

Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie



Ceciel Heijkants, Marleen Prins en Bernadette Willemse

Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie

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. Marlous 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 **AF1595**

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

Met de recente veranderingen in de zorg, is er ook steeds meer aandacht gekomen voor aansturing en bestuur van zorgvoorzieningen. Door de decentralisatie wordt er niet alleen steeds meer gevraagd van het sociale netwerk van ouderen¹, maar is het streven er ook op gericht meer professionele ruimte voor zorgmedewerkers te creëren. Dit heeft onder andere geresulteerd in horizontalisering² en het ontstaan van zelfsturende teams in de zorg. Daarbij dient het leiderschap niet te zijn voorbehouden aan de persoon die formeel de leider is, maar te worden gedeeld met de teams en de individuele zorgverleners³. Ook het belang van inhoudelijk leiderschap van verzorgenden en verpleegkundigen komt in dit verband steeds meer naar voren. Want het is niet alleen nodig een leider te hebben met het vermogen te motiveren en te enthousiasmeren, maar ook zijn verpleegkundigen en verzorgenden nodig die zelf verantwoordelijkheid nemen en vakinhoudelijk leiderschap uitdragen⁴. De structuur en de leiding in de zorg is dus aan veranderingen onderhevig, waarbij het streven erop gericht is interdisciplinaire zorgteams betrokken en persoonsgerichte zorg te laten bieden met ondersteuning van onder andere familieleden en vrijwilligers^{5,6,7,8,9}.

Waar de verpleeghuiszorg voorheen hiërarchischer en meer vanuit het organisatiebelang werd aangestuurd, is nu steeds meer vraag naar een 'nieuw' soort leiderschap waarin betrokkenheid, persoonsgerichte zorg en aanpassingsvermogen centraal staan^{10,11,12}. Ook de opkomst van zelfsturende teams vraagt om een nieuwe vorm van leiderschap, waarbij de organisatie horizontaler geregeld is en gericht is op empowerment, ondersteuning en betrokkenheid¹³.

Naar de invulling van leiderschap, aansturing en de daarmee samenhangende teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie is nog weinig onderzoek gedaan. Wel bleek eerder al in de Monitor Woonvormen Dementie dat leiderschap, visie en teamsamenwerking belangrijke succesfactoren zijn om een goede woonvoorziening voor mensen met dementie te creëren¹⁴.

In deze vierde meetronde van de Monitor hebben we ervoor gekozen een deelrapportage te wijden aan de thema's leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking en deze zo meer uit te diepen. In het hoofdstuk over teamsamenwerking komt ook visie aan de orde. Meer over de opzet van het onderzoek is terug te vinden in de methodologische verantwoording in de bijlage van deze publicatie.

In deze uitgave beantwoorden wij de volgende vragen op het gebied van leiderschap:

- Wie zijn de leidinggevendenden in de woonvoorzieningen en welke competenties zijn van belang?
- Hoe geven leidinggevendenden leiding?
- Hoe hangt leiderschap samen met de ervaringen van verzorgenden, familie en bewoners?

Daarnaast geeft deze publicatie antwoord op diverse vragen betreffende aan- en zelfsturing:

- Hoe is de aansturing in de woonvoorzieningen geregeld?
- Verschillen zelfsturende teams van niet-zelfsturende teams?
- Welke verschillen zien we tussen woonvoorzieningen waar zelfsturend en niet-zelfsturend wordt gewerkt?

Tot slot beantwoorden we een reeks vragen op het gebied van teamsamenwerking:

- Wie zijn de teams?
- Hoe ervaren verzorgenden de teamsamenwerking?
- Hoe hangt teamsamenwerking samen met de ervaringen van verzorgenden, familie en bewoners?
- Hoe staat het met de visie in de verpleeghuiszorg?
- Hoe hangt eenduidigheid in visie samen met de ervaringen van verzorgenden?

1 Leiderschap

Wie zijn de leidinggeevenden in de woonvoorzieningen?

- 88% van de leidinggeevenden heeft een verpleegkundige, verzorgende of welzijnsopleiding.
- Meer dan de helft van de leidinggeevenden heeft doorgestudeerd en een diploma behaald op hbo-of wo-niveau.
- Leidinggeevenden zijn gemiddeld 14 jaar in dienst van de organisatie.

Welke competenties zijn volgens leidinggeevenden van belang?

Competenties die van belang zijn volgens leidinggeevenden: coachen, er zijn voor medewerkers, kaders bieden, steunen, communiceren, netwerken, kennis over financiën/wet- en regelgeving/dementie, affiniteit met mensen met dementie, empathie, goed kunnen luisteren, helikopterview, inspireren, kwaliteiten (h)erkennen, analytisch vermogen en toekomstgericht zijn, innoveren.

Hoe geven leidinggeevenden leiding?

- Verzorgenden zeggen gemiddeld in ongeveer de helft van de gevallen dat leidinggeevenden de kenmerken van transformationeel leiderschap bezitten.
- In vergelijking met de andere kenmerken blijken leidinggeevenden iets minder vaak gevoelens van trots en respect op te roepen; ook worden verzorgenden iets minder vaak door hun leidinggevende geïnspireerd.
- Er is veel variatie tussen de leidinggeevenden, sommigen voldoen aan veel kwaliteiten van een transformationeel leider, anderen helemaal niet.
- Het overgrote deel van de verzorgenden zegt dat hun leidinggevende beschikt over belangrijke kennis van de dementiezorg.
- Kernkwaliteiten die te maken hebben met het initiëren van kwaliteitsverbeteringen in de zorg en aandacht voor de werkomstandigheden van verzorgenden worden minder vaak herkend.

Hoe hangt de manier van leiding geven samen met ervaringen van verzorgenden, familie en bewoners?

Het leiderschap zoals hier gemeten hangt samen met allerlei positieve uitkomsten van verzorgenden (o.a. meer autonomie en meer betrokkenheid), familie (meer partnerschap in zorg en hoger rapportcijfer over woonvoorziening) en bewoners (meer betrokkenheid bij activiteiten, minder negatief effect).



1 Leiderschap

Aanleiding en vraagstuk

In de verpleeghuiszorg wordt de bestuurder gezien als de motor achter kwalitatief goede zorg¹⁵. Dat de kwaliteit van verpleeghuizen staat of valt met goed leiderschap en voorbeeldgedrag van bestuurders en middenkadermanagers, wordt ook bevestigd in literatuur^{16,17}. 'Goed leiderschap' draagt eveneens bij aan de persoonsgerichte houding van verpleegkundigen¹⁸ en aan het creëren van draagvlak voor innovaties¹⁹. In een verdiepende studie van de Monitor vonden we eerder ook dat de manier van leidinggeven een belangrijke succesfactor is van een goede woonvoorziening voor mensen met dementie¹⁴.

Leidinggevendena staan echter voor een behoorlijke opgave door de hervorming van de langdurige zorg. Die vergt van hen dat zij zich een nieuwe visie eigen maken die gericht is op de mens en zijn sociale netwerk in plaats van op het systeem²⁰. Het thema leiderschap leeft dan ook bij de deelnemers aan de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie. Daarom hebben we er in deze meetronde voor gekozen managers te bevragen over henzelf en de competenties die zij belangrijk achten voor een leidinggevende in de zorg.

Wie zijn de leidinggevendena in de woonvoorzieningen en welke competenties zijn van belang?

Achtergrond

In de Monitor vonden we eerder dat het van belang is dat een leidinggevende kaders scheidt, steunt, stuurt en tegelijkertijd ruimte biedt¹⁴. Ook constateerden we dat het belangrijk is dat de leidinggevende een balans vindt in nabij zijn en afstand bewaren en dat hij of zij een rolmodel is. Uit de literatuur blijkt bovendien nog een aantal andere competenties van belang voor succesvol en effectief leiderschap in de zorg. Succesvolle leiders zouden met name gericht moeten zijn op presteren en op relaties, oog moeten hebben voor mensen en ontwikkelgericht dienen te zijn²⁰. Het zouden juist deze competenties zijn waar de veranderende ouderenzorg om vraagt. In de ouderenzorg van de toekomst hebben management en organisatie de taak van waarde te zijn voor bewoners, medewerkers en de veranderende samenleving. Maar wie zijn de leidinggevendena die zich inzetten om de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie tot een succes te maken? En welke competenties van leidinggevendena vinden zij in deze sector van belang?

Bevindingen

Kenmerken leidinggevendenden

Bijna alle leidinggevendenden die we hebben gesproken, hebben een verpleegkundige, verzorgende of welzijnsopleiding gevolgd (88%) en daarna verder gestudeerd (90%). Meer dan de helft van hen heeft een diploma behaald op hbo- of wo-niveau. Ten tijde van het interview waren de leidinggevendenden gemiddeld veertien jaar in dienst van de organisatie (variërend van één tot 38 jaar).

Benodigde competenties leidinggevendenden

Om zicht te krijgen op de competenties die belangrijk zijn in een functie als leidinggevende in de verpleeghuiszorg, hebben 49 interviews plaatsgevonden met leidinggevendenden. Uit die gesprekken blijkt dat veel leidinggevendenden coachen een belangrijke competentie vinden: medewerkers leiden door er voor hen te zijn en hun kaders te bieden, maar hen vooral zelf aan de slag te laten gaan, zonder al te directieve aansturing. In de gesprekken met de leidinggevendenden klonk ook de wens door om, meer dan nu al het geval is, zaken los te kunnen laten.

Communiceren werd genoemd als een competentie die daarbij van essentieel belang is. Niet alleen met medewerkers, maar zeker ook met bewoners, familieleden en anderen buiten de woonvoorziening. Een leidinggevende zou goed moeten kunnen netwerken en als 'spin in het web' moeten kunnen functioneren.

Om een woonvoorziening goed te kunnen leiden is ook kennis nodig van financiën en wet- en regelgeving. Maar er is meer nodig dan een bedrijfsmatig ingestelde leider: leidinggevendenden zouden kennis moeten hebben van mensen met dementie en hun omgeving en ook affiniteit met hen dienen te hebben. Een gewenste kwaliteit hierbij is empathie en kunnen luisteren met oprechte belangstelling.

Maar bovenal is een overkoepelende visie van belang, aldus de geïnterviewde leidinggevendenden. Met zo'n helicopterview is de leidinggevende iemand die zijn medewerkers inspireert en er voor hen is. Competenties die hierbij van pas komen zijn: analytisch vermogen, toekomstgerichtheid en innoveren. Een aantal leidinggevendenden noemt in dit verband expliciet dat het belangrijk is om er voor medewerkers te zijn en hun kwaliteiten te (h)erkennen.

Hoe geven leidinggevendenden leiding?

Achtergrond

In leiderschapsstijlen zijn grofweg twee groepen te onderscheiden: relationeel leiderschap (gericht op personen en onderlinge relaties) en taakgericht leiderschap (gericht op het volbrengen van taken)²¹. Transformationeel leiderschap is een vorm van relationeel leiderschap, waarbij een leidinggevende medewerkers coacht en inspireert en een visie op de toekomst uitdraagt waardoor de motivatie van medewerkers toeneemt. Waar

leiderschap in de ouderenzorg van oudsher meer hiërarchisch, directief of sturend was, verschuift de gewenste stijl tegenwoordig steeds meer richting transformationeel leiderschap. Leidinggevend en gaan dan meer ondersteunend en coachend werken en niet boven maar naast het team staan. De trendstudie van de Monitor Woonvormen Dementie laat sinds 2010/2011 echter nog geen toename van deze leiderschapsstijl zien (zie uitgave: *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*).

Om leidinggevende in de ouderenzorg te zijn zou je echter niet alleen visionair moeten zijn en moeten kunnen coachen en inspireren, maar ook competenties en kennis moeten hebben op een aantal specifieke gebieden, zo hebben Australische experts vastgesteld²².

**De acht kernkwaliteiten
Een leidinggevende in de ouderenzorg...**

1. ...is toegewijd aan en implementeert persoonsgerichte zorg,
2. ...streeft naar verbeterde uitkomsten voor oudere mensen en voor de organisatie door het inzetten van zijn leidinggevende kwaliteiten,
3. ...initieert, monitort en stuurt verbeteringen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan,
4. ...neemt beslissingen, rekening houdend met alle relevante kaders (ethische, legale, regulerende, professionele en organisatorische),
5. ...zet mensen en andere hulpbronnen effectief in,
6. ...werkt samen met alle betrokkenen om de zorg zo goed mogelijk vorm te geven,
7. ...maakt gebruik van relevante en recente bronnen om te sturen op goede persoonsgerichte zorg,
8. ...leert en ontwikkelt zichzelf en anderen.

Bevindingen

Transformationeel leiderschap

In de Monitor hebben we medewerkers vanaf de tweede meetronde (2010/2011) gevraagd welke kenmerken van transformationeel leiderschap zij terugzien bij hun direct leidinggevende. Dit deden wij door een zevental stellingen aan hen voor te leggen (zie tabel 1.1). In de tabel is weergegeven welk percentage van de verzorgenden tijdens de laatste meetronde (2016/2017) aangeeft eigenschappen van transformationeel leiderschap vaak of altijd bij zijn/haar direct leidinggevende te herkennen. In deze tabel is te zien dat voor alle eigenschappen van transformationeel leiderschap geldt dat ongeveer de helft van de verzorgenden zegt dat de leidinggevende over deze eigenschap beschikt. Vergelijken met de andere kenmerken blijken leidinggevend en iets minder vaak gevoelens van trots en respect op te roepen of hun verzorgenden te inspireren.

Tabel 1.1: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat zegt dat verschillende kenmerken van transformationeel leiderschap vaak of altijd bij hun leidinggevende aanwezig zijn (N=49).

Kenmerken transformationeel leiderschap	Vaak of altijd
Mijn direct leidinggevende draagt een heldere en positieve kijk op de toekomst uit.	51.8
Mijn direct leidinggevende behandelt medewerkers op een persoonlijke manier, steunt hen en stimuleert hun ontwikkeling.	49.5
Mijn direct leidinggevende stimuleert onderling vertrouwen, betrokkenheid en samenwerking tussen teamleden.	45.9
Mijn direct leidinggevende stimuleert mij om op nieuwe manieren over problemen na te denken en doet dingen niet vanzelfsprekend op de manier zoals ze altijd gedaan worden.	47.7
Mijn direct leidinggevende is duidelijk over wat hij/zij belangrijk vindt en geeft zelf het goede voorbeeld.	46.6
Mijn direct leidinggevende moedigt medewerkers aan en laat waardering blijken.	45.2
Mijn direct leidinggevende roept gevoelens van trots en respect op bij anderen en inspireert mij door haar/zijn deskundigheid.	41.2

Kernkwaliteiten leidinggevendens ouderenzorg

De acht kernkwaliteiten in de ouderenzorg die hierboven beschreven staan hebben wij aan verzorgenden voorgelegd door middel van 23 stellingen. Als elementen van de acht kernkwaliteiten al terugkwamen in de bestaande vragenlijst over transformationeel leiderschap, hebben we hier geen stelling over toegevoegd.

In tabel 1.2 staan de resultaten van de vijf stellingen waarbij het hoogst en de vijf waarbij het laagst werd gescoord. Bijna alle leidinggevendens zijn volgens verzorgenden op de hoogte van recente ontwikkelingen en van wet- en regelgeving die van toepassing is op de zorg voor mensen met dementie. Gemiddeld zegt 89% van de verzorgenden in de woonvoorzieningen dat hun leidinggevende het belangrijk vindt dat er met bewoners een relatie wordt opgebouwd. Wat minder vaak zijn verzorgenden het ermee eens dat hun leidinggevende de dilemma's signaleert waar het team tegenaan loopt en deze bespreekbaar maakt. Ook vinden zij minder vaak dat hun leidinggevende hen stimuleert om binnen het team gebruik te maken van elkaars talenten.

Tabel 1.2: Gemiddelde percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat het helemaal eens of eens is dat hun direct leidinggevende verschillende kenmerken van de kernkwaliteiten bezit (N=49).

Kenmerken van leidinggevenden	Kernkwaliteit	% (helemaal) mee eens
<i>5 hoogst scorende stellingen</i>		
Mijn direct leidinggevende is op de hoogte van recente ontwikkelingen in de zorg voor mensen met dementie.	7	95.0
Mijn direct leidinggevende is op de hoogte van wet- en regelgeving die van toepassing is op de zorg voor mensen met dementie.	4	94.2
Mijn direct leidinggevende weet hoe je goede zorg biedt aan mensen met dementie.	1	92.8
Mijn direct leidinggevende kan zijn/haar kennis over de zorg goed overbrengen op anderen.	1	91.3
Mijn direct leidinggevende vindt het belangrijk dat we een relatie opbouwen met bewoners.	1	89.1
<i>5 laagst scorende stellingen</i>		
Mijn direct leidinggevende vraagt mij en mijn collega's om feedback over zijn/haar functioneren en doet hier vervolgens iets mee.	8	72.5
Mijn direct leidinggevende heeft aandacht voor de veiligheid en gezondheid van mij en mijn collega's.	5	71.2
Mijn direct leidinggevende geeft mij en mijn collega's de ruimte om kritiek te uiten wanneer er onvrede heerst, luistert hiernaar en doet er vervolgens iets mee.	8	69.3
Mijn direct leidinggevende signaleert dilemma's waar we tegenaan lopen in de zorg en maakt deze bespreekbaar.	3	59.4
Mijn direct leidinggevende stimuleert ons gebruik te maken van elkaars talenten.	6	54.9

Hoe hangt leiderschap samen met de ervaringen van verzorgenden, familie en bewoners?

Achtergrond

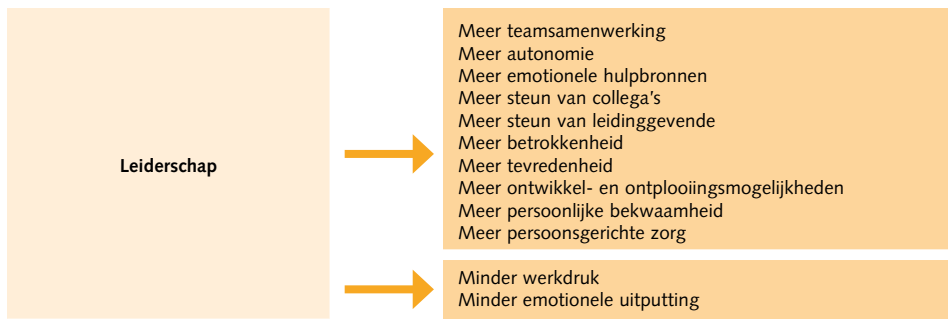
Uit eerder onderzoek blijkt dat transformationeel leiderschap positief gerelateerd is aan uitkomsten op zowel individueel als teamniveau²³. Wanneer specifiek gekeken wordt naar transformationeel leiderschap in de dementiezorg blijkt zulk leiderschap een bijdrage te leveren aan het welzijn en aan betere werkomstandigheden van verzorgenden en aan het welbevinden van bewoners met dementie^{24,25}.

Voor zover ons bekend is er nog geen onderzoek gedaan naar de kenmerken van transformationeel leiderschap in combinatie met de hierboven genoemde kernkwaliteiten voor leidinggevenden in de ouderenzorg en de relatie van deze kenmerken en kwaliteiten met uitkomsten in de zorg. Om te toetsen of het steeds meer nagestreefde transformationele leiderschap en de acht kernkwaliteiten ook tot de gewenste ervaringen en uitkomsten leiden, hebben we gekeken naar de verbanden tussen leiderschap en de bevindingen voor verzorgenden, familieleden en bewoners in de laatste meetronde van de Monitor.

Bevindingen

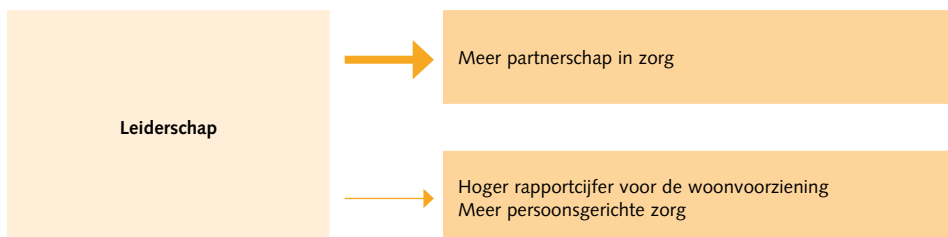
Verzorgenden

Uit de resultaten blijkt dat deze vorm van leiderschap positief samenhangt met werkomstandigheden van verzorgenden en hun welbevinden. Verzorgenden in een team waarvan de direct leidinggevende meer voldoet aan de kenmerken uit tabel 1.1 en de acht kernkwaliteiten, werken beter samen, ervaren meer autonomie, emotionele hulpbronnen en steun van collega's en leidinggevende en vinden dat zij meer mogelijkheden hebben om zich te ontwikkelen en ontplooien. Ook zijn zij meer betrokken en tevredener, voelen zij zich bekwaamer en ervaren zij minder werkdruk en emotionele uitputting. Verder zien we dat dit type leiderschap samenhangt met meer persoonsgerichte zorg. In de figuur hieronder staan alle gevonden verbanden bijeen. Bij alle hierna volgende figuren geldt, hoe dikker de pijl, hoe signifikanter de gevonden relatie.



Familieleden

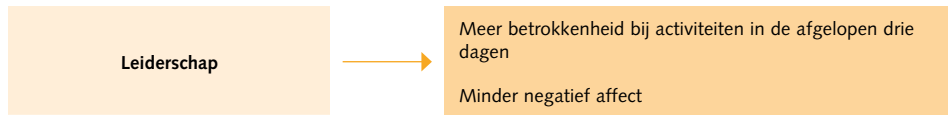
Ook in de uitkomsten van familieleden is er een positief verband met de onderzochte manier van leidinggeven. Daar waar de direct leidinggevendenden meer blijk geven van transformationeel leiderschap en voldoen aan de andere kernkwaliteiten, geven familieleden de woonvoorziening een hoger rapportcijfer en voelen zij zich meer partner in de zorg. Net als in het geval van verzorgenden zien we ook bij familieleden dat er een verband is tussen deze manier van leidinggeven en de mate waarin zij de zorg als persoonsgericht ervaren.



Bewoners

Dat de manier van leidinggeven ook invloed lijkt te hebben op de bewoners zelf, blijkt uit de gevonden relaties tussen leiderschap en de uitkomstmaten voor bewoners. In woonvoorzieningen waar leidinggevendenden meer voldeden aan de voorwaarden

voor transformationeel leiderschap en meer over kernkwaliteiten beschikten, werden bewoners meer bij activiteiten betrokken en vertoonden zij minder uitingen van angst en verdriet (negatief affect).



Reflectie

Leiderschapsstijl en competenties

Uit de resultaten blijkt dat veel competenties die leidinggevenden zelf als belangrijk noemen om goed te functioneren in de dementiezorg, overeenkomen met hetgeen onder transformationeel leiderschap valt. Leidinggevenden hebben het over coachen, loslaten, visie hebben en inspireren. Dit zijn bij uitstek competenties die passen bij een transformationeel leider.

Verzorgenden zeggen gemiddeld in ongeveer de helft van de gevallen dat leidinggevenden kenmerken van transformationeel leiderschap bezitten. De verschillen tussen huizen zijn in dit opzicht echter groot. Sommige verzorgenden vinden dat hun direct leidinggevende helemaal niet over bepaalde kenmerken van een transformationeel leider beschikt, terwijl er ook huizen zijn waar kenmerken van dit type door iedereen worden herkend.

Ruimte voor verbetering is er vooral als het gaat om duidelijk maken wat belangrijk is, het goede voorbeeld geven, aanmoedigen, waardering laten blijken en inspireren. Opvallend hierbij is dat niet alle leidinggevenden het volgens verzorgenden belangrijk vinden dat zij een persoonlijke relatie aangaan met bewoners. Dit is frappant omdat de relatie tussen zorgprofessionals en bewoners in het kader van een persoonsgerichte benadering centraal staat in het kwaliteitskader³. Het is de vraag wat voor consequenties het heeft als leidinggevenden het belang hiervan niet uitstralen. Waarschijnlijk heeft dit een nadelig effect op het handelen van medewerkers omdat uit eerder onderzoek in het kader van de Monitor al bleek dat het van belang is dat leidinggevenden een rolmodel zijn en de visie voorleven¹⁴. Dit komt ook naar voren in recent onderzoek van KPMG waarin geconcludeerd wordt dat leiderschap de algemene basis vormt, omdat het de bedrijfsvoering, de structuur en de cultuur van de organisatie versterkt²⁶. Aandacht voor de visie op zorg van leidinggevenden en de wijze waarop zij leidinggeven aan persoonsgerichte zorg lijken belangrijke aandachtspunten als het om bijscholing of coaching van leidinggevenden gaat.

De competenties die leidinggevenden zelf noemen komen eveneens overeen met de in onderzoek vastgestelde kernkwaliteiten in de ouderenzorg (zie eerder kader). Zelf noemen leidinggevenden oog voor mensen met dementie en affiniteit met hen

(kwaliteit 1), kennis van kaders (kwaliteit 4), samenwerken en communiceren (kwaliteit 6) en toekomstgericht zijn en innoveren (kwaliteit 8). Het valt op dat leidinggevendenden met name waarde hechten aan competenties die gerelateerd zijn aan drie van de acht kernkwaliteiten die volgens literatuur en experts belangrijk zijn voor leidinggevendenden in de ouderenzorg. Twee daarvan zijn expliciet gericht op toewijding aan persoonsgerichte zorg en de implementatie en aansturing daarvan. De derde is gericht op beslissingen nemen op basis van o.a. ethische, organisatorische en professionele kaders.

Ook zijn er kernkwaliteiten die minder vaak als belangrijke competenties worden genoemd en minder vaak door verzorgenden in hun huidige leidinggevende worden herkend. Dit zijn kernkwaliteiten die gericht zijn op het initiëren van verbeteringen in de kwaliteit van zorg en op aandacht voor aansturing van de organisatie, de afdeling of woning met oog voor de inzet van mensen en andere hulpbronnen. Denk hierbij aan aandacht voor de werkomstandigheden van de verzorgenden. En aan het verbinden van persoonlijk leiderschap met betere zorg.

Over het geheel genomen valt op dat verzorgenden de kenmerken van transformationeel leiderschap minder vaak in hun leidinggevende herkennen dan de kennis en competenties die tot de acht kernelementen voor leidinggeven in de ouderenzorg worden gerekend. Mogelijk zit dit feitelijk vaak wel goed, maar is het vooral de leiderschapsstijl die zij niet altijd terugzien. Daarbij valt op dat leidinggevendenden veel kenmerken van transformationeel leiderschap in de interviews wel hebben aangemerkt als belangrijke competenties, maar dat hun medewerkers deze niet altijd terugzien. Mogelijk beseffen de leidinggevendenden over het algemeen wel het belang ervan, maar lukt het niet iedereen dit goed in de praktijk te brengen. Uiteraard kan de mate van zelfsturing en de afstand tot het team waarop een leidinggevende staat, hierin ook een rol spelen. Uiteindelijk is de vraag of en zo ja, hoe bestaande leidinggevendenden in de ouderenzorg de genoemde kenmerken van transformationeel leiderschap nog meer in de vingers kunnen krijgen. Daarnaast is het interessant om in vervolgonderzoek niet alleen naar het formele leiderschap van leidinggevendenden te kijken, maar ook aandacht te schenken aan het inhoudelijke leiderschap van verzorgenden en verpleegkundigen. Zeker in een situatie waar er sprake is van zelfsturing is dit een belangrijk aspect.

Relaties leiderschap met ervaringen van verzorgenden, familie en bewoners

Leiderschap zoals hier gemeten blijkt samen te hangen met allerlei positieve ervaringen van zowel verzorgenden en familieleden als bewoners. Dit bevestigt de positieve relaties die eerder al werden gevonden^{24,25,27}. De gevonden verbanden met leiderschap zijn het sterkst bij uitkomsten voor medewerkers, minder sterk bij die voor familieleden en het minst sterk bij de resultaten aangaande bewoners. Mogelijk is dit te verklaren uit het feit dat leidinggevendenden waarschijnlijk een veel directer contact hebben met medewerkers dan met familieleden en bewoners.

Voor verzorgenden geldt dat er een verband is met positieve(re) werkomstandigheden in woonvoorzieningen waar de leidinggevende transformationeel is ingesteld en over belangrijke kernkwaliteiten voor de ouderenzorg beschikt. Dit is een positieve bevinding, omdat we weten dat medewerkers die meer betrokken en tevredener zijn eerder in het vak zullen blijven werken²⁸. Dit is belangrijk gezien het groeiende tekort aan verzorgenden op de arbeidsmarkt in de toekomst. Meer betrokken en trotser personeel zal bovendien het imago van de ouderenzorg goed doen. Maar deze uitkomst heeft nog een verder reikend positief effect, gezien het feit dat medewerkers die tevredener zijn en meer betrokken bij hun werk bewoners positiever bejegenen²⁹.

Voor familie zien we in de bevindingen terug dat het onderzochte type leiderschap samenhangt met meer partnerschap in zorg en tevredenheid met de woonvoorziening; met name het verband met partnerschap is sterk. Ook wat betreft de mate waarin bewoners betrokken zijn bij bezigheden, zien we een verband met leiderschapsstijl. Het lijkt er dus op dat een transformationele leiderschapsstijl en andere kernkwaliteiten van een leidinggevende samenhangen met meer betrokkenheid van medewerkers, familieleden én bewoners. Ook beoordelen zowel verzorgenden als familieleden woonvoorzieningen met dit type leiderschap als meer persoonsgericht.

Met de kwaliteit van leven van bewoners vinden we slechts een beperkte relatie. Het onderzochte type leiderschap hangt bij bewoners samen met minder negatief affect. Maar op de andere acht domeinen van kwaliteit van leven zien we geen relatie met leiderschap. Uit eerder onderzoek weten we echter al dat een relatie tussen organisatorische kenmerken en kwaliteit van leven van bewoners lastig is aan te tonen¹⁴ en dat kwaliteit van leven van mensen met dementie voor een groot deel bepaald wordt door hun functioneren³⁰.

2 Aansturing en zelfsturing

Hoe is de aansturing in de woonvoorziening geregeld?

- In een meerderheid van de woonvoorzieningen zijn drie lagen van leidinggevendens.
- In bijna tweederde van de woonvoorzieningen wordt gewerkt met zelfsturende of zelf-organiserende teams.
- Het aantal fte leidinggevendens is lager bij zelfsturende (2.9 fte per 100 bewoners) dan bij niet-zelfsturende teams (3.9).

Hoe is zelfsturing vormgegeven en geïmplementeerd?

- De overgrote meerderheid van de verzorgenden in zelfsturende en niet-zelfsturende woonvoorzieningen voelt zich gezamenlijk verantwoordelijk voor de te leveren prestaties.
- Zelfsturende teams roosteren vaker, maar niet altijd zelf (62%) en zijn vaker zelf verantwoordelijk voor de uitgaven (71%).
- Zelfsturing wordt vaak ingevoerd in fases (87%), andere organisaties gooien alles in één keer om (13%).
- Woonvoorzieningen maken vaak geen gebruik van een pilot ter introductie van zelfsturend werken (81%).
- In de meeste gevallen bepaalde de directie binnen welke kaders gewerkt zou gaan worden (63%).

Verschillen zelfsturende en niet-zelfsturende teams van elkaar?

- In zelfsturende teams werken meer verzorgenden niveau 3 en minder met niveau 4 vergeleken met niet-zelfsturende teams.

Welke verschillen zien we in woonvoorzieningen waar zelfsturend en niet-zelfsturend wordt gewerkt?

- Bij teams die zelfsturend werken wordt gemiddeld meer psychofarmaca voorgeschreven dan bij teams die niet-zelfsturend werken.



2 Aansturing en zelfsturing

Aanleiding en vraagstuk

Zelfsturing is het laatste decennium in opkomst in de verpleeghuiszorg. Voor deze ontwikkeling lijken twee aanleidingen. Enerzijds ziet men in het kader van gezond werk steeds meer het belang in van autonomie en regelruimte voor medewerkers³¹ en groeit de overtuiging dat professionals weer meer ruimte moeten krijgen om hun werk naar eigen inzicht kwalitatief goed in te richten³². Anderzijds ontstaat door de groeiende vraag naar zorg, de krappere wordende arbeidsmarkt en de beperkte financiële middelen bij veel organisaties het idee om de zorg 'slimmer te gaan organiseren'.

Een zelfsturend team definiëren Visser en Bunjes³³ als: 'Een groep mensen met een duidelijk afgeronde integrale team-taak (het voortbrengen van bepaalde producten of diensten). De teamleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor zowel het uitvoeren van het proces als voor het bewaken en verbeteren van de procesvoortgang, waarbij een minimale hoeveelheid supervisie noodzakelijk is door management of stafafdelingen.' Dit betekent in de praktijk dat een verzorgend team samen de verantwoordelijkheid draagt om goede zorg te leveren, te monitoren en zo nodig de kwaliteit ervan te verbeteren, met minimale ondersteuning door management en stafdiensten (denk bijv. aan een planner).

In de praktijk blijken termen als zelfsturende en zelforganiserende teams in de verpleeghuiszorg vaak door elkaar te worden gebruikt. Veel organisaties die zeggen zelfsturend te werken, doen dit eigenlijk meer zelforganiserend. Teams hebben dan vaak de verantwoordelijkheid over bepaalde zaken en organiseren deze zelf, maar zijn niet voor alles zelf verantwoordelijk (denk hierbij aan het plannen van diensten, teamsamenstelling of het beheer van het budget). Ook krijgen zij over het algemeen meer dan bij een geheel zelfsturend team nog sturing en ondersteuning vanuit een leidinggevende of teamcoach. Er zijn ook organisaties die er bewust voor kiezen niet tot zelfsturing, maar zelforganisatie over te gaan als tussenweg. Omdat men in de praktijk dit onderscheid niet goed maakt, hebben we ervoor gekozen in de Monitor te vragen of de woonvoorzieningen zelfsturend of -organiserend werken. Om beter te weten te komen welke taken en verantwoordelijkheden de teams daadwerkelijk hebben, stelden we nog een aantal aanvullende vragen aan managers en verzorgenden. In deze publicatie spreken we dus steeds van zelfsturend, maar in een deel van de organisaties kan dit in de praktijk ook om zelforganiserend gaan.

Gezien de ontwikkelingen van de afgelopen tijd waren we benieuwd hoe de aansturing in de deelnemende woonvoorzieningen tijdens de afgelopen meetronde werd ingevuld en in welke mate er sprake was van zelfsturing. Ook hebben we in deze meetronde aandacht besteed aan hoe zelfsturing werd vormgegeven en geïmplementeerd en of er

verschil in uitkomsten bestond tussen woonvoorzieningen die zelfsturend georganiseerd zijn en andere waar dit niet het geval is.

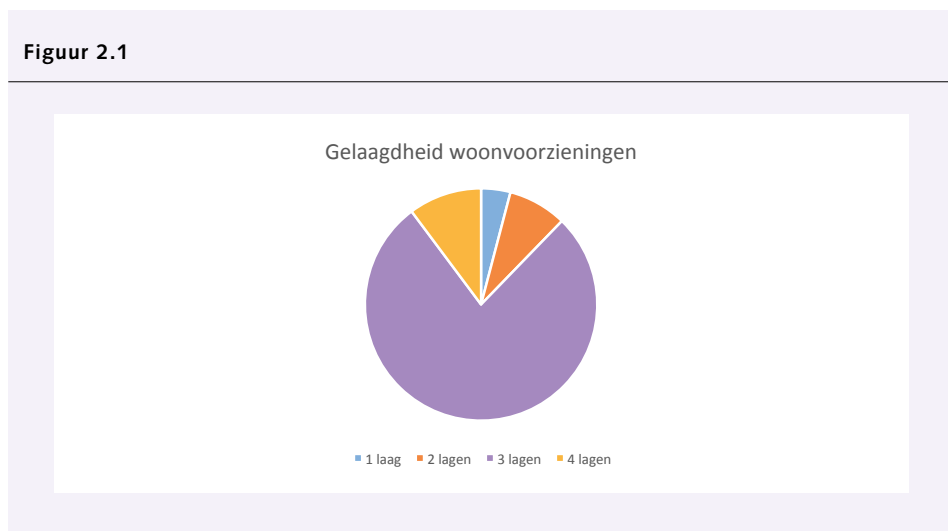
Bevindingen

Hoe is de aansturing in de woonvoorzieningen geregeld?

Aantal lagen leidinggevenden

Tijdens de interviews met de (locatie)managers hebben we nagevraagd wie er naast henzelf nog meer werkzaam zijn als leidinggevende in de woonvoorziening. Daarbij hebben we een indeling gemaakt in lagen, waarbij de eerste laag bestaat uit de leidinggevenden die het dichtst bij de verzorgende teams staan, de tweede door de mensen die hen weer aansturen, enzovoort. In de ruime meerderheid van de woonvoorzieningen blijken drie lagen leidinggevenden te zijn. De eerste daarvan is meestal een teammanager, teamleider, afdelingshoofd of locatiemanager, de tweede bestaat uit gebieds-, locatie- of regiomanagers en directeuren, en daarboven staat dan weer als derde laag de raad van bestuur.

Figuur 2.1

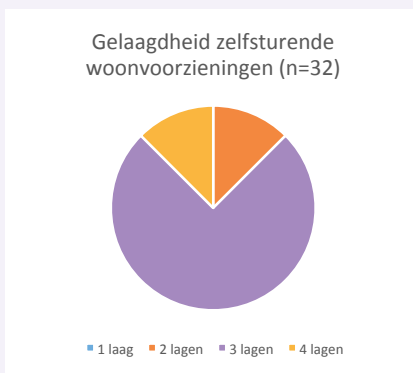


Zelfsturende of zelforganiserende teams

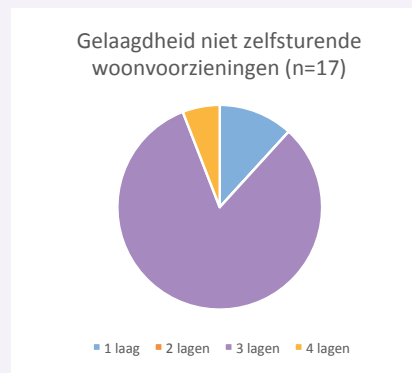
Van de deelnemende woonvoorzieningen aan de derde meetronde van de Monitor geeft een meerderheid (65%) van de managers te kennen dat er binnen de woonvoorziening sprake is van zelfsturende of zelforganiserende teams. Slechts één locatiemanager zegt dat teams volledig zelfsturend te werk gaan, in de andere gevallen krijgen de teams ondersteuning op het gebied van financiën, ziekteverzuim, werving en/of selectie. Bijna de helft van het totale aantal woonvoorzieningen werkt met teamcoaches. Veel van deze teamcoaches zijn werkzaam op locaties waar zelfsturend wordt gewerkt (77%).

Van de locaties die zelfsturend werken, heeft een vijfde managers bovengelijk verklaard. Dit roept de vraag op of de gelaagdheid van zelfsturende organisaties er anders uit ziet dan die van organisaties die traditioneel werken. In onderstaande figuren is te zien dat niet-zelfsturende locaties vaker met één laag leidinggevend werken dan zelfsturende woonvoorzieningen. Zelfsturende teams werken daarentegen vaker met twee lagen dan team die niet zelfsturend zijn. Dat een organisatie drie of vier lagen heeft, komt bij beide organisatievormen ongeveer even vaak voor.

Figuur 2.2



Figuur 2.3



Waar zelfsturend wordt gewerkt is het gemiddelde aantal fte voor leidinggevend gerelateerd aan de directe zorg 2.9 per 100 bewoners, waar niet-zelfsturend gewerkt wordt is dit 3.9. Dit verschil is niet significant. Dat we alleen gekeken hebben naar leidinggevend die gerelateerd zijn aan de directe zorg betekent dat mensen die bijvoorbeeld de facilitaire dienst aansturen niet zijn meegerekend. Onze berekening is daarentegen wel inclusief alle leidinggevend in de lagen die er in een organisatie zijn (dus bijv. teamleider, locatiemanager en raad van bestuur). Een direct leidinggevend van een zorgteam (laag 1) die fulltime werkt is gemiddeld verantwoordelijk voor 88 bewoners. Wanneer teams zelfsturend werken zijn dit er gemiddeld 87, wanneer men niet-zelfsturend werkt gemiddeld 90. Dit kleine verschil was niet significant.

Hoe is zelfsturing vormgegeven en geïmplementeerd?

Kenmerken zelfsturing

Verzorgenden is gevraagd in hoeverre zij kenmerken van zelfsturing herkennen binnen hun team. Voelen zij zich gezamenlijk verantwoordelijk, roosteren zij zelf de diensten in en zijn zij ook verantwoordelijk voor de uitgaven van de woning of afdeling?

Tabel 2.1: Percentage verzorgenden dat het (helemaal) eens is met drie uitspraken over kenmerken van zelfsturing (n=49).

Kenmerken zelfsturing	% (Helemaal) eens		
	Zelf-sturend (N=32)	Niet-zelf-sturend (N=17)	Totaal (N=49)
Ons team is gezamenlijk verantwoordelijk voor de te leveren prestaties.	94.9	89.2	92.9
Ons team maakt zelf het rooster van de afdeling of woning.	61.5	21.6	47.6
De uitgaven van de afdeling of woning vallen onder de verantwoordelijkheid van ons team.	70.7	36.0	58.7

Uit tabel 2.1 blijkt dat de verzorgenden, zowel zij die werkzaam zijn in zelfsturende als in niet-zelfsturende teams, zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de prestaties die zij moeten leveren. Zelfsturende teams geven significant vaker aan zelf de diensten in te roosteren en ook dat de uitgaven van de afdeling of woning onder hun verantwoordelijkheid vallen.

Implementatie zelfsturing

Aan de managers van de woonvoorzieningen die werken met zelfsturende teams hebben we een aantal aanvullende vragen gesteld om een beeld te krijgen van hoe zij die zelfsturing hebben ingevoerd.

- Binnen de woonvoorziening is werken in zelfsturende teams ingevoerd in fases (87.1%), andere organisaties gooiden alles in één keer om (12.9%).
- Woonvoorzieningen maken vaak geen gebruik van een pilot om zelfsturend werken te introduceren (80.6%).
- In de meeste gevallen bepaalde de directie binnen welke kaders gewerkt zou gaan worden (63.3%). In de overige woonvoorzieningen hebben teams samen met de directie naar de werkwijze gekeken (36.7%).
- Het thema zelfsturing komt bij alle woonvoorzieningen, op één na, steeds weer terug op de agenda.

Verschillen zelfsturende teams van niet-zelfsturende teams?

Verzorgenden die in zelfsturende teams of op een andere manier werken, verschillen nauwelijks van elkaar qua leeftijd en geslacht. Meer informatie over de kenmerken van teams staan beschreven in het hoofdstuk over teamsamenwerking. Wel zien we verschillen wat betreft opleidingsniveau. Waar zelfsturend wordt gewerkt, ligt het gemiddelde percentage verzorgenden met opleidingsniveau 3 hoger en dat met niveau 4 lager dan in woonvoorzieningen die niet-zelfsturend werken.

Welke verschillen zien we tussen woonvoorzieningen waar zelfsturend en niet-zelfsturend wordt gewerkt?

We hebben onderzocht welke verschillen er zijn tussen wel en niet zelfsturende woonvoorzieningen in kwaliteit van zorg, betrokkenheid en tevredenheid van familie, kwaliteit van leven van bewoners en hoe verzorgenden hun werk ervaren. Daarbij vonden we alleen een significant verschil in het voorschrijven van psychofarmaca: in woonvoorzieningen die zelfsturend werken, blijkt er gemiddeld meer psychofarmaca voorgeschreven te worden dan in voorzieningen waar niet zelfsturend wordt gewerkt.

Reflectie

Het aandeel woonvoorzieningen dat zegt zelfsturend of zelforganiserend te werken is aanzienlijk in deze meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie. Aangezien zelfsturende teams ook minder fte aan leidinggevendenden besteden, zou dit ook een verklaring kunnen zijn voor de trend die we in de trendstudie van de Monitor hebben gevonden dat het aantal fte leidinggevendenden afneemt (zie uitgave: *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*). Mogelijk heeft de ontwikkeling naar zelfsturing of zelforganisatie in de ouderenzorg ertoe geleid dat het aantal fte voor leidinggevendenden is afgenomen van gemiddeld 4 per 100 bewoners in 2008/2009 naar 3.3 per 100 bewoners in 2016/2017 (zie uitgave: *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*).

Opvallend is dat we weinig verschillen vinden in de aansturing van woonvoorzieningen die zelfsturend en niet-zelfsturend werken. Waar zelfsturing is ingevoerd ligt het aantal fte voor leidinggevendenden over alle lagen bij elkaar opgeteld, absoluut gezien 1 fte lager en dat verschil is niet significant.

Tegen de verwachtingen in is het aantal lagen in zelfsturende woonvoorzieningen ook niet lager dan in voorzieningen die niet-zelfsturend zijn. Absoluut gezien zijn er zelfs vaker vier lagen leidinggevendenden aanwezig in zelfsturende woonvoorzieningen en is er in niet-zelfsturende woonvoorzieningen vaker slechts één laag. Blijkbaar zegt het aantal lagen niet per se iets over de mate van zelfsturing. Ook blijkt het aantal bewoners waar de eerste laag van leidinggevendenden – vaak een teamleider, afdelingshoofd of locatiemanager – verantwoordelijk voor is (span of control), amper te verschillen.

Er zijn verschillende verklaringen denkbaar voor bovenstaande bevindingen. Wellicht zijn er met de invoering van zelfsturing niet direct managers uit de organisatie gehaald. Veel organisaties geven immers aan zelfsturing in fases in te voeren. Een andere verklaring kan zijn dat er in woonvoorzieningen die op zelfsturing zijn overgegaan wel een laag leidinggevendenden is weggehaald, maar dat dit juist voorzieningen waren waar daarvoor een sterk gelaagde en hiërarchische organisatie bestond. Mogelijk waren er in deze woonvoorzieningen bijvoorbeeld naast teamleiders ook afdelingshoofden die een extra laag vormden. Tot slot kan het zijn dat de beperkte verschillen die we hebben

gevonden, voortkomen uit het feit dat we geen onderscheid gemaakt hebben tussen zelfsturende en zelforganiserende woonvoorzieningen terwijl deze toch verschillend van aard kunnen zijn.

Wel zien we een duidelijk verschil in de verantwoordelijkheden van teams in zelfsturende en niet-zelfsturende woonvoorzieningen. Verzorgenden in zelfsturende woonvoorzieningen zeggen veel vaker verantwoordelijk te zijn voor de uitgaven van de afdeling of woning en zelf het rooster maken. Het feit dat nog 30 tot 40% van de teams deze verantwoordelijkheid niet draagt, roept wel de vraag op waarin de zelfsturing of zelforganisatie in deze woonvoorzieningen dan tot uiting komt.

Dat er in zelfsturende woonvoorzieningen in vergelijking met niet-zelfsturende naar verhouding meer medewerkers met niveau 3 en minder met niveau 4 werken is ook een verrassende bevinding. In het veld wordt nog weleens beweerd dat zelfsturing beter mogelijk is met hoger opgeleide medewerkers. De vraag is hoe we deze bevinding moeten interpreteren. Is deze het gevolg van een keuze die woonvoorzieningen bewust hebben gemaakt bij invoering van zelfsturing? Is het toevallig zo dat deze woonvoorzieningen van oudsher meer medewerkers van niveau 3 en minder van niveau 4 in huis hadden? Of kan hieruit geconcludeerd worden dat zelfsturing goed mogelijk is zonder hoger opgeleide medewerkers? Nader onderzoek naar zelfsturing en het opleidingsniveau van teams in de verpleeghuiszorg is nodig om antwoord te krijgen op deze vragen.

Ook bij het vergelijken van uitkomsten voor bewoners, familieleden en verzorgenden zien we amper verschillen tussen zelfsturende en niet-zelfsturende teams. Dit terwijl in internationaal onderzoek in andere settings wel is gebleken dat zelfsturing resulteert in betere prestaties van teams en hogere arbeidstevredenheid. Het is ook opvallend te noemen dat zelfsturing niet samengaat met de mate van autonomie die verzorgenden ervaren. Je zou verwachten dat teams meer regelruimte en dus autonomie hebben als zij zelfsturend werken. We vinden in de Monitor alleen een verschil bij het voorschrijven van psychofarmaca: in woonvoorzieningen die zelfsturend werken, wordt meer van deze medicatie voorgeschreven. Dit is een verrassende uitkomst, maar aangezien er in de analyse veel verschillende resultaten zijn vergeleken zou dit een kwestie van toeval kunnen zijn. Om dit verschil beter te kunnen verklaren is nader onderzoek nodig, zeker aangezien het de artsen zijn die uiteindelijk voorschrijven en niet de verzorgenden. Interessant is om in vervolgonderzoek bijvoorbeeld te kijken of artsen die samenwerken met zelfsturende teams zich eerder onder druk voelen staan om psychofarmaca voor te schrijven. In de vorige meetronde van de Monitor bleek dit nog weleens het geval te zijn.

3 Teamsamenwerking

Wie zijn de teams?

- De meerderheid van het verzorgend personeel is vrouw (96%).
- Gemiddeld zijn zij 45 jaar oud.
- Ze werken gemiddeld 25 uur per week.
- Bijna allemaal zijn zij vast in dienst (92%).
- Gemiddeld zijn zij 8 jaar in dienst van de woonvoorziening.
- De meeste zorgmedewerkers hebben een opleiding verzorgende IG (42%) en opleidingsniveau 3 (59%).

Hoe ervaren verzorgenden de teamsamenwerking?

- Bijna alle verzorgenden zeggen dat al hun collega's zich actief inzetten voor het team.
- Veel collega's krijgen de kans om initiatieven aan te dragen en de ruimte om te leren van fouten.
- Minder vaak worden binnen teams dezelfde normen en waarden gedeeld in het werk (circa driekwart).
- Er is nog niet in alle woonvoorzieningen genoeg gelegenheid om met collega's te overleggen; ook is het teamoverleg nog niet altijd van de gewenste kwaliteit.

Hoe hangt teamsamenwerking samen met de ervaringen van verzorgenden, familie en bewoners?

Een goede teamsamenwerking hangt positief samen met de werkomstandigheden (o.a. autonomie), het welbevinden (o.a. minder emotionele uitputting) en een minder groot verloop van verzorgenden.

Hoe staat het met de eenduidigheid in visie binnen de teams?

- De meeste duidelijkheid is er over het (zo min mogelijk) inzetten van fixatiemaatregelen.
- Over onderwerpen als verschillen tussen collega's accepteren en communicatie met familie bestaat nog regelmatig onduidelijkheid.

Hoe hangt eenduidigheid in visie samen met de ervaringen van verzorgenden?

Binnen een team waar meer eenduidigheid is over de visie op bepaalde zaken, ervaren verzorgenden positievere werkomstandigheden (o.a. autonomie) en vinden zij dat de zorg in de woonvoorziening persoonsgerichter is.



3 Teamsamenwerking

Aanleiding en vraagstuk

Zorg verlenen aan mensen met dementie in het verpleeghuis is bij uitstek teamwork. Vaak werken er tijdens een dienst meerdere verzorgenden samen op een afdeling of woning en nemen zij de werkzaamheden en zorg voor de bewoners van elkaar over als de ene dienst is afgelopen en de andere start. Zij hebben met andere woorden een duidelijke gezamenlijke taak.

Een team bestaat dus uit meerdere personen die interacteren, die gezamenlijke doelen en betekenisvolle taken hebben, elkaar feedback geven en van elkaar afhankelijk zijn om de gestelde doelen te bereiken. Maar dit betekent nog niet dat de samenwerking altijd succesvol verloopt. Er is sprake van een effectief werkend team als er een goede taakverdeling en goed teamwork is. Daarbij spelen de interacties tussen teamleden een belangrijke rol³⁵.

Waarschijnlijk wordt de kwaliteit van de samenwerking binnen teams alleen maar belangrijker nu blijkt dat een groot aantal deelnemende woonvoorzieningen in de Monitor met zelfsturing of zelforganisatie werkt. Hierdoor verdwijnen de traditionele hiërarchische structuren steeds meer. Dit betekent meer verantwoordelijkheden en beslisbevoegdheid bij de teams en dus een grotere wederzijdse afhankelijkheid.

Dit heeft de vraag in de verpleeghuiszorg actueel gemaakt wat een goede personeels- of teamsamenstelling is. De Leidraad verantwoorde personeelssamenstelling³⁶ geeft hiertoe een eerste aanzet, aansluitend bij het hoofdstuk over personeelssamenstelling in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg³. De Leidraad is primair bedoeld voor de teams rondom de bewoner. De Leidraad wil het mogelijk maken om met elkaar het goede gesprek te voeren over wat er nodig is en wat er geboden wordt om de bewoner met zijn ziekte het leven te laten leven dat de bewoner wenst. Verondersteld wordt dat het resultaat hiervan een op de zorgvraag afgestemde personeelssamenstelling met ruimte voor professionele normen en waarden is, opdat een veilige en prettige woonomgeving ontstaat.

Bekend is dat er een aantal condities zijn die bijdragen aan een succesvolle teamsamenwerking³⁷:

- Heldere doelstelling;
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid;
- Open communicatie;
- Wederzijds respect;
- Flexibel aanpassen;
- Initiatief tonen.

Deze factoren hangen samen met positieve condities (o.a. betrokkenheid en ontwikkeling van het team) en leiden daarmee tot effectieve teamsamenwerking³⁷. In deze meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie hebben we de verzorgenden gevraagd in hoeverre zij deze kenmerken van succesvolle samenwerking binnen hun eigen team herkennen. Vervolgens onderzochten we of deze kenmerken van goede samenwerking ook samenhangen met gewenste uitkomsten in de zorg.

Bevindingen

Wie zijn de teams?

In de deelnemende woonvoorzieningen werken voornamelijk vrouwen (96%) en een enkele man (5%). Gemiddeld zijn de zorgmedewerkers 45 jaar oud en werken zij per week gemiddeld 25 uur; het hoogste aantal contracturen was 38. Het overgrote deel van de verzorgenden was vast in dienst (92%). Zorgmedewerkers werkten op het moment van de meting gemiddeld acht jaar in dienst van de woonvoorziening. De grootste groep medewerkers heeft de verzorgende IG-opleiding gedaan (42%), met afstand gevolgd door die voor ziekenverzorgende (15%). SPW 4 is de meest voorkomende welzijnsopleiding (2%). Tabel 3.1 geeft aan op welk niveau medewerkers geschoold zijn. De grote meerderheid van de verzorgenden in de woonvoorzieningen heeft een welzijns- of zorgopleidingsniveau 3. Geen opleiding (0) en het hoogste opleidingsniveau (5) komen het minst voor.

Tabel 3.1: Welzijns- of zorgopleidingsniveau medewerkers

Percentages medewerkers	%
Niveau 0	0.8
Niveau 1	4.5
Niveau 2	26.6
Niveau 3	59.2
Niveau 4	7.6
Niveau 5	1.3

Hoe ervaren verzorgenden de teamsamenwerking?

In tabel 3.2 zien we welke kenmerken van succesvolle teamsamenwerking herkend worden door de verzorgenden in de woonvoorzieningen. Bijna alle verzorgenden zeggen dat al hun collega's zich actief inzetten voor het team. Ook krijgen veel collega's de kans initiatieven aan te dragen en de ruimte om te leren van gemaakte fouten. Minder vaak worden binnen teams dezelfde normen en waarden gedeeld in het werk (67%). Ook is nog niet binnen alle woonvoorzieningen genoeg gelegenheid om met collega's te overleggen en is het teamoverleg nog niet altijd van de gewenste kwaliteit.

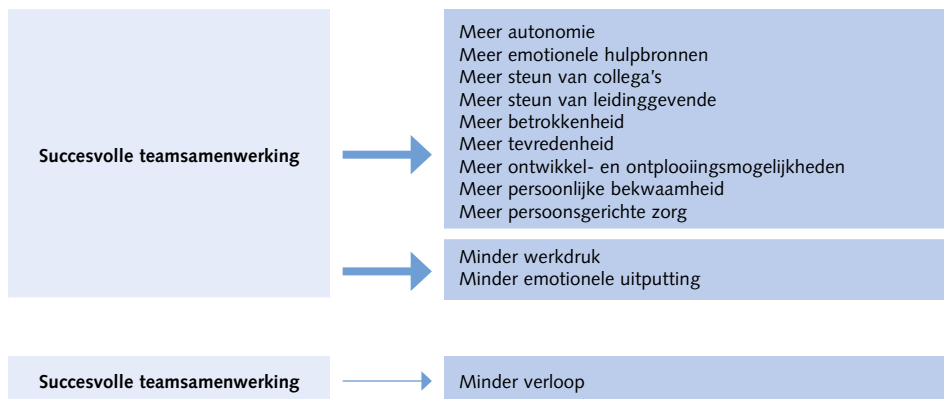
Tabel 3.2: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat het helemaal eens of eens is met het voorkomen van verschillende kenmerken van teamsamenwerking (N=49).

Kenmerken teamsamenwerking	% (helemaal) mee eens
Mijn collega's en ik zetten ons actief in voor ons team.	91.2
Mijn collega's en ik krijgen de kans om initiatieven aan te dragen.	89.3
Binnen ons team is er ruimte om te leren van gemaakte fouten.	88.2
Ons team kan veel van de problemen op de afdeling of woning zelf oplossen.	86.8
Ik krijg waardering van mijn collega's voor goede inzet en prestaties.	85.4
Er heerst een sfeer van vertrouwen binnen ons team.	76.8
De communicatie tussen onze leidinggevende en ons team verloopt goed.	71.9
Binnen ons team hebben we dezelfde normen en waarden in ons werk.	67.4
Ik ben tevreden over de kwaliteit van het teamoverleg.	67.1
Er is voldoende gelegenheid om met mijn collega's van het team te overleggen.	64.1

Hoe hangt teamsamenwerking samen met de ervaringen van verzorgenden, familie en bewoners?

We hebben onderzocht of een meer succesvolle teamsamenwerking (zie tabel 3.2) gerelateerd is aan hoe verzorgenden hun werk ervaren, de kwaliteit van zorg, betrokkenheid en tevredenheid van familieleden en kwaliteit van leven van bewoners. Uit de resultaten blijkt dat er een positief verband is tussen succesvolle teamsamenwerking en de werkomstandigheden en het welbevinden van verzorgenden. Verzorgenden die werken in een woonvoorziening waar de teamsamenwerking als beter wordt beoordeeld, hebben het gevoel autonomer zijn, over meer emotionele hulpbronnen en steun van collega's en leidinggevende te beschikken en ook meer mogelijkheden te hebben om zich te ontwikkelen en te ontplooiën. Ook zijn zij meer betrokken bij de organisatie en tevredener met hun werk, voelen zij zich bekwaam en ervaren zij minder werkdruk en emotionele uitputting. Daarnaast zien we dat goede teamsamenwerking volgens verzorgenden samenhangt met meer persoonsgerichte zorg. Een iets minder sterke relatie vinden we tussen succesvolle teamsamenwerking en een lager verloop van verzorgenden in het afgelopen jaar.

In de figuur hieronder staan alle gevonden relaties. Bij de figuren geldt, hoe dikker de pijl, hoe signifikanter de gevonden relatie.



Hoe staat het met de visie in de verpleeghuiszorg?

Eén van de stellingen waar verzorgenden het minder vaak mee eens waren was die over dezelfde normen en waarden hebben in het werk (tabel 3.2). Dergelijke normen en waarden maken onderdeel uit van de visie op zorg van een team. Uit eerder onderzoek binnen de Monitor weten we dat een gezamenlijke visie hebben belangrijk is voor goede verpleeghuiszorg voor mensen met dementie¹⁴. Daarom nemen we sinds de meetronde van 2010/2011 ook een vragenlijst af bij verzorgenden die informatie verzamelt over eenduidigheid in visie van verzorgende teams. We vragen daartoe in hoeverre er onduidelijkheden of meningsverschillen bestaan over bepaalde thema's in de zorg voor de bewoners. In het eerdere onderzoek in het kader van de Monitor zagen we namelijk dat binnen teams minder onduidelijkheden en meningsverschillen bestaan als er een duidelijke visie is.

In tabel 3.3 is te zien dat verzorgenden in deze meetronde vonden dat er in hun team de meeste duidelijkheid bestond over het gebruik van fixatiemaatregelen. Dit zal naar alle waarschijnlijkheid zo min mogelijk inzetten van fixatiemaatregelen inhouden, aangezien dit al jaren het streven is in de verpleeghuiszorg^{38,39}. Verder toont de tabel dat er over de andere onderwerpen nog regelmatig onduidelijkheid bestaat, vooral als het gaat om het accepteren en waarderen van verschillen tussen collega's en om de communicatie met de familie van bewoners.

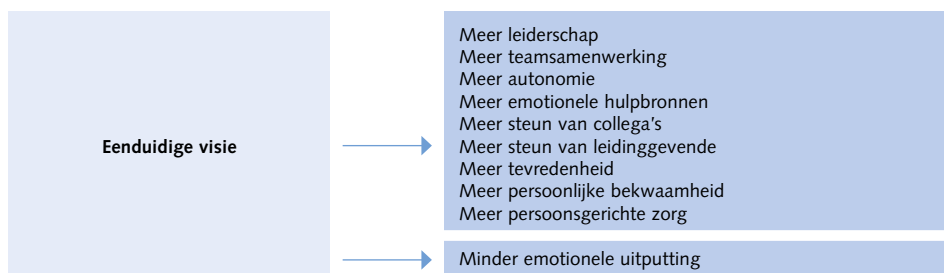
Tabel 3.3: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat aangeeft zelden of nooit onduidelijkheden of meningsverschillen te ervaren over het genoemde onderwerp (n=49).

Onduidelijkheden of meningsverschillen over:	MWD4 % zelden of nooit
Het gebruik van fixatiemaatregelen.	79.6
Een huiselijke omgeving voor de bewoners met dementie.	58.2
Persoonlijke aandacht voor de bewoners.	53.6
Het betrekken van vrijwilligers bij de woonvoorziening.	56.1
Keuzevrijheid voor de bewoners.	50.6
Het inspelen op individuele wensen van een bewoner.	49.6
Communicatie met familie.	46.4
Het accepteren en waarderen van verschillen tussen collega's.	41.6

Hoe hangt eenduidigheid in visie samen met de ervaringen van verzorgenden?

Vervolgens hebben we gekeken of er een verband is tussen een eenduidige visie binnen zorgteams en de werkomstandigheden en het welbevinden van verzorgenden. Uit de resultaten blijkt dat als er binnen een team een eenduidiger visie is op bepaalde onderwerpen, teamleden de werkomstandigheden positiever vinden en een groter gevoel van welbevinden hebben. Zij ervaren dan meer autonomie, vinden dat zij over meer emotionele hulpbronnen kunnen beschikken en meer sociale steun van collega's en hun leidinggevende krijgen. Ook zijn zij tevredener, voelen zij zich bekwaamer in hun werk en ervaren zij minder emotionele uitputting.

Verder zien we dat een eenduidige visie samenhangt met meer persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat in huizen waar meer eenduidigheid bestaat over de visie van de woonvoorziening, de verzorging de zorg persoonsgerichter vindt dan in woonvoorzieningen waar teams minder op één lijn zitten op het punt van zorgvisie. Ten slotte zien we dat een eenduidige visie samengaat met succesvollere teamsamenwerking en beter leiderschap. Zoals blijkt uit de dikte van de lijn in de figuur zijn de gevonden relaties wel wat minder sterk dan bij leiderschap en teamsamenwerking.



Reflectie

Dit onderzoek bevestigt de positieve uitkomsten van succesvolle teamsamenwerking die in eerder onderzoek gevonden werden³⁷. Een goede samenwerking binnen een team blijkt gerelateerd aan een positieve beleving van het werk door verzorgenden. Ook zeggen verzorgenden die de teamsamenwerking als beter beoordelen dat er binnen de woonvoorziening meer persoonsgerichte zorg wordt geboden. Datzelfde geldt voor een eenduidige visie, al vinden we hier iets minder verbanden en zijn deze wat minder sterk. Bovendien gaat een goede samenwerking samen met minder verloop onder verzorgenden. Blijkbaar draagt een goede teamsamenwerking eraan bij dat verzorgenden minder geneigd zijn ontslag te nemen. Ook deze bevinding is van groot belang aangezien de arbeidsmarkt voor verzorgend personeel nu al krap is en dit naar verwachting de komende jaren alleen maar meer zal worden. Daarbij komt dat er door het nieuwe kabinet voor de komende vier jaar extra geld is vrijgemaakt om meer personeel aan te kunnen nemen, ze optimaal in te zetten en te behouden in de verpleeghuiszorg⁴⁰.

In tegenstelling tot leiderschap vinden we bij teamsamenwerking geen significante verbanden met de uitkomsten van het onderzoek naar de beleving van familieleden en bewoners. Ook hier geldt dat teamsamenwerking waarschijnlijk directer van invloed is op hoe verzorgenden hun werk ervaren en er niet per definitie toe bijdraagt dat familieleden zich meer betrokken voelen bij de zorg of dat bewoners meer kwaliteit van leven ervaren.

De bevindingen op het gebied van teamsamenwerking laten eveneens zien op welke punten het doorgaans wel goed gaat met de samenwerking binnen teams en waar ruimte is voor verbetering. Zo lijkt er ruimte te zijn voor verzorgenden om meer initiatief te tonen. Daarnaast vinden verzorgenden over het algemeen dat hun team in staat is zich op een flexibele wijze aan te passen aan situaties; zij kunnen veel problemen zelf oplossen en hebben de ruimte om te leren van gemaakte fouten.

Minder positief is men over de communicatie: ruim een derde lijkt niet tevreden met hoeveel gelegenheid zij hebben om met hun collega's te overleggen. Voldoende geplande, formele momenten voor overleg en meer informele overlegmomenten blijken ook in ander onderzoek van groot belang om tot goede samenwerking en zorg te komen en het vol te houden in soms complexe situaties^{41,42}. Het plannen van deze momenten lijkt zeker van belang in woonvoorzieningen waar medewerkers vaker alleen werken doordat de zorg kleinschalig georganiseerd is. Verzorgenden werken dan regelmatig in hun eentje en treffen elkaar alleen bij de overdracht.

Daarnaast valt op dat teamleden niet altijd dezelfde normen en waarden hebben in hun werk. Hoewel verschillen tussen medewerkers ook kansen kunnen bieden en tot op zekere hoogte juist gerespecteerd zouden moeten worden⁴¹, lijkt het van belang hieraan

aandacht te schenken omdat dit hoogstwaarschijnlijk samenhangt met de mate waarin een team een eenduidige visie op zorg heeft. En dit is een belangrijke succesfactor gebleken voor goede dementiezorg¹⁴.

4 Algemene conclusie en aanbevelingen



4 Algemene conclusie en aanbevelingen

De bevindingen in deze publicatie onderstrepen het belang van goed leiderschap, goede teamsamenwerking en een eenduidige visie. Dit waren alle drie al belangrijke succesfactoren in eerder onderzoek in het kader van de Monitor¹⁴ en nu blijkt dus opnieuw dat het inderdaad belangrijke randvoorwaarden zijn voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie. Deze randvoorwaarden zijn vooral gerelateerd aan de werkbeleving van medewerkers en de mate waarin zij het gevoel hebben dat er persoonsgerichte zorg in de woonvoorziening wordt geboden. In minder sterke mate vinden we een relatie met bijvoorbeeld partnerschap in zorg en de mate van tevredenheid die de familie ervaart, en met de kwaliteit van leven van bewoners. Waarschijnlijk verloopt deze relatie eerder indirect, via meer persoonsgerichte zorg, dan direct. Eerder vonden we in de Monitor namelijk al dat meer persoonsgerichte zorg samenhangt met een betere kwaliteit van leven van bewoners en met meer tevreden en betrokken en minder belaste familie⁴³.

Deze studie bevestigt daarmee ook het belang van de randvoorwaarde leiderschap zoals benoemd in het Kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg³. Leiderschap lijkt dus inderdaad belangrijk voor persoonsgerichte zorg en een zinvolle daginvulling van bewoners, alsmede voor prettige werkomstandigheden van medewerkers en een gevoel van betrokkenheid van medewerkers én familieleden.

Het Kwaliteitskader benadrukt ook hoe belangrijk het is met alle betrokkenen een visie te formuleren en deze uit te dragen. Dit staat benoemd bij de randvoorwaarde leiderschap en governance, maar we dienen te beseffen dat er meer nodig is dan dit. Zoals een praktische vertaalslag maken waar teams in hun dagelijkse praktijk iets aan hebben. Uit de studie naar succesfactoren van goede dementiezorg binnen de Monitor bleek echter eerder dat deze stap nog regelmatig niet of onvolledig wordt gezet¹⁴.

Voor teamsamenwerking lijkt minder aandacht te zijn in het kwaliteitskader, zij het dat er wel wordt ingegaan op de personeelssamenstelling die hiermee een raakvlak heeft. Het lijkt zaak er bij personeelssamenstelling goed op te letten of de voorwaarden voor een succesvolle samenwerking binnen een team – zoals wederzijds respect en open communicatie – in voldoende mate aanwezig zijn.

Tot slot bevestigt deze publicatie het beeld dat een aanzienlijk deel van de woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie zelfsturend of zelforganiserend werken. Op dit gebied is nog weinig onderzoek gedaan in deze sector en de bevindingen in deze publicatie – bijvoorbeeld dat de gelaagdheid van zelfsturende woonvoorzieningen nog altijd aanzienlijk is – roepen vooral vervolgvragen op.

Praktische aanbevelingen

Op basis van de bevindingen in dit hoofdstuk kunnen we de volgende aanbevelingen doen voor samenwerking met familieleden:

- Investeer in de persoonlijke ontwikkeling van leidinggevendenden in de ouderenzorg opdat zij beter in staat zijn medewerkers op een coachende en inspirerende manier te leiden. Besteed daarbij ook aandacht aan meer ontwikkelingsgerichte competenties die van belang zijn om verbeteringen in de kwaliteit van zorg te initiëren en om oog te hebben voor de werkomstandigheden van verzorgenden.
- Zorg dat er binnen de organisatie een duidelijke visie is op wat goede zorg inhoudt en dat leidinggevendenden in staat zijn die visie uit te dragen. Daarbij is het van belang dat de visie praktisch vertaald is en dat verzorgenden bij de formulering en het bepalen van de kaders ervan betrokken zijn. Dit om ervoor te zorgen dat verzorgenden uiteindelijk in hun dagelijkse praktijk merken dat er binnen hun team overeenstemming bestaat over de visie op goede zorg.
- Plan voldoende formele overlegmomenten per jaar in. Denk bijvoorbeeld aan teamoverleg, maar ook aan overleg met een psycholoog waarin lastige situaties in de omgang met bewoners kunnen worden besproken. En ga na hoe deze overlegmomenten nu vormgegeven zijn en of deze aansluiten bij de behoefte van medewerkers.
- Kijk bij het werken aan de personeelssamenstelling van teams niet alleen naar competenties, aanwezige kennis en individuele ontwikkeling van de teamleden, maar juist ook naar de condities voor een succesvolle teamsamenwerking.

5 Methodologische verantwoording



5 Methodologische verantwoording

In deze bijlage worden de onderzoeksmethoden van deze publicatie beschreven. De onderzoeksmethoden van de gehele vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie zijn terug te vinden in de uitgave *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie: Monitor Woonvormen Dementie 2008-2017*. Daarin staat o.a. beschreven hoe de deelnemende woonvoorzieningen zijn geselecteerd, wordt nagegaan of woonvoorzieningen die in de loop van de meetrondes zijn uitgevallen andere kenmerken vertonen dan woonvoorzieningen die doorgegaan zijn met de Monitor, wordt uitgelegd hoe de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden en is de respons weergegeven. Deze hoofdstukken zijn ook van toepassing op de huidige publicatie. Hieronder worden alleen de meetinstrumenten en de analysemethoden besproken die in deze publicatie zijn gehanteerd.

Bevraagde groepen

Voor deze deelrapportage zijn uitkomsten van vragenlijsten gebruikt die uitgezet zijn onder locatiemanagers, familieleden en verzorgenden. De verzorgenden zijn verzocht zowel vragen over hun werksituatie te beantwoorden als over de bewoners aan wie zij zorg verlenen. Daarnaast hebben we informatie gebruikt uit interviews met leidinggevenden of managers in de woonvoorzieningen. De gegevens over het gebruik van psychofarmaca en fixatie in de woonvoorziening zijn via de locatiemanager opgevraagd, maar zijn in het geval van psychofarmaca verstrekt door een specialist ouderengeneeskunde of een verpleegkundig specialist. Van 49 woonvoorzieningen zijn deze gegevens bekend. In onderstaande tabel is te zien hoeveel mensen van elke groep de vragenlijst hebben ingevuld en wat de respons was.

	Aantal	%
Locatiemanagers	49	100
Verzorgenden	589	36
Bewoners	542	55
Familieleden	401	42

Gebruikte meetinstrumenten

Voor verschillende uitkomstmaten zijn in deze publicatie bestaande gestandaardiseerde meetinstrumenten gebruikt of hebben we in het kader van de Monitor vragenlijsten ontwikkeld omdat er geen geschikt instrument voorhanden was. De gebruikte meetinstrumenten staan hieronder beschreven.

Interview manager

Demografische variabelen

Bij alle managers is nagevraagd of ze een verpleegkundige, verzorgende of welzijnsopleiding hebben gevolgd (ja/nee). Ook is gevraagd naar opleidingsniveau (1 lager onderwijs – 7 wetenschappelijk onderwijs) en jaren in dienst van de organisatie (berekend aan de hand van maand en jaar van indiensttreding).

Competenties leidinggevende

In het interview is de leidinggevende gevraagd welke competenties volgens hem/haar belangrijk zijn voor een leidinggevende in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. De open antwoorden zijn vervolgens kwalitatief geanalyseerd.

Fte en lagen leidinggevende

Om de gelaagdheid van de woonvoorzieningen vast te stellen hebben we gevraagd wie de dagelijkse directe zorg aanstuurt (laag 1), wie vervolgens die persoon aanstuurt (laag 2) en zo verder tot de laatste laag, in veel gevallen de raad van bestuur. Zo is vastgesteld hoeveel lagen een organisatie heeft. Voor iedere laag hebben we daarnaast gevraagd hoeveel uur of fte ervoor in de formatie is uitgetrokken. Als de leidinggevende over meer woonvoorzieningen ging dan alleen de onderzochte hebben we hier rekening mee gehouden door het aantal uur of fte om te rekenen naar alleen de betreffende woonvoorziening. Ook is berekend hoeveel bewoners er gemiddeld onder de verantwoordelijkheid van 1 fte leidinggevende uit de eerste laag (aansturing dagelijkse directe zorg) vallen.

Zelfsturing

De locatiemanager is gevraagd of er binnen de woonvoorziening sprake is van zelfsturende of zelforganiserende teams (ja/nee). Indien het antwoord bevestigend was, hebben we de locatiemanager zesmaal de keuze voorgelegd uit twee stellingen die betrekking hadden op kenmerken van zelfsturing. Zo konden de locatiemanagers bijvoorbeeld kiezen of ze a) teammanagers boventallig hadden verklaard omdat de organisatie overgegaan was op zelfsturing of b) dat er nog teammanagers actief waren.

Teamcoach

De locatiemanager is gevraagd of er binnen de woonvoorziening gewerkt wordt met teamcoaches (ja/nee).

Personele bezetting

Daarnaast hebben we de locatiemanager een aantal vragen gesteld over de personele bezetting: verloop, verzuim en openstaande vacatures. Verloop is hierbij omschreven als het percentage van de medewerkers uit de dagelijkse zorg dat in het afgelopen jaar met ontslag gegaan is, ziekteverzuim als het gemiddelde percentage van dat van de voorbije zes maanden (exclusief zwangerschapsverlof). Het aantal openstaande vacatures werd

gemeten aan de hand van het aantal fte dat er op dat moment openstond voor de dagelijkse directe zorg in de woonvoorziening. Ook zijn we nagegaan hoe lang het in het afgelopen jaar gemiddeld duurde om de vacatures op te vullen. De variabele bestond uit zes categorieën: minder dan één week (1), een week (2), een week tot een maand (3), één tot drie maanden (4), drie tot zes maanden (5), langer dan zes maanden (6). Om te kunnen berekenen wat het percentage zorgmedewerkers met opleidingsniveau 1-5 in de woonvoorziening is, hebben we een weekrooster laten invullen met daarbij het functieniveau van de ingeplande medewerkers.

Psychofarmacagebruik

Het psychofarmacagebruik van de woonvoorzieningen is in kaart gebracht met behulp van een inventarisatie van voorgeschreven psychofarmaca op iedere afdeling of woning. Vaak is dit door de verpleeghuisarts/specialist ouderengeneeskunde gedaan. Vervolgens hebben we het totaal aantal gedeeld door het aantal bewoners om een gemiddelde hoeveelheid psychofarmaca per bewoner te bepalen.

Fixatiemaatregelen

Ook het aantal toegepaste fixatiemaatregelen binnen de woonvoorzieningen is bij de locatiemanager opgevraagd en berekend als gemiddelde per bewoner.

Vragenlijst verzorgenden

Demografische variabelen

Bij alle verzorgenden hebben we nagevraagd sinds wanneer zij werkzaam waren in de woonvoorziening, wat hun leeftijd, geslacht en opleiding was, hoeveel uur zij onder contract stonden en om wat voor arbeidscontract het ging (vast/tijdelijk).

Leiderschap

De mate van transformationeel leiderschap van leidinggevenden is in kaart gebracht door verzorgenden de Global Transformational Leadership Scale (GTL)⁴⁴ voor te leggen. 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'. In aanvulling op de GTL zijn 23 stellingen toegevoegd over de acht kernkwaliteiten, gebaseerd op het Aged Care Clinical Leadership Qualities Framework (ACLQF)⁴⁵. Een voorbeeld van zo'n item is: 'Mijn direct leidinggevende weet hoe je goede zorg biedt aan mensen met dementie'. Antwoordcategorieën variëren van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. Alle antwoorden op de stellingen van zowel de GTL als de ACLQF zijn bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-5), waarbij een hoger gemiddelde een sterkere transformationele leiderschapsstijl en meer overeenkomst met de acht kernkwaliteiten van de leidinggevenden betekent.

Teamsamenwerking

Op basis van condities die bijdragen aan succesvolle samenwerking³⁷, hebben we elf stellingen ontwikkeld die betrekking hebben op: *open communicatie, wederzijds respect, flexibel aanpassen en initiatief tonen*. Volgens de theorie van Vroemen zijn er nog twee condities belangrijk voor succesvolle samenwerking, namelijk *heldere doelstelling* en *gezamenlijke verantwoordelijkheid*. Deze stellingen zijn echter niet toegevoegd aan de items over teamsamenwerking omdat heldere doelstelling past bij de al gemeten variabele visie en gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de variabele zelfsturing (zie de twee volgende variabelen). Een voorbeeld van een item waarop men helemaal eens (4) tot en met helemaal oneens (1) kon scoren is: 'Er heerst een sfeer van vertrouwen binnen ons team.' De score voor teamsamenwerking is een gemiddelde van alle scores (range 1-4), wat betekent dat een hogere score duidt op betere samenwerking in een team.

Zelfsturing

Om naast de mate van zelfsturing die teams volgens de locatiemanager hebben, ook inzicht te krijgen in hoeverre verzorgenden dat zelf in hun werkwijze ervaren, hebben we twee stellingen toegevoegd: 'Ons team maakt zelf het rooster van de afdeling of woning,' en: 'De uitgaven van de afdeling of woning vallen onder de verantwoordelijkheid van ons team.' Met deze stellingen konden verzorgenden het helemaal oneens zijn (1) of helemaal eens (4). De scores variëren tussen 1-4.

Visie

De vragenlijst 'Eenduidigheid in Visie op Zorg' meet of er binnen zorgteams onenigheid of onduidelijkheid bestaat over de invulling van de zorg⁴⁶. Medewerkers dienen op zeven thema's aan te geven in hoeverre hierover onenigheid of onduidelijkheid bestaat binnen hun team. Voorbeelden van thema's zijn 'persoonlijke aandacht voor bewoners' of 'communicatie met familie'. De antwoordcategorieën variëren van 'nooit' tot 'altijd', de totaalscore loopt van 1 tot 5. De gegeven antwoorden worden omgescoord zodat een hogere score staat voor meer eenduidigheid in de visie. Daarnaast is er een vraag toegevoegd over onduidelijkheden m.b.t. fixatiemaatregelen. Deze rapporteren we ook, maar de vraag maakt geen onderdeel uit van de totaalscore.

Persoonsgerichte zorg

De Person-Centered Care (PCC) vragenlijst is ontwikkeld om persoonsgerichte zorg in kaart te brengen⁴⁷. We hebben 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.

Werkomstandigheden

Met behulp van de Leidse Arbeidskenmerken Schaal (LAKS) zijn verschillende arbeidskenmerken gemeten⁴⁸. 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 sterker aanwezig is.

Arbeidstevredenheid

De arbeidstevredenheid van de verzorgenden is ook gemeten met de LAKS⁴⁸. 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.

Taakvariatie en ontwikkelingsmogelijkheden en betrokkenheid

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)⁴⁸. Medewerkers hebben aangeven 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.

Emotionele hulpbronnen en taakeisen in het werk

Emotionele hulpbronnen en taakeisen zijn gemeten met twee subschalen van de verkorte versie van de Demand-Induced Strain Compensation (DISC) Model vragenlijst zijn gebruikt⁴⁹. Taakeisen zijn dingen die, meestal binnen een bepaald tijdsbestek, gedaan moeten worden en inspanning vereisen, werk gerelateerde hulpbronnen 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 medewerkers ervaren in hun werk.

Emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid

Emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid zijn gemeten met de Utrechtse Burn-out Schaal⁵⁰. 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'). De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range van 0–6). Hoe hoger de scores, des te meer emotionele uitputting en des te meer persoonlijke bekwaamheid de medewerkers in hun werk ervaren.

Observatievragenlijst bewoners

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven van de bewoners met dementie is in kaart gebracht met behulp van de Qualidem⁵¹. 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 kan 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' en 'Uitstapjes of winkelen'. De lijst bevat 21 activiteiten waarbij voor ieder item is aangegeven of de bewoner gedurende de drie voorbije dagen meedeed met de betreffende activiteit. Het aantal activiteiten is bij elkaar opgeteld voor alle bewoners uit de steekproef en er is per woonvoorziening een gemiddelde berekend.

Vragenlijst familieleden

Tevredenheid woonvoorziening

De tevredenheid van familie met de woonvoorziening is in kaart gebracht door het beantwoorden van de volgende vraag: 'Welk rapportcijfer van 0 tot 10 geeft u de woonvoorziening?' – waarbij een 0 betekent: 'heel erg slecht', een 10: 'uitstekend'.

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)^{52,53}. 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 ('sterk mee oneens') tot en met 7 ('sterk mee eens') 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)⁵⁴. 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 is⁵⁵. 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

Beschrijvende statistiek

Een aantal variabelen zijn weergegeven in percentages en gemiddelden van alle woonvoorzieningen zijn berekend in het analyseprogramma SPSS.

Het gaat om de volgende variabelen:

- Demografische variabelen van verzorgenden;
- Stellingen over zelfsturing volgens de locatiemanager;
- Aanwezigheid van teamcoaches;
- Aantal fte en lagen van leidinggevenden.

Bij andere variabelen hebben we ervoor gekozen te laten zien wanneer verzorgenden het eens of helemaal eens waren met de stelling. Dit om de resultaten zo inzichtelijk mogelijk te maken. Verzorgenden die het eens en helemaal eens waren met de stelling hebben we bij elkaar opgeteld en vervolgens berekend welk percentage van de verzorgenden per woonvoorziening het in totaal eens was met de stelling. Daarna is hiervan een gemiddelde voor alle huizen berekend in SPSS.

Deze berekening geldt voor de variabelen:

- Leiderschap (ACLQ);
- Zelfsturing volgens verzorgenden;
- Teamsamenwerking.

Voor de variabelen visie en leiderschap (GTL) hebben we een soortgelijke berekening uitgevoerd. Bij GTL hebben we berekend hoeveel procent van de verzorgenden 'vaak' of 'altijd' heeft aangekruist, bij visie hebben we gekeken naar 'zelden' of 'nooit'.

De open vraag aan leidinggevenden naar de competenties waarover een leidinggevende in de dementiezorg volgens hen moet beschikken, hebben we gecodeerd. De meest voorkomende codes zijn beschreven in de resultaten.

Relaties met leiderschap, teamsamenwerking en visie

Vervolgens hebben wij onderzocht hoe leiderschap, teamsamenwerking en visie samenhangen met uitkomsten voor verzorgenden, bewoners en familie en met een aantal organisatorische bevindingen. Hieronder wordt beschreven welke uitkomsten onderzocht zijn door middel van *multilevel regressieanalyses* in het analyseprogramma STATA. In de tekst hebben we alleen die items beschreven waarvoor significante resultaten zijn gevonden.

Verzorgenden

- Teamsamenwerking;
- Persoonsgerichte zorg;
- Werkomstandigheden: werkdruk, autonomie, sociale steun van collega's en leidinggevenden;
- Arbeidstevredenheid;
- Taakvariatie en ontwikkelingsmogelijkheden;
- Betrokkenheid;
- Emotionele taakeisen en hulpbronnen;
- Emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid.

Familie

- Tevredenheid met de woonvoorziening;
- Partnerschap in zorg;

- Ervaren zorgbelasting;
- Persoonsgerichte zorg.

Bewoners

- Betrokkenheid bij activiteiten;
- Kwaliteit van leven;
- Psychofarmacagebruik;
- Fixatiemaatregelen.

Organisatorische uitkomsten

- Verloop;
- Verzuim;
- Openstaande vacatures;
- Tijd om vacatures in te vullen.

Verschillen tussen zelfsturende en niet-zelfsturende woonvoorzieningen

Voor een aantal variabelen is onderzocht of er verschillen zijn tussen woonvoorzieningen die zelfsturend werken en die waar dit niet het geval is (waarbij al dan niet zelfsturend zijn is aangegeven door de locatiemanager). Deze verschillen zijn getoetst door middel van een *onafhankelijke t-toets* in SPSS. Hieronder wordt beschreven welke variabelen het betreft.

Manager

- Fte leidinggevende;
- Lagen.

Verzorgenden

- Jaren in dienst;
- Leeftijd;
- Geslacht;
- Opleidingsniveau;
- Aantal uren onder contract;
- Vorm van arbeidscontract;
- Zelfsturing;
- Leiderschap;
- Teamsamenwerking;
- Persoonsgerichte zorg;
- Werkomstandigheden: werkdruk, autonomie, sociale steun van collega's en leidinggevenden;
- Arbeidstevredenheid;
- Emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid;
- Taakvariatie en ontwikkelingsmogelijkheden;
- Emotionele taakeisen en hulpbronnen.

Familie

- Tevredenheid met de woonvoorziening;
- Partnerschap in zorg;
- Ervaren zorgbelasting;
- Persoonsgerichte zorg.

Bewoners

- Betrokkenheid bij activiteiten;
- Kwaliteit van leven;
- Psychofarmacagebruik;
- Fixatiemaatregelen.

Organisatorische uitkomsten

- Verloop;
- Verzuim;
- Openstaande vacatures;
- Tijd om vacatures in te vullen.

6 Referentielijst



6 Referentielijst

- 1 Nijendaal, G.A. van (2014). Wim Drees Stichting, 's-Gravenhage, p. 37-41'.
- 2 Nies, H. & Minkman, M. (2016) De hiërarchie voorbij in de governance. *Lucide*, 2016.
- 3 Zorginstituut Nederland (2017). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 4 december 2017, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg> (bekeken op 28 april 2017).
- 4 V&VN (2016). Excelente zorg: Vijf organisatiethema's voor Excellente Zorg. Geraadpleegd op 10 december 2017, van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema%27s/Excellente%20Zorg/Leiderschap/Thema%27s%20voor%20organisaties.pdf>.
- 5 Lopez, S.H. (2006) *Culture change management in long-term care: a shop-floor view. Politics and Society*, 34: 55-80.
- 6 Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- 7 McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56: 472-479.
- 8 White-Chu, E.G., Graves, W.J., Godfrey, S.M., Bonner, A. & Sloane, P. (2009). Beyond the medical model: the culture change revolution in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10: 370-378.
- 9 World Health Organization. (2010) *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- 10 Campbell, R.J. (2008). Change management in health care. *Health Care Management* 27: 23-39.
- 11 Cummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E. (2009). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006.
- 12 Forbes-Thompson, S., Leiker, T. & Bleich, M.R. (2007). High-performing and low-performing nursing homes: A view from complexity science. *Health Care Management Review*, 32(4): 341-351.
- 13 Pittens, C., Zonneveld, N., Oord-Jansen, van, W. & Minkman, M. (2017). Leiderschap in alle lagen van de organisaties. Literatuurstudie en ex ante analyse. Vilans.
- 14 Lange, J. de, Willemsse, B., Smit, D. & Pot, A.M. (2011). Monitor Woonvormen Dementie. *Tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 15 Van Rijn, M.J. (2014). *Kamerbrief over Kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 16 Anderson, R.A., Ammarell, N., Bailey, D.E., Colon-Emeric, C., Corazzini, K., Lekan-Rutledge, D., Piven, M.L. & Utley-Smith, Q. (2005). The power of relationship for high-quality long-term care. *Journal of Nursing Care Quality* 20: 103-106.
- 17 Castle, N.G. & Decker, F.H. (2011). Top management leadership style and quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 51(5), 630-642.
- 18 Wong, C. & Cummings, G.G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15: 508-521.
- 19 O'Neil, E., Morjikian, R.L., Cherrer, D., Hirschhorn, C. & West, T. (2008). Developing nurse leaders: An overview of trends and programs. *Journal of Nursing Administration*, 38: 178-183.
- 20 Huijsman, R. (2013). Hoe slaagt de MOL? Management, Organisatie & Leiderschap voor toekomstige ouderenzorg. Geraadpleegd op 11 november 2017, van file:///H:/Downloads/Oratie_Robbert_Huijsman%20(2).pdf
- 21 Avolio, B.J., Bass, B.M. & Jung, D.I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the multifactor leadership questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 72(4): 441-462.
- 22 Jeon, Y., Conway, J., Chenoweth, L., Weise, J., Thomas, T. H. T., & Williams, A. (2014). Validation of a clinical leadership qualities framework for managers in aged care: A Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 999-1010. doi: 10.1111/jocn.12682
- 23 Wang, G., Oh, I. S., Courtright, S. H., & Colbert, A. E. (2011). Transformational leadership and performance across criteria and levels: A meta-analytic review of 25 years of research. *Group & Organization Management*, 36(2), 223-270.
- 24 Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J. & Brenner, S. O. (2008). The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work & Stress*, 22, 16-32.
- 25 Weberg, D. (2010). Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly*, 34, 246-258.
- 26 KPMG (2017). *Van goed naar geweldig door leiderschap. Over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg*.
- 27 Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership*. Psychology Press.

- 28 Maurits, E., De Veer, A., Spreeuwenberg, P. & Franke, A. (2015). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Cijfers en trends*. Utrecht: Nivel.
- 29 Weert, T. J. van, Dulmen, S. van, & Bensing, J. (2006). *Tevreden verzorgenden bejegenen demente bewoner positiever. TvT Tijdschrift voor Verzorgenden*, 3-5.
- 30 Smit, D., Lange, J. de, Willemse, B., & Pot, A. M. (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(5), 722-732.
- 31 Willemse, B. M. (2016). Working conditions and person-centredness of the dementia care workforce: Impact on quality of care, staff and resident well-being.
- 32 Rijn, M. van (2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- 33 Visser, C., & Bunjes, A. (1995). Zelfsturende teams. *Handboek Methoden, technieken en analyses*. Deventer: Kluwer.
- 34 Yeatts, D. E., Cready, C., Ray, B., DeWitt, A. & Queen, C. (2004). Self-managed work teams in nursing homes: implementing and empowering nurse aide teams. *The Gerontologist*, 44, 256-261.
- 35 Peeters, M. C., De Jonge, J., & Taris, T. W. (Eds.). (2013). *An introduction to contemporary work psychology*. John Wiley & Sons.
- 36 Taskforce Waardigheid en Trots (2016). *Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling. Samen werken aan kwaliteit van leven voor bewoners in verpleeghuizen*.
- 37 Vroemen, M. (1995). *Werken in teams: Samen denken en doen*. Kluwer, Deventer.
- 38 Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). *Vrijheidsbeperking in de langdurige zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 39 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->.
- 40 De Jonge, H.M. (2017). *Kamerbrief Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 41 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.
- 42 Waring, J. & Bishop, S. (2009). "Water cooler" learning: knowledge sharing at the clinical "backstage" and its contribution to patient safety. *Journal of Health Organization and Management*, 24 (4), 325-342.
- 43 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.
- 44 Carless, S.A., Wearing, A.J., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3).
- 45 Jeon, Y., Conway, J., Chenoweth, L., Weise, J., Thomas, T. H. T., & Williams, A. (2014). Validation of a clinical leadership qualities framework for managers in aged care: A Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 999-1010. doi: 10.1111/jocn.12682
- 46 Trimbos-instituut (2010). *Eenduidigheid in Visie op Zorg*. Gedownload op 5 december 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/d7f965e8-0103-4c84-bb3a-b1036c70911d.pdf>.
- 47 Porock, D., & 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.
- 48 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.
- 49 De Jonge, J., Willemse, B. & Spoor, E. (2011). *De verkorte DISC Vragenlijst Nederlandse versie 3.0*. Eindhoven: Technische Universiteit.
- 50 Schaufeli, W. & Dierendonck, D. van, (2000). *UBOS: Utrechtse Burnout Schaal: Handleiding*. SWETS Test Publishers: Consulting Psychologists Press, Inc.
- 51 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.
- 52 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.
- 53 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>.
- 54 Pot, A.M., Dyck, R. van, & Deeg, D.J.H. (1995). *Ervaren druk door informele zorg. Constructie van een schaal. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 26, 214 - 219.
- 55 Porock, D., & 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.



Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking zijn actuele onderwerpen in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. In deze publicatie leest u over dit thema op basis van resultaten van de Monitor Woonvormen Dementie. De uitgave biedt aanknopingspunten voor verdere verbetering van de aansturing en samenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Deze uitgave maakt deel uit van een serie publicaties op basis van de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie (2016/2017). De andere drie uitgaven gaan in op: 1) *trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie (2008/2017)*, 2) *informele zorg* en 3) *onbegrepen gedrag*. De Monitor Woonvormen Dementie wordt sinds 2008 uitgevoerd door het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut, 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 en ondersteuning aan mensen met dementie en hun mantelzorgers, en de deskundigheid van zorgverleners gedurende het hele ziekteproces.