

Onder redactie van
Anne Margriet Pot en Jacomine de Lange

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Monitor Woonvormen Dementie

Een studie naar verpleeghuiszorg
voor mensen met dementie



08
09

Onder redactie van
Anne Margriet Pot en Jacomine de Lange

Monitor Woonvormen Dementie

Een studie naar verpleeghuiszorg
voor mensen met dementie

Trimbos-instituut
Utrecht, 2010

Colofon

Redactie

Prof. dr. Anne Margriet Pot
dr. Jacomine de Lange

Projectleiding

Prof. dr. Anne Margriet Pot

Projectuitvoering

Sarah Horjus, MSc
dr. Jacomine de Lange
dr. Maurice Magnée
Dieneke Smit, MSc
drs. Bernadette Willemse

Begeleidingscommissie

drs. Gijs Adriaansens
Prof. dr. Jan Eefsting
drs. Julie Meerveld
drs. Aloys Kersten
dr. Erik van Rossum
ir. Henk Verbeek
drs. Wimjan Vink
drs. Hugo van Waarde
mr. Ad Witlox

Tekstbewerking en interviews

dr. George van Overbeeke
dr. Karin Bakker

Fotografie

Maarten Udem

Productiebegeleiding

Linda Groeneveld

Omslagontwerp

Ladenius Communicatie BV

Productie

Ladenius Communicatie BV

De Monitor Woonvormen Dementie wordt gefinancierd door:



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

ISBN 978-90-5253-6729

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF0937**

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

© 2010, 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.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: De Monitor Woonvormen Dementie: aanleiding en opzet	5
Interview: Kleinschalige zorg?	11
Hoofdstuk 2: De focus op kleinschalige zorg	13
Interview: De ideale kleinschalige woonvorm	19
Hoofdstuk 3: Personele bezetting	21
Interview: Enthousiast personeel in de toekomst	27
Hoofdstuk 4: Het welbevinden van verzorgend personeel	29
Interview: Verantwoorde zorg	41
Hoofdstuk 5: De kwaliteit van de geboden zorg	43
Interview: Kwaliteit van leven	51
Hoofdstuk 6: De kwaliteit van leven van de bewoners	53
Interview: Met het oog op personeelsinzet	63
Hoofdstuk 7: De toekomstige behoefte aan zorgpersoneel	65
Hoofdstuk 8: Samenvatting, discussie en aanbevelingen	83
Referentielijst	97
Bijlage 1: Onderzoeksopzet Monitor Woonvormen Dementie	99
Bijlage 2: Overzicht van de kenmerken	101

1. De Monitor Woonvormen Dementie: aanleiding en opzet

door Anne Margriet Pot, Dieneke Smit, Bernadette Willemse en Jacomine de Lange

Aanleiding van de Monitor Woonvormen Dementie

De verpleeghuiszorg voor mensen met dementie in Nederland is volop in ontwikkeling. Grootchalige verpleeghuizen moderniseren en in verzorgingshuizen richt men psychogeriatrische units in voor de zorg voor mensen met dementie. Daarnaast gaan veel zorgorganisaties over op kleinschalige zorg. Dit komt voort uit de tegenwoordig vaak gehoorde veronderstelling dat *kleinschalige* zorg voor mensen met dementie beter is dan *grootchalige* instellingszorg. Bovendien stimuleert de overheid de ontwikkeling van deze kleinschalige zorg, onder andere naar aanleiding van de positieve resultaten van kleinschalig wonen die gerapporteerd werden in eerder onderzoek van het Trimbos-instituut en het VU medisch centrum (VUmc) (Bussemaker, 2009).

Bij kleinschalige zorg probeert men zoveel mogelijk om mensen met dementie een nieuw thuis te bieden in een herkenbare omgeving die veiligheid en nabijheid biedt, en waar zij zich prettig kunnen voelen. Aanvankelijk koos men nadrukkelijk voor kleinschalige zorg in de wijk met een maximaal bewonersaantal van zes per woongroep. Tegenwoordig ontstaan allerlei varianten. Behalve kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk zijn er ook woonvoorzieningen die op het terrein van een andere zorgvoorziening staan, waar men al dan niet gebruik maakt van de daar aanwezige diensten. Ook wordt kleinschalige zorg *binnen* grootchalige verpleeghuizen geleverd.

Omdat geen blauwdruk bestaat voor goede zorg voor mensen met dementie in een zorginstelling, roept de toenemende variatie in het zorgaanbod voor mensen met dementie een aantal vragen op:

1. Wat betekent de variatie in zorgaanbod, en met name de rol van kleinschaligheid hierin, voor de benodigde inzet van verzorgend personeel?

Met het oog op de groeiende krapte op de arbeidsmarkt houdt deze vraag de overheid en de zorgpraktijk sterk bezig. Het aantal ouderen met dementie zal in de periode tot 2030 groeien met 63% (Horizonline, 2010). Tegelijkertijd krimpt de omvang van de beroepsbevolking in deze periode (CPB, 2009). Dit heeft grote gevolgen voor het aantal potentiële werknemers in de dementiezorg. Al in 2002 voorspelde de Gezondheidsraad dat er in 2010 tegenover elke persoon met dementie circa 55 potentiële werknemers staan, en dat dit er in 2030 nog maar 35

zullen zijn (Gezondheidsraad, 2002). Dit is waarschijnlijk nog een onderschatting, omdat de impact van de ontgroening en vergrijzing op de beroepsbevolking toentertijd nog minder zichtbaar waren (Zorginnovatieplatform, 2009).

2. Hoe is het gesteld met het welbevinden van het verzorgend personeel binnen de uiteenlopende woonvoorzieningen?

Gezien het dreigend tekort aan verzorgend personeel, is het belangrijk inzicht te krijgen in de aspecten die bijdragen aan behoud en aanwas van verzorgend personeel. Wat maakt het aantrekkelijk om als verzorgende te werken met ouderen met dementie en wat zorgt ervoor dat verzorgenden¹ tevreden zijn over het werk? Welke kenmerken van het werk en de woonvoorzieningen dragen bij aan het welbevinden van het verzorgend personeel, en welke rol speelt kleinschaligheid van zorg hierin?

3. Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de dementiezorg binnen de uiteenlopende woonvoorzieningen?

Kwaliteit van zorg is een *hot issue* in de discussie over zorg voor mensen met dementie. De wens van de persoon met dementie en zijn familie komt steeds meer centraal te staan en de roep om openbaarheid van gegevens over de kwaliteit van zorg is sterk. Op de website 'kiesbeter.nl' kan iedereen informatie vinden over de kwaliteit van verzorgings- en verpleeghuizen. Ook de media besteden veelvuldig aandacht aan de kwaliteit van zorg. Zo heeft de Volkskrant in december 2009 voor de derde keer een ranglijst van verpleeghuizen gepubliceerd waarin uitspraken worden gedaan over de kwaliteit van de zorg in deze huizen. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de cliënt, of diens familieleden, steeds beter bewust kan kiezen voor een bepaalde zorginstelling. Hierdoor wordt de druk om goede kwaliteit van zorg te leveren opgedreven.

Ook worstelen zorginstellingen met hun kwaliteit door de gewijzigde financiering van de verpleeghuiszorg. Sinds 2008 wordt iedereen die langdurige zorg nodig heeft geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket (ZZP). Aan dit ZZP is door de overheid een bedrag gekoppeld dat bij de zorgaanbieder terecht komt. Zorgaanbieders hebben een beperkte keuzevrijheid om het beschikbare budget naar eigen inzicht te besteden aan woonzorg, dagbesteding en behandeling voor de bewoner. Om uit te komen met het beschikbare budget voelen sommige woonvoorzieningen zich gedwongen over te gaan op een andere organisatie van de zorg.

4. Hoe is het gesteld met de kwaliteit van leven van de bewoners binnen de uiteenlopende woonvoorzieningen?

Woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie hebben allemaal hetzelfde einddoel: ervoor zorgen dat de bewoners ondanks hun beperkingen een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven ervaren. Zorgorganisaties verschillen in hun visie over wat belangrijk is voor een goede kwaliteit van leven van bewoners. Zij richten

1 In deze uitgave gebruiken we de term verzorgenden of verzorgend personeel. Hiermee bedoelen we niet alleen de medewerkers met een verzorgende functie, maar alle medewerkers in de dagelijkse directe zorg van opleidingsniveau 1 tot en met 5.

de zorg verschillend in en brengen andere accenten aan, onder andere in de schaal-grootte van de zorg. De vraag is wat nu daadwerkelijk bijdraagt aan kwaliteit van leven van mensen met dementie in woonvoorzieningen.

Om bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden is het Trimbos-instituut in 2008 met de Monitor Woonvormen Dementie gestart. De Monitor Woonvormen Dementie wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De eerste gegevensverzameling in de zorginstellingen die deelnemen aan deze monitor vond plaats tussen oktober 2008 en maart 2009.

Opzet van de Monitor Woonvormen Dementie

Ter voorbereiding op de Monitor zijn alle woonvoorzieningen in Nederland die verpleeg-huiszorg bieden aan mensen met dementie benaderd voor een eerste inventarisatie. Op grond van deze inventarisatie en op basis van de informatie die de aangeschreven managers hebben verstrekt konden wij vijf hoofdtypen woonvormen voor mensen met dementie onderscheiden. Wij hebben hierbij geen criteria opgelegd om groot- en kleinschalige zorg te onderscheiden, zoals het aantal bewoners per huiskamer, het al dan niet integraal werken van het verzorgend personeel of het al dan niet koken op de groep. Per type woonvorm is geprobeerd 30 woonvoorzieningen aan de Monitor deel te laten nemen. In onderstaande tabel zijn de vijf typen woonvormen weergegeven met daarachter het aantal deelnemende woonvoorzieningen per type. Uiteindelijk zijn in deze publicatie de gegevens van 136 woonvoorzieningen meegenomen.

	Type woonvorm	Aantal
1	Verpleeghuizen waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd	27
2	Verzorgingshuizen met PG-units waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd	17
3	Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met meer dan 36 bewoners *	31
4	Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners op een locatie waar ook andere zorg zoals verzorgingshuiszorg wordt geboden	35
5	Woonvoorzieningen die uitsluitend kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners	26

* Bij type 3 wordt geen onderscheid gemaakt tussen woonvormen waar wel of geen andere zorg wordt geboden naast de kleinschalige zorg aan mensen met dementie.

Bij de deelnemende woonvoorzieningen hebben wij interviews afgenomen bij een manager, registraties opgevraagd, en vragenlijsten uitgezet bij verzorgenden over henzelf en de bewoners. Voor meer informatie over de selectie van de woonvoorzieningen en over de gegevensverzameling van het onderzoek verwijzen wij naar bijlage 1 achterin deze uitgave.

Voor de Monitor Woonvormen Dementie heeft tot nu toe één gegevensverzameling plaatsgevonden. Hierbij zijn op één en hetzelfde moment de gegevens van de verschillende woonvoorzieningen verzameld (cross-sectioneel onderzoek). De Monitor zal elke twee jaar worden herhaald, waardoor we ook in staat zullen zijn trends in kaart te brengen. Denk bijvoorbeeld aan de veranderingen in het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg of de kwaliteit van leven van bewoners.

In deze uitgave laten wij op basis van de eerste meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie zien welke kenmerken belangrijk zijn voor goede zorg voor mensen met dementie. We hebben onderzocht welke kenmerken van de woonvoorziening, de personele bezetting, het verzorgend personeel en de bewoners, van invloed zijn op de door ons gekozen uitkomsten. Dit zijn het welbevinden van het verzorgend personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. In het kader van de ontwikkelingen op het gebied van kleinschalige zorg voor mensen met dementie hebben we expliciet gekeken naar de rol die kleinschalige zorg hierin speelt.

Beschrijving van de woonvoorzieningen

Kenmerken van de woonvoorziening

Logischerwijs zijn er grote verschillen tussen de woonvoorzieningen die aan deze monitor hebben meegewerkt. Zo varieert de omvang van de woonvoorzieningen tussen de 6 en 240 bewoners. Het aantal bewoners in één huiskamer varieert tussen de 4 en 22 bewoners. Het gemiddelde aantal bewoners in grootschalige voorzieningen is 13 bewoners per huiskamer, terwijl dit in kleinschalige woonvoorzieningen 7 bewoners is. Maar ook binnen de woonvoorzieningen die als kleinschalig te boek staan is de variatie groot. Zo zijn er woonvoorzieningen met 4 à 5 bewoners per huiskamer, maar ook met 13 bewoners.

De woonvoorzieningen zijn gemiddeld 9 jaar operationeel. Ook hier geldt dat er een groot verschil is tussen kleinschalige en grootschalige voorzieningen. De grootschalige voorzieningen zijn gemiddeld 17 jaar operationeel, de kleinschalige voorzieningen gemiddeld 5½ jaar.

Negentig procent van de woonvoorzieningen die meededen aan de Monitor Woonvormen Dementie heeft een bronzen, zilveren, gouden of HKZ keurmerk. Bij 30% van alle woonvoorzieningen wordt scholing over dementie gegeven aan nieuwe medewerkers in de zorg. Bij kleinschalige woonvoorzieningen met meer dan 36 bewoners wordt veruit de meeste domotica ingezet: gemiddeld 19 verschillende domoticoepassingen zoals signalering in de nacht en verruiming van de leefruimte, vergeleken met ongeveer 14 toepassingen in de andere woonvoorzieningen.

Opname-, exclusie- en overplaatsingsbeleid

Het beleid rondom opname, exclusie en overplaatsing verschilt met name tussen de grotere woonvoorzieningen (grootschalige verpleeghuizen en kleinschalige huizen met meer dan 36 bewoners) en de PG-units en kleinschalige woonvoorzieningen met minder dan 36 bewoners. In de grotere voorzieningen is het in alle gevallen het beleid dat bewoners hier tot de dood kunnen blijven. In kleinschalige woonvoorzieningen worden hieraan in een aantal huizen toch voorwaarden gesteld. Dit geldt voor 17,6% van de PG-units in verzorgingshuizen, voor 6,7% van de kleinschalige woonvoorzieningen op een locatie waar ook andere zorg wordt geboden, en voor 11,5% van de kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk. Ook worden er in kleinschalige woonvoorzieningen vaker uitsluitingscriteria bij opname gehanteerd, bijvoorbeeld in het geval van psychiatrische problematiek of een te grote medische zorgbehoefte.

Kenmerken van bewoners

Veruit het grootste gedeelte (gemiddeld 68%) van de bewoners in alle typen woonvormen heeft zorgzwaartepakket (ZZP) 5. Bijna 19% van de bewoners in alle deelnemende woonvoorzieningen heeft ZZP 7, en iets meer dan 8% ZZP 4. We zien enkele verschillen in zorgzwaarte tussen de verschillende typen woonvormen. In de grotere voorzieningen én in de kleinschalige woonvoorzieningen met minder dan 36 bewoners waar ook andere zorg wordt geboden, heeft ongeveer 90% van de bewoners een ZZP van 5 of 7. In PG-units in verzorgingshuizen en in kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk is dit ongeveer 80%. Omdat het hier gegevens betreft die op één moment zijn verzameld, kunnen we niet zeggen of dit komt door verschillen in opnamebeleid, of doordat de bewoners in kleinere woonvoorzieningen minder snel achteruit gaan. Het is echter wel aannemelijk dat de eerste reden een rol speelt.

Kenmerken van het verzorgend personeel

Het grootste gedeelte van het personeel dat ingezet wordt in de dagelijkse directe zorg (gemiddeld 63%) in alle typen woonvormen is van opleidingsniveau 3 of hoger. Het gemiddelde percentage personeel van niveau 3 of hoger in de twee typen kleinschalige woonvormen met minder dan 36 bewoners ligt ruim 10% hoger dan in de andere typen woonvormen (69% t.o.v. 58%).

Daarnaast bestaan grote verschillen tussen de woonvoorzieningen onderling. Zo zijn er woonvoorzieningen waarin slechts 34% van het personeel van niveau 3 of hoger is, maar vonden we ook woonvoorzieningen waar alle medewerkers in de dagelijkse directe zorg opleidingsniveau 3 of hoger hebben.

Kleinschalige zorg

Hoe zit het nu met de kleinschalige zorg in de woonvoorzieningen? In de Monitor Woonvormen Dementie willen we de situatie van verpleeghuiszorg in kaart brengen zoals die op dit moment in Nederland is. We hebben dan ook bewust vooraf geen criteria aan de deelnemende woonvoorzieningen gesteld. Dit zou niet alleen tot verlies

aan informatie hebben geleid, maar bovendien om een keuze voor bepaalde indelingscriteria hebben gevraagd. Zo'n keuze kan gemakkelijk tot discussie leiden. Zo vindt de één dat zes bewoners per woongroep het maximum is om van kleinschalig wonen te spreken, terwijl de ander ook van kleinschalig wonen spreekt als het om een groep van tien bewoners gaat. Beter kan men bijvoorbeeld het effect van het aantal bewoners binnen de woonvoorzieningen op de kwaliteit van zorg bestuderen. Woonvoorzieningen hanteren verschillende definities van kleinschalige zorg. Daardoor verschillen zij in hoge mate. Hoe we hiermee omgaan bespreken we in het volgende hoofdstuk.

Opbouw van deze uitgave

In hoofdstuk 2 gaan we verder in op de wijze waarop wij kleinschalige zorg in deze studie hebben onderzocht en waarom. Vervolgens bespreken we in hoofdstuk 3 of kenmerken van kleinschalige zorg, het aantal bewoners in een woonvoorziening, het gebruik van domotica en de zorgzwaarte van bewoners een rol spelen bij de omvang van de personeelsinzet. In hoofdstuk 4 tot en met 6 wordt beschreven welke kenmerken van de woonvoorziening (waaronder kenmerken van kleinschalige zorg, de personele inzet en domotica), het verzorgend personeel, en de bewoners een rol spelen voor drie belangrijke uitkomsten van dementiezorg: het welzijn van het personeel (hoofdstuk 4), de kwaliteit van zorg (hoofdstuk 5) en de kwaliteit van leven van de bewoners (hoofdstuk 6). Deze kenmerken staan beschreven in bijlage 2. Achterin deze uitgave vindt u een uitvouwbare omslag die bedoeld is als hulpmiddel bij het lezen van hoofdstuk 3 tot en met 6. In hoofdstuk 7 komen de consequenties aan bod van een toename van kleinschaligheid in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie op de toekomstige vraag naar personeel.

Bij elk hoofdstuk in deze uitgave staat een kort interview met één of twee deskundigen. Deze deskundigen – allen lid van de begeleidingscommissie van de Monitor Woonvormen Dementie – vertegenwoordigen verschillende partijen: de patiëntenorganisatie Alzheimer Nederland, Stichting WarmThuis en WarmEten, een zorginstelling, een universiteit en hogeschool, de brancheorganisatie ActiZ en het ministerie van VWS, financier van de Monitor. Deze interviews plaatsen de bevindingen van de Monitor in maatschappelijk perspectief door de actuele discussies te belichten rondom verpleeghuiszorg en de rol van kleinschalige zorg daarbinnen.

Kleinschalige zorg?

“Niet alleen praten over groeps grootte is belangrijk, maar ook de wijze waarop je het organiseert”

Ad Witlox



Jan Eefsting



Jan Eefsting is bestuurder van Zorgcombinatie Zwolle, met een locatie volgens het model kleinschaligheid binnen grootschaligheid, en een ideaaltypische kleinschalige voorziening in voorbereiding. Ook is hij bijzonder hoogleraar ouderengeneeskunde aan het VUmc (onderzoek naar de effecten van kleinschaligheid).

Ad Witlox is directeur van Stichting Zorgpalet Baarn-Soest. Sinds 1996 is hij bezig met het realiseren van kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

Ad: "Kleinschalige zorg is naar mijn idee zorg die verleend wordt aan groepen van zes á acht mensen, en waarbij de bewoners meedoen aan het huishouden."

Jan: "En ik voeg daar aan toe: kleinschaligheid is geen doel maar een middel om een huiselijke en herkenbare omgeving te creëren. We moeten oppassen dat kleinschaligheid niet de enige norm wordt in Nederland, het is goed dat een keuzemogelijkheid geboden wordt."

Ad: "Maar mijn stelregel is: er passen zes ballen gehakt in een pan, dus zes is de maat. Daar bedoel ik mee dat alles in zo'n kleinschalige woonomgeving op die schaal moet zijn ingericht. Als je met meer - zeg tien - mensen moet gaan eten heb je weer een extra kooktoestel nodig, extra personeel, en dat is juist niet de bedoeling, dan raak je voordelen van kleinschaligheid kwijt."

Jan: "Maar dat kan niet stand alone in een wijk, dat is financieel niet haalbaar."

Ad: "Zoals we het hier doen met tien maal een groepsgrootte van zes, kan dat financieel uit. Dan is kleinschalige zorg niet duurder: door minder centrale diensten werkt een groter deel van het personeel direct in de zorg! Ik heb niet meer poppetjes nodig, maar de poppetjes doen ander werk!"

Jan: "Je moet niet alleen praten over groepsgrootte, voor kleinschaligheid is het belangrijker hoe je de zorg organiseert: integraal werken. Zodat bewoners tot het eind toe kunnen blijven, dat men zoveel mogelijk in het huishouden meedoet, en dat men betrokken is bij activiteiten."

Ad: "Ja, en dan moet je activiteit ruimer zien dan wandelen en knutselen. Dat is ook een wasmand op tafel. Wat doen vrouwen als ze een wasmand op tafel zien staan? Die gaan was opvouwen. Ook stofzuigen en boodschappen doen werkt veel beter dan oefenen met een fysiotherapeut!

Mag ik nog iets zeggen over beschikbaarheid van voldoende personeel? Wij maken gebruik van scholieren als zorgondersteuner van half vijf tot zeven. Die betalen wij twee kwartjes meer dan Albert Heijn. Ze willen hier graag werken, en komen in de vakantie terug. Daarom kennen wij ook minder personeelsproblemen in de vakantie. Maar de beschikbaarheid van goed opgeleide verzorgenden wordt in de toekomst wel een probleem!

(met stemverheffing) Verpleegkundigen zijn de slechtst betaalde HBO-ers. Als we daar niets aan doen, hebben we uiteindelijk niet voldoende mensen om dit werk te doen!"

2. De focus op kleinschalige zorg

door Dieneke Smit, Bernadette Willemse, Jacomine de Lange en Anne Margriet Pot

Het ontstaan van kleinschalige woonvoorzieningen voor mensen met dementie

In 1989 werd in Nederland de eerste kleinschalige woonvoorziening geopend als volwaardig alternatief voor de reguliere verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Deze nieuwe woonvorm ontstond vanuit de gedachte dat mensen met dementie allereerst behoefte hebben aan een veilige en vertrouwde omgeving. In een omgeving met een normaal dagritme en een normaal huishouden gedijen mensen die de grip op het leven verliezen het best, zo was de gedachte. Ook werd 'kleinschalig wonen' door de voorstanders gezien als het middel om op het individu afgestemde professionele zorg te bieden. Deze vorm van zorg stond toentertijd lijnrecht tegenover die in de traditionele verpleeghuizen, die erg medisch gericht was en volgens een ziekenhuismodel geboden werd. Mensen met dementie sliepen op meerpersoonskamers op een afdeling met rond de dertig personen. Geheel in lijn met de antipsychiatrie en ontwikkelingen van de dementiezorg in andere landen zoals Zweden, groeide echter het besef dat mensen met dementie die verpleeghuiszorg nodig hebben vooral bewoners zijn in plaats van patiënten.

Wat is kleinschalig wonen?

Vanaf het begin bestaan er onduidelijkheden over wat kleinschalig wonen voor mensen met dementie nu eigenlijk precies inhoudt. De pioniers in Nederland dachten er op sommige punten verschillend over. Hoe belangrijk is het dat een kleinschalige groepswooning maximaal zes bewoners heeft? Moet er per se worden gekookt op de woongroep, en zo ja: hoeveel dagen per week moet er worden gekookt? Mag het personeel in sommige gevallen een uniform dragen of is dit uit den boze?

In 2006 zijn voor een onderzoek van het Trimbos-instituut en het VUmc de pioniers van kleinschalige zorg bijeen geroepen om het begrip 'kleinschalig wonen voor mensen met dementie' te verhelderen. Deze experts gaven 6 thema's aan waaraan zij achtereenvolgens het meeste waarde hechtten:

1. Een bewoner blijft in voor- en tegenspoed een bewoner

Het gaat in dit thema om het gevoel 'ergens thuis' te zijn, ook als het om wat voor reden dan ook slechter met de bewoner gaat. Dus ook al krijgt deze bijvoorbeeld ernstige gedragsproblemen, de bewoner mag in de woonvoorziening blijven wonen tot de dood.

2. Er wordt een gewoon huishouden gevoerd

Dit thema wijst erop dat er in de kleinschalige woonvoorziening een gewoon huishouden wordt gevoerd, waarin de bewoners zelf bezoek kunnen ontvangen in hun eigen kamer en dat er zoals in een huishouden wordt gekookt en gezamenlijk gegeten.

3. De bewoner heeft de regie over de inrichting van zijn eigen dagelijks leven

De bewoner is de baas in zijn eigen huis en over zijn eigen leven en heeft dus keuzevrijheid. De bewoner bepaalt zelf wanneer hij naar het toilet gaat, uit bed komt, naar welke kapper hij gaat en of hij ruzie wil maken.

4. Het personeel is onderdeel van het huishouden

Dit thema maakt duidelijk dat de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd moet worden in het dagelijks leven van de bewoner. Dit heeft belangrijke gevolgen voor de taken en de houding van het verzorgend personeel. Er wordt bijvoorbeeld van het personeel verwacht dat het een huiselijke sfeer weet te creëren en goed bekend is met het levensverhaal van de bewoner.

5. Bewoners vormen met elkaar een groep

Hiermee wordt bedoeld dat er sprake is van een leven als in een gezinssituatie, waar bezoek van familie welkom is.

6. Een kleinschalige woonvorm is gevestigd in een archetypisch huis

In dit thema gaat het om de inrichting van de woonvoorziening. Denk aan een voordeur aan de straat, een kapstok in de gang en één eettafel in de kamer, maar ook aan het mogen meebrengen van eigen spullen, zoals een eigen stoel, kast en bed.

Het ontstaan van kleinschalige woonvoorzieningen in allerlei varianten

Sinds 1989 is kleinschalig wonen voor mensen met dementie steeds gangbaarder geworden. Sommige mensen spreken nu van een ware rage. In 2005 was nog maar 10% van de verpleeghuiszorg kleinschalig georganiseerd, tegenwoordig is dat al 25%. Ook de overheid stimuleert kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Als het aan voormalig staatssecretaris Jet Bussemaker ligt, is in 2015 een derde van de verpleeghuiszorg kleinschalig georganiseerd. De stimuleringsregeling kleinschalig wonen draagt hier aan bij: grootschalige voorzieningen krijgen een forse subsidie voor de overgang naar kleinschalig wonen.

De kleinschalige woonvormen van vandaag de dag zien er echter vaak anders uit dan het 'ideaaltypische' kleinschalig wonen zoals de pioniers het destijds hebben bedacht. Er zijn veel varianten ontstaan. Tegenwoordig wordt er ook 'kleinschalig wonen in grootschalig verband' aangeboden. Kleinschalige woonvormen zijn vastgeplakt aan een grootschalig

verpleeghuis of ze bevinden zich op het terrein van een zorginstelling in plaats van midden in de woonwijk. Ook in de meer traditionele verpleeghuizen worden elementen van kleinschalig wonen steeds meer in de zorg geïntegreerd. Zo sluit het dagritme steeds vaker aan bij de individuele bewoners en verdwijnen de toiletrondes, splitsen verpleeghuizen grote afdelingen op in kleinere huiskamers en hebben ook bewoners in grootschalige huizen vaker een eigen kamer. Er is geen duidelijke scheidslijn meer tussen grootschalige en kleinschalige woonvoorzieningen.

De focus op kleinschalige zorg in plaats van kleinschalig wonen

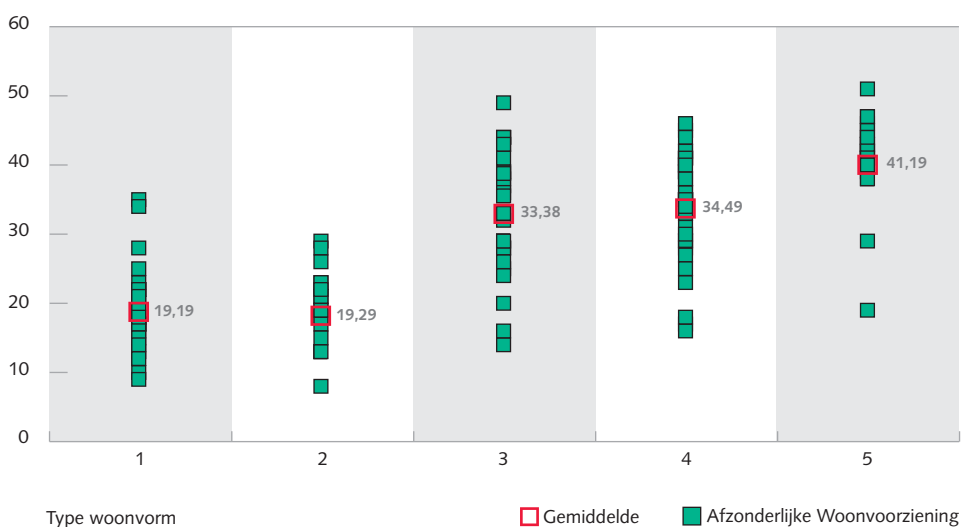
In de Monitor zijn woonvoorzieningen die zichzelf een kleinschalige woonvorm noemen opgenomen met een bewonersaantal van 6 in een groepswoning, maar er is er ook één die 12 bewoners in één groepswoning heeft. Vaak wordt er in deze kleinschalige woonvoorzieningen gekookt op de woning, maar soms ook niet of niet elke dag. En soms heeft het verzorgend personeel in een kleinschalige woonvoorziening een uniform aan. Terwijl andersom een aantal kenmerken van kleinschalige zorg ook regelmatig in grootschalige woonvoorzieningen voorkomen.

Om in kaart te brengen in hoeverre woonvoorzieningen daadwerkelijk kleinschalig werken, hebben wij in iedere deelnemende woonvoorziening een verkorte versie van de *Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod* (Boekhorst, te, e.a., 2007) afgenomen. Deze vragenlijst is gebaseerd op de in 2006 gedane uitspraken van de pioniers over kleinschalig wonen en bevat de volgende kenmerken:

1. Bezoekers en niet-verzorgend personeel bellen bij de voordeur van de woningen aan om binnen gelaten te worden
2. De huiskamers hebben een huiselijke sfeer
3. De warme maaltijd wordt in de keuken van de huiskamers bereid
4. Maaltijden worden op tafel opgeschept
5. (Een gedeelte van) de was wordt in de woningen gedaan
6. De kamers van bewoners worden overdag op slot gedaan
7. Bewoners gebruiken hun eigen linnengoed
8. Bewoners helpen mee in de huishouding
9. Bewoners pakken zelf tussendoortjes
10. Als familie tegen etenstijd komt dan eet die mee
11. Familie helpt mee in de huishouding
12. Het verzorgend personeel draagt een uniform
13. Het verzorgend personeel voert ook huishoudelijke taken uit
14. Het verzorgend personeel eet samen met de bewoners

De antwoordcategorieën variëren van 'nooit', 'zelden', 'soms', 'vaak' tot 'altijd'. Voor de vragen geldt dat hoe vaker het kenmerk voorkomt, hoe kleinschaliger er wordt gewerkt. Uitzonderingen zijn vraag 6 en 14 waarbij het tegenovergestelde geldt. De scores van de woonvoorzieningen op deze vragenlijst bevestigen ons vermoeden dat er binnen de vijf door ons aangewezen typen woonvormen¹ veel variatie bestaat. Sommige grootschalige verpleeghuizen blijken zelfs net zo kleinschalig te werken als een aantal kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk. In grafiek 1 zijn de scores op de verkorte versie van de *Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod* voor alle deelnemende woonvoorzieningen per type weergegeven.

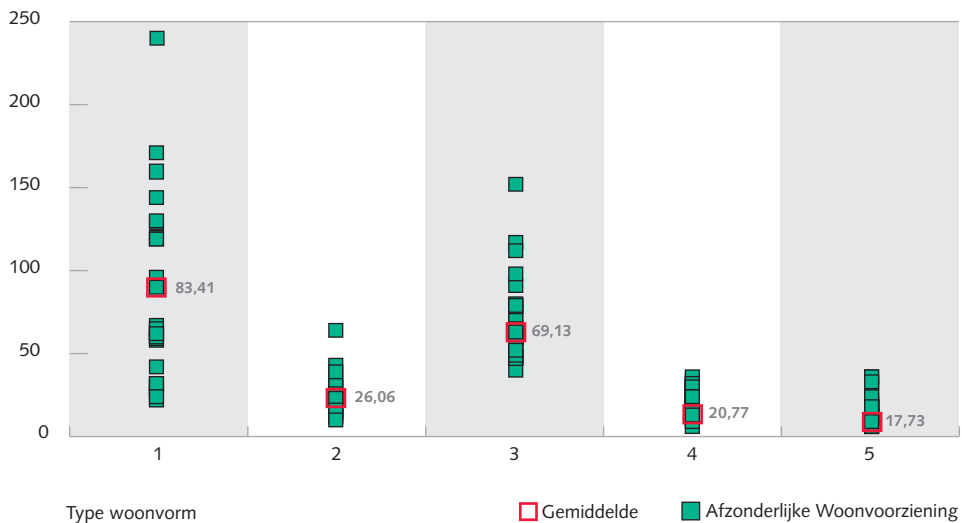
Grafiek 1: Score op Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod weergegeven per type woonvorm



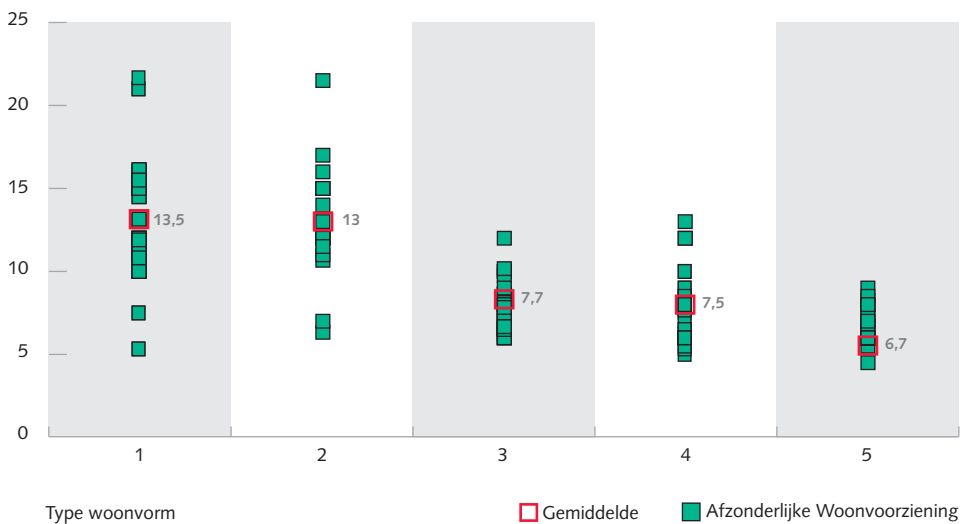
Ook wat betreft het totaal aantal bewoners in de woonvoorziening en het aantal bewoners per huiskamer variëren de woonvoorzieningen binnen elk type (zie grafiek 2 en 3).

1 De vijf gehanteerde typen zijn: 1) Grootschalige verpleeghuiszorg, 2) PG-units binnen verzorgingshuizen, 3) Kleinschalige woonvoorzieningen met meer dan 36 bewoners, 4) Kleinschalige woonvoorzieningen met maximaal 36 bewoners en andere zorg en 5) Kleinschalige woonvoorzieningen met maximaal 36 bewoners zonder andere zorg.

Grafiek 2: Aantal bewoners met dementie in gehele woonvoorziening weergegeven per type woonvorm



Grafiek 3: Aantal bewoners met dementie per huiskamer weergegeven per type woonvorm



Door de grote variatie in zorgaanbod binnen dezelfde typen woonvormen zegt een vergelijking tussen de typen woonvormen niet zoveel. Om deze reden vergelijken we daarom niet de verschillende typen woonvormen in deze rapportage. In plaats daarvan gaan wij na welk effect het kleinschalige zorgaanbod en verschillende kenmerken van de woonvoorziening, zoals het aantal bewoners in de woonvoorziening, hebben op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg. Dit biedt aanknopingspunten om de zorg voor mensen met dementie te verbeteren, en levert relevante beleidsinformatie op.


De ideale kleinschalige woonvorm

"Kopen we hagelslag van Venz of van De Ruijter?"



Hugo van Waarde is verplegingswetenschapper en actief in de zorg voor mensen met dementie met WarmThuis - een woonzorgconcept - en WarmEten voor ondersteuning bij kleinschalig koken.

Marja Depla is mede-initiatiefnemer van WarmEten. Daarnaast heeft zij bij het Trimbos-instituut onderzoek naar kleinschalig wonen gedaan. Sinds kort werkt zij bij de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc.



Hugo: “We – dat wil zeggen voorstanders van kleinschalige zorg - hebben één oerdoel: mensen die de weg kwijt zijn het gevoel te geven ergens thuis te zijn.”

Marja: “Voor mij is de essentie een klein, vast team; dat de bewoners vertrouwde gezichten zien en de verzorgenden de bewoners goed kennen. Voor iedereen is het fijn gekend te worden, als iemand je aanvoelt zonder dat je iets hoeft te zeggen. Als je aan dementie lijdt, kun je weinig meer zeggen en dan is het nog belangrijker dat iemand weet wat je lekker vindt, hoe laat je opstaat. Geen vaste patronen, maar wel vaste gezichten.”

Hugo: “Ook voor medewerkers is dat belangrijk. Het is nu eenmaal gemakkelijker om zes mensen te leren kennen, dan dertig. Zeker als je een relatie wilt aangaan en de familie wilt leren kennen. Het gaat ook om een andere manier van denken. Je moet de bewoners meer regie over hun leven geven.”

Marja: “Regie vind ik te sterk. Het gaat om aansluiten bij wat iemand prettig vindt en waardeert.”

Hugo: “Precies! En dan kom je vanzelf bij het eten terecht. En waarom?”

In koor: “Het gaat altijd over het eten!”

Marja: “Dat is ook het voordeel van zelf koken: dat verzorgenden weten wat bewoners lekker vinden en waarmee ze hen kunnen verwennen. Creativiteit is daarbij heel belangrijk. Samen met bewoners naar de bakker gaan is natuurlijk erg leuk, maar hoe organiseer je dat?”

Hugo: “De grote boodschappen laat je bezorgen. Maar waarom ga je niet even eerst met de bewoners aan tafel, samen een boodschappenlijstje maken: ‘Wat hebben we allemaal nodig? Kopen we hagelslag van Venz of van De Ruijter?’ Dan heb je meteen een gesprek én je hebt de hagelslag die ze willen. We vragen natuurlijk wel veel van de verzorgenden. Ze moeten verstand hebben van dementie, een halve therapeut zijn en ook nog contact met de familie onderhouden...”

Marja: “Ja, en er ook nog voor zorgen dat het voor vrijwilligers en familie leuk is, want dan komt de buitenwereld naar binnen. Dat geeft op een prettige manier reuring. Als anderen graag bij jou op bezoek komen, voel je je minder ‘weggestopt’, zou ik denken.”

3. Personele bezetting

door Bernadette Willemse

Een belangrijke vraag voor de Monitor Woonvormen Dementie is wat de variatie in zorgaanbod in woonvoorzieningen voor mensen met dementie betekent voor de personele inzet.

Er bestaan grote verschillen tussen de woonvoorzieningen in het aantal uren dagelijkse directe zorg dat wordt ingezet. Gemiddeld wordt er 22½ uur dagelijkse directe zorg per week per bewoner ingezet, maar er zijn ook woonvoorzieningen die 10 uur of ruim 36 uur per week per bewoner inzetten. Ook het aandeel van personeel in de dagelijkse directe zorg van niveau 3 en hoger loopt uiteen. Soms bestaat één derde van het verzorgend personeel uit medewerkers met opleidingsniveau 3 en hoger, en soms is al het zorgpersoneel op dit niveau geschoold. Dit terwijl het grootste gedeelte van de bewoners in bijna alle woonvoorzieningen hetzelfde zorgzwaartepakket heeft (ZZP 5).

Woonvoorzieningen verschillen in de mate waarin de zorg aan hun bewoners kleinschalig georganiseerd is. In het algemeen neemt men aan dat kleinschalige zorg leidt tot een hogere dagelijkse directe zorginzet en tot een grotere vraag naar hoger geschoold personeel. Sommige managers vrezen daarom voor uit de hand lopende kosten in kleinschalige woonvoorzieningen. Kleinschalige zorg wordt op dit moment dan ook nog lang niet door iedereen als uitgangspunt omarmd. Er zijn echter ook geluiden dat deze grotere inzet aan verzorgend personeel gecompenseerd wordt door een lagere inzet van ondersteunende diensten. Men gaat er hierbij namelijk vanuit dat het personeel in de dagelijkse directe zorg in kleinschalige woonvoorzieningen integrale medewerkers zijn. Dat wil zeggen dat deze medewerkers naast verzorgende ook huishoudelijke taken uitvoeren als wassen, schoonmaken en koken. In hoeverre deze (voor)oordelen kloppen is nog niet eerder breed onderzocht.

De zorgzwaartepakketfinanciering en de toenemende kleinschaligheid heeft ook gevolgen voor de inzet en de manier van werken van behandelaars zoals de specialist ouderengeneeskunde (voormalig verpleeghuisarts) en de fysiotherapeut in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Binnen elk ZZP is aangegeven hoeveel uur behandeling de woonvoorziening voor de bewoner met dit ZZP ongeveer in kan zetten. Het is aan de woonvoorziening zelf om te beslissen hoe deze uren behandeling verdeeld worden over de verschillende disciplines. Mede hierdoor zijn er grote verschillen in inzet van de verschillende behandelaars in de woonvoorziening. Een andere mogelijke verklaring voor de verschillen in inzet van verschillende disciplines is dat een groeiend deel van de woonvoorzieningen voor mensen met dementie afscheid

neemt van het medische model. De nadruk komt meer te liggen op wonen en welzijn. Dit heeft waarschijnlijk ook consequenties voor de inzet van de verschillende behandelaren.

Hoe is de personele bezetting gemeten?

Voor de Monitor Woonvormen Dementie hebben we de personele bezetting in kaart gebracht door deze in vier groepen op te delen. De benodigde gegevens zijn via de manager opgevraagd.

1. Dagelijkse directe zorg

De inzet van dagelijkse directe zorg is verkregen via de basisroosters van de afdelingen en woningen in de woonvoorzieningen. Alle medewerkers die in dit rooster stonden zijn meegenomen met uitzondering van medewerkers die alleen huishoudelijke taken verrichtten of activiteiten aanboden. We vroegen ook hoe vaak men van dit basisrooster afwijkt.

Daarnaast is berekend hoeveel procent van het personeel dat ingezet werd opleidingsniveau 3 of hoger had. In deze uitgave worden de termen dagelijkse directe zorg en direct verzorgend personeel door elkaar heen gebruikt.

2. Ondersteunende diensten

Onder de ondersteunende diensten worden de keuken, linnenkamer, huishoudelijke dienst, receptie en technische dienst verstaan. Daarnaast is in dit hoofdstuk de activiteitenbegeleiding opgeteld bij het aantal ondersteunende diensten.

Binnen de ZZP systematiek noemt men de dagelijkse directe zorg en ondersteunende diensten samen de *woonzorg*.

3. Behandel diensten

In de Monitor verstaan we onder de behandel diensten de specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker en de geestelijk verzorger. De manier waarop de behandel dienst wordt ingezet in de deelnemende woonvoorzieningen blijkt nogal te verschillen. In sommige woonvoorzieningen is een bepaalde behandelaar voor een aantal uren per week betrokken bij een afdeling of woning. In andere woonvoorzieningen worden behandelaren op afroep ingezet en is de inzet dus afhankelijk van de vragen van het verzorgend personeel en het aantal verwijzingen van de arts. In dit geval is er een zo goed mogelijke schatting gemaakt door de manager.

4. Overhead

Er is tijdens het verzamelen van de gegevens voor de Monitor gebleken dat vragen over het onderdeel overhead van de personele bezetting voor een groot deel van de deelnemende woonvoorzieningen moeilijk te beantwoorden waren. Met name wanneer

er sprake was van grote overkoepelende stichtingen bleek het lastig om deze gegevens aan te leveren. Uit een grootschalige benchmark met betrekking tot overhead in verschillende sectoren is bekend dat de overhead in verpleeg- en verzorgingshuizen relatief laag is (Huiben & Geurtsen, 2008). Omdat het in de Monitor vooral gaat om het arbeidsmarktperspectief met betrekking tot de dagelijkse directe zorg is de overhead minder van belang. Deze hebben wij daarom hier buiten beschouwing gelaten.

Welke kenmerken voorspellen de hoeveelheid personele bezetting?

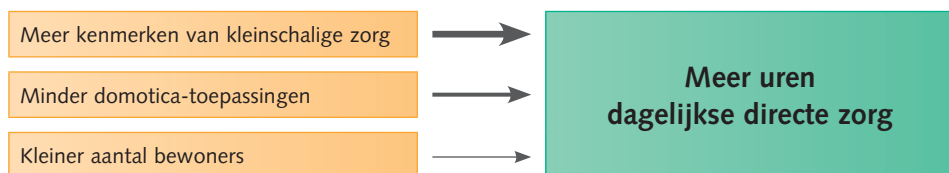
We hebben ervoor gekozen met de gegevens van de Monitor Woonvormen Dementie te kijken of de hoeveelheid woonzorg - de dagelijkse directe zorg en ondersteunende diensten -, de hoeveelheid behandeldiensten en het frequent afwijken van het rooster voorspeld worden door:

- het aantal bewoners in de woonvoorziening
- het aantal kenmerken van kleinschalige zorg
- het aantal gebruikte domotica-toepassingen
- de zorgzwaarte van de bewoners

Hieronder staan de resultaten voor de personele inzet beschreven en in een figuur weergegeven. Een leeswijzer behorend bij deze figuren staat op de uitvouwbare omslag van deze uitgave.

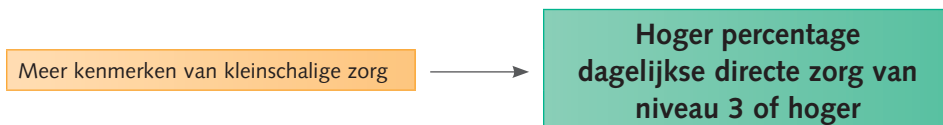
1. Dagelijkse directe zorg

a. Uren dagelijkse directe zorg



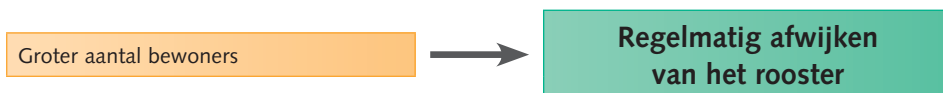
Het aantal uren dagelijkse directe zorg per bewoner wordt het sterkst voorspeld door de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Hoe kleinschaliger de zorg, des te meer uren dagelijkse directe zorg er wordt ingezet. Daarnaast speelt domotica een rol in de hoeveelheid ingezette dagelijkse directe zorg: hoe meer domotica-toepassingen, hoe minder verzorgend personeel. Tot slot blijkt: hoe kleiner het aantal bewoners in de totale woonvoorziening, des te meer uren verzorgend personeel men inzet.

b. Percentage dagelijkse directe zorg van niveau 3 of hoger



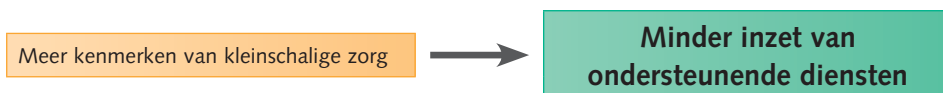
Voor het percentage van de dagelijkse directe zorg van niveau 3 of hoger, vinden wij slechts één - zwakke - voorspeller. Hoe kleinschaliger de zorg in een woonvoorziening georganiseerd wordt, des te meer personeel van niveau 3 of hoger er wordt ingezet.

c. Regelmatig afwijken van het rooster



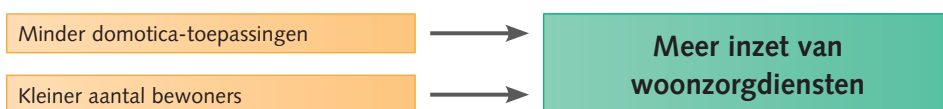
Hoe vaak er van het basisrooster in woonvoorzieningen wordt afgeweken, hangt samen met het aantal bewoners in de woonvoorziening. Woonvoorzieningen die 1 keer per week tot dagelijks van dit rooster afwijken, hebben over het algemeen meer bewoners in de gehele woonvoorziening dan woonvoorzieningen waar minder vaak wordt afgeweken van het rooster.

2. Ondersteunende diensten



Het aantal uren ondersteunende diensten per bewoner wordt alleen voorspeld door de mate van kleinschaligheid: hoe kleinschaliger de zorg, des te minder personeel er werkzaam is in de ondersteunende diensten.

3. Totale woonzorg



De hoeveelheid woonzorg - de dagelijkse directe zorg en ondersteunende diensten - per bewoner wordt in tegenstelling tot de uren dagelijkse directe zorg en ondersteunende diensten, niet voorspeld door het aantal kenmerken kleinschalige zorg. Wel blijkt ook hier het aantal domotica-toepassingen en het aantal bewoners in de woonvoorziening samen te hangen met de hoeveelheid personele inzet.

4. Behandeldiensten



Ook de inzet van behandeldiensten wordt niet door het aantal kenmerken van kleinschalige zorg voorspeld. Het aantal uur behandeldiensten dat de woonvoorzieningen per bewoner inzetten, wordt alleen voorspeld door het aantal bewoners in de woonvoorziening: hoe meer bewoners er in de woonvoorziening wonen, des te meer behandeldiensten er ingezet worden.

Conclusie

Kenmerken van de woonvoorziening

Het aantal bewoners en het aantal domotica-toepassingen in de woonvoorziening blijken samen te hangen met de hoeveelheid personeel die ingezet wordt. In woonvoorzieningen die relatief meer domotica-toepassingen gebruiken, wordt minder personeel ingezet in de dagelijkse directe zorg.

Voor de dagelijkse directe zorg en de woonzorgdiensten geldt dat hoe minder bewoners er in een woonvoorziening wonen, des te meer personeel er per bewoner wordt ingezet. Wat betreft de behandelaars geldt het tegenovergestelde. Binnen grotere woonvoorzieningen zijn er meer behandelaars beschikbaar voor de bewoners.

Ten slotte blijkt dat woonvoorzieningen die vaak afwijken van het rooster, waardoor er sprake is van onderbezetting, over het algemeen meer bewoners hebben.

Kenmerken van bewoners

De zorgzwaarte van de bewoners blijkt geen voorspeller te zijn voor de verschillen in personele inzet tussen woonvoorzieningen.

Kleinschalige zorg

Uit de bevindingen blijkt dat een verschuiving in de mate van kleinschaligheid van de verpleeghuiszorg ook een verschuiving tot gevolg heeft in de hoeveelheid en het soort personeel dat ingezet wordt. Meer kenmerken van kleinschalige zorg brengen een hogere inzet van direct verzorgend personeel en een lagere inzet van ondersteunende diensten met zich mee. Dit heeft uiteraard mede te maken met het feit dat in kleinschalige woonvoorzieningen verzorgend personeel over het algemeen integrale medewerkers zijn die ook huishoudelijke taken vervullen. Tegelijkertijd zien we dat wanneer we de woonzorgdiensten – de dagelijkse directe zorg en ondersteunende diensten – samen bekijken, het aantal kenmerken kleinschalige zorg geen rol speelt. Het blijkt dus niet zo te zijn dat er in totaal meer woonzorgpersoneel werkzaam is naarmate een woonvoorziening kleinschaligere zorg biedt.

Enthousiast personeel in de toekomst

"Er moet snel op ingespeeld worden!"



Erik van Rossum is lector op het gebied van kwetsbare ouderen aan de Hogeschool Zuyd en senior onderzoeker bij de Universiteit Maastricht, vooral op het gebied van ouderenzorg.

“Het is goed dat de Monitor er nu is. Er is een knappe prestatie geleverd, maar het zou nu ook echt een monitor moeten worden. Dat wil zeggen dat de metingen in de toekomst regelmatig herhaald moeten worden. De echte meerwaarde wordt pas bereikt als processen gevolgd worden in de tijd.

Het is duidelijk dat we de komende 20 jaar echt heel veel extra verzorgend personeel nodig zullen hebben. We moeten daarom ook alert blijven om mensen te behouden voor het vak, onder andere door te zorgen dat het vak interessant blijft. En dat is dan alleen nog maar de kwantitatieve kant. De trend naar kleinschaligheid betekent ook een proces naar een ander type zorg, veel meer richting integrale zorg. We moeten ons afvragen: willen verzorgenden dat, zijn ze daartoe uitgerust, en zijn de opleidingen daartoe uitgerust?

De switch of uitbreiding van het takenpakket van verzorgenden moet in het onderwijs worden vormgegeven. Dat betekent nogal wat. Curricula moeten worden aangepast, docenten moeten worden bijgeschoold. En er moet snel op ingespeeld worden! Dat is echt een grote klus. Evenals bijscholing. Uit de Monitor blijkt dat als verzorgenden in een nieuwe omgeving, bijvoorbeeld kleinschaliger, gaan werken en vóór die start extra geschoold worden, zij minder werkdruk ervaren waardoor zij een hogere arbeidstevredenheid hebben.

Er zijn aanwijzingen dat bij de transitie van grootschalig naar kleinschalig eerst de mensen geselecteerd worden die heel gemotiveerd zijn om in een kleinschalige unit te gaan werken, en daar dus geschikt voor zijn. Als de kleinschalige zorg echt heel sterk doorzet is het de vraag of al het personeel dat nu in de reguliere (grootschalige) zorg werkt daar ook op zit te wachten! Je zou denken dat banen door meer kleinschaligheid interessanter worden omdat een integraal takenpakket meer uitdagingen en een grotere autonomie kent. Maar of dat zo uitpakt is nog maar de vraag. Daarvoor is vervolgonderzoek belangrijk.”

4. Het welbevinden van verzorgend personeel

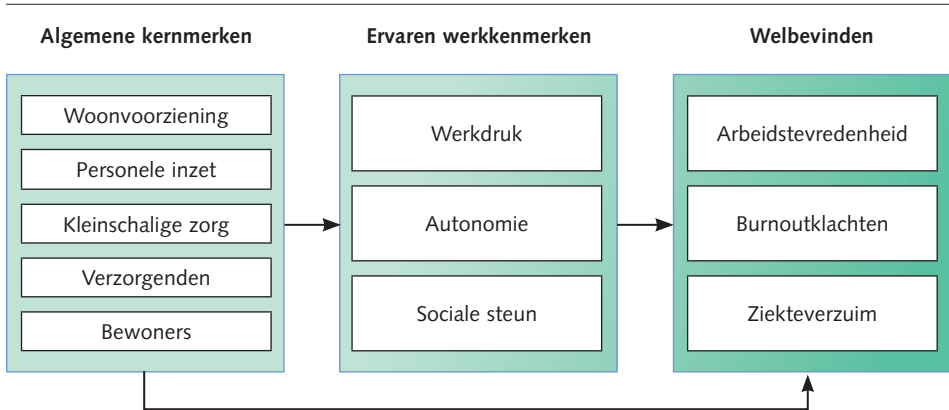
door Bernadette Willemse

Het is van belang om inzicht te krijgen in welke aspecten bijdragen aan behoud en aanwas van verzorgend personeel. Momenteel is er in sommige regio's al een tekort aan verzorgend personeel en naar verwachting zal dit de komende jaren alleen maar toenemen. Welke factoren, zoals een kleinschalig zorgaanbod, zorgen ervoor dat het aantrekkelijk is om met ouderen met dementie te werken en wat zijn factoren die leiden tot grotere tevredenheid over het werk? Kortom, welke kenmerken van het werk en de woonvoorzieningen dragen bij aan het welbevinden van het verzorgend personeel?

Ongeveer de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden die weggaan uit het verpleeg- of verzorgingshuis zijn van mening dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Daarom is het van belang om te kijken welke verzorgenden van plan zijn hun werkplek te verlaten, en vooral waarom. De meest vermijdbare redenen voor vertrek die genoemd worden in exitinterviews zijn ontevredenheid met de zorg die ze kunnen bieden, het ontbreken van een prettige sfeer op de afdeling, een te hoge werkdruk en onvoldoende loopbaan- en ontplooiingsmogelijkheden (RegioMarge, 2008). Daarnaast is het ziekteverzuim binnen de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) ten opzichte van de zorgsector als geheel een opvallend knelpunt.

Verskillende modellen in de arbeidspsychologie laten zien dat de wijze waarop de werkomgeving ervaren wordt, van grote invloed is op de arbeidstevredenheid, burnout-klachten, de gezondheid en het verzuim van werknemers. Belangrijke kenmerken van het werk zijn de ervaren werkdruk, autonomie en sociale steun. De veronderstelling is dat een combinatie van hoge werkdruk, weinig autonomie en weinig sociale steun leidt tot een vermindering van het welbevinden van werknemers, zoals een lage arbeidstevredenheid, burnout- en gezondheidsklachten en ziekteverzuim. In onderstaande figuur wordt de veronderstelde samenhang tussen kenmerken van de woonvoorzieningen, ervaren werkkenmerken en het welbevinden van het personeel schematisch weergegeven.

Figuur 1. Samenhang tussen kenmerken van woonvoorzieningen en het welbevinden van verzorgend personeel



Uit eerder onderzoek van het Trimbos-instituut en het VUmc is gebleken dat verzorgenden in kleinschalige woonvormen over het algemeen minder werkdruk, meer autonomie en meer sociale steun van collega's ervaren dan in moderne grootschalige verpleeghuizen (Boekhorst, te, e.a., 2008). Met behulp van inzicht in de ervaren werkdruk van verzorgend personeel en andere factoren die het welbevinden beïnvloeden, kan gericht worden gezocht naar geschikte ondersteunende maatregelen die helpen om de arbeidstevredenheid van verzorgend personeel te bevorderen en de uitstroom te beperken.

Hoe is gemeten hoe verzorgend personeel het werk ervaart?

Naast het welbevinden van het verzorgend personeel is ook de wijze waarop men het werk ervaart in kaart gebracht. Hier liggen mogelijk aanknopingspunten voor de verbetering van het welbevinden van verzorgend personeel. De werkkenmerken die in kaart zijn gebracht zijn de ervaren werkdruk, autonomie en sociale steun. Onder werkdruk worden stressfactoren verstaan die betrekking hebben op de inhoud van het werk, zoals veel werk en een hoog werktempo. Met autonomie wordt de mogelijke invloed bedoeld die men heeft op besluitvorming in het werk en de mogelijkheid het werk naar eigen inzicht in te vullen. De ervaren sociale steun heeft betrekking op de steun die werknemers van leidinggevenden en collega's ervaren.

Hoe is het welbevinden van verzorgend personeel gemeten?

Wij hebben het welbevinden van het verzorgend personeel gemeten door naar de arbeidstevredenheid en burnoutklachten van het verzorgend personeel te vragen.

Per woonvoorziening zijn 12 verzorgenden op basis van toeval geselecteerd die vragenlijsten hierover hebben ingevuld. De steekproef is getrokken uit al het verzorgend personeel in de woonvoorziening. Hieronder verstaan wij alle medewerkers in de woonvoorzieningen die werkzaam zijn in de dagelijkse directe zorg. Dit zijn medewerkers van niveau 1 tot en met 5. Stagiaires, vrijwilligers en huishoudelijk personeel zijn buiten beschouwing gelaten. In totaal hebben 1180 (59 procent van de uitgezette vragenlijsten) verzorgenden de vragenlijst ingevuld. Ook is gekeken naar het ziekteverzuim in het afgelopen half jaar in de woonvoorzieningen.

1. Arbeidstevredenheid

Wij hebben de mate waarin verzorgenden tevreden zijn met hun werk in kaart gebracht en gepeild in hoeverre zij erover denken te vertrekken van hun huidige werkplek.

2. Burnoutklachten

Burnout komt veel voor in beroepen met een intensief contact met mensen, zoals in de zorg. Allereerst kunnen verzorgenden met burnoutklachten het gevoel hebben helemaal leeg of op te zijn. Wij noemen dit emotionele uitputting. Daarnaast kunnen verzorgenden door een burnout vervreemden van anderen, wat zich uit in een kille, cynische, afstandelijke en onpersoonlijke houding ten opzichte van de mensen met wie men dagelijks werkt. Dit noemen wij depersonalisatie. Tenslotte kunnen zij het gevoel hebben minder te presteren op het werk. Dit gaat gepaard met gevoelens van ontoereikendheid en twijfel aan het eigen kunnen. Dit noemen wij verminderde persoonlijke bekwaamheid.

3. Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim is in alle deelnemende woonvoorzieningen voor zes achtereenvolgende maanden opgevraagd bij de geïnterviewde manager. Er is uitgegaan van het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof.

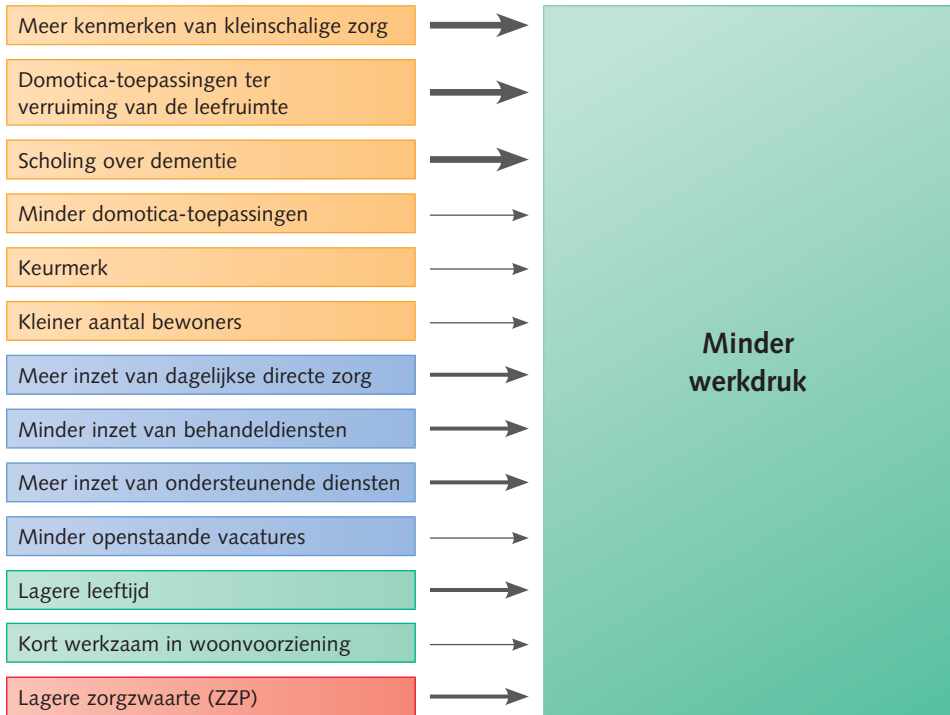
Welke kenmerken voorspellen de ervaren werkkenmerken en het welbevinden van verzorgend personeel?

Met de gegevens van de Monitor Woonvormen Dementie hebben we gekeken of we bovengenoemde werkkenmerken en het welbevinden van verzorgend personeel kunnen voorspellen door kenmerken van de woonvoorziening, de personeelsinzet, kenmerken van verzorgenden en bewoners. Deze kenmerken staan kort samengevat op de uitvouwbare omslag achter in deze uitgave. In bijlage 2 in deze uitgave staan de kenmerken uitgebreider beschreven.

Aangezien er voor de ervaren werkkenmerken en het welbevinden van het verzorgend personeel een groot aantal voorspellers zijn gevonden, beschrijven we in de tekst de minst sterke voorspellers niet. Mogelijke verklaringen en interpretaties van de gevonden relaties komen in de conclusie van dit hoofdstuk aan bod.

1. De ervaren werkkenmerken

a. Werkdruk

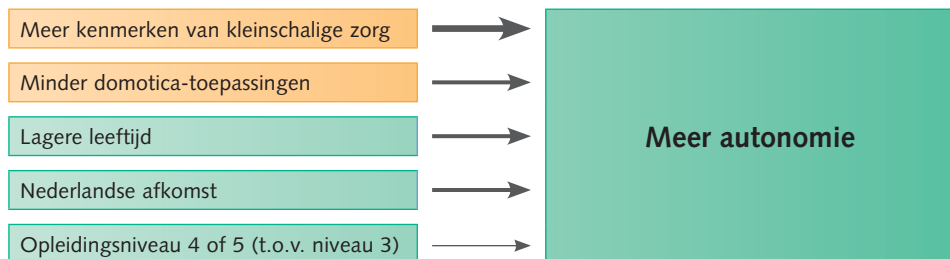


Uit het bovenstaande schema kunnen we concluderen dat de ervaren werkdruk van het verzorgend personeel wordt voorspeld door een scala aan kenmerken. Allereerst spelen kenmerken van de zorgorganisatie een rol. Hoe kleinschaliger er gewerkt wordt in de woonvoorziening, des te lager de ervaren werkdruk van het verzorgend personeel. In woonvoorzieningen waar gebruik wordt gemaakt van domotica-toepassingen om de leefruimte van de bewoners te verruimen wordt een lagere werkdruk ervaren dan in woonvormen waar geen sprake is van deze domotica-toegepassingen. Ook blijkt dat in woonvoorzieningen die aan nieuw verzorgend personeel een scholing over dementie aanbieden, het verzorgend personeel een lagere werkdruk ervaart dan in woonvoorzieningen waar dit niet gebeurt.

Hiernaast spelen de personele bezetting, de zorgzwaarte van bewoners en de leeftijd van verzorgend personeel een belangrijke rol in de ervaren werkdruk. Hoe meer dagelijkse directe zorg, hoe meer ondersteunende diensten en hoe minder behandeldiensten de woonvoorzieningen inzetten, des te minder werkdruk het verzorgend personeel ervaart. Hoe hoger de gemiddelde zorgzwaarte van de bewoners, des te meer werkdruk ervaart het verzorgend personeel. Voor de leeftijd van verzorgenden geldt dat hoe ouder medewerkers zijn, des te meer werkdruk zij ervaren.

In tegenstelling tot de domotica-toepassingen gericht op het verruimen van de leefruimte van bewoners verhoogt het totaal aantal domotica-toepassingen in de woonvoorziening de ervaren werkdruk.

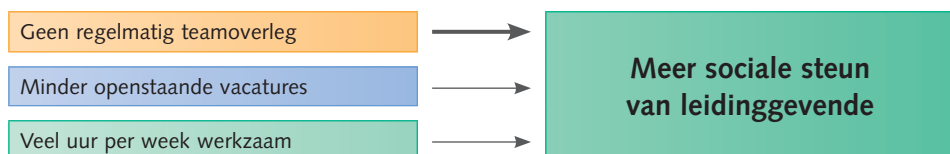
b. Autonomie



De hoeveelheid autonomie die verzorgend personeel ervaart, blijkt het sterkst voorspeld te worden door de mate van kleinschaligheid in de woonvoorziening. Hoe kleinschaliger er in een woonvoorziening gewerkt wordt, des te meer autonomie het verzorgend personeel ervaart.

Daarnaast blijkt dat de aanwezigheid van minder domotica-toepassingen in de woonvoorziening met meer ervaren autonomie van het verzorgend personeel samenhangt. Ten slotte valt op dat verzorgend personeel met een Nederlandse afkomst meer autonomie ervaart dan verzorgend personeel met een andere afkomst en dat hoe jonger het verzorgend personeel is, des te meer autonomie wordt ervaren.

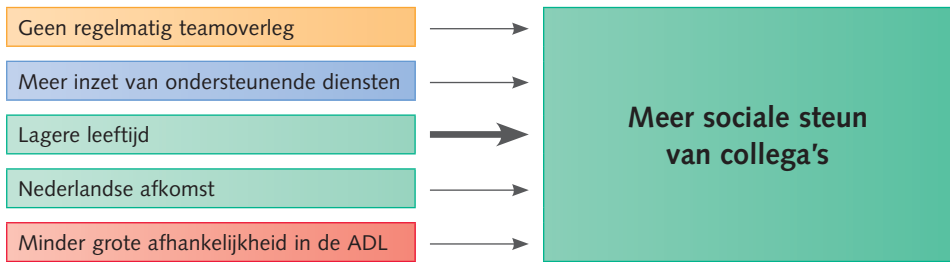
c. Sociale steun van leidinggevende



We hebben geen sterke voorspellers gevonden voor de ervaren steun van leidinggevenden. Wel blijkt dat in woonvoorzieningen waar minder vaak teamoverleg plaatsvindt, verzorgenden meer sociale steun van hun leidinggevende ervaren.

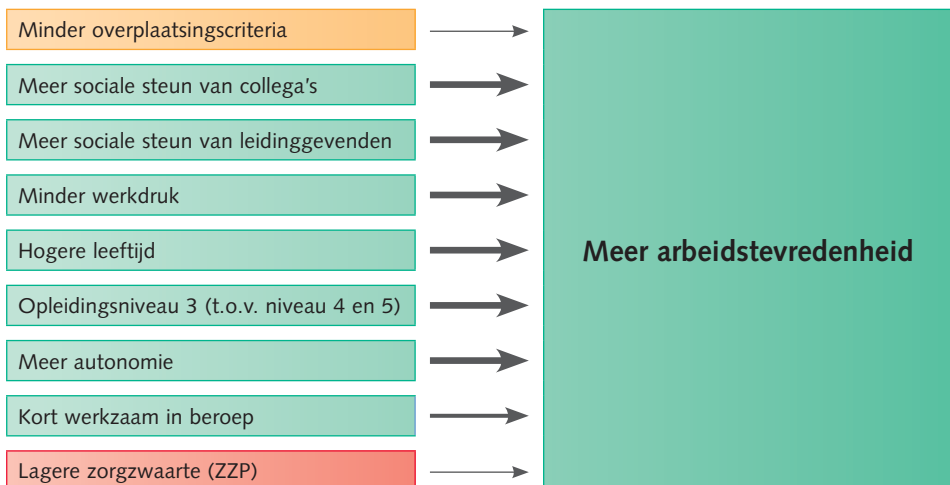
Waarschijnlijk zijn er belangrijke andere redenen die bepalen in welke mate verzorgend personeel sociale steun ervaart van de leidinggevende, die niet gemeten zijn in deze Monitor. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de manier waarop leiding wordt gegeven. Zo kunnen leidinggevers een steunend klimaat creëren waarin medewerkers de kans krijgen te groeien, terwijl een andere stijl van leidinggeven het tegenovergestelde kan doen.

d. Sociale steun van collega's



De ervaren sociale steun van collega's wordt vooral voorspeld door de leeftijd van het verzorgend personeel. Hoe jonger het verzorgend personeel, des te meer sociale steun zij ervaren van hun collega's. Verder geldt hier net als bij de ervaren sociale steun van leidinggevenden dat de gevonden verschillen voor dit werkkenmerk maar beperkt verklaard kunnen worden uit de kenmerken van de woonvoorzieningen die wij gemeten hebben. Kenmerken van het verzorgende team die in deze monitor niet onderzocht zijn, zoals de manier waarop zij in hun team samenwerken, hebben mogelijk een sterker effect op de mate van sociale steun van collega's.

2. Arbeidstevredenheid

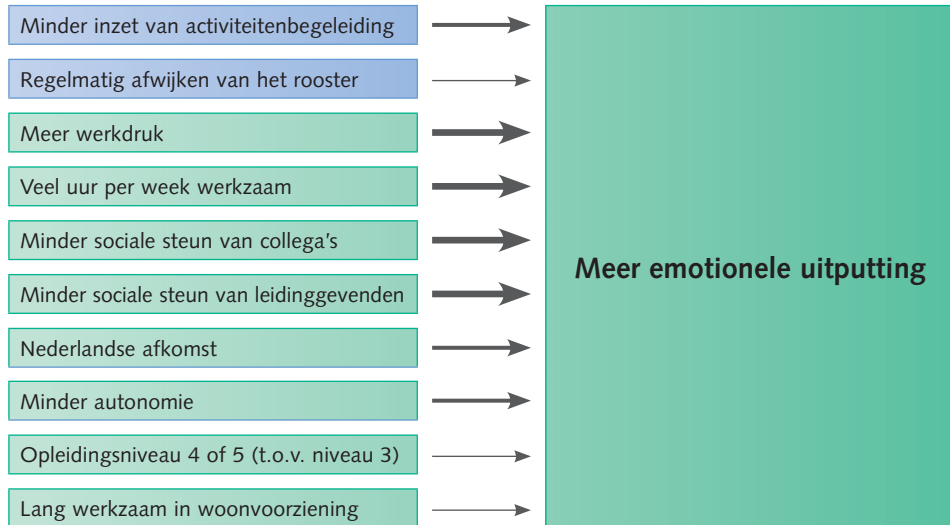


De mate waarin verzorgend personeel tevreden is met het werk, wordt zeer sterk voorspeld door ervaren werkkenmerken. Hoe minder werkdruk, hoe meer autonomie en hoe meer sociale steun er ervaren wordt, des te hoger de arbeidstevredenheid. Daarnaast lijkt ook de leeftijd en het opleidingsniveau een belangrijke rol te spelen. Verzorgend personeel met een opleidingsniveau van 4 of 5 is minder tevreden met het werk dan personeel van niveau 3.

Ten slotte blijkt dat hoe hoger de leeftijd van de verzorgende, des te meer tevreden zij is in het werk en dat verzorgend personeel dat minder dan 5 jaar ervaring heeft in het beroep meer tevreden is dan verzorgend personeel dat al meer ervaring heeft.

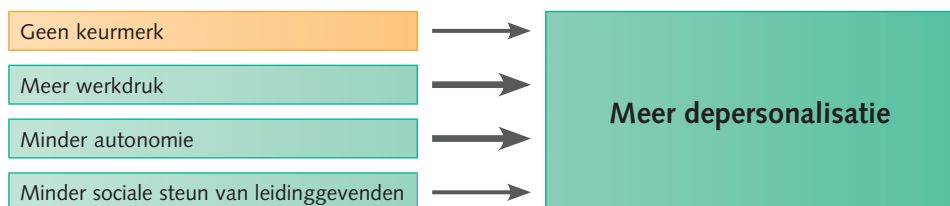
3. Burnoutklachten

a. Emotionele uitputting



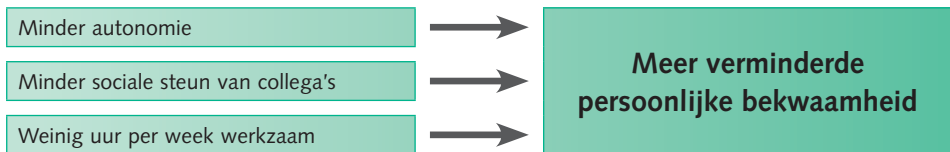
Of verzorgenden zich emotioneel uitgeput voelen, wordt het sterkst voorspeld door de werkdruk en de sociale steun die zij ervaren van hun collega's en leidinggevende. Daarnaast is verzorgend personeel dat meer dan 24 uur per week werkt meer emotioneel uitgeput dan verzorgend personeel dat minder uren per week werkt. Ook blijkt verzorgend personeel met een Nederlandse afkomst meer emotionele uitputting te ervaren dan verzorgend personeel met een andere afkomst. Ten slotte blijkt de hoeveelheid activiteitenbegeleiding die ingezet wordt, een rol te spelen. Hoe minder activiteitenbegeleiding de woonvoorziening inzet, des te meer emotionele uitputting het verzorgend personeel ervaart.

b. Depersonalisatie



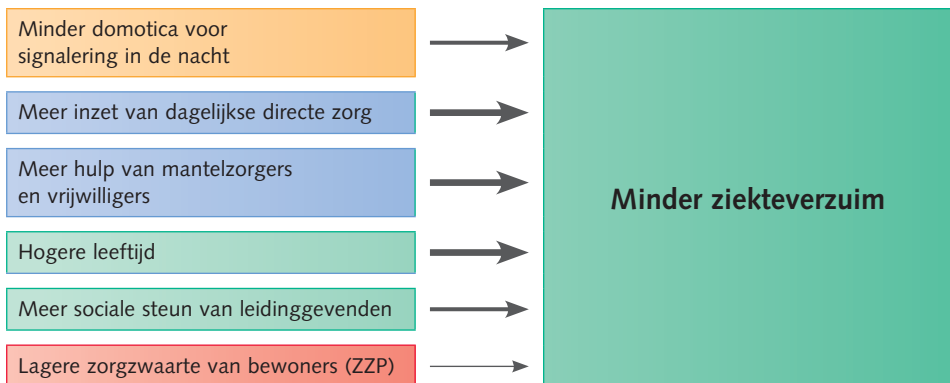
Depersonalisatie van verzorgenden, oftewel de vervreemding van anderen, wordt het sterkst voorspeld door de ervaren werkdruk en autonomie. Hoe meer werkdruk verzorgenden ervaren en hoe minder autonomie, des te meer vervreemd zij zich van anderen voelen.

c. Verminderde persoonlijke bekwaamheid



De mate waarin verzorgenden zich persoonlijk bekwaam voelen wordt het sterkst voorspeld door de ervaren autonomie en sociale steun van collega's. Hoe meer autonomie en hoe meer sociale steun van collega's men ervaart, hoe meer persoonlijk bekwaam verzorgend personeel zich voelt. Daarnaast voelen verzorgenden die meer dan 24 uur per week werken zich meer bekwaam.

4. Ziekteverzuim



Hoe hoger de gemiddelde leeftijd van het verzorgend personeel, des te minder ziekteverzuim er in woonvoorzieningen voorkomt. Daarnaast geldt dat hoe meer verzorgend personeel en hoe meer extra hulp van mantelzorgers en vrijwilligers een woonvoorziening inzet, des te minder ziekteverzuim er gemiddeld in de woonvoorziening voorkomt. Ook blijkt de hoeveelheid sociale steun die het verzorgend personeel van de leidinggevende ervaart een rol te spelen. Hoe meer sociale steun verzorgend personeel ervaart van de leidinggevende, des te lager is het ziekteverzuim. Ten slotte geldt dat hoe minder signalering er 's nachts in woonvoorzieningen wordt ingezet, des te lager het gemiddelde ziekteverzuim is.

Conclusie

De beschreven resultaten laten zien dat het welbevinden van het verzorgend personeel vooral wordt voorspeld door de manier waarop zij het werk ervaren. De ervaren werkdruk, autonomie en sociale steun bepalen de mate waarin verzorgenden tevreden zijn met hun werk en wel of geen burnoutklachten hebben. Ook blijkt de ervaren sociale steun van de leidinggevende een positieve rol te spelen als het gaat om de hoeveelheid ziekteverzuim. Daarnaast speelt hierbij een aantal kenmerken van de verzorgenden zelf een belangrijke rol.

Maar wat maakt nu dat verzorgenden minder werkdruk en meer autonomie en sociale steun ervaren? De resultaten laten zien dat voor tevreden en veerkrachtig personeel zowel kenmerken van het verzorgend personeel zelf, de woonvoorziening, de personele bezetting, het gebruik van domotica als kenmerken van de bewoners van belang zijn.

Individuele kenmerken van het verzorgend personeel

Om te beginnen zijn er kenmerken van het verzorgend personeel van invloed op de ervaren werkkenmerken. Deze leveren aandachtspunten op voor het personeelsbeleid in woonvoorzieningen voor mensen met dementie. Zo blijkt dat hoe ouder medewerkers zijn, des te meer werkdruk en des te minder autonomie en sociale steun van collega's zij ervaren. Tegelijkertijd hangt een hogere leeftijd samen met meer arbeidstevredenheid en minder ziekteverzuim. Mogelijk neemt het belang van werkdruk, autonomie en sociale steun voor arbeidstevredenheid en ziekteverzuim af, naarmate de medewerker ouder wordt.

Verzorgenden met een niet-Nederlandse achtergrond ervaren minder autonomie dan hun collega's van Nederlandse afkomst. Een vergelijkbare conclusie vinden we in de gegevens van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO en het CBS. Uit deze enquête blijkt namelijk dat in vergelijking met autochtonen en westerse allochtonen, niet-westerse allochtonen minder vaak een hoge mate van autonomie in hun werk ervaren. Als mogelijke verklaring wordt hier genoemd dat de niet-westerse allochtonen in deze enquête gemiddeld jonger zijn en zij over het algemeen gemiddeld lager zijn opgeleid (CBS, 2009). In onze analyses hebben we leeftijd en opleidingsniveau ook meegenomen, maar toch lijkt een niet-Nederlandse achtergrond een voorspeller van minder ervaren autonomie. Daarnaast vinden we dat verzorgend personeel met een niet-Nederlandse achtergrond minder sociale steun van collega's ervaart en zich daarentegen minder emotioneel uitgeput voelt dan verzorgend personeel met een Nederlandse afkomst. Naar de achtergrond van deze bevindingen kunnen wij alleen gissen. Wordt hen bijvoorbeeld minder autonomie gegeven of zouden zij die minder nemen gezien hun culturele achtergrond? Voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van deze gegevens. Om hier meer inzicht in te krijgen, moet nader onderzoek plaats vinden.

Verzorgenden die relatief veel uren per week werken, voelen zich meer emotioneel uitgeput en tegelijkertijd meer persoonlijk bekwaam. Ook dit komt overeen met bevin-

dingen in een rapport van het CBS. Uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) bleek dat voor vrouwen gold dat hoe meer uren per week zij werkten, des te meer zij emotionele uitputting rapporteerden (CBS, 2006). Mogelijk voelen verzorgenden met een meer omvangrijke werkweek zich meer persoonlijk bekwaam doordat zij meer tijd met de bewoners doorbrengen. Zij kennen hen hierdoor waarschijnlijk beter en hebben daardoor mogelijk meer het gevoel de bewoners op een goede manier te kunnen helpen, terwijl dit tegelijkertijd emotionele uitputting met zich mee zou kunnen brengen.

Ten slotte valt op dat personeel van niveau 4 en 5 minder tevreden is in het werk dan verzorgenden van niveau 3. Uit de gegevens van de Monitor blijkt dat zij bovendien vaker aangeven erover na te denken om buiten de woonvoorziening te gaan werken. Ook verzorgenden die langer dan vijf jaar werkzaam zijn in het beroep, zijn minder tevreden met hun werk en ook zij geven vaker aan te overwegen naar een andere baan te zoeken. Mogelijk verklaart het feit dat er beperkte doorgroeimogelijkheden zijn in de zorg deze bevinding. Uit onderzoek van Abvakabo FNV komt naar voren dat dit één van de punten is waarover werknemers in de zorg kritisch zijn. Volgens medewerkers in de zorg is dit aspect erg belangrijk bij initiatieven om jongeren te interesseren voor het werken in de zorg. Daarom doen zij een appèl op werkgevers in de zorg om dit te verbeteren (Abvakabo FNV, 2009).

Kenmerken bewoners

De zorgzwaarte van de bewoners op basis van het zorgzwaartepakket is gerelateerd aan hoe verzorgend personeel het werk ervaart en hoe tevreden men is. Hier geldt dat hoe hoger de gemiddelde zorgzwaarte van de bewoners is, des te meer werkdruk er wordt ervaren en des te minder tevreden verzorgend personeel is. Daarnaast blijkt het ziekteverzuim hoger te zijn in woonvoorzieningen waar de zorgzwaarte van bewoners relatief hoog is. Ten slotte geldt dat hoe meer de bewoners beperkt zijn bij het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven, des te minder sociale steun collega's van elkaar ervaren. Extra ondersteuning van het verzorgend personeel als de gemiddelde zorgzwaarte van de bewoners toeneemt lijkt daarom van belang. Afhankelijk van het type zorgzwaarte van de bewoners in de woonvoorziening kan gedacht worden aan de tijdelijke inzet van extra personeel, ondersteuning vanuit het multidisciplinair team of deskundigheidsbevordering.

Personele inzet

De bevinding dat inzet van meer behandeldiensten in de woonvoorzieningen samen gaat met een hogere ervaren werkdruk van verzorgend personeel roept vragen op. Aangezien de behandeldienst in de woonvoorzieningen uit een breed scala behandelaars – onder andere artsen, paramedici en psychologen - bestaat en alle behandelaars hier gezamenlijk zijn bekeken, is deze relatie moeilijk te verklaren. Minder verrassend is de bevinding dat een hogere inzet van vooral de dagelijkse directe zorg, maar ook van de ondersteunende diensten, een positieve uitwerking heeft op de ervaren werkdruk en daarmee het welbevinden van het verzorgend personeel.

Ook het ziekteverzuim blijkt voorspeld te worden door zowel de hoeveelheid verzorgend personeel die een woonvoorziening inzet als de mate van ondersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers. Zorg bieden aan mensen met dementie met een lage bezetting is blijkbaar niet wenselijk voor het welbevinden en de hoeveelheid verzuim van verzorgend personeel. Natuurlijk is er altijd een spanningsveld tussen een goede bezetting en de beschikbare financiële middelen. Opvallend is echter de spreiding die wij vonden in personele bezetting bij de deelnemende woonvoorzieningen in de Monitor. Of er nu groot- of kleinschalig gewerkt wordt, er zijn grote verschillen zichtbaar in het aantal uren en het niveau van het personeel dat per week wordt ingezet. Blijkbaar maakt men in bepaalde woonvoorzieningen keuzes waarmee het mogelijk is om met het beschikbare budget een goede personele bezetting te realiseren.

Domotica

De bevindingen op het gebied van het gebruik van domotica in de woonvoorzieningen zijn tegenstrijdig en zetten aan tot nadenken. Verzorgend personeel in woonvoorzieningen waar gebruik wordt gemaakt van domotica-toepassingen om de leefruimte van bewoners te vergroten, ervaart minder werkdruk. Dit terwijl het totaal aantal domotica-toepassingen in een woonvoorziening juist een negatieve invloed lijkt te hebben op zowel de hoeveelheid ervaren werkdruk als autonomie. De Inspectie van de Gezondheidszorg (2009) schrijft in een recent rapport over domotica dat met name de inzet en betrokkenheid van medewerkers van doorslaggevend belang is voor succesvolle implementatie van domotica. Uit onderzoek bleek dat slechts 28% van de medewerkers betrokken was bij de aanschaf van nieuwe domotica-toepassingen. Als medewerkers niet voldoende bij het proces betrokken werden, kon de inzet van domotica als bedreigend of ingewikkeld ervaren worden (IGZ, 2009). Blijkbaar luistert de toepassing van domotica heel nauw en is de manier waarop dit wordt aangepakt door de woonvoorziening bepalend voor de manier waarop het verzorgend personeel dit ervaart.

Kenmerken van de woonvoorziening

De bevinding dat verzorgend personeel minder hoge werkdruk ervaart in woonvoorzieningen waar men aan nieuwe medewerkers een scholing over dementie geeft, biedt een relatief eenvoudig aanknopingspunt om de ervaren werkdruk van verzorgend personeel te verlagen. Mogelijk hebben deze verzorgenden meer kennis over dementie en het omgaan met mensen met dementie, waardoor zij minder vaak het gevoel hebben op de grenzen van hun mogelijkheden te functioneren.

Kleinschalige zorg

De resultaten van de Monitor laten zien dat de hoeveelheid kleinschalige kenmerken een belangrijke voorspeller is van ervaren autonomie en werkdruk van verzorgenden. Hoe meer kenmerken van kleinschalige zorg er in de woonvoorziening aanwezig zijn, des te minder werkdruk en hoe meer autonomie verzorgend personeel ervaart. Deze zijn op hun beurt weer belangrijke voorspellers van de arbeidstevredenheid en burnoutklachten

van verzorgenden. Het aantal kleinschalige kenmerken is daarnaast ook indirect gerelateerd aan de hoeveelheid ziekteverzuim: hoe meer kenmerken van kleinschalige zorg, des te meer dagelijkse directe zorg en hoe meer dagelijkse directe zorg, des te minder ziekteverzuim er in de woonvoorzieningen voorkomt.

Het bieden van kleinschalige zorg aan mensen met dementie heeft grote consequenties voor de manier van werken van verzorgend personeel. Naast zorgtaken krijgen zij bijvoorbeeld ook huishoudelijke taken. Zo wordt er door hen samen met bewoners gekookt, doen zij (een gedeelte van) de huishouding, eten zij samen met de bewoners en dragen zij geen uniform. Deze kenmerken van de organisatie van de zorg zijn niet voorbehouden aan kleinschalig georganiseerde woonvoorzieningen. Zo zijn er ook grootschalige verpleeghuizen waar verzorgend personeel geen uniform draagt en waar men mee-eet met de bewoners. De bevinding dat kleinschalige zorg een positieve uitwerking heeft op verzorgend personeel kan dus ook aanknopingspunten bieden voor meer grootschalig georganiseerde woonvoorzieningen om de manier waarop zij zorg bieden aan mensen met dementie aan te passen.

Verantwoorde zorg

"Doel van zorg is altijd veiligheid, steun en warmte bieden"



Wimjan Vink werkt bij ActiZ (team Cliënt, Kwaliteit & Innovatie) aan Ketenzorg en vraaggerichte integrale zorg, onder andere voor mensen met dementie.

“De essentie van zorg voor iemand met een chronisch progressieve aandoening zoals dementie, is dat je de omgeving aanpast aan diens veranderende mogelijkheden. Soms is dat letterlijk aanpassen van het woonhuis, soms moet je ook verhuizen naar een zorgsetting. Maar meestal gaat het in de eerste plaats om benadering en gedrag.

Doel van zorg is altijd veiligheid bieden, steun en warmte, en waar nodig compensatie voor tekorten. Je kunt een ‘opname’ vanuit jonge ogen zien als inbreuk op autonomie, maar in feite is het een positieve inzet om iemand die lijdt aan afnemende zelfregie, veilig ‘zichzelf’ te kunnen laten zijn. Liefst in een vertrouwde setting, en met mensen die de cliënt goed kent en vertrouwt. Door met de bewoner en met z’n naasten diens ‘eigenheid’ vast te leggen in een eigen plan, schep je samen de duidelijkheid voor de dagelijkse omgang. Het biedt het kader waarin je met elkaar afspreekt wat in bepaalde situaties de meest gepaste, gewenste en veilige oplossingen kunnen zijn.

Om dit voor elkaar te krijgen hebben we binnen Actiz een visie op ‘Verantwoorde Zorg’ ontwikkeld. We hebben ons ingezet voor de ontwikkeling van ‘zorgleefplannen’. De filosofie achter het zorgleefplan is dat je je verdiept in het individu en zijn achtergrond. Hoe beter je mensen kent, des te beter je kunt aansluiten bij de werkelijke behoeften. Je kunt dan beter interpreteren wat er aan de hand is, en middelen bedenken waarmee iemand is geholpen. Een klein vast team, met mensen die deskundig ‘thuis zijn’ in dementie, die werken in een herkenbare thuisachtige setting, kan maximaal inspelen op iemands gewoonten, vertrouwdheden en wensen.

Kleinschaligheid is geen doel op zich, maar een keuze met voor- en nadelen. Het is een van de middelen om de bewoner goed te kennen, veiligheid te bieden en op maat aandacht te kunnen geven aan behoeften en wensen. Dat is meestal ook de oorspronkelijke motivatie voor de mensen die in de zorg werken. Dat geeft ook de meeste werktevredenheid. Hoe je dat optimaal realiseert en organiseert is onze zorg. Goed onderzoek is daarbij onmisbaar.”

5. De kwaliteit van de geboden zorg

door Dieneke Smit

De kwaliteit van zorg is een *hot issue* binnen de verpleeghuiswereld. Enige jaren geleden werd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en andere partijen uit het veld gesignaleerd dat veel verpleeghuizen onder de maat presteerden. Ook kwam de verpleeghuiszorg op negatieve wijze in de media. Verschillende incidenten – denk aan de ‘pyjamadagen’ – werden publiekelijk hoog opgenomen.

Naar aanleiding van deze geruchten stelden beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties en brancheorganisaties binnen de sector (Arcares, LOC, AVVV, NVVA) in samenwerking met de IGZ normen op waaraan de verpleeghuiszorg minimaal moest voldoen. Deze *Normen Verantwoorde Zorg* stellen minimale eisen aan bijvoorbeeld het contact met de specialist ouderengeneeskunde (voormalig verpleeghuisarts), het activiteitenaanbod, de aandacht die moet worden besteed aan de maaltijden en de persoonlijke hygiëne. Bij een eerste steekproef onder verpleeghuizen in Nederland bleek dat in het grootste gedeelte van deze verpleeghuizen de minimale noodzakelijke zorg niet was gegarandeerd (IGZ, 2004).

Sindsdien zijn er vanuit de overheid verschillende initiatieven gestart om de kwaliteit van de ouderenzorg, en daarmee de zorg voor mensen met dementie, op te schroeven. Een eerste stap is gemaakt met het inzichtelijk maken van de prestaties van zorginstellingen. Zo kun je vandaag de dag voor veel zorginstellingen op ‘kiesbeter.nl’ opzoeken hoe zij presteren. Zowel de score op de *Normen Verantwoorde Zorg* als de cliënttevredenheid worden daar weergegeven. Daarnaast is in 2010 het zorgleefplan verplicht gesteld ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Het zorgleefplan is niet alleen gericht op lichamelijke zorg, maar ook op zorg voor het psychisch welbevinden.

Ook initiatieven van buitenaf hebben heel wat teweeg gebracht binnen de verpleeghuiszorg. Zo is er in 2009 een campagne opgezet om het gebruik van fixatiemaatregelen terug te dringen. Zorginstellingen krijgen een speld wanneer zij hun Zweedse banden opsturen, en komen vervolgens op een lijst van niet-fixerende zorginstellingen te staan (ik bind hou vast, 2009). Inmiddels staan 49 zorgorganisaties bekend als fixatievrije instelling. Ook de media besteden aandacht aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zo heeft De Volkskrant afgelopen december voor de derde keer een ranglijst van verpleeghuizen gepubliceerd, waarin uitspraken worden gedaan over de vermeende kwaliteit van de zorg die in deze huizen wordt geboden. Dit maakt dat de cliënt en diens familie steeds beter bewust kan kiezen voor een bepaalde zorginstelling.

Kwaliteit van zorg vormt dan ook een belangrijk thema binnen de Monitor Woonvormen Dementie. Welke kenmerken van de zorgorganisatie, het zorgpersoneel en de bewoners hangen samen met de kwaliteit van zorg?

Hoe is de kwaliteit van zorg in de Monitor Woonvormen Dementie gemeten?

Wij hebben indicatoren voor kwaliteit van zorg onderzocht waarvan wij verwachten dat zij het meest ingrijpend zijn voor het welbevinden van de bewoner met dementie. Deze zijn:

1. Het aantal toegepaste fixaties per bewoner

Vaak fixeert men mensen met dementie wanneer zij de neiging hebben veel te lopen en een groot risico hebben om te vallen. Om letsel te voorkomen, kiest men er soms voor om de bewegingsvrijheid van deze bewoners te beperken, bijvoorbeeld door hen vast te zetten in een stoel. Uit internationale studies blijkt echter dat het verminderen van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen geen toenemend aantal valpartijen, en ook niet meer letsel, tot gevolg heeft (Capezuti e.a., 1998; Capezuti e.a., 2002; Neufeld e.a., 1999). Wij gaan er daarom vanuit dat de kwaliteit van zorg beter is als er minder fixaties worden toegepast.

Per woonvoorziening hebben wij het gemiddeld aantal toegepaste fixaties per bewoner berekend. De zorgmanager of de specialist ouderengeneeskunde is gevraagd naar het aantal mensen met een verpleegdeken, een tafelblad, een onrustband, een plankstoel of een diepe stoel. Ook bedekken zijn in kaart gebracht, maar deze hebben wij verder buiten beschouwing gelaten, omdat zorgmanagers aangaven dat sommige bewoners expliciet zelf wilden dat de bedekken omhoog gingen voor hun eigen gevoel van veiligheid.

2. De hoeveelheid gebruikte psychofarmaca per bewoner.

Mensen met dementie gebruiken relatief veel medicijnen. Soms om het verloop van dementie te vertragen, soms vanwege klachten die met het ouder worden optreden. Daarnaast worden medicijnen voorgeschreven om rusteloos gedrag, slaap- of stemmingsproblemen te beïnvloeden, de zogenoemde 'psychofarmaca'. Volgens de Richtlijn Probleemgedrag zijn psychofarmaca de tweede keuze bij behandeling van dergelijke problemen: eerst moet worden gekeken of de problemen zijn aan te pakken met psychosociale interventies (NVVA, 2008). Weinig psychofarmacagebruik beschouwen wij daarom als betere kwaliteit van zorg, al is ook bij deze indicator de nodige voorzichtigheid geboden. Als er geen psychofarmaca worden voorgeschreven bij ernstige depressies is dit uiteraard geen voorbeeld van goede zorg. Om de psychofarmaca in kaart te brengen hebben wij bij de zorgmanager of de specialist ouderengeneeskunde navraag gedaan.

3. De mate waarin het verzorgend personeel een persoonsgerichte houding heeft ten aanzien van mensen met dementie.

Vanaf de jaren '90 hebben verscheidene experts zich uitgesproken over de manier waarop mensen met dementie in het verpleeghuis benaderd zouden moeten worden. Zo is het belangrijk om ervan bewust te zijn dat mensen met dementie in de eerste plaats mensen zijn met behoeften – denk aan liefde, comfort, participatie, identiteit, zingeving en gehechtheid – als iedereen. Mensen met dementie zijn echter vaak minder goed in staat om zelf in deze behoeften te voorzien. In de zorg is het daarom niet alleen van belang dat de bewoners fysieke verzorging krijgen, maar ook sociale en emotionele begeleiding. Deze zorg is belevingsgericht, dat wil zeggen, afgestemd is op de specifieke en individuele belevingswereld van iemand met dementie. Het gaat dus in eerste instantie om de persoon, en niet om de ziekte. Dit wordt ook wel persoonsgerichte zorg genoemd (Kitwood, 1997). Hoe meer persoonsgericht de houding van het verzorgend personeel is ten aanzien van mensen met dementie, des te beter is ook de kwaliteit van zorg.

Hoe de houding van het verzorgend personeel in de woonvoorziening was, hebben we onderzocht met behulp van een vragenlijst aan de verzorgenden. Dit zijn dezelfde verzorgenden die vragenlijsten hebben ingevuld over arbeidstevredenheid en burnoutklachten.

4. De mate waarin bewoners worden betrokken in activiteiten.

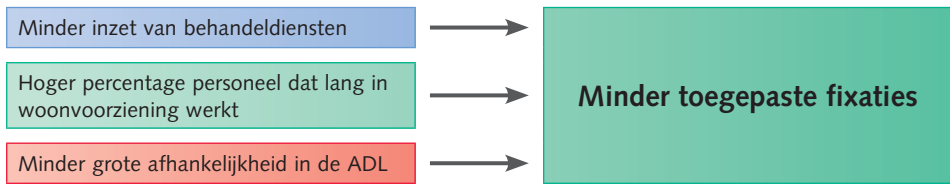
In het algemeen is het voor mensen met dementie belangrijk dat zij regelmatig worden betrokken in activiteiten, omdat dit de kwaliteit van leven van mensen met dementie zou kunnen bevorderen. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek dat de Plezierige activiteiten methode depressieve klachten, en snoezelen apathie bij mensen met dementie kan verminderen (Verkaik e.a., 2005). In hoofdstuk 6 wordt hier uitgebreid op ingegaan. Regelmatige betrokkenheid in activiteiten beschouwen wij als een indicator voor een betere kwaliteit van zorg.

Om deelname aan activiteiten in de afgelopen drie dagen in kaart te brengen, is aan verzorgenden gevraagd deze voor 12 willekeurige bewoners (of minder als er minder bewoners waren in de woonvoorziening) in kaart te brengen.

Welke kenmerken voorspellen de kwaliteit van zorg?

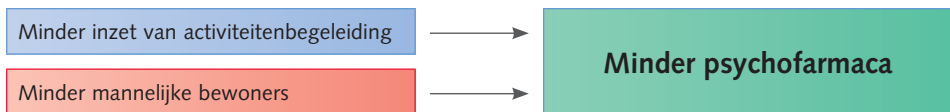
Met de gegevens van de Monitor Woonvormen Dementie hebben we gekeken of bovengenoemde uitkomstmaten van kwaliteit van zorg een relatie hebben met kenmerken van de woonvoorziening, de personeelsinzet, en kenmerken van het verzorgend personeel en de bewoners. Deze kenmerken zijn weergegeven in de uitvouwbare omslag achterin deze uitgave. In bijlage 2 in deze uitgave staan de kenmerken uitgebreider beschreven.

1. Het aantal toegepaste fixaties per bewoner



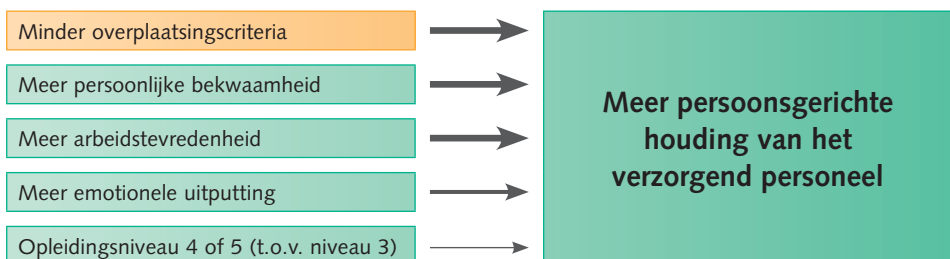
Hoe hoger het percentage verzorgend personeel met meer dan twee jaar ervaring in de woonvoorziening des te minder fixaties worden toegepast bij de bewoners. Daarnaast zien we dat er minder wordt gefixeerd als er een lagere inzet van behandeldiensten is. Ook is er een samenhang tussen een kleinere behoefte aan hulp bij de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en minder fixatiemaatregelen.

2. De hoeveelheid gebruikte psychofarmaca per bewoner



Het psychofarmacagebruik per bewoner wordt voorspeld door de inzet van activiteitenbegeleiding: een lagere inzet van activiteitenbegeleiding hangt samen met minder psychofarmacagebruik. Daarnaast blijkt de man-vrouw verhouding in de woonvoorziening een voorspeller van de hoeveelheid gebruikte psychofarmaca te zijn. Hoe meer vrouwen er in een woonvoorziening wonen, hoe minder psychofarmaca er worden voorgeschreven. De gevonden relaties zijn echter niet sterk: de twee voorspellers verklaren slechts een klein deel van de gevonden verschillen tussen woonvoorzieningen. Blijkbaar spelen andere factoren die wij niet in kaart hebben gebracht een rol bij het voorschrijven van psychofarmaca.

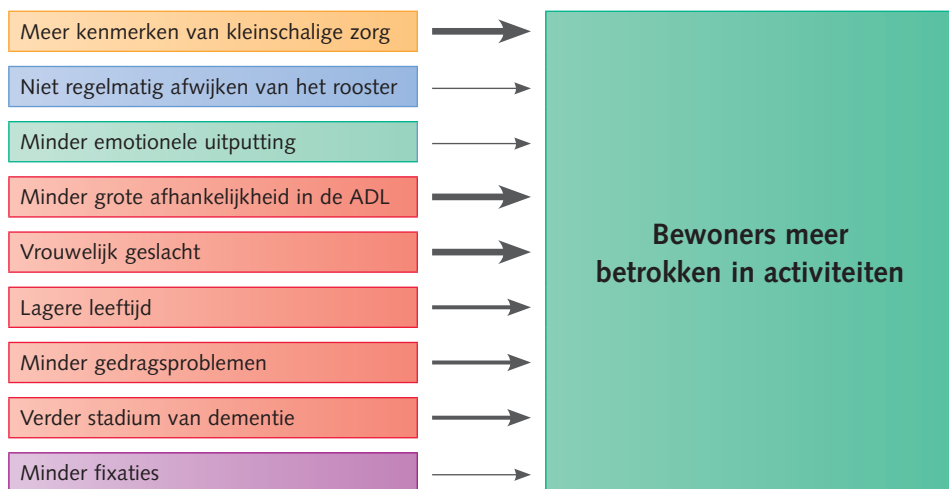
3. De mate waarin het verzorgend personeel een persoonsgerichte houding heeft ten aanzien van mensen met dementie



Een persoonsgerichte houding blijkt het meest afhankelijk te zijn van de mate waarin het verzorgend personeel zich zeker voelt over de eigen capaciteiten op de werkvloer. Daarnaast blijkt meer tevreden personeel een meer persoonsgerichte houding ten aanzien van mensen met dementie te hebben. We zien echter ook dat meer gevoelens van emotionele uitputting onder het personeel samenhangen met een meer persoonsgerichte houding.

In woonvoorzieningen die minder overplaatsingscriteria hanteren, heeft het verzorgend personeel een meer persoonsgerichte houding. Ook een hoog opleidingsniveau lijkt bij te dragen aan een meer persoonsgerichte houding, maar deze relatie is minder sterk.

4. De mate waarin bewoners worden betrokken in activiteiten



De betrokkenheid in activiteiten blijkt met name gerelateerd te zijn aan de hulp die bewoners nodig hebben bij hun ADL. De kleinschaligheid van de zorg speelt ook een grote rol: hoe kleinschaliger er gewerkt wordt, hoe meer de bewoners worden betrokken in activiteiten.

Daarnaast zijn er verschillende andere kenmerken van de bewoners die verklaren of zij wel of niet in activiteiten worden betrokken: vrouwen, jongere bewoners, bewoners met minder gedragsproblemen en een verder gevorderd stadium van dementie zijn meer bij activiteiten betrokken.

Naarmate men minder afwijkt van het dienstrooster, oftewel wanneer er minder onderbezetting is, zijn bewoners meer in activiteiten betrokken. Ook het gebruik van minder fixaties is gerelateerd aan een grotere betrokkenheid van bewoners in activiteiten. Ten slotte zien we dat hoe minder gevoelens van emotionele uitputting verzorgend personeel ervaart, des te meer bewoners betrokken worden in activiteiten.

Conclusie

De kwaliteit van zorg is in de Monitor Woonvormen Dementie gemeten aan de hand van vier indicatoren. Voor deze vier indicatoren van kwaliteit van zorg blijken kenmerken van de woonvoorziening, het personeel en de bewoners een rol te spelen. Voor het aantal toegepaste fixaties blijken personele inzet en kenmerken van bewoners van belang te zijn, bij een persoonsgerichte houding van het personeel staat het welzijn van het personeel centraal en voor de mate waarin bewoners worden betrokken in activiteiten blijken bewonerskenmerken en de kleinschaligheid van de zorg vooral een rol te spelen. In de volgende paragrafen gaan we hier nader op in.

Rond het gebruik van psychofarmaca blijven vragen bestaan. Woonvoorzieningen verschillen erg in de hoeveelheid psychofarmacagebruik. Dit blijkt ook uit de gegevens van de Monitor: in bijna 30% van de woonvoorzieningen wordt gemiddeld bij iedere bewoner minimaal één psychofarmacum toegepast, terwijl in 10% van de woonvoorzieningen slechts de helft van de bewoners gemiddeld één psychofarmacum krijgt. Toch vinden we nauwelijks een relatie tussen de in de Monitor onderzochte kenmerken en psychofarmacagebruik. Meer inzicht in factoren die niet in de Monitor zijn gemeten en het gebruik van psychofarmaca mogelijk kunnen bepalen, is dan ook gewenst.

Kenmerken van de bewoners

Bewonerskenmerken zijn bepalend voor meerdere indicatoren van de kwaliteit van zorg. Er worden meer fixaties toegepast bij bewoners met een grotere hulpbehoevendheid en er worden meer psychofarmaca voorgeschreven aan mannelijke bewoners. Kenmerken van de bewoners spelen echter vooral een rol bij de mate waarin zij worden betrokken in activiteiten. Dit betreft de hulpbehoevendheid bij de ADL, gedragsproblemen en het stadium van dementie.

Hoe meer gedragsproblemen bewoners vertonen en hoe meer afhankelijk zij zijn bij de ADL, hoe minder zij betrokken worden bij activiteiten. Onafhankelijk van de beperkingen in de ADL en gedragsproblemen vinden we dat bewoners in een minder ver stadium van dementie minder vaak in activiteiten worden betrokken. Wellicht zijn de activiteiten die op dit moment worden aangeboden in de verpleeghuiszorg meer geschikt voor bewoners in een verder gevorderd stadium van dementie.

Uiteraard bemoeilijken lichamelijke beperkingen en gedragsproblemen van bewoners het meedoen aan activiteiten. Het is echter belangrijk om ook bij bewoners met ernstige beperkingen de zorgvuldige afweging te maken of en in welke vorm activiteiten aangeboden kunnen worden, net zoals dat geldt voor bewoners in een minder ver gevorderd stadium van dementie.

Mannelijke en oudere bewoners blijken minder vaak in activiteiten te worden betrokken. De eerste bevinding wordt misschien veroorzaakt door het feit dat ruim driekwart van de bewoners en bijna 95% van het verzorgend personeel vrouw is. Dit leidt er misschien

toe dat het personeel geneigd is activiteiten aan te bieden die passender zijn voor vrouwen. Activiteiten met betrekking tot de uiterlijke verzorging, zoals nagels lakken, is een voorbeeld. Ook huishoudelijke activiteiten in kleinschalige woonvoorzieningen zijn mogelijk minder geschikt voor de huidige generatie oudere mannen.

Kenmerken van het verzorgend personeel

Kenmerken van het verzorgend personeel spelen vooral een rol bij de persoonsgerichte houding naar de bewoners met dementie. Een hoge arbeidstevredenheid en meer gevoelens van persoonlijke bekwaamheid gaan hand in hand met een meer persoonsgerichte houding. Ook blijkt dat personeel van opleidingsniveau 4 of 5 een meer persoonsgerichte houding heeft ten opzichte van mensen met dementie dan verzorgend personeel van niveau 3. Mogelijk hebben zij onder andere door hun hogere opleiding meer inzicht in de ziekte dementie en de gevolgen hiervan.

Meer emotionele uitputting hangt juist samen met een meer persoonsgerichte houding. Dit roept de vraag op wat de richting van deze relatie is. Mogelijk vraagt een persoonsgerichte houding veel energie van verzorgend personeel op emotioneel gebied en raken verzorgenden die een goed inzicht hebben in het omgaan met iemand met dementie eerder emotioneel uitgeput door hun werk. Omdat er voor de Monitor Woonvormen Dementie slechts op één moment in de tijd gegevens zijn verzameld, kunnen we nog geen definitieve uitspraken doen over wat oorzaak en gevolg is. Daar is nader onderzoek voor nodig.

Ook blijkt dat wanneer meer verzorgenden al langer dan twee jaar werkzaam zijn in de woonvoorziening, er minder fixatiemaatregelen toegepast worden. Mogelijk kent het verzorgend personeel de bewoners hierdoor beter en is het eerder geneigd om naar alternatieven te zoeken in plaats van fixatiemaatregelen toe te passen.

Personele inzet

Kenmerken rond de inzet van personeel zijn van belang voor de indicatoren van kwaliteit van zorg. Woonvoorzieningen die meer behandeldiensten zoals arts, psycholoog, ergo- en fysiotherapeut inzetten, passen vaker fixatiemaatregelen toe. Hoe deze relatie precies in elkaar steekt blijft op basis van de gegevens van de Monitor onduidelijk. Mogelijk duidt een hoge inzet van behandeldiensten op een meer traditionele medische benadering en worden er zodoende meer fixaties toegepast. Maar misschien worden er juist meer behandeldiensten ingezet omdat er meer problemen voorkomen in de woonvoorziening waardoor ook meer gefixeerd wordt. Vervolgonderzoek is nodig om de gevonden relatie te verhelderen.

Ten slotte komt naar voren dat wanneer er in een woonvoorziening vaak van het rooster afgeweken wordt, dit ten koste gaat van de mate waarin bewoners in activiteiten worden betrokken. Waarschijnlijk is er sprake van onderbezetting en heeft verzorgend personeel in dit geval minder tijd voor activiteiten.

Domotica

In de Monitor Woonvormen Dementie is geen relatie gevonden tussen het toepassen van domotica en de kwaliteit van zorg. Sommige mensen in het veld veronderstellen dat het toepassen van domotica tot minder fixaties en psychofarmaca leidt. Deze opvatting kan met onze gegevens niet worden bevestigd.

Kenmerken van de woonvoorziening

Kenmerken van de woonvoorziening spelen over het algemeen niet zo'n grote rol voor de kwaliteit van zorg zoals wij die hebben gemeten. Bij woonvoorzieningen die minder overplaatsingscriteria hanteren, heeft het verzorgend personeel een meer persoonsgerichte houding.

Kleinschalige zorg

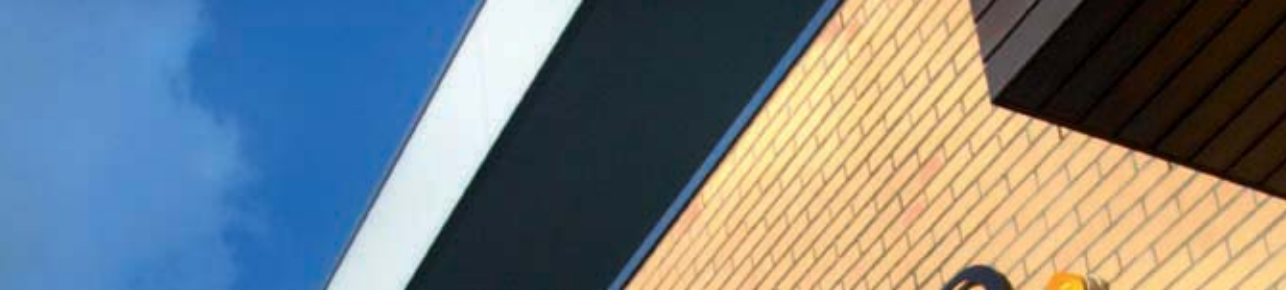
We vinden geen relatie van kleinschalige zorg met fixaties, psychofarmacagebruik en de persoonsgerichte houding van het personeel. De mate waarin kleinschalige zorg wordt geleverd is echter wel sterk bepalend voor de mate waarin bewoners in activiteiten worden betrokken. Dit sluit aan bij de bevinding van eerder onderzoek van het Trimbos-instituut en het VUmc dat bewoners van kleinschalige woonvoorzieningen vaker iets om handen hebben dan degenen die in moderne reguliere verpleeghuizen verblijven (Boekhorst, te, e.a., 2008). Een punt van kritiek van sommige mensen op kleinschalige zorg is dat bewoners in deze woonvoorzieningen weinig geactiveerd worden doordat het activiteitenaanbod vaak beperkt is. De bevinding dat meer kenmerken van kleinschaligheid samengaan met een grotere betrokkenheid in activiteiten van bewoners, bevestigt dit niet. Mogelijk is er ook een verschil zichtbaar in het type activiteiten dat aangeboden wordt in groot- en kleinschalige woonvoorzieningen. Zo zullen activiteiten in kleinschalige woonvoorzieningen waarschijnlijk vaker bestaan uit huishoudelijke klusjes. Daarnaast speelt de vraag waar individuele bewoners in woonvoorzieningen zelf bij betrokken willen worden, wat zinvolle activiteiten voor hen zijn en in hoeverre de geboden activiteiten in groot- en kleinschalige woonvoorzieningen hierbij aansluiten. Om hier meer zicht op te krijgen is vervolgonderzoek van belang.

Kwaliteit van leven

"Het gaat gewoon om een beetje geluk!"



Julie Meerveld is hoofd Belangenbehartiging Zorgverlening bij Alzheimer Nederland



“Kwaliteit van leven? Aandacht voor kwaliteit van leven betekent dat de mensen wat gelukkiger worden door wat je doet. Mensen met dementie moeten zich thuis voelen in de woonomgeving waar ze verblijven. En dat geldt ook voor de medewerkers en de familieleden. Ik zie een paradox: we willen graag dat je op een normale, aardige manier omgaat met mensen met dementie. Maar om op een normale manier om te gaan met mensen met dementie moet je veel in huis hebben. Het opbouwen van een goede relatie met iemand met dementie vereist dat je wat weet over de ziekte, en dat je dat ook in praktijk kunt brengen. Je moet daar dus voor opgeleid zijn. Het gaat niet vanzelf!

Er is nog een tweede paradox. We willen dat mensen met dementie gewoon gelukkiger worden. Maar tegelijk hebben de mensen een fatale en progressieve ziekte. Daarbij hebben ze niet alleen goede kwaliteit van zorg nodig maar ook een veilige woonomgeving. Een mooie tuin om in te zitten of te tuinieren is niet genoeg. Het moet er ook veilig zijn. Het gaat niet alleen om de kwaliteit van leven van de mensen.

Als kleinkinderen graag komen op de plek waar oma met dementie woont omdat het voor kinderen spannende dingen te bieden heeft, dan profiteert oma daar ook van want dan komen ze vaker langs en blijven ze langer. Ik denk dat een kleinschalige woonomgeving goed is, omdat ik daar als dochter van iemand met dementie ook mijn eigen ding kan doen. Ik ga vaker bij mijn moeder langs als ik me daar ook een beetje thuis voel. Het is dus belangrijk dat niet alleen de mensen met dementie, maar ook verzorgenden en familie het prettig vinden om daar te zijn, mee te doen met activiteiten en mee te eten.

Ik ken een meneer die zei: ‘we gingen altijd klaverjassen met drie echtparen, en ik merkte dat ze het lastig vonden dat mijn vrouw dementie heeft. We hebben gezamenlijk gezocht wat we anders konden doen zodat we met z’n allen door konden gaan. Klaverjassen kon ze niet meer, dat was te ingewikkeld. Toen hebben we gedacht: we gaan sjoelen. Dat kan ze!’ Dus nu houden ze sjoelavonden, ziet hij zijn vrienden, en betekenen ze nog steeds veel voor elkaar. Het gaat gewoon om een beetje geluk. Dat is vooral in een kleinschalige omgeving door verzorgenden en mantelzorgers samen goed te organiseren .”

6. De kwaliteit van leven van de bewoners

door Dieneke Smit

Woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie hebben allemaal hetzelfde einddoel: ervoor zorgen dat de bewoners ondanks hun beperkingen een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven ervaren. Maar wat is kwaliteit van leven precies? Al jaren wordt hier uitgebreid over gefilosofeerd, wat heeft geleid tot een verscheidenheid aan definities voor kwaliteit van leven. In de Monitor Woonvormen Dementie hebben we ervoor gekozen om de kwaliteit van leven van bewoners in kaart te brengen met een in Nederland ontwikkelde vragenlijst, de Qualidem. Dit instrument is gebaseerd op de definitie van kwaliteit van leven van Lawton (1991), aangepast voor de situatie van de verpleeghuisbewoner met dementie (Ettema, 2007).

Volgens Lawton is de kwaliteit van leven van mensen opgebouwd uit vier domeinen. Als eerste domein wordt het functioneren in de maatschappij genoemd: hoe is het gesteld met de gezondheid, daginvulling en sociale relaties van een individu? Het tweede domein beschrijft hoe de persoon zijn functioneren in de maatschappij zelf beoordeelt. Hoe gezond, productief en sociaal vindt men zichzelf? Ten derde wordt de omgeving genoemd als bepalend voor kwaliteit van leven. Het gaat hier om de objectieve leefomstandigheden op sociaal, fysiek en economisch vlak. Deze drie domeinen resulteren in het laatste domein van kwaliteit van leven: het psychisch welzijn. Hiermee wordt de mate bedoeld waarin de persoon zich goed en gewaardeerd voelt door zichzelf en anderen.

Voor mensen met dementie die verpleeghuiszorg ontvangen betekent een goede kwaliteit van leven iets anders dan voor gezonde thuiswonende mensen. Mensen met dementie moeten zich aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte en aan de beperkte mogelijkheden tot participatie in de maatschappij en hun directe omgeving. Dit betekent dat de domeinen van kwaliteit van leven een andere invulling krijgen.

Zo kunnen de eerste twee domeinen van maatschappelijk functioneren, beter worden vervangen door participatie. Hierbij gaat het er bijvoorbeeld om of men vriendschappen heeft, en of iemand sociaal geïsoleerd is. Wat betreft het omgevingsdomein staat de nieuwe woon-, leef- en zorgsituatie, en vooral de aanpassing aan deze nieuwe situatie. Dit komt tot uitdrukking in de zorgrelatie met het verzorgend personeel, of de persoon zich thuis voelt en iets om handen heeft. De mate van aanpassing aan de woonzorgsituatie en sociale participatie draagt net als bij de oorspronkelijke definitie bij aan het psychisch welbevinden van een persoon met dementie. Dit psychisch welbevinden uit zich in positieve en negatieve emoties. Het is de kunst om woonvoorzieningen zo goed

mogelijk bij de voorkeuren en behoeften van verschillende bewoners te laten aansluiten, om zo de kwaliteit van leven van de bewoners te bevorderen. Er kan hierbij op de verschillende domeinen van kwaliteit van leven worden ingespeeld.

Zorgorganisaties verschillen in hun visie op wat belangrijk is voor een goede kwaliteit van leven van bewoners en richten de zorg dan ook verschillend in of brengen andere accenten aan. Dit geldt zowel voor de fysieke omgeving (bijvoorbeeld het totale bewonersaantal), als de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld een kleinschalig zorgaanbod of een hogere inzet van verzorgend personeel). De Monitor Woonvormen Dementie werpt meer licht op de aspecten die daadwerkelijk bijdragen aan kwaliteit van leven. Welke kenmerken van woonvoorzieningen, de personeelsinzet, het personeel en de bewoners zelf spelen hierbij een rol?

Hoe is de kwaliteit van leven van bewoners gemeten?

Voor de Monitor zijn bij elke woonvoorziening 12 bewoners door loting geselecteerd, voor wie een verzorgende die de betreffende bewoner goed kende een vragenlijst heeft ontvangen. Wanneer er minder bewoners in de woonvoorziening aanwezig waren, is gevraagd over alle bewoners een lijst in te vullen. Uiteindelijk is voor 1327 bewoners een vragenlijst ingevuld (84 procent van de uitgezette vragenlijsten). De kwaliteit van leven van bewoners is gemeten met de Qualidem. Deze observatieschaal is speciaal ontwikkeld om de kwaliteit van leven in kaart te brengen van mensen met lichte tot ernstige dementie in woonvoorzieningen. De onderdelen van deze vragenlijst zijn onder te brengen in de volgende domeinen van kwaliteit van leven:

1. De woon-, leef- en zorgsituatie

Het omgevingsdomein van kwaliteit van leven is in kaart gebracht met drie subschalen van de Qualidem. De subschaal *Zorgrelatie* geeft aan hoe de bewoner zich heeft aangepast aan de zorgsituatie en gaat in op gevoelens en gedrag bij het ontvangen van hulp en de relatie met het verzorgend personeel. Voorbeelditems van deze subschaal zijn 'De persoon heeft kritiek op de gang van zaken', 'Hij of zij wijst hulp van anderen af' en 'De persoon heeft conflicten met verzorgenden'. Daarnaast is de subschaal *Zich thuis voelen* gebruikt om de woon-, leef en zorgsituatie te waarderen. Deze subschaal verwijst naar een opgesloten gevoel en het ervaren van de woonvoorziening als thuis. Een voorbeelditem is 'De persoon wil van de afdeling af'. Ook is *lets om handen hebben* gebruikt, een subschaal bestaande uit de twee items: 'De persoon heeft bezigheden zonder de hulp van anderen' en 'Hij of zij helpt graag mee met karweitjes op de afdeling'.

2. Participatie

Het volgende domein van kwaliteit van leven is allereerst gemeten met de subschaal *Sociale relaties* van de Qualidem. Deze schaal omvat positieve contacten met andere bewoners, het betrokken willen zijn bij de omgeving, en het op zijn of haar gemak zijn

in gezelschap met anderen. Een voorbeelditem is 'De persoon trekt vriendschappelijk op met één of meer bewoners', of 'De persoon sluit zich af van de omgeving'. Daarnaast is er gekeken naar *Sociale isolatie*. De items van deze subschaal zijn 'De persoon wordt afgewezen door andere personen', 'Hij of zij roept', en 'De persoon wijst het contact met anderen openlijk af'.

3. Psychisch welbevinden

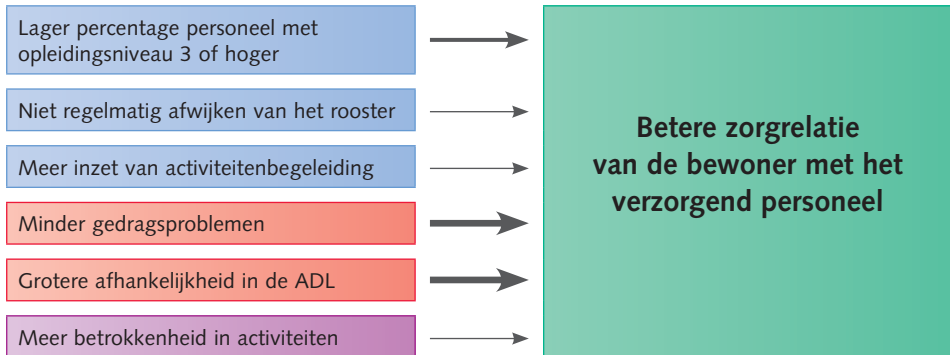
Vier subschalen van de Qualidem zijn gebruikt om het psychisch welbevinden van de bewoner in kaart te brengen, te beginnen met *Positief affect*. Deze subschaal bevat vragen over gevoelens van blijdschap en tevredenheid. De schaal bestaat uit items als 'De persoon is goed gestemd', en 'De stemming is positief te beïnvloeden'. Daarnaast is gekeken naar *Negatief affect*, waarbij wordt ingegaan op sombere en angstige gevoelens. Een voorbeelditem hiervan is 'De persoon maakt een angstige indruk'. De derde subschaal binnen dit domein is *Positief zelfbeeld*. Hierbinnen wordt verwezen naar gevoelens van zelfwaardering en zelfvertrouwen. Voorbeelditems uit deze subschaal zijn 'De persoon geeft aan meer hulp te willen', en 'Hij of zij laat blijken zichzelf niets waard te vinden'. Ten slotte is de subschaal *Rusteloos gedrag* meegenomen omdat dit een uiting kan zijn van psychisch ongemak. De bijbehorende vragen gaan over rusteloze gevoelens en bewegingen, en gespannenheid van de bewoner met dementie.

Welke kenmerken van de woonvoorziening voorspellen de kwaliteit van leven van bewoners?

Met de gegevens van de Monitor Woonvormen Dementie hebben we onderzocht of aspecten van kwaliteit van leven gerelateerd zijn aan kenmerken van de woonvoorziening, de personeelsinzet, kenmerken van het verzorgend personeel en kenmerken van de bewoners. Deze kenmerken staan samengevat op de uitvouwbare omslag achterin deze uitgave. In bijlage 2 in deze uitgave staan de kenmerken uitgebreider beschreven. Hieronder is voor elk domein van kwaliteit van leven weergegeven welke kenmerken met de bijbehorende Qualidem schalen samenhangen.

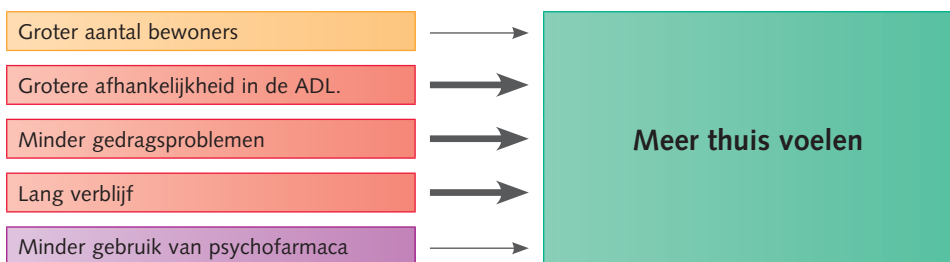
1. De woon-, leef- en zorgsituatie

a. Zorgrelatie



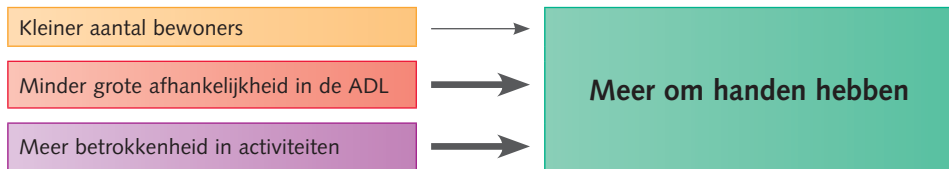
Een goede of slechte zorgrelatie wordt het sterkst voorspeld door kenmerken van de bewoner zelf. Hoe meer gedragsproblemen, des te slechter de zorgrelatie tussen verzorgende en bewoner. Een grotere afhankelijkheid in de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) hangt juist samen met een betere zorgrelatie. De resultaten van het verzorgend personeel laten zien dat minder verzorgend personeel van niveau 3 of hoger samenhangt met een betere zorgrelatie. De overige kenmerken die met de zorgrelatie samenhangen spelen een minder grote rol, waaronder de betrokkenheid bij activiteiten, het afwijken van het dienstrooster en de inzet van activiteitenbegeleiding.

b. Zich thuis voelen



Thuis voelen hangt vooral samen met een grotere hulpbehoefendheid bij de ADL, minder gedragsproblemen en meer dan zes maanden in de voorziening wonen. Daarnaast voelen bewoners zich meer thuis in woonvoorzieningen waar minder psychofarmaca gebruikt worden en er meer bewoners in de gehele woonvoorziening zijn. Deze laatste bevindingen zijn echter zwak.

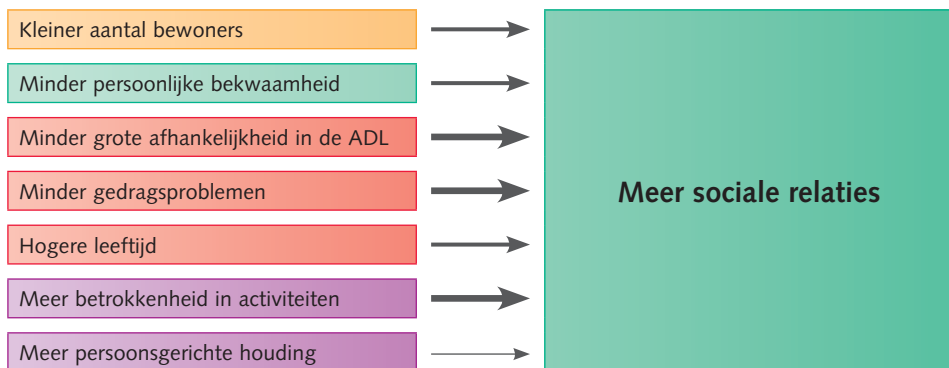
c. Iets om handen hebben



Meer om handen hebben wordt voorspeld door minder beperkingen in de ADL en een grotere betrokkenheid in activiteiten. Een kleiner aantal bewoners op de gehele locatie draagt er ook aan bij dat bewoners meer om handen hebben. Deze relatie is echter een stuk zwakker dan de twee voorgaande.

2. Participatie

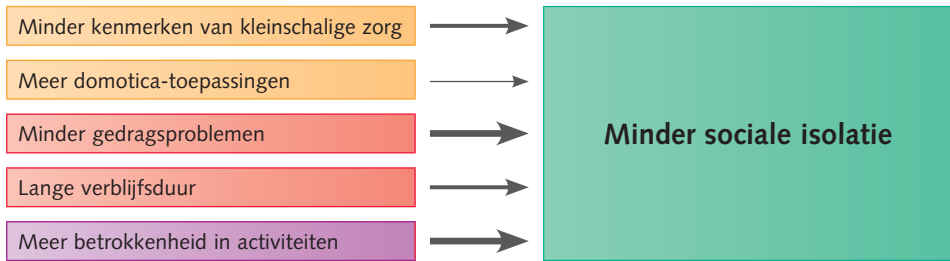
a. Sociale relaties



Het kenmerk dat het sterkst samenhangt met het hebben van meer sociale relaties is de hoeveelheid hulp die bewoners nodig hebben bij het uitvoeren van de ADL. Bewoners die meer afhankelijk zijn bij de ADL en minder gedragsproblemen hebben, hebben doorgaans minder positieve contacten met andere bewoners en voelen zich in gezelschap minder goed op hun gemak. Degenen die vaker worden betrokken in activiteiten hebben juist meer sociale relaties. Wanneer het verzorgend personeel het gevoel heeft minder bekwaam te zijn, minder bewoners op de gehele locatie aanwezig zijn, en de leeftijd van de bewoners lager is, is dit bevorderlijk voor de sociale relaties van bewoners.

Ten slotte is er nog een beperkte samenhang gevonden tussen een persoonsgerichte houding van het verzorgend personeel en meer sociale relaties van de bewoners.

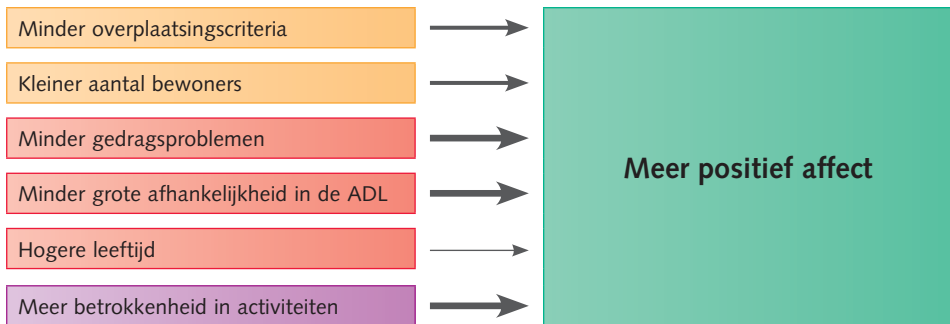
b. Sociale isolatie



Ten aanzien van sociale isolatie is een grotere betrokkenheid in activiteiten, naast de mate van gedragsproblemen van de bewoner, het meest van belang. Daarnaast hangt meer kleinschalige zorg en een verblijfsduur van meer dan zes maanden in de woonvoorziening samen met meer sociale isolatie. Ten slotte lijkt een grotere inzet van domotica samen te hangen met minder sociale isolatie. Deze relatie is echter zwak.

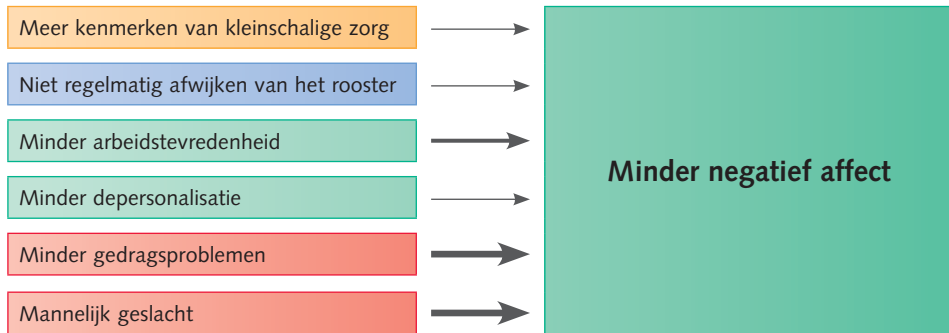
3. Psychisch welbevinden

a. Positief affect



De mate waarin bewoners vrolijk en goed gestemd zijn, tevreden lijken en kunnen genieten, is het meest gerelateerd aan het minder voorkomen van gedragsproblemen, meer betrokkenheid bij activiteiten en minder hulpbehoefendheid in de ADL. In woonvoorzieningen met een kleiner aantal bewoners en die minder criteria hanteren om bewoners over te plaatsen, is er gemiddeld meer positief affect van de bewoners. Ten slotte blijkt – al betreft het een minder sterke relatie – dat een hogere leeftijd van bewoners samen gaat met meer positief affect.

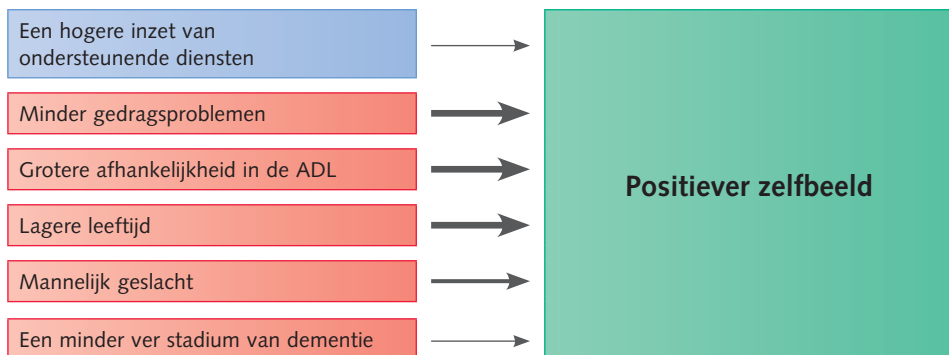
b. Negatief affect



Ook negatief affect wordt het sterkst voorspeld door bewonerskenmerken. Bewoners met minder gedragsproblemen en mannelijke bewoners hebben minder sombere of angstige gevoelens. Ook kenmerken van het verzorgend personeel zijn van invloed op het negatief affect van bewoners. We vinden dat minder negatief affect van bewoners en minder arbeidstevredenheid van het personeel met elkaar zijn gerelateerd.

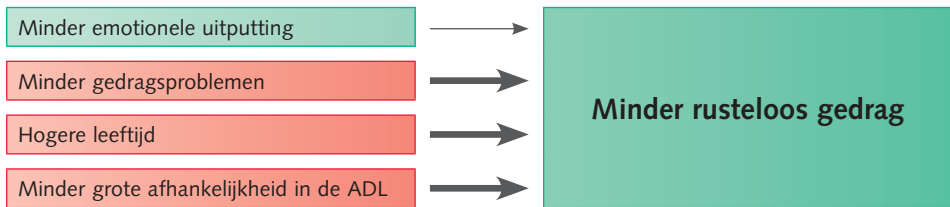
Ten slotte zien we dat, hoewel de relaties zwak zijn, kleinschalige zorg, het afwijken van het dienstrooster en gevoelens van depersonalisatie van het verzorgend personeel een rol spelen bij sombere en angstige gevoelens van de bewoners.

c. Positief zelfbeeld



Een positief zelfbeeld hangt ook het sterkst samen met kenmerken van de bewoners. Bewoners met minder gedragsproblemen, meer afhankelijkheid bij de ADL, en met een lagere leeftijd hebben een positiever zelfbeeld. Ook mannelijke bewoners hebben een positiever zelfbeeld. Een minder ver gevorderd stadium van dementie en een hogere inzet van ondersteunende diensten, zoals de receptie en de keuken, is gerelateerd aan een positiever zelfbeeld van bewoners. Deze relaties zijn zwak.

d. Rusteloos gedrag



Rusteloos gedrag wordt vooral voorspeld door bewonerskenmerken. Hoe minder gedragsproblemen, hoe hoger de leeftijd en hoe minder hulpbehoevend in de ADL, des te minder rusteloosheid. Daarnaast lijkt overbelasting van verzorgenden een rol te spelen. Naarmate verzorgenden meer mentale energie ervaren, vertonen de bewoners minder rusteloos gedrag.

Conclusie

De kwaliteit van leven van bewoners hangt vaak sterk samen met kenmerken van de bewoners en hun ziekte, zoals het vóórkomen van gedragsproblemen en lichamelijke beperkingen. Naast bewonerskenmerken die vaak moeilijk beïnvloedbaar zijn, spelen verschillende kenmerken van de woonvoorziening, van het verzorgend personeel en van de personele bezetting een rol bij de kwaliteit van leven, al zijn deze relaties minder sterk dan voor de bewonerskenmerken.

Kenmerken van de bewoners

Gedragsproblemen zijn, met uitzondering van 'iets om handen hebben', met elk domein van kwaliteit van leven negatief gerelateerd. Dit resultaat is misschien weinig verrassend, maar wat betekent het precies? Aan de ene kant benadrukt deze bevinding nog eens het belang om aandacht te besteden aan gedragsproblemen in de verpleeghuiszorg bij mensen met dementie en deze zoveel mogelijk te voorkomen dan wel te behandelen. Aan de andere kant zegt het misschien ook iets over de manier waarop men met bewoners met gedragsproblemen omgaat, bijvoorbeeld in het geval van de zorgrelatie tussen bewoner en verzorgende, ten aanzien van sociale relaties en sociale isolatie. Mogelijk lukt het verzorgend personeel minder goed om prettig contact te hebben met bewoners met gedragsproblemen en hebben bewoners met gedragsproblemen minder goed contact met hun medebewoners.

De bevindingen rondom de hulpbehoevendheid in de ADL gaan twee kanten op. Zo is de zorgrelatie met het personeel van mensen met meer lichamelijke beperkingen beter en hebben zij een positiever zelfbeeld. Ook voelen zij zich meer thuis. Lichamelijke beperkingen dragen dus positief bij aan deze aspecten van de kwaliteit van leven van bewoners. Misschien kunnen mensen met meer beperkingen zich beter neerleggen bij de afhankelijkheidssituatie binnen de verpleeghuiszorg of geeft de woonvoorziening

of de aanwezigheid van verzorgend personeel een gevoel van veiligheid. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat verzorgenden bewoners die meer lichamelijk beperkt zijn meer persoonlijke aandacht geven.

Ook de leeftijd, het geslacht en de verblijfsduur in de woonvoorziening van de bewoner spelen in sommige gevallen een rol. Vrouwen en jongere bewoners lijken over het algemeen een wat minder goede kwaliteit van leven te hebben. Bewoners die een half jaar of langer in de woonvoorziening wonen voelen zich meer thuis dan bewoners die er nog maar korte tijd wonen.

Kenmerken van het verzorgend personeel

De rol die het welzijn van het verzorgend personeel speelt als het gaat om de kwaliteit van leven van de bewoners is wisselend en soms moeilijk te duiden. Hoe meer verzorgenden zich vervreemd van anderen voelen, des te meer negatief affect bewoners hebben. Hoe meer emotioneel uitgeput verzorgend personeel is, hoe meer rusteloos gedrag bewoners vertonen. Deze bevindingen wijzen erop dat als het verzorgend personeel zich beter voelt, de kwaliteit van leven van bewoners hoger is. In tegenstelling tot deze resultaten vinden we daarnaast, dat hoe hoger de arbeidstevredenheid van verzorgend personeel is, des te meer negatief affect bewoners ervaren en dat wanneer verzorgend personeel zich meer persoonlijk bekwaam voelt, dit samenhangt met minder sociale relaties van bewoners. Hier lijkt een hoger welbevinden van verzorgenden dus juist samen te gaan met een lagere kwaliteit van leven van bewoners. Deze resultaten en tegenstellingen zijn moeilijk te verklaren en vragen om nader onderzoek naar de wijze waarop verzorgenden hun werk ervaren en de kwaliteit van leven van bewoners.

Personele inzet

De resultaten laten zien dat een goede zorgrelatie van bewoners met verzorgend personeel samenhangt met een verhoudingsgewijs hoger percentage verzorgend personeel van niveau 1 of 2. Mogelijk wordt dit verklaard door verschillende taken van personeel met niveau 1 of 2 ten opzichte van personeel met een hoger opleidingsniveau. Verzorgenden met niveau 1 of 2 hebben misschien meer tijd voor direct contact met de bewoners. Hoewel de invloed minder groot is, lijkt het voor een goede zorgrelatie en minder sombere en angstige gevoelens ook belangrijk dat er niet te vaak wordt afgeweken van het bezettingsrooster, dus dat er niet wordt gewerkt met een onderbezet team.

Domotica

Het gebruik van domotica in de woonvoorziening heeft weinig invloed op de kwaliteit van leven van bewoners.

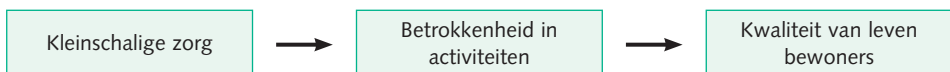
Kenmerken van de woonvoorziening

Het bewonersaantal speelt in verschillende domeinen van kwaliteit van leven een rol. Een kleiner bewonersaantal hangt samen met een hoger positief affect van de bewoners, meer sociale relaties en – in mindere mate – met iets om handen hebben. Zich thuis voelen hangt juist samen met een groter bewonersaantal, maar ook deze relatie is zwak.

Blijkbaar is een kleinere locatie over het algemeen bevorderlijk voor de kwaliteit van leven. De vrees dat een kleiner bewonersaantal afdoet aan mogelijkheden tot vriendschap en ervoor zorgt dat er minder te doen is in een woonvoorziening lijkt niet gegrond.

Kleinschalige zorg

In alle domeinen van kwaliteit van leven speelt betrokkenheid in activiteiten van de bewoners een rol. Bovendien bleek in het vorige hoofdstuk dat de mate van kleinschalige zorg samenhangt met de betrokkenheid in activiteiten van bewoners: hoe kleinschaliger de zorg in woonvoorzieningen georganiseerd wordt, des te meer bewoners bij activiteiten worden betrokken. Hoewel we in de meeste domeinen van kwaliteit van leven geen directe relatie tussen kleinschalig zorgaanbod en kwaliteit van leven van de bewoners zien, heeft dit kenmerk dus wel een indirect effect op kwaliteit van leven. Dit is hieronder schematisch weergegeven.



Ten aanzien van 'sociale isolatie' wordt een negatieve associatie gevonden met kleinschalige zorg. Ook hier speelde een grotere betrokkenheid in activiteiten een positieve rol. Deze bevinding bevestigt de regelmatig gehoorde opvatting dat bewoners in kleinschalige woonvoorzieningen te weinig prikkels krijgen aangeboden en teveel 'aan hun lot worden overgelaten'. Het lijkt vooral belangrijk dat bewoners bij activiteiten en daarmee bij het dagelijks leven worden betrokken. Als dit niet gedaan wordt, kunnen mensen in een sociaal isolement geraken, juist wanneer er kleinschalige zorg geboden wordt.

Met het oog op personeelsinzet

"Welke kleinschalige vorm is de beste?"



Aloys Kersten is Coördinator Arbeidsmarktbeleid van het Ministerie van VWS

“In het algemeen wordt erkend dat kleinschaligheid tot betere zorg leidt. De staatssecretaris investeert daar ook in. De reden dat wij initiatief genomen hebben tot dit onderzoek, is dat het idee bestaat dat kleinschaligheid meer personeel vraagt. We verwachten in de toekomst krapte aan personeel, omdat de vraag naar zorg stijgt en de beroepsbevolking krimpt. Wil de zorg goed blijven functioneren, dan heb je voldoende goed opgeleid en gemotiveerd personeel nodig. Wij hebben dit onderzoek echter niet geïnitieerd om te kunnen zeggen: kleinschaligheid kost meer personeel en dus moet de overheid dit maar niet gaan stimuleren. Nee, het was juist bedoeld om te laten zien dat er vormen zijn die het beste uit de bus komen wat betreft personeelsinzet. Woonvormen die kwaliteit bieden en die toch niet heel veel extra personeel nodig hebben. Dat vind ik interessant: dat er tussen de kleinschalige woonvormen zelf verschillen bestaan in personeelsomvang en personeelstevredenheid. Welke vorm, hoe georganiseerd, zou je dan het beste kunnen nastreven? Dat willen we in een volgend onderzoek laten uitzoeken; de *best practices*, zeg maar.

Natuurlijk moet je je eerst afvragen: hebben we dat extra personeel wel? Aan de andere kant: uit het onderzoek blijkt ook dat de arbeidstevredenheid groter is en dat er minder burnout is naarmate de zorg kleinschaliger is georganiseerd. Dat is ook wat waard. Met kleinschaligheid zul je gemakkelijker het personeel voor de zorg kunnen behouden. Het is aan de politiek om te bepalen of men bereid is extra middelen beschikbaar te stellen. Als je kijkt naar hoeveel het extra kost om van een 6 naar een 10 te komen - zowel qua personeel als financieel -, dan moeten we misschien tevreden zijn met een 8. Geld kan maar één keer uitgegeven worden. Dat is de politieke afweging die gemaakt moet worden.”

7. De toekomstige behoefte aan zorgpersoneel

door Bernadette Willemse

Het aantal ouderen met dementie groeit in de periode tot 2030 naar verwachting met 72%. Hierdoor zal de behoefte aan verpleeghuiszorg voor mensen met dementie in de toekomst aanzienlijk toenemen (Horizonline, 2010), met grote gevolgen voor de arbeidsmarkt. Nu al valt het sommige woonvoorzieningen voor mensen met dementie zwaar om genoeg personeel te vinden. In de toekomst zal dit probleem verder groeien: de beroepsbevolking zal krimpen, waardoor het aantal potentiële werknemers in de dementiezorg verder zal afnemen (CPB, 2009). In 2002 voorspelde de Gezondheidsraad dat er in 2010 tegenover elke persoon met dementie circa 55 potentiële werknemers staan. In 2030 zullen dit er nog maar 35 zijn (Gezondheidsraad, 2002). Dit is waarschijnlijk nog een onderschatting, omdat de invloed van de ontgroening en vergrijzing op de beroepsbevolking toentertijd nog minder goed zichtbaar was (Zorginnovatieplatform, 2009).

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de overheid zich afvraagt hoe de personeelsinzet zich verhoudt tot de verdere ontwikkeling van verschillende typen woonvormen voor mensen met dementie. Zij stimuleert kleinschalige zorg, maar welke gevolgen heeft dit voor de toekomstige behoefte aan zorgpersoneel? In hoofdstuk 3 zagen we al dat het aantal kenmerken van kleinschalige zorg van woonvoorzieningen gerelateerd is aan de hoeveelheid en het soort personeel dat wordt ingezet. In dit hoofdstuk laten we met behulp van verschillende scenario's zien hoeveel personeel in de toekomst nodig is.

Zes toekomstscenario's

In dit hoofdstuk berekenen we de toekomstige personeelsbehoefte in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie aan de hand van zes scenario's. Deze scenario's komen voort uit aannames over ten eerste de mate en ten tweede de vorm waarin kleinschalige zorg in de toekomst zal worden geboden.

Mate van kleinschalige zorg

In 2005 was 9.7% van de zorg voor mensen met dementie kleinschalig georganiseerd. In 2010 is dit gestegen tot 24.8% (Aedes-Actiz, Kenniscentrum Wonen-Zorg). De verwachting is dat het aandeel van kleinschalige zorg verder zal toenemen. De overheid streeft naar een aandeel kleinschalige zorg van één derde over drie à vier

jaar (Bussemaker, 2009). In de scenario's maken we onderscheid tussen een toename van kleinschalige zorg in 2030 tot:

1. 33%: In de ene helft van de scenario's gaan we uit van een toenemend aandeel van kleinschalige zorg in de komende vijf jaar tot één derde in 2015 en vervolgens een gelijkblijvend aandeel kleinschalige zorg tot 2030.
2. 90%: In de andere helft van de scenario's gaan we uit van een zeer snel groeiend aandeel van kleinschalige zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie tot 90% in 2030. Dit percentage is onder andere gebaseerd op een conclusie van het Kenniscentrum Wonen en Zorg (van Waarde & Wijnties, 2007). Het Kenniscentrum gaat er op basis van literatuur van uit dat het overgrote deel van de benodigde capaciteit voor verpleeghuiszorg kleinschalig gerealiseerd zou kunnen worden. Slechts 5 tot 10% van de mensen met dementie zal volgens dit rapport in verband met ernstige gedragsproblemen aangewezen zijn op grootschalige verpleeghuiszorg.

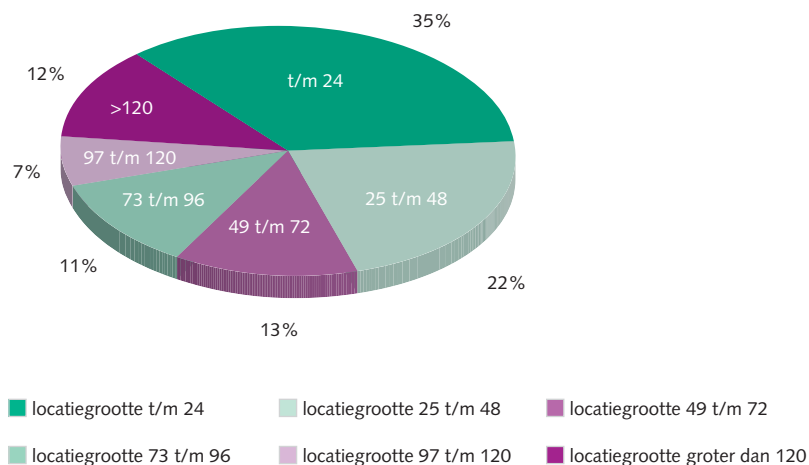
Vorm van kleinschalige zorg

Ten tweede maken we onderscheid in de manier waarop kleinschalige zorg wordt aangeboden. Kleinschalige zorg kan immers in groot- en kleinschalig verband worden georganiseerd. Dit heeft verschillende gevolgen voor de personele inzet.

1. In één variant gaan wij ervan uit dat het aanbod van kleinschaligheid tot 2030 gelijk blijft aan de huidige situatie zoals bekend bij het Kenniscentrum Wonen-Zorg (zie figuur 1). Uit deze gegevens blijkt dat momenteel 35% van deze woonvoorzieningen plaats biedt aan maximaal 24 bewoners, 22% aan 25 tot 48 bewoners en 43% aan meer dan 48 bewoners.
2. De tweede variant gaat ervan uit dat de groei van kleinschaligheid tot 2030 uitsluitend zal bestaan uit woonvoorzieningen van maximaal 24 bewoners en waar op hetzelfde terrein geen andere zorg wordt geboden. Het betreft hier dus kleinschalige zorg zoals de pioniers het voor ogen hadden. Deze vorm noemen wij 'ideaaltypische' kleinschalige zorg.
3. In de derde variant gaan wij er vanuit dat alle nieuw op te zetten kleinschalige zorg vanaf 2010 wordt gerealiseerd in woonvoorzieningen waar kleinschalige zorg aan meer dan 48 bewoners wordt geboden. Een veelgehoorde opvatting uit het veld is namelijk dat 'ideaaltypische' kleinschalige zorg niet efficiënt is. Kleinschalige zorg in grootschalig verband is mogelijk een oplossing voor dit probleem, met name omdat de nachtdienst efficiënter kan worden georganiseerd. We noemen dit type zorg dan ook in het vervolg 'efficiënte' kleinschalige zorg.

Figuur 1. Verdeling kleinschalige zorg op basis van het aantal bewoners in 2010

Bron: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2007



De combinatie van bovengenoemde aannames resulteert in onderstaande scenario's:

1. Aandeel kleinschalige zorg 33%, verdeling typen kleinschalige zorg gelijk aan 2010
2. Aandeel kleinschalige zorg 33%, alleen toename ideaaltypische kleinschalige zorg na 2010
3. Aandeel kleinschalige zorg 33%, alleen toename efficiënte kleinschalige zorg na 2010
4. Aandeel kleinschalige zorg 90%, verdeling typen kleinschalige zorg gelijk aan 2010
5. Aandeel kleinschalige zorg 90%, alleen toename ideaaltypische kleinschalige zorg na 2010
6. Aandeel kleinschalige zorg 90%, alleen toename efficiënte kleinschalige zorg na 2010

Aannames voor het berekenen van de scenario's

We hebben een aantal aannames gedaan om te kunnen berekenen wat de verschillende scenario's voor gevolgen hebben voor de toekomstige vraag naar personeel. Het is belangrijk te beseffen dat de werkelijkheid in de toekomst van deze aannames kan afwijken, door bijvoorbeeld wijzigingen in het beleid – zoals indicatiecriteria, wachtlijsten en capaciteitsbeleid – en de voorkeuren van ouderen zelf. Dit heeft gevolgen voor de toekomstige vraag naar personeel. Hieronder worden de aannames uiteengezet.

1. Aantal mensen met dementie in Nederland dat verpleeghuiszorg nodig heeft in de toekomst.

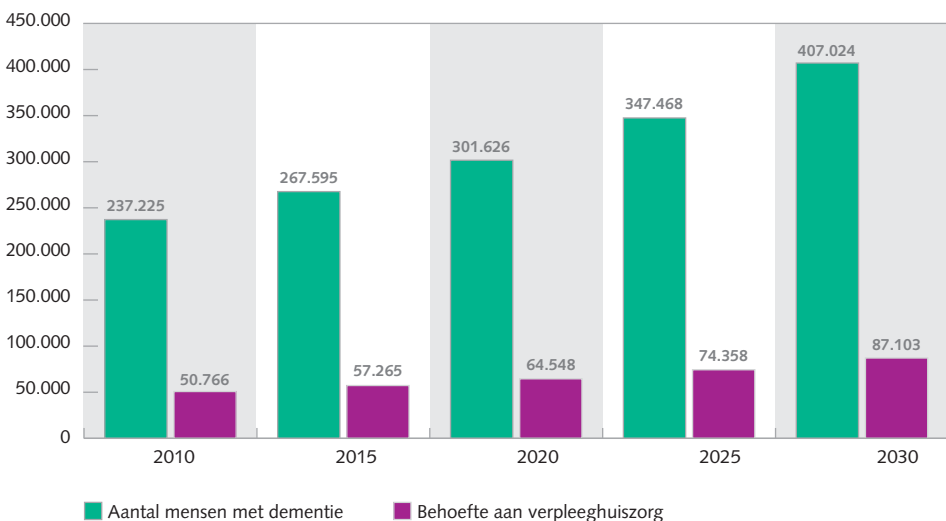
Om te berekenen hoeveel personeel er in de toekomst nodig is voor de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie zijn recente gegevens over het aantal mensen met dementie op dit moment en in de toekomst, alsook het percentage mensen met dementie dat in het verpleeghuis verblijft, gebruikt.

Het aantal mensen met dementie bedraagt nu naar schatting 237.000 en zal in 2030 zijn opgelopen tot ruim 407.000 (Horizonline, 2010). Dit betekent een sterk toenemend aantal ouderen met dementie en daarmee ook een toenemende behoefte aan verpleeghuiszorg.

In 2004 verbleef 34,6% van het totaal aantal mensen met dementie in een verpleeg- of verzorgingshuis. Dit percentage is opgebouwd uit 13,2% mensen met lichte en 21,4% mensen met ernstige dementie (College bouw zorginstellingen, 2007). Voor onze berekeningen zijn wij uitgegaan van een zorgbehoefte van 21,4%, dus alleen het percentage dat staat voor de behoefte van mensen met ernstige dementie. De visie van de overheid is dat mensen die zorg nodig hebben, deze zorg zolang mogelijk thuis kunnen ontvangen (Bussemaker, 2010). Het ligt daarom bij onze berekening voor de hand uit te gaan van het percentage ouderen met ernstige dementie dat zorg in het verpleeg- of verzorgingshuis ontvangt.

Op basis van de verwachte toename van het aantal mensen met dementie in Nederland en ervan uitgaande dat 21,4% van de mensen met dementie een beroep doet op verpleeghuiszorg is een evenredige stijging van het aantal verpleeghuisplaatsen nodig (zie figuur 2).

Figuur 2. Aantal mensen met dementie met behoefte aan verpleeghuiszorg



2. Personele bezetting van het personeel in de verschillende typen woonvormen

De berekening van de personele bezetting per type woonvorm is gebaseerd op de gegevens die verzameld zijn in de Monitor. We kijken naar de dagelijkse directe zorg, de ondersteunende diensten en de behandeldiensten. Binnen de dagelijkse directe zorg wordt onderscheid gemaakt tussen verzorgend personeel van niveau 3 of hoger, verzorgend personeel van een lager niveau en nachtdiensten. Onder de ondersteunende diensten vallen onder andere de keuken, de linnenkamer en de receptie. Daarnaast is in dit hoofdstuk de activiteitenbegeleiding opgeteld bij de ondersteunende diensten.

De personele bezetting wordt hier uitgedrukt in het aantal *fulltime equivalenten* (fte's). Het gemiddeld aantal fte's van het personeel in grootschalige verpleeghuizen is gebaseerd op het gemiddeld aantal fte's van de grootschalige verpleeghuizen die aan de Monitor hebben meegedaan. Voor het berekenen van het gemiddelde aantal fte's voor het personeel in kleinschalige woonvoorzieningen zijn we uitgegaan van het gemiddeld aantal fte's in kleinschalige woonvoorzieningen van respectievelijk maximaal 24, 25-48 en meer dan 48 bewoners. Deze bewonersaantallen komen overeen met de schaalgroottes waarop de zes scenario's zijn gebaseerd. We gaan hierbij dus uit van de aanname dat de gemiddelde personele bezetting in de door ons onderzochte typen woonvormen, representatief zijn voor de totale verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.

Voor de scenario's waarin alleen de 'ideaaltypische' kleinschalige zorg toeneemt (scenario 2 en 5), nemen wij in de berekeningen alleen woonvoorzieningen uit de Monitor mee die aan de volgende kenmerken voldoen: 1) er zijn maximaal 24 bewoners, 2) de bewoners kunnen tot hun dood blijven 3) er is geen andere zorg op het terrein aanwezig en 4) er is een score boven de mediaan (oftewel de middelste waarde) op de verkorte vragenlijst kleinschalig zorgaanbod behaald. Met dit laatste criterium sluiten we uit dat de woonvoorzieningen niet kleinschalig werken.

Voor het scenario waarin alleen de 'efficiënte' kleinschalige zorg toeneemt (scenario 3 en 6), nemen wij bij het berekenen van het gemiddelde aantal fte's alleen de woonvoorzieningen uit de Monitor mee met de volgende kenmerken: 1) er zijn meer dan 48 bewoners, 2) de bewoners kunnen tot hun dood blijven en 3) er is een score boven de mediaan behaald op de verkorte vragenlijst kleinschalig zorgaanbod. Ook hier nemen we dus alleen woonvoorzieningen mee die relatief veel kleinschalige zorgkenmerken hebben. Zo zijn we er zeker van dat een mogelijk lagere personeelsinzet niet wordt veroorzaakt door een veel minder kleinschalige manier van werken in de woonvoorzieningen.

3. Omrekenen van het aantal uren naar fte's

De dagelijks directe zorg is in de Monitor Woonvormen Dementie gemeten in het aantal uur per week per bewoner. Om de hoeveelheid dagelijks directe zorg te kunnen vergelijken met het andere personeel dat in de woonvoorzieningen wordt ingezet, is het aantal uur omgerekend naar het aantal fte's. Hierbij zijn wij ervan uitgegaan dat 1 fte 1500 uur dagelijks directe zorg op jaarbasis betekent. We hebben ervoor gekozen het aantal fte's vervolgens niet om te rekenen naar het aantal personen die in de zorg

nodig zijn om deze fte's in te vullen. Dit omdat de deeltijdfactor alleen bekend is van de dagelijkse directe zorg in het verpleeghuis (0,63; Prismant, 2008) en niet van de ondersteunende en behandeldiensten. Voor de ondersteunende en behandeldiensten geldt waarschijnlijk een andere deeltijdfactor.

Uitkomsten toekomstscenario's

De toekomstige vraag naar personeel van de zes beschreven scenario's wordt in grafiek 1 tot en met 14 weergegeven. Het aantal benodigde fte's in de toekomst is in deze grafieken geïndexeerd. Dit betekent dat de getallen op de y-as een percentage weergeven van de toename of afname van de vraag naar personeel. Alle scenario's beginnen bij 100%, dit geeft de huidige personeelsvraag anno 2010 weer. Een voorbeeld: in de grafiek van de totale dagelijkse directe zorg (grafiek 8) is voor scenario 4 een percentage van 183% af te lezen in 2030. Dit betekent dat de vraag naar dagelijkse directe zorg in 2030 met 83% zal zijn toegenomen ten opzichte van 2010, wanneer de verpleeghuiszorg in 2030 voor 90% kleinschalig georganiseerd zal zijn volgens de huidige verdeling van typen kleinschalige woonvoorzieningen. Daarnaast is in de grafieken aan het begin (2010) en het uiteinde (2030) van de lijnen het aantal fte's weergegeven.

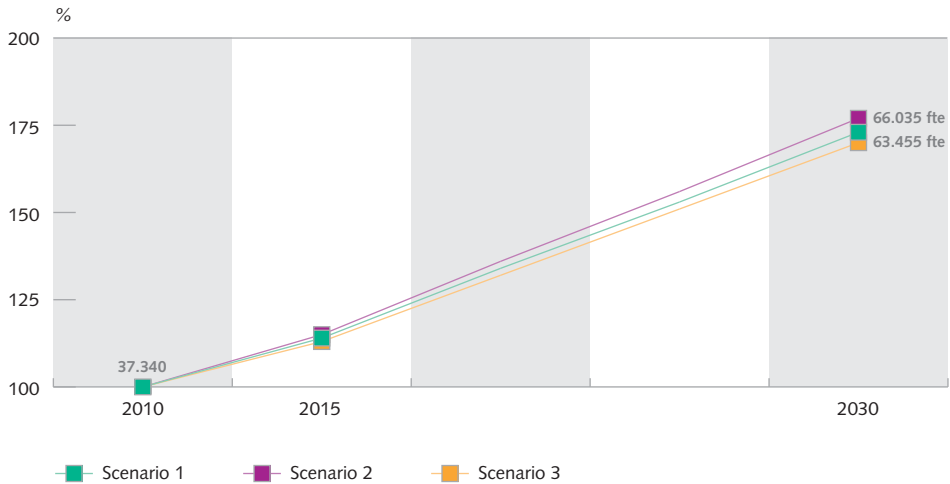
Toename in benodigd personeel

Alle scenario's laten tussen 2010 en 2030 een forse toename zien van de hoeveelheid benodigd personeel in de dagelijkse directe zorg. Gezien de verwachte toename van het aantal mensen met dementie is dit niet verwonderlijk. Deze toename varieert tussen de 70% in scenario 3 en 6 tot 98% in scenario 5. Ook het benodigde ondersteunend personeel neemt in de meeste scenario's toe, variërend van een toename van 5% in scenario 6 tot 65% in scenario 1. Alleen in scenario 5, de 90% variant ideaaltypische kleinschalige zorg, neemt deze vraag af met 34%. Voor wat betreft de inzet van behandelaars laten alle zes scenario's een toename zien, variërend van 20% in scenario 5 tot 67% in scenario 1.

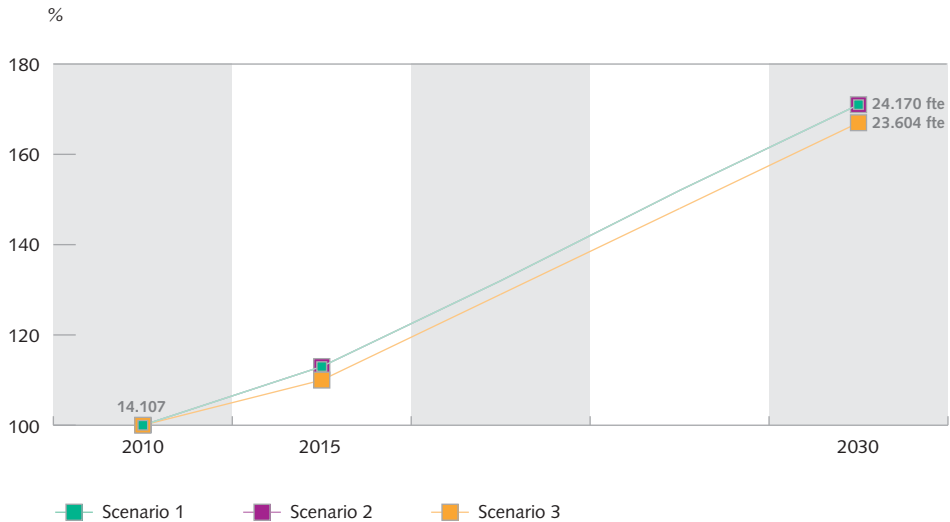
Scenario's 33% kleinschalig in 2030

- Legenda:**
- Verdeling gelijk aan 2010
 - Verdeling volgens ideaaltypische kleinschalige zorg
 - Verdeling volgens efficiënte kleinschalige zorg

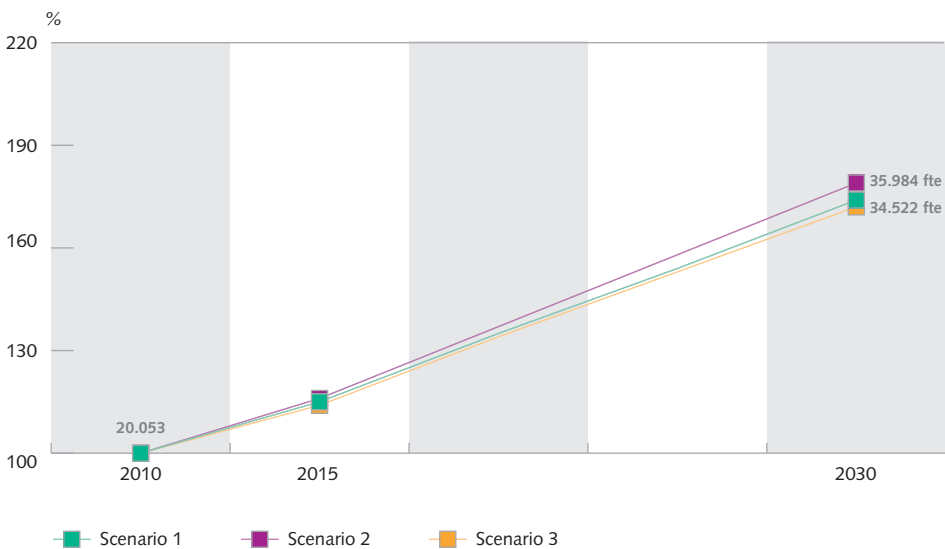
**Grafiek 1. Toename in personeelsbehoefte totale dagelijkse directe zorg
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



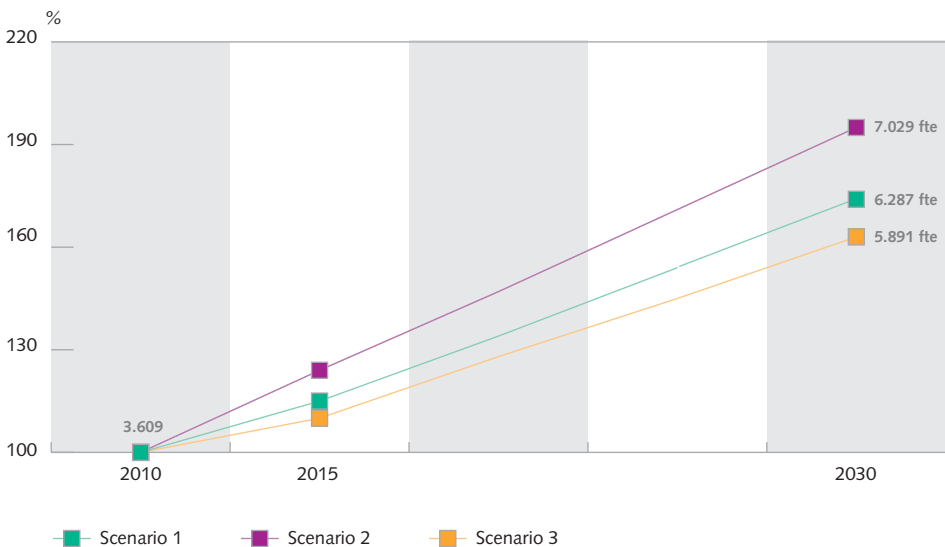
**Grafiek 2. Toename in personeelsbehoefte dagelijkse directe zorg van niveau 2 of lager
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



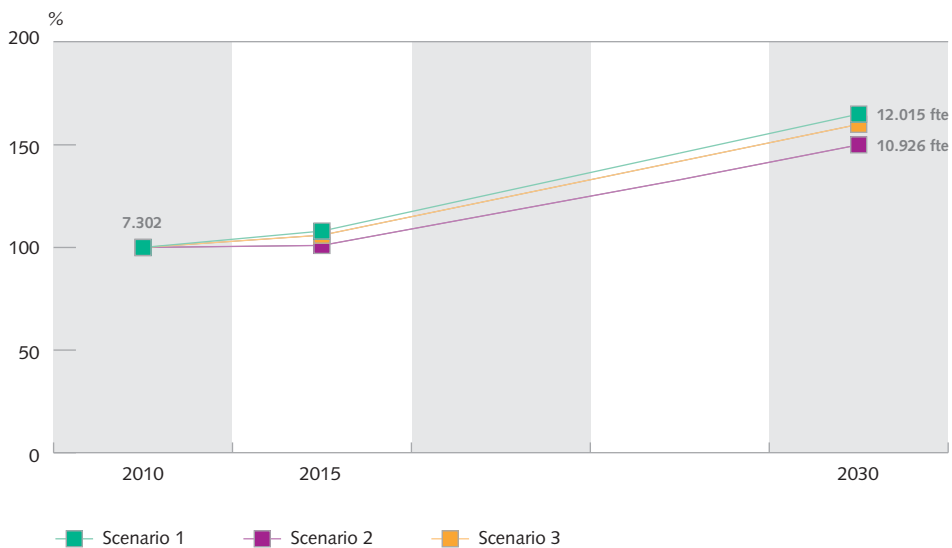
**Grafiek 3. Toename in personeelsbehoefte dagelijkse directe zorg van niveau 3 of hoger
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



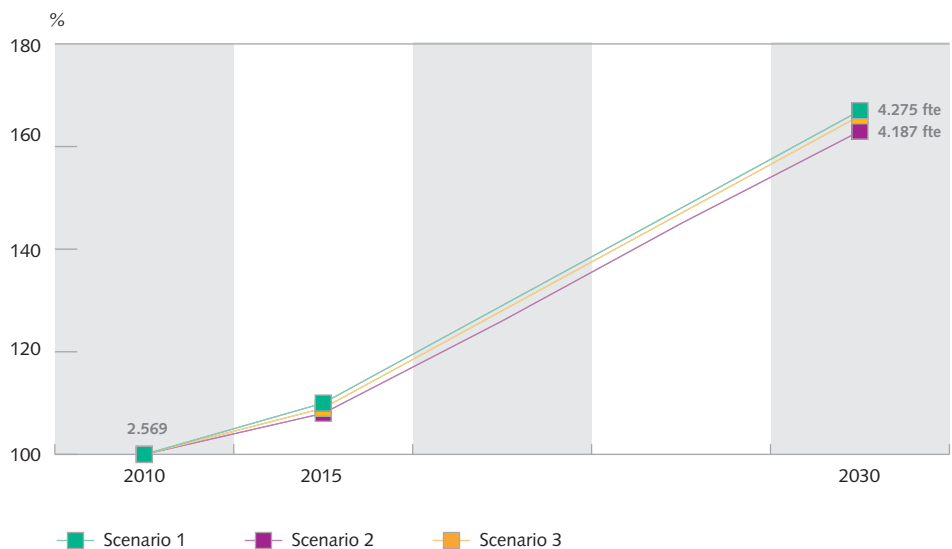
**Grafiek 4. Toename in personeelsbehoefte dagelijkse directe zorg in de nacht
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



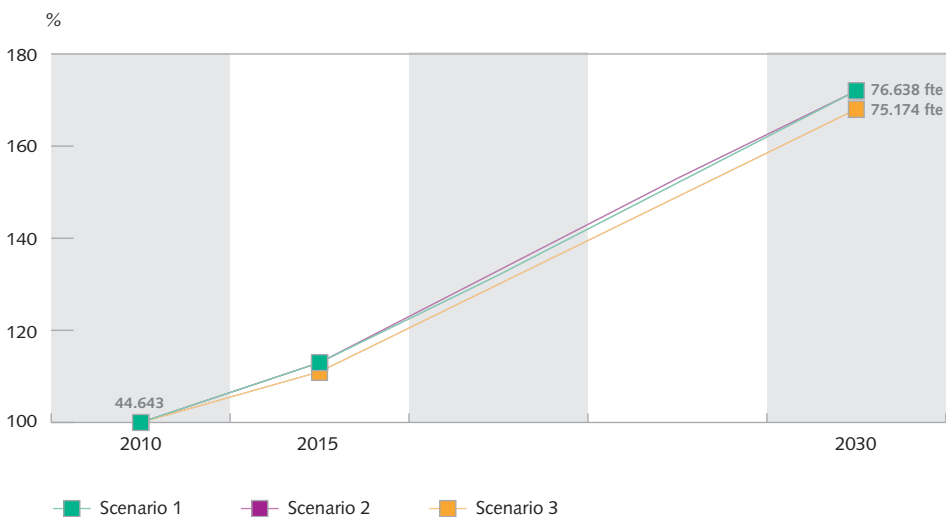
**Grafiek 5. Toename in personeelsbehoefte ondersteunende diensten
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



**Grafiek 6. Toename in personeelsbehoefte behandeldiensten
2010 tot 2030: in percentages en fte's**

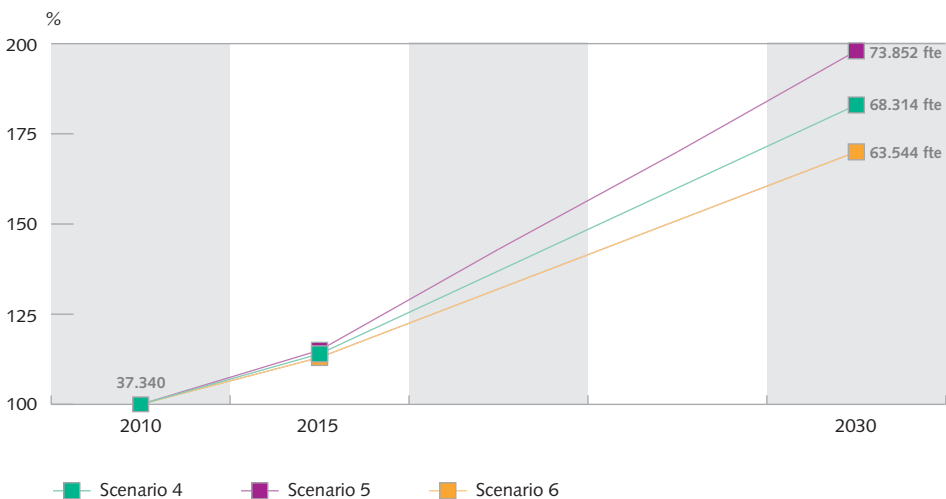


**Grafiek 7. Toename in personeelsbehoefte totale woonzorgdiensten
2010 tot 2030: in percentages en fte's**

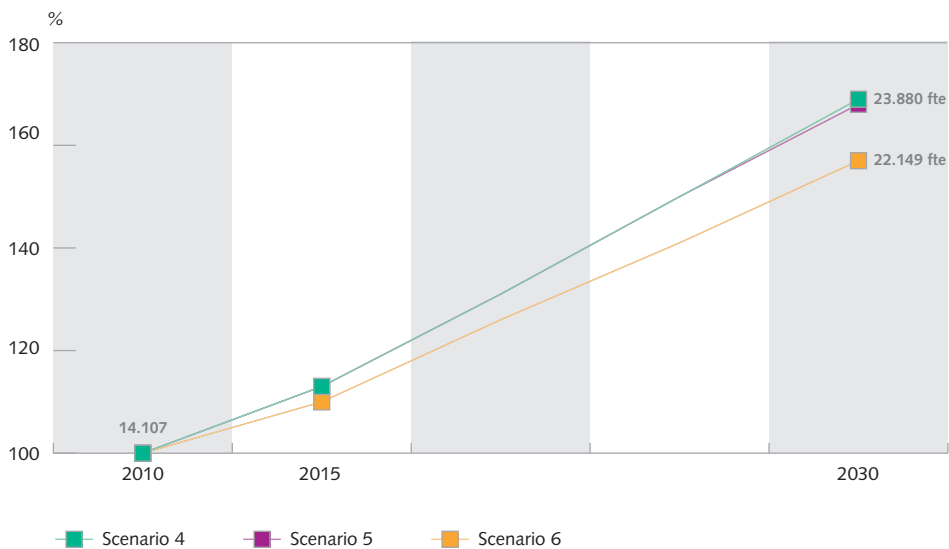


Scenario's 90% kleinschalig in 2030

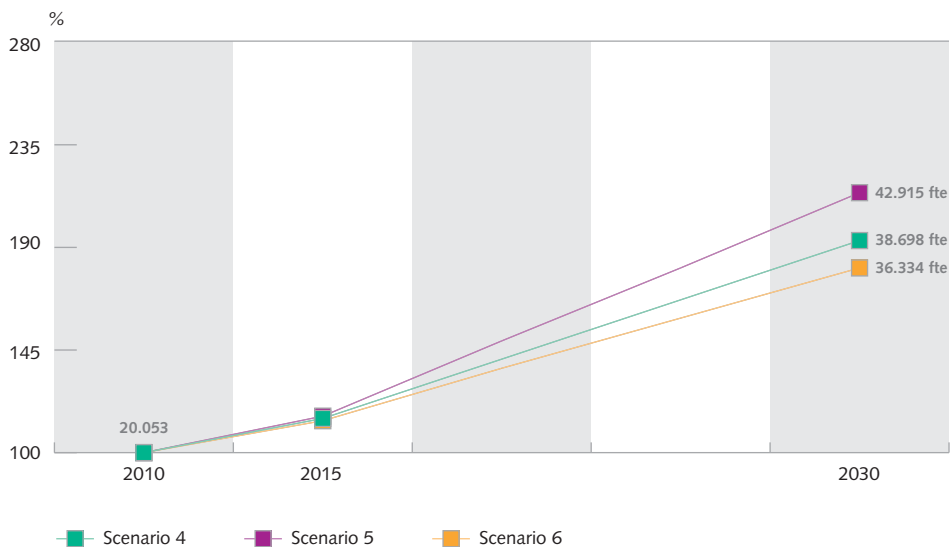
**Grafiek 8. Toename in personeelsbehoefte totale dagelijkse directe zorg
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



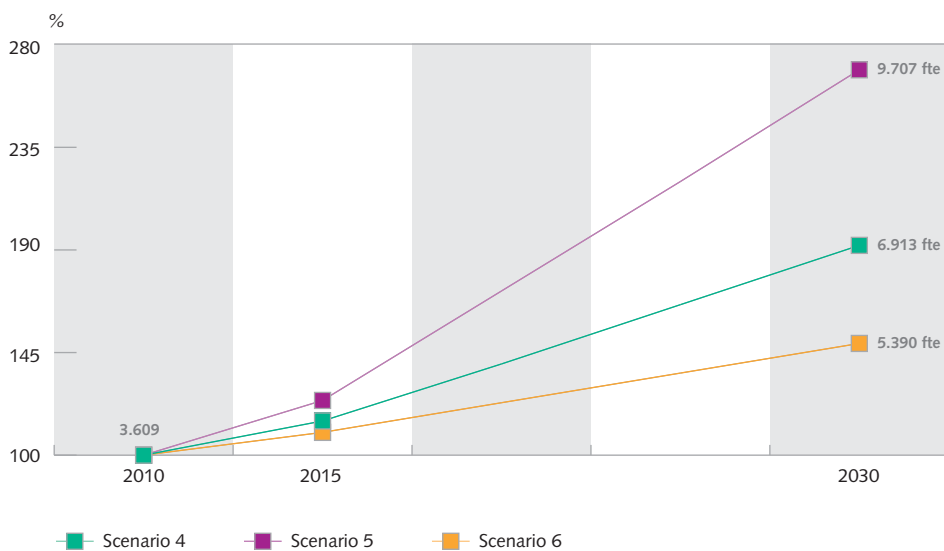
**Grafiek 9. Toename in personeelsbehoefte dagelijkse directe zorg van niveau 2 of lager
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



**Grafiek 10. Toename in personeelsbehoefte dagelijkse directe zorg van niveau 3 of hoger
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



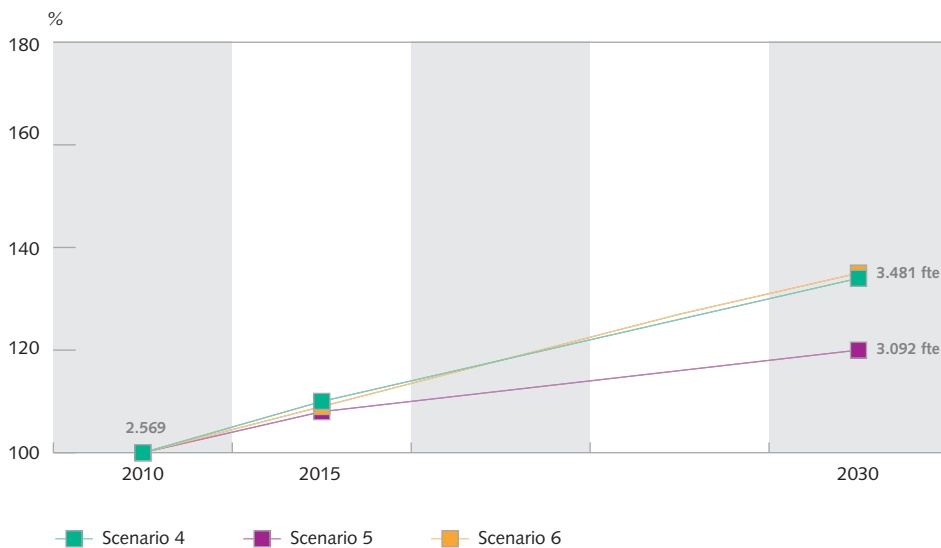
**Grafiek 11. Toename in personeelsbehoefte dagelijkse directe zorg in de nacht
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



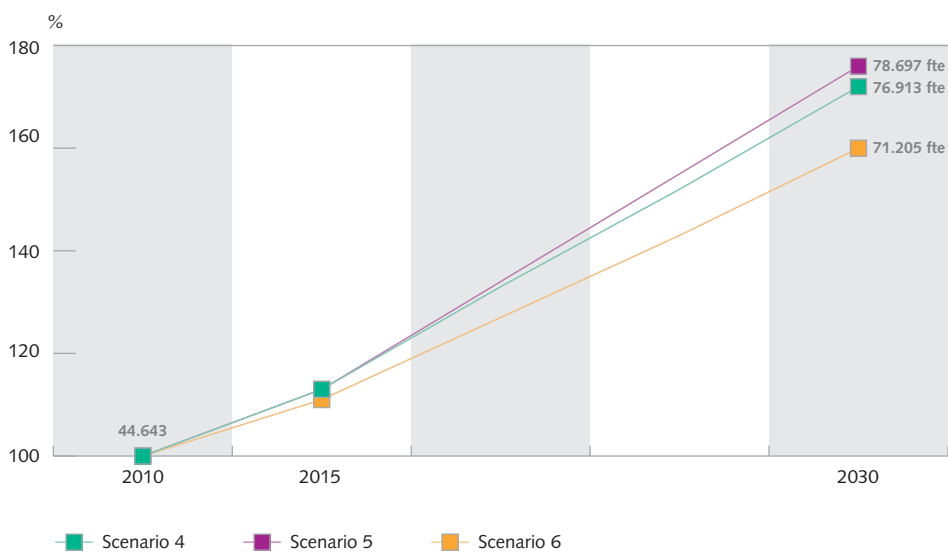
**Grafiek 12. Toename in personeelsbehoefte ondersteunende diensten
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



**Grafiek 13. Toename in personeelsbehoefte behandeldiensten
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



**Grafiek 14. Toename in personeelsbehoefte totale woonzorgdiensten
2010 tot 2030: in percentages en fte's**



Op basis van bovenstaande grafieken bespreken en vergelijken we de scenario's voor ideaaltypische kleinschalige zorg en efficiënte kleinschalige zorg nu verder met elkaar.

Scenario's ideaaltypische kleinschalige zorg

Voor de scenario's waarin de toename in kleinschalige zorg alleen bestaat uit ideaaltypische kleinschalige zorg zien we een grote toename in de hoeveelheid benodigd verzorgend personeel. Deze toename varieert van 77% (scenario 2: 33% variant) tot 98% (scenario 5: 90% variant). In vergelijking tot de overige scenario's heeft deze zorg een aanzienlijk grotere vraag naar nachtdiensten tot gevolg. Ook neemt de vraag naar personeel van niveau 3 vergeleken met de andere scenario's sterker toe.

Daarentegen is de toename in de benodigde ondersteunende diensten in de scenario's op basis van ideaaltypische zorg geringer dan in de andere scenario's. Deze vraag neemt in het scenario waarin uitgegaan wordt van 90% kleinschalige zorg in 2030 zelfs met 34% af. Dit weegt echter niet geheel op tegen de stijging van het zorgpersoneel: wanneer de dagelijkse directe zorg en ondersteunende diensten samen worden genomen (grafiek 14) zien we nog steeds een iets grotere toename in het ideaaltypische scenario in vergelijking met de andere 90% scenario's.

De toename van de behandeldiensten is geringer bij de ideaaltypische kleinschalige zorgscenario's vergeleken met de andere scenario's, variërend van 20% (scenario 5: 90% variant) tot 63% (scenario 2: 33% variant).

Scenario's efficiënte kleinschalige zorg

Voor de scenario's waarin de toename in kleinschalige zorg alleen bestaat uit efficiënte kleinschalige zorg (meer dan 48 bewoners) zien we ook een toename in de hoeveelheid benodigd verzorgend personeel. Echter, tussen beide efficiënte scenario's varieert de toename nauwelijks: 70,2% in scenario 6 (90% variant) en 70,0% in scenario 3 (33% variant). De behoefte aan ondersteunende diensten blijft bovendien nagenoeg gelijk aan 2010 in de 90% variant. De totale vraag naar woonzorgdiensten neemt in dit scenario zelfs minder toe dan wanneer één derde van de zorg kleinschalig georganiseerd is (resp. 60% en 68%; grafiek 14 versus 7). De vraag naar behandeldiensten blijft geleidelijk stijgen, variërend van een stijging van 66% (scenario 3: 33% variant) tot 35% (scenario 6: 90% variant).

Vergeleken met ideaaltypische kleinschalige zorg zijn er in het scenario met efficiënte kleinschalige zorg in 2030 10% (scenario 6: 90% variant) minder woonzorgdiensten nodig om de verpleeghuiszorg te kunnen bieden. Daarnaast is de behoefte aan verzorgend personeel en ondersteunende diensten evenwichtiger verdeeld. Dit kan een voordeel zijn met het oog op de verwachte krapte op de arbeidsmarkt.

Verschillen tussen ideaaltypische en efficiënte kleinschalige zorg

De verschillen in toekomstige vraag naar personeel tussen de scenario's staan natuurlijk niet op zichzelf. Er dient ook rekening te worden gehouden met het welbevinden van

verzorgend personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de bewoners. Met andere woorden: als in een bepaald scenario de vraag naar personeel minder stijgt, dan is dit scenario alleen interessant als er op deze punten niet wordt ingeboet. De grootste verschillen in de vraag naar personeel in de verpleeghuiszorg in 2030 zien we tussen de scenario's die uitgaan van een toename van uitsluitend ideaaltypische of efficiënte kleinschalige zorg.

De resultaten van de Monitor die in voorgaande hoofdstukken zijn beschreven, laten zien dat een kleinschaliger zorgaanbod in woonvoorzieningen voor mensen met dementie samengaat met een aantal positieve uitkomsten. Voor de toekomstscenario's zijn alleen kleinschalige woonvoorzieningen meegenomen met relatief veel kleinschalige zorgkenmerken. Toch verschilt de inzet van personeel in de ideaaltypische en efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen sterk van elkaar. De vraag is dan ook of de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van leven van bewoners en het welbevinden van het personeel in beide typen kleinschalige woonvormen vergelijkbaar zijn. Daarom hebben wij deze twee groepen woonvoorzieningen met elkaar vergeleken op de hierboven genoemde uitkomstmaten, evenals de zorgzwaarte van de bewoners. Daarnaast zijn nog een aantal andere kenmerken meegenomen, te weten het aantal het aantal bewoners per huiskamer, het aantal kenmerken van kleinschalige zorg en de opname- en overplaatsingscriteria.

Er valt een aantal dingen op wanneer we de woonvoorzieningen die ideaaltypische en efficiënte kleinschalige zorg bieden met elkaar vergelijken. Ten eerste zien we dat het gemiddeld aantal bewoners per huiskamer in de efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen iets hoger is dan in de ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen (resp. 7,1 en 6,5). Daarnaast scoren de ideaaltypische woonvoorzieningen hoger op kleinschalige kenmerken dan de efficiënte woonvoorzieningen (resp. 41,8 en 39,2). Zo wordt bijvoorbeeld in alle ideaaltypische woonvoorzieningen de warme maaltijd bijna altijd bereid in de keuken van de woning, terwijl dit bij twee woonvoorzieningen die efficiënte kleinschalige zorg bieden niet het geval is. Ook eet het verzorgend personeel in de ideaaltypische woonvoorzieningen vaker samen met de bewoners.

Wat betreft de zorgzwaarte van de bewoners die in de woonvoorzieningen wonen, zien we dat de bewoners in de ideaaltypische woonvoorzieningen gemiddeld een lager zorgzwaartepakket (ZZP) hebben. Wel heeft het merendeel van de bewoners in beide woonvormen ZZP 5 (resp. 60% en 66%). Echter, in ideaaltypische woonvoorzieningen wonen twee keer zoveel bewoners met ZZP 4 (resp. 16% en 8%). Andersom geldt dat in woonvoorzieningen waar efficiënte kleinschalige zorg geboden wordt, meer bewoners met ZZP 7 wonen (resp. 18% en 14%). De bewoners in de efficiënte woonvoorzieningen hebben dan ook gemiddeld meer gedragsproblemen en een hogere afhankelijkheid bij de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL).

Alle woonvoorzieningen die meegenomen zijn in deze vergelijking hebben het beleid dat bewoners er tot de dood kunnen blijven. Wel blijkt dat de ideaaltypische woon-

voorzieningen gemiddeld meer criteria hanteren bij het opnemen van nieuwe bewoners. Zo kijkt men in een aantal woonvoorzieningen naar het stadium van dementie en zijn een specialistische zorgzwaarte en teveel probleemgedrag voor een groot deel van de ideaaltypische woonvoorzieningen een exclusie criterium bij opname. Deze criteria worden slechts bij een enkele efficiënte kleinschalige woonvoorziening genoemd. Mogelijk zorgen deze exclusiecriteria bij opname ervoor dat de gemiddelde zorgzwaarte van de bewoners over het algemeen lager is in de ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen.

In relatie tot het welbevinden van het verzorgend personeel blijkt dat verzorgend personeel in ideaaltypische kleinschalige woonvormen minder werkeisen, meer autonomie, maar minder sociale steun van collega's ervaart dan verzorgend personeel in de efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen. Ook is het ziekteverzuim lager in de ideaaltypische woonvoorzieningen (resp. 4,2% en 6,6%).

De kwaliteit van leven van bewoners in ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen scoort op een aantal punten hoger. Zo wordt hun positief affect hoger ingeschat, vertonen zij minder rusteloos gedrag, hebben zij meer sociale relaties en vaker iets om handen. Wanneer hierbij rekening wordt gehouden met de gevonden verschillen in de zorgzwaarte van de bewoners blijken de bewoners in de ideaaltypische woonvoorzieningen meer positief affect (gevoelens van blijdschap en tevredenheid) en meer sociale relaties te hebben.

Conclusie

De toekomstscenario's laten zien dat kleinschalige zorg niet ongunstiger hoeft te zijn met het oog op de personeelsinzet vergeleken met grootschalige verpleeghuiszorg, integendeel. Ook een toename tot 90% kleinschalige zorg in 2030 hoeft geen grotere personeelsinzet met zich mee te brengen dan wanneer slechts 33% van de zorg in 2030 kleinschalig georganiseerd is, mits deze toename wordt gerealiseerd door woonvoorzieningen met tenminste 48 bewoners. Het bieden van kleinschalige zorg in woonvoorzieningen voor mensen met dementie zoals de pioniers van kleinschalig wonen het hebben bedoeld, doet gemiddeld genomen de vraag naar verzorgend personeel sterker toenemen.

Een bekend struikelblok voor wat betreft de personeelsinzet binnen kleinschalige zorg in woonvoorzieningen met maximaal 24 bewoners is de nachtdienst. Er is in 2030 80% meer personeel in de nacht nodig - uitgaande van 90% kleinschalige zorg in 2030 - als de verpleeghuiszorg wordt uitgebreid met alleen ideaaltypische woonvoorzieningen dan wanneer er alleen efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen bij zouden komen. Het is belangrijk om in de gaten te houden dat percentuele verschillen niet alles zeggen. Tachtig procent meer personeelsbehoefte in de nachtdienst betekent 4.317 fte meer personeel in ideaaltypische woonvoorzieningen. Terwijl een verschil van veertien procent meer

dagdiensten absoluut gezien inhoudt dat er 8.144 fte extra nodig zijn in ideaaltypische woonvoorzieningen. De nachtdienst vormt dus niet het grootste knelpunt in ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen, maar het benodigd personeel overdag.

Uit de scenario's blijkt ten slotte dat het verschil in toename van de totale vraag naar woonzorgpersoneel (dagelijkse directe zorg en ondersteunende diensten tezamen), ervan uitgaande dat in 2030 90% van de verpleeghuiszorg kleinschalig georganiseerd is, tussen de ideaaltypische en efficiënte variant 10% is. Daarnaast bestaat er in de efficiënte variant een grotere variatie in het soort woonzorgpersoneel dat nodig is in de toekomst. Dit kan een aanvullend voordeel zijn met het oog op de verwachte krapte op de arbeidsmarkt. De vraag naar behandeldiensten zal in de ideaaltypische variant juist minder sterk groeien dan in de efficiënte variant.

Tegelijkertijd moet worden gezegd dat we binnen de groep ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen, maar ook binnen de groep efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen, grote verschillen vonden in de personele bezetting. Blijkbaar zijn er ook andere factoren dan groeps grootte en omvang van het kleinschalig zorgaanbod die bepalen hoeveel personeel er ingezet wordt in een woonvoorziening. Een logische factor zou de zorgzwaarte (ZZP) van de bewoners zijn. Uit de resultaten in hoofdstuk 3 blijkt echter dat de zorgzwaarte van de bewoners op dit ogenblik nog geen voorspeller is van de hoeveelheid personeel die wordt ingezet in de woonvoorzieningen. De gegevens in deze monitor zijn verzameld eind 2008, begin 2009. Mogelijk geeft een vervolgmeting, nadat de financiering in de verpleeghuiszorg vanaf dit jaar (2010) ook daadwerkelijk op basis van de ZZP's van de bewoners verloopt, een ander beeld.

De toekomstige vraag naar personeel in deze scenario's is natuurlijk maar één kant van het verhaal. Van een efficiënte inzet van personeel is pas sprake wanneer er een goede balans is tussen de hoeveelheid personele bezetting en belangrijke uitkomsten zoals het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. Uit de gegevens van de Monitor is op te maken dat de ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen op een aantal punten betere uitkomsten bieden dan de efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen. In de ideaaltypische woonvoorzieningen ervaart het verzorgend personeel minder hoge werkeisen en meer autonomie en is het ziekteverzuim lager dan in de efficiënte woonvoorzieningen. Ook de kwaliteit van leven van de bewoners is in de ideaaltypische woonvoorzieningen hoger als het gaat om positief affect en de hoeveelheid sociale relaties.

Bij afwegingen met betrekking tot de vorm waarin kleinschalige zorg wordt geboden verdient het aanbeveling om niet alleen de omvang van het benodigd personeel maar ook de mogelijke consequenties voor het welbevinden van het verzorgend personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de bewoners in ogenschouw te nemen en zoveel mogelijk te bevorderen.

8. Samenvatting, discussie en aanbevelingen

door Anne Margriet Pot, Bernadette Willemse, Dienneke Smit en Jacomine de Lange

In de Monitor Woonvormen Dementie is onderzocht welke kenmerken van de woonvoorziening, de personele bezetting, het verzorgend personeel en de bewoners nu het verschil maken voor goede verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. We hebben daarvoor gekeken naar het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. Het accent is hierbij gelegd op de mate van kleinschalige zorg en de personele inzet in de woonvoorzieningen voor deze doelgroep. Ook hebben we in enkele scenario's weergegeven wat een toename in kleinschalige zorg betekent voor het benodigde personeel in de toekomst.

In dit hoofdstuk vatten we de resultaten van de eerste meting van de Monitor Woonvormen Dementie kort samen, waarbij we antwoord geven op de vragen die de aanleiding vormden van de Monitor. We beperken ons hierbij tot de belangrijkste bevindingen. Vervolgens bespreken wij deze resultaten en doen wij enkele aanbevelingen voor de zorgpraktijk en vervolgonderzoek.

Samenvatting van de resultaten

Kleinschalige zorg als continuüm

Een van de belangrijkste bevindingen van de Monitor Woonvormen Dementie is dat het zorgaanbod in woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg aan mensen met dementie bieden, als een continuüm moet worden beschouwd. Bij alle woonvoorzieningen is daarom het aantal kenmerken van kleinschalige zorg in kaart gebracht. Hoewel het kleinschalig zorgaanbod binnen kleinschalige woonvormen gemiddeld genomen het grootst is, is de variatie in de mate waarin woonvoorzieningen kleinschalige zorg bieden groot, ook binnen eenzelfde type woonvorm. Daarom richtten wij ons in deze uitgave op het effect van het kleinschalig zorgaanbod op diverse uitkomstmaten en vond geen vergelijking plaats tussen verschillen typen woonvormen.

1. Wat betekent de variatie in zorgaanbod, en met name de rol van kleinschaligheid hierin, voor de benodigde inzet van verzorgend personeel?

a. Kleinschalige zorg

De resultaten van de Monitor Woonvormen Dementie laten zien dat een kleinschaliger zorgaanbod in woonvoorzieningen voor mensen met dementie een verschuiving

teweeg brengt in de hoeveelheid en het soort personeel dat ingezet wordt. Hoe meer kenmerken van kleinschalige zorg woonvoorzieningen hebben, des te meer direct verzorgend personeel en des te minder ondersteunende diensten zij inzetten. De mate van kleinschaligheid speelt geen rol meer wanneer we de hoeveelheid direct verzorgend personeel en de ondersteunende diensten – de woonzorgdiensten – bij elkaar nemen. Het is dus niet zo dat er in zijn totaliteit in woonvoorzieningen met meer kenmerken van kleinschalige zorg meer personeel wordt ingezet.

b. *Aantal bewoners*

Ook het aantal bewoners in de woonvoorziening hangt samen met de hoeveelheid en het soort personeel dat ingezet wordt. Woonvoorzieningen met een kleiner bewonersaantal zetten in verhouding meer woonzorgdiensten in. Een relatie met de hoeveelheid ondersteunende diensten wordt niet gevonden, wel blijkt dat er in woonvoorzieningen met een kleiner bewonersaantal minder behandeldiensten per bewoner worden ingezet. Ook wijkt men in deze kleinere woonvoorzieningen minder vaak af van het bezettingsrooster, wat duidt op minder onderbezetting door vakanties, ziekte en openstaande vacatures.

c. *Domotica*

Meer gebruik van domotica-toepassingen in woonvoorzieningen hangt samen met een lagere inzet van direct verzorgend personeel. Deze relatie wordt ook gevonden voor het aantal woonzorgdiensten in totaal.

d. *Zorgzwaarte*

De zorgzwaarte van de bewoners speelt geen rol in de hoeveelheid en het soort personeel dat woonvoorzieningen inzetten.

e. *Toekomst*

De scenario's in hoofdstuk 7 laten zien dat kleinschalige zorg niet ongunstiger hoeft te zijn qua personeelsinzet dan grootschalige verpleeghuiszorg. Ook een toename tot 90% kleinschalige zorg in 2030 hoeft geen grotere personeelsinzet met zich mee te brengen, mits deze toename wordt gerealiseerd met woonvoorzieningen voor tenminste 48 bewoners (efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen¹). Deze organisatie van zorg brengt zelfs de meest gunstige inzet van verzorgend en ondersteunend personeel met zich mee.

Een grote toename van ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen² leidt tot een hogere vraag naar verzorgend personeel in de toekomst vergeleken met efficiënte woonvoorzieningen. Deze hogere personeelsbehoefte wordt met name verklaard door de grotere behoefte aan verzorgend personeel van opleidingsniveau 3 of hoger. Het verschil in het personeel in de nacht draagt in mindere mate bij aan het verschil in personeelsbehoefte tussen de efficiënte en ideaaltypische woonvoorzieningen.

We vonden echter wel minder ziekteverzuim, minder werkdruk en meer autonomie

1 Kleinschalige woonvoorzieningen met ten minste 48 bewoners noemen we in deze uitgave efficiënte kleinschalige zorg. Deze term is gebaseerd op de in de praktijk veelgehoorde opvatting dat kleinschalige zorg alleen in groter verband efficiënt te realiseren is, met name omdat de nachtdienst beter kan worden georganiseerd.

2 Kleinschalige woonvoorzieningen met maximaal 24 bewoners noemen we in deze uitgave ideaaltypische kleinschalige zorg, omdat dit meer de vorm is waarin de pioniers kleinschalige zorg voor ogen hadden.

bij verzorgend personeel in de ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen. Ook was de mate van kleinschaligheid hier hoger. De kwaliteit van leven van de bewoners was in de ideaaltypische woonvoorzieningen op een aantal punten hoger dan in de efficiënte woonvoorzieningen. De gemiddelde zorgzwaarte van de bewoners in de ideaaltypische woonvoorzieningen was echter lager. Ook werden hier meer criteria gehanteerd bij opname van nieuwe bewoners.

2. Hoe is het gesteld met het welbevinden van het verzorgend personeel binnen de uiteenlopende woonvoorzieningen?

a. Ervaren werkkenmerken

Naarmate er kleinschaliger gewerkt wordt, ervaren verzorgenden minder werkdruk en meer autonomie, wat een positieve invloed heeft op hun welbevinden.

Daarnaast vinden we dat in woonvoorzieningen waar nieuwe medewerkers een scholing aangeboden krijgen over het omgaan met mensen met dementie, verzorgend personeel minder werkdruk ervaart. Een lagere gemiddelde zorgzwaarte van bewoners blijkt ook samen te hangen met minder ervaren werkdruk. In woonvoorzieningen waar regelmatig teamoverleg plaatsvindt ervaart het verzorgend personeel minder sociale steun van de leidinggevende.

De soort en hoeveelheid domotica die er in woonvoorzieningen wordt ingezet is gerelateerd aan de ervaren werkdruk en autonomie van verzorgend personeel. Zo vinden we dat het inzetten van domotica om de leefruimte van bewoners te vergroten samengaat met minder ervaren werkdruk van het verzorgend personeel, terwijl meer domotica-toepassingen met minder ervaren autonomie van het verzorgend personeel samenhangen. De hoeveelheid nachtsignalering blijkt met meer ziekteverzuim samen te hangen. De inzet van domotica luistert kennelijk nauw.

Meer inzet van direct verzorgend personeel en ondersteunende diensten gaat samen met minder ervaren werkdruk, terwijl meer inzet van behandeldiensten juist meer ervaren werkdruk voor het verzorgend personeel met zich meebrengt.

Ten slotte spelen kenmerken van verzorgend personeel zelf ook een rol op de ervaren werkkenmerken. Verzorgenden die relatief jonger zijn ervaren minder werkdruk, meer autonomie en meer sociale steun van collega's. Verzorgend personeel van Nederlandse afkomst ervaart ook meer autonomie en meer sociale steun van collega's dan medewerkers met een niet-Nederlandse afkomst.

b. Arbeidstevredenheid

De mate waarin een woonvoorziening kleinschalige zorg biedt is niet direct, maar wel indirect van invloed op de tevredenheid van het verzorgend personeel. Naarmate er kleinschaliger gewerkt wordt, ervaren verzorgenden minder werkdruk en meer autonomie, wat weer een positieve invloed heeft op hun arbeidstevredenheid. Ook de ervaren sociale steun die het verzorgend personeel ervaart, de leeftijd, het veel of weinig ervaring hebben in het beroep en het opleidingsniveau blijken een rol te spelen. Verzorgend personeel van niveau 3 lijkt meer tevreden met het werk dan personeel van niveau 4 of 5. Hetzelfde geldt voor minder ervaren en relatief ouder personeel.

c. *Burnoutklachten*

Ook voor de hoeveelheid burnoutklachten die verzorgend personeel ervaart, geldt dat de mate waarin een woonvoorziening kleinschalige zorg biedt niet direct, maar indirect van invloed is. Hoe meer ervaren werkdruk en hoe minder autonomie, des te meer burnoutklachten verzorgend personeel ervaart. Daarnaast hangt ook de ervaren sociale steun en het aantal uur dat verzorgend personeel per week werkt samen met burnoutklachten. Verzorgenden die meer dan 24 uur per week werken ervaren meer emotionele uitputting, terwijl zij zich tegelijkertijd meer persoonlijk bekwaam voelen. Daarnaast zien we dat verzorgend personeel met een Nederlandse afkomst meer emotionele uitputting ervaart dan personeel met een andere afkomst. Minder inzet van activiteitenbegeleiding hangt samen met meer emotionele uitputting van het verzorgend personeel. Ten slotte blijkt dat in woonvoorzieningen zonder kwaliteitskeurmerk het verzorgend personeel zich meer vervreemd voelt van de bewoners.

d. *Ziekteverzuim*

Ook voor het ziekteverzuim geldt dat de mate van kleinschaligheid van woonvoorzieningen hierop indirect van invloed is. Naarmate er kleinschaliger gewerkt wordt, wordt er meer verzorgend personeel ingezet, wat weer een positieve invloed heeft op het ziekteverzuim. Ook meer hulp van mantelzorgers en vrijwilligers en sociale steun van leidinggevendenden dragen bij aan een lager percentage ziekteverzuim. Ten slotte blijkt dat een hogere gemiddelde leeftijd van verzorgend personeel en minder nachtsignalering met een lager percentage ziekteverzuim samenhangt.

3. *Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de dementiezorg binnen de uiteenlopende woonvoorzieningen?*

a. *Aantal toegepaste fixaties*

De hoeveelheid kleinschalige zorgkenmerken hangt niet samen met de hoeveelheid toegepaste fixaties.

De resultaten laten zien dat bewoners met een grotere hulpbehoefte vaker gefixeerd worden. Daarnaast blijken woonvoorzieningen waarin een groter deel van het verzorgend personeel al langer dan 2 jaar in dienst is, minder fixatiemaatregelen toe te passen. Ook vinden we dat een lagere inzet van behandeldiensten gerelateerd is aan minder fixaties binnen de woonvoorzieningen.

b. *Psychofarmacagebruik*

Ondanks het feit dat de deelnemende woonvoorzieningen sterk van elkaar verschillen qua psychofarmacagebruik, vinden we nauwelijks een relatie tussen deze indicator van kwaliteit van zorg en de in de Monitor onderzochte kenmerken. Ook de mate van kleinschalige zorg hangt hier niet mee samen. Blijkbaar spelen andere factoren een rol voor het gebruik van psychofarmaca.

c. *Persoonsgerichte houding*

Een hogere arbeidstevredenheid en meer gevoelens van persoonlijke bekwaamheid van het zorgpersoneel gaan samen met een meer persoonsgerichte houding ten opzichte van mensen met dementie. Aan de andere kant blijkt dat hoe meer

emotioneel uitgeput verzorgend personeel is, des te persoonsgerichter de houding is. Aangezien kleinschalige zorg van invloed is op het welbevinden van het verzorgend personeel, speelt kleinschalige zorg een indirecte rol als het gaat om de houding van het personeel ten opzichte van mensen met dementie.

Ten slotte vinden we dat wanneer een woonvoorziening meer redenen hanteert om tot overplaatsing van een bewoner over te gaan, het verzorgend personeel een minder persoonsgerichte houding heeft ten aanzien van mensen met dementie.

d. Betrokkenheid in activiteiten

Kleinschalige zorg heeft een directe relatie met de mate waarin bewoners in activiteiten worden betrokken. Hoe meer kenmerken van kleinschalige zorg, des te meer bewoners worden betrokken in activiteiten.

Wat betreft deze vierde indicator van kwaliteit van zorg zien we daarnaast dat bewoners met een grotere hulpbehoefendheid in de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en meer gedragsproblemen minder vaak betrokken worden in activiteiten. Dit geldt ook voor bewoners in een minder ver gevorderd stadium van dementie. Ook mannelijke bewoners en bewoners met een hogere leeftijd worden minder vaak in activiteiten betrokken.

4. Hoe is het gesteld met de kwaliteit van leven van de bewoners binnen de uiteenlopende woonvoorzieningen?

a. Woon-, leef- en zorgsituatie

Een kleinschalig zorgaanbod blijkt niet direct samen te hangen met dit domein van de kwaliteit van leven van bewoners. Aangezien meer betrokkenheid in activiteiten wel samengaat met een hogere kwaliteit van leven op het omgevingsdomein, betekent dit dat kleinschalige zorg een indirecte rol speelt.

De omvang van de personele bezetting is niet van invloed op de woon-, leef- en zorgsituatie van de bewoners. Wel blijkt het opleidingsniveau van het personeel van belang. Wanneer de personele bezetting verhoudingsgewijs voor een kleiner deel uit verzorgend personeel van niveau 3 of hoger bestaat, is er een betere zorgrelatie tussen bewoners en het verzorgend personeel.

Ten slotte spelen kenmerken van de bewoners zelf en hun ziekte een belangrijke rol in hun kwaliteit van leven op dit domein. Bewoners die meer afhankelijk zijn bij de ADL, hebben een betere zorgrelatie met het verzorgend personeel, voelen zich meer thuis en hebben minder vaak iets om handen. Bewoners met meer gedragsproblemen hebben een minder goede zorgrelatie met het verzorgend personeel en voelen zich minder thuis. Wanneer bewoners al langere tijd in de woonvoorziening wonen lijken zij zich meer thuis te voelen.

b. Participatie

Ook voor het domein participatie van de kwaliteit van leven van bewoners geldt dat kleinschalige zorg indirect samenhangt met een hogere kwaliteit van leven doordat bewoners in woonvoorzieningen met meer kleinschalige kenmerken vaker in activiteiten betrokken worden. Daarnaast blijkt kleinschalige zorg ook een directe relatie te hebben met sociale isolatie: hoe meer kenmerken van kleinschalige zorg, des te

meer sociaal geïsoleerd bewoners zich voelen. Daarnaast hangt een kleiner bewonersaantal positief samen met de hoeveelheid sociale relaties van de bewoners.

Ook voor het domein participatie geldt dat kenmerken van de bewoner zelf en zijn ziekte een belangrijke rol spelen als het gaat om kwaliteit van leven. Een grotere hulpbehoefendheid bij de ADL gaat samen met minder sociale relaties en ook de aanwezigheid van meer gedragsproblemen heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van bewoners op dit domein. Daarnaast voelen bewoners die al langere tijd in de woonvoorziening wonen zich minder sociaal geïsoleerd en hebben bewoners met een hogere leeftijd meer sociale relaties.

Ten slotte blijkt dat wanneer verzorgend personeel zich meer persoonlijk bekwaam voelt, dit samenhangt met minder sociale relaties van bewoners.

c. *Psychisch welbevinden*

Een kleinschalig zorgaanbod hangt ook hier indirect samen met het positief affect van bewoners: hoe meer bewoners in activiteiten worden betrokken, des te hoger hun positief affect is, dat wil zeggen meer uitingen van blijdschap en tevredenheid van de bewoner.

Een lager bewonersaantal hangt samen met meer positieve gevoelens van bewoners. De hoeveelheid en het soort personele bezetting blijkt niet of nauwelijks van invloed op dit domein van kwaliteit van leven.

Als laatste kenmerk van de woonvoorzieningen is het aantal redenen om tot overplaatsing over te gaan van belang voor het psychisch welbevinden van bewoners. Meer redenen hangen samen met minder positief affect.

Ook de hoeveelheid gedragsproblemen hangt samen met het psychisch welbevinden van bewoners met dementie. Hoe meer gedragsproblemen, des te minder positief en meer negatief affect, des te meer rusteloos gedrag en hoe hoger het zelfbeeld. Daarnaast speelt de hulpbehoefendheid bij de ADL een rol. Hoe meer hulpbehoefend een bewoner is, des te minder positief affect, des te meer rusteloos gedrag en des te hoger het zelfbeeld.

Ook het geslacht en de leeftijd van bewoners spelen een rol in het psychisch welbevinden. Een lagere leeftijd hangt samen met een hoger positief zelfbeeld, maar ook met meer rusteloos gedrag. Ten slotte lijkt het geslacht van belang: vrouwen ervaren vaker sombere en angstige gevoelens en hebben een negatiever zelfbeeld.

Aan de andere kant vinden we dat een hogere arbeidstevredenheid van het verzorgend personeel samenhangt met meer negatieve emoties van de bewoner.

Beperkingen van deze studie

Er zijn enkele beperkingen van de studie die wij hier willen benadrukken, omdat dit de resultaten in meer of mindere mate kan hebben gekleurd. Een beperking van deze studie is dat de resultaten gebaseerd zijn op gegevens die op één en hetzelfde tijdstip (cross-sectioneel) zijn verzameld. Het is dan ook lastig om te bepalen of de voorspellers die wij in deze studie gevonden hebben inderdaad factoren zijn die voorafgaan aan de

uitkomstmaten of er juist op volgen. Zo vinden wij bijvoorbeeld dat emotionele uitputting van verzorgend personeel samenhangt met de mate waarin zij een persoonsgerichte houding hebben ten aanzien van mensen met dementie. Hoe deze relatie precies in elkaar steekt is echter nog onduidelijk. Het is mogelijk dat verzorgend personeel met een meer persoonsgerichte houding meer emotioneel betrokken is, en daardoor sneller emotioneel uitgeput raakt. Of misschien speelt opleiding een rol in deze relatie. Daarnaast zou verzorgend personeel met een meer persoonsgerichte houding meer werkdruk, en daardoor meer uitputting kunnen ervaren omdat zij meer het gevoel hebben tekort te schieten. Dit is op grond van één meetmoment niet vast te stellen; onderzoek met meerdere meetmomenten over een zekere tijdsduur is noodzakelijk.

Een tweede beperking betreft de manier waarop de informatie is verzameld. Omdat mensen met dementie die verpleeghuiszorg ontvangen zich vaak al ver in het ziekteproces bevinden, is het moeilijk of soms zelfs onmogelijk om informatie over bijvoorbeeld hun kwaliteit van leven bij henzelf na te vragen. Wij hebben daarom de meest bij de bewoner betrokken verzorgende of verpleegkundige gevraagd de kwaliteit van leven van de betreffende bewoner zo goed mogelijk in te schatten. Deze informatie is dus niet direct van de persoon met dementie afkomstig, en brengt daarom slechts de waarneming van de verzorgende in kaart. Deze waarneming kan gekleurd zijn door de stemming of houding van het verzorgend personeel. Dit is echter moeilijk te voorkomen in dergelijk grootschalig onderzoek. Het in kaart brengen van de kwaliteit van leven door een onafhankelijke observator is zeer kostbaar.

Ten slotte is een punt van aandacht dat wij zeer veel kenmerken en uitkomstmaten met elkaar in verband hebben gebracht. Het is daarom belangrijk de sterkte van de gevonden relaties in de gaten te houden. In de beschrijving van de resultaten hebben wij dan ook minder woorden aan zwakke relaties besteed en werden vooral de sterke relaties belicht.

Discussie en aanbevelingen

Aan de hand van de gevonden resultaten in de Monitor gaan we in op de vragen die de afgelopen jaren zijn opgeroepen door de ontwikkelingen in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie: Wat is de winst van kleinschalige zorg als het gaat om goede zorg voor mensen met dementie? Wat zijn andere kenmerken die er toe doen? Wat betekenen de verschillende woonvoorzieningen voor de benodigde inzet van verzorgend personeel?

De winst van kleinschalige zorg

In eerder onderzoek van het Trimbos-instituut en het VUmc zijn gematigd positieve uitkomsten gevonden voor kleine kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk ten opzichte van moderne grootschalige verpleeghuizen (Depla & te Boekhorst, 2008). Uit de Monitor Woonvormen Dementie blijkt echter dat woonvoorzieningen die op het eerste gezicht veel op elkaar lijken en binnen eenzelfde type woonvorm vallen, sterk verschillen in de mate van kleinschalige zorg die zij bieden.

Het lijkt dus belangrijker om ons te richten op het daadwerkelijke zorgaanbod in plaats van de uiterlijke verschijning zoals de afstand tot het moederverpleeghuis of het aantal bewoners. Kleinschalig wonen is immers geen doel op zich, maar een middel om goede zorg voor mensen met dementie te realiseren. Zeker nu grootschalige verpleeghuizen worden gestimuleerd tot de overgang naar kleinschalig wonen, is het belangrijk stil te staan bij de vraag wat nu eigenlijk de meerwaarde is van een kleinschalige woonvoorziening. Zo suggereren de resultaten van de Monitor dat een kleinschalig zorgaanbod bijdraagt aan de kwaliteit van leven van bewoners, doordat bewoners hier meer worden betrokken in activiteiten. Wanneer mensen met dementie echter niet worden betrokken in activiteiten, kan een kleinschalig zorgaanbod leiden tot sociale isolatie. Het is dus zaak de kenmerken van kleinschalige zorg goed te integreren binnen de woonvoorziening.

De resultaten van de Monitor laten verder zien dat kleinschalige zorg van belang is voor het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de bewoners. Een kleinschaliger zorgaanbod gaat samen met meer betrokkenheid van bewoners in activiteiten. Deze grotere betrokkenheid in activiteiten hangt positief samen met de kwaliteit van leven van bewoners. Kleinschalige zorg blijkt een indirecte rol te spelen in de kwaliteit van leven van bewoners. Dit roept de vraag op hoe woonvoorzieningen kunnen investeren in activiteiten of kleinschalige zorg. Zijn de activiteiten die ertoe doen typerend voor kleinschalige zorg (zoals meehelpen in het huishouden), gaat het juist om betekenisvolle activiteiten of kunnen het allerlei activiteiten zijn? En welke activiteiten sluiten aan bij de behoeften van bewoners in een minder ver gevorderd stadium van dementie, mannelijke en oudere bewoners?

Naast de kwaliteit van leven van bewoners draagt kleinschalige zorg bij aan het welbevinden van het personeel. In woonvoorzieningen waar meer kenmerken van kleinschalige zorg aanwezig zijn, ervaart het verzorgend personeel minder werkdruk en meer autonomie, wat een gunstige uitwerking heeft op de arbeidstevredenheid en burnoutklachten. Het welbevinden van het verzorgend personeel hangt ook samen met een persoongerichte houding ten opzichte van mensen met dementie. Daarnaast geldt dat er door de hogere inzet van verzorgend personeel in woonvoorzieningen met meer kleinschalige zorg, een indirecte relatie bestaat tussen kleinschaligheid en ziekteverzuim. Gezien het dreigend tekort aan verzorgend personeel, is het van toenemend belang dat het ziekteverzuim zo laag mogelijk is, verzorgend personeel tevreden is met het werk en in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie blijft werken. Voor alle

woonvoorzieningen is het van belang – waar zij zich ook bevinden op het continuüm van grootschalige naar kleinschalige zorg –, dat zij de controle die verzorgend personeel in het werk ervaart en de mate waarin zij zich gesteund voelen door collega's en leidinggevendenden, zoveel mogelijk te stimuleren.

Aanbevelingen voor de zorgpraktijk:

- Het is wenselijk de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie kleinschalig te organiseren. Het gaat hierbij met name om een goede integratie van de kenmerken van kleinschalige zorg. Zoals uit de Monitor blijkt is het ook in grootschalig georganiseerde verpleeghuizen mogelijk kenmerken van kleinschalige zorg te integreren in het zorgaanbod.
- Activiteiten zijn belangrijk voor het welzijn van mensen met dementie. Naast meer beperkte bewoners in termen van gedragsproblemen en de ADL, worden oudere en mannelijke bewoners en bewoners in een minder ver gevorderd stadium van dementie doorgaans minder vaak in activiteiten betrokken. Een passend activiteitsaanbod ook voor deze doelgroepen is wenselijk. Daarnaast is het scholen van verzorgend personeel in het aanbieden van activiteiten aan deze bewoners van belang.
- Voor het welbevinden van het verzorgend personeel is het van belang aandacht te besteden aan zaken die eraan bijdragen dat het werk positief wordt ervaren. Ervaren werkdruk op de werkvloer, autonomie en sociale steun van collega's en de leidinggevende zijn hierbij van belang. Aangezien oudere medewerkers en verzorgend personeel met een niet-Nederlandse afkomst minder autonomie en sociale steun van collega's ervaren behoeven zij meer aandacht.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek:

- De betrokkenheid in activiteiten is belangrijk voor de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Dit biedt aanknopingspunten voor verder onderzoek. Mogelijk heeft de aard van de activiteiten en de manier waarop activiteiten worden aangeboden ook invloed op de kwaliteit van leven. Mogelijk zijn activiteiten die afgestemd zijn op de levensgeschiedenis van de persoon met dementie en voor de persoon zinvolle activiteiten beter voor de kwaliteit van leven dan activiteiten die niet op deze wijze zijn afgestemd.

Kleinschalige zorg voor een selecte groep mensen met dementie?

De Monitor laat zien dat kleinschalige woonvoorzieningen over het algemeen meer criteria hanteren bij opname van een bewoner en sneller geneigd lijken over te gaan tot overplaatsing dan grootschaliger woonvoorzieningen. In de Monitor is echter ook sprake van kleinschalige woonvoorzieningen die geen opnamecriteria hanteren of redenen opgeven waarom bewoners niet tot de dood zouden kunnen blijven. Dit geeft aan dat men een kleinschalige organisatie van zorg als een volwaardig alternatief voor grootschalige verpleeghuiszorg ziet.

Wanneer we de ideaaltypische en efficiënte kleinschalige woonvoorzieningen uit hoofdstuk 7 met elkaar vergelijken, wordt zichtbaar dat de zorgzwaarte van de bewoners in de ideaaltypische woonvoorzieningen over het algemeen lager is. Aangezien hier alleen de woonvoorzieningen die hun bewoners in principe niet overplaatsen als de zorgzwaarte toeneemt zijn meegenomen, bepalen blijkbaar andere kenmerken van de woonvoorziening dit verschil. Bij ideaaltypische woonvoorzieningen worden echter meer criteria bij opname gehanteerd. Daarom is het mogelijk dat nieuwe bewoners van deze woonvoorzieningen minder ver in hun dementie zijn of minder gedragsproblemen vertonen, waardoor de gemiddelde zorgzwaarte hier lager is dan in efficiënte woonvoorzieningen. Het is echter ook mogelijk dat (een deel van) het gevonden verschil in zorgzwaarte wordt veroorzaakt doordat bewoners hier minder gedragsproblemen ontwikkelen of langer zelfstandig blijven in hun ADL. Aangezien minder gedragsproblemen en minder beperkingen in de ADL sterk gerelateerd zijn aan de kwaliteit van leven van de bewoners en de mate waarin zij worden betrokken in activiteiten is het van belang hier meer zicht op te krijgen.

Aanbeveling voor de zorgpraktijk:

- Het is belangrijk meer aandacht te schenken aan bewoners met meer gedragsproblemen en een grotere afhankelijkheid bij de ADL. Bewustwording is de eerste stap naar verbetering. Daarnaast heeft verzorgend personeel mogelijk meer handvatten nodig om hiermee om te gaan, bijvoorbeeld in de vorm van scholing en ondersteuning.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek:

- Nader onderzoek is nodig om in kaart te brengen wat oorzaak en gevolg is van de lagere zorgzwaarte van bewoners met dementie in ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen.

Schaalgrootte kleinschalige woonvoorzieningen

Naast de vraag of kleinschalige zorg gunstig is voor belangrijke uitkomsten van de zorg, leeft de vraag of het wel haalbaar is op de langere termijn met het oog op de personele bezetting. De scenario's in hoofdstuk 7 laten zien dat qua personeelsinzet kleinschalige zorg niet ongunstiger hoeft te zijn dan grootschalige verpleeghuiszorg, mits deze toename wordt gerealiseerd met woonvoorzieningen voor tenminste 48 bewoners (efficiënte kleinschalige zorg).

We moeten echter alert blijven wanneer we deze bevinding doorvertalen naar de praktijk. 'Tenminste 48 bewoners' is een ruim begrip en we hebben in hoofdstuk 6 gezien dat bewoners minder gevoelens van blijdschap en tevredenheid ervaren en minder sociale relaties hebben bij een groter bewonersaantal in de gehele woonvoorziening. En hoewel het kleinschalig zorgaanbod van woonvoorzieningen met tenminste

48 bewoners even groot kan zijn als in kleinschalige woonvoorzieningen met maximaal 24 bewoners (ideaaltypische kleinschalige zorg), ligt hier het gevaar op de loer dat het werken volgens kleinschalige principes eerder uit het oog verloren wordt. Zo blijkt dat in de efficiënte woonvoorzieningen bepaalde kleinschalige kenmerken zoals koken in de huiskamer en mee-eten met de bewoners minder vaak worden gehanteerd dan in de ideaaltypische woonvoorzieningen.

Aanbevelingen voor de zorgpraktijk:

- Zorg op zeer grote schaal is af te raden omdat een groot bewonersaantal negatief samenhangt met een aantal aspecten van de kwaliteit van leven van bewoners.
- In kleinschalige woonvoorzieningen met een groter bewonersaantal is het van belang te zorgen voor een goede borging van de kenmerken van kleinschalige zorg.

Personele inzet

In de Monitor hebben we grote verschillen gevonden in de hoeveelheid personeel die in de verschillende typen woonvormen ingezet wordt. Ook binnen deze typen woonvoorzieningen bestaat variatie. Met name een toename van het aantal ideaaltypische woonvoorzieningen blijkt voor een grotere toekomstige behoefte aan verzorgend personeel te zorgen: meer kenmerken van kleinschalige zorg en een kleiner bewonersaantal gaan dan ook samen met een hogere inzet van verzorgend personeel.

Dat een lage inzet van personeel niet gelijk is aan een efficiënte inzet van personeel, blijkt uit het feit dat een lagere personele bezetting samengaat met meer ervaren werkdruk van het verzorgend personeel en een hoger percentage ziekteverzuim. Een efficiënte inzet van personeel betekent dat er een goede balans is tussen de hoeveelheid personele bezetting en belangrijke uitkomsten zoals het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. De bevinding dat het regelmatig afwijken van het rooster, waardoor er in een woonvoorziening regelmatig sprake is van onderbezetting, een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van bewoners bevestigt dit. Toch is het de kunst om kritisch te blijven kijken naar hoeveel personeel er ingezet wordt en de manier waarop, en waar mogelijk een verhoging van de efficiency na te streven.

Aanbevelingen voor de zorgpraktijk:

- Bij afwegingen met betrekking tot de hoeveelheid personeel die men inzet is het van belang niet alleen een zo laag mogelijke personele inzet na te streven, maar ook na te gaan of dit geen nadelige consequenties heeft voor het welbevinden van het verzorgend personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de bewoners. Met andere woorden: het is van belang om na te gaan of een lagere personele bezetting ook een efficiëntere bezetting betekent.
- Ideaaltypische kleinschalige woonvoorzieningen lijken met het oog op de personeelsbehoefte in de toekomst moeilijker te realiseren. In deze woonvoorzieningen is het aan te bevelen om kritisch te kijken of efficiencyverhoging mogelijk is.

Het belang van opleiding en ondersteuning van het verzorgend personeel

Ook de opleiding die het verzorgend personeel gevolgd heeft en de kennis over het omgaan met mensen met dementie, blijkt een belangrijk aspect van de personele inzet om goede dementiezorg te realiseren. Dit hangt samen met de ervaren werkdruk en een meer persoonsgerichte houding ten opzichte van mensen met dementie.

We vonden echter ook dat een goede zorgrelatie van bewoners met verzorgend personeel samenhangt met een verhoudingsgewijs hoger percentage verzorgend personeel van niveau 1 of 2. Mogelijk wordt dit verklaard door verschillende taken van personeel met niveau 1 of 2 ten opzichte van personeel met een hoger opleidingsniveau. Verzorgenden met niveau 1 of 2 hebben misschien meer tijd voor direct contact met de bewoners.

De keuze voor de omvang en het opleidingsniveau van het verzorgend personeel vraagt dus om een zorgvuldige afweging. Kennis over de omgang met mensen met dementie is hierbij van belang. Het beter opleiden van het zorgpersoneel en het inzetten van hoger opgeleid personeel zou dus een goede stap voorwaarts in de verbetering van zorg kunnen zijn. Tegelijkertijd is het van belang dat dit geschoolde personeel wel voldoende contact met de bewoners houdt. Ten slotte blijkt dat personeel met een hoog opleidingsniveau eerder geneigd is de werkplek te verlaten. Wellicht heeft dit te maken met het gebrek aan doorgroeimogelijkheden binnen de zorg voor mensen met dementie.

Naast gerichte scholing is het belangrijk het verzorgend personeel te ondersteunen wanneer de gemiddelde zorgzwaarte van de bewoners toeneemt. De vraag is welke vorm van ondersteuning het beste aansluit bij de behoeften van verzorgend personeel in specifieke situaties, bijvoorbeeld wanneer er veel probleemgedrag voorkomt. Onderzoek moet uitwijzen welk type ondersteuning het meeste bijdraagt aan de ontlasting van personeel en een goede benadering van mensen met dementie.

Aanbevelingen voor de zorgpraktijk:

- Er is behoefte aan hoger geschoold personeel en personeel dat specifiek geschoold is in het omgaan met mensen met dementie.
- Woonvoorzieningen zullen er op moeten toezien dat ook de hoger opgeleide medewerkers een goede taakinvulling hebben die bij hun capaciteiten past. Zo kan hen bijvoorbeeld een coachende rol toebedeeld worden ten opzichte van lager geschoold personeel.
- Wanneer de gemiddelde zorgzwaarte van de bewonersgroep toeneemt is extra ondersteuning voor het verzorgend team aan te bevelen. Het hoeft hierbij niet altijd te gaan om de inzet van meer personeel in de zorg. Afhankelijk van de situatie of de behoefte van het verzorgend team kan ook aan extra ondersteuning vanuit het multidisciplinair team of scholing voor het team worden gedacht.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek:

- De scholing van verzorgend personeel is in de Monitor Woonvormen Dementie beperkt in kaart gebracht. Kennis blijkt echter wel van invloed op de ervaren werkdruk, de houding ten opzichte van mensen met dementie en de kwaliteit van leven van bewoners. Daarnaast lijkt ook de ondersteuning en de sociale steun van leidinggevenden van het verzorgend personeel van belang. Om de relatie tussen enerzijds scholing en ondersteuning van verzorgend personeel en anderzijds het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners verder uit te diepen is vervolgonderzoek nodig.

Domotica

Uit de Monitor blijkt dat het gebruik van domotica kansen biedt voor een lagere personeelsinzet. Aan de andere kant zien we dat de inzet van domotica in woonvoorzieningen voor mensen met dementie zowel positieve als negatieve gevolgen kan hebben voor het welbevinden van het personeel en ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009) geeft aan dat de inzet van domotica zeer nauw luistert. De inspectie beveelt dan ook aan om het verzorgend personeel te betrekken bij het toepassen van domotica in de zorg voor mensen met dementie.

Aangezien het beperken van het aantal benodigde nachtdiensten in de ideaaltypische kleinschalige zorg deze vorm van kleinschalige zorg op de lange termijn beter mogelijk maken, kan het gebruik van domotica in de nacht mogelijk een oplossing bieden. In de gehandicaptensector komt het al voor dat de nachtdienst wordt opgevangen door een nachtcentrale waarbij met behulp van uitluisterdomotica en speciaal opgeleide professionals 'afwijkende gebeurtenissen' in de nacht worden geregistreerd. Indien nodig gaat een verzorgende naar een woonvoorziening toe waar zich een 'afwijkende gebeurtenis' heeft voorgedaan (iRv & Vilans, 2007).

Aanbeveling voor de zorgpraktijk

- Het is belangrijk dat het verzorgend personeel betrokken wordt bij het toepassen van domotica in de zorg voor mensen met dementie. Een goede overweging waarom en in welke mate domotica-toepassingen worden ingezet is wenselijk. Ook zou nader moeten worden onderzocht wat domoticagebruik voor gevolgen meebrengt voor het verzorgend personeel.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek

- Nader onderzoek naar het gebruik van verschillende typen domotica kan dan ook meer duidelijkheid bieden over de mogelijkheden ervan. Of, en zo ja op welke manier, de toepassing van domotica in de nacht ter beperking van het benodigde verzorgend personeel geschikt is voor de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, is hierbij een belangrijke vraag.

Overige aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van de Monitor kan een aantal aanbevelingen worden gedaan die betrekking hebben op het doen van vervolgonderzoek.

- Het is raadzaam om de dataverzameling van de Monitor Woonvormen Dementie met tweejaarlijkse metingen te vervolgen (trendstudie). Hierdoor wordt het mogelijk de consequenties van de vele ontwikkelingen in de verpleeghuiszorg in kaart brengen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de gevolgen van een toenemende krapte op de arbeidsmarkt voor wat betreft verzorgend personeel, de in 2010 verder doorgevoerde bekostiging van de zorg op basis van de zorgzwaartepakketten (ZZP's), en de toenemende nadruk op kwaliteit, onder andere tot uiting komend in de invoering van de Normen voor Verantwoorde Zorg, de verplichte CQ-index, het zorgleefplan en de aandacht voor een non-fixatiebeleid. Daarnaast kan een vervolg van de Monitor Woonvormen Dementie inzicht geven in veranderingen die zich voordoen in personele inzet, het welbevinden van het verzorgend personeel en de bewoners en de kwaliteit van zorg en kunnen uitspraken gedaan worden over oorzaak en gevolg. Dit maakt dat vervolgmetingen belangrijke kennis opleveren om beleid op deze gebieden te kunnen bijsturen, op landelijk dan wel instellingsniveau. Uit de Monitor Woonvormen Dementie komt naar voren dat een kleinschaliger zorgaanbod bijdraagt aan het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg en (indirect) de kwaliteit van leven van bewoners. Een eerste stap voor vervolgonderzoek is verdiepend onderzoek naar de kenmerken van kleinschalige zorg die er vooral toe doen zoals de betrokkenheid van bewoners in activiteiten en hoe verzorgend personeel het werk ervaart.

- Uit de Monitor blijkt dat de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers gerelateerd is aan minder ziekteverzuim van het verzorgend personeel. Ook met het oog op het toekomstig arbeidstekort is het goed om de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers nader te onderzoeken. Wat maakt dat mantelzorgers en vrijwilligers meer of minder betrokken zijn bij woonvoorzieningen voor mensen met dementie? Welke rol speelt de relatie met hun familielid en het verzorgend personeel hierbij? Welke rollen en taken vervullen mantelzorgers en vrijwilligers en wat levert dit hen op? Ook vanuit het oogpunt van de tevredenheid van de mantelzorger is het interessant deze doelgroep verder te onderzoeken. Wat maakt het aantrekkelijker om op bezoek te komen of een bijdrage aan de woonvoorziening te leveren?
- Daarnaast zou het interessant zijn om de sfeer en fysieke omgeving binnen woonvoorzieningen in kaart te brengen. Welke elementen uit de omgeving maken dat bewoners zich op hun gemak voelen? Wat draagt bij aan huiselijkheid? Hoe bevorderen woonvoorzieningen de zelfredzaamheid van bewoners? En hoe verhoudt dit alles zich tot de kwaliteit van leven? In het verlengde hiervan is er behoefte aan onderzoek naar het effect van wooncomfort op het welbevinden van de bewoner. Welke rol speelt eigen sanitair bijvoorbeeld voor de kwaliteit van leven?
- Het belang van bepaalde waarden zoals privacy, autonomie, gehechtheid en veiligheid voor mensen met dementie zou nader onderzocht kunnen worden. Hoe hangen deze samen met omgevingskenmerken en kenmerken van de zorg en welke betekenis hebben zij voor de kwaliteit van leven van bewoners?

In het vervolg van de Monitor Woonvormen Dementie zullen wij aan de hierboven genoemde onderwerpen aandacht besteden.

Referentielijst

- Abvakabo FNV (2009). *Werken in de Zorg*. Zoetermeer.
- Aedes-Actiz, Kenniscentrum Wonen-Zorg. Databank kleinschalig wonen dementerenden.
- Boekhorst, S. te, Depla, M., Lange, J. de, Pot, A.M., & Eefsting, J.A. (2007). Kleinschaligheid in de zorg voor ouderen met dementie: Een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 17-26.
- Boekhorst, S. te, Depla, M.F., Lange, J. de, Pot, A.M., & Eefsting, J.A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 970-978.
- Boekhorst, S. te, Pot, A.M., Depla, M., Smit, D., Lange, J. de, & Eefsting, J. (2008). Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological distress of informal caregivers. *Aging & Mental Health*, 12, 761-768.
- Boekhorst, S. te, Willemse, B., Depla, M.F., Eefsting, J.A., & Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20, 927-940.
- Bussemaker, J. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009). *Brief betreft stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Den Haag.
- Bussemaker, J. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Brief betreft betekenis van de visie op langdurige zorg voor bekostiging van de AWBZ*. Den Haag.
- Capezuti, E., Strumpf, N.E., Evans, L.K., Grisso, J.A., & Maislin, G. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 53, 47-52.
- Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., & Evans, L.K. (2002). Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 90-96.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006). *Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)*. Den Haag/Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek en TNO (2009). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden*. CBS: Den Haag/Heerlen. TNO: Hoofddorp.
- College bouw zorginstellingen (2007). *Horizon: een instrument voor het ramen van de vraag naar verpleging en verzorging voor ouderen*. Utrecht.
- Centraal Planbureau (2009). *Arbeidsaanbod en gewerkte uren tot 2025: Een beleidsneutraal scenario*. Den Haag.
- Doef, M., van der, & Maes, S. (1999). The Leiden Quality of work questionnaire: It's construction, factor structure, and psychometric qualities. *Psychological Reports*, 85, 963 - 970.
- Ettema, T.P. (2007). *The Construction of a dementia-specific Quality of Life instrument rated by professional caregivers: the Qualidem*. Academisch Proefschrift.

- Ettema, T.P., Dröes, R.M., Lange, J. de, Mellenbergh, G.J., & Ribbe, M.W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.
- Gezondheidsraad (2002). *Dementie*. Den Haag.
- Horizonline, berekening TNO Kwaliteit van Leven, 2010.
- Huiben, M. & Geurtsen, A. (2008). *Heeft iemand de overhead gezien?* Den Haag: SDU.
- Inspectie Gezondheidszorg (2004). *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*. Den Haag.
- Inspectie Gezondheidszorg (2009). *Toepassing van domotica in de zorg moet zorgvuldiger*. Den Haag.
- Jonghe, J.F.M., de, Kat, M.G., Kalisvaart, C.J., & Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric Inventory vragenlijstversie (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 35, 74-77.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(1), 721-726.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J.E. Birren e.a. (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego: Academic Press, Inc.
- Lintern, T., Woods, B. and Phair, L. (2000). Training is not enough to change care practice. *Journal of Dementia Care*, March/April, 15-17.
- Neufeld R.R., Libow L.S., Foley W.J., Dunbar J.M., Cohen C., & Breuer B. (1999) Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society* 47, 1202-1207.
- NVVA (2008). *Richtlijn Probleemgedrag. Met herziene medicatieparagraaf 2008*. Arnhem: Drukkerij Roos en Roos BV.
- Prismant (2008). *RegioMarge 2008: De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen 2008-2012*. Utrecht: Prismant.
- Reisberg, B. (2007). Global measures: utility in defining and measuring treatment response in dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(3), 421-456.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D., van. (2000). Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag en Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 22, 153-172.
- Verkaik, R., Weert, J.C.M., van, & Francke, A.L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 301-314.
- Waarde, H., van, & Wijnties, M. (2007). *De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Zorginnovatieplatform (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg: Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*. Den Haag.

Bijlage 1: Onderzoekopzet Monitor Woonvormen Dementie

De resultaten van de Monitor Woonvormen Dementie zijn gebaseerd op de gegevens van 136 woonvoorzieningen die 5 typen woonvormen voor mensen met dementie vertegenwoordigen. Deze typen zijn:

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

In deze bijlage wordt beschreven hoe deze woonvoorzieningen zijn geselecteerd en hoe de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden.

Selectie deelnemende woonvoorzieningen

Ter voorbereiding van de Monitor Woonvormen Dementie zijn alle woonvoorzieningen die bij het Kenniscentrum Wonen & Zorg van Aedes/Actix, kiesbeter.nl en de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) bekend waren benaderd voor een eerste inventarisatie. In totaal betrof dit 734 woonvoorzieningen. Bij deze inventarisatie is voor elke woonvoorziening een aantal basiskenmerken in kaart gebracht, zoals bewonersaantal en bestaansduur. Ook is gevraagd of de managers van deze woonvoorzieningen interesse hadden in deelname aan de Monitor. Van de 734 woonvoorzieningen hebben er destijds 584 gereageerd, waarbij de managers van 377 woonvoorzieningen aangaven geïnteresseerd te zijn in deelname aan de Monitor Woonvormen Dementie.

De 377 woonvoorzieningen hebben wij ingedeeld in de hierboven genoemde 5 typen woonvormen op basis van de informatie die zorgmanagers hadden verstrekt, namelijk het aantal bewoners en het type zorg. Wij hebben bij aanvang zelf dus geen criteria gehanteerd voor het onderscheid tussen groot- en kleinschalige zorg. Als er minder dan 30 woonvoorzieningen van een type overgebleven waren, werden al deze voorzieningen gevraagd om aan de Monitor mee te doen. In het andere geval zijn de woonvoorzieningen binnen een type op basis van willekeurigheid met een steekproef geselecteerd.

Bij aanvang van de Monitor deden er 148 woonvoorzieningen mee. Na de start van de verzameling van alle gegevens hebben 6 woonvoorzieningen zich teruggetrokken

van deelname. Uiteindelijk zijn bij 142 woonvoorzieningen alle gegevens verzameld. Na afloop bleek dat er bij 6 van de deelnemende woonvoorzieningen toch geen sprake was van door de AWBZ gefinancierde verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Deze woonvoorzieningen zijn in de analyse van de gegevens buiten beschouwing gelaten.

Gegevensverzameling

De gegevensverzameling heeft op vier manieren plaatsgevonden:

1. *Interview manager*: Er heeft een interview met een manager van de woonvorm plaatsgevonden om de kenmerken van de organisatie van de zorg, de gebruikte domotica, de omvang van het kleinschalig zorgaanbod en de personele bezetting in kaart te brengen.
2. *Vragenlijstonderzoek verzorgend personeel*: Daarnaast is een willekeurige steekproef van vijftien verzorgenden uit het personeelsbestand van de woonvorm getrokken. Stagiaires, vrijwilligers, voedingsassistenten en huishoudelijk personeel zijn niet in de steekproef meegenomen. Deze verzorgenden is gevraagd een vragenlijst in te vullen over hoe tevreden zij zijn met hun werk en in welke mate zij burnoutklachten ervaren. Ook is de mate waarin zij mensen met dementie op een persoonsgerichte wijze benaderen, in kaart gebracht. Wanneer er minder dan vijftien verzorgenden werkzaam waren in de woonvoorziening, is aan alle verzorgenden gevraagd de vragenlijst in te vullen. In totaal zijn er 1994 vragenlijsten naar verzorgenden opgestuurd. 1180 vragenlijsten zijn door hen teruggestuurd, dit is een respons van 59%.
3. *Vragenlijstonderzoek bewoners*: Daarnaast zijn er in elke woonvorm een aantal Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden gevraagd om observatielijsten over twaalf willekeurig geselecteerde bewoners in te vullen. Belangrijk was dat zij veel van de bewoner afwisten. Met de vragenlijsten zijn de kwaliteit van leven en het functioneren van deze bewoners in kaart gebracht. Wanneer er in een woonvoorziening minder dan twaalf bewoners woonden, is gevraagd om voor alle bewoners een vragenlijst in te vullen. Er zijn 1580 observatielijsten uitgezet onder verzorgenden en er werden uiteindelijk 1327 vragenlijsten terug ontvangen. Dit is een respons van 84%.
4. *Registraties*: Ten slotte zijn registraties van het psychofarmacagebruik en de toepassing van fixaties opgevraagd.

Bijlage 2: Overzicht van de kenmerken

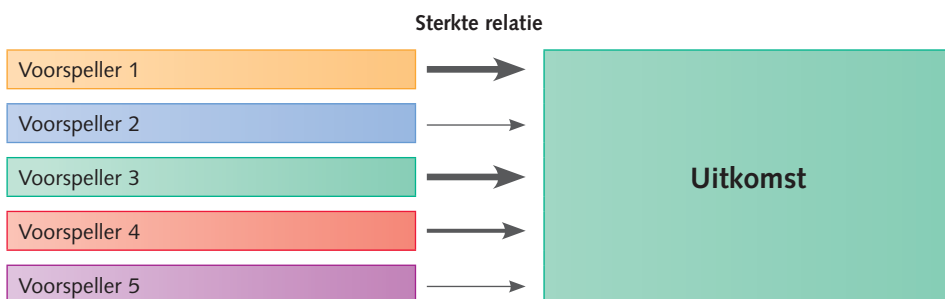
Kenmerk	Beschrijving	Waarde
Woonvoorziening		
Aantal bewoners	Aantal bewoners met dementie in de woonvoorziening	Aantal
Kleinschalige zorg	Aantal kenmerken van kleinschalige zorg in de woonvoorziening	Verkorte Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod (Boekhorst, te e.a., 2007, hoofdstuk 3 deze uitgave)
Keurmerk	Aanwezigheid van een kwaliteitskeurmerk zoals HKZ	Ja of nee
Domotica-toepassingen	Totaal aantal domoticatoepassingen op het gebied van licht, klimaat, alarmering en signalering, verruiming leefruimte, communicatie, welzijn en comfort	Aantal
Domotica ter verruiming van de leefruimte	Domotica die ingezet worden ter verruiming van de leefruimte: chips, leefcirkels en/of een GPS-systeem	Ja of nee
Domotica voor signalering in de nacht	Domotica ter ondersteuning in de nacht: activiteit- of bewegingsdetectie, deursignalering en opsta-alarmering	Aantal per bewoner
Scholing over dementie	Scholing aan nieuwe medewerkers over dementie	Ja of nee
Overplaatsingscriteria	Aantal criteria dat woonvoorzieningen hanteren om bewoners over te plaatsen, zoals probleemgedrag	Aantal opgegeven redenen
Regelmatig teamoverleg	Eens per maand of vaker teamoverleg	Ja of nee
Regelmatig intervisie	Eens per vier maanden of vaker intervisie	Ja of nee
Personele inzet		
Inzet dagelijkse directe zorg	Dagelijkse directe zorg, excl. zuiver huishoudelijk medewerkers en activiteitenbegeleiders die aanvullend op de zorg worden ingezet	Aantal uur per bewoner per week
Inzet ondersteunende diensten	Keuken, linnenkamer, huishoudelijke dienst, receptie, technische dienst en overige	Aantal fte per bewoner
Inzet activiteitenbegeleiding	Activiteitenbegeleiding apart van dagelijkse zorg	Aantal fte per bewoner
Inzet behandeldiensten	Arts, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, maatschappelijk werk en geestelijke verzorging	Aantal fte per bewoner
Hulp mantelzorgers en vrijwilligers	Structurele hulp van mantelzorgers en vrijwilligers in woonvoorziening	Aantal uur per bewoner per week

Kenmerk	Beschrijving	Waarde
Percentage verzorgend personeel niveau 3 of hoger	Percentage van de dagelijks directe zorg met een opleidingsniveau van 3 of hoger	Percentage
Regelmatig afwijken van rooster	Er wordt één keer per week tot dagelijks afgeweken van het bezettingsrooster	Ja of nee
Openstaande vacatures	Totaal aantal openstaande vacatures in de dagelijkse directe zorg	Aantal fte per bewoner
Verzorgend personeel		
Geslacht	Sekse verzorgend personeel	Man of vrouw
Leeftijd	Leeftijd verzorgend personeel	Jaar
Afkomst	Afkomst van verzorgend personeel	Nederlands of niet-Nederlands
Opleidingsniveau	Opleidingsniveau verzorgend personeel verdeeld in drie groepen	Lager dan niveau 3, niveau 3 of hoger dan niveau 3
Uur werkzaam per week	Verzorgend personeel werkt weinig (minder dan 24 uur) of veel (24 uur of meer) per week	Veel of weinig
Duur werkzaam in woonvoorziening	Verzorgend personeel werkt kort (minder dan 2 jaar) of lang (2 jaar of meer) in de woonvoorziening	Kort of lang
Duur werkzaam in beroep	Verzorgend personeel werkt kort (minder dan 5 jaar) of lang (5 jaar of meer) in het beroep	Ja of nee
Ervaren werkenmerken	Ervaren werkdruk, autonomie en sociale steun van leidinggevende en collega's door verzorgend personeel	Leidse Arbeidskenmerken Schaal (LAKS; Doef, van der, e.a., 1999)
Arbeidstevredenheid	Arbeidstevredenheid van het verzorgend personeel	Leidse Arbeidskenmerken Schaal (LAKS; Doef, van der, e.a., 1999)
Burnoutklachten	Emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid van het verzorgend personeel	Utrechtse Burnout Schaal (UBOS; Schaufeli, e.a., 2000)
Ziekteverzuim	Het gemiddelde ziekteverzuim van het verzorgend personeel in de afgelopen zes maanden	Gemiddelde ziekteverzuim
Bewoners		
Geslacht	Sekse bewoner	Man of vrouw
Leeftijd	Leeftijd bewoner	Jaar
Verblijfsduur in woonvoorziening	Bewoner woont kort (minder dan een half jaar) of lang (een half jaar of langer) in de woonvoorziening	Ja of nee
Regelmatig bezoek	Bewoner krijgt vaker dan één keer per maand bezoek	Ja of nee
Zorgzwaartepakket (ZZP)	De ZZP van de bewoner uitgedrukt in geldbedrag	Aantal euro

Kenmerk	Beschrijving	Waarde
Afhankelijkheid in Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)	Mate van afhankelijkheid van bewoner bij het wassen, kleden, verplaatsen, wc-gebruik, de continëntie en voeding	Katz index of ADL (Katz, 1983)
Probleemgedrag	Mate van gedragsproblemen van bewoner	Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q; Jonghe, de, 2003)
Stadium van dementie	Mate van cognitieve achteruitgang van bewoner als gevolg van dementie	Functional Assessment Staging (FAST; Reisberg, 2007)
Kwaliteit van zorg		
Betrokkenheid in activiteiten	Aantal activiteiten waarbij de bewoner in de afgelopen drie dagen betrokken is	Aantal
Fixaties	Aantal gebruikte fixaties in de woonvoorziening: verpleegdeken, tafelblad, onrustband, plankstoel of een diepe stoel	Aantal per bewoner
Psychofarmaca	Aantal gebruikte psychofarmaca: slaapmiddelen en hypnotica, benzodiazepinen, neuroleptica/antipsychotica en antidepressiva	Aantal per bewoner
Persoonsgerichte houding tegenover dementie	Houding van het verzorgend personeel ten opzichte van mensen met dementie	Approach to Dementia Questionnaire (Lintern e.a., 2000)

Leeswijzer

Deze leeswijzer is bedoeld als hulpmiddel bij het lezen van hoofdstuk 3 tot en met 6 van deze uitgave. In deze hoofdstukken is steeds voor vijf typen kenmerken onderzocht hoe deze kenmerken zijn gerelateerd aan de uitkomsten. Met andere woorden, of deze kenmerken statistisch gezien een voorspeller zijn van de uitkomsten. In de hoofdstukken wordt steeds op onderstaande manier weergegeven welke kenmerken belangrijk zijn voor iedere uitkomst. De pijlen, die drie verschillende diktes hebben, geven aan hoe sterk de relatie tussen deze voorspellers links en de uitkomst rechts is. De dikste pijlen geven de sterkste relaties weer en de dunste de minst sterke relatie.



Zoals gezegd hebben we voor vijf typen kenmerken onderzocht of en hoe deze kenmerken gerelateerd zijn aan de uitkomsten. De kleur van de voorspeller geeft aan om welk type kenmerk het gaat. Zo representeert de kleur geel de kenmerken van de woonvoorziening. Welke kenmerken zijn meegenomen, kunt u in onderstaande tabel zien.

Woonvoorziening	Personele inzet	Verzorgend personeel	Bewoners	Kwaliteit van zorg
Aantal bewoners	Inzet dagelijkse directe zorg	Geslacht	Geslacht	Betrokkenheid in activiteiten
Kleinschalige zorg	Inzet ondersteunende diensten	Leeftijd	Leeftijd	Fixaties
Keurmerk	Inzet activiteitenbegeleiding	Afkomst	Verblijfsduur in woonvoorziening	Psychofarmaca
Domotica-toepassingen	Inzet behandeldiensten	Opleidingsniveau	Regelmatig bezoek	Persoonsgerichte houding tegenover dementie
Domotica ter verruiming van de leefruimte	Hulp mantelzorgers en vrijwilligers	Uur werkzaam per week	Zorgzwaartepakket (ZZP)	
Domotica voor signalering in de nacht	Percentage verzorgend personeel niveau 3 of hoger	Duur werkzaam in woonvoorziening	Afhankelijkheid in Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)	
Scholing over dementie	Regelmatig afwijken van rooster	Duur werkzaam in beroep	Probleemgedrag	
Redenen voor overplaatsing	Openstaande vacatures	Ervaren werkkenmerken	Stadium van dementie	
Regelmatig teamoverleg		Arbeidstevredenheid		
Regelmatig intervisie		Burnoutklachten		
		Ziekteverzuim		



De projectgroep van de Monitor Woonvormen Dementie

Zie binnenkant





De Monitor Woonvormen Dementie wordt uitgevoerd door het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut, en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De eerste meting (2008-2009) heeft plaatsgevonden in 136 zorginstellingen, variërend van groot- naar kleinschalig. De resultaten geven antwoord op de volgende vragen: Wat betekent de variatie in zorgaanbod voor de benodigde inzet van verzorgend personeel nu en in de toekomst? En: hoe is het gesteld met het welbevinden van het verzorgend personeel, de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de bewoners binnen de uiteenlopende woonvoorzieningen? Het accent is hierbij gelegd op de rol van kleinschalige zorg en de personele inzet in de woonvoorzieningen voor deze doelgroep. Deze uitgave biedt concrete aanknopingspunten om de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie te verbeteren.

Eén van de doelstellingen van het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut is de verbetering van de zorg aan mensen met dementie, hun mantelzorgers en zorgverleners gedurende het hele ziekteproces.