

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Covid-19 en innovatief organiseren in woonzorgcentra:
Kan de arbeidsorganisatie verschillen in besmettingen, hospitalisaties
en sterfgevallen van Covid-19 verklaren?**

Dr. Eveline Teppers
Dr. Lander Vermeerbergen
Prof. dr. Geert Van Hootegem



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>



Publicatie nr. 2022/10
 SWVG-Rapport 78
 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Covid-19 en innovatief organiseren in woonzorgcentra: kan de arbeidsorganisatie verschillen in besmettingen, hospitalisaties en sterfgevallen van Covid-19 verklaren?

Promotor: Prof. dr. Geert Van Hootegem¹
 Copromotor: Dr. Lander Vermeerbergen^{2,1}
 Onderzoekers: Dr. Eveline Teppers¹

¹ HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

² Faculteit der Managementwetenschappen – Radboud Universiteit

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. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 78

Mei 2022

Covid-19 en innovatief organiseren in woonzorgcentra: kan de arbeidsorganisatie verschillen in besmettingen, hospitalisaties en sterfgevallen van Covid-19 verklaren?

Onderzoeker: Dr. Eveline Teppers¹
Promotor: Prof. dr. Geert Van Hootegeem¹
Copromotor: Dr. Lander Vermeerbergen^{2,1}

¹ HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

² Faculteit der Managementwetenschappen – Radboud Universiteit

Deze studie had tot doel om zicht te krijgen op a) de arbeidsorganisatie in Vlaamse woonzorgcentra, b) de mogelijke impact van arbeidsorganisatorische en andere kenmerken van het woonzorgcentrum (o.a. regio en statuut) op het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden bij bewoners en besmettingen bij medewerkers in het jaar (maart-december) 2020, c) welke wijzingen woonzorgcentra in hun arbeidsorganisatie hebben doorgevoerd en hoe huiselijk de zorg was tijdens het eerste jaar van de Covid-19 pandemie en d) welke veranderingen in de arbeidsorganisatie mogelijk zorgen voor betere Covid-19 cijfers. Deze studie is uitgevoerd in het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Samen met vertegenwoordigers van werkgeverskoepels, vakbonden, middenveldorganisaties uit de zorg en directeurs van woonzorgcentra werd er een bevraging opgesteld die polste naar de arbeidsorganisatie en de dienst- en zorgverlening voor en tijdens de Covid-19 crisis. In totaal hebben 318 WZC deze bevraging online (websurvey) ingevuld (waarvan 72% volledig), wat overeenkomt met een responsgraad van 39%. Deze datafile werd gekoppeld aan twee administratieve datafiles, meer specifiek de Covid-19 gegevens van Zorg en Gezondheid (data uit e-loket) en de administratieve gegevens m.b.t. Vlaamse woonzorgcentra van de Vlaamse Sociale Bescherming. Belangrijk is dat er wordt gekeken naar bevestigde Covid-19 gevallen, waarbij een positief resultaat is verkregen na een Covid-19 test. Hierdoor is er mogelijke onderschatting van het aantal gevallen vanwege een tekort aan testcapaciteit in het begin van de pandemie. Om de kwantitatieve bevindingen op basis van de datafiles te kunnen kaderen zijn er twee parallelle focusgroepen georganiseerd, waaraan 10 directeurs van WZC hebben deelgenomen.

De resultaten van deze studie tonen aan dat de arbeidsorganisatie van WZC een cruciale component is in het verklaren van Covid-19 cijfers. Zo hebben woonzorgcentra minder besmettingen onder de bewoners en het personeel alsook minder doden onder de bewoners wanneer volgende kenmerken aanwezig zijn: (a) kleine vestiging (geen samenhang met besmettingen onder personeel), (b) kleine leefgroepen, waarbij het gaat om groepen van maximaal 16 bewoners, (c) vaste multidisciplinaire teams

per leefgroep (d.i. slechts één multidisciplinair team voor één leefgroep) met eventuele centrale ondersteuning (geen samenhang met Covid-19 sterftegevallen onder bewoners) en (d) zorgjobs met geïntegreerde en brede takenpakketten. Deze verschillende kenmerken sluiten aan bij innovatieve arbeidsorganisatievormen in de sector.

Naast de arbeidsorganisatie van WZC, zijn er nog andere factoren van belang. Zo hebben woonzorgcentra minder besmettingen en doden onder de bewoners wanneer bijvoorbeeld volgende kenmerken aanwezig zijn: a) het woonzorgcentrum gelegen is in Limburg (of Vlaams-Brabant) (wat ook samenhangt met minder besmettingen onder het personeel), b) er sprake is van een laag aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (d.i. afhankelijkheidscategorieën C, Cd en D) en c) de opvolging van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen door het personeel, de bewoners en familie en de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor het personeel goed wordt beoordeeld. Er lijken dus veel verschillende factoren een rol te spelen naast de arbeidsorganisatie. Uit bijkomende multivariate regressieanalyses blijkt dat arbeidsorganisatorische kenmerken, meer specifiek de teamtypes en de grootte van de leefgroepen, en de provincie van het woonzorgcentrum de belangrijkste kenmerken zijn in het verklaren van verschillen in Covid-19 cijfers. Verdere analyses die gebruik maken van QCA (*Qualitative Comparative Analysis*) tonen daarenboven aan dat vooral de combinatie van meerdere factoren van belang is.

Daarnaast vindt deze studie dat de arbeidsorganisatie niet enkel van belang is voor de Covid-19 cijfers, maar ook voor de huiselijkheid van de zorg tijdens de Covid-19 pandemie. Zo hangt het leven in kleinere leefgroepen en het werken in vaste multidisciplinaire teams per leefgroep samen met meer huiselijkheid in tijden van de Covid-19 pandemie.

Overvallen door de pandemie hebben vele woonzorgcentra op korte tijd indrukwekkende organisatorische veranderingen doorgevoerd. Deze studie toont dat heel wat woonzorgcentra veranderingen doorvoerden die in lijn liggen met bovenstaande *best practices* (kleine leefgroepen, vaste multidisciplinaire teams per leefgroep en brede takenpakketten). Niettegenstaande heeft een kleine groep van WZC een beweging gemaakt naar grotere leefgroepen, meerdere teams verbonden aan één leefgroep en ten slotte enge takenpakketten. Daarnaast vinden we ook dat er nog heel wat verbetermogelijkheden liggen in de sector, waarbij ongeveer 20% van de WZC enkel kleine leefgroepen heeft (d.i. maximaal 16 bewoners; slechts 3% heeft enkel kleinschalige leefgroepen van maximaal 12 bewoners) en ongeveer 40% van de WZC heeft vaste multidisciplinaire teams per leefgroep (al dan niet gecombineerd met mono- of multidisciplinaire teams die aan meerdere leefgroepen zorg verlenen ofwel overkoepelend). Niettegenstaande dient men niet uit het oog te verliezen dat het overgaan naar een innovatieve arbeidsorganisatie een ingrijpend veranderingsproces is, een werk van lange adem, dat een invloed heeft en samenhangt met verschillende andere aspecten van de organisatie zoals de strategie en zorgvisie van de organisatie, architectuur, de competenties van het personeel, de interne arbeidsverhoudingen en de bedrijfscultuur. Naast de wil en motivatie om het anders te doen, is voldoende omkadering, middelen, ruimte en tijd ook nodig om veranderingen in de arbeidsorganisatie (permanent) mogelijk te maken.

Inhoud

Lijst Tabellen	7
Lijst Figuren	10
Inleiding	11
Hoofdstuk 1 Methode en respons	13
1 Verloop van de studie	13
2 Deelnemers aan de studie	14
3 Beschrijving van de bevraging	15
4 Databestanden	16
4.1 Drie verschillende databestanden	16
4.2 Finale datafile	16
5 Data-analyses	17
6 Vergelijking van de respons met de populatie	18
Hoofdstuk 2 Verschillende arbeidsorganisatiekenmerken van woonzorgcentra	21
1 Grootte van de vestiging	21
2 Organisatie van leefgroepen voor maart 2020	21
3 Organisatie van de teams voor maart 2020	27
3.1 Teamtypes	27
3.2 Beroepsgroepen op team-, afdelings- en overkoepelend niveau	31
3.3 Zelfsturende teams	34
Hoofdstuk 3 Arbeidsorganisatiekenmerken voor maart 2020 en Covid-19 cijfers	43
1 Algemene Covid-19 cijfers	43
2 Grootte van het woonzorgcentrum en Covid-19 cijfers	44
3 Organisatie van de leefgroepen en Covid-19 cijfers	46
4 Organisatie van de teams en Covid-19 cijfers	48
4.1 Teamtypes	48
4.2 Zelfsturende teams	50
5 Korte samenvatting	53
Hoofdstuk 4 Andere kenmerken van woonzorgcentra en Covid-19 cijfers	55
1 Kenmerken van de bewoners	55
1.1 Leeftijd van de bewoners	55
1.2 Zorgzwaarte van de bewoners	56

2	Beoordeling van het volgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen voor het personeel	57
3	Statuut van het WZC	59
4	Regio (provincie van de vestiging) van het WZC	61
5	Korte samenvatting	64
Hoofdstuk 5 De configuratie van kenmerken van woonzorgcentra die samenhangen met betere Covid-19 cijfers		65
1	Multivariate regressieanalyses	65
1.1	Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder personeel	66
1.2	Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder bewoners	67
1.3	Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 hospitalisaties onder bewoners	68
1.4	Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 doden onder bewoners	69
2	Qualitative Comparative Analysis (QCA)	70
2.2	Uitkomst in QCA: afwezigheid van besmettingen	74
2.3	Uitkomst in QCA: aanwezigheid van besmettingen	74
3	Korte samenvatting	75
Hoofdstuk 6 De zorgverlening in tijden van Covid-19		77
1	Veranderingen in de arbeidsorganisatie in tijden van de Covid-19 crisis	77
2	Veranderingen in de arbeidsorganisatie en Covid-19 cijfers	79
3	Huiselijkheid van zorg na maart 2020	80
4	Arbeidsorganisatie en huiselijkheid van zorg na maart 2020	82
5	Tijdens een nieuwe Covid-19 opstoot: wat op een 'andere' of 'eenzelfde' manier aanpakken?	83
6	Tijdens een nieuwe Covid-19 opstoot: hoe de arbeidsorganisatie aanpakken	87
7	Korte samenvatting	88
Hoofdstuk 7 Algemeen besluit		89
Referenties		95
Bijlagen		97
Bijlage 1: Verschillen volgens het statuut van WZC		97
Bijlage 2: Organisaties vertegenwoordigd in de stuurgroep		102
Bijlage 3: Focusgroepen		103
Bijlage 4: De bevraging		106

Lijst Tabellen

Tabel 1	Verloop bevraging en aantal deelnames na elke fase (kolom %)	13
Tabel 2	Beschrijving grootte respons en responsgraad (rij %)	14
Tabel 3	Functie van respondent (kolom %)	15
Tabel 4	Vergelijking kenmerken populatie en steekproef volgens statuut en provincie van de WZC (kolom %)	18
Tabel 5	Vergelijking kenmerken tussen populatie en respons volgens grootte van WZC (vestiging) gebaseerd op het aantal bewoners (kolom %, gegevens maart 2020)	18
Tabel 6	Vergelijking kenmerken populatie en steekproef volgens verdeling leeftijd, zorgzwaarte en geslacht van de bewoners in WZC (kolom %, gegevens maart 2020)	19
Tabel 7	Grootte van de leefgroepen per woonzorgcentrum (vestiging) voor maart 2020 (kolom %)	22
Tabel 8	Aantal leefgroepen per woonzorgcentrum (vestiging) voor maart 2020 (kolom %)	23
Tabel 9	Grootte van de leefgroepen volgens grootte van WZC (vestiging) (kolom %)	24
Tabel 10	Manieren om de samenstelling van leefgroepen vorm te geven voor maart 2020 in WZC (kolom %) ¹	25
Tabel 11	Ruimtelijke ordening leefgroepen voor maart 2020 in WZC (kolom %) ¹	25
Tabel 12	Niveau van de aanwezigheid van infrastructuur voor maart 2020 in WZC (rij %) ¹	26
Tabel 13	Aanwezigheid infrastructuur op het niveau van de leefgroep per grootte van de leefgroepen voor maart 2020 in WZC (kolom %) ¹	27
Tabel 14	Teamtypes in woonzorgcentra (kolom %)	29
Tabel 15	Verschillende teamtypes volgens grootte van de leefgroepen in WZC (kolom %)	30
Tabel 16	Verschillende teamtypes volgens grootte van WZC (vestiging) (kolom %)	31
Tabel 17	De beroepsgroepen die op teamniveau werken in WZC (rij %) ¹	32
Tabel 18	De beroepsgroepen die werken op afdelingsniveau (d.i. niet overkoepelend en niet binnen teams) in WZC (rij %) ¹	33
Tabel 19	De beroepsgroepen die overkoepelend werken (d.i. niet overkoepelend en niet binnen teams) in WZC (rij %) ¹	34
Tabel 20	Aanwezigheid bevoegdheid van verschillende taken per beroepsgroep in WZC (rij %) ¹	35
Tabel 21	Aanwezigheid bevoegdheid van 'uitvoerende' taken per beroepsgroep in WZC (rij %)	36

Tabel 22	Bevoegdheid voor minstens één van de 12 vermelde taken (zie tabellen 20 en 21) per beroepsgroep in WZC (rij %) ¹	37
Tabel 23	Gemiddelde totaalscore autonome medewerkers ¹ volgens teamtypes in WZC (hoe hoger de score, hoe autonomer de medewerkers)	38
Tabel 24	Woonzorgcentra met hoge, middelhoge of lage totaalscore autonome medewerkers ¹ volgens combinaties teamtypes (kruistabel)	39
Tabel 25	Takenbreedte in WZC, taken geordend van eng naar breed (rij %)	40
Tabel 26	Gemiddelde totaalscore takenbreedte van de teams volgens teamtypes in WZC (hoe lager de score, hoe breder het takenpakket)	41
Tabel 27	Woonzorgcentra met breed, gemiddeld of eng takenpakket volgens combinaties teamtypes (kruistabel)	41
Tabel 28	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) in WZC, gegevens populatie en respons	44
Tabel 29	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens grootte van het woonzorgcentrum (vestiging), gegevens populatie en respons	45
Tabel 30	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens aantal en grootte van de leefgroepen in WZC	46
Tabel 31	Gemiddeld aandeel bevestigde hospitalisaties en doden door Covid-19 onder de bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens aantal en grootte van de leefgroepen in WZC	47
Tabel 32	Per grootte van de leefgroepen het aandeel leefgroepen met een bepaald aantal besmettingen bij de bewoners in WZC ¹ , gerapporteerd door de respondenten (rij %)	48
Tabel 33	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens teamtypes voor maart 2020 in WZC	49
Tabel 34	Gemiddeld aandeel bevestigde hospitalisaties en doden door Covid-19 onder de bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens teamtypes voor maart 2020 in WZC	50
Tabel 35	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens totaalscore autonome medewerkers in WZC	51
Tabel 36	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het	

	jaar 2020 (maart – december) volgens totaalscore takenpakket binnen de teams in WZC	52
Tabel 37	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens aandeel bewoners ouder dan 89 jaar in WZC, gegevens populatie en respons	56
Tabel 38	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (C, Cd en D) in WZC, gegevens populatie en respons	57
Tabel 39	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens beoordeling van het volgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen in WZC	58
Tabel 40	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens beoordeling van toegang tot PBM voor het personeel in WZC	59
Tabel 41	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden bij bewoners en besmettingen bij personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens statuut WZC, gegevens populatie en respons	60
Tabel 42	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens provincie van de vestiging, gegevens populatie en respons	62
Tabel 43	Verschillen tussen de provincies volgens aandeel bewoners met hoge zorgzwaarte (C, Cd en D), grootte en statuut van WZC, gegevens populatie en respons	63
Tabel 44	Multivariatie regressieanalyse op aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder personeel in 2020 in WZC, gegevens respons (N= 217)	67
Tabel 45	Multivariatie regressieanalyse op aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder bewoners in 2020 in WZC, gegevens respons (N= 216)	68
Tabel 46	Multivariatie regressieanalyse op aandeel bevestigde Covid-19 doden onder bewoners in 2020 in WZC, gegevens respons (N= 217)	69
Tabel 47	Fuzzy-set scores voor de condities teamtypes, grootte leefgroepen en provincie voor de QCA	71
Tabel 48	QCA: analyse van de voldoende voorwaarden ¹	73
Tabel 49	Veranderingen in de arbeidsorganisatie na maart 2020 (rij %)	78
Tabel 50	Combinaties veranderingen in de arbeidsorganisatie ¹ na maart 2020 (kolom %)	78

Tabel 51	Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder bewoners en personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens combinatie van veranderingen in arbeidsorganisatie na maart 2020	79
Tabel 52	Gemiddeld aandeel bevestigde hospitalisaties en doden door Covid-19 onder de bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens combinatie van veranderingen in arbeidsorganisatie na maart 2020	80
Tabel 53	Huiselijk zorgaanbod na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties (rij %)	81
Tabel 54	Gemiddelde score huiselijk zorgaanbod volgens arbeidsorganisatie van WZC (d.i. teamtypes en grootte van de leefgroepen)	82
Tabel 55	Gemiddelde score huiselijk zorgaanbod in WZC met verschillende combinaties teamtypes en grootte van de leefgroepen	83
Tabel 56	De thema's die de respondenten vermelden op de open vraag 'kan u een voorbeeld geven van iets wat u anders zou organiseren in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19?' (kolom %)	85
Tabel 57	De thema's die de respondenten vermelden op de open vraag 'kan u een voorbeeld geven van iets wat u op eenzelfde wijze zou organiseren in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19?' (kolom %)	87
Tabel 58	Grootte van WZC (vestiging) en leefgroepen voor maart 2020 volgens statuut van WZC (kolom %)	97
Tabel 59	Ruimtelijke ordening leefgroepen voor maart 2020 volgens statuut van WZC (kolom %) ¹	98
Tabel 60	Teamtypes voor maart 2020 volgens statuut van WZC (kolom %)	99
Tabel 61	Teamtypes voor maart 2020 volgens de vier verschillende statuutcategorieën van WZC (kolom %)	100
Tabel 62	Het gebruik van preventieve kamerquarantaine, de toegang tot PBM en het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte volgens statuut van WZC (kolom %)	101
Tabel 63	Kenmerken WZC van de deelnemers aan de focusgroepen (kolom %)	103

Lijst Figuren

Figuur 1	Verschillende teamtypes in woonzorgcentra	28
----------	---	----

Inleiding

Residentiële (zorg)instellingen worden meer dan andere organisaties geconfronteerd met de gevolgen van de Covid-19 pandemie (Adalja et al., 2020; Barnett & Grabowski, 2020). Ze werken dikwijls met en voor de meest kwetsbare mensen in deze pandemie. Specifiek in de ouderenzorg kenden vele woonzorgcentra uitbraken van Covid-19 besmettingen en ondernamen allerhande maatregelen om de veiligheid van bewoners en personeel te waarborgen. Een voorbeeld is het invoeren van een beperkte bewegingsruimte voor bewoners via bijvoorbeeld kamerisolatie of het sluiten van gemeenschappelijke ruimtes (D'Espallier, 2020) of het werken met kleinere leefgroepen. In dit onderzoek kijken we naar arbeidsorganisatorische verklaringen voor het aantal Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden bij bewoners en Covid-19 besmettingen bij personeel in woonzorgcentra.

Met de arbeidsorganisatie bedoelen we de wijze waarop bewoners worden onderverdeeld in leefgroepen evenals de wijze waarop taken en jobs zijn verdeeld in en tussen teams en departementen (Vermeerbergen et al., 2021). Heel concreet gaat het dan onder meer over de grootte en de samenstelling van de leefgroepen en teams, de wijze waarop teams aan leefgroepen zijn gekoppeld evenals de breedte van de takenpakketten van medewerkers (Vermeerbergen, 2018). Wetenschappelijke studies (e.g. Anderson et al., 2020; Barnett & Grabowki, 2020; Brown, 2021) verwijzen naar de cruciale rol van de arbeidsorganisatie in het bepalen van het aantal besmettingen: 'caregivers [often] move from room to room assisting residents, thus providing a further challenge in limiting the spread of infections.' (Barnett & Grabowki, 2020, p. 2). Empirisch onderzoek dat expliciet een verband legt tussen de arbeidsorganisatie en het aantal besmettingen bij personeel en bewoners werd tot nog toe nog niet geleverd, noch in Vlaanderen noch wereldwijd.

Inzichten uit organisatiewetenschappen (De Sitter, 1998; Vriens & Achterbergh, 2019) onderbouwen alvast de hypothese dat de arbeidsorganisatie van tel is voor het voorkomen van Covid-19 besmettingen. Bijkomend is veelvuldig aangetoond dat de wijze van organiseren belangrijk is voor de snelheid en de flexibiliteit waarmee organisaties kunnen reageren op onverwachte omstandigheden (Moorkamp, 2019). Ervaringen uit het werkveld tonen aan dat over de grenzen van de disciplines heen samenwerken en van elkaars expertise leren belangrijk is gebleken om het aantal Covid-19 besmettingen in te dijken. Dit bleek ook uit verschillende scenario's voor cohortegroepen die werkgeverskoepels in de zorg hebben uitgewerkt. Organisaties die weggaan van grote en monodisciplinaire teams en afdelingen lenen zich beter om flexibel en sneller te reageren dan andere. Daarnaast bepaalt de arbeidsorganisatie het aantal interacties tussen medewerkers (De Sitter, 1998; Kuipers et al., 2010) en hierdoor mogelijk ook de overdracht van Covid-19 tussen bewoners en medewerkers.

Om tegemoet te komen aan het ontbreken van empirisch onderzoek dat de arbeidsorganisatie verbindt met het aantal besmettingen (en hospitalisaties en doden) van Covid-19 in Vlaamse woonzorgcentra werd deze studie uitgevoerd. Binnen dit onderzoek werden verschillende doelstellingen vooropgesteld:

- Zicht krijgen op de verschillende typologieën van arbeidsorganisaties die gebruikt worden in Vlaamse woonzorgcentra (zie hoofdstuk 2);
- Zicht krijgen op de mogelijke impact van de organisatie van arbeid en andere kenmerken van het woonzorgcentrum (o.a. regio en statuut) op het aantal Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden bij bewoners en Covid-19 besmettingen bij medewerkers (zie hoofdstuk 3, 4 en 5);

- In kaart brengen welke wijzigingen woonzorgcentra in hun arbeidsorganisatie hebben doorgevoerd en hoe huiselijk de zorg – gepercipieerd door de directeurs - gebeurt tijdens de Covid-19 pandemie (zie hoofdstuk 6);
- Te weten komen welke wijzigingen in arbeidsorganisatie mogelijk hebben geleid tot een daling van het aantal Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden bij bewoners en Covid-19 besmettingen bij medewerkers (zie hoofdstuk 6).

Hoofdstuk 1

Methode en respons

1 Verloop van de studie

Databestanden met de Covid-19 cijfers per woonzorgcentrum werden opgevraagd bij het Agentschap Zorg en Gezondheid in februari 2021. Daarnaast verzamelden we alle contactgegevens van woonzorgcentra in Vlaanderen en actualiseerde daarvoor de informatie op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid¹. De informatie werd aangevuld met de naam van de directeur en het LinkedIn profiel van de directie indien deze informatie kon worden teruggevonden op het internet. Deze contactgegevens waren nodig om een websurvey uit te sturen over de arbeidsorganisatie naar de directie van elk woonzorgcentrum.

De bevraging gericht aan de directie (websurvey) werd uitgestuurd op 11 juni 2021 en de eerste herinneringsmail met opnieuw de link naar de bevraging op 21 juni 2021. Om de respons te verhogen werden nog andere strategieën toegepast. Tabel 1 toont de totale respons evenals het aantal ingevulde vragenlijsten na elke strategie. Zo werden in augustus 228 directeurs aangesproken via LinkedIn om een deelname te overwegen en werden er 350 WZC opgebeld door een jobstudent. De laatste strategie was het versturen van een laatste en tweede herinneringsmail op 20 september, wat ongeveer een even groot effect had op verhoging van de respons als de contactname via LinkedIn en het opbellen. Eind september werd de bevraging afgesloten en werd de finale dataset bepaald.

Tabel 1 Verloop bevraging en aantal deelnames na elke fase (kolom %)

	Datum 2021	Voltooide deelnames		Onvoltooide deelnames ¹	
		N	%	N	%
Start bevraging	11 juni	68	30	15	17
1ste herinneringsmail	21 juni	81	35	18	20
Contact via LinkedIn (N= 228 WZC)	10 - 28 augustus	43	19	22	25
Opbellen van WZC (N= 350 WZC)	16 -27 augustus	38	17	33	38
2de herinneringsmail	20 september				
Totaal		230	100	88	100

¹ Onvoltooide deelnames waarbij minstens vraag 6 (vraag over de organisatie van de teams) werd ingevuld, zie verder)

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Later in het project is er beslist om nog bijkomstig twee parallelle focusgroepen te organiseren (eind december 2021) waaraan in totaal 10 directeurs/managers van WZC hebben deelgenomen die ook de bevraging hadden ingevuld (zie bijlage 3). De focusgroepen hadden als doelstelling om de bevindingen uit de data-analyse beter te kaderen, om nog beter in kaart te brengen hoe de werking en de arbeidsorganisatie binnen WZC worden beïnvloed door de Covid-19 pandemie en wat hun bekommernissen zijn. De zaken die werden aangehaald tijdens de focusgroepen zullen doorheen het

¹ <https://zorg-en-gezondheid.be/adressen-van-woonzorgcentra>

rapport worden gelinkt aan de bevindingen uit de data-analyse. Hierbij kunnen de aangehaalde punten uit de focusgroepen de bevindingen bevestigen, verklaren of weerleggen.

Het onderzoeksproject, de onderzoeksmethode en de manier van datakoppeling tussen de Covid-19 bestanden en de websurvey werden voorgelegd bij het Sociaal-Maatschappelijk Ethisch Comité van de KU Leuven. De goedkeuring werd verleend. De finale dataset en de data-analysefiles worden bewaard op de persoonlijke KU Leuven netwerkschijf van één van de onderzoekers (enkel te raadplegen met een paswoord). Bijkomend zijn de files afzonderlijk ook beveiligd met een paswoord.

2 Deelnemers aan de studie

De link naar de websurvey is verstuurd geweest naar 818 WZC in Vlaanderen, waarvan 410 WZC de link hebben geopend. We hebben 230 volledig ingevulde vragenlijsten (of voltooide deelnames) ontvangen en 180 onvolledige vragenlijsten (of onvoltooide deelnames d.i. de vragenlijst werd niet verstuurd en dus niet tot het einde ingevuld). Tijdens de fase van het opbellen van de WZC gaven 44 WZC (5%) aan niet te willen deelnemen aan deze studie met als belangrijkste reden tijdsnood.

Voor de studie hebben we alle gegevens opgenomen indien de respondent minstens vraag 6 had ingevuld, meer specifiek de vraag over de organisatie van de teams van medewerkers. Zo komen we tot een dataset van 318 WZC, waarvan 88 WZC de vragenlijst onvolledig hadden ingevuld. Voor de finale dataset van 318 WZC hebben we een responsgraad van 39% (zie tabel 2).

Tabel 2 Beschrijving grootte respons en responsgraad (rij %)

	Aantal WZC ¹	Responsgraad (%)
WZC die de link naar de bevraging hebben geopend	410	50,1
<ul style="list-style-type: none"> • Voltooide deelname (d.w.z. vragenlijst verstuurd – al dan niet alle vragen ingevuld) 	230	28,1
<ul style="list-style-type: none"> • Onvoltooide deelname 	180	22,0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Onvolledige vragenlijst maar minstens vraag 6 (vraag naar de organisatie van de teams) ingevuld 	88	10,8
<ul style="list-style-type: none"> ○ Onvolledige vragenlijst en niet tot aan vraag 6 geraakt 	92	11,2
Gegevens voor analyses (voltooid + onvoltooid met vraag 6)	318	38,9

¹ In totaal hebben er 818 WZC een uitnodiging tot deelname ontvangen.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

In de meeste gevallen (71%) heeft de directeur van het WZC de bevraging ingevuld en in ongeveer een kwart van de gevallen is het de zorgcoördinator, hoofd van bewonerszorg, manager of iemand anders van de directie die de vragenlijst heeft ingevuld (zie tabel 3).

Tabel 3 Functie van respondent (kolom %)

	N	%
Directeur	226	71,1
Zorgcoördinator, hoofd bewonerszorg, iemand van directie, manager of verantwoordelijke	83	26,1
Andere ¹	9	2,8
Totaal	318	100

¹ Voorbeelden van andere: stafmedewerker bewonerszorg, hoofdverpleegkundige / teamcoach, boekhouder, administratief medewerker, reactivatie, stafmedewerker OCMW.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

3 Beschrijving van de bevraging

Bij het construeren van de bevraging werd beroep gedaan op de expertise van mensen uit het werkveld. Tussentijdse versies van de vragenlijst werden namelijk inhoudelijk geëvalueerd, aangepast en verder uitgewerkt met een aantal directies van WZC en met de stuurgroep. De stuurgroep omvatte vertegenwoordigers uit de werkgeverskoepels evenals vakbonden, naast vertegenwoordigers uit verschillende middenveldorganisaties uit de zorg. Voor de specifieke samenstelling van de stuurgroep verwijzen we naar bijlage 2.

Voor de bevraging (een websurvey) verwijzen we naar bijlage 4. De bevraging bestaat uit drie verschillende onderdelen. Eerst komen de vragen over de wijze waarop bewoners voor maart 2020 werden gegroepeerd aan bod (d.i. de organisatie van de leefgroepen). Vervolgens de vragen over de wijze waarop de teams, groepen van medewerkers die nauw samenwerken in het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan één of meerdere leefgroepen, zijn samengesteld voor maart 2020². Tot slot werd bevestigd welke veranderingen ze hebben doorgevoerd in hun arbeidsorganisatie en in welke mate er huiselijke zorg werd toegepast ten tijde van Covid-19 (na maart 2020).

De meeste vragen zijn gesloten vragen met vooraf bepaalde antwoordcategorieën. Bij bepaalde vragen hadden de respondenten wel de optie om eigen antwoorden toe te voegen. Op het einde van de bevraging werden er open vragen gesteld, namelijk wat men anders en op eenzelfde wijze zou organiseren in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19. De respondenten konden ook algemene opmerkingen formuleren.

² Uit de algemene opmerkingen die werden vermeld door de respondenten konden we opmaken dat de vragen naar het niveau van de tewerkstelling van de verschillende beroepsgroepen (vragen 6 tot en met 10, zie bijlage 4) toch nog onduidelijk en complex waren geformuleerd.

4 Databestanden

4.1 Drie verschillende databestanden

Voor dit onderzoek werden drie databestanden gecombineerd en samengevoegd:

1. De websurvey over de arbeidsorganisatie van woonzorgcentra bij directies werd geprogrammeerd in Limesurvey. De finale dataset werd geëxporteerd naar Excel. Deze Excel-file werd vervolgens geïmporteerd naar het statistische programma SAS 9.4.
2. Vanaf 18 maart 2020 registreren de WZC consequent en conform de richtlijnen van Zorg en Gezondheid dagelijks via het e-loket, het elektronische loket van Zorg en Gezondheid, een aantal gegevens met betrekking tot Covid-19, zoals het aantal besmettingen³. WZC hebben hierin elk hun verantwoordelijkheid om de gegevens juist en tijdig door te sturen. Het is op basis van deze actuele cijfers dat uitbraken gericht in kaart gebracht worden, advies en ondersteuning op maat gegeven wordt, materiaal geleverd wordt en de maatregelen (regionaal, landelijk, ...) worden bijgestuurd. De dataset voor dit onderzoek bevat gegevens van 821 verschillende woonzorgcentra in Vlaanderen voor de periode van 18 maart 2020 tot 31 augustus 2021. Hoewel we dus ook gegevens hebben ontvangen voor het jaar 2021, hebben we ons enkel gefocust op de gegevens voor het jaar 2020, gaande vanaf 18 maart tot en met 31 december 2020. Hierbij hebben we gekeken naar zowel het aantal nieuwe bevestigde⁴ Covid-19 besmettingen onder de bewoners en het personeel van WZC, als naar het aantal nieuwe bevestigde Covid-19 gerelateerde doden en hospitalisaties onder de bewoners.
3. Gegevens komende van het agentschap Vlaamse Sociale Bescherming (VSB-gegevens) over bepaalde kenmerken van de Vlaamse woonzorgcentra en hun bewoners (N= 810): de leeftijd van de bewoners, het geslacht van de bewoners, de zorgzwaarte van de bewoners (de verschillende afhankelijkheidscategorieën gebaseerd op de Katzschaal), het statuut van het WZC (Openbaar, VZW en commercieel), grootte van het WZC (aantal bewoners in maart 2020) en ligging van het WZC (provincie). Op aanraden van de stuurgroep werd voor het statuut van WZC een andere opdeling toegevoegd. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen vier categorieën (VZW opgesplitst in VZW profit en VZW non-profit) in plaats van drie en dit op basis van data aangeleverd door Paul Derhaeg⁵.

4.2 Finale datafile

In een eerste stap, werden de Covid-19 gegevens gekoppeld met de VSB-gegevens op basis van de naam van het woonzorgcentrum, waarbij de Covid-19 datafile (N= 821) als basis diende. Deze gekoppelde dataset wordt ook wel de populatie genoemd. Per WZC werd het aandeel bevestigde besmettingen, hospitalisaties of doden berekend waarbij het aantal werd gedeeld door de gemiddelde grootte (voor gemiddeld aandeel onder de bewoners) of gemiddeld aantal personeelsleden (voor gemiddeld aandeel besmettingen onder het personeel) voor het jaar 2020 (vanaf maart (mei voor aantal personeelsleden) tot december). Indien er foutieve waarden waren, dan werden deze omgezet naar een ontbrekende

³ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/melding-covid-19-in-woonzorgcentra>

⁴ Een bevestigd geval heeft een Covid-test ondergaan en een positief resultaat verkregen.

⁵ Paul Derhaeg, Inventaris netwerken in de private-vzw en in de private-commerciële residentiële ouderenzorg, editie maart 2021.

waarde. Voor de populatie (N= 821) vonden we 2 foutieve waarden (d.i. percentages > 100%) voor het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners.

In een tweede stap, werden de drie verschillende datafiles (d.i. Covid-19 gegevens, de VSB-gegevens en de gegevens uit de websurvey) gekoppeld op basis van de naam van het woonzorgcentrum, waarbij de gegevens uit de websurvey als basis diende. Deze gekoppelde dataset wordt ook wel de respons genoemd. Vervolgens werd de respons gecleand, met andere woorden werd deze dataset klaargemaakt vooraleer het proces van data-analyse kon worden gestart. De coderingen van de variabelen werden gecontroleerd en eventueel aangepast. Zo werden er nieuwe coderingen en variabelen aangemaakt zoals het definiëren van nieuwe categorieën naar grootte van het WZC na een discussie op de stuurgroep. Een andere belangrijke cleaning was het bekijken van de open antwoorden op bepaalde vragen. Antwoorden die hetzelfde wilden zeggen en vaak voorkwamen, werden samengevoegd onder één specifieke categorie.

Voor de vier verschillende uitkomstmaten - bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties of doden bij de bewoners en bevestigde Covid-19 besmettingen bij het personeel – werden er op populatieniveau (de 821 WZC binnen de Covid-19 datafile) ook uitbijters⁶ (d.i. alle waardes meer dan 1,5 keer de interkwartielafstand onder het eerste kwartiel of boven het derde kwartiel) in kaart gebracht. Tijdens het rapporteren van deze uitkomstmaten zullen zowel de bevindingen vermeld worden met inclusie van de uitbijters als de bevindingen met exclusie van de uitbijters.

5 Data-analyses

De gegevens werden verwerkt in het statistische programma SAS 9.4. De onderzoeksdoelstellingen werden beantwoord met descriptieve, bivariate en multivariate statistiek. Wanneer in dit rapport vergelijkingen worden gemaakt tussen categorieën of groepen, dan zijn de significanties van deze vergelijkingen (bijna altijd) statistisch getoetst. De verschillen die significant zijn op minstens 10% zullen worden beschreven. Maar ook verwachte, niet-significante trends zullen worden beschreven. Indien er voor een bepaald kenmerk veel verschillende categorieën of groepen worden onderscheiden kan er sprake zijn van een laag aantal observaties per categorie of deelgroep (de totale steekproef bestaat uit 318 respondenten waarvan ook niet iedere respondent alle vragen heeft beantwoord). Men dient hierbij rekening te houden dat bij een laag aantal observaties de gegevens minder betrouwbaar zijn en minder goed de populatie representeren. Bovendien neemt de kans op significante verschillen af. In (bijna) alle tabellen in dit rapport zal er daarom ook worden vermeld op hoeveel observaties (aangeduid met 'N') de gegevens gebaseerd zijn met exclusie van de ontbrekende waarden per kenmerk/variabele. Naast de gebruikte klassieke analysetechnieken hebben we ook gebruik gemaakt van de analysetechniek *Qualitative Comparative Analysis* (QCA; Ragin, 1987)⁷. Voor meer uitleg over de deze techniek en de motieven voor het gebruik, verwijzen we naar hoofdstuk 5.

⁶ Er zijn in de Covid-19 datafile (N= 821) 14 uitbijters voor aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners, 97 uitbijters voor aandeel bevestigde hospitalisaties onder de bewoners, 37 uitbijters voor aandeel bevestigde doden onder de bewoners en 29 uitbijters voor aandeel bevestigde besmettingen onder het personeel. Deze aantallen liggen natuurlijk lager in de respons aangezien het om minder gegevens gaat.

⁷ We bedanken Armand Smits (Radboud Universiteit) voor zijn ondersteuning bij deze analyses.

6 Vergelijking van de respons met de populatie

In de respons is er sprake van een oververtegenwoordiging van de openbare WZC en een ondervertegenwoordiging van de profit VZW's en commerciële WZC als we de verdeling in de respons vergelijken met de verdeling in de populatie (zie tabel 4). Ook lijkt er sprake te zijn van een oververtegenwoordiging van woonzorgcentra uit West-Vlaanderen en een ondervertegenwoordiging van woonzorgcentra uit Antwerpen in de respons.

Tabel 4 Vergelijking kenmerken populatie en steekproef volgens statuut en provincie van de WZC (kolom %)

	Populatie		Respons	
	N	%	N	%
Statuut ¹				
Openbaar – non profit	218	27,5	111	35,4
VZW – non profit	320	41,5	135	43,0
VZW – profit	96	12,1	24	7,6
Commercieel – profit	150	18,9	44	14,0
Provincie ²				
Antwerpen	211	26,5	64	20,3
Limburg	95	12,0	36	11,4
Oost-Vlaanderen	188	23,7	88	27,9
Vlaams-Brabant	146	18,4	51	16,2
West-Vlaanderen	155	19,5	76	24,1
Totaal	821	100	318	100

¹ Vier ontbrekende waarden voor statuut in respons en 28 in populatie.

² Drie ontbrekende waarden voor provincie in respons en 26 in populatie.

Bron: VSB-gegevens en bevraging WZC arbeidsorganisatie

In de respons zijn er ook iets minder kleine WZC (d.i. minder dan 60 bewoners) en iets meer grote WZC (d.i. meer dan 119 bewoners) dan in de populatie (zie tabel 5)⁸. Bijgevolg is het gemiddeld aantal bewoners hoger in de respons dan in de populatie, namelijk gemiddeld 106 versus 101 bewoners.

Tabel 5 Vergelijking kenmerken tussen populatie en respons volgens grootte van WZC (vestiging) gebaseerd op het aantal bewoners (kolom %, gegevens maart 2020)

	Populatie (N= 795)		Respons (N= 315)	
	N	%	N	%
Aantal bewoners in maart 2020				
Minder dan 60 bewoners	118	14,8	28	8,9
60 tot 119 bewoners	450	56,6	180	57,1
Meer dan 119 bewoners	227	28,6	107	34,0
Gemiddelde	100,7		106,4	
Mediaan	95,0		98,5	

Bron: VSB-gegevens en bevraging WZC arbeidsorganisatie

⁸ De keuze van de grenzen voor de drie categorieën volgens grootte van WZC zijn vastgelegd in samenspraak met de stuurgroep.

Voor de verdeling van leeftijd, zorgzwaarte en geslacht van de bewoners zijn er geen opvallende verschillen tussen de populatie en de respons (zie tabel 6). Bij het interpreteren van de bevindingen uit de volgende hoofdstukken dient men dus in het achterhoofd te houden dat de respons een goede weerspiegeling is van de populatie volgens kenmerken van de bewoners (leeftijd, geslacht en zorgzwaarte), maar een minder goede weerspiegeling is van de populatie volgens kenmerken van het WZC (statuut, ligging en grootte).

Tabel 6 Vergelijking kenmerken populatie en steekproef volgens verdeling leeftijd, zorgzwaarte en geslacht van de bewoners in WZC (kolom %, gegevens maart 2020)

	Populatie (N= 791)	Respons (N= 314)
Gemiddeld aandeel leeftijd		
< 70 jaar	4,0	3,8
70-74 jaar	4,1	4,1
75-79 jaar	7,2	7,3
80-84 jaar	16,6	16,3
85-89 jaar	27,9	28,0
90-94 jaar	27,4	27,4
95+ jaar	12,8	13,2
Gemiddeld aandeel zorgzwaarte		
O (bijna geen zorg/hulp nodig, zelfstandig)	6,7	5,8
A (lichte zorg, beperkte hulp nodig)	11,5	10,3
B (zorgafhankelijk: uitgebreide hulp nodig van derden)	33,8	33,7
C (zwaar zorgafhankelijk: volledige afhankelijke van derden)	12,3	12,3
Cd (zwaar zorgafhankelijk bij bewoners met dementie)	32,3	33,8
D (zwaar zorgafhankelijk, bewoners met bevestigde diagnose van dementie)	3,5	4,1
Gemiddeld aandeel geslacht		
Vrouw	72,7	73,4
Man	27,3	26,6

Bron: VSB-gegevens en bevraging WZC arbeidsorganisatie

Hoofdstuk 2

Verschillende arbeidsorganisatiekenmerken van woonzorgcentra

In dit hoofdstuk worden verschillende kenmerken van de arbeidsorganisatie in woonzorgcentra onder de loep genomen. Meer bepaald wordt er gekeken naar de grootte van de vestiging, de wijze waarop leefgroepen van bewoners en de teams van medewerkers zijn georganiseerd, en dit voor maart 2020. We verwachten dat deze kenmerken samenhangen met het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden in 2020 en mogelijks ook deze Covid-19 cijfers kunnen voorspellen.

1 Grootte van de vestiging

Uit tabel 5 hierboven kunnen we aflezen, voor de respons, dat ongeveer drie op de vijf vestigingen (57%) tussen de 60 en 119 bewoners had op maart 2020. Iets minder dan één op de tien (9%) had minder dan 60 bewoners en 34% had meer dan 119 bewoners. Gemiddeld genomen had een vestiging 107 bewoners (mediaan = 99 bewoners) op maart 2020. Samengevat, de meerderheid die heeft meegewerkt aan deze studie is een middelgroot woonzorgcentrum (60-119 bewoners) en een minderheid is een klein woonzorgcentrum (minder dan 60 bewoners). In vergelijking met de populatie, is er wel sprake van een ondervertegenwoordiging van kleine WZC in de respons. Niettegenstaande zijn kleine WZC in de populatie ook een minderheid (15%).

2 Organisatie van leefgroepen voor maart 2020

In de bevraging werd een leefgroep of bewonersgroep gedefinieerd als een groep bewoners die gezien wordt als de kleinste organisatorische entiteit. We verwijzen hierbij specifiek naar een groep van bewoners die samen een aantal gemeenschappelijke ruimten delen, zoals bijvoorbeeld de zit- en eetruimte en gemeenschappelijk sanitair⁹. Deze sectie bespreekt de grootte van de leefgroepen, de wijze van samenstelling van de leefgroepen, hoe de leefgroepen zich tot elkaar verhouden en de infrastructuur die aanwezig is.

Ten eerste, tabel 7 toont de grootte van de leefgroepen voor maart 2020. Binnen één WZC lijken vaak verschillende groottes van leefgroepen voor te komen (ongeveer 53% van WZC combineert verschillende groottes). De meest voorkomende groottes qua leefgroepen zijn een groep van '17-32 bewoners' (71% van de WZC) en '9-16 bewoners' (46% van de WZC). Opvallend is dat 30% van de WZC ook aangeeft leefgroepen te hebben van meer dan 32 bewoners. De combinaties van groottes die het vaakst voorkomen zijn enkel middelgrote leefgroepen (17-32 bewoners) (27% van de WZC) en de combinatie van kleine (< 17 bewoners) en middelgrote leefgroepen (25% van de WZC). Ongeveer 7% van de WZC heeft enkel leefgroepen van meer dan 32 bewoners.

⁹ <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1032439&datum=&geannoteerd=false&print=false#H1096168>

Binnen deze studie werd er ook - op aanraden van de stuurgroep - gekeken naar kleinschaligheid op het niveau van de leefgroep, waarbij we een leefgroep van maximaal 12 bewoners beschouwen als een kleinschalige leefgroep (zie omschrijving in de inspiratienota voor een herontwerp volgens de principes van Innovatieve Arbeidsorganisatie (IAO) in WZC¹⁰). In de websurvey kon deze informatie niet worden afgeleid aangezien de grens van 12 bewoners niet werd opgenomen. Vandaar dat er een bijkomende korte bevraging (via google formulieren) werd uitgestuurd naar de 147 WZC die aangaven leefgroepen te hebben van 9 tot 16 bewoners. Deze korte bevraging werd ingevuld door 77 WZC en 70 WZC werden opgebeld met de vraag of ze leefgroepen met minder dan 13 bewoners hadden voor maart 2020. Deze bijkomende informatie werd vervolgens gekoppeld met de respons datafile.

Tabel 7 Grootte van de leefgroepen per woonzorgcentrum (vestiging) voor maart 2020 (kolom %)

	N	%
Grootte van de leefgroepen ¹		
Minder dan 9 bewoners	25	7,9
9 tot 16 bewoners	147	46,2
17 tot 32 bewoners	227	71,4
33 tot 50 bewoners	86	27,0
Meer dan 50 bewoners	10	3,1
Combinaties grootte van de leefgroepen		
Enkel zeer kleine leefgroepen (< 9 bewoners)	2	0,6
Kleine leefgroepen (< 17)	58	18,2
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32) leefgroepen	79	24,8
Enkel middelgrote (17-32) leefgroepen	86	27,0
Kleine (< 17) en grote (> 32) (en eventueel middelgrote) leefgroepen	19	6,0
Grote (> 32) en middelgrote (17-32) leefgroepen	51	16,0
Grote (> 32) leefgroepen	18	5,7
Enkel zeer grote leefgroepen (> 50)	5	1,6
Aanwezigheid kleinschalige leefgroepen (< 13 bewoners)		
Ja	48	15,1
Nee	270	84,9
Enkel kleinschalige leefgroepen (< 13 bewoners)		
Ja	9	2,8
Nee	309	97,2
Totaal	318	100

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

In de respons hebben 48 WZC kleinschalige leefgroepen (leefgroepen met minder dan 13 bewoners), wat overeenkomt met 15%. Slechts 3% (N= 9) heeft enkel kleinschalige leefgroepen in hun WZC. Tot slot, heeft een WZC gemiddeld genomen een vijftal leefgroepen per vestiging, zie tabel 8.

¹⁰ <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1322387>

Tabel 8 Aantal leefgroepen per woonzorgcentrum (vestiging) voor maart 2020 (kolom %)

	N	%
Aantal leefgroepen		
1-2 leefgroepen	38	12,0
3-5 leefgroepen	176	55,4
> 5 leefgroepen	104	32,7
Gemiddelde		4,9
Mediaan		4
Minimum-maximum		1-20
Totaal	318	100

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Daarnaast tonen de resultaten dat kleinschalig organiseren van bewoners niet betekent dat het woonzorgcentrum klein is. Tabel 9 toont dat grote woonzorgcentra (meer dan 119 bewoners) ook kleinschalig of kleiner georganiseerd kunnen zijn op het niveau van de kleinste organisatorische eenheid, namelijk de leefgroep (bv. 22% van de grote WZC heeft kleinschalige leefgroepen (max. 12 bewoners) en 58% van de grote WZC heeft leefgroepen van max. 16 bewoners). Omgekeerd kunnen kleine woonzorgcentra (minder dan 60 bewoners) ook grootschalig(er) zijn georganiseerd (bv. 18% van de kleine WZC heeft ook leefgroepen van meer dan 32 bewoners). De grootte van de vestiging dient dus niet te worden verward met de grootte van de leefgroepen. Wel dient te worden aangestipt dat de grootte van de leefgroepen toeneemt als de grootte van de vestiging toeneemt. Zo komen leefgroepen van 33 tot 50 bewoners meer voor in grote WZC dan in kleinere WZC (38% versus 18-22%) alsook de combinatie enkel grote (meer dan 32 bewoners) en middelgrote leefgroepen (17-32 bewoners) (25% versus 7-12%).

Tabel 9 Grootte van de leefgroepen volgens grootte van WZC (vestiging) (kolom %)

	Totaal (N= 318)		< 60 bewoners (N= 28)		60-119 bewoners (N= 180)		> 119 bewoners (N= 107)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grootte leefgroepen ¹								
Minder dan 9 bewoners	25	7,9	4	14,3	9	5,0	12	11,2
9 tot 16 bewoners	147	46,2	15	53,6	80	44,4	50	46,7
17 tot 32 bewoners	227	71,4	16	57,1	130	72,2	79	73,8
33 tot 50 bewoners *	86	27,0	5	17,9	39	21,7	41	38,3
Meer dan 50 bewoners	10	3,1	0	0,0	6	3,3	4	3,7
Combinaties grootte van de leefgroepen *								
Enkel kleine (< 17)	60	18,9	9	32,1	30	16,7	20	18,7
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32)	79	24,8	7	25,0	46	25,6	25	23,4
Enkel middelgrote (17-32)	86	27,0	7	25,0	60	33,3	19	17,8
Kleine (< 17) en grote (> 32) (en eventueel middelgrote)	19	6,0	1	3,6	9	5,0	9	8,4
Grote (> 32) en middelgrote (17-32)	51	16,0	2	7,1	21	11,7	27	25,2
Enkel grote (> 32)	23	7,2	2	7,1	14	7,8	7	6,5
Aanwezigheid kleinschalige leefgroepen (< 13 bewoners)*	48	15,1	7	25,0	18	10,0	23	21,5

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën.

Bron: VSB-gegevens en bevraging WZC arbeidsorganisatie

Ten tweede, als we kijken naar de leefgroepen is het ook belangrijk om te kijken naar de wijze van samenstelling van de leefgroepen. Bewoners worden op allerlei manieren gegroepeerd in leefgroepen, zie tabel 10. De meest voorkomende manieren die worden aangehaald zijn 'beschikbare woongelegenheden' (74%) en 'dezelfde mentale zorgnoden' (54%). Uit tabel 10 kunnen we ook afleiden dat er sprake is van een combinatie van heterogene groepen (verschillende soorten bewoners wanneer er bijvoorbeeld wordt gekeken naar beschikbare woongelegenheden, voorkeuren van de bewoners, verschillende fysieke zorgnoden, etc.) en homogene groepen (bewoners met een gemeenschappelijk kenmerk wanneer er bijvoorbeeld wordt gekeken naar dezelfde fysieke zorgnoden en dezelfde mentale zorgnoden). In veel WZC is er ook een aparte leefgroep/afdeling¹¹ voor bewoners met dementie. Verder blijkt dat 10% van de WZC enkel homogene groepen van bewoners (d.i., dezelfde fysieke en/of mentale zorgnoden) hanteert, terwijl 45% zowel heterogene als homogene groepen van bewoners hanteert en 43% hanteert enkel heterogene groepen (niet in tabel). Het enkel hanteren van homogene groepen lijkt vaker voor te komen bij WZC die leefgroepen hebben van minder dan 9 bewoners (20%) en bij WZC die leefgroepen hebben van minder dan 13 bewoners (17%).

¹¹ Een afdeling definiëren we hier uit een organisatorische eenheid bestaande uit meerdere leefgroepen.

Tabel 10 Manieren om de samenstelling van leefgroepen vorm te geven voor maart 2020 in WZC (kolom %) ¹

	N ²	%
Beschikbare woongelegenheden	227	74,4
Voorkeuren bewoners	82	26,9
Werkbelasting medewerkers	51	16,7
Dezelfde fysieke zorgnoden	75	24,6
Dezelfde mentale zorgnoden	164	53,8
Verschillende fysieke zorgnoden	74	24,3
Verschillende mentale zorgnoden	74	24,3
Dringendheid van opname	37	12,1
Andere ³	12	3,9
Totaal	> 305	> 100

¹Meerdere antwoorden mogelijk.

²De woonzorgcentra met slechts 1 leefgroep dienden deze vraag niet in te vullen (N= 13).

³Voorbeelden van andere: afdelingsgebonden, architectonische mogelijkheden, etc.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Ten derde, met betrekking tot de ruimtelijke ordening van de leefgroepen vinden we dat de leefgroepen vooral in een residentie gelokaliseerd zijn en veel minder - in minder dan 5% van de WZC - in een losstaande woning (zie tabel 11). In ongeveer vier op de vijf woonzorgcentra zijn er leefgroepen ruimtelijk gescheiden van andere leefgroepen (bv. op een aparte verdieping) en in twee op de vijf woonzorgcentra grenzen er leefgroepen aan één tot twee leefgroepen (bv. op eenzelfde gang). In uitzonderlijke gevallen grenst er een leefgroep ruimtelijk aan meer dan twee leefgroepen.

 Tabel 11 Ruimtelijke ordening leefgroepen voor maart 2020 in WZC (kolom %) ¹

	N ²	%
<i>Leefgroep in een residentie...</i>		
... en ruimtelijk gescheiden van andere leefgroepen (bv. aparte verdieping)	245	80,6
... en grenst aan één tot twee leefgroepen (bv. op eenzelfde gang)	126	41,5
... en grenst aan meer dan twee leefgroepen (bv. op eenzelfde gang)	14	4,6
<i>Leefgroep in een losstaande woning...</i>		
... als enige leefgroep	7	2,3
... met één andere leefgroep	3	1,0
... met twee of meer andere leefgroepen	1	0,3
Totaal	> 304	> 100

¹Meerdere antwoorden mogelijk.

²De woonzorgcentra met slechts 1 leefgroep dienden deze vraag niet in te vullen (N= 13) en 1 ontbrekende waarde.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Ten vierde, in de bevraging werd ook de aanwezigheid van de infrastructuur bevraged voor de verschillende niveaus binnen een woonzorgcentrum (d.i. op de kamer van de bewoners, binnen 1 leefgroep, voor meerdere leefgroepen, het hele WZC of voor verschillende vestigingen) waarbij meerdere antwoorden per infrastructuur mogelijk zijn, zie tabel 12. Het idee is dat hoe meer infrastructuur in een leefgroep aanwezig is, hoe meer de leefgroep onafhankelijk en zelfstandig kan staan.

Een living en een eetruimte komen het vaakst voor op het niveau van de leefgroep (geldt voor ongeveer drie op de vijf WZC). Een keuken voor de bereiding van de maaltijden, een ruimte voor de was, een buitenruimte, een ruimte voor de kiné en een kapsalon komen het vaakst voor op het niveau van het volledige woonzorgcentrum (overkoepelend). Verpleegposten komen in ongeveer de helft van de WZC voor op het niveau van de leefgroep (50%) en op het niveau van meerdere leefgroepen (46%). Een activiteitenruimte situeert zich in ongeveer de helft van de WZC op het niveau van de leefgroep (46%), meerdere leefgroepen (45%) en overkoepelend (52%). Een badkamer en douche zijn ongeveer in iets meer dan de helft van de WZC aanwezig op de kamer van de bewoner (52% en 58%, respectievelijk). Een badkamer komt in de helft van de WZC ook voor op het niveau van de leefgroep.

Tabel 12 Niveau van de aanwezigheid van infrastructuur voor maart 2020 in WZC (rij %)¹

	Kamer van bewoner		1 leefgroep		Meerdere leefgroepen		Volledig WZC		Meerdere vestigingen		Geen antwoord	
	N	% ²	N	% ²	N	% ²	N	% ²	N	% ²	N	%
Living (N= 311)	52	16,7	197	63,3	117	37,6	55	17,7	3	1,0	7	2,2
Keuken voor bereiding maaltijden (N= 304)	6	2,0	94	30,9	66	21,7	197	64,8	13	4,3	14	4,4
Badkamer (N= 316)	164	51,9	160	50,6	93	29,4	46	14,6	4	1,3	2	0,6
Douche (N= 309)	180	58,3	115	37,2	71	23,0	40	12,9	2	0,7	9	2,8
Eetruimte (N= 316)	51	16,1	207	65,5	120	38,0	58	18,4	4	1,3	2	0,6
Ruimte voor de was (N= 301)	32	10,6	94	31,2	62	20,6	168	55,8	8	2,7	17	5,4
Buitenruimte (N= 316)	9	2,9	117	36,1	112	35,4	206	65,2	4	1,3	2	0,6
Activiteitenruimte (N= 313) ³	9	2,9	144	46,0	140	44,7	163	52,1	5	1,6	5	1,6
Verpleegposten (N= 311)	2	0,6	155	49,8	143	46,0	61	19,6	4	1,3	7	2,2
Ruimte voor kiné (N= 311)	10	3,2	51	16,4	53	17,0	242	77,8	2	0,6	7	2,2
Kapsalon (N= 311)	4	1,3	12	3,9	14	4,5	291	93,6	2	0,6	7	2,2

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

² Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van minstens één antwoord per infrastructuur.

³ Een activiteitenruimte: een leefruimte of een ruimte om activiteiten te organiseren (bv. een kaartavond).

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Bij WZC met enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners) is er vaker een keuken (en living en eetruimte, hoewel niet significant verschillend) maar minder vaak verpleegposten aanwezig op het niveau van de leefgroep dan bij WZC met de aanwezigheid van middelgrote (17-32 bewoners) of grote (> 32 bewoners) leefgroepen, zie tabel 13. De aanwezigheid van een keuken, living en eetruimte zorgt ervoor dat deze kleine leefgroepen eerder als zelfstandige eenheid kunnen opereren aangezien veel basisfaciliteiten om dit te doen aanwezig zijn in de leefgroep zelf.

Tabel 13 Aanwezigheid infrastructuur op het niveau van de leefgroep per grootte van de leefgroepen voor maart 2020 in WZC (kolom %)¹

	Enkel kleine (< 17) (N= 55-60)		Kleine en middelgroot (N= 74-79)		Middelgroot (17-32) (N= 83-86)		Grote (> 32) (met combinaties) (N= 87-93)	
	N	% ²	N	% ²	N	% ²	N	% ²
Living	42	73,7	46	58,3	53	63,1	56	61,5
Keuken voor bereiding maaltijden **	29	50,9	24	32,0	19	22,6	22	25,0
Badkamer	32	53,3	37	47,4	43	50,0	48	52,2
Douche	19	33,3	26	33,8	32	38,1	38	41,8
Eetruimte	43	71,7	50	63,3	56	66,7	58	62,4
Ruimte voor de was	20	35,1	21	28,4	26	31,3	27	31,0
Buitenruimte	24	40,0	29	37,2	27	31,8	34	36,6
Activiteitenruimte	26	44,1	35	46,1	38	44,2	45	48,9
Verpleegposten **	15	27,3	35	45,5	52	60,5	53	57,0

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

² Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van minstens één antwoord per infrastructuur.

** Er is een significant verschil op 1% voor de verschillende categorieën.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

3 Organisatie van de teams voor maart 2020

In dit onderdeel komen drie verschillende arbeidsorganisatiekenmerken aan bod, namelijk de aanwezigheid van verschillende soorten teamtypes, de verschillende beroepsgroepen die tewerkgesteld zijn op team-, afdelings- en overkoepelend niveau en de mate waarin de teams zelfsturend zijn, en dit voor maart 2020. Bij het bepalen hoe zelfsturend de teams binnen WZC werken, wordt er gekeken naar de mate waarin medewerkers autonoom kunnen handelen en naar de breedte van het takenpakket binnen de teams. Opnieuw verwachten we dat deze arbeidsorganisatiekenmerken samenhangen met het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden in 2020 en mogelijks ook deze Covid-19 cijfers kunnen voorspellen.

3.1 Teamtypes

Binnen woonzorgcentra kunnen er zes teamtypes worden onderscheiden (zie ook figuur 1, Vermeerbergen, 2018; Vermeerbergen et al., 2021). Deze teamtypes tonen of teams multi- of monodisciplinair zijn samengesteld en of teams zorg verlenen aan één of meerdere leefgroepen van bewoners. Woonzorgcentra kunnen tegelijk meerdere teamtypes hebben. De zes verschillende teamtypes zijn de volgende:

- Type 1: monodisciplinaire teams leveren zorg aan slechts één leefgroep;
- Type 2: multidisciplinaire teams leveren zorg aan slechts één leefgroep;
- Type 3: monodisciplinaire teams leveren zorg aan meerdere maar niet alle leefgroepen;
- Type 4: multidisciplinaire teams leveren zorg aan meerdere maar niet alle leefgroepen;
- Type 5: monodisciplinaire teams leveren zorg aan alle leefgroepen;
- Type 6: multidisciplinaire teams leveren zorg aan alle leefgroepen.

De theorie rond innovatieve arbeidsorganisatie draagt een voorkeur uit voor teamtype 2 en vervolgens teamtypes 3 of 4 (Vermeerbergen et al., 2021). Teamtypes 5 en 6 worden, zo stelt de theorie, best zoveel mogelijk vermeden aangezien bij teamtypes 5 en 6 de teams overkoepelend voor heel het woonzorgcentrum werken. Alle medewerkers staan dus met bewoners uit alle leefgroepen in contact en er is veel informatie-uitwisseling tussen de teams nodig. Teamtype 1 wordt ook best vermeden aangezien meerdere monodisciplinaire teams verbonden zijn aan slechts één enkele leefgroep waardoor in de praktijk deze leefgroep erg groot dient te zijn, de verschillende teams enge takenpakketten hebben en er veel informatie-uitwisseling tussen de teams nodig is.

<p>Type 1: Een team bestaat uit 1 beroepsgroep, en verleent zorg/diensten aan 1 leefgroep.</p>	<p>Type 2: Een team bestaat uit meerdere beroepsgroepen en verleent zorg/diensten aan 1 leefgroep.</p>	<p>Type 3: Een team bestaat uit 1 beroepsgroep, en verleent zorg/diensten aan meerdere (maar niet alle) leefgroepen. Ook <u>één persoon</u> kan aan meerdere leefgroepen gekoppeld worden, bv. wanneer 1 kinesist in meerdere leefgroepen actief is. Indien deze situatie binnen uw WZC voorkomt, is er ook sprake van dit type van arbeidsorganisatie.</p>
<p>Type 4: Een team bestaat uit meerdere beroepsgroepen, en verleent zorg/diensten aan meerdere (maar niet alle) leefgroepen.</p>	<p>Type 5: Een team bestaat uit 1 beroepsgroep, en verleent zorg/diensten aan alle leefgroepen/voor het volledige WZC. Ook <u>één persoon</u> kan aan alle leefgroepen gekoppeld worden, bv. wanneer 1 kinesist bij alle leefgroepen actief is. Indien deze situatie binnen uw WZC voorkomt, is er ook sprake van dit type van arbeidsorganisatie.</p>	<p>Type 6: Een team bestaat uit meerdere beroepsgroepen, en verleent zorg/diensten aan alle leefgroepen/voor het volledige WZC.</p>

Figuur 1 Verschillende teamtypes in woonzorgcentra

Aangezien teamtype 2 als ideaal wordt geschetst vanuit de principes van innovatieve arbeidsorganisatie en het beleid hier ook sterk op inzet, is het interessant om te kijken in welke mate dit teamtype aanwezig is in woonzorgcentra. Uit onderstaande tabel komt naar voren, dat teamtype 2 in ongeveer 45% van de WZC voorkomt en op de tweede en derde plaats staan teamtype 4 (30%) en teamtype 3 (29%). Teamtype 5 en 6 komen in mindere mate voor, maar toch liggen de percentages rond de 15%.

Ongeveer één op de drie WZC (32%) heeft enkel type 3 en/of type 4 en een kwart van de WZC (25%) heeft enkel type 2. Ongeveer 15% combineert teamtype 2 met teams die voor meerdere leefgroepen werken (type 3 en/of 4) of met teams die voor alle leefgroepen werken (type 5 en/of 6). Ongeveer één op de acht WZC (13%) heeft enkel teams die overkoepelend werken (enkel type 5 en/of 6). Een minderheid (5%) combineert teamtype 2 met zowel teams die werken voor meerdere leefgroepen (type 3 en/of 4) als met teams die werken voor alle leefgroepen (type 5 en/of 6).

Tabel 14 Teamtypes in woonzorgcentra (kolom %)

	N	%
Teamtypes ¹		
Type 1: 1 beroepsgroep/team + zorg aan 1 leefgroep	23	7,2
Type 2: verschillende beroepsgroepen/team + zorg aan 1 leefgroep	142	44,7
Type 3: 1 beroepsgroep/team + zorg aan >1 leefgroep ²	91	28,6
Type 4: verschillende beroepsgroepen /team + zorg aan >1 leefgroep ²	96	30,2
Type 5: 1 beroepsgroep/team + zorg aan alle leefgroepen	52	16,4
Type 6: verschillende beroepsgroepen/team + zorg aan alle leefgroepen	47	14,8
Combinaties teamtypes (8 cat.)		
Enkel type 2	79	24,8
Type 2 met type 3 en/of type 4	31	9,8
Type 2 met type 3 en/of type 4 met type 5 en/of type 6	15	4,7
Type 2 met type 5 en/of type 6	15	4,7
Type 3 en/of type 4	101	31,8
Type 3 en/of type 4 met type 5 en/of type 6	12	3,8
Type 5 en/of type 6	42	13,2
Combinaties met type 1	23	7,2

¹Meerdere antwoorden mogelijk.

²Aan meerdere leefgroepen, maar niet aan alle leefgroepen binnen de vestiging.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Hoewel er geen significante verschillen zijn, lijkt er wel een samenhang te zijn tussen de verschillende teamtypes en de grootte van de leefgroepen, zie tabel 15. Teamtype 1 lijkt meer aanwezig te zijn bij WZC die grote leefgroepen (> 32 bewoners) hebben, terwijl teamtype 4 meer aanwezig lijkt te zijn bij WZC met enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners) of kleine en middelgrote (17-32 bewoners) leefgroepen. Teamtype 6 lijkt het minst voor te komen bij WZC met enkel kleine leefgroepen. Wat betreft de combinaties van de verschillende teamtypes, lijkt de situatie 'teamtype 2 met teamtype 3 en/of 4' vooral voor te komen bij WZC met enkel kleine leefgroepen of met kleine en middelgrote leefgroepen. De situatie 'teamtype 3 en/of 4' lijkt het minst voor te komen bij WZC met grote leefgroepen en de situatie 'alle mogelijke combinaties met teamtype 1' het meest. Kort samengevat, WZC die kleine leefgroepen (< 17 bewoners) hebben, lijken vaker multidisciplinaire teams te hebben die verbonden zijn aan slechts enkele leefgroepen (teamtype 4) al dan niet gecombineerd met multidisciplinaire teams verbonden aan één leefgroep (teamtype 2).

Tabel 15 Verschillende teamtypes volgens grootte van de leefgroepen in WZC (kolom %)

	Totaal (N= 318)		Enkel kleine (N= 60)		Kleine en middelgrote (N= 79)		Enkel middelgrote (N= 86)		Grote (al dan niet in combinatie met kleine en middelgrote) (N= 93)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Teamtipes ¹										
Type 1	23	7,2	2	3,3	0	0,0	7	8,1	14	15,1
Type 2	142	44,7	25	41,7	38	48,1	35	40,7	44	47,3
Type 3	91	28,6	15	25,0	24	30,4	24	27,9	28	30,1
Type 4	96	30,2	22	36,7	27	34,2	23	26,7	24	25,8
Type 5	52	16,4	11	18,3	14	17,7	14	16,3	13	14,0
Type 6	47	14,8	5	8,3	15	19,0	12	14,0	15	16,1
Combinaties teamtypes (8 cat.)										
Enkel type 2	79	24,8	14	23,3	17	21,5	23	26,7	25	26,9
Type 2 met type 3/4	31	9,8	7	11,7	11	13,9	5	5,8	8	8,6
Type 2 met type 3/4 en type 5/6	15	4,7	1	1,7	4	5,1	4	4,7	6	6,5
Type 2 met type 5/6	15	4,7	3	5,0	6	7,6	3	3,5	3	3,2
Type 3/4	101	31,8	23	38,3	25	31,7	30	34,9	23	24,7
Type 3/4 met type 5/6	12	3,8	2	3,3	6	7,6	1	1,2	3	3,2
Type 5/6	42	13,2	8	13,3	10	12,7	13	15,1	11	11,8
Combinaties met type 1	23	7,2	2	3,3	0	0,0	7	8,1	14	15,1

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

De verschillende teamtypes lijken ook samen te hangen met de grootte van het WZC (vestiging). Uit onderstaande tabel komt naar voren dat teamtypes 5 en 6 minder voorkomen, terwijl teamtypes 2 en 3 meer voorkomen bij WZC met meer dan 119 bewoners dan bij WZC met minder bewoners. De situaties 'enkel teamtype 2' en 'teamtype 5 en/6' lijken meer voor te komen bij kleine WZC (minder dan 60 bewoners) dan bij grotere WZC, hoewel niet significant verschillend. In grote WZC (vanaf 120 bewoners) lijkt de situatie 'teamtype 2 met teamtype 3 en/of 4' meer voor te komen en de situatie 'enkel teamtype 5 en/of 6' minder. Dit toont aan dat grote woonzorgcentra innovatief georganiseerd kunnen zijn met multidisciplinaire teams verbonden aan één (teamtype 2) of aan slechts enkele leefgroepen (teamtipes 3 en 4), terwijl kleine woonzorgcentra minder innovatief georganiseerd kunnen zijn met teams die overkoepelend werken voor heel het woonzorgcentrum (teamtipes 5 en 6). De grootte van het woonzorgcentrum bepaalt dus niet of de principes rond innovatieve arbeidsorganisatie worden gevolgd.

Tabel 16 Verschillende teamtypes volgens grootte van WZC (vestiging) (kolom %)

	Totaal (N= 318)		< 60 bewoners (N= 28)		60-119 bewoners (N= 180)		> 119 bewoners (N= 107)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Teamtipes ¹								
Type 1	23	7,2	2	7,1	14	7,8	7	6,5
Type 2 *	142	44,7	10	35,7	72	40,0	59	55,1
Type 3 *	91	28,6	5	17,9	44	24,4	42	39,3
Type 4 *	96	30,2	2	7,1	56	31,1	38	35,5
Type 5 (*)	52	16,4	4	14,3	36	20,0	11	10,3
Type 6 *	47	14,8	6	21,4	32	17,8	8	7,5
Combinaties teamtypes (8 cat.)								
Enkel type 2	79	24,8	10	35,7	43	23,9	25	23,4
Type 2 met type 3/4	31	9,8	0	0,0	11	6,1	20	18,7
Type 2 met type 3/4 en type 5/6	15	4,7	0	0,0	9	5,0	6	5,6
Type 2 met type 5/6	15	4,7	0	0,0	8	4,4	7	6,5
Type 3/4	101	31,8	7	25,0	56	31,1	38	35,5
Type 3/4 met type 5/6	12	3,8	0	0,0	10	5,6	2	1,9
Type 5/6	42	13,2	9	32,1	29	16,1	2	1,9
Combinaties met type 1	23	7,2	2	7,1	14	7,8	7	6,5

¹Meerdere antwoorden mogelijk.

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën.

Bron: VSB-gegevens en bevraging WZC arbeidsorganisatie

3.2 Beroepsgroepen op team-, afdelings- en overkoepelend niveau

Onderstaande tabellen brengen in kaart welke verschillende beroepsgroepen op team-, afdelings- en overkoepelend niveau werken binnen WZC. Op teamniveau werken wilt zeggen dat men als groep nauw samenwerkt in het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan specifieke (één of meerdere) leefgroepen. De beroepsgroepen die het meeste op teamniveau werken zijn verpleeg-, zorg- en hoofdverpleegkundigen of teamverantwoordelijke, logistische medewerkers, ergotherapeuten, stagairs en begeleiders wonen en leven, zie tabel 17. De beroepsgroepen die het minst op teamniveau werken, zijn de CRA (coördinerend en raadgevend arts), kappers, logopedisten, maatschappelijk werkers, orthopedagogen en psychologen. Indien deze beroepsgroepen wel op teamniveau werken dan is het team gemiddeld groter (d.i. bestaande uit gemiddeld meer dan 19 medewerkers). Indien een logopedist, een maatschappelijk werker of orthopedagoog binnen het team werkt, dan verleent het team gemiddeld aan meer leefgroepen zorg (d.i. gemiddeld aan meer dan 2 leefgroepen). Bijna alle beroepsgroepen die op teamniveau werken, werken samen in multidisciplinaire teams (d.i. in meer dan 90% van de gevallen zo). De beroepsgroepen maatschappelijk werker, kapper, kinesist, logistieke medewerker en onderhoudsmedewerkers zijn het vaakst alsnog in monodisciplinaire teams tewerkgesteld.

Tabel 17 De beroepsgroepen die op teamniveau werken in WZC (rij %) ¹

	Op teamniveau werken		Kenmerken teams indien beroepsgroep aanwezig		
	N	%	Enkel multi-disciplinaire teams ²	Gemiddelde grootte	Gemiddeld hoeveel leefgroepen
Begeleider wonen en leven (N= 278)	169	60,8	99,4%	17,4	2,7
CRA (N= 285)	84	29,5	100,0%	19,4	2,7
Ergotherapeut (N= 282)	172	61,0	100,0%	17,1	2,6
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke (N= 284)	188	66,2	98,4%	18,0	2,6
Kapper (N= 272)	60	22,1	96,7%	19,1	2,6
Kinesist (N= 284)	159	56,0	96,7%	17,5	2,9
Logistieke medewerker (N= 238)	152	63,9	95,4%	18,3	2,5
Logopedist (N= 161)	49	30,4	100,0%	20,2	3,2
Maatschappelijk werker (N= 217)	56	25,8	96,4%	23,1	3,5
Onderhoudsmedewerker (N= 283)	151	53,4	92,1%	17,8	2,7
Orthopedagoog (N= 75)	33	44,0	100,0%	19,7	3,8
Psycholoog (N= 97)	25	25,8	100,0%	30,8	2,7
Stagiair (N= 252)	154	61,1		18,3	2,7
Verpleegkundige (N= 282)	188	66,7	97,3%	18,3	2,6
Vrijwilligers (N= 253)	142	56,1		18,6	2,6
Zorgkundige (N= 282)	189	67,0	98,9%	18,4	2,5
Andere ³ (N= 30)					

¹ Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van de aanwezigheid van de beroepsgroep op andere vragen.

² Andere mogelijkheden: enkel monodisciplinaire teams en combinatie mono- en multidisciplinaire teams.

³ Voorbeelden van andere: kwaliteitscoördinator, woonassistent, administratief medewerker, jobstudenten/vakantiewerkers, keukenteam, muziektherapeut, diëtiste, pastoraal medewerker, poetsdienst, referenten, technisch medewerker, pedicure, facilitair team en sociale dienst.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Verder kunnen de beroepsgroepen ook op afdelingsniveau werken, wat wilt zeggen dat ze samenwerken met meerdere teams zonder dat ze hierbij voor heel het WZC werken. De beroepsgroepen die het minst op afdelingsniveau lijken te werken zijn stagairs, orthopedagogen, psychologen en vrijwilligers (zie tabel 18). Het aantal medewerkers per beroepsgroep indien men op afdelingsniveau werkt, is het hoogst voor verpleeg- en zorgkundigen en vrijwilligers (d.i. ze zijn gemiddeld met meer dan 10). Indien een CRA, kapper, logopedist, maatschappelijk werker of psycholoog op afdelingsniveau werkt, dan wordt er aan meer leefgroepen zorg verleend.

Tabel 18 De beroepsgroepen die werken op afdelingsniveau (d.i. niet overkoepelend en niet binnen teams) in WZC (rij %) ¹

	Op afdelingsniveau werken		Gemiddeld aantal indien op afdelingsniveau	Zorg aan hoeveel leefgroepen indien op afdelingsniveau ²			
	N	%		1	2	3 à 4	> 4
Begeleider wonen en leven (N= 278)	140	50,4	2,5	36,4	32,1	32,9	12,9
CRA (N= 285)	145	50,9	1,2	4,8	9,0	42,8	46,9
Ergotherapeut (N= 282)	142	50,4	2,5	29,6	35,2	31,7	14,8
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke (N= 284)	147	51,8	2,8	49,0	38,1	23,8	4,1
Kapper (N= 272)	143	52,6	1,4	7,7	9,8	42,7	45,5
Kinesist (N= 284)	153	53,9	2,5	21,6	34,6	38,6	19,6
Logistieke medewerker (N= 238)	108	45,4	5,2	42,6	31,5	29,6	11,1
Logopedist (N= 161)	70	43,5	1,2	10,0	8,6	34,3	50,0
Maatschappelijk werker (N= 217)	112	51,6	1,4	3,6	7,1	39,3	51,8
Onderhoudsmedewerker (N= 283)	128	45,2	7,2	35,9	30,5	32,8	15,6
Orthopedagoog (N= 75)	24	32,0	1,5	20,8	25,0	37,5	25,0
Psycholoog (N= 97)	34	35,1	1,0	8,8	5,9	29,4	58,8
Stagiair (N= 252)	83	32,9	4,0	63,9	19,3	20,5	2,4
Verpleegkundige (N= 282)	133	47,2	10,1	48,1	29,3	30,1	8,3
Vrijwilligers (N= 253)	100	39,5	13,4	42,0	24,0	32,0	25,0
Zorgkundige (N= 282)	129	45,7	23,4	56,6	31,0	23,3	7,8
Andere ³ (N= 24)			4,6	12,5	4,2	37,5	54,2

¹ Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van de aanwezigheid van de beroepsgroep op andere vragen.

² Meerdere antwoorden mogelijk.

³ Voorbeelden van andere: kwaliteitscoördinator, facilitair diensthoofd, administratief medewerker, directeur, HR verantwoordelijke, keukenteam, diëtiste, pastoraal medewerker, priester, referenten, technisch medewerker, pedicure, muziektherapeut, stafmedewerker en wasserij.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

De beroepsgroepen CRA, kappers, logopedisten, maatschappelijk werkers en psychologen werken het vaakst overkoepelend waarbij ze taken opnemen voor heel het woonzorgcentrum, wat in overeenstemming is met voorgaande bevindingen (zij werken namelijk veel minder vaak op teamniveau). Indien deze beroepsgroepen overkoepelend werken dan doen ze dit in de meeste gevallen alleen, zie tabel 19. Bijna alle beroepsgroepen die overkoepelend werken in teamverband, werken vooral samen in multidisciplinaire teams (d.i. in meer dan 90% van de gevallen voor de meeste beroepsgroepen). De beroepsgroepen hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke, maatschappelijk werker en onderhoudsmedewerker zijn het vaakst alsnog in monodisciplinaire teams tewerkgesteld.

Tabel 19 De beroepsgroepen die overkoepelend werken (d.i. niet overkoepelend en niet binnen teams) in WZC (rij %) ¹

	Overkoepelend werken		Op welke manier ²				Indien in teamverband: enkel multidisciplinaire teams ³
			Alleen		In teamverband		
	N	%	N	%	N	%	
Begeleider wonen en leven (N= 278)	245	88,1	24	8,6	227	81,7	96,9%
CRA (N= 285)	271	95,1	180	63,2	102	35,8	98,0%
Ergotherapeut (N= 282)	247	87,6	21	7,5	230	81,6	97,8%
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke (N= 284)	163	57,4	17	6,0	148	52,1	88,5%
Kapper (N= 272)	258	94,9	204	75,0	57	21,0	91,1%
Kinesist (N= 284)	253	89,1	35	12,3	223	78,5	91,5%
Logistieke medewerker (N= 238)	192	80,7	14	5,9	178	74,8	91,0%
Logopedist (N= 161)	149	92,6	91	56,5	59	36,7	100,0%
Maatschappelijk werker (N= 217)	205	94,5	130	59,9	82	37,8	81,7%
Onderhoudsmedewerker (N= 283)	247	87,3	30	10,6	219	77,4	79,0%
Orthopedagoog (N= 75)	64	85,3	15	20,0	49	65,3	100,0%
Psycholoog (N= 97)	88	90,7	56	57,7	34	35,1	100,0%
Stagiair (N= 252)	212	84,1	8	3,2	205	81,4	
Verpleegkundige (N= 282)	235	83,3	7	2,5	230	81,6	96,1%
Vrijwilligers (N= 253)	223	88,1	38	15,0	201	79,5	
Zorgkundige (N= 282)	228	80,9	6	2,1	224	79,4	99,1%
Andere ⁴ (N= 137)			86	62,8	82	59,9	

¹ Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van de aanwezigheid van de beroepsgroep op andere vragen.

² Meerdere antwoorden mogelijk.

³ Andere mogelijkheden: enkel monodisciplinaire teams en combinatie mono- en multidisciplinaire teams.

⁴ Voorbeelden van andere: kwaliteitscoördinator, zorgcoördinator, administratief medewerker, directeur, HR verantwoordelijke, keukenteam, diëtiste, schoonheidsspecialiste, boekhouder, pastoraal medewerker, moreel consulent, referenten, klusjesdienst, technisch medewerker, pedicure, muziektherapeut, sociale dienst, ICT verantwoordelijke, fitcoach, stafmedewerker, wasserij en wijkwerkers.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

3.3 Zelfsturende teams

In een zelfsturend team binnen woonzorgcentra kunnen medewerkers bepalen welke activiteiten en taken door hen worden uitgeoefend, wat de onderlinge relaties en verantwoordelijkheden zijn en hoe het werk van elk individueel teamlid wordt ingevuld. Medewerkers hebben tevens een breed takenpakket en voeren niet louter hun eigen disciplinaire taak uit. Indien een team voor een zo groot mogelijk deel van het totale proces verantwoordelijk is en met andere woorden autonoom functioneert evenals medewerkers een breed takenpakket hebben, dan kunnen we spreken van zelfsturende of zelforganiserende teams.

3.3.1 Autonome medewerkers

Ten eerste, werd in de bevraging gepeild naar de mate waarin elke beroepsgroep bevoegd was om beslissingen te nemen over verschillende taken, zie tabellen 20 en 21. De hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke wordt door bijna alle respondenten aangeduid als diegene met een bevoegdheid voor alle vermelde taken in tabel 20. De taken waarvoor de hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke vaak als enige zeggenschap heeft zijn de volgende ‘regelende’ taken: de uurrooster en het plannen van het verlof. De verpleegkundigen en maatschappelijk werkers hebben in meer dan de helft van de WZC ook de bevoegdheid om formele gesprekken te voeren met familie, bewonersinformatie te wijzigen en om te gaan met klachten. Verpleegkundigen hebben in meer dan de helft van de WZC ook de bevoegdheid om de manier van werken en de taakvolgorde te bepalen. Daarnaast is de afstemming met de artsen vooral de bevoegdheid van de CRA, verpleegkundige of hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke. Verder zien we dat de bevoegdheden samenhangen met beroepspecifieke taken, bijvoorbeeld de begeleider wonen en leven en ergotherapeut die mee de volgorde van de taken en de overkoepelende activiteiten voor de bewoners bepalen.

Tabel 20 Aanwezigheid bevoegdheid van verschillende taken per beroepsgroep in WZC (rij %)¹

	Volgorde taken	Uurrooster	Manier van werken	Wijziging bewoners -info	Omgaan klachten	Formele gesprekken familie	Afstemming artsen	Planning verlof
Begeleider wonen en leven (N= 219)	44,3	13,7	35,2	44,8	32,9	24,2	5,9	16,9
CRA (N= 227)	12,8	3,5	15,9	21,6	17,6	38,8	78,0	6,2
Ergotherapeut (N= 225)	52,9	16,4	47,6	55,6	37,8	36,4	17,3	19,6
Kinesist (N= 226)	52,7	19,5	46,0	52,2	30,1	27,0	31,9	19,5
Logistieke medewerker (N= 193)	35,2	8,3	24,4	9,3	15,0	4,2	1,6	10,9
Maatschappelijk werker (N= 175)	31,4	16,0	22,9	60,6	65,1	69,7	27,4	18,3
Onderhoudsmedewerker (N= 226)	33,2	7,1	22,1	4,4	11,5	3,5	0,4	10,6
Orthopedagoog (N= 57)	38,6	10,5	33,3	42,1	42,1	47,4	26,3	21,1
Psycholoog (N= 73)	31,5	11,0	16,4	37,0	38,4	50,7	35,6	16,4
Verpleegkundige (N= 226)	61,1	13,7	57,5	73,9	64,6	57,5	76,1	13,3
Zorgkundige (N= 226)	51,3	10,6	41,2	52,7	44,7	26,6	18,1	12,8
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke (N= 226)	94,7	94,7	93,8	90,7	92,0	95,6	95,1	92,5
Bewoners (N= 228)	44,3	1,3	43,0	41,7	15,8	25,9	40,4	1,3
Familieleden (N= 228)	21,5	0,9	25,4	40,4	21,1	28,5	39,5	0,9

¹ Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van de aanwezigheid van de beroepsgroep op andere vragen.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Voor de taken die direct rond de bewoners worden georganiseerd, de ‘uitvoerende taken’, zien we dat de verpleegkundigen ongeveer in gelijke mate als de hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke beslissingen kunnen nemen over deze zaken, zie tabel 21. Verpleegkundigen of de hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke lijken wel vaker bevoegd te zijn voor deze taken dan zorgkundigen. Tot slot geeft de grote meerderheid (ongeveer negen op de tien) van de WZC ook aan dat bewoners zelf kunnen bepalen hoe de ‘uitvoerende taken’ vorm krijgen, bv. bewoners wassen, maaltijden

voorzien, animatie, etc. Dit stemt overeen met het persoonsgericht werken, waarbij men inspeelt op de noden en wensen van bewoners.

Tabel 21 Aanwezigheid bevoegdheid van 'uitvoerende' taken per beroepsgroep in WZC (rij %)

	Wat en hoeveel bewoners eten	Bepalen of bewoners kunnen doorslapen	Bepalen overkoepelende act. voor welke bewoners	Organisatie wassen bewoners
Begeleider wonen en leven (N= 219)	24,7	7,8	65,3	12,3
CRA (N= 227)	16,3	13,7	4,4	2,7
Ergotherapeut (N= 225)	35,1	12,0	63,1	29,3
Kinesist (N= 226)	5,8	5,3	28,3	5,8
Logistieke medewerker (N= 193)	19,2	1,6	5,7	3,1
Maatschappelijk werker (N= 175)	2,3	2,9	6,9	4,6
Onderhoudsmedewerker (N= 226)	2,7	0,4	2,2	1,3
Orthopedagoog (N= 57)	24,6	21,1	26,3	22,8
Psycholoog (N= 73)	5,5	8,2	8,2	4,1
Verpleegkundige (N= 226)	54,9	67,3	39,8	70,4
Zorgkundige (N= 226)	45,1	47,4	35,4	59,3
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke (N= 226)	58,9	70,8	48,7	88,1
Bewoners (N= 228)	91,2	91,4	91,7	78,5
Familieleden (N= 288)	54,4	45,6	50,9	42,5

¹ Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van de aanwezigheid van de beroepsgroep op andere vragen.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

De volgende tabel laat zien welke beroepsgroepen voor minstens één van de 12 vermelde taken in tabellen 20 en 21 de bevoegdheid heeft om beslissingen te nemen. De beroepsgroepen die de minste bevoegdheid lijken te hebben, zijn: logistieke medewerkers, onderhoudsmedewerkers, orthopedagogen en psychologen.

Tabel 22 Bevoegdheid voor minstens één van de 12 vermelde taken (zie tabellen 20 en 21) per beroepsgroep in WZC (rij %)¹

	Ja		Nee	
	N	%	N	%
Begeleider wonen en leven (N= 219)	190	86,8	29	13,2
CRA (N= 227)	194	85,5	33	14,5
Ergotherapeut (N= 225)	208	92,4	17	7,6
Kinesist (N= 226)	186	82,3	40	17,7
Logistieke medewerker (N= 193)	111	57,5	82	42,5
Maatschappelijk werker (N= 175)	141	80,6	34	19,4
Onderhoudsmedewerker (N= 226)	99	43,8	127	56,2
Orthopedagoog (N= 57)	39	66,7	19	33,3
Psycholoog (N= 73)	50	68,5	23	31,5
Verpleegkundige (N= 226)	216	95,6	10	4,4
Zorgkundige (N= 226)	203	89,8	23	10,2
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke (N= 226)	226	100,0	0	0,0
Bewoners (N= 228)	220	95,5	8	3,5
Familieleden (N= 228)	192	84,2	36	15,8

¹ Aantal in de noemer gecontroleerd voor het opgeven van de aanwezigheid van de beroepsgroep op andere vragen.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Voor de zeven beroepsgroepen (ergotherapeut, CRA, onderhoudsmedewerker, verpleegkundige, zorgkundige, hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke en kinesist) die het vaakst worden opgegeven als aanwezig in het woonzorgcentrum (ofwel binnen zorgteams, op afdelingsniveau of overkoepelend) werd de som genomen van het totaal aantal taken waarvoor ze een bevoegdheid hebben (indien alle zeven beroepsgroepen aanwezig waren in het WZC). Hoe hoger deze som (met een maximum score van 84), hoe meer autonoom de medewerkers binnen een woonzorgcentrum zijn. Een organisatie met zelfsturende teams scoort dus best hoger dan 40 (3^{de} kwartiel), wat wijst op veel autonome medewerkers.

Uit onderstaande tabel komt naar voren dat WZC met de aanwezigheid van teamtype 2 een hogere score hebben op de mate waarin de medewerkers zelf zaken kunnen beslissen zijn, met uitzondering van de situatie 'type 2 gecombineerd met type 5 en/of 6'. Indien teamtype 1 aanwezig is in het WZC, dan is er minder sprake van medewerkers met veel autonomie.

Tabel 23 Gemiddelde totaalscore autonome medewerkers¹ volgens teamtypes in WZC (hoe hoger de score, hoe autonomer de medewerkers)

<i>Teamtypes</i> ²	Gemiddelde	
	Aanwezig	Niet aanwezig
Type 1 (*)	26,3 (N= 15)	32,4 (N= 205)
Type 2 *	34,1 (N= 97)	30,4 (N= 123)
Type 3	32,1 (N= 68)	32,0 (N= 152)
Type 4	33,0 (N= 63)	31,6 (N= 157)
Type 5	33,0 (N= 39)	31,8 (N= 181)
Type 6	30,0 (N= 39)	32,4 (N= 181)
Combinaties teamtypes (8 cat.)		
Enkel type 2	34,5 (N= 51)	
Type 2 met type 3/4	35,8 (N= 20)	
Type 2 met type 3/4 en type 5/6	37,0 (N= 12)	
Type 2 met type 5/6	27,5 (N= 12)	
Type 3/4	31,3 (N= 68)	
Type 3/4 met type 5/6	29,3 (N= 9)	
Type 5/6	30,6 (N= 33)	
Combinaties met type 1	26,3 (N= 15)	
Totaal	32,0 (N= 220)	

¹Totaal aantal taken waarvoor de volgende 7 beroepsgroepen bevoegd zijn: ergotherapeut, CRA, onderhoudsmedewerker, verpleegkundige, zorgkundige, hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke en kinesist.

²Meerdere antwoorden mogelijk.

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

WZC met teams waarbij medewerkers hoog scoren op autonomie gecombineerd met teamtypes 2, 3 of 4, zijn ideaal volgens de theorie rond innovatieve arbeidsorganisatie. Uit de respons blijkt, zie tabel 24, dat het om ongeveer één op de vijf WZC gaat (19%, N= 41). WZC waarbij de medewerkers weinig autonomie hebben gecombineerd met louter teamtypes 5 of 6 dient vermeden te worden. Uit de respons blijkt dat deze situatie slechts in een minderheid van de WZC voorkomt, namelijk in 5% van de WZC (N= 11).

Tabel 24 Woonzorgcentra met hoge, middelhoge of lage totaalscore autonome medewerkers¹ volgens combinaties teamtypes (kruistabel)

	Hoog (> 40)		Middelhoog (25-40)		Laag (≤ 24)	
	N	%	N	%	N	%
Enkel type 2 (N= 51)	18	8,2	19	8,6	14	6,4
Type 2 met type 3/4 (N= 20)	6	2,7	9	4,1	5	2,3
Type 2 met type 3/4 met type 5/6 (N= 12)	3	1,4	9	4,1	0	0,0
Type 2 met type 5/6 (N= 12)	2	0,9	6	2,7	4	1,8
Type 3/4 (N= 68)	17	7,7	30	13,6	21	9,6
Type 3/4 met type 5/6 (N= 9)	1	0,5	6	2,7	2	0,9
Type 5/6 (N= 33)	5	2,3	17	7,7	11	5,0
Combinaties met type 1 (N= 15)	1	0,5	8	3,6	6	2,7
Totaal	53	24,1	104	47,3	63	28,6

¹Totaal aantal taken waarvoor de volgende 7 beroepsgroepen bevoegd zijn: ergotherapeut, CRA, onderhoudsmedewerker, verpleegkundige, zorgkundige, hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke en kinesist.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

3.3.2 Takenbreedte teams

Ten tweede, naast de mate waarin medewerkers autonoom werken, verschillen de teams van medewerkers ook qua takenbreedte. Meer bepaald de mate waarin de verschillende beroepsgroepen verschillende soorten taken verrichten. Hoe breder het takenpakket van de medewerkers binnen een team, hoe beter er kan worden ingespeeld op de vragen van bewoners. Vaak hebben de bewoners namelijk vragen die niet enkel te maken hebben met de kunde van één expertise. Eerder onderzoek toonde ook aan dat medewerkers met brede takenpakketten meer werkbaar werk hebben (Karasek & Theorell, 1990). Daarom is het belangrijk om medewerkers een breed takenpakket te geven zodat ze niet louter hun eigen disciplinaire taken uitvoeren.

In de bevraging waren er acht vragen die peilden naar de takenbreedte van de beroepsgroepen binnen een WZC (deze vragen zijn opgesteld in overleg met managers van teams in WZC die werken volgens IAO). Uit tabel 25 komt naar voren dat verpleeg- en zorgkundigen toch nog in ongeveer de helft van de WZC bepaalde specifieke taken hebben die geen andere beroepsgroep uitvoeren, meer bepaald het ontvangen van de dokter en het bieden van hulp bij het toiletbezoek (in overeenstemming met voorgaande bevindingen). In ongeveer één op de 10 WZC worden de bedden ook uitsluitend opgemaakt door de zorgkundigen en gebeuren de logistieke taken altijd door logistieke medewerkers en/of begeleiders wonen en leven. In bijna alle WZC (98%) heeft elke beroepsgroep wel contact met de bewoners.

Tabel 25 Takenbreedte in WZC, taken geordend van eng naar breed (rij %)

	(Helemaal) oneens		(Helemaal) eens		Weet niet	
	N	%	N	%	N	%
1. De bedden worden uitsluitend opgemaakt door de zorgkundigen	211	89,8	24	10,2	0	0,0
2. Logistieke taken (als uitdelen van maaltijden, het smeren van boterhammen) gebeuren altijd door logistieke medewerkers en/of begeleiders wonen en leven	207	88,1	27	11,5	1	0,4
3. De dokter wordt uitsluitend ontvangen door de verpleegkundigen en/of hoofdverpleegkundigen	108	46,0	127	54,0	0	0,0
4. De bewoners krijgen uitsluitend hulp bij het toiletbezoek van de zorgkundigen en/of verpleegkundigen	111	47,2	122	51,9	2	0,9
5. De kamer wordt uitsluitend opgeruimd door logistieke medewerkers en/of begeleiders wonen en leven	219	93,2	16	6,8	0	0,0
6. Elke beroepsgroep houdt contact met de familie ¹	43	18,3	192	81,7	0	0,0
7. Elke beroepsgroep heeft contact met de bewoners van het WZC ¹	4	1,7	231	98,3	0	0,0
8. Elke beroepsgroep is verantwoordelijk voor de zinvolle dagbesteding van de bewoners ¹	34	14,5	200	85,1	1	0,4

¹ Voor de berekening van de totaalscore werden deze items gehercodeerd.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Verder werd er ook een totaalscore berekend (met een maximumscore van 32 en waarbij 1: helemaal oneens, 2: oneens, 3: eens en 4: helemaal eens; enkel indien alle acht stellingen beantwoord – exclusief het antwoord ‘weet niet’), waarbij een hoge score staat voor een eng takenpakket. Een organisatie met zelfsturende teams scoort dus best lager dan 14 (1^{ste} kwartiel), wat wijst op een breed takenpakket. Uit tabel 26 kan worden afgeleid dat indien teamtype 2 aanwezig is, er sprake is van een breder takenpakket onder de medewerkers (met uitzondering van de situatie ‘type 2 gecombineerd met type 5 en/of 6’). Indien teamtype 1 aanwezig is, dan is er sprake van een enger takenpakket onder de medewerkers. Deze bevindingen zijn gelijkaardig aan de bevindingen rond de autonomie van medewerkers.

Tabel 26 Gemiddelde totaalscore takenbreedte van de teams volgens teamtypes in WZC (hoe lager de score, hoe breder het takenpakket)

Teamtypes ¹	Gemiddelde	
	Aanwezig	Niet aanwezig
Type 1 *	17,1 (N= 14)	15,4 (N= 218)
Type 2 **	14,8 (N= 103)	16,0 (N= 129)
Type 3	15,4 (N= 70)	15,5 (N= 162)
Type 4	15,0 (N= 64)	15,7 (N= 168)
Type 5	16,1 (N= 42)	15,3 (N= 190)
Type 6	15,7 (N= 40)	15,4 (N= 192)
Combinaties teamtypes (8 cat.) *		
Enkel type 2	14,8 (N= 56)	
Type 2 en type 3/4	14,5 (N= 21)	
Type 2 en type 3/4 en type 5/6	14,1 (N= 12)	
Type 2 en type 5/6	15,7 (N= 12)	
Type 3/4	15,5 (N= 71)	
Type 3/4 en type 5/6	16,0 (N= 9)	
Type 5/6	16,6 (N= 37)	
Combinaties met type 1	17,1 (N= 14)	
Totaal	15,5 (N= 232)	

¹Meerdere antwoorden mogelijk.

** Er is een significant verschil op 1% voor de verschillende categorieën. * Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Teams met een breed takenpakket en teamtype 2, 3 of 4, zijn ideaal volgens theorieën rond innovatieve arbeidsorganisatie en job design (Karasek, 1979; Hacker, 2003). Uit de respons blijkt, zie tabel 27, dat het ongeveer één op de vijf WZC gaat (19%, N= 45). Teams met een eng takenpakket en louter teamtype 5 of 6 dienen vermeden te worden. Uit de respons gaat het om een minderheid van 4% (N= 9) van de WZC.

Tabel 27 Woonzorgcentra met breed, gemiddeld of eng takenpakket volgens combinaties teamtypes (kruistabel)

	Breed (≤ 13)		Gemiddeld (14-18)		Eng (> 18)	
	N	%	N	%	N	%
Enkel type 2 (N= 56)	18	7,8	32	13,8	6	2,6
Type 2 en type 3/4 (N= 21)	9	3,9	9	3,9	3	1,3
Type 2 en type 3/4 en type 5/6 (N= 12)	4	1,7	8	3,5	0	0,0
Type 2 en type 5/6 (N= 12)	3	1,3	7	3,0	2	0,9
Type 3/4 (N= 71)	18	7,8	41	17,7	12	5,2
Type 3/4 en type 5/6 (N= 9)	2	0,9	5	2,2	2	0,9
Type 5/6 (N= 37)	7	3,0	21	9,1	9	3,9
Combinaties met type 1 (N= 14)	2	0,9	8	3,5	4	1,7
Totaal	63	27,2	131	56,5	38	16,4

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Hoofdstuk 3

Arbeidsorganisatiekenmerken voor maart 2020 en Covid-19 cijfers

In dit hoofdstuk gaan we na hoe dat verschillende arbeidsorganisatiekenmerken samenhangen met de Covid-19 cijfers, namelijk het aandeel bevestigde besmettingen, hospitalisaties of doden bij de bewoners en bevestigde besmettingen bij het personeel in de Vlaamse woonzorgcentra in het jaar 2020. Aangezien het om bevestigde gevallen gaat waarbij er een positief resultaat is verkregen na een Covid-19 test, zullen de absolute percentages die vermeld worden in dit hoofdstuk een onderschatting zijn van de werkelijke situatie voor het jaar 2020. Dit omdat er in het begin van de pandemie (vooral in de maanden maart en april) nog een tekort was aan testcapaciteit.

Eerst starten we dit hoofdstuk met het in kaart brengen van de algemene Covid-19 cijfers, namelijk de gemiddelde aandelen wanneer alle Vlaamse woonzorgcentra in rekening worden genomen. Daarna vergelijken we de woonzorgcentra met verschillende arbeidsorganisatiekenmerken met betrekking tot de Covid-19 cijfers. De arbeidsorganisatiekenmerken die aan bod komen zijn: de grootte van de vestiging, de organisatie van de leefgroepen en de organisatie van de teams, en dit voor maart 2020. Wanneer er wordt gekeken naar grootte van de vestiging, zullen de populatiegegevens ook worden opgenomen (voor de andere kenmerken zijn er geen populatiegegevens beschikbaar). Dit hoofdstuk wordt ook afgesloten met een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

1 Algemene Covid-19 cijfers

Zoals uit tabel 28 kan worden afgeleid heeft gemiddeld genomen tussen de 14 en 17% (afhankelijk van het al dan niet opnemen van uitbijters en het bekijken van de respons of de populatie) van het personeel in WZC positief getest op Covid-19 in het jaar 2020. Het gemiddeld aandeel bevestigde besmettingen per WZC ligt wel wat hoger bij de bewoners, namelijk tussen de 20 en 22%. De Covid-19 cijfers voor het aandeel hospitalisaties en doden bij de bewoners liggen beduidend lager, namelijk tussen 0,6 en 1,6% voor de hospitalisaties en 2,8 en 3,8% voor de doden omwille van Covid-19. De gemiddelde aandelen in de respons verschillen niet significant van deze in de populatie, en zijn bijgevolg een goede weerspiegeling van de Covid-19 cijfers in de populatie.

Bijkomende analyses laten zien dat voor ongeveer 14% van de WZC in de populatie (N= 117) meer dan de helft van de bewoners besmet¹² zijn geweest met Covid-19 in 2020 (niet in tabel). In de respons is dit percentage 16% (N= 50). Uit de focusgroepen kwam ook duidelijk naar voren dat de Coronacrisis niet alleen de bevolking en de overheden heeft overvallen maar ook de woonzorgcentra (bv. beschermingsmateriaal en testcapaciteit die in het begin van de crisis nog niet beschikbaar waren). Sommige WZC hebben de pech gehad om meteen in de beginperiode zwaar getroffen te zijn geweest. Ervaringen uit het werkveld tonen ook aan dat WZC soms ook pech hebben gehad door in een zwaar getroffen gemeente gelegen te zijn¹³.

¹² Gebaseerd op bevestigde gegevens, zonder de gegevens van mogelijke besmettingen op te nemen.

¹³ Universiteit Hasselt (2020). Corona treft Limburgse zorg- en welzijnsstatuut: ervaringen uit het werkveld, 1-80. https://www.uhasselt.be/Documents/faculteiten/geneeskunde/Ervaringen_uit_het_werkveld_web.pdf

Daar tegenover staat dat een groot aantal WZC weinig of nauwelijks getroffen zijn geweest door Covid-19 in 2020. Zo laat onderstaande tabel zien dat voor ongeveer één kwart van de WZC maximaal 2,1% van de bewoners besmet is geraakt. Bijkomend voor ongeveer één kwart van de WZC is maximaal 4,5% van het personeel besmet geraakt. Verder heeft ongeveer 17% (N= 135) van de WZC in de populatie geen enkele bevestigde besmetting gehad onder de bewoners in 2020, in de respons is dit percentage 13% (N= 42) (niet in tabel). Daarnaast heeft 9% van de WZC in de populatie geen besmetting gehad onder het personeel (N= 72) in 2020, in de respons is dit percentage 6% (N= 18) (niet in tabel).

Tabel 28 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) in WZC, gegevens populatie en respons

	Inclusief uitbijters				Exclusief uitbijters			
	Populatie		Respons		Populatie		Respons	
Gemiddeld aandeel (%)								
Besmettingen personeel	16,2 (N= 819)		17,1 (N= 318)		14,4 (N= 790)		14,8 (N= 303)	
Besmettingen bewoners	21,2 (N= 817)		22,5 (N= 316)		20,0 (N= 803)		21,4 (N= 311)	
Hospitalisaties bewoners	1,6 (N= 819)		1,6 (N= 318)		0,6 (N= 722)		0,7 (N= 278)	
Doden bewoners	3,5 (N= 819)		3,8 (N= 318)		2,8 (N= 782)		3,0 (N= 301)	
Categorieën gemiddeld aandeel besmettingen personeel	N	%	N	%	N	%	N	%
Kleiner of gelijk aan 4,5%	205	25,0	71	22,3	205	26,0	71	23,4
Van 4,5% tot en met 23,7%	410	50,1	164	51,6	410	51,9	164	54,1
Groter dan 23,7%	204	25,0	83	26,1	175	22,2	68	22,4
Categorieën gemiddeld aandeel besmettingen bewoners	N	%	N	%	N	%	N	%
Kleiner of gelijk aan 2,1%	204	25,0	71	22,5	204	25,4	71	22,8
Van 2,1% tot en met 34,4%	409	50,1	161	51,0	409	51,0	161	51,8
Groter dan 34,4%	204	25,0	84	26,6	190	23,7	79	25,4

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid)

2 Grootte van het woonzorgcentrum en Covid-19 cijfers

Volgens grootte van het woonzorgcentrum (per vestiging) zijn er significante verschillen in het gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners in de populatie, zo is het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners hoger bij grote WZC (vanaf 120 bewoners) dan bij kleine WZC (minder dan 60 bewoners), zie tabel 29. Dit verschil is ook aanwezig in de respons, hoewel niet significant¹⁴. Volgens grootte van het woonzorgcentrum zijn er geen significante verschillen in gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder het personeel, zowel niet in de respons als in de populatie.

Wat betreft het gemiddeld aandeel bevestigde doden gerelateerd aan Covid-19 vinden we in de populatie dat dit aandeel significant lager is in de kleine WZC (minder dan 60 bewoners) dan in de

¹⁴ Mogelijks vanwege een lager aantal WZC in de respons en vooral van kleine WZC met minder dan 60 bewoners.

grotere WZC. In lijn vinden we in de respons dat grote WZC (vanaf 120 bewoners) een hoger gemiddeld aandeel bevestigde doden heeft dan kleinere WZC (significant verschil indien de uitbijters voor aandeel bevestigde doden niet worden opgenomen in de analyses). Voor het gemiddeld aandeel bevestigde hospitalisaties gerelateerd aan Covid-19 vinden we geen verschillen volgens grootte van het woonzorgcentrum (m.u.v. randsignificant verschil in de populatie indien de uitbijters voor aandeel bevestigde hospitalisaties niet worden opgenomen in de analyses).

Tabel 29 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens grootte van het woonzorgcentrum (vestiging), gegevens populatie en respons

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Populatie	Respons	Populatie	Respons
<i>Bevestigde besmettingen personeel</i>				
Minder dan 60 bewoners	15,8 (N= 118)	19,2 (N= 28)	12,4 (N= 111)	12,9 (N= 25)
60 tot 119 bewoners	16,3 (N= 450)	16,2 (N= 180)	14,6 (N= 435)	14,6 (N= 174)
Meer dan 119 bewoners	16,7 (N= 227)	18,3 (N= 107)	15,4 (N= 220)	15,8 (N= 101)
<i>Bevestigde besmettingen bewoners</i>	*		**	
Minder dan 60 bewoners	16,8 (N= 118)	19,3 (N= 28)	14,9 (N= 115)	19,3 (N= 28)
60 tot 119 bewoners	21,7 (N= 448)	22,4 (N= 178)	20,3 (N= 439)	20,5 (N= 173)
Meer dan 119 bewoners	23,4 (N= 227)	24,0 (N= 107)	23,4 (N= 227)	24,0 (N= 107)
<i>Bevestigde hospitalisaties bewoners</i>			(*)	
Minder dan 60 bewoners	1,6 (N= 118)	1,8 (N= 28)	0,5 (N= 105)	0,5 (N= 24)
60 tot 119 bewoners	1,6 (N= 450)	1,5 (N= 180)	0,6 (N= 394)	0,7 (N= 158)
Meer dan 119 bewoners	1,7 (N= 227)	1,8 (N= 107)	0,8 (N= 200)	0,8 (N= 93)
<i>Bevestigde doden bewoners</i>	*		**	(*)
Minder dan 60 bewoners	2,4 (N= 118)	2,8 (N= 28)	2,2 (N= 117)	2,8 (N= 28)
60 tot 119 bewoners	3,8 (N= 450)	3,9 (N= 180)	2,8 (N= 421)	2,7 (N= 166)
Meer dan 119 bewoners	3,8 (N= 227)	4,1 (N= 107)	3,5 (N= 221)	3,7 (N= 104)

** Er is een significant verschil op 1% voor de verschillende categorieën. * Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) er is een significant verschil op 10%. Indien er significante verschillen zijn dan zijn de Pearson's correlaties tussen aantal bewoners en de respectievelijke Covid-19 uitkomstmaten ook significant. De Pearson's correlaties zijn wel lager dan 0,15 (tussen 0,10 en 0,14) wat wijst op een kleine positieve samenhang.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid)

Een mogelijke verklaring voor deze verschillen volgens grootte van het WZC dat werd aangehaald tijdens de focusgroepen, is dat er meer bewoners en personeel aanwezig zijn in grotere WZC waardoor er meer kans is op onderlinge contacten en bijgevolg ook meer kans op besmettingen (en hierbij ook Covid-19 gerelateerde doden) onder de bewoners. Een mogelijke veronderstelling dat grote WZC over meer expertise zouden bezitten (meer schaalvoordeel) om Covid-19 besmettingen tegen te gaan, kunnen we dus niet terugvinden in de data. De grootte van het woonzorgcentrum lijkt wel niet samen te hangen met het aantal besmettingen onder het personeel.

3 Organisatie van de leefgroepen en Covid-19 cijfers

Uit tabel 30 kan worden afgeleid dat WZC met grote leefgroepen (> 32 bewoners) al dan niet in combinatie met middelgrote (17-32 bewoners) of kleine (< 17 bewoners) leefgroepen een hoger gemiddeld aandeel bevestigde besmettingen hebben onder de bewoners en het personeel dan WZC zonder grote leefgroepen. Verder kan ook worden afgeleid dat WZC met grote leefgroepen (> 32 bewoners) een hoger gemiddeld aandeel Covid-19 gerelateerde doden hebben onder de bewoners dan WZC zonder grote leefgroepen, zie tabel 31. Bijkomend kennen WZC met enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners) beduidend minder Covid-19 gerelateerde doden dan WZC met andere combinaties qua grootte van de leefgroepen.

WZC met kleinschalige leefgroepen (48 WZC waarvan 9 enkel kleinschalige leefgroepen hebben), dat is leefgroepen met minder dan 13 bewoners, lijken weinig te verschillen van WZC zonder kleinschalige leefgroepen wat betreft het aandeel Covid-19 besmettingen (m.u.v. randsignificant verschil bij het personeel exclusief uitbijters), hospitalisaties (m.u.v. significant verschil inclusief uitbijters) of doden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in WZC met kleinschalige leefgroepen er ook andere leefgroepen aanwezig zijn die groter zijn (d.i. 29 van de 48 WZC (60%) hebben ook leefgroepen groter dan 17 bewoners). Bijkomend laten de weinige significante verschillen zien dat WZC met kleinschalige leefgroepen juist hogere Covid-19 cijfers hebben dan WZC zonder kleinschalige leefgroepen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat kleinschalige leefgroepen vaker bewoners hebben met dementie (d.i. 5,7% bewoners met zorgzwaarte D in de WZC met kleinschalige leefgroepen versus 3,9% in de WZC zonder kleinschalige leefgroepen, geen verschil volgens aandeel bewoners met zorgzwaarte C of Cd).

Tot slot lijkt het totaal aantal leefgroepen in een WZC niet samen te hangen met Covid-19 besmettingen, hospitalisaties of doden.

Tabel 30 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens aantal en grootte van de leefgroepen in WZC

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Bewoners	Personeel	Bewoners	Personeel
Aantal leefgroepen				
1-2 leefgroepen	22,4 (N= 38)	17,0 (N= 38)	16,7 (N= 35)	12,4 (N= 35)
3-5 leefgroepen	22,4 (N= 174)	17,4 (N= 176)	21,7 (N= 172)	15,0 (N= 167)
> 5 leefgroepen	22,7 (N= 104)	16,6 (N= 104)	22,7 (N= 104)	15,4 (N= 101)
Combinaties grootte van de leefgroepen	(*)	(*)		(*)
Enkel kleine (< 17)	17,5 (N= 60)	14,6 (N= 60)	17,5 (N= 60)	13,0 (N= 58)
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32)	22,2 (N= 79)	15,0 (N= 79)	21,4 (N= 78)	13,9 (N= 77)
Enkel middelgrote (17-32)	20,9 (N= 84)	17,3 (N= 84)	19,9 (N= 83)	14,0 (N= 81)
Grote (> 32) (al dan niet in combinatie met kleine en middelgrote)	27,5 (N= 93)	20,4 (N= 93)	25,5 (N= 90)	17,7 (N= 87)
Aanwezigheid kleinschalige leefgroepen (< 13)				(*)
Ja	26,5 (N= 48)	18,0 (N= 48)	23,9 (N= 46)	18,0 (N= 48)
Nee	21,8 (N= 268)	17,0 (N= 270)	21,0 (N= 265)	14,3 (N= 255)

(*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

Tabel 31 Gemiddeld aandeel bevestigde hospitalisaties en doden door Covid-19 onder de bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens aantal en grootte van de leefgroepen in WZC

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Hospitalisaties	Doden	Hospitalisaties	Doden
Aantal leefgroepen				
1-2 leefgroepen	1,1 (N= 38)	3,7 (N= 38)	0,5 (N= 35)	2,9 (N= 36)
3-5 leefgroepen	1,8 (N= 176)	4,0 (N= 176)	0,7 (N= 151)	3,0 (N= 165)
> 5 leefgroepen	1,6 (N= 104)	3,7 (N= 104)	0,8 (N= 92)	3,1 (N= 100)
Combinaties grootte van de leefgroepen		*		**
Enkel kleine (< 17)	1,6 (N= 60)	2,5 (N= 60)	0,5 (N= 52)	2,0 (N= 58)
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32)	1,5 (N= 79)	3,6 (N= 79)	0,9 (N= 69)	3,2 (N= 77)
Enkel middelgrote (17-32)	1,5 (N= 86)	3,7 (N= 86)	0,6 (N= 77)	2,6 (N= 80)
Grote (> 32) (al dan niet in combinatie met kleine en middelgrote)	1,9 (N= 93)	5,1 (N= 93)	0,9 (N= 80)	4,0 (N= 86)
Aanwezigheid kleinschalige leefgroepen (< 13)	*			
Ja	2,6 (N= 48)	4,3 (N= 48)	0,7 (N= 35)	3,3 (N= 45)
Nee	1,5 (N= 270)	3,8 (N= 270)	0,7 (N= 243)	3,0 (N= 256)

** Er is een significant verschil op 1% voor de verschillende categorieën. * Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

Uit onderstaande tabel 32, een tabel met zelfrapportagegegevens, kan opnieuw worden afgeleid dat er in grotere leefgroepen vaker en ook meer besmettingen zijn geweest onder de bewoners. Zo heeft 36% van de kleine leefgroepen geen enkele besmetting gehad onder de bewoners na maart 2020, terwijl dit aandeel slechts 12% is voor de grote leefgroepen. Voor 33% van de grote leefgroepen is meer dan de helft van de bewoners besmet geweest, terwijl dit aandeel slechts 16% is voor de kleine leefgroepen. Met andere woorden in een kleinere leefgroep is het gemakkelijker om de besmettingen te isoleren en om ervoor te zorgen dat het niet verder verspreid geraakt in de wooneenheid.

Tabel 32 Per grootte van de leefgroepen het aandeel leefgroepen met een bepaald aantal besmettingen bij de bewoners in WZC¹, gerapporteerd door de respondenten (rij %)

	Geen enkele bewoner binnen de leefgroep	1 tot enkele bewoners, maar minder dan de helft van de bewoners	De helft van de bewoners	Meer dan de helft van de bewoners maar niet alle bewoners	Alle bewoners binnen de leefgroep
Klein (< 17 bewoners) (N= 59)	36,3	32,2	10,2	16,2	5,1
Middelgroot (17-32 bewoners) (N= 99)	26,2	27,7	18,8	21,4	5,9
Groot (> 32 bewoners) (N= 43)	12,4	36,6	13,0	33,3	4,7

¹ Antwoorden op vraag 16: 'Kan u per grootte van de leefgroep een inschatting maken van het aantal leefgroepen met bewoners met een coronabesmetting na maart 2020?'. Antwoorden gecontroleerd voor het juist aantal leefgroepen per grootte dat werd opgegeven op vraag 1 in de bevraging.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

4 Organisatie van de teams en Covid-19 cijfers

4.1 Teamtypes

Uit tabel 33 kunnen we afleiden dat WZC met de volgende combinaties 'enkel type 2', 'type 2 gecombineerd met type 5 en/of 6' of 'type 2 gecombineerd met type 3 en/of 4' het laagst aandeel besmettingen hebben onder de bewoners (tussen 13% en 20%) en het personeel (tussen 8% en 16%). Het aandeel besmettingen voor deze drie combinaties zijn ook significant lager dan voor de andere mogelijke combinaties van teamtypes, indien deze worden samengenomen (zie combinaties teamtypes (3 cat.) in tabel). Opvallend is dat WZC met de combinatie 'type 2 gecombineerd met type 5 en/of 6' het minste aandeel besmettingen heeft (opgelet wel slechts 15 WZC), namelijk 13% onder de bewoners en 8% onder het personeel.

Er kan dus worden afgeleid dat WZC die multidisciplinaire teams hebben die zijn toegewezen aan slechts één leefgroep (type 2) en eventueel daarbij ook voldoende expertise hebben overkoepelend door teams ook centraal te hebben (type 5/6 ofwel type 3/4), het minste besmettingen hebben. Expertise opbouwen op basis van schaalvoordeel door overkoepelend groepen samen te brengen (type 5/6) maar met beperkte interactie tussen de verschillende leefgroepen (type 2), lijkt zelfs de beste arbeidsorganisatie als we kijken naar het aandeel besmettingen onder personeel en bewoners.

Tijdens de focusgroepen werd aangehaald dat kleine wooneenheden met vaste teams waarschijnlijk minder Covid-19 besmettingen hebben omwille van minder onderlinge contacten, het sneller kunnen schakelen (er is sprake van vlotte en snelle communicatie tussen werknemers en leidinggevenden) en omdat cohortering beter past binnen de dagelijkse werking.

'We hebben gezien dat grosso modo er minder uitbraken waren binnen kleinschalig genormaliseerd wonen dan in klassieke settings. Eén van de redenen zou kunnen zijn dat wij per definitie aan cohorteren doen, maar ook dat personeel maar aan één woonhuis verbonden is. De kans op een uitbraak wordt dus kleiner.'

‘Wat wij ervaren hebben als ik vergelijk met de collega’s, is dat in de IAO we sneller kunnen schakelen. Wat één van de typische dingen van IAO is een stuk eigenlijk alles naar primaire processen te krijgen, zijnde de relatie tussen de medewerker en bewoner. Het koken doen ze samen met bewoners, housekeeping ook. Dat zorgt ervoor dat een aantal lijnen wegvallen in communicatie en dat hebben wij gezien. Als wij beslisten om een mondk masker te dragen, dan werd dat beslist en een uur later uitgevoerd.’

‘Wat ik ook wel wil aanvullen is dat snel schakelen. Dat vind ik gekoppeld aan een IAO-traject, die teams zijn ook gewoon om vanuit een zekere autonomie te mogen handelen. Dat is een stuk dat IAO-principe voor mij, dat ze ook intern kunnen schakelen. Het heeft een paar uur geduurd voor ze een aparte kleedkamer hadden enz.’

WZC dat echter alle teamtypes kent (type 2 gecombineerd met type 3/4 en type 5/6) lijkt het hoogst gemiddeld aandeel besmettingen te hebben (opgelet wel slechts 15 WZC), namelijk 28% onder de bewoners en 18-24% onder het personeel. Deze bevinding is mogelijks te verklaren door de vele interacties, niet enkel binnen de leefgroep (type 2), maar ook tussen leefgroepen (type 3 en/of 4) en overkoepelend over het hele WZC (type 5 en/of 6). Andere combinaties die ook meer besmettingen lijken te hebben zijn ‘type 3 en/of 4’ en ‘alle combinaties met type 1’.

Tabel 33 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens teamtypes voor maart 2020 in WZC

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Bewoners	Personeel	Bewoners	Personeel
Combinaties teamtypes (8 cat.)				
Enkel type 2	20,0 (N= 79)	14,9 (N= 79)	19,0 (N= 78)	13,1 (N= 76)
Type 2 met type 3/4	18,8 (N= 31)	15,6 (N= 31)	18,8 (N= 31)	14,2 (N= 30)
Type 2 met type 3/4 en type 5/6	27,9 (N= 14)	24,3 (N= 15)	27,9 (N= 14)	18,3 (N= 13)
Type 2 met type 5/6	13,4 (N= 15)	8,1 (N= 15)	13,4 (N= 15)	8,1 (N= 15)
Type 3/4	25,5 (N= 100)	18,5 (N= 101)	25,5 (N= 100)	16,6 (N= 97)
Type 3/4 met type 5/6	19,5 (N= 12)	15,3 (N= 12)	19,5 (N= 12)	15,3 (N= 12)
Type 5/6	22,5 (N= 42)	18,5 (N= 42)	19,4 (N= 40)	14,4 (N= 39)
Combinaties met Type 1	26,9 (N= 23)	20,8 (N= 23)	21,2 (N= 21)	17,1 (N= 21)
Combinaties teamtypes (3 cat.)	(*)	*	(*)	*
Enkel type 2, type 2 met type 3/4 of type 2 met type 5/6	18,9 (N= 125)	14,2 (N= 125)	18,3 (N= 124)	12,7 (N= 121)
Type 2 met type 3/4 en type 5/6	27,9 (N= 14)	24,3 (N= 15)	27,9 (N= 14)	18,3 (N= 13)
Type 3/4, Type 3/4 met type 5/6, type 5/6 of combinaties met type 1	25,6 (N= 177)	18,6 (N= 178)	23,2 (N= 173)	16,1 (N= 169)

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

Voor het aandeel Covid-19 bevestigde hospitalisaties en doden onder de bewoners vinden we weinig tot geen verschillen volgens combinaties teamtypes, zie tabel 34. Het aandeel Covid-19 bevestigde doden onder de bewoners lijkt wel het hoogst te zijn voor WZC met de combinaties ‘type 3 en/of 4’ en ‘alle combinaties met type 1’.

Tabel 34 Gemiddeld aandeel bevestigde hospitalisaties en doden door Covid-19 onder de bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens teamtypes voor maart 2020 in WZC

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Hospitalisaties	Doden	Hospitalisaties	Doden
Combinaties teamtypes (8 cat.)				
Enkel type 2	1,4 (N= 79)	3,0 (N= 79)	0,7 (N= 73)	2,7 (N= 77)
Type 2 met type 3/4	1,8 (N= 31)	3,5 (N= 31)	0,6 (N= 25)	3,0 (N= 30)
Type 2 met type 3/4 en type 5/6	2,2 (N= 15)	3,6 (N= 15)	1,2 (N= 12)	2,7 (N= 14)
Type 2 met type 5/6	1,1 (N= 15)	2,4 (N= 15)	1,1 (N= 15)	2,4 (N= 15)
Type 3/4	1,7 (N= 101)	4,5 (N= 101)	0,6 (N= 86)	3,7 (N= 95)
Type 3/4 met type 5/6	1,4 (N= 12)	3,8 (N= 12)	0,7 (N= 11)	2,9 (N= 11)
Type 5/6	1,5 (N= 42)	3,7 (N= 42)	0,6 (N= 36)	2,1 (N= 38)
Combinaties met Type 1	2,6 (N= 23)	5,6 (N= 23)	0,8 (N= 20)	4,0 (N= 21)
Combinaties teamtypes (3 cat.)		(*)		
Enkel type 2, type 2 met type 3/4 of type 2 met type 5/6	1,4 (N= 125)	3,5 (N= 125)	0,7 (N= 113)	2,7 (N= 122)
Type 2 met type 3/4 en type 5/6	2,2 (N= 15)	3,6 (N= 15)	1,2 (N= 12)	2,7 (N= 14)
Type 3/4, Type 3/4 met type 5/6, type 5/6 of combinaties met type 1	1,7 (N= 178)	4,4 (N= 178)	0,7 (N= 153)	3,3 (N= 165)

(*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

4.2 Zelfsturende teams

4.2.1 Autonome medewerkers

Op basis van de totaalscore autonomie onder de medewerkers (hoe hoger de score, hoe autonomer de medewerkers¹⁵) kunnen we drie groepen onderscheiden: een groep van WZC waarbij de medewerkers een hoge mate van autonomie hebben (score > 40, 3^{de} kwartiel), een groep van WZC waarbij de medewerkers een middelhoge mate van autonomie hebben (24 < score ≤ 40) en een groep van WZC waarbij de medewerkers een lage mate van autonomie hebben (score ≤ 24, 1^{ste} kwartiel), zie tabel 35. Desalniettemin WZC met een hogere score op autonomie lijken minder besmettingen te hebben evenals hospitalisaties en doden, wel is het zo dat deze verschillen niet significant zijn (ook de Pearson's correlaties tussen de Covid-19 uitkomstmaten en de totaalscore autonome medewerkers zijn niet significant verschillend van nul).

¹⁵ Zie voor meer informatie over de berekening van de totaalscore autonome medewerkers in hoofdstuk 2, meer specifiek onderdeel 3.3.1.

Tabel 35 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens totaalscore autonome medewerkers in WZC

	Inclusief uitbijters	Exclusief uitbijters
Bevestigde besmettingen personeel		
Laag (score ≤ 24)	17,0 (N= 63)	15,9 (N= 62)
Middelhoog (24 < score ≤ 40)	17,7 (N= 104)	15,1 (N= 98)
Hoog (score > 40)	15,1 (N= 53)	14,3 (N= 52)
Bevestigde besmettingen bewoners		
Laag (score ≤ 24)	23,2 (N= 63)	21,1 (N= 61)
Middelhoog (24 < score ≤ 40)	24,4 (N= 103)	23,8 (N= 102)
Hoog (score > 40)	20,3 (N= 53)	18,9 (N= 52)
Bevestigde hospitalisaties bewoners		
Laag (score ≤ 24)	1,2 (N= 63)	0,7 (N= 58)
Middelhoog (24 < score ≤ 40)	1,7 (N= 104)	0,8 (N= 90)
Hoog (score > 40)	1,4 (N= 53)	0,5 (N= 46)
Bevestigde doden bewoners		
Laag (score ≤ 24)	3,6 (N= 63)	3,1 (N= 61)
Middelhoog (24 < score ≤ 40)	4,6 (N= 104)	3,5 (N= 96)
Hoog (score > 40)	3,4 (N= 53)	2,6 (N= 51)

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

4.2.2 Takenbreedte teams

Op basis van de totaalscore takenpakket onder de medewerkers (hoe hoger de score, hoe enger het takenpakket¹⁶) kunnen we drie groepen onderscheiden: een groep van WZC waarbij de teams een breed takenpakket hebben (score ≤ 13, 1^{ste} kwartiel), een groep van WZC waarbij de teams een gemiddeld takenpakket hebben (13 < score ≤ 18) en een groep van WZC waarbij de teams een eng takenpakket hebben (score >18, 3^{de} kwartiel), zie tabel 36. WZC met een eng takenpakket onder de medewerkers hebben meer bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners en het personeel dan WZC waarbij de medewerkers een breder takenpakket hebben (ongeveer een maximaal verschil van 10% en 6% respectievelijk). Met andere woorden, hoe meer takenvariatie onder de medewerkers, hoe minder besmettingen onder de bewoners en het personeel. Meer takenvariatie lijkt ook samen te hangen met minder bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden onder de bewoners.

¹⁶ Zie voor meer informatie over de berekening van de totaalscore takenbreedte teams in hoofdstuk 2, meer specifiek onderdeel 3.3.2.

Tabel 36 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens totaalscore takenpakket binnen de teams in WZC

	Inclusief uitbijters	Exclusief uitbijters
Bevestigde besmettingen personeel¹	(*)	(*)
Breed (score ≤ 13)	15,9 (N= 63)	12,5 (N= 59)
Gemiddeld (13 < score ≤ 18)	15,3 (N= 131)	14,6 (N= 129)
Eng (score > 18)	21,8 (N= 38)	18,4 (N= 35)
Bevestigde besmettingen bewoners	(*)	(*)
Breed (score ≤ 13)	19,4 (N= 63)	18,3 (N= 62)
Gemiddeld (13 < score ≤ 18)	20,9 (N= 130)	20,4 (N= 129)
Eng (score > 18)	30,3 (N= 38)	28,9 (N= 37)
Bevestigde hospitalisaties bewoners	*	
Breed (score ≤ 13)	1,1 (N= 63)	0,7 (N= 59)
Gemiddeld (13 < score ≤ 18)	1,4 (N= 131)	0,6 (N= 115)
Eng (score > 18)	2,5 (N= 38)	0,8 (N= 29)
Bevestigde doden bewoners	*	(*)
Breed (score ≤ 13)	3,5 (N= 63)	2,8 (N= 60)
Gemiddeld (13 < score ≤ 18)	3,3 (N= 131)	3,1 (N= 129)
Eng (score > 18)	5,5 (N= 38)	4,0 (N= 34)

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën.

¹Enkel de Pearson's correlatie tussen aandeel bevestigde besmettingen bij het personeel en de totaalscore takenpakket is significant positief ($r = 0,14$), maar opnieuw lager dan 0,15 wat wijst op een kleine positieve samenhang.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

Tijdens een focusgroep werd door een directeur van een WZC ook aangehaald dat een breed takenpakket onder het personeel als strategie werd gebruikt om de Covid-19 besmettingen in te perken. Door een breed takenpakket te hanteren, kunnen verschillende medewerkers inspringen in tijden van veel uitval bij het personeel.

'Flexibiliteit onder het personeel, zoals een breed takenpakket. Ergotherapeut ging mee wassen of iets dergelijks. Wij hebben zelfs eens 50 medewerkers in quarantaine gehad, maar altijd zorg kunnen blijven aanbieden, het onthaal ging ook eten geven.'

5 Korte samenvatting

Gemiddeld genomen heeft ongeveer één op de zeven personeelsleden binnen woonzorgcentra positief getest op Covid-19 in het jaar 2020 tegenover één op de vijf bewoners. Het gemiddeld aandeel bewoners dat gehospitaliseerd is geweest omwille van Covid-19 in 2020 ligt onder of rond de 2% en het gemiddeld aandeel dat gestorven is omwille van Covid-19 ligt onder of rond de 4%. Er zijn grote verschillen tussen de WZC met betrekking tot de Covid-19 cijfers voor het jaar 2020. Zo geldt voor ongeveer één op de zeven woonzorgcentra dat meer de helft van de bewoners besmet zijn geraakt in 2020, terwijl ongeveer één op de zeven woonzorgcentra geen enkele besmetting heeft gehad onder de bewoners.

De bevindingen uit dit hoofdstuk tonen ook aan dat bepaalde arbeidsorganisatiekenmerken samenhangen met de Covid-19 cijfers, zoals de grootte van het woonzorgcentrum (per vestiging), de grootte van de leefgroepen, de teamtypes evenals de breedte van het takenpakket van de medewerkers binnen de teams. Het gemiddeld aandeel bevestigde besmettingen en doden onder de bewoners is hoger voor grotere WZC (vanaf 120 bewoners) dan voor kleinere WZC. Daarnaast zijn er minder bevestigde besmettingen geweest onder de bewoners en personeel en minder doden onder de bewoners in 2020 bij WZC met kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) en innovatieve organisatievormen. Dit laatste zijn WZC die vaste multidisciplinaire teams per leefgroep (type 2) hebben al dan niet gecombineerd met mono- of multidisciplinaire teams die aan meerdere leefgroepen zorg verlenen (type 3/4 of type 5/6). Ten slotte worden innovatieve organisatievormen ook gekenmerkt door teams met een grote takenvariatie onder de medewerkers. Hoe hoger de takenvariatie onder de medewerkers, hoe minder bevestigde besmettingen, hospitalisaties en doden onder de bewoners en bevestigde besmettingen onder het personeel.

Hoofdstuk 4

Andere kenmerken van woonzorgcentra en Covid-19 cijfers

Naast de arbeidsorganisatiekenmerken van woonzorgcentra zijn er logischerwijs nog andere kenmerken die kunnen samenhangen met de Covid-19 cijfers. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan bepaalde kenmerken van de bewoners (leeftijd en zorgzwaarte), de evaluatie van de opvolging van infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen voor het personeel, de regio (provincie) waarin het woonzorgcentrum is gelegen en het statuut van het woonzorgcentrum¹⁷. Indien we voor deze kenmerken ook verschillen vinden in de Covid-19 cijfers toont dit de validiteit aan van de datasets. Daarnaast kunnen deze kenmerken ook als controlevariabelen worden opgenomen om de relatieve bijdrage van de arbeidsorganisatiekenmerken in het voorspellen van de Covid-19 cijfers na te gaan (zie Hoofdstuk 5). Voor bepaalde kenmerken, meer specifiek de regio waarin het woonzorgcentrum is gelegen (provincie van de vestiging), de leeftijd en zorgzwaarte van de bewoners en het statuut van het woonzorgcentrum zijn de verschillen in Covid-19 cijfers ook nagegaan in de populatie (d.i. de uitgebreide dataset van het agentschap Zorg en Gezondheid) en niet enkel in de respons (de WZC die hebben deelgenomen aan deze studie). Opnieuw sluiten we af met een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

1 Kenmerken van de bewoners

In lijn met de globale verwachting bij een virale epidemie verwachten we dat hoe ouder de bewoners zijn en hoe meer zorgzwaarte ze hebben, er meer sprake is van besmettingen, hospitalisatie en doden onder de bewoners in het woonzorgcentrum. Indien we deze bevindingen ook in deze studie vaststellen, toont dit de validiteit aan van de gegevens die werden gebruikt voor deze studie.

1.1 Leeftijd van de bewoners

Op basis van de verdeling van het aandeel bewoners ouder dan 89 jaar¹⁸ in de populatie hebben we drie categorieën van WZC aangemaakt: WZC met minder of 35% van de bewoners ouder dan 89 jaar (1^{ste} kwartiel), WZC tussen 35% en 46% van de bewoners ouder dan 89 jaar en WZC vanaf 46% van de bewoners ouder dan 89 jaar (3^{de} kwartiel), zie tabel 37.

Volgens aandeel bewoners ouder dan 89 jaar zijn er geen verschillen in gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder het personeel en de bewoners in zowel de populatie als in de respons. Voor het aandeel bevestigde doden en hospitalisaties gerelateerd aan Covid-19 zijn er ook geen verschillen volgens aandeel bewoners ouder dan 89 jaar (m.u.v. hospitalisaties die lager liggen in de populatie - exclusief uitbijters - indien er sprake is van een hoog aandeel bewoners ouder dan 89 jaar).

¹⁷ Daarnaast spelen er natuurlijk nog andere factoren een rol, zoals de evolutie in de maatregelen die werden opgelegd door de overheden en de mate waarin deze maatregelen worden opgevolgd door de woonzorgcentra (bv. het bezoekersverbod en de quarantaineregels), de mate waarin er werd geventileerd en verlucht, etc.

¹⁸ Een leeftijdsgrens die ook wordt gehanteerd in de rapporten van Zorg en Gezondheid.

Tabel 37 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens aandeel bewoners ouder dan 89 jaar in WZC, gegevens populatie en respons

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Populatie	Respons	Populatie	Respons
Bevestigde besmettingen personeel				
Minder of gelijk aan 35%	16,1 (N= 190)	16,9 (N= 67)	14,8 (N= 185)	14,9 (N= 64)
Tussen 35% en 46%	17,1 (N= 389)	16,7 (N= 162)	15,1 (N= 373)	14,8 (N= 155)
Vanaf 46%	15,4 (N= 212)	18,4 (N= 85)	13,2 (N= 204)	15,0 (N= 80)
Bevestigde besmettingen bewoners				
Minder of gelijk aan 35%	21,9 (N= 190)	23,5 (N= 67)	21,5 (N= 189)	22,4 (N= 66)
Tussen 35% en 46%	22,7 (N= 389)	22,9 (N= 162)	21,5 (N= 382)	21,7 (N= 159)
Vanaf 46%	18,9 (N= 210)	21,5 (N= 83)	17,5 (N= 206)	20,7 (N= 82)
Bevestigde hospitalisaties bewoners				
Minder of gelijk aan 35%	1,8 (N= 190)	1,8 (N= 67)	0,7 (N= 165)	0,7 (N= 58)
Tussen 35% en 46%	1,7 (N= 389)	2,0 (N= 162)	0,7 (N= 344)	0,8 (N= 142)
Vanaf 46%	1,5 (N= 212)	1,6 (N= 85)	0,5 (N= 187)	0,7 (N= 75)
Bevestigde doden bewoners				
Minder of gelijk aan 35%	3,3 (N= 190)	3,6 (N= 67)	3,2 (N= 189)	3,3 (N= 66)
Tussen 35% en 46%	3,9 (N= 389)	3,9 (N= 162)	2,9 (N= 362)	2,8 (N= 150)
Vanaf 46%	3,2 (N= 212)	4,0 (N= 85)	2,6 (N= 204)	3,2 (N= 81)

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. Er werden geen significante Pearson's correlaties gevonden.

Bron: VSB-gegevens en Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid)

1.2 Zorgzwaarte van de bewoners

Op basis van de verdeling van het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (C, Cd en D) in de populatie hebben we drie categorieën aangemaakt: WZC met minder of 40% van de bewoners met een hoge zorgzwaarte (1^{ste} kwartiel), WZC tussen 40% en 57% van de bewoners met een hoge zorgzwaarte en WZC vanaf 57% van de bewoners met een hoge zorgzwaarte (3^{de} kwartiel), zie tabel 38.

Volgens aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (C, Cd en D), zijn er (rand)significante verschillen in de populatie en in de respons: woonzorgcentra met een hoger aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (C, Cd en D) hebben een hoger gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden onder de bewoners dan woonzorgcentra met een lager aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte¹⁹. Het gaat om een minimum verschil van 5% en een maximum verschil van 9% (respons datafile exclusief uitbijters) voor het aandeel besmettingen, een minimum verschil van 0,3% en een maximum verschil van 1,1% voor het aandeel hospitalisaties en een minimum verschil van 1% en een maximum verschil van 1,4% voor het aandeel doden. Voor het aandeel bevestigde

¹⁹ Dezelfde bevindingen komen naar voren als er wordt gekeken naar het aandeel bewoners binnen afhankelijkheids categorie C en Cd (d.w.z. zonder categorie D in rekening te brengen). Bijkomend zijn er significante verschillen voor bevestigde Covid-19 besmettingen onder het personeel: hoe hoger het aandeel bewoners binnen C en Cd, hoe hoger het aandeel besmettingen onder het personeel.

besmettingen onder het personeel vinden we enkel in de populatie een randsignificant verschil ($p < .10$), waarbij een hoger aandeel bewoners binnen C, Cd en D samenhangt met een hoger aandeel bevestigde besmettingen onder het personeel (wanneer de uitbijters niet worden opgenomen).

Tabel 38 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (C, Cd en D) in WZC, gegevens populatie en respons

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Populatie	Respons	Populatie	Respons
Bevestigde besmettingen personeel			(*)	
Minder of gelijk aan 40%	15,4 (N= 206)	14,2 (N= 61)	13,5 (N= 199)	13,3 (N= 60)
Tussen 40% en 57%	16,0 (N= 394)	17,5 (N= 166)	14,1 (N= 380)	14,8 (N= 157)
Vanaf 57%	18,3 (N= 191)	18,7 (N= 87)	16,4 (N= 183)	16,1 (N= 82)
Bevestigde besmettingen bewoners¹	(*)		*	
Minder of gelijk aan 40%	19,6 (N= 206)	18,5 (N= 61)	17,8 (N= 201)	16,1 (N= 59)
Tussen 40% en 57%	20,8 (N= 393)	22,3 (N= 165)	19,9 (N= 388)	21,6 (N= 163)
Vanaf 57%	25,0 (N= 190)	26,3 (N= 86)	24,3 (N= 188)	25,4 (N= 85)
Bevestigde hospitalisaties bewoners	*		*	
Minder of gelijk aan 40%	1,4 (N= 206)	1,2 (N= 61)	0,5 (N= 186)	0,6 (N= 55)
Tussen 40% en 57%	1,5 (N= 394)	1,4 (N= 166)	0,7 (N= 355)	0,7 (N= 151)
Vanaf 57%	2,2 (N= 191)	2,3 (N= 87)	0,8 (N= 155)	1,0 (N= 69)
Bevestigde doden bewoners¹	(*)		*	
Minder of gelijk aan 40%	3,1 (N= 206)	3,4 (N= 61)	2,4 (N= 197)	2,2 (N= 57)
Tussen 40% en 57%	3,5 (N= 394)	3,7 (N= 166)	2,9 (N= 379)	3,1 (N= 159)
Vanaf 57%	4,2 (N= 191)	4,5 (N= 87)	3,4 (N= 179)	3,6 (N= 81)

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) er is een significant verschil op 10%.

¹ De Pearson's correlaties in de respons tussen aandeel bevestigde besmettingen en doden bij de bewoners enerzijds en aandeel bewoners met een zware zorgzwaarte zijn significant positief (correlaties tussen 0,11 en 0,12), maar opnieuw lager dan 0,15 wat wijst op een kleine positieve samenhang.

Bron: VSB-gegevens en Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid)

2 Beoordeling van het volgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen voor het personeel

De respondenten konden aangeven in welke mate ze tevreden waren over het volgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties door het personeel, de familie en de bewoners. Voor de drie vragen konden ze een antwoord geven op een 5-punten schaal van helemaal oneens (score 1) tot helemaal eens (score 5)²⁰. De gemiddelde score voor de drie antwoorden samen (interne consistentie was voldoende hoog, namelijk Cronbach's alfa van

²⁰ Score 1: helemaal oneens; score 2: oneens, score 3: noch eens, noch oneens, score 4: eens en score 5: helemaal eens.

0,74) bedroeg 4,1. Een score groter of gelijk aan 4 werd gedefinieerd als een positieve beoordeling en een score kleiner dan 3 als een negatieve beoordeling.

Indien men vindt dat de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen goed in acht werden genomen (een positieve beoordeling door de respondent) dan lijkt het gemiddeld aandeel bevestigde besmettingen en doden onder de bewoners lager te zijn dan wanneer men een neutraal oordeel geeft (respectievelijk, 20% versus 29% en 3% versus 4%, respons datafile exclusief uitbijters), zie tabel 39. Wel opvallend is dat woonzorgcentra die een negatieve beoordeling geven weinig verschillen van woonzorgcentra die een positieve beoordeling geven met betrekking tot het aandeel besmettingen en doden onder de bewoners.

Tabel 39 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens beoordeling van het volgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen in WZC

	Inclusief uitbijters	Exclusief uitbijters
Bevestigde besmettingen personeel		
Positief (score ≥ 4)	16,2 (N= 170)	13,8 (N= 162)
Neutraal (score 3)	19,0 (N= 50)	18,2 (N= 49)
Negatief (score <3)	17,8 (N= 98)	14,8 (N= 92)
Bevestigde besmettingen bewoners		
Positief (score ≥ 4)	20,7 (N= 169)	19,5 (N= 166)
Neutraal (score 3)	28,8 (N= 50)	28,8 (N= 50)
Negatief (score <3)	22,4 (N= 97)	21,0 (N= 95)
Bevestigde hospitalisaties bewoners		
Positief (score ≥ 4)	1,5 (N= 170)	0,6 (N= 147)
Neutraal (score 3)	1,5 (N= 50)	0,8 (N= 45)
Negatief (score <3)	2,0 (N= 98)	0,9 (N= 86)
Bevestigde doden bewoners		
Positief (score ≥ 4)	3,5 (N= 170)	2,8 (N= 162)
Neutraal (score 3)	4,9 (N= 50)	4,3 (N= 48)
Negatief (score <3)	3,8 (N= 98)	2,8 (N= 91)

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. De negatieve Pearson's correlaties zijn echter niet significant, enkel randsignificant, wat wijst op een kleine negatieve samenhang.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

De respondenten konden ook aangeven in welke mate ze tevreden waren over de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) (bv. mondmaskers, schorten, handschoenen en handontsmettingsmiddelen) voor de medewerkers na maart 2020 tot en met de start van de vaccinatie ²¹. Ze konden een antwoord geven op een 5-punten schaal van heel ontevreden (score 1) tot heel tevreden (score 5) ²². De gemiddelde score bedroeg 3,6. Een score groter of gelijk aan 4 werd gedefinieerd als een positieve beoordeling en een score kleiner dan 3 als een negatieve beoordeling.

²¹ Men dient hier wel op te merken dat de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voornamelijk beperkt was in het begin van de crisis.

²² Score 1: heel ontevreden; score 2: ontevreden, score 3: neutraal, score 4: tevreden en score 5: heel tevreden.

Indien men positief (tevreden of heel tevreden) was over de toegang tot PBM voor het personeel, dan ligt het gemiddeld aandeel bevestigde besmettingen en doden onder de bewoners ook lager dan wanneer men een neutraal oordeel hierover had (respectievelijk, 21% versus 30% en 3% versus 5%, respons datafile inclusief uitbijters), zie tabel 40.

Tabel 40 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens beoordeling van toegang tot PBM voor het personeel in WZC

	Inclusief uitbijters	Exclusief uitbijters
Bevestigde besmettingen personeel		
Positief (score ≥ 4)	16,5 (N= 139)	13,7 (N= 131)
Neutraal (score 3)	19,3 (N= 43)	17,6 (N= 42)
Negatief (score <3)	15,4 (N= 43)	15,4 (N= 43)
Bevestigde besmettingen bewoners		
	(*)	(*)
Positief (score ≥ 4)	20,5 (N= 138)	19,5 (N= 136)
Neutraal (score 3)	29,5 (N= 43)	28,2 (N= 42)
Negatief (score <3)	22,3 (N= 43)	22,3 (N= 43)
Bevestigde hospitalisaties bewoners		
Positief (score ≥ 4)	1,6 (N= 139)	0,7 (N= 121)
Neutraal (score 3)	1,5 (N= 43)	0,9 (N= 38)
Negatief (score <3)	1,4 (N= 43)	0,5 (N= 37)
Bevestigde doden bewoners		
	(*)	
Positief (score ≥ 4)	3,3 (N= 139)	2,9 (N= 136)
Neutraal (score 3)	5,0 (N= 43)	4,0 (N= 40)
Negatief (score <3)	4,6 (N= 43)	3,3 (N= 39)

(*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën. De negatieve Pearson's correlaties zijn echter niet (rand)significant, wat wijst op een kleine negatieve samenhang.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

3 Statuut van het WZC

Uit tabel 41 komt naar voren dat het gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder het personeel niet significant verschilt naargelang het statuut van het WZC. Het gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners daarentegen verschilt wel naargelang het statuut van het WZC. Meer bepaald ligt het gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners in 2020 significant hoger in non-profit WZC (openbaar en VZW non-profit) dan in profit WZC (commercieel en VZW profit) en vooral in vergelijking met de commerciële WZC. Het gaat om een verschil in aandeel besmettingen onder de bewoners van maximaal 7% in de populatie en 11% in de respons (d.i. exclusief uitbijters).

Naast het hoger gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners in non-profit WZC, vinden we dat het gemiddeld aandeel aan Covid-19 toegewezen hospitalisaties en sterfte onder de bewoners ook hoger is in non-profit WZC dan in profit WZC. Deze verschillen liggen in lijn met de bevinding uit een studie van de socialistische mutualiteiten dat commerciële woonzorgcentra

minder oversterfte hebben gekend dan openbare woonzorgcentra en VZW's tijdens de lockdown in 2020 (16 maart – 10 mei 2020)²³.

Tabel 41 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden bij bewoners en besmettingen bij personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens statuut WZC, gegevens populatie en respons

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Populatie	Respons	Populatie	Respons
<i>Bevestigde besmettingen personeel</i>				
Openbaar – non profit	16,9 (N= 218)	18,0 (N= 111)	15,7 (N= 212)	15,6 (N= 105)
VZW – non profit	17,3 (N= 329)	18,1 (N= 135)	14,8 (N= 313)	16,0 (N= 129)
VZW – profit	15,0 (N= 96)	11,3 (N= 24)	13,3 (N= 93)	11,3 (N= 24)
Commercieel – profit	14,2 (N= 150)	15,8 (N= 44)	12,7 (N= 146)	11,7 (N= 41)
<i>Bevestigde besmettingen bewoners</i>	*		*	(*)
Openbaar – non profit	23,1 (N= 217)	23,7 (N= 110)	22,8 (N= 216)	23,2 (N= 109)
VZW – non profit	22,7 (N= 328)	23,8 (N= 134)	21,2 (N= 321)	22,7 (N= 132)
VZW – profit	19,9 (N= 96)	20,5 (N= 24)	17,6 (N= 93)	20,5 (N= 24)
Commercieel – profit	16,9 (N= 150)	16,1 (N= 44)	16,0 (N= 148)	12,3 (N= 42)
<i>Bevestigde hospitalisaties bewoners</i>	*		*	
Openbaar – non profit	2,0 (N= 218)	2,0 (N= 111)	0,8 (N= 185)	0,9 (N= 95)
VZW – non profit	1,8 (N= 329)	1,6 (N= 135)	0,7 (N= 285)	0,7 (N= 117)
VZW – profit	1,1 (N= 96)	0,8 (N= 24)	0,7 (N= 89)	0,6 (N= 23)
Commercieel – profit	1,1 (N= 150)	1,1 (N= 44)	0,4 (N= 139)	0,4 (N= 40)
<i>Bevestigde doden bewoners</i>	*		*	(*)
Openbaar – non profit	3,8 (N= 218)	3,9 (N= 111)	3,3 (N= 210)	3,4 (N= 107)
VZW – non profit	4,0 (N= 329)	4,3 (N= 135)	3,1 (N= 309)	3,2 (N= 125)
VZW – profit	3,1 (N= 96)	3,6 (N= 24)	2,7 (N= 93)	3,2 (N= 23)
Commercieel – profit	2,6 (N= 150)	2,6 (N= 44)	2,1 (N= 145)	1,7 (N= 42)

* Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) er is een significant verschil op 10%.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid)

Om de verschillen volgens statuut te kunnen verklaren, hebben we bijkomende analyses uitgevoerd naar de verschillen tussen non-profit en profit WZC in arbeidsorganisatie en andere relevante kenmerken (zie bijlage 1 voor de tabellen). Hierbij zijn er verschillende mogelijke factoren die een rol kunnen spelen, waarvan sommige zaken ook werden aangehaald tijdens de focusgroepen en de vergaderingen met de stuurgroep:

- Er zijn in verhouding minder grote woonzorgcentra (meer dan 119 bewoners) en meer kleinere WZC in profit dan in non-profit WZC (respectievelijk, 13% versus 40% en 21% versus 5%);
- Het gemiddeld totaal aantal leefgroepen ligt lager in profit dan in non-profit WZC (3 versus 5 leefgroepen). Hoewel de leefgroepen in profit WZC vaak groter zijn dan in non-profit WZC (leefgroep van meer dan 50 bewoners: 12% versus 1%) zien we dat de leefgroepen in verhouding vaker meer ruimtelijk gescheiden zijn van de andere leefgroepen in profit dan

²³ <https://corporate.devoorzorg-bondmoyson.be/pers/meer-oversterfte-door-corona-bij-kwetsbare-groepen/>

in non-profit WZC (mogelijke verklaring hiervoor is dat de profit sector een vrij jonge sector is en vaker beschikt over een vernieuwde infrastructuur);

- In profit WZC komen teamtype 2 (32% versus 48%), teamtype 3 (19% versus 32%) en teamtype 4 (19% versus 33%) minder voor, terwijl teamtype 6 meer voorkomt (25% versus 12%) dan in non-profit WZC. Deze bevindingen spreken in het voordeel van non-profit WZC met betrekking tot innovatieve arbeidsorganisatie en zijn bijgevolg geen verklaring voor het hebben van betere cijfers in profit WZC.
- Hoewel het verschil niet significant is, lijkt preventieve kamerquarantaine verhoudingsgewijs meer te zijn toegepast in profit dan in niet-profit WZC (74% versus 63%). Niettegenstaande vinden we wel niet dat preventieve kamerquarantaine samenhangt met minder besmettingen onder de bewoners (er lijkt zelfs eerder een link te zijn met meer besmettingen, niet weergegeven in een tabel²⁴);
- Profit WZC waren iets meer tevreden over de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor het personeel tijdens de Covid-19 pandemie in het jaar 2020 dan non-profit WZC (76% versus 58%);
- Het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (C, Cd en D) ligt lager in profit WZC dan in non-profit WZC. Hierbij aansluitend is het gemiddeld aandeel bewoners met zorgzwaarte Cd (zwaar zorgafhankelijk bij bewoners met dementie) lager in profit WZC dan in non-profit WZC (28% versus 35%).

Naast deze mogelijke verklaringen, zijn er nog andere mogelijke factoren die een rol kunnen spelen in het verklaren van de verschillen in Covid-19 cijfers (bv. personeelsbezetting). Daarnaast is het belangrijk om te melden dat de cijfers in tabel 41 enkel iets zeggen over verschillen in Covid-19 cijfers onder de bewoners en niets over de verschillen in de zorg- en levenskwaliteit van de bewoners in het jaar 2020.

4 Regio (provincie van de vestiging) van het WZC

Onderstaande tabel 42 laat zien dat indien het woonzorgcentrum gelegen is in Limburg, het gemiddeld aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners en het personeel voor het jaar 2020 significant lager ligt dan indien het WZC is gelegen in de andere provincies (significante verschillen aanwezig in zowel de populatie als in de respons). In de respons (maar in mindere mate in de populatie), lijkt dit ook te gelden voor de provincie Vlaams-Brabant. Het gemiddeld aandeel bevestigde doden gerelateerd aan Covid-19 onder de bewoners lijkt ook lager te zijn voor woonzorgcentra gelegen in Limburg in vergelijking met de woonzorgcentra gelegen in andere provincies.

²⁴ Om meer zicht te krijgen op de samenhang tussen het toepassen van preventieve kamerquarantaine en het aantal Covid-19 besmettingen onder de bewoners is verder onderzoek aangewezen.

Tabel 42 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel en bevestigde Covid-19 hospitalisaties en doden bij bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens provincie van de vestiging, gegevens populatie en respons

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Populatie	Respons	Populatie	Respons
Bevestigde besmettingen personeel	**	*	**	**
Antwerpen	17,0 (N= 211)	18,4 (N= 64)	17,0 (N= 211)	16,9 (N= 62)
Limburg	10,3 (N= 95)	12,0 (N= 36)	10,3 (N= 95)	9,2 (N= 34)
Oost-Vlaanderen	18,4 (N= 188)	19,6 (N= 88)	18,4 (N= 188)	17,7 (N= 84)
Vlaams-Brabant	15,6 (N= 146)	13,1 (N= 51)	15,6 (N= 146)	12,2 (N= 50)
West-Vlaanderen	17,4 (N= 155)	18,4 (N= 76)	17,4 (N= 155)	14,4 (N= 70)
Bevestigde besmettingen bewoners	**	(*)	**	**
Antwerpen	22,9 (N= 211)	24,2 (N= 64)	22,3 (N= 209)	23,2 (N= 63)
Limburg	14,9 (N= 95)	16,8 (N= 36)	11,6 (N= 91)	12,4 (N= 34)
Oost-Vlaanderen	25,2 (N= 187)	27,2 (N= 87)	24,2 (N= 184)	26,5 (N= 86)
Vlaams-Brabant	19,3 (N= 146)	16,8 (N= 51)	17,8 (N= 143)	15,4 (N= 50)
West-Vlaanderen	20,9 (N= 154)	22,9 (N= 75)	20,9 (N= 154)	22,9 (N= 75)
Bevestigde hospitalisaties bewoners				
Antwerpen	1,5 (N= 211)	1,5 (N= 64)	0,6 (N= 186)	0,5 (N= 56)
Limburg	1,3 (N= 95)	1,3 (N= 36)	0,6 (N= 88)	0,6 (N= 33)
Oost-Vlaanderen	2,0 (N= 188)	2,0 (N= 88)	0,7 (N= 158)	0,8 (N= 73)
Vlaams-Brabant	1,4 (N= 146)	1,3 (N= 51)	0,6 (N= 131)	0,6 (N= 45)
West-Vlaanderen	1,8 (N= 155)	1,8 (N= 76)	0,7 (N= 136)	1,0 (N= 68)
Bevestigde doden bewoners	*		(*)	(*)
Antwerpen	4,3 (N= 211)	4,6 (N= 64)	3,3 (N= 197)	3,2 (N= 58)
Limburg	2,6 (N= 95)	2,7 (N= 36)	2,3 (N= 93)	2,2 (N= 35)
Oost-Vlaanderen	3,8 (N= 188)	4,4 (N= 88)	3,1 (N= 179)	3,7 (N= 84)
Vlaams-Brabant	3,0 (N= 146)	3,1 (N= 51)	2,5 (N= 141)	2,0 (N= 48)
West-Vlaanderen	3,3 (N= 155)	3,8 (N= 76)	2,7 (N= 149)	3,2 (N= 73)

** Er is een significant verschil op 1% voor de verschillende categorieën. * Er is een significant verschil op 5% voor de verschillende categorieën. (*) er is een significant verschil op 10%.

Bron: VSB-gegevens en Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid)

De bevinding dat de Covid-19 cijfers lager zijn voor WZC in Limburg in vergelijking met andere provincies ligt niet in lijn met eerdere bevindingen die aantoonde dat de oversterfte hoger was in Limburg tijdens de lockdown in 2020 (16 maart – 10 mei 2020)²⁵ en ook de Covid-19 sterfte in maart-mei 2020²⁶. Bijkomende analyses binnen deze studie bevestigen inderdaad dat in het voorjaar van 2020 het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners (rand)significant hoger is in Limburg (populatie: 3,2% in mei; respons: 2,0% in april) dan in de andere provincies (populatie: tussen 1,2% en 1,9% in mei; respons: tussen 0,9% en 1,7% in april). Hetzelfde geldt voor het aandeel bevestigde Covid-19 gerelateerde doden, waarbij dit aandeel in april significant hoger is in Limburg (0,7% in populatie en 0,9% in respons) dan in de andere provincies (tussen 0,3% en 0,4% in populatie en tussen 0,2% en 0,4% in respons). Niettegenstaande lijkt in het najaar de situatie omgekeerd te zijn. Zo is het aandeel

²⁵ Studie van de socialistische mutualiteiten: <https://corporate.devoorzorg-bondmoisson.be/pers/meer-oversterfte-door-corona-bij-kwetsbare-groepen/>

²⁶ Studie agentschap Zorg en Gezondheid: <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1595386>

bevestigde besmettingen onder de bewoners in de maanden oktober-november juist (rand)significant lager in Limburg (populatie: 1,1% in oktober en 5,4% in november; respons: 1,2% in oktober en 7,2% in november) dan in de andere provincies (populatie: tussen 4,0% en 5,1% in oktober en tussen 6,9% en 11,2% in november; respons: tussen 2,7% en 6,5% in oktober en tussen 6,5% (Vlaams-Brabant) en 13,2% in november). Hetzelfde geldt voor het aandeel bevestigde doden onder de bewoners, waarbij dit aandeel in het najaar significant lager is in Limburg (populatie: 0% in oktober en 0,5% in november; respons: 0% in oktober) dan in de andere provincies (populatie: tussen 0,1% en 0,4% in oktober en tussen 1,2% en 1,8% in november; respons: tussen 0,1% en 0,5% in oktober). Deze bevindingen tonen aan dat voor het hele jaar 2020 de Covid-19 crisis in Limburgse WZC in vergelijking met WZC in de andere provincies minder hard heeft toegeslagen en dit terwijl ze een minder goede periode hebben gehad in het begin van de Covid-19 crisis.

Om de verschillen volgens regio te kunnen verklaren, hebben we opnieuw enkel bijkomende analyses uitgevoerd. Meer specifiek zijn we gaan kijken naar verschillen tussen de provincies met betrekking tot het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (C, Cd en D), de grootte en het statuut van WZC, zie tabel 43. Het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte is niet significant lager in Limburg en Vlaams-Brabant in vergelijking met de andere provincies (m.u.v. West-Vlaanderen), maar het aandeel grote WZC (vanaf 120 bewoners) ligt wel beduidend lager in Limburg (en Vlaams-Brabant in de populatie) terwijl het aandeel profit WZC (commerciële WZC en profit VZW's samengenomen) hoger ligt in Limburg (en Vlaams-Brabant in de populatie) dan in de andere provincies. In het volgende hoofdstuk gaan we echter verder analyseren of de verschillen volgens provincie overeind blijven wanneer we controleren voor statuut en grootte van het woonzorgcentrum.

Tabel 43 Verschillen tussen de provincies volgens aandeel bewoners met hoge zorgzwaarte (C, Cd en D), grootte en statuut van WZC, gegevens populatie en respons

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen
Populatie (%)					
Bewoners hoge zorgzwaarte (C, Cd en D) **	44,7	44,9	48,8	45,9	55,6
Grootte WZC maart 2020 (*)					
Minder dan 60 bewoners	15,6	11,6	16,5	15,1	13,5
60 tot 119 bewoners	52,6	70,5	53,2	61,6	52,9
Meer dan 119 bewoners	31,8	17,9	30,3	23,3	33,5
Profit WZC **	33,8	47,9	22,0	40,3	16,4
Respons (%)					
Bewoners hoge zorgzwaarte (C, Cd en D) **	46,5	46,2	50,5	48,4	56,1
Grootte WZC maart 2020					
Minder dan 60 bewoners	10,9	5,5	9,1	7,8	9,2
60 tot 119 bewoners	60,9	75,0	50,0	62,7	50,0
Meer dan 119 bewoners	28,1	19,4	40,9	29,4	40,8
Profit WZC **	28,6	41,7	14,0	25,5	11,8

** Er is een significant verschil op 1% voor de verschillende categorieën. (*) er is een significant verschil op 10%.

Bron: VSB-gegevens en Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid)

5 Korte samenvatting

In lijn met de globale verwachting bij een virale epidemie, vinden we dat voor WZC met een hoger aandeel kwetsbare bewoners de Covid-19 cijfers voor 2020 relatief minder goed zijn. Meer specifiek, WZC waarbij meer dan 56% van de bewoners een hoge zorgzwaarte hebben of binnen de afhankelijkheidscategorieën C, Cd en D vallen, vertonen het hoogste aandeel bevestigde besmettingen, hospitalisaties en doden onder de bewoners (zowel in de populatie als in de respons). De Covid-19 cijfers voor 2020 van WZC met een hoog aandeel (d.i. meer dan 46%) bewoners die 90 jaar zijn of ouder verschillen wel niet met die van WZC met een lager aandeel bewoners van die leeftijd.

Verder hangt een positieve beoordeling door de respondenten van het opvolgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen door zowel het personeel, de bewoners als hun familie samen met een lager aandeel besmettingen en doden onder de bewoners. Hetzelfde geldt voor een positieve beoordeling van de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen voor het personeel vanaf maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties. Deze verbanden zijn wel niet sterk aanwezig.

Daarnaast vinden we ook verschillen in de Covid-19 cijfers voor het jaar 2020 volgens het statuut van woonzorgcentra. Meer bepaald ligt het gemiddeld aandeel bevestigde besmettingen, hospitalisaties en doden onder de bewoners (zowel in de populatie als respons) hoger in non-profit WZC (openbaar en VZW non-profit) dan in profit WZC (commercieel en VZW profit) en vooral in vergelijking met de commerciële WZC. Bijkomende analyses tonen aan dat verschillende factoren een rol kunnen spelen in het verklaren van de verschillen naar statuut, zoals een grotere omvang van het woonzorgcentrum en de aanwezigheid van meer leefgroepen (die ook minder vaak ruimtelijk zijn gescheiden van elkaar), een lagere beoordeling van de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en een hoger aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (afhankelijkheidscategorieën C, Cd en D) in non-profit dan in profit WZC.

Tot slot vinden we dat WZC gelegen in de provincie Limburg een lager aandeel besmettingen hebben gehad onder de bewoners en personeel en ook een lager aandeel covid-19 gerelateerde doden dan WZC gelegen in de andere provincies, en dit wanneer er wordt gekeken naar het volledige jaar 2020 (vanaf maart tot eind december). Bijkomende analyses waarbij de regionale verschillen in de Covid-19 cijfers per maand werden bekeken, tonen aan dat in het voorjaar (de beginperiode van de Covid-19 pandemie) WZC in Limburg juist minder goede cijfers hadden maar dat hun cijfers in het najaar beduidend beter waren dan die van WZC in andere provincies. Mogelijke verklaringen voor dit regionaal verschil zijn het vaker voorkomen van profit WZC en het minder vaak voorkomen van grote WZC (meer dan 120 bewoners) in Limburg. Dit regionaal verschil zal verder worden besproken in het volgende hoofdstuk, waarbij we de relatieve bijdrage zullen nagaan van zowel arbeidsorganisatiekenmerken (bv. grootte vestiging, combinaties grootte van leefgroepen en teamtypes, etc.) als van andere kenmerken van woonzorgcentra (bv. statuut, provincie, etc.) in het verklaren van de Covid-19 cijfers

Hoofdstuk 5

De configuratie van kenmerken van woonzorgcentra die samenhangen met betere Covid-19 cijfers

1 Multivariate regressieanalyses

Om de relatieve bijdrage na te gaan van zowel arbeidsorganisatiekenmerken (bv. grootte vestiging, combinaties grootte van leefgroepen en teamtypes, etc.) als van andere kenmerken van woonzorgcentra (bv. statuut, provincie, etc.) op de Covid-19 cijfers werden multivariate regressieanalyses uitgevoerd op de respons dataset, zie tabellen 44, 45 en 46. In voorgaande hoofdstukken hebben we enkel bivariaat gekeken naar de samenhang tussen een aantal kenmerken en de vier Covid-19 gerelateerde uitkomstvariabelen. In de multivariate analyses wordt de uitkomstvariabele (afhankelijke variabele) in samenhang bekeken met een reeks van potentieel geassocieerde kenmerken van het woonzorgcentrum (de predictoren in het model). Bivariaat vastgestelde verbanden kunnen daarin als predictoren verdwijnen, omdat hun invloed door de samenhang (associatie) met andere predictoren in het model wordt verklaard. Op die manier kunnen we bijvoorbeeld nagaan of de arbeidsorganisatiekenmerken nog van belang zijn als we andere zaken mee in rekening brengen zoals het statuut van het woonzorgcentrum of de provincie waarin het woonzorgcentrum is gelegen.

In de vier regressieanalyses, één voor elk van de Covid-19 uitkomstvariabelen, hebben we in totaal negen predictoren opgenomen, namelijk de kenmerken die bivariaat significant samenhangen met minstens één van de Covid-19 uitkomstvariabelen:

1. Statuut (3 dummy variabelen, referentiegroep: publieke non-profit WZC)
2. Grootte (aantal bewoners op maart 2020 in de vestiging)
3. Aandeel bewoners met zorgzwaarte C, Cd en D
4. Provincie (4 dummy variabelen, referentiegroep: WZC in Limburg)
5. Combinaties van grootte van de leefgroepen (3 dummy variabelen, referentiegroep: enkel kleine leefgroepen van minder dan 17 bewoners)
6. Combinaties van teamtypes (2 dummy variabelen, referentiegroep: type 2 al dan niet gecombineerd met type 3/4 of type 5/6)
7. Totalscore takenbreedte van medewerkers binnen de teams
8. Beoordeling opvolging van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen door respondent
9. Beoordeling toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen voor personeel door respondent

De constante in de vier regressieanalyses wijst naar het gemiddelde publieke WZC in Limburg met teamtype 2 (al dan niet gecombineerd met type 3/4 of type 5/6) en enkel kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners). Voor het selecteren van de verklarende predictoren werd gebruik gemaakt van hiërarchische stepwise regressie. Naast de ruwe regressiecoëfficiënten (B) worden de gestandaardiseerde coëfficiënten (Beta) ook opgenomen in onderstaande tabellen. Met behulp van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten kan worden bepaald welke predictoren het belangrijkste zijn in de voorspelling van de Covid-19 uitkomstvariabelen.

1.1 Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder personeel

Bij de analyse met het aandeel bevestigde besmettingen onder het personeel als uitkomstvariabele, zie tabel 44, kan worden afgeleid dat vooral de arbeidsorganisatiekenmerken overeind blijven. Indien een woonzorgcentrum teamtype 2 (al dan niet gecombineerd met type 3/4 of type 5/6) heeft dan ligt het aandeel bevestigde besmettingen onder het personeel significant lager. Verder indien een woonzorgcentrum enkel kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) heeft dan ligt het aandeel bevestigde besmettingen onder het personeel significant lager dan wanneer er enkel grote (> 32 bewoners) of grote en middelgrote (17-32 bewoners) of kleine en grote (en eventueel middelgrote) leefgroepen aanwezig zijn. Naast de effecten van arbeidsorganisatie kenmerken, vinden we ook een effect van regio, namelijk de provincie van het WZC. Indien een woonzorgcentrum in Limburg ligt dan is het aandeel bevestigde besmettingen onder het personeel significant lager dan wanneer het in West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen of Antwerpen ligt. De provincie lijkt een iets sterkere voorspeller te zijn dan de arbeidsorganisatie kenmerken aangezien de gestandaardiseerde regressie coëfficiënten voor de dummyvariabelen van provincie hoger zijn. Deze laatste bevinding toont aan dat er nog andere factoren zijn die het regionaal verschil kunnen verklaren dan verschillen volgens statuut en grootte van het woonzorgcentrum (zie vorig hoofdstuk).

Tabel 44 Multivariatie regressieanalyse op aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder personeel in 2020 in WZC, gegevens respons (N= 217)

R-squared = 15,6% (adjusted: 11,9%) Durbin Watson = 2,3 F model (9, 207) = 4,2 **	B (niet gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt) ¹	95% BI ² voor B		Beta (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt)
		Laag	Hoog	
Constante ³	0,034	-0,041	0,110	0
Provincie				
West-Vlaanderen	0,103 **	0,030	0,176	0,286
Oost-Vlaanderen	0,104 **	0,030	0,179	0,285
Antwerpen	0,086 *	0,010	0,163	0,221
Vlaams-Brabant	0,028	-0,050	0,107	0,068
Combinaties grootte van de leefgroepen				
Kleine (< 17 bewoners) en middelgrote	-0,010	-0,070	0,051	-0,026
Enkel middelgrote (17-32 bewoners)	0,005	-0,057	0,068	0,015
Enkel grote (> 32 bewoners) of grote en middelgrote of kleine en grote (en eventueel middelgrote)	0,068 *	0,009	0,126	0,198
Combinaties teamtypes				
Type 3/ 4 of type 3/4 met type 5/6 of Type 5/6 of combinaties met type 1	0,057 **	0,014	0,100	0,179
Type 2 en type 3/4 en type 5/6	0,124 **	0,031	0,217	0,179

** significant effect op 1%. * significant effect op 5%.

¹ Aandeel bevestigde besmettingen onder personeel (%) = coëfficiënten x 100.

² BI= betrouwbaarheidsinterval.

³ Constante = gemiddelde publieke WZC in Limburg met teamtype 2 (en type 3/4 of type 5/6) en enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners).

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

1.2 Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder bewoners

Bij de analyse met het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners als uitkomstvariabele, vinden we dezelfde significante predictoren als voor het aandeel bevestigde besmettingen onder het personeel. Zoals tabel 45 laat zien, vinden we opnieuw een significant effect voor arbeidsorganisatiekenmerken. Indien een woonzorgcentrum teamtype 2 (al dan niet gecombineerd met type 3/4 of type 5/6) heeft dan ligt het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners significant lager dan wanneer het volgende combinaties heeft: type 3/4 of type 3/4 met type 5/6 of Type 5/6 of combinaties met type 1. Verder indien een woonzorgcentrum enkel kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) heeft dan ligt het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners significant lager dan wanneer er enkel grote (> 32 bewoners) of grote en middelgrote (17-32 bewoners) of kleine en grote (en eventueel middelgrote) leefgroepen aanwezig zijn. Opnieuw vinden we ook een significant effect van provincie: indien een woonzorgcentrum in Limburg ligt dan is het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners significant lager dan wanneer het in West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen of Antwerpen ligt.

Als we kijken naar de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten, dan lijkt de grootte van de leefgroepen de sterkste voorspeller te zijn voor het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners en de teamtypes de zwakste. Voor de andere variabelen die in het model waren opgenomen (grootte van vestiging, statuut, aandeel bewoners binnen afhankelijkheidscategorieën C, Cd en D, totaalscore takenbreedte, beoordeling opvolging van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en toegang tot PBM voor personeel door respondent) vonden we geen bijkomende effecten in het voorspellen van de besmettingen onder de bewoners. Met andere woorden de bivariate verbanden tussen deze variabelen en het aandeel bevestigde besmettingen onder de bewoners worden niet multivariaat (gecontroleerd voor de andere kenmerken) vastgesteld.

Tabel 45 Multivariatie regressieanalyse op aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder bewoners in 2020 in WZC, gegevens respons (N= 216)

R-squared = 12,3% (adjusted: 8,4%) Durbin Watson = 1,9 F model (9, 206) = 3,2 **	B (niet gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt) ¹	95% BI² voor B		B (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt)
		Laag	Hoog	
Constante ³	0,048	-0,066	0,163	0
Provincie				
West-Vlaanderen	0,109 (*)	-0,002	0,220	0,203
Oost-Vlaanderen	0,128 *	0,014	0,242	0,233
Antwerpen	0,099 (*)	-0,017	0,215	0,171
Vlaams-Brabant	0,007	-0,118	0,126	0,012
Combinaties grootte van de leefgroepen				
Kleine (< 17 bewoners) en middelgrote	0,045	-0,048	0,138	0,083
Enkel middelgrote (17-32 bewoners)	0,007	-0,088	0,102	0,013
Enkel grote (> 32 bewoners) of grote en middelgrote of kleine en grote (en eventueel middelgrote)	0,131 **	0,042	0,221	0,258
Combinaties teamtypes				
Type 3/ 4 of type 3/4 met type 5/6 of Type 5/6 of combinaties met type 1	0,066 *	0,0004	0,131	0,138
Type 2 en type 3/4 en type 5/6	0,093	-0,054	0,240	0,087

** significant effect op 1%. * significant effect op 5%. (*) significant effect op 10%.

¹ Aandeel bevestigde besmettingen onder bewoners (%) = coëfficiënten x 100.

² BI= betrouwbaarheidsinterval.

³ Constante = gemiddelde publieke WZC in Limburg met teamtype 2 (en type 3/4 of type 5/6) en enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners).

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

1.3 Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 hospitalisaties onder bewoners

Bij de analyse met het aandeel bevestigde Covid-19 hospitalisaties onder de bewoners als uitkomstvariabele zijn er geen significante predictoren en wordt er geen bijna geen variantie verklaard ($R\text{-squared} = 1\%$).

1.4 Voorspelling van aandeel bevestigde Covid-19 doden onder bewoners

Bij de analyse met het aandeel bevestigde Covid-19 doden onder de bewoners als uitkomstvariabele vinden we twee significante predictoren, namelijk de provincie waarin het WZC gelegen is en de grootte van de leefgroepen, zie tabel 46. Indien een woonzorgcentrum enkel kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) heeft dan ligt het aandeel bevestigde doden onder de bewoners significant lager dan wanneer er enkel grote (> 32 bewoners) of grote en middelgrote (17-32 bewoners) of kleine en grote (en eventueel middelgrote) leefgroepen aanwezig zijn. Indien een woonzorgcentrum in Limburg ligt dan is het aandeel bevestigde doden onder de bewoners ook significant lager dan wanneer het in Oost-Vlaanderen of Antwerpen ligt. Beide predictoren lijken even sterke voorspellers te zijn.

Voor de andere variabelen die in het model waren opgenomen (grootte van vestiging, statuut, aandeel bewoners binnen afhankelijkheidscategorieën C, Cd en D, totaalscore takenbreedte, beoordeling opvolging van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en toegang tot PBM voor personeel door respondent) vonden we opnieuw geen bijkomende effecten. Met andere woorden de bivariate verbanden tussen deze variabelen en het aandeel bevestigde Covid-19 doden onder de bewoners worden niet multivariaat (gecontroleerd voor de andere kenmerken) vastgesteld.

Tabel 46 Multivariatie regressieanalyse op aandeel bevestigde Covid-19 doden onder bewoners in 2020 in WZC, gegevens respons (N= 217)

R-squared = 10,2% (adjusted: 7,2%) Durbin Watson = 1,8 F model (9, 207) = 3,4 **	B (niet gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt) ¹	95% BI ² voor B		B (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt)
		Laag	Hoog	
Constante ³	0,010	-0,012	0,033	0
Provincie				
West-Vlaanderen	0,016	-0,007	0,039	0,146
Oost-Vlaanderen	0,029 *	0,006	0,052	0,260
Antwerpen	0,025 *	0,001	0,048	0,207
Vlaams-Brabant	0,0004	-0,024	0,025	0,003
Combinaties grootte van de leefgroepen				
Kleine (< 17 bewoners) en middelgrote	0,009	-0,010	0,028	0,084
Enkel middelgrote (17-32 bewoners)	0,004	-0,015	0,024	0,038
Enkel grote (> 32 bewoners) of grote en middelgrote of kleine en grote (en eventueel middelgrote)	0,027 **	0,009	0,045	0,258

** significant effect op 1%. * significant effect op 5%.

¹ Aandeel bevestigde doden (%) = coëfficiënten x 100.

² BI= betrouwbaarheidsinterval.

³ Constante = gemiddelde publieke WZC in Limburg met teamtype 2 (en type 3/4 of type 5/6) en enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners).

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

2 Qualitative Comparative Analysis (QCA)

Naast multivariate regressieanalyses hebben we ook gebruik gemaakt van de analysemethode, *Qualitative Comparative Analysis* (QCA) (Ragin, 1987). QCA maakt het mogelijk om complexe relaties tussen oorzaken en gevolgen te ontdekken. QCA wordt gezien als een synthese tussen kwalitatief casuonderzoek en kwantitatief variabele-georiënteerd onderzoek (Verweij & Gerrits, 2012). Naast de klassieke statistische analysemethoden (o.a. regressieanalyse en ANOVA) hebben we voor dit onderzoek ook gekozen voor QCA om verschillende redenen. Ten eerste, is deze methode geschikt wanneer het aantal cases te klein is (wat een impact heeft op significanties in statistische analyses) en te groot om diepgaand caseonderzoek uit te voeren (Pattyn, Gerrits, & Verweij, 2015).

Ten tweede, laat QCA ook toe om condities of configuraties van condities te identificeren die noodzakelijk en/of voldoende zijn voor een bepaalde uitkomst²⁷. Met een noodzakelijke voorwaarde wordt verwezen naar een conditie of een configuratie van condities die aanwezig is telkens als de uitkomst aanwezig is. Deze conditie of configuratie van condities is dus noodzakelijk om de verschijning van de uitkomst mogelijk te maken. Een conditie of een configuratie van condities kan als voldoende worden gezien als die op zichzelf voldoende is om de uitkomst te laten verschijnen. Telkens als deze conditie of configuratie van condities aanwezig is, is de uitkomst dat ook. De uitkomst kan evenwel ook verschijnen onder andere condities.

Ten derde, heeft QCA een andere visie op causaliteit dan klassieke statistische methoden, waar causaliteit als lineair en additief wordt opgevat. Meer bepaald gaat QCA uit van de ontologische veronderstelling dat de sociale werkelijkheid wordt gekenmerkt door meervoudige gecombineerde oorzakelijkheid (Pattyn et al., 2015). Dit impliceert dat (a) een uitkomst doorgaans wordt gerealiseerd door een combinatie van onafhankelijke variabelen, (b) verschillende combinaties van onafhankelijke variabelen tot dezelfde uitkomst kunnen leiden, (c) een onafhankelijke variabele een verschillende invloed op de uitkomst kan hebben in functie van de context en (d) de aanwezigheid van een uitkomst enerzijds en de afwezigheid van een uitkomst anderzijds een verschillende verklaring kunnen hebben, ook wel omschreven als 'asymmetrische causaliteit'. Aangezien QCA causaliteit als complex opvat, wordt er gebruik gemaakt van set-relaties en set-theorie in plaats van correlaties. Hierdoor wordt ook een eigen terminologie gebruikt: condities en uitkomst in plaats van respectievelijk onafhankelijke en afhankelijke variabele wordt gehanteerd.

We hebben gebruik gemaakt van *fuzzy-set* FsQCA (FsQCA; Ragin, 2000; Ragin, 2008) in het softwareprogramma FsQCA 3.1b²⁸ waarbij condities en uitkomst eender welke waarden tussen 0 (geen set lidmaatschap) en 1 (volledig set lidmaatschap) kunnen aannemen. De volgende vijf condities werden opgenomen in de vier analyses: teamtypes, grootte leefgroepen, grootte WZC, aandeel bewoners C, Cd of D (zorgzwaarte) en provincie. En de volgende vier uitkomsten: afwezigheid besmettingen bewoners, afwezigheid besmettingen personeel en omgekeerd ook aanwezigheid besmettingen bewoners en aanwezigheid besmettingen personeel. Er werden hiervoor 312 cases (geen ontbrekende waarden voor de condities en uitkomsten) opgenomen, wat beduidend meer is dan vier keer het aantal condities.

²⁷ Voor een meer uitgebreide en technische toelichting verwijzen we naar de gespecialiseerde handboeken over QCA, onder meer Ragin (1987), Rihoux en Ragin (2009) en Schneider en Wagemann (2012).

²⁸ Kan gratis worden gedownload: <http://www.socsci.uci.edu/~cragin/fsQCA/software.shtml>

Voor de condities ‘teamtipes’, ‘grootte leefgroepen’ en ‘provincie’ hebben we zelf een keuze gemaakt voor de toekenning van een score of de ‘kalibrering’ gebaseerd op de kennis uit vorige hoofdstukken, zie tabel 47. Dit wordt de indirecte methode van kalibreren genoemd. Voor de andere twee condities ‘zorgzwaarte’ en ‘grootte WZC’ en de uitkomsten ‘besmettingen personeel’ en ‘besmettingen bewoners’ hebben we de directe methode van kalibrering gebruikt via het programma FsQCA (*calibrate function*) dat de logistische functie gebruikt voor het bepalen van de scores. Voor deze directe vorm van kalibreren hebben we drie kwalitatieve drempelwaarden opgegeven voor lidmaatschap in de fuzzy set (volledig, tussenin en geen set lidmaatschap). Hiervoor hebben we de 0.95, 0.50 en 0.05 percentielen gebruikt (voor de condities ‘grootte WZC’ en ‘zorgzwaarte’ en de uitkomsten hebben we de percentielen gehaald uit de verdeling in de populatie en niet in de respons datafile).

Tabel 47 Fuzzy-set scores voor de condities teamtypes, grootte leefgroepen en provincie voor de QCA

	Fuzzy-set scores
Teamtipes	
Type 1 combinaties + type 2 gecombineerd met 3/4 en 5/6	0 + 0,001
Type 3/4 en 5/6 + type 5/6	0,25 + 0,001
Type 3/4	0,50 + 0,001
Type 2 gecombineerd met type 3/4	0,75 + 0,001
Enkel type 2 + type 2 gecombineerd met type 5/6	1
Grootte leefgroepen	
Enkel grote leefgroepen (>32 bewoners)	0
Grote (>32 bewoners) en middelgrote (17-32 bewoners)	0,20
Kleine en grote (en eventueel middelgrote)	0,40
Enkel middelgrote (17-32 bewoners)	0,60
Kleine en middelgrote	0,8
Enkel kleine leefgroepen (<17 bewoners)	1
Provincie	
West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Antwerpen	0
Vlaams-Brabant	0,55
Limburg	1

Er kunnen verschillende fasen in de analyses worden onderscheiden. In een eerste fase wordt er gefocust op de identificatie van noodzakelijke voorwaarden, waarbij de evaluatiecriteria *consistency* (hoe sterk de connectie is tussen een conditie en een uitkomst) en *coverage* (hoe relevant een conditie is) van belang zijn. De drempelwaarden die we hebben gekozen om te kunnen spreken van een consistente noodzakelijke en relevante voorwaarde zijn: 0,95 voor de *consistency* en 0,75 voor de *coverage*.

In een tweede fase wordt op zoek gegaan naar (combinaties van) voldoende voorwaarden. In fuzzy-set QCA worden scores voor de condities en uitkomst beneden 0,5 gedurende de analyse gedefinieerd als ‘afwezig’ of ‘score 0’, terwijl scores boven 0,5 omschreven worden als ‘aanwezig’ of ‘score 1’. Voor elke configuratie van condities die leiden tot de aanwezigheid van de uitkomst (drempelwaarden: frequentie minstens 5 cases en een *consistency* van 0,80), wordt ook een *raw consistency score*

gegeven. Schneider en Wagemann (2012) adviseren voor de analyse van voldoende voorwaarden een *raw consistency score* van minstens 0,75.

Tot slot krijgen we finale oplossingen waar vier criteria van belang zijn: (1) *consistency* of *solution consistency*, (2) *raw coverage*, (3) *unique coverage* en (4) *solution coverage*. De *consistency* toont hoe sterk de connectie is tussen conditie/oplossing en de uitkomst. De *raw coverage* toont hoeveel cases een specifieke configuratie van condities bezitten, terwijl de *unique coverage* aangeeft hoeveel cases alleen deze specifieke configuratie van condities bezitten (deze cases bezitten dus geen enkele andere configuratie van condities). De *solution coverage* geeft ten slotte aan hoeveel van de uitkomst wordt verklaard door de volledige oplossing. Voor de finale oplossingen hanteren we een *consistency score* van 0,75 als drempelwaarde. Wat betreft *coverage*, beslisten we om geen specifieke drempelwaarde te hanteren. Bij de finale oplossingen kijken we naar de *intermediate solution term*, deze oplossing kenmerkt zich doorgaans door een middelgrote complexiteit.

Uit de analyses komt naar voren dat geen enkele individuele conditie de drempel van 0,95 haalt voor *consistency* en 0,75 voor *coverage*, waardoor er geen enkele conditie als noodzakelijk kan worden beschouwd voor het verklaren van één van de uitkomsten. De analyse van voldoende voorwaarden worden in tabel 48 weergegeven. Bij deze analyses hebben we assumpties aangenomen, gebaseerd op de bevindingen uit voorgaande hoofdstukken. Meer bepaald de aanwezigheid van de condities 'provincie', 'teamtypes' en 'grootte leefgroepen' hangt samen met de afwezigheid van besmettingen, terwijl de afwezigheid van deze condities samenhangt met de aanwezigheid van besmettingen. Het omgekeerde geldt voor de twee condities 'grootte WZC' en 'zorgzwaarte'.

Tabel 48 QCA: analyse van de voldoende voorwaarden¹

	Conditie/configuraties			Oplossing	
	Raw coverage	Unique coverage	Consistency	Coverage	Consistency
<i>Uitkomst: Afwezigheid besmettingen bewoners in 2020</i>				0,637	0,744
Provincie * ~ zorgzwaarte	0,196	0,031	0,821		
Teamtypes * ~ zorgzwaarte	0,444	0,040	0,781		
Teamtypes * grootte leefgroepen * ~ grootte WZC	0,396	0,067	0,789		
Grootte leefgroepen * grootte WZC ~ zorgzwaarte	0,357	0,035	0,811		
Provincie * Teamtypes * grootte leefgroepen	0,155	0,015	0,831		
<i>Uitkomst: Afwezigheid besmettingen personeel in 2020</i>				0,708	0,751
Provincie * ~ zorgzwaarte	0,203	0,017	0,834		
Teamtypes * ~ zorgzwaarte D	0,467	0,041	0,806		
Teamtypes * grootte leefgroepen * ~ grootte WZC	0,417	0,071	0,815		
Grootte leefgroepen ~ zorgzwaarte	0,499	0,074	0,786		
Provincie * Teamtypes * grootte leefgroepen	0,162	0,015	0,850		
<i>Uitkomst: Aanwezigheid besmettingen bewoners in 2020</i>				0,542	0,705
~ provincie * ~ teamtypes * grootte WZC	0,381	0,107	0,732		
~ provincie * ~ grootte leefgroepen * grootte WZC	0,297	0,022	0,748		
~ teamtypes * ~ grootte leefgroepen * grootte WZC	0,413	0,138	0,718		
<i>Uitkomst: Aanwezigheid besmettingen personeel in 2020</i>				0,572	0,759
~ provincie * ~ teamtypes * grootte WZC	0,408	0,111	0,780		
~ provincie * ~ grootte leefgroepen * grootte WZC	0,440	0,143	0,782		
~ teamtypes * ~ grootte leefgroepen * grootte WZC	0,318	0,021	0,812		

¹Gebruikte terminologie: ~ : de afwezigheid van conditie en * : en

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

2.2 Uitkomst in QCA: afwezigheid van besmettingen

Voor de afwezigheid van besmettingen, van zowel bewoners als personeel, vinden we grotendeels dezelfde configuraties van condities (m.u.v. één configuratie dat voor één conditie afwijkt). Meer bepaald leiden de volgende vijf configuraties tot minder besmettingen onder de bewoners en onder het personeel²⁹:

1. Aanwezigheid goede regio (o.a. Limburg/Vlaams-Brabant) + minder bewoners met hoge zorgzwaarte
2. Aanwezigheid goede teamtypes (o.a. enkel type 2) + minder bewoners met hoge zorgzwaarte
3. Aanwezigheid goede teamtypes (o.a. enkel type 2) + aanwezigheid goede grootte van de leefgroepen (o.a. enkel kleine leefgroepen) + kleiner aantal bewoners WZC (grootte)
4. Aanwezigheid goede grootte van de leefgroepen (o.a. enkel kleine leefgroepen) + *groter aantal bewoners WZC (grootte)* + minder bewoners met hoge zorgzwaarte
Bij deze configuratie speelt de conditie grootte WZC niet mee bij de afwezigheid van besmettingen onder personeel
5. Aanwezigheid goede regio (o.a. Limburg/Vlaams-Brabant) + aanwezigheid goede teamtypes (o.a. enkel type 2) + aanwezigheid goede grootte van de leefgroepen (o.a. enkel kleine leefgroepen)

Deze oplossing laat zien dat de combinatie van de drie arbeidsorganisatiekenmerken, namelijk de aanwezigheid van goede teamtypes, goede grootte van de leefgroepen en een kleiner aantal bewoners (grootte WZC) zorgt voor minder Covid-19 besmettingen (zie configuratie 3). Bijkomend vinden we dat indien minstens één van de twee arbeidsorganisatiekenmerken ‘goede teamtypes’ of ‘goede grootte van de leefgroepen’ aanwezig is dit ook kan zorgen voor minder besmettingen indien één ander gunstig kenmerk ook aanwezig is. Dit ander gunstig kenmerk van het WZC is het gelegen zijn in een goede regio (configuratie 5) of het hebben van minder bewoners met een hoge zorgzwaarte (configuratie 2 en 4). Tot slot komt ook naar voren dat de aanwezigheid van de twee andere kenmerken ‘regio’ en ‘zorgzwaarte’, geen arbeidsorganisatiekenmerken, ook voldoende zijn in het verklaren van de afwezigheid van besmettingen onder bewoners en het personeel (configuratie 1). Deze configuratie toont aan dat niet alleen arbeidsorganisatiekenmerken van belang zijn.

2.3 Uitkomst in QCA: aanwezigheid van besmettingen

Voor de aanwezigheid van besmettingen, van zowel bewoners als personeel, vinden we de drie configuraties van condities die leiden tot meer besmettingen:

1. Afwezigheid goede regio (o.a. West-, Oost-Vlaanderen/Antwerpen) + afwezigheid goede teamtypes (o.a. type 5/6) + groter aantal bewoners WZC (grootte)
2. Afwezigheid goede regio (o.a. West-, Oost-Vlaanderen/Antwerpen) + afwezigheid goede grootte leefgroepen (o.a. enkel grote leefgroepen) + groter aantal bewoners WZC (grootte)

²⁹ Voor de beschrijving van ‘goede’ regio, ‘goede’ teamtypes en ‘goede’ grootte van de leefgroepen verwijzen we naar tabel 47 met de *fuzzy-set* scores waarbij ‘goed’ overeenkomt met de categorieën met hoge scores. Als de score voor een bepaalde categorie hoog is, dan hangt deze categorie samen met goede Covid-19 cijfers (gebaseerd op de bevindingen uit voorgaande hoofdstukken).

3. Afwezigheid goede teamtypes (o.a. type 5/6) + afwezigheid goede grootte leefgroepen (o.a. enkel grote leefgroepen) + groter aantal bewoners WZC (grootte)

Deze oplossing laat opnieuw zien dat de combinatie van de drie arbeidsorganisatiekenmerken de uitkomst kan verklaren. Meer bepaald zorgt de combinatie van de afwezigheid van goede teamtypes, de afwezigheid van goede grootte van de leefgroepen en een groter aantal bewoners voor meer Covid-19 besmettingen (zie configuratie 3). De andere twee configuraties tonen aan dat indien het gaat om een groter aantal bewoners waarbij het WZC is gelegen in een minder goede regio dit kan zorgen voor een toename in het aantal besmettingen indien er ofwel sprake is van minder goede teamtypes (configuratie 1) of van minder goede grootte van de leefgroepen (configuratie 2).

Voor het verklaren van de aanwezigheid van besmettingen is 'zorgzwaarte' (d.i. het aandeel bewoners met afhankelijkheids categorie C/Cd/D) geen relevante conditie. Dit geldt niet voor de afwezigheid van de besmettingen (zie hierboven). Dit verschil wordt, zoals hierboven beschreven, asymmetrische causaliteit genoemd. Meer bepaald, de causale paden verschillen indien er wordt gekeken naar de afwezigheid van de besmettingen dan wanneer er wordt gekeken naar de aanwezigheid van de besmettingen in 2020. Voor de aanwezigheid van besmettingen lijken de arbeidsorganisatiekenmerken altijd van belang voor het verklaren van de uitkomst, terwijl voor de afwezigheid van de besmettingen ook andere kenmerken (d.i. de combinatie van regio en zorgzwaarte) voldoende zijn om deze uitkomst te verklaren.

3 Korte samenvatting

Uit de regressieanalyses komt naar voren dat de provincie waarin het woonzorgcentrum is gelegen een belangrijke voorspeller is voor het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen (onder personeel en bewoners) en doden. Net zoals eerder bivariaat werd vastgesteld, zijn de Covid-19 cijfers in 2020 beter voor woonzorgcentra gelegen in Limburg dan in de andere provincies (met uitzondering van Vlaams-Brabant). Dit regionaal verschil blijft aanwezig ook wanneer er wordt gecontroleerd voor arbeidsorganisatorische kenmerken (bv. grootte van vestiging) en andere kenmerken (bv. statuut). Voor het voorspellen van het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder het personeel blijkt de provincie waarin het woonzorgcentrum gelegen zelfs de sterkste voorspeller te zijn.

Boven op het effect van provincie, zijn er nog twee arbeidsorganisatiekenmerken die significante voorspellers zijn, namelijk de combinatie van de teamtypes en de grootte van de leefgroepen. Zo zijn de Covid-19 cijfers in 2020 beter voor woonzorgcentra met enkel kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) dan voor WZC met de aanwezigheid van grote leefgroepen (meer dan 32 bewoners). De aanwezigheid van teamtype 2, vaste multidisciplinaire teams per leefgroep, al dan niet gecombineerd met mono- of multidisciplinaire teams die aan meerdere leefgroepen zorg verlenen (type 3/4 of type 5/6) voorspelt ook een lager aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen (niet doden). Deze bevindingen tonen ook aan dat arbeidsorganisatiekenmerken belangrijker zijn dan andere kenmerken van WZC, zoals het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte, het statuut van het woonzorgcentrum en de beoordeling van het opvolgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en de toegang tot PBM voor personeel. Andere arbeidsorganisatiekenmerken, de grootte van het woonzorgcentrum en de totaalscore van de takenbreedte van het personeel binnen de teams, vertonen enkel bivariaat maar niet multivariaat (boven op de andere variabelen) een verband met de Covid-19 uitkomstvariabelen. Voor het voorspellen van het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners blijkt de grootte van de leefgroepen de sterkste voorspeller te zijn (d.i. sterker dan

de combinatie van de teamtypes en de provincie waarin het woonzorgcentrum is gelegen). Voor het voorspellen van het aandeel bevestigde Covid-19 gerelateerde doden onder de bewoners zijn de grootte van de leefgroepen en de provincie waarin het woonzorgcentrum gelegen even sterke voorspellers.

Naast de regressieanalyses hebben we ook QCA uitgevoerd waarbij we vijf condities (d.i., teamtypes, grootte leefgroepen, grootte WZC, zorgzwaarte bewoners en provincie WZC) hebben opgenomen in het verklaren van zowel de afwezigheid als de aanwezigheid van besmettingen onder de bewoners en het personeel. Geen van de vijf condities kan worden beschouwd als noodzakelijk voor het verklaren van de uitkomsten. De combinatie van betere teamtypes, betere grootte van de leefgroepen en een kleiner aantal bewoners verklaart minder Covid-19 besmettingen in 2020, maar ook het hebben van betere teamtypes of betere grootte van de leefgroepen indien het WZC is gelegen zijn in een betere regio of indien er minder bewoners zijn met een hoge zorgzwaarte. Hoewel de drie arbeidsorganisatiekenmerken (grootte van WZC, grootte leefgroepen en combinatie teamtypes) een belangrijke rol spelen in het verklaren van de afwezigheid van besmettingen, vinden we ook dat de combinatie van regio en zorgzwaarte voldoende is in het verklaren van de afwezigheid van besmettingen.

Voor het verklaren van de aanwezigheid van Covid-19 besmettingen in 2020 zijn de arbeidsorganisatiekenmerken altijd van belang en is de zorgzwaarte van de bewoners (het aandeel bewoners met afhankelijkheids categorie C/Cd/D) irrelevant. Net zoals voor de afwezigheid van de besmettingen, laat de QCA zien dat de combinatie van de drie arbeidsorganisatiekenmerken de uitkomst kan verklaren. Zo zorgt de combinatie van minder gunstige teamtypes, minder gunstige grootte van de leefgroepen en een groter aantal bewoners voor meer Covid-19 besmettingen. Daarnaast zijn er nog twee combinaties die zorgen voor meer besmettingen: een groter WZC in een minder gunstige regio waarbij de teamtypes minder gunstig zijn en een groter WZC in een minder gunstige regio waarbij de grootte van de leefgroepen minder gunstig is.

Bij bovenstaande interessante bevindingen uit dit hoofdstuk dienen we echter een bemerking te maken. Zo dient bij de regressieanalyses te worden opgemerkt dat de *R-squared* (R^2) (en hiermee samenhangend de *adjusted R-Squared*) niet heel hoog is, gaande van 10% (voor bevestigde Covid-19 doden) tot 16% (voor bevestigde Covid-19 besmettingen onder het personeel). Dit wil zeggen dat de verklarende variabelen niet alles van de variantie in de Covid-19 uitkomstmaten tussen woonzorgcentra kunnen verklaren. Gelijkaardig liggen bepaalde *consistency scores* in de QCA analyses onder 0,85 wat erop wijst dat niet alles van de uitkomsten kan worden verklaard door de gevonden configuraties. Naast de opgenomen kenmerken binnen deze analyses zijn er dus nog andere kenmerken van belang in het voorspellen/verklaren van de Covid-19 cijfers in woonzorgcentra. Zoals eerder aangegeven denken we aan volgende kenmerken: de evolutie in de maatregelen die werden opgelegd door de overheden en de mate waarin deze maatregelen worden opgevolgd door de woonzorgcentra (bv. het bezoekersverbod en de quarantaineregels), de mate waarin er werd geventileerd en verlucht, etc.

Hoofdstuk 6

De zorgverlening in tijden van Covid-19

In dit hoofdstuk komen de veranderingen die WZC hebben doorgevoerd in hun arbeidsorganisatie in tijden van Covid-19 aan bod. Hierbij wordt er nagegaan of de veranderingen die sterk aanleunen bij de *best practices* (d.i. WZC met kleine leefgroepen, vaste multidisciplinaire teams per leefgroep en brede takenpakketten onder de medewerkers, zie hoofdstuk 3 en 5) ook samenhangen met betere Covid-19 cijfers.

In de bevraging werd er ook gepolst naar de zorg- en dienstverlening in tijden van Covid-19, meer bepaald na maart 2020. Zo wordt er in dit hoofdstuk nagegaan of de *best practices* ook een huiselijk zorgaanbod hebben kunnen garanderen in tijden van Covid-19.

Op het einde van de bevraging konden de respondenten ook voorbeelden geven van wat ze op een andere manier en wat ze op eenzelfde manier zouden organiseren in hun WZC in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19. De meest voorkomende thema's die hierbij werden vermeld, zullen worden toegelicht in dit hoofdstuk. Dit hoofdstuk wordt ook afgesloten met een korte samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

1 Veranderingen in de arbeidsorganisatie in tijden van de Covid-19 crisis

De respondenten konden aangeven of ze bepaalde veranderingen in de arbeidsorganisatie hebben doorgevoerd sinds de Covid-19 pandemie en of ze deze aanpassingen hebben behouden. Met het analyseren van deze bevindingen willen we nagaan of wat WZC hebben veranderd ook in lijn ligt met de *best practices* in termen van betere Covid-19 cijfers (d.i. WZC met kleine leefgroepen, vaste multidisciplinaire teams per leefgroep en brede takenpakketten onder de medewerkers). Uit tabel 49 komt naar voren dat vier op de vijf WZC vaker is gaan werken met teams de uitsluitend werken bij één leefgroep (d.i. komt overeen met teamtype 1 of 2). Ongeveer drie op de vijf WZC heeft dit tijdelijk toegepast en ongeveer één op de vijf deed dit nog steeds op het moment van de bevraging. Ongeveer twee op de vijf WZC is gaan werken met kleinere leefgroepen, voor de helft (één op de vijf) was dit tijdelijk en voor de andere helft (één op de vijf) blijvend.

Enkele WZC zijn overgegaan naar arbeidsorganisatievormen waarbij teams voor meerdere leefgroepen werken (16%, komt overeen met teamtype 3 of 4), die overkoepelend werken voor heel het WZC (9%, komt overeen met teamtype 5 of 6) of door te gaan werken met grotere leefgroepen (3%). Eerder werd aangehaald dat in WZC met deze kenmerken de Covid-19 cijfers hoger lagen.

Tabel 49 Veranderingen in de arbeidsorganisatie na maart 2020 (rij %)

	Ja, dit hebben we tijdelijk toegepast		Ja, dit doen we vandaag nog steeds		Neen, dit pasten we niet toe		Niet van toepassing	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. We zijn vaker gaan werken met teams die uitsluitend werken bij één leefgroep (teamtype 1/2)	133	58,3	49	21,5	27	11,8	19	8,3
2. We zijn vaker gaan werken met teams die werken bij meerdere leefgroepen (teamtype 3/4)	8	3,6	28	12,7	133	60,5	51	23,2
3. We zijn vaker gaan werken met teams die werken bij alle leefgroepen (teamtype 5/6)	4	1,8	15	6,9	148	67,9	51	23,4
4. We zijn gaan werken met kleinere leefgroepen	50	22,0	42	18,5	86	37,9	49	21,6
5. We zijn gaan werken met grotere leefgroepen	4	1,8	3	1,4	148	67,3	65	29,6

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

In tabel 50 worden de combinaties van de verschillende veranderingen in de arbeidsorganisatie getoond. Ongeveer één derde van WZC is enkel overgegaan op het vaker gaan werken met teams bij één leefgroep en ongeveer drie op de tien heeft dit gecombineerd met gaan werken met kleinere leefgroepen. Het gaan werken met teams die uitsluitend werken bij één leefgroep en waarbij het om kleinere leefgroepen gaat, kan zoals eerder geschetst worden beschouwd als de beste arbeidsorganisatieverandering m.b.t. het hebben van betere Covid-19 cijfers.

Tabel 50 Combinaties veranderingen in de arbeidsorganisatie¹ na maart 2020 (kolom %)

	N	% (inclusief geen verandering)	% (exclusief geen verandering)
1: Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep	82	35,8	40,8
2: Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep en kleinere leefgroepen	66	28,8	32,8
3: Kleinere leefgroepen	11	4,8	5,5
4: Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep en teams bij meerdere leefgroepen	10	4,4	5,0
5: Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep, bij meerdere leefgroepen en bij alle leefgroepen	9	3,9	4,5
6: Andere combinaties voor de vijf bevroegde items ²	23	10,0	11,4
7: Geen verandering in vijf vermelde items ²	28	12,2	
Totaal	229	100	100

¹ Verandering wordt gecodeerd als aanwezig indien deze zowel tijdelijk als blijvend (op het moment van de bevraging) werd doorgevoerd.

² De vijf items uit tabel 49: kleinere leefgroepen, grotere leefgroepen, overkoepelende teams, teams bij meerdere leefgroepen en teams bij één leefgroep.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Een directeur van een WZC haalde tijdens de focusgroep ook aan dat de Covid-19 pandemie ervoor heeft gezorgd dat er sneller stappen werden gezet naar een andere en meer innovatieve arbeidsorganisatie.

‘Het idee van per team te werken, daar een kine aan toe te wijzen, die echt gescheiden te houden, animator toe te wijzen aan een team... Dat is door Covid eigenlijk versneld. Wij hebben weinig weerstand ondervonden, omdat het moest door Covid, om verspreiding tegen te gaan via personeel. Wij hebben wel grote uitbraken gehad, maar wij hebben gemerkt dat die innovatieve arbeidsorganisatie er ingeslopen is door Covid en we daar op dit moment mee verder gaan. Dus om uw vraag te beantwoorden of het blijvend is: wij keren niet meer terug naar de vroegere werking. Wij hebben nog wel wat stappen te zetten en we moeten nog formaliseren, maar de mindset is er wel, de bewoners zien dat zitten, de medewerkers zijn er klaar voor. Dus dat was een van de enige voordelen die Covid met zich heeft meegebracht voor ons.’

2 Veranderingen in de arbeidsorganisatie en Covid-19 cijfers

Uit Tabel 51 kan worden afgeleid dat WZC die vaker zijn gaan werken met teams verbonden aan zowel één leefgroep als aan meerdere en alle leefgroepen (d.i. type 2 gecombineerd met type 3/4 én type 5/6) het hoogste aandeel bevestigde besmettingen hebben bij bewoners en personeel. WZC die zijn gaan werken met kleinere leefgroepen hebben de minste bevestigde besmettingen bij bewoners en personeel (opgelet wel slechts 11 cases). Hetzelfde geldt voor het aandeel bevestigde hospitalisaties en doden (zie tabel 52). Het gaan werken met kleinere leefgroepen gecombineerd met vaker gaan werken met teams die uitsluitend werken bij één leefgroep lijken ook betere Covid-19 cijfers te hebben dan WZC die vaker zijn gaan werken met teams verbonden aan zowel één leefgroep als aan meerdere en alle leefgroepen (d.i. type 2 gecombineerd met type 3/4 én type 5/6). Deze bevindingen sluiten aan bij bovenstaande bevindingen rond de teamtypes en de grootte van de leefgroepen in relatie tot het aandeel besmettingen. De verschillen tussen de WZC volgens veranderingen in de arbeidsorganisatie met betrekking tot de Covid-19 cijfers zijn wel niet significant (m.u.v. randsignificant voor besmettingen onder het personeel inclusief uitbijters), wat mogelijks ook te wijten is aan de lage aantallen voor bepaalde categorieën.

Tabel 51 Gemiddeld aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder bewoners en personeel in het jaar 2020 (maart – december) volgens combinatie van veranderingen in arbeidsorganisatie na maart 2020

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Bewoners	Personeel (*)	Bewoners	Personeel
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep en kleinere leefgroepen	24,7 (N= 66)	15,5 (N= 66)	24,7 (N= 66)	14,9 (N= 65)
Kleinere leefgroepen	10,8 (N= 11)	12,1 (N= 11)	10,8 (N= 11)	12,1 (N= 11)
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep	24,1 (N= 88)	18,0 (N= 82)	23,3 (N= 81)	15,4 (N= 78)
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep en teams bij meerdere leefgroepen	34,2 (N= 10)	17,5 (N= 10)	21,0 (N= 8)	17,5 (N= 10)
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep, bij meerdere leefgroepen en bij alle leefgroepen	36,2 (N= 9)	31,7 (N= 9)	36,2 (N= 9)	28,0 (N= 8)
Andere combinaties	24,6 (N= 22)	20,4 (N= 23)	24,6 (N= 22)	16,5 (N= 21)

(*) Er is een significant verschil op 10% voor de verschillende categorieën.

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

Tabel 52 Gemiddeld aandeel bevestigde hospitalisaties en doden door Covid-19 onder de bewoners in het jaar 2020 (maart – december) volgens combinatie van veranderingen in arbeidsorganisatie na maart 2020

	Inclusief uitbijters		Exclusief uitbijters	
	Hospitalisaties	Doden	Hospitalisaties	Doden
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep en kleinere leefgroepen	1,8 (N= 66)	4,3 (N= 66)	0,7 (N= 54)	3,8 (N= 64)
Kleinere leefgroepen	0,8 (N= 11)	1,5 (N= 11)	0,8 (N= 11)	1,5 (N= 11)
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep	1,5 (N= 82)	3,8 (N= 82)	0,8 (N= 72)	3,0 (N= 77)
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep en teams bij meerdere leefgroepen	3,0 (N= 10)	7,0 (N= 10)	1,1 (N= 7)	3,2 (N= 8)
Vaker teams uitsluitend bij één leefgroep, bij meerdere leefgroepen en bij alle leefgroepen	1,8 (N= 9)	5,3 (N= 9)	1,4 (N= 8)	3,6 (N= 8)
Andere combinaties	1,6 (N= 23)	4,9 (N= 23)	0,6 (N= 20)	4,9 (N= 23)

Bron: Covid-19 gegevens (data van Zorg en Gezondheid) en bevraging WZC arbeidsorganisatie

3 Huiselijkheid van zorg na maart 2020

In de bevraging waren er vragen opgenomen over hoe huiselijk het zorgaanbod (zie tabel 53) is geweest na maart 2020 (de start van de Covid-19 pandemie in België) tot en met de start van de vaccinaties in WZC, wat plaatsvond vanaf 6 januari 2021. De vragen over huiselijk zorgaanbod zijn afkomstig uit de verkorte versie vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod³⁰, enkel het tweede item ‘de kamers van bewoners werden overdag gesloten’ is toegevoegd. Dit item is namelijk van belang in tijden van Covid-19 en wijst op kamerquarantaine.

³⁰ https://www.trimbos.nl/docs/795040ac-60fe-4f46-98f1-1c8aa701dadb.pdf?_ga=2.54814504.2029661761.1639666252-636033964.1639666252

Tabel 53 Huiselijk zorgaanbod na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties (rij %)

	Nooit		Zelden		Soms		Vaak		Altijd	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Bewoners hielpen mee in de huishouding	65	28,4	76	33,2	62	27,1	20	8,7	6	2,6
2. De kamers van bewoners werden overdag gesloten ¹	155	68,0	48	21,1	19	8,3	4	1,8	2	0,9
3. Bewoners hadden overdag toegang tot hun kamer ²	2	0,9	0	0,0	4	1,8	14	6,1	209	91,3
4. (Een deel van) de was werd in de woningen gedaan	115	50,7	41	18,1	40	17,6	17	7,5	14	6,2
5. Maaltijden werden op tafel opgescheept	61	26,8	19	8,3	15	6,6	45	19,7	88	38,6
6. De warme maaltijd werd in de keuken van de huiskamers bereid of opgewarmd	130	57,0	38	16,7	15	6,6	8	3,5	37	16,2
7. De woonkamers hadden een huiselijke sfeer	2	0,9	8	3,5	23	10,0	65	28,4	131	57,2
Gemiddelde totaalscore: 16,4 (met 28 als maximum)										

¹ Voor de berekening van de totaalscore werd dit item gehercodeerd.

² Deze vraag was niet aanwezig in de verkorte versie van Kleinschalig Zorgaanbod en is toegevoegd omwille van de Covid-19 pandemie.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Bijna alle respondenten geven aan dat de bewoners in eerste jaar van de Covid-19 crisis overdag toegang hebben gehad tot hun kamer (97% vaak of altijd). Hierbij aansluitend geeft ongeveer 90% aan dat de kamers van bewoners nooit of zelden overdag werden gesloten. Iets meer dan 4 op de 5 respondenten geven aan dat de woonkamers een huiselijke sfeer hadden (86% vaak of altijd).

In veel mindere mate werd (een deel van) de was in de woningen gedaan (14% vaak of altijd) en werd de warme maaltijd in de keuken van de huiskamers bereid of opgewarmd (20% vaak of altijd). Het meehelpen van de bewoners in de huishouding kwam ook weinig voor in Covid-19 tijden, namelijk ongeveer 10% van de respondenten gaf aan dat bewoners vaak of altijd meehielpen. Hierbij is het wel belangrijk om op te merken dat in de eerste golf van de Covid-19 pandemie er heel wat verstrengde maatregelen werden genomen, bijvoorbeeld met betrekking tot de was. Vermoedelijk gebeurde de huiselijke zorgverlening in de WZC anders vóór Covid-19, maar dat is niet bevestigd in dit onderzoek.

Verder werd er ook een totaalscore berekend waarbij de punten voor de antwoorden bij elkaar worden opgeteld tot een score van minimaal 0, en maximaal 28 punten (voor de antwoordcategorieën geldt dat nooit=0, zelden=1, soms=2, vaak=3 en altijd=4, behalve voor item 2 is de codering omgekeerd). Hoe hoger de totaalscore, hoe huiselijker het zorgaanbod na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties in WZC.

4 Arbeidsorganisatie en huiselijkheid van zorg na maart 2020

WZC met verschillende combinaties van teamtypes verschillen niet significant in huiselijk zorgaanbod tijdens Covid-19³¹. Uit tabel 54 kan wel worden afgeleid dat WZC met enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners) of kleine en middelgrote leefgroepen (17-32 bewoners) gemiddeld een huiselijker zorgaanbod hadden tijdens de Covid-19 pandemie dan WZC met enkel middelgrote leefgroepen of de aanwezigheid van grote leefgroepen (> 32 bewoners). Ook WZC met kleinschalige leefgroepen (< 13 bewoners) hadden gemiddeld genomen een huiselijker zorgaanbod dan de WZC zonder kleinschalige leefgroepen.

Tabel 54 Gemiddelde score huiselijk zorgaanbod volgens arbeidsorganisatie van WZC (d.i. teamtypes en grootte van de leefgroepen)

	Gemiddelde
Combinaties teamtypes (3 cat.)	
Enkel type 2	17,1 (N= 51)
Type 2 met type 3/4 of/en met type 5/6	16,2 (N= 43)
Type 3/4 of type 3/4 met type 5/6 of type 5/6 of combinaties met type 1	16,2 (N= 130)
Combinaties grootte van de leefgroepen (4 cat.)	**
Enkel kleine (< 17 bewoners)	18,6 (N= 43)
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32 bewoners)	17,3 (N= 56)
Enkel middelgrote (17-32 bewoners)	16,0 (N= 55)
Grote (> 32 bewoners) (al dan niet in combinatie met kleine en middelgrote)	14,6 (N= 70)
Aanwezigheid kleinschalige leefgroepen (< 13 bewoners)	(*)
Ja	17,6 (N= 32)
Nee	16,2 (N= 192)

** Er is een significant verschil op 1% tussen de verschillende categorieën. (*) er is een significant verschil op 10%.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

Hierbij aansluitend werd tijdens de focusgroepen aangehaald door de directeurs dat kleine (of kleinschalige) leefgroepen hebben gezorgd voor een betere kwaliteit van leven en wonen in tijden van Covid-19.

‘Bewoners leren elkaar beter kennen maar ook de medewerkers, en de medewerkers leren hun bewoners beter kennen en vinden dat aangenaam.’

‘Ik heb de switch gemaakt in een WZC van groot naar kleinschalig. We hebben een gigantisch positief effect gezien van kleinere groepen voor mensen met dementie.’

‘Wij hebben verschillende wooneenheden, in de laatste nieuwbouw werd kleinschalig gebouwd. Dat is inderdaad haalbaar als je die moet gaan cohorteren, maar je moet ook je team uit elkaar aanhalen, of andere medewerkers uit een ander team laten samenwerken en die andere gewoontes hebben. Dat was niet altijd niet even evident. Dat kostte veel energie. Het voordeel

³¹ Extra analyses tonen ook aan dat er geen significante verschillen zijn in huiselijke zorgverlening ten tijde van Covid-19 volgens statuut (profit versus non-profit WZC).

is wel dat de woning of de werking op zich hetzelfde blijft. Iedereen kan op zijn kamer blijven en activiteiten kunnen doorgaan.'

Onderstaande tabel 55 toont de gemiddelde score in huiselijk zorgaanbod voor WZC met verschillende combinaties tussen de teamtypes en grootte van de leefgroepen. Hieruit blijkt dat WZC met enkel teamtype 2 en enkel kleine leefgroepen of enkel kleine en middelgrote leefgroepen de hoogste gemiddelde score hebben voor huiselijk zorgaanbod tijdens het eerste jaar van de Covid-19 crisis. Hieruit kan worden afgeleid, hoewel het om kleine aantallen gaat per categorie, dat zowel de teamtypes (hoewel individueel bekeken geen significante samenhang vertoont met huiselijke zorg) als de grootte van de leefgroepen samenhangen met de mate van huiselijk zorgaanbod tijdens Covid-19.

Tabel 55 Gemiddelde score huiselijk zorgaanbod in WZC met verschillende combinaties teamtypes en grootte van de leefgroepen

	Enkel type 2	Type 2 met type 3/4 of/en met type 5/6	Type 3/4 of type 3/4 met type 5/6 of type 5/6 of combinaties met type 1
Grootte van de leefgroepen			
Enkel kleine (< 17)	20,6 (N= 7)	17,7 (N= 7)	18,3 (N= 29)
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32)	19,1 (N= 11)	17,5 (N= 17)	16,6 (N= 28)
Enkel middelgrote (17-32)	15,8 (N= 15)	14,3 (N= 6)	16,4 (N= 34)
Grote (> 32) (al dan niet in combinatie met kleine en middelgrote)	15,5 (N= 18)	14,5 (N= 13)	14,3 (N= 39)

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

5 Tijdens een nieuwe Covid-19 opstoot: wat op een 'andere' of 'eenzelfde' manier aanpakken?

De respondenten hadden ook de mogelijkheid om zelf aan te geven wat ze op een andere manier en wat ze op eenzelfde manier zouden organiseren in hun WZC in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19, zie tabellen 56 en 57. De antwoorden op deze open vragen werden verder geanalyseerd, op die manier werden de meest voorkomende thema's gekwantificeerd.

Ongeveer 25% (N= 35) van de 143 respondenten gaf aan ze de bezoekersregeling **op een andere manier** zouden aanpakken. Sinds de uitbraak van de Covid-19-pandemie werden er vanuit het agentschap Zorg en Gezondheid maatregelen verstuurd naar WZC. Met ingang van 12 maart 2020 gold een algemeen bezoekersverbod, maar WZC werden ook gevraagd om alles in het werk te stellen om sociale deprivatie te voorkomen. De bezoekmogelijkheden werden vanaf 18 mei 2020 in beperkte mate en onder bepaalde voorwaarden verruimd. Tijdens de bevraging gaf 15% (N= 22) aan dat ze in de toekomst geen bezoekersverbod meer zouden invoeren (bv. 'geen familie meer weigeren, ook als de overheid dit oplegt') of meer versoepelingen zouden toelaten (bv. 'ik zou geen algemeen bezoekersverbod zoals wij in het begin verplicht waren te doen meer toelaten, wel beperkt en mits strenge maatregelen') en 8% (N= 12) zou de bezoekersregeling anders organiseren of onder andere voorwaarden (bv. 'bezoek toelaten achter plexiglas', 'bezoekersregeling sneller op maat uitwerken').

Uit de focusgroepen kwam ook naar voren dat bepaalde WZC het bezoekersverbod niet meer of op een andere manier zouden toepassen in de toekomst.

'Ik heb dat nooit meer toegepast. Het kan zijn dat ik tijdelijk bij een besmetting schermbezoek doe, en dit ordenen, maar ik zou eerder een maatregel nemen die onvriendelijker is naar sociale consumptie zoals cafetaria en feesten, maar bezoek probeer ik zo lang mogelijk toe te laten. Volgende keer ga ik ook niet meer invoeren dat bij vier kinderen er maar twee mogen komen. Dat zijn drama's.'

'Als we de mensen bevroegen, was het eerste dat eruit kwam om nooit meer de deuren te sluiten. Bij de kunstmatigheid van babbelboxen aan de deur voelden veel mensen zich toch niet goed. De hartelijkheid van eigen familie is niet te vervangen door de beste medewerker met de grootste talenten. Het gemis was er wel.'

Ongeveer 20% (N= 28) van de 143 respondenten gaf aan dat ze cohortering³² op een andere manier zouden aanpakken. Bij cohorteren of cohortzorg worden (mogelijke) Covid-19 bewoners strikt gescheiden verzorgd van de niet-(mogelijke) Covid-19 bewoners waarbij het personeel tussen beide groepen van bewoners niet wordt uitgewisseld en de infrastructuur niet wordt gedeeld. Hiervoor werden soms cafetaria's, andere ruimtes of externe locaties in gebruik genomen (informatie uit de focusgroepen).

Ongeveer 10% gaf aan dat ze de in de toekomst cohortering anders zouden aanpakken of onder andere voorwaarden (bv. 'gedeeltelijke cohortafdeling maken op afdeling voor bewoners met dementie zou ik niet meer doen', 'nooit een cohorte op de afdeling zelf gezien de drempel te laag is om 'vlug' wat te gaan helpen', 'verantwoordelijke aanstellen op de cohorte-afdeling'). Terwijl 6% (N= 9) aangaf geen cohortering meer te willen doen (bv. 'niet meer cohorteren, dit heeft ons heel veel energie gekost, en toch hebben we hiermee de besmettingen niet kunnen indijken zoals we gehoopt hadden en de perceptie bij sommige medewerkers t.a.v. de cohorte was zeer negatief'), gaf 4% (N= 5) wel aan cohortering of nog sneller cohortering in de toekomst te willen toepassen.

Andere thema's die consistent aan bod kwamen, zijn: geen verandering willen doorvoeren aangezien tevreden met de huidige werking of niet weten wat juist te veranderen in de toekomst, de quarantainemaatregelen van bewoners (zowel het niet meer uitvoeren van kamerquarantaine als het sneller of wel invoeren van kamerquarantaine) en het doorvoeren van veranderingen in de arbeidsorganisatie. Deze laatste veranderingen worden hieronder bij '6. Tijdens een nieuwe Covid-19 opstoot: hoe de arbeidsorganisatie aanpakken' in meer detail beschreven.

³² Voor meer informatie over cohortering, zie document: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Draaiboek_cohorteren_WZC_26-04-2020%20DEF.pdf

Tabel 56 De thema's die de respondenten vermelden op de open vraag 'kan u een voorbeeld geven van iets wat u **anders** zou organiseren in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19?' (kolom %)

	N	%
1. Geen verandering in werkwijze of geen idee	17	11,9
2. Quarantaine bewoners	14	9,8
a. <i>Aanpassing/andere voorwaarden</i>	6	4,2
b. <i>Geen quarantaine/kamerisolatie meer</i>	6	4,2
c. <i>Wel of sneller invoeren</i>	4	2,8
3. Cohortering	28	19,6
a. <i>Aanpassing/andere voorwaarden</i>	14	9,8
b. <i>Geen cohortering meer</i>	9	6,3
c. <i>Wel of sneller invoeren</i>	5	3,5
4. Communicatie	11	7,7
5. Bezoekersregeling	35	24,5
a. <i>Aanpassing/andere voorwaarden</i>	12	8,4
b. <i>Geen bezoek toelaten</i>	1	0,7
c. <i>Wel bezoek of versoepeling verbod</i>	22	15,4
6. Bewoners en familie betrekken bij beslissingen	4	2,8
7. Screening/testbeleid	4	2,8
8. Beschikbaarheid beschermingsmateriaal	9	6,3
9. Aandacht voor mentaal welbevinden bewoners/personeel	5	3,5
10. Arbeidsorganisatie aanpassen (bv. afdelingsgericht werken, kleinere leefgroepen, overkoepelend werken, werken met vast team met verschillende beroepsgroepen bij één leefgroep/afdeling, vaste leefgroepen van 25/30 bewoners, kiné op de afdeling, meer logistiek inschakelen, etc.)	14	9,8
11. Andere thema's (bv. organisatie was kledij aanpassen, strengere controle op externen, snelle en strikte lockdown, maaltijdistributie aanpassen, geen maaltijden niet meer op kamer, strakkere fysieke scheiding afdelingen/leefgroepen, etc.)	14	9,8
Totaal	> 143	> 100

¹ Meerdere thema's konden door één respondent worden vermeld.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

De meest voorkomende thema's die de 168 respondenten aangaven als de zaken die ze **op éénzelfde manier zouden organiseren** zijn: veranderingen in de arbeidsorganisatie (25%, N= 45, zie hieronder voor meer detail), het toepassen van cohortering (23%, N= 39), goede communicatie met bewoners, familie of personeel (16%, N= 26) en een goede opvolging en toepassing van de infectiepreventie- en hygiëne maatregelen (10%, N= 17).

Uit de focusgroepen kwam ook naar voren dat het cohorteren van een volledige afdeling, van een leefgroep van personen met dementie en het omgekeerd cohorteren werden toegepast. Bij omgekeerde quarantaine of cohortering worden de niet(-mogelijke) Covid-19 bewoners gescheiden van de (mogelijke) Covid-19 bewoners.

'Covid-19 heeft in de eerste golf soms hard en snel toegeslagen, waardoor verhuizen van positieven en het opstellen van een apart team niet meer mogelijk was, maar wel omgekeerde quarantaine (negatieven op de kamer laten blijven). Je kon ook niet meer die 20 mensen naar

een andere afdeling brengen. Maximum een cohorte van 10, maar dat had geen zin omdat ze allemaal al hadden samengezeten.'

'De afdeling met dementie was volledig gecohorteerd. Wij zagen dat die mensen zoveel rustiger werden, zoveel meer begonnen te eten, werden heel aangenaam in omgang, heel rustig.'

Tijdens de focusgroepen werd ook vaak aangehaald dat het inzetten op goede en transparantie communicatie met personeel, familie en bewoners een belangrijke strategie was in tijden van Covid-19. Er werden ook nieuwe (online) vormen van communicatie opgestart (bv. filmpjes over infectiepreventie, gebruikersraden via skype). Goede en transparante communicatie werd wel niet altijd als evident ervaren.

'Ik heb een huis waar er geen uitbraken zijn geweest maar wel in ander huis. Waar er goede communicatie is en afspraken onder elkaar en met de familie, met bewoners, is de kans toch kleiner dat je een uitbraak krijgt. Want, cohortering dat is absoluut geen evidentie om dat georganiseerd te krijgen, en als je het organiseert, moet je het heel professioneel organiseren en anders beter niet, daarbij is communicatie enorm belangrijk. Onderlinge communicatie en met familie en bewoners valt niet te onderschatten.'

'Gesloten facebookgroepen zijn er gekomen, filmpjes via tablets gemaakt, digitaal gezongen. Dat heeft een boost gekregen. Het gebruik van sociale media dat we privé allemaal doen, is voor een stukje mee naar de werkvloer gekomen. We hebben zelfs twee tablets gekregen per wooneenheid.'

Tabel 57 De thema's die de respondenten vermelden op de open vraag 'kan u een voorbeeld geven van iets wat u op **eenzelfde wijze** zou organiseren in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19?' (kolom %)

	N	%
1. Het uitvoeren van cohortering	39	23,2
2. Het toepassen van kamerisolatie	5	3,0
3. Goede communicatie met bewoners/familie en/of personeel	26	15,5
4. Bezoekersregeling: wel toelaten of versoepeling verbod onder bepaalde omstandigheden (bv. toelaten om afscheid te nemen)	7	4,2
5. Bezoekersregeling: geen bezoek of sterke verstrenging	3	1,8
6. Inzetten op goede screening/testbeleid	6	3,6
7. Voldoende en toegankelijk beschermingsmateriaal voorzien	10	6,0
8. Goede opvolging en toepassing van infectiepreventie- en hygiëne maatregelen	17	10,1
9. Het behouden van het dagdagelijkse leven/structuur van de bewoners	5	3,0
10. Veranderingen in arbeidsorganisatie	42	25,0
a. <i>Werken op niveau van leefgroep (bv. kleinere leefgroepen, vast team per leefgroep, kleinschalig)</i>	19	11,3
b. <i>Werken op niveau van afdeling</i>	7	4,2
c. <i>Nauwe samenwerking met artsen/crea</i>	3	1,8
d. <i>Andere veranderingen (bv. werken met vrijwilligers, vrije weekend dagen voor iedereen blokkeren, geen overkoepelende activiteiten, maximale samenwerking zorg en onderhoud, samenwerken met alle disciplines met overschrijding van taakhoud, etc.)</i>	13	7,7
11. Samenwerking met andere instanties (bv. Rode Kruis, ziekenhuis en defensie)	3	1,8
12. Andere thema's (bv. maaltijdgebeuren, bewoner centraal blijven stellen, psychologische begeleiding voorzien, cohorteren op architectuur, pragmatisch en met gezond verstand werken, etc.)	26	15,5
Totaal	> 168	> 100

¹ Meerdere thema's konden door één respondent worden vermeld.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

6 Tijdens een nieuwe Covid-19 opstoot: hoe de arbeidsorganisatie aanpakken

Ongeveer 10% (N= 14) geeft aan bij een nieuwe opstoot van Covid-19 de arbeidsorganisatie te willen aanpakken. Hieronder worden verschillende zaken verstaan, zo wenst men bijvoorbeeld te gaan werken met kleinere leefgroepen of met een vast team bestaande uit verschillende beroepsgroepen die zorg verlenen aan één leefgroep of afdeling. Deze veranderingen liggen in lijn van de *best practices* in termen van Covid-19 cijfers (WZC met kleine leefeenheden, vaste multidisciplinaire teams en brede takenpakketten). Anderen daarentegen geven aan overkoepelend te gaan werken of te gaan werken met vaste leefgroepen van 25/30 bewoners, deze zaken liggen minder in de lijn van de *best practices*.

Met betrekking tot de veranderingen in de arbeidsorganisatie die men opnieuw zou willen doorvoeren in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19 (N= 42, 25%), wordt vooral aangehaald dat men opnieuw op het niveau van de leefgroep zou gaan werken (N= 19, 11%). Dit omvat zowel gaan werken met kleinere leefgroepen (bv. 'kleine leefgroepen waren een grote hulp tijdens corona, men kon tenminste nog in die veilige en gekende bubbel iets meer vrijheid toestaan'), met een vast team per leefgroep als kleinschalig gaan werken (bv. 'kleinschalig genormaliseerd wonen'). Naast het gaan werken op het niveau van de leefgroep, wordt er ook aangehaald opnieuw te willen gaan werken op

het niveau van de afdeling (N= 7, 4%). Daarnaast worden er nog andere zaken aangehaald, zoals het behouden van een nauwe samenwerking met artsen of de CRA, het gaan werken met vrijwilligers, het samenwerken met alle disciplines met overschrijding van de taakinhoud, het maximaal samenwerken met zorg en onderhoud, etc. (zie tabel 57).

7 Korte samenvatting

Dit hoofdstuk laat zien dat enkele WZC zijn overgegaan naar arbeidsorganisatievormen die besmetting, hospitalisaties en sterfgevallen door Covid-19 doen dalen. Zo is ongeveer 80% van de WZC in tijden van Covid-19 vaker gaan werken met teams die uitsluitend werken bij één leefgroep. Niettegenstaande deed slechts ongeveer 20% van WZC dit nog altijd op het moment van de bevraging. Ongeveer 40% is gaan werken met kleinere leefgroepen in tijden van Covid-19, wat daalt tot ongeveer 20% indien het nog altijd werd toegepast op het moment van de bevraging. Enkele WZC zijn echter ook overgegaan naar minder gunstige arbeidsorganisatievormen in tijden van Covid-19 door over te gaan naar teams die bij meerdere leefgroepen werken (16%), die overkoepelend werken voor heel het WZC (9%) of door te gaan werken met grotere leefgroepen (3%).

De WZC die zijn overgegaan naar kleinere leefgroepen lijken betere Covid-19 cijfers te hebben gehad in 2020 dan WZC met andere arbeidsorganisatie veranderingen (vooral betere cijfers in vergelijking met WZC die zowel zijn overgestapt naar teams per leefgroep als naar teams voor meerdere leefgroepen en overkoepelende teams). Deze verschillen zijn wel niet statistisch significant, wat mogelijks ook te wijten is aan de lage aantallen per categorie WZC met verschillende combinaties van veranderingen in de arbeidsorganisatie.

Verder komt ook naar voren dat WZC met kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) niet alleen betere Covid-19 cijfers hadden in 2020 maar ook een huiselijker zorgaanbod. Bijkomend kwam tijdens de focusgroepen aan bod dat kleine leefgroepen zorgden voor een betere kwaliteit van leven en wonen in tijden van Covid-19.

Hoofdstuk 7

Algemeen besluit

De bevindingen uit deze studie tonen aan dat de arbeidsorganisatie van WZC een cruciale component is om Covid-19 cijfers te verklaren (voor deze studie werd er enkel gekeken naar het jaar 2020, namelijk van maart tot en met december). Dit kan worden aangetoond op drie manieren. Ten eerste, WZC met kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) hebben minder bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel alsook minder bevestigde Covid-19 sterfgevallen onder de bewoners dan WZC met grote leefgroepen (meer dan 32 bewoners). Een mogelijke verklaring is dat bewoners in grote leefgroepen worden verzorgd en ondersteund door omvangrijkere teams. Op deze manier komen ze in aanraking met veel medebewoners en met een groot aantal zorgmedewerkers. Hierdoor kan een besmettelijk virus zoals Covid-19 razendsnel toeslaan. Superverspreiding krijgt ook nog meer kans vanwege een verhoogde besmettelijkheid in de woonzorgcentra vanwege de collectieve woonomgeving. Hogere besmettingscijfers hangen bijgevolg samen met hogere sterftegevallen, binnen WZC is er namelijk een grotere kans op overlijden voor wie besmet geraakt (vanwege de oudere en meer kwetsbare populatie). Daarenboven tonen onze resultaten dat de aanwezigheid van grote leefgroepen vaker voorkomt in grote woonzorgcentra (d.i. meer dan 120 bewoners) dan in kleinere woonzorgcentra. Belangrijk is om hierbij wel te erkennen dat kleine leefgroepen ook kunnen voorkomen in grote woonzorgcentra, m.a.w. grote woonzorgcentra kunnen kleinschalig zijn georganiseerd op het niveau van de leefgroepen. Bijkomend hebben grote woonzorgcentra gemiddeld genomen ook meer besmettingen en doden onder de bewoners gehad dan kleinere woonzorgcentra. Deze studie stelt dus vast, in lijn met de verwachtingen, dat de mate waarin het Covid-19 virus zich heeft kunnen verspreiden in woonzorgcentra samenhangt met de omvang van de vestiging en de grootte van de leefgroepen. Echter de omvang van de vestiging blijkt een minder sterke voorspeller te zijn voor het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen dan de grootte van de leefgroepen in de vestiging (dit blijkt uit multivariate regressieanalyses en *Qualitative Comparative Analysis*, zie verder).

Ten tweede, deze studie vindt dat WZC met vaste multidisciplinaire teams die verantwoordelijk zijn voor alle zorg- en ondersteunende taken bij bewoners in één leefgroep (teamtype 2 in dit rapport, al dan niet ondersteund door beroepsgroepen op afdelingsniveau of overkoepelend) minder bevestigde Covid-19 besmettingen bij bewoners en personeel hebben dan WZC met andere (combinaties) van teamtypes. De meest voor de hand liggende verklaring voor dit verband is dat het aantal personen dat een besmette bewoner of personeelslid kan besmetten kleiner is bij een vast zorgteam per leefgroep dan wanneer er verschillende zorgteams betrokken zijn bij één leefgroep, de verschillende zorgteams ook zorg verlenen aan meerdere leefgroepen en waarbij de personeelsleden elkaar kunnen afwisselen. Een andere mogelijke verklaring die werd aangehaald tijdens de focusgroepen is het sneller en efficiënter kunnen schakelen tijdens crisissituaties doordat de vaste teams zelf het initiatief kunnen nemen en vlot en snel kunnen communiceren en handelen. Wederzijds vertrouwen, open communicatie en een volwaardige dialoog zijn ook de sleutelingrediënten van innovatieve arbeidsorganisaties. Daarenboven blijkt de cohortwerking ten tijde van Covid-19 ook beter aan te sluiten bij de dagelijkse werking van een vast zorgteam per leefgroep.

Ten derde, aansluitend bij het tweede punt, hoe groter de takenvariatie onder de medewerkers binnen de teams, hoe minder Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden onder de bewoners en

besmettingen onder het personeel. Door een breed takenpakket te hanteren, kunnen verschillende medewerkers inspringen in tijden van uitval binnen het team. Daarnaast stelt het de medewerkers in staat om zelfsturend te werken.

Bovenstaande bevindingen laten ons concluderen dat bij toekomstige golven van Covid-19 de arbeidsorganisatie van woonzorgcentra meegenomen dient te worden in de preventiestrategie. Zeer concreet bevelen we aan dat woonzorgcentra werken met:

- (a) kleine vestigingen, waarbij het gaat om niet meer dan 120 bewoners en liefst minder dan 60 bewoners;
- (b) kleine leefgroepen, dat wil zeggen groepen van minder dan 17 bewoners;
- (c) vaste multidisciplinaire teams die verantwoordelijk zijn voor één leefgroep (met slechts één multidisciplinair team per leefgroep), waarbij deze teams al dat niet ondersteund worden door beroepsgroepen op afdelingsniveau of overkoepeld;
- (d) brede takenpakketten voor de medewerkers binnen de teams zodat de teams zelfsturend kunnen werken.

Naast arbeidsorganisatiekenmerken zijn er ook andere factoren van belang waarvan we ook hadden verwacht dat ze samenhangen met de Covid-19 cijfers in WZC. Meer bepaald het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen en doden onder de bewoners zijn lager indien het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte (afhankelijkheidscategorie C, Cd en D) lager is (wat ook samenhangt met minder Covid-19 gerelateerde hospitalisaties), de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen door zowel het personeel, de bewoners als hun familie beter werden opgevolgd (beoordeling door respondent) en de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor het personeel (beoordeling door respondent) beter was. De verbanden met betrekking tot de beoordeling van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en de toegang tot PBM voor het personeel waren wel minder sterk.

Tevens vinden we verschillen volgens statuut (non-profit versus profit) en regio (provincie van de vestiging) van het woonzorgcentrum. Profit WZC (commercieel en VZW profit) hebben minder bevestigde Covid-19 besmettingen, hospitalisaties en doden onder de bewoners dan non-profit WZC (openbaar en VZW non-profit). Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor dit verschil, waaronder een grotere omvang van non-profit WZC evenals een lagere beoordeling van de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen, en een hoger aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte. Belangrijk om mee te geven is dat het verschil in Covid-19 cijfers tussen non-profit en profit WZC niets zegt over een verschil in de zorg- en levenskwaliteit van de bewoners. In de focusgroepen werd bijvoorbeeld aangegeven dat sommige woonzorgcentra bewust hebben ingezet op het blijven aanbieden van huiselijke zorg voor personen in de laatste fase van hun leven en dus geen kamerquarantaine hebben toegepast (uit de bevraging lijkt preventieve kamerquarantaine iets meer te zijn toegepast in profit dan in non-profit WZC). Zulke strategieën kunnen hebben geleid tot hogere Covid-19 cijfers, wat echter nog dient te worden onderzocht in verder onderzoek. Verder hebben WZC gelegen in Limburg minder bevestigde Covid-19 besmettingen (onder bewoners en personeel) en doden dan WZC gelegen in de andere provincies, m.u.v. Vlaams-Brabant (in het voorjaar van 2020 haalde Limburg wel juist minder goede Covid-19 cijfers). Uit de dataset blijkt echter ook dat er in Limburg (en Vlaams-Brabant) minder grote WZC en minder non-profit WZC aanwezig zijn.

Bovenstaande verbanden tussen de afzonderlijke arbeidsorganisatorische en andere kenmerken met de Covid-19 cijfers werden bivariaat vastgesteld. Om het relatieve belang van deze kenmerken in kaart

te kunnen brengen, werden verdere analyses uitgevoerd om de resultaten te nuanceren en bevestigen. Zo tonen de multivariate regressieanalyses aan dat de grootte van het woonzorgcentrum en de totaalscore van de takenbreedte van de medewerkers binnen de teams geen multivariaat (d.i. bovenop andere kenmerken) verband hebben met de Covid-19 cijfers. Hetzelfde geldt voor het aandeel bewoners met een hoge zorgzwaarte, het statuut van het woonzorgcentrum en de beoordeling door de respondent van het opvolgen van de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen en de toegang tot PBM voor personeel. De provincie waarin het woonzorgcentrum is gelegen blijft wel een belangrijke voorspeller voor het aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen (onder personeel en bewoners) en doden, waarbij Limburg in vergelijking met de andere provincies (met uitzondering van Vlaams-Brabant) betere Covid-19 cijfers heeft. Dit toont aan dat het regionaal verschil aanwezig blijft ook wanneer er wordt gecontroleerd voor grootte en statuut van het woonzorgcentrum. Boven dit effect van provincie, zijn er nog twee belangrijke arbeidsorganisatiekenmerken die significante voorspellers zijn, namelijk de teamtypes en de grootte van de leefgroepen. Zo zijn de Covid-19 cijfers in 2020 beter voor woonzorgcentra met enkel kleine leefgroepen (minder dan 17 bewoners) dan voor WZC met de aanwezigheid van grote leefgroepen (meer dan 32 bewoners). De aanwezigheid van vaste multidisciplinaire teams per leefgroep (teamtype 2), al dan niet gecombineerd met mono- of multidisciplinaire teams die aan meerdere leefgroepen zorg verlenen op afdelingsniveau (teamtype 3 en/of 4) of overkoepelend (teamtype 5 en/of 6) voorspelt ook een lager aandeel bevestigde Covid-19 besmettingen onder de bewoners (niet doden). De resultaten ondersteunen bovenstaande aanbevelingen m.b.t. de arbeidsorganisatie.

Naast de klassieke multivariate regressieanalyses, hebben we *Qualitative Comparative Analysis* (QCA) uitgevoerd om zowel de afwezigheid als de aanwezigheid van Covid-19 besmettingen te kunnen verklaren (de uitkomsten) aan de hand van vijf condities (d.i. teamtypes, grootte van de leefgroepen, grootte van de vestiging, zorgzwaarte van de bewoners en provincie van de vestiging). Er zijn een aantal verschillen tussen deze analysetechniek en de klassieke methoden zoals het opvatten van causaliteit als een complex gegeven in QCA en niet louter als iets lineair en additief. De resultaten tonen aan dat geen enkele conditie kan worden beschouwd als noodzakelijk en dat verschillende combinaties van condities voldoende zijn voor het verklaren van de uitkomsten. Verschillende wegen kunnen dus leiden naar minder Covid-19 besmettingen. Zo verklaart de combinatie van ‘goede’³³ teamtypes (o.a. enkel teamtype 2), kleinere leefgroepen en een lager aantal bewoners in het woonzorgcentrum de afwezigheid van Covid-19 besmettingen, maar ook het hebben van ‘goede’ teamtypes of kleinere leefgroepen indien het WZC is gelegen in een ‘goede’ regio (o.a. Limburg) of indien er minder bewoners zijn met een hoge zorgzwaarte. Hoewel de arbeidsorganisatiekenmerken (grootte van de vestiging, grootte van de leefgroepen en de teamtypes) opnieuw een belangrijke rol spelen in het verklaren van de afwezigheid van besmettingen (zie regressieanalyse, met uitzondering van grootte van de vestiging), vinden we ook dat de combinatie van een ‘goede’ regio en minder bewoners met een hoge zorgzwaarte voldoende is om de afwezigheid van besmettingen te verklaren.

Daarnaast is het belangrijk om te benadrukken dat de QCA toont dat de arbeidsorganisatiekenmerken altijd van belang zijn voor het verklaren van de aanwezigheid van Covid-19 besmettingen, terwijl de zorgzwaarte van de bewoners geen rol speelt in het verklaren van de aanwezigheid van Covid-19

³³ Voor de beschrijving van ‘goed’ verwijzen we naar tabel 47 met de fuzzy-set scores waarbij ‘goed’ overeenkomt met de categorieën met hoge scores. Als de score voor een bepaalde categorie hoog is, dan hangt deze categorie samen met goede Covid-19 cijfers. Voor de beschrijving van minder ‘goed’ wordt verwezen naar categorieën die overeenkomen met minder hoge scores.

besmettingen. Zo verklaart de combinatie van minder 'goede' teamtypes (o.a. teamtype 5 en/of 6), grotere leefgroepen en een hoger aantal bewoners de aanwezigheid van Covid-19 besmettingen. Daarnaast zijn er nog twee combinaties die de aanwezigheid van besmettingen verklaren, waarbij de provincie van de vestiging telkens wordt gecombineerd met twee arbeidsorganisatiekenmerken: een groter WZC in een minder 'goede' regio (o.a. West-, Oost-Vlaanderen/ Antwerpen) waarbij de teamtypes minder 'goed' zijn (o.a. teamtype 5 en/of 6) en een groter WZC in een minder 'goede' regio en waar er grote leefgroepen zijn.

Naast de Covid-19 cijfers werd ook gekeken naar de mate van huiselijk zorgaanbod in WZC tijdens de Covid-19 pandemie, als proxy voor kwaliteit van leven. Dit onderzoek toont aan dat het leven in kleinere leefgroepen en het werken in vaste multidisciplinaire teams per leefgroep samenhangt met een meer huiselijke sfeer in tijden van Covid-19 (voor teamtypes was het verband wel niet significant). Tijdens de focusgroepen kwam ook aan bod dat kleine leefgroepen zorgden voor een betere kwaliteit van leven en wonen tijdens de Covid-19 crisis. Uit eerder onderzoek werd ook al aangehaald dat nieuwe manieren van werken in de ouderenzorg kunnen zorgen voor betere zorg en werkbaar werk (Vermeerbergen, 2018; Vermeerbergen et al., 2021). Het personeel kan beter omgaan met werkdruk en ondervindt minder stress in bepaalde arbeidsorganisatorische constellaties, wat op korte en lange termijn leidt tot minder ziekteverzuim. Daarnaast bieden deze arbeidsorganisatorische constellaties ook meer mogelijkheden om het werk af te stemmen op persoonlijke behoeften en interesses, meer kansen tot het aanleren en ontwikkelen van nieuwe vaardigheden, een grotere inspraak, meer waardering en voldoening bij het uitoefenen van de job. Grootschalige leefgroepen zijn niet ideaal voor het aantal besmettingen, maar ook niet vanuit arbeidsorganisatorisch oogpunt. Grote leefgroepen vergen veel overleg om het werk in goede banen te leiden. De planning is vaak complex, en daarmee duur. Het aantal zorgmedewerkers is groot, waardoor bewoners en zorgmedewerkers elkaar vaak maar beperkt kennen: onpersoonlijke zorg dreigt doordat de bewoners met veel medewerkers in contact komen. Verder moeten vaak grote(re) afstanden worden afgelegd door medewerkers, wat veel tijd kost. Kortom, om huiselijke zorg aan te bieden tijdens een pandemie strekt het tot aanbeveling om te werken met kleine leefgroepen evenals vaste multidisciplinaire teams per leefgroep. Dit is met name belangrijk voor WZC met veel bewoners met een hoge zorgzwaarte en bewoners met dementie, zoals werd beargumenteerd in de focusgroepen.

Aangezien het voor veel woonzorgcentra niet realistisch is om in tijden van een crisis hun arbeidsorganisatie drastisch aan te passen (bv. de vestigingsgrootte), is het belangrijk dat het beleid naar de toekomst toe woonzorgcentra ondersteunt om hun arbeidsorganisatie aan te passen op basis van bovenstaande principes. Dit rapport toont het belang hiervan aan voor de huiselijkheid van de zorg en tevens voor het aantal besmettingen, doden en hospitalisaties door Covid-19. We wensen wel te benadrukken dat uit de bevindingen kan worden besloten dat woonzorgcentra, geconfronteerd met het coronavirus, op korte tijd indrukwekkende organisatorische veranderingen hebben doorgevoerd. In de focusgroepen kwam naar voren dat woonzorgcentra hier sterk op hebben ingezet. Heel wat woonzorgcentra voerden tijdens Covid-19 veranderingen uit die in lijn liggen met bovenstaande *best practices* (kleine leefgroepen, vaste multidisciplinaire teams per leefgroep en brede takenpakketten). Dit onderzoek toont echter ook aan dat er (een kleine groep van) WZC zijn die een beweging hebben gemaakt naar grotere leefgroepen, meerdere teams verbonden aan een leefgroep en ten slotte enge takenpakketten. Daarnaast vinden we ook dat er nog heel wat verbetermogelijkheden liggen in de sector in het algemeen. Uit de steekproef (N= 318, responsgraad van 39%) blijkt bijvoorbeeld dat ongeveer 20% van de WZC enkel kleine leefgroepen had (d.i. maximaal 16 bewoners; slechts 3% heeft

enkel kleinschalige leefgroepen van maximaal 12 bewoners) vóór maart 2020 (de start van de Covid-19 crisis). Ongeveer 40% van de WZC had vóór maart 2020 vaste multidisciplinaire teams per leefgroep (teamtype 2), al dan niet gecombineerd met mono- of multidisciplinaire teams die aan meerdere leefgroepen zorg verlenen ofwel op afdelingsniveau (teamtype 3 en/of 4) ofwel overkoepelend (teamtype 5 en/of 6).

Aansluitend stelden we vast dat heel wat WZC zijn overgegaan naar meer innovatieve arbeidsorganisatievormen in tijden van Covid-19. Zo is ongeveer 40% gaan werken met kleinere leefgroepen in tijden van Covid-19, wat daalt tot ongeveer 20% indien ze dit nog deden op het moment van de bevraging. Ongeveer 80% van de WZC is vaker gaan werken met teams die uitsluitend werken bij één leefgroep. Niettegenstaande deed slechts ongeveer 20% van WZC dit nog altijd op het moment van de bevraging. Dit toont aan en dit blijkt ook duidelijk uit de bevraging en de focusgroepen dat de Covid-19 pandemie zorgde voor een duidelijke 'dwang' om het woonzorgcentrum anders te laten werken of organiseren. Naast deze 'dwang' zijn 'drang', de wil en motivatie om het anders te doen, en voldoende omkadering, middelen, ruimte en tijd ook nodig om deze veranderingen permanent te maken. Men dient, volgens de deelnemers aan de focusgroepen, ook niet uit het oog te verliezen dat het overgaan naar een innovatieve arbeidsorganisatie een ingrijpend veranderingsproces is, een werk van lange adem, dat een invloed heeft op verschillende domeinen zoals de strategie en zorgvisie van de organisatie, architectuur, de competenties van het personeel, de interne arbeidsverhoudingen en de bedrijfscultuur. Niet alle medewerkers kunnen of willen bijvoorbeeld meestappen in het verhaal van bijvoorbeeld zelfsturende teams.

Ten slotte toont deze studie aan dat 28% van de woonzorgcentra graag meer informatie wil krijgen over de theoretische achtergrond van arbeidsorganisaties in WZC. Omdat deze vraag redelijk groot is, lijkt het ons nuttig om hieraan tegemoet te komen door webinars of workshops hierover te blijven organiseren. Sinds enkele jaren loopt er in opdracht van de Vlaamse overheid een traject rond innovatieve arbeidsorganisatie in WZC³⁴ waarbij er inspiratiesessies, workshops en lerende netwerken worden georganiseerd. De focus van dit onderzoek over Covid-19 lag op de conventionele en wetenschappelijk onderbouwde kenmerken van arbeidsorganisaties zoals de wijze van teamwerk en job design (bv. taakbreedte). Dit rapport toont dat deze kenmerken centraal staan om de Covid-19 cijfers en de huiselijkheid van de dienstverlening in tijden van de pandemie te verklaren. Het lijkt ons erg zinvol voor toekomstig onderzoek om grondig in kaart te brengen wat bij woonzorgcentra in deze trajecten de hindernissen en facilitatoren zijn om nieuwe vormen van arbeidsorganisaties te implementeren, evenals om te kijken welke arbeidsorganisatorische veranderingen daadwerkelijk zijn doorgevoerd. We wensen daarnaast te benadrukken dat de focus van dit onderzoek op Covid-19 ligt. Dit opent de vraag of de vastgestelde verbanden ook kunnen worden gevonden voor andere virussen, zoals het griepvirus.

³⁴ <https://www.workitects.be/project/iao-binnen-de-woonzorgsector>

Referenties

- Achterbergh, J., & Vriens, D. (2019). *Organizational development: Designing episodic interventions*. Routledge: Oxfordshire.
- Adalja A.A., Toner E., & Inglesby T.V. (2020). Priorities for the US health community responding to COVID-19. *JAMA*, 323(14), 1343-1344.
- Anderson, D. C., Grey, T., Kennelly, S., & O'Neill, D. (2020). Nursing home design and COVID-19: Balancing infection control, quality of life, and resilience. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1519–1524.
- Barnett M.L., & Grabowski, D.C. (2020). Nursing homes are ground zero for COVID-19 pandemic. *JAMA Health Forum*, 1(3).
- Brown, K. A., Jones, A., Daneman, N., Chan, A. K., Schwartz, K. L., Garber, G. E., ... & Stall, N. M. (2021). Association between nursing home crowding and COVID-19 infection and mortality in Ontario, Canada. *JAMA internal medicine*, 181(2), 229-236.
- D'Espallier, A. (2020). *Stemmen uit de stilte. Getuigenissenboek residentiële ouderenzorg. Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid*. Brussel: Vlaamse Ombudsdienst.
- De Sitter, L. U. (1998). *Synergetisch produceren*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Hacker, W. (2003). Action regulation theory: a practical tool for the design of modern work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(2), 105-130.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kuipers, H., van Amelsvoort, P., & Kramer, E. H. (2010). *Het nieuwe organiseren*. Leuven: Acco.
- Moorkamp, M., Torenvlied, R., & Kramer, E. H. (2020). Organizational synthesis in transboundary crises: Three principles for managing centralization and coordination in the corona virus crisis response. *Journal of contingencies and crisis management*, 28(2), 169-172.
- Pattyn, V., Gerrits, L. M., & Verweij, S. (2015). Qualitative Comparative Analysis: meer behorend bij de kwalitatieve dan de kwantitatieve benadering. *KWALON*, 20 (3), 26- 33.
- Ragin, C. C. (1987). *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley: University of California Press.
- Ragin, C. C. (2000). *Fuzzy-set social science*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ragin, C. C. (2008). *Redesigning social inquiry: fuzzy sets and beyond*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rihoux, B. & Ragin, C. C. (2009). *Configurational comparative methods. Qualitative Comparative Analysis (QCA) and related techniques*. Thousand Oaks: Sage.

Schneider, C. Q. & Wagemann, C. (2012). *Set-theoretic methods for the social sciences. A guide to qualitative comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Vermeerbergen, L. (2018). *Mountains of care: Organisational redesign and quality of working life in nursing homes*. KU Leuven: Leuven.

Vermeerbergen, L., McDermott, A. M., & Benders, J. (2021). Managers shaping the service triangle: Navigating resident and worker interests through work design in nursing homes. *Work and Occupations*, 48(1), 70-98.

Verweij, S. & Gerrits, L. M. (2012). Systematische kwalitatieve vergelijkende analyse. *KWALON*, 17(3), 25-33.

Bijlagen

Bijlage 1: Verschillen volgens het statuut van WZC

Tabel 58 Grootte van WZC (vestiging) en leefgroepen voor maart 2020 volgens statuut van WZC (kolom %)

	Non-profit (N= 246)		Profit (N= 68)	
	N	%	N	%
Grootte WZC (aantal bewoners in maart 2020) **				
Minder dan 60 bewoners	12	4,9	14	20,9
60 tot 119 bewoners	135	55,1	44	65,7
Meer dan 119 bewoners	98	40,0	9	13,4
Gemiddelde **	112,1		85,6	
Grootte leefgroepen ¹				
Minder dan 9 bewoners	19	7,7	5	7,4
9 tot 16 bewoners	116	47,2	28	41,2
17 tot 32 bewoners	179	72,8	47	69,1
33 tot 50 bewoners	64	26,0	21	30,9
Meer dan 50 bewoners **	2	0,8	8	11,8
Combinaties grootte van de leefgroepen *				
Enkel kleine (< 17)	50	20,3	7	10,3
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32)	64	26,0	15	22,1
Enkel middelgrote (17-32)	67	27,2	19	27,9
Kleine (< 17) en grote (> 32) (en eventueel middelgrote)	12	4,9	7	10,3
Grote (> 32) en middelgrote (17-32)	40	16,3	10	14,7
Enkel grote (> 32)	13	5,3	10	14,7
Aanwezigheid kleinschalige leefgroepen (≤ 12)				
Ja	40	16,3	7	10,3
Nee	206	83,7	61	89,7
Aantal leefgroepen **				
1-2 leefgroepen	11	4,5	26	38,2
3-5 leefgroepen	136	55,3	39	57,4
> 5 leefgroepen	99	40,2	3	4,4
Gemiddelde **	5,4		3,0	

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

** Er is een significant verschil op 1% tussen non-profit en profit. * Er is een significant verschil op 5% tussen non-profit en profit.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

- Er zijn in verhouding meer grote WZC (meer dan 119 bewoners) en minder kleinere WZC bij non-profit dan bij profit WZC. Het gemiddeld aantal bewoners is bijgevolg ook hoger bij non-profit dan bij profit WZC, namelijk 112 versus 86 bewoners.

- De aanwezigheid van heel grote leefgroepen (> 50 bewoners) komt in verhouding meer voor bij profit dan bij non-profit WZC. WZC met enkel kleine leefgroepen (< 17 bewoners) komen in verhouding meer voor bij non-profit WZC, terwijl WZC met enkel grote leefgroepen (> 32 bewoners) meer voorkomen bij profit WZC.
- Het aandeel WZC met meer dan 5 leefgroepen is hoger bij non-profit dan bij profit WZC, terwijl het aandeel WZC met maximum 2 leefgroepen hoger is bij profit dan bij non-profit WZC. Bijgevolg is het gemiddeld totaal aantal leefgroepen in een WZC hoger bij non-profit dan bij profit WZC (5 versus 3 leefgroepen). Het hebben van gemiddeld meer leefgroepen in non-profit WZC hangt ook samen het hoger gemiddeld aantal bewoners in non-profit WZC dan in profit WZC.

Tabel 59 Ruimtelijke ordening leefgroepen voor maart 2020 volgens statuut van WZC (kolom %) ¹

	Non-profit		Profit	
	N	%	N	%
<i>Leefgroep in een residentie...</i>				
... en ruimtelijk gescheiden van andere leefgroepen (bv. aparte verdieping) *	192	78,4	51	92,7
... en grenst aan één tot twee leefgroepen (bv. op eenzelfde gang) *	111	45,3	13	23,6
... en grenst aan meer dan twee leefgroepen (bv. op eenzelfde gang)	11	4,5	3	5,5
<i>Leefgroep in een losstaande woning...</i>				
... als enige leefgroep	7	2,9	0	0,0
... met één andere leefgroep	3	1,2	0	0,0
... met twee of meer andere leefgroepen	1	0,4	0	0,0
Totaal ²	> 245	> 100	> 55	> 100

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

² De woonzorgcentra met slechts 1 leefgroep dienden deze vraag niet in te vullen (N= 13) en 1 ontbrekende waarde.

* Er is een significant verschil op 5% tussen non-profit en profit.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

- In profit WZC zijn de leefgroepen in verhouding vaker meer ruimtelijk gescheiden van de andere leefgroepen dan in non-profit WZC (mogelijke verklaring hiervoor is dat de profit sector een vrij jonge sector is en vaker beschikt over een vernieuwde infrastructuur).

Tabel 60 Teamtypes voor maart 2020 volgens statuut van WZC (kolom %)

	Non-profit (N= 246)		Profit (N= 68)	
	N	%	N	%
Teamtypes ¹				
Type 1	16	6,5	7	10,3
Type 2 *	119	48,4	22	32,4
Type 3 *	78	31,7	13	19,1
Type 4 *	82	33,3	13	19,1
Type 5	42	17,1	9	13,2
Type 6 **	29	11,8	17	25,0
Combinaties teamtypes **				
Enkel type 2	61	24,8	17	25,0
Type 2 met type 3 en/of type 4	29	11,8	2	0,8
Type 2 met type 3 en/of type 4 met type 5 en/of type 6	14	5,7	1	1,5
Type 2 met type 5 en/of type 6	14	5,7	1	1,5
Type 3 en/of type 4	81	32,9	19	27,9
Type 3 en/of type 4 met type 5 en/of type 6	9	3,7	3	4,4
Type 5 en/of type 6	22	8,9	18	26,5
Combinaties met type 1	16	6,5	7	10,3

¹Meerdere antwoorden mogelijk.

** Er is een significant verschil op 1% tussen non-profit en profit. * Er is een significant verschil op 5% tussen non-profit en profit.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

- In profit WZC komt teamtype 2 in verhouding minder voor dan in non-profit WZC, terwijl teamtype 6 meer voorkomt in profit dan in non-profit WZC. In non-profit WZC komen de teamtypes 3 en 4 in verhouding meer voor dan in profit WZC. Hierbij aansluitend zijn er meer WZC met type 2 gecombineerd met type 3 en/of 4 in non-profit WZC dan in profit WZC. In profit WZC komen WZC met enkel teamtype 5 en/of 6 meer voor dan in non-profit WZC.

Tabel 61 Teamtypes voor maart 2020 volgens de vier verschillende statuutcategorieën van WZC (kolom %)

	Openbaar – non profit (N= 111)		VZW – non profit (N= 135)		VZW – profit (N=24)		Commercieel – profit (N= 44)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Teamtypes ¹								
Type 1	8	7,2	8	5,9	1	4,2	6	13,6
Type 2 **	37	33,3	82	60,7	9	37,5	13	29,5
Type 3 (*)	35	31,5	43	31,9	8	33,3	5	11,4
Type 4 (*)	40	36,0	42	31,1	6	25,0	7	15,9
Type 5	18	16,2	24	17,8	3	12,5	6	13,6
Type 6 *	14	12,6	15	11,1	2	8,3	15	34,1
Combinaties teamtypes **								
Enkel type 2	19	17,1	42	31,1	6	25,0	11	25,0
Type 2 met type 3/4	6	5,4	23	17,0	2	8,3	0	0
Type 2 met type 3/4 met type 5/6	6	5,4	8	5,9	0	0	1	2,3
Type 2 met type 5/6	6	5,4	8	5,9	1	4,2	0	0
Type 3/4	48	43,2	33	24,4	10	41,7	9	20,5
Type 3/4 met type 5/6	4	3,6	5	3,7	1	4,2	2	4,5
Type 5/6	14	12,6	8	5,9	3	12,5	15	34,1
Combinaties met type 1	8	7,2	8	5,9	1	4,2	6	13,6

¹ Meerdere antwoorden mogelijk.

* Er is een significant verschil op 5% tussen de verschillende statuten. (*) er is een significant verschil op 10% tussen de verschillende statuten.

Bron: Bevraging WZC arbeidsorganisatie

- Verhoudingsgewijs komt teamtype 2 het meeste voor in non-profit VZW's, terwijl teamtype 6 het meeste voorkomt in commerciële profit WZC. Teamtypes 3 en 4 komen in verhouding het minste voor bij commerciële profit WZC.
- WZC met enkel teamtype 2 en WZC met type 2 gecombineerd met type 3 en/of 4 komen in verhouding het meeste voor bij non-profit VZW's. WZC met enkel type 3 en/of 4 komen het meeste voor bij openbare en profit VZW's, terwijl WZC met enkel type 5 en/of 6 het meeste voorkomen bij commerciële profit WZC.

Tabel 62 Het gebruik van preventieve kamerquarantaine, de toegang tot PBM en het aandeel bewoners met een hoge zorgwaarde volgens statuut van WZC (kolom %)

	Non-profit		Profit	
	N	%	N	%
Preventieve kamerquarantaine na maart 2020 ¹	(N= 178)		(N= 46)	
Nee	66	37,1	12	26,1
Ja	112	62,9	34	73,9
Toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) personeel ² (*)	(N= 178)		(N= 46)	
Positief (tevreden tot heel tevreden)	102	58,0	35	76,1
Neutraal	36	20,5	6	13,0
Negatief (ontevreden tot heel ontevreden)	38	21,6	5	10,9
Aandeel bewoners hoge zorgwaarde (C, Cd en D) (maart 2020) **	(N= 245)		(N= 67)	
Kleiner of gelijk aan 40%	26	10,6	35	52,2
Groter dan 40% tot en met 56%	138	56,3	27	40,3
Meer dan 56%	81	33,1	5	7,5
Gemiddeld aandeel bewoners zorgwaarde Cd ³ (maart 2020) **	35,4% (N= 245)		27,8% (N= 67)	

¹ Vraagstelling: We hebben bewoners preventief in kamerquarantaine geplaatst (d.w.z. zonder dat de bewoners symptomen hadden of een hoog-risico contact hadden).

² Vraagstelling: In welke mate was u tevreden over de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen voor de medewerkers na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties, zoals mondklappers, schorten, handschoenen en handontsmettingsmiddelen.

³ Zorgwaarde Cd: zwaar zorgafhankelijk bij bewoners met dementie.

** Er is een significant verschil op 1% tussen non-profit en profit. (*) Er is een significant verschil op 10% tussen non-profit en profit.

Bron: VSB- gegevens en bevraging WZC arbeidsorganisatie

- Hoewel het verschil niet significant is, lijkt preventieve kamerquarantaine verhoudingsgewijs iets meer te zijn toegepast in profit dan in niet-profit WZC.
- Non-profit WZC waren iets minder tevreden over de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor het personeel tijdens de Covid-19 pandemie in het jaar 2020 dan profit WZC.
- Het aandeel bewoners met een hoge zorgwaarde (C, Cd en D) ligt hoger in non-profit dan in profit WZC. Hierbij aansluitend is het gemiddeld aandeel bewoners met zorgwaarde Cd hoger in non-profit dan in profit WZC (35 versus 28%).

Bijlage 2: Organisaties vertegenwoordigd in de stuurgroep

ACV Puls

Agentschap Zorg & Gezondheid

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen

HIVA-KU Leuven

Kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding

Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten vzw, VVSG

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, VAPH)

Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk

Vlaamse Ouderenraad

Vlaamse Zorgambassadeur, Vlaamse Overheid

OKRA

Radboud Universiteit

Zorgnet-Icuro

Bijlage 3: Focusgroepen

1 Kenmerken WZC waarvan de directeurs hebben deelgenomen

Tabel 63 Kenmerken WZC van de deelnemers aan de focusgroepen (kolom %)

	Focusgroep 1 (N = 6)		Focusgroep 2 (N = 4)	
	N	%	N	%
Statuut				
Openbaar - non profit	2	33.3	2	50.0
VZW - non profit	4	66.7	2	50.0
Provincie				
Antwerpen	3	50.0	0	0.0
Limburg	0	0.0	0	0.0
Oost-Vlaanderen	1	16.7	1	25.0
Vlaams-Brabant	0	0.0	1	25.0
West-Vlaanderen	2	33.3	2	50.0
Grootte WZC¹				
Minder dan 60 bewoners	0	0.0	0,5	12.5
60 tot 119 bewoners	1	16.7	0,5	12.5
Meer dan 119 bewoners	5	83.3	3	75.0
Combinaties grootte van de leefgroepen				
Kleine (< 17) en middelgrote (17-32) leefgroepen	0	0.0	1	25.0
Kleine (< 17) en grote (> 32) leefgroepen	0	0.0	1	25.0
Grote (> 32) en middelgrote (17-32) leefgroepen	5	83.3	1	25.0
Grote (> 32) leefgroepen	1	16.7	1	25.0
Combinaties teamtypes				
Enkel type 2	1	16.7	2	50.0
Type 2 met type 3 en/of 4	0	0.0	1	25.0
Type 3/4	4	66.7	1	25.0
Type 5/6	1	16.7	0	0.0

¹ Tijdens de tweede focusgroep was er een directeur aanwezig die verantwoordelijk is voor twee WZC die verschillen qua grootte.

2 Leidraad

2.1 Introductie

- Verwelkomen deelnemers
- Bedanken voor aanwezigheid
- Ons kort voorstellen (Eveline Teppers en jobstudent Aaleks Kasemi)
- Doelstelling focusgroep: nog meer inzicht krijgen in de arbeidsorganisatie in WZC en hoe dit samenhangt met Covid-19 besmettingen door te polsen naar jullie situaties en ervaringen
- Aankondiging opname gesprek en goedkeuring vragen (opname is vertrouwelijk en niemand anders dan de onderzoekers hebben toegang tot de opname).
- Anonimiteit gegevens

2.2 Vragen

- 1) Openingsvraag/ijsbreker: Stel jullie zelf en jullie WZC kort eens voor?
- 2) Als jullie aan de samenhang tussen arbeidsorganisatie en Covid-19 in WZC denken, waar denken jullie dan aan? Kan je je redenering even toelichten?
- 3) Korte voorstelling van de resultaten:
Minder besmettingen bij bewoners (en soms ook personeel) bij:
 - kleine vestigingen (minder dan 60 bewoners);
 - WZC met aanwezigheid van kleine leefgroepen (klein gedefinieerd als minder dan 17 bewoners);
 - brede takenpakketten binnen de teams (bv. bedden worden niet uitsluitend opgemaakt door zorgkundigen, dokter niet uitsluitend ontvangen door verpleegkundigen, etc.);
 - vaste multidisciplinaire teams verbonden aan één leefgroep met eventueel centrale ondersteuning (afdelingsniveau of overkoepelend).Bijvragen:
 - Herkennen jullie deze bevindingen? Hebben jullie opmerkingen bij deze resultaten?
 - Welke bevindingen liggen in de lijn van jullie verwachtingen? Welke niet (link met vraag 2)?
 - Is het vooral door minder contacten dat er minder besmettingen zijn in kleine leefgroepen, kleine WZC of vaste teams per leefgroep?
- 4) Hebben jullie veranderingen doorgevoerd in jullie arbeidsorganisatie tijdens Covid-19? Zo ja, welke? Indien geen veranderingen, waarom niet?
 - Zijn er WZC naar kleine leefgroepen gegaan en waarom? Nog altijd zo? Waarom niet/wel?
 - Zijn er WZC naar grote leefgroepen gegaan en waarom? Nog altijd zo? Waarom wel/niet?
 - Zijn er WZC die overkoepelend zijn gaan werken en waarom? Nog altijd zo? Waarom niet/wel?
 - Zijn er WZC die meer op teamniveau zijn gaan werken en waarom wel/niet?
- 5) Waren deze veranderingen blijvend of tijdelijk? Waarom tijdelijk?
- 6) Welke verbeteringen zijn er nodig op vlak van jullie arbeidsorganisatie, ook na COVID? Wat hebben jullie hiervoor nodig? Wat zijn knelpunten en wat zou dit faciliteren?
 - Voorbeelden: lerende netwerken, subsidies voor nieuwbouw, wetgeving rond takenpakketten voor medewerkers, personeelsnormen, arbeidstekorten...
- 7) Hoe zijn jullie omgegaan met het evenwicht tussen veiligheid (d.i. minder Covid-19 binnen het WZC) en welzijn van de bewoners?
 - Hebben jullie kamerquarantaine toegepast? Waarom niet?

- Welke vormen van arbeidsorganisatie zijn beter voor het welbevinden van de bewoners/meer huiselijker tijdens de pandemie?
- 8) We hebben gegevens over de besmettingen op woonzorgcentrumniveau en niet op leefgroepniveau. Is het zo dat besmettingen vooral plaatsvinden binnen één leefgroep indien er sprake is van kleine leefgroepen of vaste teams per leefgroep?
- 9) Samenvatting door moderator en vragen aan de deelnemers of ze het er mee eens zijn of niet.
- 10) Tot slot, hebben we iets over het hoofd gezien bij het bespreken van de samenhang tussen arbeidsorganisatie in WZC en Covid-19?

2.3 Einde

- Bedanken en uitleggen wat er met de gegevens wordt gedaan

Bijlage 4: De bevraging



Richtlijnen

In deze websurvey zullen er verschillende onderdelen aan bod komen. We willen nogmaals benadrukken dat uw gegevens volledig vertrouwelijk worden behandeld en worden geanonimiseerd. Sommige vragen zullen verplicht zijn om in te vullen vooraleer kan worden verder gegaan. Het invullen van deze websurvey zal ongeveer een half uur in beslag nemen. Gelieve deze websurvey bij voorkeur binnen de 10 dagen in te vullen. We danken u alvast voor uw medewerking!

(Deze vraag is verplicht) Ik verklaar hierbij dat ik

1. begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan;
2. akkoord ga dat alle resultaten binnen dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen worden gepubliceerd. Mijn naam en dat van mijn woonzorgcentrum worden daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd;
3. weet dat ik voor vragen evenals voor de uitoefening van mijn rechten (inzage gegevens, correctie ervan, ...) terecht kan bij Eveline Teppers via het e-mailadres woonzorgcentra@kuleuven.be of op het telefoonnummer 016 37 30 44 (niet bereikbaar op vrijdag)
4. weet dat ik voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten contact kan opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van de KU Leuven via het e-mailadres smec@kuleuven.be

Vink aan. De bevraging kan pas gestart worden nadat u uw toestemming hebt gegeven.

- Ik ga akkoord met bovenstaande punten en wil deelnemen aan deze studie.

Indien u dit wenst, brengen we u achteraf graag op de hoogte van de resultaten van dit onderzoek. Gelieve aan te geven op welke manier u graag op de hoogte wordt gesteld? U kan meerdere opties aanduiden.

- Ik wens het volledige onderzoeksrapport te ontvangen.
- Ik wens een samenvatting van het onderzoeksrapport te ontvangen.
- Ik wens deel te nemen aan een webinar eind 2021, waar de resultaten van dit onderzoek besproken worden.
- Ik wens deel te nemen aan een webinar eind 2021, waar een academische achtergrond over arbeidsorganisaties in de woonzorgcentra wordt gebracht.
- Ik wens deel te nemen aan een focusgroep in mijn regio om de resultaten te bespreken met directeurs van andere woonzorgcentra.
- Ik wens/hoef niet op te hoogte te worden gebracht van de resultaten van dit onderzoek
- Andere: [ANTWOORDRUIMTE]

Wat is uw functie binnen het WZC? (open antwoord)

1. Organisatie van de leefgroepen

We peilen naar de wijze waarop bewoners werden gegroepeerd voor maart 2020. Een 'leefgroep' of 'bewonersgroep' is een groep bewoners die gezien wordt als de kleinste organisatorische entiteit. We verwijzen hierbij specifiek naar een groep van bewoners die samen een aantal gemeenschappelijke ruimten delen, zoals bijvoorbeeld de zit- en eetruimte en gemeenschappelijk sanitair.

- 1 Hoeveel leefgroepen waren er in uw WZC voor maart 2020? (getal) – *verplichte vraag*
- 2 **FILTER** aantal gelijk aan aantal op vraag 1. Gelieve aan te geven hoeveel leefgroepen er waren voor maart 2020 in uw WZC en dit volgens grootte van de leefgroep (getal per kolom). Bv. in uw WZC waren er 10 leefgroepen van minder dan 9 bewoners (eerste rij) en 10 leefgroepen van 33 tot 55 bewoners (derde rij).

	<u>Aantal leefgroepen</u>
minder dan 9 bewoners	
9 tot 16 bewoners	
17 tot 32 bewoners	
33 tot 50 bewoners	
meer dan 50 bewoners	

- 3 **FILTER** niet '1' (slechts 1 leefgroep) op vraag 1: Hoe werden de verschillende leefgroepen samengesteld voor maart 2020? Meerdere antwoorden mogelijk.

De verschillende leefgroepen werden samengesteld op basis van...

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ... beschikbare woonegelegenheden <input type="radio"/> ... voorkeuren van bewoners <input type="radio"/> ... werkbelasting voor medewerkers <input type="radio"/> ... dezelfde fysieke zorgnoden <input type="radio"/> ... dezelfde mentale zorgnoden | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ... verschillende fysieke zorgnoden (een mix) <input type="radio"/> ... verschillende mentale zorgnoden (een mix) <input type="radio"/> ... dringendheid van opname <input type="radio"/> ... andere: [ANTWOORDRUIMTE] |
|--|---|

- 4 **FILTER** niet '1' (slechts 1 leefgroep) op vraag 1 en rijen aangepast aan antwoord op vraag 2. Deze vraag peilt naar hoe de verschillende leefgroepen zich ruimtelijk verhouden ten opzichte van elkaar. Gelieve aan te geven welke situaties van toepassing waren voor maart 2020 en dit volgens grootte van de leefgroepen? (meerdere antwoorden mogelijk per grootte van de leefgroep)

	Leefgroep binnen de residentie en ruimtelijk gescheiden van andere leefgroepen (bv. op een aparte verdieping)	Leefgroep binnen de residentie en grenst aan één tot twee leefgroepen (bv. op eenzelfde gang)	Leefgroep binnen de residentie en grenst aan meer dan twee leefgroepen (bv. op een eenzelfde gang)	Leefgroep in een losstaande woning als enige leefgroep	Leefgroep in een losstaande woning met één andere leefgroep	Leefgroep in een losstaande woning met twee of meer andere leefgroepen
minder dan 9 bewoners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 tot 16 bewoners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 tot 32 bewoners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 tot 50 bewoners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
meer dan 50 bewoners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 5 Deze vraag peilt naar de infrastructuur in uw WZC. Gelieve aan te geven welke infrastructuur waar aanwezig was voor maart 2020. **Meerdere antwoorden per rij mogelijk.**

Gebruik van infrastructuur op niveau van...	Kamer van de bewoner	Één leefgroep	Meerdere leefgroepen	Het volledige WZC	Meerdere WZC
Living	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuken voor bereiding maaltijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Badkamer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eetruimte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruimte voor de was	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buitenruimte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activiteitenruimte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegposten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruimte voor kiné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapsalon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Arbeidsorganisatie van het WZC

In dit onderdeel peilen we naar de arbeidsorganisatie van uw WZC voor maart 2020. De vragen gaan specifiek over de wijze waarop verschillende beroepsgroepen in teams, over teams heen of overkoepelend over het hele WZC werken. Een **team** is een groep van medewerkers die nauw samenwerken in het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan één of meerdere leefgroepen.

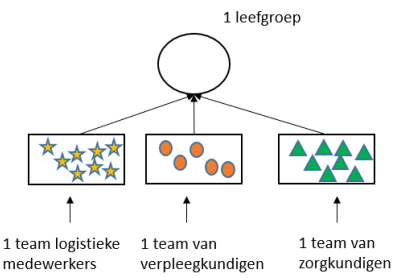
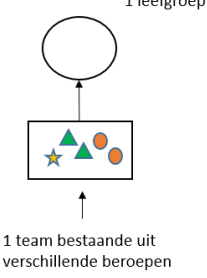
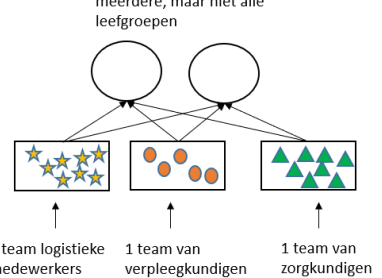
Gelieve bij vragen in dit deel nog geen rekening te houden met de mobiele equipes en de nachtploegen, daarover komen later nog aparte vragen.

FILTER niet '1' (slechts 1 leefgroep) op vraag 1. Indien '1' op vraag 1, dan enkel type 1 en type 2 mogelijk (een figuur met deze twee types).

We starten met een vraag die uitsluitend peilt naar de teams in uw WZC. Een **team** is een groep van medewerkers die nauw samenwerken in het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan één of meerdere leefgroepen. Met deze vraag brengen we in kaart of een team bestaat uit dezelfde, dan wel verschillende beroepsgroepen én of een team verbonden is aan één, meerdere of alle leefgroepen. Onderstaande figuren geven telkens een voorbeeld van de zes types met voorbeeldberoepen. Kan u aanduiden welke van onderstaande types **het meest kenmerkend** waren voor uw woonzorgcentrum voor maart 2020? **Meerdere types aanduiden is mogelijk!**

Verplichte vraag

Ter illustratie: een woonzorgcentrum heeft een team met enkel verpleegkundigen die voor heel het WZC diensten verlenen (=Type 5) maar tevens multidisciplinaire teams bestaande uit zorgkundigen en logistieke medewerkers die verbonden zijn aan 1 leefgroep (= Type 2)

<p>○Type 1: Een team bestaat uit 1 beroepsgroep, en verleent zorg/diensten aan 1 leefgroep.</p>	<p>○Type 2: Een team bestaat uit meerdere beroepsgroepen en verleent zorg/diensten aan 1 leefgroep</p>	<p>○Type 3: Een team bestaat uit 1 beroepsgroep, en verleent zorg/diensten aan meerdere (maar niet alle) leefgroepen. Ook <u>één persoon</u> kan aan meerdere leefgroepen gekoppeld worden, bv. wanneer 1 kinesist in meerdere leefgroepen actief is. Indien deze situatie binnen uw WZC voorkomt, is er ook sprake van dit type van arbeidsorganisatie.</p>
		
<p>○Type 4: Een team bestaat uit meerdere beroepsgroepen, en verleent zorg/diensten aan meerdere (maar niet alle) leefgroepen.</p>	<p>○Type 5: Een team bestaat uit 1 beroepsgroep, en verleent zorg/diensten aan alle leefgroepen/voor het volledige WZC. Ook <u>één persoon</u> kan aan alle leefgroepen gekoppeld worden, bv. wanneer 1 kinesist bij alle leefgroepen actief is. Indien deze situatie binnen uw WZC</p>	<p>○Type 6: Een team bestaat uit meerdere beroepsgroepen, en verleent zorg/diensten aan alle leefgroepen/voor het volledige WZC.</p>

	voorkomt, is er ook sprake van dit type van arbeidsorganisatie.	
<p>meerdere, maar niet alle leefgroepen</p> <p>1 team bestaande uit verschillende beroepen</p>	<p>alle leefgroepen</p> <p>1 team logistieke medewerkers 1 team van verpleegkundigen 1 team van zorgkundigen</p>	<p>alle leefgroepen</p> <p>1 team bestaande uit verschillende beroepen</p>

Legende:

- 1 verpleegkundige: ● 1 logistieke medewerker: ★ 1 leefgroep: ○
 1 zorgkundige: ▲ 1 team: □

De volgende vragen gaan over drie niveaus in de arbeidsorganisatie die we in woonzorgcentra kunnen onderscheiden:

- **overkoepelend** zijn er meestal medewerkers aanwezig die voor heel het woonzorgcentra taken (al dan niet zorgtaken) uitvoeren, al dan niet autonoom of in teamverband (vraag 7 of 8);
- **een team** is een groep van medewerkers die nauw samenwerkt in het verstrekken van zorg- en dienstverlening aan specifieke leefgroepen (vraag 9 of 10);
- medewerkers die autonoom of in teamverband samenwerken met meerdere teams die directe zorg verlenen (vraag 11). Bijvoorbeeld een kiné die aan drie teams is toegewezen of een hoofdverpleegkundige die leiding geeft aan vier teams. Deze medewerkers werken niet over heel het WZC.

Bij het beschrijven van de verschillende teams, dient u teams met eenzelfde samenstelling (al dan niet multidisciplinair) niet telkens opnieuw op te geven. In een bijkomende vraag kan u namelijk opgeven hoeveel teams met deze samenstelling er in het WZC zijn.

6 FILTER NIET '1' op vraag 1 en FILTER 'type 1-4' op vraag 6: In de vorige vraag gaf u weer hoe de teams en de leefgroepen met elkaar zijn verbonden. Deze vraag gaat enkel over welke beroepsgroepen **overkoepelend werken**, d.i. **voor heel het woonzorgcentrum of vestiging**. Vaak zijn er ook enkele personen tewerkgesteld op dit overkoepelend niveau.

Onderstaande tabel geeft de verschillende beroepsgroepen weer die overkoepelend kunnen werken. Gelieve aan te duiden of de beroepsgroepen die overkoepelend werken in uw woonzorgcentrum, in een team werken (al dan niet multidisciplinair) of alleen (dus niet in een team). U kan per team meerdere beroepsgroepen aanduiden. Gelieve enkel meerdere teams aan te geven als ze een andere disciplinaire samenstelling hebben. Teams met eenzelfde disciplinaire samenstelling moet u dus niet meerdere keren aangeven. In een volgende vraag kan u wel aangeven als er meerdere teams zijn met eenzelfde samenstelling.

Kan u per team ook een inschatting maken van het aantal mensen dat gemiddeld binnen dit team werkt en indien er meerdere teams van dezelfde samenstelling zijn om hoeveel teams het dan ongeveer gaat.

	Alleen	Medewerkers die overkoepelend werken in een team			
		Team 1	Team 2	Team 3 - ---	[TEAM10]
Begeleider wonen en leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRA (coördinerende huisarts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logistieke medewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderhoudsmedewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedagoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stagiair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorgkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal mensen dat gemiddeld in dit team werkt:	/				
Van dit team hebben we er in het woonzorgcentrum ongeveer zoveel:	/				

6a2. Zijn er nog andere beroepsgroepen die overkoepelend werken? Zo ja, gelieve hieronder te omschrijven. Zie andere in de tabel hierboven.

6a3. Gelieve aan te geven tot welk team deze andere beroepsgroepen behoren en of als ze alleen werken. Zie hierboven in tabel.

7 FILTER 'enkel type 5-6' op vraag 6: In de vorige vraag gaf u weer hoe de teams en de leefgroepen met elkaar zijn verbonden. U duidde aan dat u uitsluitend werkt met teams van type 5 en/of 6. Deze vraag gaat enkel over welke beroepsgroepen **overkoepelend werken, d.i. **voor heel het woonzorgcentrum of vestiging**.**

Onderstaande tabel geeft de verschillende beroepsgroepen weer die overkoepelend kunnen werken. Gelieve aan te duiden of de beroepsgroepen die overkoepelend werken in uw woonzorgcentrum, in een team werken (al dan niet multidisciplinair) of alleen (dus niet in een team). U kan per team meerdere beroepsgroepen aanduiden. Gelieve enkel meerdere teams aan te geven als ze een andere disciplinaire samenstelling hebben. Teams met eenzelfde disciplinaire samenstelling moet u dus niet meerdere keren aangeven. In een volgende vraag kan u wel aangeven als er meerdere teams zijn met eenzelfde samenstelling.

Kan u per team ook een inschatting maken van het aantal mensen dat gemiddeld binnen dit team werkt en indien er meerdere teams van dezelfde samenstelling zijn om hoeveel teams het dan ongeveer gaat.

	Alleen	Medewerkers die overkoepelend werken in een team			
		Team 1	Team 2	Team 3...	[TEAM 10]
Begeleider wonen en leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRA (coördinerende huisarts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logistieke medewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderhoudsmedewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedagoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stagiair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorgkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal mensen dat gemiddeld in dit team werkt:	/				
Van dit team hebben we er in het woonzorgcentrum ongeveer zoveel:	/				

7a2. Zijn er nog andere beroepsgroepen die overkoepelend werken? Zo ja, gelieve hieronder te omschrijven. Zie andere in de tabel hierboven.

7a3. Gelieve aan te geven tot welk team deze andere beroepsgroepen behoren en of als ze alleen werken. Zie hierboven in tabel.

Verlenging van de tabel met vraag 7b: Zijn er nog teams die overkoepelend werken en een andere samenstelling hebben dan diegene die u reeds vermeldde?

	Medewerkers die overkoepelend werken in een team			
	Team 11	Team 12	Team 13...	[TEAM 16]
Begeleider wonen en leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRA (coördinerende huisarts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logistieke medewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderhoudsmedewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedagoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stagiair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorgkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal mensen dat gemiddeld in dit team werkt:				
Van dit team hebben we er in het woonzorgcentrum ongeveer zoveel:				

8 FILTER 'ENKEL Type 1 en Type 2' op vraag 6.

U duidde aan dat u enkel werkt met teams van type 1 en/of 2. Deze vraag gaat over de samenstelling van deze teams. Onderstaande tabel geeft de verschillende beroepsgroepen binnen de teams weer. Gelieve per team aan te duiden welke beroepsgroepen er werken. Het kan zijn dat er nog personen te werk gesteld zijn die niet overkoepelend werken en ook geen deel uitmaken van een team (bv. één kiné per drie teams). Deze kunnen in de volgende vraag worden opgegeven.

Gelieve enkel meerdere teams aan te geven als ze een andere disciplinaire samenstelling hebben. Teams met eenzelfde disciplinaire samenstelling moet u dus niet meerdere keren aangeven. In een volgende vraag kan u wel aangeven als er meerdere teams zijn met eenzelfde samenstelling.

Kan u per team ook een inschatting maken van het aantal mensen dat gemiddeld binnen dit team werkt en indien er meerdere teams van dezelfde samenstelling zijn om hoeveel teams het dan ongeveer gaat.

	Team 1	Team 2	Team 3...	[Team10]
Begeleider wonen en leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRA (coördinerende huisarts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logistieke medewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderhoudsmedewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedagoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stagiair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorgkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal mensen dat gemiddeld in dit team werkt:				
Van dit team hebben we er in het woonzorgcentrum ongeveer zoveel:				

8a2. Zijn er nog andere beroepsgroepen die in een team werken? Zo ja, gelieve hieronder te omschrijven. Zie andere in de tabel hierboven.

8a3. Gelieve aan te geven tot welk team deze andere beroepsgroepen behoren. Zie hierboven in tabel.

9 FILTER NIET '1' op vraag 1 en 'Type 1,2,3 en/of Type 4' op vraag 6.

U duidde aan dat u werkt met teams binnen de mogelijke types 1 tot en met 4. Deze vraag gaat over de samenstelling van deze teams. Onderstaande tabel geeft de verschillende beroepsgroepen binnen de teams weer. Gelieve per team aan te duiden welke beroepsgroepen er werken. Het kan zijn dat er nog personen te werk gesteld zijn die niet overkoepelend werken en ook geen deel uitmaken van een team (bv. één kiné per drie teams). Deze kunnen in de volgende vraag worden opgegeven.

Gelieve enkel meerdere teams aan te geven als ze een andere disciplinaire samenstelling hebben. Teams met eenzelfde disciplinaire samenstelling moet u dus niet meerdere keren

aangeven. In een volgende vraag kan u wel aangeven als er meerdere teams zijn met eenzelfde samenstelling.

Kan u per team ook een inschatting maken van het aantal mensen dat gemiddeld binnen dit team werkt en indien er meerdere teams van dezelfde samenstelling zijn om hoeveel teams het dan ongeveer gaat. Verder is het ook mogelijk om een inschatting te maken aan **hoeveel leefgroepen** het specifieke team ongeveer zorg verleent.

	Team 1	Team 2	Team 3...	[TEAM 10]
Begeleider wonen en leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRA (coördinerende huisarts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logistieke medewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderhoudsmedewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedagoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stagiair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorgkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aantal mensen dat gemiddeld in dit team werkt:				
Van dit team hebben we er in het woonzorgcentrum ongeveer zoveel:				
Dit team verleent zorg/diensten aan ongeveer hoeveel leefgroepen:				

9a2. Zijn er nog andere beroepsgroepen die in een team werken? Zo ja, gelieve hieronder te omschrijven. Zie andere in de tabel hierboven.

9a3. Gelieve aan te geven tot welk team deze andere beroepsgroepen behoren. Zie hierboven in tabel.

10 FILTER NIET '1' op vraag 1 en 'type 1-4' op vraag 6: In de vorige vragen toonde u wie er overkoepelend werkt en wie er allemaal in de teams werken binnen de mogelijke types 1 tot en met 4. Vaak zijn er ook enkele personen te werk gesteld, die **niet overkoepelend werken, maar ook geen deel uitmaken van de teams binnen deze types.** Een voorbeeld is een kinesist of een hoofdverpleegkundige die werkt voor vier leefgroepen terwijl er per leefgroep een apart zorg- en woonteam is. Een ander voorbeeld is een hoofdverpleegkundige die leiding geeft aan vier verpleegteams. Gelieve per beroepsgroep een inschatting te maken van het aantal personen en weer te geven of deze personen werken voor één, twee, drie t.e.m. vier of meer dan vier leefgroepen.

	1 leefgroep	2 leefgroepen	3 à 4 leefgroepen	Meer dan 4 leefgroepen
Begeleider wonen en leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRA (coördinerende huisarts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kapper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logistieke medewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopedist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijk werker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderhoudsmedewerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orthopedagoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psycholoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stagiair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrijwilligers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zorgkundige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 Kan u aangeven wie welke beslissingen had voor maart 2020? Wanneer iedereen bevoegd is, mogen alle betrokkenen worden aangeduid. **Meerdere antwoordopties zijn mogelijk.**

	Begeleider wonen en leven	CRA	Ergotherapeut	Kinesist	Kwaliteitscoördinator	Logistieke medewerker	Maatschappelijk werker	Onderhouds-medewerker	Orthopedagoog	Psycholoog	Verpleegkundige	Zorgkundige	Hoofdverpleegkundige/ teamverantwoordelijke	Andere direct	Staf- medewerker	Sociale dienst	De bewoner zelf	Familieleden
Bepalen opeenvolging van de taken (volgorde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bepalen uurrooster (wie wanneer werkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bepalen hoe er wordt gewerkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wijzigen bewonersinfo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omgaan met klachten van familieleden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formele gesprekken met familieleden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afstemming met artsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planning verlof	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bepalen wat en hoeveel bewoners eten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bepalen of bewoners 's nachts kunnen doorslapen of wakker worden gemaakt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bepalen welke bewoners naar welke overkoepelende activiteiten gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bepalen organisatie wasgebeuren van bewoners(bv. vaste of flexibele wasdagen, douche/bad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12 Hoeveel hiërarchische lagen telde uw woonzorgcentrum voor maart 2020? Begin met tellen vanaf het niveau van de eerste leidinggevende van de werknemer die aan het bed van een bewoner zorg verleent. [getal]

13 Was er in uw WZC vertegenwoordiging door een vakbond (bv. ACV, ABVV, ACLVB) voor maart 2020?

- Ja
- Nee

14 Voor onderstaande stellingen kan u aangeven of bepaalde beroepsgroepen betrokken zijn bij bepaalde taken in uw woonzorgcentrum. Gelieve aan te geven wat voor maart 2020 van toepassing was.

	Helemaal oneens	Oneens	Eens	Helemaal eens	weet niet
De bedden worden uitsluitend opgemaakt door de zorgkundigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logistieke taken (als uitdelen van maaltijden, het smeren van boterhammen) gebeuren altijd door logistieke medewerkers en/of begeleiders wonen en leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elke beroepsgroep houdt contact met de familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De dokter wordt uitsluitend ontvangen door de verpleegkundigen en/of hoofdverpleegkundigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elke beroepsgroep heeft contact met de bewoners van het WZC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De bewoners krijgen uitsluitend hulp bij het toiletbezoek van de zorgkundigen en/of verpleegkundigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elke beroepsgroep is verantwoordelijk voor de zinvolle dagbesteding van de bewoners.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De kamer wordt uitsluitend opgeruimd door logistieke medewerkers en/of begeleiders wonen en leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 Veranderde zorg- en dienstverlening ten gevolge van het coronavirus (de Covid-19 crisis)

De volgende vragen hebben betrekking op de wijze van zorgverlening na maart 2020. Als referentiepunt hanteren we deze periode omdat vanaf deze datum in België de eerste golf van de Covid-19 crisis plaatsvond.

15 FILTER niet '1' op vraag 1 en filter rijen op basis van antwoord op vraag 2. Kan u per grootte van de leefgroep een inschatting maken van het aantal leefgroepen met bewoners met een coronabesmetting na maart 2020?

Aantal leefgroepen volgens grootte van de leefgroep	Aantal bewoners met een coronabesmetting na maart 2020				
	Geen enkele bewoner binnen de leefgroep	1 tot enkele bewoners, maar minder dan de helft van de bewoners	De helft van de bewoners	Meer dan de helft van de bewoners maar niet alle bewoners	Alle bewoners binnen de leefgroep
Minder dan 9 bewoners					
Tussen 9 en 16 bewoners					
Tussen 17 en 32 bewoners					
Tussen 33 en 50 bewoners					
Meer dan 50 bewoners					

16 Zijn onderstaande zaken gewijzigd in de manier waarop zorgverlening verstrekt werd in de periode na maart 2020? Slechts één antwoord mogelijk.

	Ja, dit hebben we tijdelijk toegepast	Ja, dit doen we vandaag nog steeds	Neen, dit pasten we niet toe	Niet van toepassing
We hebben bewoners preventief in kamerquarantaine geplaatst (d.w.z. zonder dat de bewoners symptomen hadden of een hoog-risico contact hadden).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
We zijn vaker gaan werken met teams die uitsluitend werken bij één leefgroep.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
We zijn vaker gaan werken met teams die werken bij meerdere leefgroepen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
We zijn vaker gaan werken met teams die werken bij alle leefgroepen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
We zijn gaan werken met kleinere leefgroepen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
We zijn gaan werken met grotere leefgroepen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FILTER niet '1' op vraag 1. Onderstaande vraag peilt naar het aantal leefgroepen waarvoor nachtteams (teams die inspringen tijdens de nacht) en mobiele equipes (teams die inspringen tijdens de reguliere werking) zorg verlenen voor of na maart 2020.

Kan u aangeven wat de **meest voorkomende situatie** was voor maart 2020 en na maart 2020? Indien uw woonzorgcentrum geen nachtteam of mobiele equipe heeft, kan u dit ook aanduiden, nl. door het antwoord 'niet aanwezig' aan te duiden.

Hulp: officiële definitie mobiele equipe: een equipe van werknemer(s) die niet gebonden is aan een architectonische, structurele of functionele eenheid en die het mogelijk maakt om in de woon/zorgeenheden een onmiddellijke vervanging te verzekeren in geval van een afwezigheid of een kortstondige versterking in geval van plots verhoogde werklust.

	Voor maart 2020					Na maart 2020				
	1 bewoners- groep	2 bewoners- groepen	3 à 4 bewoners- groepen	> 4 leefgroep- en	Niet aanwezig	1 bewoners- groep	2 bewoners- groepen	3 à 4 bewoners- groepen	> 4 leefgroep- en	Niet aanwezig
Nachtteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobiele equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17 Kan u aangeven hoe u staat tegenover volgende stellingen over het volgen van infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties? Slechts één antwoord per stelling mogelijk?

	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens, noch oneens	Eens	Helemaal eens
Het personeel heeft de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen in acht genomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De familie heeft de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen in acht genomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De bewoner heeft de infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen in acht genomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 In welke mate was u tevreden over de toegang tot persoonlijke beschermingsmiddelen voor de medewerkers na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties, zoals mondkapen, schorten, handschoenen en handontsmettingsmiddelen?

- Heel ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Heel tevreden

19 Kan u aangeven in welke mate uw WZC volgende dagelijkse werkwijzen toepast na maart 2020 tot en met de start van de vaccinaties?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Bewoners hielpen mee in de huishouding.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De kamers van bewoners werden overdag gesloten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewoners hadden overdag toegang tot hun kamer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Een deel van) de was werd in de woningen gedaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maaltijden werden op tafel opgescheept.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De warme maaltijd werd in de keuken van de huiskamers bereid of opgewarmd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De woonkamers hadden een huiselijke sfeer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De activiteiten werden over het hele WZC georganiseerd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantelzorgers kregen een gewaardeerde rol in de werking van het WZC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 20** Kan u ten slotte een voorbeeld geven van iets wat u anders en op eenzelfde wijze zou organiseren in het geval van een nieuwe opstoot van Covid-19?
Dit zou ik anders organiseren: **[Antwoordruimte]**
Dit zou ik op eenzelfde wijze organiseren: **[Antwoordruimte]**
- 21** Dit is de laatste vraag van de vragenlijst. Indien u nog opmerkingen heeft, dan kan u die hieronder neerschrijven.
[Antwoordruimte]

Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Indien u nog vragen en/of opmerkingen hebt over de vragenlijst of het onderzoek, kan u steeds contact opnemen met de onderzoekers via Eveline Teppers via het e-mailadres **woonzorgcentra@kuleuven.be** of op het telefoonnummer **016 37 30 44** (niet bereikbaar op vrijdag)

