



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007. De gegevens mogen met bronvermelding (H.Merten, A.P.A. van Beek, D.L. Gerritsen, M.P. Poortvliet J.R.J. de Leeuw, C. Wagner, *Dagelijkse bezetting van personeel en de kwaliteit van leven van bewoners met psychogeriatrische problemen*, NIVEL 2007) worden gebruikt.



Dagelijkse bezetting van personeel en de kwaliteit van leven van bewoners met psychogeriatrische problemen

H. Merten
A.P.A. van Beek
D.L. Gerritsen
M.P. Poortvliet
J.R.J. de Leeuw
C. Wagner



ISBN 978-90-6905-8603

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doelstelling van het onderzoek	9
1.3 Indeling van het rapport	11
2 Methode	13
2.1 Werving instellingen en afdelingen onderzoeksfase 1	13
2.2 Beschrijving enquêtes onderzoeksfase 1	14
2.3 Werving afdelingen onderzoeksfase 2	14
2.4 Beschrijving van de meetinstrumenten onderzoeksfase 2	15
2.5 Data analyse	19
3 Fase 1: een inventarisatie van de dagelijkse bezetting binnen instellingen en BOPZ-afdelingen	21
3.1 Verzamelde gegevens in de eerste onderzoeksfase	21
3.2 Dagelijkse bezetting in zorginstellingen	22
3.3 Oordeel van de instellingen over de zorgverlening	24
3.4 Kenmerken van BOPZ-afdelingen	26
3.5 Dagelijkse bezetting op BOPZ-afdelingen	27
3.6 Oordeel van de BOPZ-afdelingen over de zorgverlening	28
4 Fase 2: Randvoorwaarden, dagelijkse bezetting en kenmerken van 12 BOPZ-afdelingen	31
4.1 Verzamelde gegevens op de afdeling	31
4.2 Randvoorwaarden van de afdeling	33
4.3 Dagelijkse bezetting op de afdelingen	34
4.4 Kenmerken van de afdeling	38
5 Fase 2: Zorgverlening op de afdelingen, kwaliteit van leven van bewoners en de relatie met de dagelijkse bezetting van personeel	43
5.1 Kwaliteit van de zorgverlening	43
5.2 Kwaliteit van leven van bewoners op de afdelingen	45
5.3 Best-practice dagelijkse bezetting en kwaliteit van leven van bewoners	50
5.4 De relatie tussen dagelijkse bezetting en de kwaliteit van de zorgverlening	53
5.5 De relatie tussen dagelijkse bezetting en kwaliteit van leven	54
6 Conclusie en beschouwing	59
6.1 Variatie in de bezetting van BOPZ-afdelingen en instellingen	59
6.2 De dagelijkse bezetting op 12 BOPZ-afdelingen en de kwaliteit van leven van bewoners	61
6.3 Kanttekeningen bij het onderzoek en aanbevelingen voor de toekomst	63
Literatuur	67

Voorwoord

Wat zou het mooi zijn om genoeg goed opgeleid personeel te hebben om aan de zorgbehoefte van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen te kunnen voldoen. Binnen een bedrijf is veelal duidelijk dat er voldoende middelen en materialen aanwezig moeten zijn om tot een goed product te kunnen komen. In verpleeg- en verzorgingshuizen is het “product”, de kwaliteit van leven van bewoners, minder makkelijk vast te stellen en is vaak niet duidelijk wat bijvoorbeeld de beste personele bezetting is om een groep bewoners verantwoorde zorg te kunnen bieden. Daarnaast moet nog wel eens zorg worden verleend onder sub-optimale omstandigheden door een gebrek aan voldoende opgeleid personeel.

In het onderhavige onderzoek is de eerste stap gezet om meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen de dagelijkse bezetting in verpleeg- en verzorgingshuizen en de kwaliteit van leven van bewoners. Het onderzoek heeft betrekking op psychogeriatrische afdelingen in verpleeghuizen. Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van ActiZ, de organisatie van zorgondernemers.

In het rapport wordt ingegaan op de variatie tussen verpleeghuizen in dagelijkse bezetting van personeel en wordt tevens nagaan in hoeverre de dagelijkse bezetting op de afdeling van invloed is op de kwaliteit van leven van bewoners. Aan de hand van de onderzoeksresultaten zijn best-practices voor een optimale dagelijkse bezetting benoemd.

Op deze plaats willen wij de verpleeghuizen en afdelingen die deel hebben genomen aan het onderzoek hartelijk bedanken voor hun medewerking. Zonder hen was het onderzoek niet mogelijk geweest. Daarnaast bedanken wij Mw. Dr. I. Heesbeen (ActiZ) en Dhr. Drs. H. Kouwenhoven (ActiZ) voor hun waardevolle bijdrage aan het onderzoek.

De resultaten vragen om actie en laten zien dat naast de instellingen zelf ook beleidsmakers en brancheorganisaties een taak hebben of een rol kunnen spelen in het stimuleren van een optimale dagelijkse bezetting. Dit betekent soms meer, maar vooral ook voldoende deskundig personeel.

Cordula Wagner,
Programmaleider kwaliteit

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Al jaren is een tendens zichtbaar waarin de zorgzwaarte van bewoners in verpleeghuizen toeneemt, omdat bewoners met minder complexe co-morbiditeit en minder zorgafhankelijkheid langer thuis of in een verzorgingshuis blijven. Deze geleidelijke verschuiving naar een meer zorgbehoeftige doelgroep in verpleeghuizen is niet gepaard gegaan met een verandering van het personeel qua aantal, opleidingsniveau en competenties. Het is daarom de vraag in hoeverre het personeel binnen de verpleeghuissector nog voldoende is toegerust om de steeds complexer wordende zorg verantwoord en kwalitatief goed te kunnen leveren (RVZ, 2003). Daarnaast is het voor de zorginstellingen wegens beperkte financiële middelen en regionale personeelstekorten vaak niet mogelijk voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken. Dit kan leiden tot een minimale dagelijkse bezetting, waardoor het bieden van cliëntgerichte zorg onder druk kan komen te staan en de kwaliteit van leven van bewoners kan afnemen.

De zorgverlening dient bij te dragen aan de kwaliteit van leven van bewoners. Kwaliteit van leven is een multi-dimensionaal begrip waarin een somatisch, psychisch en sociaal concept te onderscheiden zijn (Van Nispen et al., 2005). ActiZ, de organisatie van zorgondernemers, onderscheidt vier dimensies van kwaliteit van leven van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen: lichamelijk welbevinden, woon- leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Deze domeinen vormen ook de basis voor de Normen voor verantwoorde zorg (2005) die door alle veldpartijen gezamenlijk zijn ontwikkeld en het onlangs ontwikkelde model *Zorg-/Leefplan*. Hoewel kwaliteit van leven altijd deels afhankelijk is van gebeurtenissen in het leven van de bewoner, is de verwachting dat goede zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven van bewoners. Met name bewoners met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen vormen een kwetsbare groep in de ouderenzorg, omdat zij hun wensen en behoeften vaak moeilijk kenbaar kunnen maken. Bovendien hebben zij dikwijls te maken met een continue achteruitgang in hun cognitief en lichamelijk functioneren. Langdurige zorg voor ouderen met dementie wordt met name verstrekt door verpleeghuizen op psychogeriatrische afdelingen. Op deze gesloten BOPZ¹-afdelingen wonen bewoners met psychogeriatrische problematiek in groepsverband. Zij brengen hun dag overwegend door in de gezamenlijke huiskamers en vaak delen zij hun slaapkamer met één of meerdere bewoners. Uit een rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg blijkt dat de zorgverlening in verpleeghuizen met name voor psychogeriatrische bewoners op bepaalde punten te kort schiet. Zo is er onvoldoende hulp aanwezig bij de maaltijden en door gebrek aan toezicht worden psychogeriatrische bewoners gefixeerd (Rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004). Ook verzorgenden zelf vinden dat zij door de hoge werkdruk en

¹ Wet Bijzonder Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen

personeelstekorten onvoldoende zorg kunnen bieden aan bewoners (Factsheet AVVV, 2004).

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de dagelijkse bezetting op de afdeling van belang lijkt voor de geleverde zorgverlening, maar dat dit verband niet eenduidig is. Uit een onderzoek van Schnelle et al. (2004) in de Verenigde Staten kwam naar voren dat met name de instellingen met een zeer hoge bezetting van personeel een betere kwaliteit van zorg bieden dan instellingen met een lagere bezetting. Toch voldoen ook de competenties (kwalificaties) van de medewerkers van die zorginstellingen met een hoge personeelsinzet niet aan de minimumeis die in de VS wordt gesteld. Uit recent onderzoek in Nederland komt naar voren dat een hogere werkdruk van medewerkers samenhangt met een lagere kwaliteit van zorg op de afdeling. Het hebben van meer medewerkers op een afdeling leidt niet per definitie tot een betere kwaliteit van zorg; met name de wijze waarop medewerkers worden ingezet lijkt van belang (van Beek et al., 2004). De dagelijkse bezetting hangt ook samen met het verloop van personeel. Hoe lager de bezetting, des te hoger is het verloop van personeel (Castle et al., 2006).

In Nederland worden in de V&V-sector vijf kwalificatieniveaus onderscheiden: de zorghulp (niveau 1), de helpende (niveau 2), de verzorgende (niveau 3) en de verpleegkundige (niveau 4 en 5) (LCVV, 2001). In totaal werkten in 2002 122.061 medewerkers in verpleeghuizen (77.618 FTE) en met name verzorgenden (niveau 3) worden ingezet in de V&V-sector (Brancherapport Care, 2003).

Het belang van een specifiek passende inzet van personeel en bepaalde werkzaamheden wordt onderschreven in meerdere studies door zowel verzorgenden als bewoners. Schirm et al. (1999) stelden vast dat verzorgenden een zorgzame houding, respect voor bewoners en 'iets extra kunnen doen' belangrijke aspecten vinden van een goede kwaliteit van zorg. 'Voldoende personeel' is volgens Schirm et al. meer dan enkel het aantal personeelsleden, ook de opleiding (kwalificatie) van het personeel is van belang. In een onderzoek van Van Nispen et al. (2005) benoemden bewoners met name de informele contacten met verzorgenden als een belangrijke factor voor hun lichamelijke gezondheid. Naast het aantal medewerkers en hun competenties blijken dus ook de mogelijkheden voor 'extra' activiteiten in de dagelijkse bezetting van belang voor een goede kwaliteit van zorg.

Er zijn verschillende factoren die de dagelijkse bezetting op de afdeling kunnen beïnvloeden. Belangrijke aspecten zijn onder andere de financiële situatie van de afdeling, de zorgbehoefte van bewoners en het verzuim van medewerkers op de afdeling. Ook de leiderschapsstijl van de leidinggevende (Leggatt, 2003) en de cultuur op de afdeling (Scott et al., 2003) kunnen de werkzaamheden en prestaties op de afdeling beïnvloeden. De cultuur op de afdeling kan van invloed zijn op de werkzaamheden die op de afdeling worden uitgevoerd, bijvoorbeeld in de nadruk die de leidinggevende en medewerkers leggen op de informele contacten met bewoners.

De laatste jaren is er ook meer aandacht voor de woonomgeving van bewoners. Rantz et al. (1998) benoemt onder andere de sfeer, veiligheid en de omgeving als belangrijke aspecten van de kwaliteit van zorg.

Hoe de relatie tussen dagelijkse bezetting, manier van zorg verlenen en kwaliteit van leven er precies uitziet is momenteel niet duidelijk. Hierdoor is het lastig voor de sector

om gerichte en effectieve verbeterinitiatieven op te zetten, en moeilijk om aan te geven wat de sector voor de komende jaren precies nodig heeft om de bestaande problemen op te lossen. Naar verwachting zal een goede personeelsbezetting bijdragen aan de kwaliteit van leven van de bewoners.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Momenteel is nog weinig bekend over de bijdrage van de dagelijkse bezetting op afdelingen aan de kwaliteit van de zorgverlening op de afdeling en, daarmee samenhangend, aan de ervaren kwaliteit van leven van bewoners. Daarnaast ontbreekt informatie over de randvoorwaarden die de dagelijkse bezetting op de afdeling kunnen bevorderen en belemmeren.

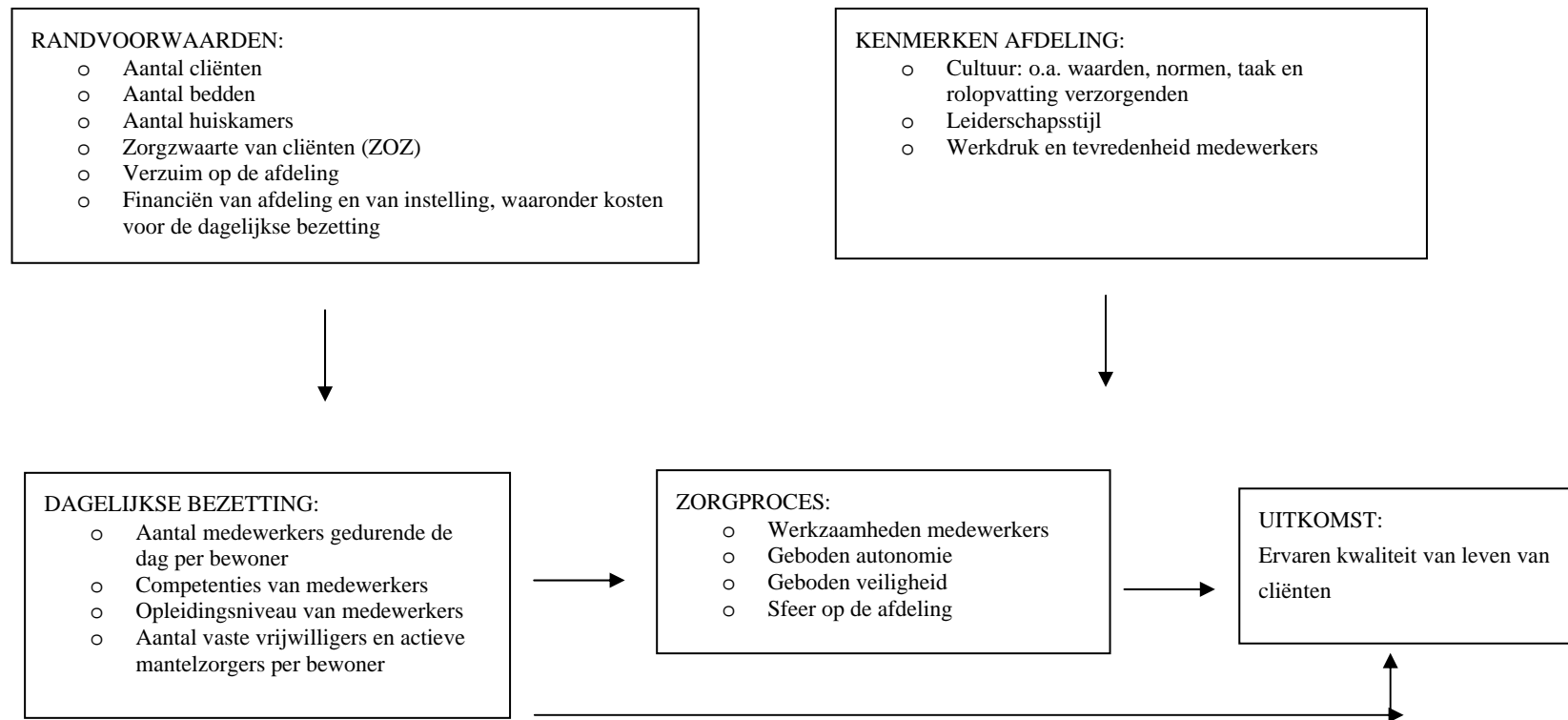
Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de variatie tussen instellingen die verpleeghuiszorg bieden in de dagelijkse bezetting van het personeel en nagaan in hoeverre de dagelijkse bezetting op de afdeling van invloed is op de kwaliteit van leven van bewoners. Aan de hand van de onderzoeksresultaten zullen, indien mogelijk, best-practices voor een optimale dagelijkse bezetting worden opgespoord. Het onderzoek richt zich expliciet op BOPZ- afdelingen voor bewoners met dementie.

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek dat bestaat uit twee onderzoeksfasen.

De eerste fase van het onderzoek heeft een inventariserend karakter. Het doel van deze eerste fase is inzicht krijgen in de dagelijkse bezetting binnen instellingen en op BOPZ-afdelingen, te inventariseren in hoeverre de dagelijkse bezetting stabiel is over de tijd en de kwaliteit van de geleverde zorg in instellingen en op afdelingen. Tot slot is nagegaan welke randvoorwaarden een relatie hebben met de dagelijkse bezetting.

Tijdens de tweede fase van het onderzoek wordt onderzocht in hoeverre er een verband bestaat tussen de dagelijkse bezetting van het personeel op BOPZ-afdelingen en de kwaliteit van leven van bewoners. Daarbij worden ook andere aspecten die het verband tussen dagelijkse bezetting en kwaliteit van leven kunnen beïnvloeden in kaart gebracht. In figuur 1 wordt het gehanteerde model binnen het onderzoek schematisch weergegeven. De instellingen voor de tweede fase van het onderzoek zijn ingedeeld naar een minimale en maximale bezetting. Met instelling wordt in dit rapport een instelling die verpleeghuiszorg biedt bedoeld.

Figuur 1.1 Onderzoeksmodel: De randvoorwaarden en kenmerken van de afdeling waarvan een invloed wordt verwacht op de relatie tussen dagelijkse bezetting, zorgproces en ervaren kwaliteit van leven van bewoners



In onderzoeksfase 1 wordt een globale inventarisatie rondom dagelijkse bezetting binnen instellingen en BOPZ-afdelingen gemaakt. De volgende onderzoeksvragen kunnen hiermee beantwoord worden:

1. In hoeverre is er variatie in de dagelijkse bezetting tussen afdelingen in instellingen?
2. Welke randvoorwaarden beïnvloeden de dagelijkse bezetting op afdelingen in instellingen?
3. In hoeverre is de dagelijkse bezetting op afdelingen stabiel in de tijd?

Fase 2 Richt zich op de dagelijkse bezetting van 12 BOPZ-afdelingen. Met verschillende methoden zullen gegevens verzameld worden om de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. In hoeverre zijn er best-practices aan te wijzen met een goede zorgverlening en een goede kwaliteit van leven van cliënten waarbij de zorg doelmatig lijkt te worden ingezet?
2. In hoeverre bestaat er een aantoonbare relatie tussen de dagelijkse bezetting op een afdeling en de kwaliteit van leven van bewoners?
3. In hoeverre bestaat er een aantoonbare relatie tussen de dagelijkse bezetting op de afdeling en de kwaliteit van zorg?

1.3 Indeling van het rapport

Dit rapport bestaat uit 6 hoofdstukken, waarin beide fasen van het onderzoek worden besproken. In hoofdstuk 2 worden de gehanteerde onderzoeksmethoden van de eerste en tweede fase van het onderzoek besproken. Hierbij wordt ingegaan op de werving van de instellingen en BOPZ-afdelingen en wordt een beschrijving gegeven van de gebruikte enquêtes voor de eerste fase en de gehanteerde meetinstrumenten voor de tweede fase van het onderzoek. In hoofdstuk 3 worden de resultaten beschreven van fase 1 van het onderzoek. Hoofdstuk 4 beschrijft de respons van de tweede fase van het onderzoek, de randvoorwaarden op de afdelingen, de dagelijkse bezetting en overige kenmerken van de afdelingen. In hoofdstuk 5 wordt de zorgverlening en kwaliteit van leven op de afdelingen beschreven. Hierbij worden BOPZ-afdelingen met een minimale en een maximale bezetting met elkaar vergeleken en wordt nagegaan welke afdelingen kunnen worden getypeerd als best-practice. Daarnaast wordt ingegaan op de relatie tussen dagelijkse bezetting en de kwaliteit van leven van bewoners. Tenslotte volgen in hoofdstuk 6 de conclusies van dit rapport en kanttekeningen bij het onderzoek. In dat hoofdstuk worden eveneens enkele aanbevelingen voor de toekomst gedaan.

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. Het onderzoek bestond uit twee fasen. In de eerste fase zijn enquêtes over de dagelijkse bezetting afgenomen bij instellingen die verpleeghuiszorg bieden en bij BOPZ-afdelingen van die instellingen. In paragraaf 2.1 wordt ingegaan op de werving van de zorginstellingen en de BOPZ-afdelingen. De inhoud van de enquêtes voor de instellingen en afdelingen uit fase 1 wordt in paragraaf 2.2 besproken. Paragraaf 2.3 en 2.4 gaan in op de tweede fase van het onderzoek. In de tweede fase zijn 12 BOPZ-afdelingen van verpleeghuizen nader onderzocht. In paragraaf 2.3 komt de werving van de afdelingen aan bod. Paragraaf 2.4 beschrijft de verschillende meetinstrumenten die in de tweede fase zijn gebruikt. In paragraaf 2.5 wordt ten slotte de data-analyse besproken.

2.1 Werving instellingen en afdelingen onderzoeksfase 1

Voor fase 1 van dit onderzoek zijn door ActiZ adressen aangeleverd van alle lokaties van instellingen die verpleeghuiszorg bieden en bij ActiZ zijn aangesloten. Hieruit is een aselecte steekproef getrokken van 150 zorginstellingen. Er werd gestreefd naar een landelijk representatieve steekproef (regio noord, oost, west, zuid). Dit is belangrijk omdat regionale verschillen een rol kunnen spelen bij problemen in de dagelijkse bezetting en kwaliteit van de zorgverlening (van Beek et al., 2004). In het westen van Nederland bevinden zich de grote steden, hier kan sprake zijn van een groter regionaal personeelstekort en langere wachtlijsten. In het Oosten van het land spelen deze problemen minder.

Voor het invullen van de enquête is gebruik gemaakt van een telefonisch interview. Eind mei 2006 hebben de directies van de 150 instellingen een informatiebrief ontvangen waarin het doel en de opzet van het onderzoek werden uitgelegd. Vervolgens werd in de periode juni-augustus 2006 telefonisch contact opgenomen met de directie van de instellingen. Hierbij werd zo mogelijk een afspraak gemaakt voor een telefonisch interview, voor het afnemen van de enquête over de dagelijkse bezetting. Wanneer invulling via een telefonisch interview niet mogelijk was, bijvoorbeeld wegens tijdgebrek, is de vragenlijst opgestuurd naar de instelling en schriftelijk ingevuld. De enquête is ingevuld door de directie of de kwaliteitsfunctionaris van de instelling.

Daarnaast werden via de directie BOPZ-afdelingen voor het onderzoek benaderd. De directie werd gevraagd de naam van een BOPZ-afdeling en afdelingshoofd te noemen. Zodra de contactgegevens van het afdelingshoofd bekend waren is deze benaderd voor deelname aan het onderzoek. De vragenlijst is vervolgens via e-mail naar het afdelingshoofd toegestuurd.

2.2 Beschrijving enquêtes onderzoeksfase 1

Enquête voor de instellingen

De enquête voor instellingen bestond uit een aantal onderdelen. In het eerste deel van de enquête is gevraagd welke typen zorg de instelling levert en of men zich onderscheidt van andere instellingen voor wat betreft visie, aanpak of opzet. Vervolgens werd een aantal vragen gesteld omtrent de zorgzwaarte van de bewoners die in de instelling verblijven. Om inzicht te krijgen in de dagelijkse bezetting is daarnaast een aantal vragen gesteld over het aantal medewerkers binnen de instelling, de aanwezige competenties, en het aantal vrijwilligers. Vervolgens werden er enkele vragen gesteld over de financiële situatie. De enquête werd afgesloten met een aantal vragen over het eigen oordeel van de instelling over de dagelijkse bezetting en de geleverde zorg.

Enquête voor de BOPZ-afdelingen

Ook de enquête voor de BOPZ-afdelingen bestond uit een aantal onderdelen. De enquête werd ingevuld door een afdelingshoofd of iemand met een vergelijkbare functie. Het eerste deel van de enquête bestond uit een aantal vragen over de grootte en opzet van de betreffende BOPZ-afdeling. Vervolgens werd een aantal vragen gesteld over de zorgzwaarte van de bewoners die op de afdeling verblijven. Het volgende gedeelte bestond uit een aantal vragen over de dagelijkse bezetting op de afdeling en hoe dit verdeeld is over de dag. Ook in deze enquête werd een aantal vragen gesteld over vrijwilligers en mantelzorgers op de afdeling. Daarna volgden vragen over de zorgvisie van de afdeling en over de financiële situatie. De enquête werd afgesloten met een aantal vragen over het eigen oordeel van de afdeling over de kwaliteit van de geboden zorg.

2.3 Werving afdelingen onderzoeksfase 2

Op basis van de resultaten van de eerste fase van het onderzoek zijn afdelingen ingedeeld in afdelingen met een minimale en afdelingen met een maximale dagelijkse bezetting van personeel. Hierbij is uitgegaan van de volgende criteria:

- a. opleidingsniveau van medewerkers (aantal medewerkers aanwezig met niveau 4/5 op de afdeling)
- b. competenties van medewerkers (aanwezigheid specifieke competenties op de afdeling)
- c. aantal vaste vrijwilligers en mantelzorgers per bewoner (aanwezigheid vaste vrijwilligers op de afdeling)
- d. aanwezigheid van medewerkers per bewoner gedurende verschillende momenten van de dag op de afdeling.

In totaal hebben 38 afdelingen een uitnodiging ontvangen voor deelname aan de 2^e fase van het onderzoek. Tien afdelingen hebben uiteindelijk hun medewerking toegezegd. Dit waren 6 afdelingen met een minimale bezetting en 4 afdelingen met een maximale bezetting volgens de criteria. Daarnaast is een oproep geplaatst voor deelname aan het onderzoek op het ledennet van ActiZ. Twee afdelingen hebben zich naar aanleiding van deze oproep aangemeld. Deze twee afdelingen hadden een maximale bezetting volgens de selectiecriteria.

2.4 Beschrijving van de meetinstrumenten onderzoeksfase 2

In het tweede deel van het onderzoek is een groot aantal gegevens verzameld op de 12 BOPZ-afdelingen om een mogelijk verband tussen de personeelsbezetting en de kwaliteit van leven van bewoners vast te stellen. Iedere afdeling is in de periode november-januari gedurende twee dagen bezocht, waarbij diverse metingen zijn verricht. Hieronder worden de meetinstrumenten beschreven die tijdens de tweede fase zijn gebruikt aan de hand van de onderwerpen die in de meetinstrumenten aan de orde komen.

Dagelijkse bezetting

Informatie over de dagelijkse bezetting is verkregen via een interview met het afdelingshoofd. Hierbij is gevraagd naar de inzet van gekwalificeerd en ongekwalificeerd personeel in de zorgverlening, de aanwezigheid van specifieke competenties van medewerkers en het eigen oordeel van het afdelingshoofd over de bezetting.

Kwaliteit van leven van bewoners

De kwaliteit van leven is gemeten met de observatielijsten ‘Zicht op eigen leven’ (Poortvliet et al., 2006). De observatielijsten ‘Zicht op eigen leven’ zijn ontwikkeld voor bewoners met matige tot zeer ernstige cognitieve beperkingen, bijvoorbeeld door dementie, in de ouderenzorg die niet geïnterviewd kunnen worden. Observatielijst 1 is geschikt voor bewoners met matige tot ernstige cognitieve beperkingen. Observatielijst 2 is ontwikkeld voor bewoners met zeer ernstige cognitieve beperkingen waarbij een aantal gedragingen niet meer goed is vast te stellen. De lijsten meten vier domeinen van kwaliteit van leven: lichamenlijk welbevinden, woon-/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. De observatielijsten ‘Zicht op eigen leven’ worden ingevuld door verzorgenden die de bewoner goed kennen; het invullen van de observatielijsten duurt circa 20 minuten. De observatielijsten bestaan uit meerdere, reeds bestaande meetinstrumenten. Hieronder worden de meetinstrumenten kort beschreven. Tabel 2.1 geeft de indeling van de meetinstrumenten over de verschillende domeinen aan.

De Qualidem (Ettema et al., 2005) meet de kwaliteit van leven van bewoners met lichte tot ernstige dementie in de intramurale ouderenzorg. De Qualidem wordt door verzorgenden ingevuld na een observatieperiode van één week. Het meetinstrument bestaat uit negen verschillende subschalen: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen, en iets om handen hebben. Bij mensen met ernstige dementie kunnen een aantal gedragingen niet meer worden geobserveerd, 19 items vallen hierdoor weg. De scoring van de Qualidem geschiedt per subschaal van kwaliteit van leven. De afzonderlijke itemscores worden per subschaal opgeteld. Hoe hoger de score voor de subschalen, des te hoger is de kwaliteit van leven.

Om het lichamenlijk welbevinden van bewoners verder in kaart te brengen, zijn in de observatielijst twee vragen opgenomen die afkomstig zijn uit de Minimum Data Set 2.0 (MDS) van het Resident Assessment Instrument (RAI). De RAI is een internationaal gevalideerd observatie-instrument (Morris et al., 1990; Holtkamp, 2003). De vragen geven inzicht in de aanwezigheid en intensiteit van de pijn van de bewoner in de afgelopen zeven dagen.

De Sociaal Welbevinden Observatie Schaal (SWON) (Gerritsen, 2004) bevat vragen die

betrekking hebben op de sociale interacties van de bewoner in de afgelopen maanden. Personen waarmee de bewoner contact kan hebben zijn de verzorgenden, maar ook bezoek, vrijwilligers, andere bewoners en medewerkers van andere disciplines, zoals de activiteitenbegeleiding. De SWON bestaat uit drie dimensies/subschalen, namelijk affectie, gedragsbevestiging en status. De SWON is toegevoegd aan de observatielijst 'Zicht op eigen leven' omdat het de sociale participatie van bewoners uitgebreider in kaart brengt, dan wanneer men enkel gebruikt maakt van de Qualidem als meetinstrument.

De SWON kan per subschaal worden berekend en met de subtotalen kan een totaalscore worden berekend. Hoe hoger de subtotalen en de totaalscore, des te beter zijn de sociale interacties, en daarmee het sociale welbevinden, van de bewoner.

Tabel 2.1 Indeling van de meetinstrumenten onder de vier domeinen van 'Zicht op eigen leven' (zie ook Poortvliet et al., 2006)

Domeinen Kwaliteit van leven	Onderwerp	Meetinstrument
Domein I Lichamelijk Welbevinden/gezondheid	Zorgrelatie	Qualidem
	Geniet van de maaltijden	Qualidem
	Wil niet eten	Qualidem
	Wil graag (in bed) liggen	Qualidem
	Pijn	RAI
Domein II Woon-/leefsituatie	Zich thuis voelen	Qualidem
	Iets om handen hebben	Qualidem
Domein III Participatie	Sociale relaties	Qualidem
	Sociaal isolement	Qualidem
	Sociaal welbevinden	SWON
Domein IV Mentaal welbevinden	Positief affect	Qualidem
	Negatief affect	Qualidem
	Positief zelfbeeld	Qualidem
	Rusteloos gedrag	Qualidem

Observatielijst 1 komt overeen met de weergegeven instrumenten uit tabel 2.1, en is geschikt voor niet interviewbare bewoners met matige tot ernstige cognitieve beperkingen. Observatielijst 2 is samengesteld voor bewoners met zeer ernstige cognitieve beperkingen of dementie, waarbij een aantal gedragingen niet meer goed is vast te stellen. Deze lijst bevat een verkorte versie van de Qualidem, de vraag over pijn, de SWON en tevens de DS-DAT.

De Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) (Hurley et al., 1992; Steen et al., 2002b) is een observatieschaal die het (on)welbevinden van bewoners met ernstige dementie meet. De DS-DAT is een schaal met negen gedragsitems, die wijzen op negatieve en positieve gevoelens en sensaties. De items zijn: hoorbaar/luidruchtig ademen, negatief stemgebruik, tevreden gelaatsuitdrukking, bedroefde

gelaatsuitdrukking, angstige gelaatsuitdrukking, gefronst gelaat, ontspannen lichaamstaal, gespannen lichaamstaal en onrustige bewegingen. Voor het invullen van de lijst dient de invuller de bewoner vijf minuten te observeren en de aan/afwezigheid van de items te scoren.

De scores op de items kunnen worden opgeteld. Een lage score betekent dat de bewoner een geringe mate van onwelbevinden heeft en een hoge score betekent dat de bewoner een hoge mate van onwelbevinden heeft.

Zorgbehoefte van bewoners

Om de zorgbehoefte van bewoners vast te stellen is de aanwezigheid van lichamelijke (functionele) en cognitieve beperkingen in kaart gebracht. Hiervoor is gebruikt gemaakt van twee meetschalen uit de Minimum Data Set van het Resident Assessment Instrument. Cognitief functioneren is gemeten met de *Cognitieve Problemen Schaal* (CPS) (Morris et al., 1994; Gerritsen et al., 2004). De CPS bestaat uit vijf items. Scores van de CPS variëren tussen 0 (cognitief functioneren intact) tot 6 (zeer ernstige cognitieve beperkingen). Lichamelijk functioneren is in kaart gebracht met de hiërarchie voor Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL-H) (Morris et al., 1999). De ADL-H bestaat uit vier items. De score kan variëren tussen zelfstandig (0) en geheel afhankelijk van anderen (6).

Zorgverlening

De kwaliteit van de zorgverlening is in kaart gebracht met de observatielijst Woonomgeving (van Beek et al., 2004). De observatielijst meet de sfeer op de afdeling, de geboden autonomie en de geboden veiligheid op afdelingen. *Sfeer* wordt gevormd door zeven items. De items gaan in op de omgang tussen medewerkers en bewoners en de mate waarin de afdeling een huiselijke en levendige indruk maakt. De *geboden autonomie* is gemeten met drie items. Deze gaan in op grootte van de kamers, de mate waarin de kamers persoonlijk zijn gemaakt en de mogelijkheid van bewoners om zich te kunnen terugtrekken. De *veiligheid* is onder te verdelen in de veiligheid van de omgeving en de geboden veiligheid door medewerkers. De veiligheid van de omgeving wordt gemeten met drie items: de mate waarin de afdeling is opgeruimd, goed is onderhouden en goed is verlicht. De geboden veiligheid door medewerkers wordt eveneens gemeten met drie items, die gaan over de aanwezigheid van personeel, de mate waarin personeel actief met bewoners bezig is en of medewerkers bewoners bij naam noemen. De scores op de 4 subschalen kunnen variëren van 1 tot 5, waarbij 5 staat voor de meest positieve score.

Tijdens de twee dagen zijn systematisch observaties uitgevoerd op drie verschillende momenten van de dag: tijdens de ochtendzorg (rond 9.00 uur), tijdens de middagmaaltijd (12.00 uur) en in de namiddag (15.30 uur). Dit laatste moment is vaak het moment van de dienstoverdracht op BOPZ-afdelingen. De observatielijst is telkens door 2 personen ingevuld: een onderzoeker van het NIVEL en een personeelslid van de instelling. Dit was meestal de kwaliteitsfunctionaris of een psycholoog. De twee observatoren observeerden telkens dezelfde situatie. Na een observatieperiode van 20 tot 30 minuten vulden zij afzonderlijk de lijst in. Na invulling werden de scores besproken en werden de scores eventueel aangepast.

Overige kenmerken van de afdelingen

Overige kenmerken van de afdelingen die kunnen samenhangen met zorgprocessen op de

afdeling, zijn in kaart gebracht aan de hand van een vragenlijst voor medewerkers en afdelingshoofden. In de vragenlijst wordt allereerst gevraagd naar enkele sociaal demografische en werkgerelateerde kenmerken van medewerkers. Zo is onder andere gevraagd naar leeftijd, opleidingsniveau, functie, specifieke competenties en het aantal jaren dat men werkzaam is op de afdeling. Daarnaast komt een aantal aspecten van de werkbeleving van medewerkers aan de orde, zoals de ervaren werkdruk, de tevredenheid met het werk en de werkcultuur.

De ervaren werkdruk is vastgesteld aan de hand van een set van acht vragen die is ontwikkeld door de Jonge et al. (1995). De vragen behandelen de mate waarin men werkt onder tijdsdruk; met pieken wordt gewerkt; men te hard moet werken; er teveel werk verricht moet worden; men te weinig tijd heeft om het werk af te maken; het werktempo te hoog ligt; het werk geestelijk inspannend is; en het werk te complex is. De vragen worden gescoord van 1 (nooit) tot 5 (altijd): een hogere score duidt op een hogere werkdruk.

Tevredenheid van de medewerkers is vastgesteld met de MAS-GZ (Landeweerd et al., 1996). Deze lijst bestaat uit 21 items die ingaan op de tevredenheid met het afdelingshoofd, promotiemogelijkheden, kwaliteit van zorg, groeimogelijkheden, contacten met collega's, contacten met patiënten en duidelijkheid over werkzaamheden. De vragen worden gescoord van 1 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden); een hogere score duidt op meer tevredenheid.

De cultuur op de afdeling is in kaart gebracht met een verkorte en vereenvoudigde bewerking van de Competing Values Framework Organizational Assessment (Scott-Cawiezell et al., 2005), waarin wordt gevraagd om 6 sets van 4 stellingen te ordenen naar de mate waarmee men het met de stelling eens is. Hierbij krijgen de 4 stellingen een cijfer van 1 tot 4. De stellingen geven een indicatie van de mate waarin de afdeling te typeren is als een grote familie, als innovatief, als marktgericht en als hiërarchisch. Hoe hoger de score op elke dimensie, hoe meer de afdeling als zodanig is te typeren. De scores kunnen variëren van 6 tot 24.

Daarnaast wordt in de vragenlijst ingegaan op het oordeel over de zorgverlening op de afdeling, de persoongerichtheid van verzorgenden in de interactie met bewoners en aspecten die men belangrijk vindt in de zorg. De afdelingshoofden wordt daarnaast nog gevraagd naar de leiderschapsstijl die zij hanteren. De vragen over leiderschapsstijl bestaan uit 11 items die ingaan op de door het afdelingshoofd gegeven begeleiding. De vragen zijn gebaseerd op de vragenlijst 'Leren in teams' (Takens et al., 2003).

Naast de kwantitatieve informatie is ook kwalitatieve informatie verzameld tijdens het onderzoek door middel van interviews met belangrijke disciplines. Naast het afdelingshoofd zijn op iedere afdeling de activiteitenbegeleider, verpleeghuisarts en psycholoog geïnterviewd. Tijdens de interviews werd ingegaan op de werkwijze op de afdeling, de samenwerking met medewerkers van de afdeling en het oordeel over de geleverde zorg.

2.5 Data analyse

In dit rapport worden de gegevens op verschillende wijzen geanalyseerd. In hoofdstuk 3 worden de uitkomsten van de enquêtes over de dagelijkse bezetting uit fase 1 gepresenteerd met beschrijvende statistiek. Met behulp van correlaties wordt gekeken naar de onderlinge samenhang tussen variabelen.

In hoofdstuk vier worden de resultaten van fase 2 van het onderzoek gepresenteerd. In fase 2 werd onderzocht in hoeverre de dagelijkse bezetting van een afdeling is gerelateerd aan de zorgverlening en de kwaliteit van leven van bewoners. Allereerst is nagegaan of afdelingen van elkaar verschillen op belangrijke uitkomsten (t-toets en Kruskal Wallis toets).

Vervolgens zijn verbanden tussen de dagelijkse bezetting en de zorgverlening onderzocht aan de hand van correlaties en een t-toets. Daarnaast is via multi-level analyses nagegaan in hoeverre de dagelijkse bezetting op de afdelingen samenhangt met de kwaliteit van leven van bewoners. De afdelingen zijn voor de multi-level analyses ingedeeld naar een hoge (waarde 1) en een lage dagelijkse bezetting (waarde 0). In paragraaf 4.3 wordt deze indeling in een hoge en lage bezetting toegelicht. In de analyses worden twee niveaus onderscheiden: de 12 afdelingen (niveau 2) en de bewoners die op deze afdelingen verblijven (niveau 1). Het is mogelijk dat de zorgbehoefte van bewoners van invloed is op de relatie tussen dagelijkse bezetting en de kwaliteit van leven van bewoners. In de verschillende multi-level analyses zal daarom telkens worden gecorrigeerd voor lichamelijke en cognitieve beperkingen van bewoners. Wanneer er sprake is van een significant verschil, dan is dit in de tabellen aangegeven met een '*' (sterretje). Hierbij is uitgegaan van een significantieniveau van 5%.

3 Fase 1: een inventarisatie van de dagelijkse bezetting binnen instellingen en BOPZ-afdelingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de eerste fase van het onderzoek beschreven. De eerste fase van het onderzoek had tot doel om een algemeen beeld te geven van dagelijkse bezetting binnen instellingen die verpleeghuiszorg bieden en BOPZ-afdelingen. Hiertoe werd een enquête uitgezet bij 75 instellingen en 45 BOPZ-afdelingen van deze instellingen. In deze fase stonden drie onderzoeksvragen centraal:

1. In hoeverre is er variatie in de dagelijkse bezetting tussen afdelingen in instellingen?
2. Welke randvoorwaarden beïnvloeden de dagelijkse bezetting op afdelingen in instellingen?
3. In hoeverre is de dagelijkse bezetting op afdelingen stabiel in de tijd?

Paragraaf 3.1 beschrijft de respons onder instellingen en afdelingen voor deze eerste fase van het onderzoek. In paragraaf 3.2 wordt de dagelijkse bezetting binnen de zorginstellingen besproken. Hierin wordt eerst ingegaan op een aantal aspecten van dagelijkse bezetting. Vervolgens komt in paragraaf 3.3 het eigen oordeel van de instellingen over de zorgverlening aan bod. Paragrafen 3.4 tot en met 3.6 geven de resultaten van de enquête van de BOPZ-afdelingen weer. Hierbij worden eerst de randvoorwaarden besproken op de afdelingen in paragraaf 3.4. De dagelijkse bezetting komt aan bod in paragraaf 3.5. Tenslotte wordt in paragraaf 3.6 de mening van de afdelingshoofden over de zorgverlening op de BOPZ-afdelingen weergegeven.

3.1 Verzamelde gegevens in de eerste onderzoeksfase

Van de 150 instellingen die in de eerste fase van het onderzoek zijn benaderd hebben uiteindelijk 75 instellingen (50%) meegewerkt aan het onderzoek. De overige instellingen hadden verschillende redenen om niet mee te werken aan het onderzoek. Belangrijkste oorzaken waren het feit dat men nooit meewerkt aan onderzoek, men het te druk had op het moment van het onderzoek en de afwezigheid van contactpersonen in de vakantieperiode.

Niet alle instellingen hadden een BOPZ-afdeling. In totaal zijn er 66 BOPZ-afdelingen benaderd via het afdelingshoofd. Van deze 66 afdelingen hebben in totaal 45 afdelingen (68%) meegewerkt aan het onderzoek. Hieronder vallen drie afdelingshoofden waarbij het lid van de directie van de instelling niet de enquête heeft ingevuld, maar wel contactgegevens van een afdelingshoofd heeft verstrekt. Als redenen voor het niet deelnemen aan het onderzoek werden voornamelijk tijdgebrek en de vakantieperiode genoemd.

In tabel 3.1 is per regio het aantal deelnemende instellingen en BOPZ-afdelingen te zien. De regio's zijn als volgt ingedeeld:

Noord: Groningen, Friesland, Drenthe

Oost: Flevoland, Overijssel en Gelderland

West: Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht

Zuid: Zeeland, Limburg en Noord-Brabant

Tabel 3.1 Indeling deelnemende instellingen en BOPZ-afdelingen per regio

Regio	Instellingen (n=75)	Afdelingen (n=45)
Noord	7	7
Oost	15	8
West	29	17
Zuid	24	13
Totaal	75	45

Uit tabel 3.1 blijkt dat de deelnemende instellingen en BOPZ-afdelingen uit alle regio's van Nederland kwamen. Hiermee is het doel van een landelijke spreiding behaald. Bij zowel de instellingen als de BOPZ-afdelingen is de regio West het beste vertegenwoordigd. Door de hogere bevolkingsdichtheid zijn er in deze regio ook meer instellingen dan in de rest van Nederland (RIVM, 2004). Ook de regio Zuid heeft bij beide enquêtes relatief veel deelnemers, ook hier zijn relatief veel instellingen met verpleeghuiszorg (RIVM, 2004). De regio's Noord en Oost zijn minder vertegenwoordigd bij zowel de instellingen als de BOPZ-afdelingen. Het aantal deelnemers per regio blijkt representatief voor de verdeling van instellingen over Nederland.

3.2 Dagelijkse bezetting in zorginstellingen

Verskil in dagelijkse bezetting per afdeling

Zevenenveertig instellingen (63%) gaven aan dat er een verschil is per afdeling in de aantallen verzorgend personeel voor de dagelijkse verzorging van bewoners. Aan deze instellingen werd vervolgens gevraagd waarop het aantal helpenden en verzorgenden per afdeling gebaseerd wordt. In tabel 3.2 zijn de verschillende categorieën waarop het aantal helpenden/verzorgenden wordt gebaseerd beschreven. In de tweede kolom van de tabel wordt het aantal instellingen vermeld dat aangaf dat het aantal verzorgenden en helpenden via de betreffende categorie bepaald werd. Het was mogelijk om meerdere categorieën aan te geven.

Tabel 3.2 Categorieën voor de bepaling van het aantal verzorgenden en helpenden (n=47), meerdere antwoorden mogelijk. Dit zijn de instellingen die aangaven dat er een verschil was tussen afdelingen in aantallen verzorgend personeel

Waarop is het aantal verzorgenden en helpenden gebaseerd?	Aantal instellingen	Valide percentage
Het aantal bewoners op een afdeling (bepaalde ratio, een vaste verdeelsleutel)	29	62%
Ervaring	23	49%
De gemiddelde zorgbehoefte van een afdeling	15	32%
Anders	19	40%

Uit de antwoorden blijkt dat instellingen met name gebruik maken van het aantal bewoners en opgedane ervaringen voor de bepaling van het aantal verzorgenden en helpenden. Momenteel wordt slechts in eenderde van de ondervraagde instellingen de bezetting bepaald aan de hand van de zorgbehoefte op de afdeling. De gemiddelde zorgbehoefte kan hierbij gebaseerd zijn op de ZOZ- index of een andere inschatting van de zorgbehoefte. Daarbij dient opgemerkt te worden dat een oordeel over de zorgbehoefte ook kan voortkomen uit eerder opgedane ervaringen.

De categorie anders werd door 19 instellingen aangegeven. Onder deze categorie viel bijvoorbeeld de bepaling aan de hand van de doelgroep, een vastgestelde begroting, de mening van medewerkers of de verdeling van het aantal erkende bedden.

Bepaling kwalificatieniveau

Op de vraag hoe het kwalificatieniveau op een afdeling bepaald werd gaven 68 van de 75 instellingen antwoord. In onderstaande tabel is te zien hoe men het kwalificatieniveau op een specifieke afdeling bepaalt. Omdat de vraag een open karakter had kunnen antwoorden in meerdere categorieën ingedeeld worden. Vooral de zorgvraag/zorgzwaarte van de bewoners en doelgroep werden door de instellingen veel gebruikt om het kwalificatieniveau op een afdeling te bepalen.

Tabel 3.3 Bepaling kwalificatieniveau op een afdeling (n=68), meerdere antwoorden mogelijk

Bepaling kwalificatieniveau op een afdeling	Aantal instellingen	Valide percentage
Zorgvraag/zorgzwaarte/doelgroep	38	56%
Ervaring	14	21%
Vaste ratio	9	13%
Anders	15	22%

Zoals te zien in de tabel gaven 15 instellingen aan het kwalificatieniveau op een andere manier te bepalen. Hierbij werd onder andere genoemd dat men kijkt naar het kwalificatieniveau van medewerkers.

Aanwezigheid specifieke competenties

Naast de hoeveelheid personeel die beschikbaar is binnen een instelling is het ook belangrijk dat een instelling beschikt over medewerkers met specifieke competenties/vaardigheden. Bij 62 instellingen (83%) bleek men te beschikken over medewerkers met specifieke competenties. Drie instellingen gaven geen antwoord op deze vraag. In tabel 3.4 is een overzicht gegeven van een aantal veel voorkomende specifieke competenties/vaardigheden binnen de 62 instellingen. Deze vraag had een open karakter, de instellingen konden meerdere specifieke vaardigheden aangeven.

Tabel 3.4 Overzicht verzorgenden/verpleegkundigen met specifieke competenties/vaardigheden in instellingen (n=62), meerdere antwoorden mogelijk

Specifieke competenties/vaardigheden	Aantal instellingen	Valide percentage
Decubitusspecialist	34	55%
Til/transfer specialist	22	35%
Incontinentiespecialist	9	16%
PDL (Passiviteiten Dagelijks Leven)	4	6%

Ongeveer de helft van de instellingen heeft een decubitusspecialist in dienst, daarnaast is bij ongeveer eenderde van de instellingen een til/transfer specialist in dienst. Buiten de in de tabel genoemde specifieke competenties/vaardigheden werden ook nog een groot aantal anderen genoemd, zoals hygiëne specialist, wondzorg, longverpleegkundige, palliatieve zorg, verpleegartikelen en snoezelen.

Aanwezigheid vrijwilligers

Vrijwel alle instellingen (97%) geven aan dat er vrijwilligers actief zijn binnen de instelling; de overige twee instellingen gaven geen antwoord op deze vraag. Bij één instelling kwamen wel regelmatig vrijwilligers maar kon de instelling het aantal vrijwilligers niet noemen. Gemiddeld waren er per instelling 121 vrijwilligers (range 4-650) actief. Vrijwilligers worden voor verschillende taken ingezet. In tabel 3.5 is een overzicht van de verschillende taken weergegeven. Vrijwilligers helpen het minst bij het voeden van bewoners. Onder de categorie anders vallen onder andere taken als ondersteuning bij kerkdiensten en activiteiten, vervoer van bewoners, winkelhulp en ondersteuning tijdens vakanties.

Tabel 3.5 Taken die vrijwilligers binnen instelling uitvoeren (n=73)

Taken	Aantal instellingen	Valide percentage
Ondersteuning bij kleinschalige groeps-activiteiten, zoals muziek, zang of kaarten	72	99%
Ondersteuning bij wandelen/winkelen of uitstapjes van bewoners	71	97%
Individuele bezoeken aan bewoners	63	86%
Ondersteuning feestdagen	62	85%
Koffie/thee rondbrengen	58	80%
Assisteren bij maaltijdverstrekking	56	77%
Voeden van bewoners	34	47%
Anders	45	62%

3.3 Oordeel van de instellingen over de zorgverlening

In de enquête werd eveneens gevraagd naar het eigen oordeel over de geleverde zorg binnen de instelling. Ten eerste werd gevraagd een oordeel te geven over de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd verzorgend en helpend personeel. Het was hierbij van belang of de zorg geleverd kon worden die de bewoners nodig hebben. In onderstaande tabel is een overzicht te zien van het eigen oordeel over de hoeveelheid voldoende gekwalificeerd personeel.

Tabel 3.6 Eigen oordeel instellingen over de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (n=71)

Eigen oordeel hoeveelheid voldoende gekwalificeerd personeel	Aantal instellingen	Valide percentage
Ruim voldoende	10	14%
Voldoende	44	62%
Onvoldoende	17	24%
Ruim onvoldoende	0	0%

In totaal gaven 17 instellingen aan de hoeveelheid voldoende gekwalificeerd personeel onvoldoende te vinden om de zorg te kunnen leveren die de bewoners nodig hebben. Geen enkele instelling gaf zichzelf een ruim onvoldoende.

Aan deze 17 instellingen die zichzelf een onvoldoende gaven is vervolgens gevraagd wat de reden hiervan is, er mochten meerdere antwoorden gegeven worden. In tabel 3.7 is een overzicht gegeven van deze redenen.

Tabel 3.7 Redenen onvoldoende gekwalificeerd personeel (n=17)

Reden onvoldoende gekwalificeerd personeel	Aantal instellingen	Valide percentage
Onvoldoende financiële middelen	11	65%
Onvoldoende gekwalificeerde medewerkers beschikbaar in de regio	6	35%
Open vacatures	6	35%
Ziekteverzuim	4	24%
Onvoldoende medewerkers met specifieke competenties/vaardigheden beschikbaar	2	12%
Anders	1	6%

In de tabel is te zien dat de 17 instellingen vooral aangeven dat ze over onvoldoende financiële middelen beschikken. Ziekteverzuim en onvoldoende medewerkers met specifieke competenties/vaardigheden lijken hierbij een minder grote rol te spelen. De vier instellingen die aangeven dat ziekteverzuim een oorzaak is hebben een iets hoger ziekteverzuim dan de overige instellingen.

Vervolgens werd aan de instellingen gevraagd hoe zij de dagelijkse bezetting binnen de eigen instelling beoordelen ten opzichte van andere instellingen in de regio. In tabel 3.8 is een overzicht te zien van de beoordeling die de instellingen zichzelf gaven. Bijna de helft van de instellingen beoordeelt de eigen dagelijkse bezetting als acceptabel ten opzichte van andere instellingen binnen de regio. Slechts één instelling geeft zichzelf het oordeel onvoldoende, deze instelling gaf tevens aan over onvoldoende gekwalificeerd personeel te beschikken.

Tabel 3.8 Beoordeling eigen dagelijkse bezetting ten opzichte van andere instellingen in de regio (n=72)

Eigen beoordeling	Aantal instellingen	Valide percentage
Zeer goed	5	7%
Goed	31	43%
Acceptabel	35	49%
Onvoldoende	1	1%
Slecht	0	0%

De laatste vraag betrof het oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg binnen de eigen instelling ten opzichte van andere instellingen in de regio. In onderstaande tabel is een overzicht van dit oordeel te zien. Meer dan de helft van de instellingen beoordeelt de kwaliteit van zorg binnen de eigen instelling als goed ten opzichte van andere instellingen binnen de regio. Een kwart vindt de kwaliteit van de geleverde zorg van de eigen instelling acceptabel, geen enkele instelling geeft zichzelf de beoordeling onvoldoende of slecht.

Tabel 3.9 Beoordeling eigen kwaliteit geleverde zorg ten opzichte van andere instellingen in de regio (n=72)

Eigen beoordeling	Aantal instellingen	Valide percentage
Zeer goed	5	7%
Goed	48	67%
Acceptabel	19	26%
Onvoldoende	0	0%
Slecht	0	0%

Er bleek een positieve relatie te bestaan tussen het oordeel over voldoende gekwalificeerd personeel en het oordeel over de dagelijkse bezetting ($r = .36, p < .05$). Instellingen met voldoende gekwalificeerd personeel oordelen positiever over de dagelijkse bezetting. Daarnaast oordelen instellingen met voldoende gekwalificeerd personeel en een voldoende dagelijkse bezetting positiever over de kwaliteit van de geleverde zorg (respectievelijk $r = .24, p < .05$ en $r = .63, p < .05$).

3.4 Kenmerken van BOPZ-afdelingen

Het aantal cliënten, hun zorgbehoefte en het aantal huiskamers kunnen van belang zijn voor de geleverde zorg op de afdelingen (zie ook het onderzoeksmodel in paragraaf 2.1). In deze paragraaf worden deze randvoorwaarden voor de zorgverlening besproken voor 45 afdelingen die aan de eerste fase van het onderzoek hebben meegewerkt. Het aantal bewoners op de BOPZ-afdelingen varieerde van 6 tot 63. Het gemiddeld aantal bewoners per afdeling bedroeg 30. Het aantal bedden/plaatsen was gelijk aan het aantal bewoners. Van de 45 deelnemende afdelingen beschikten er 17 (38%) over een tijdelijke opnameplek. Het aantal huiskamers dat aanwezig was op de afdelingen varieerde van 1 tot 9, met een gemiddelde van 3.

Slechts een klein deel van de afdelingen (15) zegt met de ZOZ-index te werken voor het bepalen van de zorgzwaarte van de bewoners op de afdeling. Om een uitspraak te kunnen doen over de gemiddelde zorgbehoefte van bewoners op de deelnemende BOPZ-afdelingen is er een aanvullende vraag opgenomen in de enquête. Hierin werd de afdelingen gevraagd aan te geven hoe zorgbehoefstig de bewoners op de afdeling zijn. In tabel 3.10 is het gemiddeld (range) aantal bewoners per zorgbehoefte categorie te zien. Deze vraag werd ingevuld door 31 afdelingen (69%).

Tabel 3.10 Indeling van de bewoners op de afdeling naar zorgbehoefte (n=31)

Zorgbehoefte bewoners	Gemiddeld (range) weergegeven in aantal bewoners	Percentage van totaal aantal bewoners
Zeer zorgbehoefstig	10 (0-30)	34%
Meer dan gemiddeld zorgbehoefstig	8 (0-22)	27%
Gemiddeld zorgbehoefstig	9 (0-40)	32%
Minder dan gemiddeld zorgbehoefstig	2 (0-11)	7%

In de tabel is te zien dat er slechts weinig bewoners in de groep minder dan gemiddeld zorgbehoefstig vallen. Over het algemeen zijn de bewoners gemiddeld tot zeer zorgbehoefstig.

3.5 Dagelijkse bezetting op BOPZ-afdelingen

De personeelsbezetting kan op verschillende manieren worden bepaald door afdelingshoofden en/of het management van zorginstellingen. Een mogelijkheid is om naar de zorgbehoefte van de bewoners, het aantal bewoners of bewonerkenmerken te kijken en daar de personeelsbezetting op te baseren. Daarnaast kan een afdeling een combinatie van factoren gebruiken om de bezetting te bepalen. In tabel 3.11 is een overzicht gegeven van de factoren waarop de personeelsbezetting bepaald wordt bij de deelnemende afdelingen, alle afdelingen gaven antwoord op deze vraag. Het was toegestaan om meer dan één bepalende factor aan te geven.

Tabel 3.11 Mogelijke factoren voor het bepalen van de personeelsbezetting (n=45), meerdere antwoorden mogelijk

Bepaling personeelsbezetting	Aantal afdelingen	Valide percentage
Op basis van het aantal bewoners dat op de afdeling aanwezig is (bepaalde ratio)	25	56%
Op basis van het personeel dat beschikbaar is	12	27%
Op basis van de zorgbehoefte van bewoners	11	24%
Op basis van andere bewonerkenmerken	0	0%
Anders	16	36%

De meerderheid van de afdelingen stelt de bezetting vast op basis van een vooraf vastgestelde ratio. De beschikbaarheid van het personeel en de zorgbehoefte van bewoners wordt door een kwart van de afdelingen gehanteerd voor het vaststellen van de bezetting. Geen enkele afdeling gebruikt andere bewonerkenmerken. Onder de categorie anders werden onder andere ervaring en het beschikbare budget als mogelijke factoren genoemd.

Aanwezigheid specifieke competenties

De zorgzwaarte van bewoners op BOPZ-afdelingen is de afgelopen jaren toegenomen en het personeel moet met voldoende specifieke competenties toegerust zijn om deze complexere zorg te kunnen leveren. Van de 45 afdelingen gaven er 33 (73%) aan verzorgenden of verpleegkundigen in dienst te hebben met specifieke competenties/vaardigheden. Elf afdelingen (25%) hadden geen verpleegkundige/verzorgende in dienst met specifieke vaardigheden/competenties en 1 afdeling (2%) gaf geen antwoord op deze vraag. In tabel 3.12 is een overzicht te zien van een aantal veel voorkomende specifieke competenties/vaardigheden die genoemd werden. De vraag had een open karakter, men kon meerdere specifieke competenties/vaardigheden aangeven.

Tabel 3.12 Overzicht verzorgenden/verpleegkundigen met specifieke competenties/vaardigheden op afdelingen (n=33), meerdere antwoorden mogelijk

Specifieke competenties/vaardigheden	Aantal afdelingen	Valide percentage
Til/transfer specialist	17	52%
Incontinentiespecialist	12	36%
Decubitusspecialist	11	33%
PDL (Passiviteiten Dagelijks Leven)	7	21%

Een aanzienlijk deel van de 33 afdelingen heeft een til/transferspecialist in dienst. Ongeveer eenderde van de afdelingen heeft een incontinentie specialist in dienst, dit geldt ook voor een decubitusspecialist. Onder de categorie anders werden onder andere de volgende specifieke competenties/vaardigheden genoemd: belevingsgerichte zorg, zintuigactivering, snoezelen, voeding, psychiatrie, werkbegeleiders, hygiëne en kleinschalige zorg.

Aanwezigheid vrijwilligers

Tweënvierde afdelingen geven aan gebruik te maken van vrijwilligers op de afdeling. Gemiddeld zijn er 8 (range 1-50) vrijwilligers actief op de afdeling. Twee afdelingen hebben geen vrijwilligers en één afdeling gaf geen antwoord op deze vraag. Bij 32 afdelingen zijn er ook mantelzorgers actief, gemiddeld 5 per afdeling (range 1-50). Bij elf afdelingen zijn geen mantelzorgers actief, twee afdelingen gaven geen antwoord op deze vraag.

In tabel 3.13 is een overzicht te zien van de taken waarvoor de vrijwilligers en mantelzorgers worden ingezet op de BOPZ-afdeling, deze vraag werd door 43 afdelingen ingevuld. Vrijwilligers en mantelzorgers worden het minst ingezet ter ondersteuning van de feestdagen. Onder de categorie anders vallen taken als: kerkdiensten, bewonersvakantie, assisteren bij in bad doen van bewoners en verkoop van artikelen in de winkel.

Tabel 3.13 Taken die vrijwilligers en mantelzorgers op de afdeling uitvoeren (n=43), meerdere antwoorden mogelijk

Taken	Aantal afdelingen	Valide percentage
Ondersteuning bij wandelen/winkelen of uitstapjes van bewoners	38	88%
Ondersteuning bij kleinschalige groeps-activiteiten, zoals muziek, zang of kaarten	32	74%
Koffie/thee rondbrengen	30	70%
Assisteren bij maaltijdverstrekking	30	70%
Voeden van bewoners	24	56%
Individuele bezoeken aan bewoners	23	54%
Ondersteuning feestdagen	18	42%
Anders	12	28%

3.6 Oordeel van de BOPZ-afdelingen over de zorgverlening

Aan de afdelingen werd gevraagd aan te geven wat zij de drie meest bepalende factoren voor de kwaliteit van leven van bewoners vinden. Een overzicht van de factoren en het aantal afdelingen dat deze factor aangaf is weergegeven in tabel 3.14. De vraag werd door 44 afdelingen ingevuld. In de tabel is te zien dat drie factoren veel genoemd worden, namelijk: de manier waarop verzorgenden tegen bewoners aankijken, de sfeer op de afdeling en specifieke competenties en vaardigheden van verzorgenden. Het activiteitenaanbod, het aantal verzorgenden op de afdeling en het kwalificatieniveau worden minder genoemd als factoren die bepalend zijn voor de kwaliteit van leven van bewoners. Onder de categorie anders werden factoren als de autonomie van de bewoner, het verlenen van vraaggestuurde zorg, het welzijn van de bewoners, de frequentie van

oprechte aandacht voor de bewoners en bewoners het gevoel geven dat ze uniek zijn genoemd.

Tabel 3.14 Factoren die volgens afdelingshoofden bepalend zijn voor kwaliteit van leven van bewoners (n=44), meerdere antwoorden mogelijk

Factoren	Aantal afdelingen	Valide percentage
De manier waarop verzorgenden tegen bewoners aankijken	34	77%
De sfeer op de afdeling	30	68%
Specifieke competenties en vaardigheden van verzorgenden	23	52%
De samenwerking op de afdeling	18	41%
Het activiteitsaanbod	10	23%
Het aantal verzorgenden op de afdeling	8	18%
Het kwalificatieniveau van verzorgenden	8	18%
Anders	8	18%

Aan de afdelingshoofden is gevraagd een eigen oordeel te geven over de zorgverlening op de afdeling. In tabel 3.15 zijn deze oordelen verwerkt in een kruistabel. Deze tabel combineert het eigen oordeel van de afdeling over de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel met het eigen oordeel over de eigen dagelijkse bezetting en de kwaliteit van zorg ten opzichte van andere BOPZ-afdelingen in de regio. In totaal vulden 41 afdelingen zowel de vraag over de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel als het eigen oordeel over de dagelijkse bezetting in. Voor de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel en het eigen oordeel over de kwaliteit van zorg waren dit in totaal 38 afdelingen. De tabel moet als volgt worden gelezen: van de 7 afdelingen die vonden dat ze ruim voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar hadden, waren er drie van mening dat de dagelijkse bezetting ten opzichte van andere afdelingen in de regio goed was.

Tabel 3.15 Kruistabel met het eigen oordeel van de BOPZ-afdelingen

		Oordeel dagelijkse bezetting tov andere afdelingen in de regio				Oordeel kwaliteit van zorg tov andere afdelingen in de regio		
		Zeer Goed	Goed	Acceptabel	Onvoldoende	Zeer Goed	Goed	Acceptabel
Oordeel voldoende gekwalificeerd personeel	Ruim Voldoende	2	3	1	1	3	4	0
	Voldoende	2	13	10	5	3	15	9
	Onvoldoende	0	1	2	1	0	3	1

Uit de tabel valt op dat vijf afdelingen die vinden dat ze voldoende gekwalificeerd personeel hebben, de eigen dagelijkse bezetting ten opzichte van andere afdelingen in regio onvoldoende vinden. Negen afdelingen die vinden dat ze voldoende gekwalificeerd personeel hebben beoordelen de eigen kwaliteit van de geleverde zorg als acceptabel. De vier afdelingen die zeggen onvoldoende gekwalificeerd personeel te hebben beoordelen de eigen kwaliteit van zorg ten opzichte van andere afdelingen in de regio van goed tot acceptabel.

De samenhang tussen voldoende gekwalificeerd personeel en het oordeel van de dagelijkse bezetting ten opzichte van andere afdelingen in de regio was niet significant. Voor de hoeveelheid gekwalificeerd personeel en het oordeel van de kwaliteit van zorg

ten opzichte van andere afdelingen in de regio was er wel een positieve samenhang ($r = .33, p < .05$). Ditzelfde geldt voor het oordeel van de dagelijkse bezetting ten opzichte van andere afdelingen in de regio en het oordeel van de kwaliteit van zorg ten opzichte van andere afdelingen in de regio ($r = .69, p < .05$).

4 Fase 2: Randvoorwaarden, dagelijkse bezetting en kenmerken van 12 BOPZ-afdelingen

In de hoofdstukken 4 en 5 worden de resultaten van de tweede fase van het onderzoek beschreven. In de tweede fase is nagegaan in hoeverre er een relatie bestaat tussen de dagelijkse bezetting van personeel op BOPZ-afdelingen en de kwaliteit van leven van bewoners op deze afdelingen. Daarvoor zijn gegevens verzameld van 12 BOPZ-afdelingen in instellingen. Dit waren zes afdelingen met een maximale bezetting en zes afdelingen met een minimale bezetting.

De resultaten worden besproken aan de hand van het onderzoeksmodel (zie blz. 7). Hoofdstuk 4 behandelt de gegevensverzameling en kenmerken van de deelnemende afdelingen. In paragraaf 4.1 wordt allereerst de respons van bewoners en medewerkers beschreven. In paragraaf 4.2 wordt een beeld geschetst van de participerende afdelingen (randvoorwaarden). De dagelijkse bezetting op de afdelingen wordt besproken in paragraaf 4.3. Paragraaf 4.4 beschrijft werkkenmerken van de afdeling, zoals de ervaren werkdruk van medewerkers, hun werktevredenheid en de cultuur op de afdeling.

4.1 Verzamelde gegevens op de afdeling

Onderzochte bewoners op de afdeling

In totaal zijn gegevens verzameld van 270 bewoners. Voor deze bewoners is, voorafgaande aan het onderzoek, schriftelijke toestemming verkregen van de wettelijke contactpersoon. Voor alle bewoners, waarvoor toestemming is verkregen, is de observatielijst 'Zicht op eigen leven' ingevuld. Deze observatielijst kent twee versies. Observatielijst 1 is geschikt voor bewoners met matige tot ernstige dementie. Observatielijst 2 is bestemd voor bewoners met zeer ernstige dementie, waarbij bepaalde gedragingen niet meer goed zijn vast te stellen. Observatielijst 1 is voor 189 bewoners ingevuld, observatielijst 2 voor 81 bewoners.

Het aantal bewoners dat verblijft op een afdeling varieert van 22 tot 45. De respons is weergegeven in tabel 4.1. De respons is op vrijwel alle afdelingen voldoende, variërend van 63% tot 92% per afdeling. Er is één uitzondering, afdeling 12 heeft met een responspercentage van 43% een relatief lage respons. Op deze afdelingen is slechts een beperkt aantal informed consent formulieren ontvangen van de contactpersonen. De gemiddelde respons van alle afdelingen samen is 74%. We zien geen verschillen in respons percentages tussen afdelingen met een maximale en een minimale bezetting.

De gemiddelde leeftijd van de bewoners is 83 jaar ($sd^1 = 7,6$); de jongste bewoner is 56 jaar, de oudste is 100 jaar oud. Er zijn geen grote verschillen tussen de afdelingen qua

¹ Standaard deviatie

leeftijd van de bewoners. De onderzochte groep bewoners bestaat voor 74% uit vrouwen en voor 26% uit mannen. Afdeling 12 heeft gemiddeld de oudste bewoners (86 jaar). Afdelingen 3 en 8 hebben gemiddeld de jongste bewoners (81 jaar). Er zijn wel verschillen tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke bewoners op de afdelingen. Op afdeling 6 en afdeling 8 zijn relatief veel mannen (respectievelijk 42% en 45%) in vergelijking tot afdeling 12 (15%).

Twaalf procent van alle onderzochte bewoners woont korter dan een half jaar op de afdeling; 32% verblijft sinds zes maanden tot twee jaar op de afdeling. Meer dan de helft van de bewoners (56%) verblijft langer dan twee jaar op de afdeling. Op afdelingen 7 en 8 zijn relatief veel nieuwe bewoners (bij beiden 25% van de bewoners) in vergelijking tot afdelingen 1 en 2 waar respectievelijk 6% en 4% van de bewoners in het afgelopen jaar was opgenomen.

Tabel 4.1 Geretourneerde observatielijsten en de responspercentages per afdeling

	Geretourneerde observatielijsten	Respons %
1	18	66,7
2	25	78,1
3	24	77,4
4	36	80,0
5	22	91,7
6	19	63,3
7	23	74,2
8	20	80,0
9	17	77,3
10	25	83,3
11	28	71,8
12	13	43,3
Totaal	270	73,8

Afdelinghoofden en medewerkers op de afdelingen

Zowel afdelingshoofden als medewerkers op de afdeling is gevraagd een vragenlijst in te vullen. Alle afdelingshoofden van de 12 afdelingen hebben de vragenlijst ingevuld (11 vrouwen en 1 man). De gemiddelde leeftijd van de afdelingshoofden is 43 jaar (sd=8,39). De afdelingshoofden werken gemiddeld 35 uur in de week (variërend tussen 32 en 40 uur) en draaien niet (4x) of incidenteel (8x) mee in de zorg. Twee afdelingshoofden zijn tevens contactverzorgende voor bewoners op de afdeling.

Tabel 4.2 toont het aantal geretourneerde vragenlijsten van medewerkers en het responspercentage op de 12 BOPZ-afdelingen. Het aantal medewerkers op de afdelingen varieert van 21 tot 51 medewerkers, met in totaal 424 medewerkers op alle afdelingen samen. In totaal zijn 253 vragenlijsten geretourneerd, waarbij de totale respons uitkomt op 60%. De respons verschilt tussen de afdelingen van 14% (afdeling 1) tot 90% (afdeling 4).

Tabel 4.2 Aantal medewerkers op de afdelingen en de responspercentages per afdeling

	Geretourneerde vragenlijsten	Respons %
1	4	14,3
2	26	53,1
3	22	59,5
4	46	90,2
5	23	60,5
6	21	65,6
7	17	53,1
8	18	52,9
9	16	76,2
10	30	83,3
11	16	51,6
12	14	40,0
Totaal	253	59,7

De meeste respondenten zijn vrouwen (95%); de gemiddelde leeftijd van de medewerkers is 39 jaar (sd= 11,16). Het gemiddeld aantal uren dat men werkt is 24 uur per week. Medewerkers van alle functieniveaus zijn in de groep van respondenten vertegenwoordigd. Met name verzorgenden (46%) hebben de vragenlijst ingevuld. Van de respondenten was 25% contactverzorgende of EVV², er van bewoners op de afdeling. De respondenten zijn gemiddeld 5 jaar werkzaam op de afdeling, variërend tussen twee weken en 25 jaar.

4.2 Randvoorwaarden van de afdeling

In deze paragraaf worden enkele belangrijke aspecten van de 12 BOPZ-afdelingen die deelnamen aan het onderzoek besproken. Hierbij wordt ingegaan op het aantal bewoners en de zorgbehoefte van bewoners op de afdeling. Dit zijn allen randvoorwaarden die niet goed beïnvloedbaar zijn door zorginstellingen maar die de zorgverlening en de kwaliteit van leven van bewoners wel kunnen beïnvloeden. Het aantal bewoners varieert van 22 tot 45 bewoners per afdeling. Ook het aantal bedden/plaatsen varieert tussen 22 en 45 plaatsen per afdeling. Vrijwel op alle afdelingen waren alle bedden bezet. Slechts op twee afdelingen waren er lege bedden aanwezig. Op één afdeling was er wegens een infectieziekte een opnamestop, wat resulteerde in drie lege bedden. Op de andere afdeling stond één bed leeg. Het aantal gezamenlijke huiskamers verschilt eveneens per afdeling. Het merendeel van de afdelingen beschikt over twee huiskamers. Vier afdelingen beschikken over meer huiskamers, variërend tussen drie en vijf huiskamers. Om een beeld te krijgen van het aantal bewoners per huiskamer is het totaal aantal bewoners op de afdeling gedeeld door het aantal huiskamers van de afdeling. Het aantal bewoners per huiskamer staat vermeld in tabel 4.3. Het gemiddeld aantal bewoners per huiskamer varieert tussen 5,5 en 19,5 bewoners per huiskamer. Afdelingen 2, 5 en 9 kunnen door het aantal bewoners per huiskamer getypeerd worden als meer kleinschalige zorg. De overige afdelingen leveren grootschalige zorg.

In tabel 4.3 wordt ook de zorgbehoefte van de onderzochte bewoners op de afdeling

² Eerst Verantwoordelijk Verzorgende

weergegeven voor wat betreft de aanwezigheid van cognitieve en lichamelijke (ADL³) beperkingen. Zowel de score voor cognitieve beperkingen als de score voor lichamelijke beperkingen loopt van 0 tot 6 (zie ook paragraaf 2.4). De gemiddelde score voor cognitieve beperkingen van alle bewoners samen is 4,3 (sd=1,56), voor lichamelijke beperkingen is dit 3,7 (sd=1,60). Op afdeling 5 is de zorgbehoefte met betrekking tot cognitieve beperkingen het hoogst. Afdeling 8 wordt gekenmerkt door een relatief lage score voor lichamelijke beperkingen. Afdeling 6 heeft in het algemeen de laagste zorgbehoefte.

Tabel 4.3 Aantal bewoners per huiskamer en zorgbehoefte van bewoners: Cognitieve beperkingen (n=264), Lichamelijke beperkingen (n=269)

	Aantal bewoners per huiskamer	Cognitieve beperkingen 0-6 (gemiddelde, sd)	Lichamelijke beperkingen 0-6 (gemiddelde, sd)
1	13,5	4,3 (1,21)	3,7 (1,45)
2	6,4	4,4 (1,71)	4,1 (1,63)
3	15,5	4,6 (1,74)	4,3 (1,74)
4	15	3,7 (1,60)	3,3 (1,76)
5	8	5,3 (0,70)	4,3 (1,36)
6	15	3,4(1,98)	3,2 (1,77)
7	15,5	4,6 (1,44)	4,3 (1,85)
8	12,5	4,4 (1,31)	2,8 (0,72)
9	5,5	4,3 (1,49)	3,5 (1,42)
10	15	3,6 (1,92)	3,6 (1,95)
11	19,5	4,4 (1,17)	3,7 (1,30)
12	15	4,3 (1,38)	4,1 (1,38)
Gemiddeld	13,0	4,3 (1,56)	3,7 (1,60)

4.3 Dagelijkse bezetting op de afdelingen

In een interview met de afdelingshoofden is gevraagd naar de bezetting op de afdelingen. Gevraagd is aan te geven hoeveel verzorgend personeel in FTE⁴ (en van welk kwalificatieniveau) op de afdeling wordt ingezet. Leerlingen zijn in deze bezetting meegerekend. Stagiaires zijn niet meegerekend, omdat zij vaak boventallig worden ingezet. De resultaten van de 12 afdelingen staan beschreven in tabel 4.4.

³ Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

⁴ Fulltime-equivalent; een volledige werkweek van 1 werknemer

Tabel 4.4 Inzet van verzorgend personeel op de afdelingen (N=12): bezetting volgens de selectiecriteria voor deelname aan het onderzoek, de aanwezigheid van verschillende kwalificaties in FTE per bewoner en de indeling in hoge en lage bezetting gebaseerd op de aanwezigheid van gekwalificeerd personeel

	Bezetting volgens selectie	Niveau 3-5 (FTE per bewoner)	Niveau 1-2 (FTE per bewoner)	Activiteiten-begeleiding (FTE per bewoner)	Totaal FTE per bewoner
1	Hoog	0,39	0,16	0,06	Laag
2	Hoog	0,63	0,17	0,06	Hoog
3	Hoog	0,66	0,12	0,07	Hoog
4	Hoog	0,62	0,15	0,04	Hoog
5	Hoog	0,43	0,35	0,04	Hoog
6	Hoog	0,48	0,09	0,03	Laag
7	Laag	0,16	0,04	0,02	Laag
8	Laag	0,40	0,10	0,04	Laag
9	Laag	0,40	0,11	0,06	Laag
10	Laag	0,57	0,02	0,05	Laag
11	Laag	0,23	0,34	0,0	Laag
12	Laag	0,39	0,18	0,05	Laag
Gemiddeld	nvt.	0,45	0,15	0,43	nvt.

Ondanks de overeenkomsten in het aantal bewoners en de aard van de afdelingen, worden verschillende kwalificaties ingezet. Het aantal medewerkers per afdeling varieert van 21 tot en met 51 met een gemiddelde van 35 medewerkers. In tabel 4.4 staat het aantal FTE per functieniveau (per bewoner) beschreven voor iedere afdeling. Uit de tabel komt naar voren dat niet alle afdelingen alle functieniveaus inzetten. Ook zijn er verschillen zichtbaar tussen afdelingen voor de mate waarin hoog gekwalificeerd personeel wordt ingezet (niveau 3, 4 en 5). Naast de inzet van gekwalificeerd personeel worden op alle afdelingen ook ongekwalificeerd personeel ingezet, zoals gastvrouwen en huiskamer assistenten. Deze worden voornamelijk ingezet voor het toezicht in de huiskamers. Daarnaast zijn op alle afdelingen vrijwilligers aanwezig die onder andere activiteiten en/of maaltijden ondersteunen. Deze zijn niet opgenomen in de tabel.

Wanneer men het aantal FTE van gekwalificeerd personeel per afdeling optelt, komt men tot een nieuwe indeling in een hoge en lage bezetting (zie laatste kolom van tabel 4.4). Afdelingen 2 tot en met 5 hebben volgens deze indeling een relatief hoge bezetting (hoger dan 0,8 FTE per bewoner), de overige afdelingen hebben een relatief lage bezetting. Dit betekent dus ook dat afdelingen 1 en 6, die volgens de oorspronkelijke selectiecriteria een relatief hoge bezetting hadden, volgens deze nieuwe indeling een relatief lage bezetting hebben. Deze nieuwe indeling in bezetting komt grotendeels overeen met het oordeel over de bezetting door afdelingshoofden. De afdelingshoofden van afdeling 2 tot en met 6 en afdeling 10 geven aan dat de bezetting voldoende is. De afdelingshoofden van de overige afdelingen geven aan dat de bezetting naar hun oordeel onvoldoende is. De afdelingshoofden van afdeling 6 en 10 beoordelen hun bezetting dus als voldoende, ondanks de relatieve lage bezetting in FTE. Dit kan te maken hebben met de relatief hoge bezetting van hoog gekwalificeerd personeel (niveau 3, 4 en 5) op afdeling 10 en de relatief lage zorgbehoefte van bewoners op afdeling 6. Ondanks het feit dat een deel van de afdelingshoofden aangeeft voldoende bezetting te hebben, betekent dit niet dat zij geen hogere personeelsbezetting zouden willen hebben. Met name de personeelsbezetting

gedurende de avond is volgens een aantal afdelingshoofden een punt van aandacht.

Het aantal FTE van gekwalificeerd personeel (niveau 1 tot en met 5) dat wordt ingezet per bewoner hangt grotendeels samen met het oordeel over de bezetting en de indeling in een hoge en lage bezetting die is gebruikt voor de selectie van instellingen (Spearman's rho respectievelijk 0,60 en 0,71). Het aantal FTE van gekwalificeerd personeel (niveau 1 tot en met 5) per bewoner is gehanteerd als bezettingsmaat in de rest van dit onderzoek; dit zijn vier afdelingen met een hoge bezetting en 8 afdelingen met een lage bezetting (zie laatste kolom van tabel 4.4).

Hieronder worden, ter illustratie, twee voorbeelden gegeven van de dagelijkse bezetting. De 1^e casus behandelt een afdeling met een voldoende bezetting⁵. De 2^e casus geeft een beeld van een afdeling met een onvoldoende bezetting. Casus 1 (afdeling X) heeft minder bewoners heeft per unit en kan, in vergelijking tot casus 2 (afdeling Y), meer en beter gekwalificeerd personeel inzetten. De problemen in casus 2 zijn volgens het afdelingshoofd te wijten aan personeelstekorten van gekwalificeerd personeel in de regio en langdurige ziekte op de afdeling. Beide afdelingen geven aan dat de bezetting met name in de avonduren (specifiek na 21.00 uur) krap is en kan leiden tot problemen.

Casus 1 Afdeling met een voldoende bezetting

Afdeling X bestaat uit 3 units, 2 units verpleging en verzorging en 1 unit voor begeleidingsbehoefte bewoners. De 3e unit, die is gericht op begeleidingsbehoefte bewoners, levert ook zorg aan twee etages van het naastgelegen verzorgingshuis. Iedere unit start de dag met 3 verzorgenden, meestal verzorgenden niveau 3. Op twee units (verpleging en verzorging) komt er een dagdienst bij om 9.45 uur. Om 11.00 uur gaat 1 verzorgende naar huis, de andere vroege diensten werken tot 13.00 uur. Na de ochtendzorg zijn er per unit minimaal 2 verzorgenden aanwezig. Tussen 4 en 6 zijn er vijf verzorgenden voor alle units samen (een van deze verzorgenden richt zich specifiek op de verzorgingshuis etages). Per unit is er continue een verzorgende niveau 3 aanwezig. 's Nachts zijn er 2 verzorgenden (meestal niveau 3) voor alle units samen en de verzorgingshuisetages. Dit betekent in de praktijk een 'vaste' kracht en een 'zwervende' kracht die naar de afdeling komt als dit nodig is. De afdeling telt 7 BIG-verpleegkundigen, incospecialisten en ergocoaches. Zij werken ook in de zorg en instrueren andere medewerkers op de afdeling.

Daarnaast zijn voedingsassistenten aanwezig op unit 1 en 2 van 7.30 uur 's ochtends tot 20.30 uur 's avonds. Unit 3 heeft een gastvrouw van 8.00 tot 13.00 uur en van 17.00 tot 21.00 uur. Overdag zijn, als testpilot, ook stagiaires aanwezig op de huiskamer. Zij houden toezicht, maar hebben geen eindverantwoordelijkheid. De bezetting is op instellingsniveau bepaald, teamleiders maken zelf het rooster. Tijdens de warme maaltijd zijn per unit een verzorgende, stagiaire en voedingsassistente aanwezig.

Toezicht is tussen 7.00 en 21.00 uur gewaarborgd. Op 2 units worden de huiskamers na 21.00 uur samengevoegd, er is dan 1 verzorgende aanwezig. Niveau 4/5 is niet altijd aanwezig op de units, maar bereikbaar via de verpleegkundige dienst. Deze dienst is 24 uur per dag bereikbaar. 's Avonds en 's nachts is de arts bereikbaar via de verpleegkundige dienst.

Oordeel bezetting teamleider: Overdag is bezetting goed, maar 's avonds minimaal. *“Als er iets gebeurt, zit je meteen krap”*.

⁵ Volgens het oordeel van de leidinggevende.

Casus 2 Afdeling met een krappe bezetting

Afdeling Y bestaat uit 2 units. De bewoners zijn niet ingedeeld naar zorgbehoefte. In de praktijk zijn er momenteel veel begeleidingsbehoefte bewoners, met gedragsproblematiek. De afdeling komt momenteel structureel 3FTE te kort en heeft twee langdurig zieken. Instellingsbreed mogen per unit 4 dagdiensten (waaronder 1 voedingsassistent), 2 avonddiensten en 1 nachtdienst worden ingezet. Dit is momenteel niet mogelijk.

De units starten op dit moment met 2 dagdiensten van verzorgend personeel van 7.00 tot 15.30 uur, minimaal 1 van deze 2 medewerkers heeft niveau 3. Er zijn twee avonddiensten: een van 13.30 tot 22.00 uur en een van 14.30 uur tot 23.00 uur. Ook hiervan heeft er minimaal één niveau 3. Daarnaast wordt een tussendienst ingezet op iedere unit van 9.30 tot 18.00 uur. Het niveau van deze tussendienst is afhankelijk van het niveau van de andere diensten. Als er al een medewerker niveau 3 aanwezig is gedurende de dag, is de tussendienst vaak geen medewerker niveau 3. Per unit is er 1 nachtdienst aanwezig van 22.45 tot 7.15 uur. Momenteel is dit vaak een helpende van niveau 2. Er is wel een nachthoofd met niveau 4 oproepbaar. In de ochtend is er dus 1 medewerker te kort per unit. Dit wordt ingevuld met kortere invuldiensten (uit de invalpool van het huis) of het 'lenen' van medewerkers voor een uurtje van een andere unit. Medewerkers uit de invalpool hebben overwegend niveau 2.

In totaal zijn er 4 EVV'ers per unit. Daarnaast heeft iedere unit 1 ergocoach en 1 incontinentie-specialist

Verder is er iedere dag per unit een voedingsassistent van 8.00 tot 16.30. Een unit heeft daarnaast nog 2 dagen in de week de beschikking over een huiskamerassistent van 9.30 tot 18.00 uur. Twee dagen in de week is er ook een stagiaire niveau 4, zij is boventallig.

In de praktijk zijn er 3 mensen bij de warme maaltijd. 2 avonddiensten en de tussendienst.

De afdeling kan niet 7 maal 24 uur toezicht bieden. Overdag is er altijd wel niveau 3 aanwezig, maar 's nachts niet. Niveau 4 is 's nachts wel altijd oproepbaar. Ook de verpleeghuisarts is altijd oproepbaar.

Oordeel leidinggevende: *“De samenwerking is in principe goed, maar de langdurige onderbezetting leidt tot onderlinge frustraties bij medewerkers. Er is geen slechte sfeer, maar er is te weinig tijd om het werk voldoende goed uit te voeren.”*

Geschatte kosten van de dagelijkse bezetting

Tabel 4.5 Functieniveau, functiewaarderingsgroep en gemiddelde werkgeverslasten in 2006

Functieniveau	Functiewaarderingsgroep	Gemiddelde werkgeverslasten 2006
Zorghulp (niveau 1)	15	27,338
Helpende (niveau 2)	25	32.009
Verzorgende (niveau 3)	30 en 35	37.464
Verpleegkundige (niveau 4 en 5)	45	45.129
Activiteitenbegeleider	40	41.380

Tabel 4.6 De kosten voor de verschillende functieniveaus op jaarbasis gebaseerd op de gemiddelde werkgeverslasten van 2006, en het bedrag van personeelskosten per bewoner, weergegeven per afdeling

	Kosten niveau 3-5 op jaarbasis	Kosten niveau 1-2 op jaarbasis	Kosten activiteiten- begeleiding op jaarbasis	Kosten totaal op jaarbasis	Bedrag per bewoner op jaarbasis
1	399.164	140.840	41.380	581.348	21.533
2	768.443	164.372	74.484	1.007.299	31.478
3	785.555	101.151	86.898	973.604	31.407
4	1.067.302	196.106	82.760	1.346.168	29.915
5	396.524	255.728	41.380	693.632	28.901
6	568.523	86.424	41.380	696.327	23.211
7	187.320	32.806	20.690	240.816	7.768
8	382.305	83.223	41.380	506.908	20.276
9	328.185	78.422	59.587	466.194	21.191
10	681.939	19.205	57.932	759.076	25.303
11	344.841	405.236	0	750.077	19.233
12	439.812	172.939	60.829	673.580	22.453

Hoeveel personeel gedurende de dag mag worden ingezet is grotendeels bepaald op instellingsniveau en blijkt weinig flexibel over tijd. De kosten voor de personeelsinzet worden eveneens veelal op het niveau van de instelling geregeld. Om een schatting te maken van de personeelskosten op de afdelingen is uitgegaan van de gemiddelde werkgeverslasten in 2006 per functiewaarderingsgroep. De gegevens zijn gebaseerd op het LKG bestand van ActiZ. Onder werkgeverslasten wordt verstaan: het totaal aan (cumulatief bruto) loon vermeerderd met de werkgeverslasten, premies, sociale verzekeringen en pensioen.

In tabel 4.5 staan verschillende functieniveaus en de functiewaarderingsgroepen die over het algemeen bij de verschillende functieniveaus horen vermeld, tezamen met de gemiddelde werkgeverslasten. Om de kosten voor de afdelingen te berekenen zijn de gemiddelde lasten vermenigvuldigd met het aantal FTE dat wordt ingezet per afdeling. In tabel 4.6 staan de resultaten voor de 12 afdelingen beschreven in Euro's. Uit de tabel komt naar voren dat afdelingen 2 tot en met 5 de meeste personeelskosten maken per bewoner op jaarbasis. Afdeling 7 heeft de laagste de laagste personeelskosten per bewoner. De overige afdelingen zitten tussen deze bedragen in.

4.4 Kenmerken van de afdeling

In deze paragraaf worden werkgerelateerde kenmerken van medewerkers van de twaalf afdelingen beschreven. Hierbij wordt ingegaan op de cultuur van medewerkers op de afdeling, hun taakopvattingen, de ervaren werkdruk en de tevredenheid met het werk.

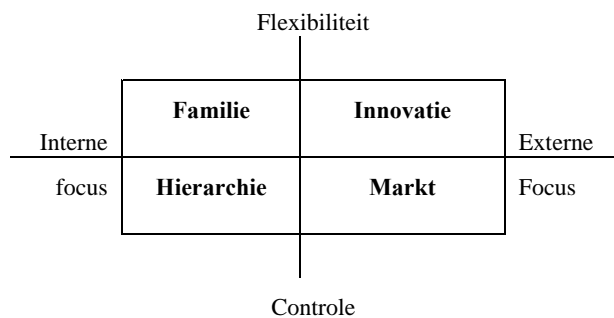
Cultuur op de afdeling

De cultuur op de afdelingen is in kaart gebracht met een aantal vragen die gebaseerd zijn op de Competing Values Framework Organizational Assessment (Scott-Cawiezell et al., 2005). De resultaten geven een indicatie van de mate waarin de afdeling te typeren is als:

één grote familie, innovatief, marktgericht en hiërarchisch. Hoe hoger de score, hoe meer de afdeling als zodanig is te typeren.

Het familietype wordt gekenmerkt door gedeelde waarden en doelen, sterke cohesie en een ‘wij’-gevoel. Het innovatietype kan zich snel aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen. Het markttype is zeer resultaatgericht, competitief en gericht op goed voor de dag komen, hetgeen ten koste kan gaan van individuele bewoners en medewerkers. Het hiërarchietype wordt gekenmerkt door structuur, regels en centrale beslissingen.

De types verhouden zich tot elkaar op twee assen van waardensystemen. De ene as betreft flexibiliteit versus controle, de tweede as betreft de interne dan wel externe focus van medewerkers. Het familie- en innovatietype worden als flexibel bestempeld. Zij hebben decentralisatie en eigen identiteit hoog in het vaandel. Anderzijds worden het markt- en hiërarchietype als meer controlegericht beschouwd; zij kennen een sterke centrale aansturing en zoveel mogelijk uniformiteit. Daarnaast hebben het familie- en hiërarchietype een interne focus; zij zijn gericht op het in stand houden van de huidige situatie. Het innovatie- en markttype hebben daarentegen een externe oriëntatie en zijn gericht op het verbeteren van de huidige situatie. Bovenstaande ziet er schematisch weergegeven als volgt uit:



Tabel 4.7 De cultuurscore voor de 12 afdelingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt

	Familie gemiddelde	Innovatie gemiddelde	Markt Gemiddelde	Hiërarchie gemiddelde
1	11,5	13,0	14,5	21,0
2	19,3	15,1	10,0	15,5
3	18,5	12,8	10,3	18,5
4	17,2	13,9	11,8	17,1
5	19,4	15,9	9,7	15,6
6	20,2	15,5	8,7	15,9
7	18,1	15,1	10,0	16,7
8	20,9	14,4	9,1	15,8
9	18,4	16,9	10,7	14,8
10	18,5	13,9	10,2	17,8
11	15,3	15,4	14,1	15,4
12	15,8	15,4	11,8	15,7
Gemiddeld	18,3	14,7	10,6	16,5

Op de 12 afdelingen is het ‘familie-type’ gemiddeld het sterkst (gemiddelde score 18,3; zie tabel 4.7). Het ‘markttype’ heeft in algemene zin de laagste gemiddelde score (10,6

gemiddeld). De afdelingen variëren echter significant in hun scores op de 4 waardensystemen. Opvallend is het afwijkende scorepatroon van afdeling 1⁶, met een lage score op ‘familie’ en een relatief hoge score ‘markt’. Ook afdeling 11 heeft een relatief hoge score op ‘markt’. Afdelingen 6 en 8 hebben op ‘markt’ de laagste scores. Geen van de afdelingen is als één van de 4 typen te typeren; een bovengemiddelde score op het ene type gaat nergens duidelijk gepaard met een benedengemiddelde score op de andere types.

Het scorepatroon laat wel duidelijke verschillen zien op de afzonderlijke assen, zodat de meeste afdelingen wel te typeren zijn op flexibiliteit en een interne of externe focus. Zo zijn de afdelingen 2, 5, 6 en 8 als flexibel te typeren (bovengemiddelde scores op Familie en Innovatie en benedengemiddelde scores op Markt en Hiërarchie). Zij hebben decentralisatie en zich onderscheiden hoog in het vaandel. Afdeling 4 is daartegenover te beschouwen als controlegericht, met nadruk op centralisatie en integratie. De afdelingen 11 en 12 zijn te beschouwen als extern gericht (bovengemiddelde scores op Innovatie en Markt en benedengemiddeld op Familie en Hiërarchie) en benadrukken het verbeteren van hun marktpositie, terwijl afdeling 10 interngerichte kenmerken heeft en dus wat meer gericht is op het behouden van de bestaande gang van zaken in de organisatie.

Persoonsgerichtheid in de zorg

De mate waarin medewerkers een persoonsgerichte benadering tegenover bewoners aannemen is in kaart gebracht met een aantal stellingen over de wijze waarop zorg aan mensen met dementie kan worden geboden.

Het betrof de volgende stellingen:

- Bij iemand met dementie moet je zelfredzaamheid stimuleren
- Bij iemand met dementie moet je zoveel mogelijk autonomie bieden
- Iemand met dementie moet je privacy bieden.
- Bij iemand met dementie moet je diens eigenheid stimuleren
- Bij de zorg voor iemand met dementie moet je meegaan in zijn/haar belevingswereld.

Tabel 4.8 Stellingen over persoonsgerichtheid in de zorg

	Zelfredzaamheid stimuleren		Autonomie bieden		Privacy bieden		Eigenheid stimuleren		Belevingswereld	
	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld
	% eens	gem.	% eens	gem.	% eens	gem.	% eens	gem.	% eens	gem.
1	50,0	3,0	33,3	3,0	75	4,0	75,0	3,8	100	4,0
2	64,0	3,8	46,2	3,5	73,1	4,0	80,0	4,0	50,0	3,7
3	81,8	4,1	42,1	3,3	95,5	4,6	81,8	4,1	66,7	3,9
4	65,2	3,8	48,8	3,5	80,4	4,2	70,5	3,9	58,7	3,8
5	73,9	3,9	47,1	3,5	95,7	4,6	82,6	4,2	69,6	3,9
6	57,1	3,7	52,9	3,5	90,5	4,2	76,2	3,9	81,0	4,0
7	94,1	4,2	76,5	3,8	82,4	4,4	76,5	4,0	88,2	4,2
8	83,4	3,9	61,1	3,6	88,9	4,1	88,9	4,2	55,6	3,6
9	93,8	4,6	87,5	4,1	87,5	4,4	87,5	4,4	50,0	3,7
10	96,6	3,3	34,6	3,3	83,3	4,2	70,0	3,8	76,7	3,9
11	37,6	3,4	64,3	3,6	93,8	4,4	60,0	3,8	75,0	4,1
12	53,9	3,6	70,0	3,7	100	4,7	100	4,4	92,3	4,2

⁶ Hierbij dient opgemerkt te worden dat slechts weinig medewerkers de vragenlijst hebben ingevuld op deze afdeling.

In tabel 4.8 is te zien welk percentage van de medewerkers het eens of helemaal eens was met de stelling, evenals de gemiddelde score per stelling voor de afdeling. De antwoorden kregen de volgende score: 1) helemaal oneens; 2) oneens; 3) niet eens, niet oneens; 4) eens; 5) helemaal eens.

De meeste medewerkers vinden dat er privacy moet worden geboden aan bewoners. 'Eigenheid stimuleren' is ook een aspect waarmee men het overwegend eens is; deze twee stellingen lieten ook geen significant verschil zien tussen afdelingen. Over 'zelfredzaamheid stimuleren' en 'autonomie bieden' zijn de meningen verdeeld: de gemiddelde scores op deze twee stellingen zijn over het algemeen lager en tevens significant verschillend tussen de afdelingen. Bij deze aspecten van persoonsgerichtheid is het blijkbaar niet vanzelfsprekend dat ze ondersteund moeten worden. Ook de gemiddelde scores op 'meegaan in de belevingswereld' zijn wat lager, maar hier is geen significante variatie tussen de afdelingen te zien.

Taakopvatting

Afdelingshoofden vinden de onderstaande taken het belangrijkste in de zorgverlening:

- creëren van een sfeervolle en gezellige woonomgeving (75%)
- leveren van persoonlijke verzorging aan bewoners (42%)
- betrekken van de familieleden bij de dagelijkse gang van zaken op de afdeling (33%)
- emotionele ondersteuning van bewoners (33%)

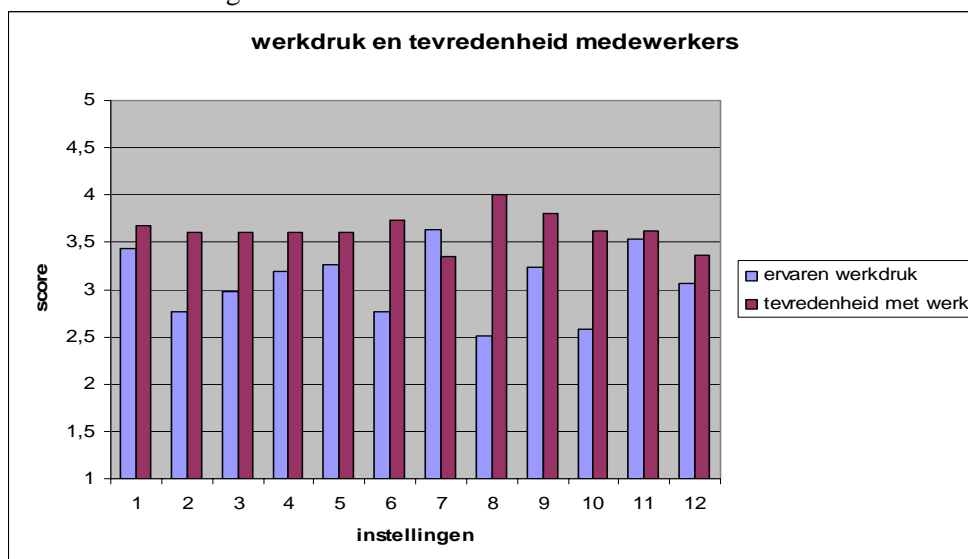
Ook medewerkers vinden het creëren van een sfeervolle en gezellige woonomgeving een belangrijk aspect van de zorgverlening (56%). Daarnaast noemen medewerkers eveneens het leveren van persoonlijke verzorging aan bewoners (62%) en de emotionele ondersteuning van bewoners (45%).

Werkdruk en tevredenheid met het werk

Figuur 4.1 toont de ervaren werkdruk en de tevredenheid met het werk van medewerkers op de afdeling. Ervaren werkdruk wordt gescoord van 1 (nooit) tot 5 (altijd); een hogere score duidt op een hogere werkdruk. Uit figuur 4.1 komt naar voren dat de ervaren werkdruk varieert tussen de afdelingen. De gemiddelde werkdruk van alle afdelingen samen is 3,0 (n=235). Vooral medewerkers van afdeling 7 en 11 ervaren een relatief hoge werkdruk (respectievelijk 3,64 en 3,54).

Werktevredenheid is vastgesteld met de MAS-GZ (Landeweerd et al., 1996) en wordt eveneens gescoord van 1 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden); een hogere score duidt op meer tevredenheid. Voor dit onderzoek is de algemene tevredenheid gemeten. De scores op tevredenheid variëren tussen 3,4 en 4,0. Een score tussen 3,72 en 4,05 duidt op een vrij hoge tevredenheid (Landeweerd et al., 1996). De scores van afdelingen 6, 8 en 9 vallen binnen deze categorie (respectievelijk 3,73, 4,00 en 3,80). De rest van de afdelingen wordt gekenmerkt door een gemiddelde tevredenheid.

Figuur 4.1 Ervaren werkdruk en tevredenheid met werk van medewerkers op de afdelingen



5 Fase 2: Zorgverlening op de afdelingen, kwaliteit van leven van bewoners en de relatie met de dagelijkse bezetting van personeel

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de zorgverlening op de afdelingen en de kwaliteit van leven van bewoners. Aan de hand van de resultaten wordt nagegaan of best-practices kunnen worden onderscheiden waar een goede zorgverlening wordt gegeven, waar bewoners een goede kwaliteit van leven ervaren en waar de zorg doelmatig wordt ingezet. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk ingegaan of er een relatie bestaat tussen de dagelijkse bezetting van het personeel en de zorgverlening of kwaliteit van leven van bewoners. De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

1. In hoeverre zijn er best-practices aan te wijzen met een goede zorgverlening en een goede kwaliteit van leven van cliënten waarbij de zorg doelmatig lijkt te worden ingezet?
2. In hoeverre bestaat er een aantoonbare relatie tussen de dagelijkse bezetting op een afdeling en de kwaliteit van leven van bewoners?
3. In hoeverre bestaat er een aantoonbare relatie tussen de dagelijkse bezetting op de afdeling en de kwaliteit van zorg?

Paragraaf 5.1 beschrijft de zorgverlening op de afdelingen en in paragraaf 5.2. komt de kwaliteit van leven van bewoners aan bod. Paragraaf 5.3 gaat in op de best-practices die op basis van paragraaf 5.1 en 5.2. kunnen worden onderscheiden. Paragrafen 5.4 en 5.5 beschrijven ten slotte de relatie tussen de personeelsbezetting en de zorgverlening (5.4) en de kwaliteit van leven van bewoners (5.5).

5.1 Kwaliteit van de zorgverlening

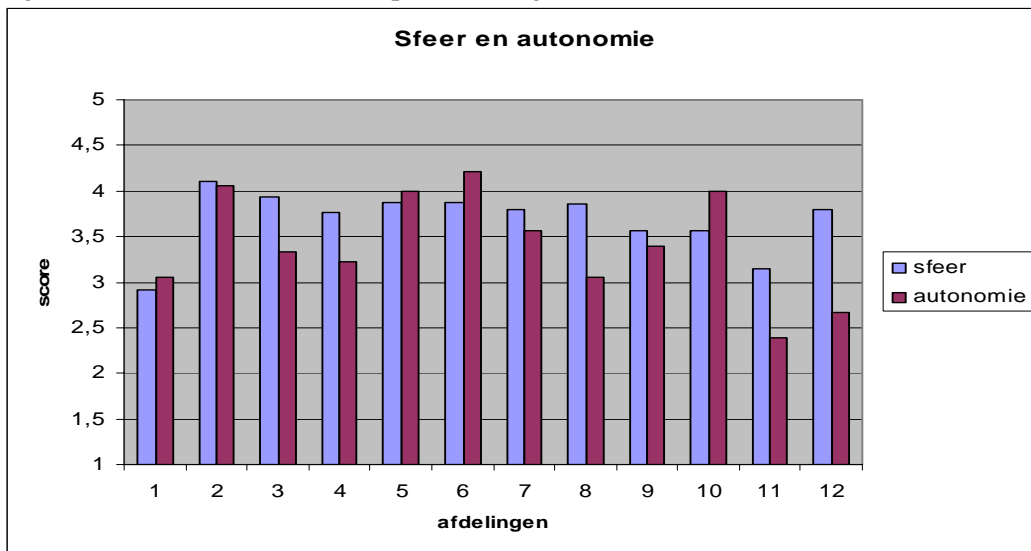
De kwaliteit van de zorgverlening is op verschillende manieren vastgesteld binnen het onderzoek. Allereerst is het oordeel over de zorgverlening gevraagd aan afdelingshoofden en medewerkers. Daarnaast is de zorgverlening geobserveerd op de afdelingen. Daarbij is de sfeer, de geboden autonomie en de veiligheid op de afdelingen vastgesteld.

Alle afdelingshoofden vinden de kwaliteit van zorg voor bewoners in algemene zin voldoende (variërend van zeer goed tot voldoende). Zeven afdelingshoofden geven aan dat de kwaliteit van zorg op de afdeling op momenten niet goed is. De medewerkers zijn iets meer kritisch ten aanzien van de zorg die zij kunnen leveren. Van de medewerkers beoordeelt 93% de zorgverlening als goed tot voldoende; 7% vindt de zorgverlening matig tot slecht. Volgens 39% van de medewerkers komt het niet tot nauwelijks voor dat de zorgverlening niet goed is; 61% van de medewerkers geeft aan dat de zorg soms tot vaak niet goed is. Met name medewerkers op de afdelingen 1, 7 en 11 staan kritisch tegenover de zorgverlening op de afdeling. Medewerkers van de afdelingen 2, 6 en 8 staan het meest positief ten opzichte van de zorgverlening op de afdeling. Op afdeling 6

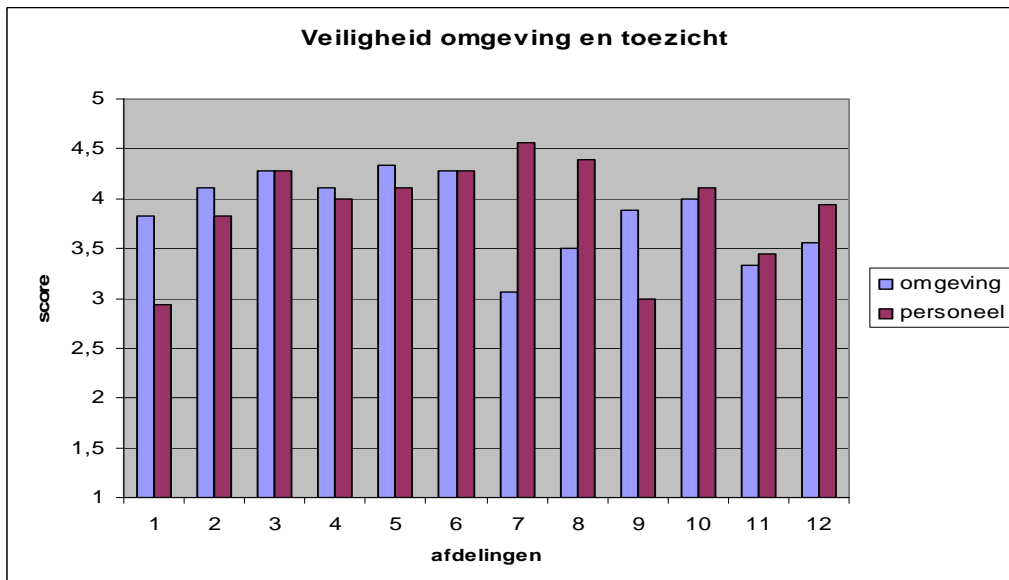
vinden alle medewerkers de zorgverlening goed tot zeer goed. Op afdeling 2 en 8 vinden respectievelijk 92% en 94% van de medewerkers de zorg goed tot zeer goed.

Op de afdelingen is op drie verschillende momenten van de dag geobserveerd met de observatielijst over woonomgeving. Daarbij is onder andere de sfeer op de afdeling, de geboden autonomie, de veiligheid van de woonomgeving en toezicht door het personeel vastgesteld op een schaal van 1 tot 5. In totaal zijn 36 observaties uitgevoerd (3 per afdeling). In de onderstaande figuren (5.1 en 5.2) worden de gemiddelden weergegeven op deze aspecten per afdeling. Afdeling 6 scoort gemiddeld het hoogst op alle zorgaspecten, gevolgd door de afdelingen 5 en 2. Afdelingen 11 en 1 scoren het laagst op de zorgaspecten.

Figuur 5.1 Sfeer en autonomie op de afdelingen



Figuur 5.2 Veiligheid en toezicht door het personeel op de afdelingen



5.2 Kwaliteit van leven van bewoners op de afdelingen

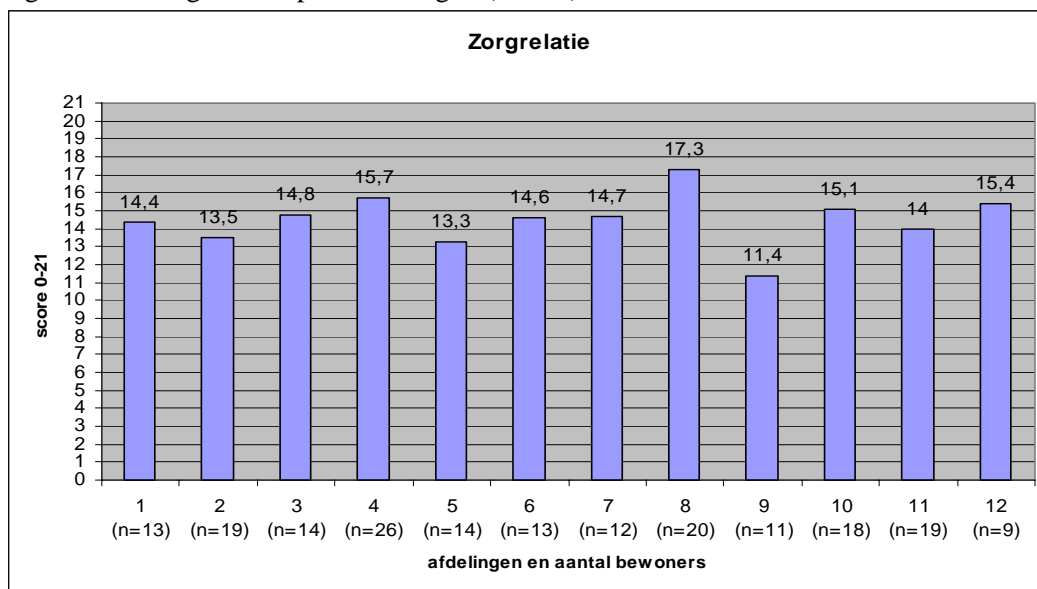
In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de kwaliteit van leven van bewoners op de afdeling. Daartoe zijn voor bewoners de observatielijsten ‘Zicht op eigen leven’ ingevuld door verzorgenden. Observatielijst 1 is ingevuld voor bewoners met matige tot ernstige dementie. Observatielijst 2 is ingevuld voor bewoners met zeer ernstige dementie waarbij een aantal gedragingen niet meer goed is vast te stellen. De resultaten worden besproken aan de hand van de vier domeinen van kwaliteit van leven: lichamelijk welbevinden, woon-/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Aangezien bij observatielijst 2 een aantal onderwerpen niet wordt gemeten, verschilt het aantal bewoners per uitkomstmaat.

Lichamelijk welbevinden

Het domein lichamelijk welbevinden/ gezondheid bestaat uit twee subschalen: zorgrelatie en pijn. De zorgrelatie is gemeten met de Qualidem en bestaat uit 7 items. De items gaan in op de mate waarin de bewoner hulp van anderen afwijst, boos is, conflicten heeft met verzorgenden, anderen beschuldigt, hulp op prijs stelt, hulp accepteert en kritiek heeft op de gang van zaken. Scores op deze subschaal kunnen variëren van 0 tot 21; een hogere score duidt op een hogere kwaliteit van leven.

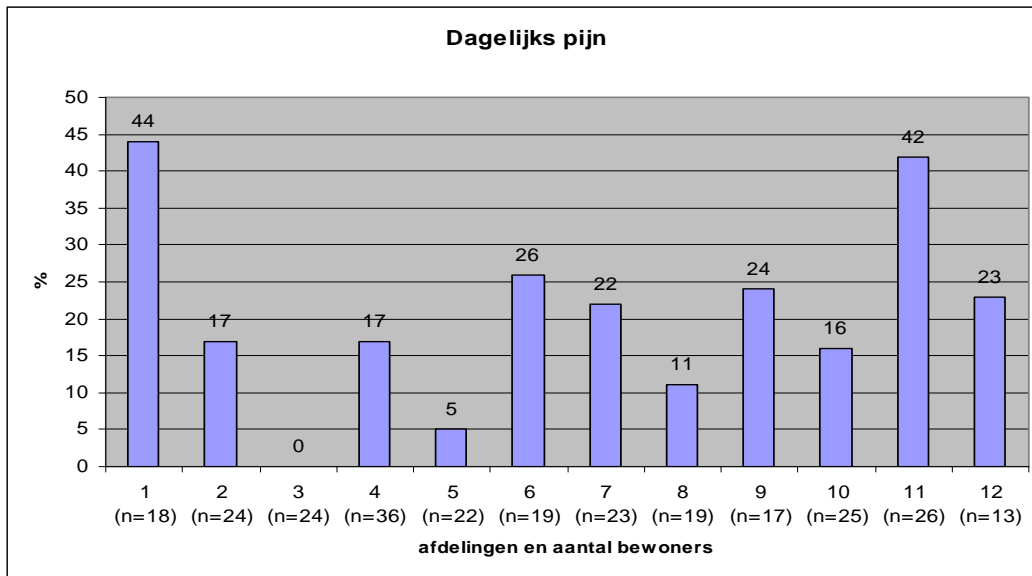
In figuur 5.3 staan de scores voor zorgrelatie weergegeven voor de 12 afdelingen en het aantal bewoners waarop deze scores zijn gebaseerd. Het betreft hier enkel bewoners waarvoor observatielijst 1 is ingevuld. Afdeling 8 scoort het hoogst op zorgrelatie; afdeling 9 het laagst.

Figuur 5.3 Zorgrelatie op de afdelingen (n=188)



De aanwezigheid van pijn is vastgesteld met een vraag afkomstig uit het RAI. In figuur 5.4 worden de percentages weergegeven voor het aantal bewoners met dagelijkse pijn. Deze percentages zijn gebaseerd op resultaten van de beide observatielijsten. Het aantal bewoners met dagelijkse pijn verschilt sterk per afdeling. Met name op afdelingen 1 en 11 ervaren relatief veel bewoners dagelijks pijn.

Figuur 5.4 Percentage bewoners die dagelijks pijn hebben op de afdelingen (n=266)

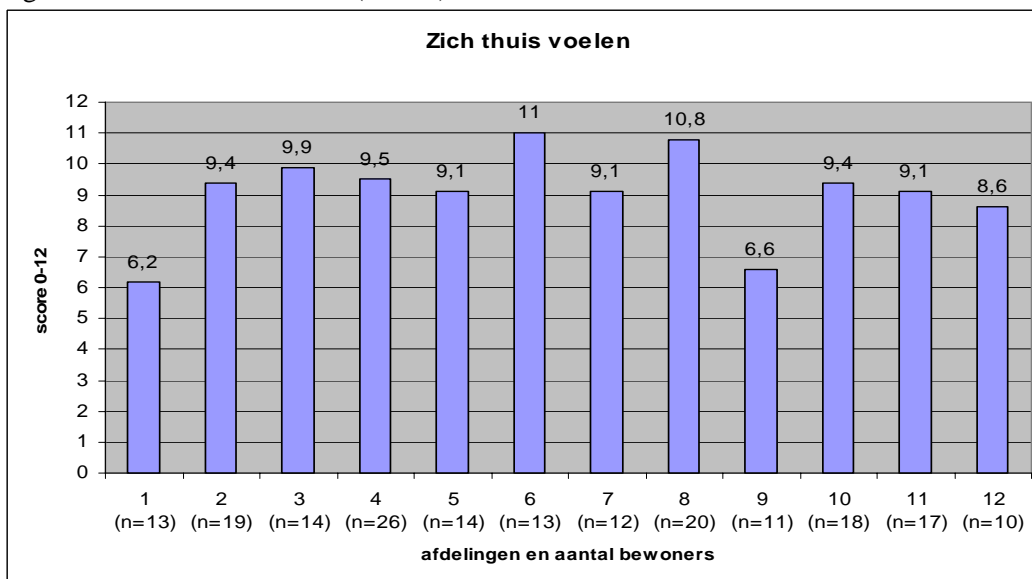


Woon-/leefsituatie

De woon-/ leefsituatie is gemeten met twee subschalen van de Qualidem: Zich thuis voelen en iets om handen hebben. De bijbehorende vragen zijn enkel opgenomen in observatielijst 1 (voor bewoners met milde tot matige dementie). De schaal ‘zich thuis voelen’ bestaat uit 4 items en varieert tussen 0 en 12. De items gaan in op de mate waarin de bewoner aangeeft dat hij/zij zich verveelt, aangeeft zich opgesloten te voelen, van de afdeling af wil en zich thuis voelt op de afdeling. De schaal ‘iets om handen hebben’ bestaat uit twee items (heeft bezigheden zonder hulp van anderen en helpt graag mee met karweitjes op de afdeling) en varieert van 0 tot 6. Voor beide subschalen geldt dat een hogere score duidt op een hogere kwaliteit van leven.

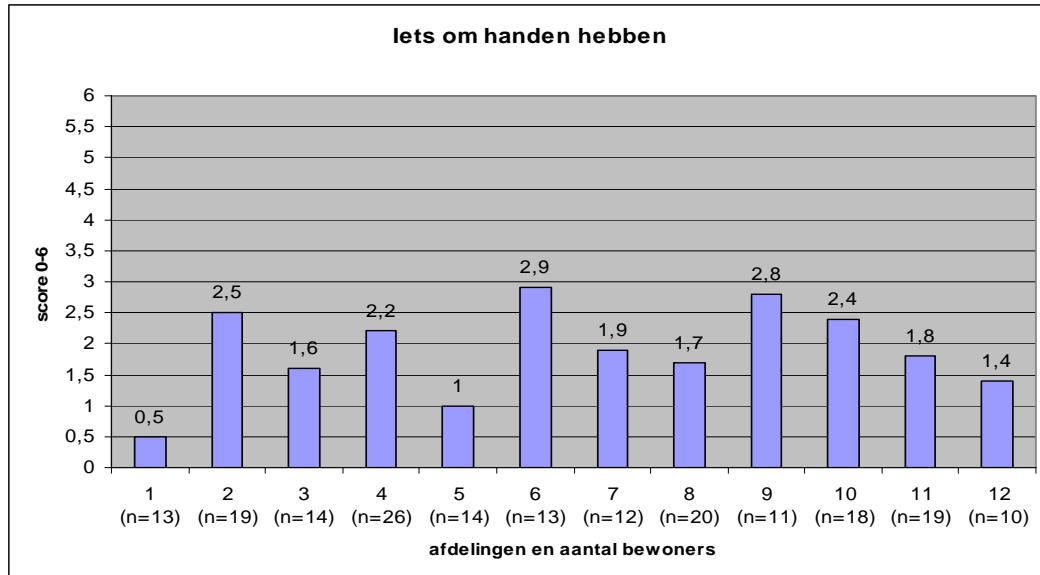
Uit figuur 5.5 komt naar voren dat bewoners zich het meest thuis voelen op afdeling 6 en 8. Op afdelingen 1 en 9 lijken de bewoners zich het minst thuis te voelen.

Figuur 5.5 Zich thuis voelen (n=187)



In figuur 5.6 staat weergegeven in welke mate bewoners iets om handen hebben op de afdelingen. Uit de resultaten komt naar voren dat bewoners over het algemeen weinig om handen hebben op alle afdelingen. Op afdelingen 6 en 9 hebben bewoners het meest om handen. Op afdeling 1 en 5 hebben bewoners het minst om handen.

Figuur 5.6 Iets om handen hebben (n=189)



Participatie

Participatie van bewoners is opgebouwd uit twee subschalen van de Qualidem: sociale relaties en sociaal isolement én uit de SWON. Een hogere score op de drie schalen duidt op een betere kwaliteit van leven.

De subschaal Sociale relaties loopt van 0 tot 18 en bestaat uit zes items. De items gaan in op de mate waarin de bewoner contact heeft met andere bewoners, positief reageert bij toenadering, zorgt voor andere bewoners, zich afsluit van de omgeving, vriendschappelijk optrekt met bewoners en op zijn/haar gemak is in het bijzijn van anderen.

De subschaal voor Sociaal isolement loopt van 0 tot 9 en bestaat uit drie items: wordt afgewezen door andere bewoners, wijst contact met anderen openlijk af en roept.

De Sociaal Welbevinden Observatie Schaal (SWON) loopt van 0 tot 18 en bestaat uit negen items die ingaan op de contacten met andere bewoners en medewerkers.

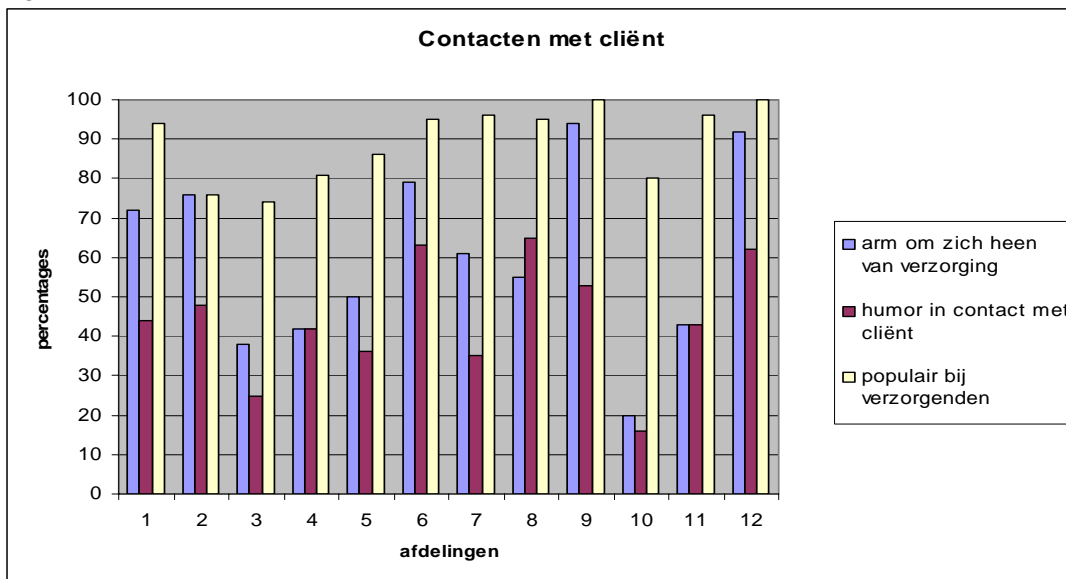
In tabel 5.1 staan de resultaten voor het domein participatie beschreven. Sociale relaties en de SWON zijn berekend voor bewoners waarbij observatielijst 1 is afgenomen. Sociaal isolement is vastgesteld voor alle bewoners (observatielijst 1 en 2). Voor afdelingen 6 en 7 wordt gerapporteerd dat bewoners de meeste sociale relaties en het hoogste sociaal welbevinden hebben. Afdeling 8 heeft de minste bewoners in een sociaal isolement. Ten behoeve van deze rapportage is ook specifiek gekeken naar gedragingen/ oordelen van medewerkers, zoals deze worden vastgesteld met de SWON. Figuur 5.7 toont het percentage bewoners dat meerdere keren per dag aandacht krijgt van verzorgenden of anderen (arm om zich heen of aai over de wang), het percentage waarbij er sprake is van humor in het contact op meerdere momenten per dag en het percentage bewoners dat populair is bij verzorgenden. De meerderheid van de bewoners is populair bij medewerkers. Op afdeling 3 en 10 is er het minst vaak humor in het contact met de

bewoner. Op deze afdelingen krijgen bewoners ook minder vaak een arm om zich heen van verzorging. Humor in het contact met de bewoner vindt het vaakst plaats op afdeling 6 en 8. Op afdeling 9 en 12 is er sprake van het meeste lichamelijke contact met bewoners. Op deze afdelingen krijgen bewoners relatief vaak een arm om zich heen van medewerkers.

Tabel 5.1 Aspecten van participatie. Sociale relaties (n= 188) de SWON (n=188), Sociaal isolement (n=269)

	Sociale relaties (0-18) Gemiddelde	Sociaal isolement (0-9) Gemiddelde	SWON (0-18) Gemiddelde
1	8,5	4,4	9,9
2	10,8	6,8	10,0
3	11,1	6,4	9,0
4	10,4	6,3	10,2
5	9,7	6,0	8,8
6	12,8	6,0	13,8
7	12,9	5,6	13,1
8	11,5	7,6	10,8
9	10,6	4,1	12,2
10	10,8	6,1	10,0
11	10,3	5,1	11,6
12	9,2	5,1	11,4

Figuur 5.7 Contacten tussen bewoners en medewerkers



Mentaal welbevinden

Mentaal welbevinden is opgebouwd uit de volgende aspecten: positief affect, negatief affect, positief zelfbeeld en rusteloos gedrag.

De schaal Positief affect loopt van 0 tot 18 en bestaat uit zes items. De items stellen vast in hoeverre de bewoner vrolijk is, een tevreden uitstraling heeft, kan genieten van dingen in het dagelijks leven, goed gestemd is, een glimlach rond de mond heeft en in hoeverre de stemming positief te beïnvloeden is. Negatief affect bestaat uit drie items (schaalscore

van 0 tot 9) die vaststellen of een bewoner een angstige indruk maakt, verdrietig is en huilt. De schaal Positief zelfbeeld bestaat eveneens uit drie items (geeft aan meer hulp te willen, geeft aan niets te kunnen en laat blijken zichzelf niets waard te vinden) met een schaalscore van 0 tot 9. Ook de schaal rusteloos gedrag bestaat uit drie items met een schaal van 0 tot 9. De items gaan in op de mate waarin een bewoner rusteloze bewegingen maakt, rusteloos is en een gespannen lichaamstaal heeft. Alle schalen zijn dusdanig gecodeerd dat een hogere score duidt op een hogere kwaliteit van leven.

In tabel 5.2 staan de resultaten beschreven per afdeling. Positief affect, negatief affect en positief zelfbeeld zijn vastgesteld bij bewoners waarbij observatielijst 1 is ingevuld. Rusteloos gedrag is vastgesteld voor alle bewoners (observatielijst 1 en 2). Uit de tabel komt naar voren dat afdelingen 6 en 8 een relatief hoge score hebben op alle subschalen.

Tabel 5.2 Aspecten van mentaal welbevinden: positief affect (n=187), negatief affect (n=189), positief zelfbeeld (n=188) en rusteloos gedrag (n=268)

Aspecten van mentaal welbevinden	Positief affect (0-18) Gemiddelde	Negatief affect (0-9) Gemiddelde	Positief Zelfbeeld (0-9) Gemiddelde	Rusteloos gedrag (0-9) Gemiddelde
1	11,8	4,3	5,3	3,7
2	14,3	6,7	6,5	5,8
3	13,4	6,4	7,6	5,3
4	13,9	7,0	7,0	5,8
5	14,1	6,9	7,6	4,4
6	15,5	7,8	7,4	6,2
7	14,5	5,5	6,8	4,5
8	14,1	7,9	8,5	6,1
9	14,0	4,6	4,5	2,2
10	13,2	5,8	6,7	4,0
11	13,2	5,6	6,9	4,0
12	13,5	5,1	4,6	3,3

Verschillen tussen afdelingen in kwaliteit van leven

Afdelingen verschillen significant van elkaar op een aantal uitkomsten van kwaliteit van leven: negatief affect ($p < 0.001$), rusteloos gedrag ($p < 0.01$), positief zelfbeeld ($p < 0.01$), sociaal isolement ($p < 0.01$), zich thuis voelen ($p < 0.01$), iets om handen hebben ($p < 0.05$) en de aanwezigheid van pijn ($p < 0.01$) (KruskalWallis toets). Verschillen in zorgrelatie, positief affect, sociale relaties en sociaal welbevinden zijn (net) niet significant.

Score op de DS-DAT

Bij bewoners met zeer ernstige dementie is de Discomfort Scale Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) afgenomen. De DS-DAT bestaat uit negen items die onwelbevinden van bewoners in kaart brengen. De DS-DAT is ingevuld door verzorgenden die de bewoners vijf minuten hebben geboserveerd. In totaal is de DS-DAT ingevuld voor 81 bewoners. De scores op de afzonderlijke items staan vermeld in tabel 5.3. Gezien het beperkt aantal bewoners waarvoor deze gegevens zijn verzameld, zijn de resultaten niet gesplitst naar de verschillende afdelingen. Uit de resultaten komt naar voren dat de geobserveerde bewoners overwegend een tevreden gelaatsuitdrukking en ontspannen lichaamstaal hebben. Echter, ook een gespannen lichaamstaal komt bij 41% van de bewoners in extreme mate voor.

Tabel 5.3 Scores op de afzonderlijke items van de DS-DAT (N=81)

DS-DAT	Geen (%)	Minimaal (%)	Matig %	Extreem %	Nvt (%)
Hoorbaar/ luidruchtig ademen	69%	9%	9%	5%	9%
Negatief stemgebruik	39%	15%	14%	28%	5%
Tevreden gelaatsuitdrukking	9%	19%	39%	31%	3%
Bedroefde gelaatsuitdrukking	43%	24%	15%	15%	4%
Angstige gelaatsuitdrukking	38%	24%	21%	13%	5%
Gefronst Gelaat	44%	20%	18%	15%	4%
Ontspannen lichaamstaal	20%	23%	28%	25%	5%
Gespannen lichaamstaal	26%	16%	13%	41%	4%
Zenuwachtige bewegingen	43%	14%	15%	23%	5%

5.3 Best-practice dagelijkse bezetting en kwaliteit van leven van bewoners

Aan de hand van de resultaten beschreven in paragraaf 5.1 en 5.2 is nagegaan welke afdelingen in het algemeen hoog scoren op de verschillende maten voor kwaliteit van leven en kwaliteit van de zorgverlening én die hun zorg doelmatig lijken in te zetten. In tabel 5.4 en 5.5 worden de scores van de afdelingen op de verschillende uitkomsten weergegeven. Afdelingen die hoger scoren dan het gemiddelde van alle afdelingen samen zijn weergegeven met een '+'; afdelingen die lager scoren dan de alle afdelingen samen zijn weergegeven met een '-'; afdelingen die hetzelfde scoren als het gemiddelde van alle afdelingen samen zijn weergegeven met een '0'. Nota Bene: het gaat hier om de feitelijke uitkomsten van het onderzoek, deze verschillen zijn niet beoordeeld op significantie. De uitkomsten zijn eveneens niet gecorrigeerd voor kenmerken van bewoners zoals de zorgbehoefte.

Afdelingen 2, 3, 4, 6 en 8 laten een positieve beoordeling zien op meer dan 11 van de 17 uitkomstmaten, waarbij afdeling 6 de meeste positieve uitkomsten heeft. Wanneer men vervolgens kijkt naar de dagelijkse bezetting dan blijkt dat afdelingen 6 en 8 een relatief lage bezetting hebben. Deze afdelingen worden derhalve getypeerd door een lage bezetting en een groot aantal positieve uitkomsten. Dit geldt zowel voor de zorg, de kwaliteit van leven van bewoners als de tevredenheid van medewerkers.

Om na te gaan waarin afdeling 6 en 8 zich onderscheiden van de andere afdelingen is gezocht naar aanwijzingen in de interviews die zijn gehouden met het afdelingshoofd, een activiteitenbegeleider, een verpleeghuisarts en een psycholoog van de afdeling. Hieronder worden de resultaten beschreven.

Tabel 5.4 Uitkomsten van sfeer, autonomie, veiligheid omgeving, toezicht van het personeel, medewerkerstevredenheid en ervaren werkdruk door medewerkers, weergegeven per afdeling (N=12)

	Sfeer	Autonomie	Veiligheid omgeving	Toezicht personeel	Medewerkerstevredenheid	Werkdruk
1	-	-	-	-	+	-
2	+	+	+	-	0	+
3	+	-	+	+	0	0
4	+	-	+	+	0	-
5	+	+	+	+	0	-
6	+	+	+	+	+	+
7	+	+	-	+	-	-
8	+	-	-	+	+	+
9	-	0	0	-	+	-
10	-	-	+	-	0	+
11	-	-	-	-	0	-
12	-	-	-	-	-	-

- = score onder het gemiddelde van alle afdelingen samen

+ = score boven het gemiddelde van alle afdelingen samen

0 = score is gelijk aan het gemiddelde van alle afdelingen samen

Tabel 5.5 Uitkomsten van kwaliteit van leven van bewoners weergegeven per afdeling (N=12)

	Zorg Relatie	Pijn	Zich thuis voelen	Iets om handen hebben	Sociale relaties	Sociaal isolement	Swon	Positief affect	Negatief affect	Positief zelfbeeld	Rusteloos gedrag
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+
3	+	+	+	-	+	+	-	-	+	+	+
4	+	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+
5	-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	-
6	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7	0	-	-	0	+	-	+	+	-	0	-
8	+	+	+	-	+	+	0	+	+	+	+
9	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-
10	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-
12	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-

- = score onder het gemiddelde van alle afdelingen samen

+ = score boven het gemiddelde van alle afdelingen samen

0 = score is gelijk aan het gemiddelde van alle afdelingen samen

Kwaliteitsbeleid

Afdelingshoofden van de afdelingen geven aan structureel te werken aan de kwaliteit van de zorgverlening. In alle instellingen is een kwaliteitsbeleid ontwikkeld; in vrijwel alle gevallen vanuit de koepelorganisatie of stichting waartoe de instellingen behoren en op alle afdelingen zijn protocollen en instructies aanwezig in een handboek. Dit handboek is in papieren versie en/of digitaal te raadplegen door medewerkers. De mate waarin de afdelingen actief worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid wisselt. Op afdeling 4 wordt

één protocol besproken bij iedere teamvergadering. Op afdeling 10 worden twee medewerkers opgeleid voor het uitvoeren van interne audits in de instelling en op afdeling 6 is een verbetersteam opgesteld voor het toezicht in de huiskamers. Afdeling 8 besteed veel aandacht aan de scholing van medewerkers.

De zorgverlening aan bewoners wordt op alle afdelingen besproken in het Multi Disciplinair Overleg (MDO). Echter, de opzet van het MDO wisselt per afdeling in het aantal keer dat bewoners worden besproken, de aanwezigheid van verschillende disciplines en de participatie van familieleden. Op de meerderheid van de afdelingen komt iedere bewoner minimaal twee keer per jaar aan bod in het MDO. Op afdeling 5 worden bewoners minimaal één keer per jaar besproken en op afdelingen 8 en 9 minimaal drie keer per jaar. De verpleeghuisarts is standaard bij het MDO aanwezig. Ook de activiteitenbegeleider is vaak standaard aanwezig bij het MDO; enkel op afdelingen 2, 5, 11 en 12 wordt aangegeven dat de activiteitenbegeleider op oproep aanwezig is. Er zijn eveneens verschillen tussen de afdelingen in de aanwezigheid van de psycholoog bij het MDO. Op vijf afdelingen is de psycholoog op oproep aanwezig (afdeling 5, 7, 8, 9, 10); op de andere afdelingen is deelname van de psycholoog standaard. De afdelingen laten ook verschillen zien in de deelname van familie aan het MDO. Op afdelingen 1, 9, 10 en 11 wordt familie standaard uitgenodigd deel te nemen aan het MDO; op afdeling 10 vindt wel altijd een voorbespreking zonder familie plaats. Afdeling 3 en 6 geven expliciet aan dat familieleden van de bewoner vooraf en na het MDO telefonisch worden ingelicht.

Activiteitsaanbod

Op vrijwel alle afdelingen is de activiteitenbegeleider verbonden aan de afdeling. Op één afdeling is geen vaste activiteitenbegeleider aanwezig op de afdeling; in deze instelling wordt uitgegaan van het verenigingsleven. Bewoners nemen deel aan activiteiten binnen de instelling; op de afdeling zelf vinden geen activiteiten plaats. Activiteitenbegeleiders voeren zowel groeps- als individuele activiteiten uit. Daarnaast worden op alle afdelingen uitstapjes georganiseerd. Activiteiten vinden voornamelijk overdag plaats en in het weekend. Op de afdelingen 2, 5 en 6 vinden ook structureel 's avonds activiteiten plaats. Op afdelingen 2, 4, 6, 8 en 12 wordt ook gekookt samen met bewoners. De activiteiten worden op elf afdelingen ondersteund door vrijwilligers; op één afdeling zijn geen vrijwilligers aanwezig. Verzorgenden op afdelingen 2, 3, 6 en 8 nemen ook structureel deel aan activiteiten met bewoners op de afdeling. Op de overige afdelingen zijn verzorgenden minder actief betrokken bij activiteiten. Afdeling 6 onderscheidt zich van andere afdelingen in het feit dat medewerkers zowel 's ochtends als 's middags koffie en thee drinken met bewoners in de gezamenlijke huiskamer. Ook op afdeling 8 wordt veel aandacht besteed aan activiteiten op de afdeling. De activiteitenbegeleiders van afdelingen 6 en 8 geven aan een geïntegreerd deel te zijn van de afdeling: verzorgenden doen mee aan activiteiten en de activiteitenbegeleider verricht zorgtaken. Afdeling 8 is één van de weinige afdelingen waar meerdere keren per week wordt gekookt op de afdeling. De afdeling zou dit het liefst uitbreiden naar vier keer per week, maar hiervoor ontbreekt personeel.

Activiteitenbegeleiders noemen met name de individuele activiteiten met bewoners als aandachtspunt. Met name voor bewoners met een grotere zorgbehoefte is het belangrijk individuele activiteiten aan te bieden zoals zintuigactivering. Hiervoor is niet altijd voldoende tijd beschikbaar.

Eigenschappen van de best-practices

Verschillen in de bewonerspopulatie kunnen een mogelijke verklaring zijn voor de gevonden resultaten. Afdeling 6 wordt gekenmerkt door een relatief lage zorgbehoefte van bewoners in vergelijking tot andere afdelingen. Ongeveer de helft van de bewoners bestaat uit mannen. Naast bewoners met psychogeriatrische problemen, wonen op de afdeling ook bewoners met psycho-gerontologische problematiek. Deze bewoners hebben vaak minder cognitieve en lichamelijke beperkingen, maar ondervinden meer psychiatrische problemen. Op afdeling 8 zijn de bewoners relatief jong in vergelijking tot andere afdelingen, zijn er relatief veel bewoners onderzocht die pas recent op de afdeling zijn opgenomen en bestaat, net als op afdeling 6, een groot percentage van de bewoners uit mannen. Ook de woonomgeving van afdeling 6 onderscheidt zich van de andere afdelingen. Alle bewoners hebben een eigen kamer en de huiskamers grenzen aan een binnentuin. Op afdeling 8 zijn zowel eenpersoons- als meer persoonskamers. Deze afdeling is gelegen op de 3^e etage van de zorginstelling.

Geconcludeerd kan worden dat de afdelingen 6 en 8 zich onderscheiden van de andere afdelingen door veel aandacht te besteden aan activiteiten voor bewoners, ondanks de relatief lage personeelsbezetting. Op de afdelingen wordt gekookt met bewoners en medewerkers nemen actief deel aan activiteiten. De activiteitenbegeleider vormt een geïntegreerd deel van het team en voert ook zorgtaken uit. Daarnaast worden de afdelingen getypeerd door een goed georganiseerde zorg waarin ruimte is voor verbeterinitiatieven en scholing.

Best-practice bijeenkomst

In april 2007 is een best-practice bijeenkomst gehouden met de deelnemende afdelingen waarin de resultaten van het onderzoek zijn besproken. Tien van de twaalf afdelingen waren bij deze bijeenkomst aanwezig. Afdelingen konden met meerdere personen de bijeenkomst bijwonen. Deelnemers waren onder andere afdelingshoofden, verzorgenden, activiteitenbegeleiders (kwaliteits-)managers en psychologen. Tijdens de best-practice bijeenkomst is aan drie afdelingen gevraagd iets te vertellen over de werkwijze op hun afdelingen. De keuze voor deze afdelingen is bepaald op basis van de resultaten van het onderzoek én de bezoeken door de onderzoekers aan de afdelingen. In de bijeenkomst is specifiek ingegaan op de werkwijze van afdelingen 6 en 8 en het activiteitsaanbod voor ouderen met dementie. Bij dit laatste onderwerp is specifiek ingegaan op de woonomgeving en de activiteiten voor ouderen met zeer ernstige cognitieve beperkingen.

5.4 De relatie tussen dagelijkse bezetting en de kwaliteit van de zorgverlening

Een mogelijk verband tussen personele bezetting en de kwaliteit van de geleverde zorg is allereerst onderzocht aan de hand van correlaties (Spearman's Rho) op basis van de 36 observaties die zijn uitgevoerd met de observatielijst woonomgeving. Hieronder vermelden we de significante correlaties ($p < 0,05$). De bezetting (ingedeeld naar een hoge en lage bezetting, zie tabel 4.4) hangt positief samen met de sfeer (0,48) en de veiligheid van de omgeving (0,66). Hoe hoger de bezetting, hoe beter de sfeer en hoe meer veiligheid er wordt geboden aan bewoners. We vinden geen significant verband tussen de bezetting en de geboden autonomie en het toezicht op de afdelingen. In tabel 5.6 staan de resultaten van sfeer, geboden autonomie, veiligheid en toezicht door het personeel

weergegeven voor afdelingen met een hoge, en afdelingen met een lage bezetting. Deze indeling is gebaseerd op het aantal FTE van gekwalificeerd personeel per bewoner.

Tabel 5.6 Gemiddelden en standaarddeviaties van de sfeer, geboden autonomie, veiligheid van de omgeving en toezicht door het personeel op afdelingen met een lage en een hoge bezetting (N=12)

	Lage bezetting (n=8)	Hoge bezetting (n=4)
Sfeer	3,5 (0,40)	3,9 (0,23)*
Autonomie	3,3 (0,64)	3,7 (0,44)
Veiligheid	3,7 (0,40)	4,2 (0,14)*
Toezicht	3,8 (0,75)	4,1 (0,39)

*p<0,05

5.5 De relatie tussen dagelijkse bezetting en kwaliteit van leven

Om het verband tussen dagelijkse bezetting en kwaliteit van leven op de 12 BOPZ-afdelingen te onderzoeken zijn multi-level analyses uitgevoerd. Aan de hand van deze analyses is na te gaan in hoeverre gevonden verschillen tussen afdelingen zijn te herleiden naar verschillen in kenmerken van afdelingen of naar verschillen tussen individuele bewoners. Er zijn analyses uitgevoerd voor de uitkomsten voor kwaliteit van leven waarop afdelingen significant van elkaar blijken te verschillen: pijn, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben. In model 1 van de analyses is gecorrigeerd voor de zorgbehoefte van bewoners: lichamelijke beperkingen en cognitieve beperkingen. In model 2 is de dagelijkse bezetting toegevoegd aan het model. Bezetting is ingedeeld naar laag (waarde 0) en hoog (waarde 1) aan de hand van het aantal gekwalificeerde medewerkers per bewoner (niveau 1 tot en met 5). De resultaten van de analyses staan vermeld in tabel 5.7 tot en met 5.10.

Tabel 5.7 geeft de relatie weer tussen het percentage bewoners dat dagelijks pijn ervaart en de bezetting op de afdeling. De aanwezigheid van pijn valt onder het domein lichamelijk welbevinden en blijkt samen te hangen met de aanwezigheid van cognitieve en lichamelijke beperkingen. Bij bewoners met meer lichamelijke beperkingen wordt meer dagelijkse pijn geconstateerd. Het verband met cognitieve beperkingen is juist andersom. Bij bewoners met meer cognitieve beperkingen wordt minder pijn geconstateerd. Wellicht dat deze bewoners moeilijker kunnen aangeven dat zij pijn ervaren. We zien, na correctie op zorgbehoefte, ook een relatie met dagelijkse bezetting. Op afdelingen met een lage bezetting ervaren bewoners vaker dagelijks pijn in vergelijking tot afdelingen met een hoge bezetting (p< 0,05).

Tabel 5.7 Multi-level analyses: de mate waarin de personeelsbezetting op de afdeling samenhangt met dagelijks pijn van bewoners na correctie op zorgbehoefte (n=259). Een hogere score duidt op meer pijn

	Model 1: zorgbehoefte toegevoegd		Model 2: zorgbehoefte en bezetting toegevoegd	
	B	(SE)	B	(SE)
Pijn				
Intercept	-1,56	(0,277)	-1,54	(0,223)
Lichamelijke beperkingen	0,38*	(0,128)	0,38*	(0,128)
Cognitieve beperkingen	-0,31*	(0,120)	-0,30*	(0,121)
Bezetting			-1,28*	(0,488)
Variatiecomponenten:				
Afdelingen	0,56	(0,364)	0,23	(0,227)
Bewoners	0,91	(0,082)	0,94	(0,085)
ICC afdelingen	15%		7%	

*p<0,05

Tabel 5.8 Multi-level analyses: de mate waarin de personeelsbezetting op de afdeling samenhangt met iets om handen hebben en zich thuis voelen van bewoners na correctie op zorgbehoefte (N=189). Een hogere score duidt op een hogere kwaliteit van leven

	Model 1: zorgbehoefte toegevoegd		Model 2: zorgbehoefte en bezetting toegevoegd	
	B	(SE)	B	(SE)
Iets om handen hebben				
Intercept	1,91	(0,143)	1,90	(0,139)
Lichamelijke beperkingen	-0,43*	(0,100)	-0,43*	(0,100)
Cognitieve beperkingen	-0,34*	(0,087)	-0,34*	(0,088)
Bezetting			0,16	(0,287)
Variatiecomponenten:				
Afdelingen	0,07	(0,099)	0,05	(0,094)
Bewoners	2,68	(0,288)	2,68	(0,288)
ICC afdelingen	2%		2%	

	Model 1: zorgbehoefte toegevoegd		Model 2: zorgbehoefte en bezetting toegevoegd	
	B	(SE)	B	(SE)
Zich thuis voelen				
Intercept	9,11	(0,408)	9,11	(0,404)
Lichamelijke beperkingen	0,32	(0,166)	0,32	(0,166)
Cognitieve beperkingen	0,07	(0,148)	0,07	(0,148)
Bezetting			0,43	(0,850)
Variatiecomponenten:				
Afdelingen	1,50	(0,816)	1,46	(0,799)
Bewoners	7,15	(0,772)	7,15	(0,773)
ICC afdelingen	17%		17%	

*p<0,05

Tabel 5.9 Multi-level analyses: de mate waarin de personeelsbezetting op de afdeling samenhangt met rusteloos gedrag en sociaal isolement van bewoners na correctie op zorgbehoefte (N=270). Een hogere score duidt op een hogere kwaliteit van leven

	Model 1: zorgbehoefte toegevoegd		Model 2: zorgbehoefte en bezetting toegevoegd	
	B	(SE)	B	(SE)
Rusteloos gedrag				
Intercept	4,64	(0,329)	4,63	(0,286)
Lichamelijke beperkingen	-0,20	(0,118)	-0,19	(0,118)
Cognitieve beperkingen	-0,57*	(0,120)	-0,57*	(0,120)
Bezetting			1,14	(0,599)
Variantiecomponenten:				
Afdelingen	1,03	(0,531)	0,71	(0,399)
Bewoners	5,67	(0,507)	5,68	(0,508)
ICC afdelingen	15%		11%	
<hr/>				
	Model 1: zorgbehoefte toegevoegd		Model 2: zorgbehoefte en bezetting toegevoegd	
	B	(SE)	B	(SE)
Sociaal isolement				
Intercept	5,86	(0,268)	5,85	(0,248)
Lichamelijke beperkingen	0,22*	(0,104)	0,21*	(0,104)
Cognitieve beperkingen	-0,05	(0,106)	-0,05	(0,106)
Bezetting			0,72	(0,520)
Variantiecomponenten:				
Afdelingen	0,65	(0,352)	0,53	(0,301)
Bewoners	4,42	(0,395)	4,43	(0,395)
ICC afdelingen	13%		11%	

*p<0,05

Tabel 5.10 Multi-level analyses: de mate waarin de personeelsbezetting op de afdeling samenhangt met negatief affect en positief zelfbeeld van bewoners na correctie op zorgbehoefte (N=189). Een hogere score duidt op een hogere kwaliteit van leven

	Model 1: zorgbehoefte toegevoegd		Model 2: zorgbehoefte en bezetting toegevoegd	
	B	(SE)	B	(SE)
Negatief affect				
Intercept	6,16	(0,329)	6,15	(0,296)
Lichamelijke beperkingen	-0,28*	(0,131)	-0,29*	(0,131)
Cognitieve beperkingen	-0,17	(0,117)	-0,17	(0,117)
Bezetting			1,05	(0,621)
Variantiecomponenten:				
Afdelingen	0,99	(0,530)	0,74	(0,428)
Bewoners	4,51	(0,048)	4,50	(0,484)
ICC afdelingen	18%		14%	

	Model 1: zorgbehoefte toegevoegd		Model 2: zorgbehoefte en bezetting toegevoegd	
	B	(SE)	B	(SE)
Positief zelfbeeld				
Intercept	6,68	(0,324)	6,67	(0,308)
Lichamelijke beperkingen	-0,15	(0,137)	-0,16	(0,137)
Cognitieve beperkingen	0,16	(0,122)	0,16	(0,121)
Bezetting			0,76	(0,647)
Variantiecomponenten:				
Afdelingen	0,92	(0,513)	0,80	(0,465)
Bewoners	4,89	(0,527)	4,88	(0,526)
ICC afdelingen	16%		14%	

*p<0,05

In tabel 5.8 staan de analyses weergegeven voor iets om handen hebben en zich thuis voelen. Beide uitkomstmaten horen bij het domein woon-/leefomstandigheden. Bewoners met meer lichamelijke en cognitieve beperkingen hebben minder vaak iets om handen op de afdeling. Bij het zich thuis voelen van bewoners zien we geen relatie met de zorgbehoefte van bewoners. De bezetting hangt niet significant samen met beide uitkomstmaten.

Tabel 5.9 toont de resultaten voor rusteloos gedrag en sociaal isolement van bewoners. De scores zijn gehercodeerd zodat een hogere score staat voor een hogere kwaliteit van leven van bewoners. Rusteloos gedrag hangt samen met de aanwezigheid van cognitieve beperkingen. Hoe meer cognitieve beperkingen bewoners ervaren hoe meer rusteloos gedrag zij vertonen. Lichamelijke beperkingen hangen samen met sociaal isolement van bewoners. Hoe meer lichamelijke beperkingen bewoners ervaren, hoe minder zij te maken hebben met een sociaal isolement. De bezetting op de afdeling laat geen significante relatie zien met sociaal isolement. Ook voor rusteloos gedrag is de relatie met bezetting niet significant ($p < 0,10$).

Tabel 5.10 beschrijft de uitkomsten voor negatief affect en positief zelfbeeld. Ook hier duidt een hogere score op een hogere kwaliteit van leven. Negatief effect hangt samen met lichamelijke beperkingen. Hoe meer lichamelijke beperkingen men ervaart hoe lager de kwaliteit van leven voor wat betreft negatief affect. De bezetting op de afdelingen laat (net) geen significante relatie zien met negatief affect ($p < 0,10$). Positief zelfbeeld hangt niet samen met de zorgbehoefte van bewoners of met de bezetting op de afdeling.

Vanuit de multi-level analyses komt naar voren dat de verschillen in kwaliteit van leven met name zijn terug te voeren op verschillen tussen individuele bewoners. Deze verschillen tussen individuele bewoners blijven significant, ook wanneer men heeft gecorrigeerd op zorgbehoefte. Er zijn minder verschillen tussen afdelingen waarneembaar en deze verschillen zijn niet significant. De dagelijkse bezetting hangt significant samen met de pijn die bewoners ervaren. Dit geldt voor alle aspecten van kwaliteit van leven die zijn onderzocht. De Intra Class Correlatie (ICC) geeft de variatie aan tussen afdelingen die niet kan worden verklaard door het model. Deze varieert van 2% voor iets om handen hebben tot 18% voor negatief effect. Met name bij pijn neemt de ICC tussen afdelingen af na het toevoegen van dagelijkse bezetting (van 15% naar 7%).

6 Conclusie en beschouwing

In dit afsluitende hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek besproken aan de hand van de vooraf gestelde onderzoeksvragen. In paragraaf 6.1 komen de onderzoeksvragen van onderzoeksfase 1 aan bod. In paragraaf 6.2 worden de onderzoeksvragen van fase 2 beantwoord. Ten slotte worden in paragraaf 6.3 enkele kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst en worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Ook wordt in die paragraaf de relevantie van de gevonden resultaten voor de verpleeghuissector beschreven.

6.1 Variatie in de bezetting van BOPZ-afdelingen en instellingen

Het onderzoek richtte zich op instellingen die verpleeghuiszorg bieden aan ouderen, in het bijzonder de zorg voor ouderen met dementie. In het eerste deel van het onderzoek zijn enquêtes afgenomen bij 75 instellingen en bij 45 BOPZ-afdelingen voor bewoners met dementie. In beide enquêtes stond de dagelijkse bezetting van de instelling of de BOPZ-afdeling centraal. Daarnaast werden vragen gesteld over kwaliteit van de zorgverlening op de afdelingen. Hierbij ging het vooral om het eigen oordeel van de instelling/afdeling. Hieronder worden de onderzoeksvragen één voor één beantwoord.

In hoeverre is er variatie in de dagelijkse bezetting tussen BOPZ-afdelingen in instellingen?

Vrijwel alle BOPZ-afdelingen gaven een verschil aan in het aantal verzorgenden en helpenden die gedurende een etmaal worden ingezet. Vooral in de ochtend is het aantal verzorgenden en helpenden groter dan gedurende de rest van de dag, vooral in vergelijking met de nacht. Bij de BOPZ-afdelingen is er ook variatie in de aanwezige competenties van de medewerkers, het aanwezige niveau en de verschillende specialisaties op verschillende momenten van de dag. Overdag is er vaak wel een verpleegkundige met niveau 4 en/of 5 aanwezig op de afdeling, maar 's nachts en in het weekend is dit veel minder het geval. Dit heeft te maken met het feit dat de verpleegkundige vaak tevens het afdelingshoofd of een teamleider van de afdeling is. 's Avonds en in het weekend is er over het algemeen altijd een verzorgende niveau 3 aanwezig op de afdeling. Op het gebied van competenties en vaardigheden zijn er ook verschillen waarneembaar. Zo hebben niet alle afdelingen medewerkers in dienst die specifieke competenties en/of vaardigheden bezitten. Bij de afdelingen waar dit wel het geval is bestaat er variatie in de soort competenties en vaardigheden van medewerkers. Over het algemeen blijkt dat er vooral specialisten op het gebied van decubitus, incontinentie en til/transfer aanwezig zijn binnen de BOPZ-afdelingen.

Vrijwilligers spelen een belangrijke rol in de zorgverlening op de BOPZ-afdelingen. De meerderheid van de onderzochte afdelingen zet vrijwilligers en/of mantelzorgers in. Vrijwilligers en mantelzorgers voeren meerdere taken uit. Zo ondersteunen vrijwilligers en mantelzorgers vaak uitstapjes en kleinschalige groepsactiviteiten. Dergelijke activiteiten bieden bewoners een zinvolle dagbesteding. Daarnaast helpen vrijwilligers en mantelzorgers bij het rondbrengen van koffie en thee en het assisteren van de maaltijdvoorziening. Op ongeveer de helft van de afdelingen helpen vrijwilligers ook met het eten geven aan bewoners of bezoeken zij bewoners individueel.

Naast de verschillen op afdelingsniveau zijn er ook verschillen aanwezig tussen de instellingen die hebben deelgenomen aan deze eerste fase van het onderzoek. De inzet van het personeel is bij een groot deel van de instellingen gebaseerd op het aantal bewoners per afdeling, volgens een vaste ratio medewerker/bewoner. De bepaling van het kwalificatieniveau op een afdeling vindt vooral plaats via de zorgvraag/zorgzwaarte of doelgroep. Er zijn verschillen aanwezig tussen instellingen in de aanwezigheid van personeel met specifieke competenties en/of vaardigheden, een aanzienlijk deel heeft een decubituspecialist of til/transfer specialist in dienst. Het aantal vrijwilligers loopt voor de verschillende instellingen zeer uiteen. Vrijwilligers worden met name ingezet ter ondersteuning van het activiteiten aanbod.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat er zowel tussen BOPZ-afdelingen als tussen instellingen sprake is van variatie in de dagelijkse bezetting. Dit geldt voor de aanwezigheid van medewerkers gedurende de dag, de aanwezige competenties, het algemene opleidingsniveau van medewerkers en de inzet van vrijwilligers.

Welke randvoorwaarden beïnvloeden de dagelijkse bezetting op BOPZ-afdelingen?

Het spreekt voor zich dat het aantal bewoners en het aantal plaatsen op de BOPZ-afdeling van belang zijn voor de hoeveelheid zorg die op een afdeling verleend moet worden. Hoe meer bewoners er op een afdeling verblijven, des te meer personeel is er nodig om deze bewoners te verzorgen.

De ZOZ-index kan worden gebruikt voor het vaststellen van de zorgbehoefte van een bewoner. De zorgbehoefte van een bewoner wordt bepaald door het invullen van een korte vragenlijst door een medewerker. Slechts een klein deel van de afdelingen geeft aan de ZOZ-index te gebruiken. Bovendien geeft maar een klein deel van de afdelingen aan de dagelijkse bezetting op de zorgbehoefte van de bewoners te baseren. Uit de enquête bleek dat een aanzienlijk deel van de bewoners zeer zorgbehoefstig is. Hoe groter de zorgbehoefte, des te meer verzorging bewoners nodig hebben en hoe groter de bezetting zal moeten zijn om die zorg te kunnen leveren.

Op huiskamers van bewoners met een BOPZ-indicatie dient altijd toezicht te zijn door gekwalificeerd personeel. Hoe groter het aantal huiskamers, hoe meer personeel beschikbaar moet zijn dat toezicht kan houden. Dit is voor afdelingen met een minimale dagelijkse bezetting waarschijnlijk moeilijker te realiseren dan voor afdelingen met een maximale dagelijkse bezetting. Het aantal huiskamers varieerde van 1 tot 9 tussen de 45 afdelingen, met een gemiddelde van drie huiskamers.

Ziekteverzuim kan bijdragen aan een vermindering van de dagelijkse bezetting. Bij plotselinge, kortdurende ziekte is er niet altijd direct vervanging beschikbaar. Bij langer durende ziekte blijkt het niet altijd mogelijk om een voldoende gekwalificeerde vervanger te vinden, waardoor het kwalificatieniveau op de afdeling afneemt. Ziekteverzuim zou een veroorzaker kunnen zijn van een minimale dagelijkse bezetting, anderzijds kan een minimale dagelijkse bezetting ook leiden tot een hoger ziekteverzuim vanwege een hoge werkdruk.

In hoeverre is de dagelijkse bezetting stabiel over de tijd?

Zoals hierboven reeds beschreven hebben de instellingen en afdelingen aangegeven dat de dagelijkse bezetting van personeel fluctueert gedurende de dag en in het weekend. Daarnaast zijn er ook verschillen in de dagelijkse bezetting gedurende bepaalde perioden in het jaar. In de zomerperiode, wanneer deze eerste fase van het onderzoek is uitgevoerd, zijn veel medewerkers op vakantie en wordt er binnen instellingen vaak gebruik gemaakt van vakantiekrachten. Deze zijn over het algemeen niet gekwalificeerd. Daarmee neemt ook het aantal medewerkers met specifieke competenties/vaardigheden af tijdens deze periode. De overige schoolvakanties en de periode rond de jaarwisseling zorgen ook voor een fluctuatie in de dagelijkse bezetting. Tenslotte kan ziekte voor een onstabiele dagelijkse bezetting zorgen. Als medewerkers langdurig ziek of met zwangerschapsverlof zijn, moet hiervoor vervanging worden gevonden. Deze vervanging heeft niet altijd hetzelfde kwalificatieniveau als de oorspronkelijke medewerker en beschikt vaak ook niet over de specifieke competenties en vaardigheden van de zieke medewerker. Een andere reden dat de dagelijkse bezetting niet stabiel is over de tijd is personeelwisseling. Het verloop binnen de gezondheidszorg is relatief hoog. Hierbij laat de medewerker een gat achter dat niet altijd goed op te vullen is met een nieuwe medewerker van hetzelfde kwalificatieniveau. De eerste reden hiervoor is dat instellingen en afdelingen te maken hebben met een regionaal personeelstekort. Ten tweede hebben de instellingen en afdelingen een beperkte financiële ruimte, waardoor de medewerker soms moet worden vervangen door iemand met een lager kwalificatieniveau. Hierdoor kunnen instellingen en afdelingen te maken krijgen met een tekort aan voldoende gekwalificeerd personeel.

6.2 De dagelijkse bezetting op 12 BOPZ-afdelingen en de kwaliteit van leven van bewoners

In dit deel van het onderzoek is uitgebreid onderzocht in hoeverre de personele bezetting op 12 BOPZ-afdelingen gerelateerd is aan de kwaliteit van de geleverde zorg en aan de kwaliteit van leven van bewoners.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek is gekeken of er best practices aan te wijzen zijn voor goede zorg voor bewoners van BOPZ-afdelingen, waarmee de kwaliteit van leven van bewoners kan worden geoptimaliseerd. Hieronder worden de onderzoeksvragen van de tweede fase één voor één beantwoord.

In hoeverre zijn er best-practices aan te wijzen met een goede zorgverlening en een goede kwaliteit van leven van bewoners waarbij de zorg doelmatig lijkt te worden ingezet?

De kwaliteit van leven van bewoners is gemeten met de observatielijst 'Zicht op eigen leven'. Op vrijwel alle afdelingen zijn positieve aspecten in de zorgverlening of in de kwaliteit van leven van bewoners zichtbaar. Uit de resultaten komt een aantal afdelingen naar voren met een kwalitatief goede zorgverlening, waar bewoners een relatief hoge kwaliteit van leven ervaren, waar medewerkers aangeven tevreden te zijn en een relatief lage werkdruk ervaren. Daarnaast zijn er twee afdelingen die naast deze positieve aspecten ook worden gekenmerkt door een relatief lage bezetting. Dit zijn de afdelingen 6 en 8. Uit de interviews die zijn gehouden met de afdelingshoofden, psychologen, activiteitenbegeleiders en verpleeghuisartsen en de georganiseerde best-practice bijeenkomst komt naar voren dat de afdelingen 6 en 8 getypeerd worden door een divers activiteitenaanbod, waarbij ook 's avonds activiteiten (waaronder koken) worden aangeboden aan bewoners. Verzorgenden en vrijwilligers spelen een actieve rol bij de uitvoer van deze activiteiten en op de afdelingen ligt de nadruk op systematische aandacht voor kwaliteit, onder andere door middel van verbeteracties en scholing. De uitkomsten van de afdelingen 6 en 8 hebben waarschijnlijk deels te maken met kenmerken van hun bewoners. Afdeling 6 kent een relatief lage zorgzwaarte en afdeling 8 een vrij lage leeftijd, en bovendien was een kwart van de bewoners sinds kort opgenomen op afdeling 8. Bij het bepalen van de best-practices is hiervoor niet gecorrigeerd.

In hoeverre bestaat er een aantoonbare relatie tussen de dagelijkse bezetting op de afdeling en de kwaliteit van zorg?

In het onderzoek is nagegaan of er een verband bestaat tussen de dagelijkse bezetting en de sfeer, geboden autonomie, veiligheid van de omgeving en toezicht door het personeel op de afdeling. Deze aspecten van de zorgverlening zijn geobserveerd door de onderzoeker in samenwerking met een medewerker van de instelling, vaak een psycholoog of kwaliteitsfunctionaris. Op iedere afdeling is op drie momenten geobserveerd: 's ochtends, tijdens de middagmaaltijd en in de namiddag. De dagelijkse bezetting blijkt positief samen te hangen met de sfeer en veiligheid van de omgeving. Afdelingen met een hogere bezetting (gemeten in het aantal FTE van gekwalificeerd personeel per bewoner) bieden een meer sfeervolle en veilige woonomgeving. De dagelijkse bezetting hangt niet significant samen met de geboden autonomie op de afdeling en het toezicht door het personeel.

In hoeverre bestaat er een aantoonbare relatie tussen de dagelijkse bezetting op een afdeling en de kwaliteit van leven van bewoners?

Afdelingen verschillen significant van elkaar op een aantal uitkomsten van kwaliteit van leven: negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociaal isolement, zich thuis voelen, iets om handen hebben en de aanwezigheid van pijn. Verschillen tussen afdelingen in zorgrelatie, positief affect, sociale relaties en sociaal welbevinden zijn (net) niet significant.

De inzet van medewerkers verschilt tussen afdelingen voor wat betreft het aantal medewerkers dat wordt ingezet en het kwalificatieniveau. Het aantal FTE van gekwalificeerd personeel (niveau 1 tot en met 5) dat wordt ingezet per bewoner is gehanteerd als bezettingsmaat voor de 12 afdelingen.

De relatie tussen bezetting op de afdelingen en kwaliteit van leven is onderzocht aan de hand van multi-level analyses. De bezetting op de afdeling hangt significant samen met de aanwezigheid van pijn. Op afdelingen met een lage bezetting ervaren meer bewoners dagelijks pijn, ook wanneer er is gecorrigeerd voor zorgbehoefte van bewoners. Verder is er een tendens te zien van een verband tussen bezetting en negatief affect en rusteloos gedrag van bewoners, wanneer er gecontroleerd is voor de zorgbehoefte van bewoners. Hoe hoger de bezetting, hoe minder negatief affect en rusteloos gedrag bewoners laten zien. Deze relatie is echter niet significant ($p < 0,10$). Voor de overige uitkomsten wordt eveneens geen significante relatie gevonden met bezetting.

6.3 Kanttekeningen bij het onderzoek en aanbevelingen voor de toekomst

Bij het interpreteren van de resultaten is een aantal zaken van belang. Het onderzoek is uitgevoerd bij een beperkt aantal instellingen in Nederland. In totaal werden voor de eerste fase 150 instellingen benaderd, waarvan 75 instellingen en 45 BOPZ-afdelingen uiteindelijk hebben meegewerkt. De gegevens werden verzameld in de vakantieperiode van juni tot en met augustus. Dit heeft waarschijnlijk de bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek beïnvloed. Als redenen voor de non-respons worden door de instellingen met name tijdgebrek en de vakantieperiode genoemd. Daarnaast kan het zijn dat doordat de dataverzameling in de vakantieperiode plaatsvond met name afdelingen met een lage bezetting wegens tijdgebrek niet aan het onderzoek hebben meegewerkt. Wij kunnen dit niet uitsluiten. De indeling van participerende afdelingen naar een minimale en maximale bezetting ter voorbereiding op de tweede fase laat echter zowel afdelingen met een maximale als een minimale bezetting zien.

In de tweede fase van het onderzoek zijn gegevens verzameld van 12 BOPZ-afdelingen om het verband tussen bezetting en kwaliteit van leven van bewoners te onderzoeken. De afdelingen zijn geselecteerd uit de eerste fase van het onderzoek aan de hand van een aantal criteria. Door het relatief kleine aantal instellingen en afdelingen dat is onderzocht in beide onderzoeksfasen is niet vast te stellen in hoeverre de onderzochte afdelingen representatief zijn voor BOPZ-afdelingen van instellingen in Nederland.

De gegevens van dit onderzoek zijn daarnaast verzameld op één moment: via een enquête tijdens de eerste onderzoeksfase, en gedurende twee dagen van dataverzameling op de afdelingen in de tweede onderzoeksfase. Daarmee is het niet mogelijk causale verbanden tussen de dagelijkse bezetting, de kwaliteit van de zorgverlening en kwaliteit van leven van bewoners vast te stellen.

De opzet van het onderzoek kan een rol spelen bij het beperkt aantal significante effecten dat wordt gevonden. Het aantal afdelingen, onderzochte bewoners en medewerkers dat aan dit onderzoek heeft meegewerkt is beperkt. Wanneer men slechts 12 afdelingen onderzoekt moeten verschillen erg groot zijn voordat zij een significant effect laten zien.

Vervolgonderzoek bij een groter aantal BOPZ-afdelingen is dan ook zeker zinvol en kan wellicht tot krachtiger uitspraken leiden over factoren die van belang zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg en goede kwaliteit van leven.

Desondanks komen uit dit onderzoek een aantal interessante resultaten naar voren waar implicaties aan gekoppeld moeten worden. Zo blijkt uit de resultaten dat de ‘verzorgende niveau 3’ het meest aanwezig is binnen de instellingen en de BOPZ-afdelingen. Daarnaast maken alle afdelingen gebruik van lager gekwalificeerd personeel: medewerkers van niveau 0 tot en met 2. Door de toename in de zorgbehoefte van de bewoners zal de zorg die geboden moet worden steeds specifiek en complexer worden. Het is de vraag in hoeverre medewerkers van niveau 0 tot en met 2 zijn toegerust om op verantwoorde wijze steeds complexere zorg te bieden aan bewoners in een verpleeghuis. Daarnaast blijkt dat een deel van de instellingen en afdelingen aangeeft een gebrek te hebben aan voldoende gekwalificeerd personeel bij gebrek aan voldoende financiële middelen. Het gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel ging volgens de instellingen en afdelingen vooral ten koste van activiteiten die met bewoners kunnen worden uitgevoerd en het niet goed in staat zijn om te voldoen aan de individuele zorgbehoefte van bewoners. Het leveren van een goede zorgverlening gaat dus niet enkel om de hoeveelheid personeel, maar ook om het opleidingsniveau en de specifieke vaardigheden en competenties die aanwezig zijn op een BOPZ-afdeling.

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de personele bezetting van een afdeling verband houdt met de kwaliteit van de geleverde zorg en kwaliteit van leven zijn in de tweede fase van dit onderzoek 12 BOPZ-afdelingen nader onderzocht. De resultaten van dit deel van het onderzoek laten zien dat er een verband is tussen de dagelijkse bezetting en de zorgverlening op de afdelingen. Het verband tussen dagelijkse bezetting en kwaliteit van leven bewoners is minder duidelijk aanwezig. Kwaliteit van leven blijkt toch vooral bepaald te worden door kenmerken van individuele bewoners, zoals de zorgbehoefte, en minder door kenmerken van de afdeling. Deze resultaten komen overeen met ander onderzoek in de zorgsector waarbij een verband wordt gelegd tussen de kenmerken van de instelling en uitkomsten voor bewoners (Wagner, 1999). Toch blijkt de inbreng van de afdelingen in dit onderzoek relatief hoog te zijn wanneer men kijkt naar de Intra Class Correlatie van de multi-level analyses. Dit duidt er op dat afdelingen de kwaliteit van leven van bewoners met dementie wel degelijk positief kunnen beïnvloeden.

Aan de hand van de resultaten uit de tweede fase kunnen best-practices worden onderscheiden van afdelingen die goede zorg bieden, waar een relatief goede kwaliteit van leven wordt ervaren, waar medewerkers een hoge arbeidstevredenheid aangeven en waar de werkdruk relatief laag is. Twee van deze afdelingen worden tevens getypeerd door een relatief lage bezetting van medewerkers. Hierbij dient opgemerkt te worden dat op alle afdelingen ruimte is voor verbetering van de zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. Zo is het aantal bewoners dat iets om handen heeft op alle afdelingen laag, ook bij de best-practices. Bepaalde aspecten van de zorg verdienen dus aandacht, overigens ook naar de mening van de afdelingshoofden. Ondanks de variatie in zorgverlening geven vrijwel alle afdelingshoofden aan dat de bezetting op de afdelingen kan worden verbeterd. Vooral de bezetting in de namiddag en de avonden verdient aandacht. Op deze momenten is het

vaak niet mogelijk voldoende toezicht te houden, met name in de huiskamers. Ook de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers is een punt van aandacht. Zowel uit de eerste als uit de tweede fase van het onderzoek komt naar voren dat vrijwilligers veelvuldig worden ingezet. De inzet van vrijwilligers en mantelzorgers wordt zeer op prijs gesteld en draagt bij aan de kwaliteit van de zorgverlening. Echter, de aanwezigheid van vrijwilligers kan volgens de afdelingshoofden ook consequenties hebben voor de professionaliteit van de zorg. Met name bij de maaltijden, meer specifiek het eten geven aan bewoners, of de omgang met gedragsproblematiek spelen professionele vaardigheden van medewerkers een belangrijke rol. Enkel de inzet van meer informele zorg in instellingen zal daardoor hoogstwaarschijnlijk niet gepaard gaan met een verbetering van de zorg. Er is met name behoefte aan gekwalificeerd personeel.

Een laatste belangrijk punt betreft de richtlijnen die gehanteerd worden voor de inzet van personeel. De inzet van medewerkers wordt vooral bepaald op instellingsniveau en is afhankelijk van de financiële middelen en factoren zoals personeelstekorten in de regio. Geen van de onderzochte afdelingen baseert de bezetting direct op de zorgbehoefte van bewoners op de afdelingen en de ZOZ wordt nauwelijks gebruikt om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Bij de overgang naar zorgzwaartepakketten in de zorgsector en het bijbehorende financieringssysteem is dit juist van groot belang. Doordat de inzet van medewerkers momenteel nauwelijks wordt gebaseerd op de zorgbehoefte van bewoners loopt men de kans dat de invoering van de zorgzwaartepakketten niet zal leiden tot een flexibele inzet van personeel, maar ertoe kan leiden dat geïndiceerde zorg niet wordt geleverd of dat bewoners moeten verhuizen wanneer zij in een ander zorgzwaartepakket vallen. Bij de invoering van de zorgzwaartepakketten is het van belang dit zorgvuldig te monitoren en zo nodig actie te ondernemen.

Literatuur

- AVVV, LEVV & NIVEL. Verzorgenden over kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Factsheet Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. NIVEL, 2004.
- Arcares, AVVV, LOC, NVVA & Sting. Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. Utrecht, 2005.
- Beek van APA, Wagner C, Frijters DHM, Spreeuwenberg PPM, Groenewegen PP, Ribbe MW. Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht, NIVEL, 2004.
- Castle, NG, Engberg J. *Organisational characteristics associated with staff turnover in nursing homes*. The Gerontologist, 2006; 46 (1); 62-73.
- Ettema T, Lange J de, Droes R, Mellenbach D, Ribbe M. Handleiding Qualidem. Een meetinstrument: Kwaliteit van leven bij mensen met dementie in verpleeg en verzorgingshuizen, versie 1. Trimbos/VU.
- Gerritsen DL. Quality of life and its measurement in nursing homes. PhD thesis, Amsterdam, VU, 2004.
- Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatienummer: 2002/04.
- Giesbers H (RIVM). Aantal verpleeghuizen per gemeente 2004. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid.
- Holtkamp CCM. Effects of the Resident Assessment Instrument on Quality of Care and Quality of Life in nursing homes. PhD thesis, Utrecht, Amsterdam: NIVEL, VU, 2003.
- Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA, Houde S, Volicer L. *Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients*. Res Nurs Health, 1992; 15; 369-377.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Verantwoorde zorg en personele consequenties. Inventariserend onderzoek in ouderenzorg en gehandicaptenzorg bij instellingen die 24-uurs zorg bieden aan mensen met dementie of een autismespectrumstoornis. Den Haag: IGZ, 2004.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ, 2004.
- Jonge J de. Job Autonomy, well-being, and Health: a study among Dutch health care workers. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
- LCVV. Gekwalificeerd voor nieuwe functies. Toelichting op het opleidingsstelsel en functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging. Utrecht: LCVV, 2001.
- Landeweerd JA, Boumans NPG, Nissen JMF. Arbeidsvoldoening bij verplegenden en verzorgenden. De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg. Handboek Verpleegkundige Innovatie. Houten: Bohn Stafleu, 1996.
- Legatt S. National Institute of Clinical Studies 2003. *Factors supporting high performance in health care organisations*. Prepared by the health Management Group at La Trobe University, NICS, Melbourne.

- Mathijssen SW, Kwartel AJJ van der, Pepels CGM, Winkel EGJ, Barnhard MC, Velde F van der. Brancherapport care 2000-2003. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004.
- Morris JM, Fries BE, Mehr DR, Hawes C Phillips C, Mor V, Lipsitz LA. *MDS Cognitive Performance Scale*. Journal of Gerontology: Mental Sciences, 1994; 49; 174-182.
- Morris JM, Fries BE, Morris SA. *Scaling ADL's within the MDS*. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 199; 54; 547-553.
- Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, Murphy K, Drugovich ML, Friedlob AS. *Designing the national resident assessment instrument for nursing homes*. The Gerontologist, 1990; 30; 293-307.
- Nispen van RMA, van Beek APA, Wagner C. Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht, NIVEL, 2005.
- Poortvliet MC, van Beek APA, de Boer ME, Gerritsen DL, Wagner C. Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg. Utrecht, NIVEL, 2006.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RvZ, 2003.
- Rantz MJ, Mehr DR, Popejoy L, Zwygart-Stauffacher M, Hicks LL, Grando V, Conn VS, Porter R, Scott J, Maas, M. *Nursing Home Care Quality: a multidimensional theoretical model*. Journal of nursing Care Quality, 1998; 12(3); 30-46.
- Schirm V, Albanese T, Garland TN. *Understanding nursing home quality of care: incorporating caregivers perceptions through structure, process, and outcome*. Quality management in health care, 1999, 8(1); 55-63.
- Schnelle JF, Simmons SF, Harrington C, Cadogan M, Garcia E, Bates-Jensen BM. *Relationship of nursing home staffing to quality of care*. Health Services Research, 2004; 29(2); 225-250.
- Scott-Cawiezell J, Jones K, Moore L, Vojir C. *Nursing home culture: a critical component in sustained improvement*. Journal of Nursing Care Quality, 2005; 20(4); 341-8.
- Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. Journal of Health Services Research & Policy, 2003; 8 (2).
- Steen van der JT, Ooms ME, van der Wal G, Ribbe MW. Measuring discomfort in patients with dementia. Validity of a Dutch version of the Discomfort Scale- dementia of Alzheimer type (DS-DAT). Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2002; 33(6); 257-263.
- Takens R, Broekhuis M, Offenbeek van MAG. Samen werken, samen leren. Een onderzoek naar teamleren binnen GGZ Groningen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2003.
- Wagner C. Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch healthcare organizations, PhD thesis. Utrecht, NIVEL, 1999.

