BUREAU hhm

ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053)4330548 **Website** www.hhm.nl
E-mail info@hhm.nl **KvK-nummer** 08120363

Leidraad verantwoorde personeelssamenstelling voor verpleeghuizen in Nederland

Enschede, 8 december 2015
PJ/15/2151/qleid

dr. Patrick Jansen
drs. Angela Welling
drs. Sanja Bouman
drs. Judith Kippers

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3

2. De leidraad op hoofdlijnen 5

3. Cliënten 10

4. Informele zorg 13

5. Professional 14

6. Organisatie 15

7. Gewenste menskracht 18

8. In gesprek over de menskracht 22

Bijlage 1. Overzicht verdiepingsvragen 24
Bijlage 2. Literatuurlijst 31

1. Inleiding

In september 2015 is de werkgroep[1] gestart met het opstellen van een leidraad voor verantwoorde personeelssamenstelling. De leidraad is specifiek bedoeld voor de verpleeghuizen en bij de uitwerking ligt de focus op de langdurige zorg. De praktijk laat steeds meer variatie zien in de ontwikkeling van de ondersteuningsvormen zoals de ondersteuning na ziekenhuisopname of een tijdelijke opname. Vooralsnog is de aanname dat de leidraad ook toepasbaar is voor deze zorgvormen.

Bij de start is de wens als volgt omschreven:

- De leidraad beschrijft hoe de zorgaanbieder de *juiste combinatie van competenties* in het personeelsbestand kan realiseren. Daarbij wordt uitgegaan van de *behoeften en wensen* van de cliënt. Hierbij is de *visie van de organisatie* op de *kwaliteit van zorg en leven* in de instelling van belang. Ook de doelmatigheid wordt meegewogen.
- De leidraad geeft *aanbevelingen* om tot een verantwoorde personeelssamenstelling te komen. Met behulp van de leidraad gaan cliënten, verwanten, zorgverleners, instellingen, Inspectie en zorgverzekeraars doeltreffend met elkaar in gesprek om tot een vergelijk te komen.

De leidraad is een beschrijving hoe een zorgaanbieder - op basis van de behoefte van cliënten, de zorg die hij wil bieden en de visie van de organisatie - tot een optimale mix aan competenties kan komen en geeft een concrete aanzet voor de invulling daarvan. De leidraad is bedoeld als richtinggevend kader en fungeert ondersteunend bij keuzes met betrekking tot het personeelsbeleid en kan daarmee ook bijdragen aan de interne discussie rondom de strategische personeelsplanning. Het voorziet in de behoefte om het gesprek hierover te faciliteren en is geen rekentool (hiervoor zijn in de praktijk al verschillende instrumenten op de markt). De leidraad biedt informatie over de inzet van zorgprofessionals (in hoofdstuk 5 staat een gedetailleerd overzicht van de diverse disciplines). De leidraad kan worden gebruikt door verschillende personen in de organisatie die met de planning van personeel hebben te maken, zoals teamleiders, afdelingshoofden, regiomanagers of HRM-managers. Op geaggregeerd niveau biedt de leidraad informatie over de totale organisatie en kan dit door de bestuurder worden gebruikt in gesprekken met bijvoorbeeld de Inspectie of de zorgverzekeraar.

Belangrijk daarbij is aansluiting te hebben bij wat onder goede zorg wordt verstaan. De taskforce kenmerkt ‘goede zorg’ als:

- **Persoonsgericht**: de zorg sluit aan op wensen en voorkeuren van de cliënten, dat zorgverleners het unieke karakter van elke cliënt onderkennen, en dat ze hun best doen om een ondersteunende omgeving te bieden die tegemoetkomt aan de psychologische behoefte.
- **Veilige zorg**: gezondheidsbescherming met betrekking tot bijvoorbeeld decubitus, ondervoeding, valpreventie of depressiviteit.
- **Ruimte voor welbevinden**: kwaliteit van zorg ontstaat in de relatie tussen cliënt en medewerkers.

[1] In de werkgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: ActiZ, Verenso, V&VN, BTN, VWS, Zorginstituut Nederland, NPCF, Alzheimer Nederland, NIP, vertegenwoordiger van de commissie tijdelijke expertgroep verpleeghuiszorg.

- **Comfort bieden in laatste jaren**: hieronder valt het omgaan met achteruitgang, oog voor palliatieve zorg, kwaliteit ontstaat door zorgzame medewerkers, een persoonlijke afweging over kwaliteit van leven.

Deze beschrijving sluit aan bij de speerpunten van staatssecretaris Van Rijn 'Waardigheid en trots Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen'. De speerpunten richten zich op: veilige zorg, eigentijds cliëntgericht toezicht, ruimte voor kwaliteit en professionals en betere samenwerking tussen cliënt, mantelzorger en zorgverlener.

Leidende principes leidraad

Bij de ontwikkeling van de leidraad zijn de volgende leidende principes het vertrekpunt:

- De leidraad gaat uit van lokale diversiteit van personele inzet.
- De beslissingen over de personeelsmix vinden hun basis in de organisatiestructuur, missie en visie en worden op alle leiderschapsniveaus in de organisatie gesteund.
- De leidraad is bedoeld als richtinggevend kader en fungeert als ondersteunend bij keuzes met betrekking tot personeelsbeleid.
- De leidraad richt zich op de zorgprofessionals (in hoofdstuk 5 staat een gedetailleerd overzicht van de diverse disciplines).
- De leidraad is in eerste instantie opgesteld voor de 'intramurale' verpleeghuis-zorg.
- De leidraad is te gebruiken op verschillende aggregatieniveaus in de organisatie.

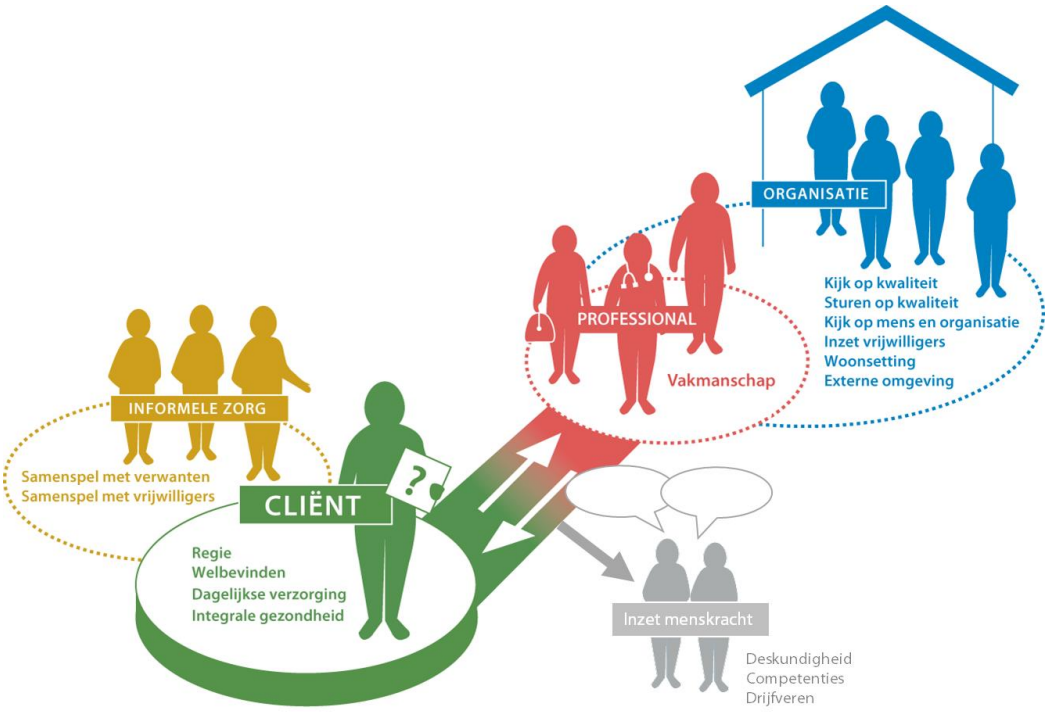
Bij de uitwerking van het model hebben we kennisgenomen van bestaande literatuur en methodieken. In bijlage 2 zijn de geraadpleegde bronnen opgenomen.

2. De leidraad op hoofdlijnen

De leidraad heeft als doel het juiste gesprek te faciliteren om te komen tot een passende personeelssamenstelling. Om dit zo goed mogelijk te structuren zetten we de volgende stappen:
Stap 1: benoemen van de betrokken partijen
Stap 2: per partij de relevante onderwerpen benoemen
Stap 3: per onderwerp de relevante vragen stellen
Stap 4: inzicht krijgen in de impact op de gewenste personeelssamenstelling
Stap 5: in gesprek over de gewenste personeelssamenstelling in relatie tot de realiteit

In dit hoofdstuk beschrijven we deze stappen op hoofdlijnen. De uitwerking volgt in de andere hoofdstukken.

Stap 1: Benoemen van de betrokken partijen



De kern van dit figuur is de interactie tussen de cliënt en de professionals (menskracht). Dit is weergegeven door de dikke verbindende pijl tussen deze twee partijen. De essentie is dat de cliënt samen met zijn verwanten zijn of haar behoefte verwoorden. Het is vervolgens aan de organisatie met haar professionals om deze behoefte centraal te zetten in haar eigen handelen. De aanname is dat de interactie tussen deze partijen het succes bepalen om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling van zorgprofessionals (in hoofdstuk 5 staat een gedetailleerd overzicht van de diverse disciplines).

Vier partijen zijn direct van invloed op de personeelssamenstelling:
- de cliënt: de bewoner van een verpleeghuis,
- de informele zorg: de verwanten en directe vrijwilligers van de cliënt,
- de professional: de medewerker die directe ondersteuning levert aan de cliënt,
- de organisatie: de organisatie met haar omgeving waarin zij zich begeeft.

In de praktijk zijn ook de financiers en Inspectie voor de Gezondheidszorg een belangrijke partij, maar zij maken geen direct onderdeel uit van het model. De financiers en Inspectie

zien we als een externe toetsende partij. In de figuur zijn ze buiten beeld gelaten omdat ze geen verantwoordelijkheid hebben voor de personeelssamenstelling.

Stap 2: Per partij de relevante onderwerpen benoemen

Per partij hebben we verschillende onderwerpen benoemd. Deze onderwerpen zijn van invloed op de personeelssamenstelling van de organisatie. In de leidraad krijgt de organisatie per onderwerp één of meer vragen voorgelegd.

Voor *cliënten* zijn de relevante onderwerpen:

- Regie
- Welbevinden
- Dagelijkse verzorging
- Integrale gezondheidszorg

Voor *informele zorg* zijn de relevante onderwerpen:

- Verwanten: draaglast, draagkracht, sociale setting
- Vrijwilligers (cliëntgebonden): draaglast, draagkracht, sociale setting

Voor *professionals* is het relevante onderwerp:

- Vakmanschap

Voor *organisatie* zijn de relevante onderwerpen:

- Kijk op kwaliteit
- Sturing op kwaliteit
- Kijk op mens & organisatie
- Inzet vrijwilligers (organisatiegebonden)
- Woonsetting
- Externe omgeving

Stap 3: Per onderwerp de relevante vragen stellen

De gebruiker krijgt per onderwerp één of meer vragen voorgelegd en wordt uitgedaagd deze zo goed mogelijk te beantwoorden. De gebruiker kan een keuze maken in de mate waarin diverse aspecten van toepassing zijn voor de eigen organisatie. De kracht van de beantwoording zit in de wijze waarop de organisatie in staat is het antwoord goed te beargumenteren zodat intern of extern een gerichte discussie op gang komt over de personele samenstelling. De beantwoording per vraag gaat met ‘schuifjes’ waarbij het niet de bedoeling is om een exacte waarde te geven. In bijlage 1 staan de vragen weergegeven zoals de gebruiker deze krijgt voorgelegd.

Partijen	Onderwerpen	Verdiepingsvragen	
1. Cliënt	1.1 Regie	1.1.1	In welke mate zijn uw cliënten in staat zelf regie te voeren (al dan niet ondersteund door de eigen informele zorg)?
	1.2 Welbevinden	1.2.1	In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan mentaal welbevinden en zingeving?
		1.2.2	In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan meedoen en participeren?

Partijen	Onderwerpen	Verdiepingsvragen	
		1.2.3	In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan binding met (culturele) achtergrond?
	1.3 Dagelijkse verzorging	1.3.1	Welke mate van complexiteit hebben uw cliënten?
	1.4 Integrale gezondheidszorg	1.4.1	In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan ondersteuning als gevolg van onbegrepen gedrag?
		1.4.2	In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan gespecialiseerde verpleegkundige aandacht?
		1.4.3	In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan ondersteuning om het functioneren te verbeteren?
2. Informele zorg	2.1 Samenspel met verwanten	2.1.1	In welke mate zijn de verwanten actief betrokken bij de ondersteuning van hun naaste?
	2.2 Samenspel met vrijwilligers	2.2.1	In welke mate zijn de vrijwilligers actief betrokken bij de ondersteuning van hun naaste?
3. Professional	3.1 Vakmanschap	3.1.1	Welke protocollen en richtlijnen zijn voor de cliënt van toepassing waar rekening mee moet worden gehouden voor het leveren van verantwoorde zorg?
4. Organisatie	4.1 Kijk op kwaliteit	4.1.1	In welke mate is kwaliteit gericht op 'ziekte en zorg'?
		4.1.2	In welke mate is kwaliteit gericht op 'gezondheid en gedrag'?
	4.2 Sturen op kwaliteit	4.2.1	In welke mate richt de organisatie zich op 'meten'?
		4.2.2	In welke mate richt de organisatie zich op 'verhalen & gesprek'?
		4.2.3	In welke mate richt de organisatie zich op 'continu leren'?
	4.3 Kijk op mens & organisatie	4.3.1	In welke mate richt (de visie van) de organisatie zich op planning, controle en beheersen?
		4.3.2	In welke mate richt de organisatie zicht op vertrouwen, verbinding en vakmanschap?
	4.4 Inzet vrijwilligers	4.4.1	In welke mate zijn de vrijwilligers in staat een bijdrage te leveren aan (het proces van) de zorgverlening en/of sociale activiteiten?

Partijen	Onderwerpen	Verdiepingsvragen	
	4.5 Woonsetting	4.5.1	In welke mate is de organisatie kleinschalig georganiseerd (zelfstandig wonen/fysieke gebouwkenmerken)?
		4.5.2	In welke mate zet de organisatie technische toepassingen in (technische toepassingen)?
	4.6 Externe omgeving	4.6.1	In welke mate stuurt de organisatie op het omgaan met wet- en regelgeving?
		4.6.2	In hoeverre is sprake van arbeidsmarkt problematiek?

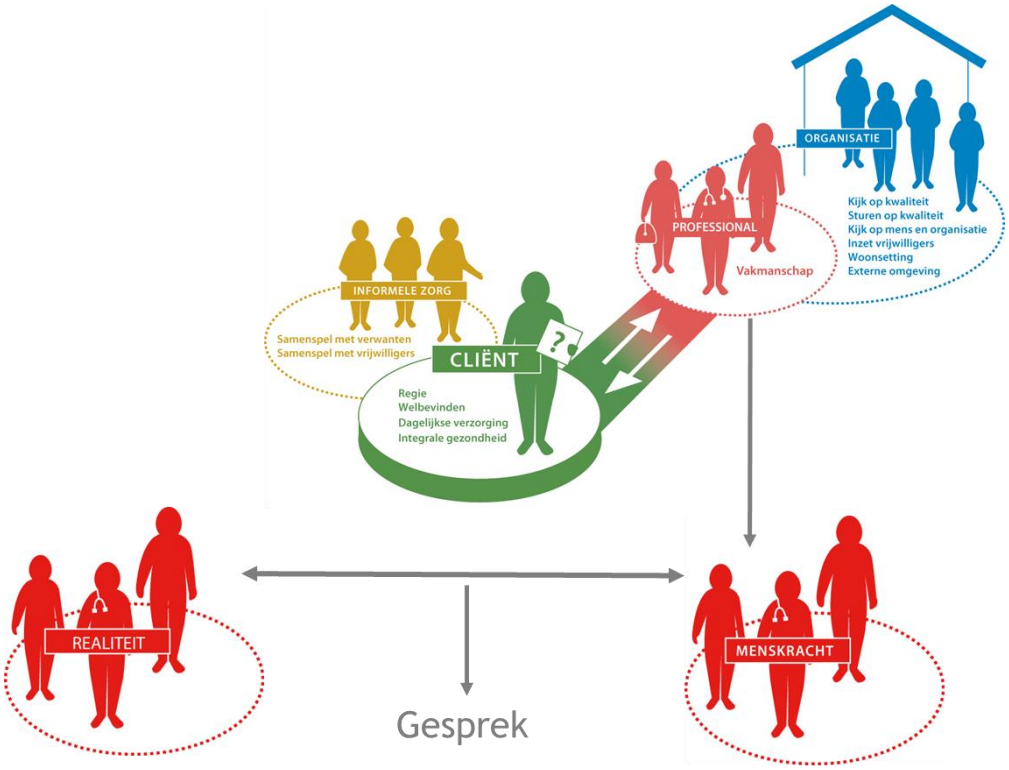
Tabel 1. Overzicht van verdiepingsvragen per partij

Stap 4. Inzicht krijgen in de impact op de gewenste personeelssamenstelling

Wanneer alle vragen zijn beantwoord ontstaat een beeld van de gewenste samenstelling van het personeel, onderscheiden naar deskundigheid, competenties en drijfveren van de professionals.

Stap 5. In gesprek over de gewenste personeelssamenstelling in relatie tot de realiteit

De organisatie is verantwoordelijk voor haar cliënten, met zijn individuele behoeften. Daarvoor zijn medewerkers aangetrokken, die zorgdragen voor het beantwoorden van deze behoefte. De continue uitdaging is om te komen tot een optimale samenstelling om de behoefte van de cliënt voor zorg, welzijn en behandeling zo goed mogelijk te beantwoorden. Door de uitkomsten van de leidraad regelmatig te vergelijken met de huidige samenstelling (uitgedrukt in deskundigheid, competenties, drijfveren) worden de overeenkomsten en verschillen duidelijk. In dit gesprek staat de behoefte van de cliënt, de keuzes en ambities van de organisatie en de vertaling naar de personele inzet centraal. De bevindingen vormen het vertrekpunt voor het gesprek met elkaar dat in de volgende figuur is weergegeven.



Leeswijzer

Hoofdstuk 3 beschrijft de onderwerpen en vragen die worden gesteld rondom de behoefte van de cliënt. Hoofdstuk 4 gaat in op de informele zorg. Het gaat hier om de mate van betrokkenheid van de verwanten en vrijwilligers. Hoofdstuk 5 beschrijft de betrokkenheid van de professionals en hoofdstuk 6 gaat in op de onderwerpen en vragen rondom de organisatie. Hoofdstuk 7 beschrijft de effecten van de antwoorden op de vragen over de cliënt, informele zorg, professionals en organisatie op de inzet van professionals in de vorm van menskracht. Tot slot beschrijft hoofdstuk 8 de informatie die gebruikt kan worden voor een goed gesprek over de gewenste personeelssamenstelling in relatie tot de realiteit.

3. Cliënten

Onder cliënten verstaan we de burgers die woonachtig zijn in een verpleeghuis. Een cliënt met zijn eigen verhaal, eigen wensen en eigen behoeften.

De behoefte van de cliënt is verbijzonderd naar vier onderwerpen:

- Regie
- Welbevinden, de wensen van de persoon voor een prettig leven, zijn kansen op eigen welbevinden.
- Dagelijkse verzorging.
- Integrale gezondheidszorg, gericht op functiebehoud en comfort.

Regie

Uitgangspunt is dat de cliënt naar vermogen regie heeft over zijn eigen leven. Deze regie komt tot uiting in de wijze waarop de cliënt zijn behoeften duidelijk maakt, zijn (dagelijks) leven wil inrichten en de wijze waarop de organisatie hierop in speelt. In de leidraad stellen we de volgende vraag:

- In welke mate zijn uw cliënten in staat zelf regie te voeren (al dan niet ondersteund door de eigen informele zorg)?

Welbevinden

De taskforce benoemt expliciet het belang van het hebben van een zinnige bezigheid. De focus op alleen de ‘bezigheid’ is voor de leidraad te smal. Wij kiezen ervoor om het welzijn van de cliënt breed op te pakken. Er is gekozen om bezigheid onder te brengen onder het ruimere begrip welbevinden. In de leidraad stellen we drie vragen over welbevinden.

- In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan mentaal welbevinden en zingeving?
  Hieronder valt onder andere:
  - Aandacht voor het eigen leven: levensverhaal, vreugde, verbondenheid en verdriet;
  - Mogelijkheden voor zelfmanagement en eigen regie;
  - Aandacht voor idealen, spiritualiteit, religie en levensvragen.
  - Geluk beleven, genieten en balans.
- In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan verbondenheid met de eigen sociale setting, meedoen en participeren?
  Hieronder valt bijvoorbeeld: sociale contacten, betrokken blijven, communiceren, van betekenis zijn voor een ander, wederkerigheid
- In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan binding met (culturele) achtergrond?
  Hieronder valt bijvoorbeeld het spreken in moedertaal of dialect en voorkeur voor leefstijl(groepen).

De gebruiker dient zicht te hebben op de behoefte van de cliënt op deze vragen en bij de beantwoording aan te geven in welke mate het van toepassing is voor haar eigen cliëntpopulatie.

Dagelijkse verzorging

Dagelijkse verzorging gaat veelal over de contacttijd die de medewerkers met de cliënten hebben. Hieronder valt onder andere de persoonlijke verzorging en het bieden van hulp bij eten en drinken wanneer de cliënt het niet meer zelf kan. Daarnaast is er oog voor de mogelijke (gezondheids)risico’s, denk hierbij aan

lichamelijk letsel en chronische ziekten, verwaarlozing, maatschappelijke teloorgang en/of persoonlijke ontwikkeling, waar de doelgroep mee te maken krijgt. Indien van toepassing, vindt deze ondersteuning plaats in afstemming met de betrokken behandelaren en begeleiders.

Met betrekking tot de dagelijkse verzorging is complexiteit een belangrijk aspect om rekening mee te houden. In "Leren van de Toekomst"[2] wordt beschreven dat complexiteit zowel *casus complexiteit* als *patiënt complexiteit* omvat. Ook in het advies "Naar nieuwe zorg en zorgberoepen; de contouren" is gebruik gemaakt van dezelfde indeling.[3] Op basis van deze indeling is met betrekking tot de personeels-samenstelling in relatie tot de basisverzorging de patiënt complexiteit van belang.

De aspecten die hierbij zijn genoemd zijn opgenomen in de leidraad en omgezet tot de volgende vragen: In hoeverre is bij uw cliëntenpopulatie sprake van:

- gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch en/of sociaal,
- problemen, die elkaar beïnvloeden en waarvan oorzaak en gevolg door elkaar heen lopen waardoor het beeld gecompliceerd is,
- een wankel of verstoord evenwicht, hoge kwetsbaarheid,
- onvoorspelbaarheid, onzekerheid over het verloop,
- hoog tempo waarin de veranderingen optreden,
- routines en richtlijnen die niet "passen",
- een grote zorgvraag met inbreng van veel verschillende zorgverleners,
- lage (gezondheid) geletterdheid[4]?

In de leidraad kan de gebruiker aangeven welke mate van complexiteit van toepassing is voor zijn populatie op een schaal van gemiddeld complex tot hoog complex.

Integrale gezondheidszorg

Iedere cliënt in het verpleeghuis heeft een indicatie voor een opname binnen de Wet Langdurige Zorg (Wlz). In de regel is sprake van somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen, cognitieve, lichamelijke en/of psychiatrische. Dit vormt de basis voor de personele samenstelling. De cliënten mogen ervan uitgaan dat ze erop kunnen rekenen dat zijn of haar gezondheid goed wordt gevolgd vanuit een multidisciplinaire aanpak, waarbij een behandelaar eindverantwoordelijk is voor de integrale zorg. De cliënt krijgt de behandeling die gericht is op functiebehoud en/of comfort en gezondheidsbescherming. Als bijvoorbeeld sprake is van overwegend pg-problematiek, is de aanname dat de organisatie daarop reeds heeft voorgesorteerd met betrekking tot de personele samenstelling. Met de leidraad kan de gebruiker aangeven in welke mate sprake is van bijkomende problematiek.

In de leidraad zijn de volgende vragen opgenomen:

---

[2] J. Lambregts & A. Grotendorst (red.), Leren van de toekomst. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2012.

[3] Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren', M. Kaljouw & K. van Vliet (red.), 2015.

[4] Om de regie over zijn zorgproces te kunnen nemen heeft de zorgvrager vaardigheden nodig om informatie tot zich te nemen. Als het opnemen van informatie wordt beperkt door bijvoorbeeld gebrek aan digitale vaardigheden, het niet of beperkt beheersen van de Nederlandse taal en leesvaardigheid, een beperkt cognitief vermogen en/of zintuiglijke beperkingen, dan beïnvloedt dit de zorgvraag.

- In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan ondersteuning als gevolg van onbegrepen gedrag en kennis over alternatieven voor vrijheid-beperkende maatregelen? Realiseer hierbij dat de cliënt behoefte heeft aan specifieke kennis rondom ziektebeelden die daaraan gerelateerd zijn:
  - Alzheimer, dementieel syndroom
  - Psychiatrische problematiek
  - Niet aangeboren hersenletsel (waaronder CVA)
  - Korsakov
  - Jong dementerenden
- In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan ondersteuning als gevolg van specifieke verpleegkundige kennis vanwege specifieke ziektebeelden:
  - Ziektebeelden zoals Huntington, ALS, MS, Parkinson, CVA, Rheuma
  - Medicatie
  - Pijnbestrijding
  - Mondverzorging
  - Infectiepreventie
- In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan ondersteuning om het functioneren te verbeteren? Denk hierbij aan:
  - Ondersteuning als gevolg van revalidatie
  - Aanleren van ADL-vaardigheden en mobiliteit

4. Informele zorg

De betrokkenheid van de informele zorg is essentieel voor de cliënt en voor de organisatie. Bij de ontwikkeling van de leidraad is het niet de vraag òf verwanten en/of vrijwilligers betrokken zijn maar hòe ze betrokken zijn. Welke behoefte hebben de cliënten, van welke betekenis zijn de verwanten en vrijwilligers, welke ondersteuning kunnen zij bieden en hoe kan de organisatie hier zo goed mogelijk op inspelen?

Bij het in kaart brengen van de mogelijkheden hebben we in de leidraad aandacht voor de kenmerken van het cliëntsysteem om vervolgens de vraag te kunnen stellen in welke mate de verwanten en vrijwilligers een bijdrage kunnen leveren aan de zorgverlening en sociale activiteiten.

De vrijwilligers zijn op twee plaatsen in de leidraad opgenomen, namelijk onder de noemer *informele zorg* en bij de *organisatie*. Er is voor dit onderscheid gekozen omdat de vrijwilligers onder de informele zorg door hun (vaak jarenlange) nauwe relatie met de cliënt voor de cliënt van andere betekenis zijn, dan de vrijwilligers die door de organisatie worden ingezet.

Kenmerken van cliëntsysteem

Elementen die meespelen bij de beoordeling van de mate van betrokkenheid van het cliëntsysteem zijn bijvoorbeeld:

- Wat is de draaglast van de verwanten en/of vrijwilligers van uw cliënten? Hieronder wordt de mate van belasting verstaan.
- Wat is de draagkracht van de verwanten en/of vrijwilligers van uw cliënten? Het gaat hier om de mogelijkheden die verwanten hebben om in de behoefte van hun naaste te voorzien.

Samenwerking rondom zorgverlening

In welke mate zijn de verwanten en/of vrijwilligers van uw cliënten in staat om een bijdrage te leveren aan (het proces van) de zorgverlening en/of sociale activiteiten? Hierbij denken we aan:

- gezelligheid bieden, een praatje maken, emotionele steun bieden, begeleiden bij regie/daginvulling, initiëren en organiseren van sociale activiteiten zoals knutselen, wandelen, oefeningen om conditie op pijl te houden en schilderen.
- lichte zorginhoudelijke taken (aankleden, steunkousen et cetera), begeleiding bij ziektebeeld, wassen en/of strijken, schoonmaken en/of koken,
- ondersteuning bij eten,
- opstellen van het zorgleefplan, evaluatiegesprekken, meedenken in keuzes.

5. Professional

De professionals zijn het gezicht van de organisatie richting de cliënt. Zij vertegenwoordigen de organisatie maar ook zijn of haar eigen vakgebied. In de afweging om te komen tot een verantwoorde personeelssamenstelling is de mening en vakkennis van de professional ook van belang. Voor het leveren van zorg en ondersteuning in het verpleeghuis gaat het om de volgende functioneringsniveaus:

- Helpende, woonzorgbegeleider (kwalificatieniveau 1)
- Verzorgende (kwalificatieniveau 2)
- Verzorgende Individuele Gezondheidszorg-IG/Agogisch Werk-AG (kwalificatieniveau 3)
- Verpleegkundige-mbo (kwalificatieniveau 4)
- Verpleegkundige-hbo (kwalificatieniveau 5)
- Verpleegkundig specialist (kwalificatieniveau 6)

Bij de (para)medische beroepen gaan we uit van:

- Specialist ouderengeneeskunde (SOG)
- (GZ)Psycholoog
- Geriater
- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Diëtiste
- Logopedist

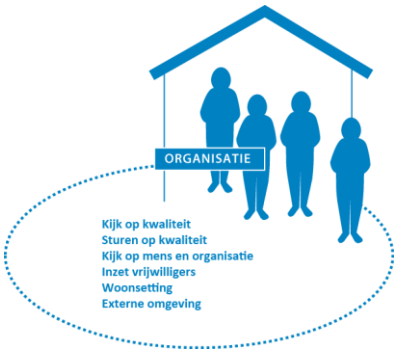
Daarnaast zien we in praktijk ook de volgende relevante hulpverleners:

- Maatschappelijk werk
- Muziek therapeut
- Creatief therapeut

Voor de professional staat vakmanschap centraal. Onder vakmanschap verstaan we de vakinhoudelijke kennis van de professional. Goed zijn in je vak, als vakmanschap waarde toevoegt voor de cliënt en de organisatie wordt gewerkt aan professionaliteit.

De vraag die we hiervoor in de leidraad hebben opgenomen:

- Welke protocollen en richtlijnen zijn voor de cliënt van toepassing waar rekening mee moet worden gehouden voor het leveren van verantwoorde zorg?



6. Organisatie

Bij de onderwerpen van de organisatie ligt het accent op de visie en sturing van de organisatie en hoe de organisatie zich in haar omgeving begeeft. De organisatie is verbijzonderd naar zes onderwerpen:

- Kijk op kwaliteit
- Sturen op kwaliteit
- Kijk op mens & organisatie
- Inzet vrijwilligers
- Woonsetting
- Externe omgeving

Kijk op kwaliteit

Met deze vraag willen we zicht krijgen op de wijze waarop de organisatie haar missie en visie rondom het leveren van kwaliteit in de praktijk vormgeeft. De twee uitersten die we hier definiëren zijn ‘visie gericht op ziekte en zorg’ en ‘visies gericht op gezondheid en gedrag’. Het is niet zo dat de gebruiker een keuze moet maken tussen één van deze twee, maar juist de afweging moet maken in hoeverre deze categorieën binnen de organisatie van toepassing zijn. In de leidraad vragen we naar de mate waarin de kwaliteit wordt gebaseerd op ‘ziekte en zorg’ en ‘gezondheid en gedrag’. Hierbij hanteren we de volgende twee beschrijvingen in relatie tot de impact op de personeelssamenstelling.

- Focus gericht op ziekte en zorg kenmerkt zich door:
  - Zorg verlenen en behandelen
  - Beperkingen, risicobeheersing, veiligheid
  - Zorgen voor, vertellen wat goed is
  - Vakdeskundigheid, uitvoeren voorbehouden en risicovolle handelingen
  - Werken volgens vaste routines, standaarden en richtlijnen
- Focus gericht op gezondheid en gedrag kenmerkt zich door:
  - Welbevinden, kwaliteit van leven, leefplezier
  - Zelfmanagement, risico-afwegin
  - Acceptatie, comfort bieden
  - Zorgen dat, luisteren wat de wens is
  - Relatie, aandacht en contact
  - Flexibiliteit, differentiatie

De gebruiker geeft voor beide visies aan in welke mate vanuit deze visie wordt gewerkt.

Sturen op kwaliteit

Het is van belang om de paradigma’s in het denken over kwaliteit te beschouwen. In het eerste paradigma ziet men kwaliteit als *meetbaar* element. Het is gericht op het beheersen van fouten en risico’s. Resultaten van vragenlijsten en protocollen domineren.

Een tweede paradigma kenmerkt kwaliteit door het *voeren van het goede gesprek*. Kwaliteitsdenken krijgt daardoor een cultuurkarakter. Een sterke cultuur voor kwaliteitsverbetering, wordt gekenmerkt door gemeenschappelijke waarden (alle neuzen in dezelfde richting), een gezamenlijk gevoel van missie (we gaan ervoor) en inspirerend leiderschap met toewijding aan het leveren van excellente zorg (het kan altijd beter).

Ook is er een derde paradigma te onderkennen: kwaliteitsverbetering is een *veranderingsproces* waarin geen normatief standpunt in is te nemen. Binnen dit paradigma wordt niet aangegeven hoe het moet, maar stelt men steeds de vraag: “Wat en Waarom gaat het (niet) goed?”. De essentie van dit proces is: ‘Samen met anderen kritisch kijken naar het eigen handelen, om dit vervolgens te verbeteren’.

Voor de leidraad is het van belang zicht te hebben op waar de organisatie staat en zich kan ontwikkelen. Hierover zijn in de leidraad drie vragen opgenomen. Bij het invullen van de leidraad beantwoordt de gebruiker alle drie vragen afzonderlijk.

- In welke mate is uw organisatie gericht op ‘meten’?
  Hierbij gaat het om de volgende aspecten:
  - Beheersen
  - Standaardisatie
  - Werken met meetbare parameters
- In welke mate is uw organisatie gericht op ‘verhalen en het gesprek’?
  Hierbij gaat het om de volgende aspecten:
  - Gemeenschappelijke waarden
  - Inspirerend leiderschap
  - Gezamenlijk gevoel
- In welke mate is uw organisatie gericht op ‘continu leren’?
  Hierbij gaat het om de volgende aspecten:
  - Samen vragen stellen op eigen handelen
  - Innovatief
  - Teamleren

Kijk op mens & organisatie

Bij de kijk op mens & organisatie gaat het om de verhouding tussen beheersen en leren binnen de organisatie. Om hier zicht op te krijgen bevat de leidraad twee vragen. De gebruiker beantwoordt beide vragen.

- In welke mate richt de organisatie zich op planning, controle en beheersing?
  Hierbij gaat het om de volgende aspecten:
  - Hiërarchie
  - Plannen en organiseren
  - Registreren en controleren
  - Systemen
  - Uniformiteit
- In welke mate richt de organisatie zich op vertrouwen, verbinding en vakmanschap?
  Hierbij gaat het om de volgende aspecten:
  - Ontwikkelruimte
  - Samenhang
  - Diversiteit
  - Dialoog
  - Onbewust bekwaam
  - Drieslag leren

Samenspel met vrijwilligers

De wijze waarop de organisatie vrijwilligers inzet in haar organisatie kan op verschillende manieren. De centrale vraag voor het samenspel met vrijwilligers is: In welke mate zijn de vrijwilligers in staat om een bijdrage te leveren aan (het proces van) de zorgverlening en/of sociale activiteiten? Dit is onder te verdelen naar

collectieve diensten, hand- en spandiensten op afdeling en individuele diensten aan cliënten. Hierbij denken we aan:

- gezelligheid bieden, een praatje maken, emotionele steun bieden, begeleiden bij regie/daginvulling, initiëren en organiseren van sociale activiteiten,
- lichte zorginhoudelijke taken (aankleden, steunkousen et cetera), wassen en/of strijken, schoonmaken en/of koken.

Woonsetting

De intramurale verpleeghuiszorg kenmerkt zich door het gebruik van de functie verblijf door cliënten. Het verblijf maakt onderdeel uit van de zorgbehoefte van de cliënt. Echter, de inrichting van de woonsetting kan behoorlijk van invloed zijn op de personeelsplanning. In de intramurale setting van verpleeghuizen werkt de inzet van technische toepassingen met name door in de kwantitatieve inzet van personeel. Voorbeelden van de inzet van dergelijke technologie zijn: de inzet van deuropeners, het gebruik van camera's, leefcirkels, dwaaldetectoren, et cetera. Dit heeft invloed voor de cliënt en verwanten op de beleving van veiligheid. Voor de organisatie vertaalt dit zich met name in het efficiënter en doelmatiger kunnen plannen van ondersteuning en zorg.

Hierover zijn in de leidraad twee vragen opgenomen

- In welke mate is de organisatie kleinschalig georganiseerd?
  Het betreft fysieke kenmerken van het gebouw. Hoe zelfstandig zijn de wooneenheden en wat is de flexibiliteit om het organisatorisch efficiënt te organiseren. Is de wooneenheid volledig autonoom of biedt het gebouw mogelijkheden om de organisatorische eenheden groter te maken dan de wooneenheden?
- In welke mate zet de organisatie technische toepassingen in?
  Het betreft technische toepassingen binnen het gebouw. Toepassingen op het gebied van domotica en eHealth (ICT, internet, mobiele technologie voor gezondheid, welzijn en zorg).

Externe omgeving

De externe omgeving is een ruim begrip. Als we kijken welke invloeden van buiten doorwerken in de personeelssamenstelling, nemen we slechts enkele aspecten van de externe omgeving mee. Dat wil niet zeggen dat er niet meer van invloed zijn, maar de verwachting is dat deze minder relevant zijn. De centrale vraag is: Welke externe factoren zijn mogelijk direct van invloed op een verantwoorde personeels-samenstelling? Voor de leidraad hebben we gekozen voor twee dominante factoren, die zijn omgezet naar twee vragen:

- Gaat uw organisatie uit van de letter van de wet of de geest van de wet?
  Denk hierbij bijvoorbeeld aan omgang met vrijheid beperkende maatregelen en regelingen voor voedsel en hygiëne.
- Is sprake van arbeidsmarktproblematiek?
  Iedere organisatie heeft zijn eigen specifieke kenmerken, zo ook de geografische ligging. Deze kan direct van invloed zijn op het gevoerde personeelsbeleid. Is sprake van een krapte of juist een overschot? In het eerste geval heeft de aanbieder meer keuzevrijheid, dan wanneer hij zijn keuzes moet aanpassen aan de beschikbare capaciteit van arbeidskrachten.

7. Gewenste menskracht

De dynamiek tussen de partijen zoals beschreven in de hoofdstuk drie, vier, vijf en zes tezamen vertaalt zich in de personeelssamenstelling ofwel de inzet van menskracht. Door het beantwoorden van voorafgaande vragen, komt een beeld naar voren van de kenmerken die worden gevraagd van de medewerkers, die we onderscheiden naar:

- Deskundigheid
- Competenties
- Drijfveren

Met dit onderscheid is het mogelijk om de discussie rondom verantwoorde personeelssamenstelling goed te faciliteren. Het gaat hierbij om de kwaliteiten van medewerkers die nodig zijn om aan te sluiten bij de behoeften van de cliënten. De combinatie van deskundigheid, competenties en drijfveren moet aansluiten bij de vragen van de cliënten en hun verwanten. Voor een uniforme interpretatie van deze begrippen volgt hieronder een korte beschrijving.

Deskundigheid

Bij deskundigheid gaat het om het opleidingsniveau dat aangeeft of iemand bevoegd is om een functie uit te oefenen. Daarnaast is het van belang dat de zorgverlener bekwaam is om bepaalde handelingen uit te voeren.

- *Bevoegd*
  Bevoegd voor een voorbehouden handeling ben je als je daarvoor de vereiste papieren hebt. Dit betekent dat je een relevant diploma hebt gehaald of bijscholing hebt gevolgd om de betreffende handeling uit te kunnen voeren. Met het hebben van een diploma, of het volgen van bijscholing heb je voldoende theoretische kennis om de handeling uit te voeren.
- *Bekwaam*
  Als je bekwaam bent voor een bepaalde handeling betekent dit dat je de hiervoor vereiste papieren hebt én dat je de handeling beheerst. Bekwaam betekent dat je de juiste vaardigheden beheerst om de handeling uit te voeren. Iedere beroepsbeoefenaar is verantwoordelijk om zelf te bepalen of hij/zij beschikt over de vereiste bekwaamheid.

Competenties

Bij competenties gaat het om succesvol werkgedrag; om ontwikkelbare vermogens van mensen om in voorkomende situaties op adequate, doelbewuste en gemotiveerde wijze proces- en resultaatgericht te handelen. Competenties zijn context-gebonden en ondeelbaar, dat wil zeggen clusters van vaardigheden, kennis, attituden, eigenschappen en inzichten. Bij de beschrijving van de bekwaamheids- of competentiegebieden maken we gebruik van de ordening in zeven gebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Deze ordening wordt door verschillende organisaties gebruikt bij de omschrijving van beroeps- of competentieprofielen, zoals de V&VN, KNMG Colleges, Verenso en de Kamer Gezondheidszorgpsychologen (KGzP).

We hanteren zeven competentiegebieden die we kort toelichten met enkele voorbeelden van competenties uit de competentieprofielen van diverse typen hulpverleners (deze uitwerking is dus niet uitputtend maar louter illustratief):

1. Vakinhoudelijk handelen
   - Beschikken over adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied
   - Toepassen van het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied
   - Effectieve zorg verlenen in laag, midden of hoog complexe zorgsituaties
   - Signaleren van veranderingen in de gezondheidstoestand
   - Zorg onderbouwen met klinisch redeneren
2. Communicatie
   - Vertrouwensrelatie aangaan met cliënt
   - Cliënt betrekken bij besluitvorming
   - Informatie, voorlichting en advies geven
   - Mondelinge en schriftelijke verslaglegging over de cliëntcasus
   - Zorgen voor optimale informatie-uitwisseling met betrokkenen
3. Samenwerking
   - Doelmatig overleg met collega's en andere zorgverleners
   - Effectief samenwerken met alle betrokkenen
   - Adviseren van collega's binnen en buiten de organisatie
   - Adequate en doelgerichte verwijzing
4. Kennis en wetenschap
   - Systematisch bijdragen aan verbetering en vernieuwing in de zorgverlening
   - Werkbegeleiding geven aan studenten en medewerkers
   - Bevordering van verbreding en ontwikkeling van wetenschappelijke vakkennis
   - Voortdurend actueel houden van eigen kennis
5. Maatschappelijk handelen
   - (H)erkennen van ethische problemen en beargumenteren van de gekozen handelswijze
   - Bevorderen van de gezondheid van cliënten
   - Herkennen van structurele gezondheidsproblemen, behartigen van cliëntbelangen en op de juiste plek aan de orde stellen in de organisatie
   - Sensitief zijn voor specifieke kenmerken van de cliënt en het cliëntsysteem
6. Organisatie
   - Coördineren van zorgverlening en preventieprogramma's en waarborgen van de continuïteit van zorg
   - Ontwerpen van kwaliteitszorg ten behoeve van zorgverlening
   - Verantwoorde besteding van beschikbare middelen voor de cliëntenzorg
   - Zoveel mogelijk gebruik maken van informatietechnologie voor optimale cliëntenzorg
7. Professionaliteit en kwaliteit
   - Blijk geven van het vermogen zich bewust te ontwikkelen
   - Handelen volgens normen en waarden van het beroep
   - Adequaat persoonlijk en interpersoonlijk gedrag vertonen
   - Zich zelfbewust tonen
   - Hoogstaande cliëntenzorg leveren op integere, oprechte en betrokken wijze
   - Vervullen van zowel een autonome als participerende rol in de zorgverlening en verantwoorden van keuzes

Deze competenties beschrijven per type professional wat die moet kunnen op de zeven gebieden. Daarbij is het mogelijk dat het niveau waarop een professional deze competenties beheerst verschilt. De ene professional zit op het basisniveau (beheerst

de verschillende competenties en kan die toepassen bij een variatie aan cliënten) en de ander op een gevorderd niveau (geeft een eigen invulling aan de verschillende competenties, kan die ook toepassen in complexe situaties en functioneert als vraagbaak voor collega's en anderen).

Naast deze 'vakinhoudelijke' competenties zijn er ook persoonlijke competenties die een rol spelen in de relatie tussen professional en cliënt. Er bestaan diverse modellen en instrumenten die hiervoor kunnen worden gebruikt. Voor een categorisering van deze competenties maken we gebruik van de indeling die Online Talent Manager (OTM) hanteert en is gebaseerd op het Quinnmodel:

- Mensgerichte competenties (bijvoorbeeld vertrouwen, sensitiviteit, geduld, warmte en luisteren).
- Ondernemende competenties (bijvoorbeeld overtuigingskracht, onderhandelen, sociabiliteit, flexibel gedrag, omgaan met diversiteit).
- Resultaatgerichte competenties (bijvoorbeeld gewetensvolheid, oordeelsvorming, onafhankelijkheid, stressbestendigheid).
- Beheersmatige competenties (bijvoorbeeld plannen en organiseren kwaliteitsgerichtheid, voortgangscontrole).

Drijfveren

Bij drijfveren gaat het om iemands beweegredenen om iets te doen of laten. Het betreft iemands motivatie om door te gaan en een doel te bereiken. Het IJsbergmodel van McClelland laat zien hoe onzichtbare drijfveren (wat wil je?) de basis vormen van onze normen en waarden (wat denk je?) en tot uiting komen in zichtbaar gedrag (wat doe je?).

Op basis van het gedachtegoed van Clare W. Graves onderscheidt de Profile Dynamics methode zeven verschillende drijfveren die elk worden weergegeven met een kleur. Ieder mens heeft alle drijfveren in zich, maar de mate waarin verschilt van mens tot mens. Elk drijfverenprofiel heeft zijn sterke en minder sterke kanten.

1. Zoekt naar geborgenheid, veiligheid en rituelen (paars):
   bindt mensen en creëert veiligheid.
2. Wil macht en hecht aan daadkracht en snelheid (rood):
   confronteert, beslist en acteert.
3. Heeft een hang naar orde, structuur, principes en betrouwbaarheid (blauw):
   organiseert, reguleert en maakt af.
4. Vertegenwoordigt succes, competitie, resultaatgerichtheid en winnen (oranje):
   efficiënt, doelgericht.
5. Zoekt sociale verbinding in harmonie, consensus (groen):
   betrekt, verbindt en communiceert.
6. Wil vrijheid, creativiteit en vernieuwing (geel):
   creëert, innoveert en geeft input.
7. Zoekt rust door relativering, alles hangt met elkaar samen, holistisch (turquoise):
   relativeert, accepteert en plaatst in perspectief.

Door kennis van drijfveren neemt het onderlinge begrip toe en verbetert de communicatie met de cliënt en samenwerking met collega's.

Doorvertaling model naar praktijk

Voor iedere vraag over de cliënt, informele zorg, professionals en organisatie (zie hoofdstuk 3, 4, 5 en 6) is een eerste uitwerking gemaakt van wat het effect is van het antwoord op de menskracht, verbijzonderd naar deskundigheid, vakinhoudelijke en persoonlijke competenties en drijfveren. Deze uitwerking noemen we een

menskrachtprofiel. In een menskrachtprofiel is aangegeven welke deskundigheid, competenties en drijfveren de cliënten van de organisatie behoefte hebben. Deze menskrachtprofielen maken vooralsnog geen onderdeel uit van deze leidraad, omdat bij de uitwerking van deze menskrachtprofielen is gebleken, dat voor het combineren van behoeften van cliënten met deskundigheid, competenties en drijfveren van professionals meer concrete informatie van verschillende typen verpleeghuizen noodzakelijk is. Daarbij is het ook mogelijk om zicht te krijgen op de veronderstelde relatie tussen doelgroepen en menskrachtprofielen (bijvoorbeeld voor omgang met dementerenden is het van belang dat de professional geduld kan opbrengen).

Wanneer alle vragen zijn beantwoord ontstaat een set aan menskrachtprofielen. Door deze vervolgens te bundelen, ontstaat één totaalbeeld voor de woongroep, een afdeling of de hele organisatie (afhankelijk van het niveau waarop de leidraad wordt gehanteerd). Het geeft een totaalbeeld van de deskundigheid, competenties en drijfveren die op basis van de behoeften van de cliënten zijn gewenst.

8. In gesprek over de menskracht

De continue uitdaging is om te komen tot een optimale personeelssamenstelling om de behoefte van de cliënt zo goed mogelijk te beantwoorden. Door de uitkomsten van de leidraad te vergelijken met de realiteit worden de overeenkomsten en verschillen duidelijk. Het biedt inzicht in de aspecten die goed zijn en/of kunnen worden verbeterd. Daarom is dit hoofdstuk van de leidraad bedoeld om de huidige personeelssamenstelling in beeld te brengen op het gebied van deskundigheid, competenties en drijfveren.

		Beschikbare menskracht in de organisatie
Deskundigheid	Bevoegd & Bekwaam	• Helpende • Verzorgende • Verzorgende IG - AG • Verpleegkundige (mbo) • Verpleegkundige (hbo) • Verpleegkundig specialist • Specialist ouderengeneeskunde (SOG) • (GZ)psycholoog • Geriater • Fysiotherapeut • Ergotherapeut • Diëtiste • Logopedist • Maatschappelijk werk • …
	Thematische deskundigheid	• Onbegrepen gedrag • Psychiatrische problematiek • Niet aangeboren hersenletsel • Korsakov • Jong dementerenden • Huntington • ALS • Revalidatie • CVA • Parkinson • MS • Rheuma • …
Competenties	Vakinhoudelijk	• Vakinhoudelijk handelen • Communicatie • Samenwerking • Kennis en wetenschap • Maatschappelijk handelen • Organisatie • Professionaliteit en kwaliteit
	Persoonlijk	• Mensgerichte competenties • Ondernemende competenties • Resultaatgerichte competenties • Beheersmatige competenties

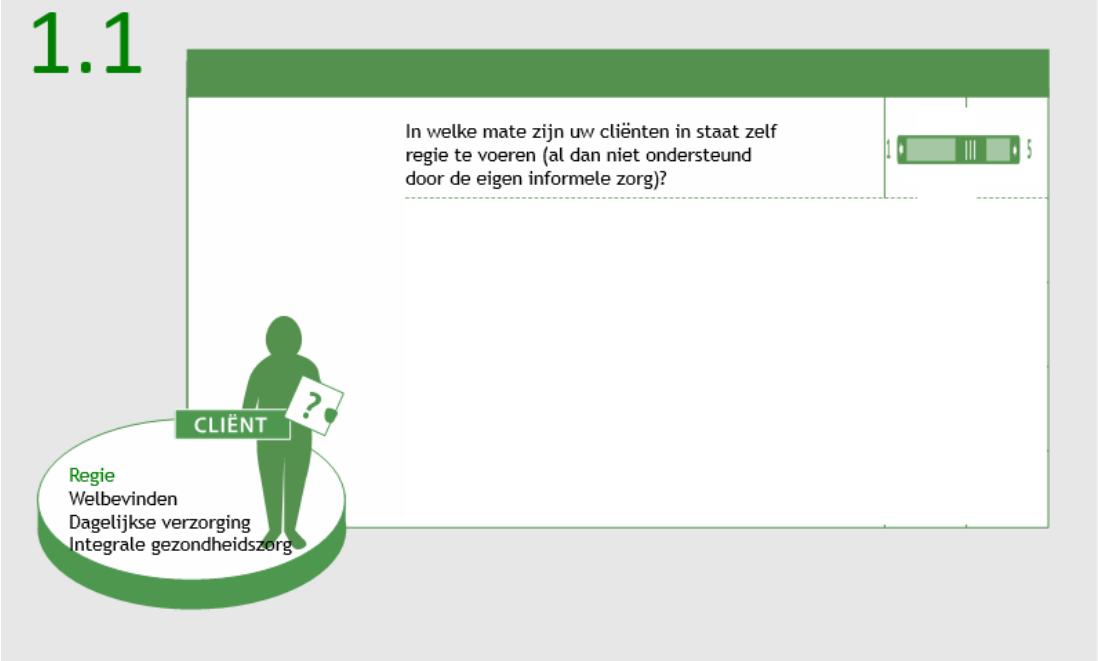
	Beschikbare menskracht in de organisatie
Drijfveren	• Geborgenheid, veiligheid • Snelheid, macht, daadkracht • Orde, structuur, principes • Succes, competitie, doelgericht • Sociaal, harmonie, consensus • Vrijheid, creativiteit, vernieuwing • Holistisch, relativerend

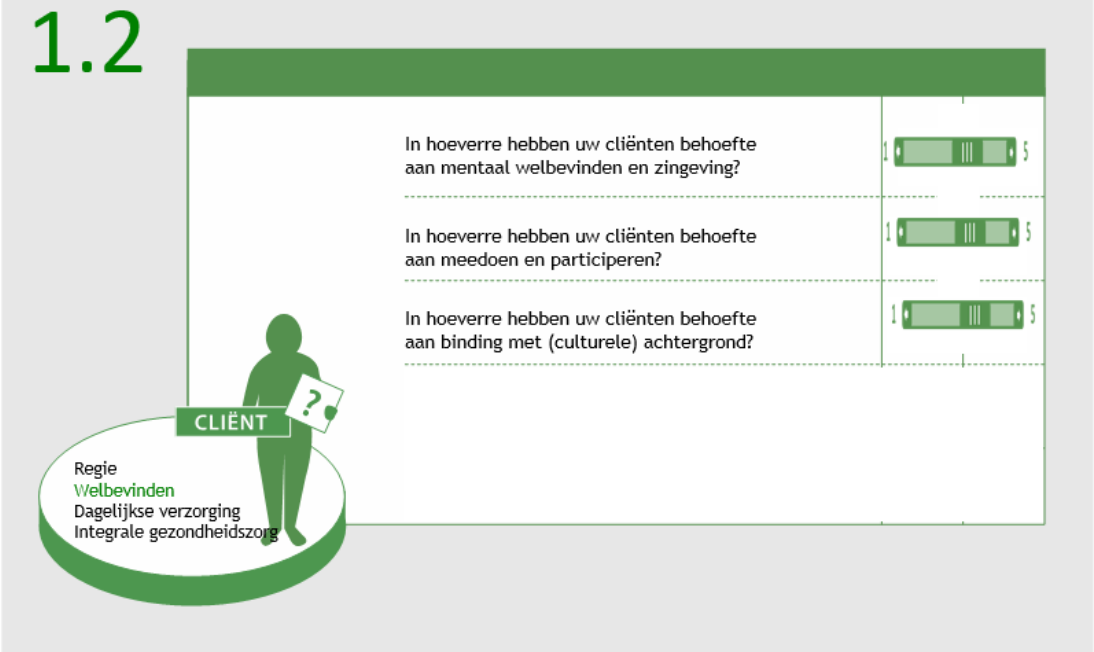
Indien inzicht is in de realiteit kan het gesprek worden gevoerd om te komen tot de gewenste menskracht. Het beantwoorden van de volgende vragen kan hierbij ondersteunend zijn:

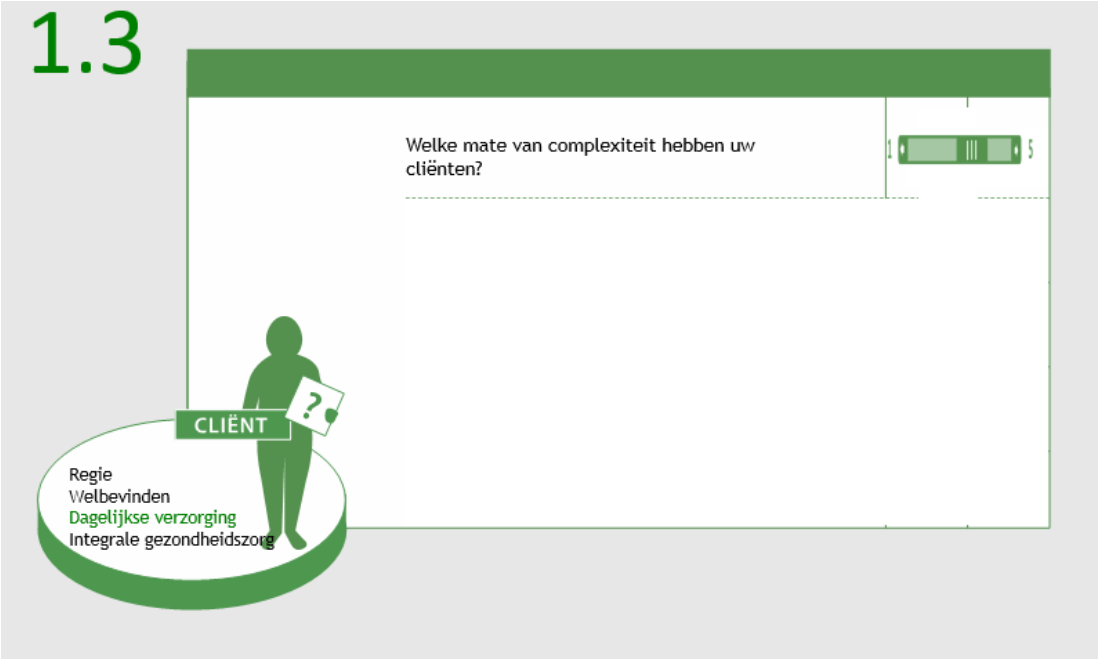
- Is er goed zicht op de bestaande deskundigheid, competenties en drijfveren van het personeel?
- Indien niet, wat gaat de organisatie doen om dat zicht te verbeteren?
- Ten aanzien van welke deskundigheid, competenties en drijfveren bestaat een verschil tussen realiteit en gewenste situatie?
- Welke acties onderneemt de organisatie om dit verschil weg te nemen: (bij)scholing en/of aanname/ontslag van personeel?

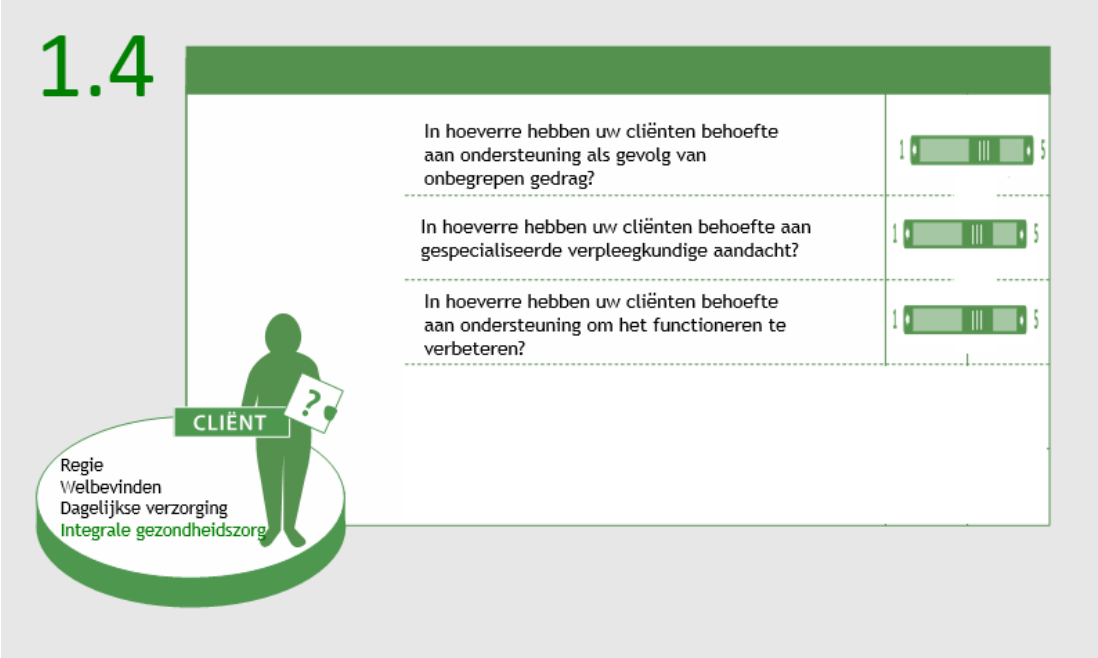
Bijlage 1. Overzicht verdiepingsvragen

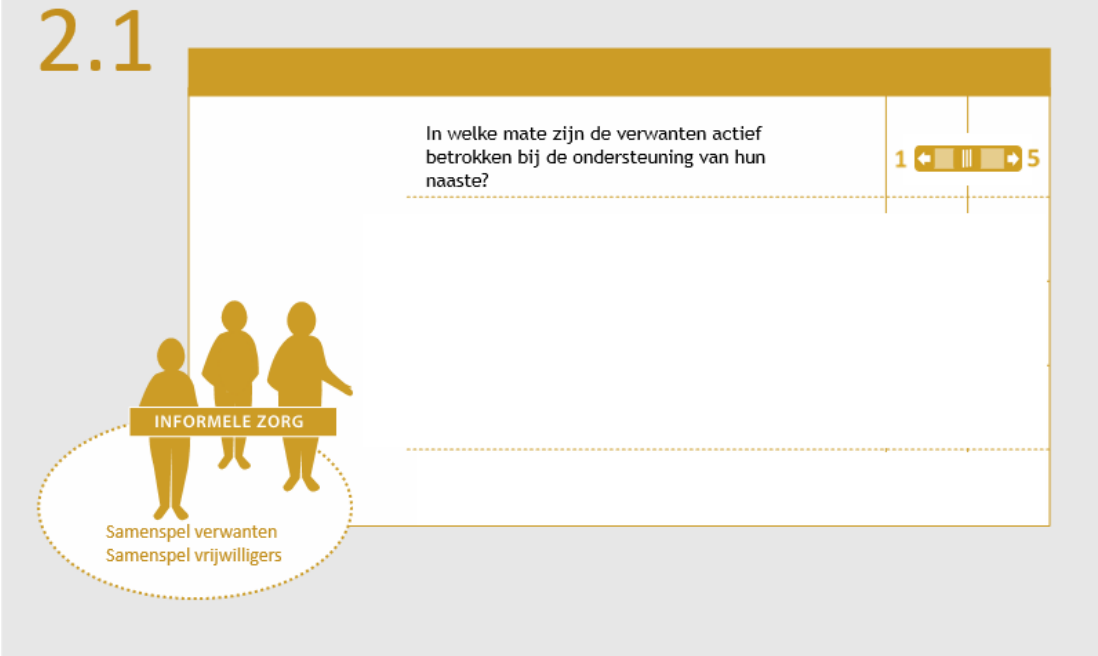
Onderstaand staan alle verdiepingsvragen uitgewerkt, zoals de gebruiker ze zou kunnen zien in het scherm van een webapplicatie. Iedere vraag wordt daarbij voorzien van een ‘i-tje’, met een korte toelichting (gebaseerd op de informatie uit hoofdstuk 3, 4 en 5).

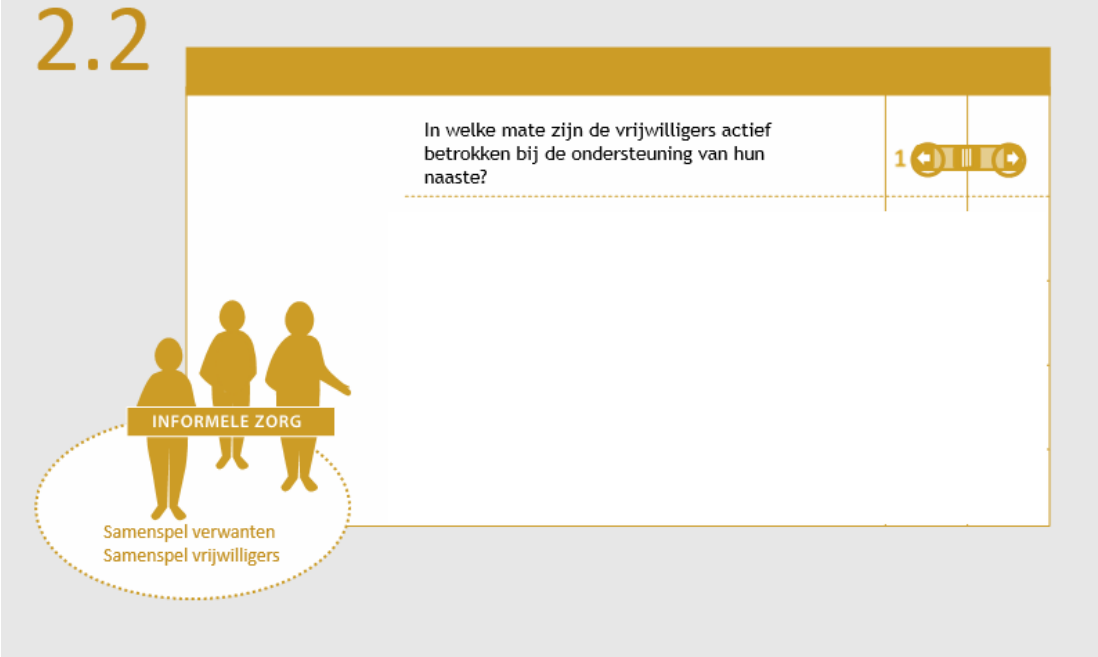





1.3
Welke mate van complexiteit hebben uw cliënten?
1
5
CLIËNT
Regie
Welbevinden
Dagelijkse verzorging
Integrale gezondheidszorg


1.4
In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan ondersteuning als gevolg van onbegrepen gedrag?
In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan gespecialiseerde verpleegkundige aandacht?
In hoeverre hebben uw cliënten behoefte aan ondersteuning om het functioneren te verbeteren?
1
5
CLIËNT
Regie
Welbevinden
Dagelijkse verzorging
Integrale gezondheidszorg


2.1
In welke mate zijn de verwanten actief betrokken bij de ondersteuning van hun naaste?
1
5
INFORMELE ZORG
Samenspel verwanten
Samenspel vrijwilligers

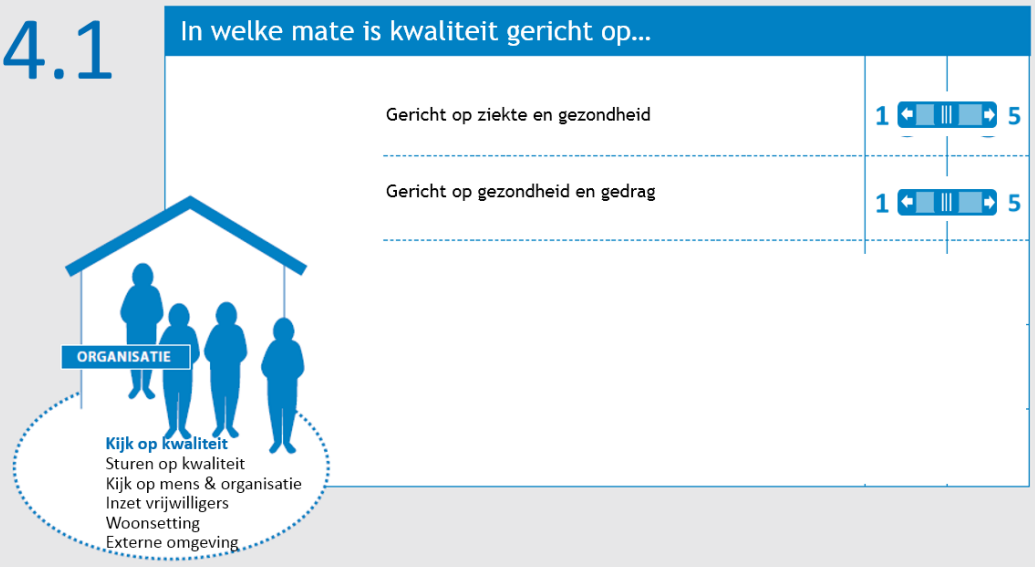

2.2
In welke mate zijn de vrijwilligers actief betrokken bij de ondersteuning van hun naaste?
1
INFORMELE ZORG
Samenspel verwanten
Samenspel vrijwilligers

3.1

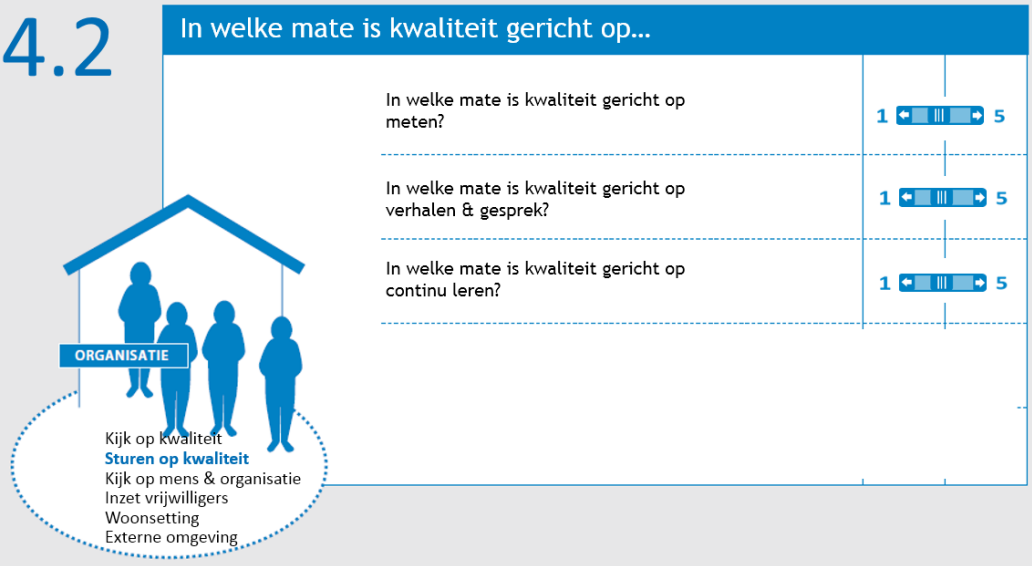
Welke protocollen en richtlijnen zijn voor de cliënt van toepassing waar rekening mee moet worden gehouden voor het leveren van verantwoorde zorg.

1 5

4.1


In welke mate is kwaliteit gericht op...
Gericht op ziekte en gezondheid
1 5
Gericht op gezondheid en gedrag
1 5
ORGANISATIE
Kijk op kwaliteit
Sturen op kwaliteit
Kijk op mens & organisatie
Inzet vrijwilligers
Woonsetting
Externe omgeving

4.2


In welke mate is kwaliteit gericht op...
In welke mate is kwaliteit gericht op meten?
1 5
In welke mate is kwaliteit gericht op verhalen & gesprek?
1 5
In welke mate is kwaliteit gericht op continu leren?
1 5
ORGANISATIE
Kijk op kwaliteit
Sturen op kwaliteit
Kijk op mens & organisatie
Inzet vrijwilligers
Woonsetting
Externe omgeving

4.3

In welke mate richt (de visie van) de organisatie zich op...

Planning, controle en beheersen 1 5

Vertrouwen, verbindingen en vakmanschap 1 5

4.4

In welke mate zijn de vrijwilligers in staat om een bijdrage te leveren aan (het proces van) de zorgverlening en/of sociale activiteiten? 1 5

4.5

In welke mate is de organisatie kleinschalig georganiseerd? 1 5

In welke mate zet de organisatie technische toepassingen in? 1 5

4.6

	Vast	Los
In welke mate stuurt de organisatie op het omgaan met wet- en regelgeving?	○	○

	Ja	Nee
Is er sprake van arbeidsmarktproblematiek?	○	○

Bijlage 2. Literatuurlijst

- Actiz. (2015) Ruimte scheppen voor welbevinden.
- Baart, A. (2014) , Presentie en zich thuis voelen in de verpleeghuiszorg.
- 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. doi: 10.1002/gps.2205.
- 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(5):927-40. doi: 10.1017/S1041610208007291.
- Brooker D.J., Wooley R.J. & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity based model of care. Aging & Mental Health, 11, 361-370.
- Canadian Nurses Association (CNA) (2012). Staff mix decision making framework for quality nursing care. Ottawa: CNA.
- Clare W. Graves, (1974) Human Nature Prepares for a Momentous Leap, The Futurist, p 72-85
- Coolen, J. (2105) Intramurale zorg voor kwetsbare ouderen, concept 31 augustus 2015.
- Hingstman, T.L., Langelaan, M., Wagner, C. (2012) Nivel, goede zorg is meer dan voldoende handen aan het bed.
- Hingstman T.L., Langelaan M. & Wagner C. (2012). De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg. Utrecht: NIVEL.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2014). Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam. Utrecht: IGZ.
- Kaljouw, M. & van Vliet, K. (red.). (2015) Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.' Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.
- Lambregts, J. & Grotendorst, A. (red.) (2012). Leren van de toekomst. Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange J. de, Willemse B., Smit D. & Pot A.M. (2011). Monitor Woonvormen Dementie. Tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leeuw, J. van der & Houtenbos, R. (2014). Minder kosten door domotica: Inzet met behoud van kwaliteit van zorg. Gedownload op 25 augustus 2015 via Vilans, http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Minder%20kosten%20door%20domotica_BoardRoomzorg_JohanvanderLeeuw_RobertHoutenbos.pdf
- Lingsma ,M & Scholten ,M.(2001). Coachen op competentieontwikkeling: Coachen boven en onder de waterlijn'. Soest
- NIVEL (2012) De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige.
- Quinn, R.E. (1998). Persoonlijk meesterschap in management, voorbij rationeel management, Academic Service.
- Van Rijn M., (2015) Kamerbrief over de uitwerking kwaliteitsbrief ouderenzorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Schippers, E.I. en Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). Kamerbrief Arbeidsmarkt: vertrouwen in professionals. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Scholten C., Elferink J., (2013) Toolkit zorg beter met vrijwilligers. Vilans, Movisie, Fonds Nuts Ohra.
- Tussentijdse conclusies stuurgroep t.a.v. complexiteit

- Verbeek H., Zwakhalen S.M., Rossum E. van, Ambergen T., Kempen G.I. & Hamers J.P. (2010). Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. Journal of the American Medical Directors Association, 11(9):662-670. doi: 10.1016/j.jamda.2010.08.001.
- Willemse B.M., Smit D., Lange J. de & Pot A.M. (2011). Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff wellbeing: Design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study. BMC Geriatrics, 11:11. doi: 10.1186/1471-2318-11-11.
- Willemse B.M., Wessel C. & Pot A.M. (2015). Monitor woonvormen dementie; Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2014. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zorginstituut Nederland (2015) Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren.

Diverse websites:

- www.minvws.nl
- www.zorgvoorbeter.nl
- www.experticecentrummantelzorg.nl
- www.agora-beroepsvereniging.nl
- www.onlinetalentmanager.nl
- Werkbalans-tool Actiz