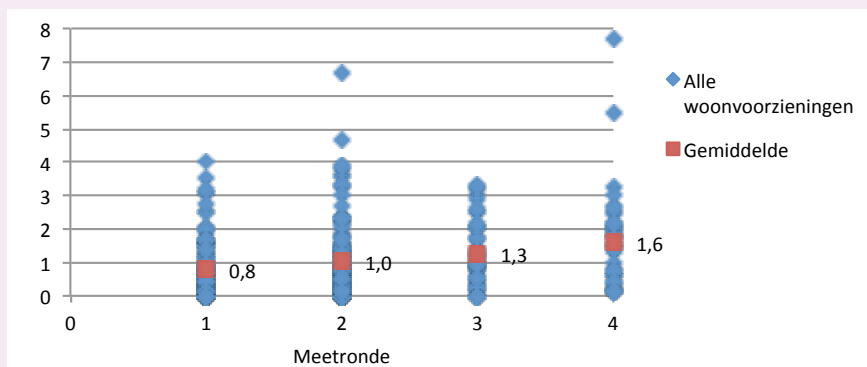
Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Inzet van vrijwilligers (uur/week/bewoner)	0.8	1.0	1.3	1.6	↑

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Diagram 6.2: Gemiddeld aantal uren aan structurele inzet van vrijwilligers per bewoner per week, weergegeven per meetronde.



Reflectie

De gevonden toename is in overeenstemming met de verwachting en wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat woonvoorzieningen steeds meer inzien dat vrijwilligers een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. Tegelijkertijd bestaan er grote verschillen in de inzet van vrijwilligers tussen woonvoorzieningen. Tijdens de vorige meetronde werd ook al gesuggereerd dat woonvoorzieningen de afgelopen jaren meer inspanningen hebben verricht om vrijwilligers te werven en te behouden. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we daarom tijdens de huidige onderzoeksperiode uitgebreid aandacht besteed aan het beleid inzake werving en behoud van vrijwilligers en aan de tevredenheid van de vrijwilligers met hun vrijwilligerswerk. Meer informatie hierover is te vinden in de publicatie *Informeel zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*.

7 Trends in de samenwerking binnen het multidisciplinaire team

Wat waren de verwachtingen?

- Toename in tevredenheid van familie met behandelaars. Afname tevredenheid van medewerkers en behandelaars over de samenwerking.

Wat laten de gegevens zien?

- Toename in tevredenheid van familie met behandelaars. Afname tevredenheid van medewerkers over samenwerking met behandelaars. Geen verandering in tevredenheid van behandelaars met de samenwerking binnen het multidisciplinaire team.



7 Trends in de samenwerking binnen het multidisciplinaire team

Toename in tevredenheid van familie met behandelaars. Minder tevredenheid van medewerkers over samenwerking met behandelaars. Geen verandering in tevredenheid van behandelaars met de samenwerking binnen het multidisciplinaire team.

Samenwerking binnen een multidisciplinair team met verschillende professionals die elk hun eigen expertise hebben, is belangrijk in de dementiezorg. Het grote belang hiervan wordt vaak genoemd bij behandeling van onbegrepen gedrag⁵⁵. Maar ook in andere gevallen wordt zorg verleend door een multidisciplinair team. Dit is nodig, omdat bewoners met dementie vaak complexe zorgvragen hebben die op verschillende domeinen liggen⁵⁶.

Uit de in hoofdstuk 6 besproken uitkomsten van de Monitor blijkt dat familieleden vaker structureel worden ingezet in de woonvoorzieningen en dat zij zich vaker onderdeel voelen van de zorg voor hun naaste. Wanneer familieleden zich meer partner voelen in de zorg, worden zij mogelijk vaker betrokken bij beslissingen die verband houden met de zorg voor hun naaste. Daarom was onze verwachting dat familieleden meer en beter contact zouden hebben met behandelaars en hen positiever zouden beoordelen. Ook is het in de afgelopen jaren steeds gebruikelijker geworden dat familie aanwezig is bij het multidisciplinair overleg en zijn er huizen die erop inzetten om familie eigenaar van het zorgleefplan te maken⁵⁷.

Daarnaast verwachtten wij dat verzorgenden de samenwerking binnen het multidisciplinaire team anders zijn gaan ervaren. Behandelaars worden mogelijk vaker enkel op afroep ingeschakeld en zijn daardoor waarschijnlijk minder continu aanwezig. Dit gebrek aan continuïteit zou een optimale multidisciplinaire samenwerking tussen verzorgend personeel en behandelaars in de weg kunnen staan.

Resultaten

In tabel 7.1 is te zien dat de familieleden in toenemende mate tevreden zijn met het contact met de behandelaars. Bij het verzorgend personeel is echter het omgekeerde het geval, zij zijn minder tevreden over de samenwerking met behandelaars dan voorheen. In de tevredenheid van de behandelaars met de samenwerking binnen het multidisciplinaire team zien we geen verandering.

Tabel 7.1: Veranderingen in tevredenheid met multidisciplinaire samenwerking door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD2 (n=130), MWD3 (n=17-44) en MWD4 (n=10-46).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Tevredenheid van familie met behandelaars	2.2	2.3	2.3	↑
Tevredenheid van verzorgenden over samenwerking met behandelaars	-	2.2	2.1	↓
Tevredenheid over multidisciplinaire samenwerking volgens behandelaars	-	7.1	7.1	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Zoals verwacht zijn familieleden tevredener met de behandelaars. Dit kan komen door de toegenomen betrokkenheid van de familieleden bij de woonvoorziening, de mate waarin zij zich partner in de zorg voelen en de mate waarin zij contact hebben met behandelaars. Het is mogelijk dat familieleden zich meer lid voelen van het multidisciplinaire team, onder andere doordat zij vaker deelnemen aan multidisciplinair overleg over hun naaste. Wellicht maken familieleden dan van dichterbij mee wat de behandelaars voor de bewoners kunnen betekenen.

Dat verzorgenden minder tevreden zijn over de samenwerking met behandelaars, is eveneens volgens verwachting. In een afstudeeronderzoek dat is uitgevoerd bij het VUmc werd al geconcludeerd dat het multidisciplinair overleg belangrijk is en moeilijk is te vervangen door andere overlevormen⁵⁸. Maar omdat disciplines steeds minder standaard aanwezig zijn in de woonvoorziening, gaat die multidisciplinaire afstemming lastiger. Dit verklaart mogelijk de verminderde tevredenheid van het verzorgend personeel. Aanbevelingen zijn dan ook om de aanwezigheid van kerndisciplines – in het geval van psychogeriatricie vooral de psycholoog – te verhogen en de tijdsinvestering in het MDO te verminderen door te plannen wanneer welke bewoner besproken gaat worden. Hierdoor hoeft dus niet iedereen elke keer aanwezig te zijn bij het overleg. Meer onderzoek naar de samenwerking binnen het multidisciplinaire team zou kunnen uitwijzen waar het verzorgend personeel precies tegenaan loopt en hoe dit kan worden verbeterd.

8 Trends in de kwaliteit van leven van bewoners

Wat waren de verwachtingen?

- Toename van kwaliteit van leven van bewoners op enkele domeinen toegenomen.

Wat laten de gegevens zien?

- Toename in positief affect, sociale relaties en iets om handen hebben; afname in negatief affect, rusteloos gedrag en sociale isolatie; geen veranderingen in zorgrelatie, positief zelfbeeld en zich thuis voelen.



8 Trends in de kwaliteit van leven van bewoners

Toename in positief affect, sociale relaties en iets om handen hebben; afname in negatief affect, rusteloos gedrag en sociale isolatie; geen veranderingen in zorgrelatie, positief zelfbeeld en zich thuis voelen

Verwachting

Omdat dementie nog altijd niet genezen of voorkomen kan worden, is de zorg voor mensen met dementie gericht op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Goede zorg leveren voor mensen met dementie proberen we in Nederland – nu en in de toekomst – te verwezenlijken door uit te gaan van de cliënt als mens, de nadruk te leggen op leren als basis voor verbetering, in te zetten op toezicht en verantwoording, verpleeghuismedewerkers vertrouwen te geven en samenwerking te stimuleren⁴. Omdat er steeds meer aandacht is voor aspecten in de zorg die kwaliteit van leven positief kunnen beïnvloeden – waaronder persoonsgerichte zorg, deelname aan activiteiten, familiebetrokkenheid en inzet van vrijwilligers – verwachtten wij dat de kwaliteit van leven van bewoners in deze meetronde van de Monitor op enkele domeinen zou zijn toegenomen.

Resultaten

De resultaten op de verschillende domeinen van kwaliteit van leven zijn weergegeven in tabel 8.1. Hierin is te zien dat op zes domeinen de kwaliteit van leven van bewoners door de tijd significant is verbeterd. Positief affect, sociale relaties en iets om handen hebben zijn significant toegenomen. En drie negatieve aspecten van kwaliteit van leven zijn juist afgenomen: negatief affect, rusteloos gedrag en sociale isolatie. Op de overige domeinen zijn geen significante verschillen waargenomen.

Tabel 8.1: Veranderingen in kwaliteit van leven van bewoners door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n=130), MWD2 (n=137), MWD3 (n=42) en MWD4 (n=40).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen				
	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Δ
Zorgrelatie Schaal: 0-3	2.07	2.06	2.13	1.98	
Positief affect Schaal: 0-3	2.12	2.12	2.25	2.28	↑
Negatief affect Schaal: 0-3	1.18	1.08	1.06	1.10	↓
Rusteloos gedrag Schaal: 0-3	1.49	1.41	1.36	1.33	↓
Positief zelfbeeld Schaal: 0-3	2.24	2.29	2.29	2.30	
Sociale relaties Schaal: 0-3	1.72	1.71	1.73	1.86	↑
Sociale isolatie Schaal: 0-3	1.02	1.98	0.94	0.90	↓
Iets om handen hebben Schaal: 0-3	0.98	1.03	1.21	1.35	↑
Zich thuis voelen Schaal: 0-3	2.29	2.29	2.37	2.35	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Zoals verwacht is de kwaliteit van leven van de bewoners in de woonvoorzieningen op een aantal domeinen positief veranderd. Dat bewoners meer omhanden hebben, kan samenhangen met het feit dat zij meer betrokken worden bij activiteiten. Zoals eerder genoemd in hoofdstuk 5 is er onder andere binnen Waardigheid en Trots veel aandacht voor een zinvolle daginvulling voor bewoners¹. Ook de uitkomst dat sociale isolatie is afgenomen en dat bewoners meer sociale relaties hebben gekregen, kan mogelijk verklaard worden uit de toegenomen deelname aan activiteiten. Dat rusteloos gedrag is verminderd mag opmerkelijk worden genoemd, aangezien de frequentie van onbegrepen gedrag niet is afgenomen (zie hoofdstuk 2).

De positieve veranderingen in de aspecten van kwaliteit van leven worden mogelijk ook veroorzaakt doordat het verzorgend personeel in de bejegening van bewoners persoonsgerichter is geworden. Hierdoor hebben zorgmedewerkers misschien meer oog voor individuele bewoners, hun wensen en behoeften, en zijn zij beter in staat om de verleende zorg hierop aan te passen.

Slotbeschouwing



Slotbeschouwing

In deze trendrapportage van de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie staat beschreven welke veranderingen er in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie hebben plaatsgevonden gedurende de periode 2008/2017. We hebben gekeken naar de organisatie van de zorg, de kenmerken en de zorgzwaarte van bewoners, de personele bezetting, het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg, de inzet en betrokkenheid van informele zorg, de multidisciplinaire samenwerking en de kwaliteit van leven van bewoners. Daarbij is het belangrijk op te merken dat de derde en vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie geen representatieve steekproef zijn van de woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie in Nederland. Tegelijkertijd vormen ongeveer vijftig woonvoorzieningen nog altijd een aanzienlijk aantal. Aan het einde van deze slotbeschouwing staan we verder stil bij de gebruikte methode. Voor deze slotbeschouwing hebben we alle ontwikkelingen die in deze publicatie staan beschreven, op waarde geschat in het licht van wat volgens de huidige stand van kennis bijdraagt aan goede verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Dit resulteert in een tweeluik van ontwikkelingen die volgens ons als positief zijn te duiden en van trends die verdere aandacht behoeven.

Positieve ontwikkelingen

Afname van vrijheidsbeperkende maatregelen

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is aanzienlijk afgenomen, van ruim één maatregel op twee bewoners in 2008 naar minder dan één op vier in 2016/2017. Deze trend zagen we ook al in de vorige meetronde en is een belangrijke verbetering in de kwaliteit van de dementiezorg. De inspanningen van de laatste jaren lijken dan ook hun vruchten af te werpen. Dat de afname zich ook heeft voortgezet tussen 2013 en 2017 laat zien dat het laagste punt toen nog niet bereikt was en dat er nog ruimte was voor verbetering. En gezien het feit dat de verschillen tussen de woonvoorzieningen nog altijd aanzienlijk zijn, is dit waarschijnlijk nog steeds het geval. Er zijn huizen die amper of helemaal geen vrijheidsbeperkende maatregelen inzetten, maar ook huizen die dit nog bij één op de twee bewoners doen. Dat de verschillen tussen de huizen wel wat minder groot zijn geworden sinds de tweede meetronde, doet echter vermoeden dat er wel een verbetering over de hele linie is opgetreden.

Bedekken worden nog altijd veruit het meest toegepast, maar ook het gebruik hiervan is aanzienlijk afgenomen in de afgelopen jaren. Hetzelfde geldt voor verpleegdekens en onrustbanden. Het gebruik van verpleegdekens was in 2013/2014 al gedaald tot bijna nul in de deelnemende woonvoorzieningen en dit is nu ook het geval met onrustbanden. Onder de deelnemende woonvoorzieningen zijn er nog twee die een onrustband bij een bewoner inzetten en twee die dit doen met verpleegdekens. Dit betekent dat 95% van

de huizen geen gebruikmaakt van deze middelen. Een volgende meetronde van de Monitor kan inzicht bieden in hoeverre het lukt om het gebruik van onrustbanden en verpleegdekens daadwerkelijk naar nul terug te brengen.

Waarschijnlijk heeft de verdere afname tussen 2013 en 2017 te maken met de voortgezette aandacht voor het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bijvoorbeeld van de IGZ die in 2014 begonnen is om in haar inspecties nadrukkelijk stil te staan bij goed en zorgvuldig omgaan met onbegrepen gedrag van bewoners met dementie². Bekend is dat dit gedrag een belangrijke reden is om vrijheidsbeperkende maatregelen voor te schrijven⁵⁹. Volgens de kernelementen van goed omgaan met onbegrepen gedrag moet begrijpen van de oorzaken van dergelijk gedrag en beïnvloeden van die oorzaken echter centraal staan en niet de aanpak van dat gedrag zelf door middel van vrijheidsbeperkende maatregelen of psychofarmaca⁶. Een ander teken voor de toegenomen aandacht voor vrijheidsbeperkende maatregelen is de sterke stijging van het aantal huizen met het waarborgzegel Fixatievrije Zorginstelling in de afgelopen jaren³³.

Bewoners worden meer betrokken bij activiteiten

Bewoners worden betrokken bij een grotere variatie aan activiteiten. In de deelnemende woonvoorzieningen melden zorgmedewerkers dat bijna een kwart van de bewoners (22%) per dag gemiddeld één à twee uur van de tijd dat zij wakker zijn en geen zorg ontvangen bezig zijn met activiteiten. Daarnaast is ongeveer één op de vijf bewoners meer dan twee uur per dag actief met iets bezig, maar daar staat tegenover dat één op de zes bewoners minder dan één keer per week aan iets meedoen. Verder valt op dat er op dit punt een grote variatie is tussen de woonvoorzieningen. Zo zijn er huizen waarvan alle bewoners minder dan één keer week bezig zijn met activiteiten en huizen waar alle bewoners één à twee uur per dag iets omhanden hebben.

In eerder onderzoek op basis van de Monitor bleek dat kleinschalige zorg samengaat met meer betrokkenheid van bewoners bij activiteiten⁴⁵. Het ligt daarom voor de hand dat deze toename in ieder geval voor een deel verklaard kan worden door de toename in kleinschalige zorg. Deze grotere betrokkenheid van bewoners bij activiteiten kan gezien worden als een kwaliteitsverbetering van de dementiezorg, omdat onder meer uit eerder onderzoek in het kader van de Monitor is aangetoond dat activiteiten belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van mensen met dementie^{9,42}. Ook uit recent onderzoek van de Universiteit Maastricht blijkt dit⁶⁰. Ten slotte is de toename in lijn met de stimulans van welzijn en een zinvolle daginvulling voor verpleeghuisbewoners vanuit de overheid in het kader van Waardigheid en Trots¹.

Medewerkers hebben vaker een persoonsgerichte houding

De persoonsgerichte houding van verzorgenden tegenover mensen met dementie is sinds 2008/2009 toegenomen. Omdat een persoonsgerichte benadering van mensen met dementie wereldwijd als prioriteit wordt gezien om de dementiezorg verder te verbeteren, is dit een belangrijke trend^{61,62}. Blijkbaar lukt het verzorgenden beter om

mensen met dementie ondanks hun geheugenproblemen of andere beperkingen als volwaardig personen te blijven zien. Tegelijkertijd is het zo dat volgens verzorgenden de persoonsgerichtheid van de daadwerkelijk geboden zorg juist iets is afgenomen. Dit in tegenstelling tot het perspectief van familieleden: volgens hen is de mate van persoonsgerichtheid gelijk gebleven.

Ook in de vorige meetronde bleek uit een verdiepend hoofdstuk over persoonsgerichte zorg dat hier nog veel winst te behalen valt. Medewerkers voeren nog altijd slechts beperkt gesprekken met bewoners waaruit blijkt dat zij hun verleden kennen en waarmee zij hun identiteit versterken. Ook zeggen familieleden dat medewerkers vaak niet op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis van hun naaste⁶³. Uit eerdere metingen van de Monitor weten we bovendien dat wanneer medewerkers op een vragenlijst aangeven persoonsgericht te werken of een persoonsgerichte houding te hebben, observaties in de praktijk laten zien dat er nog veel ruimte voor verbetering is in hun daadwerkelijke gedrag⁶⁴. Dat de zorg volgens medewerkers nu iets minder persoonsgericht is, zou je ook kunnen verklaren uit het feit dat zij door hun persoonsgerichtere houding nu wellicht een duidelijker beeld hebben van hoe zij persoonsgerichte zorg zouden kunnen of willen bieden, maar dat dit in de praktijk niet altijd lukt. Mogelijk zijn zij zich dus meer bewust van hun eigen onbekwaamheid in dit opzicht of van de belemmeringen die zij in hun werk tegenkomen.

Meer medewerkers met niveau 4 of 5

Sinds de meetronde van de Monitor in 2010/2011 is het percentage medewerkers niveau 4 toegenomen van 3.2 naar 7.6%, en van medewerkers niveau 5 van 0.1 naar 1.3%. Ook al zijn deze percentages nog altijd laag, dit is toch een aanzienlijke toename. Aangezien in de eerdere meetronden bleek dat 60 tot 65% van de medewerkers in de woonvoorzieningen niveau 3 hadden, lijkt dit een positieve ontwikkeling. Wat de 'ideale' *skill mix* of personeelssamenstelling is op een afdeling of in een woning, is nog niet duidelijk. Momenteel is er een proces gaande om tot context-gebonden normen te komen voor de personeelssamenstelling in de verpleeghuiszorg. Met de Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling deed V&VN in 2016 een voorzet¹³. En in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg staat beschreven dat sectorpartijen de opdracht krijgen om landelijke context-gebonden normen te ontwikkelen voor voldoende en vakbekwaam personeel⁴. Deze moeten eind 2018 gereed zijn. Hoewel de ideale mix dus nog niet bekend is, lijkt het wel wenselijk dat teams in het verpleeghuis variatie hebben in opleidingsniveau en competenties. Zeker gezien de vaak complexe vraagstukken waarvoor zij komen te staan, bijvoorbeeld onbegrepen gedrag van bewoners met dementie, samenwerking met familie en zorg rondom het levenseinde. Ramona Backhaus roept verpleeghuizen in haar proefschrift dan ook op om een duidelijke visie te ontwikkelen op de inzet van verpleegkundigen, aangezien zorgorganisaties die hier aandacht aan schenken succesvoller zijn om medewerkers uit deze beroepsgroep te werven en aan zich te binden⁶⁵.

In het kader van de landelijke context-gebonden norm is er nog een ontwikkeling gaande die interessant is. In de afgelopen jaren zijn er veel verzorgenden die de opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige psychogeriatric (gvp) hebben gevolgd. De vraag is hoe groot de toename is van het aantal gvp'ers over de afgelopen jaren en wat de invloed van hun expertise is op de positieve ontwikkelingen die we zien. In een volgende meetronde kunnen we hier aandacht aan besteden.

Meer partnerschap van familie in de zorg en grotere inzet van familieleden

Familieleden voelen zich vaker partner in de zorg voor hun naaste en leveren een aanzienlijk grotere structurele bijdrage binnen de woonvoorziening, bijvoorbeeld door een spelletje met bewoners te doen of te helpen met koken; de tijd die hieraan wordt besteed is gestegen van ongeveer twintig minuten naar vijf kwartier per bewoner per week. Dit is een belangrijke positieve trend die sterk kan bijdragen aan een verdere kwaliteitsverbetering van de dementiezorg, omdat uit de Monitor eerder is gebleken dat betrokkenheid van familie bij de zorg belangrijke kansen biedt om kwaliteitszorg te verlenen⁶⁶. De geconstateerde trend sluit bovendien naadloos aan bij het overheidsbeleid van de afgelopen jaren om mantelzorg een vastere plaats te geven in de zorg; ook in Waardigheid en Trots is vergroting van familiale betrokkenheid een van de doelstellingen¹. Wel zien we in deze meetronde voor het eerst sinds 2011 dat familieleden zich meer belast voelen. Dit terwijl eerder uit de Monitor bleek dat familie minder zorgbelasting voelde, wanneer men zich meer als partner in zorg zag⁶⁶. Op dit punt komen we terug bij het onderdeel 'Ontwikkelingen die verdere aandacht behoeven'.

De inzet van vrijwilligers neemt toe

Ook de inzet van vrijwilligers is aanzienlijk toegenomen over de afgelopen negen jaar: van drie kwartier in 2008 naar anderhalf uur per bewoner per week in 2016/2017. Dit sluit aan bij de toegenomen aandacht voor de bijdrage van informele zorgverleners en is een positieve trend te noemen aangezien de studie naar succesfactoren van de Monitor liet zien dat de inzet van vrijwilligers kansen biedt⁹. In eerdere meetronden zag een deel van de woonvoorzieningen vrijwilligers alleen nog als 'extraatje' en was men terughoudend om hen structureel in te zetten. Het lijkt erop dat hierin verandering komt. Omdat veel organisaties zeggen het lastig te vinden vrijwilligers aan zich te binden en hen te behouden, hebben we in deze meetronde extra aandacht aan vrijwilligers besteed. We hebben voor het eerst ook onder hen vragenlijsten uitgezet en daarnaast hebben we bij de deelnemende woonvoorzieningen nagevraagd hoe zij vrijwilligers werven en hoe zij als organisatie in deze groep investeren. De uitkomsten hiervan worden beschreven in de uitgave *Informeel zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*.

Betere kwaliteit van leven van bewoners

Volgens het nieuwe Kwaliteitskader is het hoofddoel van de verpleeghuiszorg een zo goed mogelijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt door een optimale interactie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie in het zorg- en behandelproces⁴. Hoewel je als medewerker of organisatie niet verantwoordelijk kunt zijn voor

hoe bewoners hun kwaliteit van leven ervaren, is het streven van de woonvoorzieningen er natuurlijk wel op gericht om door hun inspanningen de kwaliteit van leven van de bewoners zo hoog mogelijk te laten zijn. De door verzorgenden geobserveerde kwaliteit van leven van bewoners is sinds 2008 toegenomen op twee derde van de gemeten domeinen. Over het algemeen is er minder sprake van een negatieve gemoedstoestand (negatief affect), rusteloos gedrag en sociale isolatie. Daarnaast vertonen bewoners volgens de verzorgenden vaker een positieve gemoedstoestand (positief affect), hebben zij vaker iets om handen en gaan zij meer sociale relaties aan. Mogelijk beginnen de inspanningen van de afgelopen decennia die veelal gerelateerd waren aan een persoonsgerichtere invulling van de zorg, nu hun vruchten af te werpen. Denk hierbij aan aandacht voor benaderingswijze van mensen met dementie, aan initiatieven om bewoners te helpen hun oude gewoonten voort te zetten en een zinvolle daginvulling voor hen te creëren, en aan aandacht voor bewegingsvrijheid en een huiselijke en ondersteunende woonomgeving.

Ontwikkelingen die verdere aandacht behoeven

Psychofarmacagebruik blijft gelijk

In tegenstelling tot de afname die we zagen in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, is het voorschrijven van psychofarmaca aan bewoners met dementie net als in vorige meetrondes gelijk gebleven. Wel zien we een lichte, maar significante afname van de hoeveelheid antipsychotica die per bewoner wordt ingezet. In 2013/2014 kreeg gemiddeld één op de vier bewoners een antipsychoticum en in 2016/2017 was dit bij één op de vijf bewoners het geval. Tegelijkertijd valt op dat in 2013/2014, vergeleken met de meest recente meetronde in 2016/2017, absoluut gezien minder benzodiazepines werden voorgeschreven (respectievelijk bij ongeveer 1 op de 6 bewoners en 1 op de 4 à 5). Dit is echter niet een significant oplopende trend. Dat het totaal aan psychofarmaca niet is afgenomen, kan te maken hebben met het feit dat de hoeveelheid benzodiazepines absoluut gezien is toegenomen ten opzichte van de vorige meetronde. Dit is teleurstellend en zorgelijk gezien de toegenomen aandacht voor het toepassen van psychosociale interventies en het feit dat het beperkte effect en de negatieve bijwerkingen van psychofarmaca de laatste jaren nadrukkelijk naar voren zijn gebracht.

In de vorige publicatie van de Monitor riepen we op campagnes en projecten te starten om met name het gebruik van antipsychotica en benzodiazepines te verminderen⁶³. De achtergrond hiervan was dat dergelijke initiatieven hun vruchten afgeworpen lijken te hebben bij het terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen. In 2016 zijn Vilans, het UMCG en het Centrum voor Verstandelijke Beperking en Psychiatrie van GGZ Drenthe in opdracht van het ministerie van VWS gestart met het programma 'Het kan beter met minder'. Dit programma wil het onjuiste gebruik van psychofarmaca binnen onder andere de verpleeghuiszorg terugdringen en aan bewustwording op dit punt werken⁶⁷.

Tegelijkertijd is het van belang te beseffen dat het volledig uitbannen van psychofarmacagebruik niet het doel kan en moet zijn. Psychofarmaca zijn in bepaalde situaties wel degelijk geïndiceerd en voorschrijven daarvan kan dus ook getuigen van goede zorg. Maar zolang het gemiddelde gebruik in de verpleeghuiszorg nog dusdanig hoog is, is terugdringing van psychofarmaca een stap in de richting van kwaliteitsverbetering. Ook Verenso constateerde in 2015 dat mensen met dementie in Nederlandse verpleeghuizen te vaak en te lang psychofarmaca voorgeschreven krijgen⁶⁸. De voortgangsrapportage van het programma 'Het kan beter met minder' laat eveneens zien dat binnen de huizen die meedoen aan het actieprogramma slechts een zeer beperkt deel van de voorgeschreven psychofarmaca volledig juist wordt gebruikt⁶³.

In de Monitor zien we bij iedere meetronde dat de verschillen in het gebruik van psychofarmaca tussen de woonvoorzieningen erg groot zijn. Zo lang dit het geval is, kan psychofarmacagebruik een goede indicator zijn voor kwaliteit van zorg, maar het is maar de vraag of dit nog zo zal zijn op het moment dat inzet van psychofarmaca over de hele linie op een redelijker niveau zal zijn gebracht. Wellicht kunnen de resultaten van het onderzoek dat onderdeel uitmaakt van 'Het kan beter met minder' in de toekomst meer licht werpen op deze vraag. Dat het programma 'Het kan beter met minder' zich in deze laatste meetronde nog niet vertaalt in een afname van het totale psychofarmacagebruik is niet vreemd aangezien de gegevensverzameling in 2016/2017 heeft plaatsgevonden en het programma toen ook pas van start is gegaan. Een vervolgmeting van de Monitor kan meer zicht geven in de opbrengsten van het actieprogramma op langere termijn, maar vooral ook op de invloed van de landelijke aandacht voor het onderwerp en het delen van kennis op dit gebied.

De ervaren zorgbelasting van familieleden neemt toe

Zoals gezegd zien we in deze meetronde voor het eerst sinds 2010/2011 dat familieleden zich meer belast voelen. Mogelijk hangt dit samen met een soortgelijke trend in de Dementiemonitor Mantelzorg van Alzheimer Nederland en het Nivel. In de Dementiemonitor deed zich in 2016 ook voor het eerst een toename voor in de mate waarin mantelzorgers zich belast voelen door de zorg¹⁶. In 2016 bleek ruim één op de zes mantelzorgers zich overbelast of zwaar belast te voelen, terwijl dit in 2011 en 2013 nog maar één op de tien was. De Dementiemonitor suggereert dat de toename waarschijnlijk samenhangt met het overheidsbeleid om mensen met dementie langer thuis te laten wonen met ondersteuning van mantelzorgers, in combinatie met het feit dat de mogelijkheden voor huishoudelijke ondersteuning zijn verminderd en de eigen bijdrage voor dagactiviteiten is verhoogd.

Het zou dus kunnen dat de toename die wij in zorgbelasting van familieleden zien, voortkomt uit het feit dat zij zich thuis meer belast voelen en dat dit gevoel zich voortzet in het verpleeghuis¹⁶. In de Dementiemonitor kwam namelijk eveneens naar voren dat de zorgbelasting ook hoog blijft wanneer een naaste met dementie naar het

verpleeghuis verhuist. Dit laat zien dat aandacht voor en emotionele ondersteuning van mantelzorgers ook in die situatie belangrijk is.

Afname van emotionele hulpbronnen van medewerkers

De mate waarin medewerkers het gevoel hebben emotionele steun te krijgen of een luisterend oor te vinden wanneer zich een aangrijpende situatie voordoet, lijkt te zijn afgenomen. Bij zo'n situatie kun je bijvoorbeeld denken aan agressief gedrag van een bewoner jegens een verzorgende of medebewoner, een familielid dat ontevreden is en zich boos uit of een bewoner die overlijdt. De emotionele hulpbronnen waarop medewerkers in de deelnemende woonvoorzieningen een beroep kunnen doen, zijn in hun beleving afgenomen sinds de tweede meetronde in 2010/2011. Dit is zorgelijk gezien het feit dat werken met mensen met dementie emotioneel belastend is door de relationele aard van het werk en het zorgen voor anderen.

Volgens modellen uit de arbeidpsychologie hoeft omgaan met emotionele belasting van het werk (emotionele taakeisen) niet per se belastend te zijn als daar voldoende emotionele hulpbronnen tegenover staan⁶⁹. Aangezien de Monitor laat zien dat deze emotionele taakeisen de afgelopen jaren niet zijn afgenomen, kan er een disbalans ontstaan die zorgelijk kan uitpakken en tot emotionele uitputting of ontevredenheid met het werk kan leiden. Dit lijkt echter nu nog niet het geval. De gevoelde vermindering van emotionele hulpbronnen hangt mogelijk samen met de toename van kleinschalige zorg. Dit doordat in kleinschalige zorg medewerkers vaker alleen werken en het dan praktisch gezien lastiger is om direct een luisterend oor te vinden of emotionele steun te krijgen als zich een aangrijpende situatie voordoet. Daarnaast is de personele bezetting van leidinggevendend aanzienlijk afgenomen. Dit maakt het waarschijnlijk dat veel leidinggevendend meer op afstand staan van medewerkers en minder makkelijk aan te spreken of te bereiken zijn in het geval van een aangrijpende gebeurtenis.

Afname van autonomie van medewerkers, lagere inzet van leidinggevendend, geen verandering in leiderschapsstijl

Opvallend genoeg hebben verzorgendend de afgelopen jaren minder het gevoel gekregen dat zij regelruimte, oftewel autonomie, hebben in hun werk. Dit is onverwacht omdat het aantal leidinggevendend juist afneemt en zelforganisatie en zelfsturing sterk in opkomst zijn (zie ook de uitgave: *Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*). Daarmee zou je vermoeden dat de hiërarchische aard van de verpleeghuiszorg afneemt en dat medewerkers juist meer regelruimte krijgen, maar het tegenovergestelde blijkt het geval. Bovendien is deze bevinding opvallend omdat men juist breed lijkt te erkennen dat het belangrijk is dat medewerkers inspraak hebben en ruimte krijgen voor eigen verantwoordelijkheid⁹. En tot slot zien we ook nog een toename van kleinschalige zorg, waarvan uit verschillende onderzoeken bekend is dat verzorgendend zich in een dergelijke zorgsetting autonomer voelen^{70,71,72}.

Deze uitkomst is zorgelijk. Ten eerste omdat autonomie op zichzelf al een positieve invloed heeft op bijvoorbeeld arbeidstevredenheid, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid, maar ook doordat medewerkers die zich autonoom voelen beter met werkdruk kunnen omgaan⁷⁰. Autonomie blijkt dus een zeer belangrijk element van 'goed werk'. Waarom het gevoel van autonomie onder verzorgenden is afgenomen, is natuurlijk de grote vraag. Het zou kunnen dat de regelruimte tijdens de dienst in een kleinschalige woning wellicht zelfs groter is geworden, maar dat verzorgenden vanwege personeelstekort vaker moeten invallen of extra diensten moeten draaien en daardoor het gevoel krijgen te moeten doen wat door anderen wordt opgedragen. Over de hele linie zien we wel dat de tijd die het kost om vacatures op te vullen sinds 2008 is toegenomen, maar net niet significant.

Een andere vraag is wat de toegenomen betrokkenheid van familie bij de zorg voor invloed heeft op de autonomie van medewerkers. Zou het kunnen dat medewerkers hierdoor meer het gevoel hebben dat zij moeten doen wat de familie wil in plaats van dat zij hun eigen professionele afwegingen kunnen maken? Ook is het de vraag wat er precies gebeurt wanneer het aantal leidinggevenden wordt teruggeschroefd of wanneer teams zelfsturend of zelforganiserend worden. Krijgen zij dan ook daadwerkelijk de bevoegdheid om beslissingen te nemen of betekent het slechts meer taken met dezelfde bevoegdheden en controle van 'bovenaf'? Dit zou een verklaring kunnen zijn gezien het feit dat de Monitor ook laat zien dat de meer coachende, stimulerende en visionaire leiderschapstijl, ook wel transformationeel leiderschap genoemd, niet toeneemt.

Dit alles roept de vraag op wat de visie van organisaties op aansturing van verzorgende teams nu precies is en in hoeverre veranderingen in formatie ook daadwerkelijk samengaan met een omslag in de manier van leidinggeven en de ruimte die verzorgenden krijgen om zelf beslissingen te nemen in hun werk. De verdiepende publicatie gericht op leiderschap, teamsamenwerking en zelfsturing gaat hier nader op in. Meer inzicht in dit vraagstuk is belangrijk omdat een leidinggevende die steunt en stuurt, een rolmodel is en een visie uitdraagt, eerder in de Monitor Woonvormen Dementie een belangrijke succesfactor is gebleken voor goede zorg aan mensen met dementie. Hetzelfde geldt voor verzorgenden die gezien worden als professionals en die de ruimte krijgen om zelfstandig hun werk te kunnen doen.

Gevoel van persoonlijke bekwaamheid van medewerkers neemt af

Dat het geloof van verzorgenden in hun eigen kunnen is afgenomen, zagen we ook al in de vorige meetronde. Sinds die meting is het niet verder afgenomen, maar ook niet hersteld. Bekend is dat de mate waarin medewerkers zich persoonlijk bekwaam voelen dikwijls sterk samenhangt met de mate van autonomie die zij ervaren. Mogelijk hangen deze twee afnamen dus met elkaar samen.

De geconstateerde vermindering in het gevoel van persoonlijke bekwaamheid heeft vooral in de periode 2010/2014 plaatsgevonden. In het veld geeft men nadrukkelijk aan dat de complexiteit van de zorg en de problematiek van bewoners is toegenomen en dat de personele bezetting onder druk staat door onvervulde vacatures of bezuinigingen. Kijkend naar de vragen die gesteld zijn om persoonlijke bekwaamheid in kaart te brengen is het goed mogelijk dat de onrust in de verpleeghuiszorg in 2010/2014 en daarna een negatieve invloed heeft gehad op het vertrouwen van verzorgenden in zichzelf. Het gaat daarbij om vragen die ingaan op hoe goed verzorgenden zich in de gevoelens van bewoners kunnen inleven, of zij hun problemen adequaat kunnen oplossen en of zij met de bewoners gemakkelijk een ontspannen sfeer kunnen scheppen. Maar ook een vraag of zij het gevoel hebben dat zij het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloeden met hun werk, maakt er onderdeel van uit.

Deze negatieve trend is zorgelijk te noemen, zeker met het oog op de groei van het aantal mensen met dementie in de komende decennia en het naar verhouding afnemende aantal medewerkers in de zorg⁷⁰. Zo is het gevoel persoonlijk onbekwaam te zijn een belangrijk kenmerk van burn-out en vergroot het mogelijk de kans dat mensen op zoek gaan naar werk in een andere sector.

Reflectie op de gebruikte methode

In de Monitor Woonvormen Dementie meten wij iedere twee tot drie jaar een aantal belangrijke aspecten van zorg en relateren die aan verwachtingen op grond van geformuleerd beleid of ingezette innovaties in de zorg. Op deze manier brengen wij trends in kaart in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Hierbij moet echter wel een belangrijke kanttekening worden gemaakt: de derde en vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie is geen representatieve steekproef van de woonvoorzieningen die in Nederland verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie. Dit komt doordat er een aanzienlijk kleiner aantal woonvoorzieningen heeft meegedaan aan deze twee meetronden (respectievelijk 54 en 49) in vergelijking met de eerste en de tweede meetronde waaraan ongeveer 140 woonvoorzieningen deelnamen. Daarnaast is het zo dat het door de beperktere animo niet mogelijk was voor elk van de vijf typen woonvoorzieningen die we sinds de eerste meetronde onderscheidde, een even grote groep in de metingen op te nemen.

De meest voor de hand liggende oorzaak van de terugloop is dat de woonvoorzieningen vanaf de derde meetronde zelf een financiële bijdrage moesten leveren voor hun deelname aan de Monitor. Gezien de meerwaarde van de Monitor voor het veld en de deelnemende organisaties besloot het ministerie van VWS alleen de helft van deze derde meetronde te financieren en de andere helft aan de geïnteresseerde woonvoorzieningen over te laten. Wij hebben gemerkt dat dit de motivatie om deel te nemen heeft beïnvloed. De werving voor de vierde meetronde in 2015 bleek zelfs nog moeizamer dan in de derde ronde door de druk die er op dat moment op de financiën en de organisatie in de sector was, onder andere door de overgang van de AWBZ naar de

Wet langdurige zorg. Aan de andere kant heeft het feit dat men meebetaalde ook een positieve invloed gehad op de huizen die wel meededen. Bij iets waarvoor je betaald hebt, ben je tenslotte gemotiveerder om ook echt wat met de uitkomsten te gaan doen. Hierbij hoort overigens nog wel de kanttekening dat deelname ook in de eerste twee meetronden wel degelijk kosten met zich meebracht. Zoals de tijd die vrijgemaakt moest worden voor een interview en voor het invullen van vragenlijsten.

De motivatie van huizen om deel te nemen was soms dat zij wilden weten of zij het daadwerkelijk beter deden dan andere huizen, zoals zij vermoedden. Ook waren er huizen die meededen om informatie te krijgen waaraan zij zich konden spiegelen om zo hun kwaliteit te verhogen. Soms waren dit huizen die nog niet tevreden waren over hun kwaliteit en voor uitdagingen stonden, maar het ging zeker ook om huizen die de informatie wilden benutten in het kader van continu leren en aan kwaliteit werken. Ook is deelname aan de Monitor Woonvormen Dementie door woonvoorzieningen benut om de speerpunten van hun visie tegen het licht te houden en als instrument om te kijken naar tevredenheid van cliënten en medewerkers.

Uiteraard belemmert het kleinere aantal deelnemende woonvoorzieningen in de derde en vierde meetronde de vergelijking van de uitkomsten met die van de eerdere metingen. Daar staat tegenover dat ongeveer vijftig woonvoorzieningen nog altijd een aanzienlijk aantal is en dat uit een vergelijking van woonvoorzieningen die wel en die niet besloten mee te doen aan de derde en vierde meetronde geen grote verschillen naar voren zijn gekomen.

Bijlage Methodologische verantwoording



Bijlage Methodologische verantwoording

In deze bijlage worden de onderzoeksmethoden van de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie beschreven. We staan stil bij de selectie van de deelnemende woonvoorzieningen en hoe de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden. Daarnaast worden de gebruikte meetinstrumenten en de analysemethoden besproken.

Beschrijving en selectie van deelnemende woonvoorzieningen

De resultaten van de trends van de Monitor Woonvormen Dementie zijn gebaseerd op gegevens van 136 woonvoorzieningen in meetronde 1 (2008/2009), 144 in meetronde 2 (2010/2011), 47 in meetronde 3 (2013/2014) en 49 in meetronde 4 (2016/2017) die vijf typen woonvormen voor mensen met dementie vertegenwoordigen. Deze typen zijn:

1. Verpleeghuizen waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.
2. Verzorgingshuizen met pg-units waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.
3. Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met meer dan 36 bewoners.
4. Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners op een locatie waar ook andere zorg, zoals verzorgingshuiszorg, wordt geboden.
5. Woonvoorzieningen die uitsluitend kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners.

In totaal hebben 57 woonvoorzieningen deelgenomen aan de vierde meetronde van de Monitor; acht daarvan waren echter voorzieningen voor mensen met een somatische aandoening en hun gegevens zijn daarom niet meegenomen in de analyse van de trends.

In tegenstelling tot vorige meetronden deden nu ook drie woonvoorzieningen zonder een BOPZ-erkenning mee. Woonvoorzieningen met een BOPZ-erkenning zijn op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen aangemerkt als instellingen die mensen onvrijwillig mogen opnemen en afdelingsdeuren voor de bewoners gesloten mogen houden. Aangezien er in Nederland steeds meer woonvoorzieningen zonder BOPZ-status komen die wel verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie, zeker wanneer er sprake is van scheiding van wonen en zorg, hebben wij er sinds de derde meetronde voor gekozen dergelijke voorzieningen wel mee te laten doen met de Monitor. Tijdens de derde meetronde zijn de woonvoorzieningen zonder BOPZ-status niet meegenomen in de analyse van de trends, omdat zij minder vergelijkbaar waren met de overige deelnemende woonvoorzieningen. Zo waren er in de voorzieningen zonder BOPZ-status meer bewoners met een ZZP4, waardoor zij meer te vergelijken waren met een verzorgingshuis. In de vierde meetronde leken de woonvoorzieningen

zonder BOPZ-status wel meer op de andere en zijn ze daarom wel meegenomen in de analyse van de trends.

In tabel 1 is weergegeven hoe de woonvoorzieningen in meetronde 1, 2, 3 en 4 verdeeld waren over de vijf typen en hoeveel woonvoorzieningen per type aan alle meetronden meededen. Door het te kleine aantal vaste deelnemers is vergelijking tussen woonvoorzieningen die aan alle meetronden hebben deelgenomen niet mogelijk. Redenen om niet meer mee te doen aan de Monitor na een eerdere meetronde waren onder andere: verbouwing, ander lopend onderzoek, (opbrengst van) tijdsinvestering, druk met overgang naar kleinschalige zorg, reorganisatie, uitval van personeel, verzuim, te druk, geen bewoners meer op de locatie die psychogeriatrische zorg behoeven en de kosten voor deelname (vanaf meetronde drie).

De reden om aan de woonvoorzieningen met ingang van de derde meetronde een eigen bijdrage te vragen was het besluit van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om in plaats van het geheel slechts de helft (tijdens de derde meetronde) respectievelijk driekwart (tijdens de vierde meetronde) van de Monitor te financieren. Behalve deze financiële afweging speelden andere projecten, reorganisaties en de daarmee samenhangende drukte tijdens de vierde meetronde eveneens een rol in het besluit van woonvoorzieningen om af te zien van deelname aan de Monitor.

Tabel 1: Deelnemende woonvoorzieningen in meetronde 1, 2, 3 en 4 uitgesplitst naar type woonvorm.

Type woonvorm	MWD1	MWD2	MWD3	MWD4	Vaste deelnemers
Verpleeghuizen waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd	27	29	2	2	0
Verzorgingshuizen met PG-units waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd	17	27	6	5	0
Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met meer dan 36 bewoners*	31	29	10	12	1
Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners op een locatie waar ook andere zorg, zoals verzorgingshuiszorg, wordt geboden	35	29	14	10	1
Woonvoorzieningen die uitsluitend kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners	26	30	15	20	2
Totaal	136	144	47	49	4

* 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.

Vergelijking van de kenmerken van uitgevallen en doorgaande woonvoorzieningen

Zoals in Tabel 1 te zien is verschillen de deelnemende woonvoorzieningen sterk tussen de verschillende meetronden. Ook zijn er verschillen in de verdeling over de verschillende soorten woonvormen. Tijdens de derde en vierde meetronde waren we voor deelname van de woonvoorzieningen niet alleen afhankelijk van hun bereidheid om deel te nemen, maar ook van hun bereidheid om voor deelname te betalen. Het is daarom van groot belang zicht te krijgen op de verschillen tussen de woonvoorzieningen die na de derde meetronde besloten niet meer mee te doen en de voorzieningen die wel zijn blijven deelnemen. Dit om te kunnen beoordelen wat het effect van de verschillende groepssamenstelling kan zijn op de uitkomsten van de trendanalyses.

Een voorbeeld: Wanneer de uitvallers van de derde meetronde er gemiddeld een veel lagere personele bezetting op na zouden houden dan de deelnemers die ook aan de derde meetronde meededen, zou een afname in personele bezetting niet zichtbaar worden door de selectieve uitval van deze woonvoorzieningen. Door de uitval van woonvoorzieningen die laag scoorden op personeelsbezetting, zal het in dit voorbeeld lijken alsof de gemiddelde personele bezetting in de loop der tijd omhoog is gegaan, terwijl deze in werkelijkheid is vermindert.

In tabel 2 is weergegeven in hoeverre de verschillende groepen op een aantal kenmerken van elkaar verschillen.

Tabel 2: Vergelijking van kenmerken van uitgevallen en doorgaande woonvoorzieningen.

Kenmerk	Uitvallers na MWD1 (n=70)	Deelnemers die zowel aan MWD1 als MWD2 meededen (n=66)	Vershil	Uitvallers na MWD2 (N=121)	Deelnemers die zowel aan MWD2 als MWD3 meededen (N=23)	Vershil	Uitvallers na MWD3 (N= 41)	Deelnemers die zowel aan MWD3 als MWD4 meededen (N=6)	Vershil
Kleinschalig zorgaanbod (schaal 0-56)	M 29.0	M 32.3	↑	M 31.2	M 32.3		M 31.1	M 37.8	↑
Dagelijkse directe zorginzet – uur per bewoner per week	22.6	22.5		22.3	23.0		21.1	21.8	
Percentage ZP4	7.1	10.1		3.7	2.9		3.2	0.2	
Percentage ZP5	70.0	64.1		76.9	77.3		73.4	82.2	↑
Percentage ZP7	18.1	19.6		14.0	17.4		20.2	15.3	

↑ : $p < .10$

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er geen grote verschillen bestaan tussen de zeventig woonvoorzieningen die wel deel hebben genomen aan de eerste meetronde maar niet aan de tweede, en de 66 woonvoorzieningen die aan zowel de eerste als de tweede meetronde van de Monitor hebben meegedaan. De deelnemers die aan beide meetronden meededen, blijken over het geheel genomen alleen een iets kleinschaliger zorgaanbod te hebben ten tijde van de eerste meting dan de uitvallers. Als we kijken naar de verschillen tussen de 121 woonvoorzieningen die wel deel hebben genomen aan de tweede meetronde maar niet aan de derde, en de 23 woonvoorzieningen die aan zowel de tweede als de derde meetronde van de Monitor hebben meegedaan, zien we dat er geen verschillen bestaan in kleinschalig zorgaanbod, personele bezetting en ZZP-mix. Kijken we naar de verschillen tussen de 41 woonvoorzieningen die wel meededen met de derde meetronde maar niet met de vierde, en de zes woonvoorzieningen die zowel deelnamen aan de derde als de vierde meetronde van de Monitor, dan zien we dat deze een kleinschaliger zorgaanbod hebben en een groter percentage bewoners met een ZZP5-indicatie. Met name het eerste is van belang bij de interpretatie van de bevindingen op het gebied van kleinschalige zorg in de vierde meetronde.

Ten slotte dienen we duidelijk te stellen dat door het kleinere aantal woonvoorzieningen in de derde en vierde meetronde deze steekproeven minder representatief zijn voor de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie in Nederland dan de eerdere meetronden. Ook dit is belangrijk om in ogenschouw te houden bij de interpretatie van de resultaten.

Gegevensverzameling

Voor de Monitor Woonvormen Dementie zijn op verschillende manieren – alle anoniem – gegevens verzameld. Een aantal gegevens zijn pas in de tweede, derde of vierde meetronde opgenomen. Wanneer dit het geval is, geven we dat aan.

- Interview manager: in elke woonvoorziening is een interview gehouden met een manager, afdelingshoofd of teamleider over onder andere de personele bezetting en organisatorische kenmerken van de woonvoorziening. Het interview werd afgenomen door een getrainde onderzoeksassistent.
- Registraties: er zijn registraties opgevraagd van psychofarmacagebruik, toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en gebruik van domotica.
- Observatievragenlijst bewoners: door middel van een aselechte steekproef zijn bewoners geselecteerd. In de eerste en tweede meetronde van de Monitor waren dit er twaalf, in de derde en vierde meetronde was het aantal afhankelijk van de grootte van de woonvoorziening (of afdeling) en werd een derde van de bewoners geselecteerd (met een minimum van twaalf). Hiertoe is besloten in overleg met de deelnemende woonvoorzieningen. De eerst verantwoordelijke verzorgende van deze bewoners is vervolgens gevraagd observatielijsten in te vullen om hun kwaliteit van leven en functioneren in kaart te brengen. Wanneer er in een woonvoorziening twaalf of minder mensen woonden, is gevraagd voor alle bewoners een vragenlijst in te vullen.

- Vragenlijst familie: Sinds de tweede meetronde van de Monitor is ook aan familieleden van de bewoners uit de steekproef gevraagd een vragenlijst in te vullen over onder andere de door hen ervaren zorgbelasting en de mate waarin zij zich partner voelen in de zorg, hun tevredenheid met de woonvoorziening en hun oordeel over de mate van persoonsgericht werken.
- Vragenlijst verzorgenden: Door middel van een aselechte steekproef zijn in de eerste en tweede meetronde vijftien verzorgenden geselecteerd. Wanneer er in een woonvoorziening vijftien of minder verzorgenden werkzaam waren, zijn alle verzorgenden gevraagd een vragenlijst in te vullen. De gegevens zijn anoniem verzameld. In de derde en vierde meetronde is er geen steekproef getrokken en zijn alle verzorgenden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Onder verzorgenden 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. Deze medewerkers zijn gevraagd vragen te beantwoorden over onder andere hun arbeidstevredenheid en mogelijke burn-outklachten, de eenduidigheid van de zorgvisie, persoonsgerichte houding en persoonsgerichte zorg.
- Vragenlijst behandelaars: In de derde en vierde meetronde zijn ook alle behandelaars die betrokken zijn bij de verpleeghuiszorg voor bewoners met dementie in de deelnemende woonvoorzieningen uitgenodigd een vragenlijst in te vullen. Wij hebben een vrij 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 assistant/nurse practitioner en psychomotorisch therapeut. De vragenlijst gaat over de samenwerking binnen het multidisciplinaire team en de kijk van de behandelaars op mensen met dementie. De artsen zijn ook gevraagd naar het gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Vragenlijst vrijwilligers: In de vierde meetronde is door middel van een aselechte steekproef een derde van de vrijwilligers geselecteerd die aan de psychogeriatrische afdelingen van de woonvoorziening verbonden waren, met een minimum van twaalf vrijwilligers in de steekproef (per afdeling). Wanneer er minder dan twaalf vrijwilligers aan de woonvoorziening verbonden waren, zijn die allemaal uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen over onder andere hun ervaringen met het vrijwilligerswerk.
- Observatie van bezigheden van bewoners: In de derde en vierde meetronde is aan twee verzorgenden per woonvoorziening (of tijdens de vierde meetronde ook per afdeling) gevraagd ieder twee bewoners te observeren gedurende drie diensten. De verzorgenden kregen een instructie om behalve de bezigheden van de bewoners ook de aandacht die zij daarvoor hadden te observeren en hun welbevinden daarbij.

Respons vragenlijsten

In tabel 3 is weergegeven hoeveel vragenlijsten teruggestuurd zijn van verzorgenden, bewoners, familieleden, behandelaars en vrijwilligers in de vier meetronden. Wat opvalt is dat de respons met betrekking tot de vragenlijsten over de bewoners en de verzorgenden in de derde en vierde meetronde aanzienlijk lager was dan in de eerste en tweede meetronde. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is de andere manier om de vragenlijsten te verspreiden en af te nemen. Voorafgaande aan de derde meetronde is met de deelnemende woonvoorzieningen besproken hoe zij de vragenlijsten binnen hun organisaties het liefst zouden willen afnemen. Hieruit kwam een voorkeur voor digitale vragenlijsten naar voren en daarom hebben we ervoor gekozen de voor de verzorgenden bestemde vragenlijsten over henzelf en over de bewoners en de vragenlijsten voor de behandelaars digitaal af te nemen.

Tijdens de derde meetronde ontvingen verzorgenden voor het invullen van de vragenlijst over henzelf een e-mail met een link naar de vragenlijst. Hetzelfde gold voor de behandelaars. Voor het invullen van de vragenlijst over de bewoners kregen de verzorgenden een envelop met een A4 erin waarop stond voor welke bewoner zij de vragenlijst moesten invullen en welke link zij daarvoor konden gebruiken. Vanwege de afname in respons tijdens de derde meetronde ontvingen verzorgenden en behandelaars tijdens de vierde meetronde een uitnodigingsbrief in hun postvak of werd deze uitgedeeld door de leidinggevende. In deze brief stond de link naar de online vragenlijst. In tabel 3 is te zien dat ook in de vierde meetronde het responspercentage is afgenomen ten opzichte van de vorige meting. Tijdens toekomstige meetrondes zal samen met de deelnemende woonvoorzieningen gezocht moeten worden naar strategieën om het responspercentage te vergroten.

Tabel 3: Respons vragenlijsten verzorgenden, bewoners, familieleden, behandelaars en vrijwilligers in MWD1, MWD2, MWD3 en MWD4.

	MWD1		MWD2		MWD3		MWD4	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Verzorgenden	1180	59	1145	53	501	30	589	36
Bewoners	1327	84	1390	89	546	65	542	55
Familieleden	-	-	888	52	431	52	401	42
Behandelaars	-	-	-	-	206	53	118	43
Vrijwilligers	-	-	-	-	-	-	292	44

Gebruikte gestandaardiseerde meetinstrumenten

Voor verschillende uitkomstmaten zijn in de Monitor bestaande gestandaardiseerde meetinstrumenten gebruikt of hebben we voor de Monitor vragenlijsten ontwikkeld. Deze meetinstrumenten staan hieronder beschreven.

Interview manager

Kleinschalig zorgaanbod

De mate waarin kleinschalige zorg wordt geboden, is gemeten met behulp van een verkorte versie van de vragenlijst 'Kleinschalig zorgaanbod'. Deze vragenlijst hebben wij in een eerder onderzoek ontwikkeld. Hij is gebaseerd op de opvattingen over kleinschalige zorg van verschillende pioniers en experts op het gebied van kleinschalig wonen^{73,74}. Van verschillende kenmerken van kleinschalige zorg is aan de respondenten gevraagd aan te geven in hoeverre deze van toepassing zijn op de woonvoorziening. Bijvoorbeeld: 'Maaltijden worden aan tafel opgeschept.' Er is een totaalscore op basis van veertien vragen berekend waarbij minimaal 0 en maximaal 56 punten kunnen worden behaald. Een hogere score vertegenwoordigt een kleinschaliger zorgaanbod.

Vragenlijst verzorgenden

Werkomstandigheden

Met behulp van de Leidse Arbeidskenmerken Schaal (LAKS) zijn verschillende arbeidskenmerken gemeten⁷⁵. In totaal zijn hiervoor vier subschalen van de LAKS afgenomen: werkeisen, autonomie, sociale steun van leidinggevende en sociale steun van collega's. Medewerkers konden aangeven in hoeverre ze het met bepaalde stellingen eens waren. Een voorbeeld van deze stellingen is: 'Mijn collega's bieden mij een helpende hand als dat nodig is.' De antwoorden variëren van 1 ('helemaal eens') tot 4 ('helemaal oneens'). De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-4), waarbij een hoger gemiddelde betekent dat het betreffende werkkenmerk meer van toepassing is.

Arbeidstevredenheid

De arbeidstevredenheid van de verzorgenden is ook gemeten met de Leidse Arbeidskenmerken Schaal⁷⁵. Een voorbeeldstelling is: 'Ik ben tevreden met mijn baan.' De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-4), waarbij een hoger gemiddelde wijst op meer tevredenheid met het werk.

Betrokkenheid bij de organisatie

Ook de betrokkenheid bij de organisatie van verzorgenden is gemeten met de LAKS (range 1-4). Voorbeeldstellingen zijn: 'Ik ben er trots op dat ik bij deze instelling werk' en: 'Deze instelling is een prettige organisatie om voor te werken.'

Burn-outklachten

Burn-outklachten zijn gemeten met de Utrechtse Burn-out Schaal⁷⁶. In de UBOS worden uitspraken gedaan die betrekking hebben op hoe de respondent zijn werk beleeft en hoe deze zich daarbij voelt. Bijvoorbeeld: 'Aan het einde van de werkdag voel ik me leeg.' De antwoorden variëren van 0 ('nooit') tot 6 ('altijd/dagelijks'). Er zijn twee kenmerken van burn-outklachten gemeten: emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid. De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range van 0–6). Hoe hoger de emotionele uitputting en hoe lager de persoonlijke bekwaamheid in de beleving van de respondenten is, hoe meer sprake er is van burn-outklachten.

Persoonsgerichte zorg

De Person-Centered Care vragenlijst is ontwikkeld om persoonsgerichte zorg in kaart te brengen⁷⁷. Er is gebruikgemaakt van de Nederlandse versie van dit meetinstrument. Voorbeelden van vragen zijn: 'Ik ga verschillend met de bewoners om, rekening houdend met hun persoonlijkheid' en 'Wanneer een bewoner agressief wordt, krijg ik helder wat daarvan de reden is.' De antwoordcategorieën variëren van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). De totaalscore varieert van 1 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer persoonsgerichte zorg de verzorgenden bieden.

Visie

Een zorgvisie die een duidelijke leidraad biedt voor de praktijk en het beleid, is een belangrijke succesfactor van woonvoorzieningen voor mensen met dementie. De vragenlijst 'Eenduidigheid in Visie op Zorg' meet of er binnen zorgteams onenigheid of onduidelijkheid bestaat over de invulling van de zorg⁷⁸. Op twaalf thema's dienen medewerkers aan te geven in welke mate hierover onenigheid of onduidelijkheid bestaat binnen het team. Voorbeelden van thema's zijn 'persoonlijke aandacht voor bewoners' of 'communicatie met familie'; de antwoordcategorieën variëren van 'nooit' tot 'altijd'. De totaalscore varieert van 1 tot 5. De scores worden omgescoord zodat een hogere score staat voor meer eenduidigheid over de visie.

Transformationeel leiderschap

De transformationele leiderschapsstijl is in kaart gebracht met de Global Transformational Leadership Scale (GTL)⁷⁸. De GTL bestaat uit zeven stellingen, zoals: 'Mijn direct leidinggevende moedigt medewerkers aan en laat waardering blijken' en 'Mijn direct leidinggevende is duidelijk over wat hij/zij belangrijk vindt en geeft zelf het goede voorbeeld.' De antwoorden variëren van 'zelden of nooit' tot '(bijna) altijd'. De antwoorden zijn bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-5), waarbij een hoger gemiddelde een sterkere transformationele leiderschapsstijl van de leidinggevenden kenmerkt.

Zinvol werk

Met behulp van een vraag uit de Job Demand-Control is de mate waarin de verzorgenden het werk als zinvol ervaren in kaart gebracht⁷⁹. De stelling is: 'Ik heb zinvol

werk.' Antwoordmogelijkheden op de stelling variëren op een 4-puntsschaal van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. Een hogere score betekent dat verzorgenden het werk als zinvol ervaren.

Kwaliteit van werk

Met behulp van de LAKS zijn twee kenmerken van kwaliteit van werk gemeten: taakvariatie en ontwikkelingsmogelijkheden (5 items) en betrokkenheid bij de organisatie (5 items)⁷⁵. Medewerkers hebben aangegeven in hoeverre ze het met bepaalde stellingen van deze subschalen eens waren. Een voorbeeld van deze stellingen is: 'Ik ben er trots op dat ik bij deze instelling werk.' De antwoorden variëren van 1 ('helemaal eens') tot 4 ('helemaal oneens'). De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-4), waarbij een hoger gemiddelde een hogere aanwezigheid van dat kenmerk inhoudt.

Hulpbronnen en taakeisen in het werk

Twee subschalen van de verkorte versie van de Demand-Induced Strain Compensation Model vragenlijst zijn gebruikt om de taakeisen en hulpbronnen in het werk te beoordelen⁶⁹. Taakeisen zijn dingen 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. Het gaat om de subschalen emotionele taakeisen (3 items) en emotionele hulpbronnen (3 items). De subschalen bestaan uit een aantal items waarbij aangegeven kon worden hoe vaak een bepaalde stelling juist is, variërend van '(bijna) nooit' tot '(bijna) altijd'. Voorbeelden van stellingen zijn: 'In mijn werk moet ik mijn emoties onder controle houden om de taken binnen een beperkte tijd te volbrengen' en 'In mijn werk moet ik veel bukken of hoog reiken tijdens het werk.' Voor iedere subschaal geldt dat er minimaal 1 en maximaal 5 kan worden gescoord. Hoe hoger de score, des te meer taakeisen of hulpbronnen de werknemers ervaren in hun werk.

Persoonsgerichte houding

De persoonsgerichte houding van de verzorgenden ten opzichte van mensen met dementie is gemeten met een subschaal van de Nederlandse vertaling van de Approach to Dementia Questionnaire⁸⁰. De verzorgenden hebben gereageerd op stellingen door aan te geven in hoeverre ze het ermee eens waren, bijvoorbeeld: 'Goede dementiezorg betekent zorg voor zowel psychologische als lichamelijke behoeften,' of: 'Mensen met dementie hebben vaak een goede reden zich te gedragen zoals ze doen.' Hieruit is een score gevormd binnen een range van 1 tot 5 punten. Een hogere score staat voor een meer persoonsgerichte houding ten opzichte van mensen met dementie.

Observatievragenlijst bewoners

Onbegrepen gedrag

Onbegrepen gedrag is gemeten met de Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)⁸¹. Dit is een internationaal frequent gebruikt instrument om neuropsychiatrische symptomen te

beoordelen. De score varieert tussen de 0 en 36, waarbij een hoge score wijst op veel neuropsychiatrische symptomen (meer onbegrepen gedrag).

Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)

De hulp die de bewoner nodig heeft bij de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) is gemeten met de KATZ-vragenlijst⁸². De score laat zien hoe afhankelijk bewoners in de woonvoorziening zijn bij het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven en kan uiteenlopen van 1 tot 7, waarbij een hoge score betekent dat de bewoners over het algemeen veel hulp nodig hebben bij de uitvoering van de ADL.

Cognitief functioneren

Het cognitief functioneren van de bewoners is in kaart gebracht met de Cognitive Performance Scale⁸³. Met de CPS wordt gekeken welke belemmeringen de bewoner ondervindt bij het nemen van beslissingen, zich uiten en nieuwe dingen onthouden (het kortetermijngeheugen). De score op de CPS kan variëren tussen 0 en 6, waarbij 0 betekent dat iemand geen problemen met cognitief functioneren heeft, en 6 dat iemands beperkingen in cognitie ernstig zijn.

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven van de bewoners met dementie is in kaart gebracht met behulp van de Qualidem⁸⁴. Dit meetinstrument bestaat uit negen verschillende subschalen: positief affect, sociale relaties, zich thuis voelen, zorgrelatie, positief zelfbeeld, iets om handen hebben, negatief affect, rusteloos gedrag en sociaal isolement. De subschalen bestaan uit een aantal items waarbij aangegeven kon worden in welke mate een bepaald gevoel of gedrag bij de bewoner voorkomt, variërend van 'nooit' tot 'vaak'. Voorbeelden van items zijn: 'Heeft contact met andere bewoners' en 'Kan genieten van dingen in het dagelijks leven.' Voor iedere subschaal geldt dat er minimaal 0 en maximaal 3 kan worden gescoord. Voor de subschalen positief affect, sociale relaties, zich thuis voelen, zorgrelaties, positief zelfbeeld en iets om handen hebben, geldt dat een hogere score op de subschalen een hogere kwaliteit van leven van de bewoners vertegenwoordigt. Voor de subschalen negatief affect, rusteloos gedrag en sociaal isolement representeert een hoge score juist een lagere kwaliteit van leven.

Betrokkenheid bij activiteiten

Met behulp van een lijst met activiteiten hebben verzorgenden aangegeven bij wat voor bezigheden bewoners gedurende de drie dagen voorafgaande aan de meting gemiddeld betrokken waren. Deze lijst met activiteiten is gebaseerd op de MDS-RAI. Voorbeelden van activiteiten zijn: 'Kaarten, spelletjes of puzzels', 'Muziek en zingen' of 'Uitstapjes of winkelen'. De lijst bevat 21 activiteiten waarbij voor ieder item is aangegeven of, hoe vaak en hoe lang de bewoner gedurende de drie voorbije dagen meedeed met de betreffende activiteit. Het aantal activiteiten zijn bij elkaar opgeteld voor alle bewoners uit de steekproef en er is een gemiddelde berekend per woonvoorziening.

Vragenlijst familieleden

Tevredenheid woonvoorziening

De tevredenheid van familie met de woonvoorziening is in kaart gebracht door het beantwoorden van twee essentiële vragen. Namelijk: 'Welk rapportcijfer van 0 tot 10 geeft u de woonvoorziening?' – waarbij een 0 betekent: 'heel erg slecht', een 10: 'uitstekend' – en: 'Zou u de woonvoorziening bij uw familie en vrienden aanbevelen?'

Partnerschap in zorg

De mate waarin familie betrokken is bij de woonvoorziening en zich een partner in de zorg voelt, is gemeten met een selectie van de Nederlandse vertaling van de Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR)^{85,86}. Familieleden hebben gereageerd op vijftien stellingen van de subschaal 'Role' die betrekking hebben op de rol die zij in de verzorging van hun naaste met dementie spelen. Een voorbeeld van een stelling is: 'Ik voel me een buitenstaander in de zorg voor mijn familielid.' De familieleden konden op een schaal van 1 tot en met 7 aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stelling. De gemiddelde eindscore kan variëren tussen 1 en 7 punten. Een hogere score op de schaal betekent dat familieleden zich meer betrokken voelen bij de zorg, ofwel dat familieleden een grotere rol spelen in de zorg.

Ervaren zorgbelasting

De zorgbelasting die familieleden ervaren is gemeten aan de hand van de vragenlijst 'Ervaren Druk door Informele Zorg' (EDIZ)⁸⁷. Familieleden hebben op negen stellingen aangegeven in hoeverre de stelling op hen van toepassing was. Voorbeelden van stellingen zijn: 'De situatie van mijn naaste eist voortdurend mijn aandacht' en: 'De hulp die mijn familielid nodig heeft, komt te veel op mijn schouders neer.' De eindscore kan variëren tussen 0 en 9, waarbij een hoge score betekent dat de familie zich ernstig belast voelt.

Persoonsgerichte zorg

De Person-Centered Care vragenlijst is ontwikkeld om in kaart te brengen hoe persoonsgericht de zorg binnen de woonvoorziening in de ogen van de familie is⁷⁷. In de Monitor wordt gebruikgemaakt van de Nederlandse versie van dit meetinstrument. Voorbeelden van vragen zijn: 'De medewerkers nemen de tijd om te achterhalen wat mijn familielid zelf kan' en 'De medewerkers stellen mijn familielid gerust wanneer hij/zij van streek is.' De antwoordcategorieën variëren van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). De totaalscore varieert van 1 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer verzorgenden volgens familieleden van bewoners persoonsgerichte zorg bieden.

Analysemethoden

In de trendhoofdstukken zijn ontwikkelingen in de dementiezorg door de tijd bestudeerd door een vergelijking van de woonvoorzieningen op vier meetmomenten: de eerste meetronde, uitgevoerd in 2008 en 2009 (n=136); de tweede meetronde, uitgevoerd in 2010 en 2011 (n=144); de derde meetronde, uitgevoerd in 2013 en 2014 (n=47); en de vierde meetronde, uitgevoerd in 2016 en 2017 (N=49). Dit geeft een algemeen beeld van hoe een steekproef van woonvoorzieningen in Nederland zich ontwikkelt in een periode van negen jaar.

Voor deze vergelijking is ervoor gekozen om een *multilevel* regressieanalyse in het computerprogramma Stata te gebruiken. Hierin wordt rekening gehouden met het aantal keren dat een woonvoorziening heeft deelgenomen aan de Monitor – dus dat er van een woonvoorziening één (n=160), twee (n=64), drie (n=13) of vier (n=4) metingen beschikbaar kunnen zijn. Deze *multilevel* analyse kijkt naar ontwikkelingen door de tijd. Aangezien de meeste woonvoorzieningen niet aan elke meting hebben meegedaan, kun je echter niet met zekerheid concluderen of de gevonden ontwikkeling gerelateerd is aan de tijd of aan het feit dat er andere woonvoorzieningen in de steekproef zitten. In de analyses is ook 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.

Voor de analyses van uitkomsten die samengesteld zijn uit reacties van bijvoorbeeld de bevraagde verzorgenden – zoals in het geval van arbeidstevredenheid – is een woonvoorzienig alleen meegenomen in de gegevens wanneer er binnen die voorziening minimaal drie verzorgenden de vragenlijst hadden ingevuld. Ditzelfde geldt voor de uitkomsten die gebaseerd zijn op de vragenlijsten over bewoners, familie, behandelaars en vrijwilligers. Hierdoor wisselt het aantal woonvoorzieningen dat meegenomen is in de analyses per uitkomst.

Referentielijst



Referentielijst

- 1 Rijn, M. van (2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- 2 IGZ (2015). *Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag. Een oriënterend en cliëntgericht onderzoek naar de kwaliteit van zorg aan cliënten met onbegrepen gedrag in de intramurale ouderenzorg*. Utrecht.
- 3 Vilans (2016). *Beter af met minder: bewust gebruik psychofarmaca*. Gedownload op 5 december 2017, van <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/psychofarmaca-ouderenzorg.pdf>.
- 4 Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg*. Diemen.
- 5 Inspectie voor de gezondheidszorg (2015). *Zorg aan mensen met dementie en onbegrepen gedrag: Bevindingen inspectie geven richting voor verdere ontwikkeling door zorginstellingen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 6 Zwijzen, S.A., de Lange, J., Pot, A.M., Mahler, M. & Minkman, M. (2013). *Omgaan met onbegrepen gedrag. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie*. Utrecht: Vilans en Trimbos-instituut.
- 7 Bussemaker, J. (2009). *Brief betreft stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 8 *Zorgkaart Nederland (2017)*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis?doelgroep%5B0%5D=Psycho-/geriatische-/gedragsproblemen>.
- 9 Lange, J. de, Willemse, B., Smit, D., & Pot, A.M. (2011). *Monitor Woonvormen Dementie. Tien succesfactoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 10 Den Bakker, J. & Willemse, B. (2016). *Goede zorg is beweging. Een beschrijving van sturende perspectieven en relationeel werken binnen De Hagert*. Stichting Presentie en Trimbos-instituut, Utrecht.
- 11 Hamers, J.P.H., Backhaus, R., Beerens, H.C., Van Rossum, E. & Verbeek, H. (2016). *Meer is niet per se beter. De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Universiteit Maastricht.
- 12 KPMG (2017). *Van goed naar geweldig door leiderschap. Over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg*.
- 13 Taskforce Waardigheid en Trots (2016). *Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling. Samen werken aan kwaliteit van leven voor bewoners in verpleeghuizen*.
- 14 Aedes-Actiz (2014). *Ouderen en wonen met zorg (2013-2023)*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.kcwz.nl/thema/cijfers-en-trends/meer-woningen-nodig-voor-ouderen-en-gehandicapten/ouderen-en-wonen-met-zorg>.
- 15 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (2011). *Centraal Kwartaalmonitor Indiciemelding Vierde Kwartaal 2011 Definitief*. Gedownload op: 4 december 2017, van http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/kwartaalmonitor/Kwartaalmonitor_Indiciemelding_2011_vierde_kwartaal.pdf.
- 16 Jansen, D., Werkman, W. & Francke, A. (2016). *Dementiemonitor Mantelzorg 2016, Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning*. Utrecht: Alzheimer Nederland en Nivel.
- 17 Aedes-Actiz (2014). *Feiten en cijfers over verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 2 november 2017, van <https://www.actiz.nl/stream/160715-feiten-en-cijfers-verpleeghuiszorgdef.pdf>.
- 18 WHO (2017). *Activities*. Geraadpleegd op 2 november 2017, van <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities>.
- 19 *Manifest Scherp op Ouderenzorg*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.scherpopouderenzorg.nl/>.
- 20 Nederlandse Zorgautoriteit (2017). *Impactanalyse Verpleeghuiszorg 2017*. Utrecht. Gedownload op 5 december 2017, van https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_impactanalyse_verpleeghuiszorg_2017.pdf.
- 21 NZA (2017). *NZA: 1,3 miljard extra voor betere zorg in verpleeghuizen*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/langdurige-zorg/nieuws/1414335/>.
- 22 Backhaus, R. (2017). *Thinking beyond numbers. Nursing Staff and Quality of Care in Nursing Homes*. Maastricht.
- 23 Dageraad (2016). *Het hart klopt. De bedrijfsvoering ook. Een vergelijkend onderzoek naar wat we kunnen leren van 11 WLZ Ouderenzorginstellingen die kwalitatief goede zorg leveren*.
- 24 Maurits, E., De Veer, A., Spreeuwenberg, P. & A. Franke (2015). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Cijfers en trends*. Utrecht: Nivel.
- 25 Boekhorst, S. te, Willemse, B., Depla, M.F., Eefsting, J.A., & Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20, 927-940.
- 26 Actiz (2017). *Medewerkers ouderenzorg blijven bevlogen ondanks hoge werkdruk*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/01/ondanks-hoge-werkdruk-blijven-medewerkers-ouderenzorg-bevlogen>.
- 27 Willemse, B., Jonge, J. de, Smit, D., Depla, M.F., & Pot, A.M. (2012). The moderating role of decision authority and coworker- and supervisor support on the impact of job demands in nursing homes: A cross sectional study. *International Journal of Nursing studies*, 49(7), 822-833.

- 28 Maurits, E., De Veer, A., Spreeuwenberg, P. & A. Franke (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Utrecht: Nivel.
- 29 Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). *Vrijheidsbeperking in de langdurige zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 30 Zorg voor Beter (2008). *Start campagne Ik bind hou vast!* Geraadpleegd op 4 december 2017, van <https://www.innovatiekringdementie.nl/a-630/Start-campagne-ik-bind-hou-vast->.
- 31 IGZ (2014). *Verbetering van kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam*. Utrecht.
- 32 IGZ (2016). *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen*. Utrecht.
- 33 Innovatiekring Dementie (2017). *Waarborgzegel Fixatievrij*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.innovatiekringdementie.nl/waarborgzegel-fixatievrije-zorginstelling>.
- 34 Vilans (2017). *Psychofarmaca slechte oplossing voor ouderen met dementie*. Gedownload op 5 december 2017, van <http://www.vilans.nl/weblog-psychofarmaca-ouderen-dementie.html>.
- 35 University Twente (2017). *Antipsychotica gebruik bij dementie kan omlaag*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.utwente.nl/nieuws/!/2017/6/249038/antipsychotica-gebruik-bij-dementie-kan-omlaag>.
- 36 Vilans (2016). *Onvoldoende aandacht voor diagnose en evaluatie psychofarmaca*. Gedownload op 5 december 2017, van <http://www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-diagnose-evaluatie-psychofarmaca.html>.
- 37 Eggermont, L. H., de Vries, K., & Scherder, E. J. (2009). Psychotropic medication use and cognition in institutionalized older adults with mild to moderate dementia. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 286-294.
- 38 Stevenson, D. G., Decker, S. L., Dwyer, L. L., Huskamp, H. A., Grabowski, D. C., Metzger, E. D., & Mitchell, S. L. (2010). Antipsychotic and benzodiazepine use among nursing home residents: findings from the 2004 National Nursing Home Survey. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1078-1092.
- 39 Willemse, B. M., de Jonge, J., Smit, D., Dasselhaar, W., Depla, M. F., & Pot, A. M. (2016). Is an unhealthy work environment in nursing home care for people with dementia associated with the prescription of psychotropic drugs and physical restraints? *International Psychogeriatrics*, 28(6), 983-994.
- 40 Smeets, C. H., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Derksen, E., de Vries, E., van der Spek, K., Koopmans, R.T.C.M. & Gerritsen, D. L. (2014). Factors related to psychotropic drug prescription for neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(11), 835-840.
- 41 Zuidema, S. U., Johansson, A., Selbaek, G., Murray, M., Burns, A., Ballard, C., & Koopmans, R. T. (2015). A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1849-1859.
- 42 Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A. M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & mental health*, 20(1), 100-109.
- 43 Verkaik, R. (2009). *Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline*. Utrecht: Nivel.
- 44 Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M. & Marx, Ms S. (2010). The underlying meaning of stimuli: impact on engagement of persons with dementia. *Psychiatry Research*, 177, 216-222. doi:10.1016/j.psychres.2009.02.010.
- 45 Smit, D., De Lange, J., Willemse, B., Pot, A.M. (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 6:1-11.
- 46 Lange, J. de (2007). *Persoonsgerichte benaderingen bij dementie*, p 395-408. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M. Vink (Red). *Handboek Ouderenspsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- 47 Munthe, C., Sandman, L., & Cutas, D. (2012). Person centred care and shared decision making: implications for ethics, public health and research. *Health Care Analysis*, 20(3), 231-249.
- 48 Van Rijn, M.J. (2009). *Kamerbrief over samenleven met dementie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 49 Lange, J. de, B. Willemse, D. Smit, & A.M. Pot (2011). *Monitor Woonvormen Dementie. Tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 50 Dewing, J. (2014). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 39-44.
- 51 Rijn, M. van (2013). *Hervormingen langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 52 Stichting Werk & Mantelzorg: Missie en visie. Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.werkenmantelzorg.nl/>.
- 53 Fonareva, I., & Oken, B. S. (2014). Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(5), 725-747.
- 54 Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R., & Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1), 106.
- 55 NVVA (2011). *Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008*. Utrecht: Verenso.
- 56 Maurits, E.E.M., Veer, A.J.E. de, & Francke, A.L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Utrecht: Nivel.
- 57 'Verzorgenden kunnen zorgleefplan dunner maken' (2015). Gedownload op 5 december 2017, van <https://www.nursing.nl/verzorgenden-kunnen-zorgleefplan-dunner-maken-2712141w/>.

- 58 Rosenboom, A. en Vos, J. (2010). *Afstemming binnen multidisciplinaire samenwerking* (Afstudeeronderzoek, UNO-VUmc).
- 59 Bellis, A. de, Mosel, K., Curren, D., Prendergast, J., Harrington, A., & Muir-Cochrane (2011). Education on physical restraint reduction in dementia care: A review of the literature. *Dementia*, 12(1), 93-110.
- 60 Beerens, H. C. (2016). *Adding life to years: quality of life of people with dementia receiving long-term care* (Proefschrift, Universiteit Maastricht).
- 61 Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care for people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, 362-367.
- 62 World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. World Health Organization.
- 63 Willemse, B., Wessel, C., & Pot, A.M. (2015). *Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. 2008-2014*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 64 Willemse, B., Smit, D., Lange, J. de, & Pot, A.M. (2013). Is de zorg persoonsgericht? De Monitor Woonvormen Dementie (1). *Denkbeeld*, 25, 22-24.
- 65 Backhaus, R. (2017). *Thinking beyond numbers: nursing staff and quality of care in nursing homes* (Proefschrift, Universiteit Maastricht).
- 66 Willemse, B., Smit, D., Lange, J. de, & Pot, A.M. (2012). *Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. 2008-2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 67 Ouden, A. den & Schumacher, J. (2016). *Het kan beter met minder. Voortgangsrapportage 2016*. Utrecht: Vilans.
- 68 Verenso Tijdschrift (2015). *Trends in psychofarmacagebruik bij patiënten met dementie*. Utrecht: Verenso.
- 69 De Jonge, J., Willemse, B. & Spoor, E. (2011). *De verkorte DISC Vragenlijst Nederlandse versie 3.0*. Eindhoven: Technische Universiteit.
- 70 Willemse, B. (2016). *Working conditions and person-centredness of the dementia care workforce. Impact on quality of care, staff and resident well-being* (Proefschrift, Vrije Universiteit).
- 71 Verbeek, H. (2011). *Redesigning dementia care. An evaluation of small-scale homelike care environments* (Proefschrift, Universiteit Maastricht).
- 72 Rooij, I. de (2012). *Living with dementia in smallscale and traditional long-term care settings. A longitudinal comparative study on residents, family and professional caregivers in the Netherlands and Belgium* (Proefschrift, Universiteit Tilburg).
- 73 Boekhorst, S. te, Depla, M.F.I.A., Lange, J. de, & Pot, A.M. (2007). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie*, 38, 17-26.
- 74 Trimbos-instituut (2010). *Verkorte versie Kleinschalig Zorgaanbod*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/795040ac-60fe-4f46-98f1-1c8aa701dadbd.pdf>.
- 75 Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Leiden Quality of work questionnaire: It's construction, factor structure, and psychometric qualities. *Psychological Reports*, 85, 963-970.
- 76 Schaufeli, W., Dierendonck, v.D., (2000). *UBOS: Utrechtse Burnout Schaal: Handleiding*. SWETS Test Publishers: Consulting Psychologists Press, Inc.
- 77 Porock, D., and Chang, Y-P. (2013). *Measuring Person-Centered Care in Long Term Care: Direct Care Staff Questionnaire Psychometrics and Scoring Manual Version 1*. Buffalo, NY: University at Buffalo, State University of New York.
- 78 Carless, S.A., Wearing, A.J., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3).
- 79 Jonge, J. de, & Furda, J. (1995). *Taakgebonden aspecten van gezondheid en welzijn*. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, A.C. Perreijn & J. Gerrichhauzen (eds.), *Mentale belasting in het werk* (pp. 151-170). Utrecht/Heerlen: Lemma/Open universiteit.
- 80 Lintern, T. (2009). *Improving quality in dementia care: Relationships between care staff attitudes, behaviour and resident quality of life*. VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. KG, Saarbrücken, Germany.
- 81 De Jonghe, J.F.M., Kat, M.G., Kalisvaart, C.J., & Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric Inventory vragenlijst (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, 74-77.
- 82 Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(1), 721-726.
- 83 Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R. et al. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology*, 49, 174-182.
- 84 Ettema, T.P., Dröes, R.M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J., & Ribbe, M.W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. *Scalability, reliability and internal structure*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.
- 85 Maas, M., & Buckwalter, K. (1990). *Final report: Phase II nursing evaluation research: Alzheimer's care unit (R01 NR01689-NCNR)*. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- 86 Trimbos-instituut (2010). *Rol familie in zorg naaste (FPCR-NL)*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/9a0ecd54-08b7-4ced-a187-a5f02e14035d.pdf>.
- 87 Pot, A.M., van Dyck, R., & Deeg, D.J.H. (1995). Ervaren druk door informele zorg. Constructie van een schaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 26, 214-219.

Overzicht publicaties

Monitor Woonvormen Dementie

2018

Smit, D. (2018). Seize the day! *Activity involvement and wellbeing of people with dementia living in care homes* (Proefschrift, Vrije Universiteit).

2017

Smit, D., de Lange, J., Willemse, B.M., & Pot, A.M. (2017). Predictors of activity involvement in dementia care homes: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 175.

2016

Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A.M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & Mental Health*, 20:1, 100-109.

Willemse, B.M. (2016). *Working conditions and person-centredness of the dementia care workforce: Impact on quality of care, staff and resident well-being* (Proefschrift, Vrije Universiteit).

Willemse, B.M., de Jonge, J., Smit, D., Dasselhaar, W., Depla, M., & Pot, A.M. (2016). Is an unhealthy work environment in nursing home care for people with dementia associated with the prescription of psychotropic drugs and physical restraints? *International Psychogeriatrics*, 28(6), 983-994.

2015

Willemse, B.M., Wessel, C., & Pot, A.M. (2015). *Monitor Woonvormen Dementie: Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2014*. Utrecht: Trimbos-instituut.

2014

Smit, D., Willemse B.M., De Lange, J., & Pot, A.M. (2014). Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *International Psychogeriatrics*, 26 (1), 69-80.

Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D. de Lange, J. & Pot, A.M (2014). Staff-resident interactions in long-term dementia care: psychological needs and residents' well-being. *Aging and Mental Health, epublication ahead of print*.

Willemse, B.M., Depla, M.F.I.A., Smit, D. & Pot, A.M (2014). The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 26(5), 805-816.

Willemse, B.M., de Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, M., & Pot, A.M. (2014). Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: a cross-sectional survey in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2): 404-416.

Pot, A.M. & Willemse, B.M. (2014). *Persoonsgerichte zorg*. In: Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. (ISBN: 9789036806923).

2013

Lange, J de, Willemse, B., Smit, D., & Pot, A.M. (2013). Het geheim van de succesvolle woonvoorziening. De Monitor Woonvormen Dementie (3). *Denkbeeld*, 25, 26-29.

Pot, A.M., Smit, D., Willemse, B., & Lange, J. de (2013). Partners in de zorg? De Monitor Woonvormen Dementie (2). *Denkbeeld*, 25, 34-35.

Willemse, B., Smit, D., Lange, J de, & Pot, A.M. (2013). Is de zorg persoonsgericht? De Monitor Woonvormen Dementie (1). *Denkbeeld*, 25, 22-24.

2012

Willemse, B.M., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2012). *Monitor Woonvormen Dementie: Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot A.M. (2012). The relationship between smallscale care and activity involvement of residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 6:1-11.

Willemse, B.M., De Jonge, J., Smit, D., Depla, M.F.I.A. & Pot, A.M. (2012). The moderating role of decision authority and coworker- and supervisor support on job demands in nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 822-833.

2011

Lange, J. de, B. Willemse, D. Smit, A.M. Pot (2011). *Monitor Woonvormen Dementie. Tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut (ISBN 978-90-5253-6941).

Willemse, B.M., Smit, D., Lange, J de & Pot, A.M. (2011). Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff wellbeing: Design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study. *BMC Geriatrics* 17, 11-11.

2010

Pot, A.M., Lange, J. de (Ed.). (2010). *Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut (ISBN 978-90 5253-6729).

2009

Smit, D. & Willemse, B. (2009). Design and environment, does size matter? *Australian Ageing Agenda's Dementia Supplement*, September-October, 54.



In deze publicatie leest u welke ontwikkelingen in de geboden verpleeghuiszorg zich over de periode 2008-2017 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 vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie. In de andere drie uitgaves zijn belangrijke thema's die momenteel spelen in de dementiezorg nader onder de loep genomen, namelijk: 1) informele zorg, 2) leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking en 3) onbegrepen gedrag.