

**Onderzoek naar de personele inzet in woonzorgcentra,
aangepast aan de veranderende zorg- en ondersteuningsnoden
van de bewoners**

Eva Eggers
Veerle Van Loon
Yannai DeJonghe
Prof. dr. Jeroen Trybou
Prof. dr. Koen Decancq
Prof. dr. Anja Declercq

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

**STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN**

Publicatie nr. 2024/01

SWVG-Rapport 85

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Onderzoek naar de personele inzet in woonzorgcentra, aangepast aan de veranderende zorg- en ondersteuningsnoden van de bewoners

Promotor: Anja Declercq¹

Copromotoren: Koen Decancq², Jeroen Trybou³

Onderzoekers: Eva Eggers¹, Veerle Van Loon², Yannai Dejonghe³

¹LUCAS KU Leuven

²UAntwerpen

³UGent

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Koen Hermans
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder
	Lut Van Hoof

Rapport 85

Augustus 2024

Onderzoek naar de personele inzet in woonzorgcentra, aangepast aan de veranderende zorg- en ondersteuningsnoden van de bewoners

Onderzoekers: Eva Eggers¹, Veerle Van Loon², Yannai Dejonghe³

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq¹

Copromotoren: Prof. dr. Koen Decancq², prof. dr. Jeroen Trybou³

¹LUCAS KU Leuven

²UAntwerpen

³UGent

Samenvatting

Situering en onderzoeksvragen

Woonzorgcentra creëren een woon- en leefomgeving voor kwetsbare ouderen met twee doelstellingen. Er wordt kwalitatieve zorg voorzien voor de zorg- en ondersteuningsnoden die tot de opname hebben geleid, maar ook een leefomgeving die een kwaliteitsvol en betekenisvol leven voor de oudere persoon mogelijk maakt. Het gaat erom dat bewoners zorg krijgen, hun waardigheid kunnen behouden en zich gerespecteerd en gehoord voelen. Dit is niet mogelijk zonder voldoende en goed opgeleid personeel met talent voor zorg en omgaan met kwetsbare ouderen. Bijgevolg is het bijzonder belangrijk dat woonzorgcentra over voldoende personeel beschikken met een juiste mix van talent en professionele capaciteiten.

De laatste jaren is de subsidiëring voor de woonzorgcentra in Vlaanderen toegenomen, vooral door de afschaffing van het onderscheid tussen ROB en RVT en de implementatie van het IFIC-loonhuis. Toch blijven de financiële druk en de werkdruk heel hoog, onder meer door de verhoogde zorgnood en de tekorten op de arbeidsmarkt. Dit heeft uitval tot gevolg, net als grote moeilijkheden om vacatures in te vullen. Het negatieve maatschappelijke beeld van woonzorgcentra draagt daar extra toe bij.

Werken in een woonzorgcentrum is niet gemakkelijk. Het vergt omgaan met mensen die heel verschillende levens hebben geleid en die op het moment van hun opname complexe noden en behoeften hebben. Dat vereist samenwerking in een team met collega's met verschillende expertises en capaciteiten. Ouderen in woonzorgcentra de zorg geven die ze nodig hebben, vraagt om voldoende en juist opgeleid personeel. Bovendien is het aanvaardbaar houden van de werkdruk en de daarmee samenhangende morele stress van groot belang.

Dit onderzoek beoogt handvatten aan te reiken en inspiratie te bieden voor de bepaling van geactualiseerde en geïntegreerde personeelsnormen voor de Vlaamse woonzorgcentra, zowel voor zorgpersoneel als voor ondersteunend personeel. Het rapport is als volgt gestructureerd.

In een eerste deel bekijken we de huidige situatie: wat zijn de normen en wie wordt effectief ingezet? We bestuderen daarvoor de wetgeving en analyseren administratieve data over de actuele en effectieve inzet van personeel tot 30/6/2021. In tweede instantie gaan we na hoe de betrokkenen – directies, personeel, bewoners en families - de personeelsinzet ervaren. Vinden zij dat er voldoende personeel is? Waar ervaren ze eventueel tekorten? Wie zou er (meer) ingezet moeten worden? We analyseren de resultaten van een survey-onderzoek bij directies en van interviews en focusgroepen bij diezelfde directies, personeelsleden, bewoners, familieleden en potentiële bewoners. Ten derde gaan we in de wetenschappelijke literatuur op zoek naar competentieprofielen voor het personeel in woonzorgcentra, en gaan we na of de literatuur ons iets leert over de competenties die nodig zijn of verwacht worden om kwaliteitsvolle zorg te kunnen geven aan bewoners van woonzorgcentra. Welke competenties nodig zijn, is sterk afhankelijk van de noden, wensen en behoeften van de populatie van die woonzorgcentra. Deze noden en behoeften brengen we in kaart aan de hand van BelRAI-data bij een representatief staal van bewoners en woonzorgcentra in Vlaanderen. Vervolgens legden we de bekomen resultaten voor aan een expertenpanel van 18 personen, om hun ideeën en commentaren te verzamelen. We sluiten het rapport af met beleidsaanbevelingen die door de onderzoeksequipe zijn geformuleerd.

Het onderzoek heeft tot doel volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Wat is de huidige situatie voor wat betreft de inzet en de samenstelling van het personeel in woonzorgcentra?
2. Wat is volgens de stakeholders nodig en wenselijk om een goed leven en goede zorg mogelijk te maken in woonzorgcentra?
3. Welke competenties zijn daar volgens de wetenschappelijke literatuur voor nodig?
4. Welke noden en behoeftes hebben de huidige bewoners van woonzorgcentra?
5. Hoe kunnen we handvatten bieden om de personele inzet beter te baseren op die noden en behoeften?

Het verloop van de studie is beïnvloed door twee belangrijke gebeurtenissen. Enerzijds werden de woonzorgcentra zwaar getroffen door de COVID-19-pandemie. In het bijzonder was de impact van de eerste golf (03/2020-06/2020) erg groot. Een groot aantal woonzorgcentra kreeg te maken met een COVID-uitbraak. Er was op dat ogenblik weinig kennis en ervaring met betrekking tot het virus en infectiepreventie. In combinatie met een tekort aan persoonlijk beschermingsmateriaal (bv. chirurgische mondneusmaskers) verspreidde het virus zich snel. Dit heeft een grote impact gehad op de gezondheid en de kwaliteit van leven van de bewoners en bijgevolg ook op het personeel. Het leven in de woonzorgcentra werd helemaal anders en ook veel personeelsleden raakten besmet. Dit alles maakte – onder meer – de nood aan meer personeel en een actualisatie van het wetgevend kader over de personele normen nog veel pertinenter. In reactie daarop – en dit is een tweede belangrijke gebeurtenis – is begin 2021 het Vlaams intersectoraal akkoord (VIA 6) afgesloten. Met dit akkoord werd een substantiële inspanning gedaan wat betreft de gefinancierde personeelsomkadering in woonzorgcentra. De COVID-19 crisis had uiteraard ook impact op de dataverzameling voor dit onderzoek. Waar relevant, vermelden we dit. Bijgevolg geeft deze studie een gedetailleerd zicht op de personeelsinzet en personeelsnoden vòòr uitvoering van VIA 6 (in werking op 1 juli 2021). Het gevolg van de beleidsmaatregelen die genomen zijn sinds VIA 6 zijn niet gevat in dit onderzoek.

Resultaten

1. Wie werkt in woonzorgcentra? Voor welke types van taken is er een tekort?

Momenteel zijn twee types van personeelsnormering van toepassing in Vlaanderen: de financieringsnormen via de Vlaamse Sociale Bescherming en de Vlaamse erkenningsnormen. Ze zijn deels complementair. Daar waar de normen van de Vlaamse sociale bescherming eerder een algemeen karakter hebben (normen over een periode van een jaar), gaan de erkenningsnormen dieper in op een aantal aspecten zoals diplomavereisten.

Na de inkanteling van de financiering van woonzorgcentra in de Vlaamse sociale bescherming werd ingezet op een vereenvoudiging van de financiering(snormen). Daarnaast werd de afgelopen jaren ingezet op hogere personeelsnormen en tegelijkertijd ook op meer flexibiliteit (binnen de gefinancierde normen en de financiering boven de normen) door middel van het VIA-6 akkoord. Een belangrijk aspect met betrekking tot de normtoetsing (VSB) betreft de regelgeving eindeloopbaan waarbij abstractie wordt gemaakt van zowel de uren vrijstelling, die als gepresteerd worden beschouwd, als van het vervangend personeel voor de arbeidsduurvermindering. Dit verstoort een inhoudelijk correcte toetsing van de personeelsnormen.

In de praktijk blijkt dat de gefinancierde normen het niet makkelijk maken om een kwaliteitsvolle werking te garanderen. Dit blijkt ook uit het feit dat de grote meerderheid aan woonzorgcentra meer medewerkers inzetten dan de financieringsnormen vooropstellen.

Uit administratieve data over het effectief ingezette personeel leiden we een aantal zaken af. Allereerst blijkt dat de personeelsinzet in de woonzorgcentra onderling zeer sterk verschilt. Dit is zowel het geval voor het aantal (voltijdsequivalenten per 30 bewoners) als voor de types van kwalificaties. De groep van woonzorgcentra kan bijgevolg als bijzonder heterogeen en divers worden beschouwd voor wat de personeelsinzet betreft. Een deel van deze verschillen kan verklaard worden door de zorg- en ondersteuningsnood van de bewoners die in de woonzorgcentra verblijven. Wat nodig is om tegemoet te komen aan de specifieke zorgvraag en de ondersteuningsnood kan van bewoner tot bewoner sterk verschillen. Deze verschillen worden door de Katz slechts in beperkte mate gecapteerd en in een beperkt aantal bewonersprofielen vertaald. Daarnaast liggen ook organisatorische aspecten aan de basis van deze verschillen in personeelsinzet. De schaal van de Vlaamse woonzorgcentra varieert sterk. Ook de grootte van de afdelingen en leefgroepen (en hoe de bestaffing tijdens de verschillende dagdelen hierop wordt afgestemd) varieert. Samenhangend hiermee wordt de bestaffing sterk bepaald door de visie op zorg en op zorgorganisatie. Dit kent heel wat diverse aspecten zoals de verpleegkundige inzet (taakgeïntegreerd vs. geïntegreerd), de wijze waarop de maaltijden worden georganiseerd, de keuze voor logistieke ondersteuning, in welke mate er een accent wordt gelegd op paramedische omkadering, de woonleefbegeleiding, enz.

Ten tweede krijgen we op basis van de administratieve data inzicht in de bestaffing in functie van de zorgafhankelijkheid van de bewoners in de voorziening door middel van de Katz-scores. Hieruit blijkt enerzijds – zoals verwacht - dat de inzet varieert in functie van de zorgafhankelijkheid van de bewoners. Voorzieningen met een hogere zorggraad (% bewoners met een hoge zorgafhankelijkheid) zetten meer personeel in dan voorzieningen met een lagere zorggraad. Anderzijds blijken er tussen voorzieningen met een gelijkaardige zorggraad toch ook grote verschillen te zijn. Slechts een kwart van de bestaffing kan door verschillen in de zorggraad worden verklaard. De redenen hiervoor zijn tweeledig. Enerzijds zijn er naast zorgzwaarte-gebonden redenen ook organisatiegebonden factoren die een rol spelen in de

bestaffing. Anderzijds is de meting van de werklust door middel van de Katz-indeling te beperkend. De kritiek ten aanzien van de Katz als werklustinstrument is niet nieuw. De beperkte validiteit en betrouwbaarheid werden reeds eerder in vraag gesteld door het KCE (Sermeus et al., 2010). We concluderen hieruit dat in het regelgevend kader voldoende flexibiliteit noodzakelijk is zodat in functie van de lokale context en inzichten voldoende vrijheidsgraden aanwezig zijn.

Ten derde blijkt uit de administratieve data - weliswaar voor 2018-2019, de situatie kan nu anders zijn - dat slechts een kleine minderheid van de voorzieningen geconfronteerd wordt met een tekort wat betreft de personeelsnormen die worden opgelegd. Wanneer er toch een normtekort is, dan zijn de compensatiemogelijkheden die voorzien zijn, toereikend. In het kader van deze studie werd tevens een simulatie gemaakt met verhoogde (RVT) normen en ook bij verhoogde normen is dit het geval.

Gezien de bestaffing in woonzorgcentra impact heeft op de kwaliteit van zorg en dienstverlening (Bostick et al., 2006; Harrington et al., 2020) is het systematisch in kaart brengen van de personeelsinzet en het opvolgen van de personeelsinzet belangrijk. Deze structuurindicator van kwaliteit kan (naast andere metingen van kwaliteit op proces- en outcome-niveau) bijdragen tot een kwaliteitsvolle residentiële ouderenzorg. Dit laat tevens toe om de impact van beleidsmaatregelen (bv. de VIA-6 hervorming, de implementatie van de BelRAI, de wijziging van de financiering) op de bestaffing op te volgen. Een gestandaardiseerde meting waarbij de personeelsinzet en de evolutie in personeelsinzet zo volledig als mogelijk, gedetailleerd wordt in kaart gebracht is belangrijk.

Ook uit de bevraging van directies van woonzorgcentra blijkt een aantal zaken. De directies geven aan dat zij heel wat tekorten aan personeel ervaren en dat zij menen dat dit een impact heeft op de kwaliteit van wonen, van leven en op de werkdruk. Er is veel diversiteit te vinden in de antwoorden, maar er zijn ook enkele opvallende gelijkenissen. Overal ervaren de directies een tekort aan verpleegkundigen en zorgkundigen. Andere ervaren tekorten betreffen logistieke hulp en woon-leefbegeleiders. De tekorten hebben deels te maken met schaarste op de arbeidsmarkt (vooral de verpleegkundigen) en deels met gebrek aan financiële middelen om meer personeel aan te werven. Dit laatste geldt zeker ook voor een functie die men nodig acht, maar vaak niet heeft, met name de psycholoog. Het gevolg is een hoge werkdruk voor verpleegkundigen en zorgkundigen, maar ook voor de leidinggevenden. Ongeveer een derde van de directies geeft aan dat de werklust onaanvaardbaar hoog is en dat essentiële taken daardoor soms niet worden uitgevoerd.

Wat betreft de tekorten in het aantal medewerkers geven de directies de hoogste scores aan domeinen die aansluiten bij het 'wonen en leven'. Meer concreet gaat het om psychosociale ondersteuning, betekenisvolle activiteiten, permanentie in de leefgroepen, communicatie en informatie met bewoner en familie, en het ondersteunen van mantelzorgers. Ook het omgaan met gedragsproblemen scoort relatief hoog voor wat het tekort in aantal medewerkers betreft. Een tweede domein betreft de organisatie en coördinatie van de zorg via het actualiseren en opvolgen van het woonzorgleefplan en het multidisciplinair overleg. Met betrekking tot de fysieke zorg wordt het tekort in aantal medewerkers voor de mondzorg als een aandachtspunt naar vorgeschoven. Dezelfde domeinen komen naar voor wanneer we vragen naar tekorten in deskundigheid. De hoogste scores werden gegeven voor de domeinen psychosociale ondersteuning, het omgaan met gedragsproblemen, het vormgeven van betekenisvolle activiteiten en de ondersteuning ten aanzien van mantelzorgers.

De directieleden die de survey invulden, geven aan dat het inzetten op logistieke ondersteuning in de zorgteams een mogelijke oplossing kan vormen. De grote meerderheid (90%) oordeelt dat hier in de toekomst meer moet op worden ingezet. Wat de Vlaamse overheid intussen ook deed, gezien logistieke

medewerkers intussen kunnen meetellen in de financiering (deel A2). Een andere oplossing zien zij in het inzetten op bijkomende normering voor expertfuncties die als inhoudelijk trekker (bijvoorbeeld referentiepersoon) de verschillende aspecten van wonen, leven en zorg deskundig helpen vormgeven. Domeinen die hoog scoren voor nood aan meer expertfuncties zijn: dementiezorg, levenseindezorg, vroegtijdige zorgplanning, infectiepreventie, wondzorg, mondzorg, het maaltijdgebeuren, zorgethiek, woonzorgplanning, medicatie en continentiezorg. Ook de functie van kwaliteitscoördinator krijgt een hoge score.

Uit de bevraging van de directieleden blijkt enerzijds een grote eensgezindheid wat betreft de tekorten en de werkdruk. Anderzijds verschillen de meningen naargelang de lokale context, zowel wat betreft mogelijke oplossingen als wat betreft de aard van de tekorten. De respondenten geven aan dat daarom ook voldoende flexibiliteit nodig is om op maat van de lokale uitdagingen een adequaat antwoord te formuleren. De directies blijken wel vast te houden aan de klassieke zorgberoepen. Zij willen vooral meer verpleegkundigen en zorgkundigen. Dit kan te maken hebben met het federale wettelijke kader (WUG). Uit andere delen van de bevraging blijkt immers dat men pleit voor meer flexibiliteit en bijkomende of andere profielen van medewerkers. In feite zou het personeelsbestand in de eerste plaats afgestemd moeten zijn op de noden en behoeften van de bewoners.

Verder bouwend op de resultaten van de survey bij directieleden, interviewden we een 22 van hen. Zij ervaren een toenemende intensieve zorgafhankelijkheid. Deze zorgafhankelijkheid situeert zich op verschillende domeinen. Enerzijds is er een toenemende fysieke zorgafhankelijkheid die leidt tot een meer frequente en intensieve ondersteuning tijdens dagelijkse activiteiten die betrekking hebben op het wonen en leven én tot een minder goede gezondheid gekenmerkt door multimorbiditeit. Anderzijds is er een grotere nood aan psychosociale ondersteuning en een betere ondersteuning van het mentaal welbevinden van de bewoners. Het lager mentaal welbevinden was vroeger minder aanwezig of op zijn minst werd het minder opgemerkt. De geïnterviewde directieleden van Vlaamse woonzorgcentra pleiten voor: (1) een globale verhoging van de personeelsnormering; (2) het meer inzetten op interdisciplinaire teams waar wonen en leven intensiever wordt vormgegeven, (3) het versterken van de competenties door het voorzien van beleidsomkadering en diverse expertfuncties, (4) het ondersteunen van de teams door middel van logistieke ondersteuning en (5) het voorzien van voldoende flexibiliteit zodat op maat van de lokale context de gepaste antwoorden kunnen worden geformuleerd.

Naast de directieleden werden 44 medewerkers geïnterviewd. Zij geven ook aan dat de werkdruk hoog is en dat daardoor onvoldoende een antwoord op maat kan geboden worden aan de ondersteuningsvraag van bewoners. De huidige bestaffing is misschien voldoende om de basiszorg vorm te geven, maar is ontoereikend om het wonen en leven tijdens de zorgmomenten en tussen de zorgmomenten door vorm te geven. Medewerkers geven in het bijzonder aan dat in de late namiddag en avonden de bestaffing te beperkt is. Zij ervaren frequent situaties waarbij zij aanvoelen onvoldoende oog te kunnen hebben voor de bewoners. Dit heeft een negatieve impact op hun (werk)beleving en het leidt tot spanningen binnen en tussen teams.

Extra omkadering is voor hen de oplossing. Door de zorgequipe te vergroten zien zij mogelijkheden om een beter antwoord te kunnen bieden tijdens de piekmomenten (bv. ochtendzorg en maaltijdmomenten). Daarnaast zien ze hierdoor mogelijkheden om tussendoor (voormiddag en namiddag) het ondersteunen en begeleiden van het wonen en leven meer vorm te kunnen geven.

Gezien het tekort aan zorgkundigen en verpleegkundigen, stellen zij een verbreding van de equipe voor. Hierbij kan ingezet worden op logistieke ondersteuning die het wonen en leven in de teams mee vorm

kan geven. Concreet zou dit ertoe leiden dat meer tijd kan genomen worden om de zorgmomenten minder taakgericht op te nemen en ze meer als begeleidingsmomenten in te vullen. Tegelijk zou dit kunnen betekenen dat de zorgelijke tussen de zorgmomenten door tijd kan vrijmaken om te participeren aan het wonen en leven. Ze zien een meer geïntegreerde organisatie mogelijk waarbij enerzijds 'zorg' en anderzijds 'wonen en leven' samenvloeien en interdisciplinair wordt vormgegeven. Alle disciplines zouden participeren in de diverse activiteiten. In functie van de concrete activiteiten (bv. een zorgmoment, maaltijdbegeleiding of een activiteit van dagbesteding) zouden verschillende disciplines een trekkersrol kunnen opnemen (bv. verpleegkundigen, ergotherapeuten, opvoeders, woon-leefbegeleiders, ...).

Tot slot bevroegen we ook (potentiële) bewoners en hun families over ervaren tekorten in het personeelsbestand. Er is verrassend weinig literatuur over de verwachtingen van bewoners en families naar het personeel en de personeelsbezetting toe in een woonzorgcentrum. Toch zien we zowel in die literatuur als in de resultaten uit de focusgroepen met potentiële bewoners, bewoners en families dezelfde thema's terugkomen: men wil graag een meer persoonsgerichte benadering, met passende activiteiten en tijd voor een babbel, door goed opgeleid en voldoende personeel. En tegelijk stellen ze vast dat er te weinig personeel is, dat ze niet voldoende tijd hebben en dat er meer differentiatie in functies en taken zou moeten zijn, zodat ook het woon- en leefaspect meer aan bod kan komen.

Potentiële bewoners linken het tekort aan personeel en het tekort aan tijd voor meer psychosociale zorg aan de financieringswijze: voor zwaardere fysieke zorg krijgt het woonzorgcentrum meer middelen en dat leidt tot minder sociaal leven in het woonzorgcentrum. Er is immers geen mix meer van verschillende profielen van bewoners, waaronder mensen die vooral een eenzaamheidsproblematiek of andere psychosociale problemen hebben.

Algemeen kunnen we concluderen dat alle stakeholders tekorten ervaren, maar dat die tekorten niet overall van dezelfde aard zijn omwille van de samenstelling van de bewonersgroep, de zorgvisie, organisatorische verschillen of de regionale arbeidsmarktsituatie. De tekorten worden op alle vlakken vastgesteld, maar lijken meer uitgesproken te zijn als het gaat over het wonen en leven in het woonzorgcentrum en de psychosociale begeleiding in vergelijking met de zorg die in het woonzorgcentrum wordt aangeboden.

2. Welke aanpassingen aan de huidige personeelsvoorwaarden zijn noodzakelijk en mogelijk opdat een passend en kwaliteitsvol antwoord kan geboden worden aan de huidige uitdagingen?

Tijdens de analyses van de tekorten die bleken uit de survey, interviews en focusgroepen kwamen al een aantal voorstellen voor verbetering naar voor: meer personeel (uiteraard), meer flexibiliteit en een andere financieringswijze. In een volgende fase van het onderzoek gingen we op zoek naar welke capaciteiten er dan wel allemaal aanwezig moeten zijn in een hedendaags woonzorgcentrum.

De Belgische en internationale competentieprofielen zijn zeer algemeen en hebben weinig aandacht voor de woon- en leefcomponent die tegenwoordig in de Vlaamse woonzorgcentra ook zeer belangrijk is, zoals bewoners, familieleden en potentiële bewoners ook aangaven in de focusgroepen.

Uit de scoping review van wetenschappelijke literatuur over competenties die nodig zijn in de residentiële zorg voor ouderen kunnen we wel inspiratie halen voor specifieke competenties, maar die literatuur is zeer uitgebreid en divers. De beschreven competenties, waaronder pedagogische, communicatieve, maar ook specifieke evidence-based zorgcompetenties, kunnen in het onderwijs en voor de permanente vorming van personeel in woonzorgcentra wel de nodige inspiratie bieden om (a)

potentiële werknemers van woonzorgcentra beter en meer specifiek voor te bereiden op werken in een woonzorgcentrum en (b) meer vorming op maat uit te werken voor het personeel van woonzorgcentra. We zien een sterke vraag naar meer logistiek en ondersteunend personeel. Vaak zal het dan gaan over mensen die niet specifiek opgeleid zijn in de zorg voor kwetsbare ouderen. Zij hebben bijgevolg nood aan vorming en opleiding, die ook ‘on the job’ gegeven kan worden, zoals nu al gebeurt voor zij-instromers. Voor de inhoud van die ‘on the job training’ kan ook inspiratie worden gevonden in de scoping review (zie hoofdstuk 8).

Een analyse van de BelRAI-data (zie hiervoor ook studie SWVG-project EF_27 ‘Analyse van de BelRAI LTCF-pilootdata in functie van het onderzoek naar de toepasbaarheid van het Resource Utilization Groups (RUG) categorisatiesysteem’; Daems & Declercq, 2023) voor een representatief staal van bewoners van woonzorgcentra toont ons dat de zorgnoden van bewoners van Vlaamse woonzorgcentra inderdaad hoog zijn, maar ook dat er heel wat potentieel is voor verbetering en voor het stabiel houden van problemen indien er bijkomende begeleiding zou kunnen gegeven worden. Bovendien zijn de noden zeer divers en bevinden ze zich niet enkel – maar uiteraard ook – in de domeinen van de fysieke gezondheidszorg. De inzet van personeel wordt daarom best afgestemd op die noden, die kunnen verschillen tussen woonzorgcentra en kunnen variëren in de tijd.

Nieuwe personele normen houden daar best rekening mee. Populaties evolueren en woonzorgcentra verschillen. Om op elk moment de juiste en kwaliteitsvolle zorg en begeleiding te kunnen geven, is voldoende personeel met de juiste competenties nodig. De samenstelling van het team dat daarvoor nodig is, is niet op elk moment en voor elk woonzorgcentrum dezelfde. Dat impliceert een nood aan een zekere flexibiliteit, in combinatie met aandacht voor expertise en permanente vorming om nieuwe expertise te verwerven. Zoals eerder gesteld, is een gestandaardiseerde meting waarbij de personeelsinzet en de evolutie in personeelsinzet zo volledig als mogelijk, gedetailleerd wordt in kaart gebracht belangrijk.

Tijdens een expertenpanel kwam naar voor dat de normen moeten weerspiegelen hoe we naar zorg voor ouderen in woonzorgcentra kijken: wat willen we bereiken en wie hebben we nodig om dat te kunnen doen? Dat impliceert zowel meer mensen als meer verschillende profielen en andere manieren van samenwerken. Een multidisciplinair samengesteld team van competente mensen met voeling voor de sector vormt de basis van kwaliteitsvolle en persoonsgerichte zorg.

Volgens de experts zijn er hoe dan ook meer mensen nodig om excellentie te bereiken. Dat moet enerzijds via meer middelen en anderzijds door meer mensen een positief beeld te geven van wat ouderenzorg is en hoe belangrijk de rol van de zorgverleners daarin is. Er is momenteel onvoldoende besef van het feit dat de zorg voor ouderen erg complexe zorg is, aldus de experts. Zij verwachten dat meer middelen zullen zorgen voor een verminderde werkdruk en daardoor voor minder ziekteverzuim en burn-out.

Zowel uit de analyses van de BelRAI-data als uit het expertenpanel blijkt dat flexibilisering de behoeften moet volgen en dat die behoeften erg variëren. Flexibilisering betekent daarnaast dat er ook meer flexibel moet kunnen worden omgegaan met wie welke taken mag uitvoeren, mits uiteraard de kwaliteit wordt gegarandeerd.

Een expert had het over de ‘kwaliteitsparadox’ in de woonzorgcentra: in de privé-sector heb je meer inkomsten als je de beste kwaliteit levert en dat laat toe om te investeren en te innoveren. In de woonzorgcentra blijven je inkomsten hoogstens dezelfde en is de ruimte voor innovatie er niet

(voldoende). De vraag stelt zich of er niet in plaats van controle op normen en op wie aanwezig is, een controle op resultaten en op kwaliteit moet zijn. De onderzoekers maken hier de kanttekening bij dat bij kwaliteitsmonitoring 'the devil in the detail is'. Gaan we belonen en bestraffen op basis van kwaliteit? Er zal een subtiel evenwicht nodig zijn tussen voldoende incentives om kwaliteit na te streven en tegelijk te vermijden dat de achterblijvers het slechter gaan doen omdat ze minder financiering krijgen.

Conclusies

Samenvattend komen we op basis van dit onderzoek tot de volgende conclusies:

- Uit deze studie blijkt nogmaals de grote diversiteit binnen de sector woonzorgcentra op vlak van zorggraad en personeelsinzet. Er bestaan ook grote verschillen in visie en organisatie. Personeelsnormen vragen voldoende flexibiliteit om lokaal in te spelen op de diverse noden en context.
- Personeelsnormen die helpen om kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning in woonzorgcentra te garanderen vormen slechts één element van een ruimer beleidskader. Ook attitude, processen en uitkomsten nemen hierin een belangrijke plaats in. Een adequate personeelsinzet, in termen van het aantal medewerkers, de kwalificatiegraad en het competentieprofiel, is een essentiële voorwaarde voor goede kwaliteit, maar leidt niet automatisch tot kwaliteit van zorg, wonen en leven in woonzorgcentra. Daarvoor zijn bijvoorbeeld ook leiderschap en visie belangrijke voorwaarden.
- Er is vraag naar meer flexibilisering. Die heeft tot doel om op een kwalitatieve en efficiënte manier ondersteunend personeel in te zetten voor taken die momenteel door zorgpersoneel (bv. zorgkundigen en verpleegkundigen) worden uitgevoerd. Een verhoging van de flexibilisering brengt evenwel ook een aantal risico's zoals onderkwalificering met zich mee waarbij beleidsmatig op dient te worden geanticipeerd. Belangrijk is tevens dat de taakhoud van deze medewerkers effectief wijzigt en evolueert. Verhoogde flexibilisering biedt daarnaast mogelijkheden tot het creëren van een loopbaanmodel waarbij ervaring wordt gevaloriseerd en waarbij door middel van levenslang leren wordt ingezet op opleiding en training.

Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe

Er is meer omkadering nodig in de woonzorgcentra

We kunnen zeker niet ontkennen dat VIA 6 een stap in de goede richting is. Uit dit onderzoek kunnen we niet afleiden of dit volstaat. Bovendien wordt de sector geconfronteerd met een zeer krappe arbeidsmarkt die het moeilijk maakt om alle vacatures in te vullen. Alle betrokken stakeholders geven aan dat de werkdruk erg hoog is, dat personeel wordt geconfronteerd met morele stress en dat bewoners voelen dat er te weinig tijd is, waardoor belangrijke taken die met het psychosociaal welzijn en de woonleefcontext te maken hebben, sneuvelen. Het personeel moet meer tijd kunnen nemen voor bewoners. De uitdaging blijft ook om het personeel effectief te vinden op de arbeidsmarkt.

Hoeveel meer personeel er nodig is en over welke capaciteiten zij moeten beschikken, is afhankelijk van de kenmerken van de bewonersgroep op dat moment, de zorgvisie en de missie van het woonzorgcentrum en van de lokale context (bijvoorbeeld de situatie op de arbeidsmarkt).

Er is nog te veel sprake van een medisch zorgmodel, onder meer door de WUG-wetgeving. We moeten verder werken aan de algemene realisatie van een woonleefmodel

Uit de analyses van de BelRAI LTCF data en uit alle getuigenissen blijkt dat heel wat problemen – die niet enkel medisch van aard zijn – beter en meer kunnen worden aangepakt. Waar de norm voor reactivering al heel wat toelaat, moeten er toch nog vaak keuzes worden gemaakt. De Wet op de Uitvoering van de Gezondheidsberoepen (WUG) legt bovendien beperkingen op. Dit is wellicht verklaarbaar uit de geschiedenis van onze woonzorgcentra en vooral van de vroegere RVT-bedden, maar een nog breder skills set is wellicht wenselijk. Er zijn bijkomende competenties nodig, die vooral te maken hebben met het psychosociale welzijn en het creëren van een aangename woon- en leefomgeving. We pleiten niet voor minder gezondheidszorg in het woonzorgcentrum, gezien de complexe zorgnoden van de bewoners, maar wel voor het verbreden en uitbreiden met personeel met bijkomende competenties en het herbekijken van de WUG-regelgeving. Deze competenties kunnen deels verworven worden op de werkvloer, mits goede en passende begeleiding. Niet alle personeelsleden moeten een master, bachelor of HBO5 diploma hebben. Mensen die voeling hebben met de zorg voor ouderen kunnen ook opgeleid worden op de werkvloer. Ook daarvoor kan een kader worden ontwikkeld. Een carrièrepad in de woonzorgcentra zou planbaar moeten zijn en gebaseerd op training en ondersteuning. Op die manier wordt een job een carrière.

Meer flexibiliteit in de normen

De sector vraagt versoepeling van de normen om in staat te blijven om aan die normen te voldoen en niet financieel bestraft te worden. Die vraag is begrijpelijk, gezien de toestand van de arbeidsmarkt en het feit dat men nu soms verplicht wordt om iemand die minder geschikt lijkt en misschien niet past in de visie van het huis, toch aan te werven om aan de norm te voldoen. Maar het loslaten van normen kan andere kwaliteitsproblemen opleveren, zoals in de conclusies van een Australisch rapport (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2020) is beschreven. Een oplossing van het arbeidsmarktprobleem mag niet leiden tot meer kwaliteitsproblemen. Om die reden blijft 'stewardship' van de overheid nodig en kan de invulling van het personeelsbestand niet volledig worden losgelaten.

Er is evenwel een grote verscheidenheid in de woonzorgcentra en in de profielen van de bewoners. Eén norm voor alle woonzorgcentra doet onrecht aan die diversiteit. De nodige skills mix moet kunnen variëren tussen woonzorgcentra en in de tijd, afhankelijk van de bewonerspopulatie in die voorziening en op dat moment. Ook de zorgvisie kan organisatie specifieke noden met zich meebrengen. In kleinschalig genormaliseerd wonen waar in elke woning wordt gekookt, zal misschien een andere personeelsgroep gewenst zijn dan in een voorziening die meer nadruk legt op andere activiteiten en bijvoorbeeld hospice care aanbiedt. Een zekere vrijheid voor de voorziening is met andere woorden ook wenselijk. Een mogelijkheid ligt in een resultaatsverbintenis en in kwaliteitsmonitoring. Hierover is echter meer onderzoek nodig.

Normen moeten ook ingevuld geraken.

Er is nood aan een nog meer gericht beleid op retentie en aantrekkelijk maken van werken in woonzorgcentra. Een sterke alliantie tussen de sector, de Vlaamse overheid en de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, van Werk en van Onderwijs en de onderwijsinstellingen lijkt daarvoor nodig.

Het is duidelijk dat er op vandaag een structureel tekort aan heel wat verschillende medewerkers in de zorg zoals verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten. Bovendien blijkt uit de meest recente studie met betrekking tot de knelpuntberoepen van de VDAB (2023) dit in het

bijzonder in de woonzorgcentra het geval. Dit tekort zal de komende jaren verder worden aangescherpt door de groeiende zorgvraag waarmee de vergrijzing gepaard gaat. Dit vraagt oplossingen op korte en middellange termijn.

Naast het 'aanbod' (hoe kunnen we de zorgberoepen aantrekkelijker maken zodat het aantal beschikbare medewerkers groter wordt) kan door flexibilisering van de personeelsnormen ook de 'vraag' bijgestuurd worden.

Hierbij kunnen twee knelpunten worden geïdentificeerd:

- De strikte regulering van de beroepsuitoefening vormt een knelpunt waardoor cliënt-gebonden taken moeilijk of niet kunnen gedelegeerd worden aan lager geschoolde medewerkers.
- De subsidiëringsregels zorgen ervoor dat er te weinig incentives zijn om extra in te zetten op ondersteunend personeel. Intussen is wel mogelijk gemaakt dat logistieke medewerkers kunnen meetellen voor de financiering via het deel A2.

Beide leiden tot een sterk doorgedreven taakdifferentiatie en staan in schril contrast met het principe van innovatieve arbeidsorganisatie waarbij taken en opdrachten kunnen worden gebundeld tot een logisch en samenhangend geheel.

Baseer personele normen niet langer op de Katz-schaal, maar op BelRAI LTCF.

Het financiële kader op basis van de Katz-schaal is te weinig aangepast aan de reële zorgnoden van de bewoners. De vergelijking BelRAI RUG's – Katz toont dat de reële zorgnood van de bewoners – en zeker niet hun potentieel tot stabiel blijven of verbeteren – niet wordt weerspiegeld door de Katz-schaal. BelRAI LTCF – stapsgewijs ingevoerd vanaf juni 2023 – biedt mogelijkheden om de noden en behoeften meer in detail in kaart te brengen en om een beter zicht te krijgen op de mogelijkheden tot verbetering. In de SWVG-studie "*EF_27 - Analyse van de BelRAI LTCF-pilootdata in functie van het onderzoek naar de toepasbaarheid van het Resource Utilization Groups (RUG) categorisatiesysteem*" (Daems & Declercq, 2023) is een eerste oefening gemaakt met het RUG-classificatiesysteem van interRAI. De data werden verzameld bij een representatief staal van woonzorgcentra, maar de meeste assessoren waren nog niet zo ervaren. De oefening gebeurt dus best opnieuw op meer uitgebreide data van meer ervaren assessoren. Vooraleer definitieve conclusies kunnen worden getrokken en robuuste beleidsaanbevelingen kunnen worden gemaakt, worden de analyse best herhaald op populatiedata. Dat impliceert dat dan alle bewoners in alle woonzorgcentra minstens één BelRAI assessment kregen.

Inhoud

Inhoud

Lijst met afkortingen	21
Hoofdstuk 1 Situering en probleemstelling	23
1 Personeelstekort in de woonzorgcentra	23
2 Onderzoeksdoelstelling	24
3 Onderzoeksvragen	24
4 Structuur van het rapport	24
Hoofdstuk 2 De normen voor personele inzet tot 30/6/2021 en VIA 6	27
1 Vlaamse Sociale Bescherming	27
1.1 Inleiding	27
1.2 Basisprincipe	28
1.3 Financieringsnormen (basistegemoetkoming)	28
1.4 Berekening basisnormen	29
1.5 Personeelsinzet	30
1.6 Normtoetsing en compensaties	30
1.7 Facultatieve normen	31
1.8 Bachelor-verpleegkundigen	31
1.9 Berekening theoretische loonkost	32
1.10 Vergoeding boven-norm (onderdeel A2)	32
1.11 Overige vergoedingen	33
2 6 ^e Vlaams Intersectoraal Akkoord (VIA 6)	33
2.1 Omkadering personeel in woonzorgcentra vanaf 1 juli 2021	34
2.2 Omkadering personen met (beginnende) dementie	34
2.3 Versterking inzet extra zorgpersoneel	35
2.4 Meer flexibiliteit binnen de personeelsnorm	35
3 Erkenningsnormen	35
3.1 Woonzorgdecreet 2009	36
3.2 Woonzorgdecreet 2019	36
Hoofdstuk 3 Analyse cijfers personele inzet op basis van administratieve data	39
1 Inleiding	39
2 Methode	39
3 Resultaten	41
3.1 Algemeen	41
3.2 Inzet in functie van zorggraad	45

3.3	Normtoetsing Vlaamse Sociale Bescherming	51
3.4	Normtoetsing Vlaamse erkenningsnormen	56
4	Besluit	57
Hoofdstuk 4 Bevraging van directies van woonzorgcentra		59
1	Inleiding	59
2	Methode	59
3	Steekproef	59
4	Beperkingen	61
5	Resultaten	61
5.1	Voorstelling resultaten	61
5.2	Beschrijvende statistiek	61
6	Besluit	76
Hoofdstuk 5 Focusgroepen directieleden		79
1	Inleiding	79
2	Methode	79
3	Resultaten	79
3.1	Veranderende ondersteuningsnoden van cliënten	79
3.2	Veranderende noden personele inzet	81
4	Besluit	84
Hoofdstuk 6 Focusgroepen medewerkers		85
1	Inleiding	85
2	Methode	85
3	Resultaten	85
3.1	Veranderende ondersteuningsnoden	85
3.2	Veranderende noden personele inzet	86
4	Besluit	90
Hoofdstuk 7 Focusgroepen bewoners en familie		93
1	Inleiding	93
1.1	Literatuur over de visie van de bewoners	93
1.2	Literatuur over de visie van de familie van bewoners	94
1.3	Literatuur over de verwachtingen van potentiële bewoners en hun families	95
2	Methode	96
3	Resultaten focusgroepen met ouderen die al hebben nagedacht over een verhuis	97
3.1	Verwachtingen	97
3.2	Redenen om (niet) te verhuizen naar een woonzorgcentrum	98
3.3	Personeel	100

4	Resultaten uit de interviews met bewoners	101
4.1	Verwachtingen	102
4.2	Relatie met personeel	102
5	Resultaten interviews met familieleden	104
5.1	Verwachtingen	104
5.2	Relatie met personeel	104
5.3	Inspraak	105
5.4	Wachten op zorg	105
5.5	Personeelsbezetting	105
6	Besluit	107

Hoofdstuk 8 Literatuurstudie naar de competenties die nodig zijn in een woonzorgcentrum 109

1	Competentieprofielen in binnen- en buitenland	109
1.1	Het Belgische competentieprofiel voor de verpleegkundige	109
1.2	Zorgkundige	115
1.3	Europese competentieprofielen voor zorgprofessionals	134
1.4	Noord-Amerikaanse competentieprofielen voor geriatrische verpleegkundigen	136
1.5	Besluit	138
2	Scoping review	138
2.1	Methode	139
2.2	Resultaten	143
2.3	Algemeen	143
2.4	Verpleegkundigen	143
2.5	Zorgkundige en verzorgende	145
2.6	Sociaal werker	149
2.7	Psychomotorisch therapeut	150
2.8	Verpleegkundig directeur	150
2.9	Interne trainer	150
3.	Besluit	151

Hoofdstuk 9 Wie woont in de Vlaamse woonzorgcentra? Het profiel van de bewoners op basis van BelRAI data 153

1	Steekproefkarakteristieken	154
2	Functioneel presteren	156
3	Cognitie en geestelijke gezondheid	159
4	Sociaal leven	162
5	Klinische problemen	163
6	Besluit	166

Hoofdstuk 10	Expertenpanel	167
1	Samenstelling van het panel	167
2	Verloop van het panel	167
3	Resultaten	167
	3.1 Het team	167
	3.2 Flexibilisering en samenwerking	169
Hoofdstuk 11	Besluit	171
1	Welke tekorten aan personele inzet worden op dit ogenblik vastgesteld in de woonzorgcentra? Voor welke types van taken is er een tekort?	172
2	Welke aanpassingen aan de huidige personeelsvoorwaarden zijn noodzakelijk en mogelijk opdat een passend en kwaliteitsvol antwoord kan geboden worden aan de huidige uitdagingen?	175
3	Beleidsaanbevelingen	177
	Referenties	179
	Bijlagen	249
	Bijlage 1: Vragenlijst interviews bewoners	249
	Bijlage 2: Vragenlijst interviews familieleden	250

Lijst Tabellen

Tabel 1	VSB-Personeelsnormen per 30 bewoners voor ROB (pre-via6)	29
Tabel 2	VSB-Personeelsnormen per 30 bewoners voor RVT (pre-via6)	29
Tabel 3	Financiering VSB-normen (Via6)	34
Tabel 4	VSB-norm D-profiel (Via6)	34
Tabel 5	Overzicht personeelsinzet	44
Tabel 6	Indeling WZC naar zorggraad	46
Tabel 7	Financieringsnormen personeel Vlaamse WZC	51
Tabel 8	VTE boven-norm (financieringsnormen)	52
Tabel 9	Cumulatief percentage WZC met een normtekort t.a.v. de financieringsnormen (zonder toepassing van compensatieregels)	53
Tabel 10	Cumulatief aantal WZC met normtekort (simulatie na RVT-reconversie – zonder toepassing van compensatieregels)	53
Tabel 11	Cumulatief aantal WZC met normtekort (simulatie na RVT-reconversie)	54
Tabel 12	Detail normtoetsing (simulatie na RVT-reconversie)	55
Tabel 13	Berekende personeelsinzet o.b.v. de Vlaamse erkenningsnormen	56
Tabel 14	Ervaren tekorten (takenpakket – directie – deel II)	68
Tabel 15	Mate van deskundigheid (directie – deel II)	70
Tabel 16	Competenties en gedragsindicatoren voor verpleegkundigen (Alvarez-Irusta et al., 2013)	110
Tabel 17	Competenties van de zorgkundige volgens het VKS (Beroepskwalificatie De Vlaamse kwalificatiestructuur (akov.be))	116
Tabel 18	Competenties voor Europese geriatrische verpleegkundigen, opgesteld door Dijkman et al. (2017)	136
Tabel 19	Competenties voor Amerikaanse geriatrische verpleegkundigen, opgesteld door AACN en Hartford Instituut	137
Tabel 20	Categorieën van geïncludeerde artikels met aantallen	141
Tabel 21	Geïncludeerde artikels	142
Tabel 22	Competenties voor verpleegkundigen en zorgkundigen (Kiljunen et al., 2018)	146
Tabel 23	Diagnoses (meerdere diagnoses zijn mogelijk per bewoner)	156

Lijst Figuren

Figuur 1	Indeling van het tewerkgesteld personeel	40
Figuur 2	Personeelsinzet zorg en ondersteunend personeel per 30 bewoners	42

Figuur 3	Correlatie personeelsinzet zorg- en ondersteunend personeel	43
Figuur 4	Detail personeelsinzet per 30 bewoners	43
Figuur 5	Personeelsinzet in functie van zorggraad WZC	45
Figuur 6	Verpleegkundigen per 30 bewoners ifv zorggraad	46
Figuur 7	Zorgkundigen per 30 bewoners ifv zorggraad	47
Figuur 8	Kine, ergo, logo per 30 bewoners ifv zorggraad	48
Figuur 9	Reactivering per 30 bewoners ifv zorggraad	49
Figuur 10	Woonleefbegeleider (animatie) per 30 bewoners ifv zorggraad	50
Figuur 11	Personeelsnormen na RVT-reconversie (financieringsnormen)	54
Figuur 12	Vlaamse erkenningsnormen personeelsinzet	56
Figuur 13	Vergelijking Vlaamse erkenningsnormen en personeelsinzet	57
Figuur 14	Steekproef bevraging directie (regio)	60
Figuur 15	Steekproef bevraging directie (statuut WZC)	60
Figuur 16	Ervaren tekorten (directie – deel I)	62
Figuur 17	Ervaren tekorten (directie – deel II)	62
Figuur 18	Reden van de ervaren tekorten (directie – deel I)	63
Figuur 19	Reden van ervaren tekorten (directie – deel II)	64
Figuur 20	Reden van de ervaren tekorten (directie – deel III)	64
Figuur 21	Prioriteit van de ervaren tekorten (directie)	65
Figuur 22	Beoordeling van de werkdruk (directie)	66
Figuur 23	Ervaren tekorten (takenpakket - directie - deel I)	67
Figuur 24	Mate van deskundigheid (directie – deel I)	69
Figuur 25	Nood aan functiedifferentiatie en taakherschikking (directie)	71
Figuur 26	Evaluatie personeelsnormering (directie)	72
Figuur 27	Prioriteit extra financiering (directie)	73
Figuur 28	Nood aan meer flexibiliteit (directie)	74
Figuur 29	Expertfuncties (algemeen - directie)	75
Figuur 30	Expertfuncties (detail – directie)	75
Figuur 31	Flow chart van de data extractie.	140
Figuur 32	Leeftijdsverdeling van de steekproef	154
Figuur 33	Verdeling van de steekproef naar geslacht en leeftijd	155
Figuur 34	Verdeling van de scores op de ADL-Hierarchy schaal	157
Figuur 35	Verdeling van de scores op de ADL Short Format schaal	157

Figuur 36	Verdeling van de scores op de ADL Long Format schaal	158
Figuur 37	Verdeling van de scores op de Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale	158
Figuur 38	Het aantal personen voor wie de CAPs over bevordering van de fysieke activiteiten, ADL en fixatie zijn getriggerd	159
Figuur 39	Verdeling van de scores op de Communicatieschaal	159
Figuur 40	Verdeling van de scores op de Cognitieschaal	160
Figuur 41	Verdeling van de scores op de Schaal Depressieve symptomen	160
Figuur 42	Verdeling van scores op de schaal Agressief gedrag	161
Figuur 43	Het aantal bewoners voor wie de CAPs Delier, Cognitie, Communicatie, Stemming en Gedrag zijn getriggerd	161
Figuur 44	De verdeling van de scores op de Revised Index of Social Engagement schaal.	162
Figuur 45	Het aantal respondenten voor wie de CAPs Activiteiten en Sociale Relaties zijn getriggerd	163
Figuur 46	De verdeling van de scores op de Pijnschaal	163
Figuur 47	De verdeling van de scores op de Pressure Ulcer Risk Schaal	164
Figuur 48	Het aantal bewoners voor wie de CAPs Cardio, Roken en alcohol, Medicatie, Vallen, Pijn, Nutritie, Dehydratering, Sondevoeding, Darmproblemen, Decubitus en Urine-incontinentie zijn getriggerd	165

Lijst met afkortingen

RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
WZC	Woonzorgcentra
ROB	Rustoord voor bejaarden
CVK	Centra voor kortverblijf
RVT	Rust- en verzorgingstehuizen
CDV	Centra voor dagverzorging
VTE	Voltijds equivalent
ADL	Activiteiten dagelijks leven

Hoofdstuk 1

Situering en probleemstelling

1 Personeelstekort in de woonzorgcentra

Door de toegenomen mogelijkheden op vlak van thuiszorg en ondersteuning van de mantelzorg, door nieuwe medische kennis en omwille van andere maatschappelijke veranderingen kunnen mensen, langer dan voorheen thuis blijven wonen, ook bij toenemende zorgbehoefte. Het woonzorgcentrum is geëvolueerd naar een woonzorgvoorziening waar 24 uur op 24 uur intensieve, multidisciplinaire zorg en ondersteuning wordt geboden. Samenhangend hiermee neemt de gemiddelde verblijfsduur af en stijgt de intensiteit van de zorg. Uit het werkveld komen sterke signalen dat de huidige personeelsnormen niet langer zijn aangepast aan de noden van hun bewoners. Deze signalen vertalen zich in klachten op vlak van gebrekkige kwaliteit van wonen, leven en zorg en in een zeer grote werkdruk voor de medewerkers. Dat laatste veroorzaakt uitval en problemen om geschikt en voldoende personeel te vinden.

Omwille van deze evoluties werven veel woonzorgcentra personeel aan boven de wettelijk verplichte personeelsnormen. De kostprijs van dit bovennormpersoneel wordt deels vergoed door de overheid (deel A2 en IFIC- meerkost), het niet- gesubsidieerde deel wordt geïntegreerd in de dagprijs en betaald door de gebruiker¹. Het gevolg is dat de dagprijs niet alleen de woon-en leefkosten bevat, maar ook een belangrijk deel van de kostprijs van de zorg die zo solidair (ongeacht de zorgzwaarte) verdeeld wordt over de bewoners van het woonzorgcentrum. De MARA-studie (Zorgnet-Icuro, Certacc, Belfius, 2021) toont aan dat de gemiddelde niet gesubsidieerde loonkost per verblijfsdag in de private not-for-profit woonzorgcentra in 2020 32,10 euro bedroeg. In 2017 bedroeg deze 29,89 euro per dag. Dit impliceert een toename van 2,21euro op 4 jaar tijd. De gemiddelde dagprijs van een eenpersoonskamer bedroeg in deze studie 58,96 euro. De niet-gesubsidieerde loonkost vertegenwoordigt meer dan 50 % van die dagprijs.

Inspiratie zoeken in het buitenland voor meer aangepaste personele normen levert weinig op. Zowel uit een eerdere literatuurstudie als uit de bevraging bij onderzoekers-experten in het buitenland (Vanneste & Declercq, 2019) bleek een grote heterogeniteit in personele bezetting in woonzorgcentra in verschillende landen en zelfs binnen landen. De personeelsbezetting baart echter in heel wat landen zorgen of laat te wensen over met betrekking tot zorgkwaliteit.

Een ander aspect is het grote tekort aan zorgpersoneel op de arbeidsmarkt. Woonzorgcentra hebben grote moeite om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden. Dit heeft enerzijds te maken met een algemeen tekort aan zorgpersoneel en vooral aan verpleegkundigen, maar anderzijds is het ook een gevolg van het minder goede imago van woonzorgcentra en van werken in een woonzorgcentrum. Daarbij komt dat de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, en in het verlengde daarvan de diverse taken en opdrachten, wettelijk geregeld zijn op federaal niveau, waardoor er vaak weinig flexibiliteit mogelijk is. Nieuwe normen voor woonzorgcentra zullen ook met deze problematiek rekening moeten houden: functiedifferentiatie, taakherschikking en het psychosociaal welzijn van de werknemers zijn belangrijke thema's.

¹ Bij de publieke woonzorgcentra wordt het tekort dat wordt gecreëerd door het aanwerven van meer personeel, soms deels ten laste genomen door de beheerder door middel van een gemeentelijke of stedelijke bijdrage.

2 Onderzoeksdoelstelling

Het onderzoek beoogt handvatten aan te reiken en inspiratie te bieden voor de bepaling van geactualiseerde en geïntegreerde personeelsnormen voor de Vlaamse woonzorgcentra, zowel voor zorgpersoneel als voor ondersteunend personeel. Hierbij wordt rekening gehouden met:

- de opvattingen van de bewoners, de familieleden, de medewerkers en de directie van de woonzorgcentra;
- de erkenningsnormen, zoals bepaald in het uitvoeringsbesluit op het woonzorgdecreet van 06/02/2019 bijlage 11 en
- de ontwikkelingen op het vlak van de Vlaamse sociale bescherming, meer in het bijzonder de aanwending van het BelRAI LTCF instrument.

3 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen zijn bijgevolg:

- (1) Welke tekorten aan personele inzet worden op dit ogenblik vastgesteld in de woonzorgcentra? Voor welke types van taken is er een tekort?
- (2) Welke aanpassingen aan de huidige personeelsvoorwaarden zijn noodzakelijk opdat een passend en kwaliteitsvol antwoord kan geboden worden aan:
 - o de toenemende zorgzwaarte van de bewoners;
 - o de veranderende zorg en ondersteuningsnoden van de bewoners;
 - o de integratie van het welzijnscomponent complementair aan het zorgcomponent;
 - o de toenemende werkdruk van de medewerkers in het woonzorgcentrum;
 - o de financiële toegankelijkheid van de woonzorgcentra (reductie van zorgkost in dagprijs).
- (3) Welke aanpassingen aan de huidige personeelsvoorwaarden zijn mogelijk om een antwoord te bieden aan bovenvermelde uitdagingen?

4 Structuur van het rapport

Het rapport is als volgt gestructureerd. In een eerste deel bekijken we de huidige situatie: wat zijn de normen en wie wordt effectief ingezet? We bestuderen daarvoor de wetgeving en analyseren administratieve data over de actuele en effectieve inzet van personeel tot 30/6/2021. In tweede instantie gaan we na hoe de betrokkenen – directies, personeel, bewoners en families - de personeelsinzet ervaren. Vinden zij dat er voldoende personeel is? Waar ervaren ze eventueel tekorten? Wie zou er (meer) ingezet moeten worden? We analyseren de resultaten van een survey-onderzoek bij directies en van interviews en focusgroepen bij diezelfde directies, personeelsleden, bewoners, familieleden en potentiële bewoners. Ten derde gaan we in de literatuur na of er competentieprofielen zijn voor het personeel in woonzorgcentra en of de literatuur ons iets leert over de competenties die nodig zijn of verwacht worden om kwaliteitsvolle zorg te kunnen geven aan bewoners van woonzorgcentra. We eindigen met beleidsaanbevelingen.

De structuur is bijgevolg als volgt:

1. Wat is de huidige situatie wat betreft de inzet en de samenstelling van het personeel in woonzorgcentra?
2. Wat is volgens de stakeholders nodig en wenselijk om een goed leven en goede zorg mogelijk te maken in woonzorgcentra?

3. Welke competenties zijn daar volgens de literatuur voor nodig?
4. Welke noden en behoeftes hebben de huidige bewoners van woonzorgcentra?
5. Hoe kunnen we handvatten bieden om de personele inzet beter te baseren op die noden en behoeftes?

Het verloop van de studie is beïnvloed door twee belangrijke gebeurtenissen. Enerzijds werden de woonzorgcentra zwaar getroffen door COVID-19-pandemie. In het bijzonder was de impact van de eerste golf (03/2020-06-2020) bijzonder groot. Een groot aantal woonzorgcentra kreeg te maken met een COVID-uitbraak. Er was op dat ogenblik weinig kennis en ervaring met betrekking tot het virus en infectiepreventie. In combinatie met een tekort aan persoonlijk beschermingsmateriaal (bv. chirurgische mondneusmaskers) verspreidde het virus zich snel. Dit heeft een grote impact gehad op de gezondheid en de kwaliteit van leven van de bewoners en bijgevolg ook op het personeel. Het leven in de woonzorgcentra werd helemaal anders en ook veel personeelsleden raakten besmet. Dit alles maakte – onder meer – de nood aan meer personeel en naar een actualisatie van het wetgevend kader over de personele normen nog veel pertinenter. In reactie daarop is – en dit een tweede belangrijke gebeurtenis – begin 2021 het Vlaams intersectoraal akkoord (VIA 6) afgesloten. Met dit akkoord werd een belangrijke inspanning gedaan wat betreft de gefinancierde personeelsomkadering in woonzorgcentra. De COVID-19 crisis had uiteraard ook impact op de dataverzameling voor dit onderzoek. Waar relevant, vermelden we dit. Bijgevolg geeft deze studie een gedetailleerd zicht op de personeelsinzet en personeelsnoden vòòr uitvoering van VIA 6 (in werking op 1 juli 2021). Het gevolg van de beleidsmaatregelen die genomen zijn sinds VIA 6 zijn niet gevat in dit onderzoek.

Hoofdstuk 2

De normen voor personele inzet tot 30/6/2021 en VIA 6

Sinds de zesde staatshervorming² is Vlaanderen volledig bevoegd voor de erkenning en financiering van de woonzorgcentra. Op vandaag bestaan evenwel twee normen met betrekking tot de personele inzet (financieringsnormen en erkenningsnormen).

Met betrekking tot de financiering bepaalde het federale Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) de wijze waarop het instellingsforfait werd berekend. Hieraan werden in functie van de zorgwaarde personele voorwaarden en financiering gekoppeld. Als gevolg van de bevoegdheidsoverdracht in de zesde staatshervorming werd deze materie geïntegreerd in de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) in 2019.

Met betrekking tot de erkenningsvoorwaarden bepaalt Vlaanderen binnen het kader van het woonzorgdecreet (2019)³ het uitvoeringsbesluit met betrekking tot de woonzorgcentra een aantal personele voorwaarden.

1 Vlaamse Sociale Bescherming

1.1 Inleiding

Voor de zesde staatshervorming was het gezondheidszorgbeleid (o.a. de erkenning van zorgberoepen, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) een federale bevoegdheid (het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering – RIZIV). De ziekteverzekering zorgde toen voor een tussenkomst in een deel van de kosten van verzorging van de bewoners in woonzorgcentra. De financiering van de personeelsinzet werd berekend op basis van het aantal erkende en types woongelegenheden (RVT – ROB – KV) in het Woonzorgcentrum, de graad van zorgbehoevendheid van de bewoners (Katz) en de inzet van zorgpersoneel.

De graad van zorgbehoevendheid wordt sinds 1991 bepaald aan de hand van de Katz-schaal, een evaluatieschaal waarmee de afhankelijkheidsgraad van de bewoners gemeten kan worden. Deze bestaat uit een vragenlijst waarbij de capaciteiten van de bewoner geëvalueerd worden op zes verschillende domeinen gekaderd binnen de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), namelijk: zich wassen, zich kleden, transfer en verplaatsingen, toiletbezoek, continëntie en eten. De evaluatie van deze vragen gebeurde door een arts die aan elke bewoner per domein een score toekende, gaande van 1 (geen behoefte aan enige hulp) tot 4 (behoefte aan volledige hulp). Deze evaluatie resulteert in een bepaalde categorie, waarbij elke categorie overeenkomt met een bepaald zorgprofiel waaraan personeelsnormen zijn gekoppeld.

² Wet 6 JANUARI 2014. — Bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming

³ Besluit 28 juni 2019 van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers

De zorgcategorieën worden als volgt gedefinieerd:

1. Zorgcategorie O: bijna geen zorg/hulp nodig, zelfstandig: hiervoor wordt geen profiel toegekend in de thuisverpleging;
2. Zorgcategorie A: lichte zorg: beperkte hulp nodig;
3. Zorgcategorie B: zorgafhankelijk: uitgebreide hulp nodig van derden;
4. Zorgcategorie C: zwaar zorgafhankelijk: volledige afhankelijkheid van derden, deze categorie omvat ook de comateuze bewoners (type Cc) en bewoners met dementie (type Cd);
5. Zorgcategorie D: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd.

Na de zesde staatshervorming werd Vlaanderen bevoegd voor de financiering van de zorg in woonzorgcentra. Sinds 1 januari 2019 verloopt de financiering van de residentiële ouderenzorg binnen de context van de Vlaamse Sociale Bescherming⁴ en neemt Vlaanderen de dienstverlening over van de federale overheid. In een eerste fase lag de nadruk op het garanderen van de continuïteit en bleef de financieringswijze in grote lijnen gelijk. In een latere fase wordt een overstap verwacht naar een persoonsvolgend financieringssysteem. Dit betekent dat de financiering zal bestaan uit (a) een zorgticket voor de bewoner gebaseerd op een BelRAI-inschaling waarmee via een derdebetalerssysteem zorg kan worden ingekocht bij een erkende zorgvoorziening en (b) een organisatiegebonden financiering die bestaat uit een heroriëntering van de huidige werkingsmiddelen, meer bepaald kosten die niet gelinkt zijn aan het zorgzwaarteprofiel van een persoon.

1.2 Basisprincipe

De gefinancierde personeelsnormen zijn van toepassing op een meetperiode of referentieperiode. Deze referentieperiode wordt gedefinieerd als een ononderbroken periode van 12 maanden, lopend van 1/7/J tot 30/6/J+1. De compensatie voor deze personeelsinzet (via de basistegemoetkoming) volgt in de daaropvolgende factureringsperiode, een ononderbroken periode van 12 maanden gelijklopend met kalenderjaar J+2.

1.3 Financieringsnormen (basistegemoetkoming)

De gefinancierde normen worden berekend aan de hand van een aantal opeenvolgende stappen⁵:

1. Berekening basisnormen
2. Berekening personeelsinzet
3. Normtoetsing en eventuele compensaties tussen categorieën
4. Facultatieve normen
5. Correctie bachelor verpleegkundigen
6. Financiering boven-norm (onderdeel A2 basistegemoetkoming)

⁴ Decreet 18/05/2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

⁵ De hoofdlijnen van de normering worden weergegeven. Het is niet onze bedoeling om alle details en uitzonderingen met betrekking tot de gefinancierde normen weer te geven.

1.4 Berekening basisnormen

In een eerste stap worden de basisnormen berekend. Zoals hierboven reeds werd aangegeven wordt de zorgzwaarte van bewoners binnen een woonzorgcentrum ingeschaald aan de hand van de Katz-schaal. Alle ligdagen van de aanwezige bewoners in de referentieperiode worden, per erkenningsvorm (ROB, RVT, KV) in kaart gebracht. Per erkenningsvorm en Katz-score bepaalt het Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming op 30 november 2018 een personeelsnorm.⁶ Deze normen worden uitgedrukt per 30 aanwezige bewoners maar worden pro-rata (per ligdag) verrekend. Hieronder geven we een volledig overzicht.

In de entiteiten **woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning**, (rustoord voor bejaarden - ROB) gelden tot 30/6/2020 de volgende financieringsnormen van het personeel per kwalificatie, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig bewoners:

Tabel 1 VSB-Personeelsnormen per 30 bewoners voor ROB (pre-via6)

Afhankelijkheidscategorie (Katz)	Verpleegkundigen	Zorgkundigen	Kine, Ergo en Logo	Reactivering	Totaal
O	0,250	0,000	0,000	0,000	0,250
A	1,200	1,050	0,000	0,000	2,250
B	2,100	4,000	0,000	0,350	6,450
C	4,100	5,060	0,000	0,385	9,545
Cd	4,100	6,060	0,000	0,385	10,545
D	1,200	4,000	0,000	1,250	6,450

In entiteiten die erkend zijn als **centrum voor kortverblijf (CVK)** gelden tot 30/6/2020 de volgende bijkomende financieringsnormen van het personeel per kwalificatie, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig bewoners:

De personeelsnormen, hierboven vermeld, en bijkomend 1,4 VTE van het personeel voor reactivering per dertig bewoners die verblijven in een erkende entiteit voor kortverblijf.

In de entiteiten **woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning** (rust- en verzorgingstehuis, RVT) gelden tot 30/6/2020 de volgende financieringsnormen van het personeel per kwalificatie, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig bewoners:

Tabel 2 VSB-Personeelsnormen per 30 bewoners voor RVT (pre-via6)

Afhankelijkheidscategorie (Katz)	Verpleegkundigen	Zorgkundigen	Kine, Ergo en Logo	Reactivering	Totaal
B	5,000	5,200	1,000	0,100	11,300
C	5,000	6,200	1,000	0,600	12,800
Cd	5,000	6,700	1,000	0,600	13,300

Dit leidt per woonzorgcentrum tot 4 basisnormen (verpleegkundigen, zorgkundigen, KineErgoLogo en reactivering).

⁶ Deze studie werd deels voor het VIA-6 akkoord (met een belangrijke wijziging van onder andere de financieringsnormen) daarom wordt eerst ingegaan op de regeling zoals die bij aanvang van de studie was. Daarna gaan we in op de recente wijzigingen die tijdens de studie werden ingevoerd.

1.5 Personeelsinzet

In een tweede stap wordt de personeelsinzet van verpleegkundigen (bachelor, gegradueerde), zorgkundige, Kine-Ergo-Logo en reactivering in kaart gebracht.

Bij het berekenen van de VTE tijdens de referentieperiode worden alle prestaties ten laste van de werkgever in rekening gebracht (bv. vakantie, ziekte binnen gewaarborgd loon, arbeidsduurvermindering in functie van eindloopbaanmaatregelen, ...). Prestaties die niet ten laste van de werkgever zijn worden niet weerhouden (bv. onbetaald verlof, ziekte buiten gewaarborgd loon, zwangerschapsverlof, ...).

1.6 Normtoetsing en compensaties

In een derde stap worden de personeelsnormen per kwalificatiegroep (verpleegkundigen, zorgkundigen, KineErgoLogo en reactivering) getoetst aan de inzet van het zorgpersoneel. Indien aan een bepaalde norm (per kwalificatiegroep) niet wordt voldaan, en er is voor een andere norm (ander type personeelskwalificatie) een teveel ten opzichte van de norm, dan zijn er compensatiemogelijkheden. Uitzondering vormt de norm Kine-Ergo-Logo waar er tot factureringsperiode 2022 geen compensatie mogelijk is als het gaat om een tekort in de norm (te herleiden naar de entiteiten woonzorgcentrum met een bijkomende erkenning).

Hieronder volgt een beknopt (hiërarchisch) overzicht:

1. als er een teveel is aan bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde, moet eerst het teveel aan bachelors in de verpleegkunde en vervolgens het teveel aan gegradueerden in de verpleegkunde worden toegewezen aan het tekort aan personeelsleden voor reactivering;
2. als er nog een teveel is aan verpleegkundigen, met inbegrip van het resterend aantal bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde, moet dat worden toegewezen aan het tekort aan zorgkundigen;
3. als er nog een tekort is aan personeelsleden voor reactivering kunnen een aantal bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde vooraleer ze worden toegewezen aan de norm voor verpleegkundigen, onder voorwaarden eerst toegewezen worden aan dat tekort aan personeelsleden voor reactivering;
4. als er een teveel is aan personeel voor reactivering, moet dat worden toegewezen aan het tekort aan verpleegkundigen;
5. als er nog een teveel is aan personeel voor reactivering, moet dat worden toegewezen aan het resterend tekort aan zorgkundigen.

Voor de toepassing van punt 3 (hierboven) geldt als voorwaarde dat het woonzorgcentrum, in voorkomend geval, beschikt over voldoende personeelsleden om de globale norm op te vullen. Alleen de bachelors in de verpleegkunde die aanwezig zijn bovenop 80% van de norm van de verpleegkundigen, kunnen voor die maatregel in aanmerking komen. Het tekort dat op die manier ontstaat bij de verpleegkundigen kan dan gecompenseerd worden conform punt 6 (zorgkundigen).

Het is tevens zo dat:

1. een tekort aan personeelsleden voor reactivering alleen kan worden gecompenseerd door een teveel aan bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde, met voorrang voor de bachelors in de verpleegkunde;

2. het tekort aan verpleegkundigen kan voor maximum 30%⁷ van de norm worden gecompenseerd door een teveel aan personeelsleden voor reactivering en/of van zorgkundigen;
3. het tekort aan zorgkundigen kan onbeperkt worden gecompenseerd door een teveel aan verpleegkundigen en/of personeelsleden voor reactivering.

Met betrekking tot de weerhouden loonkost (zie verder) is het volgende bepaald:

4. voor het personeel dat de norm opvult in zijn eigen kwalificatie, is de financiering per voltijds equivalent in een bepaalde kwalificatie gelijk aan de bepaalde loonkost (zie verder);
5. voor het personeel dat met toepassing van dit artikel in aanmerking komt voor het compenseren van een tekort aan personeel in een andere kwalificatie, gelden de volgende regels:
 - a. de bachelors in de verpleegkunde of gegradueerden in de verpleegkunde die een tekort aan personeel voor reactivering compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten van een bachelor in de verpleegkunde of gegradueerde in de verpleegkunde;
 - b. het personeel voor reactivering dat een tekort aan verpleegkundigen compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten reactivering;
 - c. de zorgkundige die een tekort aan verpleegkundigen of personeel voor reactivering compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten van een zorgkundige;
 - d. het personeelslid dat een tekort aan zorgkundigen compenseert, wordt vergoed volgens de loonkosten van een zorgkundige.

Na het doorvoeren van eventuele compensaties wordt de normtoetsing gedaan. Meer concreet wordt nagegaan of er, ev. mits compensatie, voldaan wordt aan de norm van verpleegkundigen, zorgkundigen, KineErgoLogo en reactivering.

1.7 Facultatieve normen

Na deze stap is het nog mogelijk om facultatief, extra financiering te verwerven. Het betreffen twee bijkomende normen die niet strikt worden opgelegd maar waarvoor wel financiering kan worden verkregen.

Het betreft bijkomende financiering voor bewoners met een O en A profiel (in ROB en KV) waarbij per 30 bewoners respectievelijk 0,10 en 0,20 VTE reactivering (of bachelor verpleegkundigen) worden gefinancierd.

Het betreft bijkomende financiering voor bewoners met een A-profiel die minstens een 2 scoren voor oriëntatie in tijd en voor oriëntatie in ruimte 2-2 scoren op de MMSE (Mini-Mental State Examination). De norm bedraagt 0,8 VTE per 30 bewoners en kan worden ingevuld met reactivering (of zorgkundigen). In tegenstelling tot alles wat hierboven beschreven staat worden dit type van bewoners niet in kaart gebracht over de volledige referentieperiode maar geregistreerd op 31/03 van elk jaar.

1.8 Bachelor-verpleegkundigen

Alle verpleegkundigen in de basisnorm (met uitzondering van ev. de facultatieve norm O/A) worden gefinancierd (en genormeerd) op niveau van gegradueerde verpleegkundigen. In een laatste stap wordt

⁷ Het percentage van 30% geldt enkel voor woonzorgcentra, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die minstens zeven VTE verpleegkundigen tewerkstellen. Voor de andere woonzorgcentra blijft dit beperkt tot 20%.

hiervoor een correctie gemaakt waarbij maximum 30 % van de theoretische norm voor verpleegkundigen (zie hierboven) als bachelor-verpleegkundigen worden gecompenseerd⁸.

1.9 Berekening theoretische loonkost

Naast het volume (VTE) aan genormeerd en tewerkgesteld personeel wordt ook de gemiddelde baremieke anciënniteit pro-rata, per kwalificatiegroep berekend. In functie van deze anciënniteit wordt een vergoeding bepaald.

Voor verpleegkundigen zijn volgende mogelijkheden van toepassing: minder dan 4 jaar; vanaf 4 jaar en minder dan 6 jaar; vanaf 6 jaar en minder dan 8 jaar; vanaf 8 jaar en minder dan 12 jaar; vanaf 12 jaar en minder dan 14 jaar; vanaf 14 jaar en minder dan 16 jaar; vanaf 16 jaar.

Voor zorgkundigen en Kine-Ergo-Logo-Reactivering zijn volgende mogelijkheden van toepassing: minder dan 4 jaar; vanaf 4 jaar en minder dan 6 jaar; vanaf 6 jaar en minder dan 10 jaar; vanaf 10 jaar en minder dan 12 jaar; vanaf 12 jaar.

Op basis daarvan wordt de theoretische loonkost berekend:

- VTE bachelor verpleegkundigen X barema = totaal bachelor verpleegkundigen
- VTE gegradueerde verpleegkundigen X barema = totaal gegradueerde verpleegkundigen
- VTE zorgkundigen X barema = totaal zorgkundigen
- VTE Kine-Ergo-Logo X barema = totaal Kine-Ergo-Logo
- VTE reactivering X barema = totaal reactivering

De som van het totaal bachelor verpleegkundigen, het totaal gegradueerde verpleegkundigen, het totaal zorgkundigen, het totaal Kine-Ergo-Logo en het totaal reactivering is de totaal te financieren loonkost.

1.10 Vergoeding boven-norm (onderdeel A2)

Daarnaast is er een vergoeding boven-norm voorzien indien de extra inzet aan zorgpersoneel 4% overschrijdt. Deze extra vergoeding is maximaal 13,5% van de gefinancierde loonkost (zie hierboven). Met andere woorden, de basisnormen worden tot gemiddeld 13,5% extra gefinancierd. De extra personeelsinzet is vrij over de verschillende kwalificaties (verpleegkundigen, zorgkundigen, Kine-Ergo-Logo en reactivering) en wordt pro-rata de baremieke verloning verrekend.

⁸ Dit betekent dat er strikt genomen in de financiering geen verplichting is om bachelor-verpleegkundigen in te zetten.

1.11 Overige vergoedingen

Binnen de basistegemoetkoming voor zorg is tevens nog andere (facultatief, niet-verplicht opgelegd) financiering voorzien die gekoppeld is aan de personeelsinzet:

1.11.1 Financiering animatie-personeel

Het gaat om 1 halftijdse functie per 30 erkende woongelegenheden. Vanaf 120 woongelegenheden wordt dat teruggebracht tot 0,25 voltijds equivalent per 30 bijkomende woongelegenheden.

Vanaf 31 woongelegenheden moet minstens een halftijdse betrekking ingevuld worden door één of meer personeelsleden die beschikken over ten minste:

- ofwel een diploma uitgereikt door een instelling voor hoger onderwijs in een afdeling van het hoger onderwijs van het korte type met volledig leerplan of met beperkt leerplan;
- ofwel een diploma van een basisopleiding van één cyclus uitgereikt door een hogeschool;
- ofwel vanaf het academiejaar 2004-2005 de graad van bachelor.

Vanaf 91 woongelegenheden moet er minstens één voltijdse betrekking worden ingevuld door één of meer personeelsleden die beschikken over één van die diploma's.

1.11.2 Financiering van een 0,5 VTE referentiepersoon dementie

Indien 25 bewoners met een Cd-profiel aanwezig zijn dan kan een halftijdse referentiepersoon dementie worden aangesteld⁹.

1.11.3 Financiering van ondersteunend personeel (onderdeel K)

Dit betreft een forfaitaire financiering van 4 euro/bewoner/dag (gelinkt aan de erkenningsnorm van 1 VTE onderhouds- en keukenpersoneelslid per 15 bewoners).

Naast de basistegemoetkoming bestaan tevens nog andere vergoedingen zoals de financiering eindloopbaan, de waarborg financiering derde luik (zorg en niet-zorg) en de financiering sociale maribel. Voor een gedetailleerd en volledig overzicht verwijzen we naar de gespecialiseerde literatuur en wetgeving ter zake.

2 6^e Vlaams Intersectoraal Akkoord (VIA 6)

Begin 2021 werd het Vlaams intersectoraal akkoord (VIA 6) afgesloten. In dit akkoord wordt verduidelijkt dat het personeel uit de zorg- en welzijnssector tijdens de coronacrisis grote inspanningen heeft geleverd. Tijdens deze crisis is nogmaals gebleken dat het zorgend, begeleidend, logistiek en ondersteunend personeel de drijvende kracht is tot het realiseren van een goede zorg. De garantie op goede zorg was tijdens de corona-pandemie de hoeksteen in de samenleving. Maar de coronacrisis heeft ook de uitdagingen van de zorg- en welzijnssector duidelijk in beeld gebracht. De aantrekkelijkheid van de loons- en arbeidsvoorwaarden in de zorg- en welzijnssectoren, het verminderen van de werkdruk door het voorzien van extra personeel en het zorgen voor (zij-) instroom behoren tot de prioritaire uitdagingen.

⁹ Voor de kwalificatievoorwaarden en de functie-inhoud verwijzen we graag naar de regelgeving.

Er werd beslist om het IFIC- loonhuis volledig te implementeren in de residentiële ouderenzorg, wat ongeveer overeenkomt met een gemiddelde stijging van het bruto- loon met 6%, wat een belangrijke koopkrachtmaatregel is.

2.1 Omkadering personeel in woonzorgcentra vanaf 1 juli 2021

Voor de woonzorgcentra betekent dit dat er aangepaste normen worden gefinancierd. Meer concreet worden vanaf 1 juli 2021 de personeelsnormen van toepassing op de bijkomende erkenningen (RVT) getransponeerd naar de basiserkenning ROB en de erkenning kortverblijf voor de zwaar zorgbehoevenden (bewoners met een Katz-schaal B, C en Cd).

Tabel 3 Financiering VSB-normen (Via6)

WZC zonder bijkomende erkenning	Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering	Totaal
O	0,25				0,25
A	1,2	1,05			2,25
B	2,1	4		0,35	6,45
C	4,1	5,06		0,385	9,545
Cd	4,1	6,06		0,385	10,545
D	1,2	4		1,25	6,45
Kortverblijf				1,4 ¹⁰	
WZC met bijkomende erkenning					0
B	5	5,2	1	0,1	11,3
C	5	6,2	1	0,6	12,8
Cd	5	6,7	1	0,6	13,3

2.2 Omkadering personen met (beginnende) dementie

Daarnaast wordt ook de zorg voor personen met (beginnende) dementie (bewoners met een D-profiel) versterkt. Vanaf 1 juli 2021 wordt de personeelsnorm per 30 bewoners met een diagnose dementie en fysiek lichte zorgzwaarte op basis van Katz-schaal (D-categorie) opgetrokken. Dit ter versterking van de multidisciplinaire dementiezorg in het beginstadium van het ziekteproces. De totale norm van het zorgpersoneel stijgt tot 9 VTE per 30 bewoners in de D- categorie in ROB en kortverblijf.

Tabel 4 VSB-norm D-profiel (Via6)

VSB-norm per 30 bewoners (VTE)	Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering	Totaal
D (pre-via6)	1,2	4	0	1,25	6,45
D (post - via6)	1,2	5,2	1	1,6	9

De Vlaamse overheid ziet dit als een tussenstap in de versterking van de personeelsomkadering voor personen met dementie.

¹⁰ Dit wordt wel behouden voor bewoners met een O- en A-profiel in kortverblijf.

2.3 Versterking inzet extra zorgpersoneel

Vanaf 1 juli 2021 wordt de financiering van het boven-norm zorgpersoneel via het deel A2 van 13,5% naar maximaal 15% opgetrokken. De invulling van het deel A2 is facultatief en flexibel binnen de zorgkwalificaties verpleegkundigen, zorgkundigen en personeel voor reactivering. Belangrijk principe is dat het - net zoals bij het zorgpersoneel in de norm – moet gaan over personeelsleden die in staan voor persoonsgerichte zorg en ondersteuning rechtstreeks aan de bewoners (op de vloer) en hun eersten in lijn.

2.4 Meer flexibiliteit binnen de personeelsnorm

Er wordt tevens meer ingezet op flexibiliteit in de personeelsnorm. Met betrekking tot de flexibiliteit op de verpleegkundige norm wordt de mogelijkheid van compensatie niet gewijzigd (30% of 20% in functie van de schaal). De wijze van compensatie wordt echter aangepast. Wanneer 1 VTE verpleegkundige wordt vervangen door 1 VTE personeel voor reactivering, wordt éénzelfde loonkostvergoeding behouden (dus inclusief de meerkost van onregelmatige prestaties). Daarnaast kunnen woonzorgcentra kiezen voor extra zorgkundigen. 1 VTE verpleegkundige kan worden vervangen door 1,2 VTE zorgkundige binnen de berekening van de basistegemoetkoming zorg, gezien de zorgkundigen een lagere loonkost hebben dan verpleegkundigen. In het verleden was dit 1 VTE zorgkundige per 1 VTE verpleegkundige (in plaats van 1,2 VTE). Hierdoor wordt de mogelijkheid vergroot om meer personeel in te zetten op de vloer.

Met betrekking tot de niet-compenseerbare norm Kine-Ergo-Logo wordt deze norm samengevoegd met de norm personeel voor reactivering tot één geïntegreerde norm personeel voor reactivering. Zodoende stijgt de flexibiliteit binnen de norm personeel voor reactivering aanzienlijk. Evenwel dient er voldoende aanwezigheid van kinesisten, ergotherapeuten en logopedisten gewaarborgd te blijven om te voldoen aan de specifieke zorg en ondersteuningsnoden van bewoners. Ook de zorg- en welzijnsdiploma's die kunnen gelden als personeel voor reactivering worden uitgebreid (bv. mondzorg, muziektherapeut, drama, dans - en creatieve therapie, theologie, religie- of moraalwetenschappen, audiologie of zorgtechnologie, wellbeing- en vitaliteitsmanagement).

Daarnaast is er ook de mogelijkheid tot financiering van logistiek medewerkers in de zorg (binnen deel A2; boven-norm).

In deze studie hebben we geen zicht op de impact van VIA 6, gezien VIA 6 afgesloten werd tijdens de looptijd van deze studie.

3 Erkenningnormen

Het woonzorgdecreet van 2019 regelt de erkenning van woonzorgvoorzieningen en verenigingen en de subsidiëring van woonzorgvoorzieningen en verenigingen, voor zover deze niet geregeld is in het kader van het decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming. Dit decreet vervangt het woonzorgdecreet 2009 en is van toepassing vanaf 1/01/2020. Gezien de timing van de studie betekent dat ook op vlak van de erkenningnormen beide relevant zijn voor deze studie.

In de volgende paragrafen gaan we in op beide decreten.

3.1 Woonzorgdecreet 2009

Het woonzorgdecreet van 2009 legt een aantal voorwaarden op voor de personeelsomkadering in woonzorgcentra.

Deze normen stellen dat een woonzorgcentrum, behalve als het uitsluitend voor valide ouderen bestemd is, over ten minste het volgende personeel moet kunnen beschikken:

- een directeur die verantwoordelijk is voor de dagelijkse leiding.
- verplegend en verzorgend personeel in de verhouding van 2,5 voltijdse functies voor 15 bewoners, waarvan ten minste één verplegend personeelslid;
- onderhouds- en keukenpersoneel in de verhouding van één voltijdse functie voor 15 bewoners.
- één of meer animatoren:
 - a) 0,50 voltijdse equivalent voor een woonzorgcentrum met maximaal 30 woongelegenheden;
 - b) één voltijds equivalent voor een woonzorgcentrum met minstens 31 en maximaal 60 woongelegenheden;
 - c) 1,50 voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 61 en maximaal 90 woongelegenheden;
 - d) twee voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 91 en maximaal 120 woongelegenheden.

Vanaf 120 woongelegenheden moet per begonnen schijf van 30 woongelegenheden voorzien worden in een aanvullende tewerkstelling van 0,25 voltijdse equivalent.

Een woonzorgcentrum moet een beroep kunnen doen op een kwaliteitscoördinator. Die functie hoeft niet exclusief aan één centrum te worden toegekend.

Overdag en 's nachts moet in het woonzorgcentrum voldoende en gekwalificeerd personeel aanwezig zijn om tijdig aangepaste hulp te kunnen bieden. Tijdens de nacht moet in elk woonzorgcentrum per begonnen schijf van 60 woongelegenheden één actieve nachtdienst worden georganiseerd.

In de woonzorgcentra die uitsluitend valide bejaarden opnemen, is er ten minste één voltijdse functie per zes bewoners.

3.2 Woonzorgdecreet 2019

Het woonzorgdecreet van 2019 legt een aantal voorwaarden op voor de personeelsomkadering in woonzorgcentra.

Een woonzorgcentrum beschikt ten minste over het volgende personeel, ongeacht de afhankelijkheids-categorie van de bewoners:

- een directeur die de eindverantwoordelijke is voor de dagelijkse leiding, en die in het bezit is van minimaal een bachelordiploma dat relevant is voor de uit te oefenen functie.
- twee voltijdse onderhouds- en keukenmedewerkers per dertig bewoners. De taken van het keukenpersoneel en het onderhoudspersoneel kunnen volledig of gedeeltelijk aan derden worden uitbested.

- een of meer begeleiders wonen en leven in het kader van het begeleiden van de bewoners en hun omgeving in de ondersteuning van hun leven in het woonzorgcentrum.

Tot en met 30 juni 2023 werd dit aantal als volgt bepaald: 0,50 voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met maximaal 30 woongelegenheden; 1 voltijdse equivalent voor een woonzorgcentrum met minstens 31 en maximaal 60 woongelegenheden; 1,50 voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 61 en maximaal 90 woongelegenheden en twee voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 91 en maximaal 120 woongelegenheden. Vanaf 120 woongelegenheden wordt per begonnen schijf van 30 woongelegenheden voorzien in een aanvullende tewerkstelling van 0,25 voltijdse equivalent.

Vanaf 1 juli 2023 wordt dit aantal als volgt bepaald: 0,50 voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met maximaal 30 bewoners; 1 voltijdse equivalent voor een woonzorgcentrum met minstens 31 en maximaal 60 bewoners; 1,50 voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 61 en maximaal 90 bewoners; twee voltijdse equivalenten voor een woonzorgcentrum met minstens 91 en maximaal 120 bewoners. Vanaf 120 bewoners wordt per begonnen schijf van 30 bewoners voorzien in een aanvullende tewerkstelling van 0,25 voltijdse equivalent.

- Een woonzorgcentrum beschikt ten minste over het volgende personeel afhankelijk van de afhankelijkheidscategorie van de bewoners, per kwalificatie, uitgedrukt in voltijdse equivalenten en per dertig bewoners¹¹:
 - voor de afhankelijkheidscategorie O: ten minste 0,25 verpleegkundigen;
 - voor de afhankelijkheidscategorie A:
 - ten minste 1,20 verpleegkundigen;
 - ten minste 1,05 zorgkundigen;
 - voor de afhankelijkheidscategorie B:
 - ten minste 5 verpleegkundigen;
 - ten minste 5,2 zorgkundigen;
 - ten minste 1 personeelslid voor reactivering;
 - ten minste 0,1 bijkomend personeelslid voor reactivering dat aantoonbare ervaring heeft in vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, ter ondersteuning van de verzorging van de bewoner die zich in de levenseindefase bevindt;
 - voor de afhankelijkheidscategorie C:
 - ten minste 5 verpleegkundigen;
 - ten minste 6,2 zorgkundigen;
 - ten minste 1,5 personeelslid voor reactivering;
 - ten minste 0,1 bijkomend personeelslid voor reactivering dat aantoonbare ervaring heeft in vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, ter ondersteuning van de verzorging van de bewoner die zich in de levenseindefase bevindt;

¹¹ Hier zijn flexibiliteitsregels van toepassing. Maximaal 20% van de verpleegkundigen, mag worden vervangen door een personeelslid dat een van de kwalificaties heeft, als de verpleegkundige permanentie wordt gerespecteerd. Dit percentage van 20%, kan verhoogd worden tot 30% voor de woonzorgcentra, in voorkomend geval met bijbehorende centra voor kortverblijf, die minstens zeven voltijdse equivalenten verpleegkundigen tewerkstellen. Bij gebrek aan personeelsleden die beschikken over een van de kwalificaties reactivering mag maximaal 20% van de verpleegkundigen door zorgkundigen vervangen worden ten belope van 1,2 voltijdse equivalenten zorgkundigen voor 1 voltijdse equivalent verpleegkundige.

- voor de afhankelijkheidscategorie Cd:
 - ten minste 5 verpleegkundigen;
 - ten minste 6,7 zorgkundigen;
 - ten minste 1,5 personeelslid voor reactivering;
 - ten minste 0,1 bijkomend personeelslid voor reactivering dat aantoonbare ervaring heeft in vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg, ter ondersteuning van de verzorging van de bewoner die zich in de levenseindefase bevindt;
- voor de afhankelijkheidscategorie D:
 - ten minste 1,2 verpleegkundigen;
 - ten minste 5,2 zorgkundigen;
 - ten minste 2,6 personeelslid voor reactivering;
- het woonzorgcentrum beschikt binnen het aantal verpleegkundigen, voor de eerste dertig bewoners met een afhankelijkheidscategorie B, C en Cd over een voltijdse equivalent hoofdverpleegkundige. Boven de eerste dertig bewoners is bij overschrijding van de helft van elke nieuwe schijf van dertig bewoners, hetzij binnen het aantal vereiste verpleegkundigen een bijkomend voltijdse equivalent hoofdverpleegkundige verplicht, hetzij bovenop dat aantal een voltijdse equivalent teamverantwoordelijke die in het bezit is van ten minste een bachelordiploma in een zorg- of welzijnsdomein of een voltijdse equivalent met een combinatie van beide functies verplicht.
- Een woonzorgcentrum doet een beroep op een kwaliteitscoördinator. Die functie hoeft niet exclusief aan één centrum te worden toegekend. De minister kan de voorwaarden bepalen waaronder het centrum een beroep moet kunnen doen op een kwaliteitscoördinator.
- Overdag en 's nachts is in het woonzorgcentrum voldoende en gekwalificeerd personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te kunnen bieden.
- Tijdens de nacht wordt in elk woonzorgcentrum per begonnen schijf van zestig bewoners één actieve nachtdienst georganiseerd. Die nachtdienst kan gecombineerd worden met de nachtdienst van andere woonzorgvoorzieningen, die zich in de onmiddellijke nabijheid van het woonzorgcentrum bevinden, met uitzondering van woonzorgcentra met minder dan eenenzestig woongelegenheden, tenzij die beschikt over twee actieve nachtdiensten. De permanentie wordt berekend op het totale aantal opgenomen bewoners in het woonzorgcentrum, inclusief de bewoners van andere zorgvormen waarvoor nachtpermanentie nodig is, zoals de centra voor kortverblijf en de centra voor herstelverblijf, tenzij daar een aparte equipe voor is.
- Een verpleegkundige is overdag en 's nachts aanwezig in het woonzorgcentrum.

Hoofdstuk 3

Analyse cijfers personele inzet op basis van administratieve data

1 Inleiding

In dit deel van de studie brengen we de personeelsinzet in woonzorgcentra in kaart aan de hand van administratieve data van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Dit laat toe om de inzet te toetsen aan de personeelsnormen en na te gaan welke tekorten er eventueel aanwezig zijn. De onderzoeksvragen zijn:

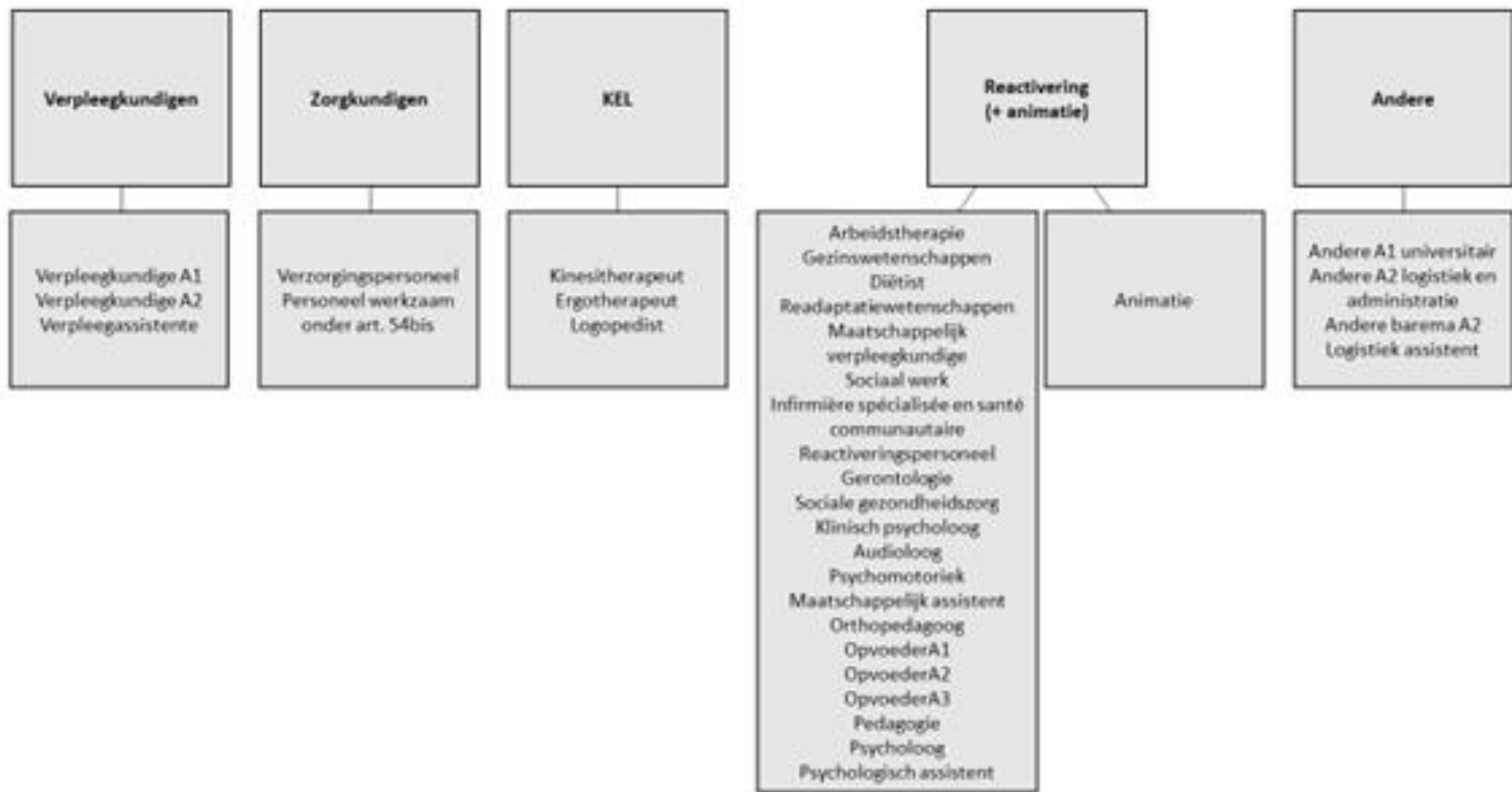
- a) Wat is de huidige personeelsinzet in de Vlaamse woonzorgcentra?
- b) Hoe verhoudt deze personeelsinzet zich ten opzichte van de personeelsnormen?
- c) Welke tekorten ten opzichte van de normen kunnen worden waargenomen?

2 Methode

Administratieve data van alle Vlaamse woonzorgcentra uit referentieperiode 2018-2019 werden verkregen via het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid. De data werden door de voorzieningen bezorgd aan het agentschap in functie van de financiering van woonzorgcentra. De data omvatten informatie met betrekking tot bewoners (bv. Katz-score, aantal ligdagen, ...), personeel (bv. personeelsinzet in voltijds equivalent, de baremieke anciënniteit) en de voorziening (bv. het aantal erkenningen). Deze dataset wordt door de Vlaamse overheid gebruikt om de financiering van de basistegemoetkoming, de waarborgregeling (het bedrag aanvullende financiering) en de financiering eindeloopbaan te bepalen. De wijze waarop deze aangifte gebeurt via de raas-applicatie is wettelijk verankerd en daardoor in belangrijke mate gestandaardiseerd. Dit maakt een betrouwbare vergelijking van de personeelsinzet mogelijk.

De data werden verwerkt in SPSS. In totaal werden 785 woonzorgcentra weerhouden voor de data-analyse. De personeelsinzet werd berekend op basis van de gemiddelde tewerkstelling in de referentieperiode 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 en wordt uitgedrukt in voltijdsequivalenten (VTE). Op basis van de aangifte kan een onderscheid gemaakt worden tussen onderstaande personeelscategorieën. Om de cijfers vergelijkbaar te maken in functie van de verschillende schaalgrootte werd de personeelsinzet per woonzorgcentrum verrekend naar een inzet per 30 aanwezige bewoners (gedurende de referentieperiode).

Figuur 1 Indeling van het tewerkgesteld personeel



Op basis van de bewonersgegevens (aanwezigheidsdagen en Katz-score) en erkenningsgegevens werden tevens de normen berekend (VSB-normen en erkenningsnormen). Dit maakt het mogelijk om na te gaan hoe de personeelsinzet zich verhoudt tot de normen.

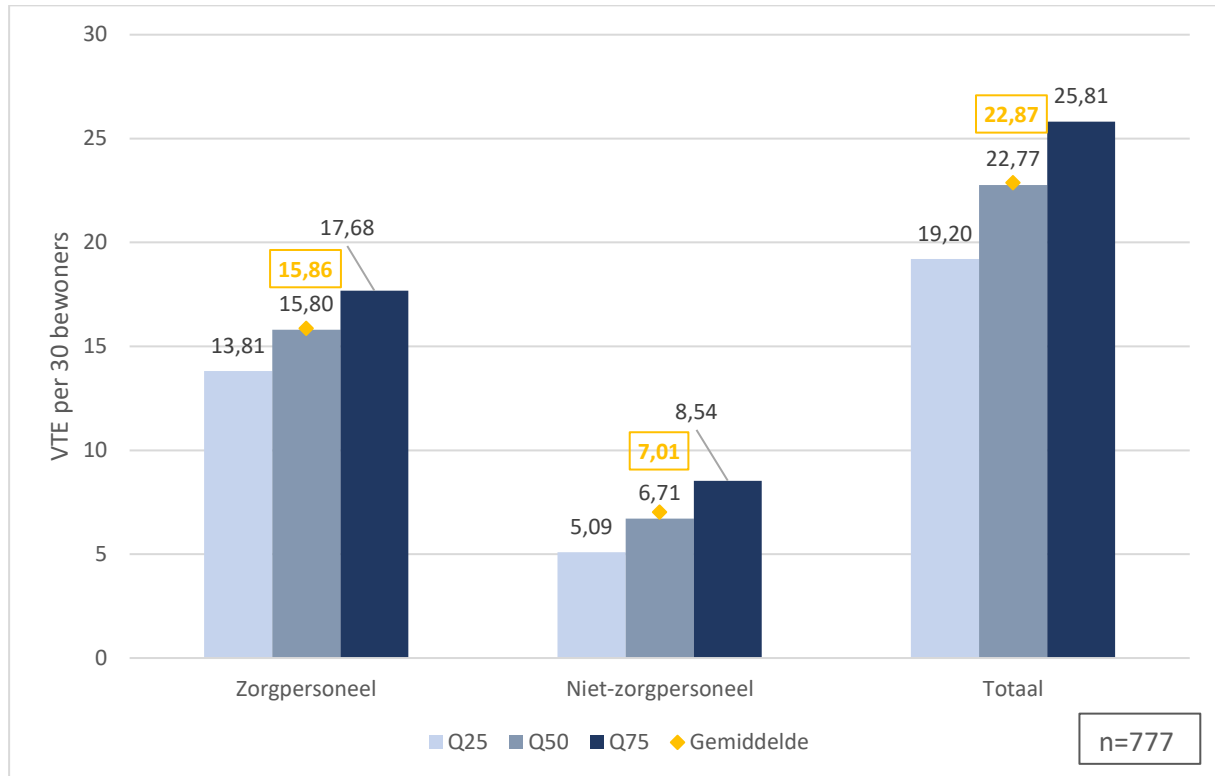
In deze beschrijvende studie worden de cijfers voorgesteld door middel van de mediaan, de kwartielen en het gemiddelde.

3 Resultaten

3.1 Algemeen

Onderstaande grafiek geeft de resultaten weer voor de volledige steekproef. Gemiddeld worden in de Vlaamse woonzorgcentra, per 30 bewoners 22,8 VTE personeel ingezet. Een kwart van de voorzieningen zet minder dan 19,2 VTE in, een kwart van de voorzieningen zet meer dan 25,8 VTE personeel in. Indien we deze resultaten opsplitsen in zorgkwalificaties (medewerkers die beschikken over een contract en kwalificatie als zorgmedewerker) en overige (niet-zorg) medewerkers, dan blijkt de gemiddelde voorziening 15,9 VTE zorgpersoneel in te zetten per 30 bewoners. Voor de overige medewerkers is dit ongeveer de helft, ongeveer 7,0 VTE.

Figuur 2 Personeelsinzet zorg en ondersteunend personeel per 30 bewoners

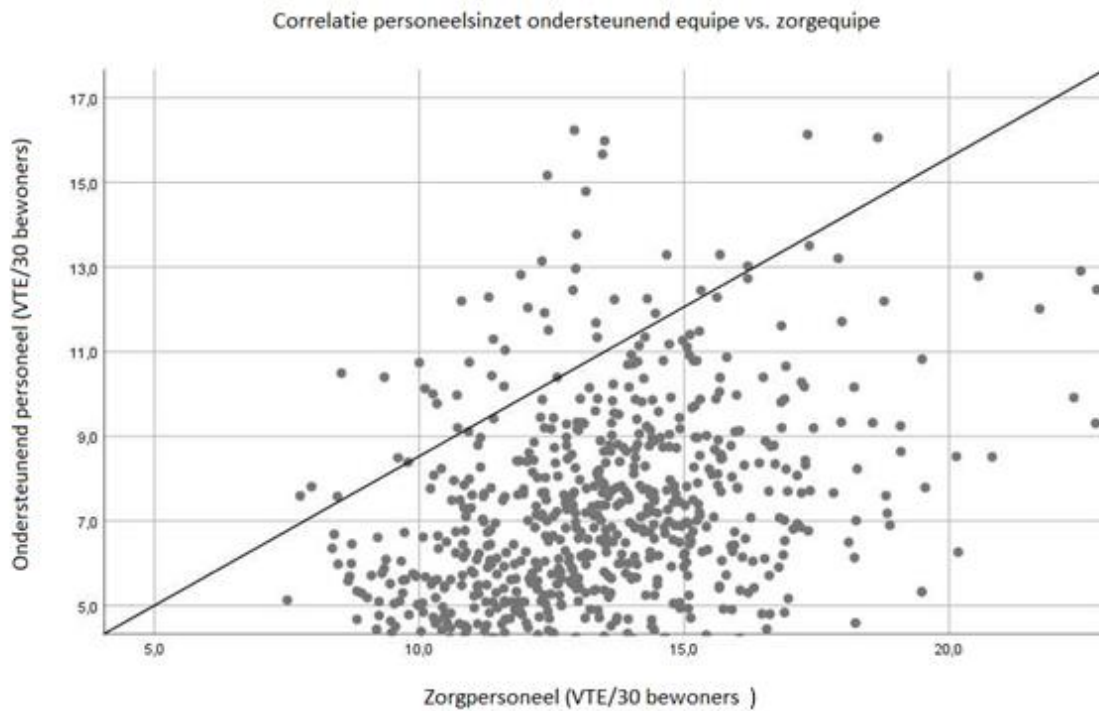


Uit bovenstaande grafiek blijkt ook de grote variatie in personeelsinzet, zowel wat betreft de zorgkwalificaties als wat betreft het overige personeel. Bij de zorgkwalificaties bedraagt de interkwartielrange¹² ongeveer 3,9 VTE of 28% van kwartiel 1. Bij de overige kwalificaties is dit 3,5 VTE of maar liefst bijna 68% van kwartiel 1.

Indien we ingaan op het verband tussen de inzet van de zorg en niet-zorg dan blijkt de inzet sterk positief gecorreleerd en dus sterk met elkaar samen te hangen. De correlatiecoëfficiënt bedraagt 0,382 ($P \geq 0,01$). Dit betekent dat voorzieningen die meer zorgpersoneel inzetten doorgaans ook meer overig personeel inzetten. Hieronder wordt dit grafisch weergegeven.

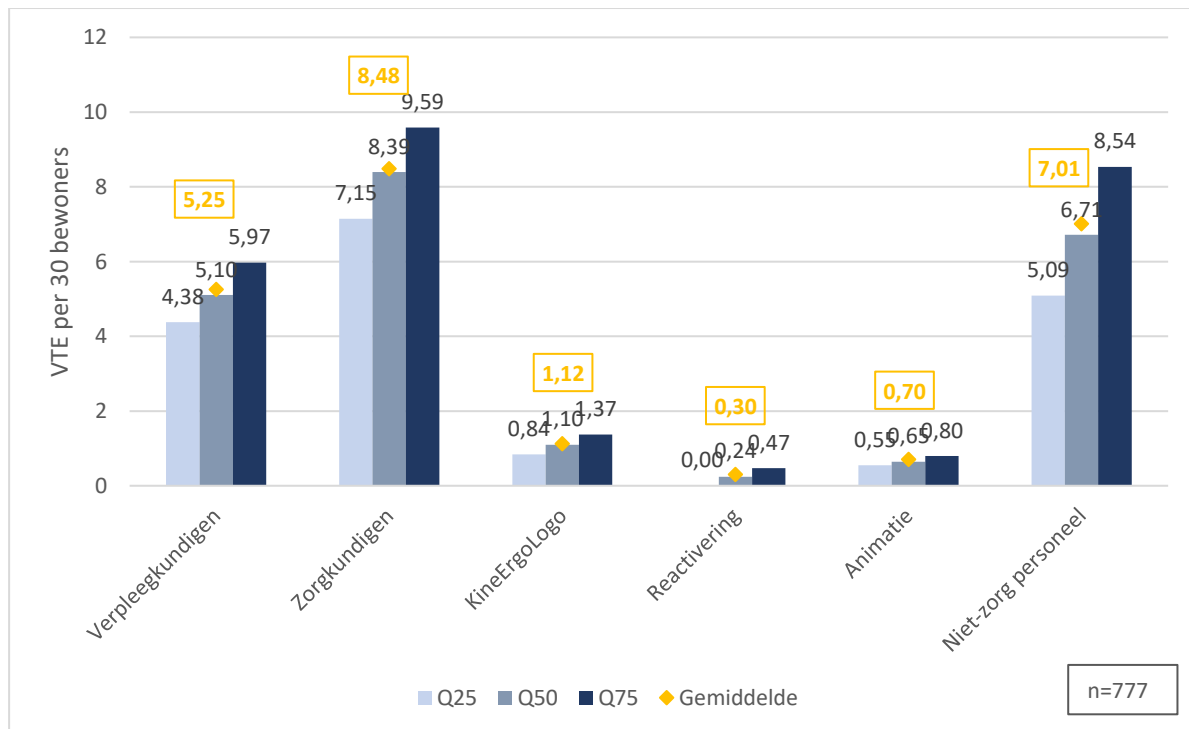
¹² Het verschil tussen kwartiel 1 en kwartiel 3.

Figuur 3 Correlatie personeelsinzet zorg- en ondersteunend personeel



In onderstaande grafiek gaan we dieper in op de verschillende types van medewerkers. Het gemiddeld aantal medewerkers per 30 bewoners bedraagt voor verpleegkundigen 5,3 VTE, voor zorgkundigen is dit 8,5 VTE, voor Kine-Ergo-Logo is dit 1,1 VE, voor reactivering is dit 0,3 VTE en voor animatie is dit 0,7 VTE. Uit deze cijfers blijkt tevens dat ongeveer een kwart van de voorzieningen geen beroep doet op kwalificaties reactivering (exclusief Kine-Ergo-Logo).

Figuur 4 Detail personeelsinzet per 30 bewoners



In onderstaande tabel wordt de personele inzet per 30 bewoners in meer detail weergegeven, uitgedrukt in voltijdsequivalenten.

Tabel 5 Overzicht personeelsinzet

		Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering	Animatie
Gemiddelde		5,25	8,48	1,12	0,30	0,70
Standaard deviatie		1,46	2,05	0,49	0,34	0,28
Percentielen						
	10	3,62	6,13	0,62	0,00	0,48
	20	4,16	6,92	0,78	0,00	0,53
	30	4,55	7,35	0,90	0,02	0,57
	40	4,81	7,99	0,99	0,17	0,61
	50	5,10	8,39	1,10	0,24	0,65
	60	5,40	8,88	1,20	0,33	0,70
	70	5,79	9,43	1,30	0,40	0,76
	80	6,15	9,88	1,46	0,54	0,84
	90	6,86	10,73	1,68	0,75	0,99

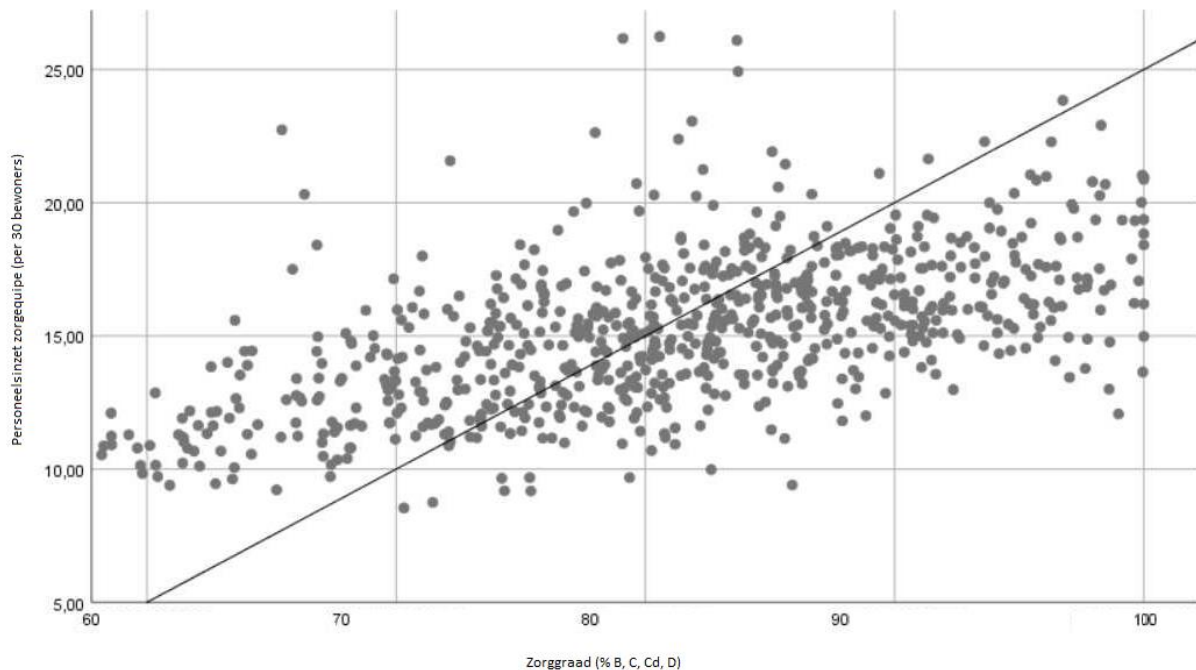
3.2 Inzet in functie van zorggraad

Uiteraard wordt de personeelsinzet in belangrijke mate gekenmerkt door de ondersteuningsnood van de personen die in de desbetreffende voorziening verblijven. Op vandaag wordt de ondersteuningsnood weergegeven door middel van de Katz-scores.

De zorg die wordt verleend aan bewoners binnen een woonzorgcentrum zal niet voor elke bewoner dezelfde zijn. Afhankelijk van diens noden en zorgbehoeften zal deze geleverde zorg een verschil in intensiteit, en bijgevolg in personeelsinzet, kennen. Dit wordt iets meer concreet voorgesteld in onderstaande scatterplot waarbij een visualisatie wordt gemaakt van het aantal voltijdsequivalenten¹³ dat wordt ingezet in verhouding tot de zorgzwaarte van de bewoners. Deze analyse ondersteunt de stelling dat de zorgequipe die wordt ingezet, mee stijgt naarmate de zorggraad van de bewoners stijgt.

De correlatie bedraagt 0,509 ($p \leq 0,001$). De zorggraad, of het percentage bewoners met een zwaar zorgprofiel (% B, C, Cd en D), verklaart ong. een kwart (25,8%; $P \leq 0,001$) van de variantie in de zorgbestaffing (zorg_VTE_correctie_per30). Dit wordt hier tevens onder grafisch weergegeven.

Figuur 5 Personeelsinzet in functie van zorggraad WZC



Uit voorgaande analyse kan worden besloten dat de zorggraad van bewoners een belangrijke invloed op de personeelsinzet heeft. Ongeveer een kwart van de bestaffing van de zorgequipe kan hierdoor worden verklaard. Anderzijds blijkt ook de relatief beperkte voorspellende waarde heeft. Twee redenen liggen hiervoor aan de basis. Enerzijds is het zo dat de Katz-evaluatieschaal een beperkt aantal aspecten (ADL) in kaart brengt en bewoners in een beperkt aantal categorieën indeelt (O, A, B, C, Cd¹⁴). De complexiteit van de nood aan ondersteuning aan zorg is veel omvangrijker en complexer. Daarnaast hangt een groot deel van de variatie in personeelsinzet af van andere factoren (infrastructuur, schaal, visie, ...). In functie van deze studie verkennen we de personeelsinzet verder in functie van de zorggraad. Om de personeelsinzet op een eenvoudige manier in beeld te brengen worden de woonzorgcentra in 5 groepen ingedeeld waarbij

¹³ Verpleegkundigen, zorgkundigen, KineErgoLogo en reactivering

¹⁴ Daarnaast is ook een D-profiel van toepassing (gekoppeld aan een diagnose dementie, los van de Katz).

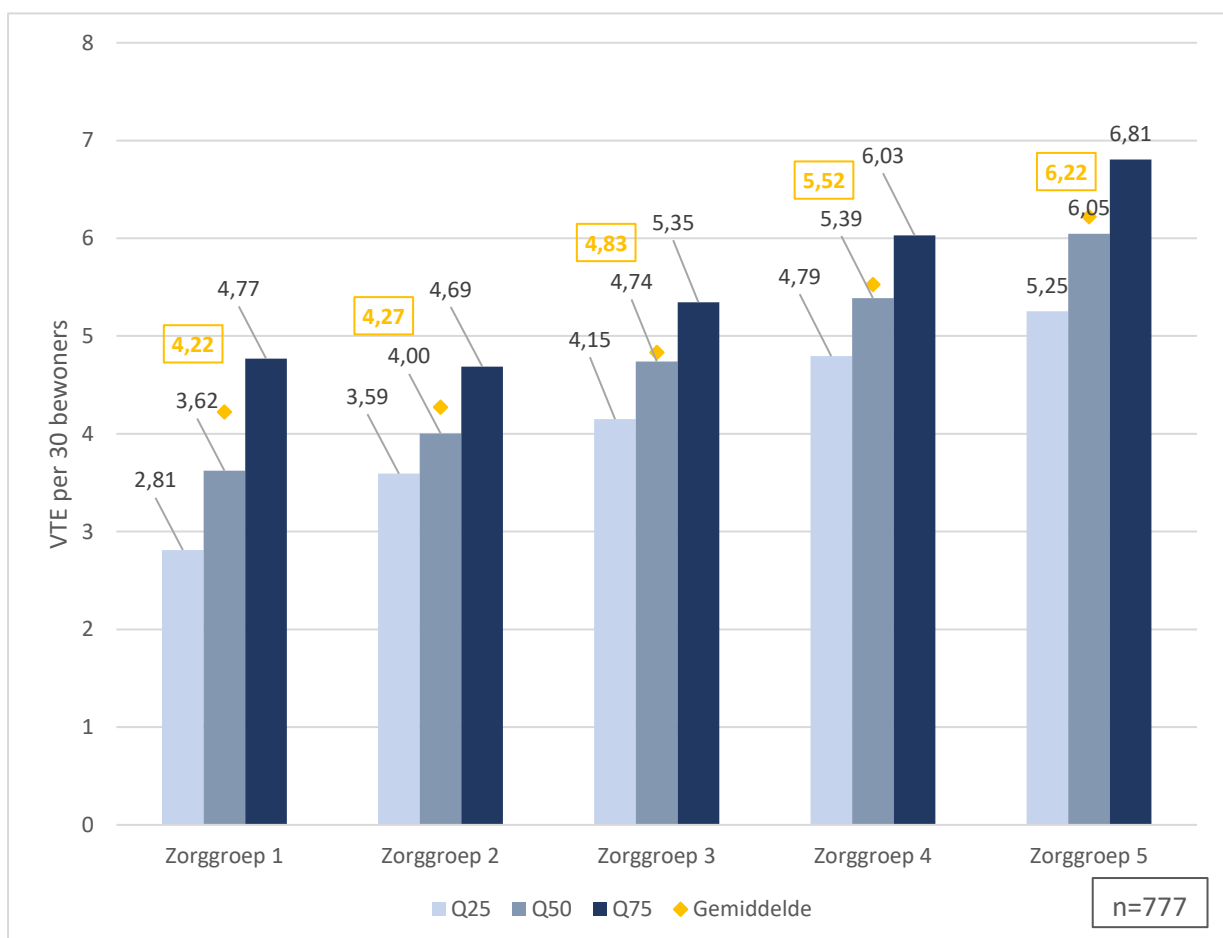
groep 1 gekenmerkt wordt door een relatief lage zorggraad (0-60%) en groep 5 door een hoge zorggraad (meer dan 90% zorggraad). Onderstaande tabel maakt duidelijk dat de grote meerderheid van de woonzorgcentra (83%) zich positioneren in groep 3, 4, en 5

Tabel 6 Indeling WZC naar zorggraad

	Range	Frequentie	Percentage
Zorggroep 1	0 - 0,5999	35	4,50
Zorggroep 2	0,6 - 0,6999	95	12,23
Zorggroep 3	0,7 - 0,7999	221	28,44
Zorggroep 4	0,8 - 0,8999	274	35,26
Zorggroep 5	0,9 - 1	152	19,56
TOTAAL		777	100

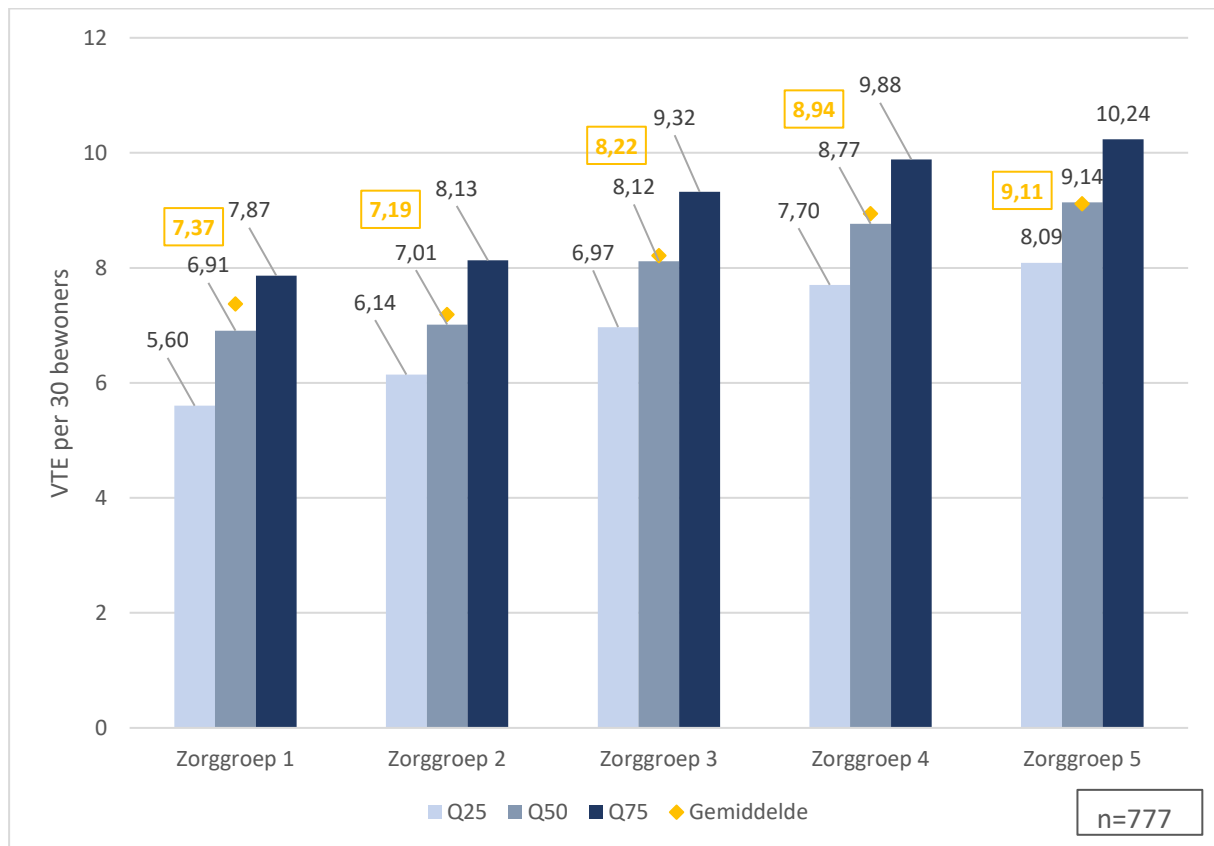
Onderstaande grafiek visualiseert hoe de inzet van verpleegkundigen varieert in functie van de vijf zorggroepen. De gemiddelde inzet aan verpleegkundigen (per 30 bewoners) stijgt in functie van de zorggraad gradueel van 4,3 VTE (groep 2) naar 4,8 VTE (groep 3) naar 5,6 VTE (groep 4) naar 6,2 VTE (groep 5). Voor de kwartielen zien we een gelijkaardig verloop. De grafiek maakt tevens duidelijk dat binnen de groepen er sprake is van heel wat variatie.

Figuur 6 Verpleegkundigen per 30 bewoners ifv zorggraad

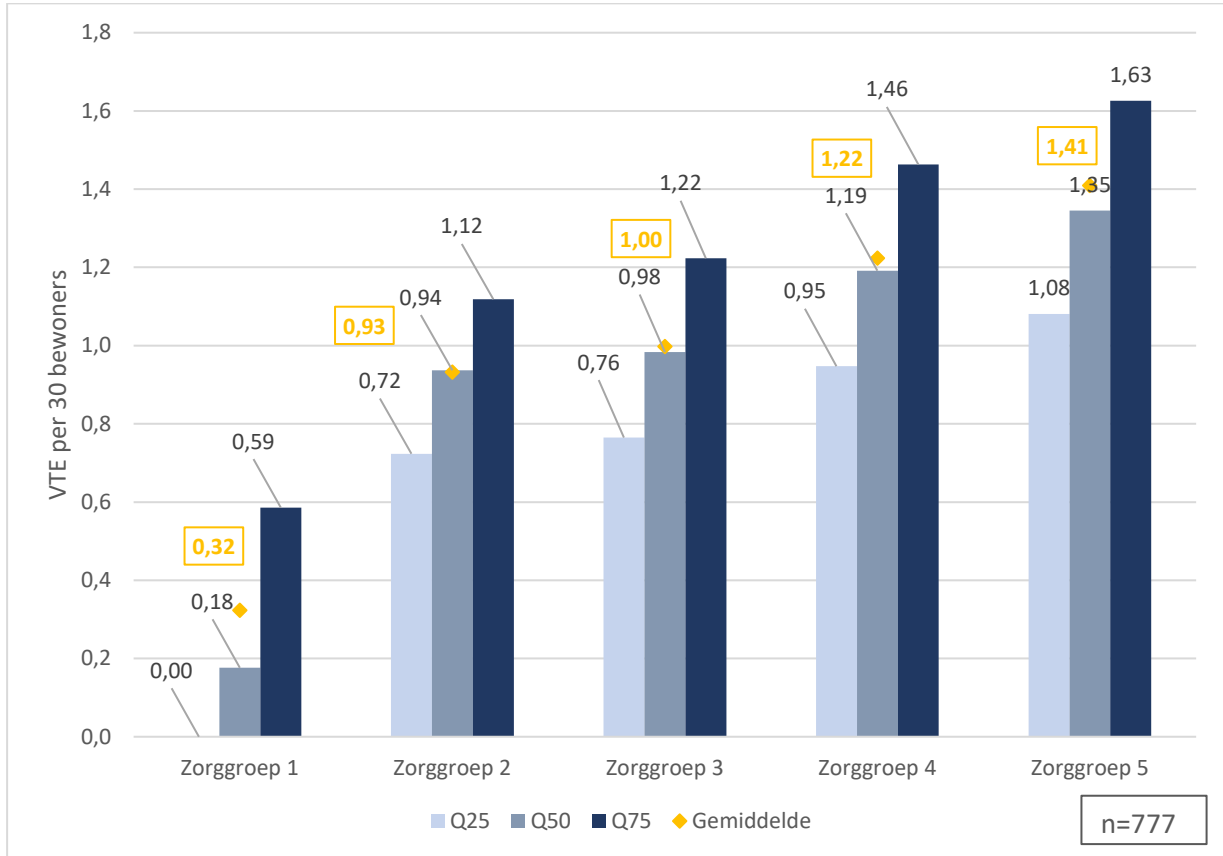


Een gelijkaardige analyse kan voor de inzet aan zorgkundigen worden gemaakt. Ook voor dit type van medewerkers stijgt de inzet naarmate de zorggraad hoger ligt. Voor groep 2 is dit gemiddeld 7,2 VTE, voor groep 3 is dit 8,2 VTE, voor groep 4 is dit 8,9 VTE en groep 5 is dit 9,1 VTE per 30 bewoners. Voor de kwartielen (kwartiel 1 en kwartiel 3) zien we een gelijkaardig verloop.

Figuur 7 Zorgkundigen per 30 bewoners ifv zorggraad

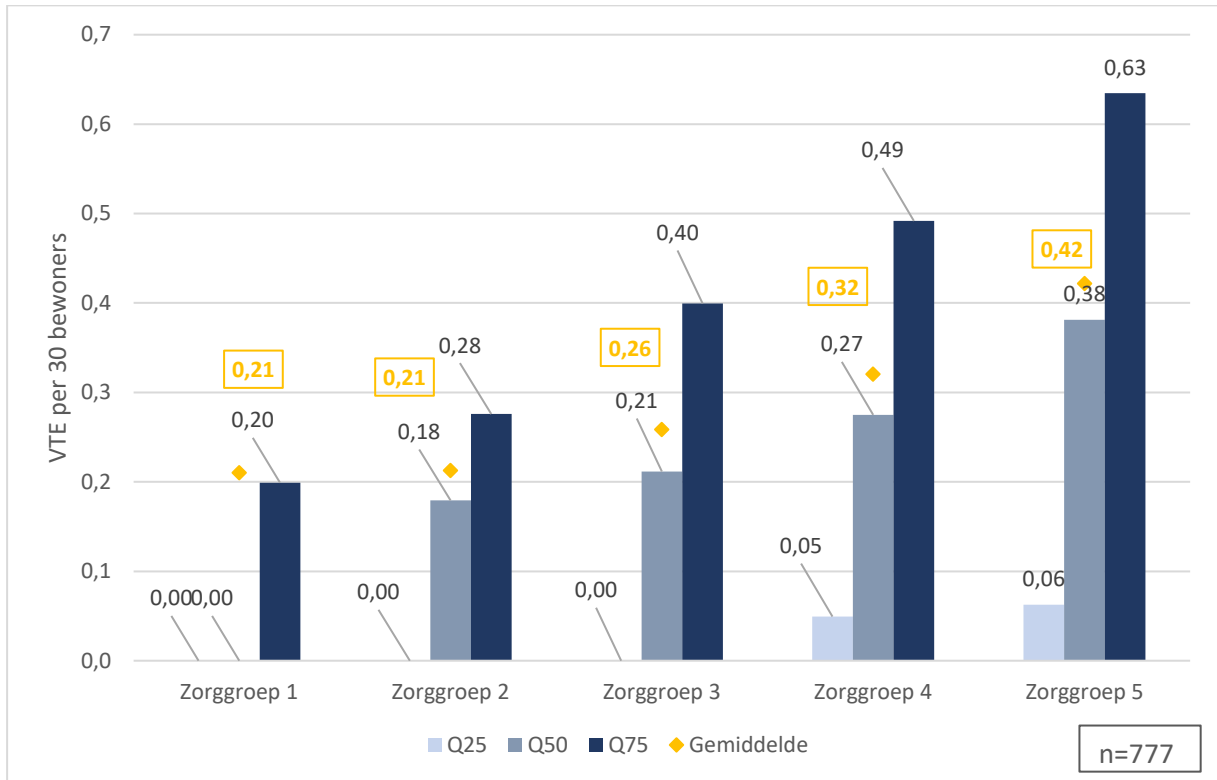


Figuur 8 Kine, ergo, logo per 30 bewoners ifv zorggraad



Hierboven wordt een grafiek weergegeven die peilt naar de impact van een stijgende zorggraad op de inzet van kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten.

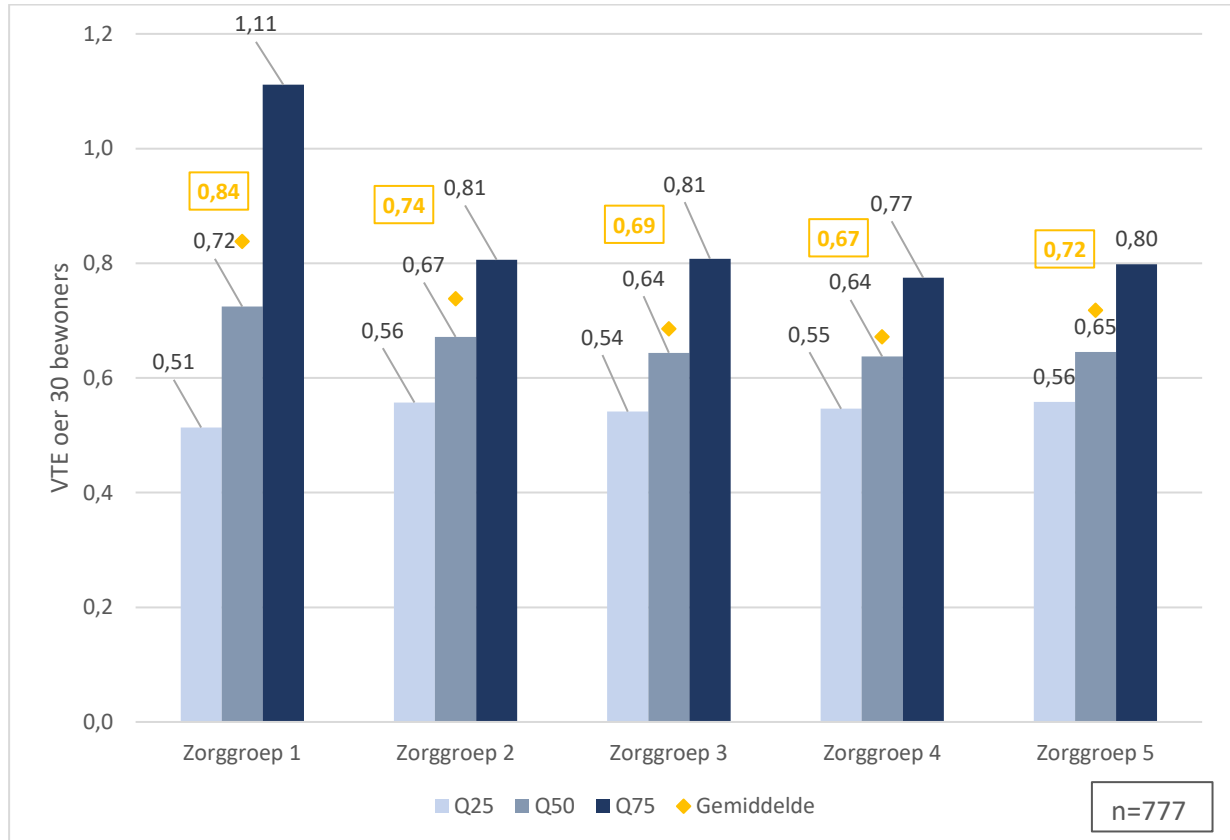
Figuur 9 Reactivering per 30 bewoners ifv zorggraad



Wanneer we de impact van een stijgende zorggraad op de inzet van reactiverend personeel bestuderen dan zien we een gelijkaardig verschil als bij de andere kwalificaties. Opmerkelijk is dat heel wat voorzieningen geen beroep doen op dit type van zorgprofessionals.

Als we in onderstaande grafiek de inzet van animatie in functie van de zorggraad gaan bekijken, kan worden vastgesteld dat deze relatief stabiel blijft. Dit kan worden verklaard door het gegeven dat de norm en financiering voor animatie afhankelijk is van het aantal erkende woongelegenheden en dus niet varieert in functie van de zorggraad, in tegenstelling tot wat geldt voor de kwalificatiegroepen verpleegkundigen, zorgkundigen, KineErgoLogo en reactivering, waarbij normen en financiering behoudens de regelgeving van de Vlaams Sociale Bescherming wel variëren in functie van de zorggraad binnen een woonzorgcentrum.

Figuur 10 Woonleefbegeleider (animatie) per 30 bewoners ifv zorggraad



3.3 Normtoetsing Vlaamse Sociale Bescherming

3.3.1.1 Inleiding

Zoals eerder werd vermeld, gaan de personeelsnormen (en financiering) van de Vlaamse Sociale bescherming uit van diverse normen die worden bepaald aan de hand van de aanwezigheidsdagen van bewoners. Hierbij worden er in functie van de Katz-score en het type erkenningen personeelsnormen berekend voor vier kwalificatiegroepen (verpleegkundigen, zorgkundigen, Kine-Ergo-Logo en reactivering).

Onderstaande tabel geeft in detail de normen weer (per 30 bewoners) van de Vlaamse woonzorgcentra. Hieruit volgt dat normen gemiddeld respectievelijk 3,74 VTE verpleegkundigen; 4,67 VTE zorgkundigen; 0,57 VTE Kine-Ergo-Logo en 0,36 VTE reactivering per 30 bewoners bedragen.

Tabel 7 Financieringsnormen personeel Vlaamse WZC

		Verpleegkundigen	Zorgkundigen	Kine-Ergo-Logo	Reactivering
Gemiddelde		3,74	4,67	0,57	0,36
Standaard deviatie		0,65	0,75	0,21	0,10
Percentielen					
	10	2,90	3,80	0,24	0,23
	20	3,35	4,17	0,51	0,28
	30	3,57	4,39	0,56	0,31
	40	3,74	4,59	0,59	0,34
	50	3,86	4,78	0,62	0,36
	60	3,97	4,90	0,65	0,38
	70	4,09	5,04	0,67	0,40
	80	4,20	5,23	0,72	0,44
	90	4,41	5,48	0,76	0,48

In onderstaande tabel worden de financieringsnormen vergeleken met werkelijke personeelsbezetting en wordt het verschil weergegeven (het VTE boven-norm). Deze resultaten worden wederom uitgedrukt in voltijdsequivalenten en in verhouding tot 30 bewoners.

Tabel 8 VTE boven-norm (financieringsnormen)

		Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering
Gemiddelde		1,51	3,82	0,55	-0,05
Standaard deviatie		1,34	1,94	0,39	0,33
Percentielen					
	10	0,17	1,76	0,14	-0,38
	20	0,55	2,38	0,23	-0,31
	30	0,82	2,82	0,33	-0,24
	40	1,04	3,25	0,42	-0,18
	50	1,30	3,70	0,48	-0,11
	60	1,60	4,14	0,56	-0,04
	70	1,83	4,55	0,67	0,03
	80	2,20	5,06	0,82	0,16
	90	2,89	5,82	1,01	0,34

Uit bovenstaande tabel kan worden afgeleid dat de werkelijke personele inzet quasi steeds de VSB-normen overstijgt¹⁵ voor de kwalificaties verpleegkundigen, zorgkundigen en Kine-Ergo-Logo. Indien voor reactivering abstractie wordt gemaakt van de inzet kine, ergo en logo dan treedt in de meerderheid van de voorzieningen een (compenseerbaar) tekort op¹⁶. De groep van kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten betreft evenwel een subgroep binnen reactivering. Indien hiermee rekening wordt gehouden, dan is er geen tekort.

Uit deze normtoetsing blijkt tevens dat er voorzieningen zijn die de norm niet halen, waarvan hun personele inzet aldus lager ligt dan de norm voorschrijft. In de tabel hieronder wordt beschreven om hoeveel voorzieningen dit precies gaat, uitgedrukt in voltijdsequivalenten en weergegeven per kwalificatie. Hieruit blijkt dat het normtekort (indien we abstractie maken van reactivering) zich voornamelijk situeert bij de verpleegkundigen (43 of 5,5% van de woonzorgcentra) en slechts per uitzondering bij zorgkundigen (8 of 1% van de woonzorgcentra) of KineErgoLogo (2 of 0,3% van de woonzorgcentra).

¹⁵ De financiering compenseert ook (op dat ogenblik) 13,5% van de extra theoretische loonkost boven-norm.

¹⁶ Hierbij is het belangrijk op te merken dat kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten tevens deel uitmaken van de groep reactivering. In de tabel wordt voor de normtoetsing enkel rekening gehouden met andere medewerkers 'reactivering' zoals sociaal verpleegkundigen, sociaal werkers, opvoeders, psychologen, enz.

Tabel 9 Cumulatief percentage WZC met een normtekort t.a.v. de financieringsnormen (zonder toepassing van compensatieregels)

		Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering
Aantal WZC		43	8	2	509
Cumulatief percentage		5,5	1	0,3	65,5

De voorgaande VSB-normen zijn gebaseerd op de normen die van toepassing waren voor 1/07/2021 (op het ogenblik dat de personeelsinzet werd gerealiseerd). Midden 2021 ging evenwel het VIA-6 akkoord in waardoor de financieringsnormen in belangrijke mate werden verhoogd. In de aanloop van het VIA-6 akkoord werd daarom tevens een simulatie gemaakt waarbij de normen per 30 bewoners uitgaan van de normen van de bijkomende erkenningen (RVT).¹⁷

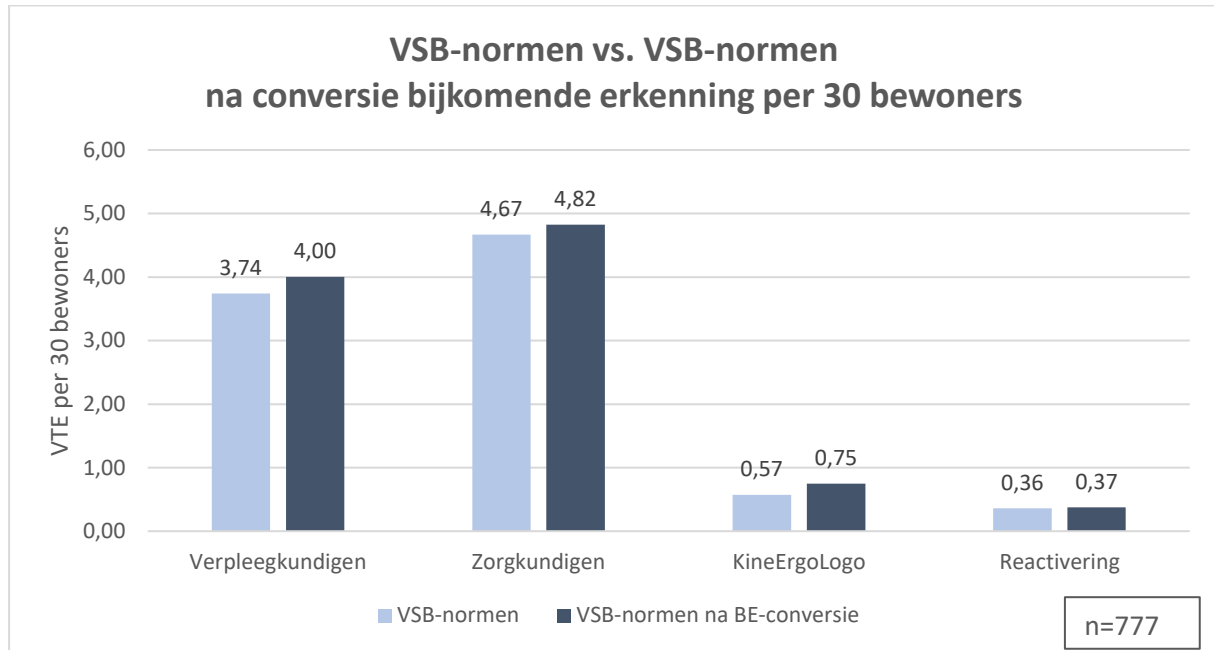
Tabel 10 Cumulatief aantal WZC met normtekort (simulatie na RVT-reconversie – zonder toepassing van compensatieregels)

		Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering
Gemiddelde		4,00	4,82	0,75	0,37
Standaard deviatie		0,53	0,71	0,12	0,10
Percentielen					
	10	3,40	3,99	0,61	0,25
	20	3,62	4,31	0,66	0,29
	30	3,79	4,57	0,70	0,33
	40	3,93	4,74	0,73	0,35
	50	4,04	4,89	0,76	0,38
	60	4,16	5,03	0,78	0,40
	70	4,27	5,18	0,81	0,42
	80	4,41	5,38	0,84	0,45
	90	4,62	5,63	0,89	0,49

¹⁷ Kortverblijf werd in deze berekening niet gewijzigd.

Als we de impact van deze wijzigingen in detail in kaart brengen, dan kan worden vastgesteld dat het verschil tussen beide normen een stijging van respectievelijk gemiddeld 0,26 VTE verpleegkundigen; 0,15 VTE zorgkundigen; 0,18 KineErgoLogo en 0,01 VTE reacterend personeel per 30 bewoners bedraagt.

Figuur 11 Personeelsnormen na RVT-reconversie (financieringsnormen)



Het uitvoeren van deze normtoetsing legt wederom een aantal voorzieningen bloot die deze normen niet behalen en dus een lage personeelsbezetting hanteren dan de normen voorschrijft. In onderstaande tabel wordt aangetoond hoeveel voorzieningen met een personeelstekort ten aanzien van de normen kampt, uitgedrukt in voltijdsequivalenten en weergegeven per kwalificatie.

Tabel 11 Cumulatief aantal WZC met normtekort (simulatie na RVT-reconversie)

	Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering
Aantal WZC	94	10	116	529
Cumulatief percentage	12,1	1,3	14,9	68,1

Na het verschil tussen de historische (pré VIA-6) en geconverteerde VSB-normen, vergelijken we de geconverteerde VSB-normen met de personele inzet in de Vlaamse woonzorgcentra zoals gemeten in deze studie. Zoals verwacht ligt het verschil tussen de geconverteerde normen en de werkelijke personeelsbezetting lager dan wanneer deze vergeleken werd met de historische normen (pré Via-6). Een volgende conclusie is dat de ware personele inzet de geconverteerde VSB-normen eveneens overstijgt, met uitzondering van het reactiverend personeel.

Tabel 12 Detail normtoetsing (simulatie na RVT-reconversie)

		Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering
Gemiddelde		1,25	3,66	0,37	-0,07
Standaard deviatie		1,29	1,95	0,45	0,33
Percentielen					
	10	-0,09	1,59	-0,07	-0,39
	20	0,32	2,15	0,04	-0,31
	30	0,59	2,68	0,16	-0,26
	40	0,82	3,11	0,25	-0,19
	50	1,07	3,54	0,35	-0,14
	60	1,35	3,97	0,43	-0,06
	70	1,60	4,42	0,53	0,02
	80	1,94	4,95	0,68	0,14
	90	2,62	5,72	0,91	0,33

3.4 Normtoetsing Vlaamse erkenningsnormen

Zoals eerder werd vermeld in dit rapport, beschrijft het Woonzorgdecreet (2019) erkenningsvoorwaarden met daaraan gekoppelde norminterpretaties betreffende de personele inzet in Vlaamse woonzorgcentra. Als leidraad doorheen dit gedeelte, waarin de normen telkens werden getoetst aan het gemiddeld aantal aanwezige bewoners en hun zorgprofiel, wordt de sleutel hiertoe kort nog even geschetst. Deze cijfers worden uitgedrukt in voltijdsequivalenten en in verhouding tot 30 bewoners.

Figuur 12 Vlaamse erkenningsnormen personeelsinzet

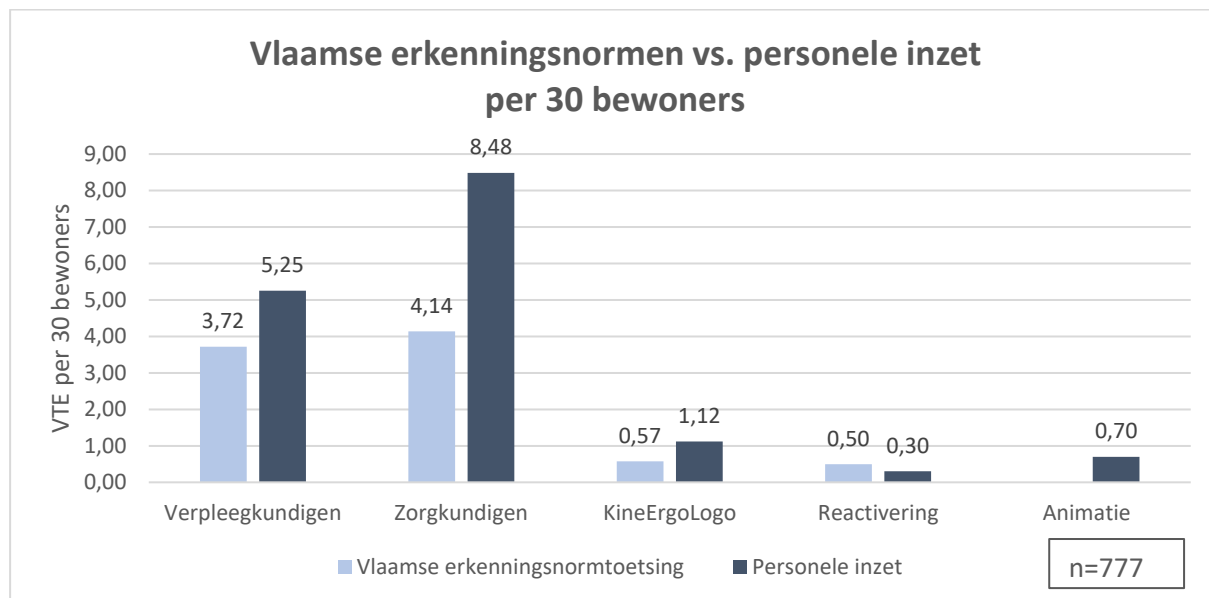
	Verpleegkundigen (waarvan 1 hoofdverpleegkundige)	Zorgkundigen	Verplegend en verzorgend personeel (waarvan ten minste 1 verpleegkundige)	KineErgoLogo	Reactivering
WZC zonder bijkomende erkenning			5		0,5
					+ 0,25 per extra 30 boven 120 erkenningen
Kortverblijf			5		0,5
					+ 0,25 per extra 30 boven 120 erkenningen
WZC met bijkomende erkenning	5	5		1	0,1
	+ 1 hoofdverpleegkundige per extra 15 boven 30 erkenningen				

Tabel 13 Berekenende personeelsinzet o.b.v. de Vlaamse erkenningsnormen

		Verpleegkundigen	Zorgkundigen	KineErgoLogo	Reactivering
Gemiddelde		3,72	4,14	0,57	0,50
Standaard deviatie		0,64	0,43	0,21	0,00
Percentielen					
	10	2,72	3,48	0,24	0,50
	20	3,52	4,01	0,51	0,50
	30	3,67	4,11	0,56	0,50
	40	3,78	4,18	0,59	0,50
	50	3,85	4,24	0,62	0,50
	60	3,94	4,29	0,65	0,50
	70	4,02	4,35	0,67	0,50
	80	4,15	4,43	0,72	0,50
	90	4,29	4,52	0,76	0,50

Wanneer de erkenningsnormen voor Vlaamse woonzorgcentra getoetst worden, kan eveneens worden besloten dat de personele inzet deze waarden voor de meeste woonzorgcentra overstijgt. De resultaten van de normtoetsingen als erkenningsvoorwaarde en deze beschreven door de Vlaamse Sociale Bescherming liggen relatief dicht bij elkaar. Ook hier kan worden vastgesteld dat enkel de inzet voor reacterend personeel lager ligt dan de norm deze voorschrijft, meer specifiek met een verschil van 0,2 VTE per 30 bewoners.

Figuur 13 Vergelijking Vlaamse erkenningsnormen en personeelsinzet



4 Besluit

Uit bovenstaande cijfers blijkt duidelijk dat de personeelsinzet in de woonzorgcentra onderling zeer sterk verschilt. Dit is zowel het geval voor het aantal (voltijdsequivalenten per 30 bewoners) als voor de types van kwalificaties (bv. verpleegkundigen vs. zorgkundigen vs. paramedici). De groep van woonzorgcentra kan bijgevolg als bijzonder heterogeen en divers worden beschouwd. Heel wat verschillende redenen kunnen aan de basis liggen van deze verschillen.

Een deel van deze verschillen kan verklaard worden door de zorg- en ondersteuningsnood van de bewoners die in de woonzorgcentra verblijven. De zorgvraag en ondersteuningsnood kan per bewoner sterk verschillen wat deels de onderlinge verschillen verklaart. Zoals eerder opgemerkt worden deze verschillen door de Katz slechts in beperkte mate gecapteerd en in een beperkt aantal bewonersprofielen vertaald.

Daarnaast liggen ook organisatorische aspecten aan de basis van deze verschillen. De schaal van de Vlaamse woonzorgcentra varieert sterk en ook de grootte van de afdelingen en leefgroepen (en hoe de bestaffing tijdens de verschillende dagdelen hierop wordt afgestemd) varieert. Samenhangend hiermee wordt de bestaffing sterk bepaald door de visie. Dit kent heel wat diverse aspecten zoals de verpleegkundige inzet (taakgeïntegreerd vs. geïntegreerd), de wijze waarop de maaltijden worden georganiseerd, de keuze voor logistieke ondersteuning, in welke mate er een accent wordt gelegd op paramedische omkadering, de woonleefbegeleiding, enz.

In het kader van deze studie werd op basis van de administratieve data ook inzicht gegeven in de bestaffing in functie van de zorgafhankelijkheid van de bewoners in de voorziening door middel van de Katz-scores.

Hieruit blijkt enerzijds dat het inderdaad zo is dat de inzet varieert in functie van de zorgafhankelijkheid van de bewoners waarbij voorzieningen met een hogere zorggraad (% bewoners met een hoge zorgafhankelijkheid) meer personeel inzetten dan voorzieningen met een lagere zorggraad. Dit hoeft niet te verbazen gezien de items van de Katz-schaal kunnen beschouwd worden als werklastindicatoren. Daarnaast is het zo dat de zorggraad (gemeten via de Katz) direct gekoppeld is aan de financiering waarbij hogere scores leiden tot hogere (gefinancierde) personeelsnormen en tevens extra bijkomende (RVT) financiering.

Anderzijds is er tussen voorzieningen, met een gelijkaardige zorggraad, ook nog steeds een groot verschil aanwezig. De redenen hiervoor zijn tweeledig. Enerzijds zijn er naast zorgzwaarte-gebonden redenen ook organisatiegebonden redenen voor deze verschillen. Voorbeelden hiervan zijn de visie op de zorg en dienstverlening, het werkingsmodel, de schaalgrootte, en andere factoren. Anderzijds is de meting van de werklast door middel van de Katz-indeling te beperkend. De kritiek ten aanzien van de Katz als werklastinstrument is niet nieuw. De beperkte validiteit en betrouwbaarheid werd reeds eerder in vraag gesteld (bv. KCE 122c). De introductie van BelRAI en RUGs kan helpen om de werklast beter in kaart te brengen. De complexiteit van beide aspecten (de organisatiegebonden aspecten en de afhankelijkheidsgebonden aspecten) brengt met zich mee dat in het regelgevend kader voldoende flexibiliteit noodzakelijk is zodat in functie van de lokale context en inzichten voldoende vrijheidsgraden aanwezig zijn.

Uit deze data blijkt (2018-2019) tevens dat slechts een kleine minderheid van de voorzieningen geconfronteerd wordt met een normtekort ten aanzien van de financieringsnormen en dat in de gevallen van een normtekort de compensatiemogelijkheden die voorzien zijn, toereikend zijn. In het kader van deze studie werd tevens een simulatie gemaakt met verhoogde (RVT) normen en ook bij verhoogde normen is dit het geval.

Gezien bestaffing in woonzorgcentra impact heeft op de kwaliteit van zorg en dienstverlening (Bostick et al., 2006; Harrington et al., 2020) is het systematisch in kaart brengen van de personeelsinzet en het opvolgen van de personeelsinzet belangrijk. Deze structuurindicator van kwaliteit kan (naast andere metingen van kwaliteit op proces-en outcome-niveau) bijdragen tot een kwaliteitsvolle residentiële ouderenzorg. Dit laat tevens toe om de impact van beleidsmaatregelen (bv. de VIA-6 hervorming, de implementatie van de BelRAI, de wijziging van de financiering) op de bestaffing op te volgen. Een gestandaardiseerde meting waarbij de personeelsinzet en de evolutie in personeelsinzet zo volledig als mogelijk, gedetailleerd wordt in kaart gebracht is belangrijk. In het verleden werd dit mogelijk gemaakt door de volledige aangifte van de personeelsinzet in de referentieperiode (ongeacht het type van personeel en de contracttypes), op vandaag is dit niet langer het geval. Dit brengt met zich mee dat het opvolgen van de personeelsinzet niet langer mogelijk is. Gezien de engagementen die voorzieningen nemen ten aanzien van bijkomende financiering (bv. het VIA-6 akkoord, Sociale Maribel financiering) lijkt het aangewezen om dit in de toekomst systematisch te voorzien.

Hoofdstuk 4

Bevraging van directies van woonzorgcentra

1 Inleiding

Nadat de personeelsinzet in kaart werd gebracht, werden de ervaringen van algemeen directeurs in Vlaamse woonzorgcentra bevraagd. Er werd een vragenlijst opgesteld waarmee bijkomende info werd verzameld over de huidige inzet van personeel en de ervaren tekorten. De wenselijke personeelsinzet en hoe deze zich verhoudt ten opzichte van de huidige personeelsinzet werd bevraagd. De onderzoeksvragen zijn: (a) welke tekorten aan personele inzet worden op vandaag ervaren, (b) welke redenen liggen aan de basis van deze ervaren tekorten en (c) welke wijzigingen zijn noodzakelijk om een passend en kwaliteitsvol antwoord kan geboden worden aan de huidige noden?

2 Methode

Op basis van een verkennende literatuurstudie is een vragenlijst ontworpen om de personele inzet van woonzorgcentra verder te onderzoeken. Het doel van deze vragenlijst is om meer (en een sectorbreed) inzicht te verkrijgen. De vragenlijst werd opgesteld voor de directie van Vlaamse woonzorgcentra en heeft een driedelige insteek: (1) deze werd opgesteld uit vragen met een eerder verduidelijkend karakter met betrekking tot de personeelsinzet; (2) deze polst naar de perceptie van de participanten aangaande de huidige personeelsnormering, met als doel verder inzicht te verwerven in de hedendaagse praktijksituatie en de ervaren tekorten bloot te leggen; (3) deze bevraagt de wenselijke situatie betreffende de personeelsnormering, met als doel om vanuit de praktijk na te gaan welke kwalificaties en invulling van takenpakketten het grootste verschil zouden maken indien er extra op zou worden ingezet.

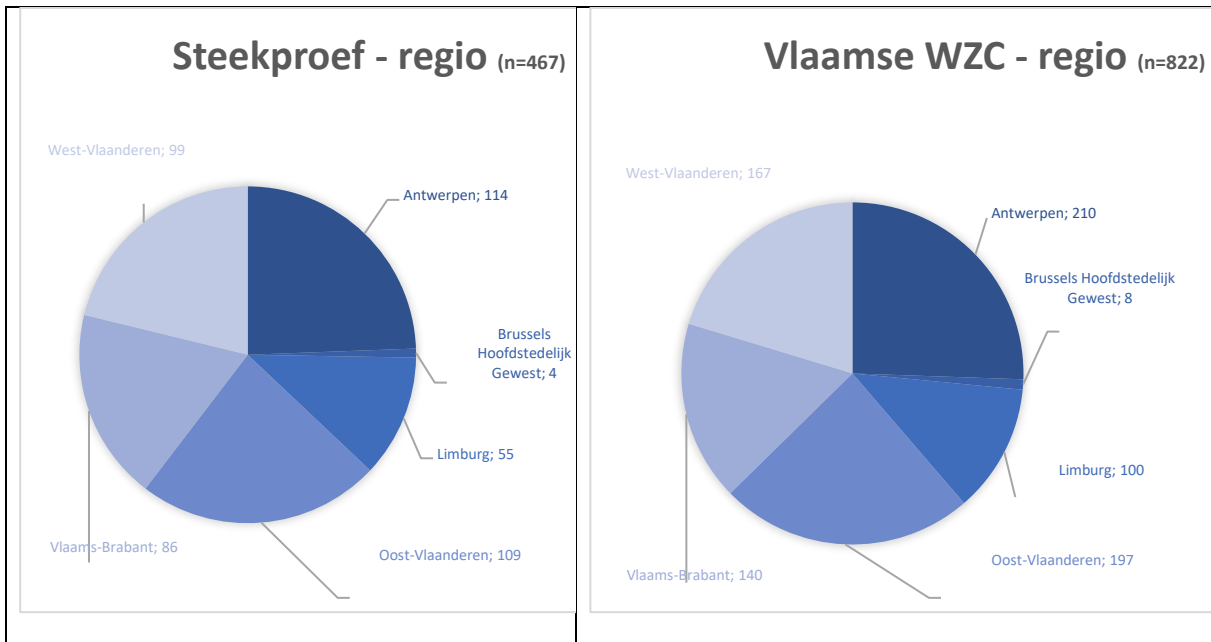
Na het opstellen van een eerste versie van deze vragenlijst werd deze getoetst en verder verfijnd door middel van bezoeken aan drie woonzorgcentra, waarbij bewust gekozen werd voor een heterogene mix wat betreft het type uitbater (voorzieningen met en zonder winstoogmerk) en een spreiding over verschillende provincies (West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Antwerpen). De vragenlijst werd met directieleden van deze voorzieningen overlopen en er werd hen om input en feedback gevraagd. De vragenlijst werd na implementatie van deze input en verwerking van hun feedback ter revisie aan de stuurgroep voorgelegd. Binnen de stuurgroep onderging de vragenlijst nog enkele interne feedbackrondes voor finale goedkeuring. Op 1 oktober werd een bericht betreffende de studie verstuurd vanuit Ouderenzorg Vlaanderen naar de 820 erkende woonzorgcentra in Vlaanderen, waarbij zij werden uitgenodigd om deel te nemen en de vragenlijst digitaal in te vullen. Er werden twee herinneringen verstuurd (na 1 week en na 3 weken) tot het invullen van de vragenlijst (zie bijlage 1).

3 Steekproef

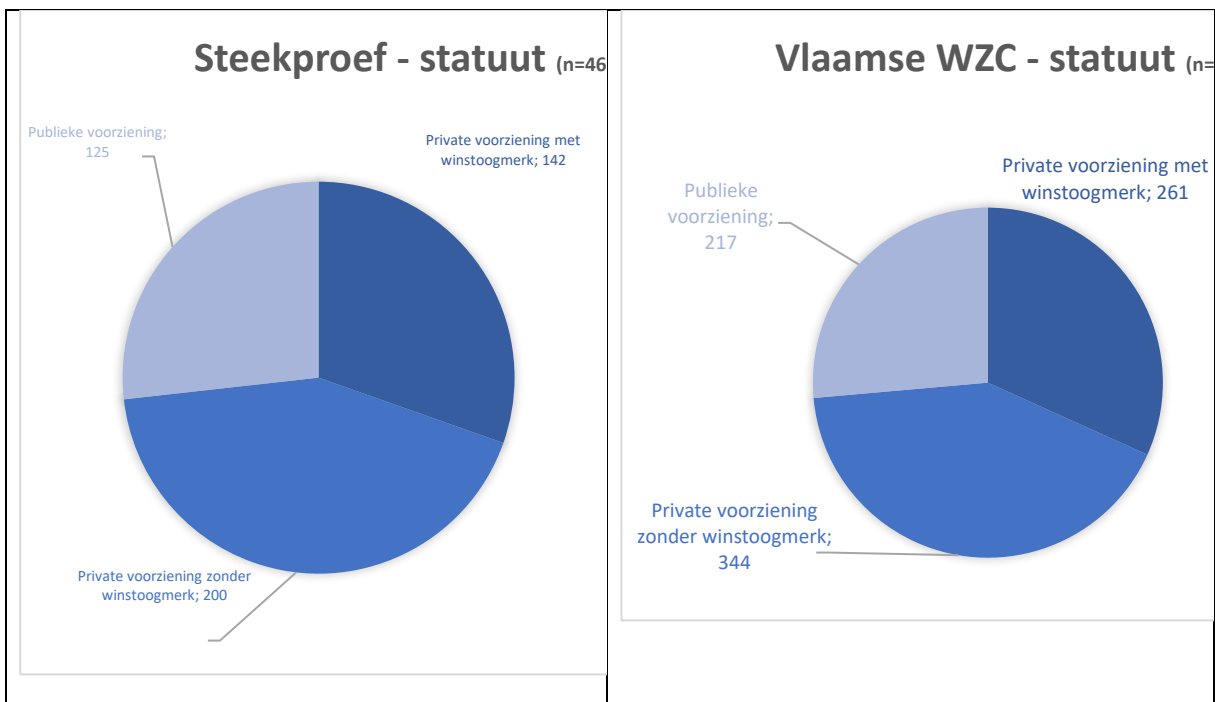
De datacollectie werd op 27 oktober afgesloten, met 657 ingevulde vragenlijsten als resultaat. Uit deze datacollectie werden van duplicaten (veroorzaakt door een meervoudige invoer door eenzelfde woonzorgcentrum) en onvolledige vragenlijsten (vragenlijsten die slechts gedeeltelijk werden ingevuld)

verwijderd. Na dit proces van datacleaning bleven 468 ingevulde vragenlijsten over, waarvan de vragen werden gelabeld, de antwoorden gecodeerd en werden de antwoorden via beschrijvende statistiek in kaart gebracht. Van deze 468 vragenlijsten werd er een exemplaar anoniem ingevuld. Hieronder wordt de respons per regio (Provincie - West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Antwerpen, Limburg, Vlaams-Brabant en Brussel) en type (publiek, met winstoogmerk en zonder winstoogmerk) van de overige 467 resultaten weergegeven. Daarnaast wordt ook telkens het aantal voorzieningen binnen deze categorie op Vlaams niveau meegegeven. Hieruit blijkt dat de steekproef op vlak van de verdeling over de regio's en type gelijkaardig is aan die van alle Vlaamse woonzorgcentra.

Figuur 14 Steekproef bevraging directie (regio)



Figuur 15 Steekproef bevraging directie (statuut WZC)



4 Beperkingen

De dataverzameling van deze onderzoeksfase heeft plaatsgevonden tijdens de tweede golf van de COVID-19-pandemie in Vlaanderen. Deze heeft ook de woonzorgcentra zwaar getroffen, wat resulteerde in een aanzienlijke stijging in werkdruk voor directie en medewerkers. Dit heeft mogelijk een negatieve impact gehad op de response rate voor dit onderzoek. Deze vragenlijst heeft als doelstelling inzicht te verwerven in de ervaren tekorten en de wenselijke personeelsinzet binnen Vlaamse woonzorgcentra. Hier dienen we echter rekening te houden met de bijzondere context waarin deze data verzameld werd. De COVID-19-pandemie heeft een grote impact gehad op de Vlaamse woonzorgcentra en kan daarom mogelijk ook een invloed hebben op de antwoorden van de bevroegde directieleden. De resultaten uit dit onderzoek dienen aldus geïnterpreteerd te worden binnen deze context.

5 Resultaten

5.1 Voorstelling resultaten

Resultaten uit deze onderzoeksfase worden voorgesteld aan de hand van percentages. Deze percentages vertegenwoordigen de frequentie waarin een bepaald antwoord op een vraag uit de vragenlijst gekozen werd in verhouding tot de andere antwoordopties. De participanten hadden vaak de mogelijkheid om meerdere antwoorden aan te duiden, vandaar zal het totaal van alle percentages niet steeds 100% zijn. De resultaten worden weergegeven door middel van grafieken en tabellen, telkens voorafgegaan door de vraag uit de eigenlijke vragenlijst.

In een eerste deel van de vragenlijst werden bij de respondenten gepeild naar de ervaren tekorten op niveau van de verschillende kwalificaties (bv. verpleegkundigen, ergotherapeuten, ...) en de redenen van dit tekort. Vervolgens werd ook ingegaan op de concrete taken en opdrachten een tekort wordt ervaren. Een laatste deel van de bevraging gaat in op een beoordeling van de huidige normering.

5.2 Beschrijvende statistiek

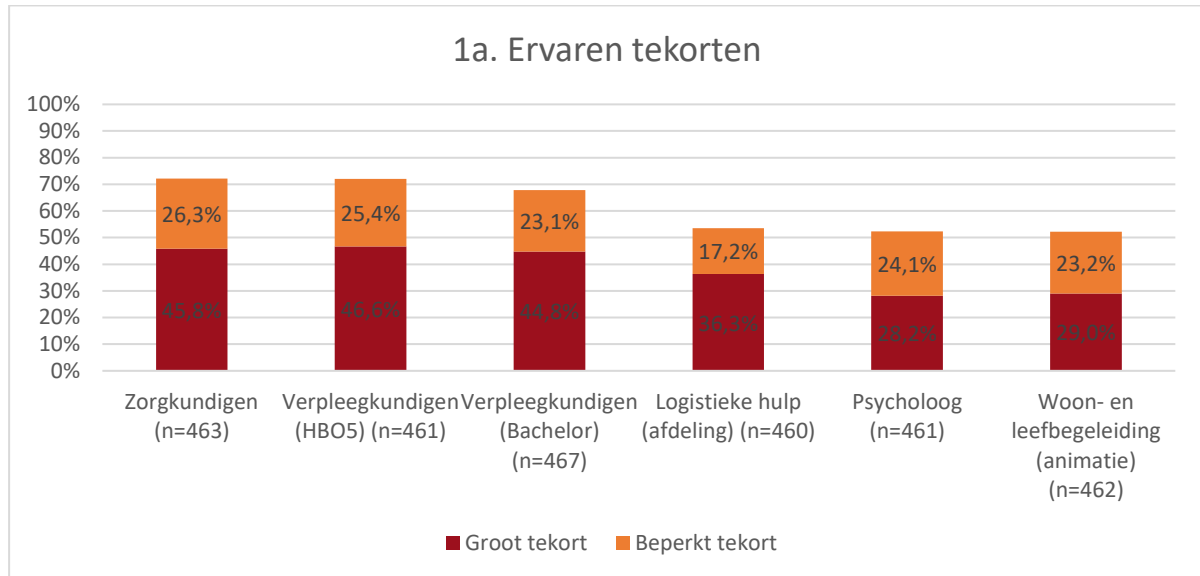
Een eerste vraag vroeg om aan te geven hoeveel personeelsleden er meer/minder nodig zijn om een voldoende kwaliteit van zorg, wonen en leven te kunnen bieden aan een aanvaardbare werkdruk voor de medewerker (in uw eigen voorziening). Het vertrekpunt is de gerealiseerde bestaffing in de voorziening per 15 bewoners.

- Per kwalificatie geeft u aan in welke mate er in uw voorziening meer/minder bestaffing noodzakelijk is ('groot tekort', gedefinieerd als 0,25 VTE of meer; 'beperkt tekort', gedefinieerd als 0,25 VTE of minder; 'voldoende'; 'ruim voldoende'; 'niet van toepassing').
- Kan u telkens ook aangeven wat de reden is voor de ervaren tekorten in uw voorziening (schaarste op de arbeidsmarkt, financiële of andere redenen). Indien u andere redenen heeft voor een ervaren tekort, gelieve te specificeren wat deze andere redenen zijn.

Een aantal kwalificaties scoorden bijzonder hoog op vlak van de ervaren tekorten. Het gaat om verpleegkundigen (HBO-5 en bachelor) en zorgkundigen. Iets meer dan 2/3 van de respondenten geeft aan een tekort te ervaren aan deze kwalificaties. Een kleine helft beschrijft dit als een 'groot tekort'. Deze

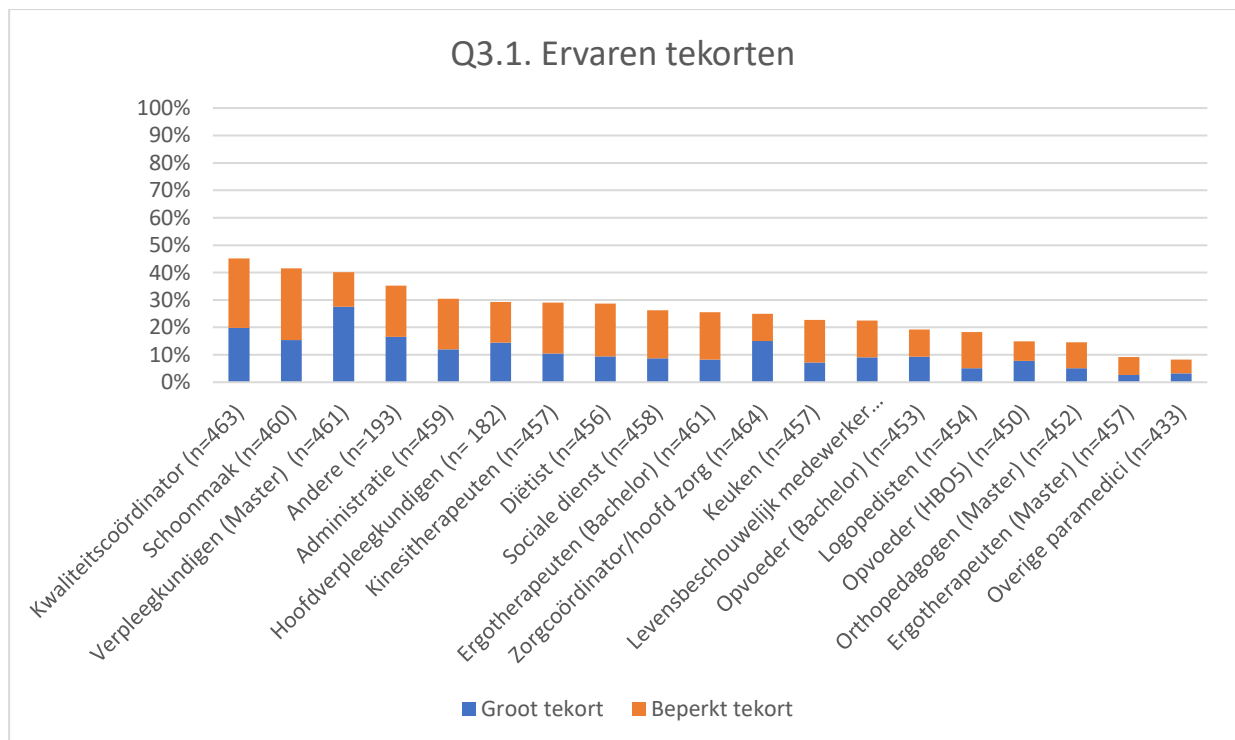
kwalificaties worden gevolgd door 'logistieke hulp op de afdeling, een psycholoog en woon- leefbegeleiders). Meer dan de helft van de respondenten gaven aan dat er een tekort wordt ervaren, waarvan ongeveer 1/3 dit als een groot tekort ervaart.

Figuur 16 Ervaren tekorten (directie – deel I)



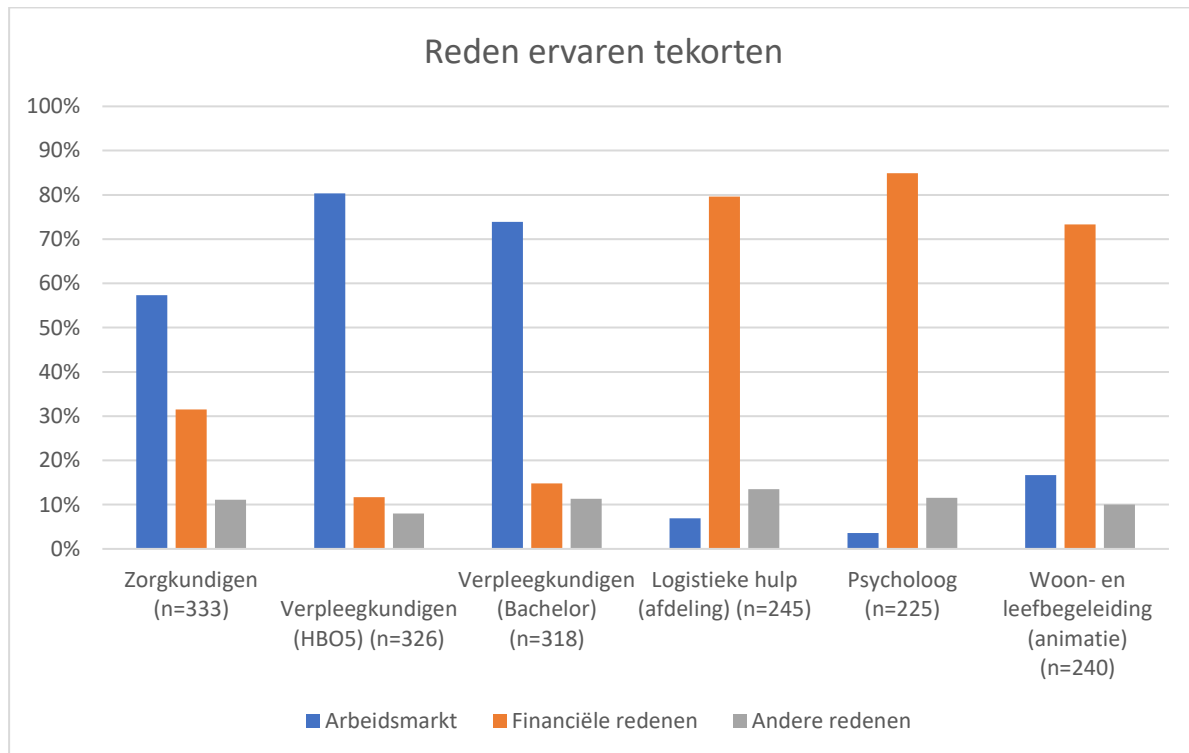
Daarnaast werden nog tal van andere kwalificaties aangegeven door de respondenten. De hoogste scores, na de hiervoor vermelde kwalificaties, gaan naar enerzijds een aantal beleidsmatige functies (kwaliteitscoördinator, master verpleegkunde, hoofdverpleegkundigen) en anderzijds naar een aantal ondersteunende disciplines als schoonmaak, andere en administratie. Daarna volgen diverse paramedische disciplines als kinesitherapeuten, diëtisten, sociale dienst en ergotherapeuten.

Figuur 17 Ervaren tekorten (directie – deel II)



Daaropvolgend werd ook de reden bevraagd waarom een bepaald tekort wordt ervaren. Hieronder gaan we eerste dieper in op de redenen van een ervaren tekort voor de kwalificaties die het hoogste scoren op vlak van de ervaren tekorten.

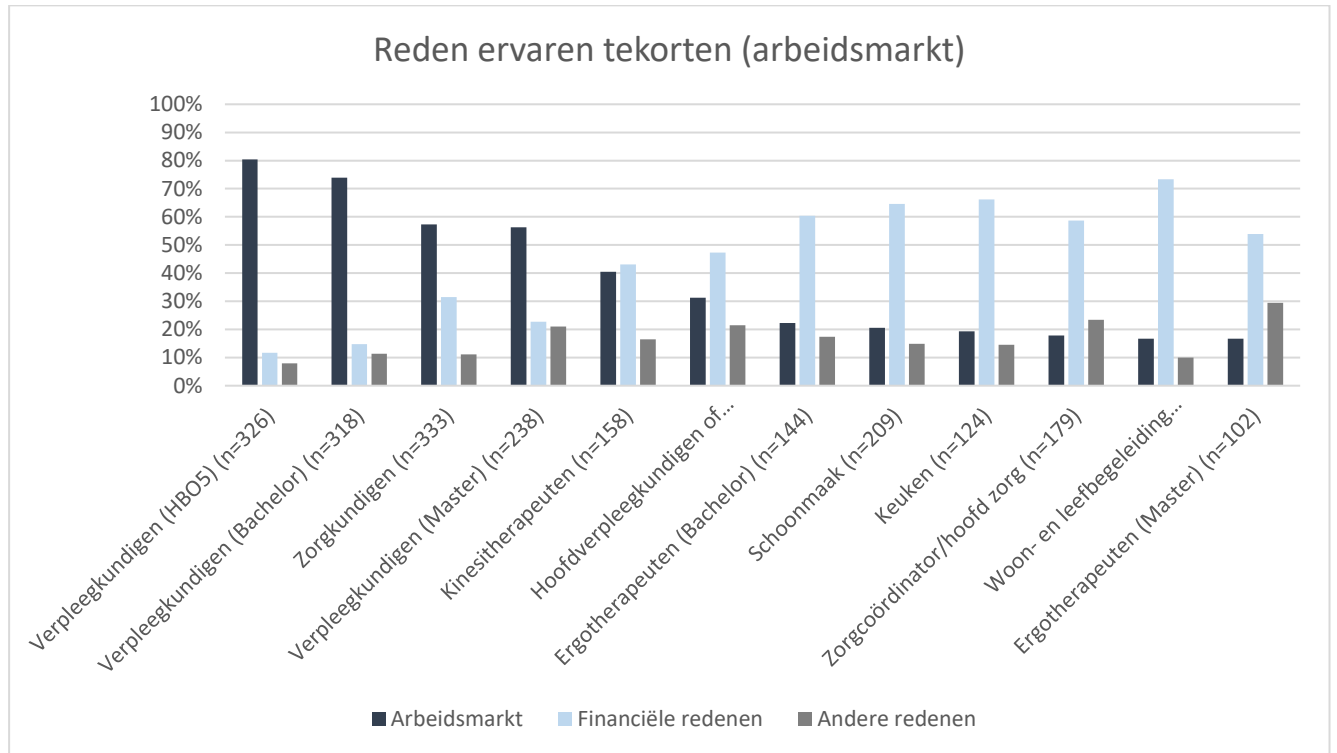
Figuur 18 Reden van de ervaren tekorten (directie – deel I)



Hieruit blijkt dat met betrekking tot de verpleegkundigen (HBO5 en bachelor) voornamelijk de arbeidsmarkt naar voor wordt geschoven als reden van het ervaren tekort. Voor zorgkundigen wordt tevens de arbeidsmarkt als voornaamste reden naar voorgeschoven maar vormt het financiële/budgettaire tevens een reden voor het ervaren tekort. In tegenstelling tot de verpleegkundigen-zorgkundigen is het ervaren tekort voor logistieke hulp op de afdeling en woon-leefbegeleiding voornamelijk budgettair te verklaren. Dit is tevens het geval voor de psycholoog. Dit is opvallend omdat de financieringsnormen subsidiëring van een psycholoog mogelijk maakt (zowel als werknemer alsook als zelfstandige via een ondernemingscontract).

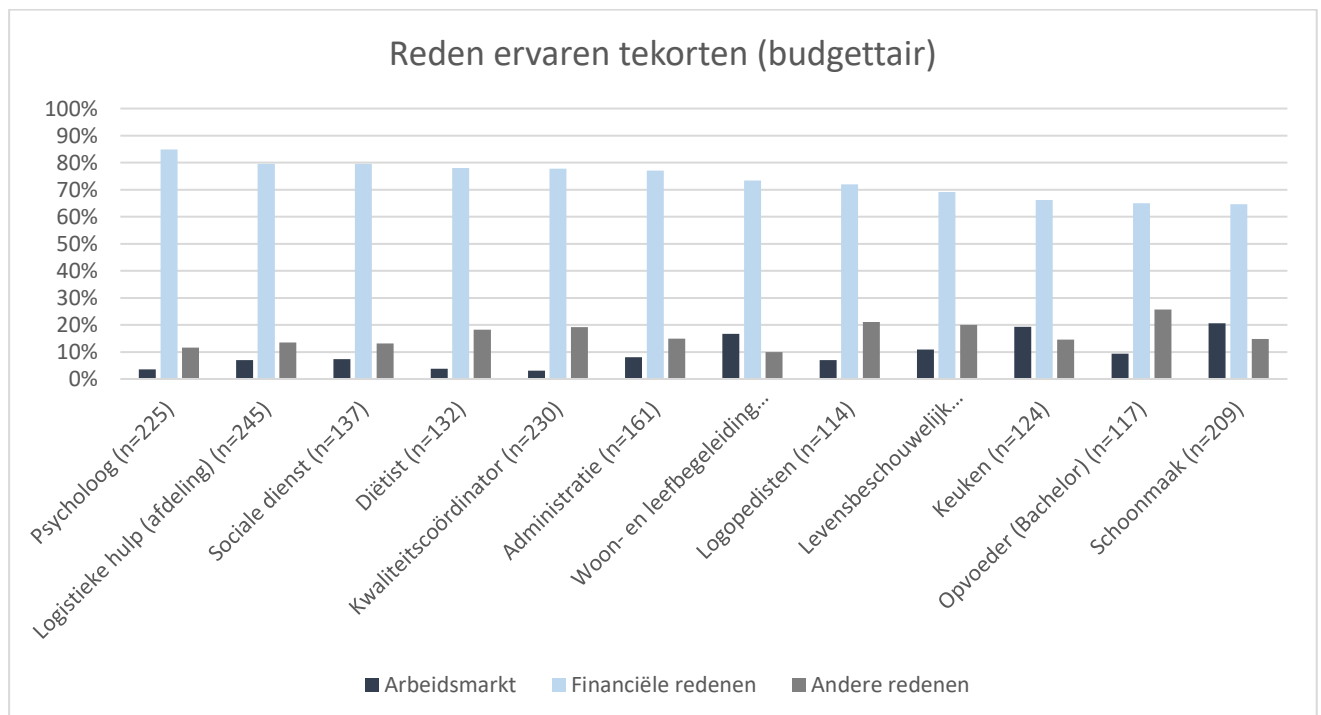
Deze cijfers kunnen tevens worden voorgesteld in functie van de aangehaalde reden. Hieronder wordt dit weergegeven voor respectievelijk de reden 'arbeidsmarkt' en 'financiële redenen'.

Figuur 19 Reden van ervaren tekorten (directie – deel II)



Uit bovenstaande blijkt dat de arbeidsmarkt als bijzonder uitdagend wordt ervaren en dat dit voor heel wat kwalificaties van toepassing is. Anderzijds maakt bovenstaande grafiek ook duidelijk dat dit sterker van toepassing is voor de verpleegkundigen-zorgkundigen-kinesitherapeuten en hoofdverpleegkundigen.

Figuur 20 Reden van de ervaren tekorten (directie – deel III)

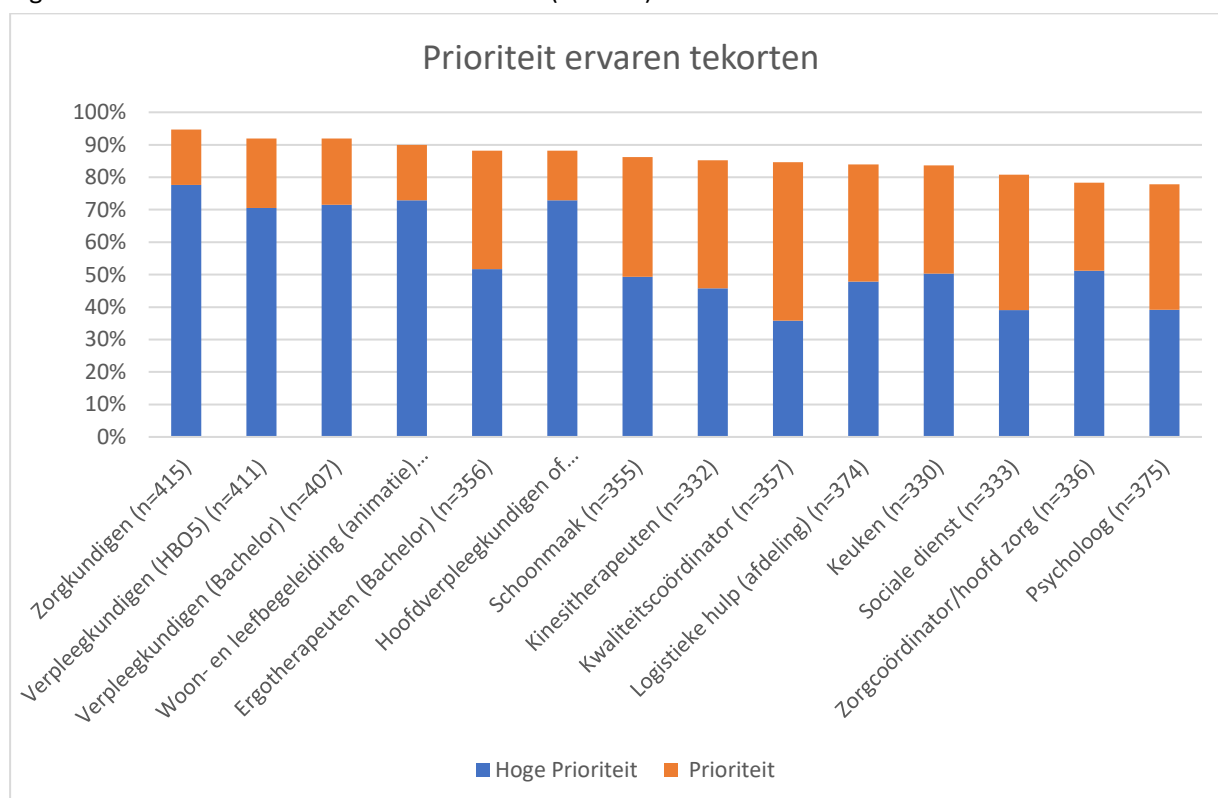


Anderzijds stellen heel wat kwalificaties slechts beperkte uitdagingen op vlak van de arbeidsmarkt. Voornamelijk het budgettaire wordt hier aangehaald als reden van de ervaren tekorten.

Een volgende vraag vroeg om het belang van eventuele ervaren tekorten in uw voorziening aan te geven door een prioriteitsscore te geven in functie van de impact op kwaliteit van zorg-wonen-leven?

- Prioriteitsscore 1: Hoge Prioriteit: Absoluut belangrijk. Noodzakelijk om voldoende kwaliteit zorg, wonen en leven te garanderen
- Prioriteitsscore 2: Prioriteit: Belangrijk. Positieve impact op kwaliteit zorg, wonen en leven
- Prioriteitsscore 3: Geen prioriteit. Weinig tot geen impact op kwaliteit zorg, wonen en leven.

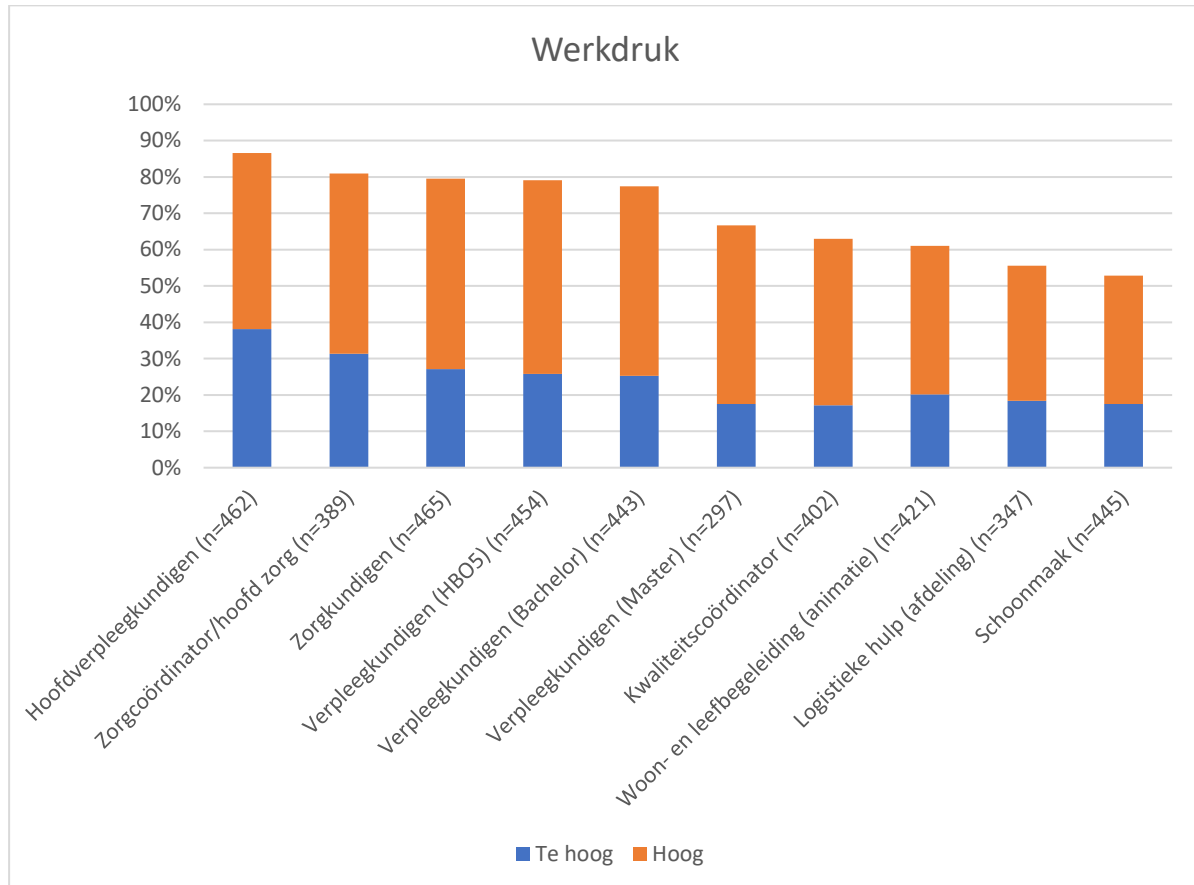
Figuur 21 Prioriteit van de ervaren tekorten (directie)



Deze vraag peilt naar de mate waarin tekorten in bepaalde personeelscategorieën als belangrijk worden geacht. De resultaten werden geordend van hoog naar laag en zijn gebaseerd op de antwoordoptie 'Prioriteitsscore 1: hoge prioriteit'. Uit alle participanten die volgende kwalificaties beoordeelden, vormen vnl. de zorgkundigen, verpleegkundigen, woon-leefbegeleiders en hoofdverpleegkundigen de categorieën die door de meerderheid (meer dan 70%) als een hoge prioriteit worden ervaren.

Vervolgens werden directieleden van Vlaamse woonzorgcentra gevraagd om de werkdruk voor hun personeelsleden in te schatten. Hierbij werden volgende antwoordopties voorzien; 'Laag: de bestaande equipe heeft ruimte om extra taken op te nemen'; 'Neutraal: aanvaardbaar, alle vooropgestelde taken worden uitgevoerd'; 'Hoog: Nog steeds aanvaardbaar, maar niet-essentiële taken worden soms niet uitgevoerd'; 'Te hoog: Niet aanvaardbaar, essentiële taken worden soms niet uitgevoerd'. De resultaten werden van hoog naar laag geordend en dit gebaseerd op de antwoordoptie 'Hoog'.

Figuur 22 Beoordeling van de werkdruk (directie)

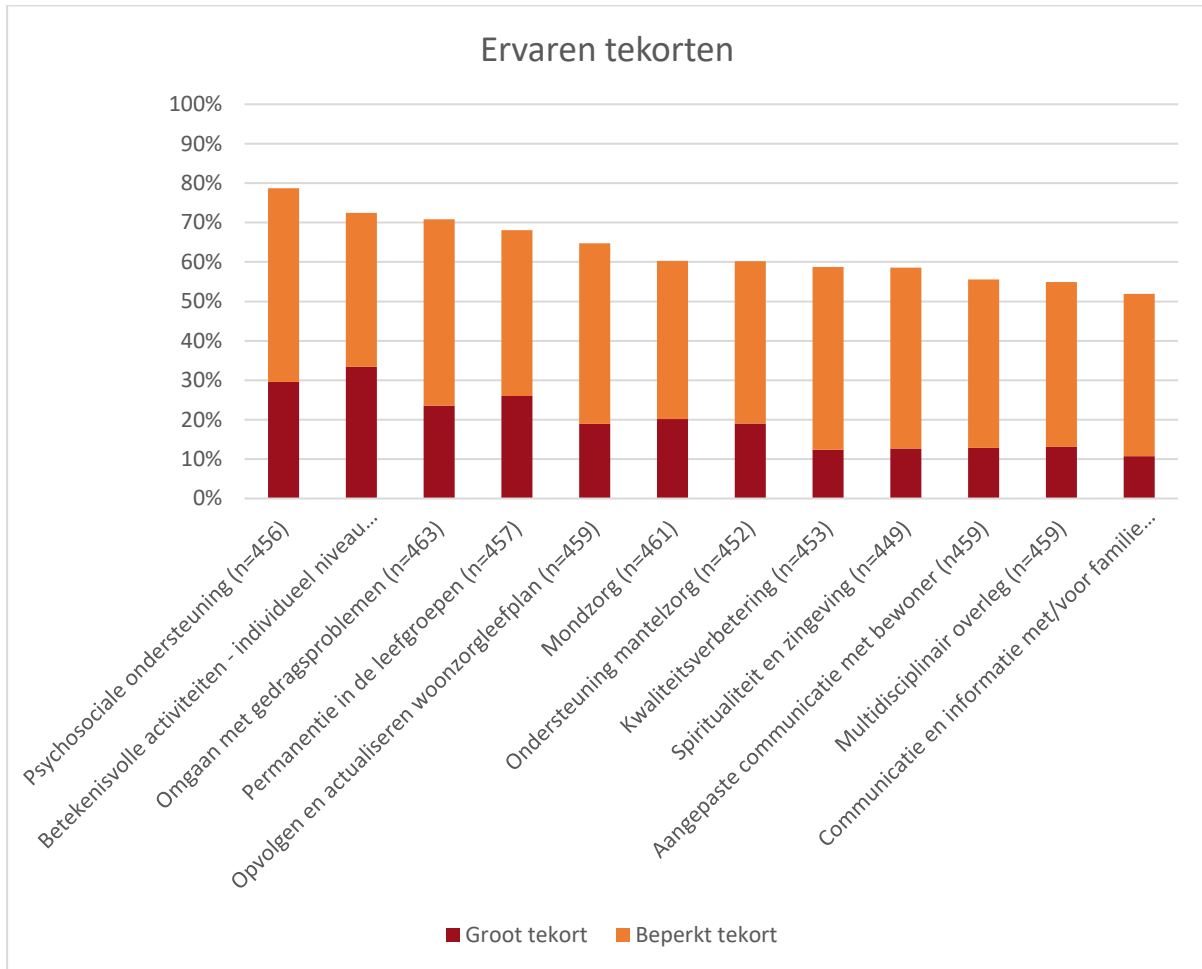


Bij deze resultaten is het opvallend dat de leidinggevende equipe van hoofdverpleegkundigen/teamverantwoordelijken/zorgcoördinator bijzonder hoog scoren (te hoog). Daarnaast krijgen ook de zorgkundigen, verpleegkundigen, woon-leefbegeleiders en de logistieke ondersteuning en schoonmaak een hoge score.

De volgende vraag gaat in op de link tussen ervaren tekorten en de mate waarin taken en opdrachten kwaliteitsvol kunnen worden vormgegeven. De vraag die werd voorgelegd was 'Voor welke taken en opdrachten ervaart u op vandaag een tekort aan personele inzet om dit aspect op een goede kwalitatieve manier in te vullen in uw voorziening?' De antwoordopties waren de volgende; 'Groot tekort: structureel niet in staat om deze zorg op een kwalitatieve manier in te vullen'; 'Beperkt tekort: het lukt niet steeds om deze zorg op een kwalitatieve manier in te vullen'; 'Voldoende: Het lukt altijd om deze zorg op een kwalitatieve manier in te vullen'; 'Excellent: het lukt altijd om deze zorg op een kwalitatieve manier in te vullen'.

Hieronder worden de grootste ervaren tekorten weergegeven. Het gaat om items die door meer dan de helft van de respondenten als een tekort worden ervaren. Hieruit blijkt dat de grootste tekorten worden ervaren in het brede domein van 'wonen en leven' waarbij psychosociale ondersteuning, betekenisvolle activiteiten, permanentie in de leefgroepen, communicatie en informatie met de bewoner en familie en het ondersteunen van mantelzorgers het hoogste scoren. Ook het omgaan met gedragsproblemen scoort relatief hoog. Een tweede domein betreft de organisatie en coördinatie van de zorg door een ervaren tekort tot het actualiseren en opvolgen van het woonzorgleefplan en het multidisciplinair overleg. Er duikt slechts één zorginhoudelijk domein op bij de grootste ervaren tekorten, met name mondzorg.

Figuur 23 Ervaren tekorten (takenpakket - directie - deel I)



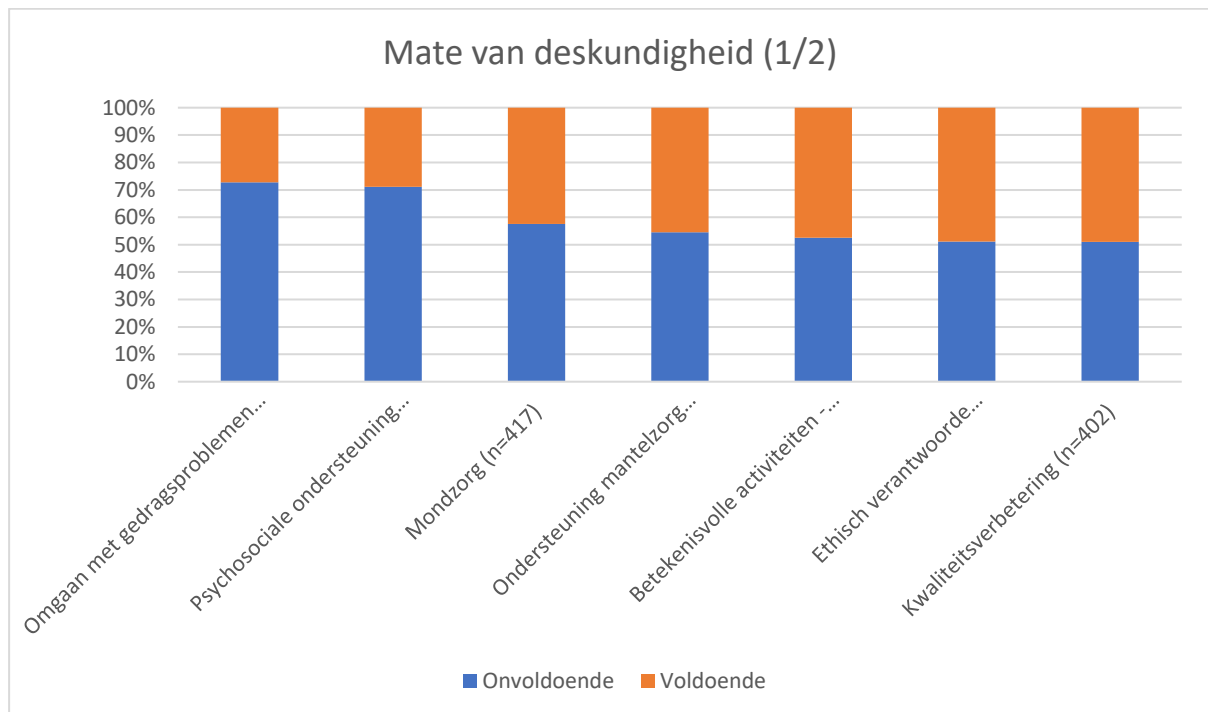
Tabel 14 Ervaren tekorten (takenpakket – directie – deel II)

	Tekort	Groot tekort	Beperkt tekort
Ethisch verantwoorde zorgverlening (n=454)	49,6%	15,4%	34,1%
Vroegtijdige zorgplanning (n=461)	48,2%	12,1%	36,0%
(Zorg)registratie (n=460)	48,0%	10,9%	37,2%
Betekenisvolle activiteiten - collectief niveau (n=462)	47,8%	10,8%	37,0%
Organisatie vrijwilligerswerk (n=456)	46,9%	15,4%	31,6%
Bevorderen van lichaamsbeweging (n=462)	46,3%	11,5%	34,8%
Ondersteuning ADL - maaltijdondersteuning (actief) (n=460)	45,7%	12,4%	33,3%
Dementiezorg (n=461)	45,1%	9,3%	35,8%
Ondersteuning ADL - hygiënische detailzorg (n=462)	44,8%	10,6%	34,2%
Ondersteuning ADL - maaltijdbegeleiding (n=460)	43,3%	11,5%	31,7%
Continentiezorg en -training (n=461)	39,3%	7,4%	31,9%
Gezond en evenwichtig voedingsbeleid (n=461)	39,0%	7,4%	31,7%
Andere (n=59)	39,0%	20,3%	18,6%
Coördinatie van zorg (n=458)	38,0%	9,2%	28,8%
Ondersteuning ADL - verplaatsing (n=461)	35,6%	6,7%	28,9%
Ondersteuning ADL - toiletbezoek (n=460)	35,0%	6,1%	28,9%
Ondersteuning ADL - kleden (n=460)	32,4%	5,9%	26,5%
Valpreventie (n=460)	31,3%	5,0%	26,3%
Pijn (n=459)	30,9%	6,3%	24,6%
Levensindezorg (n=459)	30,3%	7,8%	22,4%
Ondersteuning ADL - hygiënische basiszorg (n=456)	29,8%	5,9%	23,9%
Palliatieve zorg (n=460)	29,8%	6,7%	23,0%
Fixatiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen (n=459)	28,3%	5,0%	23,3%
Wondzorg (n=464)	27,6%	5,2%	22,4%
Drukletsels- en decubituszorg (n=459)	26,1%	4,4%	21,8%
Medicatie (n=460)	25,4%	4,8%	20,7%
Preventiemaatregelen infecties (n=460)	0,0%	5,2%	26,5%

Vervolgens werden directieleden gevraagd om de mate van deskundigheid te beoordelen waarmee deze taken en opdrachten binnen hun woonzorgcentrum worden uitgevoerd. Deze kan op twee manieren worden geëvalueerd, namelijk; 'Onvoldoende: de huidige omkadering volstaat niet om dit op een deskundige manier vorm te geven' of 'Voldoende: de huidige omkadering volstaat om dit op een deskundige manier vorm te geven'.

Uit de antwoorden van de directie blijkt dat de mate van deskundigheid voor heel wat taken een aandachtspunt is. Hieronder geven we een overzicht van de items die door meer dan de helft van de directieleden als 'onvoldoende' werden gescoord. Het omgaan met gedragsproblemen en het bieden van psychosociale ondersteuning kregen de hoogste scores in de bevraging. Op vlak van de lichamelijke verzorging komt de mondzorg naar voor. Op vlak van wonen en leven gaat het om de ondersteuning van mantelzorgers en het vormgeven van betekenisvolle activiteiten. Tot slot werd ook zorgethiek en kwaliteitsverbetering door meer dan de helft van de bevroegde directieleden als onvoldoende gescoord.

Figuur 24 Mate van deskundigheid (directie – deel I)



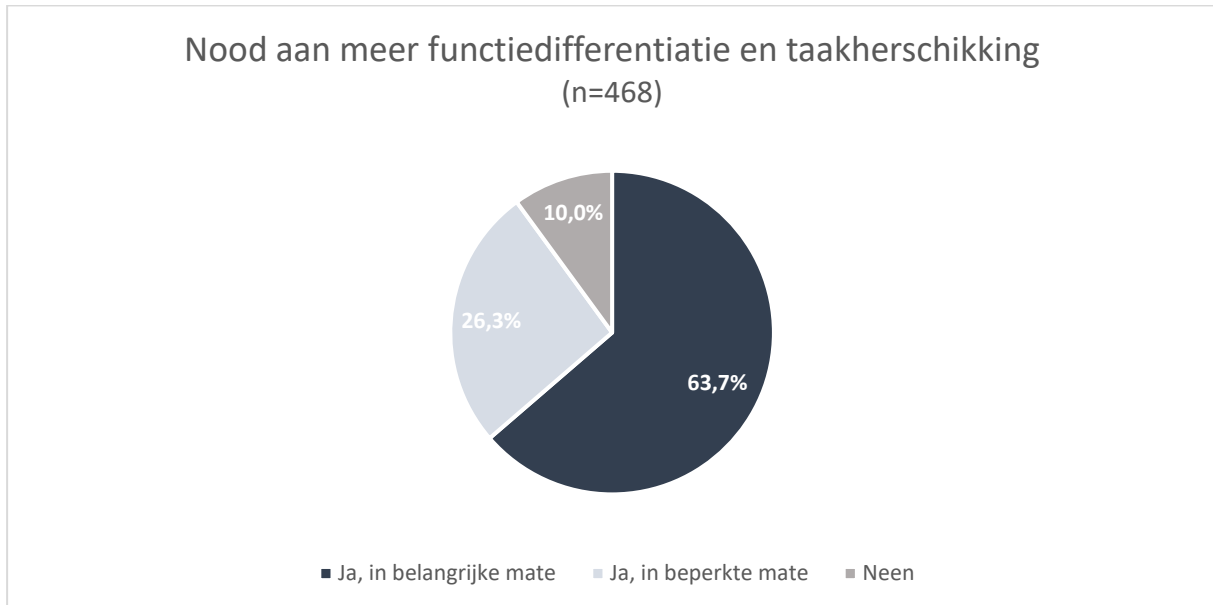
Naast de bovenstaande antwoorden die door meer dan de helft van de respondenten werd aangegeven als 'onvoldoende' op vlak van de mate van deskundigheid werd er ook voor tal van andere taken en opdrachten door een relatief grote groep van directieleden een onvoldoende aangegeven. Hieronder geven we een volledig overzicht van de antwoorden.

Tabel 15 Mate van deskundigheid (directie – deel II)

	Onvoldoende	Voldoende
Spiritualiteit en zingeving (n=399)	49,4%	50,6%
Opvolgen en actualiseren woonzorgleefplan (n=408)	47,5%	52,5%
Aangepaste communicatie met bewoner (n=408)	45,8%	54,2%
Communicatie en informatie met/voor familie (n=410)	45,1%	54,9%
Organisatie vrijwilligerswerk (n=401)	40,1%	59,9%
Gezond en evenwichtig voedingsbeleid (n=412)	39,6%	60,4%
Permanentie in de leefgroepen (n=408)	39,2%	60,8%
Dementiezorg (n=411)	38,0%	62,0%
(Zorg)registratie (n=407)	34,6%	65,4%
Pijn (n=404)	33,4%	66,6%
Vroegtijdige zorgplanning (n=416)	32,9%	67,1%
Multidisciplinair overleg (n=405)	31,6%	68,4%
Betekenisvolle activiteiten - collectief niveau (n=411)	31,4%	68,6%
Bevorderen van lichaamsbeweging (n=412)	29,6%	70,4%
Preventiemaatregelen infecties (n=407)	29,5%	70,5%
Levensinzorg (n=408)	29,4%	70,6%
Ondersteuning ADL - maaltijdbegeleiding (n=406)	28,6%	71,4%
Coördinatie van zorg (n=403)	28,5%	71,5%
Ondersteuning ADL - maaltijdondersteuning (actief) (n=409)	27,9%	72,1%
Continentiezorg en -training (n=418)	26,1%	73,9%
Ondersteuning ADL - hygiënische detailzorg (n=411)	26,0%	74,0%
Wondzorg (n=415)	25,3%	74,7%
Palliatieve zorg (n=413)	25,2%	74,8%
Medicatie (n=414)	24,2%	75,8%
Ondersteuning ADL - verplaatsing (n=407)	23,8%	76,2%
Valpreventie (n=408)	22,8%	77,2%
Drukletsels- en decubituszorg (n=406)	22,2%	77,8%
Fixatiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen (n=400)	22,0%	78,0%
Ondersteuning ADL - toiletbezoek (n=410)	20,7%	79,3%
Ondersteuning ADL - hygiënische basiszorg (n=406)	19,2%	80,8%
Ondersteuning ADL - kleden (n=408)	17,9%	82,1%

De directieleden werd tevens gevraagd of het wenselijk is om in de toekomstige normering meer in te zetten op functiedifferentiatie en taakherschikking waarbij er meer logistieke ondersteuning aan het zorgteam (op de afdeling) wordt geboden.

Figuur 25 Nood aan functiedifferentiatie en taakherschikking (directie)



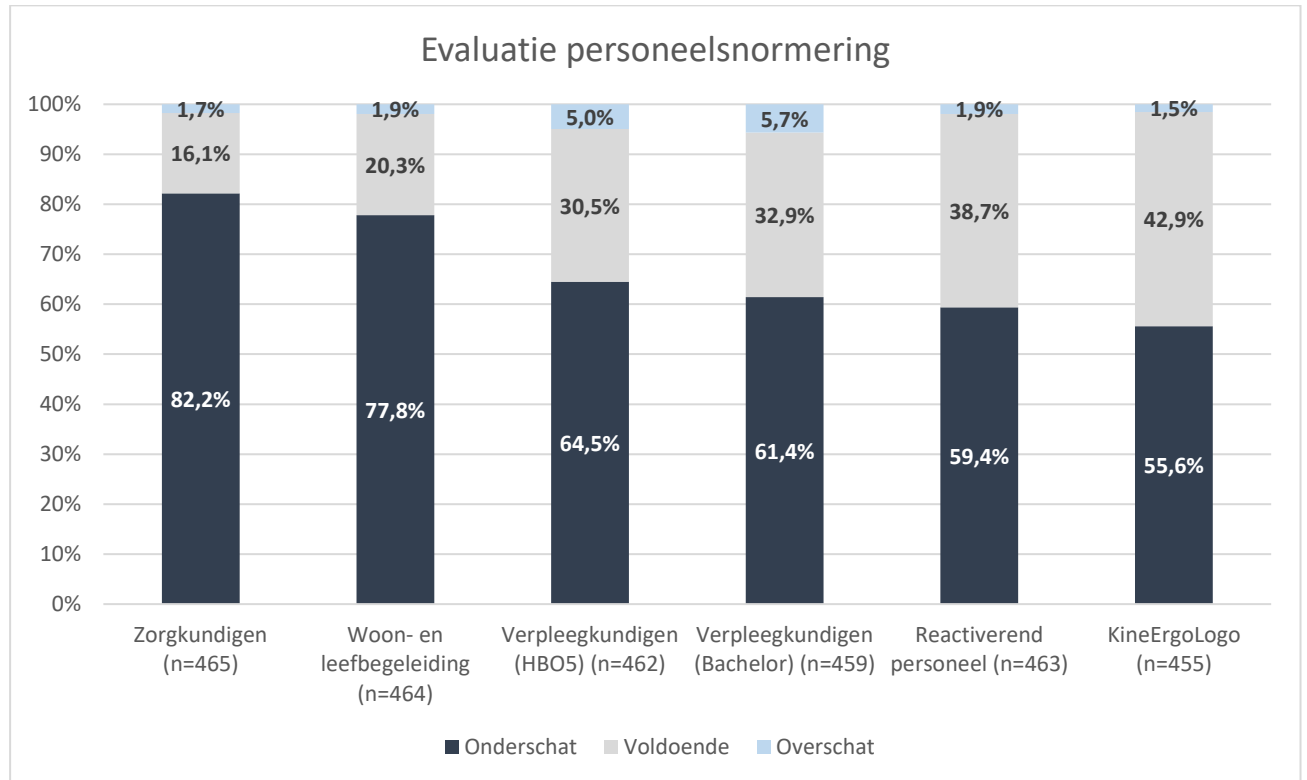
Binnen de volledige steekproef van 468 directieleden in Vlaamse woonzorgcentra oordeelt 90% dat er in de toekomstige normering meer ingezet moet worden op logistieke ondersteuning voor het zorgteam. Ongeveer 2/3 van de respondenten geeft aan dat dit in belangrijke mate het geval is.

In een volgende deel werd aan de directieleden gevraagd om de huidige personeelsnormen te evalueren¹⁸. De eerste vraag was 'Hoe evalueert u (algemeen) de personeelsnormering voor onderstaande kwalificaties?' De antwoordmogelijkheden werden als volgt gedefinieerd: 'Sterk onderschat: tekort ligt hoger dan 0,25 VTE per 15 bewoners'; 'Onderschat: tekort ligt lager dan 0,25 VTE per 15 bewoners'; 'Voldoende: gepast'; 'Overschat: teveel ligt lager dan 0,25 VTE per 15 bewoners'; 'Sterk overschat: teveel ligt hoger dan 0,25 VTE per 15 bewoners'.

Uit de antwoorden blijkt dat alle bestaande personeelsnormen door de meerderheid van de respondenten als 'onderschat' worden gescoord. De antwoorden kunnen in twee groepen worden ingedeeld. Een eerste groep van zorgkundigen en woon-leefbegeleiding wordt door ong. 4/5 van de respondenten als onderschat ervaren. Voor verpleegkundigen (HBO5 en bachelor), reactivering en kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten is dit ongeveer 3/5 van de respondenten.

¹⁸ Op het ogenblik van de bevraging was het VIA-6-akkoord (met een verhoging van de normen) nog niet doorgevoerd.

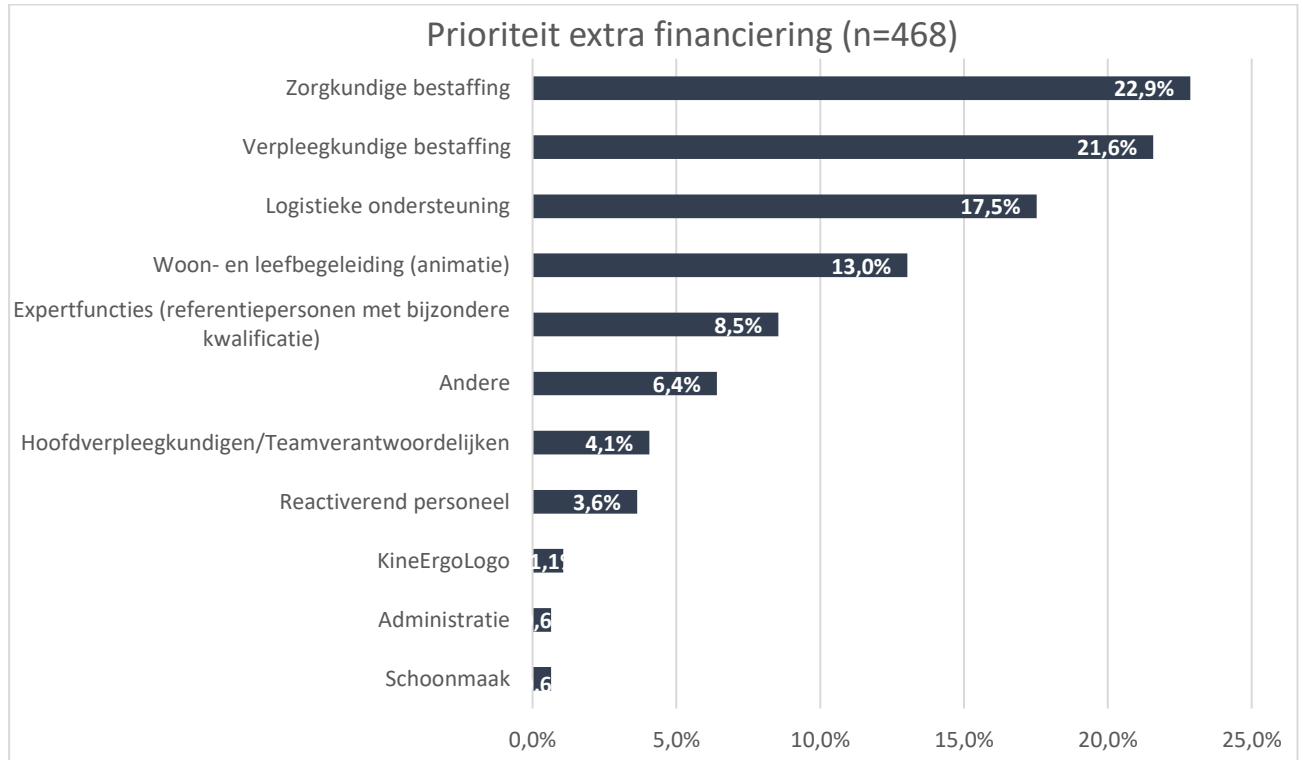
Figuur 26 Evaluatie personeelsnormering (directie)



Daarnaast werd aan de directieleden gevraagd om een prioriteit te bepalen Indien er financiering voor extra personeelsomkadering zou worden voorzien, waar dient de prioriteit naar uit te gaan?

Uit de antwoorden (zie hieronder) blijkt dat de respondenten voornamelijk het accent leggen op het versterken van de zorgkundige en verpleegkundige bestaffing. Daarna komt logistieke ondersteuning en woon-leefbegeleiding.

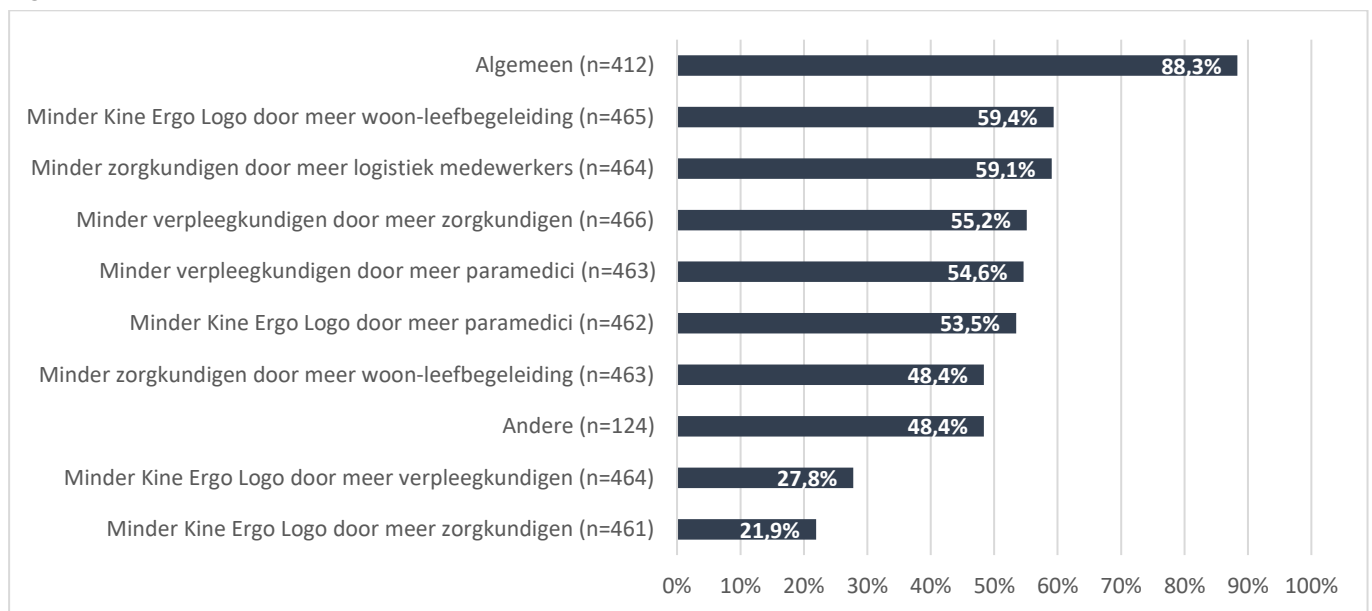
Figuur 27 Prioriteit extra financiering (directie)



Een volgende stelling gaat in op de flexibiliteit van normen. Binnen het huidige regelgevend kader is er mogelijkheid tot compensatie. Meer concreet betekent dit dat als er van een bepaalde categorie van medewerkers (bv. verpleegkundigen) een beperkt tekort is dan kan dit worden gecompenseerd door extra ander zorgpersoneel (bv. zorgkundigen). Aan de directieleden werd gevraagd of zij vinden dat er bij verhoogde normen ook meer nood is aan flexibiliteit (compensatiemogelijkheden binnen de norm).

Uit de antwoorden blijkt dat de overgrote meerderheid van de respondenten (88,3%) aangeeft dat er meer nood aan flexibiliteit is. Wat de concrete invulling van de mogelijkheden betreft blijken alle opties ongeveer gelijkaardig te scoren (55-60%). Uitzondering vormt het verlagen van de inzet van kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten ten aanzien van verpleegkundigen en zorgkundigen (wel ten aanzien van paramedici).¹⁹

Figuur 28 Nood aan meer flexibiliteit (directie)



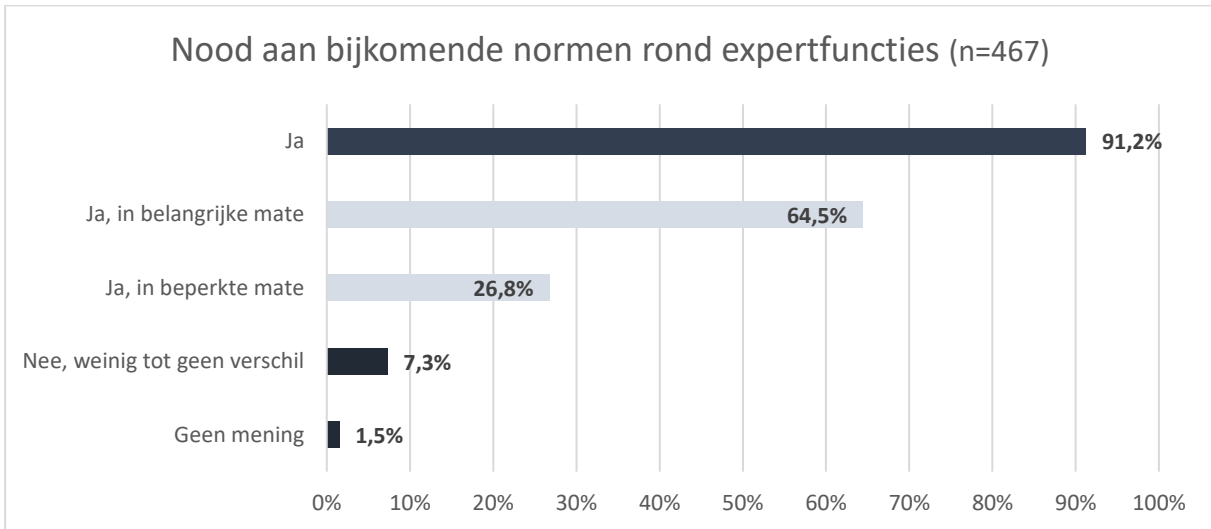
Hierboven staan de resultaten weergegeven op de vraag of er meer nood aan flexibiliteit nodig is bij verhoogde normen, waarbij telkens het percentage wordt getoond van het aandeel deelnemers die het eens was met deze stelling. 88,3% oordeelt dat deze nood aan flexibiliteit in het algemeen geldt.

Een volgende deel van de bevraging gaat in over bijkomende normering voor expertfuncties. Kunnen, naast voldoende medewerkers, bijkomende normen die het accent leggen op expertfuncties (medewerkers met een bijzondere bekwaamheid met een referentiefunctie) volgens u bijdragen tot een kwaliteitsvolle dienst- en zorgverlening?

De overgrote meerderheid geeft aan dit inderdaad het geval is (91%). Bijkomende normen op vlak van expertfuncties kunnen bijdragen tot een kwaliteitsvolle dienst- en zorgverlening. De meerderheid 64,5% vindt dat dit in belangrijke mate zo is. Ongeveer een kwart (26,8%) geeft aan dat de nood aanwezig is maar dit slechts in beperkte mate het geval is.

¹⁹ De regelgeving biedt sinds 1/07/2021 meer flexibiliteit doordat de groep Kine-Ergo-Logo samengevoegd wordt met paramedici en dus onderling compenseerbaar zijn.

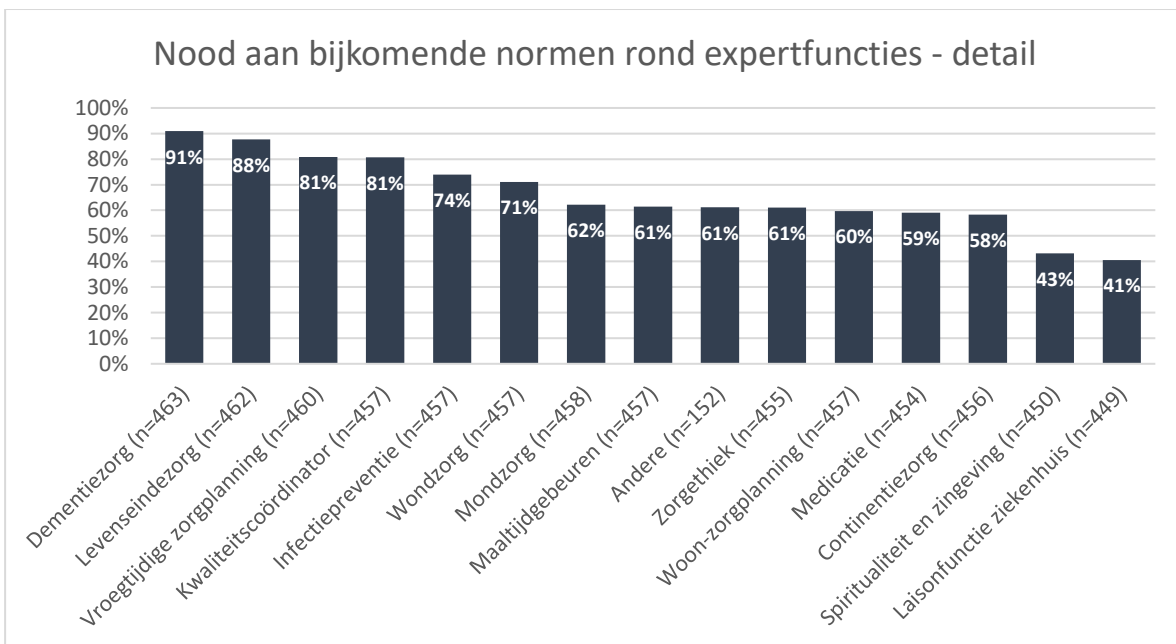
Figuur 29 Expertfuncties (algemeen - directie)



In een vervolgvraag werd de vraag gesteld welke expertfuncties van toegevoegde waarde zouden zijn. Moeten de personeelsnormen zich volgens u inzetten op onderstaande expertfuncties (medewerkers met een bijzondere bekwaamheid met een referentiefunctie)?

Uit de antwoorden blijkt dat volgens de meerderheid van de directieleden voor heel wat inhoudelijke domeinen een expertfunctie/referentiefunctie aangewezen is. Hieronder wordt een detail weergegeven.

Figuur 30 Expertfuncties (detail – directie)



6 Besluit

Overschouwend blijkt uit de bevraging dat directieleden van woonzorgcentra aangeven dat er heel wat tekorten aan personeel worden ervaren. Dit heeft volgens de respondenten een impact op de kwaliteit van wonen, leven en zorg in de woonzorgcentra en leidt voor een aantal groepen tot een hoge werkdruk.

In de antwoorden valt een zeer grote diversiteit op. Toch zijn er ook een aantal resultaten die in heel wat voorzieningen van toepassing zijn.

Er wordt een tekort ervaren aan verpleegkundigen en zorgkundigen. Met betrekking tot de aangehaalde redenen is het voor verpleegkundigen eerder omwille van de schaarste op de arbeidsmarkt. Ook voor zorgkundigen wordt dit door een groot aantal respondenten als reden opgegeven maar blijkt ook een financiële/budgettaire reden aan de basis te liggen van dit tekort. Andere kwalificaties waarvan door een grote groep een tekort wordt ervaren zijn logistieke hulp en woon-leefbegeleiders. Dit tekort wordt voornamelijk omwille van budgettaire redenen ervaren (en niet zozeer door een tekort op de arbeidsmarkt). Een specifieke kwalificatie die tevens wordt aangehaald is de psycholoog. Psychologen worden dan wel gefinancierd in de norm 'personeel voor reactivering', maar daar moet men kiezen (het is 'of'-of) en dus is het budget soms toch te klein om (ook) een psycholoog aan te werven.

De werkdruk wordt door de deelnemers algemeen als hoog ervaren. Hierbij valt op dat naast verpleegkundigen, zorgkundigen en woon-leefbegeleiders ook de leidinggevende equipe hoog scoort (hoofdverpleegkundigen en zorgcoördinator). Ongeveer 1/3 van de respondenten geeft aan dat de werklast onaanvaardbaar hoog is en dat essentiële taken soms niet worden uitgevoerd.

Met betrekking tot de taken en opdrachten wordt op heel wat domeinen een tekort ervaren. Enerzijds op vlak van het aantal medewerkers en anderzijds op vlak van deskundigheid. Met betrekking tot het aantal medewerkers worden de hoogste scores gegeven aan domeinen die aansluiten bij het 'wonen en leven'. Meer concreet gaat het om psychosociale ondersteuning, betekenisvolle activiteiten, permanentie in de leefgroepen, communicatie en informatie met bewoner en familie en het ondersteunen van mantelzorgers. Ook het omgaan met gedragsproblemen scoort relatief hoog. Een tweede domein betreft de organisatie en coördinatie van de zorg door een ervaren tekort tot het actualiseren en opvolgen van het woonzorgleefplan en het multidisciplinair overleg. Met betrekking tot de fysieke zorg wordt mondzorg als een aandachtspunt naar vorgeschoven. Met betrekking tot de mate van deskundigheid (en het ervaren tekort aan deskundigheid) komen globaal dezelfde domeinen naar voor. De hoogste scores werden gegeven aan psychosociale ondersteuning, het omgaan met gedragsproblemen, het vormgeven van betekenisvolle activiteiten en ondersteuning ten aanzien van mantelzorgers.

Om een adequaat antwoord te geven aan bovenstaande ervaren tekorten geven de bevroagde directieleden aan dat het inzetten op logistieke ondersteuning in de zorgteams een mogelijke oplossing kan vormen, wat sinds juli 2021 (retroactief) ook kan via het deel A2. De grote meerderheid (90%) oordeelt dat hier in de toekomst meer moet op ingezet worden. Ongeveer 2/3 van de respondenten geeft aan dat dit in belangrijke mate het geval is.

Een ander aspect betreft het inzetten op bijkomende normering van expertfuncties die als inhoudelijk trekker (bv. referentiepersoon) de verschillende aspecten van wonen, leven en zorg inhoudelijk deskundig helpen vormgeven. De grote meerderheid van de bevroagde directies geeft aan dat er een nood is aan bijkomend normen op vlak van expertfuncties (91%). Ongeveer 2/3 geeft aan dat dit in belangrijke mate zo is. Domeinen die hoog scoren zijn: dementiezorg, levenseindezorg, vroegtijdige zorgplanning, infectie-

preventie, wondzorg, mondzorg, het maaltijdgebeuren, zorgethiek, woonzorgplanning, medicatie en continentiezorg, enz. Ook de functie van kwaliteitscoördinator krijgt hierbij een hoge score.

Uit de bevraging blijken enerzijds een aantal gemeenschappelijke visies en aandachtspunten naar voor te komen. Anderzijds blijkt ook dat er 'algemeen' een tekort wordt ervaren om kwaliteitsvolle zorg, wonen en leven aan een aanvaardbare werkdruk voor de medewerker te realiseren. Achter deze algemene vaststelling schuilen echter heel wat verschillende antwoorden die in functie van de lokale context kunnen verschillen. De respondenten geven aan dat daarom ook voldoende flexibiliteit nodig is om op maat van de lokale uitdagingen een adequaat antwoord te formuleren.

Hoofdstuk 5

Focusgroepen directieleden

1 Inleiding

In de vorige onderzoeksfase werden aan de hand van een vragenlijst de ervaren tekorten in kaart gebracht. Om een meer diepgaand inzicht te verwerven werden daarna focusgroepen met directieleden van woonzorgcentra georganiseerd. De focusgroepen hadden als doel meer inzicht te verwerven betreffende de huidige personele inzet, de ervaren tekorten en noodzakelijke aanpassingen om in de toekomst een kwaliteitsvol antwoord te kunnen bieden op de uitdagingen binnen ouderenzorg. De onderzoeksvragen zijn: (a) welke (veranderende) ondersteuningsnoden hebben cliënten en (b) welke (veranderende) noden aan de personeelsinzet worden ervaren?

2 Methode

Er werden in totaal zes focusgroepen georganiseerd. Uit de vorige onderzoeksfases (het in kaart brengen van de personeelsinzet en de vragenlijst) bleek reeds dat er heel wat heterogeniteit aanwezig is tussen de Vlaamse woonzorgcentra. Om daar niet aan voorbij te gaan, werden de participanten geselecteerd uit zowel grotere als kleinere voorzieningen en werden alle types (publiek, not-for-profit en for-profit) bij de interviews betrokken. De zes focusgroepen werden ingepland tussen 26 november en 9 december 2020 en telden twee tot zeven deelnemers, vergezeld door een moderator. In totaal namen 22 directieleden deel. De data-collectie voor deze onderzoeksfase werd uitgevoerd in een COVID-19 context, waardoor het niet mogelijk was om de alle betrokken partijen fysiek samen te brengen. Als alternatief werd geopteerd om de focusgroepen digitaal (via MS Teams) door te laten gaan. De focusgroepen waren semigestructureerd van aard. De interviews hadden een duurtijd van 1,5-2,5 uur. De inzichten die werden verworven tijdens de focusgroepen werden telkens meegenomen naar de daaropvolgende focusgroepen. De interviews werden, na informed consent van de deelnemers, opgenomen om daarna de resultaten te verwerken.

3 Resultaten

3.1 Veranderende ondersteuningsnoden van cliënten

Er wordt een toenemende intensieve zorgafhankelijkheid ervaren door de geïnterviewde directieleden van Vlaamse woonzorgcentra. Deze zorgafhankelijkheid situeert zich op verschillende domeinen.

Een eerste aspect is de fysieke zorgafhankelijkheid en de daarmee samenhangende ondersteuning bij de dagelijkse activiteiten die aansluiten bij wonen en leven. De directieleden geven aan dat de groeiende mogelijkheden tot ondersteuning in de thuissituatie door thuiszorg, mantelzorgers, aangepaste huisvesting, de vooruitgang van de medische wetenschap en technologie innovatie tot gevolg hebben dat mensen, langer dan voorheen, kunnen blijven wonen in een vertrouwde thuisomgeving - ook bij een relatief hoge ondersteuningsnood. Dit betekent dat de overgrote meerderheid van de bewoners in woonzorgcentra gekenmerkt wordt door een intensieve ondersteuningsnood. Een kanttekening die hierbij gemaakt wordt

door directieleden, is dat woonzorgcentra vaak kampen met een eerder negatieve beeldvorming, wat bijdraagt tot de beslissing om de keuze voor een woonzorgcentrum uit te stellen. Er wordt pas overgegaan tot een opname als het echt niet meer lukt in de (aangepaste) thuissituatie. Dit heeft een belangrijke impact op de werklust van de medewerkers en zorgt tevens voor een aantal piekmomenten in werkvolume. In het bijzonder gaat het om (zelf)zorgactiviteiten zoals de hygiënische zorg en maaltijdbegeleiding. Daarnaast gaat het ook om het verzekeren van een betekenisvolle en kwaliteitsvolle dagbesteding die ondersteuning en begeleiding vraagt. Het gaat om een takenpakket met een relatief laag complexiteitsniveau (die uiteraard deskundig dient te worden vormgegeven).

“De afgelopen jaren is de zelfredzaamheid van onze bewoners sterk afgenomen, de overgrote meerderheid heeft nood aan intensieve begeleiding bij dagelijks activiteiten zoals het opstaan en gaan slapen ... uiteraard moet ook de ochtendzorg ... maar ook actieve maaltijdbegeleiding is sterk toegenomen.”

Samenhangend met de steeds lagere zelfredzaamheid evolueert ook de (medische) gezondheidstoestand. Steeds meer bewoners ook aandoening lijden tegelijk aan meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Dit brengt een verhoogde nood (en werklust) mee op vlak van verpleegkundige zorg (bv. medicatie, wondzorg, ...). Het gaat om een takenpakket met een hoger complexiteitsniveau waarbij meer expertise en competentie vereist is. Dit takenpakket kan ook deels gedelegeerd worden aan zorgkundigen.

‘Ook de verpleegkundige zorg is intensiever geworden, het gaat om wondzorg en medicatie maar ook het overleg met huisartsen en de opvolging van de gezondheidstoestand neemt in omvang toe.’

Naast de evolutie in fysieke zorgzwaarte, merkt men eveneens een stijging in het aantal bewoners met nood aan psychosociale ondersteuning en zorg voor het mentaal welbevinden.

“Mensen gaan meestal pas over tot opname als het écht thuis niet meer kan ... het is vaak een negatieve keuze. Omgaan met een lagere, en dalende, zelfredzaamheid ... het is niet altijd eenvoudig om hier mee om te gaan. Dit voor de bewoner maar ook voor partner, kinderen en familie.”

Hierbij wordt opgemerkt dat de bewoners van het woonzorgcentrum gekenmerkt worden door een intensieve, veelzijdig ondersteuningsnood, waarbij naast fysieke zorg ook aandacht gevraagd wordt voor het psychosociaal welzijn. De veranderende noden vragen om een andere omkadering, waarbij het concept ‘zorg’ een bredere betekenis krijgt en er tevens meer aandacht wordt geschonken aan het woon- en leefaspect binnen een voorziening. Directieleden geven aan getuige te zijn van een paradigmashift waarbij er wordt overgestapt van een model dat primair vertrekt vanuit een ‘medisch-verpleegkundig insteek’ die historisch aansloot bij het RIZIV, naar een geïntegreerd ‘woon-leef-zorg’ model, met meer aandacht voor het welzijn en de kwaliteit van leven van bewoners. Er wordt aangegeven dat de huidige personeelsnormering die bepaald wordt door de Katz-schaal hier onvoldoende (of geen) rekening mee houdt.

“De opdracht van een woonzorgcentrum is heel erg veranderd. Onze opdracht is nu om het wonen en leven van bewoners heel fel in de aandacht brengen. Het zijn inderdaad bewoners, die zorg en ondersteuning nodig hebben, maar dit zou minder mogen primeren in de beleving van de bewoners zelf. Meer aandacht voor het psychisch welzijn, het welbevinden en het wonen en leven. Dit staat heel erg in contrast met de personeelsnormen, welke nog steeds zeer medisch-verpleegkundig gericht zijn.”

Deze evolutie brengt tevens met zich mee dat de verblijfsduur in het woonzorgcentrum korter is dan in het verleden. Dit resulteert in een hogere frequentie van opnames en overlijdens. Dit zorgt voor een intensifiëring van het zorgtraject.

‘Vroeger verbleef de meerderheid van de bewoners 3-4 jaar in onze voorziening. Dat is nu de uitzondering. We hebben het aantal opnames jaar na jaar zien stijgen. Als je het opnameproces goed ... begeleid ... wil doen dan vraagt dit extra tijd van sociale dienst, zorgcoördinator en de zorgafdelingen. Bewoner en zorgteam moeten elkaar leren kennen ... een relatie opbouwen ... ook met de familie ... dat is belangrijk maar vraagt tijd. Ook het telkens bouwen aan een woon-zorg-leef-plan met aandacht voor vroegtijdige zorgplanning zorgt voor een hogere werklast.’

3.2 Veranderende noden personele inzet

De veranderende zorg- en ondersteuningsbehoeften bij bewoners vertalen zich in een veranderende noden met betrekking tot de personeelsomkadering. De reflecties van de geïnterviewde directieleden van Vlaamse woonzorgcentra kunnen samengevat worden in drie thema's: de omvang van de omkadering, het type van omkadering en flexibilisering.

“De normering, het aantal, de kwantiteit aan medewerkers moet omhoog; de skill mix of competentiemix moet ook verbreden, deze moet ook flexibel kunnen ingezet worden naargelang de noden, doelgroep en de lokale situatie”.

Algemeen zijn de geïnterviewden het erover eens dat de personeelsnormering opgetrokken moeten worden om kwalitatieve zorg, wonen en leven mogelijk te maken. De huidige personeelsnormen laten dit niet toe.

“De huidige bestaffing laat eigenlijk niet toe om kwaliteitsvolle zorg mogelijk te maken. Tijdens de piekmomenten is het alle hens aan dek. In het bijzonder de ochtendzorg. Dat betekent concreet dat er heel wat van onze personeelsinzet wordt geïnvesteerd in deze basiszorg (wassen en kleden). Met de huidige ondersteuningsnood van onze bewoners ligt daar het accent. Maar door de ontoereikende financieringsnormen betekent dit dat er relatief weinig ruimte is om andere ondersteuning tijdens de andere dagdelen voldoende vorm te geven. In het bijzonder vormt de maaltijdbegeleiding en -ondersteuning een uitdaging. Naargelang de dag vordert wordt de spanning tussen ‘werklast’ en ‘personeelsinzet’ groter. Dit komt zeer sterk tot uiting in de late namiddag en de avond.

In dit verband wordt tevens ook verwezen naar andere sectoren en het onderscheid tussen ‘bijkomende erkenningen RVT’ en ‘erkenningen ROB’. Hierbij zijn voor eenzelfde type van bewoners (ingeschaald via de Katz) verschillende normen van toepassing.²⁰

“Wij hebben ooit de vergelijking gemaakt tussen de sector van personen met een beperking in Vlaanderen en de ouderenzorg. Dat is om van achterover te vallen ... dat is bijna een verschil van +50% in personeelsinzet. We kunnen allemaal heel hard ons best doen ... met het hart op de juiste plaats ... maar we kunnen ook niet toveren.”

²⁰ Dit werd kort na het uitvoeren van de interviews bijgestuurd door het VIA-6- akkoord waarbij de normen van ROB en kortverblijf verhoogd werden tot die van de bijkomende erkenningen (RVT).

“Het optrekken van de RVT-dekkingsgraad tot 100% waarbij de gehanteerde norm op niveau van de RVT-norm is absoluut noodzakelijk en vormt een eerste stap. “

Om beter tegemoet te komen aan de wensen en noden van bewoners wordt ook steeds meer gewerkt met kleinere leefgroepen. Dit maakt het mogelijk om een beter woonleefklimaat te creëren waarin bewoners zich thuis voelen, volgens hun eigen ritme kunnen leven en zinvolle dagbesteding aangeboden krijgen. Dit heeft organisatorische gevolgen en vereist een hogere bestaffing.

“De grote afdelingen uit het verleden worden de uitzondering. Er is in de sector de afgelopen jaren sterk geïnvesteerd in nieuwe infrastructuur en 1 van de meest belangrijke wijzigingen is het inzetten op kleinere leefgroepen binnen vaak kleinere afdelingen.”

Met betrekking tot het soort omkadering wordt aangegeven dat de overgang van een ‘medisch-verpleegkundig’ model naar een ‘woon-leef-zorg’ model ook een andere omkadering vraagt. Eens een adequate basisbestaffing kan worden verzekerd (beschreven in vorig punt) kan ingezet worden op het een brede omkadering waarbij, meer dan vandaag, ook andere disciplines worden ingezet.

“Het verzorgende – lichamelijk, maar ook geestelijk – wordt wel heel belangrijk en daar hebben we de nodige competenties voor nodig: verpleegkundigen en zorgkundigen, maar ook psychologen, ergotherapeuten, ortho-agogen en andere. Daarnaast ook mensen die met het wonen en leven – in Nederland woonassistenten of huiskamerbegeleiders genoemd – en die met dagdagelijkse zaken bezig zijn, niet zozeer met zorg an sich maar met het ondersteunen van het wonen en leven en organiseren van zinvolle dagbesteding voor de bewoners. We hebben voldoende competenties nodig op vlak van zorg, maar ook een belangrijk deel van medewerkers die zich veel meer kunnen focussen op dat wonen en leven, het dagdagelijkse actief blijven en zinvol bezig zijn. Een woonassistent als het ware.”

De participerende directieleden geven hierbij ook aan te streven naar een vraaggestuurde werking op maat van individuele voorkeuren. De bewoner, diens noden en behoeften, maar ook wensen en interesses dienen centraal te staan en het vertrekpunt te zijn voor een formule waarin zorg, wonen en leven zoveel mogelijk op maat aangeboden kunnen worden.

“Als je vroeger naar een woonzorgcentrum op bezoek ging dan werd er geknipt en geplakt, niet iedereen doet dat graag. We moeten meer bezig zijn met betekenisvolle activiteiten, rekening houden met hun interesses. In Wallonië hebben ze gepersonaliseerde zorgplannen, ‘een levensproject’ heet dat, waarbij ze kijken “Wie is die persoon? Wat doet hij graag? Wat kunnen we voor hem individueel doen?”.

Een specifiek element dat tijdens de interviews aan bod kwam was een gepaste beleidsomkadering en expertisefuncties. De geïnterviewde directieleden geven aan dat ze worstelen met de stijgende complexiteit waarbij op maat aan de slag gegaan wordt met een woon-zorg-leefplan. Dit vereist immers een aangepaste omkadering waarbij ook een beleidsmatig en continu wordt gewerkt aan verbetering.

“De lat wordt terecht hoger en hoger gelegd. De coördinatie van de zorg en het wonen en leven wordt in quasi ieder woonzorgcentrum opgenomen door een zorgcoördinator of een diensthoofd. Daarnaast staan hoofdverpleegkundigen of teamcoördinatoren in voor de coördinatie van de zorg- en dienstverlening. Het is vreemd te moeten vaststellen dat dit niet specifiek wordt gefinancierd. Gelijkaardig wordt verwacht om structureel en professioneel te werken rond kwaliteit maar er geen financiering voorzien voor een kwaliteitscoördinator. Een toekomstige personeelsnormering gaat verder dan het ‘hier en nu’ en ‘directe zorg’. Om onze opdracht waar te maken hebben we nood aan

een midden-kaderstructuur waarbij we – liefst op een wetenschappelijk onderbouwde manier – bouwen aan goede zorg.”

Gelijkaardig werd ook verwezen naar specifieke expertisedomeinen waar aandacht kan naar uitgaan in toekomstige normering.

“Met de invoering van de BelRAI wordt duidelijk dat op een aantal domeinen meer aandacht en expertise noodzakelijk is. Uiteraard is de competentie van de basisedewerkers cruciaal. Anderzijds brengt de complexiteit met zich mee dat het aangewezen is om met referentiepersonen te werken die over een hogere competentie beschikken op diverse inhoudelijke domeinen als vroegtijdige zorgplanning, dementie, wondzorg, agressie, ethiek, ...”

Aansluitend geven directies aan hoe waardevol het netwerk van de bewoner en diens inzet is, gaande van familie en mantelzorgers naar wijkwerkers en lokale buurtzorg. Deze maakt een persoonsgericht benadering mee mogelijke en neemt een zeer belangrijke rol op in zowel het leven van een bewoner, als in de werking van een woonzorgcentrum. De organisatie en aansturing van deze vrijwilligerswerking is tevens behoorlijk tijds- en arbeidsintensief en is niet voorzien in de huidige normering en financiering.

“Als je in uren zou uitdrukken wat vrijwilligers, wijkwerkers, mantelzorgers en familie voor een woonzorgcentrum betekenen op weekbasis, dat zou indrukwekkend zijn, daar ben ik van overtuigd. Wij zijn een huis van x bewoners en hebben tussen de 50 en 60 actieve vrijwilligers, stel die komen elk een uurtje per week – reken dat maar eens uit hoeveel dat kan betekenen voor een huis.”

Anderzijds wordt ook opgemerkt dat naast het type van omkadering (kwalificaties) vooral ook de functie-inhoud belangrijk is. Meerdere disciplines kunnen taken vormgeven. Zeker wat het wonen en leven betreft. Een organisatie van personele inzet waarbij vertrokken wordt vanuit de noden en behoeften van een groep bewoners, waarrond men een vast en multidisciplinair team bouwt die functie-, rol- en taakoverstijgend werken om zo kwalitatieve totaalzorg op maat aan te bieden is het model van de toekomst. De principes van innovatieve arbeidsorganisatie kunnen helpen om dit op een efficiënte manier, doorheen het wisselend takenpakket tijdens de dagdelen, vorm te geven. Dit brengt met zich mee dat een toekomstige normering voldoende flexibiliteit met zich mee met brengen.

“De dualiteit van ‘zorg’ en ‘wonen-leven’ evolueert steeds meer naar een geïntegreerd gebeuren. Zorg maakt deel uit van het leven ... bovendien zijn kwaliteitsvolle interpersoonlijke relaties hoogst belangrijk.”

“Werken in het systeem van innovatieve arbeidsorganisatie, waar we eigenlijk een volledig team verantwoordelijk maken voor heel het verhaal van zorg, wonen en leven. Alle leden die deel uitmaken van dit team werken als communicerende vaten, binnen het team worden afspraken gemaakt wie welke rol en taken opneemt. Zij nemen samen verantwoordelijkheid voor de zorg, het wonen en leven van de groep bewoners en proberen dit als team samen te realiseren.”

In dit verband werd opnieuw verwezen naar de sector van personen met een beperking.

“Binnen de sector van personen met een beperking wordt veel soepeler omgegaan met personeelsnormen. Daar is de idee eerder: “hier is uw budget en als voorziening bepaal je zelf welke mensen je daarmee aanwerft”, eigenlijk zijn ze daarin veel minder rigide dan in de ouderenzorg. Die flexibiliteit in aanwerving moet dan wel gecombineerd worden met een kwaliteitsbeleid en -controle vanuit het Agentschap, dit budget moet uiteraard in kwaliteit vertaald worden.”

Met betrekking tot het type van omkadering verwijzen de geïnterviewde directieleden ook naar de mogelijkheden van logistieke ondersteuning. Er worden er op de afdelingen heel wat logistieke of ondersteunende taken uitgevoerd door schaarse zorgmedewerkers die ook door logistiek medewerkers kunnen worden uitgevoerd. Het gaat om taken als het opmaken van bedden, het mee voorzien van permanentie in de leefgroep, of als medebegeleider van het maaltijdgebeuren. Hierbij wordt verwezen naar het gebrek aan substitutiemogelijkheden binnen de normering/financiering²¹ en tevens de WUG-regelgeving (vroegere KB 78).

“Het is jammer dat we op vandaag niet de gefinancierde mogelijkheid hebben om in te zetten op logistieke ondersteuning op de afdelingen. Het verhogen van de financiering en normen van gekwalificeerd zorgpersoneel is goed en nodig maar anderzijds weten we uit ervaring ook dat er onvoldoende personeel actief is op de arbeidsmarkt. Als je je dan realiseert dat heel wat taken begeleid zouden kunnen worden opgenomen dan is dat bijzonder jammer en een gemiste kans.”

“Wij hebben een beperkt aantal logistieke medewerkers die ook in de zorg actief zouden kunnen zijn, hetzij als permanentie in de leefgroep, als begeleider bij het maaltijdgebeuren, ... Die hebben dat geleerd via hun collega's in het woonzorgcentrum. Die mensen vallen echter niet onder de juiste regel van het KB 78 dus dat is niet mogelijk, maar zo geraken we er ook niet.”

4 Besluit

Er wordt een toenemende intensieve zorgafhankelijkheid ervaren door de geïnterviewde directieleden van Vlaamse woonzorgcentra. Deze zorgafhankelijkheid situeert zich op verschillende domeinen. Enerzijds een fysieke zorgafhankelijkheid die leidt tot een meer frequente en intensieve ondersteuning met betrekking tot dagelijkse activiteiten die betrekking hebben op het wonen en leven én een minder goede gezondheid gekenmerkt door multimorbiditeit. Anderzijds vormt een intensievere nood tot psychosociale ondersteuning en een betere ondersteuning van mentaal welbevinden een belangrijke wijziging. Daarnaast is het duidelijk dat de manier waarop de zorg en ondersteuning wordt vormgegeven een belangrijke invloed heeft op de gepercipieerde noden.

Samenvattend kan gesteld worden dat geïnterviewde directieleden van Vlaamse woonzorgcentra pleiten voor: (1) een globale verhoging van de personeelsnormering, (2) het meer inzetten op interdisciplinaire teams waar wonen-leven intensiever wordt vormgegeven, (3) het versterken van de competenties door het voorzien van beleidsomkadering en diverse expertfuncties, (4) het ondersteunen van de teams door middel van logistieke ondersteuning en (5) het voorzien van voldoende flexibiliteit zodat op maat van de lokale context de gepaste antwoorden kunnen worden geformuleerd.

²¹ Op heden is dit reeds mogelijk. Op het tijdstip van het onderzoek was dit nog niet het geval.

Hoofdstuk 6

Focusgroepen medewerkers

1 Inleiding

Om ook inzicht te verwerven over de zienswijze van medewerkers in woonzorgcentra werden focusgroepen georganiseerd met medewerkers. De focusgroepen hadden als doel meer inzicht te verwerven betreffende de huidige personele inzet, de ervaren tekorten en noodzakelijke aanpassingen om in de toekomst een kwaliteitsvol antwoord te kunnen bieden op de uitdagingen binnen ouderenzorg. De onderzoeksvragen zijn:

- a) Welke (veranderende) ondersteuningsnoden hebben cliënten?
- b) Welke (veranderende) noden aan de personeelsinzet worden ervaren?

2 Methode

Er werden in totaal zes focusgroepen georganiseerd. De focusgroepen werden (omwille van COVID-19) digitaal georganiseerd (MS Teams). De deelnemers waren evenwichtig gespreid tussen de diverse types van beheerders (publiek, not-for-profit en for-profit), regio (provincie) en schaalgrootte (klein, middelgroot en groot). De deelnemers hadden verschillende functies (verpleegkundige, zorgkundige, kine, ergo, wonen/leven ...). De focusgroepen waren semigestructureerd van aard. De inzichten die werden verworven tijdens de focusgroepen werden telkens meegenomen naar de daaropvolgende focusgroepen. De interviews werden, na informed consent van de deelnemers, opgenomen om daarna de resultaten te verwerken. In totaal namen 44 medewerkers deel aan de focusgroepen. De deelnemers werden per woonzorgcentrum gerekruteerd waarbij een spreiding van de diverse types, provincies, en grootte werd nagestreefd. De focusgroepen hadden een duurtijd van 1,15-2,15 uur.

3 Resultaten

3.1 Veranderende ondersteuningsnoden

Medewerkers werkzaam in Vlaamse woonzorgcentra geven aan dat de zorgvraag van bewoners in woonzorgcentra sterk is toegenomen. Steeds vaker wordt de zorgvraag van ouderen thuis beantwoord door de thuiszorg en hun eigen netwerk, bestaande uit familie en mantelzorgers. Pas wanneer het echt niet meer lukt gaat men aan de deur van een woonzorgcentrum aankloppen. Dit resulteert in een aanmelding waarbij de bewoner reeds een oudere leeftijd heeft bereikt, een hogere fysieke zorgzwaarte kent.

“Wij merken dat de mensen die binnenkomen het dikwijls fysiek veel moeilijker hebben dan een aantal jaren geleden. Wij zien ook dat de partner of diegene die de zorg op zich neemt pas op het laatste moment de reactie heeft om naar een woonzorgcentrum te komen. Vroeger kwamen bewoners zich vroeger aanmelden, nu gebeurt dit veel later en is de zorg veel zwaarder.”

Een specifieke doelgroep die medewerkers ook aanhalen zijn bewoners met dementie. Het is niet nieuw dat de vergrijzingstendens met zich meebrengt dat een grotere groep bewoners met dementie aanwezig is. Echter, ook hier geven medewerkers aan dat er zich vaak al een meer complexe zorgvraag heeft ontwikkeld.

“Bewoners staan bij opname vaak al verder in hun dementie. Ze hebben een intensieve, continue en aangepaste begeleiding nodig die in een thuissituatie moeilijk te organiseren is.”

Tevens merken medewerkers een evolutie in de wensen en verwachtingen van de bewoners wanneer zij hun intrede maken in een woonzorgcentrum. De wens om verder te blijven wonen en leven zoals zij dit thuis deden is prangend. Bewoners en familie zijn hier vragende partij naar een omgeving waar zorg op maat wordt aangeboden en waarin genormaliseerd wonen en leven kan worden gerealiseerd.

“We merken duidelijk dat we meer en meer bewoners van de volgende generatie aan het opnemen zijn, wat een andere cultuur met zich meebrengt. Mensen worden mondiger, willen meer op hun eigen ritme (zoals thuis) leven; bewoners willen dagelijks douchen, opstaan en gaan slapen op een zelfgekozen tijdstip of wensen soms op de kamer eten in plaats van in de leefruimte. De verwachtingen van bewoners en familie liggen hoger. Bovendien wensen familie en mantelzorgers meer betrokkenheid bij de zorg en meer inspraak in de manier waarop die zorg verleend wordt.”

3.2 Veranderende noden personele inzet

De gewijzigde ondersteuningsvraag brengt voor medewerkers een aantal bijzondere uitdagingen met zich mee.

Een voldoende basisbestaffing die het mogelijk maakt om kwaliteitsvolle zorg en begeleiding te bieden is voor medewerkers zeer belangrijk. Medewerkers hebben het gevoel dat de bestaffing onvoldoende is mee geëvolueerd met de gewijzigde, intensievere zorgvraag en verwachtingen. Dit zorgt enerzijds voor een hoge ervaren werkdruk en anderzijds het gevoel een onvoldoende antwoord te kunnen bieden ten aanzien van de noden en vragen van bewoners. Beide hebben een negatieve impact op de beleving en psychosociaal welzijn van medewerkers.

“De ochtendzorg is eigenlijk een ochtendspits. Er is geen tijd te verliezen. We bewegen ons snel van kamer naar kamer, bewoner naar bewoner, in de hoop dat iedereen tijdig kan gaan ontbijten .. we roeien met de riemen die we hebben; we voeren de belangrijkste taken eerst uit en proberen op die manier zoveel mogelijk zorg te verlenen. De basiszorg wordt uitgevoerd maar is er vaak te weinig tijd voor detailzorg, gesprekken en extra's voor bewoners. Het is de realiteit dat de druk op alle andere activiteiten, alle “must do”-taken, zodanig groot is dat het praten met mensen gezien wordt als tijdsverlies.”

“Wat ik bijzonder jammer vind is dat de huidige omkadering er ons toe brengt om de bewoners 's avonds vroeg, eigenlijk de late namiddag, te laten eten waarna het avondritueel snel wordt gestart zodat iedere bewoner tijdig in bed zit ... zo is dit haalbaar voor de avonddiensten en nachtdiensten die met een minimale bestaffing zitten.”

Uit de interviews blijkt dat de ervaren tekorten in de bestaffing ertoe leidt dat de focus vaak prioritair moet worden gelegd op basis - fysieke ondersteuningsnoden zoals hygiënische zorg en maaltijdondersteuning. De woon-leefbegeleiding wordt als secundair ervaren en wordt bijgevolg niet steeds adequaat vormgegeven. Dit op twee verschillende manieren:

Eenzijds betreft het de omgang met bewoners tijdens het vormgeven van de zorg- en ondersteuningsmomenten. Door de hoge ervaren werkdruk worden deze momenten soms gereduceerd tot het uitvoeren van taken. Zorg maakt deel uit van het wonen en leven in een woonzorgcentrum. Deze zorgmomenten bieden, mits een aangepaste omkadering, mogelijkheden om geïntegreerd te werk te gaan en dit als begeleidingsmoment te hanteren.

“Piekmomenten in de zorg, vooral ’s ochtends, zorgen ervoor dat we ons genoodzaakt voelen om taakgericht te gaan werken, waardoor er weinig tijd over blijft voor het wonen en leven. De momenten waarop je zou kunnen inzetten op wonen en leven, wordt de personeelsbezetting terug herleid naar een minimum. Dit draagt ook bij tot filosofie ‘mijn zorgtaken zitten erop, mijn werk is klaar.’ Momenteel lopen zorg, wonen en leven te weinig door elkaar omdat zorgpersoneel enkel zorgtaken uitvoert en wonen en leven door anderen wordt uitgevoerd; hierdoor vloeit dit onvoldoende samen.”

“De nood voor individuele begeleiding lag nog nooit zo hoog en er was nooit eerder zo weinig tijd voor. Iets wat erg bij het personeel leeft is dat ze tijdens een zorgmoment soms merken dat een bewoner het even moeilijk heeft en dan zou je even de tijd moeten kunnen nemen om een gesprek aan te gaan. Dit proberen we natuurlijk altijd, maar dat lukt vaak niet. Wanneer het dan toch eens lukt om het gesprek te starten, dan gaat er een belletje af in je achterhoofd voor elke taak die je nog moet uitvoeren, terwijl je eigenlijk even rustig met de bewoner zou moeten kunnen samen zitten.”

“Ik voel vooral een tekort bij de taken in de avonddienst. Bijvoorbeeld, als onze bewoners ’s avonds geen blijf weten met zichzelf en je staat er dan alleen of met twee voor, terwijl al de rest die je normaal zou kunnen bereiken na een uur of zes weg is, dan wordt de druk wel heel groot. Soms zitten mensen ook alleen op hun kamer terwijl je iemand anders in bed legt en liggen ze te roepen. Dan vind ik het zeer schrijnend dat je echt moet zeggen ‘ik heb eigenlijk geen tijd’. Je kunt nooit overal tegelijk de hulp geven die je zou moeten en willen geven.”

Anderzijds betreft het de daginvulling tussen de zorgactiviteiten door. Omwille van organisatorische redenen wordt de personeelsinzet in belangrijke mate afgestemd op de piekmomenten in de zorg. Dit heeft als gevolg dat de personeelsbezetting lager ligt op andere momenten. Vaak is het net op deze momenten dat er zou kunnen worden ingezet op wonen en leven. In de gesprekken werd ook vaak specifiek naar de avonddiensten verwezen waarbij slechts een zeer beperkte omkadering is voorzien.

“Tussen de ochtendzorg en het middagmaal nemen de meeste medewerkers hun pauze en wordt er overdracht georganiseerd. Als medewerker komen we even tot rust na de ochtendsprint en bereiden we ons voor op het volgende piekmoment (middagmaal)”

“’s Avonds hebben bewoners veel meer last van vereenzaming; overdag loopt hier veel personeel rond, maar ’s avonds valt dat stil. Vanaf 17u gaat het grootste deel van de équipe naar huis. Dit is net het begin van de avond voor onze bewoners en zien ze pas om 7u de volgende dag terug een volle équipe. We merken dat de eenzaamheid dan toch wel naar boven komt. Bewoners zouden veel deugd hebben van extra personeel in de avondshift om eens een babbeltje te kunnen doen en over hun dag te kunnen praten. Dit zijn dan ook de bewoners die je ’s avonds om de haverklap opbellen voor triviale zaken, waarbij je merkt dat ze eigenlijk gewoon nog eens iemand willen zien.”

Daarbij aansluitend geven de respondenten ook aan dat dit soms tot een verschuiving van taken leidt en het takenpakket van andere medewerkers soms in het gedrang brengt.

“Er is een groot en systematisch tekort aan medewerkers, de werkdruk ligt érg hoog .. er wordt altijd zeer hard gewerkt. Doordat de zorgkundigen en verpleegkundigen niet steeds hun takenpakket kunnen voltooien worden er vaak logistieke taken doorgeschoven naar de woonleefbegeleiders en ergotherapeuten.”

“Er wordt vaak ondersteuning gevraagd vanuit de zorg aan onze animatie, ergotherapeut of kinesist om bij te springen, maar hoe ver ga je daarin? Het is continu zoeken naar een evenwicht tussen functie-overschrijdend werken en mensen hier net van vrij te stellen zodat ze zich kunnen focussen op taken binnen hun eigen specialiteit.”

Een aantal van de geïnterviewde medewerkers gaven ook blijk van spanningen die dit binnen en tussen teams teweegbrengt.

“Er zijn bij ons 4 afdelingen. 's Morgens staat iedereen te discussiëren bij de werklijsten om te kijken waar er meer of minder personeel staat. Er is dan nog geen hoofdverpleegkundige aanwezig en het schema wordt bediscussieerd. Dit zorgt voor wrevel en ontevredenheid. De werkdruk is bij ons echt wel iets dat leeft.”

“Ik begrijp dat ook hé... de mensen van de animatie, kine en ergo vinden dat ook lastig om altijd in te springen om de boel rond te krijgen, waardoor hun eigen boel niet meer optimaal functioneert – dit kan niet de bedoeling zijn.”

Een ander aspect die medewerkers aanhalen is tevens de observatie dat medewerkers in de zorgelijke vaak afwezig zijn. Er is een basisbestaffing aanwezig waarbij het als uitdagend wordt ervaren om kwaliteitsvol de functie vorm te geven maar daarbij komt ook dat heel wat medewerkers vaak afwezig zijn. Hierbij wordt specifiek verwezen naar arbeidsduurvermindering (vrijstelling in functie van leeftijd) en een hoog ziekteverzuim.

“Ziekteverzuim ligt zeer hoog en maakt het moeilijk om steeds de zorg naar bewoners toe te garanderen. Het is een zeer groot probleem - vooral binnen het zorgteam – en gezien hiervoor onvoldoende een vangnet voor is zijn het steeds dezelfde, geëngageerde werkers die moeten inspringen. De werkdruk wordt zo nog hoger.”

“Heel wat oudere collega's hebben vrijstelling van uren. Ze werken ook nog eens deeltijds waardoor ze slechts heel beperkt aanwezig zijn. Komt daarbij ook nog verlofdagen en feestdagen. Door deze afwezigheden komen we vaak in de problemen. Als er dan nog iemand extra ontbreekt wegens ziekte dan wordt het moeilijk ... nee onmogelijk.”

Als oplossingen zien de geïnterviewde medewerkers een aantal mogelijkheden.

Naast het inzetten op de uitbreiding van de bestaande zorgelijke zien ze ook een mogelijke oplossing voor logistieke ondersteuning met betrekking tot wonen/leven. De medewerkers zijn zich bewust van de moeilijkheden om extra zorgpersoneel aan te werven. Zij geven in het bijzonder ook aan dat de aantrekkelijkheid van het werken in een woonzorgcentrum en de negatieve beeldvorming hierrond het moeilijk maakt.

“Er staan bij ons verschillende vacatures open voor zorgkundigen. En als er dan eindelijk iemand gevonden is die kan starten dan valt er kort daarna weer iemand weg en is het opnieuw werken onder de basisbezetting... wij zijn al jaren vragende partij om logistieke ondersteuning te krijgen op de afdelingen. Zo moeilijk is dat toch niet... of toch... er is ons verteld dat hiervoor geen subsidies zijn.”

“Woonzorgcentra dragen een slecht beeld met zich mee in de media, opleiding, ... Het wordt gezien als een domme zet om in een woonzorgcentrum te gaan werken, het zou ‘minderwaardig’ en ‘routine’ werk zijn. Vaak lijken de jobs ook niet interessant door het gebrek aan voltijdse vacatures bijvoorbeeld. Wat je er dan voor moet doen; variabel uurrooster, nachtwerk, late shiften, hoge werkdruk en wat je ervoor krijgt; halftijds werken met een halftijds loon, ... En dat terwijl medewerkers zeer graag in het woonzorgcentrum werken en houden van de persoonlijke aanpak. Die houden van de warme momenten met de bewoners, ‘werken met hun menskes’. Werken in een woonzorgcentrum moet aantrekkelijker gemaakt worden voor studenten en nieuwe medewerkers. Het probleem rond de negatieve beeldvorming moet worden aangepakt.”

“Als ergotherapeuten geven wij de werking in de living vorm. Wij verzorgen de permanentie en proberen een goede invulling te geven aan de dag. Dat is een zeer mooi concept maar dat leidt ertoe dat ik vooral ook bezig ben met logistieke taken die te maken hebben met het ontbijt, middagmaal en avondmaal. Ik ben hiervoor geen ergo geworden. Op die manier hoeft het niet meer. Ik denk eraan het beroep te verlaten.”

Medewerkers zien ook oplossingen mogelijk door een het meer geïntegreerd vormgeven van de dienstverlening (naar de principes van innovatieve arbeidsorganisatie). Enerzijds zijn een aantal piekmomenten aanwezig waarbij hulp uit alle disciplines welkom is (bv. tijdens de maaltijden, ochtendzorg, ...), anderzijds zijn medewerkers tussen de piekmomenten door ook aanwezig en vragende partij om hier een goede invulling aan te geven. Medewerkers gaven aan dat er nog te vaak te rigide gedacht wordt over de functieinvulling. Bovendien geven ze aan dat het gebrek aan omkadering dit ook mee versterkt. Doordat men het gevoel heeft dat de werkdruk hoog ligt (of onvoldoende de functie kan waarmaken) plooit men terug op het basistakenpakket dat aansluit bij de functie/opleiding. Het personeelstekort en de hoge werkdruk zijn volgens hen deels verklarende factoren voor de vraag naar een afgebakend takenpakket per kwalificatie. Ze geven aan dat, Indien er meer personeel op de afdeling zou zijn, de werkdruk lager zou liggen en dit een meer flexibele en collegiale omgeving zou creëren.

“Er wordt te vaak in hokjes gedacht; ‘niet mijn taak of verantwoordelijkheid, ik heb al genoeg werk’ terwijl een ruimer takenpakket oké zou zijn indien we een hogere bezetting hebben en iedereen zo rondgeraakt. Te veel taken en verantwoordelijkheid voor een te kleine personeelsgroep zorgen voor wens om taken duidelijk af te bakenen. Meer personeel zorgt voor een meer flexibele werking waarin gemotiveerde collega’s elkaar met plezier ontlasten.”

Medewerkers geven ook aan dat ‘integratie’ niet haaks hoeft te staan op ‘specialisatie’ of afbreuk doet aan de functie-eigen competenties. Ze zien mogelijkheden via een ‘trekkersrol’ of expertenrol binnen die verschillende domeinen voor de diverse disciplines.

“Er is een verschil tussen de verschillende opleidingen en functies, maar er wordt wel verwacht dat er overal ingesprongen en geholpen wordt terwijl je niet altijd dezelfde basis hebt – en daar zit het verschil. Je kan iemand helpen en ondersteunen bij hun specialisatie maar je kan het niet helemaal overnemen – en dat is ook niet de bedoeling.”

Een hogere personeelsbezetting buiten de piekmomenten in de zorg zou een grote meerwaarde zijn voor de bewoners, volgens medewerkers. Dit zou meer ruimte creëren voor wonen en leven, één-op-één momenten met de bewoner en de weg kunnen plaveien voor een meer persoonsgerichte aanpak. Zorgverleners geven aan dat een te lage personeelsbezetting resulteert in een dagelijkse werking gebaseerd op routine, terwijl men net meer zorg op maat wenst aan te bieden.

“Er is meer aandacht nodig voor zorg op maat, de wens van de bewoner zou altijd centraal moeten staan. Bewoners moeten leven en niet geleefd worden, keuzevrijheid is hierbij zeer belangrijk. We moeten opletten voor routine en inzetten op voorkeuren van de bewoners zodat zij hun eigen leven kunnen leiden en niet ‘geleefd’ en meegesleurd worden op die trein van routine. Dit komt in het gedrag wanneer je met te weinig personeel bent en je in routine moet vervallen om rond te geraken.”

“Ik denk dat iedereen toch wel dezelfde visie nastreeft, namelijk de bewoner zelf zijn leven en zorg in handen te geven. In theorie is dat zeer mooi, maar in de praktijk blijven we toch boksen op dezelfde organisatorische beperkingen; zorgmomenten, maaltijdmomenten, financiële beperkingen. Wij proberen zo’n ruim mogelijk aanbod te bieden en een zo’n leuk mogelijke sfeer te creëren, maar je blijft daar toch roeien met de riemen die je hebt.” – Private voorziening zonder winstoogmerk

Deze negatieve beeldvorming rond woonzorgcentra moet vanuit verschillende invalshoeken worden benaderd. Enerzijds speelt de media hier een aanzienlijke rol in, anderzijds leeft dit beeld enorm binnen de opleidingen, stellen de medewerkers. Werken in een woonzorgcentrum moet aantrekkelijker worden gemaakt binnen de opleidingen, voor de potentieel nieuwe medewerkers. Daarnaast spreken zorgverleners van een hiaat in de opleidingen en vormingen die leiden tot een job in een woonzorgcentrum wanneer men gaat kijken naar de veranderende zorg- en ondersteuningsnoden waarmee bewoners zich tegenwoordig aanmelden. Ook zou de benadering in de opleidingen zorg te specifiek zijn, en zou deze uitgebreid moeten worden naar een aanpak waarin zorg, wonen en leven als gelijke aspecten behandeld worden.

4 Besluit

De geïnterviewde medewerkers geven aan dat de werkdruk op vandaag in de Vlaamse woonzorgcentra als hoog wordt ervaren waardoor er onvoldoende een antwoord op maat kan geboden worden aan de ondersteuningsvraag van cliënten. De huidige bestaffing is voornamelijk nodig om de basiszorg vorm te geven maar is ontoereikend om het wonen en leven tijdens de zorgmomenten en tussen de zorgmomenten door vorm te geven. Medewerkers geven in het bijzonder aan dat in de late namiddag en avonden de bestaffing te beperkt is.

Zij ervaren frequent situaties waarbij zij aanvoelen onvoldoende oog te kunnen hebben voor de cliënt. Medewerkers geven aan dat dit een negatieve impact heeft op hun (werk)beleving en ook tot spanningen kan leiden binnen en tussen teams.

Als oplossing zien de medewerkers voornamelijk het inzetten op extra omkadering. Door de zorgelijke te vergroten zien zij mogelijkheden om een beter antwoord te kunnen bieden tijdens de piekmomenten (bv. ochtendzorg en maaltijdmomenten) en tegelijk ook tussendoor het ondersteunen en begeleiden van het wonen en leven meer kunnen vormgeven (voormiddag en namiddag).

Gezien het tekort aan zorgkundigen en verpleegkundigen zien zij een mogelijke oplossing in een verbreding van de equipe. Hierbij kan ingezet worden op logistieke ondersteuning die het wonen en leven in de teams mee vorm geven. Hierdoor wordt de zorgelijke (verpleegkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, opvoeders, ...) ondersteund waardoor zij hun takenpakket beter kunnen vormgeven. Concreet zou dit ertoe leiden dat meer tijd kan genomen worden om de zorgmomenten minder taakgericht op te nemen en dit meer als begeleidingsmomenten in te vullen. Tegelijk zou dit kunnen betekenen dat de zorgelijke ook tussen de zorgmomenten door tijd kan vrijmaken om te participeren aan het wonen en leven. Ze zien een

meer geïntegreerde organisatie waarbij enerzijds 'zorg' en anderzijds 'wonen en leven' samenvloeien en interdisciplinair wordt vormgegeven. Alle disciplines participeren in de diverse activiteiten. In functie van de concrete activiteiten (bv. een zorgmoment, maaltijdbegeleiding of een activiteit van dagbesteding) wordt een trekkersrol opgenomen door de verschillende disciplines (bv. verpleegkundigen, ergotherapeuten, opvoeders, woon-leefbegeleiders, ...).

Er wordt een negatieve beeldvorming van woonzorgcentra en de mensen die hierin werkzaam zijn ervaren. Dit heeft een negatief effect op de (werk)beleving en tewerkstelling. Hier dient door de diverse actoren meer aandacht aan worden besteed (woonzorgcentra, beroepsorganisaties, overheden, onderwijs, ...).

Hoofdstuk 7

Focusgroepen bewoners en familie

1 Inleiding

In dit deel van het onderzoek gaan we na hoe (potentiële) bewoners van woonzorgcentra en hun families antwoorden op de vraag: “Welke tekorten aan personele inzet worden op dit ogenblik vastgesteld in de woonzorgcentra?” We organiseerden focusgroepen en interviews met bewoners en hun familie en ook met ouderen die al hebben nagedacht over een verhuis naar een woonzorgcentrum.

Om de topics voor de focusgroepen te bepalen, voerden we eerst een literatuurstudie uit. We gingen na wat er al geweten is over de mening van bewoners en familieleden over het personeel. Als zoektermen gebruikten we concepten zoals “nursing home”, samen met “residents’ opinion” en “staffing”. Varianten op deze termen werden ook meegenomen, zoals “care home”, “residents’ view” en “personnel”. Verder werd ook gezocht naar literatuur over focusgroepen en interviews met bewoners op basis van de termen “elderly”, “focus group” of “interview”, en “nursing home”. Om de verwachtingen over woonzorgcentra mee te nemen, werd de term “expectations” samen met de andere termen ingevoerd. We voerden deze zoektocht uit via Google Scholar, Web of Science en Limo, en vertaalden de zoektermen ook naar het Nederlands. In de gevonden literatuur bestudeerden we tevens de referentielijst om extra artikels te selecteren. Verder keken we ook naar artikels die een relevant artikel citeerden.

1.1 Literatuur over de visie van de bewoners

Literatuur waarin de mening van ouderen in woonzorgcentra bevraagd wordt, is schaars. Vaak wordt verondersteld dat ouderen geen accurate informatie kunnen geven omwille van onderliggende problemen zoals bijvoorbeeld dementie (Wenger, 2002) of de angst om negatief te spreken over het woonzorgcentrum (Roberts, LeSage, & Ellor, 1987). Ouderen zijn echter de personen om wie het gaat in het woonzorgcentrum en dus bevinden zij zich in een ideale positie om de zorg te beoordelen.

In onderzoek wordt aan bewoners soms wel gevraagd, meestal via kwalitatieve methoden zoals interviews en focusgroepen, wat voor hen goede zorg is. Al in 1988 bevroeg Larsen de mening van bewoners over de kwaliteit van verpleegkundige zorg in de Verenigde Staten. Uit deze studie bleek dat personeel dat om hen geeft een zeer belangrijk thema is voor de bewoners (Larsen, 1988). Dit houdt in dat er een goede interpersoonlijke communicatie is met het personeel, waarbij de waardigheid van de bewoner centraal staat. Sommige bewoners gaven aan dat er een lange wachttijd is, zelfs bij de basiszorg. Vaak wordt de omgang met een zorggever vermeld wanneer men bewoners bevraagt over kwaliteit van zorg of hun ervaring met leven in het woonzorgcentra. Zo benadrukken bewoners uit verschillende landen het belang van een goede relatie met het personeel (Bowers et al., 2001; Robichaud et al., 2006; van Hoof et al., 2016) en een goede communicatie met het personeel (Ericson-Lidman et al., 2019).

Soms vermelden bewoners zaken die betrekking hebben op de personeelsbezetting van het woonzorgcentrum. In 1999 bevroegen Rantz et al. bewoners en familie in de Verenigde Staten over hun opvattingen over kwaliteit van zorg. Daarbij kwamen twee grote thema’s naar voor, met name zorg en

personeel. Bewoners en familie vertelden in focusgroepen dat de personeelsbezetting zeer belangrijk is en dat er voldoende personeel moet zijn zodat zorgvragen snel kunnen worden beantwoord. Verder was het voor hen ook belangrijk dat er geen hoge 'turnover' is van personeel en dat het personeelsbestand stabiel blijft. Op die manier kunnen bewoners een goede band opbouwen met het personeel. In ander onderzoek gaven bewoners uit de Verenigde Staten aan dat een goede zorgverlening nodig is waarbij de zorgtaken goed, snel en consistent uitgevoerd worden (Bowers, 2001).

Bewoners van een woonzorgcentrum in Noorwegen vertellen in interviews dat het woonzorgcentrum hun thuis is, maar niet een 'thuis'. Sommigen vermeldden een ambigue relatie met het personeel omdat het personeel geen tijd heeft om met hen samen te zitten en een praatje te maken. Bewoners merkten op dat personeel het heel druk heeft en dat ze gelukkig zijn wanneer ze dan wel eens wat extra aandacht krijgen (Nakrem et al., 2013). Dezelfde verhaallijn komt naar boven bij bewoners in een ander woonzorgcentrum in Noorwegen, waarbij uit anekdotes van het dagdagelijkse leven duidelijk wordt dat bewoners lang moeten wachten op verzorging. Ook zijn er onvoldoende activiteiten waaraan de bewoners kunnen deelnemen wegens een tekort aan personeel (Bollig et al., 2016). Sommige bewoners gaven aan dat ze vaker kinesitherapie zouden willen.

Ook in een studie van Hughes en Moore (2012), waarbij bewoners gevraagd werd naar de kwaliteit van zorg, gaven sommige bewoners aan dat verzorgers weinig tijd hebben. Ten slotte vonden we een studie van Bergland et al. (2006), die bewoners bevroeg over wat bijdraagt aan een gelukkig leven in het woonzorgcentrum. In de resultaten staat kwaliteit van zorg op de tweede plaats, net na de attitude van de bewoner zelf. Bewoners gaven aan dat personeel bekwaam en deskundig moet zijn. In één specifiek geval meldde een bewoonster dat het personeel niet genoeg kennis had over haar medische conditie. Sommige bewoners gaven verder ook aan dat een personeelscontinuïteit belangrijk is.

In ander onderzoek werd via kwantitatieve vragenlijsten nagegaan wat bewoners vinden van de kwaliteit van zorg in woonzorgcentra. In het interRAI Self-Report Quality of Life instrument for Long Term Care Facilities (interRAI SQOL LTCF) zijn vragen opgenomen over personeel. Meer bepaald bevat dit instrument items over hoe bewoners de zorgservice ervaren. Er werd data verzameld bij meer dan 16000 bewoners in woonzorgcentra in België, Canada en de Verenigde Staten (Morris et al., 2017). Uit de resultaten blijkt met betrekking tot het personeel dat bewoners het meest positief zijn over het respect dat ze krijgen van personeel en het minst positief over de reactiesnelheid van het personeel. De cijfers zijn echter wel redelijk hoog, 70% geeft aan dat personeel meestal of altijd snel reageert. De Vlaamse cijfers liggen in dezelfde lijn.

Wanneer bewoners praten over personeelsbezetting gaat het vaak over een tekort aan personeel en het belang van de continuïteit van het personeel. We vinden echter geen onderzoek waarin bewoners naar oplossing werd gevraagd en over hoe zij een betere personeelsbezetting zien. We bevroegen daarom zelf een (beperkt) aantal bewoners over hoe zij denken over de personeelsbezetting.

1.2 Literatuur over de visie van de familie van bewoners

Ook familieleden zijn nog niet echt bevroegd geweest over de personeelsbezetting van het woonzorgcentrum. Visnes et al. (2012) organiseerden focusgroepen om de mening van familieleden over de kwaliteit van zorg in woonzorgcentra te bevragen. Familieleden gaven aan dat de geschiktheid van personeel een belangrijke component is. Ze vonden het belangrijk dat personeel over de capaciteiten beschikt om een bewoner met respect en waardigheid te behandelen. Ook moet het personeel goed prioriteiten kunnen stellen, aangezien er vaak te weinig personeel is.

Kiljunen et al. (2018) interviewden Noorse familieleden van bewoners over hun actuele verwachtingen over (de competenties van) het verpleegkundig personeel, waarbij vier belangrijke thema's naar voor kwamen: respectvol met mensen omgaan, samenwerking tussen de verpleegkundige en het familielid, een holistische (niet enkel fysieke, maar ook sociale) bevordering van het welzijn en een hoge kwaliteit van basiszorg. In een andere studie gaf familie van bewoners van een woonzorgcentrum in Noorwegen aan dat er een groot tekort aan personeel was, samen met een slechte relatie met het zorgpersoneel, waardoor ze hun klachten niet durfden uit te spreken (Bollig et al., 2016).

Toen aan familieleden van bewoners uit Canadese woonzorgcentra door Robichaud et al. (2006) gevraagd werd wat hun mening over zorgverleners is, gaven zij aan dat de beschikbaarheid van de zorgverleners een belangrijk aspect is. Verder vonden zij ook dat zorgverleners met respect moeten omgaan met de bewoners, en liefdevolle zorg moeten aanbieden. Uit een studie van Levy-Storms & Miller-Martinez (2005) bij 145 familieleden van bewoners in Los Angeles, blijkt dat familieleden niet zo tevreden waren met personeelsgerelateerde aspecten van zorg. Familieleden kregen de vraag om een tevredenheidsscore te geven voor elf items die betrekking hebben op kwaliteit van zorg. 'Contact met de dokter', 'kwaliteit van de dokter' en 'aantal personeelsleden' scoorden het laagst.

Familieleden van bewoners uit landelijk gelegen woonzorgcentra in het Verenigd Koninkrijk, die geïnterviewd werden over hun mening over de kwaliteit van zorg, waren dan weer wel in het algemeen tevreden (Ryan & McKenna, 2014). Ze wezen op het belang van een goede relatie van familie met het personeel, die ervoor zorgt dat ze als familielid de kwaliteit van zorg kunnen controleren. Maar ook hier klaagden de familieleden de onderbezetting aan.

Uit een recente review van Havreng-Théry et al. (2020) over verwachtingen van familieleden – geen pré-verwachtingen, maar actuele verwachtingen - blijkt dat familieleden inderdaad in verschillende studies de onderbezetting van personeel aanhalen, net als het probleem van een te hoge 'turnover' van personeel en het feit dat er weinig continuïteit is tussen shifts. Ook komt in deze review het thema van de relatie met personeel sterk naar boven, familieleden wensen een respectvolle en empathische omgang van het personeel met de bewoners.

1.3 Literatuur over de verwachtingen van potentiële bewoners en hun families

Ook verwachtingen over zorg in het woonzorgcentrum, alvorens een bewoner er effectief is gaan wonen, kunnen relevante inzichten geven. Daarom bevragen we ook potentiële bewoners. Uit onderzoek naar verwachtingen over woonzorgcentra blijkt dat familieleden van bewoners weinig verwachtingen hebben voor de bewoner naar het woonzorgcentra verhuist (Kiljunen et al., 2018). Verder zouden potentiële bewoners en hun familieleden op voorhand graag informatie verkrijgen over hoe het personeel de bewoners behandelt, hoeveel personeelsleden wanneer werken en over de beschikbaarheid van het personeel (Hefelet al., 2016). In 2010 peilde Koopman naar de verwachtingen van Nederlandse ouderen over de zorg tijdens een kortdurende opname in een verzorgingshuis. Specifiek kwam naar boven dat de ouderen verwachten dat het personeel een goede kennis van zaken heeft, aandacht heeft voor de bewoner (waartoe ook tijd voor een praatje hoort) en ondersteuning biedt om de onafhankelijkheid te behouden.

SERVQUAL is een vragenlijst die de tevredenheid over en de verwachtingen van de kwaliteit van zorg in verschillende soorten voorzieningen nagaat (Parasuraman et al., 1985; Parasuraman et al., 1988). De vragenlijst behandelt vijf thema's: materiële voorzieningen, empathie, betrouwbaarheid, zekerheid en beschikbaarheid en snelheid van personeel. De vragenlijst is opgedeeld in twee delen waarin telkens de

vijf thema's voorkomen, maar waarin respectievelijk naar verwachtingen van zorg en percepties van zorg wordt gepeild. In een studie van Duffy, Duffy en Kilbourne (2001) werd het deel over verwachtingen van de SERVQUAL-vragenlijst afgenomen bij een steekproef van 203 bewoners en 57 familieleden. Zij vonden significante verschillen tussen de beide groepen op meerdere items, waarbij de familieleden hogere verwachtingen heeft over de kwaliteit van zorg. Ook interessant is dat in beide groepen de verwachtingen over de beschikbaarheid en snelheid van personeel het laagst waren in vergelijking met de andere items.

Onderzoek over verwachtingen die betrekking hebben op de personeelsbezetting hebben we tot nu toe niet gevonden. We hopen een beter inzicht te krijgen in de verwachtingen van bewoners aan de hand van twee focusgroepen met ouderen die al hebben nagedacht over een verhuis naar een woonzorgcentrum.

2 Methode

De focusgroepen met ouderen die al hebben nagedacht over een verhuis naar een woonzorgcentrum vonden plaats op 20 augustus 2020 en 21 augustus 2020. In samenwerking met de Vlaamse Ouderenraad rekruteerden we negen personen. Zij namen deel via Zoom. De deelnemers waren ouder dan 65 jaar en hadden al nagedacht over een mogelijke verhuis naar een woonzorgcentrum. Verder is het belangrijk op te merken dat een aantal van deze personen een functie bekleden of bekleed hadden in de zorg- en welzijnssector. Het ging om een voormalige directeur van een woonzorgcentrum, gepensioneerde verpleegkundigen en mensen die een politieke functie hebben bekleed.

Voor de geplande focusgroepen met bewoners en familieleden organiseerden we een try-out. We contacteerden hiervoor een woonzorgcentrum. De try-out met familieleden verliep niet vlot. Zij leken zich wat in te houden en misschien niet vrijuit te spreken. Het was moeilijk om het groeps gesprek te stimuleren, enerzijds omwille van de manier waarop we de zaal moesten inrichten door de covid-maatregelen, een slechte akoestiek en het feit dat sommige deelnemers gehoorproblemen hadden, maar anderzijds leek dit ook te wijten aan groepsdruk om sociaal wenselijke antwoorden te geven, uit dankbaarheid of afhankelijkheid van het woonzorgcentrum. Het is een gevoelig onderwerp om over te praten in het woonzorgcentrum zelf. Ook was er een spanningsveld tussen familieleden die wel tevreden waren en familieleden die minder tevreden waren, wat in de try-out zorgt voor een verhitte discussie. Verder zagen we dat de familieleden vlak na afloop de focusgroep bespraken met medewerkers van het woonzorgcentrum.

Op basis van deze ervaring zagen we af van focusgroepen en organiseerden we telefonische interviews met familieleden van bewoners en individuele interviews met bewoners in het woonzorgcentrum. Voor de interviews met familieleden vroegen we aan zes woonzorgcentra om twee familieleden aan te duiden. We vertelden de directies dat we hen niet wilden evalueren, maar dat we de opdracht hadden om de overheid te adviseren over de personeelssamenstelling. We vroegen ook specifiek om geen familieleden te selecteren die ook vrijwilliger zijn, aangezien dit in de try-out focusgroepen voor problemen leek te zorgen. Van de zes woonzorgcentra zijn er twee privaat non-profit, twee publiek en twee privaat for profit. Het gaat om twee woonzorgcentra met een hoog percentage van boven-norm zorgpersoneel (VPK en ZK per 30 bewoners), 2 met een gemiddeld percentage van bovennorm zorgpersoneel, twee met een gemiddeld en twee met een laag percentage van bovennorm zorgpersoneel. Het percentage van bovennormpersoneel werd berekend op basis van de eerder beschreven bevraging van woonzorgcentra (zie hoofdstuk 2, paragraaf 3). In deze bevraging zijn 777

woonzorgcentra opgenomen. De maat van bovennorm is gebaseerd op VTE per 30 bewoners. We keken naar het zorgpersoneel, wat betekent dat de aantallen verpleeg- en zorgkundigen opgeteld zijn. Onder een laag percentage van bovennorm zorgpersoneel rekenen we de laagste 10% uit deze studie. Een gemiddeld percentage zijn woonzorgcentra uit de middelste 10% qua bovennorm zorgpersoneel. Een hoog percentage van boven-norm personeel zijn de hoogste 10% van woonzorgcentra.

Voor de interviews met bewoners vroegen we eveneens aan zes woonzorgcentra om twee bewoners te vragen of ze wilden deelnemen. Ook hier gaat het om twee private non-profit, twee private for-profit en twee publieke woonzorgcentra en eveneens twee met veel bovennorm personeel, twee gemiddeld en twee laag. Het gaat evenwel om andere woonzorgcentra dan die waar familieleden zijn gerekruteerd.

Om de woonzorgcentra te kiezen, hebben we drie lijsten van woonzorgcentra opgesteld op basis van hun percentage bovennorm zorgpersoneel. We selecteerden uit deze lijst woonzorgcentra op basis van de rechtsvorm en de locatie. We probeerden de locaties van de woonzorgcentra zo gevarieerd mogelijk te selecteren, waarbij we toch ook keken naar bereikbaarheid vanuit Leuven met het openbaar vervoer voor de woonzorgcentra die bewoners rekruteerden. Wanneer een woonzorgcentrum niet wilde participeren, selecteerden we een ander woonzorgcentrum op basis van dezelfde criteria.

Uiteindelijk konden we acht familieleden en twaalf bewoners interviewen. De topiclijsten zijn opgenomen in de bijlagen bij dit rapport. De rekrutering van familieleden verliep om verschillende redenen niet vlot: COVID-19 (zowel de maatregelen als de impact op het personeel), het feit dat er op dat moment veel bevragingen bij woonzorgcentra gebeurden en het feit dat dit tijdens de zomermaanden gebeurden, wanneer veel verantwoordelijken vakantie nemen.

De interviews met bewoners verliepen goed, maar we ervaarden enkele valkuilen. Zo waren we afhankelijk van de directies om bewoners aan te duiden voor het interview. We konden niet vermijden dat de directie misschien een selectie maakte en dus bewoners aanduidde die meer positief staan ten opzichte van de werking van het woonzorgcentrum. Bovendien zijn het niet de bewoners die het meest kwetsbaar zijn.

3 Resultaten focusgroepen met ouderen die al hebben nagedacht over een verhuis

Tijdens de focusgroepen met potentiële bewoners zijn drie thema's besproken: de verwachtingen die de ouderen hebben van een woonzorgcentrum, wat de redenen zijn om wel of niet te verhuizen naar een woonzorgcentrum en de visie op het personeel. We bespreken de resultaten per thema.

3.1 Verwachtingen

Tijdens beide focusgroepen haalden de deelnemers aan dat ze verwachten dat er rekening wordt gehouden met hun *individuele noden en wensen*. Het belang van een goed intake-gesprek werd door acht deelnemers aangehaald. Bij een verhuis willen ze dat er geluisterd wordt naar de wensen van de bewoner en die van de familie. Op basis van dit intake-gesprek zou dan een individueel zorgplan opgesteld moeten worden, waarbij er geluisterd wordt naar de wensen van de bewoner.

“Dat is één, dat ik hoop dat men een gesprek heeft met mij, wat dat mijn verwachtingen zijn, mijn prioriteiten. En dat kan, ik kan dat een stuk vanuit mijn familiale omstandigheden meerdere voorbeelden geven. Maar wat zijn mijn verwachtingen, wat zijn mijn prioriteiten.”

Zij haalden ook aan dat ze willen leven zoals zij dat willen. Dat gaat om praktische zaken, zoals het uur waarop men wil opstaan, de keuze van eten en de keuze van activiteiten. Tevens vinden ze het belangrijk om eigen beslissingen te mogen nemen en hierin ondersteund te worden. Eén deelnemer stelde dat het personeel van woonzorgcentra meer zou kunnen focussen op wat de bewoner heeft gedaan in het leven, het beroep of hobby's, om dit dan te integreren in dagelijkse activiteiten.

In beide focusgroepen werd het grootschalige karakter van vele woonzorgcentra gezien als een groot minpunt. Tijdens de tweede focusgroep was elke deelnemer van mening dat kleinschalige woon-eenheden beter zijn voor bewoners. In de andere focusgroep gaf één persoon dit aan. Verder deden ze voorstellen om een kleinschalig karakter te bekomen. Twee deelnemers stelden voor om een voorbeeld te nemen aan bestaande projecten, waarbij een huis wordt ingericht als een leefgemeenschap voor enkele bewoners. Twee andere deelnemers meenden dat kleinschaligheid ook bereikt zou kunnen worden door de huidige, grote woonzorgcentra op te delen in kleinere woonvormen.

“Daarbij wil ik dan eigenlijk ook ergens iets kleinschalig, 10-15 bewoners. Niet een grote mastodont dat dan in leefgroepen verdeeld is. Neen. Zo leef ik thuis niet, en zo leven de mensen niet.”

Drie deelnemers zagen een verhuis naar een woonzorgcentrum als een laatste stap in het leven. Het wordt ook een eindpunt genoemd, een plaats waar men overlijdt. Het woonzorgcentrum is de laatste optie, wanneer het niet meer mogelijk is om verantwoord thuis te blijven. Dit sluit aan bij de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven, die we verder bespreken.

“Als ik het woon-en zorgcentrum hoor, eigenlijk ik spreek ook van ondervinding, is dat voor mij eigenlijk een beetje een eind. Een eind. Dus een af van een leven.”

3.2 Redenen om (niet) te verhuizen naar een woonzorgcentrum

In beide focusgroepen werd aangehaald dat er vaak enkel nog zwaar zorgbehoevende personen in de woonzorgcentra wonen, door alle deelnemers in de eerste focusgroep en door twee deelnemers in de tweede focusgroep. Zij menen dat de oorzaak hiervoor de financieringswijze is. Eén deelnemer gaf aan dat woonzorgcentra meer geld krijgen voor een zwaar zorgbehoevende bewoner. Er was in die focusgroep consensus dat dit een slechte zaak is voor het leven in woonzorgcentra. Zoals een deelnemer het omschreef, maakt dat dat er minder sociaal leven is in de woonzorgcentra in vergelijking met vroeger, toen er nog vaker minder zwaar zorgbehoevende personen werden opgenomen.

“En dat zijn de O's en de A's die vroeger wel vlot werden opgenomen. Dat was een normale zaak. Die waren ook van een gans andere insteek in de woonzorgcentra, de rusthuizen en RVT's. Rusthuizen eerder. Als ze O of A waren. Maar ja, die brachten ook nog leven in het rusthuis.”

Twee deelnemers haalden ook eenzaamheid aan als motief om te verhuizen naar een woonzorgcentrum. Ze vertelden uit eigen ervaring dat de bewoners van woonzorgcentra vaak ook daar zijn omdat ze ervoor eenzaam waren.

“Dus ik ervaar nu ook bij collega's en vrienden die ook zeggen, ja mijn vader of mijn moeder die zou eigenlijk wel willen gaan, want ze zit te veel alleen. De dagen duren zo lang, dat ze een beetje depri worden ook hè.”

Drie deelnemers noemden dit breder de sociaal-psychologische noden die voortvloeien uit het ouder worden. Eén deelnemer gaf aan dat dit aspect onderbelicht is en dat men over het hoofd ziet dat dit ook een belangrijke reden is om te verhuizen, alvorens het echt niet meer kan om alleen thuis te wonen.

“Dat ze terug een beetje compagnie hebben, terug een babbelke kunnen doen. Want er zijn wel echt mensen die helemaal alleen precies op de wereld zijn. En als ze dan terug in een structuur terecht komen, op uur en tijd hun pilletje krijgen, dat ze dan terug een beetje herleven. Dat vind ik nog een reden om te verhuizen.”

Over het algemeen werd aangegeven dat alle deelnemers een verhuis naar een woonzorgcentrum zo lang mogelijk willen uitstellen. Ze zijn hiervoor ook bereid om eerst verschillende andere mogelijkheden uit te putten, zoals thuiszorg en mantelzorg. Eén deelnemer was zelfs een zorgwoning in de tuin aan het bouwen voor later. Er werden weinig redenen aangehaald om wel te verhuizen naar een woonzorgcentrum, waarbij bijna elke mening wordt voorafgegaan door: *“Liever niet, maar als het echt moet, dan...”*. Dit contrasteert eigenlijk met het feit dat de deelnemers meer diversiteit in de zwaarte van de zorgnood willen.

Dat comfort thuis niet meer mogelijk is, is de meest aangehaalde reden om te verhuizen. Vier deelnemers omschrijven dit als thuiszorg die niet meer voldoende is en dat alle andere middelen zijn uitgeput. Eén deelnemer noemde de verhuizing naar een woonzorgcentrum een verplichting.

“Alle limieten zijn dan bereikt van de mantelzorger, maar ook van de thuiszorg die niet meer kan voldoen aan alle zorgnoden.”

De belasting voor familie als reden om te verhuizen naar een woonzorgcentrum sluit hierbij aan. Zes deelnemers vermeldden dit specifiek. Ze willen hun familieleden niet belasten met de zorg. Soms komt dit ook uit eigen ervaring, waarbij ze zelf hebben gezorgd voor een familielid.

“Dus zo lang mogelijk niet. Tenzij het niet anders kan, want ik wil ook mijn kinderen niet belasten met de zorg, zeker lichamelijke zorg of mocht ik dement worden. Ja, da’s dan een heel spijtige zaak, maar ik hoop zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen.”

Als tussenstap, tussen voor zichzelf kunnen zorgen en de verhuis naar een woonzorgcentrum, vinden vier deelnemers dat thuiszorg optimaal benut moet worden. Dit sluit aan bij het zo lang mogelijk uitstellen van een verhuis, wat hierboven al werd aangehaald. Tijdens beide focusgroepen was er eensgezindheid over het feit dat thuiszorg beter uitgewerkt moet worden. De optie van assistentiewoningen werd aangehaald en ook het aanpassen van het eigen huis als zorgwoning.

“Maar ik vind het belangrijk dat er dus bijkomend geïnvesteerd wordt om mensen zo lang mogelijk verantwoord thuis te laten houden.”

Het verlies van autonomie als reden om niet te verhuizen naar een woonzorgcentrum sluit aan bij de persoonsgerichte zorg die ze verwachten in een woonzorgcentrum. Twee deelnemers waren van mening dat deze focus op individuele noden te wensen over laat in de zorg van de woonzorgcentra. Zij hebben schrik voor het verliezen van autonomie.

“Ja, ik denk dat we het al beantwoord hebben hè, autonomie verliezen. Dat zou voor mij het ergste zijn dat ik zou kunnen meemaken. Dat ik niet meer als volwaardig iemand in die maatschappij kan deelnemen.”

3.3 Personeel

De belangrijkste opmerking over de personeelsbezetting gaat over een verhoging van het aantal personeelsleden. Er was consensus dat de aantallen veel te laag liggen, waardoor er geen aandacht is voor de bewoner als individu en de zorg te wensen over laat.

“En nu wordt ze zo’n beetje vergeten precies, en zit ze daar in haar eigen kamertje. En is er niet genoeg personeel om haar eten te geven. Allé, het draait helemaal.”

Meerdere deelnemers gaven aan dat vrijwilligers een belangrijke rol kunnen opnemen om druk op werknemers weg te nemen. Er werd echter wel gewezen op het belang van goede opleidingen voor vrijwilligers.

“En ja dan moet personeel, maar dat kan ook een vrijwilliger doen. Want vrijwilligers, ik draag ze hoog in het vaandel. Ze doen veel goed werk, maar ’t is niet altijd dat. Het kan soms goed bedoeld zijn, maar het is niet altijd hetgeen dat het zou moeten zijn, denk ik. Vrijwilligers kunnen ook toch wel de foute kant uitgaan soms.”

In beide focusgroepen werd aangehaald dat er diversiteit in de personeelsprofielen nodig is. Mensen met andere profielen dan verpleegkundige of zorgkundige kunnen een deel taken overnemen. Op die manier kunnen verpleegkundigen en zorgkundigen zich ook meer richten op de belangrijke zorgtaken.

“En daarvoor, denk ik, om eigenlijk het leven mogelijk te maken, dat er een diversiteit aan personeel moet zijn. Nu wordt dat enorm gemedicaliseerd. Men heeft vroeger de woonzorgcentra eigenlijk gebaseerd op de ziekenhuizen. Oud worden is sukkelachtig worden, ziek worden en doodgaan. Vandaar dat er een bataljon medici moet zijn, medici en paramedici. Maar ik denk dat om te kunnen te leven in een woonzorgcentrum, hoe klein dat het ook is, dat daar dus ook andere mensen nodig zijn.”

“Maar in ieder geval, euhm, niet alleen zorgkundigen, verpleegkundigen, maar ook een administratieve kracht. Want wat moet ge allemaal niet verzetten van administratie.”

Tijdens één focusgroep is gezegd dat personeelsaantallen moeten bepaald worden op basis van wie er woont in het woonzorgcentrum. Dit kan verschillen tussen woonzorgcentra. Eén deelnemer benadrukte dat er momenteel geen overzicht is van wie er woont in de woonzorgcentra. Andere deelnemers stemden daar mee in.

“En vandaar, als we moeten gaan bepalen welke personeelsbezetting we moeten hebben, denk ik dat we eerst moeten komen tot een eigenlijk profiel van welke mensen kunnen/mogen hier op termijn nog wel in dat woonzorgcentrum komen. Want ik denk dat dat zeer nauw met elkaar verbonden is.”

“Ik ben volledig, volledig akkoord. Met moet durven praten over differentiatie van functies van medewerkers op basis van zorgnoden, zorgbehoeften. Een stuk vanuit het individueel zorgplan en een voortschrijdend proces een stuk in kaart brengen.”

Een onderwerp dat ook aanleunt bij het te lage aantal werknemers in woonzorgcentra, is het gebrek aan informele aandacht voor de bewoners. Doordat de werkdruk te hoog ligt voor de werknemers, hebben ze vaak te weinig aandacht voor informele gesprekken met de bewoners.

*“En eigenlijk is het toch wel triest en erg vind ik, te moeten vaststellen dat juist datgene wat *deelnemer x* en *deelnemer y* aanhalen, dat contact met de mensen, dat babbelke, ik dacht*

dat dat toch de basis is van alles. En we moeten vaststellen dat dat er vandaag niet is, euh, coronatijden eufkes buiten beschouwing gelaten, dat waren nu zeer uitzonderlijke omstandigheden, maar ook in normale niet corona tijd, denk ik daar vandaag het schoentje knelt.”

Eén deelnemer haalde het voorbeeld van aandachtspersonen aan, een concept dat gebruikt werd in het woonzorgcentrum waar hij vroeger werkte. Elke werknemer kreeg een bewoner toegewezen om extra aandacht aan te geven.

Sommige deelnemers wezen op een gebrek aan respect voor de privacy. Kamers die zomaar worden betreden, zonder te kloppen en te wachten op een antwoord.

“Ik heb nog wel een voorbeeld dat ik ook heel belangrijk vind. De privacy. De privacy van de bewoner is zo belangrijk. Dat dat eigenlijk altijd vergeten wordt. Men valt binnen wanneer men wil. Men, man vraagt niks. Er worden dingen opgelegd naar ouderen toe. Dat vind ik eigenlijk heel belangrijk binnen het opleidingspakket voor verpleegkundigen of voor zorgkundigen, logistieken. Dat dat toch wel heel belangrijk is.”

Zoals hierboven ook al vermeld, voelden de deelnemers aan dat er voor zorgverleners weinig tijd is voor informele zaken, doordat de werkdruk zeer hoog ligt.

“Daar voelt ge heel hard dat er mensen zijn met talent, en het financieel gewoon als job doen, heb ik de indruk. Het is heel hard werken in alle geval.”

Het profiel van de zorgverlener wordt omschreven als iemand met een roeping voor het vak, die een passie heeft voor ouderenzorg.

“In een woonzorgcentrum, denk ik dat er toch veel mensen zijn die met een hart voor ouderen er werken hoor. Die dus eigenlijk echt zeggen, ik wil daar gaan werken, niet alleen: ik heb geen werk op een andere plaats. Maar wel eigenlijk in een woonzorgcentrum, en die ook een voeling hebben met die mensen. Ook met ouderdom.”

Sommige deelnemers wezen op een gebrek aan bepaalde competenties bij het personeel. De coronacrisis werd aangehaald als voorbeeld, waarbij duidelijk werd dat sommige competenties niet genoeg aanwezig waren.

“En dat de opleidingen misschien daar ook andere eindtermen rond moeten hebben. Ik denk misschien aan de, zeg het eens, de zorgkundigen die nu plots ineens van alles moeten gaan leren om, hoe maakt ge het veilig, hoe doet ge dat in die coronatijd. Nu, dat moesten ze eigenlijk al kennen. Een zorgkundige is iemand die handen aan het bed heeft, dus die moet toch een aantal zaken kunnen. En dat zou niet meer moeten aangeleerd worden.”

4 Resultaten uit de interviews met bewoners

De thema's die aan bod kwamen tijdens de interviews met mensen die momenteel in een woonzorgcentrum wonen, betreffen hun verwachtingen, hun relatie met het personeel, het wachten op zorg en de personeelsbezetting.

4.1 Verwachtingen

Sommige bewoners zijn zonder verwachtingen naar het woonzorgcentrum verhuisd. Vier personen gaven aan dat ze geen goed beeld hadden van een woonzorgcentrum omdat ze dachten dat ze nooit naar een woonzorgcentrum zouden verhuizen.

“We dachten dat we nooit naar een rusthuis zouden gaan. Ik had geen verwachtingen want was er niet op voorbereid. Niet veel mee bezig geweest.”

Er zijn ook bewoners die wel duidelijke verwachtingen hadden over een woonzorgcentrum, omdat ze er al over hadden gehoord via andere personen of omdat ze een familielid of kennis hadden in het woonzorgcentrum. Twee bewoners hadden slechte verwachtingen omdat ze negatieve zaken hadden gehoord. Twee andere bewoners hadden goede verwachtingen. Dieper ingaan op wat deze verwachtingen dan waren, blijkt moeilijk te zijn. Ze herinneren het zich niet goed meer of kunnen ze zich moeilijk verplaatsen naar de tijd voor het woonzorgcentrum.

“Ik had slechte verwachtingen over een woonzorgcentrum. Van horen vertellen. Ik had van iemand gehoord die vaak in een rusthuis kwam, niet hier, die zei “oei oei, het is te hopen dat je niet naar een rusthuis moet, want dat deugt niet”.”

“Ik wist wat de verwachtingen waren omdat mijn zus 3 jaar hier was geweest. Ik was alle weken bij haar.”

4.2 Relatie met personeel

Met uitzondering van één bewoner gaven alle bewoners aan dat ze een goede relatie hebben met het personeel. Enkel vertelden dat ze met sommige personeelsleden een betere band hebben dan met anderen, maar dat er altijd wel enkele personeelsleden zijn met wie ze een goede relatie hebben. Bij doorvragen valt op dat de relaties die de bewoners beschrijven vaak eerder oppervlakkig van aard zijn. Zo geven sommige bewoners aan dat vriendelijk dag zeggen belangrijk is voor een goede relatie met het personeelslid. Eén bewoner beschreef de goede relatie met het personeel als geen ruzie hebben met iemand.

“Goed, veel zien mij graag. Ze zijn vriendelijk, en ik ben vriendelijk terug.”

“Met een paar personeelsleden heb ik een goede band, die er even lang zijn als ik. Die ken ik dan beter. Maar eigenlijk heb ik niet veel contact. We zeggen niets speciaal tegen elkaar, het zijn geen echte vriendschappen.”

“Goed. Het is in orde voor mij als ze een goed, lief woordje zeggen. Als iemand binnenkomt en weer weggaat zonder het minste contact, dat vind ik niet goed.”

Op de vraag of personeelsleden tijd hebben voor een praatje, gaven vijf bewoners aan dat het personeel hier geen tijd voor heeft. Twee bewoners vertelden dat ze met het personeel kunnen praten wanneer ze onrustig zijn of met een probleem zitten.

“Als je problemen hebt of je bent onrustig, je kan dat zeggen.”

Twee bewoners durven het personeel niet aan te spreken. Dit vloeit voort uit het druk bezig zijn van het personeel, maar in één geval ook uit schrik voor negatieve gevolgen van zichzelf uit te spreken. De andere bewoners durven altijd het personeel aan te spreken, sommigen kaderen dit in mondigen.

“Ja, dan denk ik dat ze misschien nog slechter gezind op mij zijn.”

4.2.1 Wachten op zorg

Zes bewoners hebben al eens moeten wachten op zorg. Dit gaat dan over op de bel drukken of om hulp roepen en het gevoel hebben dat ze lang moeten wachten. Voor twee bewoners uit zich dit in verontrustende situaties, wanneer ze hulp nodig hebben om naar het toilet te gaan. Andere deelnemers zeiden dat ze niet moeten wachten op zorg. In sommige gevallen wordt er dan bij verteld dat ze zelf nog naar het toilet kunnen gaan of zich kunnen wassen. Maar sommigen gaven ook aan dat ze wel hulpbehoevend zijn en niet moeten wachten op zorg.

“Dat is nu op 2 weken 2 keer geweest. Daarvoor viel dat ook voor, maar dan trok ik me het niet hard aan. De laatste tijd word ik er boos van. Ik ben hier al 3,5 jaar, en ik wil niet klagen, maar ja... Beneden kan je ook niet bellen, en dan moet ik roepen. Maar ik hou mijn pipi in tot ik pijn heb in mijn buik.”

4.2.2 Personeelsbezetting

Zeven bewoners vonden dat het personeel het druk heeft. Twee bewoners omschreven het als ‘zich opgejaagd voelen’. Zij zeggen dat ze het voelen aan de zorghandelingen die soms snel afgewerkt moeten worden.

“Tijdens het eten is het opgejaagd: mensen in rolstoelen zetten en gaan halen. Ik kan zelf met een rollator gaan. Ze staan te kijken tot wanneer we gedaan hebben.”

De bewoners vinden dat er meer personeel aanwezig zou moeten zijn op de piekmomenten. Welke die piekmomenten zijn, verschilt. Voor drie bewoners is er in de ochtend niet genoeg personeel. Dit resulteert dan in niet kunnen opstaan op het gewenste uur. Vijf bewoners geven de middag aan als een piekmoment. Ze hebben het gevoel dat het snel moet gaan tijdens de eetmomenten. Eén bewoners omschreef het als het gevoel dat er op de vingers wordt gekeken tijdens het eten. Drie bewoners zeiden dat er te weinig personeel is tijdens de avondmomenten. Eén persoon zou graag later eten, maar denkt dat dit niet kan wegens personeelstekort. Ook het weekend is volgens twee bewoners een moment waarop er te weinig personeel is.

“’s Morgens meer personeel. We zijn met 100 bewoners. Heel veel zijn dement en dat loopt niet van een leien dakje. Allemaal opgejaagd.”

“In het weekend mocht er wel meer volk zijn. Voor mij niet want ik kan mij behelpen, maar voor anderen wel.”

Twee bewoners gaven aan dat ze niet vinden dat er te weinig personeel aanwezig is en dat ze tevreden zijn.

Het is voor de bewoners moeilijk te omschrijven welke personeelsgroep ze graag extra zouden zien. Ze kunnen niet goed onderscheiden wie wat doet. Als er dan gevraagd wordt wat ze graag zouden hebben dat die extra persoon doet, gaat het vaak over logistieke taken en kleine zorgtaken. Ook gaat het dan bijvoorbeeld over extra hulp tijdens het middageten.

“Het is echt de mensen die ons moeten helpen, het wonen, bij de dagdagelijkse activiteiten, dat is een tekort.”

5 Resultaten interviews met familieleden

Ook bij de familieleden peilden we naar verwachtingen, relatie met het personeel, het wachten op zorg en de personeelsbezetting. Ook het thema inspraak kwam ter sprake.

5.1 Verwachtingen

Wanneer we vragen naar algemene ervaringen met het woonzorgcentrum, antwoordden drie familieleden meteen met het gevoel van een gebrek aan personeel. Andere familieleden gaven ook moeilijkheden aan, die dan vooral gaan over persoonlijke moeilijkheden van de bewoner met het zich aanpassen aan het leven in het woonzorgcentrum.

“Ze doen hun best, maar ja, omwille van het tekort aan personeel kunnen ze denk ik niet doen wat ze willen doen.”

Het valt op dat familieleden zeer uiteenlopende verwachtingen hebben over het leven in het woonzorgcentrum. De meeste personen hebben redelijk duidelijke verwachtingen, die gaan van goede zorg, de hulp krijgen die men vraagt, tot een algemeen gevoel van een goed verloop wegens eerdere ervaring met het woonzorgcentrum. Eén persoon gaf aan dat hij of zij geen verwachtingen had van een woonzorgcentrum en dat hij of zij er zich geen beeld bij kon vormen. Verder vertelden twee familieleden aan dat ze slechte verwachtingen hadden over het woonzorgcentrum, mede doordat ze gehoord hadden over slechte ervaringen.

“Vooral dat ze de hulp zouden krijgen die ze vragen. Dat ze niet lang moeten wachten en gehoord worden.”

“Ik had er een beeld bij. Ik heb er nooit echt bij stilgestaan, maar ik ben wel een aantal keren bij mijn grootvader op bezoek geweest die een tijd in een woonzorgcentra verbleven heeft. En ik had daar een heel slecht beeld bij.”

5.2 Relatie met personeel

Ook door familieleden wordt de relatie met het personeel als goed, maar oppervlakkig omschreven. De interacties met de personeelsleden zijn vluchtig omdat personeelsleden vaak weinig tijd hebben. De reden waarom familieleden de relatie als goed omschrijven, is vaak wegens het informele contact, een vriendelijk woordje en een informeel gesprek. Eén familielid vertelde een goede band met de personeelsleden te creëren uit schrik voor een andere behandeling van het familielid. Deze persoon had graag een klacht neergelegd, maar durfde dit niet.

“Ze zijn vriendelijk en meegaand. Maar door te weinig tijd kunnen ze niet eens binnen gaan en vragen hoe het is.”

“Als ik daar ben en het personeel komt binnen, dan babbel ik wel vlug. Je ziet ook dat die mensen niet veel tijd hebben.”

“Mijn relatie met het personeel is goed omdat ik met die mensen kan zeggen waar het op staat. Ik kan er een grapje mee maken.”

5.3 Inspraak

Alle familieleden gaven aan dat informatie over hun familielid in het woonzorgcentrum goed wordt doorgegeven.

“Ja, als er iets is met mijn moeder, dan praten ze daarover. Ze luisteren wel een keer.”

“Ja, als er iets bellen ze mij of zeggen ze het tegen mij, bij een probleem over gezondheid.”

“Ja, langs de andere kant, als er specifieke dingen zijn wordt dat wel gezegd. Maar dat zijn dan echt ingrijpende dingen.”

Twee familieleden hadden het gevoel dat klachten niet worden gehoord.

“Ik en andere familieleden willen soms iets gaan zeggen tegen de directeur, er wordt niet genoeg gepeetst, maar dan zegt hij tegen ons dat hij geen tijd heeft. We hebben dan een mail gestuurd en hebben geen reactie gehad. Dat vinden wij spijtig. We kunnen geen mening geven of een klacht neerleggen.”

Twee andere familieleden vertelden dan weer over de gebruikersraad waarin ze aanwezig zijn, die ervoor zorgt dat ze inspraak hebben in de werking van het woonzorgcentrum.

“Want ik zit eigenlijk ook in de bewonersraad. Wij vergaderen om de 2 maanden. Dus op een vrijdagmiddag, dan wordt er gevraagd naar de zorg, maaltijden, animatie.”

5.4 Wachten op zorg

Het is voor familieleden moeilijk om een zicht te krijgen op de dagdagelijkse gebeurtenissen in het woonzorgcentrum. Sommige familieleden hebben geen vertrouwen in wat hun familielid hen meedeelt, anderen krijgen weinig informatie van hun familielid. Twee familieleden zegden dat hun naaste moet wachten op zorg, 's ochtends en wanneer ze naar het toilet moeten.

“Ze klaagt regelmatig over van alles, maar een aantal dingen die ik nagevraagd hebben bij de mensen die daar werken, maken mij duidelijk dat het probleem bij mijn moeder zit en niet bij de zorg. Ik denk niet dat ze moeten wachten op zorg.”

“Vooral 's ochtends. Het wassen en de windels rond haar benen doen. Soms zegt ze tegen mij dat ze haar vergeten zijn 's ochtends.”

“Ze voelen dat ze moeten gaan plassen, maar dan kunnen ze moeilijk vlug komen. De bewoners kunnen het moeilijk ophouden. Naar de wc gaan, dat kan je niet bevelen om hoe laat je dat gaat doen. En dan gebeurt het dat ik vind dat ze lang wachten.”

5.5 Personeelsbezetting

Op één persoon na, vonden de familieleden dat er te weinig personeel is in het woonzorgcentrum. Familieleden zijn hier zeer bezorgd over, maar geven ook aan dat zij niet inzien hoe het opgelost kan worden. Op de vraag wie er extra bij zou kunnen komen, antwoordden bijna alle familieleden dat er van elke personeelsgroep meer zou moeten zijn. Ook is het voor familieleden moeilijk om in te schatten welk personeelslid welke taken uitvoert. Uit de antwoorden de vraag voor welke taken er meer personeelsleden nodig zijn, leiden we af dat dit niet voor de verpleegkundige taken is. Vooral personeel

voor verzorgende taken, het wassen, opstaan, gaan slapen, zijn extra nodig. Eén familielid zei dat er genoeg personeelsleden zijn en merkt geen problemen met de personeelsbezetting.

“Ik vind niet direct dat er iets te weinig is. Ik denk dat er voldoende zijn. Maar er zijn wel een aantal jonge verzorgenden afgehaakt, dat die een andere job hebben gezocht.”

“De verpleegkundigen en de zorgkundigen zijn extra nodig. De kuisploeg is zeker ook te weinig in het woonzorgcentra. Verpleegkundigen zijn degene die de windels van mijn moeder rond haar benen doen. Maar anders, voor de rest, mijn moeder heeft geen spuiten nodig. Dus over de andere mensen die spuiten of behandelingen nodig hebben, daar weet ik niets van.”

Enkele familieleden vermeldden dat ze soms kleine zorgtaken overnemen voor hun familie. Dit gaat dan over haren kammen of het toilet gebruiken.

“Tenzij mijn moeder eens naar een toilet gaat, dat ik dan meega en haar poep opfris. Maar wel andere werken, bijvoorbeeld het toeschuiven van de gordijnen.”

“Ja, ik neem zorgtaken over. Ik doe dat wel graag, ik maak daar geen probleem rond. Maar ik stel me dan in de plaats van mensen die niet iemand hebben zoals ik, hoe verloopt dat dan bij die mensen? Ik denk dat dat ook een keer misloopt. Maar daar heb ik geen zicht over en daar ga ik geen uitspraak over doen.”

Familieleden gaven aan dat door het personeelstekort een persoonlijke aanpak van de bewoners vaak niet mogelijk is. Enkelen onder hen wezen erop dat er een hoog verloop is van personeelsleden of dat personeelsleden van andere afdelingen moeten bijspringen. Dit zorgt ervoor dat deze personeelsleden de specifieke noden en wensen van de bewoner niet kennen.

“Ze gaan een beetje van de ene kring naar de andere kring. Ze kennen niet echt de bewoners, ze zijn ook met minder. Doordat ze de mensen niet kennen. Sommige liggen op een bepaalde manier om te slapen, dat gebeurt dan niet.”

“Maar als ik daar ben, ze zijn vriendelijk hè, maar ik weet ook niet of ze eigenlijk altijd met de oudere mensen bezig zijn. Ze hebben hun werk maar ik vind dat nu het contact met de ouderen niet goed is.”

Net zoals de bewoners zegden de familieleden dat er piekmomenten zijn waarop er te weinig personeel aanwezig is. Drie personen gaven aan dat 's ochtends, het opstaan en het wassen, een druk moment is voor de personeelsleden. Hierdoor staan sommige bewoners soms later op dan gewenst. Ook 's avonds is er volgens één persoon te weinig personeel. Verder meenden familieleden dat ze dit moeilijk kunnen inschatten, aangezien ze zelf niet de hele dag aanwezig zijn.

“In het weekend zijn ze ook met minder hè. 's Avonds ben ik er niet, maar hoor ik ook wel dat mijn moeder pas laat in haar bed zat. Dat zal vooral in het weekend zijn.”

“Ik ben daar ook niet van 's morgens tot 's avonds. Ik denk rond de middag. Ik begrijp de shiften niet. Soms is er maar 1 persoon op de afdeling, die een kringbegeleidster is. Er is ook een periode waarop er dan geen echt verplegend personeel op de afdeling is. Vanaf 17u zijn ze met 2 of met 3.”

6 Besluit

Er is verrassend weinig literatuur over de verwachtingen van bewoners en families naar het personeel en de personeelsbezetting toe in een woonzorgcentrum. Toch zien we zowel in die literatuur als in de resultaten uit de focusgroepen met potentiële bewoners, bewoners en families dezelfde thema's terugkomen: men wil graag een meer persoonsgerichte benadering, met passende activiteiten en tijd voor een babbel, door goed opgeleid en voldoende personeel. En tegelijk stellen ze vast dat er te weinig personeel is, dat ze niet voldoende tijd hebben en dat er meer differentiatie in functies en taken zou moeten zijn, zodat ook het woon- en leefaspect meer aan bod kan komen.

Potentiële bewoners linken het tekort aan personeel en het tekort aan tijd voor meer psychosociale zorg aan de financieringswijze: voor zwaardere fysieke zorg krijgt het woonzorgcentrum meer middelen en dat leidt tot minder sociaal leven in het woonzorgcentrum. Er is immers geen mix meer van verschillende profielen van bewoners, waaronder mensen die vooral een eenzaamheidsproblematiek of andere psychosociale problemen hebben.

Hoofdstuk 8

Literatuurstudie naar de competenties die nodig zijn in een woonzorgcentrum

In de voorgaande hoofdstukken vinden we vragen naar meer flexibilisering van de normen bij de directies en opmerkingen over de nodige competenties van personeel bij bewoners en families. Maar welke competenties zijn er dan precies nodig in een woonzorgcentrum? In eerste instantie gingen we na of er nationaal en internationaal competentieprofielen zijn voor woonzorgcentra en vervolgens zochten we via een scoping review in de internationale literatuur naar welke competenties precies nodig zijn in die woonzorgcentra.

1 Competentieprofielen in binnen- en buitenland

Er zijn competentieprofielen voor verschillende functies en beroepsgroepen die in een woonzorgcentrum werken. Ze zijn echter steeds generiek en niet specifiek voor het woonzorgcentrum. We beperken ons daarom tot de twee beroepsgroepen die het grootste aandeel uitmaken van het personeel van woonzorgcentra: de verpleegkundigen en de zorgkundigen.

Op Belgisch niveau zijn er door de Nationale Raad voor Verpleegkunde in 2012 beroeps- en competentieprofielen opgesteld voor verpleegkundigen en zorgkundigen die werken in de algemene zorg. Dit gaat over verpleegkundigen en zorgkundigen in alle types van zorgsettings, zoals ziekenhuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met een handicap. Specifieke competentieprofielen voor verpleegkundigen en zorgkundigen die werken in de residentiële ouderenzorg zijn er niet.

1.1 Het Belgische competentieprofiel voor de verpleegkundige

Het profiel voor verpleegkundigen beschrijft twaalf competenties, waaraan telkens ook gedrags-indicatoren zijn verbonden (zie tabel 16). Deze zijn geselecteerd en beschreven op basis van een literatuurstudie en een Delphi-onderzoek (Alvarez-Irusta et al., 2013). De auteurs vertrekken vanuit een holistische benadering en vanuit de idee dat competenties het volgende omvatten: de kennis, de bekwaamheid, de vaardigheden en de houding waarvan de persoon blijk geeft om de taken correct en naar behoren uit te voeren (O'Shea, 2002). Competent zijn betekent zich kunnen aanpassen, onder meer aan de situatie en de zorgcontext van de patiënt, net als het kunnen hulpmiddelen inschakelen, de situatie kritisch bekijken, oordeelkundig beslissingen nemen en op het juiste moment adequaat op kunnen treden.

Tabel 16 Competenties en gedragsindicatoren voor verpleegkundigen (Alvarez-Irusta et al., 2013)

Competentie	Gedragsindicatoren
<p>PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID</p> <p>Definitie: neemt professionele verantwoordelijkheid voor eigen klinisch oordeel, voor zijn handelingen, voor het resultaat van zijn zorgverlening en het bestendigen van zijn competentie in ontwikkeling conform aan zijn praktijkdomein, zijn verantwoordelijkheden, volgens de geldende wet- & regelgeving.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Is zich bewust van de grenzen van zijn praktijkdomein en zijn eigen competentie. • Vraagt raad aan competente personen wanneer hij geconfronteerd wordt met situaties die zijn eigen kennis, competentie of praktijkervaring overschrijden. • Heeft begrip voor en respecteert de verschillende niveaus van verantwoordelijkheden, eigen aan elke categorie van het verzorgend personeel. • Neemt deel aan initiatieven ter verbetering van de toegang tot dienstverlening, nodig voor een effectieve zorgverlening
<p>DEONTOLOGISCHE PRAKTIJK</p> <p>Definitie: werkt conform de Belgische deontologische code en de gedragscode van zijn werkgever.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respecteert de rechten van de cliënt ter bescherming van zijn privésfeer en waardigheid. • Waakt over de vertrouwelijkheid en de veiligheid van de geschreven, mondelinge en elektronische informatiedata verkregen in de professionele context. • Respecteert de rechten van de patiënt/cliënt/zorgvrager informatie, keuze en zelfbeschikking bij verpleegkundige zorg en gezondheidszorg. • Verleent verpleegkundige zorg binnen de grenzen van de burgerlijke en professionele wetten en reglementen. • Neemt beslissingen conform de deontologie betreffende zijn eigen professionele verantwoordelijkheden of in geval van ethische problemen met betrekking tot het verpleegkundig team in het algemeen.
<p>ZORGVERLENING</p> <p>Definitie: verleent pertinente zorg, effectief, aangepast aan de toestand en de voorkeuren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Baseert zijn beslissingen en zijn professionele praktijk op recente kennis uit veelvoudige bronnen alsook op de beste evidentie. • Past zijn capaciteiten van kritisch denken toe en hanteert een

<p>van de patiënten/cliënten/zorgvragers met integratie van evidentie.</p>	<p>systematische aanpak voor de oplossing van problemen en het nemen van verpleegkundige beslissingen in een ruime reeks van professionele contexten en bij de uitvoering van zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Past procedures, behandelingen en interventies binnen zijn praktijkdomeinen toe, conform de zorgverleningsnormen en goede praktijkvoering. • Rapporteert zijn interventies alsook de reacties van de patiënten/cliënten/zorgvragers op een precieze manier en binnen de gewenste termijn. • Reageert op een adequate manier ten opzichte van onverwachte of snel evoluerende situaties. • Reageert snel en op een adequate manier bij nood- of rampsituaties, met name door, indien nodig, levensreddende procedures alsook andere spoedmaatregelen te initiëren. • Stelt de praktijken en de gedragingen binnen de zorgverlening die gevaarlijk zijn voor de veiligheid, de privacy of de waardigheid van de patiënt/cliënt/zorgvrager in vraag.
<p>EVALUATIE & KLINISCH OORDEEL/ASSESSMENT</p> <p>Definitie: doorloopt het hele proces om tot een evaluatie en een klinisch oordeel/assessment te komen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verzamelt objectieve, subjectieve, nauwkeurige en relevante gegevens via verpleegkunde en systematische gezondheidsevaluaties. • Organiseert, analyseert, synthetiseert en interpreteert gegevens uit meerdere bronnen om een verpleegkundige diagnose te kunnen afleiden en een zorgplan op te stellen. • Deelt en rapporteert zijn observaties nauwkeurig en opportuun en dit in overeenstemming met de professionele normen en het organisatorische beleid.
<p>INFORMATIE & EDUCATIE VAN DE PATIËNT/CLIËNT/ZORGVRAGER</p> <p>Definitie: geeft gezondheidsvoorlichting & -opvoeding aan de patiënten/cliënten/zorgvragers op zoek naar een verbetering van hun manier van leven, om</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oriënteert en/of geeft GVO aan patiënten/cliënten/zorgvragers bij het nastreven en/of onderhouden van hun capaciteiten om een autonoom leven te leiden. • Grijpt alle mogelijkheden aan om individuen, gezinnen en

<p>gedrag te stellen dat ziekte en ongevallen voorkomt en om om te gaan met een verandering van de gezondheidstoestand en handicap of een overlijden.</p>	<p>gemeenschappen te oriënteren en GVO te geven over de activiteiten ter preventie van ziekte en over een gezonde manier van leven.</p>
<p>ZORGPLAN OPSTELLEN</p> <p>Definitie: formuleert een volledig zorgplan, met vermelding van de zorgresultaten gebaseerd op verpleegkundige diagnostiek en evaluatie, gezondheidsevaluatie, de bijdrage van andere leden van het zorgteam en de normen van de verpleegkundige praktijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maakt gebruik van kritisch denkvermogen en klinisch redeneren bij het planningsproces van de zorgverlening, op basis van zijn kennis van verpleegkundige wetenschappen en van andere disciplines. • Bepaalt de zorgprioriteiten in samenwerking met andere zorgverleners en patiënten/cliënten/zorgvragers. • Betreft in de mate van het mogelijke patiënten/cliënten/zorgvragers bij het plannen van zorg waarbij er rekening mee wordt gehouden dat zij beschikken over correcte en begrijpelijke informatie, hetgeen hen toelaat behandelingen te aanvaarden met kennis van zaken. • Analyseert en herbekijkt het zorgplan op reguliere basis, indien mogelijk, in samenwerking met andere leden van het sociale team/zorgteam en met de patiënten/cliënten/zorgvragers. • Rapporteert op nauwkeurige en regelmatige basis het zorgplan en de daaraan gekoppelde handelingen.
<p>EVALUATIE</p> <p>Definitie: evalueert in overleg met patiënten/cliënten/zorgvragers, gezinnen en/of zorgverleners en andere leden van het zorgteam, de gerealiseerde vooruitgang t.a.v. gewenste zorgresultaten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controleert en rapporteert op nauwkeurige en volledige wijze de gerealiseerde vooruitgang t.a.v. de gewenste zorgresultaten. • Maakt gebruik van de informatie die tijdens de evaluatie werd verkregen om het zorgplan aan te passen.
<p>LEIDERSCHAP & MANAGEMENT</p> <p>Definitie: verlangt en ijvert binnen het kader van zijn competentiedomein voor een gunstige werkomgeving.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Past zijn leiderschap en benadering aan naargelang de omstandigheden. • Benadert conflictsituaties, zonder zelf enig oordeel uit te brengen, met behulp van communicatietechnieken en bestaande systemen om oplossingen te zoeken. • Werkt mee aan het goed functioneren van de equipe door het benadrukken van doelstellingen die een klimaat van

	<p>respect en vertrouwen binnen de equipe bevorderen. Is in staat om zijn leiderschapsstijl aan te passen aan de verwachtingen van de andere teamleden om hen te ondersteunen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiseert zijn werk in functie van prioriteiten. • Doet aan timemanagement. • Werkt mee aan de professionele en educatieve ontwikkeling van studenten en collega's. • Geeft feedback, doet suggesties voor verandering en kan correct omgaan met de impact van verandering op eigen praktijk of organisatie.
<p>INTERPROFESSIELE GEZONDHEIDSZORG</p> <p>Definitie: past zijn interprofessionele basiskennis toe in zijn werkomgeving.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Begrijpt en waardeert de rollen, kennis en vaardigheden van de leden van het zorgteam ten opzichte van de eigen verantwoordelijkheid. • Werkt samen met andere professionele gezondheidswerkers om de toegang voor patiënten/cliënten/zorgvragers tot de verpleegkundige zorg en andere gezondheidsdiensten te bevorderen. • Vertegenwoordigt en ondersteunt de mening van de patiënten/cliënten/zorgvragers en/of zorgverstrekkers bij de besluitvorming van het interprofessioneel team. • Transfereert de patiënten/cliënten/zorgvragers naar de bevoegde diensten en dit zodanig dat de patiënten/cliënten/zorgvragers toegang hebben tot de best mogelijke zorg.
<p>VEILIGE ZORGOMGEVING</p> <p>Definitie: neemt passende maatregelen om een veilige zorgomgeving te kunnen verzekeren en dit conform de nationale wetgeving en de geldende procedures inzake veiligheid en gezondheid op het werk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificeert de bestaande en potentiële veiligheidsrisico's en rapporteert elke bezorgdheid in verband hiermee aan de bevoegde instanties. • Zorgt ervoor dat de therapeutische substanties veilig worden opgeslagen en toegediend. • Verzekert een correcte toediening en opvolging van medicatie, evalueert de bijwerkingen, titreert doseringen in overeenstemming met de voorschriften. • Respecteert de procedures ter preventie van infecties en komt tussen bij

	<p>inbreuken gesteld door andere zorgverleners.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kent zijn verantwoordelijkheden en de procedures te volgen in geval van rampsituaties. • Neemt deel aan verbeteringsprocedures en kwaliteitscontroles.
<p>DELEGEREN & SUPERVISIE</p> <p>Definitie: delegeert en superviseert zorg op een adequate manier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delegeert activiteiten aan derden rekening houdend met hun vaardigheden, niveau van voorbereiding, competentieniveau en wettelijk kader. • Aanvaardt gedelegeerde activiteiten rekening houdend met zijn persoonlijk competentieniveau en wettelijk kader. • Blijft de verantwoordelijkheid nemen bij het delegeren van bepaalde aspecten aan derden. • Begrijpt en waardeert de rollen, kennis en vaardigheden van de leden van het zorgteam ten opzichte van de eigen verantwoordelijkheid.
<p>ONTWIKKELING VAN HET BEROEP</p> <p>Definitie: draagt bij tot de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bevordert de verspreiding, het gebruik, de controle en het herbekijken van normen en richtlijnen van een goede praktijkvoering. • Bevordert en beschermt een positief beeld van het verpleegkundig beroep. • Is een rolmodel voor studenten, leden van het zorgteam en anderen. • Waardeert onderzoek in de verpleegkunde als een bijdrage ter bevordering van de kwaliteitszorg.
<p>LEVENSLANG LEREN</p> <p>Definitie: past levenslang leren toe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neemt verantwoordelijkheid op voor zijn permanente vorming, professionele ontwikkeling en upto-date houden van zijn competenties. • Gebruikt elke gelegenheid om te leren uit contacten met andere zorgverleners in de zorgsector. • Stelt zichzelf regelmatig in vraag inzake zijn praktijk d.m.v. kritische reflectie, zelfevaluatie en evaluatie door collega's.

Deze competenties zijn, zoals eerder gesteld, generiek. De auteurs noemen het een basis-competentieprofiel dat moet evolueren in functie van de zorgsetting, maatschappelijke veranderingen en veranderingen in het beroep.

1.2 Zorgkundige

Ook voor zorgkundigen zijn generieke competentieprofielen opgesteld. De Nationale Raad voor Verpleegkunde keurde in 2012 een profiel met vier groepen van competenties goed (NRV, 2012). De eerste groep van competenties heeft als titel 'communicatie, relatie en informatie' en stelt dat een zorgkundige moet kunnen samenwerken met verpleegkundigen en het multidisciplinair team. Dit houdt in dat een zorgkundige een open dialoog kan voeren, rekening kan houden met feedback en conflicten kan oplossen. Ook moet een zorgkundige een samenwerkingsrelatie kunnen opbouwen met de patiënt en diens familie. Het is belangrijk dat een zorgkundige empathie kan tonen naar de zorgvrager toe, vooral op momenten van lijden en rouw. De zorgkundige kan zich inleven in de situatie van een andere persoon en kan het gedrag van de persoon in een moeilijke situatie interpreteren. Een zorgkundige moet een zorgvrager ook kunnen begeleiden met een holistische visie. Dit betekent dat er rekening wordt gehouden met de achtergrond van de zorgvrager, zoals bijvoorbeeld culturele en spirituele aspecten en dat de zorgkundige zich kan aanpassen aan de zorgcontext. Een zorgkundige moet ook duidelijk kunnen communiceren naar de patiënt toe, waarbij indien nodig het taalgebruik wordt aangepast aan de zorgvrager en informatie helder wordt verwoord.

De tweede groep van competenties gaat over de zorg. Een zorgkundige moet systematisch kunnen werken, waarbij de zorgbehoefte juist kan worden ingeschat en het zorgplan efficiënt wordt gepland in samenwerking met de verpleegkundige. Bovendien moet een zorgkundige de basiszorg kunnen verlenen volgens richtlijnen. Dit houdt in dat de zorgkundige disfuncties kan aanduiden en zorg conform het zorgplan kan uitvoeren. Verder moet een zorgkundige een verscheidenheid aan technische vaardigheden bezitten, zoals het uitvoeren van mondzorg, een stoma verzorgen, infecties kunnen voorkomen en de orale vochtinname nagaan. Bovendien moet een zorgkundige de patiënt kunnen observeren en deze observaties duidelijk en objectief kunnen doorgeven.

Een derde groep van competenties betreft de organisatie van zorg. Een zorgkundige moet creatief kunnen omgaan met problemen en de taken efficiënt kunnen uitvoeren. Bovendien kan een zorgkundige knelpunten identificeren en voorstellen doen om deze op te lossen. Ook moet een zorgkundige logistieke taken kunnen uitvoeren en teamgericht kunnen werken. Dat betekent dat er kennis is over een optimaal woon- en leefklimaat en dat huishoudelijke taken kunnen worden opgenomen.

Tot slot gaat de vierde groep van competenties over het beroep van een zorgkundige. Hiermee wordt bedoeld dat een zorgkundige inzicht heeft in de kenmerken van het beroep en het wettelijk kader respecteert. Ook is het belangrijk dat een zorgkundige actief kan meewerken aan een positieve beeldvorming over het beroep. Verder moet een zorgkundige zich bewust zijn van de verantwoordelijkheden die het beroep met zich meebrengt. Een zorgkundige kent de eigen grenzen, erkent gemaakte fouten en kan kritisch nadenken over zichzelf. Ook moet een zorgkundige zichzelf blijven ontwikkelen door informatie te verzamelen over opleidingen en zich natuurlijk ook in te schrijven voor die opleidingen.

Ook in de Vlaamse Kwalificatiestructuur vinden we een beroepskwalificatie met vijftien competenties voor de zorgkundige. Deze competenties zijn erg uitgebreid en gedetailleerd. We geven ze weer in tabel 17.

Tabel 17 Competenties van de zorgkundige volgens het VKS ([Beroepskwalificatie](#) | [De Vlaamse kwalificatiestructuur \(akov.be\)](#))

Algemene Activiteiten	
Competentie 1	<p>Werkt volgens de wettelijke reglementeringen en procedure(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verleent zorg binnen de grenzen van het wetgevende en professionele kader • Werkt volgens afspraken en visie van de organisatie en actuele evidence based protocollen (veiligheid, toezicht naleven ...) • Voert gedelegeerde handelingen uit die aansluiten bij zijn/haar competentieniveau en wettelijk beroepsdomein <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van regelgeving en het deontologisch kader met betrekking tot de uitoefening van het beroep • Basiskennis van de begrippen zorgvisie en zorgprocessen • Kennis van de verpleegkundige basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie) • Kennis van beschermingsmaatregelen • Kennis van de gedelegeerde verpleegkundige handelingen (vermeld in de wetgeving van 27 februari 2019 en aangepaste versies) • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...)
Competentie 2	<p>Handelt volgens de professionele gedragscode</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handelt volgens de professionele (gedrags-)code (beroepsgeheim, privacy van de cliënt, scheiding beroepscontext-privé, ...) • Bouwt een professionele zorgrelatie op empathische wijze op met respect voor de medische, fysieke, sociale, culturele en spirituele achtergrond van de cliënt • Creëert een veilige omgeving voor de cliënt • Benadert de cliënt op holistische wijze • Werkt met verantwoordelijkheidszin

	<ul style="list-style-type: none"> • Respecteert de zakelijke omgangsvormen • Verzorgt de persoonlijke hygiëne en zorgt voor een verzorgd voorkomen <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van regelgeving en het deontologisch kader met betrekking tot de uitoefening van het beroep • Basiskennis van empowerment • Basiskennis van de holistische visie • Basiskennis over diversiteit (diverse sociale, etnische, religieuze of filosofische achtergrond, gender, seksuele geaardheid, ...) • Kennis van cliëntgerichte en teamgerelateerde sociale vaardigheden en communicatietechnieken (empathisch handelen, actief luisteren, conflict-beheersing, gesprekstechnieken, relationele vaardigheden, samenwerkingsvormen, ...)
Competentie 3	<p>Waarborgt de zorg aan de hand van de kwaliteitsnormen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hanteert een systematische aanpak voor het oplossen van problemen in alle mogelijke professionele situaties binnen de grenzen van de eigen bevoegdheid • Verleent zorg conform de professionele aanbevelingen, de (evidence based) protocollen en institutionele procedures • Werkt volgens de basisprincipes* (hygiëne en aseptie, comfort, beleving, zelfzorg en inspraak, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie) <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van regelgeving en het deontologisch kader met betrekking tot de uitoefening van het beroep • Kennis van de verpleegkundige basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie) • Kennis van beschermingsmaatregelen • Kennis van verzorgingstechnieken

	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis van de gedelegeerde verpleegkundige handelingen (vermeld in de wetgeving van 27 februari 2019 en aangepaste versies) • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...) • Kennis van ontsmettingsprocedures <p>* *Verpleegkundige basisprincipes van Prof. Grypdonck, 1987 volgens deze basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie) wordt in de zorgverlening gewerkt</p>
<p>Competentie 4</p>	<p>Werkt samen met het interdisciplinair* team</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderhoudt een efficiënte communicatie met andere zorgverleners om zorgoverdracht te optimaliseren waarbij hij/zij een respectvolle houding aanneemt, luistert en samen werkt met de andere teamleden • Bespreekt de algemene zorg van de cliënt met andere zorgverleners (arts, verpleegkundige, (interdisciplinair) team) • Verwoordt de bezorgdheden en noden van de cliënten* en/of zorgverleners bij de besluitvorming van het interdisciplinair team • Draagt bij tot de continuïteit van de (interdisciplinaire) zorgverlening of de interdisciplinaire samenwerking in het kader van de zorgprocessen • Kent de taken en rollen van andere disciplines in de zorgsector en weet wanneer op wie een beroep gedaan kan worden • Werkt mee in het interdisciplinair team aan preventie-acties • Communiqueert patiëntengegevens met andere zorgverleners via elektronische of digitale netwerken <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van contexten (residentiële zorg, thuisverpleging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, ziekenhuissector, palliatieve zorg, revalidatie, ...)

	<ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van instellingen en verpleeg- en zorgkundige beroepsorganisaties binnen de zorg • Basiskennis van de begrippen zorgvisie en zorgprocessen • Basiskennis van bedrijfseigen software en dagelijkse administratie • Basiskennis van rapportering • Basiskennis van teamwork en interdisciplinair werken • Basiskennis van empowerment <p>* *Interdisciplinair team: er zijn in een team een veelheid aan disciplines aanwezig, waarbij de zorgverleners van elke beroepsgroep zowel eigen taken heeft als taken die ze gemeenschappelijk hebben met andere beroepsgroepen</p> <p>*Cliënt: is in dit dossier een algemene term om de verschillende personen (patiënt, mantelzorger, zorgvrager, kind en/of ouders, bewoner, wettelijke vertegenwoordiger, sociaal netwerk cliënt, , ...) en/of groepen (organisatie, doelgroep...) die een hulpvraag/-behoefte hebben te benoemen</p>
<p>Competentie 5</p>	<p>Werkt samen met de cliënt en communiceert professioneel binnen een cliëntgerichte zorgrelatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gaat op empathische wijze om met de cliënt waarbij de nodige afstand bewaard wordt om een professionele relatie te behouden • Maakt afspraken met de cliënt aangaande de uitvoering van de hulpvraag • Luistert actief zonder een waardeoordeel te vellen, rekening houdend met de geschiedenis en eigenheid van de cliënt en vergewist zich ervan dat hij/zij de cliënt correct begrepen heeft • Past zijn/ haar taalgebruik aan in functie van de cliënt, zowel naar inhoud als naar vorm • Geeft advies en informatie aan de cliënt • Ondersteunt en begeleidt de cliënt in moeilijke momenten • Ondersteunt de cliënt bij vragen rond levenskwaliteit • Is in staat adequaat om te gaan met agressie, grensoverschrijdend gedrag vanwege de cliënt

	<p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van contexten (residentiële zorg, thuisverpleging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, ziekenhuissector, palliatieve zorg, revalidatie, ...) • Basiskennis van empowerment • Basiskennis van de holistische visie • Basiskennis over diversiteit (diverse sociale, etnische, religieuze of filosofische achtergrond, gender, seksuele geaardheid, ...) • Kennis van cliëntgerichte en teamgerelateerde sociale vaardigheden en communicatietechnieken (empathisch handelen, actief luisteren, conflictbeheersing, gesprekstechnieken, relationele vaardigheden, samenwerkingsvormen, ...) • Kennis van vakterminologie • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...) • Kennis van communicatie in Standaardnederlands (kan zichzelf vloeiend en spontaan uitdrukken zonder daarvoor aantoonbaar naar woorden te moeten zoeken. Zij/hij kan een conversatie voeren met de cliënt en kan efficiënt rapporteren aan andere zorgverleners. Kan korte verslagen en mededelingen noteren)
<p>Competentie 6</p>	<p>Ondersteunt empowerment* en bevordert zelfredzaamheid van de cliënt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bepaalt in overleg met de cliënt de zelfredzaamheidsdoelen en voert ze uit conform het zorgplan • Past aangereikte methoden (hulpmiddelen, paramedische adviezen, gesprekstechnieken, ...) toe om zelfredzaamheid van de cliënt te ondersteunen, te versterken of te herstellen • Respecteert en ondersteunt de draagkracht en draaglast van de cliënt en zijn omgeving binnen de individuele zorg • Herkent weerstanden van de cliënt en gaat hier mee om

	<p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van empowerment • Basiskennis van de holistische visie • Basiskennis over diversiteit (diverse sociale, etnische, religieuze of filosofische achtergrond, gender, seksuele geaardheid, ...) • Kennis van cliëntgerichte en teamgerelateerde sociale vaardigheden en communicatietechnieken (empathisch handelen, actief luisteren, conflict-beheersing, gesprekstechnieken, relationele vaardigheden, samenwerkingsvormen, ...) <p>* * Empowerment is een proces van zelfversterking dat cliënten een actieve rol geeft in hun eigen zorgproces en leven</p>
<p>Competentie 7</p>	<p>Ontwikkelt de eigen deskundigheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schoolt zich professioneel bij • Vindt vormingsorganisaties en – programma's terug • Reflecteert over het eigen handelen en stuurt bij • Staat open voor en gaat constructief om met feedback • Gaat op constructieve wijze om met de grenzen van zijn beroepsdomein in functie van zijn eigen competenties • Roept hulp in van het interdisciplinaire team indien noodzakelijk • Wisselt kennis uit met alle zorgverleners • Gebruikt de taal die men in het kader van het beroep hanteert op voldoende deskundige wijze zowel mondeling als schriftelijk • Presteert onder druk, tijdens of na tegenslag of teleurstelling <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van instellingen en verpleeg- en zorgkundige beroepsorganisaties binnen de zorg • Basiskennis van de begrippen zorgvisie en zorgprocessen • Basiskennis van rapportering

	<ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van teamwork en interdisciplinair werken • Kennis van cliëntgerichte en teamgerelateerde sociale vaardigheden en communicatietechnieken (empathisch handelen, actief luisteren, conflict-beheersing, gesprekstechnieken, relationele vaardigheden, samenwerkingsvormen, ...) • Kennis van vakterminologie • Kennis van basismethoden voor (zelf-)reflectie • Kennis van communicatie in Standaardnederlands (kan zichzelf vloeiend en spontaan uitdrukken zonder daarvoor aantoonbaar naar woorden te moeten zoeken. Zij/hij kan een conversatie voeren met de cliënt en kan efficiënt rapporteren aan andere zorgverleners. Kan korte verslagen en mededelingen noteren)
<p>Competentie 8</p>	<p>Draagt bij tot de ontwikkeling van het beroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werkt volgens actuele (evidence based*) ontwikkelde protocollen binnen de organisatie/voorziening • Volgt de toegewezen stagiair op en schept een gunstiger leerklimaat in functie van de leerdoelen en leermogelijkheden van de stagiair • Fungeert als rolmodel voor de stagiair in opleiding <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van teamwork en interdisciplinair werken • Kennis van de gedelegeerde verpleegkundige handelingen (vermeld in de wetgeving van 27 februari 2019 en aangepaste versies) • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...) <p>* *Evidence based is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om cliënten te verzorgen.</p>

Ontwikkeling van het beroep	
Competentie 9	<p>Plant en organiseert de zorg van de cliënt conform het zorgplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schat de individuele zorgbehoeften in, binnen zijn bevoegdheden, aan de hand van de gegevens verkregen uit verschillende bronnen (zorgdossier ...) • Bepaalt de individuele zorgprioriteiten in samenwerking met de verpleegkundige en de cliënt • Gebruikt het zorgplan op reguliere basis, in samenwerking met andere leden van het zorgteam en met de cliënt • Plant efficiënt en op systematische wijze (stappen van probleemoplossing) de individuele zorg van de cliënten conform het individuele zorgplan rekening houdend met de prioriteiten, de continuïteit van de zorg, geplande onderzoeken, tijdsbesteding ... <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van planning en organisatie van (zorgkundige) taken • Basiskennis van bedrijfseigen software en dagelijkse administratie • Basiskennis van de opmaak van een zorgplan • Basiskennis van rapportering • Basiskennis van algemene vaardigheden rekenen • Basiskennis van eenvoudige sterilisatietechnieken • Kennis van verzorgingstechnieken • Kennis van de gedelegeerde verpleegkundige handelingen (vermeld in de wetgeving van 27 februari 2019 en aangepaste versies) • Kennis van verplaatsingstechnieken • Kennis van (verzorgings-)materialen • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...)
Competentie 10	Voert de basiszorg uit volgens het zorgplan van de cliënt met ADL-dysfunctie

	<ul style="list-style-type: none">• Verleent basiszorg (zorg en nazorg) en past deze aan in functie van de individuele noden en gewoonten van de cliënt• Voert de kwalitatieve basiszorg in de verschillende zorgcontexten uit volgens de door de verpleegkundige opgestelde zorgplanningen• Voert de basiszorg op structurele en systematische wijze uit• Observeert en herkent de veranderingen (psychisch, fysiek, sociaal...) in de gezondheidstoestand van de cliënt• Bewaakt het algemeen comfort en de veiligheid van de cliënt• Ruimt al het materiaal op en laat de kamer/leefruimte netjes achter rekening houdend met de verwachtingen en mogelijkheden van de cliënt <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Basiskennis van anatomie en fysiologie• Basiskennis van geneesmiddelen• Basiskennis van voedings- en dieetleer (malnutritie, nutritionele interventies, ...)• Basiskennis van preventie bij decubitus• Basiskennis van preventie bij incontinentie gerelateerde vochtletsels• Basiskennis van preventie van droge huid, jeuk en irritatie• Basiskennis van preventie van valincidenten• Basiskennis van preventie van mondproblemen• Basiskennis van preventie van scheurwonden (skintears, ...)• Basiskennis van blaassondes en katheters• Basiskennis van stomata• Basiskennis van de geriatrische cliënt• Basiskennis van dementie• Basiskennis van kraamzorg• Basiskennis van het zieke kind
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van de meest voorkomende psychische aandoeningen • Basiskennis van de meest voorkomende beperkingen bij personen met een handicap • Basiskennis van palliatieve en terminale zorg • Basiskennis van de meest voorkomende chronische aandoeningen • Basiskennis van diabetes (diabetesvoet, ...) • Basiskennis van vrijheidsbeperkende maatregelen • Basiskennis van de begrippen zorgvisie en zorgprocessen • Basiskennis van eenvoudige sterilisatietechnieken • Kennis van de verpleegkundige basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie) • Kennis van beschermingsmaatregelen • Kennis van verzorgingstechnieken • Kennis van de gedelegeerde verpleegkundige handelingen (vermeld in de wetgeving van 27 februari 2019 en aangepaste versies) • Kennis van preventie van veneuze en arteriële aandoeningen in de onderste ledematen • Kennis van ADL-functies en dysfuncties • Kennis van ADL- hulpmiddelen • Kennis van (verzorgings-)materialen • Kennis van EHBO (behandeling bij bloedingen, verwondingen, verstikking, vergiftiging, verdrinking, insectenbeten, orthopedische letsels, ...) • Kennis van BLS en AED • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...) • Kennis van ontsmettingsprocedures • Kennis van soorten afval en afvalsortering
--	---

<p>Competentie 11</p>	<p>Voert gedelegeerde verpleegkundige handelingen* uit volgens de richtlijnen en onder supervisie van de verpleegkundige aan een cliënt met of zonder ADL-disfunctie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verleent basiszorg conform de professionele en organisatorische procedures en past deze aan in functie van de individuele noden en gewoonten van de cliënt • Voert de kwalitatieve zorg uit volgens het zorgplan • Voert de gedelegeerde verpleegkundige handelingen uit binnen de toegestane wetgevende bepalingen en binnen een gestructureerde equipe • Voert de gedelegeerde verpleegkundige handelingen op structurele en systematische wijze uit bij de verschillende doelgroepen • Bewaakt het algemeen comfort en de veiligheid van de cliënt • Biedt comfortzorg bij de toegewezen palliatieve en terminale zorg • Dient de laatste zorg toe aan de overleden cliënt • Ruimt al het materiaal op en laat de kamer/leefruimte netjes achter, rekening houdend met de verwachtingen en mogelijkheden van de cliënt <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van anatomie en fysiologie • Basiskennis van gedelegeerde parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels • Basiskennis van de meting van de gedelegeerde parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels • Basiskennis van anticoagulantia • Basiskennis van prikongevallen • Basiskennis van geneesmiddelen • Basiskennis van voedings- en dieetleer (malnutritie, nutritionele interventies, ...) • Basiskennis van preventie bij decubitus
-----------------------	---

	<ul style="list-style-type: none">• Basiskennis van preventie bij incontinentie gerelateerde vochtletsels• Basiskennis van preventie van droge huid, jeuk en irritatie• Basiskennis van preventie van valincidenten• Basiskennis van preventie van mondproblemen• Basiskennis van preventie van scheurwonden (skintears, ...)• Basiskennis van blaassondes en katheters• Basiskennis van stomata• Basiskennis van de geriatrische cliënt• Basiskennis van dementie• Basiskennis van kraamzorg• Basiskennis van het zieke kind• Basiskennis van de meest voorkomende psychische aandoeningen• Basiskennis van de meest voorkomende beperkingen bij personen met een handicap• Basiskennis van palliatieve en terminale zorg• Basiskennis van de meest voorkomende chronische aandoeningen• Basiskennis van diabetes (diabetesvoet, ...)• Basiskennis van vrijheidsbeperkende maatregelen• Basiskennis van de begrippen zorgvisie en zorgprocessen• Basiskennis van eenvoudige sterilisatietechnieken• Kennis van de verpleegkundige basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie)• Kennis van verzorgingstechnieken• Kennis van de gedelegeerde verpleegkundige handelingen (vermeld in de wetgeving van 27 februari 2019 en aangepaste versies)• Kennis van gedelegeerde toedieningsvormen van geneesmiddelen• Kennis van toediening van orale medicatie
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis van toediening van voeding en vocht via orale weg inclusief slikproblemen • Kennis van verwijderen van faecalomen • Kennis van glycemie en glycemiemeting • Kennis van toediening van gefractioneerde heparine via subcutane weg • Kennis van preventie van veneuze en arteriële aandoeningen in de onderste ledematen • Kennis van evidence based compressietherapie (compressiekousen en -zwachtels) • Kennis van ADL-functies en dysfuncties • Kennis van verplaatsingstechnieken • Kennis van ADL- hulpmiddelen • Kennis van (verzorgings-)materialen • Kennis van EHBO (behandeling bij bloedingen, verwondingen, verstikking, vergiftiging, verdrinking, insectenbeten, orthopedische letsels, ...) • Kennis van BLS en AED • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...) • Kennis van ontsmettingsprocedures • Kennis van soorten afval en afvalsortering <p>* *Voert als zorgkundige de verpleegkundige activiteiten uit conform het KB van 27 februari 2019 tot wijziging van het KB van 12 januari 2006 'tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen'</p>
<p>Competentie 12</p>	<p>Neemt primaire, secundaire en/of tertiaire preventieve maatregelen tijdens de zorgverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventariseert de risicofactoren voor cliënten en de mogelijke preventieve maatregelen samen met de verpleegkundige • Past de nodige maatregelen toe ter voorkoming van gezondheidsproblemen

	<p>en/of bijkomende complicaties bij de cliënten</p> <ul style="list-style-type: none">• Past de nodige maatregelen toe om infecties en besmettingen te voorkomen• Geeft informatie over het treffen van preventieve maatregelen (hulpmiddelen, ondersteunende middelen, ...)• Ondersteunt het aanwenden van preventiemiddelen• Volgt cliënten met een verhoogd risico op• Doet voorstellen voor het aanpassen van de leefruimte om de veiligheid en ergonomie te verhogen <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Basiskennis van anatomie en fysiologie• Basiskennis van gedelegeerde parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels• Basiskennis van de meting van de gedelegeerde parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels• Basiskennis van anticoagulantia• Basiskennis van prikongevallen• Basiskennis van geneesmiddelen• Basiskennis van voedings- en dieetleer (malnutritie, nutritionele interventies, ...)• Basiskennis van preventie bij decubitus• Basiskennis van preventie bij incontinentie gerelateerde vochtletsels• Basiskennis van preventie van droge huid, jeuk en irritatie• Basiskennis van preventie van valincidenten• Basiskennis van preventie van mondproblemen• Basiskennis van preventie van scheurwonden (skintears, ...)• Basiskennis van blaassondes en katheters• Basiskennis van stomata• Basiskennis van de geriatrische cliënt• Basiskennis van dementie
--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Basiskennis van kraamzorg• Basiskennis van het zieke kind• Basiskennis van de meest voorkomende psychische aandoeningen• Basiskennis van de meest voorkomende beperkingen bij personen met een handicap• Basiskennis van palliatieve en terminale zorg• Basiskennis van de meest voorkomende chronische aandoeningen• Basiskennis van diabetes (diabetesvoet, ...)• Basiskennis van vrijheidsbeperkende maatregelen• Basiskennis van eenvoudige sterilisatietechnieken• Kennis van de verpleegkundige basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie)• Kennis van beschermingsmaatregelen• Kennis van verzorgingstechnieken• Kennis van de gedelegeerde verpleegkundige handelingen (vermeld in de wetgeving van 27 februari 2019 en aangepaste versies)• Kennis van gedelegeerde toedieningsvormen van geneesmiddelen• Kennis van toediening van orale medicatie• Kennis van toediening van voeding en vocht via orale weg inclusief slikproblemen• Kennis van verwijderen van faecalomen• Kennis van glycemie en glycemiemeting• Kennis van toediening van gefractioneerde heparine via subcutane weg• Kennis van preventie van veneuze en arteriële aandoeningen in de onderste ledematen• Kennis van evidence based compressie-therapie (compressiekousen en -zwachtels)• Kennis van ADL-functies en dysfuncties• Kennis van verplaatsingstechnieken• Kennis van ADL- hulpmiddelen
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis van (verzorgings-)materialen • Kennis van EHBO (behandeling bij bloedingen, verwondingen, verstikking, vergiftiging, verdrinking, insectenbeten, orthopedische letsels, ...) • Kennis van BLS en AED • Kennis van gebruik van protocollen (verpleegkundige en verzorgende handelingen, (zieken)huisinfecties, preventieve maatregelen, ...) • Kennis van ontsmettingsprocedures • Kennis van soorten afval en afvalsortering
<p>Competentie 13</p>	<p>Voert EHBO uit bij noodsituaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herkent levensbedreigende situaties en grijpt in conform de voorgeschreven procedure • Zorgt voor veiligheid van de cliënt • Alarmeert interne verantwoordelijken of externe hulpdiensten volgens de ernst en toestand van de cliënt • Past de noodzakelijke eerste hulp toe • Voert BLS (basic life support) met en zonder AED (automatische externe defibrillator) uit <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennis van EHBO (behandeling bij bloedingen, verwondingen, verstikking, vergiftiging, verdrinking, insectenbeten, orthopedische letsels, ...) • Kennis van BLS en AED
<p>Competentie 14</p>	<p>Evalueert de zorg en rapporteert in het zorgdossier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapporteert op nauwkeurige en gestructureerde wijze de wijzigingen en/of gerealiseerde vooruitgang in het zorgdossier • Deelt en rapporteert zijn observaties, interventies alsook de reacties (psychosociale, fysieke en psychische) van de cliënt conform de voorschriften • Evalueert samen met de verpleegkundige de zorg op een continue systematische manier in relatie tot de geplande doelstellingen met inspraak van de cliënt en stuurt, in overleg, bij indien nodig

	<ul style="list-style-type: none"> • Wisselt informatie uit met betrekking tot de behandeling van de cliënt met de verschillende betrokkenen (verzorgende, verpleegkundige, artsen, ...) om de kwaliteit van de zorg te verbeteren <p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van de begrippen zorgvisie en zorgprocessen • Basiskennis van bedrijfseigen software en dagelijkse administratie • Basiskennis van rapportering • Basiskennis van teamwork en interdisciplinair werken • Kennis van cliëntgerichte en teamgerelateerde sociale vaardigheden en communicatietechnieken (empathisch handelen, actief luisteren, conflictbeheersing, gesprekstechnieken, relationele vaardigheden, samenwerkingsvormen, ...) • Kennis van vakterminologie • Kennis van basismethoden voor (zelf-)reflectie • Kennis van communicatie in Standaardnederlands (kan zichzelf vloeiend en spontaan uitdrukken zonder daarvoor aantoonbaar naar woorden te moeten zoeken. Zij/hij kan een conversatie voeren met de cliënt en kan efficiënt rapporteren aan andere zorgverleners. Kan korte verslagen en mededelingen noteren)
<p>Overige taken</p>	
<p>Competentie 15</p>	<p>Voert logistieke taken uit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgt voor de voorbereiding, bedeling en het afruimen van de maaltijden • Voert patiëntenvervoer uit • Helpt mee om een optimaal woon- en leefklimaat voor de cliënt te bekomen • Onderhoudt de logistieke ruimten (reinigen, desinfecteren, ontsmetten...) • Onderhoudt het zorgmateriaal en controleert de goede werking (reinigen, desinfecteren, ontsmetten, eenvoudig steriliseren...)

	<p>met inbegrip van kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basiskennis van contexten (residentiële zorg, thuisverpleging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, ziekenhuissector, palliatieve zorg, revalidatie, ...) • Basiskennis van eenvoudige sterilisatie-technieken • Basiskennis van basisschoonmaaktechnieken, -producten, -materialen • Basiskennis van kenmerken van textiel om gepaste, comfortabele kleding te kiezen voor een cliënt • Kennis van de verpleegkundige basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie) • Kennis van beschermingsmaatregelen • Kennis van ontsmettingsprocedures • Kennis van soorten afval en afvalsortering
<p>Competentie 16</p>	<p>Regelt ontspannings- en vrijetijdsactiviteiten volgens de verwachtingen en noden van de cliënt en stimuleert de cliënt om deel te nemen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brengt een aangename sfeer aangepast aan de doelgroep 2. Organiseert en begeleidt ontspannings- en vrijetijdsactiviteiten 3. Bespreekt met andere zorgverleners de behoeften aan activiteiten 4. Ondersteunt de animator tijdens ontspannings- en vrijetijdsactiviteiten 5. Legt de nadruk op het welbevinden van de persoon met een zorgbehoefte 6. Betrekt de omgeving van de persoon met een zorgbehoefte bij het sociale leven <p>met inbegrip van kennis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Basiskennis van contexten (residentiële zorg, thuisverpleging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, ziekenhuissector, palliatieve zorg, revalidatie, ...) 8. Basiskennis van preventie van valincidenten 9. Basiskennis van teamwork en interdisciplinair werken

	<p>10. Basiskennis van empowerment</p> <p>11. Basiskennis van de holistische visie</p> <p>12. Basiskennis van animatie-, ontspannings- en vrijetijdsactiviteiten</p> <p>13. Basiskennis over diversiteit (diverse sociale, etnische, religieuze of filosofische achtergrond, gender, seksuele geaardheid, ...)</p> <p>14. Kennis van de verpleegkundige basisprincipes (hygiëne en aseptie, comfort, zelfzorg en inspraak, beleving, veiligheid, ergonomie, economie en ecologie)</p> <p>15. Kennis van cliëntgerichte en teamgerelateerde sociale vaardigheden en communicatietechnieken (empathisch handelen, actief luisteren, conflictbeheersing, gesprekstechnieken, relationele vaardigheden, samenwerkingsvormen, ...)</p> <p>16. Kennis van communicatie in Standaardnederlands (kan zichzelf vloeiend en spontaan uitdrukken zonder daarvoor aantoonbaar naar woorden te moeten zoeken. Zij/hij kan een conversatie voeren met de cliënt en kan efficiënt rapporteren aan andere zorgverleners. Kan korte verslagen en mededelingen noteren)</p>
--	---

Het is uit de competentieprofielen moeilijk af te leiden welke competenties generiek zijn en welke specifiek zijn voor de verpleeg- of de zorgkundige. We missen bovendien specifieke competenties voor de zorg voor (zwaar zorgbehoevende) ouderen en voor de woon- en leefcomponenten van het woonzorgcentrum.

1.3 Europese competentieprofielen voor zorgprofessionals

Op Europees niveau zijn competenties bepaald voor professionals in de gezondheidszorg en de welzijnszorg die met ouderen werken (Dijkman, Reehuis, & Roodbol, 2017). Het betreft niet specifiek professionals in woonzorgcentra, maar elke zorgprofessional die in aanraking komt met oudere patiënten, bewoners of cliënten.

De 18 competenties zijn samengevat in tabel 18. Ze zijn gelinkt aan zeven rollen: de expert, de communicator, de samenwerker, de organisator, de pleitbezorger voor gezondheid en welzijn, de leerling en de professional. Deze manier van competenties beschrijven is gebaseerd op het CanMEDs framework (Royal College of Physicians and Surgeons Canada, 2005).

In de rol van expert moet de zorgprofessional systematisch relevante data kunnen verzamelen en analyseren en op basis hiervan een zorgplan kunnen opstellen, uitvoeren en evalueren. Verder moet de

professional die werkt met ouderen een goede communicator zijn, wat inhoudt dat de communicatie efficiënt is, ondersteunend is voor oudere persoon en die persoon motiveert. In de rol van samenwerker moet een expert in de gezondheids- en verzorgingszorg kunnen samenwerken met andere beroepsgroepen en eveneens met familie en informele zorgverleners. Als organisator is het belangrijk dat de professional zorg en een zorgprogramma kan plannen en organiseren. Verder moet deze persoon ook een pleitbezorger zijn voor de gezondheid en het welzijn van de oudere persoon door gezondheid te promoten en door relevante informatie te geven. Een zorgprofessional moet bovendien ook altijd bijleren door de eigen expertise uit te breiden en innovatie van zorg te ondersteunen. Ten slotte is, zoals het woord het al aangeeft, een zorgprofessional een professional. Professionele ethiek en toewijding aan het vak zijn dus belangrijk.

Tabel 18 Competenties voor Europese geriatrische verpleegkundigen, opgesteld door Dijkman et al. (2017)

Rol	Competentie
Expert	Beoordeling: voer een passende beoordeling van de oudere persoon (of diens familie) uit en verzamel data op een systematische manier. Dit kan gaan over fysiek en mentaal welzijn, de leefomgeving, sociale participatie, het identificeren van de noden en wensen.
	Analyse en identificatie van het probleem: de verzamelde data van de beoordeling analyseren
	Plannen
	Interventies uitvoeren op een professionele manier
	Evaluatie
Communicator	Relaties onderhouden en efficiënt communiceren
	Empowerment: ondersteunen van capaciteiten
	Coaching: de oudere stimuleren en motiveren
Collaborator	Coöperatie en geïntegreerde diensten leveren: samenwerken met andere beroepsgroepen
	Informele zorg en ondersteuning: samenwerken met de familie van de oudere, de informele zorgverlener en het sociale netwerk om informele zorg en ondersteuning te bieden
Organisator	Plannen en coördineren van zorg
	Programma van zorg opstellen
Pleitbezorger voor gezondheid en welzijn	Collectieve preventie en promotie van gezondheid
	Sociaal netwerk: toegang geven tot en delen van informatie over welzijnsvoordelen, toegang tot sociale ondersteuning
Leerling	Expertise: uitbreiden van eigen expertise
	Innovatie van zorg ondersteunen
Professional	Professionele ethiek
	Professionele toewijding en professioneel bewustzijn

1.4 Noord-Amerikaanse competentieprofielen voor geriatrische verpleegkundigen

In 2010 bepaalde de American Association of Colleges of Nursing (AACN), samen met het Hartford Institute of Geriatric Nursing, competenties voor geriatrische verpleegkundigen met een bachelor diploma. De competenties zijn gericht op studenten geriatrische verpleegkunde en hun lespakket. De 19 competenties zijn opgelijst in tabel 19. Bij elke competentie hoort nog informatie over hoe deze

competentie kan worden aangeleerd, de hulpmiddelen die interessant kunnen zijn voor het onderwijs en de motivering voor het opnemen van deze competentie.

Tabel 19 Competenties voor Amerikaanse geriatrische verpleegkundigen, opgesteld door AACN en Hartford Instituut

	Competenties
1	Professionele attitudes, waarden en verwachtingen over het fysiek en mentaal ouder worden incorporeren in persoonsgerichte zorg voor ouderen en hun familie.
2	De barrières voor oudere personen inschatten bij het geven, begrijpen en ontvangen van informatie
3	Valide en betrouwbare beoordelingsinstrumenten gebruiken
4	De leefomgeving van oudere personen beoordelen wat betreft de impact op functionele, fysieke, cognitieve, psychische en sociale noden
5	Tussenkomen om de oudere persoon en zijn of haar ondersteunend netwerk te begeleiden in het bereiken van persoonlijke doelen op basis van een analyse van de leefomgeving en de beschikbaarheid van hulp in de gemeenschap.
6	Identificeren van bestaand of potentieel misbruik of misbehandeling (fysiek, mentaal of financieel misbruik en/of zelfverwaarlozing) en het correct doorverwijzen
7	Strategieën implementeren en online richtlijnen gebruiken voor preventie, identificatie en aanpak van geriatrische syndromen
8	Herkennen en respecteren van variaties in zorg, verhoogde complexiteit, en verhoogd gebruik van gezondheidszorg in de zorg voor oudere personen
9	Herkennen van de complexe interactie tussen acute en chronische comorbide aandoeningen (fysiek en mentaal) en de daarmee samenhangende behandelingen
10	Modellen vergelijken die veilige en kwaliteitsvolle fysieke en mentale zorg bevorderen, zoals PACE, NICHE, Guided Care, Culture Change en Transitional Care Models
11	Faciliteren van ethisch correcte, niet opgedrongen besluitvorming voor oudere personen en/of hun familieleden voor het behoud van het dagdagelijkse leven, het ontvangen van behandelingen, het initiëren van voorafgaande richtlijnen en het opstarten van zorg aan het levenseinde
12	De naleving van evidence-based praktijken om zorg zonder dwang en fixatie (zowel fysiek als farmaceutisch) te bevorderen
13	Leiderschap en communicatietechnieken implementeren die overleg en reflectie bevorderen over hoe diversiteit (in zorgberoepen) een positieve impact kan hebben op zorg
14	Faciliteren van veilige en effectieve transities tussen zorgniveaus, inclusief acute zorg, thuiszorg en langdurige zorg voor oudere personen en hun familieleden (bv. thuiszorg, assistentiewoning, hospice, woonzorgcentrum).
15	Plannen van persoonsgerichte zorg met aandacht voor de mentale en fysieke gezondheid en het welzijn van informele en formele zorgverleners van oudere personen
16	Pleitbezorger zijn voor tijdige en passende palliatieve zorg voor ouderen met fysieke en cognitieve beperkingen

17	Implementeren en monitoren van strategieën voor de preventie van risico's en de promotie van kwaliteit en veiligheid in de zorg (bv. vallen, fouten in medicatie, doorligwonden) voor ouderen met fysieke en cognitieve noden
18	Gebruiken van hulpmiddelen en programma's voor het bevorderen van het functioneel, fysiek en mentaal welzijn van oudere personen
19	Integreren van relevante theorieën en concepten die deel uitmaken van een opleiding in het geven van patiëntgerichte zorg aan oudere volwassenen

1.5 Besluit

De gevonden competentieprofielen geven interessante informatie, maar zijn zeer algemeen. Er is nood aan specifieke profielen voor het werken in een woonzorgcentrum. Aan de hand van een scoping review gaan we na of we in de internationale literatuur meer specifieke competenties kunnen identificeren.

2 Scoping review

Er is geen eenduidige definitie van wat een competentie is. In 1978 schreef Butler dat competentie bestaat uit de kennis, de vaardigheden, de waarden en de attitudes nodig om een taak met succes te volbrengen in het persoonlijke of het professionele leven. Deze definitie wordt nog steeds vaak gebruikt. Er zijn echter nog verschillende andere definities, zoals uit een literatuurstudie van Fernandez et al. (2012) blijkt. Zij bestudeerden alle definities van competenties in wetenschappelijke artikels over opleidingen in de gezondheidssector. Naast kennis en skills wordt ook vaak waarden en attitudes vermeld. In wat volgt hanteren we de definitie die Fernandez et al. (2012) als meest gebruikt identificeren:

“Professionele competentie bestaat uit kennis en vaardigheden, aangevuld met waarden en attitudes.”

Het doel van deze literatuurstudie is het in kaart brengen van beschreven competenties voor personeel in woonzorgcentra in binnen- en buitenland. We zijn geïnteresseerd in alle beroepsgroepen die werkzaam zijn in woonzorgcentra, zonder ons te beperken tot de beroepsgroepen die momenteel werken in Vlaamse woonzorgcentra. In hoofdstuk 2 is op basis van administratieve data al beschreven wie er momenteel werkzaam is in de woonzorgcentra. We vinden geen bestaande systematische of andere reviews, daarom voeren we zelf een scoping review uit. Voor de scoping review leggen we de focus op wat personeel in de residentiële ouderenzorg moet kunnen en niet louter op hun attitude. Dat betekent uiteraard niet dat attitude niet belangrijk is, zoals ook blijkt uit de definitie hierboven, maar artikels die enkel attitudes bespreken, nemen we niet op.

Een scoping review is een type literatuurstudie, ontwikkeld door Arksey en O'Malley (2005) en verder uitgewerkt door Levac, Colquhoun en O'Brien (2010). Een dergelijke review geeft een overzicht van de bestaande literatuur over een onderwerp, maar geeft geen antwoord op een specifieke onderzoeksvraag zoals dat wel het geval is bij systematische reviews (Munn et al., 2018). We opteren hier voor een scoping review omdat we een brede kijk willen op de competenties van personeel in woonzorgcentra. De methode van deze scoping review is gebaseerd op de handleiding van het Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2015).

2.1 Methode

De databases zijn uitgekozen in samenwerking met een medewerker van de bibliotheek van de faculteit Sociale Wetenschappen van de KU Leuven. De volgende databases zijn gebruikt: Web of Sciences, Proquest Nursing & Allied Health Database, Proquest Health & Medical Collection, PubMed en CINAHL. Omdat we ook interesse hebben in documenttypes anders dan een wetenschappelijk artikel of boek, is gezocht naar alle documenttypes.

De zoektermen zijn de volgende: Competenc* OR skill* OR capac* OR expert* OR capab* OR aptitude* OR knowledg*) AND ("nursing home" OR "care home" OR "elderly home" OR "rest home" OR "long-term care") AND (staff* OR personnel OR work* OR caregiver* OR "geriatric nursing"). In PubMed zijn ook de volgende Mesh termen meegenomen: Health Knowledge, Attitudes, Practice*[Mesh], "Clinical Competence"[Mesh] en "Health personnel"[Mesh].

De inclusiecriteria die we hanteren zijn:

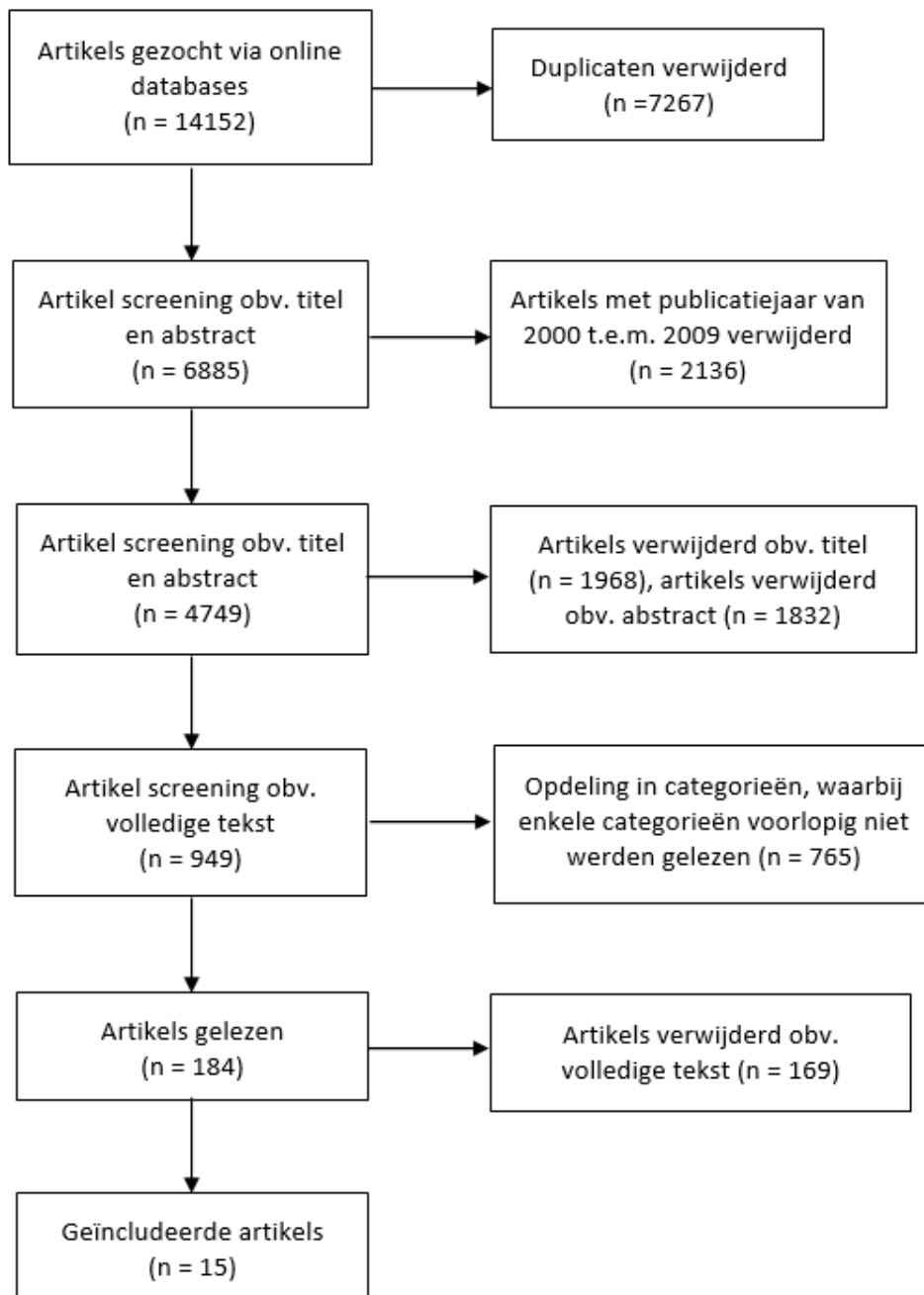
- (a) het artikel moet gaan over personeel in woonzorgcentra,
- (b) de nodige competenties worden vermeld,
- (c) het artikel is in het Engels geschreven.

In eerste instantie zijn documenten in het Nederlands, Frans, Engels, Spaans en Duits geïncludeerd, maar wegens een te groot aantal zijn uiteindelijk enkel artikels in het Engels geïncludeerd, die werden gepubliceerd tussen 2010 en 17 juni 2020.

Deze zoekstrategie leverde 14 152 artikels op, waarvan er 6 930 overbleven na verwijdering van duplicaten (zie figuur 31). Er bleven dus 4 749 artikels over. Deze zijn vervolgens gescreend op titel en abstract. Uiteindelijk zijn 949 artikels weerhouden. Omdat dit nog steeds een zeer groot aantal is, zijn de artikels onderverdeeld in categorieën op basis van het abstract (zie tabel 20). Voor elk artikel is nagegaan wat het belangrijkste thema is. De algemene categorie bevat artikels over algemene competenties van personeel in woonzorgcentra. Andere categorieën gaan over meer specifieke competenties zoals bijvoorbeeld deze die nodig zijn in de zorg voor personen met dementie of voor wondzorg. Ook zijn er categorieën gemaakt voor artikels die over één specifieke beroepsgroep gaan. We zijn in eerste instantie geïnteresseerd in de artikels over algemene competenties en over specifieke beroepsgroepen. Het databestand is immers te uitgebreid om alle artikels in detail door te nemen op dit moment.

De andere artikels kunnen worden gelezen wanneer dit nodig lijkt na de data-analyse of bij vervolgonderzoek. Uiteindelijk brengt deze werkwijze ons op 184 te lezen artikels. Van deze 184 artikels zijn 128 artikels geëxcludeerd op basis van de eerder vermelde exclusiecriteria. Uiteindelijk weerhouden we 15 artikels (tabel 21).

Figuur 31 Flow chart van de data extractie.



Tabel 20 Categorieën van geïncludeerde artikels met aantallen

Dementie (127)	Advanced care planning (22)	Mobiliteit (11)	Dokter (5)	HIV (1)
Algemeen (116)	Hospitalisatie (18)	Infecties (10)	MRSA-transmissie (4)	COPD (1)
Palliatieve zorg (9)	Verpleegkundig directeur (18)	Constipatie (8)	Hartfalen (4)	MDS kennis (1)
Oraal (49)	Leiderschap (17)	Veiligheid (8)	Wonden (3)	Delier (1)
Communicatie (47)	Valpartijen (16)	Diëtist (7)	Muziek (3)	Koorts (1)
Algemeen, met een training (39)	Urologie (16)	Agressie (6)	Obesitas (3)	Aankleden (1)
Geestelijke gezondheid (37)	Antibiotica (16)	Fysieke fixatie (6)	Medisch directeur (3)	Negatieve kennis (1)
Pijn (29)	Persoonsgerichte zorg (15)	Psychomotorisch therapeut (6)	Administratie werknemers (3)	Cardiac (1)
Voeding (23)	Diabetes (15)	Sociaal werker (6)	Slaap (2)	Hart (1)
Zweren (22)	Technologie (14)	Vaccinatie (5)	Beslissingen nemen (2)	Plafondliften (1)
Seksualiteit (22)	Directeur woonzorgcentra (14)	Hygiëne (5)	Spiritualiteit (2)	Zorg rond transitie (1)
Medicatie (22)	Cultuur (13)	Psycholoog (5)	Mentaal-fysieke multimorbiditeit (1)	Logistiek personeel (1)

Tabel 21 Geïnccludeerde artikels

Referentie	Beroepsgroep	Methode	Land
Backhaus, Verbeek, van Rossum, Capezuti en Hamers (2015)	Verpleegkundigen (BSN)	Expert consensus studie	US, Canada, Duitsland, Nederland, België, Zweden, Noorwegen, Finland, Zwitserland, UK, Spanje, Australië, Zuid-Korea, Japan
Barken en Armstrong (2018)	Verpleegkundigen (RN), verzorgenden ("direct care workers")	Samenvatting van workshops waar onderzoekers presentaties hebben gegeven	Canada
Bedin, Droz-Mendelzweig en Chappuis (2013)	Verpleegkundigen (RN)	Observaties en focusgroepen	Zwitserland
Cooper et al. (2017)	Verpleegkundigen (RN)	Delphi expert studie	UK
Dyck en Kim (2018)	Verpleegkundigen (BSN), zorgkundigen (LPN)	Vragenlijsten	US
Huizenga, Finnema en Roodbol (2016)	Verpleegkundigen (RN-GG)	Focusgroepen	Nederland
Kiljunen, Välimäki, Kankkunen en Partanen (2017)	Verpleegkundigen (RN), zorgkundigen (LPN)	Literatuurstudie	Zwitserland, Noorwegen, UK, US, Nederland
Kiljunen, Välimäki, Partanen en Kankkunen (2018)	Verpleegkundigen (RN), zorgkundigen (LPN)	Delphi studie	Finland
Prentice, McCleary en Narushima (2019)	PMT	Online survey	Canada
Myers, Rogers, LeCrone en Kelley (2019)	Sociaal werkers	Interviews	US
Phelan en McCormack (2016)	Verpleegkundigen (RN)	Observaties, interviews, vragenlijsten	Ierland
Roller-Wirnsberger et al. (2020)	Algemeen	Delphi studie	Oostenrijk, Ierland, UK, Griekenland
Sherman en Touhy (2017)	Verpleegkundig directeurs	Online survey	US
Stanyon, Goldberg, Astle, Griffiths en Gordon (2017)	Verpleegkundigen (RN)	Literatuurstudie en Delphi studie	UK
Szczerbińska, Topór-Mądry en Niedźwiedzka (2012)	"In-house educator"	Focusgroepen en survey	Polen

2.2 Resultaten

Van de 15 geïncludeerde artikels, bespreekt één artikel competenties voor alle personeelsleden van woonzorgcentra (Roller-Wirnsberger et al., 2020). Tien artikels behandelen competenties voor verpleegkundigen (Backhaus, Verbeek, van Rossum, Capezuti, & Hamers, 2015; Barken & Armstrong, 2018; Bedin, Droz-Mendelzweig, & Chappuis, 2013; Cooper et al., 2017; Dyck & Kim, 2018; Huizenga, Finnema, & Roodbol, 2016; Kiljunen, Välimäki, Kankkunen, & Partanen, 2017; Kiljunen, Välimäki, Partanen, & Kankkunen, 2018; Phelan & McCormack, 2016; Stanyon, Goldberg, Astle, Griffiths, & Gordon, 2017), waarvan er drie ook competenties voor zorgkundigen bespreken (Dyck & Kim, 2018; Kiljunen et al., 2017, Kiljunen et al., 2018) en één heeft het ook over competenties voor verzorgenden (Barken & Armstrong, 2018). Eén artikel gaat over psychomotorische therapeuten²² werkzaam in de residentiële ouderenzorg (Prentice, McCleary, & Narushima, 2019), één artikel over sociaal werkers (Myers, Rogers, LeCrone, & Kelley, 2019), één artikel over verpleegkundig directeurs (Sherman & Touhy, 2017) en tot slot nog één artikel over “in-house educators” of interne opleiders (Szczerbińska, Topór-Mądry, & Niedźwiedzka, 2012).

2.3 Algemeen

Roller-Wirnsberger et al. (2020) onderzochten welke competenties nodig zijn om met de kwetsbaarheid van ouderen om te gaan aan de hand van een Delphi studie. Ze stelden een framework op voor alle gezondheidswerkers die omgaan met ouderen. Dit omvat dus ook gezondheidswerkers die niet in een woonzorgcentrum werken. Het is belangrijk dat personeel kennis heeft over kwetsbaarheid of ‘frailty’ en met name over wat dit is, hoe vaak het voorkomt en wat de impact ervan is op de oudere persoon. Personeel moet die kwetsbaarheid ook kunnen identificeren aan de hand van de juiste instrumenten. Daarbovenop geven de onderzoekers aan dat personeel persoonsgericht moet kunnen samenwerken. Dit betekent dat het duidelijk is wat persoonsgerichte zorg inhoudt en dat alle elementen die belangrijk zijn voor de oudere persoon in acht worden genomen bij het opstellen van het zorgplan. Dit impliceert eveneens dat deze informatie gedeeld wordt met andere personeelsleden. Tot slot is het volgens Roller-Wirnsberger et al. (2020) niet alleen belangrijk dat personeel kan omgaan met ‘frailty’, maar ook preventief kan werken. Personeel in woonzorgcentra zou op de hoogte moeten zijn van interventies voor ouderen die risico lopen op ‘frailty’.

2.4 Verpleegkundigen

Van de 15 geïncludeerde artikels bespreken 10 artikels competenties van verpleegkundigen in woonzorgcentra. De gebruikte methodes variëren. Vier studies hanteren een Delphi of aangepaste Delphi-methode om zo een lijst van competenties te genereren via consensus (Backhaus & Armstrong, 2015; Cooper et al., 2017; Kiljunen et al., 2018; Stanyon et al., 2017). Drie studies baseren hun conclusies op kwalitatieve methodes, zoals observaties, focusgroepen en interviews (Bedin et al., 2013; Huizenga et al., 2016; Phelan & McCormack, 2016). De studie van Dyck en Kim (2018) detecteert een top vijf van educatieve noden aan de hand van de resultaten van een survey bij personeel. Verder is er een systematische literatuurstudie (Kiljunen et al., 2017) en ten slotte een studie waarin de auteurs

²² Wellicht komen de taken van ‘psycho-motorische therapeuten’ overeen met wat kinesitherapeuten in Vlaanderen doen, maar er kunnen ook aspecten van ergotherapie in vervat zitten.

presentaties van onderzoekers en vertegenwoordigers van werkgevers op een workshop samenvatten (Barken & Armstrong, 2018).

Ook de bevroegde populaties verschillen, gaande van experten in de geriatrie (Backhaus et al., 2015; Cooper et al., 2017) tot de verpleegkundigen zelf (Bedin et al., 2013; Dyck & Kim, 2018; Huizenga et al., 2016; Kiljunen et al., 2018; Phelan & McCormack, 2016), waarbij Kiljunen et al. (2018) ook hoofdverpleegkundigen en directies van woonzorgcentra includeren.

We hadden graag een onderscheid gemaakt tussen de competenties van verpleegkundigen met een bachelor diploma en de competenties van verpleegkundigen met een HBO5 diploma. De term 'registered nurse' wordt in het buitenland echter vaak gebruikt als een overkoepelende term voor alle verpleegkundigen en in een aantal artikels is het niet duidelijk welk opleidingsniveau de verpleegkundigen hebben. Enkel Backhaus et al. (2015) en Dyck en Kim (2018) spreken specifiek over verpleegkundigen met een bachelor diploma. Nog een uitzondering is het artikel van Huizenga et al. (2016) waarin de competenties besproken worden van bachelor verpleegkundigen die een extra specialisatie gerontologie en geriatrie (RN-GG) hebben gevolgd.

2.4.1 Communicatie

Ten eerste wordt vaak de rol van verpleegkundige als communicator vermeld. De bachelor verpleegkundige moet kunnen omgaan met complexe en moeilijke communicatie en moet ook kunnen inschatten wat de communicatienoden zijn en hoe de communicatietaken verdeeld worden om zo tot een goed communicatieplan te komen (Backhaus et al., 2015).

In de studie van Huizenga et al. (2016) wordt bij verpleegkundige als communicator vermeld dat gesprekken voeren en coaching belangrijk zijn. Dit gaat dan zowel over gesprekken met bewoners als over gesprekken met collega's. Een verpleegkundige moet het team én de bewoner kunnen coachen. Goede communicatie is cruciaal voor verpleegkundigen omdat zij ook de rol van leider opnemen (zie verder). Ze zorgen ervoor dat er goed gecommuniceerd wordt tussen de verschillende beroepsgroepen (Bedin et al., 2013).

Verpleegkundigen moeten verder ook competent zijn in het voeren van gesprekken over moeilijke onderwerpen met bewoners en familieleden (Kiljunen et al., 2017, Phelan & McCormack, 2016). Er wordt van hen verwacht dat ze gesprekken over het levenseinde voeren en op basis daarvan een passend zorgplan op stellen. Bij communicatie hoort ook de capaciteit om te kunnen luisteren en om empathie te tonen tijdens een gesprek (Kiljunen et al., 2017). Dit wordt enerzijds gekaderd in het hebben van een moreel kompas, waarbij verpleegkundigen de waardigheid van en het respect voor de bewoner kunnen waarborgen tijdens de communicatie (Phelan & McCormack, 2016). Anderzijds is het belangrijk dat verpleegkundigen non-verbale communicatie van de oudere kunnen lezen, kunnen luisteren en empathie kunnen tonen (Kiljunen et al., 2018). Ook Barken en Armstrong (2017) vermelden dat communicatieskills nodig zijn, maar ze gaan hier niet verder op in.

2.4.2 Leiding

Ten tweede moet een verpleegkundige de rol van leider kunnen opnemen. Bachelor verpleegkundigen moeten teamleiders zijn, de rol van coach kunnen opnemen voor de familie van de bewoner en het multidisciplinaire team kunnen ondersteunen (Backhaus et al., 2015). Om een goede leider te zijn, moeten ze ook een zorgplan kunnen opstellen en evalueren (Backhaus et al., 2015; Huizenga et al.,

2016). Bovendien moet een verpleegkundige belangrijke informatie efficiënt kunnen doorgeven aan andere teamleden en op die manier teamleden kunnen mobiliseren (Bedin et al., 2013).

Verder betekent leiderschap ook het kunnen plannen, organiseren en controleren van het werk, alsook het aansturen van personeelsleden, waarbij verpleegkundigen fungeren als een rolmodel voor andere personeelsleden (Kiljunen et al., 2017). Verpleegkundigen moeten de capaciteit bezitten om probleemoplossende voorstellen te formuleren, de doelen van het team (helpen) bepalen en te handelen rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden (Kiljunen et al., 2018).

2.4.3 Opleiden

Hierbij aansluitend moeten verpleegkundigen ook de competentie bezitten om anderen iets aan te leren. Tijdens stafvergaderingen moeten verpleegkundigen kennis concreet kunnen maken naar anderen toe, om zo hun competenties bij te schaven (Bedin et al., 2012). Het is niet enkel naar collega's toe dat verpleegkundigen een pedagogische rol opnemen, maar ook naar bewoners, hun familie en studenten verpleegkunde (Kiljunen et al., 2017). Daarom moeten verpleegkundigen studenten kunnen ondersteunen in hun ontwikkeling (Kiljunen et al., 2018). Daarnaast moeten zich ook kunnen opstellen als een adviseur voor ouderen en hun familie bijvoorbeeld wat betreft rechten op zorgsubsidies (Kiljunen et al., 2018).

2.4.4 Opleidingsnoden

In de residentiële ouderenzorg komen personeelsleden vaak in aanraking met ethische dilemma's. Het is dus essentieel dat verpleegkundigen skills bezitten om hiermee om te gaan (Bedin et al., 2012). Verder moeten bachelor verpleegkundigen weten waar de limieten van zorg zich bevinden (Huizenga et al., 2016).

Tot slot hebben verpleegkundigen uiteraard ook kennis nodig over technische zaken met betrekking tot ouderenzorg. Een paar artikels uit de scoping review bespreken technische kennis. In de studie van Dyck en Kim (2018) wordt nagegaan wat de grootste opleidingsnoden zijn van verpleegkundigen in woonzorgcentra. Ze concluderen dat er nood is aan vorming over decubitus, infectieziekten, pulmonale hypertensie, mentale en emotionele problemen, en chronische ziekten. In de studie van Cooper et al. (2017), waarin hetzelfde wordt bevraagd, zijn de drie meest vernoemde opleidingsnoden persoonlijke zorg (bijvoorbeeld dieet, darmzorg), dementiezorg en het omgaan met langdurige ziektes. Stanyon et al. (2017) stellen dat verpleegkundigen kennis moeten hebben over hygiëne, urine-incontinentie, darmzorg, pijnmanagement, farmacologie, de huid en acute ziektes.

2.5 Zorgkundige en verzorgende

Er zijn drie artikels geïnccludeerd die competenties voor zorgkundigen in de residentiële ouderenzorg bespreken. Een van deze artikels is hierboven al besproken, omdat de onderzoekers verpleegkundigen en zorgkundigen groeperen. Dyck en Kim (2018) stellen aan de hand van vragenlijsten een top vijf van educatieve noden samen voor verpleegkundigen en zorgkundigen. Ze concluderen dat zorgkundigen nood hebben aan vorming over decubitus, infectieziekten, pulmonale hypertensie, mentale en emotionele problemen, en chronische ziekten.

De literatuurstudie van Kiljunen et al. (2017) gaat niet alleen over verpleegkundigen, maar ook over de competenties van zorgkundigen. De auteurs stellen vast dat weinig artikels de rol van zorgkundigen in woonzorgcentra bespreken. Zorgkundigen moeten volgens hen een beoordeling kunnen maken, op

basis daarvan een zorgplan kunnen opstellen en dat zorgplan kunnen evalueren. Verder geven ze kort aan dat zorgkundigen de competenties moeten bezitten om op deze vlakken te kunnen handelen: gezondheidspromotie, behandeling, palliatieve zorg, ethiek, beoordeling, basisbehoeften, communicatie, verantwoordelijkheid, samenwerken en attitudes. Op basis van diezelfde literatuurstudie, maar aangevuld met een Delphi studie, stellen Kiljunen et al. (2018) een lijst van competenties samen voor verpleegkundigen en zorgkundigen. De lijsten zijn gelijklopend, behalve dat er geen consensus is voor de zorgkundigen bij de capaciteit 'bloed kunnen trekken en kunnen overhandigen aan een laboratorium voor verdere testen'. De 80 competenties voor zorgkundigen worden gegroepeerd onder vijf thema's: attitudes en ethische competenties, competenties met betrekking tot interactie, evidence-based zorg, pedagogische competenties en leiderschap (zie tabel 22).

Uit de 15 geïnccludeerde artikelen halen we één artikel waarin de nodige skills voor verzorgenden in woonzorgcentra worden besproken. Barken et al. (2018) vatten presentaties van onderzoekers en vertegenwoordigers van werkgevers op een workshop samen. Verzorgenden moeten volgens hen om kunnen gaan met een verscheidenheid aan welzijnsnoden en sociale noden van bewoners. Verder zijn ook skills voor complexe medische taken belangrijk, zoals bijvoorbeeld het toedienen van injecties. Barken et al. (2018) vermelden nog dat sociale vaardigheden en intuïtieve kennis over omgaan met ouderen belangrijk zijn. Verder zijn culturele competenties belangrijk, om een kwalitatieve zorg te kunnen verlenen aan ouderen met verschillende achtergronden. Tot slot is het kunnen werken in team een belangrijke vaardigheid.

Tabel 22 Competenties voor verpleegkundigen en zorgkundigen (Kiljunen et al., 2018)

Thema	Competenties
Attitude en ethische competenties	Capaciteit om de oudere met respect tegemoet te komen
	Capaciteit om respect te tonen voor de autonomie van de oudere
	Capaciteit om respect te tonen voor de privacy van de oudere
	Capaciteit om de individualiteit van de oudere in acht te nemen
	Capaciteit om ethische dilemma's te herkennen
	Capaciteit om alle bewoners gelijkwaardig te behandelen
	Capaciteit om een advocaat te zijn voor de oudere (wensen in acht nemen, ...)
	Capaciteit om regels te volgen (over bijvoorbeeld zwijgplicht)
	Capaciteit om een advocaat te zijn voor de oudere (wensen in acht nemen, ...)
Competenties m.b.t. interactie	Capaciteit om empathisch te zijn
	Capaciteit om te luisteren
	Capaciteit om non-verbale communicatie van de oudere te begrijpen
	Capaciteit om een confidentiële relatie met de oudere te creëren
	Capaciteit om gevoelige gesprekken aan te gaan
	Capaciteit om een gevoel van veiligheid te creëren

	Capaciteit om humor op een correcte manier te gebruiken
	Capaciteit om om te gaan met een oudere met geheugenstoornissen
	Capaciteit om de culturele achtergrond van de oudere in acht te nemen
	Capaciteit om rekening te houden met de familieleden van de oudere
	Capaciteit om te onderhandelen en te rechtvaardigen
	Capaciteit om een gevoel van solidariteit te promoten
	Capaciteit om samen te werken met een team
	Capaciteit om multiprofessionele samenwerking uit te voeren
	Capaciteit om te communiceren en verbale observaties door te geven
	Capaciteit om dossier informatie in een elektronisch systeem in te geven
Evidence-based zorg competenties	Capaciteit om te plannen en persoonsgerichte en individuele zorg te implementeren
	Capaciteit om zorg te beoordelen
	Capaciteit om de gezondheid van de oudere en veranderingen te beoordelen
	Capaciteit om de geestelijke gezondheid van de oudere te ondersteunen
	Capaciteit om het sociale welzijn van de oudere te ondersteunen
	Capaciteit om de seksualiteit van de oudere te ondersteunen
	Capaciteit om de spiritualiteit van de oudere te ondersteunen
	Capaciteit om participatie van de oudere en familie aan te moedigen
	Capaciteit om valpartijen te vermijden en veiligheid te garanderen
	Capaciteit om voedingszorg te geven aan de oudere (bijvoorbeeld preventie van ondervoeding)
	Capaciteit om steriel te werken
	Capaciteit om infectieziekten te voorkomen, alsook de verspreiding ervan te voorkomen
	Capaciteit om zweren te voorkomen en te behandelen
	Capaciteit om te zorgen voor de orale hygiëne van de oudere
	Capaciteit om te zorgen voor de basishygiëne van de oudere
	Capaciteit om te reageren in acute situaties waarbij eerste hulp nodig is

	Capaciteit om toezicht te houden op de lange-termijn ziekten van de oudere, alsook te behandelen
	Capaciteit om acute ziekten van de oudere te herkennen en te behandelen
	Capaciteit om een depressie te herkennen
	Capaciteit om veilige farmacologische zorg te verlenen
	Capaciteit om pijn te herkennen
	Capaciteit om pijn te behandelen
	Capaciteit om bloed te trekken en te overhandigen aan een laboratorium voor verdere testen *
	Capaciteit om kleine procedures uit te voeren, zoals het plaatsen van een katheder
	Capaciteit om de oudere te activeren en rehabiliteren
	Capaciteit om de <i>resources</i> van de oudere te herkennen, gebruiken en ondersteunen
	Capaciteit om hulpmiddelen te gebruiken en de oudere te helpen in het gebruik ervan
	Capaciteit om ergonomisch te werken
	Capaciteit om een agressieve oudere tegemoet te komen
	Capaciteit om lichamelijke en psychologische symptomen te verminderen zonder farmacologie
	Capaciteit om de oudere en familie bij te staan bij het einde van het leven
	Capaciteit om palliatieve en somatische zorg te verlenen
	Capaciteit om zorg in een hospice te verlenen
	Capaciteit om zelfstandig klinische beslissingen te nemen
Pedagogische competenties	Capaciteit om de oudere individueel te begeleiden
	Capaciteit om een groep van ouderen te begeleiden (bijvoorbeeld bij muziek sessies)
	Capaciteit om een groep van ouderen met geheugenstoornissen te begeleiden
	Capaciteit om familie van de oudere te begeleiden en advies te geven
	Capaciteit om de oudere en/of familie advies te geven over sociale voordelen (bijvoorbeeld over zorg subsidies)
	Capaciteit om personeel van de werkeenheden te gidsen en op te leiden

	Capaciteit om de groei en het leerproces van studenten te ondersteunen
Leiderschap en ontwikkeling competenties	Capaciteit om zorg te coördineren tussen de personen die in staan voor de zorg
	Capaciteit om het eigen werk te plannen en organiseren
	Capaciteit om de dagelijkse verdeling van het werk te plannen
	Capaciteit om zich aan te passen aan veranderende situaties
	Capaciteit om de eigen capaciteit van de zorg voor ouderen te beoordelen
	Capaciteit om de effecten van eigen attitudes op werk te beoordelen
	Capaciteit om creatief problemen op te lossen in de dagdagelijkse context van ouderenzorg
	Capaciteit om ideeën te verzinnen en de zorg voor ouderen te ontwikkelen in de werkeenheden
	Capaciteit om samen met een team doelen te stellen
	Capaciteit om toegewijd te zijn aan problemen en doelen die afgesproken zijn
	Capaciteit om onbewuste kennis te ontvangen en door te geven
	Capaciteit om netwerken te creëren
	Capaciteit om betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek over ouderenzorg te gebruiken
	Capaciteit om in te staan voor de aanschaf van zorgbehoeften
	Capaciteit om economisch te handelen

* Competentie niet toepasselijk voor verzorgenden

2.6 Sociaal werker

Ook sociaal werkers hebben een belangrijke rol in de residentiële ouderenzorg. In een studie van Myers et al. (2019) gaan de onderzoekers, aan de hand van interviews met sociaal werkers, na wat de skills zijn die het meest worden gebruikt tijdens hun werk. De onderzoekers spitsen zich toe op de rol die sociaal werkers spelen in het omgaan met moeilijk gedrag van de bewoner. De skills worden onderverdeeld in zes thema's: aandacht, beoordeling, gedragsmanagement, relaties vormen, in team werken, en omleiding van gedrag. Sociaal werkers moeten actief kunnen luisteren naar bewoners, geduld kunnen uitoefenen en een escalatie van het probleem kunnen voorkomen. Verder moeten zij een goede beoordeling van de situatie kunnen maken, waarbij de inschatting van de omgeving en het gedrag van de bewoner centraal staan om zo tot het probleem te kunnen komen. Sociaal werkers kunnen ook met (moeilijk) gedrag om gaan, waarbij ze crisisinterventies kunnen toepassen en kennis hebben van non-farmacologische oplossingen.

Een sociaal werker moet verder ook de capaciteiten bezitten om relaties te vormen met bewoners. Het is belangrijk om de bewoner te leren kennen, om zo in te kunnen schatten wat de noden van de bewoner zijn. In een team moet een sociaal werker kunnen samenwerken met andere beroepsgroepen zoals verpleegkundigen en administratief personeel. Het belang van communicatie wordt hierbij ook vermeld. Tot slot bespreken de onderzoekers dat sociaal werkers aangeven dat het belangrijk is om door middel van luisteren, empathie en het aanbieden van oplossingen, storend gedrag van de bewoner te verminderen.

2.7 Psychomotorisch therapeut

De competenties voor psychomotorische therapeuten (PMT's), een beroepsgroep die wellicht minstens gedeeltelijk overeenstemt met de kinesitherapeut in Vlaanderen, die werken in woonzorgcentra worden besproken door Prentice et al. (2019), het is het enige geïnccludeerde artikel dat specifiek PMT's bespreekt. De onderzoekers gingen op zoek naar wat psychomotorische therapeuten in woonzorgcentra in Canada ervaren als kennistekorten. Dit doen ze aan de hand van een online survey. Aangezien er nog geen competenties beschikbaar waren specifiek voor PMT's die werken in woonzorgcentra, stelden de onderzoekers een lijst op van competenties. De wijze waarop ze deze lijst opstelden, wordt niet beschreven. De onderzoeker geven aan dat ze deze lijst hebben verkregen door een bestaande vragenlijst aan te passen. Het dus niet gaat over competenties die zijn bepaald via een bevraging van experts of via observaties en interviews met PMT's. De lijst is wellicht ook niet exhaustief. Via de survey gingen de onderzoekers na hoe de PMT's denken over de beschreven competenties.

Ze concluderen dat een PMT in de residentiële ouderenzorg zorgplannen moet kunnen opstellen, implementeren en evalueren voor responsief gedrag, fysieke beperkingen en dementie. Verder moeten zij het verschil kennen tussen normaal ouder worden en ziekte. Ook moeten zij RAI-MDS (een oudere versie van BelRAI) kunnen gebruiken en de evolutie van de bewoner kunnen opvolgen.

2.8 Verpleegkundig directeur

Eén artikel uit onze scoping review bespreekt de leiderschapscompetenties die verpleegkundig directeurs moeten hebben. Aan de hand van een vragenlijst bij verpleegkundig directeurs in de Verenigde Staten gaan Sherman en Touhy (2017) na welke competenties nodig zijn om de rol van verpleegkundig directeur uit te voeren. Deze competenties worden ook gerangschikt. Op plaats één staat de bekwaamheid om personeel op te leiden en bij te staan. Een verpleegkundig directeur moet dus een rol van coach kunnen opnemen. Verder moet hij of zij ook kennis hebben van kwaliteitsmanagement. Ook skills met betrekking tot 'klantvriendelijkheid' zijn belangrijk. Tot slot hebben verpleegkundig directeurs meer kennis nodig over budgettering en over algemene verpleegkunde, om zo te kunnen omgaan met de toenemende complexiteit waarmee ze in aanraking komen in de residentiële ouderenzorg.

2.9 Interne trainer

Een laatste artikel stelt aan de hand van focusgroepen en een survey een competentieprofiel samen voor "in-house educators". Dit zijn personen die opleidingen geven aan personeel van woonzorgcentra (Szczerbińska et al., 2012). Het is een nieuw soort rol, die tot doel heeft de competenties van zorgpersoneel in woonzorgcentra te vergroten en het personeel te ondersteunen in het bijleren. De

studie, uitgevoerd in Polen, maakte gebruik van focusgroepen met diverse types van personeelsleden uit de residentiële ouderenzorg, zoals directeurs, verpleegkundigen en sociaal werkers. Op basis van deze focusgroepen is een lijst van competenties opgesteld en nadien is het belang van elke competenties bevraagd bij leerkrachten en docenten en bij zorgpersoneel uit woonzorgcentra. De lijst is zeer uitgebreid. De competenties zijn opgedeeld in drie thema's: beroepsspecifieke competenties, sociale competenties en algemene competenties.

Wat betreft de beroepsspecifieke competenties moet een "in-house educator" kennis hebben over pedagogie en over de educatieve noden van het personeel. Ook moet deze persoon algemene kennis bezitten over verpleegkunde, kinesithérapie, geneeskunde en geriatrie. Verder is het belangrijk dat deze persoon het vermogen bezit om anderen te onderwijzen en om trainingen te plannen en organiseren. Uit de sociale competenties die Szczerbińska et al. (2012) bespreken, komt naar voor dat een "in-house educator" goed moet kunnen omgaan met stress. Ook communiceren is belangrijk in een lesgevende rol, net als goed in team kunnen werken en probleemoplossend kunnen denken. Wat betreft de algemene competenties is het noodzakelijk dat een "in-house educator" kan delegeren, efficiënt beslissingen kan nemen en flexibel kan zijn. Deze persoon moet ook openstaan voor veranderingen, innovatief zijn, en holistisch kunnen denken.

3. Besluit

De Belgische en internationale competentieprofielen zijn zeer algemeen en hebben weinig aandacht voor de woon- en leefcomponent die in de Vlaamse woonzorgcentra ook zeer belangrijk is, zoals ook werd aangegeven in de focusgroepen met bewoners, familieleden en potentiële bewoners.

Uit de scoping review van literatuur over competenties die nodig zijn in de residentiële zorg voor ouderen kunnen we wel inspiratie halen voor specifieke competenties, maar die literatuur is zeer uitgebreid en divers. De beschreven competenties kunnen in het onderwijs en voor de permanente vorming van personeel in woonzorgcentra wel de nodige inspiratie bieden om (a) potentiële werknemers van woonzorgcentra beter en meer specifiek voor te bereiden op werken in een woonzorgcentrum en (b) meer vorming op maat uit te werken voor het personeel van woonzorgcentra.

Uit de voorgaande hoofdstukken bleek een sterke vraag naar meer logistiek en ondersteunend personeel. Vaak zal het dan gaan over mensen die niet specifiek opgeleid zijn in de zorg voor kwetsbare ouderen. Zij hebben bijgevolg nood aan vorming en opleiding, die ook 'on the job' gegeven kan worden. Voor de inhoud van die 'on the job training' kan inspiratie worden gevonden in de scoping review.

Hoofdstuk 9

Wie woont in de Vlaamse woonzorgcentra? Het profiel van de bewoners op basis van BelRAI data

In de voorgaande hoofdstukken kwam onder meer aan bod dat de Katz-schaal onvoldoende een aantal noden van de bewoners capteert. Slechts 25% van de bestaffing wordt verklaard door de zorggraad. Ook (potentiële) bewoners en families geven aan dat er meer personeel zou moeten zijn op basis van de noden van wie in het woonzorgcentrum verblijft. Die noden zijn breder dan de fysieke noden. Het gaat ook over het verminderen van eenzaamheid, het bieden van zinvolle activiteiten en het tegemoetkomen aan psycho-sociale noden in het algemeen.

Om een goed beeld te krijgen van wie, met welke capaciteiten, moet worden ingezet in de Vlaamse woonzorgcentra, is het bijgevolg nodig een goed beeld te hebben van de noden en behoeften van wie in die woonzorgcentra woont. We willen hierbij niet alleen kijken naar de beperkingen van de bewoners, maar ook naar de domeinen waar verbetering of preventie mogelijk is.

De beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin stelt dat BelRAI het richtinggevende instrument is voor zorgplanning, zorginschaling en finaal ook voor het budgetteren van zorgnoden in het VSB-kader. Om op een adequate manier te kunnen inspelen op de verscheidenheid van zorg- en ondersteuningsnoden, is het van belang dat we die noden objectief vaststellen en vertalen naar een passend aanbod. De uitrol van een uniforme indicatiestelling (BelRAI) voor de planbare zorg- en ondersteuning aan personen met een chronische zorgnood in sectoren waar personen terecht kunnen, is daarvoor noodzakelijk. Het gebruik van BelRAI moet bijdragen aan een meer kwalitatieve zorgplanning. Het gebruik van BelRAI is ook een noodzakelijke randvoorwaarde om verbindingen met andere sectoren mogelijk te maken en verdere stappen te zetten naar de afstemming van het woonzorgcentrum met andere sectoren (GGZ, VAPH, gezinszorg, revalidatie, enzovoort).

Om deze doelstellingen te bereiken, is een proefproject opgezet in een representatief staal van woonzorgcentra, met een representatief staal van bewoners. Personeel van de woonzorgcentra werd opgeleid en nam LTCF-assessments af van de bewoners. De zorgverleners verzamelden zo BelRAI gegevens op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier. De resultaten zijn onder meer Client Assessment Protocols of Collaborative Action Plans (CAP's) en zorgschalen. Deze resultaten kunnen gebruikt worden om een kwaliteitsvol zorgplan op te stellen, aan te passen of te evalueren voor iedereen die nood heeft aan (complexe) zorgverlening. Ze geven echter ook een beeld van de noden en behoeften van de bewoners.

CAP's kunnen beschouwd worden als alarmpjes die aangaan wanneer in een bepaald domein nog verbetering mogelijk is of wanneer achteruitgang verminderd kan worden. CAP's kunnen code 0, 1, 2 of 3 krijgen. Code 0 kan betekenen dat er geen probleem is in een bepaald domein, maar kan tevens betekenen dat er in dat domein geen verbetering meer mogelijk is of dat achteruitgang niet verminderd kan worden. CAP's kunnen gecategoriseerd worden in vier domeinen: 1) Functioneel presteren (bv. activiteiten van het dagelijks leven, fysieke fixatie); 2) Cognitie en geestelijke gezondheid (bv. cognitieverlies, delirium, stemmingsstoornissen, communicatie); 3) Sociaal leven (bv. activiteiten, mantelzorg, sociale omgang); 4) Klinische complicaties (bv. valincidenten, pijn, decubitus, dyspneu). Aan elke CAP zijn richtlijnen verbonden die zorgprofessionals informeren over mogelijke manieren om de

problemen aan te pakken. CAP's zijn gebaseerd op systematische reviews van de internationale literatuur.

Zorgschalen zijn internationaal gevalideerde schalen en geven een overzicht van de klinische kenmerken van de cliënt. Schalen kunnen gecategoriseerd worden in 6 domeinen: 1) Fysiek functioneren (bv. activiteiten van het dagelijks leven schaal); 2) Cognitief functioneren (bv. cognitieve performantieschaal); 3) Sociaal functioneren (bv. communicatieschaal, sociaal engagementschaal); 4) Stemming en gedrag (bv. depressieschaal, zelfzorgindex); 5) Gezondheidstoestand (bv. pijnschaal, decubitusschaal); 6) Kinderen en jongeren (bv. angstschaal, peer conflict schaal).

CAP's en zorgschalen zijn niet bedoeld om zorgplanning te automatiseren. Wel zijn ze ontworpen om de cliënt en de zorgprofessionals te betrekken in een dialoog om gezamenlijke besluitvorming te ondersteunen.

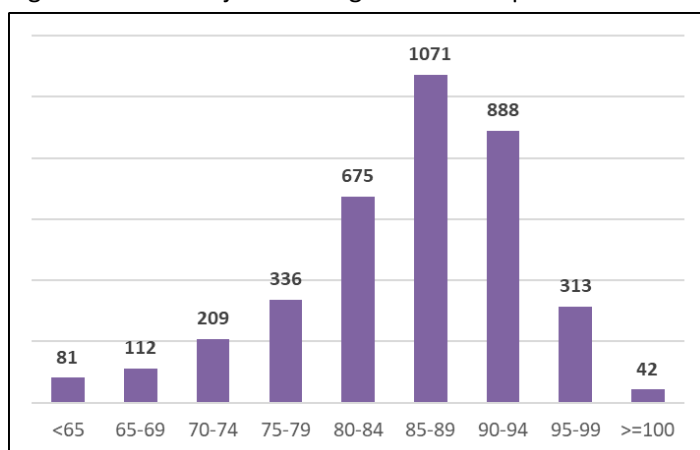
De dataverzameling vond plaats tussen 1 februari 2020 en 31 maart 2022. Inschalingen waarvoor geen enkele CAP of schaal kon worden berekend als gevolg van een groot aantal ontbrekende waarden (N=132) werden verwijderd. Dit resulteerde in een basisdataset van 6954 observaties voor 4986 verschillende bewoners. De kenmerken van de steekproef en de representativiteit ervan worden uitgebreid beschreven in een andere studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Daems & Declercq, 2023).

1 Steekproefkarakteristieken

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de voornaamste karakteristieken van de bewoners in de totale steekproef.

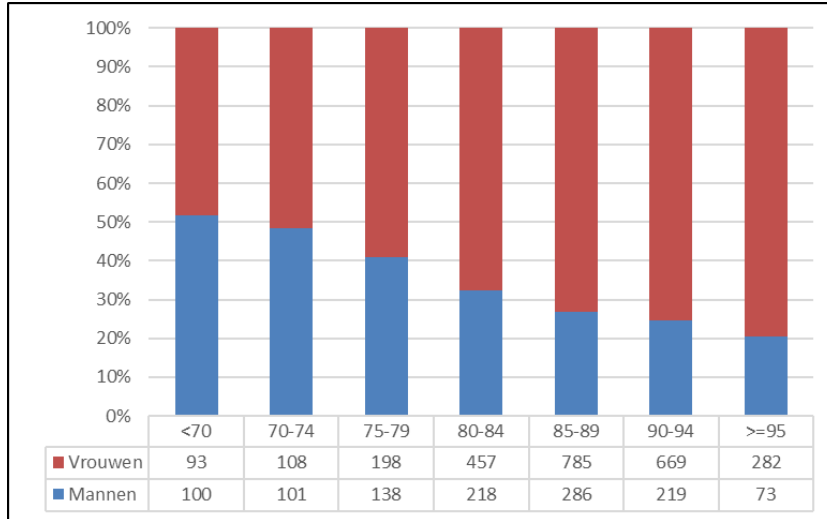
Ongeveer zeven op tien bewoners zijn vrouwen (69,5%) en ruim drie op tien zijn mannen (30,5%). Zoals blijkt uit onderstaande figuur ligt de piekleeftijd van de bewoners in de steekproef tussen 85 en 89 jaar (1071 bewoners of 29%). Ruim zes op tien bewoners (62%) is ouder dan 85.

Figuur 32 Leeftijdsverdeling van de steekproef



In de groep van bewoners jonger dan 70 jaar is minder dan de helft vrouw (48%), maar dit percentage neemt toe per leeftijdscategorie tot ruim twee op drie bewoners tussen 80 en 84 jaar en bijna acht op tien (79%) in de oudste leeftijdsgroep van 95 jaar of ouder.

Figuur 33 Verdeling van de steekproef naar geslacht en leeftijd



De Ziekte van Alzheimer en/of een andere vorm van dementie is aanwezig bij de helft van de bewoners. Daarmee is dementie de meest voorkomende diagnose in de steekproef. Andere frequent voorkomende diagnoses zijn hartfalen en diabetes (ruim één bewoner op vijf), gevolgd door depressie, beroerte en angst (meer dan één bewoner op tien).

Tabel 23 Diagnoses (meerdere diagnoses zijn mogelijk per bewoner)

Diagnose	Aantal	%
Dementie	1870	50%
<i>Alzheimer</i>	834	22%
<i>Andere vorm</i>	1121	30% ²³
Hartfalen	843	22%
Diabetes	763	20%
Depressie	607	16%
Beroerte	492	13%
Angst	400	11%
Aandoening hartkransslagader	370	10%
Kanker	367	10%
Chronische obstructie luchtwegen	352	9%
Ziekte van Parkinson	276	7%
Urineweginfectie	259	7%
Hemiplegie	212	6%
Schizofrenie	99	3%
Bipolair syndroom	78	2%
Longontsteking	52	1%
Andere fractuur	49	1%
Paraplegie	40	1%
Heupfractuur	29	1%
Cerebral Palsy	28	1%
MS	24	1%
Quadriplegie	20	1%
Septicemie	18	0%

Relevante karakteristieken van de bewoners in de steekproef kunnen tenslotte beschreven worden aan de hand van een aantal zorgschalen en CAP's die automatisch berekend worden in het BelRAI LTCF-instrument. Deze zorgschalen en CAP's geven informatie met betrekking tot het functioneel presteren, de cognitie en geestelijke gezondheidszorg, het sociaal leven en de klinische problemen van de bewoners.

2 Functioneel presteren

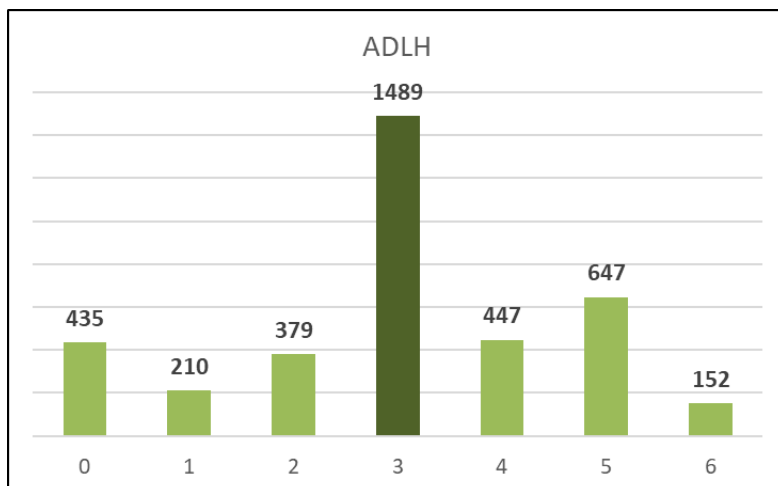
Om het functioneel presteren van de bewoners van woonzorgcentra in kaart te brengen, zijn vier schalen en drie CAP's beschikbaar in de BelRAI LTCF-data. De hiërarchische ADL-schaal (ADLH) is gebaseerd op vier ADL-items (persoonlijke hygiëne, zich verplaatsen, toiletgebruik, eten) die op een hiërarchische manier in rekening gebracht worden, afhankelijk van het stadium waarin verlies van de betreffende ADL-functie zich doorgaans voordoet.

Uit Figuur 34 blijkt dat de mediaan ADLH-score gelijk is aan drie (donkere balk). Deze score betekent dat tenminste uitgebreide hulp vereist is bij de persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik en minder dan

²³ Een aantal bewoners hebben een dubbeldiagnose van Alzheimer en een andere vorm van dementie.

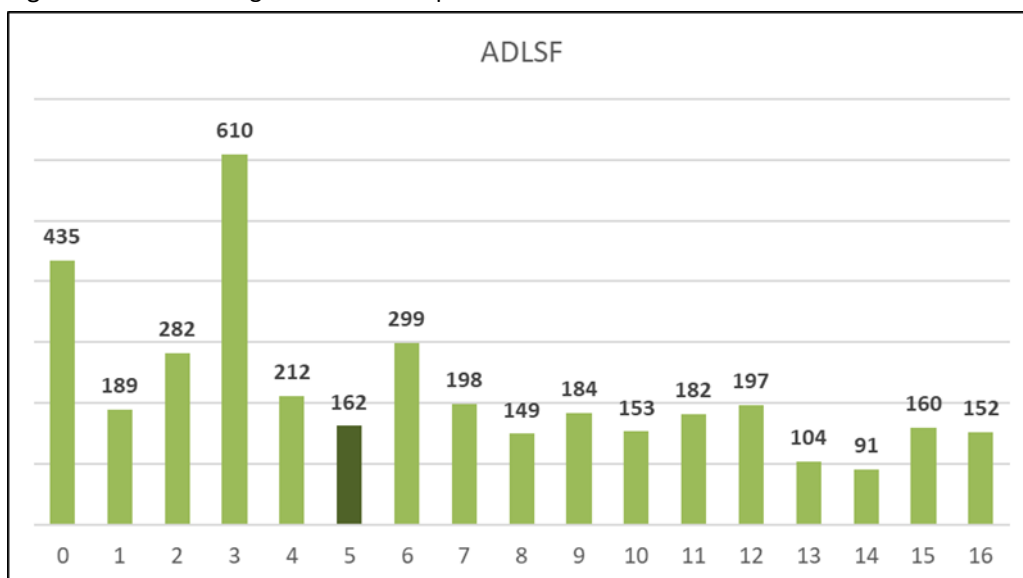
uitgebreide hulp bij het eten en zich verplaatsen. Bijna vier bewoners op tien heeft score drie, terwijl iets minder dan drie bewoners op tien lager scores en iets meer dan drie op tien hoger.

Figuur 34 Verdeling van de scores op de ADL-Hierarchy schaal

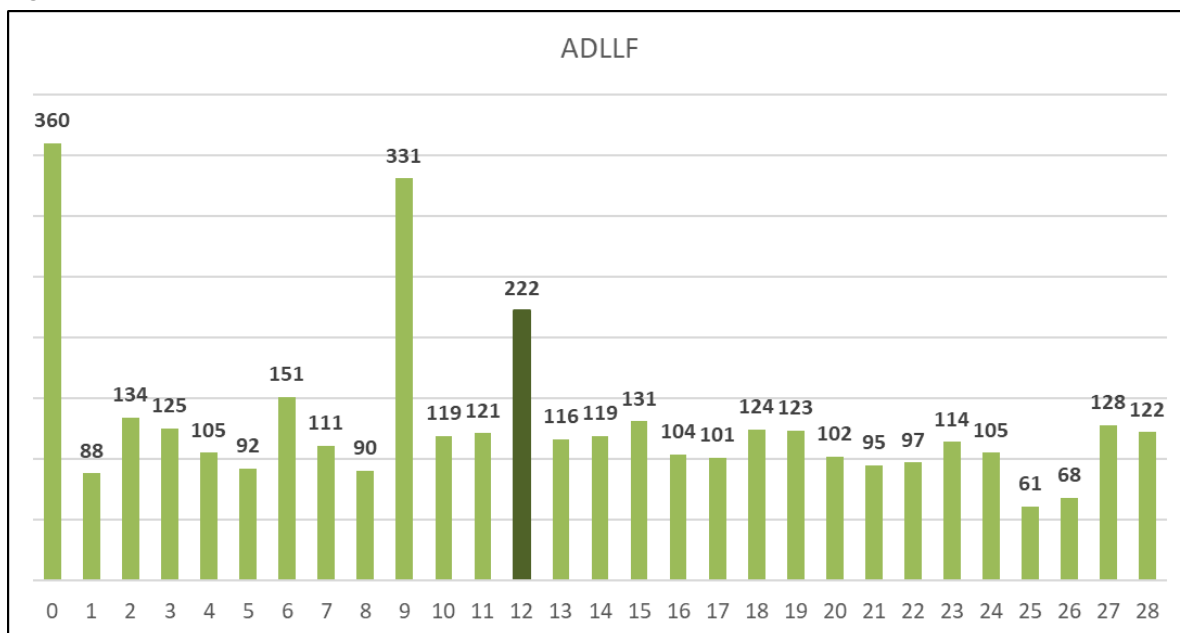


In Figuren 35 en 36 wordt de verdeling van de bewoners volgens de ADLSF (ADL Short Format) en ADLLF (ADL Long Format) voorgesteld. De ADLSF-schaal is gebaseerd op dezelfde items als de ADLH-schaal, maar houdt geen rekening met de stadia van het functieverlies. Voor berekening van de ADLLF-schaalscores worden drie bijkomende ADL-items gebruikt (kleden boven, kleden onder en beweeglijkheid in bed). Voor beide schalen geldt dat de ADL-afhankelijkheid groter wordt naarmate de score hoger ligt.

Figuur 35 Verdeling van de scores op de ADL Short Format schaal

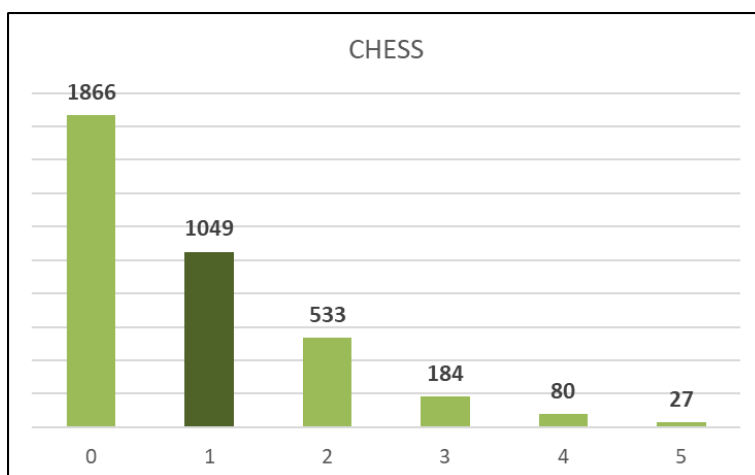


Figuur 36 Verdeling van de scores op de ADL Long Format schaal



Op de Gezondheidsinstabiliteitsschaal of CHES-schaal (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale) is de mediaanscore in de steekproef één, een score die wijst op milde instabiliteit van de gezondheid. Bijna de helft van de bewoners heeft een stabiele gezondheid (score nul), terwijl minder dan 8% hoge tot ernstige instabiliteit van de gezondheid vertoont (score drie tot vijf).

Figuur 37 Verdeling van de scores op de Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale

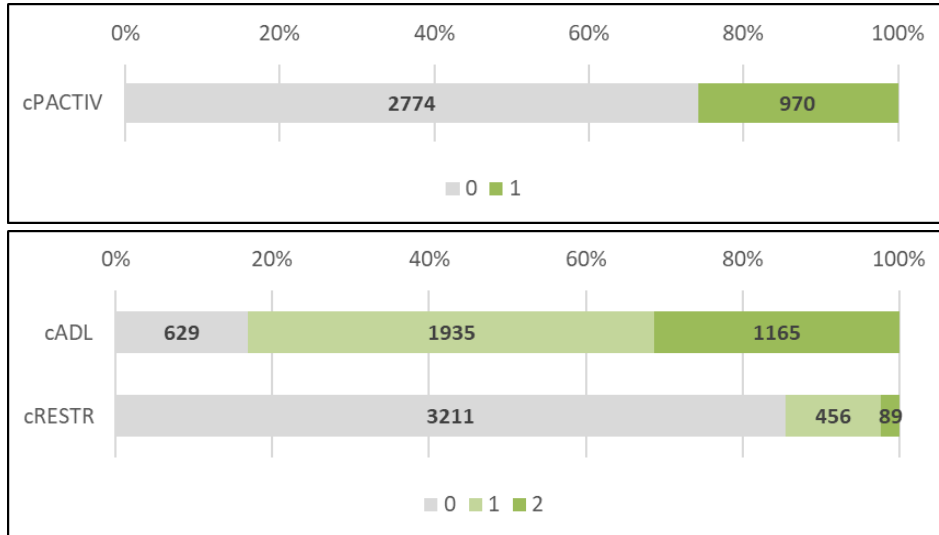


Voor ruim een kwart van de bewoners in de steekproef is de CAP Physical Activities Promotion (cPACTIV) geactiveerd voor mogelijkheid tot verbetering.

De CAP ADL (cADL) is geactiveerd voor meer dan acht bewoners op tien. Voor ongeveer de helft van de bewoners in de steekproef ligt de klemtoon op het voorkomen van achteruitgang, terwijl verbetering mogelijk is voor ongeveer drie bewoners op tien.

Activatie om fixatiemateriaal te verwijderen (score één of twee op de CAP Physical Restraints of cRESTR) is aanwezig bij 14% van de bewoners in de steekproef, voornamelijk bij personen die zelf bijna niet meer in staat zijn om 'middle of early loss' ADL-activiteiten uit te voeren (score één).

Figuur 38 Het aantal personen voor wie de CAPs over bevordering van de fysieke activiteiten, ADL en fixatie zijn getriggerd

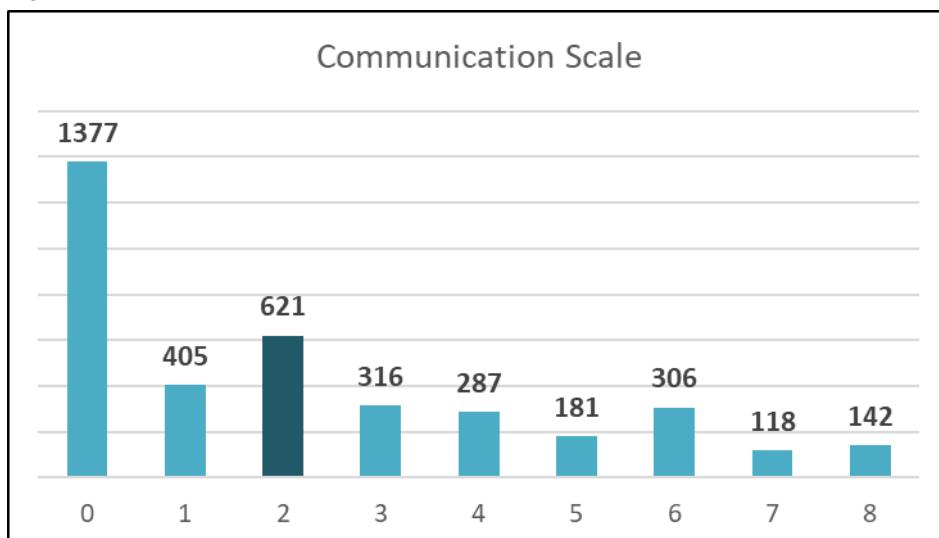


3 Cognitie en geestelijke gezondheid

Cognitieve problemen en geestelijke gezondheid van de bewoners in de steekproef kunnen worden beschreven aan de hand van vier schalen en vijf CAP's.

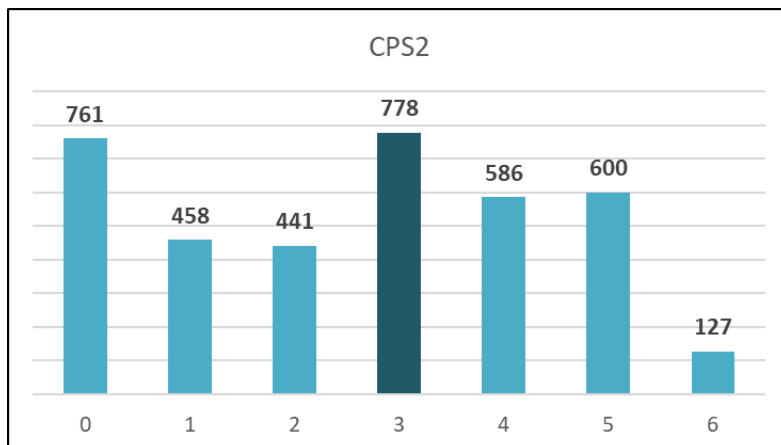
De mediaanscore op de communicatieschaal is twee en komt overeen met een lichte verstoring van de communicatie. De verstoring is matig ernstig tot zeer ernstig (vanaf score vijf) bij ongeveer twee bewoners op tien.

Figuur 39 Verdeling van de scores op de Communicatieschaal



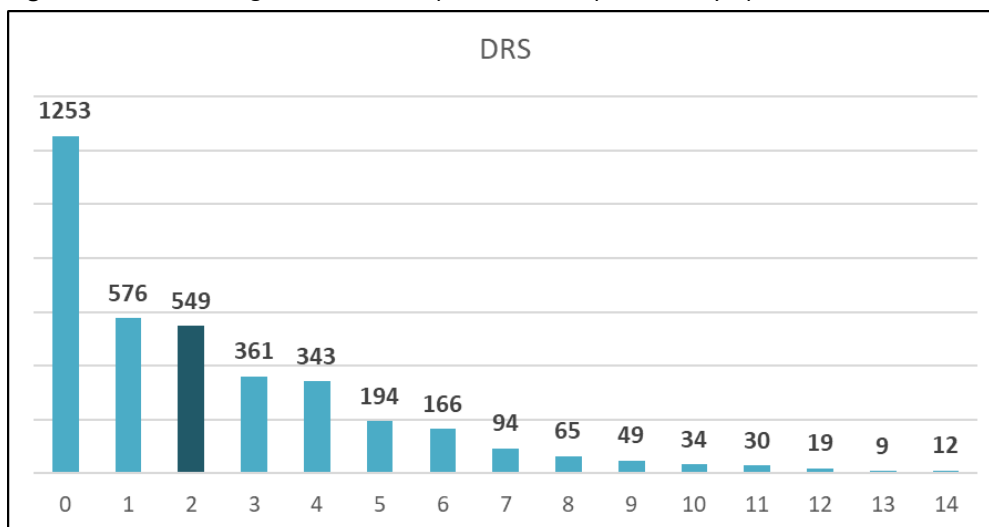
De Cognitive Performance 2 Scale of CPS2 meet het cognitief presteren van de bewoners en wordt berekend op basis van vijf items: cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming, kortetermijngeheugen, procedureel geheugen, uiting/zichzelf duidelijk maken en eten. De mediaanscore is drie, wat wijst op een matige verstoring van het cognitief presteren. Een matig ernstige tot zeer ernstige verstoring komt voor bij 35% van de bewoners.

Figuur 40 Verdeling van de scores op de Cognitieschaal



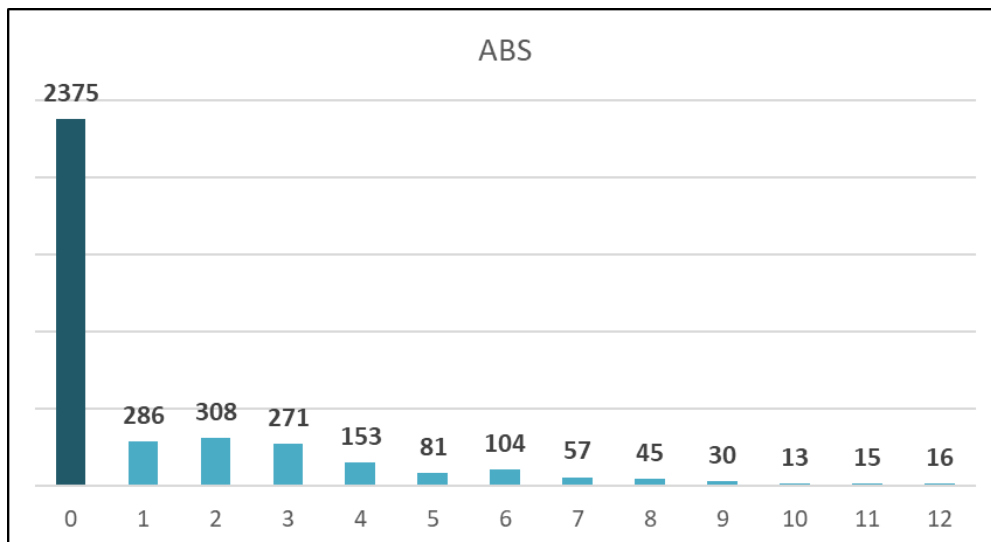
De Depression Rating Scale of DRS wordt berekend op basis van zeven items die wijzen op een negatieve gemoedstoestand en geeft de waarschijnlijkheid van een depressiestoornis weer. Vanaf score drie is een depressiestoornis mogelijk aanwezig, met indicatie voor meer ernstige depressie vanaf score zes. De mediaanscore bij de bewoners in de steekproef ligt op score twee. Een score van drie of meer komt voor bij 27% van de bewoners, terwijl een score van zes of meer voorkomt bij iets minder dan 13%.

Figuur 41 Verdeling van de scores op de Schaal Depressieve symptomen

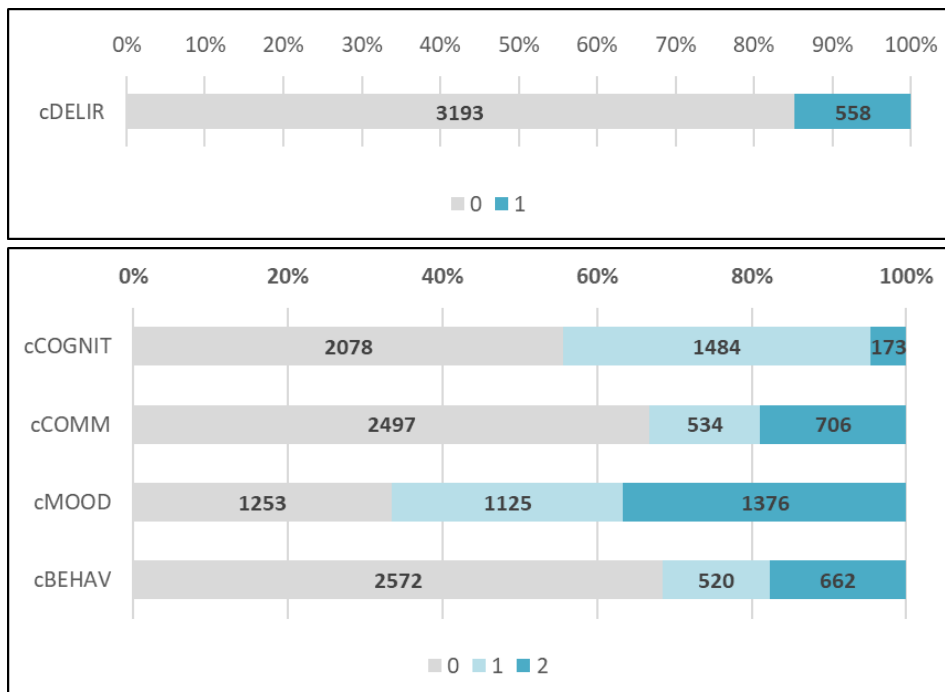


De Aggressive Behavior Scale of ABS meet de mate van agressief gedrag en is gebaseerd op vier items: verbaal geweld, lichamelijk geweld, sociaal onangepast of storend gedrag en verzet tegen zorg. De grote meerderheid van de bewoners in de steekproef vertoont geen agressief gedrag (63%). Een score van vijf of meer is een indicatie van ernstig agressief gedrag en komt voor bij ongeveer één bewoner op tien.

Figuur 42 Verdeling van scores op de schaal Agressief gedrag



Figuur 43 Het aantal bewoners voor wie de CAPs Delier, Cognitie, Communicatie, Stemming en Gedrag zijn getriggerd



Actieve deliriumsymptomen leiden tot activatie van de CAP Delirium (cDELIR) bij 15% van de bewoners in de steekproef.

De CAP Cognitive Loss (cCOGNIT) is geactiveerd om het risico op cognitieve achteruitgang te controleren en op te volgen voor vier bewoners op tien (score één). Activatie om cognitieve achteruitgang te voorkomen is aanwezig bij 5% van de bewoners in de steekproef (score twee).

De CAP Communication (cCOMM) is geactiveerd omwille van potentiële vooruitgang (score één) bij 14% van de bewoners en om achteruitgang te voorkomen (score twee) bij 19%.

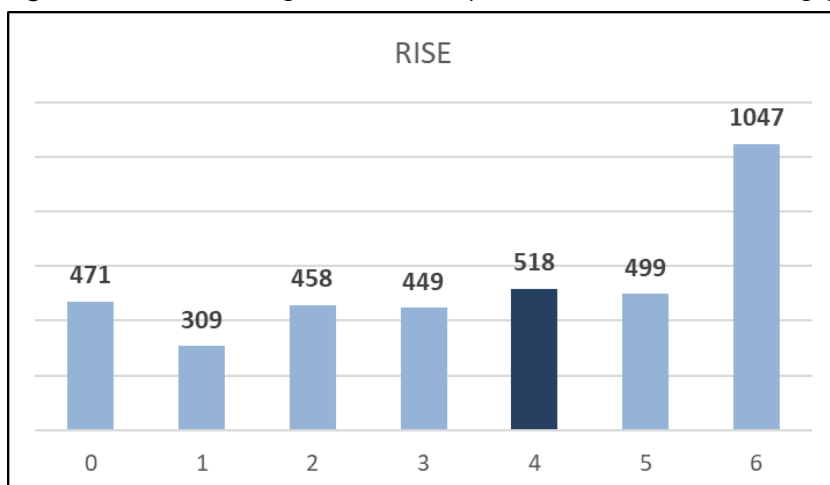
Voor één derde van de bewoners in de steekproef is de score op de DRS gelijk aan nul en is de CAP Mood (cMOOD) bijgevolg niet geactiveerd. Voor iets minder dan één derde (30%) is er activatie wegens laag risico op depressie (score één) en voor iets meer dan één derde (37%) is er activatie wegens hoog risico op depressie (score twee).

De CAP Behavior (cBEHAV) is geactiveerd om te voorkomen dat gedragsproblemen dagelijks optreden bij 14% van de bewoners (score één) en om dagelijkse gedragsproblemen te reduceren voor 18% (score twee).

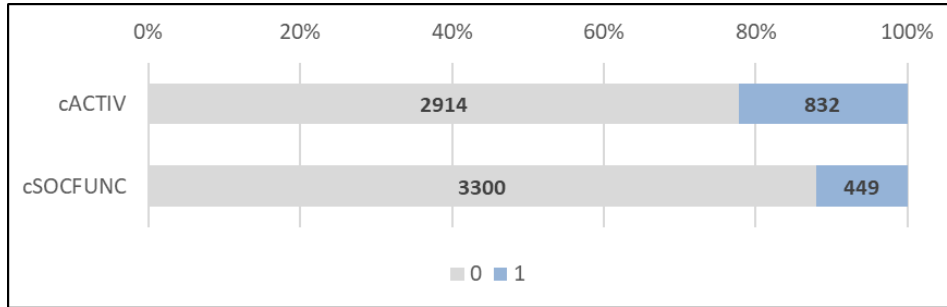
4 Sociaal leven

Om het sociaal leven van de bewoners in woonzorgcentra te beschrijven, zijn de RISE-schaal (Revised Index of Social Engagement) en twee CAP's beschikbaar. De score op de RISE-schaal ligt hoger naarmate de sociale betrokkenheid groter is en dus – in tegenstelling tot de andere schalen – minder reden tot zorg vormt. Bij de bewoners in de steekproef is de mediaanscore op de RISE-schaal gelijk aan vier. Maximale sociale betrokkenheid is aanwezig bij 28% van de bewoners, terwijl een kleine 13% de minimale score nul behaalt.

Figuur 44 De verdeling van de scores op de Revised Index of Social Engagement schaal.



Figuur 45 Het aantal respondenten voor wie de CAPs Activiteiten en Sociale Relaties zijn getriggerd



De CAP Activities (cACTIV) is geactiveerd voor 22% van de bewoners in de steekproef omdat ze meestal niet betrokken zijn bij sociale of andere activiteiten, niettegenstaande enige cognitieve reserve om aan dagelijkse besluitvorming te doen.

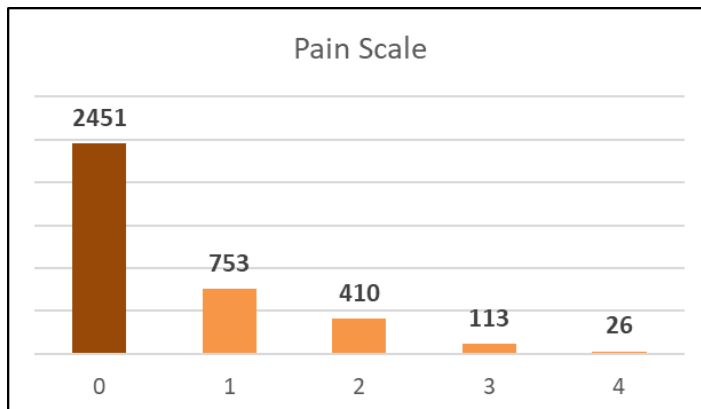
De CAP Social Relationship (cSOCFUNC) is geactiveerd voor opvolging bij 12% van de bewoners. Deze bewoners hebben een redelijk cognitief niveau en voelen zich eenzaam of verontrust.

5 Klinische problemen

De klinische problemen van de bewoners in de steekproef worden samengevat aan de hand van twee schalen en elf CAP's.

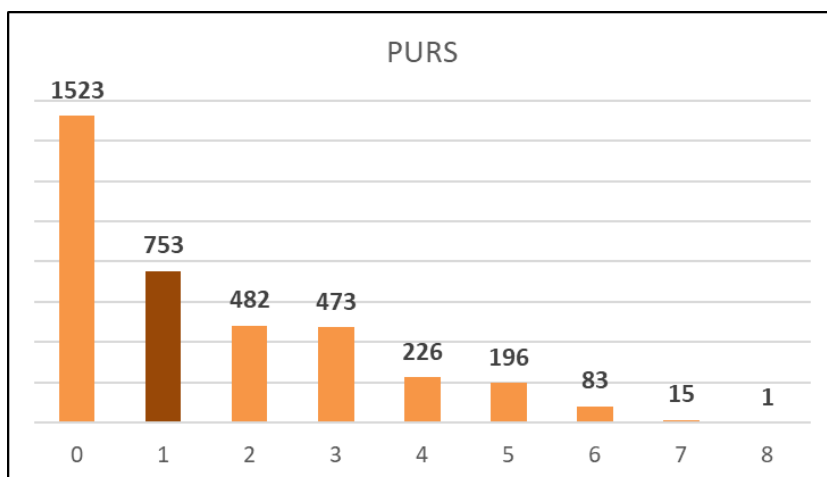
De Pain Scale of pijnschaal geeft de aanwezigheid en intensiteit van pijn weer op basis van de score op twee items: pijnfrequentie en pijnintensiteit. Bijna twee bewoners op drie hebben een score van nul op de pijnschaal en ervaren geen pijn. Ongeveer 15% heeft minstens dagelijks matige pijn (score twee of hoger).

Figuur 46 De verdeling van de scores op de Pijnschaal



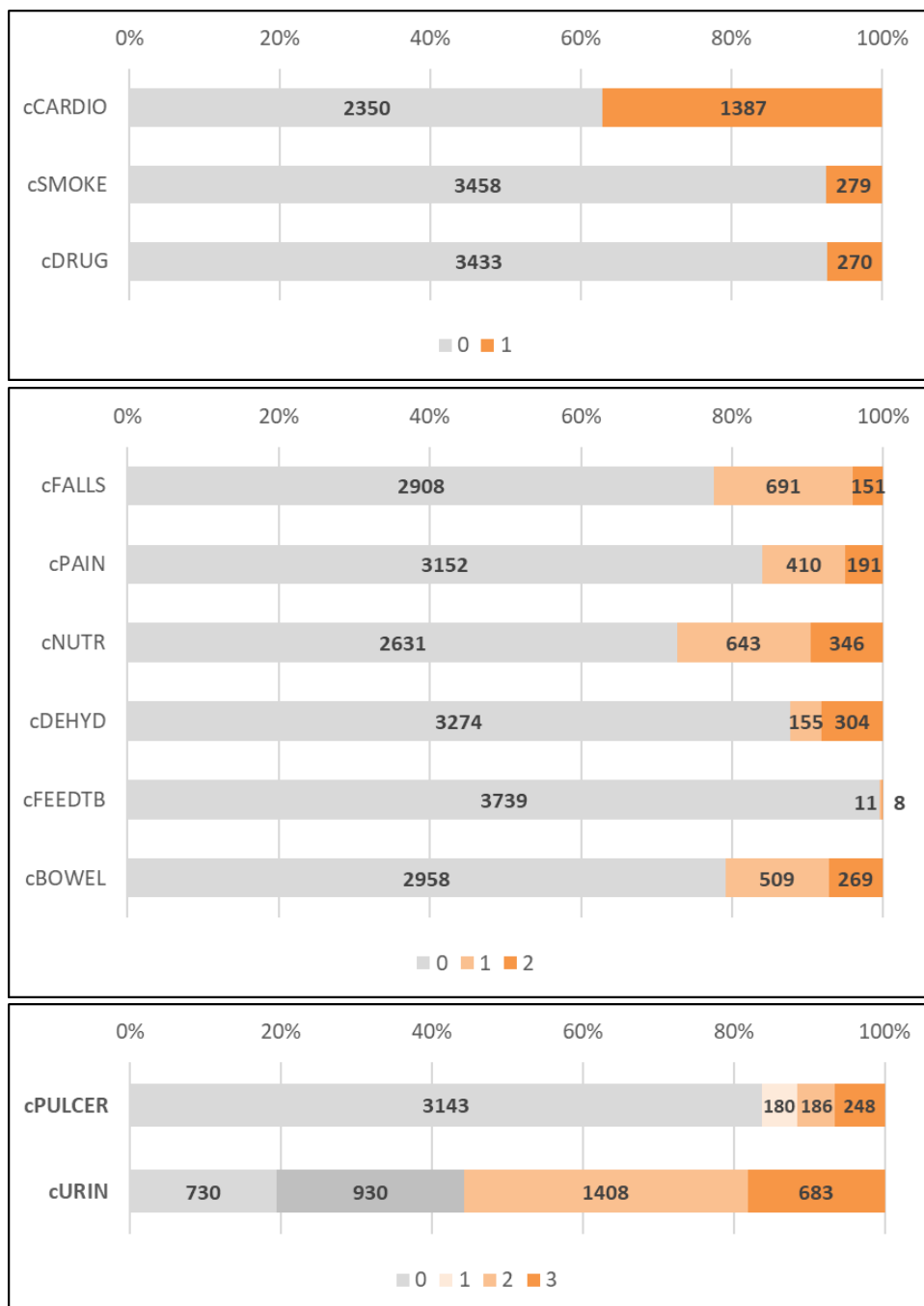
Aan de hand van zeven items meet de Pressure Ulcer Risk Scale of PURS het risico op decubitus of doorligwonden bij bewoners die op het ogenblik van de beoordeling geen doorligwonden vertonen. De mediaanscore op de PURS is één en meer dan zeven bewoners op tien hebben een zeer laag tot laag risico op doorligwonden (score nul tot twee). Een hoog (vanaf score vier) tot zeer hoog risico (vanaf score zes) is aanwezig bij 14% van de bewoners in de steekproef.

Figuur 47 De verdeling van de scores op de Pressure Ulcer Risk Schaal



Volgens de CAP Cardiorespiratory Conditions (cCARDIO) heeft 37% van de bewoners één of meer cardiorespiratoire symptomen. De CAP Tobacco and Alcohol Use (cSMOKE) is geactiveerd wegens dagelijks roken of dagelijkse alcoholbehoefte voor 7% van de bewoners en hetzelfde activatiepercentage wordt geobserveerd voor de CAP Appropriate Medications (cDRUG). Deze CAP wordt geactiveerd wegens hoge prioriteit wanneer meer dan negen verschillende geneesmiddelen gecombineerd met een onstabiele gezondheid aanwezig zijn.

Figuur 48 Het aantal bewoners voor wie de CAPs Cardio, Roken en alcohol, Medicatie, Vallen, Pijn, Nutritie, Dehydratering, Sondevoeding, Darmproblemen, Decubitus en Urine-incontinentie zijn getriggerd



De CAP Falls (cFALLS) is geactiveerd wegens een gemiddeld risico op valincidenten bij 18% van de bewoners in de steekproef als gevolg van één gerapporteerd valincident in de afgelopen 90 dagen. Voor 4% van de bewoners is de CAP geactiveerd wegens een hoog risico op valincidenten na meerdere gerapporteerde valincidenten in de laatste 30 dagen. Voor 11% van de bewoners in de totale steekproef is de CAP Pain (cPAIN) geactiveerd als matige prioriteit wegens dagelijks lichte pijn en voor 5% als hoge prioriteit wegens hevige, vreselijke of ondraaglijke pijn ongeacht de frequentie.

De CAP Undernutrition (cNUTR) is voor 18% van de bewoners geactiveerd wegens matig risico op ondervoeding als gevolg van een BMI-score tussen 19 en 21 en voor 10% wegens hoog risico door een

BMI-score lager dan 19. Een laag niveau van dehydratatie zonder complicaties leidt tot activatie van de CAP Dehydration (cDEHYD) voor 4% van de bewoners, terwijl activatie wegens hoog niveau van dehydratatie met oorzaken of complicaties aanwezig is bij 8% van de bewoners. Voor de CAP Feeding Tube (cFEEDTB) komt zowel activatie wegens laag risico bij personen die geen cognitieve capaciteiten meer hebben (score één) als activatie wegens hoog risico bij personen met nog enkele cognitieve capaciteiten (score twee) voor bij minder dan 1% van de bewoners in de steekproef.

De CAP Bowel Conditions (cBOWEL) is geactiveerd voor 14% van de bewoners in de steekproef om achteruitgang te voorkomen en voor 7% wegens potentiële vooruitgang. Volgens de CAP Urinary Incontinence (cURIN) heeft één bewoner op vier geen continentieproblemen (score één) en is er voor 19% van de bewoners geen activatie van de CAP wegens zwakke besluitvorming en/of beperkte cognitieve vaardigheden (score nul). Bij 38% van de bewoners wordt een hogere mate van achteruitgang verwacht en is er activatie om deze achteruitgang te voorkomen (score twee), terwijl activatie om de blaasfunctie te bevorderen aanwezig is bij 18%.

De CAP Pressure Ulcer (cPULCER) tenslotte is geactiveerd voor telkens 5% van de bewoners in de steekproef wegens aanwezigheid van een decubitus stadium II of hoger waarbij genezing het hoofddoel is (score één) en wegens aanwezigheid van een decubitus stadium I met risico op ontwikkeling naar een hoger stadium (score twee). Voor 7% van de bewoners is er activatie wegens de aanwezigheid van risicofactoren voor ontwikkeling van decubitus (drie).

6 Besluit

Een analyse van de BelRAI-data voor een representatief staal van bewoners van woonzorgcentra toont ons dat de zorgnood van bewoners van Vlaamse woonzorgcentra inderdaad hoog is, maar ook dat er heel wat potentieel is voor verbetering en voor het stabiel houden van problemen. Bovendien zijn de noden zeer divers en bevinden ze zich niet enkel – maar natuurlijk ook wel – in de domeinen van de fysieke gezondheidszorg. De inzet van personeel wordt daarom best afgestemd op die noden, die kunnen verschillen tussen woonzorgcentra.

Nieuwe personele normen houden daar best rekening mee. Populaties evolueren en woonzorgcentra verschillen. Om op elk moment de juiste en kwaliteitsvolle zorg en begeleiding te kunnen geven, is voldoende personeel met de juiste competenties nodig. De samenstelling van het team dat daarvoor nodig is, is niet op elk moment en voor elk woonzorgcentrum dezelfde. Dat impliceert een nood aan een zekere flexibiliteit, in combinatie met aandacht voor expertise en permanente vorming om nieuwe expertise te verwerven.

Indien de financiering van het personeel blijvend wordt verbonden aan het profiel van de bewoners, zoals met de Katz-schaal het geval is, dan wordt beter gewerkt met een schaal die of een instrument dat een breder en meer omvattend beeld geeft van alle noden en ook de kansen tot verbetering van de bewoner. Met de stapsgewijze invoering van BelRAI LTCF in alle woonzorgcentra vanaf juni 2023 komt die mogelijkheid er ook.

Hoofdstuk 10

Expertenpanel

Op 15 maart 2022 organiseerden we een expertenpanel waarin de resultaten uit de hoofdstukken 3, 4 en 9 werden voorgelegd en besproken. In dit hoofdstuk geven we weer wat in dit panel werd geopperd.

1 Samenstelling van het panel

Bij de samenstelling de samenstelling van het panel werd gestreefd naar een vertegenwoordiging van verschillende expertises: de beroepsgroepen die werkzaam zijn in woonzorgcentra, directies, het onderwijsveld en beleidsmakers. Van de 22 uitgenodigde personen namen er uiteindelijk 18 deel, plus de voorzitter van de stuurgroep en twee onderzoekers. De deelnemers vertegenwoordigden het onderwijs (2), , het beleid (1, plus de voorzitter van de stuurgroep), verpleegkundigen (4), kinesitherapeuten (1), directies en staffuncties (6), ergotherapeuten (1), orthopedagogen (1) zorgkundigen (1) en diëtisten (1). De directies en staffuncties hadden verschillende vooropleidingen en vaak ook ervaring op de werkvloer in verschillende functies.

2 Verloop van het panel

Na een voorstellingsronde werd eerst het opzet van de studie gepresenteerd en vervolgens de resultaten uit de kwantitatieve en kwalitatieve bevragingen en het profiel van de bewoners op basis van de BelRAI LTCF data. Tussentijd werden informatieve vragen gesteld en vervolgens startte een discussie over het personeel dat nodig is in een woonzorgcentrum.

3 Resultaten

We kunnen de discussie in het expertenpanel opdelen in twee grote thema's: de samenstelling van het team en flexibilisering en samenwerking.

3.1 Het team

De klassieke indeling in functies voldoet volgens de experts niet langer. Zij stellen voor om te denken in rollen en verwachtingspatronen. Dat moet ook toelaten om na te denken over taakverschuiving. Zo zou een diëtist enkele taken van de verpleegkundige over kunnen nemen. Het is daarom belangrijk om na te gaan wie beschikbaar is, over welke competenties die (potentiële) personeelsleden beschikken en hoe zij kunnen worden ingeschakeld in het woonzorgcentrum.

Dat brengt ons evenwel bij een probleem dat ook werd aangekaart. De financiële bestraffing wanneer er een tekort is aan verpleegkundigen of zorgkundigen is volgens de experts niet werkbaar²⁴. Het zorgt er bijvoorbeeld voor dat men interim-verpleegkundigen inzet die op de werkvloer niet de nodige meerwaarde

²⁴ Deze opmerking werd tijdens het expertenpanel gemaakt, maar de subsidiërende overheid heeft de laatste jaren deze bestraffing niet toegepast en de mogelijkheden tot flexibiliteit al vergroot.

bieden omdat ze minder flexibel zijn qua werkuren en niet per se echt deel uitmaken van het team. Daarbij moet worden opgemerkt dat de financiële bestraffing bij een tekort op de norm, na toepassing van de compensatieregels, sinds de COVID-19 crisis niet wordt uitgevoerd. Het inzetten van interim-verpleegkundigen heeft wellicht ook, of zelfs meer, te maken met de diplomavooraarden voor het uitvoeren van bepaalde taken, die opgenomen zijn in de federale Wet op de Uitvoering van de Gezondheidsberoepen (WUG-regelgeving). Een aanpassing van die wet zou hier een (deel van de) oplossing kunnen zijn.

Daarnaast is er ook sprake van een omwenteling van een zorgmodel naar een woonleefmodel. Dit heeft impact op de rollen en functies in een woonzorgcentrum. Wanneer we andere normen voor personeel willen ontwikkelen, dan moet het ook duidelijk zijn naar wel concept we willen evolueren.

De presentatie van de schalen en de CAP's lokte de commentaar uit dat het preventief werken aan bijvoorbeeld beweging, met de huidige personeelsnormen onmogelijk is. Deze opmerking betreft zowel het aantal personeelsleden als het gebrek aan financiering van bepaalde functies en diploma's zoals psychologen. Psychologen kunnen echter wel gefinancierd worden binnen de norm 'personeel voor reactivering', maar binnen die norm moeten directies keuzes maken. Dat dwingt directies bijgevolg om te kiezen tussen (één of meerdere) psychologen, ergotherapeuten of ander personeel voor reactivering. Ook merken de experts op dat werken aan preventie en in te zetten op activatie en participatie er net voor zou kunnen zorgen dat minder zware fysieke zorg nodig. Hiervoor moeten de verschillende discipline samenwerken en hun expertises ook samenbrengen. Een expert verwoordde dat als 'het samenvloeien van de verschillende disciplines'. Dit impliceert ook het 'empoweren' van sommige personeelsleden, bijvoorbeeld zorgkundigen. En ten slotte wil dat zeggen dat de teamleden elkaar coachen en leren van elkaar.

De verblijfsduur is gedaald tot één à twee jaar gemiddeld. Ook dat heeft een impact op het werk en op het concept dat de woonzorgcentra ontwikkelen. Hoe kijken we naar die laatste levensjaren en wat willen we daar bieden? Wat geeft elke individuele bewoner levenskwaliteit? Daarvoor hebben we verschillende expertises nodig in een team, dat samen met de bewoner bekijkt wat belangrijk is voor die bewoner.

Bewoners zijn individuen met individuele vragen en behoeftes. Op dit moment kan men daar te weinig rekening mee houden, terwijl de diversiteit in de samenleving alleen maar toeneemt. De experts stellen dat we niet alleen van de noden moeten vertrekken, maar ook van de wensen en de achtergrond van de bewoner. Zinnige dagbesteding en betekenisvolle activiteiten maken daar een belangrijk deel van uit.

Een expert geeft aan dat er polyvalente medewerkers nodig zijn die toegang hebben tot verschillende specialisten. Tegelijk moet er ook aandacht zijn voor én beroep kunnen gedaan worden op het informele netwerk van de bewoner, als dat er is. De mantelzorg stopt niet voor de deur van het woonzorgcentrum. Voor de bewoner is de nabijheid van die anderen bijzonder belangrijk, dat bleek ook heel erg tijdens de lockdowns.

Samenvattend stelden de experts dat de normen moeten weerspiegelen hoe we naar zorg voor ouderen in woonzorgcentra kijken: wat willen we bereiken en wie hebben we nodig om dat te kunnen doen? Dat impliceert zowel meer mensen als meer verschillende profielen en andere manieren van samenwerken. Een multidisciplinair samengesteld team van competente mensen met voeling voor de sector vormt de basis van kwaliteitsvolle en persoonsgerichte zorg.

3.2 Flexibilisering en samenwerking

Experten stellen dat de continuïteit van de aanwezigheid van een verpleegkundige gedurende 24 uur per dag een probleem is. Flexibilisering zou daar een oplossing voor kunnen zijn, bijvoorbeeld door samenwerking met de thuiszorg of met andere woonzorgcentra in de buurt. Het zou toelaten om de verpleegkundigen meer in te zetten op de momenten dat ze echt nodig zijn. Het laat een meer efficiënte organisatie toe.

Anderen stellen dat er tijdens de nacht uiteraard kwaliteit en aanwezigheid moet zijn, maar dat dat niet noodzakelijk door een verpleegkundige moet gebeuren. Te veel is aan wetgeving en normen verbonden, terwijl de nood aan zorg en begeleiding de kern vormt. Soms kan het daarom ook nodig zijn dat er net meer mensen 's nachts aanwezig zijn, bijvoorbeeld omwille van onbegrepen gedrag dat kan escaleren. Flexibilisering moet de behoeften volgen en die behoeften kunnen erg variëren.

Flexibilisering betekent daarnaast dat er ook meer flexibel moet kunnen worden omgegaan met wie welke taken mag uitvoeren, mits uiteraard de kwaliteit wordt gegarandeerd. Zo kan aan functiedifferentiatie worden gedaan en kunnen taken worden weggenomen bij verpleegkundigen, zodat zij zich meer kunnen bezighouden met verpleegkundige taken. Verschillende experts halen voorbeelden aan van hoe ze willen experimenteren, bijvoorbeeld met interne opleidingen van mensen zonder zorgdiploma of met 'nurses on wheels' die kunnen helpen wanneer nodig in verschillende voorzieningen.

Een andere expert stelt dat flexibilisering niet louter mag gaan over 'geen diploma' en interne opleiding, maar ook over het delen van expertise en het aanleren van skills van andere disciplines in het team. Een verpleegkundige en een zorgkundige kunnen leren van een kinesitherapeut of een ergotherapeut en vice versa. Dat betekent echter niet dat iedereen 'hetzelfde' moet worden, er blijven discipline-specifieke sterktes.

Als we de bewoner effectief centraal stellen, dan moeten vertrouwde relaties met zorgverleners ook behouden kunnen blijven en dan moet misschien ook de verpleegkundige, de kinesitherapeut of een andere professional die al jaren aan huis komt, al dan niet tijdelijk mee naar het woonzorgcentrum kunnen gaan.

Er zijn hoe dan ook meer mensen nodig om excellentie te bereiken. Dat moet enerzijds via meer middelen en anderzijds door meer mensen een positief beeld te geven van wat ouderenzorg is en hoe belangrijk hun rol daarin kan zijn, bijvoorbeeld via de hogescholen. Iemand stelt voor om als vertegenwoordigers van de woonzorgcentra te gaan spreken op scholen. Er is momenteel onvoldoende besef van het feit dat de zorg voor ouderen erg complexe zorg is. Bovendien komt zorg voor ouderen veel te weinig aan bod in heel wat opleiding, zoals bijvoorbeeld psychologie. Er is dus ook meer samenwerking met het onderwijs nodig. Meer middelen maken misschien ook dat er een beter evenwicht werk-privé komt en burn-out vermindert.

Iemand heeft het over de 'kwaliteitsparadox' in de woonzorgcentra: in de privé-sector heb je meer inkomsten als je de beste kwaliteit levert en dat laat toe om te investeren en te innoveren. In de woonzorgcentra blijven je inkomsten hoogstens dezelfde en die ruimte voor innovatie komt er niet. De vraag stelt zich of er niet in plaats van controle op normen en wie aanwezig is, een controle op resultaten en op kwaliteit moet zijn.

Hoofdstuk 11

Besluit

Woonzorgcentra hebben tot doel om een woon- en leefomgeving te creëren voor kwetsbare ouderen, waarbij zowel kwalitatieve zorg wordt voorzien voor de problemen en de nood aan ondersteuning die tot de opname hebben geleid, als een leefomgeving die een kwaliteitsvol en betekenisvol leven mogelijk maakt. Bewoners moeten zorg krijgen, hun waardigheid kunnen behouden en zich gerespecteerd en gehoord voelen. Dit is niet mogelijk zonder voldoende en goed opgeleid personeel met talent voor zorg en voor omgaan met kwetsbare ouderen. Bijgevolg is het bijzonder belangrijk om voldoende personeel met een juiste mix van talent en professionele capaciteiten te hebben.

De laatste jaren is het budget voor de woonzorgcentra in Vlaanderen toegenomen. Toch blijft de werkdruk heel hoog, met als gevolg uitval en grote moeilijkheden om vacatures in te vullen. Het negatieve maatschappelijke beeld van woonzorgcentra draagt daar extra toe bij. Net omdat dat imago er is, zijn minder mensen geneigd om in de sector te werken. En omdat ze er niet willen werken en de woonzorgcentra te weinig personeel hebben, gebeuren er zaken die het negatieve imago bevestigen.

Werken in een woonzorgcentrum is niet gemakkelijk. Het vergt omgaan met mensen die heel verschillende levens hebben geleid en die op het moment van hun opname complexe noden en behoeften hebben. Dat vereist samenwerking in een team met verschillende expertises en capaciteiten, dat voldoende groot is. Om ouderen in woonzorgcentra de zorg te geven die ze nodig hebben en verdienen, moet er voldoende en juist opgeleid personeel zijn. Bovendien moeten de werkdruk en de daarmee samenhangende morele stress aanvaardbaar zijn.

Vlaanderen heeft personele normen voor de woonzorgcentra. In eerder onderzoek (Declercq & Vanneste, 2020), vonden we geen dergelijke normen in andere landen. Maar ook in het buitenland leven veel vragen over de omvang en de samenstelling van het personeel in de residentiële ouderenzorg.

In dit rapport proberen we handvatten aan te reiken en inspiratie te bieden voor de bepaling van geactualiseerde en geïntegreerde personeelsnormen voor de Vlaamse woonzorgcentra, zowel voor zorgpersoneel als voor ondersteunend personeel. Daartoe hebben we in eerste instantie de huidige wetgeving bestudeerd (hoofdstuk 2), onderzocht hoeveel mensen met welke kwalificaties momenteel worden tewerkgesteld in de Vlaamse woonzorgcentra (hoofdstuk 3), een survey uitgevoerd bij het management van Vlaamse woonzorgcentra over hun ervaringen met en visie op personele normen en personeelstekorten (hoofdstuk 4) en kwalitatieve bevragingen via focusgroepen georganiseerd bij directies (hoofdstuk 5), personeel (hoofdstuk 6), families en (potentiële) bewoners (hoofdstuk 7) om hun visies op het probleem in kaart te brengen. Vervolgens deden we een literatuurstudie over competentieprofielen en over competenties die nodig zijn om goede zorg en ondersteuning te bieden in de residentiële zorg voor ouderen (hoofdstuk 8). Op basis van BelRAI-data over een representatief staal van bewoners van woonzorgcentra konden we (hoofdstuk 9) een beeld scheppen van de zorgnoden van die bewoners, hun behoeftes en de opportuniteiten voor verbetering op fysiek, mentaal en sociaal vlak. Ten slotte legden we een deel van de resultaten van het onderzoek voor aan een panel van experts om hun input te krijgen.

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 1, gaan we na welke tekorten worden ervaren en welke antwoorden er nodig en mogelijk zijn om aan die tekorten tegemoet te komen gezien de huidige uitdagingen.

1 Welke tekorten aan personele inzet worden op dit ogenblik vastgesteld in de woonzorgcentra? Voor welke types van taken is er een tekort?

Momenteel zijn twee types van personeelsnormering van toepassing in Vlaanderen: de financieringsnormen via de Vlaamse Sociale Bescherming en de Vlaamse erkenningsnormen. Ze zijn deels complementair. Daar waar de normen van de Vlaamse sociale bescherming eerder een algemeen karakter hebben (normen over een periode van een jaar), gaan de erkenningsnormen dieper in op een aantal aspecten.

Na de inkanteling van de financiering van woonzorgcentra in de Vlaamse sociale bescherming werd ingezet op een vereenvoudiging van de financiering(snormen). De huidige regelgeving biedt echter nog steeds kansen om de regels te vereenvoudigen (bv. in de facultatieve normen O-A en Ad). Daarnaast werd de afgelopen jaren ingezet op hogere personeelsnormen en tegelijkertijd ook op meer flexibiliteit (binnen de gefinancierde normen en de financiering boven de normen) door middel van het VIA-6 akkoord. Een belangrijk aspect met betrekking tot de normtoetsing (VSB) betreft de regelgeving eindeloopbaan waarbij abstractie wordt gemaakt van zowel de uren vrijstelling, die als gepresteerd worden beschouwd, als van het vervangend personeel voor de arbeidsduurvermindering. Dit verstoort een inhoudelijk correcte toetsing van de personeelsnormen.

In de praktijk blijkt dat de gefinancierde normen het niet makkelijk maken om een kwaliteitsvolle werking te garanderen. Dit blijkt ook uit het feit dat de grote meerderheid aan woonzorgcentra meer medewerkers inzetten dan de financieringsnormen vooropstellen.

Uit administratieve data over het effectief ingezette personeel leiden we af dat de personeelsinzet in de woonzorgcentra onderling zeer sterk verschilt. Dit is zowel het geval voor het aantal (voltijdsequivalenten per 30 bewoners) als voor de types van kwalificaties. De groep van woonzorgcentra kan bijgevolg als bijzonder heterogeen en divers worden beschouwd. Een deel van deze verschillen kan verklaard worden door de zorg- en ondersteuningsnood van de bewoners die in de woonzorgcentra verblijven. De zorgvraag en de ondersteuningsnood kunnen van bewoner tot bewoner sterk verschillen. Deze verschillen worden door de Katz slechts in beperkte mate gecaptureerd en in een beperkt aantal bewonersprofielen vertaald.

Daarnaast liggen ook organisatorische aspecten aan de basis van deze verschillen. De schaal van de Vlaamse woonzorgcentra varieert sterk en ook de grootte van de afdelingen en leefgroepen (en hoe de bestaffing tijdens de verschillende dagdelen hierop wordt afgestemd) varieert. Samenhangend hiermee wordt de bestaffing sterk bepaald door de visie. Dit kent heel wat diverse aspecten zoals de verpleegkundige inzet (taakgeïntegreerd vs. geïntegreerd), de wijze waarop de maaltijden worden georganiseerd, de keuze voor logistieke ondersteuning, in welke mate er een accent wordt gelegd op paramedische omkadering, de woonleefbegeleiding, enz.

Op basis van de administratieve data krijgen we tevens inzicht in de bestaffing in functie van de zorgafhankelijkheid van de bewoners in de voorziening door middel van de Katz-scores. Hieruit blijkt enerzijds dat het inderdaad zo is dat de inzet varieert in functie van de zorgafhankelijkheid van de bewoners. Voorzieningen met een hogere zorggraad (% bewoners met een hoge zorgafhankelijkheid) zetten meer personeel in dan voorzieningen met een lagere zorggraad. Anderzijds zijn er tussen voorzieningen met een gelijkaardige zorggraad toch ook nog grote verschillen. Slechts een kwart van de bestaffing kan door de zorggraad worden verklaard. De redenen hiervoor zijn tweeledig. Enerzijds zijn er naast zorgzwaarte-gebonden redenen ook organisatiegebonden factoren die een rol spelen. Voorbeelden hiervan zijn de visie op de zorg en dienstverlening, het werkingsmodel of de schaalgrootte. Anderzijds is de

meting van de werklust door middel van de Katz-indeling te beperkend. De kritiek ten aanzien van de Katz als werklustinstrument is niet nieuw. De beperkte validiteit en betrouwbaarheid werden reeds eerder in vraag gesteld door het KCE (Sermeus et al., 2010). We concluderen hieruit dat in het regelgevend kader voldoende flexibiliteit noodzakelijk is zodat in functie van de lokale context en inzichten voldoende vrijheidsgraden aanwezig zijn.

Uit de administratieve data (weliswaar voor 2018-2019, de situatie kan nu anders zijn) blijkt tevens dat slechts een kleine minderheid van de voorzieningen geconfronteerd wordt met een normtekort. Wanneer er toch een normtekort is, dan zijn de compensatiemogelijkheden die voorzien zijn, toereikend. In het kader van deze studie werd tevens een simulatie gemaakt met verhoogde (RVT) normen en ook bij verhoogde normen is dit het geval.

Gezien bestaffing in woonzorgcentra impact heeft op de kwaliteit van zorg en dienstverlening (Bostick et al., 2006; Harrington et al., 2020) is het systematisch in kaart brengen van de personeelsinzet en het opvolgen van de personeelsinzet belangrijk. Deze structuurindicator van kwaliteit kan (naast andere metingen van kwaliteit op proces-en outcome-niveau) bijdragen tot een kwaliteitsvolle residentiële ouderenzorg. Dit laat tevens toe om de impact van beleidsmaatregelen (bv. de VIA-6 hervorming, de implementatie van de BelRAI, de wijziging van de financiering) op de bestaffing op te volgen. Een gestandaardiseerde meting waarbij de personeelsinzet en de evolutie in personeelsinzet zo volledig als mogelijk, gedetailleerd wordt in kaart gebracht is belangrijk.

Uit de bevraging van directies van woonzorgcentra blijkt dat zij heel wat tekorten aan personeel ervaren en dat zij menen dat dit een impact heeft op de kwaliteit van wonen, van leven en op de werkdruk. Er is heel wat diversiteit te vinden in de antwoorden, maar er zijn ook enkele opvallende gelijkenissen. Overall ervaart men een tekort aan verpleegkundigen en zorgkundigen. Andere ervaren tekorten betreffen logistieke hulp en woon-leefbegeleiders. De tekorten hebben deels te maken met schaarste op de arbeidsmarkt (vooral de verpleegkundigen) en deels met gebrek aan financiële middelen om meer personeel aan te werven. Dit laatste geldt zeker ook voor een functie die men nodig acht, maar vaak niet heeft, met name de psycholoog. Het gevolg is een hoge werkdruk voor verpleegkundigen en zorgkundigen, maar ook voor de leidinggevenden. Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan dat de werklust onaanvaardbaar hoog is en dat essentiële taken soms niet worden uitgevoerd.

Wat betreft tekorten in het aantal medewerkers worden de hoogste scores gegeven aan domeinen die aansluiten bij het 'wonen en leven'. Meer concreet gaat het om psychosociale ondersteuning, betekenisvolle activiteiten, permanentie in de leefgroepen, communicatie en informatie met bewoner en familie en het ondersteunen van mantelzorgers. Ook het omgaan met gedragsproblemen scoort relatief hoog. Een tweede domein betreft de organisatie en coördinatie van de zorg via het actualiseren en opvolgen van het woonzorgleefplan en het multidisciplinair overleg. Met betrekking tot de fysieke zorg wordt mondzorg als een aandachtspunt naar vorgeschoven. Dezelfde domeinen komen naar voor wanneer we vragen naar tekorten in deskundigheid. De hoogste scores werden gegeven aan psychosociale ondersteuning, het omgaan met gedragsproblemen, het vormgeven van betekenisvolle activiteiten en de ondersteuning ten aanzien van mantelzorgers.

De in deze survey bevroegde directieleden geven aan dat het inzetten op logistieke ondersteuning in de zorgteams een mogelijke oplossing kan vormen. De grote meerderheid (90%) oordeelt dat hier er in de toekomst meer op moet worden ingezet. Een andere oplossing zien zij in het inzetten op bijkomende normering voor expertfuncties die als inhoudelijk trekker (bijvoorbeeld referentiepersoon) de verschillende aspecten van wonen, leven en zorg inhoudelijk deskundig helpen vormgeven. Domeinen die hoog scoren

zijn: dementiezorg, levenseindezorg, vroegtijdige zorgplanning, infectiepreventie, wondzorg, mondzorg, het maaltijdgebeuren, zorgethiek, woonzorgplanning, medicatie en continenzorg, enz. Ook de functie van kwaliteitscoördinator krijgt een hoge score.

Uit de bevraging blijkt enerzijds een grote eensgezindheid wat betreft de tekorten en de werkdruk. Anderzijds verschillen de meningen naargelang de lokale context, zowel wat betreft mogelijke oplossingen als wat betreft de aard van de tekorten. De respondenten geven aan dat daarom ook voldoende flexibiliteit nodig is om op maat van de lokale uitdagingen een adequaat antwoord te formuleren. De directies blijken wel vast te houden aan de klassieke zorgberoepen. Zij willen vooral meer verpleegkundigen en zorgkundigen. Dit kan te maken hebben met het federale wettelijke kader (WUG) over wie welke acties uit mag voeren. Elders pleit men immers voor meer flexibiliteit en bijkomende of andere profielen van medewerkers. In feit zou het personeelsbestand in de eerste plaats afgestemd moeten zijn op de noden en behoeften van de bewoners.

Verder bouwend op de resultaten uit de survey, interviewden we een aantal directieleden. Zij ervaren een toenemende intensieve zorgafhankelijkheid. Deze zorgafhankelijkheid situeert zich op verschillende domeinen. Enerzijds een fysieke zorgafhankelijkheid die leidt tot een meer frequente en intensieve ondersteuning met betrekking tot dagelijkse activiteiten die betrekking hebben op het wonen en leven én een minder goede gezondheid gekenmerkt door multimorbiditeit. Anderzijds is er ook een grotere nood aan psychosociale ondersteuning en een betere ondersteuning van het mentaal welbevinden van de bewoners, wat vroeger minder aanwezig was of op zijn minst minder werd opgemerkt. De geïnterviewde directieleden van Vlaamse woonzorgcentra pleiten voor: (1) een globale verhoging van de personeelsnormering, (2) het meer inzetten op interdisciplinaire teams waar wonen en leven intensiever wordt vormgegeven, (3) het versterken van de competenties door het voorzien van beleidsomkadering en diverse expertfuncties, (4) het ondersteunen van de teams door middel van logistieke ondersteuning en (5) het voorzien van voldoende flexibiliteit zodat op maat van de lokale context de gepaste antwoorden kunnen worden geformuleerd.

De geïnterviewde medewerkers geven ook aan dat de werkdruk hoog is en dat daardoor onvoldoende een antwoord op maat kan geboden worden aan de ondersteuningsvraag van bewoners. De huidige bestaffing is misschien voldoende om de basiszorg vorm te geven, maar is ontoereikend om het wonen en leven tijdens de zorgmomenten en tussen de zorgmomenten door vorm te geven. Medewerkers geven in het bijzonder aan dat in de late namiddag en avonduren de bestaffing te beperkt is. Zij ervaren frequent situaties waarbij zij aanvoelen onvoldoende oog te kunnen hebben voor de cliënt. Dit heeft een negatieve impact op hun (werk)beleving en het leidt tot spanningen binnen en tussen teams.

Extra omkadering is voor hen de oplossing. Door de zorgelijke te vergroten zien zij mogelijkheden om een beter antwoord te kunnen bieden tijdens de piekmomenten (bv. ochtendzorg en maaltijdmomenten) en tegelijk ook tussendoor het ondersteunen en begeleiden van het wonen en leven meer kunnen vormgeven (voormiddag en namiddag).

Gezien het tekort aan zorgkundigen en verpleegkundigen, stellen zij een verbreding van de equipe voor. Hierbij kan ingezet worden op logistieke ondersteuning die het wonen en leven in de teams mee vorm kan geven. Concreet zou dit ertoe leiden dat meer tijd kan genomen worden om de zorgmomenten minder taakgericht op te nemen en ze meer als begeleidingsmomenten in te vullen. Tegelijk zou dit kunnen betekenen dat de zorgelijke ook tussen de zorgmomenten door tijd kan vrijmaken om te participeren aan het wonen en leven. Ze zien een meer geïntegreerde organisatie waarbij enerzijds 'zorg' en anderzijds 'wonen en leven' samenvloeien en interdisciplinair wordt vormgegeven. Alle disciplines participeren in de

diverse activiteiten. In functie van de concrete activiteiten (bv. een zorgmoment, maaltijdbegeleiding of een activiteit van dagbesteding) wordt een trekkersrol opgenomen door de verschillende disciplines (bv. verpleegkundigen, ergotherapeuten, opvoeders, woon-leefbegeleiders, ...).

Tot slot bevroegen we ook (potentiële) bewoners en hun families over ervaren tekorten. Er is verrassend weinig literatuur over de verwachtingen van bewoners en families naar het personeel en de personeelsbezetting in een woonzorgcentrum toe. Toch zien we zowel in die literatuur als in de resultaten uit de focusgroepen met potentiële bewoners, bewoners en families dezelfde thema's terugkomen: men wil graag een meer persoonsgerichte benadering, met passende activiteiten en tijd voor een babbel, door goed opgeleid en voldoende personeel. En tegelijk stellen ze vast dat er te weinig personeel is, dat ze niet voldoende tijd hebben en dat er meer differentiatie in functies en taken zou moeten zijn, zodat ook het woon- en leefaspect meer aan bod kan komen.

Potentiële bewoners linken het tekort aan personeel en het tekort aan tijd voor meer psychosociale zorg aan de financieringswijze: voor zwaardere fysieke zorg krijgt het woonzorgcentrum meer middelen en dat leidt tot minder sociaal leven in het woonzorgcentrum. Er is immers geen mix meer van verschillende profielen van bewoners, waaronder mensen die vooral een eenzaamheidsproblematiek of andere psychosociale problemen hebben.

Algemeen kunnen we concluderen dat alle stakeholders tekorten ervaren, maar dat die tekorten niet overal van dezelfde aard zijn omwille van de samenstelling van de bewonersgroep, de zorgvisie, organisatorische verschillen of de regionale arbeidsmarktsituatie. De tekorten worden op alle vlakken vastgesteld, maar lijken meer uitgesproken te zijn als het gaat over het wonen en leven in het woonzorgcentrum en de psychosociale begeleiding.

2 Welke aanpassingen aan de huidige personeelsvoorwaarden zijn noodzakelijk en mogelijk opdat een passend en kwaliteitsvol antwoord kan geboden worden aan de huidige uitdagingen?

Tijdens de analyses van de tekorten kwamen al een aantal voorstellen voor verbetering naar voor: meer personeel (uiteraard), meer flexibiliteit en een andere financieringswijze. Er is niet alleen flexibilisering nodig in de personele normen, maar ook in het denken en in de wijze waarop de woonzorgcentra zich organiseren. Er is zeker meer personeel nodig, maar het gaat ook over extra functies, taakdifferentiatie en het organisatorisch herdenken.

In een volgende fase gingen we op zoek naar welke capaciteiten er dan wel allemaal aanwezig moeten zijn in een hedendaags woonzorgcentrum. De Belgische en internationale competentieprofielen zijn zeer algemeen en hebben weinig aandacht voor de woon- en leefcomponent die tegenwoordig in de Vlaamse woonzorgcentra ook zeer belangrijk is, zoals ook werd aangegeven in de focusgroepen met bewoners, familieleden en potentiële bewoners.

Uit de scoping review van literatuur over competenties die nodig zijn in de residentiële zorg voor ouderen kunnen we wel inspiratie halen voor specifieke competenties, maar die literatuur is zeer uitgebreid en divers. De beschreven competenties kunnen in het onderwijs en voor de permanente vorming van personeel in woonzorgcentra wel de nodige inspiratie bieden om (a) potentiële werknemers van woonzorgcentra beter en meer specifiek voor te bereiden op werken in een woonzorgcentrum en (b) meer vorming op maat uit te werken voor het personeel van woonzorgcentra. We zien een sterke vraag naar meer logistiek en ondersteunend personeel. Vaak zal het dan gaan over mensen die niet specifiek opgeleid

zijn in de zorg voor kwetsbare ouderen. Zij hebben bijgevolg nood aan vorming en opleiding, die ook ‘on the job’ gegeven kan worden, zoals nu ook al gebeurt voor zij-instromers. Voor de inhoud van die ‘on the job training’ kan ook inspiratie worden gevonden in de scoping review.

Een analyse van de BelRAI-data voor een representatief staal van bewoners van woonzorgcentra toont ons dat de zorgnoden van bewoners van Vlaamse woonzorgcentra inderdaad hoog zijn, maar ook dat er heel wat potentieel is voor verbetering en voor het stabiel houden van problemen. Bovendien zijn de noden zeer divers en bevinden ze zich niet enkel – maar uiteraard ook – in de domeinen van de fysieke gezondheidszorg. De inzet van personeel wordt daarom best afgestemd op die noden, die kunnen verschillen tussen woonzorgcentra en kunnen variëren in de tijd.

Nieuwe personele normen houden daar best rekening mee. Populaties evolueren en woonzorgcentra verschillen. Om op elk moment de juiste en kwaliteitsvolle zorg en begeleiding te kunnen geven, is voldoende personeel met de juiste competenties nodig. De samenstelling van het team dat daarvoor nodig is, is niet op elk moment en voor elk woonzorgcentrum dezelfde. Dat impliceert een nood aan een zekere flexibiliteit, in combinatie met aandacht voor expertise en permanente vorming om nieuwe expertise te verwerven.

Indien de financiering van het personeel blijvend wordt verbonden aan het profiel van de bewoners, zoals met de Katz-schaal het geval is, dan wordt beter gewerkt met een schaal die of een instrument dat een breder en meer omvattend beeld geeft van alle noden en ook de kansen tot verbetering van de bewoner. Met de stapsgewijze invoering van BelRAI LTCF in alle woonzorgcentra vanaf juni 2023 komt die mogelijk er ook.

Tijdens een expertenpanel kwam naar voor dat de normen moeten weerspiegelen hoe we naar zorg voor ouderen in woonzorgcentra kijken: wat willen we bereiken en wie hebben we nodig om dat te kunnen doen? Dat impliceert zowel meer mensen als meer verschillende profielen en andere manieren van samenwerken. Een multidisciplinair samengesteld team van competente mensen met voeling voor de sector vormt de basis van kwaliteitsvolle en persoonsgerichte zorg.

Er zijn hoe dan ook meer mensen nodig om excellentie te bereiken. Dat moet enerzijds via meer middelen en anderzijds door meer mensen een positief beeld te geven van wat ouderenzorg is en hoe belangrijk hun rol daarin kan zijn. Er is momenteel onvoldoende besef van het feit dat de zorg voor ouderen erg complexe zorg is. Meer middelen zorgen misschien voor een verminderde werkdruk en daardoor voor minder ziekteverzuim en burn-out.

Zowel uit de analyses van de BelRAI data als uit het expertenpanel blijkt dat flexibilisering de behoeften moet volgen en dat die behoeften erg variëren. Flexibilisering betekent daarnaast dat er ook meer flexibel moet kunnen worden omgegaan met wie welke taken mag uitvoeren, mits uiteraard de kwaliteit wordt gegarandeerd.

Een expert had het over de ‘kwaliteitsparadox’ in de woonzorgcentra: in de privésector heb je meer inkomsten als je de beste kwaliteit levert en dat laat toe om te investeren en te innoveren. In de woonzorgcentra blijven je inkomsten hoogstens dezelfde en is de ruimte voor innovatie er niet (voldoende). De vraag stelt zich of er niet in plaats van controle op normen en op wie aanwezig is, een controle op resultaten en op kwaliteit moet zijn. We maken hier de kanttekening bij dat bij kwaliteitsmonitoring ‘the devil in the detail is’. Gaan we belonen en bestraffen op basis van kwaliteit? Er zal een subtiel evenwicht nodig zijn tussen voldoende incentives om kwaliteit na te streven en tegelijk te vermijden dat de achterblijvers het slechter gaan doen omdat ze minder financiering krijgen.

Samenvattend:

- Uit deze studie blijkt nogmaals de grote diversiteit binnen de sector woonzorgcentra. Er bestaan grote verschillen in visie en organisatie. Personeelsnormen vragen voldoende flexibiliteit om lokaal in te spelen op de diverse noden en context.
- Personeelsnormen die helpen om kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning in woonzorgcentra te garanderen vormen slechts één element van een ruimer beleidskader waarbij ook kwaliteit, attitude, processen en uitkomsten een belangrijke plaats innemen. Een adequate personeelsinzet, in termen van het aantal medewerkers, de kwalificatiegraad en het competentieprofiel, is een essentiële voorwaarde voor goede kwaliteit, maar leidt niet automatisch tot kwaliteit van zorg, wonen en leven in woonzorgcentra.
- Er is vraag naar meer flexibilisering. Die heeft tot doelstelling om op een kwalitatieve en efficiënte manier ondersteunend personeel in te zetten voor taken die momenteel door zorgpersoneel (bv. zorgkundigen en verpleegkundigen) worden uitgevoerd. Een verhoging van de flexibilisering brengt evenwel ook een aantal risico's met zich mee waarbij beleidsmatig ook op dient te worden geanticipeerd. Belangrijk is tevens dat de taakhoud van deze medewerkers ook effectief wijzigt en evolueert. Verhoogde flexibilisering biedt uiteraard ook mogelijkheden tot het creëren van een loopbaanmodel waarbij ervaring wordt gevaloriseerd en waarbij door middel van levenslang leren wordt ingezet op opleiding en training.

3 Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe

Er is meer omkadering nodig in de woonzorgcentra

We kunnen zeker niet ontkennen dat VIA 6 een stap in de goede richting is. Uit dit onderzoek kunnen we niet afleiden of dit volstaat. Bovendien wordt de sector geconfronteerd met een zeer krappe arbeidsmarkt die het moeilijk maakt om alle vacatures in te vullen. Alle betrokken stakeholders geven aan dat de werkdruk erg hoog is, dat personeel wordt geconfronteerd met morele stress en dat bewoners voelen dat er te weinig tijd is, waardoor belangrijke taken die met het psychosociaal welzijn en de woonleefcontext te maken hebben, sneuvelen. Het personeel moet meer tijd kunnen nemen voor bewoners. De uitdaging blijft ook om het personeel effectief te vinden op de arbeidsmarkt.

Hoeveel meer personeel er nodig is en over welke capaciteiten zij moeten beschikken, is afhankelijk van de kenmerken van de bewonersgroep op dat moment, de zorgvisie en de missie van het woonzorgcentrum en van de lokale context (bijvoorbeeld de situatie op de arbeidsmarkt).

Er is nog te veel sprake van een medisch zorgmodel, onder meer door de WUG-wetgeving. We moeten verder werken aan de algemene realisatie van een woonleefmodel

Uit de analyses van de BelRAI LTCF data en uit alle getuigenissen blijkt dat heel wat problemen – die niet enkel medisch van aard zijn – beter en meer kunnen worden aangepakt. Waar de norm voor reactivering al heel wat toelaat, moeten er toch nog vaak keuzes worden gemaakt. De Wet op de Uitvoering van de Gezondheidsberoepen legt bovendien beperkingen op. Dit is wellicht verklaarbaar uit de geschiedenis van onze woonzorgcentra en vooral van de vroegere RVT-bedden, maar een nog breder skills set is wellicht wenselijk. Er zijn bijkomende competenties nodig, die vooral te maken hebben met het psychosociale welzijn en het creëren van een aangename woon- en leefomgeving. We pleiten niet voor minder gezondheidszorg in het woonzorgcentrum, gezien de complexe zorgnoden van de bewoners, maar wel voor het verbreden en uitbreiden met personeel met bijkomende competenties en het herbekijken van de WUG-regelgeving. Deze competenties kunnen deels verworven worden op de werkvloer, mits goede en passende begeleiding. Niet alle personeelsleden moeten een master, bachelor of HBO5 diploma hebben. Mensen die

voeling hebben met de zorg voor ouderen kunnen ook opgeleid worden op de werkvloer. Ook daarvoor kan een kader worden ontwikkeld. Een carrièrepad in de woonzorgcentra zou planbaar moeten zijn en gebaseerd op training en ondersteuning. Op die manier wordt een job een carrière.

Meer flexibiliteit in de normen

De sector vraagt versoepeling van de normen om in staat te blijven om aan die normen te voldoen en niet financieel bestraft te worden. Die vraag is begrijpelijk, gezien de toestand van de arbeidsmarkt en het feit dat men nu soms verplicht wordt om iemand die minder geschikt lijkt en misschien niet past in de visie van het huis, toch aan te werven om aan de norm te voldoen. Maar het loslaten van normen kan andere kwaliteitsproblemen opleveren, zoals in de conclusies van een Australisch rapport (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2020) is beschreven. Een oplossing van het arbeidsmarktprobleem mag niet leiden tot meer kwaliteitsproblemen. Om die reden blijft 'stewardship' van de overheid nodig en kan de invulling van het personeelsbestand niet volledig worden losgelaten.

Er is evenwel een grote verscheidenheid in de woonzorgcentra en in de profielen van de bewoners. Eén norm voor alle woonzorgcentra doet onrecht aan die diversiteit. De nodige skills mix moet kunnen variëren tussen woonzorgcentra en in de tijd, afhankelijk van de bewonerspopulatie in die voorziening en op dat moment. Ook de zorgvisie kan organisatie specifieke noden met zich meebrengen. In kleinschalig genormaliseerd wonen waar in elke woning wordt gekookt, zal misschien een andere personeelsgroep gewenst zijn dan in een voorziening die meer nadruk legt op andere activiteiten en bijvoorbeeld hospice care aanbiedt. Een zekere vrijheid voor de voorziening is met andere woorden ook wenselijk. Een mogelijkheid ligt in een resultaatsverbintenis en in kwaliteitsmonitoring. Hierover is echter meer onderzoek nodig.

Normen moeten ook ingevuld geraken.

Er is nood aan een nog meer gericht beleid op retentie en aantrekkelijk maken van werken in woonzorgcentra. Een sterke alliantie tussen de sector, de Vlaamse overheid en de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, van Werk en van Onderwijs en de onderwijsinstellingen lijkt daarvoor nodig.

Het is duidelijk dat er op vandaag een structureel tekort is aan heel wat verschillende medewerkers in de zorg zoals verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten. Bovendien blijkt uit de meest recente studie met betrekking tot de knelpuntberoepen van de VDAB (2023) dit in het bijzonder in de woonzorgcentra het geval. Dit tekort zal de komende jaren verder worden aangescherpt door de groeiende zorgvraag waarmee de vergrijzing gepaard gaat. Dit vraagt oplossingen op korte en middellange termijn.

Naast het 'aanbod' (hoe kunnen we de zorgberoepen aantrekkelijker maken zodat het aantal beschikbare medewerkers groter wordt) kan door flexibilisering van de personeelsnormen ook de 'vraag' bijgestuurd worden.

Hierbij kunnen twee knelpunten worden geïdentificeerd:

- De strikte regulering van de beroepsuitoefening vormt een knelpunt waardoor cliëntgebonden taken moeilijk of niet kunnen gedelegeerd worden aan lager geschoolde medewerkers.
- De huidige subsidiëringsregels zorgen ervoor dat er weinig tot geen incentives zijn om extra in te zetten op ondersteunend personeel.

Beide leiden tot een sterk doorgedreven taakdifferentiatie en staan in schril contrast met het principe van innovatieve arbeidsorganisatie waarbij taken en opdrachten kunnen worden gebundeld tot een logisch en samenhangend geheel.

Referenties

- Alvarez-Irusta, L., Piron, C., de Laat, R., Cordyn, S., Van Nuland, E., Van Heusden, H. & Darras, E. (2013). Definitie van beroepsprofiel en competentieprofiel voor de Belgische verpleegkundige. [Definitie van beroepsprofiel en competentieprofiel voor de Belgische verpleegkundige \(belgie.be\)](#)
- Bergland, Å., & Kirkevold, M. (2006). Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 681-691.
- Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming. (2018, 30 november) Geraadpleegd op 6 april 2022 van <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1030063¶m=inhoud>
- Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. H. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing ethics*, 23(2), 142-153.
- Bostick, J.E., Rantz, M.J., Flesner, M.K., Riggs, C.J., (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of American Medical Director Association*, 7, 366-376.
- Bowers, B. J., Fibich, B., & Jacobson, N. (2001). Care-as-service, care-as-relating, care-as-comfort: understanding nursing home residents' definitions of quality. *The Gerontologist*, 41(4), 539-545.
- Canadian Institute for Health Information (2018). *RUG-III Plus Decision-Support Guide*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/rug-iiiplus-decision-support-guide-draft-1.3-en.pdf>
- Canadian Institute for Health Information (2011). *How RUG-III (44 Group) Case Mix Index Values Are Calculated, 2011—CCRS Technical Document*
- Daems, A., Declercq, A. (2023). [Analyse van de BelRAI LTCF-pilootdata in functie van het onderzoek naar de toepasbaarheid van het Resource Utilization Groups \(RUG\) categorisatiesysteem](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Declercq, A., Vanneste, D. (2020). [Personele voorwaarden in woonzorgcentra. Samenvatting van de resultaten van de literatuurstudie](#). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. (2018, 18 mei) Geraadpleegd op 6 april 2022 van <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1029649&datum=&geannoteerd=false&print=false>
- Duckett, S. J., Jackson, T., Hatcher, J., Richards, H., & Murphy, K. (2013). *The why, the what and the how of activity-based funding in Canada: a resource for health system funders and hospital managers*. Canadian Institute for Health Information. https://secure.cihi.ca/free_products/ActivityBasedFundingManualEN-web_Nov2013.pdf
- Duffy, J. A., Duffy, M., & Kilbourne, W. E. (2001). A comparative study of resident, family, and administrator expectations for service quality in nursing homes. *Health Care Management Review*, 26(3), 75-85.
- Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical care*, 18(2), i-53.

- Fosse, A., Schaufel, M. A., Ruths, S., & Malterud, K. (2014). End-of-life expectations and experiences among nursing home patients and their relatives — A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 97(1), 3-9.
- Hamers, J., Backhaus, R., de Boer, B.S., Schols, J., Verbeek, H., (2017). *Review-leidraad-verantwoorde-personeelssamenstelling*. Maastricht University, Research School Caphri, Maastricht.
- Hefele, J. G., Acevedo, A., Nsiah-Jefferson, L., Bishop, C., Abbas, Y., Damien, E., & Ramos, C. (2016). Choosing a nursing home: What do consumers want to know, and do preferences vary across race/ethnicity? *Health Services Research*, 51, 1167-1187.
- Kiljunen, O., Kankkunen, P., Partanen, P., & Välimäki, T. (2018). Family members' expectations regarding nurses' competence in care homes: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(3), 1018-1026.
- Koopman, M. (2010). *Vooruitblikken op zorg; Een onderzoek naar verwachtingen van ouderen van de concrete dagelijkse zorg tijdens kortdurende opname in het verzorgingshuis* (Master's thesis).
- Larsen, B. L. (1998). *Quality nursing care: The nursing home residents' perspective*.
- Levy-Storms, L., & Miller-Martinez, D. (2005). Family caregiver involvement and satisfaction with institutional care during the 1st year after admission. *Journal of Applied Gerontology*, 24(2), 160-174.
- Moors, E., Badisco, J., Hermans, K., & Declercq, A. (2022). *Een verkennende studie naar intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities voor een model Persoonsvolgende Financiering binnen de Vlaamse Sociale Bescherming*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Morris, J. N., Declercq, A., Hirdes, J. P., Finne-Soveri, H., Fries, B. E., James, M. L., ... & Topinkova, E. (2018). Hearing the voice of the resident in long-term care facilities—An internationally based approach to assessing quality of life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(3), 207-215.
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2013). Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *International Journal of Older People Nursing*, 8(3), 216-225.
- NRV (2012) [BEROEPSPROFIEL Zorgkundige\(WERKDOCUMENT\) \(belgie.be\)](#)
- O'Shea, K. (2002) *Staff development nursing secrets*. Maryland Height: Elsevier Health Sciences.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., ... & Maas, M. (1999). Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *Journal of nursing care quality*, 14(1), 16-37.
- Roberts, K. L., LeSage, J., & Ellor, J. R. (1987). Quality monitoring in nursing homes. *Journal of gerontological nursing*, 13(10), 34-40.
- Robichaud, L., Durand, P. J., Bédard, R., & Ouellet, J. P. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 245-251.

- Royal Commission into Aged Care Quality and Safety (2021). *Final Report: Care, Dignity and Respect*. [Final Report | Royal Commissions](#)
- Ryan, A. A., & McKenna, H. (2015). 'It's the little things that count'. Families' experience of roles, relationships and quality of care in rural nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 38-47.
- Sermeus Walter, Pirson Magali, Paquay Louis, Pacolet Jozef, Falez Freddy, Stordeur Sabine, Leys Mark. *Financiering van de thuisverpleging in België*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 122.
- van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B. M., Eijkelenboom, A., Molony, S. L., Felix, E., ... & Wouters, E. J. M. (2016). A three perspective study of the sense of home of nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1-15.
- Vinsnes, A. G., Nakrem, S., Harkless, G. E., & Seim, A. (2012). Quality of care in Norwegian nursing homes—typology of family perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 243-254.
- Wenger, G. C. (2002). *Interviewing older people. Handbook of interview research: Context and method*, 259-278.

Resultaten uit de scoping review

- American Association of Colleges of Nursing, & American Association of Colleges of Nursing. (2010). Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for the nursing care of older adults. *Washington: AACN*.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2015). Future distinguishing competencies of baccalaureate-educated registered nurses in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 36(6), 438-444.
- Barken, R., & Armstrong, P. (2018). Skills of workers in long-term residential care: Exploring complexities, challenges, and opportunities. *Ageing International*, 43(1), 110-122.
- Bedin, M. G., Droz-Mendelzweig, M., & Chappuis, M. (2013). Caring for elders: the role of registered nurses in nursing homes. *Nursing Inquiry*, 20(2), 111-120.
- Cooper, E., Spilsbury, K., McCaughan, D., Thompson, C., Butterworth, T., & Hanratty, B. (2017). Priorities for the professional development of registered nurses in nursing homes: A Delphi study. *Age and Ageing*, 46(1), 39-45.
- Dijkman, B., Reehuis, L., & Roodbol, P. (2017). Competences for working with older people: The development and verification of the European core competence framework for health and social care professionals working with older people. *Educational Gerontology*, 43(10), 483-497
- Dyck, M. J., & Kim, M. J. (2018). Continuing education preferences, facilitators, and barriers for nursing home nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(1), 26-33.

- Fernandez, N., Dory, V., Ste-Marie, L. G., Chaput, M., Charlin, B., & Boucher, A. (2012). Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Education, 46*(4), 357-365.
- Huizenga, P., Finnema, E., & Roodbol, P. (2016). Learnt and perceived professional roles of a new type of nurse specialized in Gerontology and Geriatrics, a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 72*(7), 1552-1566.
- Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' manual 2015. Methodology for JBI scoping reviews. Adelaide, SA: Joanna Briggs Institute, University of Adelaide
- Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing, 12*(3), e12146.
- Kiljunen, O., Välimäki, T., Partanen, P., & Kankkunen, P. (2018). Multifaceted competence requirements in care homes: Ethical and interactional competence emphasized. *Nordic Journal of Nursing Research, 38*(1), 48-58.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*(1), 1-9.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology, 18*(1), 1-7.
- Myers, D. R., Rogers, R. K., LeCrone, H. H., & Kelley, K. (2019). The behavioral health role in nursing facility social work. *Journal of Applied Gerontology, 38*(8), 1063-1095.
- Phelan, A., & McCormack, B. (2016). Exploring nursing expertise in residential care for older people: A mixed method study. *Journal of Advanced Nursing, 72*(10), 2524-2535.
- Prentice, K., McCleary, L., & Narushima, M. (2019). Are changes needed for therapeutic recreation undergraduate curricula? Perceived competencies of therapeutic recreationists and recreation staff working with seniors in long term care homes. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement, 38*(2), 168-179.
- Roller-Wirnsberger, R., Lindner, S., Liew, A., O'Caioimh, R., Koula, M. L., Moody, D., ... & Rodriguez-Mañas, L. (2020). European Collaborative and Interprofessional Capability Framework for Prevention and Management of Frailty—a consensus process supported by the Joint Action for Frailty Prevention (ADVANTAGE) and the European Geriatric Medicine Society (EuGMS). *Aging Clinical and Experimental Research, 32*(4), 561-570.
- Sherman, R. O., & Touhy, T. (2017). An exploratory descriptive study to evaluate Florida nurse leader challenges and opportunities in nursing homes settings. *SAGE Open Nursing, 3*, 1-7.
- Stanyon, M. R., Goldberg, S. E., Astle, A., Griffiths, A., & Gordon, A. L. (2017). The competencies of Registered Nurses working in care homes: A modified Delphi study. *Age and Ageing, 46*(4), 582-588.
- Szczerbińska, K. E., Topór-Mądry, R., & Niedźwiedzka, B. (2012). Competence profile of an in-house educator of professionals providing elderly care (ComPro project). *Nurse Education Today, 32*(5), 516-523. <https://www.nvkvv.be/file?fle=701536>

Vroegtijdige zorgplanning

- Aasmul, I., Husebo, B. S., & Flo, E. (2018). Description of an advance care planning intervention in nursing homes: Outcomes of the process evaluation. *BMC Geriatrics, 18*.
- Aasmul, I., Husebø, B. S., & Flo, E. (2015). P-36 Advance care planning in norwegian nursing homes - study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Supportive & Palliative Care, 5*.
- Baron, K., Hodgson, A., & Walshe, C. (2015). Evaluation of an advance care planning education programme for nursing homes: A longitudinal study. *Nurse Education Today, 35*(5), 689.
- Baron, K., & Walshe, C. (2014). Advance care planning training in nursing homes: A success story? *BMJ Supportive & Palliative Care, 4*.
- Beck, E. R., McIlpatrick, S., Hasson, F., & Leavey, G. (2017). Nursing home manager's knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with dementia in long-term care settings: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing, 26*(17-18), 2633-2645.
- Darbellay, K., & Voll, P. (2019). Advance directives in the relationship between relatives and caregivers: The Swiss case. *Medicine Palliative, 18*(3), 126-133.
- Flo, E., Husebo, B. S., Bruusgaard, P., Gjerberg, E., Thoresen, L., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2016). A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *BMC Geriatrics, 16*, 1-20.
- Gilissen, J., Pivodic, L., Annelien Wendrich-van, D., Gastmans, C., Robert Vander, S., Liesbeth Van, H., . . . Van den Block, L. (2019). Implementing advance care planning in routine nursing home care: The development of the theory-based ACP+ program. *PLoS One, 14*(10).
- Gilissen, J., Pivodic, L., Wendrich-van Dael, A., Gastmans, C., Vander Stichele, R., Engels, Y., . . . Van den Block, L. (2020). Implementing the theory-based advance care planning ACP plus programme for nursing homes: Study protocol for a cluster randomised controlled trial and process evaluation. *BMC Palliative Care, 19*(1).
- Goodman, C. (2018). Dying in care homes, when advance care planning requires wraparound care. *Palliative Medicine, 32*(2), 312-313.
- Hirakawa, Y., Chiang, C., Yasuda Uemura, M., & Aoyama, A. (2018). Involvement of Japanese Care Managers and Social Workers in Advance Care Planning. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 14*(4), 315-327.
- Kezirian, A. C., McGregor, M. J., Stead, U., Sakaluk, T., Spring, B., Turgeon, S., . . . Murphy, J. M. (2018). Advance Care Planning in the nursing home setting: A practice improvement evaluation. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 14*(4), 328-345.
- Manthorpe, J., & Goodwin, K. (2019). Advanced care planning: an exploratory study of community-based mental health practitioners' views and experiences of ACP in practice with people with dementia. *Working With Older People, 23*(4), 195-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/WWOP-07-2019-0016>
- McGlade, C., Daly, E., McCarthy, J., Cornally, N., Weathers, E., O'Caomh, R., & Molloy, D. W. (2017). Challenges in implementing an advance care planning programme in long-term care. *Nursing Ethics, 24*(1), 87-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016664969>

- Ottoboni, G., Chattat, R., Camedda, C., Galletti, M., Macripò, S., Mariani, E., & Ingravallo, F. (2019). Nursing home staff members' knowledge, experience and attitudes regarding advance care planning: A cross-sectional study involving 12 Italian nursing homes. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(11), 1675-1683. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-018-01110-5>
- Sommer, S., Marckmann, G., Pentzek, M., Wegscheider, K., Abholz, H. H., & in der Schmitt, J. (2012). Advance directives in nursing homes: Prevalence, validity, significance, and nursing staff adherence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(37), 577-583. doi: 10.3238/arztebl.2012.0577
- Stone, L., Kinley, J., & Hockley, J. (2013). Advance care planning in care homes: The experience of staff, residents, and family members. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(11), 550-557. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104165976&site=ehost-live&scope=site>
- Stone, L., Kinley, J., & Hockley, J. (2013). P118 Advance care planning in care homes: an exploration with staff, residents and families. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000591.140>
- Thoresen, L., Ahlzén, R., & Solbrække, K. N. (2016). Advance Care Planning in Norwegian nursing homes - Who is it for? *Journal of Aging Studies*, 38, 16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2016.04.003>
- Werner, P., & Schiffman, I. K. (2019). Nursing home staff members' attitudes regarding advance care planning: relationships with different types of knowledge. *Aging Clinical and Experimental Research*. doi: 10.1007/s40520-019-01398-x
- Wils, M., Verbakel, J., & Lisaerde, J. (2017). Improving advance care planning in patients with dementia: The effect of training nurses to engage in ACP-related conversations. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 8(1), 17-20.
- Yokoya, S., Kizawa, Y., & Maeno, T. (2018). Practice and perceived importance of advance care planning and difficulties in providing palliative care in geriatric health service facilities in Japan: A nationwide survey. *American Journal of Hospital Palliative Care*, 35(3), 464-472. doi: 10.1177/1049909117723859

Referenties van geïncludeerde, maar niet besproken artikels

Aggressie

- Bonifas, R. P. (2015). Resident-to-resident aggression in nursing homes: Social worker involvement and collaboration with nursing colleagues. *Health & Social Work, 40*(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1093/hsw/hlv040>
- DeBois, K. A., Evans, S. D., & Chatfield, S. L. (2019). Resident-to-Resident Aggression in Long-Term Care: Analysis of Structured and Unstructured Data From the National Violent Death Reporting System, 2003-2016. *Journal of Applied Gerontology, 733464819863926*. doi: 10.1177/0733464819863926
- Irvine, A. B., Billow, M. B., Gates, D. M., Fitzwater, E. L., Seeley, J. R., & Bourgeois, M. (2012). Internet training to respond to aggressive resident behaviors. *Gerontologist, 52*(1), 13-23. doi: 10.1093/geront/gnr069
- Irvine, B. P., Billow, M. B. B. A., Gates, D. M. E. M. M. S. N. R. N. F., Fitzwater, E. L. D. S. N. R. N., Seeley, J. R. P., & Bourgeois, M. P. H. D. C. C. C. S. L. P. (2012). An Internet Training to Reduce Assaults in Long-Term Care. *Geriatric Nursing, 33*(1), 28. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.10.004>
- Pulsford, D., Duxbury, J. A., & Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(2), 97-104. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01646.x
- Zeller, A. R. N. M. N. S., Müller, M. P., Needham, I. P. R. N., Dassen, T. P. R. N., Kok, G. P., & Halfens, R. J. G. P. F. (2014). Dealing with aggressive behaviour in nursing homes: caregivers' use of recommended measures. *Journal of Clinical Nursing, 23*(17-18), 2542. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1549947459?accountid=17215>

Antibiotica

- Chaaban, T., Ahouah, M., Lombrail, P., Febvre, H. L., Mourad, A., Morvillers, J. M., & Rothan-Tondeur, M. (2019). Decisional issues in antibiotic prescribing in French nursing homes: An ethnographic study. *Journal of Public Health Research, 8*(2), 1533. doi: 10.4081/jphr.2019.1533
- Cooper, D. L., Titler, M., Struble, L., & Redman, R. (2017). A multifaceted, evidence-based program to reduce inappropriate antibiotic treatment of suspected urinary tract infections. *Annals of Long Term Care, 25*(2), 36-43. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=123018347&site=ehost-live&scope=site>
- Falcone, M., Paul, M., Yahav, D., Orlando, G., Tiseo, G., Prendki, V., . . . Tinelli Marco, M. (2019). Antimicrobial consumption and impact of antimicrobial stewardship programmes in long-term care facilities. *Clinical Microbiology and Infection, 25*(5), 562-569. doi: 10.1016/j.cmi.2018.07.028
- Felsen, C. B., Dodds Ashley, E. S., Barney, G. R., Nelson, D. L., Nicholas, J. A., Yang, H., . . . Dumyati, G. K. (2020). Reducing fluoroquinolone use and clostridioides difficile infections in community nursing

- homes through hospital-nursing home collaboration. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(1), 55-61.e52. doi: 10.1016/j.jamda.2019.11.010
- Fijan, S., Pavlic, K., & Habjanic, A. (2013). Preventing transmission of ESBL-producing bacteria in an old people's homes and awareness of the nursing staff. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(4), 333-337. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=107896721&site=ehost-live&scope=site>
- Fleming, A., Bradley, C., Cullinan, S., & Byrne, S. (2014). Antibiotic prescribing in long-term care facilities: A qualitative, multidisciplinary investigation. *BMJ Open*, 4(11). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006442>
- Fleming, A., Bradley, C., Cullinan, S., & Byrne, S. (2015). Antibiotic prescribing in long-term care facilities: A meta-synthesis of qualitative research. *Drugs Aging*, 32(4), 295-303. doi: 10.1007/s40266-015-0252-2
- Hale, L. S., Votaw, L. L., Mayer, J. E., & Sobota, K. F. (2017). Nurses' knowledge, perception, and self-confidence regarding evidence-based antibiotic use in the long-term care setting. *Consult Pharm*, 32(11), 700-706. doi: 10.4140/TCP.n.2017.700
- Kidd, F., Dubourg, D., Heller, F., & Fripiat, F. (2016). Antimicrobial stewardship in long-term care facilities in Belgium: A questionnaire-based survey of nursing homes to evaluate initiatives and future developments. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 5. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13756-016-0106-7>
- Kistler, C. E., Beeber, A., Becker-Dreps, S., Ward, K., Meade, M., Ross, B., & Sloane, P. D. (2017). Nursing home nurses and community-dwelling older adults reported knowledge, attitudes, and behavior toward antibiotic use. *BMC Nursing*, 16. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0203-9>
- Krishna, A., Biedron, C., Mody, L., Lichtenberg, P., Severson, R., Cassidy, C., . . . Johnson, M. (2012). Assessment of knowledge gaps relevant to antibiotic stewardship among health care workers in long term care facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, S166-S166.
- Lim, C. J., Kwong, M. W. L., Stuart, R. L., Buising, K. L., Friedman, N. D., Bennett, N. J., . . . Kong, D. C. M. (2014). Antibiotic prescribing practice in residential aged care facilities - health care providers' perspectives. *Medical Journal of Australia*, 201(2), 101-105. doi: 10.5694/mja13.00102
- Morrill, H. J., Caffrey, A. R., Jump, R. L. P., Dosa, D., & LaPlante, K. L. (2016). Antimicrobial stewardship in long-term care facilities: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 183.e181-183.e116. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.013
- Potter, R., Campbell, A., Ellard, D. R., Shaw, C., Gardner, E., Agus, A., . . . Hughes, C. (2019). Multifaceted intervention to reduce antimicrobial prescribing in care homes: A process evaluation of a UK-based non-randomised feasibility study. *BMJ Open*, 9(11). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032185>
- Thornley, T., Ashiru-Oredope, D., Beech, E., Howard, P., Kirkdale, C. L., Elliott, H., . . . Roberts, A. (2019). Antimicrobial use in UK long-term care facilities: Results of a point prevalence survey. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy (JAC)*, 74(7), 2083-2090. doi: 10.1093/jac/dkz135

Wilson, B. M., Shick, S., Carter, R. R., Heath, B., Higgins, P. A., Sychla, B., . . . Jump, R. L. P. (2017). An online course improves nurses' awareness of their role as antimicrobial stewards in nursing homes. *American Journal of Infection Control*, 45(5), 466-470. doi: 10.1016/j.ajic.2017.01.002

Tilliften

Alamgir, H., Drebit, S., Li, H. G., Kidd, C., Tam, H., & Fast, C. (2011). Peer coaching and mentoring: A new model of educational intervention for safe patient handling in health care. *American Journal of Industrial Medicine*, 54(8), 609-617. doi: 10.1002/ajim.20968

Communicatie

Andersen, E. A., & Spiers, J. (2016). Care aides' relational practices and caring contributions. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(11), 24-30. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20160901-03>

Arling, P. A., Abrahamson, K., Miech, E. J., Inui, T. S., & Arling, G. (2014). Communication and effectiveness in a US nursing home quality-improvement collaborative. *Nursing and Health Sciences*, 16(3), 291-297. doi: 10.1111/nhs.12098

Bennett, M. K., Ward, E. C., & Scarinci, N. A. (2016). Exploratory investigation of communication management in residential-aged care: A comparison of staff knowledge, documentation and observed resident-staff communication. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 51(3), 296-309. doi: 10.1111/1460-6984.12207

Burrell, T. G., & Spencer, C. J. (2017). How EI got its groove back: the implementation of a training program in emotional intelligence at a long-term care facility. *Director (15518418)*, 27(2), 27-32. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=142433611&site=ehost-live&scope=site>

Chao, H. C., Kaas, M., Su, Y. H., Lin, M. F., Huang, M. C., & Wang, J. J. (2016). effects of the advanced innovative internet-based communication education program on promoting communication between nurses and patients with dementia. *Journal of Nursing Research*, 24(2), 163-172. doi: 10.1097/jnr.000000000000109

Chappell, N. L., Kadlec, H., & Reid, C. (2014). Change and predictors of change in social skills of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29(1), 23-31. doi: 10.1177/1533317513505129

Clayton, M. F., Reblin, M., Carlisle, M., & Ellington, L. (2014). communication behaviors and patient and caregiver emotional concerns: A description of home hospice communication. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 311-321. doi: 10.1188/14.ONF.311-321

Dorey, A., Jordan, F., & Casey, D. (2019). 104 Exploring the utility of the VERA framework to improve communication between nursing students and people with dementia in long-term care. *Age & Ageing*, 48. doi: 10.1093/ageing/afz103.61

- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345-358. doi: 10.1017/S1041610212001664
- Farrell, G. A., Shafiei, T., & Salmon, P. (2010). Facing up to 'challenging behaviour': A model for training in staff-client interaction. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1644-1655. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05340.x
- Gilmore-Bykovskiy, A. L. P. R. N. (2015). Caregiver person-centeredness and behavioral symptoms during mealtime interactions: Development and feasibility of a coding scheme. *Geriatric Nursing*, 36(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.018>
- Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R., & Strupp, J. (2019). How to talk about attitudes toward the end of life: A qualitative study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(8), 697-704. doi: 10.1177/1049909119836238
- Hartmann, C. W. P., Mills, W. L. P., Pimentel, C. B. M. P. H. P., Palmer, J. A. M. S. P., Allen, R. S. P. A., Zhao, S. M. P. H., . . . Snow, A. L. P. (2018). Impact of intervention to improve nursing home resident-staff interactions and engagement. *The Gerontologist*, 58(4), e291-e301. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2136027342?accountid=17215>
- Haugan, G. (2014). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 74-88. doi: 10.1111/scs.12028
- Heib, Z., Vychytil, P., Marx, D., & Hěib, Z. (2013). Adverse event reporting in Czech long-term care facilities. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 151-156. doi: 10.1093/intqhc/mzt014
- Heliker, D. P. R. N., & Nguyen, H. T. P. (2010). Story sharing: Enhancing nurse aide-resident relationships in long-term care. *Research in Gerontological Nursing*, 3(4), 240-252. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20100303-01>
- Hoang, N., Terry, D., Hoang, P., Vickers, J., & McInerney, F. (2019). Communication training and its effects on carer and care-receiver outcomes in dementia settings: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1050-1069. doi: 10.1111/jocn.14697
- Ko, F. M. D. M. S. (2017). Implementation of a communication training program is associated with reduction of antipsychotic medication use in nursing homes. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 24(8), 351. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1950426148?accountid=17215>
- Kortes-Miller, K., Jones-Bonofiglio, K., Hendrickson, S., & Kelley, M. L. (2016). Dying with Carolyn: Using simulation to improve communication skills of unregulated care providers working in long-term care. *Journal of Applied Gerontology*, 35(12), 1259-1278. doi: 10.1177/0733464815577139
- Kraft, M., Blomberg, K., & Hedman, A.-M. R. (2014). The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation - an interview study. *International Journal of Older People Nursing*, 9(3), 209-216. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12020>
- Law, K., Patterson, T. G., & Muers, J. (2017). Staff factors contributing to family satisfaction with long-term dementia care: A systematic review of the literature. *Clinical Gerontologist*, 40(5), 326-351. doi: 10.1080/07317115.2016.1260082

- Machiels, M., Zwakhalen, S. M. G., Metzeltin, S. F., & Hamers, J. P. H. (2017). Towards better communication in nursing homes between nurses and people with dementia: design of a communication intervention...European academy of nursing science and the swedish society of nursing summer conference 2017: The future direction of european nursing and nursing research. *BMC Nursing, 16*, 6-6. doi: 10.1186/s12912-017-0218-2
- Madden, C. L. (2015). *Communication in the nursing home: A grounded theory of nurse-CNA communication*. (10003589). The University of Utah, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1761734053?accountid=17215>
- Mager, D. R. D. N. P. R. N. B. C., Lange, J. W. P. R. N. F., Greiner, P. A. D. R. N., & Saracino, K. H. M. S. N. R. N. C. (2012). Using simulation pedagogy to enhance teamwork and communication in the care of older adults: The ELDER Project. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 43*(8), 363-369. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20120615-52>
- Martín Padilla, E., Sarmiento Medina, P., & Ramírez Jaramillo, A. (2014). Professional communication in long term health care quality. *Revista de Calidad Asistencial, 29*(3), 135-142. doi: 10.1016/j.cali.2013.11.007
- Martz, K. (2015). Actions of hospice nurses to alleviate guilt in family caregivers during residential care transitions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 17*(1), 48-55. doi: 10.1097/NJH.0000000000000122
- Matthiesen, M., & Wrigley, K. (2012). Increasing all staff awareness and skills to promote the conversation: A multi-staff, regional education approach. *BMJ Supportive & Palliative Care, 2*(2), 200. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000250.112>
- Matusitz, J., Breen, G.-M., Zhang, N. J., & Seblega, B. K. (2013). Improving nursing home resident integrity by optimizing interpersonal communication skills in clinical staff. *Journal of Evidence-Based Social Work, 10*(2), 63-72. doi: 10.1080/15433714.2011.581540
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing, 6*(1), 13-24. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x
- McGilton, K. S., Rochon, E., Sidani, S., Shaw, A., Ben-David, B. M., Saragosa, M., . . . Pichora-Fuller, M. K. (2017). Can we help care providers communicate more effectively with persons having dementia living in long-term care homes? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 32*(1), 41-50. doi: 10.1177/1533317516680899
- Medvene, L. J., & Lann-Wolcott, H. (2010). An exploratory study of nurse aides' communication behaviours: Giving 'positive regard' as a strategy. *International Journal of Older People Nursing, 5*(1), 41-50. doi: 10.1111/j.1748-3743.2009.00183.x
- Meyer-Kuehling, I., Wendelstein, B., Pantel, J., Specht-Leible, N., Zenthoef, A., & Schroeder, J. (2015). Communication training multi-TANDEMplus - A contribution to improve communication between professional caregivers and physicians. *Pflege, 28*(5), 277-285. doi: 10.1024/1012-5302/a000447
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R. W., van Gennip, I. E., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Changes in the personal dignity of nursing home residents: A longitudinal qualitative interview study. *PLoS One, 8*(9). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0073822>

- Page, C. G. (2015). *Perception and use of communication care plans by certified nursing assistants in nursing homes: The role of professional support*. (10005670). University of Kentucky, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1764404408?accountid=17215>
- Palmer, J. L. P. R. N. (2012). Caregivers' desired patterns of communication with nursing home staff-- Just TALKKK! *Journal of Gerontological Nursing*, 38(4), 47-54. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20120207-03>
- Rivolta, M. M., Rivolta, L., Garrino, L., & Di Giulio, P. (2014). Communication of the death of a patient in hospices and nursing homes: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 29-34. doi: 10.1016/j.ejon.2013.09.012
- Savundranayagam, M. Y., & Lee, C. (2017). Roles of communication problems and communication strategies on resident-related role demand and role satisfaction. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(2), 116-122. doi: 10.1177/1533317517689876
- Schenell, R., Ozanne, A., Strang, S., & Henoch, I. (2019). Balancing between maintaining and overriding the self: Staff experiences of residents' self-determination in the palliative phases. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4). doi: 10.1111/opn.12255
- Sollins, H. L. J. D. (2017). CMS guidance on nursing home resident privacy and staff conduct related to photographs and audio/video recordings. *Geriatric Nursing*, 38(1), 72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.008>
- Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 311-319. doi:<http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S73053>
- Stans, S. E. A., Dalemans, R. J. P., Roentgen, U. R., Smeets, H. W. H., & Beurskens, A. (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expectations*, 21(5), 848-857. doi: 10.1111/hex.12679
- Tønnessen, S., Solvoll, B.-A., & Brinchmann, B. S. (2016). Ethical challenges related to next of kin - nursing staffs' perspective. *Nursing Ethics*, 23(7), 804-814. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733015584965>
- Tsai, H. H., Tsai, Y. F., Weng, L. C., & Chou, H. F. (2013). More than communication skills: Experiences of communication conflict in nursing home nurses. *Medical Education*, 47(10), 990-1000. doi: 10.1111/medu.12233
- Warner-Maron, I. (2018). Commonly heard, commonly said: Catchphrases that hurt long-term care practice and how to address the issues they imply. *Annals of Long-Term Care*, 26(7), 30-32. doi: 10.25270/altc.2018.04.00024
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Bossen, A., & Hein, M. (2016). Nursing home staff intentions for learned communication skills: Knowledge to practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(3), 26-34. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20160212-06>
- Windle, G., Algar-Skaife, K., Caulfield, M., Pickering-Jones, L., Killick, J., Zeilig, H., & Tischler, V. (2019). Enhancing communication between dementia care staff and their residents: an arts-inspired intervention. *Aging & Mental Health*, 1-10. doi: 10.1080/13607863.2019.1590310

Xiao, L. D., Willis, E., Harrington, A., Gillham, D., De Bellis, A., Morey, W., & Jeffers, L. (2018). Improving socially constructed cross-cultural communication in aged care homes: A critical perspective. *Nursing Inquiry*, 25(1). doi: 10.1111/nin.12208

Constipatie

Digestive System Diseases and Conditions; Study data from university of Trondheim hospital update understanding of fecal incontinence (effect of a multifaceted educational program for care staff concerning fecal incontinence in nursing home patients: study protocol of a cluster ...). (2015). *Health & Medicine Week*, p. 1648. Retrieved from

<https://search.proquest.com/docview/1671062825?accountid=17215>

Blekken, L. E., Nakrem, S., Gjeilo, K. H., Norton, C., Mørkved, S., & Vinsnes, A. G. (2015). Feasibility, acceptability, and adherence of two educational programs for care staff concerning nursing home patients' fecal incontinence: A pilot study preceding a cluster-randomized controlled trial. *Implementation Science*, 10(1), 72-72. doi: 10.1186/s13012-015-0263-8

Blekken, L. E., Vinsnes, A. G., Gjeilo, K. H., Mørkved, S., Salvesen, Ø., Norton, C., . . . Salvesen, Ø. (2015). Effect of a multifaceted educational program for care staff concerning fecal incontinence in nursing home patients: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 69-69. doi: 10.1186/s13063-015-0595-3

Hu, H.-I., Kuo, H.-T., & Tsai, C.-H. (2010). Knowledge, attitudes and management strategies of incontinence care among nursing staffs in nursing home. *International Journal of Urology*, 17, A371-A372.

Ostaszkiwicz, J., Tomlinson, E., & Hutchinson, A. M. (2018). "Dignity": A central construct in nursing home staff understandings of quality continence care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2425-2437. doi: 10.1111/jocn.14293

Rahman, A. N., Schnelle, J. F., Applebaum, R., Lindabury, K., & Simmons, S. (2012). Distance coursework and coaching to improve nursing home incontinence care: Lessons learned. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(6), 1157-1164. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03939.x>

Saga, S., Vinsnes, A. G., Mørkved, S., Norton, C., & Seim, A. (2013). Prevalence and correlates of fecal incontinence among nursing home residents: a population-based cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 13. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-87>

Takaoka, M., Igarashi, A., Futami, A., & Yamamoto-Mitani, N. (2020). Management of constipation in long-term care hospitals and its ward manager and organization factors. *BMC Nursing*, 19, 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-020-0398-z>

COPD

Suarez-Barcelo, M., Micca, J. L., Clackum, S., & Ferguson, G. T. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease in the long-term care setting: Current practices, challenges, and unmet needs. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 23, S1-S28. doi: 10.1097/MCP.0000000000000416

Cultuur

- Carter, D. R. N. M. S. N. C. S. (2011). RAI/MDS process and nurse competencies in culture change: Long term management care. *Long-Term Living*, 60(2), 41-41,44. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/854925951?accountid=17215>
- Chen, L., Xiao, L. D., Han, W., Meyer, C., & Müller, A. (2020). Challenges and opportunities for the multicultural aged care workforce: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.13067
- Cohen, C. I., Sanders, R., & McKenzie, S. E. (2011). Assessment of organizational cultural competency among nursing home staff. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), S127-S127.
- Kataoka-Yahiro, M. R., McFarlane, S., Kojane, J., & Li, D. (2017). Culturally competent palliative and hospice care training for ethnically diverse staff in long-term care facilities. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(4), 335-346. doi: 10.1177/1049909116638347
- Lee, M., Choi, J.-S., Lim, J., & Kim, Y. S. (2013). Relationship between staff-reported culture change and occupancy rate and organizational commitment among nursing homes in South Korea. *Gerontologist*, 53(2), 235-245. doi: 10.1093/geront/gns106
- Leyva, V. L., Breshears, E. M., & Ringstad, R. (2014). Assessing the efficacy of LGBT cultural competency training for aging services providers in California's central valley. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(2-4), 335-348. doi: 10.1080/01634372.2013.872215
- Recchiuto, C. T., Papadopoulos, C., Hill, T., Castro, N., Bruno, B., Papadopoulos, I., & Sgorbissa, A. (2019). Designing an experimental and a reference robot to test and evaluate the impact of cultural competence in socially assistive robotics. In *2019 28th IEEE International Conference on Robot and Human Interactive Communication*.
- Riley, L. (2018). *The Experiences and Perceptions of African American Women Who Reside in a Nursing Home*. (10933788). Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2115214634?accountid=17215>
- Sanders, R., & Cohen, C. I. (2012). Assessing individual and organizational cultural competency in nursing home staff. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), S157-S157.
- Schwinn, S. V., & Dinkel, S. A. (2015). Changing the Culture of Long-Term Care: Combating Heterosexism. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2), 1-1. doi: 10.3912/OJIN.Vol20No02PPT03
- Shield, R. R., Looze, J., Tyler, D., Lepore, M., & Miller, S. C. (2014). Why and how do nursing homes implement culture change practices? Insights from qualitative interviews in a mixed methods study. *Journal of Applied Gerontology*, 33(6), 737-763. doi: 10.1177/0733464813491141
- Tayab, A. M. A., & Narushima, M. P. (2015). "Here for the residents": A case study of cultural competence of personal support workers in a long-term care home. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(2), 146. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1659817277?accountid=17215>
- Wick, J. Y., & Sharabun, M. (2017). Long-term care and cultural competence. *Consult Pharm*, 32(1), 12-21. doi: 10.4140/TCP.n.2017.12

Beslissingen nemen

- Fu, C. J., Agarwal, M., Dick, A. W., Bell, J. M., Stone, N. D., Chastain, A. M., & Stone, P. W. (2020). Self-reported National Healthcare Safety Network knowledge and enrollment: A national survey of nursing homes. *American Journal of Infection Control, 48*(2), 212-215. doi: 10.1016/j.ajic.2019.08.016
- Murphy-Jones, G., & Timmons, S. (2016). Paramedics' experiences of end-of-life care decision making with regard to nursing home residents: An exploration of influential issues and factors. *Emergency Medicine Journal, 33*(10), 722-726. doi: 10.1136/emered-2015-205405

Delier

- Marsh, E., & Imgrund, D. (2017). Implementing a Delirium Prevention and Recognition Program. *Medsurg Nursing, 26*(4), 269-273. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1929674118?accountid=17215>

Dementie

- Alzheimer Disease; Time to 'just say no' to behavior-calming drugs for Alzheimer patients? Experts say yes. (2015). *Mental Health Weekly Digest*, p. 181. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1662021167?accountid=17215>
- Ampe, S., Sevenants, A., Smets, T., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2016). Advance care planning for nursing home residents with dementia: policy vs. practice. *Journal of Advanced Nursing, 72*(3), 569-581. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12854>
- Anderson, K., Bird, M., MacPherson, S., & Blair, A. (2016). How do staff influence the quality of long-term dementia care and the lives of residents? A systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics, 28*(8), 1263-1281. doi: 10.1017/S1041610216000570
- Anonymous. (2010). Dementia; Scientists at Griffith University, Institute of Health publish research in dementia. *Obesity, Fitness & Wellness Week*, p. 1606. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/808486323?accountid=17215>
- Attard, R., Sammut, R., & Scerri, A. (2020). Exploring the knowledge, attitudes and perceived learning needs of formal carers of people with dementia. *Nursing Older People, 32*(3), 25-31. doi: 10.7748/nop.2020.e1225
- Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B., & Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: Findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age Ageing, 45*(6), 856-863. doi: 10.1093/ageing/afw136
- Barbosa, A., Marques, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2016). Effects of a psycho-educational intervention on direct care workers' communicative behaviors with residents with dementia. *Health Communication, 31*(4), 453-459. doi: 10.1080/10410236.2014.965382

- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2013). Dementia in long-term care homes: Direct care workers' difficulties. In *2nd World Conference on Psychology and Sociology* (Vol. 140, pp. 172-177).
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2015). Supporting direct care workers in dementia care: Effects of a psychoeducational intervention. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, *30*(2), 130-138. doi: 10.1177/1533317514550331
- Berendonk, C., & Caine, V. (2017). Insights into care providers' understandings of life story work with persons with dementia: Findings from a qualitative study. *Research and Theory for Nursing Practice*, *31*(3), 272-294. doi: 10.1891/1541-6577.31.3.272
- Bergland, Å., Johansen, H., & Sellevold, G. S. (2015). A qualitative study of professional caregivers' perceptions of processes contributing to mealtime agitation in persons with dementia in nursing home wards and strategies to attain calmness. *Nursing Open*, *2*(3), 119-129. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.24>
- Blackmon, T. (2018). *A Nursing Education Program to Decrease Use of Psychotropics among Dementia Patients*. (10978501). Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2137634537?accountid=17215>
- Bloomer, C., & Thorn, M. (2012). Benefits of increasing skills in the care workforce in recognizing end of life in dementia patients. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *2*(2), 184. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000250.54>
- Boersma, P., van Weert, J. C. M., Lakerveld, J., & Dröes, R.-M. (2015). The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: A systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. *International Psychogeriatrics*, *27*(1), 19-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214001409>
- Brennan, D. (2016). The Implementation of Memory Boxes to Improve Staff Knowledge of Elderly Residents with Dementia in a Long-Term Care Facility. *Age and Ageing*, *45*, 40-40.
- Broughton, M., Smith, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Pachana, N. A., Copland, D. A., . . . Chenery, H. J. (2011). Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest–posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(11), 1436-1444. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.007
- Brown, E. L. x., Agronin, M. E., & Stein, J. R. (2020). Interventions to enhance empathy and person-centered care for individuals with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, *13*(3), 158. doi: 10.3928/19404921-20191028-01
- Buswell, M., Goodman, C., Roe, B., Russell, B., Norton, C., Harwood, R., . . . Bunn, F. (2017). What works to improve and manage fecal incontinence in care home residents living with dementia? A realist synthesis of the evidence. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(9), 752-760.e751. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.025
- Callaghan, M., & Ritchie, L. (2017). Creating positive experiences for people living with dementia in care homes. *Nursing Older People (2014+)*, *29*(1), 36. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.2017.e871>
- Campbell, C., Hope, S., Stevens, D., & Morris, A. (2013). P123 Improving end of life care on inpatient dementia wards. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *3*. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000591.145>

- Carter, G., McLaughlin, D., Kernohan, W. G., Hudson, P., Clarke, M., Froggatt, K., . . . Brazil, K. (2018). The experiences and preparedness of family carers for best interest decision-making of a relative living with advanced dementia: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1595-1604. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13576>
- Caspi, E. (2010). *Preventing agitative behaviors and encouraging positive emotions among elders with memory-loss who live in an Assisted Living Residence*. (3420067). University of Massachusetts Boston, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/748322510?accountid=17215>
- Cattoor, E. (2018). *The effectiveness of cares dementia training modules on delivery of person centered care inside a memory care unit: Utilizing the cares observational tool*. (13877136). University of Missouri - Columbia, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2209407219?accountid=17215>
- Chan, H. Y. L., Ho, F. K. Y., Chui, K. C. M., Hui, E. Y. S., Wong, B., Chong, Y.-y., . . . Kwok, T. C. Y. (2020). Capacity building for dementia care in community care services: A mixed methods approach. *BMC Geriatrics*, 20(1). doi: 10.1186/s12877-020-01517-8
- Cohen-Mansfield, J., Jensen, B., Resnick, B., & Norris, M. (2012). Assessment and treatment of behavior problems in dementia in nursing home residents: A comparison of the approaches of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 135-145. doi: 10.1002/gps.2699
- Conway, E. R., & Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE Communication Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia: A controlled pretest-post-test study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1145-1155. doi: 10.1111/jocn.13134
- Curyto, K. J., & Vriesman, D. K. (2016). Development of the knowledge of dementia competencies self-assessment tool. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(1), 18-26. doi: 10.1177/1533317515581703
- Daly, J. M. R. N. P., Bay, C. P. M. S., Levy, B. T. P. M. D., & Carnahan, R. M. M. S. P. (2015). Caring for people with dementia and challenging behaviors in nursing homes: A needs assessment geriatric nursing. *Geriatric Nursing*, 36(3), 182. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.01.001>
- Davison, T. E., McCabe, M. P., Bird, M., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., . . . O'Connor, D. W. (2017). Behavioral symptoms of dementia that present management difficulties in nursing homes: Staff perceptions and their concordance with informant scales. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(1), 34-43. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20160928-01>
- De Vriendt, P., Cornelis, E., Desmet, V., Vanbosseghem, R., & Van de Velde, D. (2018). Quality in dementia care: A cross sectional study on the Bio-Psycho-Social competencies of healthcare professionals. *PLoS One*, 13(2). doi: 10.1371/journal.pone.0191440
- Dionne-Vahalik, M. (2018). *Use of Antipsychotic Medications in Individuals with Alzheimer's Disease in Nursing Facilities*. (10815820). Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2042582723?accountid=17215>

- Dobbs, D., Hobday, J., Roker, R., Kaas, M. J., & Molinari, V. (2018). Certified nursing assistants' perspectives of the CARES® activities of daily living dementia care program. *Applied Nursing Research, 39*, 244-248. doi: 10.1016/j.apnr.2017.11.016
- Drageset, I., Normann, H. K., & Elstad, I. (2015). Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes. *Nordisk Sygeplejeforskning-Nordic Nursing Research, 5*(3), 296-310.
- Duffin, C. (2013). Dementia strategy outlines three-tiered workforce. *Nursing Older People, 25*(4), 6-7. doi: 10.7748/nop2013.05.25.4.6.s8
- Elliott, K.-E. J., Scott, J. L., Stirling, C., Martin, A. J., & Robinson, A. (2012). Building capacity and resilience in the dementia care workforce: A systematic review of interventions targeting worker and organizational outcomes. *International Psychogeriatrics, 24*(6), 882-894. doi: 10.1017/S1041610211002651
- Erel, M., Marcus, E.-L., & Dekeyser-Ganz, F. (2017). Barriers to palliative care for advanced dementia: a scoping review. *Annals of Palliative Medicine, 6*(4), 365-379. doi: 10.21037/apm.2017.06.13
- Ervin, K., Finlayson, S., & Cross, M. (2012). The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care. *Collegian, 19*(2), 85-95. doi: 10.1016/j.colegn.2012.02.003
- Fick, D. M., Kolanowski, A. M., Hill, N. L., Yevchak, A., DiMeglio, B., & Mulhall, P. M. (2013). Using standardized case vignettes to evaluate nursing home staff recognition of delirium and delirium superimposed on dementia. *Annals of Long-Term Care, 21*(9), 34-38.
- Figueiredo, D., Barbosa, A., Cruz, J., Marques, A., & Sousa, L. (2013). Empowering staff in dementia long-term care: Towards a more supportive approach to interventions. *Educational Gerontology, 39*(6), 413-427. doi: 10.1080/03601277.2012.701105
- Forstmeier, S., Maercker, A., Savaskan, E., & Roth, T. (2015). Cognitive behavioural treatment for mild Alzheimer's patients and their caregivers (CBTAC): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 16*(1), 526-539. doi: 10.1186/s13063-015-1043-0
- Fossey, J., Garrod, L., Guzman, A., & Testad, I. (2020). A qualitative analysis of trainer/coach experiences of changing care home practice in the Well-being and Health in Dementia randomised control trial. *Dementia (14713012), 19*(2), 237-252. doi: 10.1177/1471301218772178
- Franzmann, J., Haberstroh, J., & Pantel, J. (2016). Train the trainer in dementia care. A program to foster communication skills in nursing home staff caring for dementia patients. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49*(3), 209-215. doi: 10.1007/s00391-016-1041-1
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B., & Goldsen, J. (2018). Cognitive impairment, Alzheimer's Disease, and other dementias in the lives of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) older adults and their caregivers: Needs and competencies. *Journal of Applied Gerontology, 37*(5), 545-569. doi: 10.1177/0733464816672047
- Gabbard, J., Johnson, D., Russell, G., Spencer, S., Williamson, J. D., McLouth, L. E., . . . Yang, M. (2019). Prognostic awareness, disease and palliative understanding among caregivers of patients with dementia. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. doi: 10.1177/1049909119895497
- Garden, G., Green, S., & Pieniak, S. (2014). 18 The impact of a service for care home residents with dementia on staff knowledge, carer satisfaction, dying in preferred place of care and hospital admission. *Age & Ageing, 43*(suppl_1), i4-5. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=103961877&site=ehost-live&scope=site>

- Garden, G., Green, S., & Pieniak, S. (2014). The impact of a service for care home residents with dementia on staff knowledge, carer satisfaction, dying in preferred place of care and hospital admission. *Age and Ageing, 43*.
- Gendron, T., & Heck, A. (2013). What do long-term care staff know about the differences between depression and dementia? *Clinical Gerontologist, 36*(5), 411-420. doi: 10.1080/07317115.2013.816818
- Gerolimatos, L. A., Page, K. S., Balestracci, P., & Hinrichs, K. L. M. (2018). Interdisciplinary development and implementation of a dementia skills training program in a VA community living center: A pilot study. *Geriatric Nursing, 39*(4), 400-406. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.12.012
- Gilster, S. D. P. R. N. L., Boltz, M. P. G. N. P. B. C. F. F., & Dalessandro, J. L. B. (2018). Long-term care workforce issues: Practice principles for quality dementia care. *The Gerontologist, 58*. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2002114491?accountid=17215>
- Goossens, B., Sevenants, A., Declercq, A., & Chantal Van, A. (2019). 'We DECide optimized' - training nursing home staff in shared decision-making skills for advance care planning conversations in dementia care: Protocol of a pretest-posttest cluster randomized trial. *BMC Geriatrics, 19*. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1044-z>
- Goossens, B., Sevenants, A., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2020). Improving shared decision-making in advance care planning: Implementation of a cluster randomized staff intervention in dementia care. *Patient Education & Counseling, 103*(4), 839-847. doi: 10.1016/j.pec.2019.11.024
- Gordon, S. E., Dufour, A. B., Monti, S. M., Mattison, M. L. P., Catic, A. G., Thomas, C. P., & Lipsitz, L. A. (2016). Impact of a videoconference educational intervention on physical restraint and antipsychotic use in nursing homes: Results from the ECHO-AGE pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(6), 553-556. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.002
- Grant, J. A. (2014). *Increasing caregivers' knowledge to meet the needs of individuals with dementia*. (1564567). Utica College, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1615129817?accountid=17215>
- Hall, A., Wilson, C. B., Stanmore, E., & Todd, C. (2017). Implementing monitoring technologies in care homes for people with dementia: A qualitative exploration using Normalization Process Theory. *International Journal of Nursing Studies, 72*, 60. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1944222650?accountid=17215>
- Hallberg, I. R., Cabrera, E., Jolley, D., Raamat, K., Renom-Guiteras, A., Verbeek, H., . . . Karlsson, S. (2016). Professional care providers in dementia care in eight European countries; their training and involvement in early dementia stage and in home care. *Dementia (14713012), 15*(5), 931-957. doi: 10.1177/1471301214548520
- Han, A., & Kunik, M. E. (2019). Feasibility of training and delivering compassionate touch in long-term care. *Clinical Gerontologist, 42*(3), 277-285. doi: 10.1080/07317115.2017.1381212
- Han, A., Kunik, M. E., & Richardson, A. (2019). Compassionate touch (R) delivered by long-term care staff for residents with dementia: Preliminary results. *Journal of Social Service Research*. doi: 10.1080/01488376.2019.1626320

- Hewitt, A., & Day, S. (2018). Life stories support staff and relatives to see, hear and understand people with dementia living in a nursing home as a whole person. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(1), 75-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1440-1630.12451>
- Hobday, J. V., Savik, K., Smith, S., & Gaugler, J. E. (2010). Feasibility of internet training for care staff of residents with dementia: The CARES program. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(4), 13-21. doi: 10.3928/00989134-20100302-01
- Hobday, J. V. M. A., Savik, K. M. S., & Gaugler, J. E. P. (2010). An internet-based multimedia education prototype to enhance late-stage dementia care: Formative research results. *Geriatric Nursing*, 31(6), 402. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.06.001>
- Holle, D., Krüger, C., Halek, M., Sirsch, E., & Bartholomeyczik, S. (2015). Experiences of nursing staff using dementia-specific case conferences in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 228-237. doi: 10.1177/1533317514552320
- Hopkins, W. (2017). *Evaluating nurses' self-efficacy in caring for patients with dementia*. (10259180). Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1881822848?accountid=17215>
- Hu, S. H., Yang, Z. L., Chuang, Y.-H., & Liu, M. F. (2018). Registered nurses' knowledge of medical care for older adults with diabetes in long-term care facilities in Taiwan. *Collegian*, 25(3), 271-275. doi: 10.1016/j.colegn.2017.07.003
- Huryk, M. (2016). *A resident-centered dementia care staff education project to reduce challenging behaviors at a long-term care facility*. (10252176). Seton Hall University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1878939123?accountid=17215>
- Irvine, A. B., Beaty, J. A., Seeley, J. R., & Bourgeois, M. (2013). Use of a dementia training designed for nurse aides to train other staff. *Journal of Applied Gerontology*, 32(8), 936. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1459780925?accountid=17215>
- Jackson, G. A., Newbronner, L., Chamberlain, R., Borthwick, R., Yardley, C., & Boyle, K. (2017). Caring for people with dementia with Lewy bodies and Parkinson's dementia in UK care homes - A mixed methods study. *European Geriatric Medicine*, 8(2), 146-152. doi: 10.1016/j.eurger.2017.01.003
- Jacobsen, F. F., Mekki, T. E., Forland, O., Folkestad, B., Kirkevold, O., Skar, R., . . . Oye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>
- Jennings, A. A., Foley, T., McHugh, S., Browne, J. P., & Bradley, C. P. (2018). 'Working away in that Grey Area...' A qualitative exploration of the challenges general practitioners experience when managing behavioural and psychological symptoms of dementia. *Age Ageing*, 47(2), 295-303. doi: 10.1093/ageing/afx175
- Jordan, K. M. S. N. A. P. N. A.-B. C. C. N. L., & Church, T. M. S. N. A. P. N. A.-B. C. (2013). A clinical learning experience: Enhancing baccalaureate nursing students' self-efficacy in meeting the psychosocial needs of clients with dementia. *Journal of Nursing Education*, 52(3), 171-174. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20130218-03>

- Katz, M., Goto, Y., Kluger, B. M., Galifianakis, N. B., Miyasaki, J. M., Kutner, J. S., . . . Pantilat, S. Z. (2018). Top ten tips palliative care clinicians should know about Parkinson's Disease and related disorders. *Journal of Palliative Medicine, 21*(10), 1507-1517. doi: 10.1089/jpm.2018.0390
- Kellett, U., Moyle, W., McAllister, M., King, C., & Gallagher, F. (2010). Life stories and biography: A means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of Clinical Nursing, 19*(11-12), 1707-1715. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03116.x
- Khan, F., & Curtice, M. (2011). Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *British Journal of Community Nursing, 16*(9), 441-449. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104636434&site=ehost-live&scope=site>
- Kim, H. S. (2012). *The relationship between direct-care staff's competence in social interaction and behavioral symptoms in korean-american nursing home residents with dementia*. (3509142). University of California, Los Angeles, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1018692294?accountid=17215>
- Kolanowski, A., Fortinsky, R. H., Calkins, M., Devanand, D. P., Gould, E., Heller, T., . . . Zimmerman, S. (2018). Advancing research on care needs and supportive approaches for persons with dementia: Recommendations and rationale. *Journal of the American Medical Directors Association, 19*(12), 1047-1053. doi: 10.1016/j.jamda.2018.07.005
- Kolanowski, A. R. N. P. F., Fick, D. P. A.-B. C. F., Frazer, C. R. N. P. C. N. S., & Penrod, J. R. N. P. (2010). It's about time: Use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(2), 214-222. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01338.x>
- Kovach, C. R. P. R. N. F., Logan, B. R. P., Joosse, L. L. P. R. N., & Noonan, P. E. M. S. N. G. B. C. (2012). Failure to identify behavioral symptoms of people with dementia and the need for follow-up physical assessment. *Research in Gerontological Nursing, 5*(2), 89-93. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20110503-01>
- Kurz, A., Wagenpfeil, S., Hallauer, J., Schneider-Schelte, H., & Jansen, S. (2010). Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(8), 861. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/612240356?accountid=17215>
- LaBate, K. L. (2012). *The effects of dementia education on the quality of care in nursing homes*. (3503499). Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1009888602?accountid=17215>
- Latham, I., & Brooker, D. (2017). Reducing anti-psychotic prescribing for care home residents with dementia. *Nurse Prescribing, 15*(10), 504-511. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/npre.2017.15.10.504>
- Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T., & McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 5169-5178. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14066>
- Lee, L., Kasperski, M. J., & Weston, W. W. (2011). Building capacity for dementia care training program to develop primary care memory clinics. *Canadian Family Physician, 57*(7), E249-E252.

- Lee, S. J., Park, M. S., Choi, Y.-R., & Chang, S. O. (2020). Concept development of identification of discomfort for nursing home patients with advanced dementia. *International Journal of Nursing Knowledge*. doi: 10.1111/2047-3095.12277
- Leone, E., Deudon, A., Bauchet, M., Laye, M., Bordone, N., Lee, J.-H., . . . Robert, P. H. (2013). Management of apathy in nursing homes using a teaching program for care staff: The STIM-EHPAD study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), 383. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1315779838?accountid=17215>
- Livingston, G., Barber, J., Marston, L., Rapaport, P., Livingston, D., Cousins, S., . . . Cooper, C. (2017). Prevalence of and associations with agitation in residents with dementia living in care homes: MARQUE cross-sectional study. *BJPsych Open*, 3(4), 171-178. doi: 10.1192/bjpo.bp.117.005181
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., . . . Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 205(6), 436-442. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141119
- Livingston, G., Pitfield, C., Morris, J., Manela, M., Lewis-Holmes, E., & Jacobs, H. (2012). Care at the end of life for people with dementia living in a care home: A qualitative study of staff experience and attitudes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 643-650. doi: 10.1002/gps.2772
- Lo, R. Y. (2020). Uncertainty and health literacy in dementia care. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*, 32(1), 14-18. doi: 10.4103/tcmj.tcmj_116_19
- Maidment, I. D., Shaw, R. L., Killick, K., Damery, S., Hilton, A., Wilcock, J., . . . Seare, N. (2016). Improving the management of behaviour that challenges associated with dementia in care homes: Protocol for pharmacy-health psychology intervention feasibility study. *BMJ Open*, 6(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010279>
- McConnell, E. S. (2014). Improving dementia care through behavioral interventions. *North Carolina Medical Journal*, 75(5), 355-358. doi: 10.18043/ncm.75.5.355
- Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: The healthcare professionals' experiences. *BMC Health Services Research*, 18(1), N.PAG-N.PAG. doi: 10.1186/s12913-018-3515-x
- Miharu, N., Yuki, M., Long, C. O., & Arcand, M. (2015). A Japanese booklet about palliative care for advanced dementia in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 385-391. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.8.385
- Mileski, M., Lee, K., Bourquard, C., Cavazos, B., Dusek, K., Kimbrough, K., . . . McClay, R. (2019). Preventing the abuse of residents with dementia or Alzheimer's disease in the long-term care setting: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1797-1815. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S216678>
- Molinuevo, J. L., & Hernandez, B. (2012). Assessment of the information provided by the medical specialist on Alzheimer's disease and that retained by the patient caregivers. *Neurologia*, 27(8), 453-471. doi: 10.1016/j.nrl.2011.05.009
- Moyle, W., Venturato, L., Cooke, M., Murfield, J., Griffiths, S., Hughes, J., & Wolf, N. (2016). Evaluating the capabilities model of dementia care: A non-randomized controlled trial exploring resident quality

- of life and care staff attitudes and experiences. *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1091-1100. doi: 10.1017/S1041610216000296
- O'Connor, C. (2011). Caring for dementia carers: The role of general practitioners in Ireland. *Irish Journal of Medical Science*, 180(2), 327-332. doi: 10.1007/s11845-010-0671-3
- Oliveira, M. P., & Sousa, L. X. (2020). V(AL)IDA: A validation therapy-training program for staff of a residential care facility. *International Journal of Aging & Human Development*. doi: 10.1177/0091415020920003
- Pardoe-Billings, E., & Roberts, P. (2019). O-24 Care improvement and end of life: A partnership approach. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(Suppl 4). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-HUKNC.24>
- Parra-Anguita, L., García-Fernández, F. P., del-Pino-Casado, R., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2019). Knowledge about the care of people with Alzheimer's disease of the nursing staff of nursing homes in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24). doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16244907>
- Passalacqua, S. A., & Harwood, J. (2012). VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: An intervention to increase person-centered dementia care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 425-445. doi: 10.1080/07317115.2012.702655
- Pleasant, M. L., Molinari, V., Hobday, J. V., Fazio, S., Cullen, N., & Hyer, K. (2017). An evaluation of the CARES((R)) Dementia Basics Program among caregivers. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 45-56. doi: 10.1017/S1041610216001526
- Prahl, C., Krook, C., & Fagerberg, I. (2016). Understanding the role of an educational model in developing knowledge of caring for older persons with dementia. *Nurse Education in Practice*, 17, 97-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.012>
- Reis, R. C., Dalpai, D., & Camozzato, A. (2013). Staff training to reduce behavioral and psychiatric symptoms of dementia in nursing home residents: A systematic review of intervention reproducibility. *Dementia & Neuropsychologia*, 7(3), 292-297. doi: 10.1590/s1980-57642013dn70300010
- Riesch, J., Meyer, L., Lehr, B., & Severin, T. (2018). Dementia-specific training for nursing home staff: A systematic literature review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(5), 523-529. doi: 10.1007/s00391-017-1296-1
- Rivett, E., Hammond, L., & West, J. (2019). What influences self-perceived competence and confidence in dementia care home staff? A systematic review. *Psychogeriatrics*, 19(5), 440-456. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/psyg.12422>
- Roberts, G., Morley, C., Walters, W., Malta, S., & Doyle, C. (2015). Caring for people with dementia in residential aged care: Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatric Nursing*, 36(2), 106-110. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.11.003
- Rognstad, M.-K., & Naden, D. (2011). Challenges and Competency in Dementia Care - Caregivers' Perspective. *Nordisk Sygeplejeforskning-Nordic Nursing Research*, 1(2), 143-155.

- Sanchez, S., Gallin, A., Stefanuto, M., Treffel, S., Antoine, M., & Denormandie, P. (2016). Training and representation of dementia of workers in nursing homes. *Soins G erontologie* (118), 21-25. doi: 10.1016/j.sger.2016.01.009
- Scerri, A., & Scerri, C. (2019). Outcomes in knowledge, attitudes and confidence of nursing staff working in nursing and residential care homes following a dementia training programme. *Ageing & Mental Health*, 23(8), 919-928. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1399342
- Schulz, H., Auer, S., Span, E., Adler, C., Donabauer, Y., Weber, S., . . . Meyer, M. (2012). A training program for dementia trainers: Does this program have practical relevance?. *Zeitschrift f ur Gerontologie und Geriatrie*, 45(7), 637-641. doi: 10.1007/s00391-012-0297-3
- Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P., & Oyeboode, J. (2017). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse Education Today*, 50, 119-123. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.015
- Sprinks, J. (2016). College launches initiative to improve the dementia skills of care home nurses. *Nursing Older People (2014+)*, 28(1), 6. doi: http://dx.doi.org/10.7748/nop.28.1.6.s2
- Streater, A., Aguirre, E., Spector, A., & Orrell, M. (2016). Cognitive stimulation therapy for people with dementia in practice: A service evaluation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 79(9), 574-580. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0308022616659886
- Surr, C. A., Gates, C., Irving, D., Oyeboode, J., Smith, S. J., Parveen, S., . . . Dennison, A. (2017). Effective dementia education and training for the health and social care workforce: A systematic review of the literature. *Review of Educational Research*, 87(5), 966-1002. doi: 10.3102/0034654317723305
- Surr, C. A., Sass, C., Drury, M., Burnley, N., Dennison, A., Burden, S., & Oyeboode, J. (2019). A collective case study of the features of impactful dementia training for care home staff. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-16. doi: 10.1186/s12877-019-1186-z
- Timmons, S., Cornally, N., Hartigan, I., Lehane, E., Buckley, C., O'Loughlin, C., . . . Coffey, A. (2019). 186 Tailoring change management - learning from "readiness-to-change" and learning needs analyses, focused on dementia palliative care, in three long-term care settings...67th annual & scientific meeting of the irish gerontological society, innovation, advances and excellence in ageing, September 26-28, 2019, Cork, Ireland. *Age & Ageing*, 48, iii17-iii65. doi: 10.1093/ageing/afz103.109
- Tropea, J., Johnson, C. E., Nestel, D., Paul, S. K., Brand, C. A., Hutchinson, A. F., . . . Lim, W. K. (2019). A screen-based simulation training program to improve palliative care of people with advanced dementia living in residential aged care facilities and reduce hospital transfers: study protocol for the IMProving Palliative care Education and Training Using Simulation in Dementia (IMPETUS-D) cluster randomised controlled trial. *BMC Palliative Care*, 18(1), N.PAG-N.PAG. doi: 10.1186/s12904-019-0474-x
- van Rumund, A., Weerkamp, N., Tissingh, G., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T., Munneke, M., . . . Bloem, B. R. (2014). Perspectives on Parkinson Disease care in dutch nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(10), 732-737. doi: 10.1016/j.jamda.2014.05.009
- van Zadelhoff, E., Verbeek, H., Widdershoven, G., van Rossum, E., & Abma, T. (2011). Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 20(17-18), 2490-2500. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03759.x

- Wang, F., Xiao, L. D., Wang, K., Li, M., & Yang, Y. (2017). Evaluation of a WeChat-based dementia-specific training program for nurses in primary care settings: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research, 38*, 51-59. doi: 10.1016/j.apnr.2017.09.008
- Wang, J.-J., Hsieh, P.-F., & Wang, C.-J. (2013). Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research, 7*(3), 99-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2013.06.001>
- Wang, Y., Liu, Y., Tian, J., Jing, M., & Zhang, K. (2020). Analysis on nursing competence and training needs of dementia caregivers in long-term care institutions. *International Journal of Nursing Sciences, 7*(2), 198-205. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.03.003
- Weigel, K. M. (2018). Decreasing Dementia Caregiver Burden: A Quality Improvement Intervention. *Decreasing Dementia Caregiver Burden: A Quality Improvement Intervention*, 1-1. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=131796543&site=ehost-live&scope=site>
- Whitaker, R., Fossey, J., Ballard, C., Orrell, M., Moniz-Cook, E., Woods, R. T., . . . Khan, Z. (2014). Improving Well-being and Health for People with Dementia (WHELD): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 15*(1), 284-284. doi: 10.1186/1745-6215-15-284
- Yeager, J. J. (2013). The relationships between licensed vocational nurses' care, documentation, and perceptions of dementia-comprised behaviors in the nursing home. *Relationships Between Licensed Vocational Nurses' Care, Documentation & Perceptions of Dementia-Comprised Behaviors in the Nursing Home*, 1-1. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=131792137&site=ehost-live&scope=site>
- Yektatalab, S., Kaveh, M. H., Sharif, F., Fallahi Khoshknab, M., & Petramfar, P. (2012). Characteristics of care and caregivers of Alzheimer's patients in elderly care homes: A qualitative research. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 14*(5), 294-299.
- Yu, X., Chen, S., Chen, X., Jia, J., Li, C., Liu, C., . . . Milea, D. (2015). Clinical management and associated costs for moderate and severe Alzheimer's disease in urban China: A Delphi panel study. *Translational Neurodegeneration, 4*, 15. doi: 10.1186/s40035-015-0038-9
- Zuidema, S. U., Johansson, A., Selbaek, G., Murray, M., Burns, A., Ballard, C., & Koopmans, R. T. C. M. (2015). A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. *International Psychogeriatrics, 27*(11), 1849-1859. doi: 10.1017/S1041610215000745

Diabetes

- Benetos, A., Novella, J. L., Guerci, B., Blicke, J. F., Boivin, J. M., Cuny, P., . . . Weryha, G. (2013). Pragmatic diabetes management in nursing homes: individual care plan. *J Am Med Dir Assoc, 14*(11), 791-800. doi: 10.1016/j.jamda.2013.08.003
- Boyle, P. J., O'Neil, K. W., Berry, C. A., Stowell, S. A., & Miller, S. C. (2013). Improving Diabetes Care and Patient Outcomes in Skilled-Care Communities: Successes and Lessons From a Quality

- Improvement Initiative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(5), 340-344. doi: 10.1016/j.jamda.2012.11.010
- Farmer, J. Y., & Kadis, T. (2019). Improving diabetes knowledge among staff in the care home setting through a structured education programme. *Diabetic Medicine*, 36, 114-114.
- Gandall-Yamamoto, P. (2015). *Effect of an evidence-based educational intervention on licensed nursing staff's knowledge of type 2 diabetes in a long-term care setting*. (10085584). University of Hawai'i at Manoa, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1779536532?accountid=17215>
- Graue, M., Dunning, T., Hausken, M. F., & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(4), 241-247. doi: 10.3109/02813432.2013.854445
- Gregory, S. (2018). Diabetes care in care home and residential settings. *British Journal of Community Nursing*, 23(10), 510-513. doi:http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.10.510
- Haas, L. B. P. R. N. C. D. E. (2014). Special Considerations for Older Adults With Diabetes Residing in Skilled Nursing Facilities. *Diabetes Spectrum*, 27(1), 37. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1501601204?accountid=17215>
- Hjaltadóttir, I., & Sigurðardóttir Á, K. (2015). [Prevalence of diabetes as well as general health status of Icelandic nursing home residents 2003-2012]. *Laeknabladid*, 101(2), 79-84. doi: 10.17992/lbl.2015.02.11
- Hurley, L., O'Donnell, M., O'Caomh, R., & Dinneen, S. F. (2017). Investigating the Management of Diabetes in Nursing Homes in the West of Ireland using a Mixed Methods Approach. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 17, 1-2. doi: 10.5334/ijic.3834
- Jones, S. A., Jarvis, J., Powell, P., & Deaville, J. (2010). Improving diabetes care for residents in care homes in a rural setting. *Foundation of Nursing Studies: Developing Practice Improving Care Dissemination Series*, 5(8), 1-4. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105182013&site=ehost-live&scope=site>
- Lega, I. C., Kapur, A., Leung, F., & Zahedi, A. (2020). Type 2 Diabetes in Older Adults in Long-Term Care Homes: An Educational Intervention to Improve Diabetes Care. *Can J Diabetes*. doi: 10.1016/j.jcjd.2020.01.009
- Lejeune, S. G. (2016). *Implementation of an evidenced-based diabetic foot care toolkit to improve diabetic foot care within a long-term acute care setting: A doctor of nursing practice project*. (10107504). Southeastern Louisiana University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1791503909?accountid=17215>
- Munshi, M. N., Florez, H., Huang, E. S., Kalyani, R. R., Mupanomunda, M., Pandya, N., . . . Haas, L. B. (2016). Management of Diabetes in Longterm Care and Skilled Nursing Facilities: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(2), 308-318. doi: 10.2337/dc15-2512
- Scott, M., & Allwinkle, J. (2011). Wish you were here: a novel approach to diabetes education in care homes. *Journal of Diabetes Nursing*, 15(4), 152-156. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104889346&site=ehost-live&scope=site>

Song, H. J. (2018). Knowledge and Practice of Diabetic Foot Care in Nursing Home Care Workers. *Wound Repair and Regeneration*, 26(4), A3-A3.

Aankleden

Tsai, P. F., Kitch, S., Beck, C., Jakobs, T., Rettiganti, M., Jordan, K., . . . Adair, S. (2018). Using an interactive video simulator to improve certified nursing assistants' dressing assistance and nursing home residents' dressing performance: A pilot study. *Computers, Informatics, Nursing*, 36(4), 183-192. doi: 10.1097/cin.0000000000000415

Vallen

Anderson, R. A., Corazzini, K., Porter, K., Daily, K., McDaniel, R. R., Jr., & Colón-Emeric, C. (2012). CONNECT for quality: protocol of a cluster randomized controlled trial to improve fall prevention in nursing homes. *Implementation Science*, 7, 11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-11>

Bennett, C. A. (2014). *An evaluation of fall prevention interventions among older adults in a long-term care facility*. (3648309). The University of Southern Mississippi, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1649217002?accountid=17215>

Clancy, A., & Mahler, M. (2016). Nursing staffs' attentiveness to older adults falling in residential care - an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1405-1415. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13240>

Cooper, R. (2017). Reducing falls in a care home. *BMJ Quality Improvement Reports*, 6(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjquality.u214186.w5626>

David, V. A., McLoughlin, J., Nonu, M., Edgar, D., Wilson, V., & Traynor, V. (2019). Let's reflect on the fall: ANJ ANJ ANJ. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 26(7), 47. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2248201418?accountid=17215>

Dilley, L. B., Gray, S. M., Zecevic, A., Gaspard, G., Symes, B., Feldman, F., . . . Sims-Gould, J. (2014). An educational video to promote multi-factorial approaches for fall and injury prevention in long-term care facilities. *BMC Medical Education*, 14, 102. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-102>

Francis-Coad, J., Etherton-Beer, C., Burton, E., Naseri, C., & Hill, A.-M. (2018). Effectiveness of complex falls prevention interventions in residential aged care settings: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 16(4), 973-1002. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003485

Francis-Coad, J., Hang, J.-A., Etherton-Beer, C., Ellis, A., & Hill, A.-M. (2019). Evaluation of care staff knowledge, confidence, motivation and opportunity for preventing falls in residential aged care settings: A cross-sectional survey. *International Journal of Older People Nursing*, 14(2). doi: 10.1111/opn.12224

Gray-Miceli, D. P. R. N. G. N. P. B. C. F. F., de Cordova, P. B. P. R. N., Crane, G. L. M. P. H. A. S. A., Quigley, P. P. M. P. H. A. C. F. F., & Ratcliffe, S. J. P. (2016). Nursing Home Registered Nurses' and Licensed

- Practical Nurses' Knowledge of Causes of Falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(2), 153. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1782824562?accountid=17215>
- Haggqvist, B., Stenvall, M., Fjellman-Wiklund, A., Westerberg, K., & Lundin-Olsson, L. (2012). "The balancing act"-Licensed practical nurse experiences of falls and fall prevention: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 12. doi: 10.1186/1471-2318-12-62
- Hang, J. A., Francis-Coad, J., Burro, B., Nobre, D., & Hill, A. M. (2016). Assessing knowledge, motivation and perceptions about falls prevention among care staff in a residential aged care setting. *Geriatric Nursing*, 37(6), 464-469. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.06.019
- Lachance, C. C., Zaborska, V. O., Leung, P.-M., Feldman, F., Robinovitch, S. N., & Mackey, D. C. (2018). Perceptions about compliant flooring from senior managers in long-term care. *Journal of Housing for the Elderly*, 32(2), 194-210. doi: 10.1080/02763893.2018.1431584
- Leverenz, M. D., & Lape, J. (2018). Education on Fall Prevention to Improve Self-Efficacy of Nursing Staff in Long Term Care: A Pilot Study. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 16(3), 1-10. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=130595053&site=ehost-live&scope=site>
- Robinson, K. R., Jones, K., Balmbra, J., Robertson, K., Horne, J., & Logan, P. A. (2019). Developing the React to Falls resources to support care home staff in managing falls. *J Frailty Sarcopenia Falls*, 4(1), 1-10. doi: 10.22540/jfsf-04-001
- Shih, C.-F., Hsieh, S.-J., Ma, H.-M., & Hsieh, C.-J. (2013). A Project to Reduce Accidental Falls Among Mentally Ill Residents in a Long-term Care Facility. *Hu Li Za Zhi*, 60(5), 82-89. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1460233027?accountid=17215>
- Wagner, L. M., Damianakis, T., Mafrici, N., & Robinson-Holt, K. (2010). Falls communication patterns among nursing staff working in long-term care settings. *Clinical Nursing Research*, 19(3), 311-326. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1054773810370995>

Koorts

- Yamada, K., Nakagawa, T., Hatto, H., Miyachi, J., Narushima, M., Sakushima, K., . . . Fukuhara, S. (2017). Adequacy of initial evaluation of fever in long-term care facilities. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(9), 1294-1299. doi: 10.1111/ggi.12863

Voeding

- Aselage, M., Amella, E. J., Zapka, J., Mueller, M., & Beck, C. (2011). Feasibility of a web-based dementia feeding skills training module for nursing home staff. *Gerontologist*, 51, 480-480.
- Aselage, M. B. (2011). *Feasibility of implementing a web-based dementia feeding skills training module for nursing home staff*. Medical University of South Carolina, Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109858044&site=ehost-live&scope=site>

- Batchelor-Murphy, M. P. R. N. B. C. F. N. P. B. C., Amella, E. J. P. R. N. F., Zapka, J. S., Mueller, M. P., & Beck, C. P. R. N. F. (2015). Feasibility of a web-based dementia feeding skills training program for nursing home staff. *Geriatric Nursing, 36*(3), 212. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.003>
- Beattie, E., O'Reilly, M., Strange, E., Franklin, S., & Isenring, E. (2014). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *International Journal of Older People Nursing, 9*(1), 54-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12016>
- Bennett, M. K., Ward, E. C., & Scarinci, N. A. (2015). Mealtime management in Australian residential aged care: Comparison of documented, reported and observed care. *International Journal of Speech-Language Pathology, 17*(5), 451-459. doi: 10.3109/17549507.2014.987816
- Blumberg, R., Feldman, C., Murray, D., Burnes, N., & Murawski, D. (2018). Food and nutrition care in long-term care facilities: Examining the perspectives of frontline workers. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics, 37*(3-4), 145-157. doi: 10.1080/21551197.2018.1516593
- Bourdel-Marchasson, I. (2010). How to improve nutritional support in geriatric institutions. *Journal of the American Medical Directors Association, 11*(1), 13-20. doi: 10.1016/j.jamda.2009.04.003
- Brys, M., Coppieters, Y., & De Breucker, S. (2014). Study on knowledge and practices related to malnutrition in the elderly to the nursing home. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 12*(4), 387-393. doi: 10.1684/pnv.2014.0504
- Buccheri, C., Mammina, C., Giammanco, S., Giammanco, M., La Guardia, M., & Casuccio, A. (2010). Knowledge, attitudes and self-reported practices of food service staff in nursing homes and long-term care facilities. *Food Control, 21*(10), 1367-1373. doi: 10.1016/j.foodcont.2010.04.010
- Chiang, C. K., & Hwu, Y. J. (2018). Feeding experiences of nursing aides for residents with dysphagia. *Geriatric Nursing, 39*(4), 436-442. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.12.016
- Cook, G., Hodgson, P., Thompson, J., Bainbridge, L., Johnson, A., & Storey, P. (2019). Hydration Interventions for older people living in residential and nursing care homes: Overview of the literature. *British Medical Bulletin, 131*(1), 71-79. doi: 10.1093/bmb/ldz027
- Greene, C., Canning, D., Wilson, J., Bak, A., Tingle, A., Tsiami, A., & Loveday, H. (2018). I-Hydrate training intervention for staff working in a care home setting: An observational study. *Nurse Education Today, 68*, 61. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2115233989?accountid=17215>
- Hanson, L. C., Carey, T. S., Caprio, A. J., Lee, T. J., Ersek, M., Garrett, J., . . . Mitchell, S. L. (2011). Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*(11), 2009-2016. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03629.x
- Johansson, L., Bjorklund, A., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2017). Staff views on how to improve mealtimes for elderly people with dementia living at home. *Dementia-International Journal of Social Research and Practice, 16*(7), 835-852. doi: 10.1177/1471301215619083
- Kaur Dhillon, R. (2015). How support workers can improve nutritional status of patients with dementia. *British Journal of Healthcare Assistants, 9*(12), 594-599. doi: 10.12968/bjha.2015.9.12.594
- Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T., & McNerney, F. J. (2019). Best intentions or best practice? A case study of the nutritional needs and outcomes of a person with dementia living in a

- residential aged care home. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12692>
- Leslie, W. S. (2011). Improving the dietary intake of frail older people. *Proceedings of the Nutrition Society*, 70(2), 263-267. doi: 10.1017/S0029665111000036
- Madigan, S. M., Fleming, P., Wright, M. E., Stevenson, M., & MacAuley, D. (2014). A cluster randomised controlled trial of a nutrition education intervention in the community. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(s2), 12-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12079>
- Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D., & Gregory, V. (2012). Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes. *Health & Social Care in the Community*, 20(2), 208-215. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01033.x
- Nasser, R., Bovee, S., & Cammer, A. (2016). Mealtime management video is perceived to be a useful education tool for staff working in long-term care. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 77(3), e2-e2. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=117474470&site=ehost-live&scope=site>
- Penland, K. (2010). *The relationship between nurse nutrition knowledge and unintentional weight loss in nursing home residents*. University of Arizona, Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109854857&site=ehost-live&scope=site>
- Schönherr, S., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2015). Development and psychometric evaluation of the Knowledge of Malnutrition - Geriatric (KoM-G) questionnaire to measure malnutrition knowledge among nursing staff in Austrian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 193-202. doi: 10.1111/scs.12133
- Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., & Tarrant, M. (2019). Eating well in care homes: Testing the feasibility of a staff training programme aimed at improving social interaction and choice at mealtimes. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12247>

Algemeen, met een training

- Anonymous. (2010). University of Warwick; Residential care home workers need more training to give older people a 'home for life'. *NewsRx Health*, p. 10. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/501543335?accountid=17215>
- Anonymous. (2019). Interactive program to teach geriatric nursing. *Nursing*, 49(8), 23. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000569828.26948.a5>
- Betschon, E., Brach, M., & Hantikainen, V. (2011). Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design [ISRCTN24344776]. *BMC Nurs*, 10, 10. doi: 10.1186/1472-6955-10-10
- Boscart, V. M., Crutchlow, L., Taucar, L. S., Schelling, S., Fung, E., Betini, R. S. D., . . . Hirdes, J. (2019). Improving clinical care outcomes for Canadian seniors: Findings of a pilot study evaluating an

- applied simulated and integrated learning approach (ASILA) for home care workers. *Educational Gerontology*, 45(10), 612-623. doi: 10.1080/03601277.2019.1677043
- Boscart, V. M. R. N. P., d'Avernas, J. M., Brown, P., & Raasok, M. B. M. (2017). Changing the impact of nursing assistants' education in seniors' care: The living classroom in long-term care. *Canadian Geriatrics Journal*, 20(1), 15-21. doi: <http://dx.doi.org/10.5770/cgj.20.238>
- Cimino, N. M., Lockman, K., Grant, M., & McPherson, M. L. (2016). Knowledge, skills, and attitudes in caring for older adults with advanced illness among staff members of long-term care and assisted living facilities. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33(4), 327-334. doi: 10.1177/1049909114561996
- Colón-Emeric, C. S. M. D. M. H. S., Pinheiro, S. O. P., Anderson, R. A. R. N. P. F., Porter, K. M. P. H., McConnell, E. R. N. P., Corazzini, K. P., . . . Simpson, K. M. P. M. A. (2014). Connecting the learners: Improving uptake of a nursing home educational program by focusing on staff interactions. *The Gerontologist*, 54(3), 446. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt043>
- Fox, J. R. M. S. N. R. N. B. C. (2013). Educational strategies to promote professional nursing in long-term care: An integrative review. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(1), 52-60. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20121107-01>
- Gleason, L. J., Martinchek, M., Long, M., Rapier, N., Hamlish, T., Johnson, D., & Thompson, K. (2019). An innovative model using telementoring to provide geriatrics education for nurses and social workers at skilled nursing facilities. *Geriatric Nursing*, 40(5), 517-521. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.03.018
- Goddard, M. (2017). Enabling employers: A creative approach to continuing education within the workplace. *Occupational Therapy Now*, 19(3), 27-28. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1902613678?accountid=17215>
- Gordon, K. P., & Melrose, S. (2011). Self-mentoring: Five practical strategies to improve retention of long-term care staff. *Canadian Nursing Home*, 22(2), 14-19. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108239083&site=ehost-live&scope=site>
- Guerrero, L. R., Eldridge, C., & Tan, Z. S. (2020). Competency-based training for in-home supportive services providers of consumers with ADRD. *Gerontology & Geriatrics Education*, 41(1), 121-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02701960.2019.1658579>
- Guzman, A., Wenborn, J., Swinson, T., & Orrell, M. (2017). Evaluation of the 'Ladder to the Moon, Culture Change Studio Engagement Programme' staff training: Two quasi-experimental case studies. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12147>
- Hazelhof, T. J. G. M., Gerritsen, D. L., Schoonhoven, L., & Koopmans, R. T. C. M. (2014). "The educating nursing staff effectively (TENSE) study": Design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 13. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-014-0046-6>
- Hendrix, C. C., Matters, L., West, Y., Stewart, B., & McConnell, E. S. (2011). The Duke-NICHE Program: An academic-practice collaboration to enhance geriatric nursing care. *Nursing Outlook*, 59(3), 149-157. doi: 10.1016/j.outlook.2011.02.007
- Hockley, J., & Kinley, J. (2016). A practice development initiative supporting care home staff deliver high quality end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(10), 474-481. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.10.474

- Jack, K., Tetley, J., & Chambers, A. (2019). The education of nurses working in care homes for older people: An appreciative inquiry. *International Journal of Older People Nursing*, 14(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12223>
- Kim, B. H., Kim, H. S., Yu, S. J., Choi, S., Jung, Y., & Kwon, S.-H. (2012). Evaluation of end-of-life nursing education consortium-geriatric train-the-trainer program in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*, 24(4), 390-397. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104400736&site=ehost-live&scope=site>
- Lange, J. W., Mager, D., Greiner, P. A., & Saracino, K. (2011). The ELDER Project: Educational model and three-year outcomes of a community-based geriatric education initiative. *Gerontology & Geriatrics Education*, 32(2), 164-181. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/872849545?accountid=17215>
- Lekan, D., Hendrix, C. C., McConnell, E. S., & White, H. (2010). The Connected Learning Model for disseminating evidence-based care practices in clinical settings. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 243-248. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.013>
- Lerner, N. B. B. S. N. M. S. N., Resnick, B. P., Galik, E. P., & Russ, K. G. M. S. (2010). Advanced nursing assistant education program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(8), 356-362. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20100401-10>
- Martin, S., & Martin, J. (2018). 'Nobody knows what's around the corner': The challenges of caring for people with long-term conditions in care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(6), 304-307. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.6.304>
- McLaughlin, D., Hasson, F., Foster, S., McCorry, N., Kernohan, G., McIlpatrick, S., . . . Waldron, M. (2014). Competency based training in the nursing home setting: promoting quality end-of-life care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000654.40>
- Medeiros, F. A., Félix, L. G., & Nóbrega, M. M. (2016). Clinical Caritas Processes in workshops for caregivers of institutionalized elderly people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1059-1066. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0359
- Nolet, K., Roberts, T., Gilmore-Bykovskiy, A., Roiland, R., Gullickson, C., Ryther, B., & Bowers, B. J. (2015). Preparing tomorrow's nursing home nurses: The Wisconsin long term care clinical scholars program. *Gerontology & Geriatrics Education*, 36(4), 396. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1695029566?accountid=17215>
- Okumura-Hiroshige, A., Fukahori, H., Yoshioka, S., Nishiyama, M., Takamichi, K., & Kuwata, M. (2020). Effect of an end-of-life gerontological nursing education programme on the attitudes and knowledge of clinical nurses: A non-randomised controlled trial. *International Journal of Older People Nursing*. doi: 10.1111/opn.12309
- Puxty, J., Brander, R. A., Murphy, S., & Byrnes, V. (2012). Promoting Quality Improvement in Long-Term Care: A multi-site collaboration to improve outcomes with pneumonia, falls, bacteriuria and behavioural issues in dementia. *Healthcare Quarterly*, 15(2), 70-74. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108131706&site=ehost-live&scope=site>
- Sadler, C. (2014). Partners in learning. *Nursing Standard*, 28(45), 63-63. doi: 10.7748/ns.28.45.63.s51

- Salmond, S. W., Cadmus, E., Black, K. K., Bohnczyk, N., & Hassler, L. (2017). Long-term care nurse residency program: Evaluation of new nurse experiences and lessons learned. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 48*(10), 474-484. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20170918-09>
- Santamaria, J. M. (2016). The Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE) long-term care designation program. *Geriatric Nursing, 37*(6), 507. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.10.004>
- Sebastian, P., Freitas, B., & Fischberg, D. (2015). Provider orders for life-sustaining treatment implementation and training in nursing facilities in Hawaii. *Hawaii Journal of Health & Social Welfare, 74*(9 Suppl 2), 8-11.
- Shen, Q., Peltzer, J., Teel, C., & Pierce, J. (2018). Kansas nurse leader residency programme: Advancing leader knowledge and skills. *Journal of Nursing Management, 26*(2), 148-157. doi: 10.1111/jonm.12527
- Stolt, M., Routasalo, P., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2011). Effect of an educational intervention on nurses' knowledge of foot care and on the foot health of older residents. *Journal of the American Podiatric Medical Association, 101*(2), 159-166. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104880292&site=ehost-live&scope=site>
- Thomas, M., Morgan, K., Humphreys, I., Hocking, K., & Jehu, D. (2020). The benefits of raising awareness of lymphoedema among care home staff. *British Journal of Nursing, 29*(4), 190-198. doi: 10.12968/bjon.2020.29.4.190
- Tsuchiya, R., Yoshie, S., Kawagoe, S., Hirahara, S., Onishi, H., Murayama, H., . . . Tsuji, T. (2017). Development of an inter-professional educational program for home care professionals: Evaluation of short-term effects in suburban areas. *Nihon Koshu Eisei Zasshi, 64*(7), 359-370. doi: 10.11236/jph.64.7_359
- Vo, H. M. D., Pekmezaris, R. P., Guzik, H. M. D., Nouryan, C. M. A., Patel, C. R. N. M. S., Vij, B. M. D., . . . Wolf-Klein, G. M. D. (2011). Knowledge and attitudes of health care workers regarding MOLST (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment) implementation in long-term care facilities. *Geriatric Nursing, 32*(1), 58. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.11.002>
- Walker, B. L., & Harrington, S. S. (2013). Results of a field test and follow-up study of a restorative care training program. *Nurse Education Today, 33*(9), 1034-1039. doi: 10.1016/j.nedt.2012.05.007
- Wang, L., Chen, H., Yang, L., Qian, C., Sun, D., & Sun, Y. (2020). Systematic training program for nursing home staff based on the concept of combination of medicine and care. *Medicine (Baltimore), 99*(24), e20559. doi: 10.1097/md.00000000000020559

Hartfalen

- Berry, L. (2010). Stroke knowledge among care home staff is poor. *Nursing Older People (through 2013)*, 22(2), 7. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/218607880?accountid=17215>
- Boscart, V. M., Heckman, G. A., Huson, K., Brohman, L., Harkness, K. I., Hirdes, J., . . . Stolee, P. (2017). Implementation of an interprofessional communication and collaboration intervention to improve care capacity for heart failure management in long-term care. *Journal of Interprofessional Care*, 31(5), 583-592. doi: 10.1080/13561820.2017.1340875
- Heckman, G. A., Boscart, V. M., D'Elia, T., Kaasalainen, S., McAiney, C., Kelley, M. L., . . . McKelvie, R. S. (2017). The role of unregulated care providers in managing heart failure patients in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 849-861. doi: 10.1111/jocn.13413
- Strachan, P. H., Kaasalainen, S., Horton, A., Jarman, H., D'Elia, T., Van Der Horst, M.-L., . . . Heckman, G. A. (2014). Managing heart failure in the long-term care setting: Nurses' experiences in Ontario, Canada. *Nursing Research*, 63(5), 357. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000049>

HIV

- Siou, K., Mahan, M., Cartagena, R., & Chan Carusone, S. (2017). A growing need – HIV education in long-term care. *Geriatric Nursing*, 38(3), 199-206. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.10.014

Hospitalisatie

- Care home nurse training scheme helps reduce hospital admissions. (2016). *Nursing Times*, 112(10), 5.
- Arendts, G., Reibel, T., Codde, J., & Frankel, J. (2010). Can transfers from residential aged care facilities to the Emergency Department be avoided through improved primary care services? Data from qualitative interviews. *Australasian Journal on Ageing*, 29(2), 61-65. doi: 10.1111/j.1741-6612.2009.00415.x
- Burns, C., & Hurman, C. (2013). Reducing hospital admissions from care homes. *Nursing Times*, 109(1-2), 23-25. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108026110&site=ehost-live&scope=site>
- Franks, S. (2016). Transitional care to reduce 30-day heart failure readmissions among the long-term care elderly population...28th Annual Scientific Session, June 2-6, 2017, Baltimore, Maryland. *Nursing Research*, 65(2), E37-E38. doi: 10.1097/NNR.0000000000000152
- Giger, M., Voneschen, N., Brunkert, T., & Zúñiga, F. (2020). Care workers' view on factors leading to unplanned hospitalizations of nursing home residents: A cross-sectional multicenter study. *Geriatric Nursing*, 41(2), 110-117. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.08.005
- Graham, E., & Campbell, S. (2017). Reducing avoidable emergency department attendances through bespoke education. *Nursing Older People*, 29(10), 32. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.2017.e973>

- Hovey, S. L. M. S. R. N., Kim, M. P., & Dyck, M. J. P. R. N. L. (2015). Hospital readmission rates following skills training for nurses employed in long-term care facilities. *Journal of Nursing Care Quality, 30*(4), 380. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1719389739?accountid=17215>
- Kim, M. S., Kim, H. J., Choi, J. E., Kim, S. J., & Chang, S. O. (2017). Nursing home nurses conceptualize how to care for residents with cardiac vulnerability. *Nursing in Critical Care, 22*(6), 329-338. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12132>
- Laging, B. R. N. M., Ford, R. P. R. N., Bauer, M. P. R. N., & Nay, R. P. R. N. (2015). A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. *Journal of Advanced Nursing, 71*(10), 2224. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12652>
- Miller, C. M., Bennett, H. J., Boyd-Trull, K., Lyon, C., & Stratton, J. S. (2017). Calls by RN care managers post-hospitalization improve transitions of care. *AAACN Viewpoint, 39*(3), 4-8. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1895705139?accountid=17215>
- Mochel, A. L., Henry, N. D., Saliba, D., Phibbs, C. S., Ouslander, J. G., & Mor, V. (2018). INTERACT in VA Community Living Centers (CLCs): Training and implementation strategies. *Geriatric Nursing, 39*(2), 212-218. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.09.002
- Mongan, E. (2017). Readmissions project brings 17% drop in hospitalizations: TNH. *McKnight's Long - Term Care News, 38*(12), 14. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2024351913?accountid=17215>
- O'Boyle, A.-M., Graham, E., & Ellis, M. (2017). In reach into Nursing Homes Education, Training and Development Programme. *International Journal of Integrated Care (IJIC), 17*, 1-2. doi: 10.5334/ijic.3701
- O'Neill, B. B. A. B. S. N. G., Parkinson, L. B. P., Dwyer, T. P., & Reid-Searl, K. P. (2015). Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: A review of qualitative studies using systematic methods. *Geriatric Nursing, 36*(6), 423. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.06.001>
- Ouslander, J. G., Naharci, I., Engstrom, G., Shutes, J., Wolf, D. G., Alpert, G., . . . Newman, D. (2016). Lessons learned from root cause analyses of transfers of skilled nursing facility (snf) patients to acute hospitals: Transfers rated as preventable versus nonpreventable by snf staff. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(7), 596-601. doi: 10.1016/j.jamda.2016.02.014
- Ouslander, J. G., Naharci, I., Engstrom, G., Shutes, J., Wolf, D. G., Alpert, G., . . . Newman, D. (2016). Root cause analyses of transfers of skilled nursing facility patients to acute hospitals: Lessons learned for reducing unnecessary hospitalizations. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(3), 256-262. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.018
- Peterson-DeVries, C. (2017). Unnecessary hospitalizations of nursing home residents: A Grounded Theory Study. *Unnecessary Hospitalizations of Nursing Home Residents: A Grounded Theory Study, 1*-1. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=124665051&site=ehost-live&scope=site>
- Tena-Nelson, R., Santos, K., Weingast, E., Amrhein, S., Ouslander, J., & Boockvar, K. (2012). Reducing potentially preventable hospital transfers: results from a thirty nursing home collaborative. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*(7), 651-656. doi: 10.1016/j.jamda.2012.06.011

Trahan, L. M., Spiers, J. A., & Cummings, G. G. (2016). Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(11), 994-1005. doi: 10.1016/j.jamda.2016.05.012

Hygiëne

Hygiene; Studies from Columbia University Have Provided New Information about Hygiene (Staff Knowledge, Awareness, Perceptions, and Beliefs About Infection Prevention in Pediatric Long-term Care Facilities). (2016). *Pediatrics Week*, p. 409. Retrieved from

<https://search.proquest.com/docview/1780884477?accountid=17215>

Ashraf, M. S., Hussain, S. W., Agarwal, N., Ashraf, S., El-Kass, G., Hussain, R., . . . Wolf-Klein, G. (2010). Hand hygiene in long-term care facilities: A multicenter study of knowledge, attitudes, practices, and barriers. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(7), 758-762. doi: 10.1086/653821

Hammerschmidt, J., & Manser, T. (2019). Nurses' knowledge, behaviour and compliance concerning hand hygiene in nursing homes: A cross-sectional mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 19(1), N.PAG-N.PAG. doi: 10.1186/s12913-019-4347-z

Podczervinski, S. T., Hawkins, V., & Kvak, S. (2019). Project development to address knowledge gaps identified in long term care related to water management programs and legionnaires' disease...46th Annual Conference, APIC 2019, Philadelphia, PA. *American Journal of Infection Control*, 47, S24-S24. doi: 10.1016/j.ajic.2019.04.041

Teesing, G. R., Erasmus, V., Petrignani, M., Koopmans, M. P. G., de Graaf, M., Vos, M. C., . . . Voeten, H. (2020). Improving hand hygiene compliance in nursing homes: Protocol for a cluster randomized controlled trial (HANDSOME Study). *JMIR Res Protoc*, 9(5), e17419. doi: 10.2196/17419

Infectie

CMS calls for infection control improvements, antibiotic stewardship in nursing homes. (2015). *Hospital Infection Control & Prevention*, 42(9). Retrieved from

<https://search.proquest.com/docview/1992257428?accountid=17215>

Anonymous. (2018). Infection control competencies. *PPS Alert for Long - Term Care*, 21(9), 6-9. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2109221525?accountid=17215>

Haag, V., Grismore, C., Rhinesmith, A., Sanguinet, J., & Haag, C. (2015). Analysis of eleven long-term care facilities frontline nursing staff infection prevention knowledge...42nd Annual Conference Abstracts, APIC 2015, Nashville, TN June 2015. *American Journal of Infection Control*, 43, S6-S6. doi: 10.1016/j.ajic.2015.04.014

Koo, E., McNamara, S., Lansing, B., Olmsted, R. N., Rye, R. A., Fitzgerald, T., & Mody, L. (2016). Making infection prevention education interactive can enhance knowledge and improve outcomes: Results from the Targeted Infection Prevention (TIP) Study. *American Journal of Infection Control*, 44(11), 1241-1246. doi: 10.1016/j.ajic.2016.03.016

- Moralejo, D., El Dib, R., Prata, R. A., Barretti, P., & Corrêa, I. (2018). Improving adherence to Standard Precautions for the control of health care-associated infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), Cd010768. doi: 10.1002/14651858.CD010768.pub2
- Naito, M., Mizusawa, H., & Hashimoto, A. (2012). An actual condition survey of nursing workers' recognition and prevention of infection in long-term care insurance facilities based on the results of a questionnaire survey conducted in Western Japan. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 73. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/921600928?accountid=17215>
- Pintar, P. A. (2013). An entrepreneurial innovative role: Integration of the clinical nurse specialist and infection prevention professional. *Clinical Nurse Specialist*, 27(3), 123-127. doi: 10.1097/NUR.0b013e31828c8391
- Romøren, M., Gjellstad, S., & Lindbæk, M. (2017). A structured training program for health workers in intravenous treatment with fluids and antibiotics in nursing homes: A modified stepped-wedge cluster-randomised trial to reduce hospital admissions. *PLoS One*, 12(9). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0182619>
- Trautner, B. W., Greene, M. T., Krein, S. L., Wald, H. L., Saint, S., Rolle, A. J., . . . Mody, L. (2017). Infection prevention and antimicrobial stewardship knowledge for selected infections among nursing home personnel. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 38(1), 83-88. doi: 10.1017/ice.2016.228
- Travers, J. B. S. M. S., Herzig, C. T. A. P., Pogorzelska-Maziarz, M. P. M. P. H., Carter, E. P. R. N., Cohen, C. C. P., Semeraro, P. K. P., . . . Stone, P. W. P. F. (2015). Perceived barriers to infection prevention and control for nursing home certified nursing assistants: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 36(5), 355. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.001>

Leiderschap

- A professional development programme for care home nurses in east London. (2019). *Nursing Older People* (2014), 31(4), 22-27. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.2019.e1135>
- Abdelrazek, F., Skytt, B., Aly, M., El-Sabour, M. A., Ibrahim, N., & Engstrom, M. (2010). Leadership and management skills of first-line managers of elderly care and their work environment. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 736-745. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01132.x
- Backman, A., Sjogren, K., Lindkvist, M., Lovheim, H., & Edvardsson, D. (2017). Characteristics of highly rated leadership in nursing homes using item response theory. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2903-2913. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13353>
- Campbell, E. J. (2012). *Best practices: Long-term care activity professionals as leaders*. (3569156). Seattle University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1356154490?accountid=17215>
- Castle, N. G. P., & Ferguson-Rome, J. C. M. H. A. (2010). Promoting leadership: Long Term Management Care. *Long-Term Living*, 59(9), 42-43. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/754723964?accountid=17215>
- Cherlin, E. J., & Klein, W. (2012). Development of the nursing home social workers' leadership competence scale in end-of-life care. *Gerontologist*, 52, 490-490.

- Fiset, V., Luciani, T., Hurtubise, A., & Grant, T. L. (2017). Clinical nursing leadership education in long-term care: Intervention design and evaluation. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(4), 49-56. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20170111-01>
- Jeon, Y. H., Simpson, J. M., Li, Z., Cunich, M. M., Thomas, T. H., Chenoweth, L., & Kendig, H. L. (2015). Cluster randomized controlled trial of an aged care specific leadership and management program to improve work environment, staff turnover, and care quality. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(7), 629.e619-628. doi: 10.1016/j.jamda.2015.04.005
- Johannessen, T., Ree, E., Strømme, T., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2019). Designing and pilot testing of a leadership intervention to improve quality and safety in nursing homes and home care (the SAFE-LEAD intervention). *BMJ Open, 9*(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027790>
- Juritzen, T. I., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2013). Subject to empowerment: The constitution of power in an educational program for health professionals. *Medicine, Health Care, and Philosophy, 16*(3), 443-455. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-012-9412-x>
- Lynch, B. M., McCance, T., McCormack, B., & Brown, D. (2018). The development of the Person-Centred Situational Leadership Framework: Revealing the being of person-centredness in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), 427-440. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13949>
- McGilton, K. S., Profetto-McGrath, J., & Robinson, A. (2013). Implementing the supportive supervision intervention for registered nurses in a long-term care home: A feasibility study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 10*(4), 238-247. doi: 10.1111/wvn.12004
- Nhongo, D., Hendricks, J., Bradshaw, J., & Bail, K. (2018). Leadership and registered nurses (RNs) working after-hours in Residential Aged Care Facilities (RACFs): A structured literature review. *Journal of Clinical Nursing, 27*(21-22), 3872-3881. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14565>
- o'Brien, J., Ringland, M., & Wilson, S. (2010). Advancing nursing leadership in long-term care. *Nursing leadership, 23*, 75-89. doi: 10.12927/cjnl.2010.21748
- Penney, S., & Ryan, A. (2018). The effect of a leadership support programme on care home managers. *Nursing Older People, 30*(1), 35. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.2018.e979>
- Søreide, H., Kyrkjebø, D., & Maj-Britt, R. (2019). Challenges in municipality healthcare services—The nurse leaders' perspective. *Nursing Open, 6*(3), 889-896. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nop.2.270>
- Vogelsmeier, A. A., Farrah, S. J., Roam, A., & Ott, L. (2010). Evaluation of a leadership development academy for RNs in long-term care. *Nursing Administration Quarterly, 34*(2), 122-129. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181d91778

MDS kennis

Zakoscielna, K. M., Parmelee, P. A., & Lichtenstein, S. (2014). Perceptions of staff quality improvement training needs among Veterans Affairs nursing home leadership. *Journal of Research in Nursing, 19*(2), 131-143. doi: 10.1177/1744987114523975

Medicatie

Allred, D. P., Raynor, D. K., Hughes, C., Barber, N., Chen, T. F., & Spoor, P. (2013). Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), N.PAG-N.PAG. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=107992597&site=ehost-live&scope=site>

Anrys, P., Strauven, G., Boland, B., Dalleur, O., Declercq, A., Degryse, J.-M., . . . Foulon, V. (2016). Collaborative approach to Optimise MEducation use for Older people in Nursing homes (COME-ON): Study protocol of a cluster controlled trial. *Implementation Science, 11*. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0394-6>

Balamurugan, T., Cin, T. S., Leow May, Y., & Awang, R. (2018). Comparison of nurses and general caregivers' knowledge, attitude, and practice on medication administration process and their distress level in long-term care facilities across Penang, Kuala Lumpur, and Selangor of Malaysia. *Aging Clinical and Experimental Research, 30*(2), 183-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-017-0772-1>

Brown, D. T., & Westbury, J. L. (2016). Assessing health practitioner knowledge of appropriate psychotropic medication use in nursing homes: Validation of the older age psychotropic quiz. *Journal of Gerontological Nursing, 21*-27. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20160701-01>

Chaaban, T., Ahouah, M., Lombraill, P., Jean-Manual, M., Rothan-Tondeur, M., & Carroll, K. (2019). Nursing role for medication stewardship within long-term care facilities. *Nursing Science Quarterly, 32*(2), 113-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0894318419826310>

Chenoweth, L., Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Cook, J., & Brodaty, H. (2018). Critical contextual elements in facilitating and achieving success with a person-centred care intervention to support antipsychotic deprescribing for older people in long-term care. *Biomed Research International*. doi: 10.1155/2018/7148515

Ellis, M. L., Molinari, V., Dobbs, D., Smith, K., & Hyer, K. (2015). Assessing approaches and barriers to reduce antipsychotic drug use in Florida nursing homes. *Aging & Mental Health, 19*(6), 507-516. doi: 10.1080/13607863.2014.952710

Ellis, W., Kaasalainen, S., Baxter, P., & Ploeg, J. (2012). Medication management for nurses working in long-term care. *Canadian Journal of Nursing Research, 44*(3), 128-149. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108102568&site=ehost-live&scope=site>

Farrar, H. M. M. S. R. N. B. C., Stewart, C. M. S. G.-B. C. A., & Sturdevant, D. M. S. G.-B. C. A. (2012). Covert medication administration: The practice of hiding medications in long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing, 38*(8), 14-20. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20120703-06>

- Finucane, A. M., McArthur, D., Gardner, H., & Murray, S. A. (2014). Anticipatory prescribing at the end-of-life in South Edinburgh care homes. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *4*. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000654.179>
- Gulla, C., Flo, E., Kjome, R. L. S., & Husebo, B. S. (2019). Implementing a novel strategy for interprofessional medication review using collegial mentoring and systematic clinical evaluation in nursing homes (COSMOS). *BMC Geriatrics*, *19*. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-019-1139-6>
- Johannessen, B., & Garvik, G. (2016). Experiences with the use of complementary and alternative medicine in nursing homes: A focus group study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *23*, 136-140. doi: 10.1016/j.ctcp.2015.04.003
- Karttunen, M., Sneek, S., Jokelainen, J., & Elo, S. (2020). Nurses' self-assessments of adherence to guidelines on safe medication preparation and administration in long-term elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *34*(1), 108-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12712>
- Lemay, C., Foy, S., Mazor, K., Harrold, L. R., Donovan, J., Kanaan, A., . . . Tjia, J. (2012). Knowledge of and perceived need for evidence-based educational materials about antipsychotic medication safety by nursing home staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*, S167-S168.
- Lemay, C. A., Mazor, K. M., Field, T. S., Donovan, J., Kanaan, A., Briesacher, B. A., . . . Tjia, J. (2013). Knowledge of and perceived need for evidence-based education about antipsychotic medications among nursing home leadership and staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, *14*(12), 895-900. doi: 10.1016/j.jamda.2013.08.009
- Litell, M. Y. (2018). *Medication Reconciliation in the Elderly*. (13419860). Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2158859503?accountid=17215>
- Loganathan, M., Singh, S., Franklin, B. D., Bottle, A., & Majeed, A. (2011). Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing*, *40*(2), 150-162. doi: 10.1093/ageing/afq161
- Park, H., Miki, A., Satoh, H., Maki, H., Asai, K., Konishi, Y., & Sawada, Y. (2016). An Approach for Safe Medication Assistance in Nursing Homes: A workshop to identify problems of and plan measures for care workers. *Yakugaku Zasshi-Journal of the Pharmaceutical Society of Japan*, *136*(6), 913-923. doi: 10.1248/yakushi.15-00278
- Perehudoff, K., Azermai, M., Wauters, M., Van Acker, S., Versluys, K., Steeman, E., & Petrovic, M. (2016). The psychotropic education and knowledge test for nurses in nursing homes: Striving for PEAK performance. *Ageing & Mental Health*, *20*(11), 1182-1189. doi: 10.1080/13607863.2015.1068738
- Qian, S., Yu, P., Hailey, D., Wang, N., & Bhattacharjee, A. (2018). Medication administration process in a residential aged care home: An observational study. *Journal of Nursing Management*, *26*(8), 1033-1043. doi: 10.1111/jonm.12632
- Vogelsmeier, A. A. P. R. N. G.-B. C., Scott-Cawiezell, J. R. P. R. N. F., & Pepper, G. A. P. R. N. F. (2011). Medication Reconciliation in Nursing Homes: Thematic differences between RN and LPN staff. *Journal of Gerontological Nursing*, *37*(12), 56-63. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20111103-05>
- Yen, L. M., & Tangiisuran, B. (2015). Evaluation of caregivers' knowledge, attitude, and practice on medication administration process in long-term care facilities in Malaysia. *Malaysian Journal of*

Pharmaceutical Sciences, 13(1), 75. Retrieved from
<https://search.proquest.com/docview/1789295596?accountid=17215>

Mentale gezondheid

- Transforming Long-Term Care: Expanded Roles for Mental Health Professionals. (2017). In *ProtoView* (Vol. 4). Beaverton: Ringgold Inc.
- Abrams, R. C., Nathanson, M., Silver, S., Ramirez, M., Toner, J. A., & Teresi, J. A. (2017). A training program to enhance recognition of depression in nursing homes, assisted living, and other long-term care settings: Description and evaluation. *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(3), 325-345. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02701960.2015.1115980>
- Bakker, T. J. E. M., Duivenvoorden, H. J., van der Lee, J., Olde Rikkert, M. G. M., Beekman, A. T. F., & Ribbe, M. W. (2013). Benefit of an integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burden after six months of follow-up: A re-analysis of a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 34-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610212001305>
- Bao, Y., Eggman, A. A., Richardson, J. E., Sheeran, T. F., & Bruce, M. L. (2015). Practices of depression care in home health care: Home health clinician perspectives. *Psychiatric Services*, 66(12), 1365-1368. doi: 10.1176/appi.ps.201400481
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., Marques, A., & Figueiredo, D. (2016). Effects of a psychoeducational intervention for direct care workers caring for people with dementia: Results from a 6-month follow-up study. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 31(2), 144-155. doi: 10.1177/1533317515603500
- Bird, M., & Blair, A. (2010). Clinical Psychology and anxiety and depression in dementia: Three case studies. *Nordic Psychology*, 62(2), 43-54. doi: 10.1027/1901-2276/a000010
- Blair Irvine, A., Billow, M. B., Eberhage, M. G., Seeley, J. R., McMahan, E., & Bourgeois, M. (2012). Mental illness training for licensed staff in long-term care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 181-194. doi: 10.3109/01612840.2011.639482
- Bonifas, R. P. (2011). Nursing home social workers and allied professionals: Enhancing geriatric mental health knowledge. *Educational Gerontology*, 37(9), 809-832. doi: 10.1080/03601271003791476
- Cassie, K. (2013). Do you see me? Nursing home social worker knowledge of depressive symptoms among residents. *Gerontologist*, 53, 116-116.
- Crick, M., Angus, D. E., & Backman, C. (2018). Exploring the role of regulation and the care of older people with depression living in long-term care? A systematic scoping review protocol. *BMJ Open*, 8(7). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021985>
- Davison, T. E., Karantzas, G., Mellor, D., McCabe, M. P., & Mrkic, D. (2013). Staff-focused interventions to increase referrals for depression in aged care facilities: A cluster randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(4), 449-455. doi: 10.1080/13607863.2012.738412
- Delaney, C., Fortinsky, R., Doonan, L., Grimes, R. L. W., Terra-Lee, P., Rosenberg, S., & Bruce, M. L. (2011). Depression screening and interventions for older home health care patients: Program design and

- training outcomes for a train-the-trainer model. *Home Health Care Management & Practice*, 23(6), 435-445. doi: 10.1177/1084822311405459
- Dham, P., Colman, S., Saperson, K., McAiney, C., Lourenco, L., Kates, N., & Rajji, T. K. (2017). Collaborative care for psychiatric disorders in older adults: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(11), 761-771. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0706743717720869>
- Gleason, H. P., & Coyle, C. E. (2016). Mental and behavioral health conditions among older adults: Implications for the home care workforce. *Aging & Mental Health*, 20(8), 848-855. doi: 10.1080/13607863.2015.1040725
- Gleeson, H., Hafford-Letchfield, T., Quaipe, M., Collins, D. A., & Flynn, A. (2019). Preventing and responding to depression, self-harm, and suicide in older people living in long term care settings: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 23(11), 1467-1477. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2018.1501666>
- Irvine, A. B., Billow, M. B., Bourgeois, M., & Seeley, J. R. (2012). Mental illness training for long term care staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 81.e87-81.e13. doi: 10.1016/j.jamda.2011.01.015
- Irvine, A. B., Billow, M. B., McMahon, E., Eberhage, M. G., Seeley, J. R., & Bourgeois, M. (2013). Mental illness training on the Internet for nurse aides: A replication study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 902-912. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12035>
- Kabatchnick, R. (2017). *Training nursing staff to recognize and respond to suicidal ideation in a nursing home*. (10266734). The University of North Carolina at Chapel Hill, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1918054478?accountid=17215>
- Kessler, E. M. (2016). Life review of nursing home residents with depression: Qualitative study of experiences from behavioral therapists within a pilot study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(6), 520-525. doi: 10.1007/s00391-015-0960-6
- Lee, C. C., Tseng, H. C., Wu, L. P., & Chuang, Y. H. (2020). Multiple brief training sessions to improve nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding nursing care of older adults with depression in long-term care facilities. *Research in Nursing & Health*, 43(1), 114-121. doi: 10.1002/nur.21997
- Lo, D., Paniagua, M. A., & Thomas, D. R. (2010). Missed opportunities: Nursing home providers' ability to identify and recognize depressive symptoms. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(9), 680-683. doi: 10.1016/j.jamda.2010.07.013
- Manthorpe, J., Samsi, K., Heath, H., & Charles, N. (2011). 'Early days': Knowledge and use of the Mental Capacity Act 2005 by care home managers and staff. *Dementia*, 10(3), 283-298. doi: 10.1177/1471301211403970
- Markwick, L., Smith, C., & Mick, D. (2014). Functional behavioral analysis and social scripting for the older patient with schizophrenia: A staff development program. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(11), 883-890. doi: 10.3109/01612840.2014.897777
- McKenzie, G., Teri, L., Pike, K., LaFazia, D., & van Leynseele, J. (2012). Reactions of assisted living staff to behavioral and psychological symptoms of dementia. *Geriatric Nursing*, 33(2), 96-104. doi: 10.1016/j.gerinurse.2011.12.004

- Molinari, V., Hobday, J. V., Roker, R., Kunik, M. E., Kane, R., Kaas, M. J., . . . Dobbs, D. (2017). Impact of serious mental illness online training for certified nursing assistants in long term care. *Gerontology & Geriatrics Education, 38*(4), 359-374. doi: 10.1080/02701960.2016.1188811
- Moyle, W., Hsu, M. C., Lieff, S., & Vernooij-Dassen, M. (2010). Recommendations for staff education and training for older people with mental illness in long-term aged care. *International Psychogeriatrics, 22*(7), 1097-1106. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610210001754>
- Muralidharan, A., Mills, W. L., Evans, D. R., Fujii, D., & Molinari, V. (2019). Preparing long-term care staff to meet the needs of aging persons with serious mental illness. *Journal of the American Medical Directors Association, 20*(6), 683-688. doi: 10.1016/j.jamda.2019.03.018
- Peacock, R., Hopton, A., Featherstone, I., & Edwards, J. (2012). Care home staff can detect the difference between delirium, dementia and depression. *Nursing Older People (through 2013), 24*(1), 26-30. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/920759391?accountid=17215>
- Sepulveda, E., Franco, J. G., Leunda, A., Moreno, L., Grau, I., & Vilella, E. (2019). Delirium clinical correlates and underdiagnosis in a skilled nursing home. *European Journal of Psychiatry, 33*(4), 152-158. doi: 10.1016/j.ejpsy.2019.06.001
- Stargatt, J., Bhar, S. S., Davison, T. E., Pachana, N. A., Mitchell, L., Koder, D., . . . Helmes, E. (2017). The availability of psychological services for aged care residents in Australia: A survey of facility staff. *Australian Psychologist, 52*(6), 406-413. doi: 10.1111/ap.12244
- Surr, C. A., Shoesmith, E., Griffiths, A. W., Kelley, R., McDermid, J., & Fossey, J. (2019). Exploring the role of external experts in supporting staff to implement psychosocial interventions in care home settings: Results from the process evaluation of a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research, 19*(1), 1-13. doi: 10.1186/s12913-019-4662-4
- van de Steeg, L., R, I. J., Wagner, C., & Langelaan, M. (2015). The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: A before-and-after study. *BMC Medical Education, 15*, 12. doi: 10.1186/s12909-015-0289-2
- van der Kooij, C. H., Dröes, R. M., de Lange, J., Ettema, T. P., Cools, H. J., & van Tilburg, W. (2013). The implementation of integrated emotion-oriented care: Did it actually change the attitude, skills and time spent of trained caregivers? *Dementia, 12*(5), 536-550. doi: 10.1177/1471301211435187
- Van Humbeeck, L., Dillen, L., Piers, R., & Van Den Noortgate, N. (2016). Grief and loss in older people residing in nursing homes: (Un)detected by nurses and care-assistants? *Journal of Advanced Nursing, 72*(12), 3125-3136. doi: 10.1111/jan.13063
- Voyer, P., Richard, S., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., . . . Belzile, E. (2012). Detection of delirium and its symptoms by nurses working in a long-term care facility. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*(3), 264-271. doi: 10.1016/j.jamda.2010.11.002
- Wang, L. Y., Borisovskaya, A., Maxwell, A. L., & Pascualy, M. (2014). Common psychiatric problems in cognitively impaired older patients causes and management. *Clinics in Geriatric Medicine, 30*(3), 443+. doi: 10.1016/j.cger.2014.04.002
- Weeks, L., Dupuis-Blanchard, S., Arseneault, R., MacQuarrie, C., Gagnon, D., & LeBlanc, G. M. (2018). Exploring gender and elder abuse from the perspective of professionals. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 30*(2), 127-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08946566.2017.1388756>

Mentaal-fysieke multimorbiditeit

van den Brink, A. M. A., Gerritsen, D. L., de Valk, M. M. H., Mulder, A. T., Voshaar, R. C. O., & Koopmans, R. T. C. M. (2018). What do nursing home residents with mental-physical multimorbidity need and who actually knows this? A cross-sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, *81*, 89. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2086369119?accountid=17215>

Mobiliteit

Baert, V., Gorus, E., Calleeuw, K., De Backer, W., & Bautmans, I. (2016). An administrator's perspective on the organization of physical activity for older adults in long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(1), 75-84. doi: 10.1016/j.jamda.2015.08.011

de Souto Barreto, P., Morley, J. E., Chodzko-Zajko, W., H. Pitkala, K., Weening-Dijksterhuis, E., Rodriguez-Mañas, L., . . . Rolland, Y. (2016). Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: A taskforce report. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(5), 381-392. doi: 10.1016/j.jamda.2016.01.021

Fringer, A., Huth, M., & Hantikainen, V. (2014). Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*(4), 757-766. doi: 10.1111/scs.12108

Gattinger, H., Leino-Kilpi, H., Hantikainen, V., Köpke, S., Ott, S., & Senn, B. (2016). Assessing nursing staffs competences in mobility support in nursing-home care: Development and psychometric testing of the Kinaesthetics Competence (KC) observation instrument. *BMC Nursing*, *15*. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0185-z>

Gattinger, H., Senn, B., Hantikainen, V., Köpke, S., Ott, S., & Leino-Kilpi, H. (2018). The self-reported and observed competence of nursing staff in mobility care based on Kinaesthetics in nursing homes -- A cross-sectional study. *Pflege*, *31*(6), 319-329. doi: 10.1024/1012-5302/a000641

Jansen, C. P., Claßen, K., Hauer, K., Diegelmann, M., & Wahl, H. W. (2014). Assessing the effect of a physical activity intervention in a nursing home ecology: a natural lab approach. *BMC Geriatrics*, *14*, 117. doi: 10.1186/1471-2318-14-117

Kagwa, S. A., Bostrom, A.-M., Ickert, C., & Slaughter, S. E. (2018). Optimising mobility through the sit-to-stand activity for older people living in residential care facilities: A qualitative interview study of healthcare aide experiences. *International Journal of Older People Nursing*, *13*(1). doi: 10.1111/opn.12169

Macintosh, E., Kelly, L., & Smith, S. O. (2019). Care about Physical Activity (CAPA) improvement programme - working with older people across social care to improve their quality of life through being active and engaging in movement that is meaningful to them. *International Journal of Integrated Care*, *19*(S1), 1-2. doi: 10.5334/ijic.s3100

Pate, M. R. (2015). *The role of the activity professional in promoting resident-centered engagement for persons with dementia living in care communities*. (3711792). The University of North Carolina at Charlotte, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1707693875?accountid=17215>

- Vilusic, S., & Nakić, J. (2019). Applying kinaesthetics in care. *International Journal of Integrated Care*, 19(S1), 1-2. doi: 10.5334/ijic.s3341
- Williams, R., Clarke, D., Graham, L., Hawkins, R., Cundill, B., Ellwood, A., . . . Forster, A. (2020). Process evaluation exploring the delivery and uptake of posture and mobility training for staff in care homes...British Geriatrics Society Autumn Meeting, November 6-8, 2019, Leicester, England. *Age & Ageing*, 49, i34-i34. doi: 10.1093/ageing/afz196.04

MRSA besmetting

- Albrecht, J. S., Croft, L., Morgan, D. J., & Roghmann, M.-C. (2017). Perceptions of gown and glove use to prevent methicillin-resistant staphylococcus aureus transmission in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 158-161. doi: 10.1016/j.jamda.2016.08.016
- Hill, J. N., Hogan, T. P., Cameron, K. A., Guihan, M., Goldstein, B., Evans, M. E., & Evans, C. T. (2014). Perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and hand hygiene provider training and patient education: Results of a mixed method study of health care providers in Department of Veterans Affairs spinal cord injury and disorder units. *American Journal of Infection Control*, 42(8), 834-840. doi: 10.1016/j.ajic.2014.04.026
- Horner, C., Wilcox, M., Barr, B., Hall, D., Hodgson, G., Parnell, P., & Tompkins, D. (2012). The longitudinal prevalence of MRSA in care home residents and the effectiveness of improving infection prevention knowledge and practice on colonisation using a stepped wedge study design. *BMJ Open*, 2(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000423>
- Martin, C. M. (2011). Challenges of treating MRSA in long-term care. *Consult Pharm*, 26(11), 800-802, 807-809. doi: 10.4140/TCP.n.2011.800

Muziek

- Myskja, A., & Håpnes, O. (2010). Music and health in a local community. A coordinated teaching program in five nursing homes in Mid-Norway. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 12(1), 3-15. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105179202&site=ehost-live&scope=site>
- Sung, H.-C., Lee, W.-L., Chang, S.-M., & Smith, G. D. (2011). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1776. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/874331605?accountid=17215>
- Tompkins, C. J., Ihara, E. S., Inoue, M., Ferenz, J., & Pham, S. (2019). A web-based training program for direct care workers in long-term care communities: Providing knowledge and skills to implement a music and memory intervention. *Gerontology & Geriatrics Education*, 1-13. doi: 10.1080/02701960.2019.1699074

Fouten

Gartmeier, M., Gruber, H., & Heid, H. (2010). Tracing error-related knowledge in interview data: Negative knowledge in elder care nursing. *Educational Gerontology, 36*(9), 733-752. doi: 10.1080/03601271003680588

Obesitas

Apelt, G., Kuhlmeier, A., & Garms-Homolová, V. (2014). The care of obese persons from the perspective of executives of inpatient care facilities. Results of qualitative expert interviews. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47*(8), 673-679. doi: 10.1007/s00391-013-0572-y

Gutierrez, L. B. S. R. N. C. D. O. N. C. R. A. C. C. T. C. B. (2010). Weighing in: Long-term management care. *Long-Term Living, 59*(9), 46-47. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/754723025?accountid=17215>

Markway, B. R. N. M. S. N., Chang, Y. J. M. C. Q. E. C., & Mehrle, D. M. P. H. R. D. L. D. (2011). Accommodating bariatric residents: Long term management care. *Long-Term Living, 60*(8), 48-49. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/898808642?accountid=17215>

Oraal

Albrecht, M., Kupfer, R., Reissmann, D. R., Mühlhauser, I., & Köpke, S. (2016). Oral health educational interventions for nursing home staff and residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*(9). doi: 10.1002/14651858.CD010535.pub2

Aoife Mc, G., Crean, A. M., Kelly, M., & Sahm, L. (2017). Oral medicine modification for older adults: a qualitative study of nurses. *BMJ Open, 7*(12). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018151>

Bonetti, D., Hampson, V., Queen, K., Kirk, D., Clarkson, J., & Young, L. (2015). Improving oral hygiene for patients. *Nursing Standard (2014+), 29*(19), 44. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.19.44.e9383>

Bonwell, P. B., Parsons, P. L., Best, A. M., & Hise, S. (2014). An interprofessional educational approach to oral health care in the geriatric population. *Gerontology & Geriatrics Education, 35*(2), 182-199. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1523702807?accountid=17215>

Cadet, T. J., Berrett-Abebe, J., Burke, S. L., Bakk, L., Kalenderian, E., & Maramaldi, P. (2016). Evidence-based health promotion in nursing homes: A pilot intervention to improve oral health. *Educational Gerontology, 42*(5), 352-360. doi: 10.1080/03601277.2015.1121754

Catteau, C., Piaton, S., Nicolas, E., Hennequin, M., & Lassauzay, C. (2016). Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: Additional training needs required. *Gerodontology, 33*(1), 11-19. doi: 10.1111/ger.12094

Chicote, A. (2019). Care aide abilities in oral care delivery and seniors' oral health outcomes. *Canadian Journal of Dental Hygiene, 53*(3), 178-181. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=139530863&site=ehost-live&scope=site>

- Coker, E., Ploeg, J., & Kaasalainen, S. (2014). The effect of programs to improve oral hygiene outcomes for older residents in long-term care a systematic review. *Research in Gerontological Nursing, 7*(2), 87-100. doi: 10.3928/19404921-20140110-01
- Czarkowski, G., Allroggen, S., Köster-Schmidt, A., Bausback-Schomakers, S., Frank, M., & Heudorf, U. (2013). Oral health hygiene education programme for nursing personnel to improve oral health of residents in long-term care facilities 2010 in Frankfurt/Main, Germany. *Gesundheitswesen, 75*(6), 368-375. doi: 10.1055/s-0032-1327742
- de Lugt-Lustig, K. H. M. E., Vanobbergen, J. N. O., van der Putten, G.-J., De Visschere, L. M. J., Schols, J. M. G. A., & de Baat, C. (2014). Effect of oral healthcare education on knowledge, attitude and skills of care home nurses: A systematic literature review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42*(1), 88-96. doi: 10.1111/cdoe.12063
- Delgado, A. M. M. R. D. H., Prihoda, T. P., Nguyen, C. M. R. D. H., Hicks, B. M. A., Smiley, L. M. R. D. H., & Taverna, M. M. R. D. H. (2016). Professional caregivers' oral care practices and beliefs for elderly clients aging in place. *Journal of Dental Hygiene (Online), 90*(4), 244-248. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1880401421?accountid=17215>
- Deutsch, A., Siegel, E., Cations, M., Wright, C., Naganathan, V., & Brodaty, H. (2017). A pilot study on the feasibility of training nurses to formulate multicomponent oral health interventions in a residential aged care facility. *Gerodontology, 34*(4), 469-478. doi: 10.1111/ger.12295
- Dhami, C. S., & Donnelly, L. R. (2020). Exploring residential care aide experiences with oral malodour in long-term care. *Nursing Open*. doi: 10.1002/nop2.497
- Eaton, K. A., Lloyd, H. A., Wheeler, M., Sullivan, J., Klass, C., Allen, Y., & Lambert-humble, S. (2016). Looking after the mouth - Evaluation of a pilot for a new approach to training care home carers in Kent, Surrey and Sussex. *British Dental Journal, 221*(1), 31-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.497>
- Elliot, V. (2017). Challenges of improving oral health for adults in care homes. *Nursing Older People (2014), 29*(7), 21. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.2017.e905>
- Fellow, R. P. C. i. D. P. H., Research, N. D., Health, C. R. C. i. D. P., & Strategy, J. E. G. N.-P. P. o. O. H. (2019). Collaborating for oral health in support of vulnerable older people: Co-production of oral health training in care homes. *Journal of Public Health, 41*(1), 164-169. doi: 10.1093/pubmed/fox162
- Goh, C. E., Guay, M. P., Lim, M. Y., Lim, S. M., Loke, S. Y., Toh, H. E., & Nair, R. (2016). Correlates of attitudes and perceived behavioural control towards oral care provision among trained and untrained nursing home caregivers in Singapore. *Journal of Clinical Nursing, 25*(11-12), 1624-1633. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13162>
- Hoben, M., Clarke, A., Huynh, K. T., Kobagi, N., Kent, A., Hu, H., . . . Yoon, M. N. (2017). Barriers and facilitators in providing oral care to nursing home residents, from the perspective of care aides: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 73*, 34. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1980722792?accountid=17215>

- Holtgrewe, T. A. (2011). *Oral care and dementia: The nursing aide role*. (1492614). University of Maryland, Baltimore, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/871107815?accountid=17215>
- Horrocks, N. J. (2012). *Effect of an oral health education program for caregivers delivering oral hygiene care to residents in a long-term care facility*. (1517235). University of Missouri - Kansas City, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1039584998?accountid=17215>
- Howard, R. M. (2010). *Survey of oral hygiene knowledge and practice among Mississippi nursing home staff*. (3451158). The University of Mississippi Medical Center, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/868355421?accountid=17215>
- Janssens, B., Vanobbergen, J., Lambert, M., Schols, J. M. G. A., & De Visschere, L. (2018). Effect of an oral healthcare programme on care staff knowledge and attitude regarding oral health: A non-randomised intervention trial. *Clinical Oral Investigations*, 22(1), 281-292. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-017-2110-6>
- Keboa, M., Beaudin, A., Cyr, J., Decoste, J., Power, F., Hovey, R., . . . Macdonald, M. E. (2019). Dentistry and nursing working together to improve oral health care in a long-term care facility. *Geriatric Nursing*, 40(2), 197-204. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.10.002
- Khanagar, S., Kumar, A., Rajanna, V., Badiyani, B., Jathanna, V., & Kini, P. (2014). Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge, attitudes, and practices: A randomized controlled trial. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 4(2). doi: <http://dx.doi.org/10.4103/2231-0762.139843>
- Khanagar, S., Naganandini, S., Tuteja, J. S., Naik, S., Satish, G., & Divya, K. T. (2015). Improving oral hygiene in institutionalised elderly by educating their caretakers in Bangalore City, India: A randomised control trial. *Canadian Geriatrics Journal*, 18(3), 136-143. doi: 10.5770/cgj.18.145
- Kohli, R., Nelson, S., Ulrich, S., Finch, T., Hall, K., & Schwarz, E. (2017). Dental care practices and oral health training for professional caregivers in long-term care facilities: An interdisciplinary approach to address oral health disparities. *Geriatric Nursing*, 38(4), 296-301. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.11.008
- Le, P., Dempster, L., Limeback, H., & Locker, D. (2012). Improving residents' oral health through staff education in nursing homes. *Special Care in Dentistry*, 32(6), 242-250. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1754-4505.2012.00279.x>
- Lewis, A., Harvey, G., Hogan, M., & Kitson, A. (2019). Can oral healthcare for older people be embedded into routine community aged care practice? A realist evaluation using normalisation process theory. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.016>
- Lindqvist, L., Seleskog, B., Wårdh, I., & von Bültzingslöwen, I. (2013). Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *International Journal of Dental Hygiene*, 11(4), 298-305. doi: 10.1111/idh.12016
- Maramaldi, P., Cadet, T., Burke, S., LeCloux, M., White, E., Kinnunen, T. H., & Kalenderian, E. (2019). Administrators' perceptions of oral health care and cancer screening in long-term care nursing facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 38(10), 1391-1420. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464817732517>

- Maramaldi, P., Cadet, T., Burke, S. L., LeCloux, M., White, E., Kalenderian, E., & Kinnunen, T. (2018). Oral health and cancer screening in long-term care nursing facilities: Motivation and opportunity as intervention targets. *Gerodontology*, *35*(4), 407-416. doi: 10.1111/ger.12365
- McConnell, E. S. P. R. N. G.-B. C., Lee, K. H. P. R. N. G. N. P., Galkowski, L. M. S. N. R. N. C. N. L., Downey, C. D. D. S. M. S., Spainhour, M. V. M. S. N. A. G. N. P. B. C., & Horwitz, R. M. S. N. R. N. A.-B. C. A.-B. C. (2018). Improving oral hygiene for veterans with dementia in residential long-term care. *Journal of Nursing Care Quality*, *33*(3), 229. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2072287807?accountid=17215>
- Mello, A. L., Erdmann, A. L., & Brondani, M. (2010). Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework. *Gerodontology*, *27*(1), 41-46. doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00280.x
- Morgan, M. Z., Johnson, I. G., Hitchings, E., Monaghan, N. P., & Karki, A. J. (2016). Dentist skill and setting to address dental treatment needs of care home residents in Wales. *Gerodontology*, *33*(4), 461-469. doi: 10.1111/ger.12185
- Nijjar, J. (2014). *Improving knowledge and skills of licensed nurses for detecting oral pain in cognitively impaired nursing home residents*. (1565710). University of California, Davis, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1617973542?accountid=17215>
- Nyongesa, N. (2013). *Implementing an evidence-based oral health assessment tool (OHAT) in a nursing home*. North Dakota State University, Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109859686&site=ehost-live&scope=site>
- Oates, L. L., & Price, C. I. (2017). Clinical assessments and care interventions to promote oral hydration amongst older patients: A narrative systematic review. *BMC Nurs*, *16*, 4. doi: 10.1186/s12912-016-0195-x
- Park, M. S., & Choi-Kwon, S. (2011). The Effects of Oral Care Education on Caregivers' Knowledge, Attitude, & Behavior toward Oral Hygiene for Elderly Residents in a Nursing Home. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *41*(5), 684-693. doi: 10.4040/jkan.2011.41.5.684
- Portella, F. F., Rocha, A. W., Haddad, D. C., Fortes, C. B., Hugo, F. N., Padilha, D. M., & Samuel, S. M. (2015). Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. *Gerodontology*, *32*(1), 28-34. doi: 10.1111/ger.12049
- Red, A., & O'Neal, P. V. (2020). Implementation of an Evidence-Based Oral Care Protocol to Improve the Delivery of Mouth Care in Nursing Home Residents. *Journal of Gerontological Nursing*, *46*(5), 33-39. doi:http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20200316-01
- Reis, S. C., Marcelo, V. C., da Silva, E. T., & Leles, C. R. (2011). Oral health of institutionalised elderly: a qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil. *Gerodontology*, *28*(1), 69-75. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00366.x
- Salmi, R., Tolvanen, M., Suhonen, R., Lahti, S., & Narhi, T. (2018). Knowledge, perceived skills and activities of nursing staff to support oral home care among older domiciliary care clients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(4), 1342-1347. doi: 10.1111/scs.12579

- Shibata, S., Stegaroiu, R., Nakazawa, A., & Ohuchi, A. (2017). Comprehension of Japanese oral care-related terms among caregivers and nurses, as assessed using a newly developed instrument. *Gerodontology*, *34*(1), 68-78. doi: 10.1111/ger.12223
- Wang, T.-F., Huang, C.-M., Chou, C., & Yu, S. (2015). Effect of oral health education programs for caregivers on oral hygiene of the elderly: A systemic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(6), 1090-1096. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.015
- Wårdh, I., Jonsson, M., & Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel - an area in need of improvement. *Gerodontology*, *29*(2), e787-792. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x
- Wheeler, M. (2018). Mouth Care Matters: Delivering oral health education to carers in residential homes - a carers training programme in Kent, Surrey and Sussex. *Dental Health*, *57*(6), 26-28. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132793029&site=ehost-live&scope=site>
- Willumsen, T., Karlsen, L., Naess, R., & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, *29*(2), e748-755. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x
- Yanagisawa, S., Yoshioka, M., & Shirayama, Y. (2018). Survey on Nursing Home Caregivers' Basic Knowledge of Oral Health Management: Dental Terminology. *Dentistry Journal*, *6*(3). doi:<http://dx.doi.org/10.3390/dj6030028>
- Yoon, M. N., Lowe, M., Budgell, M., & Steele, C. M. (2011). An Exploratory Investigation Using Appreciative Inquiry to Promote Nursing Oral Care. *Geriatric Nursing*, *32*(5), 326-340. doi: 10.1016/j.gerinurse.2011.06.010

Pijn

- Auxier, J. N., Roberts, S., Laing, L., Finch, L., Tung, S., & Hung, L. (2020). An appreciative inquiry into older adults' pain experience in long term care facilities: A pain education initiative. *International Practice Development Journal*, *10*(1). doi: <http://dx.doi.org/10.19043/ipdj.101.006>
- Bannin De Witt, J., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S. J., . . . Parsons, C. (2017). Exploring healthcare assistants role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, *16*. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1>
- Ben Natan, M., Ataneli, M., Admenko, A., & Har Noy, R. (2013). Nurse assessment of residents' pain in a long-term care facility. *International Nursing Review*, *60*(2), 251-257. doi: 10.1111/inr.12006
- Boone, N. J. (2017). Enhancing Nurses' Assessment of Pain Management in Dementia Patients. *Enhancing Nurses' Assessment of Pain Management in Dementia Patients*, 1-1. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=129468762&site=ehost-live&scope=site>

- Brunkert, T., Simon, M., Ruppen, W., & Zúñiga, F. (2020). A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(1), 14-22. doi: 10.1111/jnu.12508
- Burns, M., & McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479-487. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.10.479
- Burns, M., & McIlfratrick, S. (2015). Palliative care in dementia: Literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400-407. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.8.400
- Chandler, R. C., Zwakhalen, S. M. G., Docking, R., Bruneau, B., & Schofield, P. (2017). Attitudinal & knowledge barriers towards effective pain assessment & management in dementia: A narrative synthesis. *Current Alzheimer Research*, 14(5), 523-537. doi: 10.2174/1567205013666160602233118
- Clarke, R. M. (2017). *Implementation of a novel geriatric pain assessment video to increase nursing staff knowledge*. (10258760). Brandman University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1880194369?accountid=17215>
- Gagnon, M. M., Hadjistavropoulos, T., & Williams, J. (2013). Development and mixed-methods evaluation of a pain assessment video training program for long-term care staff. *Pain Research & Management*, 18(6), 307-312. doi: dx.doi.org/15253
- Ghandehari, O. O. M. A., Hadjistavropoulos, T. P., Williams, J. P., Thorpe, L. M. D. P., Alfano, D. P. P., Bello-Haas, V. D. P., . . . Lix, L. M. P. (2013). A controlled investigation of continuing pain education for long-term care staff. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 18(1), 11-18. doi: http://dx.doi.org/10.1155/2013/395481
- Hadjistavropoulos, T., Williams, J., Kaasalainen, S., Hunter, P. V., Savoie, M. L., & Wickson-Griffiths, A. (2016). Increasing the frequency and timeliness of pain assessment and management in long-term care: Knowledge transfer and sustained implementation. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 2016. doi: http://dx.doi.org/10.1155/2016/6493463
- Halifax, E. (2013). *How certified nursing assistants understand their residents' pain*. University of California, San Francisco, Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109864064&site=ehost-live&scope=site>
- Halifax, E., Miaskowski, C., & Wallhagen, M. (2018). Certified nursing assistants' understanding of nursing home residents' pain. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(4), 29-36. doi: 10.3928/00989134-20180131-01
- Hua, J. (2018). *Implementation of an evidence-based pain assessment protocol in a nursing home setting*. (10789284). The University of North Carolina at Chapel Hill, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2059195042?accountid=17215>
- Husebo, B. S. (2017). Assessment and treatment of persistent pain in nursing home residents should be implemented systematically to prevent suffering. *Evidence-Based Nursing*, 20(3), 91. doi: http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102617

- Iula, D. (2014). *Knowledge of pain assessment among nursing staff in long-term care of the cognitively impaired non-verbal adult*. State University of New York at Binghamton, Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109763191&site=ehost-live&scope=site>
- Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., . . . Parsons, C. (2017). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 26*(9-10), 1234-1244. doi: 10.1111/jocn.13442
- Kaasalainen, S., Ploeg, J., Donald, F., Coker, E., Brazil, K., Martin-Misener, R., . . . Hadjistavropoulos, T. (2015). Positioning clinical nurse specialists and nurse practitioners as change champions to implement a pain protocol in long-term care. *Pain Management Nursing, 16*(2), 78-88. doi: 10.1016/j.pmn.2014.04.002
- Liu, J. Y. W. P. R. N. (2014). Exploring nursing assistants' roles in the process of pain management for cognitively impaired nursing home residents: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 70*(5), 1065. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12259>
- Long, C. O. (2013). Pain management education in long-term care: It can make a difference. *Pain Management Nursing, 14*(4), 220-227. doi: 10.1016/j.pmn.2011.04.005
- Miu, D. K. Y., & Chan, K. C. (2014). Under-detection of pain in elderly nursing home residents with moderate to severe dementia. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics, 5*(1), 23-27. doi: 10.1016/j.jcgg.2013.09.001
- Monroe, T. B., Misra, S., Habermann, R. C., Dietrich, M. S., Bruehl, S. P., Cowan, R. L., . . . Simmons, S. F. (2015). Specific physician orders improve pain detection and pain reports in nursing home residents: Preliminary data. *Pain Management Nursing, 16*(5), 770-780. doi: 10.1016/j.pmn.2015.06.002
- Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Tobis, S., & Wieczorowska-Tobis, K. (2019). Characteristics of pharmacological pain treatment in older nursing home residents. *Journal of Pain Research, 12*, 1083-1089. doi: 10.2147/jpr.S192587
- Swafford, K. L. P., Miller, L. L. P., Herr, K. P., Forcucci, C. B. S. N., Kelly, A. M. L. B. S. N., & Bakerjian, D. P. (2014). Geriatric pain competencies and knowledge assessment for nurses in long term care settings. *Geriatric Nursing, 35*(6), 423. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.06.001>
- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Kawakami, S., Abe, Y., Kamiyama, M., & Saito, S. (2015). Differences between nurses' and care workers' estimations of pain prevalence among older residents. *Pain Management Nursing, 16*(1), 20-32. doi: 10.1016/j.pmn.2014.03.005
- Tse, M. M. Y., & Ho, S. S. K. (2013). Pain management for older persons living in nursing homes: A pilot study. *Pain Management Nursing, 14*(2), e10-21. doi: 10.1016/j.pmn.2011.01.004
- Tse, M. M. Y., & Ho, S. S. K. (2014). Enhancing knowledge and attitudes in pain management: A pain management education program for nursing home staff. *Pain Management Nursing, 15*(1), 2-11. doi: 10.1016/j.pmn.2012.03.009
- Veal, F., Williams, M., Bereznicki, L., Cummings, E., Thompson, A., Peterson, G., & Winzenberg, T. (2018). Barriers to optimal pain management in aged care facilities: An Australian qualitative study. *Pain Management Nursing, 19*(2), 177-185. doi: 10.1016/j.pmn.2017.10.002

Palliatieve zorg

- Palliative and Supportive Care; Reports Outline Palliative and Supportive Care Study Results from A.D. Wen et al. (2012). *Health & Medicine Week*, p. 532. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1220398544?accountid=17215>
- Palliative and Supportive Care; Studies from School of Medicine Further Understanding of Palliative and Supportive Care. (2012). *Health & Medicine Week*, p. 896. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1220402022?accountid=17215>
- Greater palliative care knowledge in nursing homes linked to less aggressive end-of-life care. (2015). *Medical Ethics Advisor*, 31(12). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1986673791?accountid=172152>
- Palliative and Supportive Care; Researchers from Brown University Detail New Studies and Findings in the Area of Palliative and Supportive Care (Nursing Home Staff Palliative Care Knowledge and Practices: Results of a Large Survey of Frontline Workers). (2015). *Health & Medicine Week*, p. 1180. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1732655708?accountid=17215>
- Palliative and Supportive Care; Findings from Free University Provide New Insights into Palliative and Supportive Care (The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries). (2018). *Aging & Elder Health Week*, p. 549. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2068602682?accountid=17215>
- Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., & Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(5), 915-925.e911. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011
- Adnan, S., & Bargh, J. (2019). P-47 End of life care workbook for support and care staff. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(Suppl 4). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-HUKNC.71>
- Alftberg, A., Ahlstrom, G., Nilsen, P., Behm, L., Sandgren, A., Benzein, E., . . . Rasmussen, B. H. (2018). Conversations about death and dying with older people: An ethnographic study in nursing homes. *Healthcare*, 6(2). doi: 10.3390/healthcare6020063
- Anstey, S., Powell, T., Coles, B., Hale, R., & Gould, D. (2016). Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: A systematic literature review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(3), 353. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000956>
- Badger, F., Plumridge, G., Hewison, A., Shaw, K. L., Thomas, K., & Clifford, C. (2012). An evaluation of the impact of the Gold Standards Framework on collaboration in end-of-life care in nursing homes. A qualitative and quantitative evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 586. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.021>
- Bobnar, A. (2012). Palliative care in Slovenia's nursery homes for the elderly. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000196.48>
- Boomer, C., Ross, M., & Dillon, D. (2019). Improving caregivers experience: enhancing end-of-life care for residents. *International Practice Development Journal*, 9(1). doi: <http://dx.doi.org/10.19043/ipdj.91.005>

- Brazil, K., Brink, P., Kaasalainen, S., Kelly, M. L., & McAiney, C. (2012). Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing, 18*(2), 77-83. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104548524&site=ehost-live&scope=site>
- Brownhill, S., Chang, E., Bidewell, J., & Johnson, A. (2013). A decision model for community nurses providing bereavement care. *British Journal of Community Nursing, 18*(3), 133-139. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=107995450&site=ehost-live&scope=site>
- Bui, T. (2012). Effectively Training the hospice and palliative medicine physician workforce for improved end-of-life health care in the United States. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 29*(6), 417-420. doi: 10.1177/1049909111429325
- Cagle, J. G. P. M. S. W., Unroe, K. T. M. D. M. H. A., Bunting, M. B. S., Bernard, B. L. B. S., & Miller, S. C. P. M. B. A. (2017). Caring for dying patients in the nursing home: Voices from frontline nursing home staff. *Journal of Pain and Symptom Management, 53*(2), 198. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1940526464?accountid=17215>
- Cassidy, L., & Kieran, N. (2017). 45 Programme (LCADP) impact and results of a palliative education initiative: Lothian care assistant development. *BMJ Supportive & Palliative Care, 7*(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001407.45>
- Coldrey, S., & Wilding, P. (2015). P-26 Developing an end of life care training programme for care homes. *BMJ Supportive & Palliative Care, 5*. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001026.26>
- Cronfalk, B. S., Ternestedt, B.-M., Larsson, L.-L. F., Henriksen, E., Norberg, A., & Österlind, J. (2015). Utilization of palliative care principles in nursing home care: Educational interventions. *Palliative & Supportive Care, 13*(6), 1745-1753. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951515000668>
- Cronin, U., McCarthy, J., & Cornally, N. (2020). The role, education, and experience of health care assistants in end-of-life care in long-term care: A scoping review. *Journal of Gerontological Nursing, 46*(1), 21-29. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20191022-01>
- Dehghani, F., Barkhordari-Sharifabad, M., Sedaghati-kasbakhi, M., & Fallahzadeh, H. (2020). Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC Palliative Care, 19*(1). doi: 10.1186/s12904-020-00567-4
- Dempsey, D., & McCahery, M. (2016). P-157 'Hospice in your care home' - a dedicated service aiming to promote high quality palliative and end of life care in the nursing home setting. *BMJ Supportive & Palliative Care, 6*. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001245.180>
- Evenblij, K., ten Koppel, M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Pasman, H. R. W., Smets, T., & Widdershoven, G. A. M. (2019). Are care staff equipped for end-of-life communication? A cross-sectional study in long-term care facilities to identify determinants of self-efficacy. *BMC Palliative Care, 18*(1), N.PAG-N.PAG. doi: 10.1186/s12904-018-0388-z
- Farrington, C. J. T. (2014). Blended e-learning and end of life care in nursing homes: A small-scale mixed-methods case study. *BMC Palliative Care, 13*, 31. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684X-13-31>

- Faull, C., & Winlow, V. (2016). P-233 Critical success factors: Getting the most from e-learning for end of life care (eelca). *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001245.254>
- Ford, R., & McInerney, F. (2011). An evaluation of aged-care workers' knowledge of and attitudes toward the palliative approach. *Research in Gerontological Nursing*, 4(4), 251-259. doi: 10.3928/19404921-20101103-01
- Fosse, A., Zuidema, S., Boersma, F., Malterud, K., Schaufel, M. A., & Ruths, S. (2017). Nursing home physicians' assessments of barriers and strategies for end-of-life care in Norway and The Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), 713-718. doi: 10.1016/j.jamda.2017.03.005
- Frey, R., Balmer, D., Boyd, M., Robinson, J., & Gott, M. (2020). Implementation of palliative care educational intervention in long-term care: A qualitative multi-perspective investigation. *Kotuitui-New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 15(1), 186-203. doi: 10.1080/1177083X.2019.1680396
- Frey, R., Boyd, M., Foster, S., Robinson, J., & Gott, M. (2016). Necessary but not yet sufficient: A survey of aged residential care staff perceptions of palliative care communication, education and delivery. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(4), 465. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000943>
- Godfrey, C., Stevenson, A., Barber, B., Cath, B., & Groves, K. (2013). P6 One step at a time: Introducing an end-of-life care programme to a critical mass of local care homes. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000591.28>
- Gonella, S., Basso, I., Clari, M., Dimonte, V., & Di Giulio, P. (2020). A qualitative study of nurses' perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12862
- Harding, R., & Hill, S. (2018). P-245 What itch do we need to scratch? Nursing home education delivered by hospices. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8(Suppl 2). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-hospiceabs.270>
- Harris, D., Jones, K., & Durham, C. (2012). How can we improve palliative care knowledge, skills and attitudes in nursing homes ... with no extra staff, no extra time and no extra costs? *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000196.326>
- Heron, C. R., & Simmons, B. B. (2014). End-of-life care in advanced dementia. *Postgraduate Medicine*, 126(6), 119-128. doi: 10.3810/pgm.2014.10.2826
- Holmberg, B., Hellström, I., & Österlind, J. (2019). End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives. *Nursing Ethics*, 26(6), 1721-1733. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733018779199>
- Honinx, E., Smets, T., Piers, R., Deliens, L., Payne, S., Kylanen, M., . . . de Paula, E. M. (2019). Agreement of nursing home staff with palliative care principles: A PACE cross-sectional study among nurses and care assistants in five European countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(5), 824-834. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.015
- Horgan, E. (2011). Six steps to success: improving end-of-life care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 5(4), 187-190. doi: 10.12968/bjha.2011.5.4.187

- Huang, H.-L., Weng, L.-C., Hu, W.-Y., Shyu, Y.-I. L., Yu, W.-P., & Chen, K.-H. (2018). End-of-life care discussion for residents with dementia in long-term care facilities. *Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins)*, 26(4), 231-241. doi: 10.1097/jnr.0000000000000240
- I-Hui, C., Kuan-Yu, L., Hu, S. H., Yeu-Hui, C., Long, C. O., Chia-Chi, C., & Liu, M. F. (2018). Palliative care for advanced dementia: Knowledge and attitudes of long-term care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 848-858. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14132>
- Indarwati, R., Fauziningtyas, R., Gilang Dwi, K., Rr Dian, T., Chan, C. M., & Smith, G. D. (2019). Palliative and end-of-life care's barriers for older adults. *Working With Older People*, 24(1), 72-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/WWOP-08-2019-0021>
- Johnson, M., Attree, M., Jones, I., Al Gamal, E., & Garbutt, D. (2014). Diagnosis, prognosis and awareness of dying in nursing homes: Towards the Gold Standard? *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 95-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12024>
- Jones, T. L. (2013). *Development of policy and training to improve palliative care services in the long-term care setting*. (3599608). Capella University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1461768811?accountid=17215>
- Kaarbø, E. (2011). End-of-life care in two Norwegian nursing homes: Family perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7/8), 1125. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/860235866?accountid=17215>
- Kaasalainen, S., Brazil, K., & Kelley, M. L. (2014). Building capacity in palliative care for personal support workers in long-term care through experiential learning. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 151-158. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12008>
- Kaasalainen, S., Ploeg, J., McAiney, C., Schindel Martin, L., Donald, F., Martin-Misener, R., . . . Sangster-Gormley, E. (2013). Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), 477-485. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104152077&site=ehost-live&scope=site>
- Kada, O., Janig, H., Pinter, G., Cernic, K., & Likar, R. (2017). Palliative care in nursing homes: Results of a survey about knowledge and self-efficacy of nursing staff. *Schmerz*, 31(4), 383-390. doi: 10.1007/s00482-016-0184-8
- Karacsony, S., Chang, E., Johnson, A., Good, A., & Edenborough, M. (2018). Assessing nursing assistants' competency in palliative care: An evaluation tool. *Nurse Education in Practice*, 33, 70-76. doi: 10.1016/j.nepr.2018.09.001
- Karacsony, S., Good, A., Chang, E., Johnson, A., & Edenborough, M. (2019). An instrument to assess the education needs of nursing assistants within a palliative approach in residential aged care facilities. *BMC Palliative Care*, 18. doi: 10.1186/s12904-019-0447-0
- Kelly, K., Thrane, S., Virani, R., Malloy, P., & Ferrell, B. (2011). Expanding palliative care nursing education in California: the ELNEC Geriatric project. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(4), 188-194. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104887308&site=ehost-live&scope=site>

- Kendall-Raynor, P. (2016). Care home staff 'ill equipped' to improve end of life dementia care. *Nursing Standard (2014+)*, 30(29), 10. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.30.29.10.s9>
- Kunte, V., Johansen, M. L., & Isenberg-Cohen, S. (2017). Improving long-term care residents' outcomes by educating nursing staff on end-of-life communication. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(6), 550-555. doi: 10.1097/NJH.0000000000000386
- Lee, J., Cheng, J., Au, K. M., Yeung, F., Leung, M. T., Ng, J., . . . Woo, J. (2013). Improving the quality of end-of-life care in long-term care institutions. *Journal of Palliative Medicine*, 16(10), 1268-1274. doi: 10.1089/jpm.2013.0190
- Lee, R. P., Bamford, C., Poole, M., McLellan, E., Exley, C., & Robinson, L. (2017). End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and frontline staff on key requirements for good practice. *PLoS One*, 12(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0179355>
- Lewis-Holmes, E., Taylor, E., Pitfield, C., Morris, J., Wills, G., Carson, N., . . . Livingston, G. (2012). Supportive, interactive staff training may improve outcomes for residents dying in a care home. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(2), 2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000264.4>
- Lindell, T. (2016). *Development and implementation of a palliative care program: Changing how end-of-life care is provided*. (10044514). The College of St. Scholastica, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1776177220?accountid=17215>
- Lo, R. S. K., Kwan, B. H. F., Lau, K. P. K., Kwan, C. W. M., Lam, L. M., & Woo, J. (2010). The needs, current knowledge, and attitudes of care staff toward the implementation of palliative care in old age homes. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), 266-271. doi: 10.1177/1049909109354993
- Long, C. O., Sowell, E. J., Hess, R. K., & Alonzo, T. R. (2012). Development of the Questionnaire on Palliative Care for Advanced Dementia (qPAD). *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(7), 537-543. doi: 10.1177/1533317512459793
- Long, C. P. R. N. F. F. (2017). Palliative care for advanced dementia: Nursing home staff knowledge and attitudes (S714). *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 417. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1940526454?accountid=17215>
- Luckett, T., Chenoweth, L., Phillips, J., Brooks, D., Cook, J., Mitchell, G., . . . Agar, M. (2017). A facilitated approach to family case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes: Perceptions of palliative care planning coordinators and other health professionals in the IDEAL study. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1713-1722. doi: 10.1017/S1041610217000977
- Luckett, T., Luscombe, G., Phillips, J., Beattie, E., Chenoweth, L., Davidson, P. M., . . . Agar, M. (2019). Australian long-term care personnel's knowledge and attitudes regarding palliative care for people with advanced dementia. *Dementia (London)*, 1471301219886768. doi: 10.1177/1471301219886768
- Malik, M., & Chapman, W. (2017). Education and training in end-of-life care for certified nursing assistants in long-term care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(2), 81-85. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20170119-09>

- Manson, J., Gardiner, C., & McTague, L. (2020). Barriers and facilitators to palliative care education in nursing and residential homes: A rapid review. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(1), 32-44. doi: 10.12968/ijpn.2020.26.1.32
- Morin, L., & Aubry, R. (2015). End-of-life care for nursing home residents with dementia. *Medecine Palliative*, 14(3), 191-202. doi: 10.1016/j.medpal.2015.02.005
- Muldrew Deborah, H. L., McLaughlin, D., & Brazil, K. (2019). Ethical issues experienced during palliative care provision in nursing homes. *Nursing Ethics*, 26(6), 1848-1860. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733018779218>
- Muldrew, D. H. L., Kaasalainen, S., McLaughlin, D., & Brazil, K. (2018). Ethical issues in nursing home palliative care: A cross-national survey. *BMJ Supportive & Palliative Care*. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001643
- Nasu, K., Konno, R., & Fukahori, H. (2020). End-of-life nursing care practice in long-term care settings for older adults: A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Practice (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(2), 1-16. doi: 10.1111/ijn.12771
- Nasu, K., Sato, K., & Fukahori, H. (2020). Rebuilding and guiding a care community: A grounded theory of end-of-life nursing care practice in long-term care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 1009-1018. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14294>
- O'Brien, M., Kirton, J., Knighting, K., Gandy, R., Jack, B., Roe, B., . . . Horgan, E. (2014). Empowering care home staff to deliver quality end of life care: The impact of the six steps to success programme on end of life care in care homes in north west england. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000654.89>
- Österlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., Ternestedt, B.-M., & Hellström, I. (2011). A discourse of silence: Professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing and Society*, 31(4), 529-544. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10000905>
- Pfister, D., Markett, S., Müller, M., Müller, S., Grützner, F., Rolke, R., . . . Radbruch, L. (2013). German nursing home professionals' knowledge and specific self-efficacy related to palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7), 794-798. doi: 10.1089/jpm.2012.0586
- Preshaw, D. H. L., McLaughlin, D., & Brazil, K. (2018). Ethical issues in palliative care for nursing homes: Development and testing of a survey instrument. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e678-e687. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14118>
- Rainsford, S., Glasgow, N., & Johnston, N. (2019). P-176 An initiative to improve palliative care provision in rural care homes. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(Suppl 4). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-HUKNC.198>
- Raunki, M., & Timm, H. (2010). Development of palliative care in nursing homes: Evaluation of a Danish project. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 613-620. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104986917&site=ehost-live&scope=site>
- Reed, E., Berg, J., & Spencer, L. (2017). 36 Together to care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001407.36>

- Roberts, A., Phillips, S., Howard, J., & Astley, A. (2012). A training initiative to improve end of life care in the care home setting. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000196.344>
- Robijn, L., Deliens, L., Rietjens, J., Pype, P., & Chambaere, K. (2019). Barriers in the decision making about and performance of continuous sedation until death in nursing homes. *Gerontologist*. doi: [10.1093/geront/gnz165](https://doi.org/10.1093/geront/gnz165)
- Shaulov, A., Frankel, M., Rubinow, A., Maaravi, Y., & Brezis, M. (2015). Preparedness for end of life-a survey of Jerusalem district nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), 2114-2119. doi: [10.1111/jgs.13645](https://doi.org/10.1111/jgs.13645)
- Shovelton, R. (2019). P-174 Six steps too... a unique, real learning and support programme of end of life care for care homes. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(Suppl 4). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-HUKNC.196>
- Skilton, C. (2011). Reaching out to care homes: A new specialist practitioner service. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(2), 257. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000105.160>
- Smets, T., Onwuteaka-Philipsen, B. B. D., Miranda, R., Pivodic, L., Tanghe, M., van Hout, H., . . . Barańska, I. (2018). Integrating palliative care in long-term care facilities across Europe (PACE): Protocol of a cluster randomized controlled trial of the 'PACE Steps to Success' intervention in seven countries. *BMC Palliative Care*, 17, 1-1. doi: [10.1186/s12904-018-0297-1](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0297-1)
- Smets, T., Pivodic, L., Piers, R., Pasman, H. R. W., Engels, Y., Szczerbińska, K., . . . Van den Block, L. (2018). The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliative Medicine*, 32(9), 1487-1497. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216318785295>
- Smith, D., & Brown, S. (2017). Integrating a palliative care approach into nursing care homes for older people. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(10), 511-515. doi: [10.12968/ijpn.2017.23.10.511](https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.10.511)
- Springett, A. (2017). Practice improvement as a result of an end of life care programme for care homes. *Nursing Older People (2014+)*, 29(3), 23. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.2017.e890>
- Temkin-Greener, H., Ladwig, S., Ye, Z., Norton, S. A., & Mukamel, D. B. (2017). Improving palliative care through teamwork (IMPACTT) in nursing homes: Study design and baseline findings. *Contemporary Clinical Trials*, 56, 1-8. doi: [10.1016/j.cct.2017.01.011](https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.01.011)
- ten Koppel, M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Steen, J. T., Kylänen, M., Van den Block, L., Smets, T., . . . Pasman, H. R. W. (2019). Care staff's self-efficacy regarding end-of-life communication in the long-term care setting: Results of the PACE cross-sectional study in six European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 135. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.019>
- Thompson, G. N., & McClement, S. E. (2019). Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia. *BMC Nursing*, 18, 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-019-0384-5>
- Tornøe, K., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sorlie, V. (2015). A mobile hospice nurse teaching teams experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study. *BMC*

- Palliative Care*, 14. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1780067416?accountid=17215>
- Trueland, J. (2012). Comfort to the end. *Nursing Standard (through 2013)*, 27(12), 18-19. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1222342032?accountid=17215>
- Unroe, K. T., Cagle, J. G., Lane, K. A., Callahan, C. M., & Miller, S. C. (2015). Nursing home staff palliative care knowledge and practices: Results of a large survey of frontline workers. *Journal of Pain & Symptom Management*, 50(5), 622-629. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.06.006
- van Riesenbeck, I., Boerner, K., Barooah, A., & Burack, O. R. (2015). Preparedness for resident death in long-term care: The experience of front-line staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 9-16. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.008
- Wai-Man, L., Koerner, J., Lam, L., Johnston, N., Samara, J., Chapman, M., & Forbat, L. (2020). Improved quality of death and dying in care homes: A palliative care stepped wedge randomized control trial in Australia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(2), 305-312. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16192>
- Wen, A. M. D., Gatchell, G. D. O., Tachibana, Y. M. D., Tin, M. M. M. D., Bell, C. M. D., Koijane, J. M. P. H., . . . Masaki, K. M. D. (2012). A palliative care educational intervention for frontline nursing home staff: The IMPRESS project. *Journal of Gerontological Nursing*, 38(10), 20-25. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20120906-96>
- Willoughby, J., Watson, L., & Gittins, S. (2011). Keep on going: Providing a flexible blended learning end of life education programme. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(2), 262. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000105.175>
- Winch, D. (2018). P-244 Moving forward; striving to improve upon ABC end of life care education within care homes. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8(Suppl 2). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-hospiceabs.269>

Persoonsgerichte zorg

- Anonymous. (2018). 'Knowing you, knowing me': A person-centered approach and a collaboration between older persons and carers in a nursing home setting. *FoNS Improvement Insights*, 14(5), 1. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2247503773?accountid=17215>
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2017). Person-centredness in direct care workers caring for residents with dementia: Effects of a psycho-educational intervention. *Dementia-International Journal of Social Research and Practice*, 16(2), 192-203. doi: 10.1177/1471301215585667
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2015). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 30(8), 713-722. doi: 10.1177/1533317513520213
- Blake, D., Berry, K., & Brown, L. J. E. (2020). A systematic review of the impact of person-centred care interventions on the behaviour of staff working in dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 426-444. doi: 10.1111/jan.14251

- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging, 8*, 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Colomer, J., & de Vries, J. (2016). Person-centred dementia care: A reality check in two nursing homes in Ireland. *Dementia (London), 15*(5), 1158-1170. doi: 10.1177/1471301214556132
- Doran, C., Noonan, M., & Doody, O. (2019). Life-story work in long-term care facilities for older people: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 28*(7-8), 1070-1084. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14718>
- Fossey, J., Masson, S., Stafford, J., Lawrence, V., Corbett, A., & Ballard, C. (2014). The disconnect between evidence and practice: A systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(8), 797. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1548253670?accountid=17215>
- Hunter, P. V., Hadjistavropoulos, T., & Kaasalainen, S. (2016). A qualitative study of nursing assistants' awareness of person-centred approaches to dementia care. *Ageing and Society, 36*(6), 1211-1237. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X15000276>
- Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging, 12*, 381-397. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S117637>
- Kolanowski, A. P. R. N. F. F., Van Haitsma, K. P., Penrod, J. P. R. N. F. F., Hill, N. P. R. N., & Yevchak, A. P. R. N. (2015). "Wish we would have known that!" Communication breakdown impedes person-centered care. *The Gerontologist, 55*. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1696708041?accountid=17215>
- McGilton, K. S., Heath, H., Chu, C. H., Boström, A.-M., Mueller, C., M. Boscart, V., . . . Bowers, B. (2012). Moving the agenda forward: A person-centred framework in long-term care. *International Journal of Older People Nursing, 7*(4), 303-309. doi: 10.1111/opn.12010
- Mueller, C., Burger, S., Rader, J., & Carter, D. (2013). Nurse competencies for person-directed care in nursing homes. *Geriatric Nursing, 34*(2), 101. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.09.009>
- Scales, K., Lepore, M., Anderson, R. A., McConnell, E. S., Song, Y., Bada, K., . . . Corazzini, K. N. (2019). Person-directed care planning in nursing homes: Resident, family, and staff perspectives. *Journal of Applied Gerontology, 38*(2), 183. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464817732519>
- Taylor, J. P. M. B., Barker, A. B. M. P., Hill, H. P. M. B. A., & Haines, T. P. P. G. B. (2015). Improving person-centered mobility care in nursing homes: A feasibility study. *Geriatric Nursing, 36*(2), 98. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.11.002>

Fysieke fixatie

- Abraham, J., Möhler, R., Henkel, A., Kupfer, R., Icks, A., Dintsios, C. M., . . . Köpke, S. (2015). Implementation of a Multicomponent intervention to Prevent Physical Restraints In Nursing home residents

- (IMPRINT): Study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15, 86. doi: 10.1186/s12877-015-0086-0
- Bellenger, E. N., Ibrahim, J. E., Kennedy, B., & Bugeja, L. (2019). Prevention of physical restraint use among nursing home residents in Australia: The top three recommendations from experts and stakeholders. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12218>
- Braaten, K. L., & Malmedal, W. (2017). Preventing physical abuse of nursing home residents- as seen from the nursing staff's perspective. *Nursing Open*, 4(4), 274-281. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.98>
- Kong, E.-H. P. R. N., Song, E. M. R. N., & Evans, L. K. P. R. N. F. (2017). Effects of a multicomponent restraint reduction program for Korean nursing home staff. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 325-335. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12296>
- Kor, P. P.-k. M. R. N., Kwan, R. Y. C. P. R. N., Liu, J. Y.-W. P. R. N., & Lai, C. P. R. N. F. (2018). Knowledge, practice, and attitude of nursing home staff toward the use of physical restraint: Have they changed over time? *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), 502-512. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12415>
- Lan, S. H., Lu, L. C., Lan, S. J., Chen, J. C., Wu, W. J., Chang, S. P., & Lin, L. Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities - Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 33(8), 411-421. doi: 10.1016/j.kjms.2017.05.012

Veiligheid

- Safety Goals. (2013). *Medcom Video Training Programs Collection C3 - 00:01:05*. Cypress: Medcom, Inc., Medcom.
- Berkowitz, R. E. M. D., Schreiber, R. M. D., & Paasche-Orlow, M. K. M. D. M. A. M. P. H. (2012). Team improvement and patient safety conferences: Culture change and slowing the revolving door between skilled nursing facility and the hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3), 258. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1026929374?accountid=17215>
- Daly, J., & Coffey, A. (2010). Staff perceptions of elder abuse. *Nursing Older People (through 2013)*, 22(4), 33-37. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/218607253?accountid=17215>
- Lefosse, G., Rasero, L., Belloni, L., Baroni, E., Matera, M., Beleffi, E., . . . Bellandi, T. (2019). An action research for patient safety and service quality in nursing homes. In *Proceedings of the 20th Congress of the International Ergonomics Association* (Vol. 818, pp. 701-714).
- Sepp, J. (2017). Importance of safety-learning elements in management system of nursing homes in Estonia. In *Inted2017: 11th International Technology, Education and Development Conference* (pp. 5426-5436).
- Teresi, J. A., Ramirez, M., Ellis, J., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., . . . Lachs, M. S. (2013). A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 644. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.010>

- Tom, C. (2016). *Improving Patient Safety through Patient Safety Aide (Sitter) Competency Education*. (10119184). Gardner-Webb University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1805570355?accountid=17215>
- van Gaal, B. G., Schoonhoven, L., Vloet, L. C., Mintjes, J. A., Borm, G. F., Koopmans, R. T., & van Achterberg, T. (2010). The effect of the SAFE or SORRY? Programme on patient safety knowledge of nurses in hospitals and nursing homes: A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1117-1125. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.02.001

Seksualiteit

- Nursing Research; Report Summarizes Nursing Research Study Findings from Catholic University. (2011). *Health & Medicine Week*, p. 2338. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/900506796?accountid=17215>
- RCN offers guidance for care home staff on sex and sexuality among residents. (2018). *Nursing Older People (2014+)*, 30(7), 7. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.30.7.7.s6>
- Bell, S. A., Bern-Klug, M., Kramer, K. W. O., & Saunders, J. B. (2010). Most nursing home social service directors lack training in working with lesbian, gay, and bisexual residents. *Social Work in Health Care*, 49(9), 814-831. doi: 10.1080/00981389.2010.494561
- Bentrott, M. D. (2012). *A culture of change: Taking a person-centered approach to understanding sexual expression among long-term care residents*. (3548363). Iowa State University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1270799050?accountid=17215>
- Caceres, B. A. (2019). Care of LGBTQ older adults: What geriatric nurses must know. *Geriatric Nursing*, 40(3), 342-343. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.05.006
- Di Napoli, E. A., Breland, G. L., & Allen, R. S. (2013). Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1087-1105. doi: 10.1177/0898264313494802
- Donaldson, W. V. (2014). *Exploring staff clinical knowledge and practice with LGBT residents in long-term care: A grounded theory of cultural competency and training needs*. (3672015). Colorado State University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1651557461?accountid=17215>
- Elias, J., & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1668-1676. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x
- Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A., & Houlberg, M. (2014). Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 257-266. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12125>
- Hillman, J. (2017). Sexual consent capacity: Ethical issues and challenges in long-term care. *Clinical Gerontologist*, 40(1), 43-50. doi: 10.1080/07317115.2016.1185488

- Hinrichs, K. L., & Vacha-Haase, T. (2010). Staff perceptions of same-gender sexual contacts in long-term care facilities. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 776-789. doi: 10.1080/00918369.2010.485877
- Horowitz, A. C. R. N. J. D. (2015). Sexual intimacy and dementia: Long Term Management Care. *Long-Term Living*, 64(4), 10-11. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1704125829?accountid=17215>
- Lester, P. E., Kohen, I., Stefanacci, R. G., & Feuerman, M. (2016). Sex in nursing homes: A survey of nursing home policies governing resident sexual activity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(1), 71-74. doi: 10.1016/j.jamda.2015.08.013
- Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Acke, J., Vandermarliere, H., Van Elssen, K., Fieuws, S., & Gastmans, C. (2016). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(6), 605-623. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733015580813>
- Mahieu, L. M. A., de Casterlé, B. D. P. R. N., Van Elssen, K. R. N. M. S. N., & Gastmans, C. P. (2013). Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: Validity and internal consistency of the Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2584. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12113>
- McAuliffe, L., & Fetherstonhaugh, D. (2020). The complexities of sexual behavior in residential aged care. *International Psychogeriatrics*, 32(3), 295-297. doi: 10.1017/S1041610219001960
- Naar, J. J., Weaver, R. H., Sonnier-Netto, L., & Few-Demo, A. (2019). Experiential education through project-based learning: Sex and aging. *Gerontology & Geriatrics Education*. doi: 10.1080/02701960.2019.1708349
- Smith, D. B. A., Bugeja, L. B. A. P., Cunningham, N. B. M. F. F., & Ibrahim, J. E. M. G. P. F. F. (2018). A systematic review of sexual assaults in nursing homes. *The Gerontologist*, 58(6), e369-e383. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2135089243?accountid=17215>
- Spatenkova, N., & Olecka, I. (2016). The experience of providers of care for the elderly with lgbt plus clients. In *Starnuti 2016* (pp. 161-167).
- Syme, M. (2017). Supporting safe sexual and intimate expression among older people in care homes. *Nursing Standard (2014+)*, 31(52), 52. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2017.e10906>
- Uwagbai, O., Tyrrell, C., & Falzgraf, S. (2018). Quality improvement - Knowledge and attitudes of nursing staff towards sexuality of elderly long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66, S46-S47.
- Willis, P., Raithby, M., Maegusuku-Hewett, T., & Miles, P. (2017). 'Everyday Advocates' for inclusive care? Perspectives on enhancing the provision of long-term care services for older lesbian, gay and bisexual adults in Wales. *British Journal of Social Work*, 47(2), 409-426. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcv143>

Slaap

- Brown, C. A., Wielandt, P., Wilson, D., Jones, A., & Crick, K. (2014). Healthcare providers' knowledge of disordered sleep, sleep assessment tools, and nonpharmacological sleep interventions for persons living with dementia: A national survey. *Sleep Disorders, 2014*. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/286274>

Flick, U., Garms-Homolova, V., & Roehnsch, G. (2010). 'When they sleep, they sleep' daytime activities and sleep disorders in nursing homes. *Journal of Health Psychology, 15*(5), 755-764. doi:10.1177/1359105310368182

Spiritualiteit

Bandini, J. I., Thiel, M. M., Meyer, E. C., Paasche-Orlow, S., Zhang, Q., & Cadge, W. (2019). Interprofessional spiritual care training for geriatric care providers. *Journal of Palliative Medicine, 22*(10), 1236-1242. doi: 10.1089/jpm.2018.0616

Suh-Ing, H., Li-Ling, H., Chen-Yi, K., Sara, B. S., Hui-Ling, L., Hsiu-Chen, T., . . . Tsung-Lan, C. (2020). Factors associated with spiritual care competencies in Taiwan's clinical nurses: A descriptive correlational study. *Journal of Clinical Nursing, 29*(9-10), 1599-1613. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15141>

Technologie

Adebayo, B., Durey, A., & Slack-Smith, L. M. (2017). Role of information and communication technology in promoting oral health at residential aged care facilities. *Australian Journal of Primary Health, 23*(3), 216-222. doi: 10.1071/PY15168

Aliakbari, F., Bahrami, M., Aein, F., & Khankeh, H. (2014). Iranian nurses' experience of essential technical competences in disaster response: A qualitative content analysis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 19*(6), 585-592.

Chang, Y.-P., Kuo, H.-T., & Li, I. C. (2016). The computer competency of nurses in long-term care facilities and related factors. *Hu Li Za Zhi, 63*(6), 61-68. doi: <http://dx.doi.org/10.6224/JN.63.6.61>

Day, G. (2015). Is our health workforce prepared for future health megatrends? *Australian Health Review, 39*(5), 487-488. doi: http://dx.doi.org/10.1071/AHv39n5_ED

Delmastro, F., Dolciotti, C., Palumbo, F., Magrini, M., Di Martino, F., La Rosa, D., & Barcaro, U. (2018). Long-term care: How to improve the quality of life with mobile and e-health services. In *2018 14th International Conference on Wireless and Mobile Computing, Networking and Communications* (pp. 12-19).

Ehlman, K., Green, J., Wilson, G. M., & McCullough, J. (2017). Click and care: Academic integration of a nursing home electronic health records system. *The Journal of Health Administration Education, 34*(4), 601-609. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/2097623441?accountid=17215>

Keenan, J., Poland, F., Manthorpe, J., Hart, C., & Moniz-Cook, E. (2020). Implementing e-learning and e-tools for care home staff supporting residents with dementia and challenging behaviour: A process evaluation of the ResCare study using normalisation process theory. *Dementia, 19*(5), 1604-1620. doi: 10.1177/1471301218803195

Naustdal, A.-G., & Netteland, G. (2012). Documentation of health care from an electronic coordination perspective. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning, 7*(3), 270-277. doi: 10.4220/sykepleinf.2012.0133

- Park-Lee, E., Rome, V., & Caffrey, C. (2015). Characteristics of residential care communities that use electronic health records. *The American Journal of Managed Care*, 21(12), e669-676.
- Schoville, R. R. (2017). Discovery of implementation factors that lead to technology adoption in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(10), 21-26. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20170914-06>
- Tabar, P. (2012). Take the trauma out of IT initiatives. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 61(10), 18-19.
- Tuinman, A., de Greef, M. H. G., Krijnen, W. P., Paans, W., & Roodbol, P. F. (2017). Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatric Nursing*, 38(6), 578-583. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.04.007
- Wild, D., & Kydd, A. (2016). Digital skills training in care homes: achievement. *Nursing older people*, 28(5). doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.28.5.31.s26>
- Wild, D., Kydd, A., & Szczepura, A. (2016). Implementing digital skills training in care homes: A literature review. *Nursing Older People*, 28(4), 26. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nop.28.4.26.s22>

Transitionele zorg

- Toles, M. P. (2011). *Transitional care in a nursing home*. (3453446). Duke University, Ann Arbor.

Doorligwonden

- Ousey, K., Kaye, V., McCormick, K., & Stephenson, J. (2016). Investigating staff knowledge of safeguarding and pressure ulcers in care homes. *Journal of wound care*, 25(1), 5-11.
- Kwong, E. W. Y., Lee, P. H., & Yeung, K. M. (2016). Study protocol of a cluster randomized controlled trial evaluating the efficacy of a comprehensive pressure ulcer prevention programme for private for-profit nursing homes. *BMC geriatrics*, 16(1), 1-7.
- Skin Diseases and Conditions - Pressure Ulcer; New Findings from C.L. Wogamon and Co-Researchers in the Area of Pressure Ulcer Described (Exploring the Effect of Educating Certified Nursing Assistants on Pressure Ulcer Knowledge and Incidence in a Nursing Home Setting). (2017). *Health & Medicine Week*, p. 821.
- Bredesen, I. M., Bjørro, K., Gunningberg, L., & Hofoss, D. (2016). Effect of e-learning program on risk assessment and pressure ulcer classification — A randomized study. *Nurse Education Today*, 40, 191-197. doi: 10.1016/j.nedt.2016.03.008
- Dellefield, M. E., & Magnabosco, J. L. (2014). Pressure ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organization level factors. *Geriatric Nursing*, 35(2), 97-104. doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.10.010
- Drange, B. B., Vae, K. J., & Holm, A. L. (2015). Nursing documentation - challenges related to prevent pressure ulcer. *Nordisk Sygeplejeforskning-Nordic Nursing Research*, 5(2), 208-217.

- Furukawa, C. (2018). Caregivers working in a nursing home facility utilizing a simulation program as an effective preventative measure for pressure ulcers. *Gan To Kagaku Ryoho*, 45(Suppl 1), 15-17.
- Hartmann, C. W., Solomon, J., Palmer, J. A., & Lukas, C. V. (2016). Contextual facilitators of and barriers to nursing home pressure ulcer prevention. *Advances in skin & wound care*, 29(5), 226. doi: 10.1097/01.ASW.0000482113.18800.1c
- Keen, D. C., & Gaudario, M. (2014). Implementing pressure ulcer prevention in a Welsh nursing home. *Journal of Community Nursing*, 28(4), 38-48.
- Kim, J. Y., & Lee, Y. J. (2019). A study on the nursing knowledge, attitude, and performance towards pressure ulcer prevention among nurses in Korea long-term care facilities. *International Wound Journal*, 16, 29-35. doi: 10.1111/iwj.13021
- Kwong, E. W. Y., Lau, A. T. Y., Lee, R. L. P., & Kwan, R. Y. C. (2011). A pressure ulcer prevention programme specially designed for nursing homes: Does it work? *Journal of Clinical Nursing*, 20(19-20), 2777-2786. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03827.x
- Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J., & Cullum, N. (2018). Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the Theoretical Domains Framework. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 79-89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.12.015
- Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2019). Preventing pressure injury in nursing homes: Developing a care bundle using the Behaviour Change Wheel. *BMJ Open*, 9(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026639>
- Masushi, K., Kameda, Y., & Morita, S. (2017). Knowledge and practice for pressure injury prevention among care managers in a home care setting: A cross-sectional study. *Chronic Wound Care Management and Research*, 4, 99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CWCMR.S140673>
- Meesterberends, E., Halfens, R. J. G., Lohrmann, C., Schols, J. M. G. A., & de Wit, R. (2011). Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcer guidelines in Dutch nursing homes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 705-712. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01487.x
- Niederhauser, A., Lukas, C. V., Parker, V., Ayello, E. A., Zulkowski, K., & Berlowitz, D. (2012). Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: A review of the literature. *Advances in Skin & Wound Care*, 25(4), 167-190. doi: 10.1097/01.ASW.0000413598.97566.d7
- Ousey, K. (2016). Investigating staff knowledge of safeguarding and pressure ulcers in care homes. *Journal of Wound Care*, 25(1), 5-11. doi: 10.12968/jowc.2016.25.1.5
- Rodriguez, E. P. (2014). *Curriculum development for nursing assistants: Pressure ulcer prevention module*. California State University, Long Beach.
- Seo, Y., & Roh, Y. S. (2020). Effects of pressure ulcer prevention training among nurses in long-term care hospitals. *Nurse Education Today*, 84, 1. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104225>
- Sharkey, S., Hudak, S., Horn, S. D., & Spector, W. (2011). Leveraging certified nursing assistant documentation and knowledge to improve clinical decision making: the on-time quality improvement program to prevent pressure ulcers. *Advances in skin & wound care*, 24(4), 182-188. doi: 10.1097/01.ASW.0000396244.65415.7f

Sprakes, K., & Tyrer, J. (2010). Improving wound and pressure area care in a nursing home. *Nursing standard, 25*(10), 43-50. doi:

Wogamon, C. L. (2016). Exploring the effect of educating certified nursing assistants on pressure ulcer knowledge and incidence in a nursing home setting. *Ostomy/wound management, 62*(9), 42-50.

Urologie

Urologic Diseases and Conditions - Urinary Incontinence; Researchers from Faculty of Health Sciences Describe Findings in Urinary Incontinence (Knowledge and Practice of Nursing Home Caregivers About Urinary Incontinence). (2019). *Aging & Elder Health Week*, p. 3500.

Ehlman, K., Wilson, A., Dugger, R., Eggleston, B., Coudret, N., & Mathis, S. (2012). Nursing home staff members' attitudes and knowledge about urinary incontinence: The impact of technology and training. *Urologic Nursing, 32*(4), 205-213.

Freeman-Jobson, J. H. (2016). Quality/performance improvement. Effect of an education presentation on the knowledge and awareness of urinary tract infection among non-licensed and licensed health care workers in long-term care facilities. *Urologic Nursing, 36*(2), 67-71. doi: 10.7257/1053-816X.2016.36.2.67

Freeman-Jobson, J. H., Rogers, J. L., & Ward-Smith, P. (2016). Effect of an education presentation on the knowledge and awareness of urinary tract infection among non- licensed and licensed health care workers in long-term care facilities. *Urologic Nursing, 36*(2), 67-71. doi: 10.7257/1053-816X.2016.36.2.67

Gogniat, V., Rae, A.-C., Seraphin, M.-A., De Rosso, A., & Herrmann, F. R. (2011). Urinary incontinence: knowledge, mental representations and nursing practice. A survey in Geneva's University Hospital. *Recherche En Soins Infirmiers, (107)*, 85-97. doi:10.3917/rsi.107.0085

Gucwa, A. L., Dolar, V., Ye, C., & Epstein, S. (2016). Correlations between quality ratings of skilled nursing facilities and multidrug-resistant urinary tract infections. *American Journal of Infection Control, 44*(11), 1256-1260. doi: 10.1016/j.ajic.2016.03.015

Jang, Y., Kwon, B. E., Kim, H. S., Lee, Y. J., Lee, S., Kim, S. J.,... & Kim, K. H. (2015). Knowledge and practice behaviors regarding urinary incontinence among korean healthcare providers in long-term care hospitals. *International Neurourology Journal, 19*(4), 259-264. doi: 10.5213/inj.2015.19.4.259

Krein, S. L., Harrod, M., Collier, S., Davis, K. K., Rolle, A. J., Fowler, K. E., & Mody, L. (2017). A national collaborative approach to reduce catheter-associated urinary tract infections in nursing homes: A qualitative assessment. *American journal of infection control, 45*(12), 1342-1348. doi: 10.1016/j.ajic.2017.07.006

Lin, S. Y., Wang, R. H., Lin, C. C., & Chiang, H. Y. (2012). Competence to provide urinary incontinence care in taiwan's nursing homes: Perceptions of nurses and nurse assistants. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 39*(2), 187-193. doi: 10.1097/won.0b013e3182435700

Lund, D. M. (2017). *Effect of continuing education on reduction of urinary tract infection* (Doctoral dissertation, The College of St. Scholastica).

- Mathis, S., Ehlman, K., Dugger, B. R., Harrawood, A., & Kraft, C. M. (2013). Bladder buzz: the effect of a 6-week evidence-based staff education program on knowledge and attitudes regarding urinary incontinence in a nursing home. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 44*(11), 498-506. doi: 10.3928/00220124-20130903-78
- Mody, L., Saint, S., Galecki, A., Chen, S., & Krein, S. L. (2010). Knowledge of evidence-based urinary catheter care practice recommendations among healthcare workers in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(8), 1532-1537. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02964.
- Sermeus W., Pirson M. Paquay L., Pacolet J., Falez F., Stordeur S. & Leys M. (2010). Financing of home nursing in Belgium. KCE report 122c.
- Sublett, C. M. (2016). Application to the evidence base: Effect of an education intervention on urinary tract infection knowledge. *Urologic nursing, 36*(2), 72-74. doi: 10.7257/1053-816X.2016.36.2.72
- Viner, S., & Gautam, R. (2020). Urinary tract infection knowledge of long-term care nursing staff: The effect of an educational intervention. *Urologic Nursing, 40*(1), 7-21.
- Yenisehir, S., Karakaya, I. C., & Karakaya, M. G. (2019). Knowledge and practice of nursing home caregivers about urinary incontinence. *European Geriatric Medicine, 10*(1), 99-105. doi: 10.1007/s41999-018-0129-0
- Yu, P., Traynor, V., & Hailey, D. (2014). Urinary continence care in Australian nursing homes. *Australian Journal of Advanced Nursing, 32*(2), 39-46.

Vaccinatie

- Beatty, K., Boland, M., O'Meara, M., Grace-Parker, J., & Devereux, M. (2017). Knowledge and attitudes of health care workers in one long term care facility for the elderly - The challenge of improving influenza vaccine uptake. *Irish Journal of Medical Science, 186*, S408-S408.
- Chan, T. C., Hung, I. F. N., Cheng, V. C. C., Luk, J. K. H., Chu, L.-W., & Chan, F. H. W. (2013). Inadequate knowledge of pneumococcal vaccine of nursing home healthcare workers affects the pneumococcal vaccination uptake of older adults in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(8), 1429-1430. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12384>
- O'Neil, C. A., Kim, L., Prill, M. M., Stone, N. D., Garg, S., Talbot, H. K., & Babcock, H. M. (2017). Preventing respiratory viral transmission in long-term care: Knowledge, attitudes, and practices of healthcare personnel. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 38*(12), 1449-1456. doi: 10.1017/ice.2017.232
- Smith, S., Sim, J., & Halcomb, E. (2016). Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding influenza vaccination: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 25*(19-20), 2730-2744. doi: 10.1111/jocn.13243
- Zhang, J., While, A. E., & Norman, I. J. (2010). Knowledge and attitudes regarding influenza vaccination among nurses: A research review. *Vaccine, 28*(44), 7207-7214. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.08.065

Wonden

Hampel-Kalthoff, C. (2017). Care of people with chronic wounds in the nursing home - A still untapped potential. *Phlebologie*, 46(4), 209-213.

Krasner, D. L. P. R. N. C. C. W. S. M. F. A. (2013). Skin and wound care programs: Long Term Management Care. *Long-Term Living*, 62(5), 10-10,12.

Rando, T., Kang, A. C., Guerin, M., Boylan, J., & Dyer, A. (2019). Simplifying wound dressing selection for residential care. *Nursing And Residential Care*, 21(1), 9-14. doi: 10.12968/nrec.2019.21.1.9

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst interviews bewoners

Openingsvraag: U woont in een woonzorgcentrum. Kunt u iets vertellen over hoe dat voor u is? Wat zijn uw ervaringen?

1. Verwachtingen
 - a. Wat waren uw verwachtingen toen u naar een woonzorgcentrum verhuisde?
 - i. Hoe dacht je dat de dagen er uit zouden zien?
 - b. Zijn uw verwachtingen ingelost? Waarom wel? Waarom niet?
 - c. Zijn sommige verwachtingen niet ingelost? Op welke manier?
2. Verhuis
 - a. Waarom bent u verhuisd naar een woonzorgcentrum?
 - b. Hoe verliep de verhuis naar het woonzorgcentrum?
 - i. Waren er moeilijkheden?
 - ii. Wat waren de zaken waaraan het het moeilijkst was om u aan te passen?
3. Een dag in het woonzorgcentrum
 - a. Beschrijf een goede dag (in het woonzorgcentrum)
 - i. Welke activiteiten gebeuren er op een goede dag?
 - b. Beschrijf een slechte dag (in het woonzorgcentrum)
 - i. Wat zorgt ervoor dat u een dag als slecht ervaart? Dat u 's avonds gaat slapen en dacht: "dit was geen goede/een minder goede dag"?
 - ii. Zijn er activiteiten die u niet leuk vindt?
4. Personeel
 - a. Hoe is uw relatie met het personeel?
 - b. Heeft het personeel tijd voor een praatje?
 - i. Wanneer heeft het personeel de minste tijd voor een praatje?
 - c. Zijn er situaties waarin u het personeel niet durft aan te spreken?
 - i. Wanneer zijn de verzorgers moeilijk aan te spreken?
 - d. Zijn er momenten waarop u moet wachten op zorg? Zo ja, kunt u een voorbeeld geven van zo'n moment?
 - e. Op welke moment van de dag zou u graag wat meer hulp hebben?
 - f. Zijn er zaken in het woonzorgcentrum die u graag zou doen maar momenteel niet mogelijk zijn?

Afsluitingsvraag: Hoe zou een ideaal woonzorgcentrum er voor u uitzien?

Bijlage 2: Vragenlijst interviews familieleden

Openingsvraag: u hebt een familielid in het woonzorgcentrum, kunt u ons vertellen hoe u dat ervaart?

1. Verwachtingen
 - a. Wat waren uw verwachtingen toen uw familielid naar een woonzorgcentrum verhuisde?
 - b. Zijn uw verwachtingen ingelost? Waarom wel? Waarom niet?
 - c. Zijn sommige verwachtingen niet ingelost? Op welke manier?
2. Verhuis
 - a. Waarom is uw familielid verhuisd naar een woonzorgcentrum?
 - b. Hoe verliep de verhuis naar het woonzorgcentrum?
3. Een dag in het woonzorgcentrum
 - a. Beschrijf een goede dag in het woonzorgcentrum voor uw familielid.
 - b. Beschrijf een slechte dag in het woonzorgcentrum voor uw familielid.
4. Personeel
 - a. Hoe is uw relatie met het personeel?
 - b. Hoe is de relatie van uw familielid met het personeel?
 - c. Heeft het personeel tijd voor een praatje met u?
 - d. Zijn er situaties waarin u het personeel niet durft aan te spreken?
 - e. Wat denkt u over de personeelsbezetting in het woonzorgcentrum?
 - i. Waarom meer van *die specifieke personeelsgroep*? Welke taken zouden zij moeten opnemen?
 - f. Zijn er momenten waarop uw familielid moet wachten op zorg? Zo ja, kunt u een voorbeeld geven van zo'n moment?
 - g. Vindt u de (basis)zorg goed?
 - h. Kiné/ergo/psycholoog?

Afsluitingsvraag: Hoe zou een ideaal woonzorgcentrum er voor u uitzien?

