

Astrid van der Schot, Janne van Erp, Bernadette Willemse, Sil Aarts,
Ramona Backhaus, Hilde Verbeek, Henriëtte van der Roest

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg



Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg

Programma: ZonMw-programma Kwaliteit van Zorg:
Ondersteuning Zorginstituut

Uitvoerder: Trimbos-instituut en Maastricht University

Project nummer: 516012508

Datum: 20 maart 2020

Colofon

Projectleiding

Dr. Astrid van der Schot

Projectteam

Dr. Astrid van der Schot, Janne van Erp MSc., Ceciel Heijkants MSc., Marleen Prins MSc., dr. Danielle Völker, dr. Bernadette Willemse, dr. Sil Aarts, dr. Ramona Backhaus, Erica de Vries MSc, dr. Hilde Verbeek, dr. Henriëtte van der Roest

Klankbordgroep

Joep Bartholomeus, Msc., dr. Hanneke Beerens, dr. Martin den Hartog, prof. dr. Jan Hamers, drs. Julie Meerveld, drs. Willemijn Rietkerk, drs. Bernard Prins, dr. Martin Smalbrugge, dr. Dieneke Smit

De monitor personele samenstelling werd mogelijk gemaakt door:



En alle deelnemende organisaties en teams.

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer **AF1718**.

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

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Monitor Personeelssamenstelling	10
1.2 Doelstelling	10
2 Design	13
2.1 Deelnemende teams	13
2.2 Registratie personele bezetting en kernfactoren	14
2.3 Telefonische interviews	14
2.4 Site visits	15
2.5 Focusgroepen	15
2.6 Actieonderzoek	16
3 Analyse	17
4 Resultaten	19
4.1 Deelnemende teams	19
4.2 Motieven en Knelpunten	22
4.3 Doelstellingen	24
4.4 Aanpak	25
4.5 Belemmerende en bevorderende factoren	31
5 Monitoren van veranderingen en opbrengsten	35
5.1 Veranderingen personele bezetting	35
5.2 Ervaren opbrengsten voor Bewoners, familieleden en teamleden	38
6 Casuïstiek	41
6.1 Personele Samenstelling in restaurant	41
6.2 De Zorgassistent	42
6.3 Zorgboerderij	43
6.4 Meer regie bij bewoner	44
7 Conclusie en aanbevelingen	47
7.1 Conclusie	47
7.2 Aanbevelingen	50
8 Reflectie	53
Literatuur	57
Appendices	59

Samenvatting

In 2017 is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg door het Zorginstituut aangeboden aan de veldpartijen. In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt beschreven wat goede en doelmatige verpleeghuiszorg inhoudt en hoe de zorg in verpleeghuizen indien nodig verbeterd kan worden. Het Kwaliteitskader vormt een wettelijke basis voor de kwaliteit van de Nederlandse verpleeghuiszorg. In het kwaliteitskader heeft V&VN de ontwikkelopdracht Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling gekregen, met als doel om een actieve dialoog tussen de zorgvrager en hulpverlener te bevorderen en onderling het gesprek aan te gaan over wat er nodig is voor, en geboden wordt, aan de bewoner om een optimale kwaliteit van leven te kunnen bieden. De Leidraad streeft naar een verantwoorde personeelssamenstelling afgestemd op deze zorgvragen voor alle verpleeghuizen.

V&VN heeft hiervoor een handreiking ontwikkeld, welke is doorontwikkeld in diverse pilots. Deze studie evalueert het proces binnen verpleeghuizen om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling, het doel van dit onderzoek was tweeledig:

- 1) Het in kaart brengen van de motieven en aanpakken die teams toepassen om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling en personeelsbeleid en wat mogelijke belemmerende en bevorderende factoren hierin zijn, en
- 2) Het op verschillende momenten monitoren van de veranderingen in personele samenstelling bij deelnemende teams en de ervaren opbrengsten van deze veranderingen.

In de monitor is een *mixed-method* benadering gebruikt, waarbij een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden is gebruikt. In interviews en focusgroepen zijn kwalitatieve data verzameld over de motieven van teams, de in de praktijk ervaren knel- of gewenste verbeterpunten m.b.t. tot de huidige personeelssamenstelling, wat men wilden bereiken door deelname aan dit traject en kwantitatieve gegevens over basisrooster, ziekteverzuim, verloop en openstaande vacatures.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn 32 teams uit 26 organisaties gedurende 6 maanden gevolgd door het onderzoeksteam en zijn metingen uitgevoerd op baseline meting (T0, voor aanvang van veranderingen), na 3 maanden (T1) en na 6 maanden (T2). Twintig teams hebben deelgenomen aan het V&VN traject van de doorontwikkeling van de Handreiking Personeelssamenstelling. Deze teams ontvingen begeleiding van externe adviseurs en hadden tijdens het traject een startbijeenkomst met meerdere zorgorganisaties, een gesprek met het team op locatie om inzicht te krijgen in de knel- en verbeterpunten en een roostergesprek over het huidige en wenselijke rooster. Bij sommige teams vond een gesprek over strategische personeelsplanning plaats. Daarnaast hebben twaalf teams die op hun eigen manier aan de slag zijn gegaan met personele samenstelling, zonder betrokkenheid van V&VN, deelgenomen aan dit onderzoek. Naast het volgen van de verschillende teams, zijn ook diverse focusgroepen en interviews gehouden met familie, bestuurders en vertegenwoordigers van deelnemende organisaties.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er aan het eind van de 6 maanden die de teams gevolgd werden nog weinig innovatie plaatsvond in de personeelssamenstelling in verpleeghuizen. De motivatie van teams om met de personele samenstelling aan de slag te gaan varieerden van 'kwam op ons pad', initiatief vanuit bestuur of management, tot het zoeken naar tools om de zorgzwaarte beter te kunnen afstemmen op het rooster. Alle teams werkten graag aan verandering in de personele samenstelling, om de ervaren knelpunten in de huidige zorgverlening op te lossen. Deze knelpunten hoofdzakelijk gerelateerd aan a) een personele bezetting die niet past bij de zorgbehoefte van bewoners, b) een ervaren tekort aan medewerkers met specifieke competenties en c) de wens meer persoonsgericht te willen werken om zo het welzijn van bewoners te bevorderen, een scherpere focus op welzijn te hebben en het beter integreren van zorg en welzijn. De V&VN teams waardeerden het startgesprek en het proces waarin zij zelf mee konden denken over knelpunten en prioriteiten aangaande de samenstelling van de teams.

Teams vonden het lastig om concreet aan te geven wat zij wilden bereiken met betrekking tot de personele samenstelling. Het vertalen van knelpunten naar doelstellingen en daarbij het opstellen van een (plan van) aanpak was in de meeste organisaties onvoldoende gestructureerd. Zelden werd maar één knelpunt, of één doelstelling genoemd, vaak werden meerdere knelpunten en doelstellingen aangegeven die niet per se altijd op elkaar aansloten. De meest genoemde doelstelling was gerelateerd aan het leveren van cliëntgerichte zorg. Knelpunten die hieraan aan ten grondslag lagen waren 'tekort aan aandacht voor bewoner', 'onvoldoende zinvolle dagbesteding', 'onrust onder, of voor bewoners' en 'gebrek aan kennis en competenties'. Een andere vaak genoemde doelstelling was het flexibeler willen inzetten van personeel om zo beter aan te kunnen sluiten bij de zorgvraag en het meer willen inzetten op competenties en (bij)scholing van medewerkers.

Het daadwerkelijk doorvoeren van aanpassingen van de personele samenstelling door de teams zelf, kwam maar beperkt van de grond. Om de personele samenstelling te veranderen was inzicht in het huidige en gewenste dienstrooster noodzakelijk. Maar enkel inzicht in de roosters was niet voldoende om een aanpak voor verandering te ontwikkelen. Het ontbreken van een plan van aanpak in bijna alle teams is waarschijnlijk een van de belangrijkste oorzaken dat er beperkte opbrengsten werden gemeld. De personele samenstelling was tijdens het onderzoek slechts deels veranderd, waarbij de nadruk vooral lag op kwantiteit: het verhogen van het aantal medewerkers.

Het onderzoek laat zien dat er nauwelijks veranderingen zijn doorgevoerd in de skills-mix van teams. Een belangrijke oorzaak hiervoor was dat de reflectie op de samenstelling en competenties van teams/teamleden als lastig werd ervaren. Binnen teams werd bijvoorbeeld weinig besproken welke competenties reeds aanwezig waren en welke nog misten, om adequaat aan te kunnen sluiten bij de wensen en behoeften van de bewoners. Slechts enkele teams hebben het bestaande functiehuis kritisch bekeken en aangepast om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling. De uitdaging van het aanpassen van een rol, of het introduceren van een nieuwe rol in het functiehuis, vereist vaak ook aanpassing aan een of meerdere andere rollen en dus aan het aanpassingsvermogen van het gehele team. Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat teams enthousiast waren om zelf aan de slag te gaan met een verantwoorde personeelssamenstelling in hun organisatie. Hoewel veelbelovend,

waren de op de opbrengsten binnen de periode van het onderzoek nog beperkt, enerzijds vanwege de relatief korte periode van zes maanden dat deze teams gevolgd zijn, anderzijds omdat het voor teams lastig bleek om op een gestructureerde wijze, met voldoende ruimte en tijd, een dergelijk project op te pakken.

Op basis van de bevindingen kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan. De belangrijkste aanbevelingen zijn om 1) gerichte experimenten rondom veranderingen in personele samenstelling in verpleeghuizen te initiëren en te belonen; 2) aanvullende sturingsmechanismen te onderzoeken, omdat vernieuwing vanuit de teams alleen onvoldoende lijkt te werken. Organisaties zouden meer ruimte en tijd kunnen krijgen om te experimenteren met het doorvoeren van veranderingen in de personele samenstelling en skills-mix van medewerkers vanuit hun visie op zorg. Hierbij kunnen ook sociale innovaties en de effectieve inzet van technologie een belangrijke, aanvullende rol spelen om de teamsamenstelling zo te organiseren dat deze passend is bij de behoeften en verwachtingen van bewoners, hun naasten en medewerkers. Wel is hierbij een kwaliteitsslag nodig in systematisch werken, waarin een plan van aanpak, methoden om veranderingen door te voeren en potentiële opbrengsten te evalueren belangrijke uitgangspunten zijn. Het vernieuwen vanuit de teams alleen lijkt onvoldoende te werken, hetgeen aangeeft dat aanvullende sturingsmechanismen nodig zijn. Bij het veranderen van de personele samenstelling in de huidige praktijk ligt er nog teveel nadruk op aantallen medewerkers, terwijl innovatie in de mix en competenties van medewerkers juist noodzakelijk is.

Ten slotte dient de aandacht voor de samenstelling van teams en innovatie hiervan een belangrijk agendapunt te blijven, mede gezien de verwachte uitstroom van zorgmedewerkers enerzijds en de verwachte toename van oudste ouderen met een toenemende complexe zorgvraag anderzijds.

1 Inleiding

De afgelopen jaren is er veel gebeurd in en rondom de verpleeghuiszorg om tot verbetering van kwaliteit van zorg te komen. Zorginstituut Nederland heeft het werkveld opgeroepen om samen tot een kwaliteitskader te komen dat beschrijft wat goede verpleeghuiszorg is. Dit leidde in 2017 tot de realisatie van het Kwaliteitskader [Verpleeghuiszorg](#).

Het kwaliteitskader beschrijft wat goede en doelmatige verpleeghuiszorg inhoudt en hoe de zorg in verpleeghuizen verbeterd kan worden indien nodig. Onderdeel van de ontwikkeling van het kwaliteitskader en dus de beweging tot betere kwaliteit van zorg, is de aandacht voor de personeelssamenstelling in het verpleeghuis. Afgelopen jaren is veel gesproken over de (on)zinnigheid van een kwantitatieve norm met betrekking tot personeelssamenstelling. Er speelden vragen als: 'Is er een kwantitatieve norm nodig en realiseerbaar voor wat betreft het opleidingsniveau en aantal medewerkers?'. Tot op heden zijn in nationaal en internationaal onderzoek hierover geen eenduidige bevindingen gepubliceerd. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit het rapport '*Meer is niet per se beter*' (Hamers e.a., 2016) van de Universiteit Maastricht. Ook heeft het in 2016 verschenen *Manifest Scherp op Ouderenzorg* van Hugo Borst en Carin Gaemers in voornoemde discussie een belangrijke rol gespeeld (<https://www.scherpopouderenzorg.nl/>). Zij riepen op om, totdat vastgesteld is hoeveel zorgpersoneel nodig is om complete zorg te bieden, de vuistregel te hanteren dat er minimaal twee bevoegde en bekwame zorgmedewerkers aanwezig moeten zijn op een groep van maximaal acht bewoners. Als antwoord op de aandacht voor personeelssamenstelling in verpleeghuizen publiceerde V&VN in 2016 de concept Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling. Deze leidraad was bedoeld om een actieve dialoog tussen de zorgvrager en hulpverlener te bevorderen en onderling het gesprek aan te gaan over wat er nodig is voor en geboden wordt aan de bewoner, om deze uiteindelijk een zo goed mogelijk kwaliteit van leven te bieden. Hierbij wordt ernaar gestreefd om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling, oftewel 'een op de zorgvraag afgestemde personeelssamenstelling met ruimte voor professionele normen en waarden, opdat een veilige en prettige woonomgeving ontstaat'. Dit wordt gedaan aan de hand van normen die voor elk verpleeghuis gelden (voldoende aandacht, tijd, kennis en vaardigheden). De leidraad schrijft echter geen normatieve personeelsbezetting voor.

Een belangrijke conclusie die na de vele gesprekken met diverse betrokken partijen in de verpleeghuissector is getrokken, is, zoals de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut het verwoord: '*Een (al dan niet tijdelijke) uniforme numerieke norm doet geen recht aan de diversiteit van de cliëntgroepen en de zorgbehoefte die zij hebben. Daarnaast is er een verscheidenheid in gebouwen en zijn er grote regionale verschillen in het land*'.

Volgend op de concept Leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling (2016) zijn in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dat in januari 2017 van kracht is geworden, tijdelijke indicatoren beschreven die betrekking hebben op personeelssamenstelling. Aan V&VN was toebedeeld deze concept [leidraad](#) door te ontwikkelen tot een handreiking, deze te testen door middel van diverse pilots en te komen tot een context-gebonden norm voor personeelssamenstelling.

1.1 Monitor Personeelssamenstelling

Om de door V&VN ontwikkelde handreiking verantwoorde personeelssamenstelling te evalueren, opende ZonMw in 2017 een subsidieronde 'Kwaliteit van zorg: Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg' binnen het programma Kwaliteit van zorg: Ondersteuning Zorginstituut. Het oorspronkelijke doel van het project Monitor Personeelssamenstelling (MPSS) was om het proces en de opbrengsten binnen verpleeghuizen in kaart te brengen, die de handreiking personeelssamenstelling toepasten middels pilots. Deze pilots werden deels begeleid door V&VN en daarnaast waren van teams die zelf aan de slag gingen met hun personeelssamenstelling. De daadwerkelijke uitvoering van de pilots van V&VN was echter gericht op de (door)ontwikkeling van een handreiking en het piloten van op de praktijk georiënteerde tools om aan de slag te gaan met personele samenstelling. Hierdoor veranderde de oorspronkelijke focus van de MPSS en bleken niet alle onderdelen van de onderzoeksopzet passend. Vooral de uitvoering van een uitgebreide kwantitatieve effectevaluatie bleek niet zinvol en in overleg met ZonMw, V&VN en het Zorginstituut zijn de doelstellingen en de onderzoeksopzet enigszins aangepast. Het belang van het volgen van teams die met de personeelssamenstelling aan de slag wilden gaan bleef voorop staan. Hiermee verschoof de focus van de MPSS van het evalueren van de handreiking naar het evalueren van het proces hoe teams het aanpakten om tot een verantwoorde personele samenstelling te komen.

Door het volgen van de teams kan lering getrokken worden uit de processen die teams doorlopen en de verschillende aanpakken die zij hanteren tijdens het werken aan de personele samenstelling. Ook kan inzicht worden verkregen in de belemmerende en bevorderende factoren voor teams om aan de slag te gaan met de personele samenstelling en in de mogelijke (ervaren) opbrengsten van de processen. De resultaten die uit dit project voortgekomen zijn, staan beschreven in deze rapportage.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van de MPSS is tweeledig:

- 1) Het in kaart brengen van de motieven en aanpakken die teams toepassen om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling en personeelsbeleid en wat mogelijke belemmerende en bevorderende factoren hierin zijn, en
- 2) Het op verschillende momenten monitoren van de veranderingen in personele samenstelling bij deelnemende teams en de ervaren opbrengsten van deze veranderingen.

De resultaten van de MPSS beogen meer inzicht te bieden in wat het werken aan een optimale personele samenstelling, die aansluit bij de behoeften van bewoners en leidt tot optimale kwaliteit van zorg, vereist en opbrengt. Uit de resultaten blijkt op welke manieren teams en organisaties te werk gaan om tot een optimale teamsamenstelling te komen en welke randvoorwaarden hiervoor nodig zijn. Door het verzamelen en delen van deze inzichten biedt de MPSS organisaties en teams informatie over wat nodig is in het proces om te komen tot een passender personeelssamenstelling. Op basis van deze resultaten worden een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd om in de toekomst teams te faciliteren in het realiseren van een verantwoorde personele samenstelling.

1.2.1 Bijbehorende vraagstellingen

Per doelstellingen zijn een aantal vraagstellingen geformuleerd.

De vragen die behoren bij doelstelling 1 (het in kaart brengen van motieven en aanpakken) zijn:

1. Wat zijn [motieven](#) van teams om met de personeelssamenstelling aan de slag te gaan? Welke knel- of verbeterpunten ervaren teams binnen hun organisatie die zij hiermee op willen lossen?
2. Wat is de [doelstelling](#) van de teams? Wat willen zij bereiken door met de personeelssamenstelling aan de slag te gaan?
3. Welke stappen onderneemt een organisatie om tot een betere personeelssamenstelling te komen en op die manier aan de wensen en behoeften van bewoners te voldoen? Met andere woorden, wat is hun [aanpak](#)?
4. Wat zijn [belemmerende en bevorderende factoren](#) om tot een 'betere' personeelssamenstelling te komen?

De vragen behorende bij doelstelling 2 (het monitoren van veranderingen) zijn:

1. Wat zijn de [daadwerkelijke aanpassingen](#) die worden doorgevoerd in de personeelssamenstelling?
2. Wat [levert de aanpak](#) voor het aanpassen van de personeelssamenstelling op volgens betrokkenen ten aanzien van de beoordeling van de personele samenstelling en belangrijke thema's in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg die te maken hebben met de personele samenstelling, bijvoorbeeld persoonsgerichte zorg en ondersteuning of leren en verbeteren?

Bij het beantwoorden van bovenstaande vraagstellingen is steeds gepoogd informatie vanuit verschillende perspectieven aan te dragen: het perspectief van bewoners, verwanten (vaak familieleden), zorgmedewerkers, stafmedewerkers, managers en bestuurders. Deze afspiegeling van perspectieven was ook terug te vinden in de samenstelling van de klankbordgroep. Leden van de klankbordgroep hebben samen met de onderzoekers van de MPSS de bevindingen van dit project geduid.

2 Design

In de MPSS is een mixed-methods design toegepast, waarbij een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden is gebruikt. Door de combinatie van methoden die we bij alle deelnemers toepasten (telefonische interviews, in kaart brengen van het rooster) en een meer intensiverende aanpak bij een gedeelte van het sample (site visits, focusgroepen, actieonderzoek) ontstond zowel een breed, als een verdiepend inzicht. Toestemming voor uitvoering van het onderzoek is verleend door de ethische toetsingscommissie van het Trimbos-instituut. Het onderzoek vond plaats van begin 2018 tot medio 2019.

2.1 Deelnemende teams

Onderzoekers aan het Trimbos-instituut en de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg hebben in het kader van de MPSS teams gevolgd in hun stappen om tot een goede personeelssamenstelling te komen voor verpleeghuiszorg en de opbrengsten hiervan in kaart gebracht.



In totaal hebben 32 teams van 26 organisaties deelgenomen aan de MPSS. Alle teams opereerden binnen een verpleeghuissetting. De locaties waren verdeeld over bijna heel Nederland, variërend tussen de één (Drenthe en Flevoland) en zes (Gelderland) organisaties per provincie. Alleen in Zeeland en Friesland deden geen organisaties mee. Naast dat de verschillende teams in dit onderzoek zijn betrokken, zijn ook bestuurders en vertegenwoordigers van bewoners betrokken geweest. Een deel van de teams (n=20) nam deel aan het V&VN traject (van concept leidraad tot handreiking met context gebonden normen). Deze teams ontvingen begeleiding van externe adviseurs en hadden tijdens het traject een startbijeenkomst met meerdere organisaties, een gesprek met het team op locatie om inzicht te krijgen in de knel- en verbeterpunten, een roostergesprek over het huidige en wenselijke rooster en bij sommige teams vond een gesprek over strategische personeelsplanning plaats. Deze teams noemen we in deze rapportage de 'handreiking teams'. De overige teams (n=12) gingen op hun eigen manier, soms ook met externe adviseurs, maar zonder betrokkenheid van V&VN aan de slag met de personeelssamenstelling. Deze groep noemen we in deze rapportage de 'eigen aanpak teams'. Deze teams zijn geworven door het Trimbos-instituut en de Universiteit Maastricht via een oproep op websites, in nieuwsbrieven en op social media. Tevens is er contact gelegd met organisaties (uit het netwerk en via LinkedIn) waarvan bekend was (uit nieuwsberichten of publicaties) dat zij bezig waren met de personeelssamenstelling.

2.2 Registratie personele bezetting en kernfactoren

Om inzicht te krijgen in de personele samenstelling van de deelnemende teams is bij aanvang van dit project van elk team de personele bezetting (basisrooster en inzet van behandeldiensten en leidinggevenden) en zijn kenmerken, zoals ziekteverzuim, openstaande vacatures en verloop, in kaart gebracht. Deze kenmerken maken deel uit van de '*Kernfactoren voor personeelsbeleid*' in de verpleeghuiszorg, zoals toegelicht door de Stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in de [rapportage](#) die in januari 2019 door V&VN aangeboden is aan het zorginstituut.

Een formulier 'personele bezetting' is voorafgaand aan het eerste interview toegestuurd aan de vertegenwoordiger van elk team met het verzoek het daadwerkelijke rooster over de dag (diensten en niveaus) gedurende een week in te vullen. Onder het basisrooster werd verstaan het direct verzorgend personeel, dit is iedereen die op het basisrooster staat behalve medewerkers die enkel huishoudelijke taken uitvoeren of activiteiten begeleiden. Zie Bijlage 1 voor een voorbeeld. Tijdens het meetmoment (T2), in een telefonisch interview is aan alle teams gevraagd of, en zo ja op welke manier, de personele bezetting en de kernfactoren personeelsbeleid zijn veranderd ten opzicht van het begin (T0).

2.3 Telefonische interviews

Deelnemers interviews

Een vertegenwoordiger van elk deelnemend team werd drie keer in een periode van ongeveer een half jaar geïnterviewd door een onderzoeker van de MPSS. De interviews vonden plaats op baseline (T0), na drie (T1) en na zes maanden (T2). De geïnterviewde was een teamlid of teamleider en was op de hoogte van de veranderplannen van het betreffende team.

Inhoud interviews

Elk interview werd uitgevoerd via een vooraf vastgesteld interviewschema. Tijdens het eerste interview (T0) werd uitgevraagd wat het motief, beoogde doel en aanpak (indien bekend) was om met de personele samenstelling aan de slag te gaan en het daadwerkelijke rooster van de medewerkers die directe zorg leverden binnen het team werd geregistreerd (zie voorbeeld rooster in bijlage 1).

Tijdens de interviews op T1 en T2 werd gekeken naar (1) waar de teams stonden in het proces van aanpassing van personele samenstelling, (2) of er een plan van aanpak was, wat de inhoud hiervan was en of er al veranderingen in gang waren gezet of doorgevoerd ten aanzien van de personele samenstelling, (3) welke belemmerende en bevorderende factoren zij tegen kwamen in de uitvoering en (4) wat de mogelijke eerste opbrengsten waren.

Voorafgaand aan het derde interview (T2) is het rooster zoals ingevuld op T0 toegestuurd en is tijdens het interview expliciet gevraagd of er wijzigingen waren in het rooster ten opzichte van T0. Indien dit het geval was, zijn de wijzigingen geregistreerd. Dit deel van het interview werd soms met een ander persoon uit het team gehouden, omdat degene die op de hoogte was van de veranderplannen niet altijd dezelfde persoon was als degene die het beste op de hoogte was van het teamrooster.

2.4 Site visits

Deelnemers site visits

Er hebben tien site visits plaatsgevonden. Tijdens de site visit sloot de onderzoeker aan bij een relevante bijeenkomst in het verandertraject van het team of de organisatie, zo werd meer inzicht verkregen in het proces en hoe dit werd ervaren. In overleg met V&VN werden vijf teams geselecteerd. We sloten tijdens de site visits aan bij één van de gesprekken die in het kader van dit traject gevoerd werden (start-, team- of roostergesprek). Er is ook aangesloten bij één slotbijeenkomst die door V&VN georganiseerd werd voor de eerste teams die gestart waren, voor hen was dit ongeveer een half jaar na de start, hierin werd met elkaar gereflecteerd op het traject. Bij vier eigen aanpak teams werd in overleg tussen het team van onderzoekers en met de deelnemende teams bekeken wat een relevante bijeenkomst was om bij aan te sluiten.

Inhoud site visits

Tijdens de site visit was de onderzoeker observerend aanwezig om een beeld te krijgen van de manier waarop het team met de personele samenstelling aan de slag ging. Daarnaast werd met de site visit aanvullende informatie op de telefonische interviews verkregen. De informatie die verzameld is tijdens de site visit werd verwerkt in de casusbeschrijving van het betreffende team. Dit betrof zowel een feitelijke weergave van wat er besproken werd tijdens de bijeenkomst, alsook observaties van de onderzoeker over onder andere de sfeer en het enthousiasme van de teamleden.

2.5 Focusgroepen

Deelnemers focusgroepen

Alle teams werden uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep. In totaal zijn twee focusgroepen met teamleden, twee met bewoners en/of familie en één met teamleiders/managers en bestuurders gehouden. Een focusgroep met teamleden vond plaats op het Trimbos-instituut met tien deelnemers van vijf verschillende organisaties. De tweede focusgroep met teamleden vond plaats op locatie van een van de deelnemende organisaties met vijf leden uit het team. De focusgroepen met bewoners (zes deelnemers) en een tweede met familieleden (vier deelnemers) waren beiden op locatie van een deelnemende organisatie. Tot slot namen aan de focusgroep met bestuurders vier organisaties deel. De focusgroepen zijn ongeveer zes maanden na de start van het onderzoek (T2) gehouden.

Inhoud focusgroepen

De focusgroepen hadden als doel om een verdieping te verkrijgen in de inzichten die opgedaan waren tijdens de telefonische interviews. Uitgangsvraag voor de focusgroepen was of er in de afgelopen maanden veranderingen in de personele samenstelling waren ervaren en wat dit voor effecten had gehad op de zorg voor bewoners. Per focusgroep werd op het niveau van de deelnemers (team, bewoners en/of familieleden, leidinggevenden) aangesloten bij een proces van leren en ontwikkelen en werd een verdiepend inzicht verkregen in de gehanteerde aanpakken en gezette stappen. Ook werd ingegaan op bevorderende en belemmerende factoren om te komen tot een andere personeelssamenstelling. Daarnaast werd de deelnemers gevraagd naar hun mening over (een deel van) de normen voor personeelssamenstelling uit

het kwaliteitskader (minimaal twee zorgverleners beschikbaar bij intensieve zorgmomenten, permanent toezicht tijdens de dag en avond in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte, per groep is er iemand aanwezig met de juiste kennis en competenties en het binnen 30 minuten ter plaatse kunnen zijn van een BIG geregistreerde verpleegkundige en het bereikbaar en oproepbaar zijn van een arts op ieder uur van de dag).

2.6 Actieonderzoek

Bij drie 'eigen aanpak' teams werd een actieonderzoek uitgevoerd. Actieonderzoek is een interactieve manier van onderzoeken. Al handelend probeert de onderzoeker samen met de betrokkenen te onderzoeken of een geplande verandering het gewenste effect oplevert. Deze methode stelt onderzoekers in staat het proces en de consequenties van de aanpassingen in de personele samenstelling te volgen en samen met het team bij te sturen. De nadruk in actieonderzoek ligt op het onderzoeken 'met', in plaats van op het onderzoeken 'van'.

Voordat de eerste bijeenkomst zou plaatsvinden met de onderzoekers is geadviseerd een multidisciplinair team te vormen waarin alle lagen van de organisatie vertegenwoordigd waren. In de eerste bijeenkomst is met dit team door middel van een workshop of teamgesprek het onderwerp of probleem besproken en geanalyseerd. Tevens zijn er doelstellingen geformuleerd om dit probleem aan te pakken ('Wat wil het team over vier maanden bereikt hebben?'). De voortgang werd op locatie en/of telefonisch gevolgd. Eén team is na twee en vier maanden nog eens bijeengekomen om de voortgang te bespreken. Ook zijn er door de onderzoekers op locatie observaties uitgevoerd. Daarnaast hebben de onderzoekers diverse personen individueel gesproken. Hierdoor zijn de onderzoekers beter in staat geweest zicht te hebben op het project en dientengevolge deel te nemen aan het proces.

De fasen van het actieonderzoek zijn beschreven in bijlage 2.

3 Analyse

Data over de personele bezetting en de kernfactoren van het personeelsbeleid zijn geanalyseerd in IBM SPSS statistics versie 25. Over de personele bezetting werden de gemiddelden en medianen berekend over de inzet van directe zorg, het opleidingsniveau van de zorgmedewerkers, het aantal medewerkers op een afdeling over de dag en de formatie leidinggevend en behandelaren. Voor de kernfactoren van het personeelsbeleid werden de gemiddelden of medianen van het ziekteverzuim, het verloop, de openstaande vacatures en de duur om vacatures te vervullen berekend met behulp van beschrijvende statistiek.

De veranderingen tussen T0 en T2 in de personele bezetting en de kernfactoren van het personeelsbeleid werden kwalitatief geanalyseerd. Per team werd op basis van de verkregen kwalitatieve informatie op T0, T1 en T2 een casusbeschrijving gemaakt. In de casusbeschrijving werd opgenomen wat het motief en de aanpak was om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling. Tevens werden eventuele veranderingen in personele samenstelling, belemmerende en bevorderende factoren en de ervaren opbrengsten beschreven. De verslagen van de site visits (n=10) en actieonderzoeken (n=4) werden geïntegreerd in de casusbeschrijving van de betreffende teams.

De inhoud van de focusgroepen werd a verbatim getranscribeerd. Zowel de focusgroepen als de casusbeschrijvingen werden door de onderzoekers geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse (Braun en Clark, 2006). Deze aanpak past goed in het onderzoek, aangezien dit een kwalitatieve methode is die relatief gestructureerd en deductief is. De volgende zes stappen werden doorlopen: (1) Vertrouwd raken met de data; (2) Codes maken; (3) Gemeenschappelijke thema's zoeken; (4) Herbekijken van thema's; (5) Definiëren en benoemen van definitieve thema's en (6) Verslaggeving.

4 Resultaten

4.1 Deelnemende teams

Aan de MPSS hebben 32 teams uit 26 verschillende organisaties deelgenomen. Twintig teams, verdeeld over 17 organisaties namen deel aan het ontwikkeltraject van V&VN en wilden in dit traject aan de slag met hun personele samenstelling (tabel 1). Niet alle teams die deelnamen aan het traject van V&VN konden meedoen met de MPSS. Een aantal teams was al gestart met deelname aan het V&VN traject vóór de start van de MPSS, waardoor geen nul meting meer kon worden uitgevoerd. Daarom werden deze teams uitgesloten van deelname aan de MPSS. Daarnaast hebben 12 teams uit in totaal 9 organisaties deelgenomen aan de MPSS buiten het V&VN traject om. De meerderheid van de teams droeg zorg voor bewoners met dementie (psychogeriatrische doelgroep).

Tabel 1. Kenmerken van deelnemende teams in de Monitor Personele Samenstelling

	V&VN traject	Eigen aanpak	Totaal
Aantal organisaties	17	9	26
Aantal teams	20	12	32
Psychogeriatrische doelgroep	8	5	13
Somatische doelgroep	4	3	7
Psychogeriatric en somatiek gecombineerd in doelgroep	4	1	5
Andere combinaties van doelgroepen*	3	-	3
Doelgroep onbekend	1	3	4

* Gerontopsychiatrie (GP), een combinatie van PG en GP en een combinatie van somatiek en ELV hospice zorg.

4.1.1 Personele bezetting

De gemiddelde personele bezetting (inzet directe zorg) tijdens het eerste meetmoment (T0) was 22 uur per week per bewoner (inclusief de nachtdienst). Er bestond variatie tussen de teams. Op de deelnemende PG afdelingen werd gemiddeld meer personeel ingezet dan op de somatische afdelingen (respectievelijk 27 en 15 uur per week per bewoner). Gedurende de dag werden in de ochtend gemiddeld meer medewerkers ingezet dan tijdens de rest van de dag (figuur 1). Bij de grotere bewonersgroepen ($n \geq 15$) werden meer pieken in het aantal aanwezige medewerkers over de dag gezien. Vooral in de ochtend (8.00 - 9.00 uur), tussen 15.00 en 16.00 uur en tussen 18.00 en 19.00 uur waren meer medewerkers betrokken bij de directe zorg. Bij de kleinere bewonersgroepen ($n= 6-8$ en $n= 9-14$) was minder variatie te zien in de personeelsbezetting over de dag. Het aantal medewerkers op deze kleinere bewonersgroepen was gemiddeld lager vergeleken met de grote bewonersgroep.

Het opleidingsniveau van de medewerkers varieerde. Over het algemeen was meer dan de helft van de medewerkers geschoold op opleidingsniveau 3 (dikwijls betrof dit een opleiding verzorgende IG). Slechts een klein deel had een opleidingsniveau 4 of 5 (tabel 2).

Per 100 bewoners werd 3.1 fte aan leidinggevendenden (mediaan; range 0.9 – 14.2) ingezet en 2.3 fte aan behandelaars (mediaan; range 0.4 – 7.6) (tabel 2).

Tabel 2. Personele bezetting

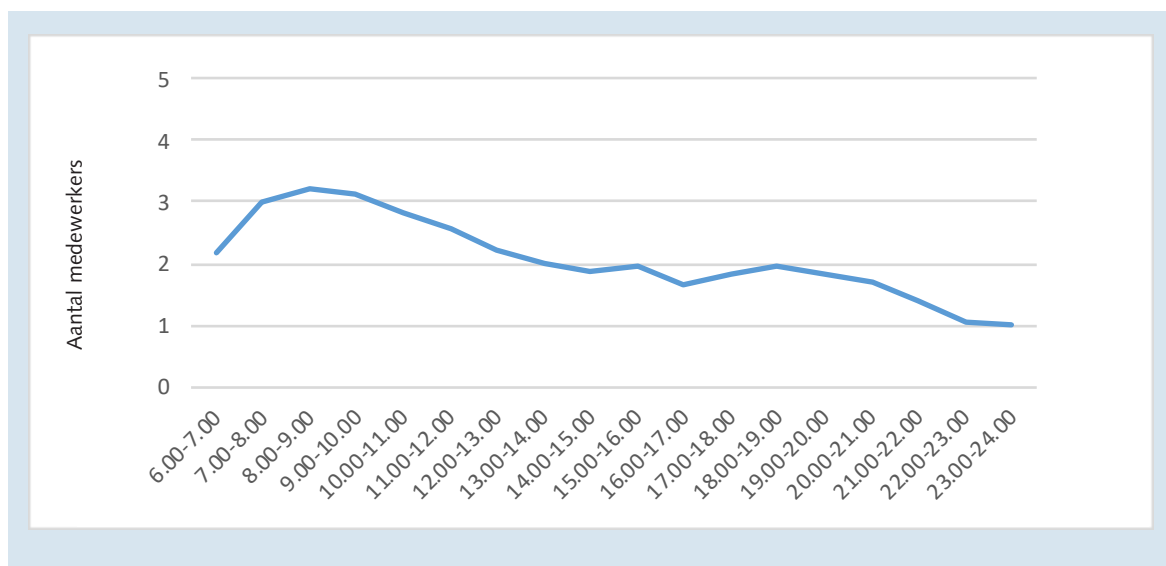
	Gemiddelde
Aantal uur directe zorg excl. nachtdienst (bewoner/week) (n=27)	19 (10-41)*
Aantal uur directe zorg incl. nachtdienst (bewoner/week) (n=26)	22 (12-42)*
Gemiddelde bezetting per bewoner dagdienst per opleidingsniveau (%) (n=26)	
Geen opleiding	0 (0-1)*
Niveau 1	5 (0-26)*
Niveau 2	30 (0-35)*
Niveau 3	54 (4-22)*
Niveau 4	0 (0-5)*
Niveau 5	0 (0-2)*
Twee of meer medewerkers op afdeling (aantal uur per dag) ** (n=30)	15 (0-18)
6-8 bewoners (n=10)	8 (0-18)
9-14 bewoners (n=8)	15 (6-17)
≥ 15 bewoners (n=11)	16 (9-18)
Formatie leidinggevendenden (fte leidinggevendenden per 100 bewoners) (n=27)	3.1 (0.9-14.2)*
Formatie behandelaars (fte behandelaars per 100 bewoners) (n=22)	2.3 (0.4-7.6)*

* Mediaan (range)

** Hierbij is rekening gehouden met het aantal huiskamers waarop het team medewerkers werkt.

Het gemiddelde aantal uren dat er per dag twee of meer medewerkers aanwezig waren (tussen 6.00 en 24.00 uur) per bewonersgroep was 13 uur (tabel 2). Bij de kleinere bewonersgroepen (6-8 bewoners) waren er met name in de ochtend tussen 8.00 en 9.00 uur gemiddeld twee medewerkers aanwezig, de rest van de dag was dit gemiddelde lager dan twee medewerkers. In bewonersgroepen van 9-14 personen werkten gemiddeld langer twee of meer medewerkers tegelijk, voornamelijk tussen 7.00 tot 12.00 uur. Bij groepsgroottes van 15 of meer bewoners, werkten de medewerkers met gemiddeld twee of meer personen van 6.00 tot 16.00 uur en van 18.00 tot 22.00 uur.

Figuur 1. Gemiddeld aantal aanwezige medewerkers in directe zorg per tijdens dagdienst (N = 30)



4.1.2 Kernfactoren personeelsbeleid

In de kernfactoren voor het personeelsbeleid verschilden teams sterk. Het ziekteverzuim varieerde tussen 0.4% tot 16.4%, waarvan drie teams een ziekteverzuim van 10% of hoger hadden. Omdat de resultaten over de kernfactoren ziekteverzuim, verloop en openstaande vacatures niet normaal verdeeld zijn, zijn de waarden weergegeven in medianen. Per team was het ziekteverzuim 4.7% (tabel 3). Het hoogste percentage ziekteverzuim (16.4%) kwam voor in een team met 21 medewerkers met een aantal langdurig zieken. Er was weinig verschil tussen het ziekteverzuim van teams werkend met verschillende doelgroepen. Voor teams werkend met PG doelgroepen was het ziekteverzuim 4.4% (n=12). Voor teams die met de somatische doelgroep werkten, was dit 6.4% (n=7). Bij teams die zowel met de PG en somatische bewoners of overige doelgroepen werkten, was het ziekteverzuim respectievelijk 4.2% (n=4) en 2.9% (n=3). De verschillen in ziekteverzuim onder de medewerkers werkend met verschillende doelgroepen of verschillende grootte van bewonersgroepen waren niet statistisch significant.

Het verloop (percentage van de medewerkers uit de directe dagelijkse zorg dat uit het team met ontslag is gegaan in het afgelopen jaar) was 5.8% (mediaan; range 0.0% tot 25.0%). De door de teamvertegenwoordiger gegeven redenen van het hoge percentage (25%) waren de werkdruk en het tekort aan medewerkers. In de teams die werken met zowel de PG als somatische doelgroep was het verloop het hoogst (12.5%, n=3). In teams werkend met de PG doelgroep was het verloop 7.0% (n=13) en in de teams op somatische afdelingen was dit 4.5% (n=7). Ook voor het verloop waren de gevonden verschillen tussen teams werkend met bewonersgroepen van verschillende grootte en het type van de doelgroep, niet statistisch significant.

Het aantal openstaande vacatures per team en per bewoner was op T0 0.0 fte, variërend tussen teams van 0.0 tot 0.2 fte per bewoner. Er was geen verschil tussen teams werkend

met verschillende doelgroepen (voor alle doelgroepen 0.0 fte). In de meeste teams werden de vacatures binnen een week tot een maand (41.7%) of binnen in één tot drie maanden vervuld (45.8%).

Tabel 3. Kernfactoren personeelsbeleid

	Gemiddelde*
Ziekteverzuim (% excl. zwangerschap) (n=26)	4.7 (0.4-16.4)*
Verloop (%) (n=26)	5.8 (0.0-25.0)*
Openstaande vacatures (fte per bewoner) (n=27)	0.0 (0.0-0.2)*
Tijd om vacatures te vervullen (%) (n=24)	
Een week tot een maand	41.7
Eén tot drie maanden	45.8
Drie tot zes maanden	8.3
Zes maanden of langer	4.2

* Mediaan (range)

4.2 Motieven en Knelpunten

Tijdens de telefonische interviews beschreven teams hun motieven om met de personeelsamenstelling aan de slag te gaan. Over het algemeen was de wens om te veranderen gerelateerd aan knelpunten die in de huidige zorgverlening werden ervaren. Er werd vrijwel nooit één knelpunt aangegeven. De meest genoemde knelpunten waren dat de personele bezetting niet paste bij de behoefte van bewoners, het zoekend zijn naar een scherpere focus op welzijn en/of betere integratie van zorg en welzijn hing hiermee ook samen (10 teams); het gebrek aan (bepaalde) collega's (9 teams, o.a. huiskamerbegeleiders, een eindverantwoordelijke, hoger geschoold personeel, zorgcoördinatoren, personeel met affectie voor doelgroep, maar ook aanpakkers en doorpakkers), gebrek aan kennis over de (nieuwe) doelgroep (7 teams); beperkte taakverantwoordelijkheid (4 teams), voorbeelden waren het vergroten van taakverantwoordelijkheid, het zelf roosteren, niet intrinsiek gemotiveerde aandachtsvelders, het missen van een pro-actieve houding) en een toenemende zorgvraag (n=6).

Zoals gezegd sloot de motivatie om als team deel te nemen aan de monitor personeelsamenstelling meestal aan bij ervaren knelpunten. De teams (n=9) die als knelpunt aangaven dat de personele bezetting (hoeveelheid en deskundigheid) niet paste bij de zorgbehoefte, waren veelal op zoek naar 'tools' of hulpmiddelen (6 teams) om met de personeelsamenstelling aan de slag te gaan. Deze teams hoopten, door deelname aan het traject van V&VN, adviezen en hulpmiddelen hiervoor te krijgen. Ook hoopten zij te kunnen leren en kennis te kunnen uitwisselen met andere deelnemende teams.

'Het motief om aan de slag te gaan met de personele samenstelling is enerzijds onze zoektocht naar een instrument om de zorgzwaartepakketten (zzp's) te vertalen naar kwantitatieve bezetting. Anderzijds willen we als team stil staan bij de vraag hoe ze met extra geld dat vrijkomt welzijn kunnen verbeteren. Welzijn is nu minder goed geborgd bij somatiek.

Dementie komt bij somatiek nu ook meer kijken dan eerst, dus dat vraagt om verandering.'
(team 3)

'Aanleiding dat wij mee hebben gedaan, is dat we gevraagd zijn vanuit de stuurgroep kwaliteit en i.v.m. de extra gelden waar onze organisatie mee aan de slag gaat is ons (teams) gevraagd wat we denken nodig te hebben de komende jaren om een kwaliteitsslag te maken.'
(team 19)

Echter sommige teams konden geen de duidelijke motivatie voor deelname noemen. Ze gaven als motief aan dat het traject van V&VN toevallig 'op hun pad' was gekomen (n=5). Teams die zelf al bezig waren met veranderingen in personeelssamenstelling wilden middels de deelname evalueren of zij 'op de goede weg zijn' (n=6). Soms (n=4) werd de beslissing om deel te nemen aan dit traject van hogerhand besloten (Raad van Bestuur, management) en hoorden de deelnemers van de teams pas achteraf dat zij geselecteerd waren om mee te doen.

Een van de meest genoemde motieven was dat men het welzijn van de bewoners wilde bevorderen. Teams (n=9) wilden hun personele bezetting beter laten aansluiten bij de wensen en behoeften van hun bewoners, persoonsgericht en vraaggericht gaan werken en meer welzijnsmomenten creëren. Deze teams hadden te weinig personeel in piekuren, ervoeren veel onrust in huiskamers en hadden het gevoel te weinig tijd en aandacht te hebben voor persoonlijke verzorging van hun bewoners.

'we willen niet het rooster leidend laten zijn maar aansluiten bij de vraag van bewoners (team 10)'

*'personele samenstelling zou ook uit bewoner moeten komen, niet alleen uit cijfers (team 6)'.
'Nog betere zorg te kunnen leveren, nog beter ingaan op wat de cliënt wil. We zijn tevreden als de cliënt tevreden is.'* (team 12)

Andere motieven hadden te maken met een veranderende zorgzwaarte van bewoners ten opzichte van voorgaande jaren. Deze teams wilden evalueren of de huidige personeelsinzet nog aansloot bij de actuele zorgzwaarte van bewoners. Doordat veel ongeplande zorg moest worden geboden, werd hieraan getwijfeld. Ook wilde men inzicht in de oorzaken van de ongeplande zorg. Bij enkele teams ging de verandering in zorgzwaarte gepaard met een verandering in doelgroep: op afdelingen waar van oudsher vooral somatische zorg werd geleverd, vond nu een verschuiving plaats naar psychogeriatrische zorg. Een enkel team gaf aan dat het zich ervan bewust was dat personele krapte in de toekomst verder zal toenemen. Deze teams waren op zoek naar creatieve manieren om dit tekort op te vangen.

Twee teams wilden de fysieke omgeving aanpassen (meer huiselijkheid creëren en een verbouwing van één grote huiskamer naar twee kleinere huiskamers). De teams verwachtten dat de teamsamenstelling hieraan aangepast zou moeten worden.

4.3 Doelstellingen

De door de teams aangegeven motieven en knelpunten leidden tot uiteenlopende doelstellingen ten aanzien van personele samenstelling. Bijna 80% van de teams stelde twee of meer doelen vast aan het begin van het traject. Hierbij werd over het algemeen geen keuze gemaakt welk specifiek doel men eerst wilde nastreven. Er werd tijdens het traject niet altijd aan de gestelde doelen vastgehouden. In de loop van het traject veranderde deze doelstellingen voor een klein aantal teams. Sommige doelen werden meer concreet: voor een team dat in eerste instantie iets aan de onvrede onder medewerkers wilden doen, waren de uiteindelijke doelen gewijzigd in het aanpassen van het rooster en aantrekken en opleiden van personeel. Of doelen varieerden sterk gedurende het traject: van het willen bereiken van meer regie bij en tevredenheid van bewoners, naar minder administratie tot uiteindelijk meer persoonsgerichte zorg willen leveren.

De meest genoemde doelstelling had te maken met het leveren van cliëntgerichte zorg. Doelen als *'meer aandacht voor bewoners'*, *'een zinvolle(re) dagbesteding'*, *'bewoners meer eigen regie geven'*, *'meer rust creëren voor de bewoners'* of *'het verhogen van de kwaliteit van leven van bewoners'* werden door 40% van de teams aangegeven. Teams met deze doelstellingen, wilden hun zorg- en dienstverlening meer gaan afstemmen op de wensen en behoeftes van bewoners.

Het hebben van te weinig tijd van medewerkers, het meer tijd willen voor aandacht voor bewoners, maar ook het inefficiënt inzetten van medewerkers, werd door 25% van de teams aangegeven. Dit waren knelpunten die leidden tot doelstellingen als het flexibeler willen inzetten van medewerkers, het willen schuiven met bezetting en tijden om beter op de zorgvraag te kunnen aansluiten en de juiste zorg op de juiste plek op de juiste tijd te realiseren.

'Meer aanwezigheid en aandacht in de woonkamers creëren. Naasten geven aan het moeilijk te vinden hun naaste alleen in een ruimte te zien. Ik hoop dat het uiteindelijk bijdraagt aan het welbevinden van de bewoners. Dat mensen aandacht krijgen, minder problemen met gedrag, gelukkiger, beter voelen. Maar ook dat het een fijnere plek om te wonen en te werken.' (team 8)

'Plan is zeker de teamsamenstelling te veranderen zodat kwaliteit beter is afgestemd tot zzp verhoudingen. Doel is het gewenste resultaat te behalen, bewustwording van onze visie op zorg. Tweede interview(na 3 mnd): formatie op orde krijgen (zal half 2020 waarschijnlijk pas zo zijn), dat iedereen goed geschoold is, bewonerszorg gegarandeerd is en zorgplannen op orde zijn.' (team 19)

Knelpunten als gebrek aan kennis bij medewerkers en een hogere zorgzwaarte waardoor er andere kwaliteiten en kennis van medewerkers gevraagd werd, leidden tot doelstellingen als meer inzetten op competenties, (bij)scholing van medewerkers en bij één organisatie zelfs tot het willen opzetten van een eigen opleiding in samenwerking met een opleidingsinstituut (n = 5).

Andere doelstellingen lagen op het terrein van het creëren van meer samenhang in het team, zoals een betere samenwerking tussen zorg en welzijn en tussen team en behandelaren (para) medici, meer werkplezier, verbetering van de communicatie tijdens overdrachten of het aan de slag willen met taken en rollen (n=6). Deze kwamen voort uit knelpunten als een slechte sfeer in team, ontevredenheid van medewerkers en het flexibeler willen inzetten van personeel.

Verandering van de werkwijze of de 'mindset' van medewerkers werd regelmatig (n=9) aangegeven als veranderdoelstelling. Knelpunten die hieraan ten grondslag lagen waren het vastgeroest zijn, het niet kunnen loslaten van ingesleten gewoontes en oude routines, het teveel doen voor de teamleider in plaats van voor bewoner/niet voldoende de bewoner voorop stellen en veel weerstand tegen veranderingen.

Te weinig participatie van informele zorgverleners werd ook genoemd als knelpunt en leidde tot het meer willen betrekken van het sociale netwerk van de bewoners (n=6) of het vergroten van het aantal actieve vrijwilligers (n=5).

'[...] al bij het welkom gesprek, we noemen het nu ook geen intake meer, willen we hier meer aandacht aan besteden' (team10)

'Aansluiten bij zorgvraag en flexibeler in zetten personeel. Een ander doel is meer betrekken van familie en vrijwilligers.' (team 2)

Doelstellingen waar geen knelpunten duidelijk aan ten grondslag lagen waren het verhogen van de zichtbaarheid van medewerkers, het willen gebruikmaken van een tool waarin verschillende administratieve aspecten van de zorg beter waren geïntegreerd en het integreren van positieve gezondheid in werkprocessen.

4.4 Aanpak

Binnen de MPSS verliep het proces waarmee men aan de personeelssamenstelling werkte heel verschillend tussen de teams. De vaste aanpak voor de 'Handreiking teams' was te beginnen met het teamgesprek begeleid door een VN&VN adviseur. Tijdens dit gesprek werd besproken wat er wel en niet goed ging, wat beter kon en waar men mee aan de slag wilde gaan. Na het teamgesprek was veelal duidelijk waar de knelpunten lagen en welk(e) thema('s) men wilde oppakken. In dezelfde periode als het teamgesprek plaatsvond, werd het teamrooster in kaart gebracht en vond er bij een aantal organisaties een gesprek over strategische personeelsplanning plaats.

De meeste teams pakten de personele samenstelling 'stap voor stap' aan. Hiervoor maakten echter slechts enkele teams daadwerkelijk een gestructureerd stappenplan of plan van aanpak. Bij andere teams verliep het proces meer organisch en ging het vaak in kleine (ongeplande) stapjes. Weinig teams gaven op voorhand aan de veranderingen te monitoren of te evalueren.

'De aanpak is heel organisch. Gewoon beginnen en na iedere stap kijken, hoe nu verder?' (team 26)

'Het proces is heel erg dynamisch (trial and error), moet heel erg aansluiten bij de bewoners. Het traject moet vooral niet te abstract worden.' (team 8)

'Meer projectmatig werken, ergens bewust mee aan de slag gaan, dan zet je ook stappen. Echt iets agenderen en concreet maken, het is wel een organisch proces en gaat stapje voor stapje maar het agenderen van hoe gaan we meer aansluiten bij welzijn, meer aandacht krijgen, luisteren naar bewoners is ook wel een project.' (team 10)

'Er is geen A tot Z plan omdat het niet alleen om een structuurverandering gaat, maar vooral om een cultuurverandering. Vraagt veel om dialoog.' (team 3)

4.4.1 Voorwaarden

Er werden belangrijke voorwaarden genoemd door teams, waaraan volgens hen eerst moest worden voldaan om een positief resultaat te kunnen bereiken met de verandering van personele samenstelling.

Een van deze voorwaarden was het creëren van voldoende *draagvlak*. Dit werd bijvoorbeeld gedaan door het onderwerp te bespreken in team overleggen en de medewerkers zelf mee te laten denken.

'Voor veel verzorgenden voelt het als iets dat 'ook nog moet', dus er is veel aandacht voor het creëren van voldoende draagvlak.' (team 4)

Een andere manier om draagvlak te creëren was om specifieke medewerkers aan te wijzen als kartrekker van het traject. In verschillende organisaties zijn werkgroepen opgezet waarin medewerkers van verschillende disciplines (bijvoorbeeld managers, zorgmedewerkers en welzijnsmedewerkers) betrokken werden bij het verandertraject.

'In eerste instantie was het antwoord 'nee'... waar de medewerkers mee kwamen. En als je ziet dat de commissiegroep enthousiast is dan word je dat zelf ook, dat helpt. Enthousiasme en draagvlak.' (team 1) .

Teams vonden het ook belangrijk om in gesprek blijven met de Raad van Bestuur, de directie en/of het management. Verschillende teams betrokken ook familieleden bij de veranderingen in de personele samenstelling om het draagvlak te vergroten. Er werden bijvoorbeeld familiebijeenkomsten of huiskamergesprekken georganiseerd waarin familie input kon geven die gebruikt kon worden in het verandertraject. Familie werd op deze manier ook betrokken en gestimuleerd in de uitvoering van de zorg als (informele) aanvulling op de formele personele bezetting. Op één afdeling werd een bewonersraad opgezet. Door met elkaar in gesprek te gaan over wensen en behoeften, wilde men de bewoners meer de regie geven.

'De huidige formatie gelegd naast de gewenste en gezegd dat we willen uitbreiden. Vorige week hebben ze met de familie nog een terugkoppelingsbijeenkomst gehad en dat naast het cliënttevredenheidsonderzoek gelegd.' (team 7)

'De bewonersraad is nog klein maar door uitwisseling met andere locatie zijn we toch gewoon begonnen en willen hen zo meer regie te geven, het is hun huis. Ook hopen we op aanzuigende werking van andere bewoners. Mijn collega's zijn nog wel wat terughoudend dat ze teveel gaan vragen, maar dit bleek bij een andere locatie niet het geval'(team 10)

Een goede *communicatie* werd ook essentieel gevonden in de aanpak van de personele samenstelling. Teams gaven aan dat, door middel van goede communicatie, betrokkenen (medewerkers en mantelzorgers) ook goed op de hoogte bleven van de (verander)plannen van de teams.

Naast een goede communicatie binnen een team, werd ook communicatie tussen teams zowel binnen als buiten de organisatie genoemd in de aanpak. Zo was er binnen een organisatie een klankbordgroep van meerdere afdelingen waarin medewerkers ervaringen kunnen delen of werden er multidisciplinaire overleggen (in)gevoerd. Teamleden gaven tijdens een focusgroep aan dat in hun organisatie duidelijke uitgangspunten zijn afgesproken en gecommuniceerd. Deze konden per locatie verschillen, maar uiteindelijk werkte iedereen met dezelfde uitgangspunten in het achterhoofd.

'Hoofden hebben nu wekelijks overleg zodat de lijntjes kort blijven en je snel dingen kan doorzetten en je niet wordt verrast door stappen die worden gezet. Zien ook dat medewerkers, zorg of welzijn, naar beide hoofden (hoofd zorg of hoofd welzijn) stappen omdat ze in principe allebei van het beleid/stappen op de hoogte zijn.' (team 9)

'Het idee (voor extra vaste diensten i.p.v. de tussendiensten) kwam van een medewerker. Dit idee is vervolgens met een medewerker die in de werkgroep van activiteitendiensten zat plus de denktank (...) besproken. Vervolgens zijn ook de overige medewerkers geïnformeerd. Wij vinden het belangrijk om medewerkers op de hoogte te houden van het beleid.' (team 27)

4.4.2 Creëren van inzicht

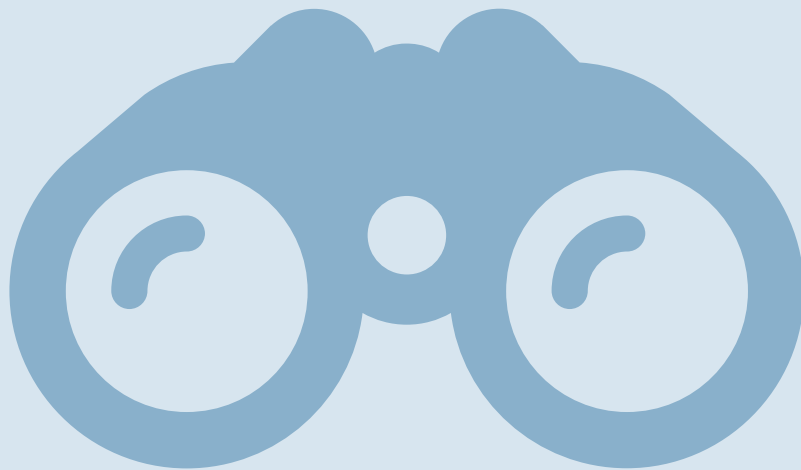
In de meeste teams, ongeacht of men deelnam aan het V&VN traject of via eigen aanpak aan de slag ging, werd als eerste gestart met het *creëren van inzicht* in de huidige situatie. De taken en verantwoordelijkheden van personen werden geëvalueerd en werkzaamheden werden geprioriteerd. Hierbij werd soms een verbeterbord ingezet dat inzichtelijk maakte wat er onder medewerkers speelde, bijvoorbeeld behoefte aan betere communiceren en een eerlijker taakverdeling.

'Bij het kijken naar de teamsamenstelling proberen ze ook te kijken naar prioriteren in werkzaamheden (met name bij de PG doelgroep) en niet automatisch alleen meer niveau 3 medewerkers te willen.' (team 4)

'Om het inzetten van de gastheer / gastvrouw en het verschuiven van de omloopdienst te evalueren, ligt een schriftje klaar waar tips en tops opgeschreven kunnen worden. Na drie weken wordt bekeken hoe het gaat en wat er anders kan.' (team 2)

Eigenlijk is het elkaar aanspreken voor mij best lastig, dit geldt voor meer collega's, ik bedoel dan niet alleen als iets niet goed gaat maar we geven elkaar eigenlijk ook geen complimentjes' Teamleider vult aan dat ze daarom met hele team in najaar op feedback cursus gaan (groot teamoverleg, site visit bij team 24)

Door verschillende teams werd inzicht in de *financiële haalbaarheid* om aan de slag gaan met de gewenste personele samenstelling aangegeven als belangrijke eerste stap in de aanpak. Bij één team bleek op dit moment de gewenste personeelsbezetting niet realiseerbaar in verband met financieringsmogelijkheden en moest er een andere oplossing gezocht worden in plaats van een vacature/extra persoon.



4.4.3 Ondersteuning

Tijdens de aanpak van de personele samenstelling zochten meerdere teams *ondersteuning*. Dit kon *interne* ondersteuning (binnen het team of de organisatie) zijn of *externe* ondersteuning (buiten de organisatie). Binnen een team ging het o.a. om ondersteuning bij het prioriteren van de werkzaamheden, inzicht in de werkelijke werkdruk of het maken van een plan van aanpak. Een ander team wisselde informatie uit met een ander team binnen dezelfde organisatie om zo van elkaar te kunnen leren wat betreft de personeelsbezetting ('*lerend netwerk*'). Ook interne afdelingen als P&O en HRM zijn ondersteunend geweest voor verschillende teams (aannemen nieuwe medewerkers, betrokkenheid bij verandertraject). Binnen een organisatie is speciaal een roosteraar aangenomen, een andere organisatie zette administratieve ondersteuning in, zodat het zorgteam zich niet meer bezig hoefde te houden met randzaken.

'Hebben geen expertise van buitenaf aangetrokken. Manager zorg probeert dit te doen door mensen met verschillende achtergronden aan te nemen die deze expertise meenemen. Nieuwe mensen met een andere achtergrond zorgt voor een frisse wind en nieuwe ideeën. Ziet daar zelf de meerwaarde van in. Betreffende zijn eigen functie, hoort hij vanuit het team geen duidelijk geluid dat ze dit prettig vinden, maar ook niet dat ze het onprettig vinden.' (team 3)

Onder externe ondersteuning viel ook het uitwisselen van informatie tussen organisaties. Eén team gaf aan plaats te hebben genomen in een regionaal netwerk waarin kennis over o.a. de rol van de verpleegkundige werd uitgewisseld.

Een groot aantal teams heeft gebruik gemaakt van externe ondersteuning. Dit was in de vorm van een externe coach, soms vanuit het programma 'Waardigheid en Trots op locatie', deze coaches reflecteerden bijvoorbeeld op de gang van zaken, waaronder de bedrijfscultuur. Ook werd een consultant ingezet, bijvoorbeeld voor inzicht in de aansluiting van zzp's bij het huidige team, maar ook voor het inzetten van verandering en evaluatie en reflectie. Daarnaast werd de inzet van een werving- en selectie bureau genoemd, en bedrijven die trainingen aanbieden (zoals Ervarea en Ideon. In een team werd externe ondersteuning ingeschakeld (HR manager) voor het herzien van de functieprofielen.

'Qua expertise hebben ze Vilans erbij betrokken (coaches vanuit Waardigheid en trots). Die gaan de teams ondersteunen op: kwaliteit/eigenaarschap. Hoe ze in hun vak staan, hoe ze communiceren, wanneer is iets goed, wanneer moet het beter?.' (team 8)

'Op beide locaties (...) komt er een coach van Waardigheid en trots die hen gaat ondersteunen en adviseren bij dit proces. Bestuurder heeft zich ingeschreven voor een project, meegedaan aan pilot.' (team 18)

4.4.4 Uitbreiding personeel

Om een daadwerkelijke verandering in de personele samenstelling te realiseren, werden door meerdere teams *nieuw personeel geworven* via vacatures (n=13), o.a. voor verzorgenden, gastvrouwen/gastheren, welzijnsmedewerkers en behandelaren. Dit konden ook vacatures zijn voor zij-instromers of mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt.

'Ze kijken ook bij het aannemen van nieuwe mensen nu waar er nog behoefte aan is in het team (iemand met affiniteit voor wondzorg, planning, ergo). Zo proberen ze een divers team samen te stellen dat elkaar 'on the job' hierop aanstuurt.' (team 17)

Naast het aannemen van nieuwe medewerkers, werden huidige medewerkers ook *opgeleid* (14 teams). Zo werden ze bijvoorbeeld inhoudelijk geschoold over dementie, maar werden zorgmedewerkers ook opgeleid om intern een andere functie te kunnen vervullen, bijvoorbeeld een niveau hoger of meer van zorg naar begeleiding gericht werken.

'In gesprek met P&O/opleidingscoördinator om de binnengehaalde functies goed weg te kunnen zetten binnen het functiehuis en de medewerkers de benodigde bijscholingen te geven zodat je ze flexibel kunt inzetten in het rooster.' (team 6)

In verschillende teams werd ook de *huidige formatie aangepakt*. Vier teams werden verkleind waardoor, volgens de teams, de medewerkers efficiënter konden werken omdat ze minder bewoners onder hun verantwoordelijkheid hadden en de overdrachten efficiënter verliepen. Ook werden verschillende werkzaamheden samengevoegd. Schotten werden weggehaald waardoor medewerkers breder inzetbaar werden.

'We hebben negen verschillende functies teruggebracht naar drie (eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV), woonbegeleiders en assistent woonbegeleiders' (Focusgroep teammanagers/medewerkers).



4.5 Belemmerende en bevorderende factoren

De deelnemende teams noemden veel factoren (tabel 4) die volgens hen belangrijk waren om tot een goede in personeelssamenstelling te komen.

Tabel 4. Overzicht belemmerende en bevorderende factoren

Belemmerend	Bevorderend
Personele factoren - wisselingen in personeel - personele krapte - wisselingen bestuur/managers - ziekteverzuim - flexwerkers, zzp'ers, uitzendkrachten	
Gebrek aan scholing	
Weerstand - tegen (weer)veranderen	Creëren van draagvlak
Teamsamenwerking - teamklimaat/slechte sfeer	Teamsamenwerking - goed teamklimaat, goede veilige sfeer
Gebrek aan bepaalde kennis of competenties - kennis over onbegrepen gedrag - inzicht in proces/planmatige aanpak: overview, planning maken & evaluatie	Professionals met specifieke kennis of competenties (bijvoorbeeld psycholoog). Elkaars expertise en sterke kanten kennen.
	Duidelijke visie en beleid
Rolonduidelijkheid	
Bestaande functiehuis, nieuwe functies passen niet erin	
Betrokkenheid van partijen met verschillende belangen, meningen, visies (bestuur, medewerker, OR), of juist te weinig betrokkenheid van bv. leidinggevend of bestuurder.	Betrokken bestuurders en teamleiders.
Inzet externe krachten (bv behandelaren)	Inzet externe hulp (bv bij inzicht, roosteren)
Technologie	Technologie
Financiën	Financiën
	Integrale aanpak incl. familie

Veel van de belemmerende factoren hadden te maken *met het personeel zelf*. De meest genoemde belemmerende factoren waren *wisselingen* in de organisatie (leidinggevenden, bestuur maar ook binnen teams) en personele *krapte*. Veel wisselingen op bestuurders- of managementniveau vertraagden het veranderingsproces. Personele krapte gaf teams weinig ruimte om aan de slag te gaan met veranderingen. Aangegeven oorzaken van personele krapte waren ziekteverzuim en openstaande vacatures, maar ook de krapte op de arbeidsmarkt.

Doordat vacatures vaak lang open stonden, hadden teams het gevoel niet selectief te kunnen zijn in het aannemen van personeel. Hierdoor namen zij soms medewerkers aan die in hun ogen weinig affiniteit hadden met de doelgroep. Andere teams gaven aan dergelijke problemen niet te ervaren en waren juist wel selectief bij het aannemen van nieuwe medewerkers. Naast ziekteverzuim, gaven vakantieperiodes en het inzetten van veel flexwerkers, zzp'ers en uitzendkrachten teams het gevoel geen ruimte te voelen hebben om te veranderen.

Door ziekteverzuim en personele krapte was er eigenlijk geen ruimte voor opleiding. Men verwachtte dat dit tot verdere overbelasting zou zorgen. *Gebrek aan scholing* werd genoemd als belemmerende factor. Meerdere teams gaven aan dat er kennis en kunde over 'persoonsgericht werken' werd gemist of dat huiskamermedewerkers onvoldoende kennis over dementie hadden. Enkele organisaties waren een interne opleiding gestart. Eén organisatie deed dit omdat ze medewerkers niet bij andere organisaties wilden wegstroepen, een ander juist omdat de huidige opleiding niet aansloot bij wat er in de praktijk nodig was.

Een vaak genoemde belemmerende factor (n=7) was *weerstand* vanuit de medewerkers. Soms was er binnen de teams sprake van weerstand tegenover veranderen in het algemeen. Of om welzijn te integreren in hun 'zorg'-functie. Daarnaast voelden de medewerkers zich bedreigd in hun huidige rol, bijvoorbeeld als er werd gepraat over het aannemen van personen met nieuwe functies.

'Er was echt geen draagvlak in het team voor het aannemen van een activiteitenbegeleider. Dit omdat de huiskamermedewerkers ook best veel doen op dit gebied, ze hebben dan wel geen scholing gehad maar wel veel ervaring en voelen zich dan beetje aan de kant geschoven (team 18).

'Grootste uitdaging in het begin: mensen enthousiast krijgen om WEER iets te doen. Passieve medewerkers, verandermoe, wat gaan we nu weer doen? Duurde even om mensen te motiveren); het is niet dat ze niet willen, maar dat ze denken geen tijd te hebben'. (team 16)

'Weerstand vanuit team: vaste gewoontes, vaste diensten. Verandering wel eng voor teamleden'. (team 32)

Een andere belangrijke belemmerende factor was de *samenwerking* binnen het team. Verschillende teams werden groter of kleiner en veranderden daardoor in samenstelling. Volgens verschillende medewerkers uit een team neemt bij een andere teamsamenstelling ook de diversiteit binnen teams toe (achtergronden medewerkers). Dit leidde soms tot een gevoel van weer aanpassen of vertraging. Volgens de deelnemers was een *goede en veilige sfeer en een goed teamklimaat* een belangrijke voorwaarde voor het doorvoeren van veranderingen. Eén team noemde als belemmerende factor dat de sfeer op de afdeling te slecht was om in teamverband te kunnen reflecteren op de manier van zorgverlening.

De aanwezigheid van *professionals of sleutelfiguren met specifieke kennis of competenties* die een belangrijke rol speelden in het veranderingstraject werd gezien als een bevorderende factor. Genoemde voorbeelden waren psychologen, specialisten ouderengeneeskunde of gespecialiseerd verpleegkundigen psychogeriatric die, vanuit hun kennis en kunde, teams konden adviseren. Door één team werd aangegeven dat het heel belangrijk was dat de arts niet alleen vanuit medisch oogpunt meekijkt, maar tegelijkertijd veel aandacht zou moeten hebben

voor het welzijn van bewoners. Naast de al genoemde 'kartrekkers' werden als bevorderende factoren genoemd: *het boven het team uit kunnen stijgen, procesmatig kunnen werken en/of aanpak kunnen opdelen in stukjes, het overzicht bewaren en zorgen voor een plan en evaluatie.*

De *rolinvulling* van medewerkers en kennis hierover was belangrijk. Teams gaven aan dat ze zoekende waren naar hoe ze de rol van verpleegkundigen het beste konden vormgeven. Deze rolonduidelijkheid zorgde ervoor dat er tot nu toe weinig verpleegkundigen werden ingezet. Volgens de deelnemers aan de focusgroep van teamleden, werd een goed team omschreven als een team waarin verschillende competenties en rollen samen waren gebracht. Het zou volgens hen goed zijn dat de teamleden dat van elkaar weten en medewerkers zo van elkaars expertise gebruik konden maken en elkaar daarop konden aanspreken.

Belangrijke factoren om te komen tot een goed functionerend team hadden te maken met *organisatorische aspecten*. Als bevorderende factor werd het hebben van een duidelijke *visie* en duidelijk *beleid* genoemd. Betrokken bestuurders en managers werden als bevorderende factor gezien. De betrokkenheid van partijen met *verschillende belangen, meningen en visies* (bijv. bestuurder, medewerker, ondernemingsraad) werd juist als belemmerende factor genoemd. Ook beslissingen die van bovenaf werden genomen, werden als belemmerend ervaren. Bestuurders en managers hadden volgens de deelnemers een cruciale rol in de veranderingen. Eén team gaf aan dat de bestuurder zijn eigen plannen trok en medewerkers geen mogelijkheden kregen om mee te denken. Een ander team noemde dat de teamleider te weinig betrokken was. In een focusgroep werd door medewerkers aangegeven dat zij juist door de steun van de bestuurders meer werkplezier ervoeren, doordat er geluisterd werd naar het personeel en er samen met hen naar oplossingen werd gezocht wanneer iets niet lekker liep.

Bestuurders gaven in de focusgroep aan dat het belangrijk is om de aanpak van de personeelssamenstelling niet alleen te beperken tot de zorgteams, maar dat ook gesprekken gevoerd worden met andere teams zoals de facilitaire medewerkers. Daarnaast vonden bestuurders het belangrijk om veranderingen in brede, integrale verbanden te bespreken met vrijwilligers en familie erbij. Dan kan worden besproken wat ook voor hen belangrijk is, en geven we hen meer een gevoel betrokken te worden en inspraak te geven én mee te denken wat dat voor de personele diensten zou kunnen betekenen.

Naast de *faciliterende en ondersteunende rol van bestuurders en managers* werd door sommige teams ook de inzet van *externe expertise* (bijvoorbeeld hulp bij overzicht krijgen en/of bij roosteren) als bevorderend ervaren. Echter de inzet van andere externe expertise die betrokken werden bij de directe zorg voor bewoners (bijvoorbeeld behandelaren die werden ingehuurd) zorgde er volgens de deelnemende teams ook voor dat het moeilijk was iedereen mee te nemen in verandering.

Enkele keren werden het gebrek aan goede faciliteiten van de organisatie als belemmerend ervaren. Een van die faciliteiten was *technologie*. Zo werd in een team ervaren dat een ontwikkelde app niet naar behoren werkte, hetgeen meer werk opleverde. Het team mee aan een landelijke pilot intramuraal persoonsvolgend budget waarbij een app werd ingezet om zorgvraag en zorggebruik te volgen en onderling te communiceren. Als belemmerend werd

ook het *bestaande functiehuis* van de organisatie genoemd. Het bleek moeilijk om nieuwe functies er in te passen.

Ook *financiële aspecten* werden vaak genoemd. De extra gelden werden door veel teams als bevorderende factor gezien, aangezien het hierdoor makkelijker werd extra medewerkers in te zetten. Sommige teams gaven echter aan dat er nog steeds te weinig budget beschikbaar was om extra personeel aan te nemen. Soms werd gezegd dat het vooral lastig is om duurdere krachten meer uren te laten maken en dat het moeilijk bleef om zelfs met financiële middelen van de vrijgekomen extra gelden rond te komen. Enkele teams worstelden ermee dat er op basis van de zorgzwaarte van de bewoners te veel personeel werd ingezet waardoor deze inzet niet kostendekkend was. Een team vond dat verschillen in salarissen ertoe hadden geleid dat er een onnodige hiërarchie binnen het team was ontstaan die de onderlinge samenwerking bemoeilijkte.

Tenslotte werden aspecten op het gebied van wet- en regelgeving genoemd. Bestuursleden gaven aan dat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gebruikt werd als referentiekader en als leidraad om een gesprek te voeren op MT-niveau. Bestuurs- en teamleden gaven echter ook aan dat het Kwaliteitskader een bepaalde druk met zich mee bracht om te voldoen aan de kwantitatieve norm. Dit kwam onder andere doordat ze door familie op de norm werden aangesproken. En sommige organisaties hadden ook het gevoel dat ze in hun gewenste roosterplanning werden belemmerd door wetten en regels, ze waren hierdoor minder flexibel. Een ideale planning, waarbij wordt voldaan aan de normen en persoonsgerichte zorg wordt geboden, is lastig omdat er bijvoorbeeld rekening moet worden gehouden met restricties van de inzet van personen op onregelmatige diensten of met het aantal uren beschikbare formatie dat gebaseerd is op de zorgzwaarte. Daarnaast zorgde het voor extra administratie, zoals het maken van teamplannen en het invullen van een verantwoordingsmodel. De tijd die zij hieraan besteedden ging volgens hen ten koste van de tijd die nodig is om na te denken over, of het doorvoeren van veranderingen.

'Roosterplanning is lastig, heeft niet te maken met de formatie maar met wet- en regelgeving, bijv. zoveel nachten of weekenden per persoon per jaar toegestaan. Hierdoor kunnen ze niet zo flexibel zijn als ze zouden willen.' (team 9)

5 Monitoren van veranderingen en opbrengsten

5.1 Veranderingen personele bezetting

Van 25 teams zijn zowel data op T0 en T2 beschikbaar en zijn veranderingen geanalyseerd (tabel 5). In 20 teams zijn veranderingen doorgevoerd in het rooster ten opzichte van T0. Hierbij is gekeken naar zowel veranderingen in het basisrooster (T0), waarin enkel zorgfuncties zijn geregistreerd, als veranderingen in bezetting die tijdens dit onderzoek niet in het basisrooster zijn opgenomen (inclusief ondersteunende functies). De meest ingevoerde veranderingen waren het inzetten van extra diensten (15 teams), het inzetten van meer fte bij bepaalde diensten (7 teams), het aanpassen van tijden van de bestaande diensten (5 teams), of het schrappen van diensten (2 teams).

Sommige teams voerden een daadwerkelijke verandering in personeelssamenstelling door buiten het basisrooster. Deze teams creëerden nieuwe rollen zoals woonondersteuners of huiskamerbegeleiders, die bij hen geen onderdeel waren van het basisrooster op T0 of er werden extra of langere diensten geïntroduceerd.

Binnen sommige teams hadden de veranderingen niets te maken met de personeelssamenstelling (bijv. realisatie nieuw bouw) en bij vijf teams bleek uit de analyse dat het rooster op T2 niet was veranderd ten opzichte van T0.

Tabel 5. Veranderingen in basisrooster

Type wijziging	Type professional	Specifiek dagdeel	Beschrijving
Inzet bestaande diensten	Omloopdienst	Ochtend	Van 10.00 – 12.30 uur (onbekend ten opzichte van eerdere tijd).
	Verzorgende niv 2/3	Dag/avond	Dienst van 15.45-20.45 op vier dagen in de week veranderd naar 12.00 - 20.30 of 13.00 – 21.30 uur.
	Avonddienst	Avond	Verlengd met 1.5 uur
	Cliëntondersteuner	Avond	Half uur vervroegd (14.00-21.00 i.p.v. 14.30 – 21.00)
	Assistent wonen en welzijn	Onbekend	Uitbreiding aantal uren (aantal onbekend)
Inzet extra / nieuwe diensten	Helpende plus (niv. 2)	Ochtend	Drie keer een helpende plus (of een verzorgende of verpleegkundige) erbij gekomen van 7.00-10.00 uur.
	Woonondersteuner (niv. 1)	Ochtend + middag	Dagelijks 1x van 8.30-12.30 uur en van 16.30-20.30 uur
	Woonondersteuner	Onbekend	Woonondersteuner voor 21 uur/week erbij.
	Gastvrouw	Ochtend + avond	Nieuwe gastvrouw 10 uur/week, 3 uur/dag. Van 8.30-11.30 uur of van 16.00-19.00 uur.
	Teamassistenten	Ochtend + avond	Acht uur per dag (in totaal 2 fte voor deelnemende afdeling) extra ingezet van 8.00-12.00 uur en van 16.00-20.00 uur.
	Dagdienst (niv. onbekend)	Dag	Van 7.00 – 15.30 uur.
	Medewerkers welzijn	Dag	Extra medewerkers aangenomen. Van in totaal 11 uur inzet naar 20 uur per week (van 11.00 – 14.00 uur).
	Verpleegkundige (niv.4)	Dag	Nieuw bijgekomen van 7.00-15.45 uur
	Helpende plus (niv. 2)	Avond	Extra (t.o.v. T0) van 20.00-23.00 uur.
	Woonzorgassistent (niv. 1)	Avond	Extra woonzorgassistent van 17.00-21.00 uur.
	Avonddiensten	Avond	Twee korte avonddiensten van niv. 3 naar niv. 2/3 en alle vier veranderd in tijden: van 15.00-21.00 uur i.p.v. twee keer 15.00-22.00 uur en twee keer 14.00-20.00 uur.
	Studenten	Onbekend	Inzet HBO studenten en middelbare scholier voor gastvrijheden persoonlijke verzorging.
Ondersteunend personeel (zorgassistenten, niv.1)	Onbekend	Extra inzet van ondersteunend personeel 12 uur in de week.	
Schrappen bestaande diensten	Onbekend	Onbekend	Een dienst eraf gehaald.

Een aantal teams had op T2 gewijzigde behandeldiensten ten opzichte van T0. Bij twee teams was een muziektherapeut aangenomen en bij twee teams was een psycholoog aangenomen. Daarnaast was in één team het aantal uren van de arts uitgebreid (van één naar drie uur in de week) en werd in één ander team het aantal uren van de geestelijk verzorger verhoogd met gemiddeld zes uur in de week. Naast veranderingen in de inzet of het aantal uren van de behandelaren, verhoogden vier teams het aantal uren van de leidinggevenden. Dit varieerde van 2 uur tot 16 uur meer beschikbare capaciteit van de leidinggevende.

Tabel 6. Veranderingen in basisrooster behandeldiensten en leidinggevenden

Type wijziging	Totaal aantal teams	Type professional	Beschrijving
Inzet behandel-diensten	3	Psycholoog	Extra inzet nieuwe psycholoog (24 uur/week); Psycholoog 12 uur extra ingezet.
	2	Muziektherapeut	
	1	Arts	Muziektherapeut aangenomen voor 8 uur/week.
	1	Geestelijk verzorger	Twee uur in de week extra ingezet (van 1 naar 3). Bestaande dienst gemiddeld met 6 uur/week toegenomen.
Inzet leiding gevenden	1	Teamcoördinator	Twee uur extra beschikbaar voor team (van 3.6 naar 5.6 uur)
	1	Teamcoach	Nieuwe teamcoach voor 16 uur/week (hierdoor totale aantal verdubbeld)

5.1.1 Verandering kernfactoren personeelsbeleid

Bij zeven teams was het ziekteverzuim binnen een half jaar met gemiddeld 3.8% toegenomen. Bij twaalf teams is er juist een afname zichtbaar van gemiddeld 4.5%. Het verloop is bij acht teams toegenomen met gemiddeld 6.2% en bij zeven teams afgenomen met gemiddeld 9.7%. Het aantal openstaande vacatures nam in een groot deel van de teams (n=11) toe met een absoluut gemiddelde van 1.4 fte. In drie teams nam het aantal openstaande vacatures af met gemiddeld 2.5 fte ten opzichte van T0.

Tabel 7. Veranderingen kernfactoren personeelsbeleid

Type kenmerk	Toename / afname	Aantal teams	Beschrijving
Ziekteverzuim	Toename	8	Gemiddelde absolute toename: 3.8% Range: 1.3% tot 7.8%
	Afname	12	Gemiddelde absolute afname: 4.5% Range: -19.7% tot -0.3%
Verloop	Toename	8	Gemiddelde absolute toename: 6.2% Range: 1.0% tot 12.5%
	Afname	7	Gemiddelde absolute afname: 9.7% Range: -20% tot -0.0%
Openstaande vacatures	Toename	11	Gemiddelde absolute toename: 1.4 fte Range: 0.5 fte tot 3 fte
	Afname	3	Gemiddelde absolute afname: 2.5 fte Range: -4.2 fte tot -1 fte

5.2 Ervaren opbrengsten voor bewoners, familieleden en teamleden

De door de teams gemelde ervaren opbrengsten waren vaak nog klein. Tijdens de interviews en de focusgroepen met teamleden en bestuurders werd vaak aangegeven dat men nog volop in het veranderingsproces zat. Hierdoor konden alleen tussentijdse opbrengsten worden gedeeld. Daarnaast benadrukten meerdere deelnemers dat het lastig was om concrete opbrengsten aan te geven, omdat er vaak sprake was van een cultuurverandering.

'Grootste veranderingen in vergelijking met zes maanden geleden: ze hebben steeds meer oog voor elkaar gekregen: zowel medewerker naar bewoner, als organisatie naar bewoner, bewoner straalt uit dat hij/zij het hier naar zijn zin heeft; dat zijn de grote effecten van de veranderingen geweest.' (team 11)

5.2.1 Opbrengsten voor bewoners

Uit de interviews met teamleiders en teamleden, de focusgroepen met teamleden en mantelzorgers en uit de site visits, bleek dat de belangrijkste verbeteringen door verandering in teamsamenstelling werd behaald op de thema's 'meer rust' en 'meer (individuele) aandacht'. Dit is niet kwantitatief vastgelegd, het ging vooral om de subjectieve ervaringen en het gevoel. Er was bijvoorbeeld bij een aantal teams het gevoel dat er meer rust ontstaan was op de afdelingen en in de huiskamers. Dit was ook terug te zien tijdens de zorg- en eetmomenten. Binnen één afdeling, waar het team op een kleinschaligere manier was gaan werken, merkten de bewoners op dat het inzetten van minder personeel leidde tot meer rust onder de bewoners. Er liep voorheen teveel personeel en stagiaires op het aantal bewoners. Een ander team gaf aan dat bewoners rustiger waren geworden en minder vaak naar personeel belden. Op meerdere

afdelingen had de verandering in personeelssamenstelling ertoe geleid dat de bewoners meer 'vaste gezichten' zagen en dat het aantal klachten van bewoners afnam.

Met betrekking tot het leveren van meer aandacht werden: 'meer ruimte voor dagbesteding' (zoals het maken van een wandeling, spelen van een spelletje, groter aanbod van activiteiten, meer reizen buitenshuis), 'meer individuele aandacht', 'meer één-op-één momenten' en meer rekening houden met de behoeftes van bewoners genoemd. Binnen veel teams heerste het gevoel dat er meer ruimte was ontstaan om met de wensen van bewoners aan de slag te gaan. Sommige teams gaven aan dat dit ook terug te zien was in de zorgplannen van de bewoners.

5.2.2 Opbrengsten voor familieleden

Uit de interviews met teamleiders/teamleden en uit de focusgroepen met teammanagers/teamleden en familie kwam naar voren dat men het moeilijk vond om al concrete opbrengsten voor familie te noemen. Weinig teams hadden daadwerkelijk geprobeerd het effect van de verandering in personeelssamenstelling op familieleden te evalueren. Daarnaast was het volgens de deelnemers zo dat familieleden 'kijken vanaf een afstand' waardoor het langer duurt voordat zij veranderingen waarnemen. Meerdere deelnemers gaven wel aan dat familieleden op een informele manier feedback hadden gegeven. Zo werd er bijvoorbeeld in de wandelgangen gezegd 'Fijn die extra personeelsleden!'. Daarnaast hadden familieleden vaker aangegeven dat zij zagen dat het rustiger was op de afdeling (n=6), er minder personeelwisselingen waren of dat zij blij waren met de nieuwe vrijwilligers. Volgens sommige deelnemers waren de communicatielijnen met familie korter geworden en wisten familieleden beter bij welke medewerker zij terecht konden.

Binnen sommige afdelingen was ook de rol van de familie veranderd. Op deze afdelingen waren familieleden vaker bereid om iets te betekenen voor de afdeling (bijvoorbeeld koken op zondag), waren zij vaker aanwezig en/of toonden meer interesse.

Tijdens een focusgroep gaven mantelzorgers aan continuïteit in personeel te waarderen en dat dit bijdroeg aan een betere sfeer op de afdeling. Zo sprak het familieleden bijvoorbeeld aan dat er voor een jaar een stagiaire was aangesteld. Op een afdeling was de betrokkenheid van familieleden groter geworden. Hier waren in korte tijd meerdere medewerkers vertrokken en was tijdelijke personele krapte. Familieleden boden tijdens drukke momenten vaker aan wat langer te blijven om personeel te ondersteunen (bijvoorbeeld tijdens de maaltijden).

5.2.3 Opbrengsten voor teamleden

In de interviews met teamleden en teammanagers en focusgroepen met manager en bestuurders kwam naar voren dat de veranderingen in personeelssamenstelling leidden tot een verandering in werk- en/of denkwijze van de teamleden.

Veel deelnemers aan de focusgroepen (teamleden) maar ook uit de casusbeschrijvingen kwam naar voren dat er binnen het team meer rust was ontstaan (n=7). De inzet van extra medewerkers als zorgassistenten zorgde ervoor dat er minder gehaast werd gewerkt en lagere werkdruk werd ervaren. De inzet van meer verpleegkundigen leidde volgens de deelnemers tot een betere overdracht, minder onnodig contact met artsen, meer coaching voor teamleden en beter toezicht. Sommige deelnemers hadden het gevoel dat door een verlaging in werkdruk medewerkers beter in hun vel zaten, zij meer werkplezier ervoeren waardoor het ziekteverzuim omlaag was gegaan.

Binnen meerdere teams was er nog steeds sprake van een discrepantie tussen de huidige en de wenselijke personeelsinzet. Meerdere teams hadden nog steeds het gevoel niet aan de

zorgvraag van bewoners te kunnen voldoen. Deze teams waren tot de conclusie gekomen dat de zzp's zouden moeten worden opgehoogd. In sommige gevallen werden hierdoor (tijdelijk) bedden op afdelingen gesloten.

Binnen meerdere teams werd ook een verandering in werkwijze en/of samenwerking ervaren. Veel teams waren minder taakgericht gaan werken, werkten nu beter en multidisciplinair samen en maakten beter gebruik van elkaars kwaliteiten.

'Onze huiskamermedewerker kwam bijvoorbeeld met het initiatief om maaltijden anders te serveren. Samen eten, aan iedere tafel gaat iemand erbij zitten en begeleidt het eten, bewoners scheppen zelf op. Soms veranderen we ook de tafelindeling zodat men elkaar beter en anders leert kennen.' (team 10)

'De uitwisseling en samenkomst van beide teams ten tijde van het eerste interview had al een positieve uitwerking. Het team staat nu 'in positieve zin op scherp.', Voorheen was er veel frictie. Zorg had vaak het gevoel van 'ja maar ... ik wil ook wel welzijn doen....' En welzijn had het idee dat de zorg interessanter werd gevonden. Nu zie je soort een chemie ontstaan van we willen hetzelfde. We groeten elkaar nu ook op de gang.' (team 9)

Binnen enkele teams was ook de samenwerking tussen medewerkers en vrijwilligers verbeterd.

'Voorheen kwamen vrijwilligers op tijden dat er nu een rustmoment gepland staat...het is belangrijk om hen ook mee te nemen als er veranderingen zijn, zeker als er zo'n verandering gepland staat en daarnaast hen ook uit te leggen waarom we dat doen.' (team 24)

Meerdere teams gaven aan dat zij nu, met dezelfde medewerkers, anders konden werken en meer resultaat behaalden. Er werd beter gecommuniceerd, netter gewerkt en er werden minder dingen vergeten. Ook ontstond er tussen teamleden meer begrip voor elkaar en werd het bijvoorbeeld geaccepteerd als een medewerker dingen rustig wilde uitwerken.

Ook de denkwijze van teamleden was volgens veel deelnemers veranderd. Binnen meerdere teams was het gevoel ontstaan dat de mening van teamleden telt en dat men zaken bespreekbaar kan maken. De teams stonden nu open voor veranderingen en wilden onderdelen verbeteren. Tegelijkertijd hadden de teams geleerd dat niet voor alle problemen een oplossing bestaat, gestructureerd te evalueren en dat het kan helpen om klein of op een creatieve manier te denken. Teamleden realiseerden zich nu dat er bijvoorbeeld heel veel mogelijkheden en momenten zijn waarop individuele aandacht voor bewoners mogelijk is.

'Een voorbeeld is het inzicht dat ook het uitruimen van de afwasmachine een moment kan zijn om bewoners aandacht te geven. Dit is nog niet tot iedereen doorgedrongen, maar er verschuift wel iets. Zo was er laatst een medewerker die zei dat een bewoner aandacht wilde, maar dat ze het gevoel had daar geen tijd voor te hebben. De medewerker denkt nu als deze bewoner belt aan de mevrouw van het levensverhaal wat ze vertelde tijdens het uitruimen en niet aan de mevrouw die steeds maar belt.' (team 1)

Teams die in kleinere teams zijn gaan werken, gaven aan dat deze manier van werken leidde tot meer cliënt gericht werken, minder medicijnfouten en een groter vermogen van het team om zaken zelf op te lossen. In de kleinere teams nam de taakverantwoordelijkheid toe en waren medewerkers minder snel geneigd te denken: 'Dit doet morgen wel iemand anders.'

6 Casuïstiek

Vanuit het aktieonderzoek zijn de opbrengsten verwerkt in de casusbeschrijvingen maar ter illustratie hebben we ook 4 casussen beschreven.

6.1 Personele samenstelling in het restaurant

Het onderwerp betreft het gastenserviceteam in het restaurant van een verpleeghuis. Tijdens de dagelijkse drie eetmomenten waren aanwezig: medewerkers gastenserviceteam (werknemers zonder zorgachtergrond), een cliëntenbegeleider en één á twee medewerkers vanuit de zorg. Steeds meer bewoners hebben ondersteuning nodig tijdens de eetmomenten. Hoe kan de personele samenstelling hierin een rol spelen?

Aanvullende vaardigheden gevraagd van huidig personeel

Bij de inventarisatie werd aangegeven dat de complexiteit van de zorgvraag van bewoners verschillende aanvullende vaardigheden van personeel vergt: kennis en vaardigheden met betrekking tot gedragsproblemen van bewoners, voeding en voedingsadvies en computervaardigheden (inlezen patiëntendossiers). Genoemd werd dat de samenstelling van het gastenserviceteam van invloed is op de werksfeer in het team en hierdoor mogelijk ook op de bewoners: "sommige medewerkers schieten snel in de stress". Oplossingen werden gezien in het aanwezige personeel, niet door het aantrekken van nieuw personeel.

Inzet voedingsassistent

Er werd voorgesteld een scholingstraject op te stellen gericht op voeding en gedragsproblematiek tijdens eetmomenten. Twee medewerkers van het gastenserviceteam bleken geïnteresseerd in een opleiding tot voedingsassistent. Gezien het feit dat het opzetten van een scholingstraject tijd kost, werd het idee geopperd om in de tussentijd een gediplomeerd voedingsassistent in te zetten. Deze voedingsassistent kan medewerkers van het gastenserviceteam ondersteunen en begeleiden waar nodig tijdens de eetmomenten.

Meer contactmomenten zorgmedewerkers en gastenserviceteam

Meer contactmomenten tussen de medewerkers van de zorg en het gastenserviceteam zorgden ervoor dat de communicatie beter was. Daardoor konden zij elkaar beter ondersteunen door bijvoorbeeld duidelijke afspraken te maken m.b.t. bewoners of de openingstijden van het restaurant.

Best mogelijke rooster

De medewerkers van het gastenserviceteam werden zo ingeroosterd dat een zo goed mogelijk team ontstond en zij ervoeren dit als positieve ontwikkeling, vooral in het weekend. Teamcoach bijeenkomsten zorgen ervoor dat medewerkers zich realiseren dat zij soms sneller in de stress schieten dan anderen en proberen er nu beter mee om te gaan. Door de

teamcoach bijeenkomsten durven medewerkers elkaar nu meer aan te spreken op elkaars verantwoordelijkheden.

Inzet van vrijwilligers

Diverse vrijwilligers zijn, door een oproep te plaatsen in de lokale krant, aangenomen die tijdens de eetmomenten in het restaurant komen helpen.

6.2 De zorgassistent

Binnen een organisatie is in februari en juni 2018 met vier medewerkers (2 zorgmedewerkers en 2 coördinerend verpleegkundigen) gesproken over *“De inzet van de zorgassistent”*. Er werd aangegeven dat er kwaliteitsgeld beschikbaar is gekomen, waarvan bewoners uiteindelijk dienen te profiteren. Hierom is er gekozen om vanaf januari 2019 te starten met de inzet van de zogenoemde *“zorgassistent”* (ZA). Een ZA is een persoon met een afstand tot de arbeidsmarkt die wordt ingezet voor niet gerelateerde zorgtaken.

Meer hulp tijdens piekmomenten

Alle deelnemers geven aan dat er normaliter één zorgmedewerker beschikbaar is voor zeven bewoners, waardoor er altijd momenten zijn dat bewoners alleen zijn. Als bijvoorbeeld een bewoner gewassen werd op de kamer, zaten andere bewoners zonder supervisie of aanspraak in de woonkamer. Door de komst van de ZA is er *‘meer hulp tijdens de piekmomenten zoals het ontbijt’*.

Meer aandacht voor bewoners

Alle deelnemers benoemen de toegevoegde waarde van de ZA te zien. Benoemd wordt dat bewoners er profijt van hebben: *“Er is meer aandacht voor de bewoners”*. Tevens wordt benoemd dat ook het personeel er baat bij heeft: *“Alles is relaxter en minder gejaagd”* en *“Het is fijn om wat aanspraak te hebben van een collega”*.

ZA kan niet meer gemist worden

Opvallend is dat beide zorgmedewerkers in februari aangeven de ZA te waarderen, maar als deze verdwijnt (bijv. door afname van kwaliteitsgelden), zij het *“ook wel redden”*. Echter, in juni geven alle bevrageden aan dat de ZA niet meer gemist kan worden: *“Je mist het echt, als er een dag geen hulp aanwezig is”*. De zorgmedewerkers benoemden dat zij zelf nu ook meer tijd hebben voor bewoners: *“De constante druk en haast is weg. Er is meer rust tijdens de zorgmomenten”*.

Bevorderende factoren inzet ZA

Als er wordt gevraagd wat een zorgassistent nodig heeft, om goed te zijn in zijn/haar werk, worden verschillende zaken benoemd: *“Empathie en inlevingsvermogen”* en *“Lief zijn voor de bewoners”*.

Tevens wordt benoemd dat een goede communicatie een belangrijke randvoorwaarde is. Dit zodat ook zorgmedewerkers weten waar ze aan toe zijn. ZA hebben nu een lijstje met taken die gedaan moeten worden. Dit geeft hen meer structuur en duidelijkheid. Wel wordt

aangegeven dat sommige ZA nog genoeg te leren hebben, met name met betrekking tot het ziektebeeld dementie. *“Misschien kan een cursus over dementie helpen”*.

De ZA in de toekomst

De vraag rijst ook welke vorm de functie van een zorghulp krijgt in de toekomst.

“Misschien zit er meer potentie in”. Een deelnemer geeft aan dat de ZA zo blijft als die nu is: *“Meer doen lijkt me niet verstandig, ze hebben geen diploma”*. Een andere deelnemer benoemt juist, dat, door de krapte op de arbeidsmarkt, de zorg mogelijk genoodzaakt is om de ZA *“noodgedwongen anders in te zetten”*.

Het doel van de inzet van de ZA is volgens een van de medewerkers nog niet gehaald. Dit omdat het niet duidelijk is of de ZA ook in de toekomst blijft bestaan. *“Dit is immers afhankelijk van de gelden. Blijven die bij een nieuw kabinet ook bestaan? Ook voor de zorgassistenten zelf is de toekomst dan ook onduidelijk”*.

6.3 Zorgboerderij

Interview mantelzorgers

De deelnemers geven aan dat ze continuïteit in de personeelsbezetting belangrijk vinden. Een deelnemster gaf aan dat een team dat regelmatig samenwerkt, een aangename sfeer brengt. Om de werkbelasting te verminderen werkten voorheen enkele werknemers een aantal dagen in de dagbesteding en enkele dagen in de woningen. *“Dat vind ik maar niets.”*, zei een van de deelnemsters. De deelnemers geven aan dat dit nu beter is georganiseerd. Nu werken er, in het algemeen, per woning steeds dezelfde medewerkers.

Opleiding medewerkers

Een deelnemster vond het belangrijk dat medewerkers elkaar aanvullen. Zij benoemde het belangrijk te vinden dat er medewerkers zijn met een hogere opleiding om bewoners met zware zorgen te verzorgen. Daarnaast moeten er ook zorgverleners zijn met andere kwaliteiten. De Reigershoeve heeft volgens de deelnemers deze variatie aan medewerkers. Er is veel bewondering en positiviteit ten aanzien van de studenten in de BBL-opleiding. *“Het is hartstikke druk en toch draaien ze gewoon mee”*.

Interview medewerkers

In februari is gestart met een BBL-opleiding. De deelnemers geven aan dat de opleiding als doel heeft het personeelstekort op te lossen. Door nieuwe mensen op te leiden vermijden ze dat ze samen met andere zorgorganisaties *‘in dezelfde vijver te vissen’*. De deelnemers zien ook meerwaarde in de mogelijkheid om hun visie van vrijheid en kleinschaligheid door te geven dankzij de nieuwe opleiding.

Nieuwe medewerkers

De deelnemers geven aan dat de werkroosters soms te zwaar waren als een collega afwezig was door bijvoorbeeld ziekte. De medewerkers draaiden immers al extra uren om te compenseren voor het tekort aan personeel. Vanwege de krappe bezetting worden er nog zes extra mensen aangenomen. Drie werden er al aangenomen, en drie vacatures *‘staan nog open’*. De deelnemers

geven aan dat *“de keuze reuze is”* voor het aannemen van nieuwe medewerkers. Bij het aannemen van nieuwe personeel is er ruimte voor verschillende opleidingsachtergronden en ervaringen. *“Het gaat meer om de persoon en de uitstraling en persoonlijkheid. De rest kan je nog leren.”*

Dienstregeling

De *‘tussendiensten’* uit het verleden worden opnieuw gebruikt, maar in de vorm van korte avonddiensten. Het is een dienst van 15 uur tot 21 uur, waarin de werknemers van deze dienst, activiteiten organiseren, maar ook zorg verlenen. Dit zorgt ervoor dat er nu op de avonddienst twee mensen per woning staan. De deelnemers geven wel aan dat een *“echte tussendienst”* soms nog voorkomt. *“Het is echter een noodoplossing.”*

6.4 Meer regie bij de bewoner

In de voorbereiding geeft de teamleider aan samen met het team te willen kijken hoe de huidige bezetting het beste past bij het meer willen aansluiten bij de vraag van bewoners en meer willen inzetten op welzijn. De afdeling wil beter gaan kijken naar de zorgverlening, minder vanuit medische model en kijken naar taken/rollen in team. Ook komt er extra geld beschikbaar. Hoe kan dit het beste ingezet worden?

Aansluiten bij wensen van bewoners

Tijdens het groeps gesprek met bewoners bleek dat ze elkaar helemaal niet zo goed kenden, er was behoefte aan meer huiselijkheid. *Het zou meer moeten zijn als ‘thuis’, zelf je bord opscheppen bijvoorbeeld.* Bewoners ervaren geen vrijheid om elkaar te helpen en dingen in te brengen, benoemen het horloge-, tijd- en deurklinkcultuur. Ook in het gesprek met het team horen we dat ze niet genoeg tijd hebben om even bij de cliënt te zitten. *Je bent er wel maar met de hand op de klink, klaar om weer verder te gaan.* De teamleider benoemt ook wel dat het een culturomslag is die tijd nodig heeft, team zit nog veel in de *‘ja maar’*-stand.

Aanpak – start van bewonersraad

Vanuit het team wil men graag starten met het opzetten van een bewonersraad. Ze willen zo familie en bewoners meer inspraak laten krijgen én een beter beeld krijgen van hun wensen. Het opzetten van deze raad ligt nog vooral bij één medewerker en manager. Daarnaast proberen ze ook om dit meer onderdeel te laten worden van hun werk. *Je merkt dat het team steeds meer nadenkt; is dat wel wat de cliënt wil?* Er is nu ook een wensenboom gekomen.

Meer hulp in huiskamer

Van de extra gelden zijn 1,2 fte assistent woonbegeleiders en een huiskamermedewerker aangenomen. Doordat er iemand in huiskamer is die aandacht heeft voor bewoners nemen de zorgmedewerkers tijdens de zorg ook meer ruimte voor gesprek doordat die back-up er is. Er gebeuren nu ook meer activiteiten met de bewoners. *Vorig jaar moest de teamleider leuren om 1 of 2 medewerkers die mee wilden lopen met de avondvierdaagse voor bewoners, dit jaar had hij er 6 of 7, hier zie je de culturomslag.*

Lastig familie te betrekken

Lage betrokkenheid van mantelzorgers. Medewerkers vinden het lastig om familie te betrekken bij de zorg? Om de verwachtingen goed te managen, ook als je naaste in het verpleeghuis woont dan is het fijn als ze kunnen helpen. Ook hier zou een mindset bij familie moeten plaatsvinden. In het welkomstgesprek is er nu wel meer aandacht voor. De medewerker die de bewonersraad heeft opgezet noemt ook dat het lastig is om het team mee te krijgen in de plannen. Ze zijn bang dat de familie teveel wil en ze hier niet aan kunnen voldoen. Een medewerker van een andere locatie heeft hen laten inzien dat ze gewoon moeten beginnen en het reuze mee viel daar.

Extra rust

Extra inzet in de huiskamer zorgt voor meer rust. Daarnaast was de ervaring dat door deelname aan de monitor we de manager en het team helpen met bewustwording. De manager geeft aan dat het helpt om iets in gang te zetten. De medewerker van de bewonersraad waardeerde ook de hulp, tips en aangereikte documenten/websites. Daarnaast is er ook een jonge bewoner komen wonen, hierdoor werden ze wel gedwongen om meer na te denken over rol en wensen van naasten. *Zijn kinderen bleven ook slapen en ontbijten met knakworsten, daar moet je dan toch in mee.*

Extra gelden

Teamleider benoemt dat hij zich afvraagt of ze deze stappen gezet zouden kunnen hebben zonder de extra gelden. Ook noemt hij de verandering in de mindset van medewerkers, het welzijn meer integreren in het werk, het ook als werk zien. Dit lukt niet bij iedereen en het zou kunnen dat in de toekomst bepaalde mensen het team daarom verlaten.

Meer gehoord worden - inspraak bij bewoners

Er is door het team navraag gedaan bij bewoners hoe ze het ervaren hebben, hebben ze het gevoel door de raad meer inspraak te hebben, hebben ze nu gevoel dat medewerkers meer aansluiten bij hun wensen en tijd maken, voelen ze zich meer betrokken en gehoord.

Procesmatige – planmatige aanpak

De teamleider noemt tot slot nog dat hij het echt heel fijn vond dat we hem achter de broek zaten en dat hij *graag nog wel meer begeleid had willen worden in het projectmatiger neerzetten, in projectplan met methodieken en stappen en hoe te evalueren etc. Dat is niet mijn sterkste punt, gaat meer organisch in mijn hoofd.*

7 Conclusie en aanbevelingen

7.1 Conclusie

Gedurende een half jaar zijn 32 teams gevolgd in hun stappen om te komen tot een optimale personeelssamenstelling in de verpleeghuiszorg. Hierbij zijn hun motieven en aanpakken in kaart gebracht en zijn de veranderingen in personele samenstelling gevolgd.

Het doel van dit onderzoek was het inzichtelijk maken van de motieven en aanpakken van verpleeghuis teams om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling en personeelsbeleid en wat mogelijke werkzame elementen hierin zijn. In de vraagstellingen passend bij dit eerste doel vertaalde dit zich in vier vraagstellingen die zich richtten op (1) het in kaart brengen van motieven, knel- en verbeterpunten, (2) doelstellingen van teams, wat wilden ze bereiken, (3) welke aanpak teams kozen en (4) wat waren belemmerende en bevorderende factoren. Daarnaast was dit project gericht op het in kaart brengen van mogelijke veranderingen in de personele samenstelling en de gevolgen van deze veranderingen, wat levert het op voor betrokkenen.

De belangrijkste conclusies van dit onderzoek zijn beschreven aan de hand van deze verschillende vraagstellingen. De uit de conclusies voortkomende aanbevelingen worden beschreven in sectie 6.2.

1. Motieven en ervaren knelpunten

Teams waren gemotiveerd om aan de slag te gaan met een verantwoorde personele samenstelling. Over het algemeen waren de motieven gerelateerd aan ervaren knelpunten. Het vaakst werd aangegeven dat men het welzijn van bewoners wilde bevorderen. Teams waren op zoek naar bruikbare tools, hulpmiddelen en adviezen om hen te helpen om te komen tot verandering. Sommige teams wilden toetsen of zij de juiste aanpak hadden gekozen en in enkele gevallen werd er vanuit een team geen motivatie geformuleerd of was deelname aan het traject op bestuurlijk niveau besloten.

De belangrijkste ervaren knelpunten in personele samenstelling zijn hoofdzakelijk gerelateerd aan a) meer persoonsgericht willen werken om zo het welzijn van bewoners te bevorderen, een scherpere focus op welzijn en het beter integreren van zorg en welzijn b) een personele bezetting (kwantiteit en deskundigheid) die niet past bij de zorgbehoefte van bewoners, c) een ervaren tekort aan medewerkers met specifieke competenties. Enkele teams gaven aan dat zij voor het verschijnen van het Kwaliteitskader reeds bezig waren met het nadenken over hun optimale personele samenstelling.

2. Doelen

Bijna 80% van de teams stelde twee of meer doelen vast aan het begin van het traject. De doelen varieerden en over het algemeen werd er geen keuze gemaakt welk specifiek doel men eerst wilde nastreven. De belangrijkste knelpunten die vertaald werden in verschillende

doelstellingen waren te weinig tijd voor aandacht voor, en welzijn van bewoners, een suboptimale integratie van zorg en welzijn, gebrek aan kennis bij personeel en het missen van tools om de inzet van personeel beter af te stemmen op de zorgvraag (meer vraaggericht willen werken) . Doelstellingen die hieruit voortkwamen waren betere cliëntgerichte zorg, meer aandacht voor (integratie van zorg) en welzijn, het flexibeler willen inzetten van personeel en het (bij)scholen van personeel.

3. Aanpak

De aanpak van teams waarmee men werkte aan het veranderen van de personele samenstelling was heel divers. Vaak was er sprake van een organisch proces en werden stap voor stap, waarbij weinig gebruik werd gemaakt van een stappenplan of een plan van aanpak. Er werd weinig gestructureerd te werk gegaan of voorgenomen om veranderingen te monitoren.

4. Belemmerende en bevorderende factoren

Naast het creëren van draagvlak en het aanwijzen van een medewerker die verantwoordelijk was voor het project, waren er drie thema's die met name belangrijk waren. *Inzicht* in het huidige en gewenste rooster is noodzakelijk, maar niet voldoende om een aanpak voor verandering te ontwikkelen. Vrijwel alle teams in het onderzoek (zowel die gewerkt hebben met de Handreiking als de eigen aanpak teams) hebben meer behoefte aan *ondersteuning* in het verkrijgen van overzicht en het ontwikkelen van een plan van aanpak, het monitoren van veranderingen en evalueren van of doorgevoerde veranderingen voldoende zijn afgestemd op de zorgbehoeften van bewoners. Deze ondersteuning ontbrak in de huidige projecten veelal waardoor de aanpak weinig gestructureerd was. Ook de daadwerkelijke *uitbreiding van personeel* hielp bij het komen tot een andere samenstelling. Daarnaast vonden teams het lastig om concreet aan te geven wat zij willen bereiken met betrekking tot personele samenstelling. Zo werd bijvoorbeeld aangegeven dat *'het leefplezier van bewoners omhoog moet'*, dat *'ze zich meer willen richten op welzijn'*, maar hebben teams geen beeld hoe dit te operationaliseren naar concrete uitkomsten. Sommige teams probeerden actief de bewoners te betrekken in hun aanpak door het gesprek aan te gaan met de cliëntenraad of het opzetten van een bewonersraad.

5. Aanpassingen in personele samenstelling

De personele samenstelling verandert slechts ten deel door de verschillende aanpakken in het huidige onderzoek en is veelal gerelateerd aan kwantiteit: het verhogen van het aantal medewerkers. Ongeveer de helft van de teams heeft daadwerkelijk veranderingen doorgevoerd in de personele samenstelling. Er werden extra uren ingevuld, roosterwijzigingen toegepast of extra medewerkers (zoals huiskamer- en zorgassistenten) ingezet. Dit gebeurde in de ochtend, maar vooral in de namiddag- en avonden, gerealiseerd door de tijdelijk beschikbare extra middelen. Medewerkers ervaren veelal een meerwaarde van de inzet van woonondersteuners, zorgassistent en/of huiskamerbegeleiders omdat ze meer rust brachten en een deel van de werkdruk van het team verlichten. Tegelijkertijd bestaat er grote onzekerheid of die verandering kan blijven bestaan als de extra middelen niet meer ter beschikking staan.

Er zijn nauwelijks veranderingen doorgevoerd in de skills-mix van teams. Een belangrijke oorzaak hiervoor is dat de reflectie op de samenstelling en competenties van teams/teamleden

als lastig werd ervaren. Er werd bijvoorbeeld weinig besproken welke competenties reeds aanwezig waren in het team om de zorg te leveren en welke nog misten, om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de bewoners. Slechts enkele teams hebben het bestaande functiehuis kritisch bekeken en overwogen om de bestaande structuur aan te passen. De uitdaging van het aanpassen van een rol, of het introduceren van een nieuwe rol in het functiehuis, vereist vaak ook aanpassing aan een of meerdere andere rollen. Hierdoor kan een teamsamenstelling wezenlijk veranderen en wordt aanpassingsvermogen van alle teamleden vereist.

6. Ervaren Opbrengsten

De opbrengsten van de veranderingen zijn onduidelijk. Door de bewoners en de familie wordt wel waardering geuit over minder wisselende gezichten op de afdeling en/of meer rust. Ook teams ervaren meer rust en soms betere samenwerking. Teams zelf geven echter wel aan het moeilijk te vinden om te duiden wanneer de gestelde doelen behaald zijn. Ze zijn vaak stap voor stap, niet altijd gestructureerd bezig geweest met meerdere dingen tegelijk en er waren niet altijd duidelijke doelen. Ook worden evaluaties vaak vergeten of teams weten niet hoe dergelijke evaluaties uit te voeren en te rapporteren. Tijd is ook een belangrijke factor, veranderen en opbrengsten ervan ervaren kost tijd. De meeste teams die deelnamen vanuit het V&VN traject waardeerden het startgesprek en het proces waarin zij zelf mee konden denken over knelpunten en prioriteiten aangaande de samenstelling van de teams, uitgaande van een dialoog. Meerdere teams gaven aan dat ze zagen dat de teams groeiden door met elkaar te reflecteren. Teams gaven aan ook wel te moeten wennen aan 'het reflecteren op het werk', het was voor hun gevoel vaak nieuw dat er werd geluisterd naar hun ideeën.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is de personele samenstelling als integraal onderdeel opgenomen als onderdeel van goede kwaliteit van zorg. De conclusies laten zien dat het uitgangspunt van de Handreiking Personeelssamenstelling, waarin medewerkers in gesprek met bewoners en familie reflecteren op de wensen en behoeften om de zorgverlening in het verpleeghuis hierop aan te passen, adequaat is. Echter, er is een duidelijke behoefte vanuit het veld aan meer concrete handvatten om dit in praktijk te brengen, aan ondersteuning bij het projectmatig aanpakken en evalueren van resultaten en voortgang. Met name de vraagstelling over welke deskundigheid, rollen en competenties nodig zijn om goede kwaliteit van zorg te bieden, persoonsgericht en aansluitend op de wensen en behoeften van bewoners, is door teams zelf zeer lastig te beantwoorden zonder de juiste ondersteuning.

7.2 Aanbevelingen

De monitor personele samenstelling heeft via de 32 teams, de teamleiders en medewerkers, maar ook via naasten en mantelzorgers veel informatie en inzichten verzameld rondom het proberen te komen tot de juiste personele samenstelling om zo goed mogelijke zorg te kunnen bieden waarbij de bewoner centraal staat. Op basis van deze inzichten formuleren wij de volgende aanbevelingen, die door verschillende partijen op verschillende niveau's opgepakt kunnen worden.

Aanbeveling 1 , gericht aan VWS (a), Actiz en V&VN (b)

'Initieer gericht experimenten rondom veranderingen in personele samenstelling in verpleeghuizen. a) Los van de handreiking, zouden verpleeghuizen meer ruimte en tijd kunnen krijgen om te experimenteren met het doorvoeren van veranderingen in de personele samenstelling en skills-mix van medewerkers. Hierbij kunnen ook sociale innovaties en de effectieve inzet van technologie een belangrijke, aanvullende rol spelen om de teamsamenstelling zo te organiseren dat deze passend is bij de behoeften en verwachtingen van bewoners, hun naasten en medewerkers. Dit zou gestimuleerd kunnen worden via praktijkverbeterprogramma's van ZonMw.

b) Resultaten uit dit onderzoek bieden aanknopingspunten, zoals het kritisch bekijken van het bestaande functiehuis, veranderen van rollen voor verpleegkundigen en verzorgenden, en het zoeken en betrekken van competenties die nodig zijn om het leefplezier en welzijn van bewoners te vergroten. Hierin lijken vooral functies met een andere opleidingsachtergrond, naast verpleging en verzorging, een belangrijke bijdrage te kunnen leveren.

Aanbeveling 2, gericht aan V&VN

In de doorontwikkeling van de handreiking moet aandacht worden besteed aan hoe een visie vertaald kan worden in concrete handvatten voor de praktijk. Stimuleer hierbij uitwisseling tussen organisaties in het leren en verbeteren, om zo reflectie op het eigen werk te creëren. Er is waarschijnlijk geen 'one-size-fits-all', benadering, maar in de sector heerst wel een behoefte aan concrete hulpmiddelen die men kan inzetten om te komen tot een personeelsinzet die afgestemd is op de vraag van bewoners. Dit is een complex proces, waarbij verwachtingen op de korte termijn niet te hoog gespannen moeten zijn. Het vraagt een volledige cultuuromslag in organisaties, zowel op strategisch, tactisch als operationeel niveau.

Aanbeveling 3, gericht aan (beroeps)onderwijs en zorgorganisaties

Toekomstbestendige verpleeghuiszorg vraagt een verandering in de huidige formatie van de dagelijkse zorg, waarin een sterk accent ligt op verzorgenden. Naast aanvullende scholing en ondersteuning van het huidige personeel en het gericht inzetten van (andere) medewerkers op domeinen die extra aandacht vergen (denk aan huiskamermedewerkers en/of dagbesteding), kan verder gewerkt worden aan het goed positioneren en beter laten aansluiten van specifieke opleidingsniveaus op de huidige zorgpraktijk, zoals de verpleegkundig specialist en de Hbo-opgeleide verpleegkundige die meer een rol als expert, specialist binnen een team kunnen vervullen met een coachende en ondersteunende functie.

Aanbeveling 4, gericht aan zorgorganisaties

De toenemende complexiteit van zorg vraagt om een heldere visie op verpleeghuiszorg en een

vertaalslag naar de personele bezetting, zowel op het gebied van competenties als rolinvulling. Op dit moment is in de verpleeghuiszorg nog vaak een strikte scheiding te zien tussen zorggerelateerde rollen (verpleging en verzorging) en welzijn (gericht op activiteiten). We zien hier wel voorzichtige veranderingen in, alleen is de wijze waarop zorg en welzijn binnen het verpleeghuis geïntegreerd en op elkaar afgestemd kunnen worden nog in ontwikkeling. Persoonsgerichte zorg, afgestemd op wensen en behoeften van bewoners vraagt een meer geïntegreerde aanpak, waarbij het gehele functiehuis in acht moet worden genomen. Wanneer de rolinvulling van één functie verandert, heeft dit een impact op andere rollen. Hierbij lijkt potentie te liggen voor het enerzijds inzetten van hoger opgeleide medewerkers (zoals HBO-Verpleegkundigen) die een coachende rol voor het team kunnen innemen. Anderzijds ligt er behoefte aan medewerkers die zich gericht bezig houden met meer aandacht en activiteiten voor bewoners die de kwaliteit van leven beïnvloeden.

Aanbeveling 5, gericht aan zorgkantoren

Beloon organisaties die experimenteren en innoveren, bijvoorbeeld met extra middelen voor die organisaties. Hierbij zien we dat een kwaliteitsslag nodig is, met name met betrekking tot het systematisch werken om samen met bewoners, familie en medewerkers te werken aan het bieden van zorg afgestemd op de persoonlijke wensen en behoeften van cliënten. Het vernieuwen vanuit de teams alleen lijkt onvoldoende te werken, hetgeen duidt dat aanvullende sturingsmechanismen nodig zijn. De nadruk op het veranderen van de personele samenstelling in de huidige praktijk legt nog teveel nadruk op aantallen, waarbij innovatie in de mix en competenties van medewerkers noodzakelijk is. Innovatie en experimenten op dit gebied zijn noodzakelijk om te zien wat werkt om te voorzien in de verwachtingen en wensen van bewoners en hun familie.

Aanbeveling 6, gericht aan bestuurders van zorgorganisaties

Naast het vernieuwen vanuit teams, zijn aanvullende sturingsmechanismen nodig om de personele samenstelling te veranderen. Alleen wanneer zowel de organisatorische context, leiderschap en visie van de organisatie wordt meegenomen, kan personeelssamenstelling beter worden afgestemd op individuele wensen en behoeften.

8 Reflectie

Nederland is niet uniek in de zoektocht naar de optimale samenstelling van zorgpersoneel in het verpleeghuis. Ook internationaal worden hierop initiatieven ondernomen. In tegenstelling tot de ziekenhuiszorg, is er tot nu toe weinig aandacht geweest voor personeelssamenstelling in verpleeghuizen. In Australië, de Verenigde Staten en Wales (Verenigd Koninkrijk) is de omvang van de inzet van verpleegkundig personeel in ziekenhuizen wettelijk vastgelegd (Mitchel et al., 2017). In de afgelopen jaren zijn in het Verenigd Koninkrijk enkele modellen voor veilige personeelssamenstelling in de verpleeghuiszorg, met bijbehorende tools, gehanteerd: de Shelford Safer Nursing Care Tool (2013), RCN Toolkit for Older People's Wards (2012), Rhys Hearn (1970), en het National Services Scotland Care Home Staffing Model (2009). Uitgangspunt van deze modellen is dat de personeelssamenstelling afhankelijk is van de actuele zorgzwaarte van bewoners, waardoor deze dus op regelmatige basis moet worden herzien (Mitchel et al., 2017). Hoewel de Shelford Safer Nursing Care Tool wordt aangeraden in de NICE richtlijnen (2014), is geen van de modellen uitermate geschikt om toe te passen in de verpleeghuiszorg. De meeste modellen zijn gebaseerd op medische zorg, waardoor minder rekening wordt gehouden met elementen van persoonsgerichte zorg, die juist voor de verpleeghuispopulatie zeer belangrijk zijn. Daarnaast bieden de modellen vooral inzicht in het aantal uren zorginzet, zonder inzicht te geven in de mix van disciplines van benodigd zorgpersoneel. Wetenschappelijke onderbouwing voor welke personeelssamenstelling bijdraagt aan optimale kwaliteit van verpleeghuiszorg is zeer schaars, met name onderzoek naar personeel anders dan verpleegkundigen ontbreekt (Song & Song, 2019; Kim et al. 2009). In een Koreaanse studie werd gevonden dat voor verpleeghuizen met bewoners met een relatief hoge zorgzwaarte, de kwaliteit van zorg beter was als er relatief veel verpleegkundigen en maatschappelijk werkers in dienst waren. Ook huizen waar relatief veel verzorgenden en maatschappelijk werkers in dienst waren, leverden betere kwaliteit van zorg, dan de instellingen die het slechts presteerden. Deze bevindingen echter werden niet bevestigd voor verpleeghuizen met een lage zorgzwaarte (Song & Song, 2019). Ook deze auteurs concludeerden dat een optimale personeelssamenstelling afhangt van de actuele zorgzwaarte van bewoners en dat een vaste standaard voor personeelsinzet niet geschikt is.

De MPSS is een uniek project, omdat teams voor het eerst een half jaar zijn gevolgd om te komen tot verandering in teamsamenstelling, dit heeft geleid tot veel inzicht in de trajecten die teams hebben doorlopen. De aanpak van de teams begon over het algemeen op dezelfde wijze met een startgesprek waarin de motieven en ervaren knelpunten in het zorgproces in kaart werden gebracht, echter het vervolg van de trajecten kan enigszins beïnvloedt zijn door al dan niet deelname via het V&VN traject. Tijdens deze trajecten werden door V&VN ook instrumenten en normen voor personeelssamenstelling ontwikkeld in samenwerking met de teams. Deze in ontwikkeling zijnde materialen werden ook ter beschikking gesteld en zouden faciliterend kunnen zijn in deze processen. De MPSS heeft het gebruik van deze materialen en de actieve betrokkenheid van teams bij V&VN echter niet kunnen vastleggen binnen de scope van het onderzoek. Anderzijds begonnen de V&VN teams ook met bepaalde verwachtingen aan hun traject, waarbij zij meer ondersteuning in de vorm van tools of hulpmiddelen

verwachtten dan ze in hun beleving daadwerkelijk ontvingen. Dit kan de aanpak die deze teams hanteerden ook hebben beïnvloed.

Tijdens de looptijd van de MPSS zijn niet voor alle teams duidelijke opbrengsten gerealiseerd. De looptijd van zes maanden bleek te kort voor veel teams om de transitie in personeelssamenstelling volledig te kunnen realiseren en waardoor uiteindelijke resultaten nog niet bereikt waren. Echter, tijd alleen is niet voldoende. Er is een gestructureerde aanpak nodig, met voldoende sturing om daadwerkelijk veranderingen in de personeelssamenstelling te realiseren en te evalueren. De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat dit in veel organisaties nog onvoldoende van de grond komt. De looptijd van de MPSS was wel lang genoeg om de motieven en ondernomen acties goed in kaart te kunnen brengen, waarbij ook de randvoorwaarden om als team en organisatie te werken aan een betere personele samenstelling duidelijk naar voren kwamen. De multidisciplinaire aanpak van de MPSS, waarbij zowel kwantitatieve gegevens als kwalitatieve gegevens zijn verzameld heeft geleid tot rijke informatie. Hierbij waren kwantitatieve en kwalitatieve gegevens complementair aan elkaar, zoals bij het in kaart brengen van de wijzigingen in het (basis)rooster op T2 ten opzichte van T0. De scheiding tussen zorg en welzijn kwam hierbij duidelijk naar voren, omdat sommige teams ondersteunende functies, zoals huiskamermedewerkers, niet bleken te rekenen tot het basisrooster en deze medewerkers soms een eigen rooster hadden. Met de aanvullende interviews op T2 is toch een goed beeld van de wijzigingen in personeelssamenstelling vastgelegd. Niet alle teams konden gemakkelijk informatie geven over cijfers als ziekteverzuim en opleidingsniveau, dit resulteerde voor een klein deel van de teams in enkele ontbrekende gegevens met betrekking tot de kwantitatieve data. Desondanks raden wij aan wanneer de Handreiking Verantwoorde Personeelssamenstelling gereed is, deze te evalueren in een kwantitatieve effectstudie, zodat geobjectiveerd kan worden wat de effecten zijn van een andere personele samenstelling op uitkomsten van zorg voor bewoners, familieleden en personeel. Een focus zou moeten liggen op tevredenheid van medewerkers, persoonsgerichte houding van personeel en ervaren zorg en ondersteuning van bewoners en familie. Dit zou verder inzicht geven in wat er nog nodig is aan (aanpassing van) instrumenten en invulling geven aan de context rondom de personeelssamenstelling (H6 van het kwaliteitskader).

De uitkomsten van de MPSS dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De deelnemende teams reflecteren wel de variatie die er bestaat tussen zorg geboden in het verpleeghuis met betrekking tot grootte van bewonersgroepen en verschillende doelgroepen van bewoners op een afdeling. Hoewel het aantal van 32 teams substantieel is, is dit niet representatief voor de Nederlandse verpleeghuissector. Eenduidige, actuele cijfers m.b.t. personeel in verpleeghuizen ontbreken. De beschikbare gegevens beperken zich vooral tot een recente peiling onder verpleegkundigen en verzorgenden van V&VN (2019) en de resultaten van meetronde 4 (2016-2017) van de Monitor Woonvormen Dementie (Trimbos-instituut). De formatie van leidinggevend en behandelaars in de deelnemende huizen is ongeveer hetzelfde als tijdens deze 4e meetronde. Maar het aantal uren directe zorg voor bewoners is in huidig onderzoek 2,5 uur per week lager dan in de 4e meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie. Ook is in huidig onderzoek minder personeel met niveau 4 of 5 vertegenwoordigd dan in meetronde 4. Opvallend is wel dat het ziekteverzuim in de deelnemende teams lager lag dan het landelijk gemiddelde in de VVT van 7.1% (peiljaar 2018, Branchemonitor Verzuim VVT). Mogelijk wijkt het werkklimaat binnen de deelnemende verpleeghuizen af van de

gemiddelde verpleeghuis. Het bespreekbaar maken van wat voor personele inzet nodig is, is niet de standaard. Uit de meest recente peiling onder verpleegkundigen en verzorgenden van V&VN blijkt dat slechts 32% van de bevroegden aangeeft dat hun leidinggevende men hen bespreekt wat er nodig is qua personeel binnen het team (<https://www.venvn.nl/Berichten/ID/2929586/Personeelssamenstelling-verpleeghuizen-werk-aan-de-winkel>). Uit deze peiling blijkt ook dat gedurende de dagelijkse zorg, door meer dan de helft van de gevraagde zorgverleners werd aangegeven dat het helpen opstaan van bewoners en het naar bed brengen van bewoners de meest intensieve zorgmomenten van de dag vormden. In huidig onderzoek blijkt wel dat op het eerste moment meer zorguren beschikbaar zijn, maar in de avond juist niet, terwijl dit waarschijnlijk wel kan ontlasten. De behoefte aan meer personeel dat zich kan bezighouden met zinvolle activiteiten gedurende de dag blijkt ook uit deze peiling, slechts 15% geeft aan dat er altijd iemand in de dagdienst aanwezig is, 72% soms, 13% nooit (Peiling V&VN). Deze rol kan goed vervuld worden door medewerkers met een ander opleidingsniveau. Mogelijk dat dit inzicht ook leeft onder verpleeghuizen die niet deelnemen aan dit onderzoek, aangezien er landelijk een toename is in aanvragen voor personeel met niveau 1 tot en met 3 (ZN-rapport "Analyse kwaliteitsplannen verpleeghuiszorg" 2019).

Tenslotte laat het onderzoek zien dat de aandacht voor de samenstelling van teams en innovatie hierin een belangrijk agendapunt moet blijven. De betrokken deelname van de teams aan de trajecten laat zien dat er behoefte is om te reflecteren op de huidige personeelssamenstelling en dat men openstaat voor aanpassingen hierin om op deze manier de verpleeghuiszorg te verbeteren en toekomstbestendig te maken. Zeker gezien de verwachte grote uitstroom van medewerkers in de nabije toekomst enerzijds en verwachte toestroom van de oudste ouderen.

Literatuur

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Hamers, J., Backhaus, R., Beerens, H., van Rossum, E., Verbeek, H. (2016) *Meer is niet per se beter : De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- National Services Scotland (2009). *Care Home Staffing Project*. Technical Report. Edinburgh: NHS Scotland.
- Mitchel, G. (2017). A review of safe-staffing models and their applicability to care homes. *Journal of Nursing Management*, 25, 157–162.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Safe Staffing for Nursing Adult Inpatient Wards in Acute Hospitals*. London: NICE.
- Prins, M., Heijkants, C., Willemse, B. (2018). *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hearn, R.C. (1970). *Rhys Hearn method of determining nursing staff*.
- Royal College of Nursing (2012). *Safe Staffing for Older Peoples Wards. Safe Staffing for Older Peoples Wards – A ToolKit*. London: RCN.
- Song, M. & Song, H. (2019). Staff mix and nursing home quality by level of case mix in Korea. *Geriatrics & Gerontology International*; 19: 438–443.
- The Shelford Group (2013). *Safer Nursing Care Tool: Implementation Resource Pack*. London: The Shelford Group.
- V&VN (2019). 'Personeelssamenstelling verpleeghuizen – werk aan de winkel'. <https://www.venvn.nl/nieuws/personeelssamenstelling-verpleeghuizen-werk-aan-de-winkel/> Utrecht: V&VN.
- V&VN (2019). Handboek voor zorgaanbieders van verpleeghuiszorg. *Toelichting op de indicatoren personeelssamenstelling*. Utrecht: V&VN.
- Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Appendices

Appendix 1 Voorbeeld ingevuld schema personele bezetting

Aantal bewoners: 23

Dagdienst <u>Maandag</u>			
1 keer	Functie: Welzijnsmedewerker	Niveau: 2	Werktijden: van 07:00 uur tot 13:30 uur
0.75 keer	Functie: Verpleegkundige	Niveau: 3	Werktijden: van 07:00 uur tot 15:30 uur
0.25 keer	Functie: Verpleegkundige	Niveau: 4	Werktijden: van 07:00 uur tot 15:30 uur
0.5 keer	Functie: Afdelingsassistent	Niveau: 1	Werktijden: van 08:30 uur tot 15:00 uur
0.5 keer	Functie: Afdelingsassistent	Niveau: 1	Werktijden: van 07:30 uur tot 14:00 uur
1 keer	Functie: Welzijnsmedewerker	Niveau: 2	Werktijden: Werkt 3 uur op tijden dat nodig is. Is er een activiteit waarbij hulp gebruikt kan worden? Dan die uren. Aan het begin van de week wordt gepland wanneer het handig is deze persoon in te schakelen.

Avonddienst <u>Maandag</u>			
1 keer	Functie: Welzijnsmedewerker	Niveau: 2	Werktijden: van 14:30 uur tot 21:00 uur
0.75 keer	Functie: Verpleegkundige	Niveau: 3	Werktijden: van 14:30 uur tot 23:00 uur
0.25 keer	Functie: Verpleegkundige	Niveau: 4	Werktijden: van 14:30 uur tot 23:00 uur

Appendix 2 Fases actieonderzoek

Tabel 1. Korte beschrijving van stappen en fases in actieonderzoek (AO)

Stap	Wat	Ontwikkeltraject	Indicatieve weekplanning
<i>Fase 1: voorbereiding (week 1 – 8)</i>			
1	Startgesprek op bestuurlijk niveau	- Toelichting status traject, doel - Werkafspraken maken	0
2	Vorbereiding binnen organisatie	- Intern bespreken welke ontwikkelteams deel kunnen nemen en welke externe ondersteuning gewenst is - Plannen van afspraken	1 - 3
3	Bijeenkomst voor deelnemende teams	- Onderzoekers en deelnemende organisatie plannen een startbijeenkomst in. Hierin wordt het actieonderzoek kort ingeleid. - Daarna volgt een focusgroep met medewerkers over de personele samenstelling. - Actieonderzoekers zorgen voor informatie aan medewerkers en familieleden, zodat zij weten dat het onderzoek loopt.	4 - 8
<i>Fase 2: Verkenning (week 8 – 12)</i>			
4	Informatie verzamelen per Team	- Interne contactpersoon zet vragenlijsten uit voor familie, bewoners, managers en teamleden (T0). - Telefonisch interview wordt afgenomen met daarin het huidige rooster en andere informatie over het team. - Co-onderzoekers verzamelen gericht informatie (zoals afgesproken in eerdere bijeenkomst). Denk hierbij aan observaties of gesprekken met bewoners, verwanten of collega's.	8 - 12

Stap	Wat	Ontwikkeltraject	Indicatieve weekplanning
<i>Fase 3: consequenties verbinden – acties bepalen (week 13 – 16)</i>			
6	Informatie analyseren	- De verzamelde informatie wordt geanalyseerd	13
7	Afstemming	- Met teammanager bespreken uitkomsten vragenlijsten, rooster en aanvullende gesprekken/observaties. - Aan de hand van dit gesprek wordt de opbouw en de agenda voor het teamgesprek bepaald	14
8	Teamgesprek	- In een teambijeenkomst van 1,5 tot 2 uur worden de uitkomsten van de analyse besproken aan de hand van de vooraf afgestemde aanpak. Bij voorkeur vindt het gesprek plaats met een zo divers mogelijk samengesteld gezelschap. Er wordt betekenis gegeven aan de uitkomsten, aandacht gegeven aan zowel overeenkomsten als verschil in perceptie, bepaald wat voor deze betrokkenen in deze situatie belangrijk is en afgesloten met een conclusie met aandacht voor verbeterkansen binnen het team als aanbevelingen en suggesties waarbij het team anderen nodig heeft.	15
9	Uitwerking	- De actieonderzoekers doen een voorstel voor acties. - Leggen deze aan de betrokkenen voor om te kijken of ze zich erin kunnen vinden. - Er worden afspraken gemaakt over acties.	16
<i>Fase 4: acties uitvoeren (week 17 – 24)</i>			
10	Acties uitvoeren	- Het team voert de afgesproken acties uit actieonderzoekers en teamleden plannen moment in waarop telefonisch contact zal plaatsvinden.	17 - 20
11	Reflectie	- In deze fase vinden op vastgestelde momenten reflectiesessie(s) plaats waarna bijstelling van de afgesproken acties plaatsvindt waar nodig.	21 - 24
<i>Fase 5: slotevaluatie (week 25 – 28)</i>			
11	Evaluatie	- Aanvullende informatie verzamelen: indien nodig. - Teamgesprek: Hoe is aan de verbeteracties gewerkt en wat heeft het volgens het team al dan niet opgeleverd? Wat werkte wel en wat niet?	25 – 28

