Aandachtige zorg
Wat maakt het verschil?

Een vergelijkend onderzoek naar de kenmerken van
WLZ Ouderenzorginstellingen waar kwaliteitsissues spelen

dageraad

Waardigheid en trots

datum	maart 2017
opdrachtgever	Waardigheid en Trots
contact	Dageraad Advies, Jeroen Rommets en Roy Roelvink

INHOUD

1 Inleiding 4

Waardigheid en trots 4
Vraagstelling en doelstelling 5
Onderzoekskader 5
Leeswijzer 6
Onderzoeksopzet 6
Sfeer 6

2 Patroon 8

Inleiding 8
Differenties 11

3 Wat karakteriseert deze organisaties? 12

Inleiding 12
1. Zorg en zorgontwikkelingen 12
2. Bedrijfsvoering 15
3. Leiderschap en besturing 16
4. Formatiebepaling en functiemix 18
5. Personeelssamenstelling 22
6. Personeelsinzet 25
7. In-, door- en uitstroom 31
8. Kwaliteitsontwikkeling medewerkers 35
9. Informele zorg 36
10. Arbeidsmarkt 38
11. Medewerkerbeleving en cliëntbeleving 39
12. Één organisatie 40

4 Wat leert ons dit? 41

Aangrijpingspunten voor goede zorg 41
Doorbreken vicieuze cirkel 41
Condities 43

BIJLAGEN 46

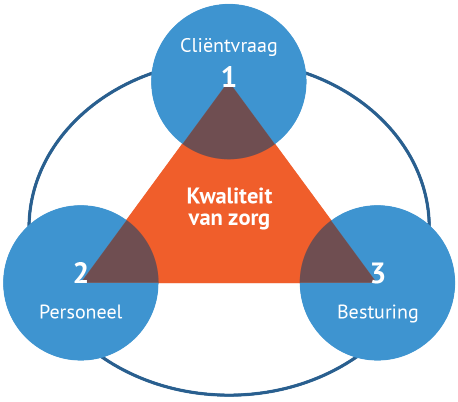
1 INLEIDING

WAARDIGHEID EN TROTS

Op 10 februari 2015 heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), drs. M.J. van Rijn, een uitwerking van de kwaliteitsbrief ouderenzorg 'Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen' aan de Tweede Kamer aangeboden. Doelstelling is onder meer om onomkeerbare verbeteringen op het gebied van kwaliteit door te voeren bij instellingen voor intramurale ouderenzorg.

Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen. Dit is waar goede zorg voor ouderen in de verpleeghuizen om draait. Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten: waardigheid. Zorg die met plezier geleverd wordt door gemotiveerde verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars en die voldoet aan hun beroeps-standaard: (beroeps)trots.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning gaat over de wijze waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naasten, zorgverleners en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie samen met de deskundigheid en competenties van de zorgverleners, bepaalt mede de kwaliteit van zorg. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vraagt van organisaties inzet op betrokkenheid en deskundigheid van zorgverleners bij het werkelijk verstaan van en zich verdiepen in het verleden en heden van de cliënt. Hiertoe heeft de zorgverlener een stimulerende en veilige werkomgeving nodig in de zorgorganisatie waarin hij werkt, en tijd om dit uit te voeren, en zo op dit terrein te werken aan verbetering van kwaliteit. Zorgverleners die met specifieke kennis, kunde, gedrag en vaardigheden zorg en diensten leveren aan cliënten. Daarnaast zijn er medewerkers die deze dienstverlening en onderliggende processen ondersteunen en (be)sturen. Zo ontstaat de driehoek Cliëntvraag-Personeel-Besturing, met centraal daarbinnen, de Kwaliteit van zorg (vaak ook Kwaliteit van leven genoemd).



VRAAGSTELLING EN DOELSTELLING

De directie WLZ van het Ministerie van VWS heeft behoefte aan inzichten – vanuit de praktijk van instellingen – in de personeelssamenstelling en de inzet van personeel in relatie tot de aanwezige zorgzwaarte (personeel/ZZP's) en de wijze waarop organisaties hier invulling aan geven. Hieruit worden inzichten gedestilleerd die de sector kunnen inspireren en waarmee aandachtsgebieden benoemd worden die beleidsenergie behoeven. Waar mogelijk worden bandbreedtes of scenario's achterhaald ten aanzien van de personeelssamenstelling en -besturing in relatie tot de cliëntsamenstelling.

In 2016 heeft Dageraad Advies een vergelijkend onderzoek uitgevoerd waarmee inzichten zijn aangereikt ten aanzien van de driehoek besturing-personeel-zorgzwaarte bij elf kwalitatief goed bekendstaande zorginstellingen in de WLZ Ouderenzorg. De uitkomsten hiervan zijn vervat in het rapport 'Het hart klopt. De bedrijfsvoering ook' (december 2016). Naast een grote hoeveelheid kwalitatieve informatie heeft het onderzoek ook veel kwantitatieve informatie opgeleverd in de zin van cijfermatige, voornamelijk personele, kenmerken. De vraag rijst nu wat de kenmerken zijn van instellingen waar kwaliteitsissues spelen, zodat meer duiding gegeven kan worden aan de kenmerken en van daaruit bekeken kan worden of deze kwalitatieve en kwantitatieve kenmerken daadwerkelijk onderscheidend zijn. Het betreft organisaties die participeren in het ondersteuningsprogramma kwaliteitsverbetering verpleeghuizen van Waardigheid en Trots dat gericht is op verbetering van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen (locaties), waar sprake is van urgente kwaliteitsproblemen zoals vastgesteld door IGZ, de WLZ uitvoerder en/of de bestuurder of organisatie zelf (hierna 'waar kwaliteitsissues spelen'.).

ONDERZOEKSKADER

In dit vergelijkend onderzoek is gekeken naar instellingen in de WLZ Ouderenzorg waar kwaliteitsissues spelen. Diverse grotere en kleinere instellingen, verspreid over het land. Instellingen die vanuit Waardigheid en Trots ondersteuning krijgen bij de opzet en invulling van kwaliteitstrajecten. Het betreft een 'vergelijkend onderzoek' en geen 'benchmark'. Zo goed mogelijk is gekeken naar de overeenkomsten, verschillen en opvallendheden bij deze instellingen. Erkend wordt dat de instellingen gekenmerkt worden door een zeer grote diversiteit qua typering en inrichting van de organisatie, maar ook van de cliënten die bediend worden en de zorgvraag die zij hebben. Sommige disciplines worden binnen de ene organisatie extern ingehuurd, terwijl dezelfde discipline bij een andere organisatie binnen de eigen organisatiegrenzen is georganiseerd. De inzichten zijn zo vergelijkbaar mogelijk gemaakt, waarbij zo veel mogelijk gebruik gemaakt is van objectieve feiten en cijfers van de instellingen zelf. Daarnaast zijn meer subjectieve inzichten verwerkt uit de gesprekken met de medewerkers en bestuurders van de instellingen.

Naast inzichten en ontwikkelingen die bij de instellingen spelen, wordt in dit rapport ook naar meer sectorale inzichten en ontwikkelingen verwezen. De uitkomsten worden ook afgezet tegen de inzichten uit het rapport 'Het hart klopt. De bedrijfsvoering ook' (december 2016).

LEESWIJZER

In de Inleiding is aangegeven wat aanleiding, vraagstelling en doelstelling zijn van het onderzoek. Ook wordt hier het onderzoekskader uitgelegd. Het hoofdstuk Patroon gaat in op het patroon dat doorgaans te ontdekken is bij organisaties waar kwaliteitsissues spelen. Enkele differenties worden uitgelicht. In het hoofdstuk daarna worden de kenmerken beschreven die de onderzochte organisaties karakteriseren en die de basis vormen voor het Patroon. De beschreven kenmerken worden waar mogelijk ondersteund met grafieken en cijfermatige inzichten. Het hoofdstuk 'Wat leert ons dit?' gaat in op de aangrijpingspunten om tot kwalitatief goede zorg te komen. In de bijlagen zijn aanvullende cijfermatige inzichten opgenomen.

ONDERZOEKSOPZET

In dit onderzoek is ervoor gekozen om kenmerken van instellingen waar personele positiebepalingen zijn uitgevoerd in het kader van kwaliteitstrajecten vanuit Waardigheid en Trots inzichtelijk te maken. Een personele positiebepaling WLZ Ouderenzorg is een niet-normatieve foto van de personele situatie en de manier waarop de personele factor bestuurd wordt in relatie tot de kwaliteit van zorg, gebaseerd op organisatie-eigen data (personeelsinformatiesysteem, productieadministratie e.a.). Het maakt integraal onderdeel uit van een kwaliteitstraject vanuit Waardigheid en Trots. Deze kenmerken zijn eveneens afgezet tegen danwel vergeleken met resultaten uit het rapport 'Het hart klopt. De bedrijfsvoering ook' (december 2016). Dat rapport gaat over WLZ-ouderenzorginstellingen die erom bekend staan 'kwalitatief goede zorg' te verlenen. Dit aldus de directie WLZ van het Ministerie van VWS, Vilans en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Beide doelgroepen zijn in dit onderzoek soortgelijk qua omvang en diversiteit.

SFEER

Bij het onderzoek bij de elf kwalitatief goede ouderenzorginstellingen konden de instellingen zonder meer als 'trots' getypeerd worden. Zij zijn trots op hun cliënten, medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers. De behoefte, bereidheid en gretigheid om kennis te delen, is groot, net als de nieuwsgierigheid naar de uitkomsten van het onderzoek.

De sfeer bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, is hetzelfde te typeren. Ook bij deze instellingen is sprake van trotse medewerkers en bestuurders. Trots op de zorg die vanuit loyaliteit en betrokkenheid verleend wordt aan cliënten. Trots op de inzet en veerkracht van medewerkers die de ontwikkelingen in de zorg- en dienstverlening proberen het hoofd te bieden. Medewerkers die er constructief tijd en energie in steken om zich voortdurend te ontwikkelen en zich nieuwe kennis en competenties eigen te maken. Instellingen die onderkennen dat zaken ontwikkeling en verbetering behoeven en van hieruit zeer benieuwd zijn naar handreikingen en nieuwe inzichten. Deze organisaties vragen onder meer actief om informatie van vergelijkbare instellingen. Zo willen ze de eigen inzichten (nog) meer kunnen duiden. Ze geven aan dat ze kennis en dilemma's willen delen om hier hun voordeel mee te doen.

Een enkele keer veronderstellen medewerkers en bestuurders oorzaken van tekortkomingen in de zorg- en dienstverlening in meer of mindere mate buiten de eigen invloedsfeer. Dit geldt zowel voor medewerkers op de werkvloer als voor management en bestuurders. Als externe oorzaken waarop onvoldoende geanticipeerd kan worden, worden onder meer genoemd: teruglopende financiële inkomsten, wijzigende aanbestedingskaders vanuit de zorgkantoren, zwaarder wordende zorgbehoeften binnen gelijkblijvende ZZP's, wijzigende wet- en regelgeving, tekortkomingen bij ketenpartners en tegenslag op de arbeidsmarkt. Ook worden bij sommige instellingen kritische geluiden gehoord over de wijze waarop en de focus waarmee IGZ de zorg voor ouderen controleert. Wanneer onvolkomenheden in de zorg- en dienstverlening meer publiekelijk te boek staan (als gevolg van persberichtgeving of anderszins) wordt nog wel eens een sfeer waargenomen die getypeerd kan worden als schaamte. Het maken van een zo feitelijk mogelijke niet-normatieve foto van de situatie in de driehoek besturing-personeel-zorgzwaarte, heeft in de meeste gevallen mede bijgedragen aan het analyseren van ontstane situaties en het voeren van een constructieve toekomstgerichte dialoog tussen betrokkenen. Dit om van hieruit de regierol te verstevigen tot uiteindelijke verbetering van de kwaliteit van zorg.

2 PATROON

INLEIDING

Vanuit de inzichten die in het volgende hoofdstuk zijn beschreven, is een patroon te ontdekken. Dit patroon wordt geduid door de verschillen en overeenkomsten tussen instellingen waar kwaliteitsissues spelen en instellingen die bekend staan om hun goede kwaliteit van zorg. Uiteraard is elke instelling en situatie uniek en gaat het te ver om een algemeen heersend patroon te kunnen veronderstellen. Om specifieke patronen te herkennen en tot oplossingen te komen die duurzaam werken, is het noodzakelijk deze specifieke patronen in instellingen te achterhalen.

Algemene patroonskenmerken van instellingen met kwaliteitsissues die **overeenkomen** met die van kwalitatief goede ouderenzorginstellingen zijn:

- Bij de instellingen werken over het algemeen, net als bij de kwalitatief goede zorginstellingen, **trotse, gedreven, hard werkende medewerkers**.
- De zorg- en dienstverlening komen qua **cliëntmix en organisatieopbouw overeen** (zie 3.1 Zorg en zorgontwikkelingen).
- De **daadwerkelijke inzet in fte per cliënt komt** vrijwel **overeen** wanneer de additionele meeruren en externe inzet daarbij worden meegenomen (zie 3.4 Formatiebepaling en functiemix en 3.6 Personeelsinzet).
- De uiteindelijke **kwantitatieve inzet van personeel** is daarmee **geen onderscheidende factor** gebleken voor de kwaliteit van zorg. Dit wijkt sterk af van de heersende publieke opinie, waarin voornamelijk een relatie wordt verondersteld tussen de kwaliteit van zorg en het aantal handen aan het bed.

Afwijkende patroonskenmerken met een duidelijke relatie tot de kwaliteit van zorg bij instellingen met kwaliteitsissues ten opzichte van instellingen die kwalitatief goede zorg leveren:

- Het aantal medewerkers en fte per cliënt, op basis van de omvang van de arbeidscontracten verschilt. De **contractbezetting is** voor wat betreft het aantal medewerkers en fte per cliënt **kleiner** (zie 3.4 Formatiebepaling en functiemix en 3.6 Personeelsinzet).
- De **doorvertaling van** de visie en **(zorg)ontwikkelingen** naar de zorgprocessen en het vereiste gedrag en praktisch handelen van de professionele medewerker is beperkt en **weinig concreet** (zie 3.1 Zorg en zorgontwikkelingen).

>

- Er is bij de instellingen met kwaliteitsissues vaker een interim-bestuurder actief of een **bestuurder of directeur die kort in dienst** is. In die gevallen heeft er rondom de kwaliteitsproblemen een wisseling in de aansturing plaatsgevonden, waarna de focus primair ligt op het op orde brengen van de basics. Het betreft in die gevallen dus een gevolg en geen oorzaak (zie 3.3. Leiderschap en besturing).
- De **relatie tussen** de **cliëntpopulatie en** de daarbij passende **personeelsmix** en doelformatie is **niet expliciet** gemaakt (zie 3.1 Zorg en zorgontwikkelingen).
- In de primaire zorgverlening **worden meer medewerkers op niveau 2** (bijvoorbeeld helpenden) ingezet en **minder verpleegkundigen**. Dit komt doorgaans niet voort uit de zorgvisie (zie 3.6 Personeelsinzet).
- De organisaties kennen een **hogere in- en uitstroom van personeel**, wat voor **ongewenste turbulentie** zorgt (zie 3.6 Personeelsinzet en 3.7 In-, door- en uitstroom).
- Een **groot deel van de uitstroom heeft een tijdelijke arbeidsovereenkomst** (zie 3.7 In-, door- en uitstroom).
- Gemiddeld is sprake van een **lage doorstroom van personeel** binnen instellingen (zie 3.7 In-, door- en uitstroom).
- Het **ontbreekt aan een visie op gewenste flexibiliteit (ideale vast/flex-verhouding en inrichting ervan)**. (zie 3.6 Personeelsinzet).
- Medewerkers worden **meer ingezet bovenop hun contracturen** (zie 3.6 Personeelsinzet).
- De **inzet** van **PNIL** (Personeel Niet In Loondienst, zoals uitzendkrachten) **is ruim vijf keer groter**. Dit is nooit in lijn met de wens van de organisatie en het belang van de cliënt (zie 3.6 Personeelsinzet).
- Uiteindelijk wordt **niet** zozeer **minder personeel** ingezet, maar **wel goedkoper** eigen personeel (meer niveau 2 en korter in dienst, dus lager in de functie-/loonschaal) (zie 3.6 Personeelsinzet).
- De leeftijdsopbouw onderscheidt zich doordat er **meer jonge mensen** werken, voornamelijk door veel in- en uitstroom, maar **ook meer 60+'ers** (zie 3.5 Personeelssamenstelling).
- Medewerkers zijn **doorgaans korter in dienst**. Een groot deel van de medewerkers is minder dan 5 jaar in dienst (zie 3.5 Personeelssamenstelling).
- Er bestaat **geen uniform zicht op de aanwezige en benodigde kwaliteiten** en dus de benodigde kwaliteitsontwikkeling van medewerkers en/of teams (zie 3.8 Kwaliteitsontwikkeling medewerkers).
- Over het algemeen **lagere scores** qua **medewerkerbeleving op** de **aspecten** cliëntgerichtheid, informatie en communicatie over veranderingen, de beleving van werkdruk en aandacht vanuit leidinggevenden (zie 3.11 Medewerkerbeleving en cliëntbeleving).
- Het **ziekteverzuim is hoger**. Vaak is sprake van een zeer hoog ziekteverzuim bij specifieke locaties of teams waar kwaliteitsissues spelen. (zie 3.6 Personeelsinzet).

>

- Op onderdelen is de vastlegging van gegevens rommelig. Dat heeft een negatieve impact op de besturingsinformatie. Er zijn altijd stevige **verbeterpunten** in de **bedrijfsvoering** (zie 3.2 Bedrijfsvoering).
- Er zijn **weinig concrete (actie- en activiteiten)plannen**. Wanneer deze er wel zijn, wordt de voortgang ervan nauwelijks gemonitord en getoetst (zie 3.1 Zorg en zorgontwikkeling.
- Er zijn onvolkomenheden in de **roosters en de meerinzet van personeel,** voornamelijk waar het gaat om 'wie bepaalt?' (zie 3.2 Bedrijfsvoering).

Wanneer de genoemde patroonskenmerken bekeken worden vanuit het perspectief van de kwaliteit van zorg valt het volgende op. Een goede kwaliteit van zorg staat of valt met de beschikbaarheid van adequaat personeel en de besturing ervan. Bij de instellingen met kwaliteitsissues is niet of onvoldoende vastgesteld welk personeel (onder meer vertaald in een functiemix) nodig is om de zorgvraag (vanuit de cliëntmix) te kunnen invullen. Daarbij is er geen zicht op de aanwezige en benodigde kwaliteiten van medewerkers en/of teams. Dit vormt een slechte fundering voor de organisatie van optimale zorg en gerichte ontwikkeling. Niet zozeer het aantal handen aan het bed maakt het verschil. Wel is de basisbezetting bij de instellingen met kwaliteitsissues kleiner dan bij kwalitatief goede ouderenzorginstellingen. De basisbezetting wordt aangevuld met meerinzet van eigen medewerkers en door inzet van flex- en/of uitzendkrachten. De grote personele turbulentie bemoeilijkt het leveren van kwalitatief goede zorg. Denk aan hoge in- en uitstroom, veel tijdelijke contracten, veel inzet uitzendkrachten, meerinzet bovenop contracten, veel medewerkers die nog maar kort bij de instelling werken en hoog ziekteverzuim. Bovencontractuele meerinzet van medewerkers is belastend voor veel medewerkers. Het vergroot de werkdruk, zeker wanneer de extra inzet onvoorspelbaar en wisselend is en medewerkers het moeilijk vinden om 'nee' te zeggen. Daarnaast kunnen claimrisico's ontstaan wanneer bovencontractuele inzet langdurig en structureel plaatsvindt. Ook werkt meerinzet van medewerkers vaak verstorend voor het rooster. De turbulentie leidt tot veel verschillende gezichten voor de cliënten en kapitaalvernietiging. Sommige instellingen 'verversen' jaarlijks 20% van het personeelsbestand. In een dergelijk klimaat verankert de zorgvisie moeilijk bij de medewerkers. Deze dynamiek binnen een lastige arbeidsmarkt en met een minder imago, bevordert het kwalitatieve en kwantitatieve aanbod van sollicitanten niet. Deze setting bevordert ook het 'samen leren' niet, wat nodig is om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De geschetste turbulentie is niet 'gestuurd'. Het komt niet voort uit een visie, overtuiging of strategisch plan, maar het overkomt de instelling. Ook ontbreekt een visie of strategie om dit te doorbreken, waardoor organisaties, locaties of teams in een soort vicieuze cirkel terechtkomen. Vaak is de organisatie zich er vooralsnog niet van bewust dat zij zich in een vicieuze cirkel bevindt.

DIFFERENTIES

Veel van de instellingen met kwaliteitsissues kunnen worden getypeerd met het hiervoor beschreven patroon. Dit betekent niet dat de organisaties aan het volledige patroonbeeld hoeven te voldoen. Vooropgesteld moet worden dat er ook heel veel goed gaat in de zorg- en dienstverlening en de organisatie ervan. Doorgaans gaat het om enkele kenmerken die een grote rol spelen en die doorwerken in de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening. Vrijwel altijd spelen er differenties op een of meerdere van de genoemde items bij een instelling of een locatie. Zo kan het bijvoorbeeld gaan om een verzuimpercentage van meer dan 25% op meerdere locaties, terwijl het verzuimpercentage organisatiebreed 'maar' 7% is. Of om locaties met 0% tijdelijke contracten versus locaties met 40% tijdelijke contracten, terwijl het aantal tijdelijke contracten organisatiebreed uitkomt op minder dan 20%. Ook combinaties van juist heel kleine en heel grote dienstverbanden komen voor. Contracten zijn dan dermate groot dat de uren niet ingeroosterd kunnen worden, maar wel worden uitbetaald. Er zijn instellingen waar 50% van de medewerkers langdurig in dienst is en de andere 50% kort- en tijdelijk in dienst is. Er zijn teams met een in- en uitstroom van boven de 40%. Het komt frequent voor dat er een transitie van verzorgingshuis naar verpleeghuis speelt, maar dat de personeelsmix niet of niet genoeg verandert. Teams werken binnen één instelling voor gelijksoortige cliëntgroepen (ZZP en doelgroep) terwijl de teamomvang en de teamsamenstelling sterk verschillen. Op meerdere plekken wordt een grote diversiteit aan uitzendkrachten ingezet. Dit hoeft niet te betekenen dat het hier gaat om een grote omvang aan uren, maar doorgaans wel om een groot aantal gezichten (praktijkvoorbeeld: 3 fte inzet wordt geleverd door 200 uitzendkrachten).

3 WAT KARAKTERISEERT DEZE ORGANISATIES?

INLEIDING

In dit hoofdstuk kan ten onrechte een zeer negatief beeld ontstaan van de instellingen met kwaliteitsissues, als verondersteld wordt dat de organisaties aan alle opgesomde karakter-eigenschappen voldoen. Voor geen enkele organisatie gelden echter alle aandachtpunten of juist positieve punten die zijn beschreven. Het gaat altijd om een instellingspecifieke mix van kenmerken en aandachtpunten. Bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, geldt dit voornamelijk voor een of meerdere specifieke locaties of teams en lang niet altijd organisatiebreed.

Algemene toelichting bij grafieken

Bij grafieken worden instellingen waar een personele positiebepaling is uitgevoerd 'PPB-instelling' of kortweg 'ppb' genoemd. Organisaties die hebben deelgenomen aan het onderzoek naar instellingen die erom bekend staan 'kwalitatief goede zorg' te verlenen, worden 'VOO-instelling' of 'voo' genoemd (naar vergelijkend onderzoek ouderenzorg). In grafieken zijn veelal gemiddelden en bandbreedtes van beide doelgroepen opgenomen. Bandbreedtes worden in de grafieken weergegeven door liggende streepjes onder en boven de staaf die het gemiddelde weergeeft. Niet bij alle grafieken zijn bij de VOO-instellingen bandbreedtes weergegeven. Bandbreedtes zijn bepaald door de een-na-hoogste en een-na-laagste waarneming te tonen. De spreiding van de waarden is niet getoond, maar waar nodig wordt deze wel tekstueel benoemd.

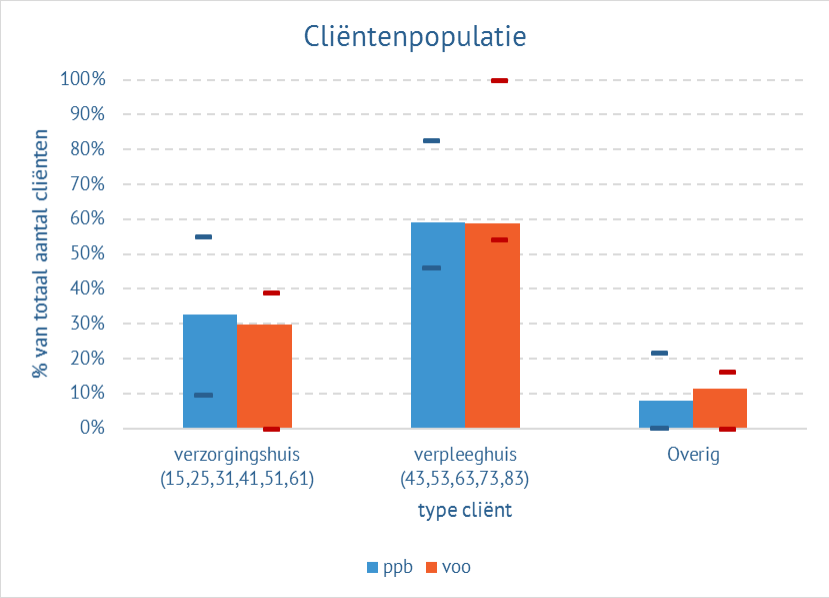
1. ZORG EN ZORGONTWIKKELINGEN

De komende jaren verandert de zorg nog ingrijpend, zowel voor de cliënt als voor de zorgmedewerker en zorgorganisaties. Verdere hervorming is noodzakelijk door een veranderende zorgvraag en een forse stijging van de zorguitgaven. Binnen de sector WLZ Ouderenzorg wordt hard gewerkt om de kwaliteit van zorg verder te ontwikkelen en te verbeteren. Dit harde werken leidt nog niet in alle gevallen tot de gewenste resultaten, zo blijkt uit het aantal extreme situaties bij ouderenzorg-instellingen dat de landelijke pers haalde, maar ook uit minder extreme situaties waar toch de nodige kwaliteitsontwikkeling in de zorg gerealiseerd moet worden.

Lagere ZZP's verdwijnen langzaam, waarmee alleen intensief zorgbehoeftige cliënten bij verpleeghuizen binnenkomen. Daarbij komen deze cliënten dus over het algemeen met bijvoorbeeld meer gedragsproblemen bij de instelling dan in voorgaande jaren.

Ook wordt melding gemaakt dat de zorgvraag binnen de ZZP intensiever en meer werkomvattend wordt (bijvoorbeeld ZZP 5 blijft ZZP 5, maar de bijbehorende zorgvraag is zwaarder dan in het verleden) en dat de ligduur van cliënten verkort. Hierna is de cliëntenopbouw van de instellingen waar kwaliteitsissues spelen en die van de kwalitatief goede instellingen weergegeven.

Cliëntenopbouw



In de grafiek is zichtbaar dat de cliëntsamenstelling bij PPB-instellingen op hoofdlijnen vergelijkbaar is met VOO-instellingen. Dat wil zeggen; de verhouding tussen verzorgingshuiscliënten en verpleeghuiscliënten is gemiddeld vrijwel gelijk. Overigens zijn hierbij de ZZP 1 t/m 7 zonder behandeling als verzorgingshuis gerekend en de ZZP's 3 t/m 8 met behandeling als verpleeghuis. Wel blijkt uit de bandbreedte dat sommige PPB-instellingen 'nog' veel verzorgingshuiscliënten hebben.

De instellingen waar kwaliteitsissues spelen, beschikken in veel gevallen over een visie op de wenselijke zorg aan cliënten. In alle gevallen wordt de cliënt als mens gezien qua vertrekpunt in de verpleegzorg. Ook wordt leren gezien als de basis voor kwaliteitsverbetering. Het zijn immers de zorgverleners die een sleutelrol hebben bij het leren en verbeteren. Zij kennen de context van de cliënt het beste en kunnen vanuit hun professionaliteit werken aan kwaliteit die daarbij aansluit. De instellingen dienen het proces van leren en verbeteren te faciliteren door verantwoordelijkheid te nemen voor de randvoorwaarden, ondersteund met instrumenten als zorgbeleidsplannen, kwaliteitsverslagen en verbeterplannen. Vaak is deze visie beperkt of niet doorvertaald naar de zorgprocessen en het benodigde gedrag van de medewerkers. Ook kunnen de verschillende echelons binnen de instellingen een andere focus hebben.

Op de werkvloer ligt de focus dan meer op de ‘werkelijkheid’ (het rondkrijgen van het 24-uurs rooster en het realiseren van de basale zorg), terwijl de ambities van de hogere echelons meer gericht zijn op de invulling van de ‘wenselijkheid’ (zorg- en dienstverlening met de cliënt, familie/mantelzorger en de professional, meer regie bij de cliënt, ondersteuning en begeleiding meer op maat en naar behoefte dan uitgaan van regulier aanbod). Dan ontbreekt de verbinding en de consistentie tussen beleid en uitvoering.

In veel zorgverbeterplannen van de instellingen wordt aandacht geschonken aan ‘het wat’ (bijvoorbeeld het willen vergroten van het mentale welzijn of adequate afstemming over de invulling van de zorg- en dienstverlening met de cliënt en familie), maar ontbreekt de concretisering naar ‘het hoe’ (implementatieplannen, vertaalslag naar benodigde competenties van medewerkers e.d.). Dit terwijl de ontwikkelingen vaak grondige veranderingen vragen in de wijze waarop zorg- en dienstverlening qua processen zijn georganiseerd, maar ook van de rolopvatting en rolinvulling van professionals. Veranderingen die uiteindelijk ingrijpende eisen stellen aan de competenties van medewerkers.

Bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, is doorgaans sprake van kleinschalig opgezette zorgarrangementen (6 tot maximaal 18 cliënten). In sommige gevallen is deze kleinschaligheid georganiseerd binnen groot- of groterschaligheid. Dat wil zeggen een grotere organisatorische opzet van meerdere woningen of verdiepingen. In veel gevallen werken de medewerkers van de groepen vooral naast elkaar en wordt er weinig samengewerkt. Er is dan een disbalans in de wijze waarop taken ‘binnen de groep’ en ‘boven de groep’ georganiseerd worden (bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteitsontwikkeling, inzet van personeel e.d.).

De instellingen die kwalitatief goede zorg verlenen, worden gekenmerkt door een duidelijke visie die leidend en richtinggevend is voor denken en handelen. De visie is doorvertaald naar de manier waarop de zorgprocessen zijn georganiseerd en ingeregeld. Ook is de visie veelal doorvertaald naar gewenst en vereist gedrag en praktisch handelen van de professionele medewerker in de samenwerking met cliënten en mantelzorgers. Doorgaans is de zorg aan cliënten in deze instellingen in balans georganiseerd (kleinschalig binnen grootschaligere context, optimum tussen binnen en boven de groep georganiseerd).

Resumé | Zorg en zorgontwikkelingen

Bij de meeste instellingen waar kwaliteitsissues spelen, is de doorvertaling van (zorg) ontwikkelingen en visie naar de zorgprocessen en het vereist gedrag en praktisch handelen van de professionele medewerker beperkt en weinig concreet. Bij de instellingen die kwalitatief goede zorg verlenen, is de visie vaker concreet doorvertaald in processen en het gewenste handelen. De cliëntsamenstelling is soortgelijk bij instellingen waar kwaliteitsissues spelen en de goed bekend staande instellingen.

2. BEDRIJFSVOERING

Robuust managen van de zorg en de bedrijfsvoering vormt een belangrijke basis voor kwalitatief goede zorg. Bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, wordt met regelmaat een rommelige bedrijfsvoering aangetroffen. Bijvoorbeeld bij het vastleggen van data in systemen (personeel, inzet, kwaliteit/kwantiteit, uitzendkrachten, organisatiestructuur e.d.). In die gevallen lijkt het erop dat er onvoldoende over nagedacht is hoe zaken moeten worden vastgelegd in systemen, zodat er op de verschillende organisatieniveaus de benodigde informatie uit kan worden gegenereerd. Frequent is ook geconstateerd dat gegevens niet, onbetrouwbaar of onjuist waren vastgelegd in systemen, of dat de informatie verouderd was. Voorbeelden hiervan zijn oude functiebenamingen, medewerkers waarvan is vastgelegd dat zij voor bepaalde tijd in dienst zijn, maar die ondertussen allang voor onbepaalde tijd in dienst zijn en organisatorische structuren die divers zijn vastgelegd in systemen, waardoor integraal rapporteren nauwelijks mogelijk is.

Doorgaans wordt informatie op het gebied van kwaliteiten van medewerkers (functioneren, beoordelen, competenties) niet of nauwelijks vastgelegd. Opleidingsgegevens, zoals gevolgde trainingen en cursussen, worden vaak wel geregistreerd, maar lang niet altijd op een manier die ook het verkrijgen van inzicht hierin (op organisatieniveau) mogelijk maakt. Kortom; door onder meer de diversiteit van het vastleggen van data is het lastig om integrale bestuursinformatie te genereren. Het ontbreekt die instellingen aan mogelijkheden om ontwikkelingen te monitoren en bij te sturen. Illustrerend is dat bij de uitvoering van personele positiebepalingen meerdere bestuurders en andere betrokkenen van de instellingen verrast waren over de uitkomsten van trendanalyses, terwijl het om feitelijke personele ontwikkelingen van het afgelopen jaar ging, gebaseerd op organisatie-eigen gegevens. Vraagtekens kunnen dan gezet worden bij de beschikbaarheid of meerwaarde van de reguliere ken- en stuurgetallen binnen die instellingen.

Meerdere malen bleek er sprake van onduidelijke of ongewenste taakverdeling van planning, roostering en inzet. Kaders voor roosters en de benodigde bezetting per moment van de dag op een groep ontbraken. Veelal maakt een planner dan een rooster op basis van het verleden, in meer of mindere mate naar de wensen van een team of zonder duidelijke uitgangspunten. Centraal zicht op het aantal verschillende roosters, hoe deze zijn opgebouwd en wat onderliggende argumenten voor de desbetreffende roosters zijn, ontbreekt dan. Aandachtspunt is veelal ‘wie beslist over meerinzet’. De roosters zijn echter in hoge mate bepalend voor de personele inzet voor een cliëntengroep en daarmee ook voor de directe personele kosten die daarmee gepaard gaan.

Bij meerdere instellingen werden ook ‘overleefplannen’ aangetroffen die veelal primair gericht zijn op het in balans brengen van inkomsten en uitgaven en het structureren/protocolleren e.d. van de meer basale zorgprocessen. Bij enkele instellingen speelden reorganisaties en waren of werden er bedrijfsonderdelen afgestoten (als gevolg van bijvoorbeeld de effecten van gemeentelijke transitie WMO/gemeentelijk domein) of werd collectief ontslag aangevraagd voor groepen medewerkers. In een enkel geval was er ook sprake van faillissement van bedrijfsentiteiten. Ook is het opvallend dat een aantal van de betrokken instellingen zeer laat hun jaarrekening heeft afgesloten en gedeponeerd.

De instellingen die kwalitatief goede zorg leveren, hebben stuk voor stuk een bedrijfsvoering waar in ieder geval het 'huis op orde' is. Dus onder meer adequate roosters en registratie, passend binnen de financiële kaders, accurate informatie, ingebed in een planning & control-cyclus. De ontwikkeling bij deze instellingen en de wijze waarop hierop geanticipeerd wordt, kan getypeerd worden met het begrip 'evolutie' en veel minder met het begrip 'revolutie'. Deze onderzochte instellingen hoefden bijvoorbeeld in bijna geen enkel geval over te gaan tot reorganisaties en/of collectieve ontslagen om de personele bezetting passend te krijgen bij de benodigde zorg- en dienstverlening en financiering. Een solide bedrijfsvoering en vroegtijdig reageren op ontwikkelingen in de gezondheidszorg vormen hierin de kern, zodat schoksgewijze aanpassingen in het personeelsbestand voorkomen worden. Bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, werd meer 'revolutie' (ontslagen, reorganisaties, faillissementen) aangetroffen, als gevolg van bijvoorbeeld te laat anticiperen op ontwikkelingen.

Resumé | Bedrijfsvoering

Voor veel instellingen waar kwaliteitsissues spelen, is de bedrijfsvoering een essentieel verbeterpunt.

- Frequent is 'het huis niet op orde':
  Roosters en besluitvorming daaromtrent zijn weinig transparant. Roosters passen niet bij de financiële kaders. Daadwerkelijke inzet van personeel en redenen daarvoor zijn op organisatieniveau onduidelijk. Dat geldt ook voor de inzet van uitzendkrachten. De gewenste personeelsmix is niet bepaald etc.
- Een en ander kan leiden tot een negatief exploitatieresultaat.
- Door weinig doordacht en/of niet 100% betrouwbaar registreren van relevante data is accurate bestuursinformatie op het personele vlak lang niet altijd beschikbaar.

Coherent en congruent managen van de zorg en de bedrijfsvoering vormt een belangrijke basis voor kwalitatief goede zorg. Kwalitatief goed bekend staande instellingen hebben dit doorgaans beter voor elkaar.

3. LEIDERSCHAP EN BESTURING

Bepaalde ontwikkelingen in de zorg (onder meer financiering, wet- en regelgeving, stijging zorgzwaarte en verandering van zorgvraag) worden door bestuurders soms als onvoorspelbaar en onzeker betiteld qua betekenis voor de organisatie. Daarbij ondervinden veel instellingen wisselende kwaliteitseisen en aanpalende criteria bij de aanbestedingsprocedures bij de zorgkantoren en gemeenten (in geval van gemeentelijk domein). Duidelijkheid over de definitieve financiële begroting wordt doorgaans pas in september van het lopende boekjaar geleverd. Ook kunnen daarmee jaarlijkse fluctuaties van het NZA-tarief ontstaan en daarmee van de zorgopbrengsten. Hiermee wordt aangegeven dat veel van de instellingen op tal van ontwikkelingsaspecten onduidelijkheid en onzekerheid ervaren. Dit vergt adequaat leiderschap om voor en met de organisatie koers te bepalen en deze vervolgens toekomstgericht te besturen.

Bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, wordt doorgaans vaker een interim-bestuurder of bestuurder aangetroffen die nog maar kort voor de desbetreffende instelling actief is. In de meeste van die gevallen ligt er een link tussen het vertrek van de voorganger en de voorliggende situatie. Er heeft dan doorgaans een bestuurderswisseling plaatsgevonden. Ook op andere sleutelposities komt dit voor. Aandachtspunten in die gevallen zijn rol en leiderschap (focus ligt bij het op korte termijn schoon schip maken en de basics herstellen) en de korte verblijftijd (doorgaans maximaal een half jaar en beschikbaarheid van enkele dagen per week) van interimmers. In meerdere gevallen was er op basis van de situatie waarin de instelling zich begeeft geen sprake van 'richtinggevend gidsen', maar meer van 'sturend, orde scheppend en besluitvormend'.

Bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, komt het voor dat in de afgelopen periode de besturingsvorm is gewijzigd. In meerdere situaties is in korte tijd zelfsturing ingevoerd door het schrappen van een managementlaag. Primaire doelstelling was vaak om de personele uitgaven terug te dringen. Zeker wanneer medewerkers gedurende tientallen jaren zijn opgegroeid in een meer traditioneel hiërarchische organisatiestructuur, kan het problemen geven wanneer ze een rol moeten gaan vervullen die andere competenties vraagt. Meestal is het dan onduidelijk waar verantwoordelijkheden en bevoegdheden belegd zijn (wat en waarover mag je als team wel en niet beslissen en binnen welke kaders?). Het besturingsconcept is dan onvoldoende doordacht en niet goed ingericht. Bij meerdere instellingen waar zelfsturing is ingevoerd, worden bijvoorbeeld geen functioneringsgesprekken meer gevoerd, maar is er ook geen alternatieve gespreksvorm over prestaties, benodigde persoonlijke ontwikkeling e.d. voor in de plaats gekomen.

De instellingen die kwalitatief goede zorg verlenen, zijn gericht op verdere geleidelijke ontwikkeling naar meer zelforganiserendheid, meer eigen regelruimte voor de professional bij het inrichten van de zorgprocessen, meer eigen regie en meer zelfstandigheid qua planning e.d. Dit is een geleidelijk en geen abrupt proces. Het leiderschap bij de instellingen die kwalitatief goede zorg verlenen, kan getypeerd worden als 'richtinggevend gidsen en vertrouwen geven'. Soms is dit meer vertegenwoordigd in één persoon (een bestuurder, directeur of anderszins), maar meestal vertegenwoordigd in bredere, en daarmee minder bepalende en kwetsbare, allianties (managementteams, lijn-management-staf-combinaties e.d.). Ook geldt er een soort vanzelfsprekendheid dat beleid ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Iets wat bij instellingen met kwaliteitsissues niet altijd het geval is (wel beleid, geen uitvoering).

Resumé | Leiderschap en besturing

Veel bestuurders van organisaties met kwaliteitsissues betitelen de ontwikkelingen in de gezondheidszorg als onvoorspelbaar en onzeker. Er is vaker een interim-bestuurder of een bestuurder die kort in dienst is, met de focus op het op orde brengen van de basics. Ook is vaker sprake van een vrij snelle invoering van ondoordachte vormen van zelfsturing, zonder dat daarbij verantwoordelijkheden en bevoegdheden geëxpliciteerd zijn. Het is niet vanzelfsprekend dat beleid wordt uitgevoerd.

4. FORMATIEBEPALING EN FUNCTIEMIX

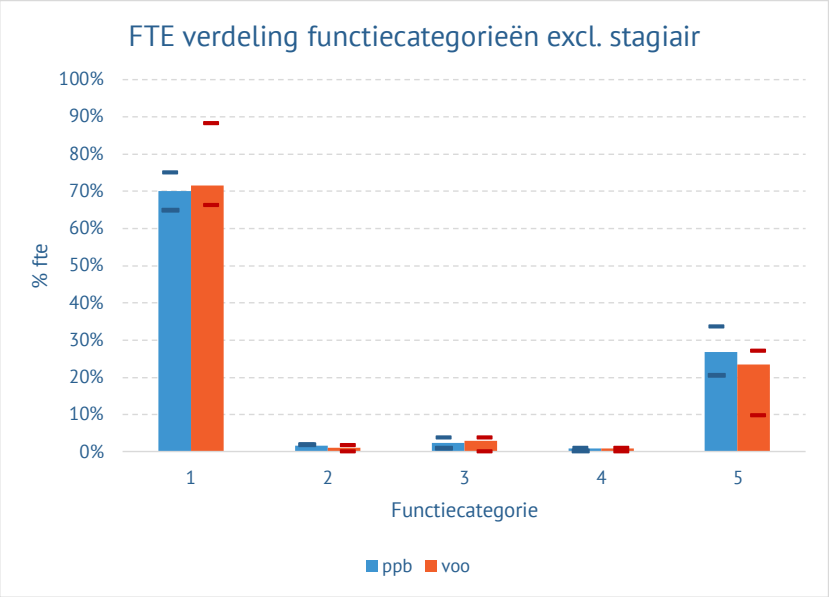
Bij de instellingen die bekend staan om kwalitatief goede zorg is er meer of minder expliciet sprake van een intern bepaalde systematiek om vanuit de zorgvraag (onder meer vanuit de ZZP's) te komen tot een indicatie van de benodigde personele formatie en de hierbinnen benodigde functiemix. Bij instellingen met een kwaliteitsvraagstuk is er doorgaans wel een financiële formatie of wordt de formatie wel in fte's uitgedrukt, maar ontbreekt de doorvertaling naar de gewenste personeels-opbouw. Wanneer ondersteunende modellen gebruikt worden, wijkt de dagelijkse praktijk ofwel de interne beschikbaarheid van functies en personeel veelal sterk af van wat er nodig is qua functies en personeel.

Alle instellingen hebben hun eigen specifieke functiegebouw. Hierdoor is het lastig om op het niveau van functies en/of aard van de functies onderlinge vergelijkingen te maken. Dit terwijl hier vaak wel een behoefte ligt. Inzichten op het gebied van direct/indirect, primair proces/ondersteunend hebben een bovenmatige interesse, zowel bij de instellingen zelf, als bij andere instanties. Om hier toch enige invulling aan te geven, hoe subjectief ook, zijn functies zo zorgvuldig mogelijk gecategoriseerd in uiteindelijk 5 functiecategorieën. Alle verschillende voorkomende functies zijn geschaard onder een functiegroep en iedere functiegroep behoort tot een van de functiecategorieën 1 t/m 5.

Categorie	Functies (onder andere)
1	Leveren van zorg en ondersteuning in het verpleeghuis, bijvoorbeeld: • Helpende • Verzorgende (al dan niet EVV) • Woon(zorg)begeleider • Verzorgende individuele gezondheidszorg/agogisch werk • Verpleegkundige • Verpleegkundig specialist
2	Medische beroepen, bijvoorbeeld: • Specialist ouderengeneeskunde • (GZ-)psycholoog • Geriater
3	Paramedische beroepen, bijvoorbeeld: • Fysiotherapeut • Ergotherapeut • Diëtiste • Logopedist
4	Relevante hulpverleners, bijvoorbeeld: • Maatschappelijk werker • Muziektherapeut • Creatief therapeut
5	Staf, ondersteuning en management, bijvoorbeeld: • Alle staf-, ondersteunende en managementfuncties. • Huishoudelijke functies in het verpleeghuis

Bij het toepassen van de beschreven functiecategorisering ontstaat onderstaand beeld voor wat betreft de procentuele contractuele fte-verdeling.

Functiecategorieën



In de grafiek is zichtbaar dat het aandeel fte in functiecategorie 1 (leveren van zorg en ondersteuning in het verpleeghuis) het grootst is. Bij de PPB-organisaties is dit aandeel kleiner en functiecategorie 5 groter dan bij VOO-instellingen.

Bij instellingen met een kwaliteitsvraagstuk wordt regelmatig gezocht en gevraagd naar een richtinggevend kader, maar soms ook naar een meer objectiverend en dwingend kader ('in geval van een groep van 5 ZZP-5 en 3 ZZP-7, dan volgt functiemix...') voor de functiemix. Bij de kwalitatief goed presterende instellingen wordt naast de functiemix ook meer gekeken naar andere aspecten, zoals persoonlijkheidsaspecten (bij meer dan de helft van deze instellingen), maar dan wel op basis van methodieken om deze aspecten ook daadwerkelijk in kaart te brengen. Bij de instellingen met kwaliteitsissues is dit niet aangetroffen.

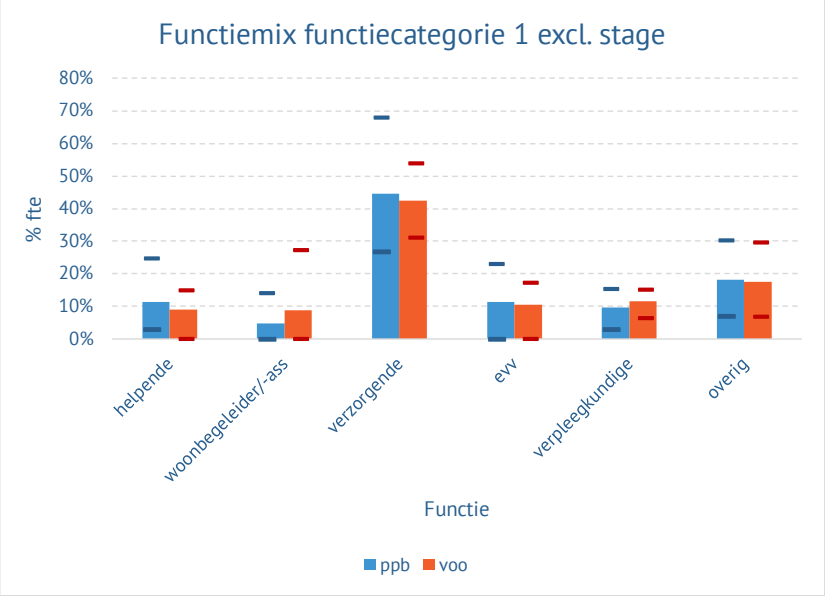
In de praktijk zijn bij de instellingen met kwaliteitsissues de formatie en de bezetting veelal historisch bepaald. Er wordt dan niet gestuurd op doelgerichte mobiliteit en/of (her)allocatie van personeel. Het komt veelvuldig voor dat er een grote diversiteit bestaat qua functiemix binnen een organisatie en bij locaties, terwijl dit vanuit de zorgvraag (ZZP-mix) niet verwacht kan worden. Dit inzicht hadden de instellingen doorgaans niet. Wel worden dergelijke inzichten erg interessant bevonden. Ook komt het voor dat op papier een zwaardere functiemix nodig is in relatie tot de ZZP-mix, maar dat deze niet ingevuld kan worden als gevolg van de situatie op de arbeidsmarkt of anderszins.

Bij veel instellingen speelt een transitie van verzorging naar verpleging. Dit betekent overigens niet dat zij geen verzorgingshuisonderdelen of -locaties/-afdelingen meer hebben. Een wijzigende zorgvraag stelt doorgaans andere eisen aan het benodigd personeel.

Karakteristiek is dat ontwikkelingen op het gebied van de zorgvraag (lees transitie van de ZZP-mix) veelal sneller gaan dan dat de daartoe noodzakelijke ontwikkelingen en wijzigingen voor wat betreft kwalitatief en kwantitatief personeel en de organisatie/besturing ervan, doorgevoerd worden. Wat de (toekomstige) zorgvraag vraagt qua (toekomstig) personeel, in de zin van functiemix, en wat dit vervolgens vraagt van de organisatie/besturing ervan is niet geconcretiseerd (laat staan dat geconcretiseerd is wat er nodig is qua inhoudelijke kennis, competenties, meer/minder fte's, aantallen medewerkers e.d.). Interventieplannen hoe te komen van X naar Y (benodigde in-, door- en uitstroom, benodigde kwaliteitsontwikkeling e.d.) ontbreken.

Onderstaand is de bestaande functiemix van functiecategorie 1 weergegeven.

Functies binnen functiecategorie 1

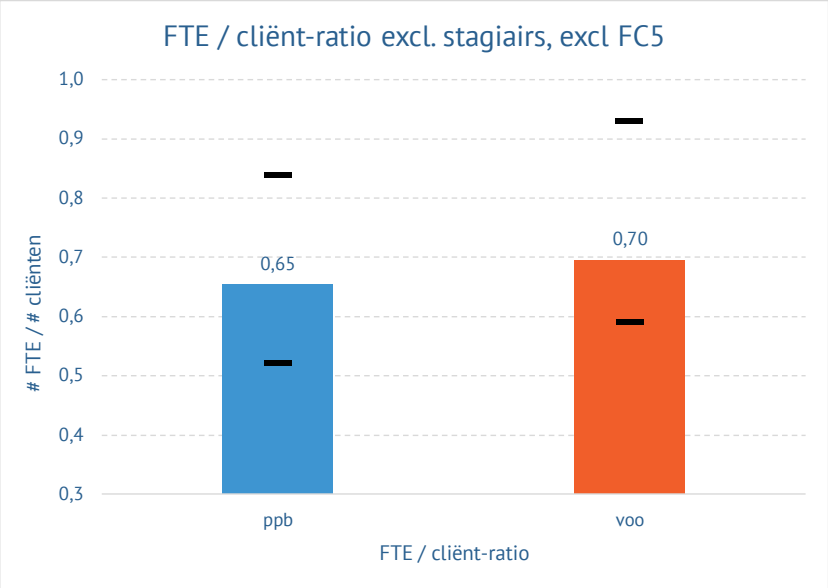


In de grafiek lijkt de functiemix van de PPB-instellingen op hooflijnen soortgelijk als die van de VOO-instellingen. Het aandeel verzorgenden is bij alle instellingen groot. Toch worden ook verschillen geconstateerd. Zo zijn bij PPB-instellingen gemiddeld minder verpleegkundigen werkzaam. Opvallend is echter dat meer dan de helft van de PPB-instellingen minder dan 5% fte verpleegkundigen in functiecategorie 1 heeft. Bij de VOO-instellingen komt dat niet voor. Er is bij de PPB-instellingen sprake van iets meer helpenden, zeker in de bandbreedte. In de praktijk heeft meer dan de helft van de PPB-instellingen meer dan 10% fte helpenden in functiecategorie 1. Bij 1/3^{e} van de VOO-instellingen is dat het geval. Een aantal PPB-instellingen heeft meer dan 20% helpenden in functiecategorie 1, iets wat bij VOO-instellingen niet voorkomt.

Bij nagenoeg alle instellingen met kwaliteitsissues ontbreekt een eenduidig beeld van wat in de toekomst nodig is qua personeel en wat ervoor nodig is om dit te realiseren. Bij instellingen die bekend staan om kwalitatief goede zorg is dit vaker aangetroffen. Onderkend wordt dat strategische personeelsplanning ingevoerd zou moeten worden. Dit is nergens aangetroffen.

Net als bij de goed presterende instellingen bestaat er ook bij de instellingen met kwaliteitsissues een grote diversiteit in fte/cliënt-ratio's.

Fte/cliënt-ratio exclusief functiecategorie 5



In de grafiek is zichtbaar dat de fte/cliënt-ratio zonder functiecategorie 5 (= staf, management en ondersteuning), uitgaande van de contractuele omvang qua fte's, bij de PPB-instellingen lager is dan bij de VOO-instellingen. Kortom; bij PPB-instellingen zijn minder fte's per cliënt werkzaam. In beide doelgroepen is sprake van een grote bandbreedte of diversiteit. Wel heeft een ruime meerderheid van de PPB-instellingen een ratio lager dan 0,65 en is dit bij een kleine minderheid van de VOO-instellingen het geval.

Resumé | Formatiebepaling en functiemix

Bij nagenoeg geen enkele instelling met kwaliteitsissues is een methodiek of een proces ingericht om de cliëntvraag door te vertalen naar de personeelsbehoefte in termen van benodigde aantallen fte's per functie of niveau of anderszins. Ook streefwaarden voor de gewenste functiemix ontbreken veelal. Het concretiseren van wat 'nu' de benodigde functiemix is – gezien de cliëntvraag – en de verschillen ten opzichte van de huidige 'ontstane' functiemix behoeft veelal aandacht.

Er is een aantal verschillen qua functiemix tussen instellingen met kwaliteitsissues en kwalitatief goede instellingen. Instellingen met kwaliteitsissues hebben:

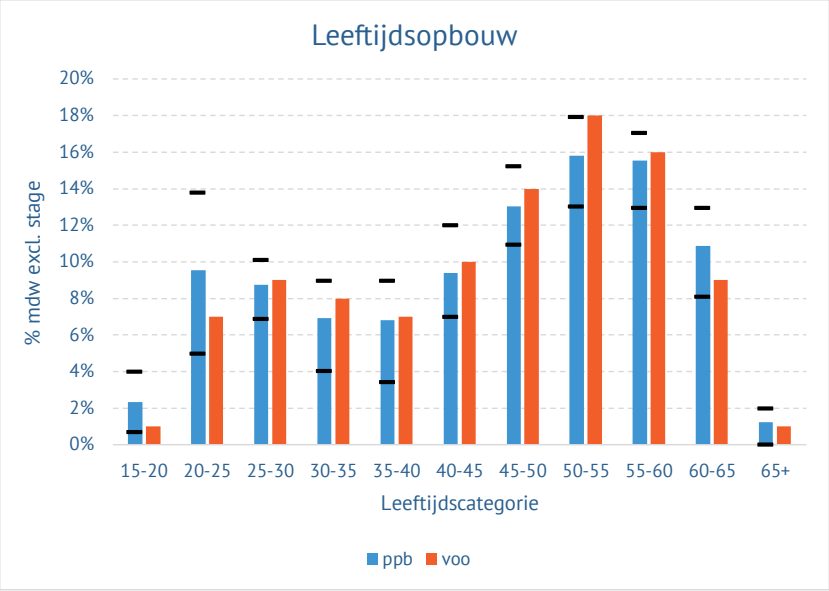
- minder fte's werkzaam in functiecategorie 1 en meer in 5;
- meer helpenden en minder verpleegkundigen;
- doorgaans een lagere fte/cliënt-ratio (op basis van omvang arbeidscontract).

Om meer op de toekomst voorbereid te zijn, werkt strategische personeelsplanning sterk ondersteunend, maar dit is niet aangetroffen bij instellingen met kwaliteitsissues.

5. PERSONEELSSAMENSTELLING

Wanneer de personeelssamenstelling van de verschillende organisaties vanuit diverse invalshoeken geanalyseerd wordt, valt op dat er naast verschillen ook overeenkomsten bestaan. Veel organisaties beschikken over grote groepen jongere en oudere medewerkers. Wel zijn er verschillen in de leeftijdsopbouw tussen instellingen waar kwaliteitsissues spelen en kwalitatief goede instellingen. Achtereenvolgens wordt ingegaan op een aantal aspecten van personeelssamenstelling.

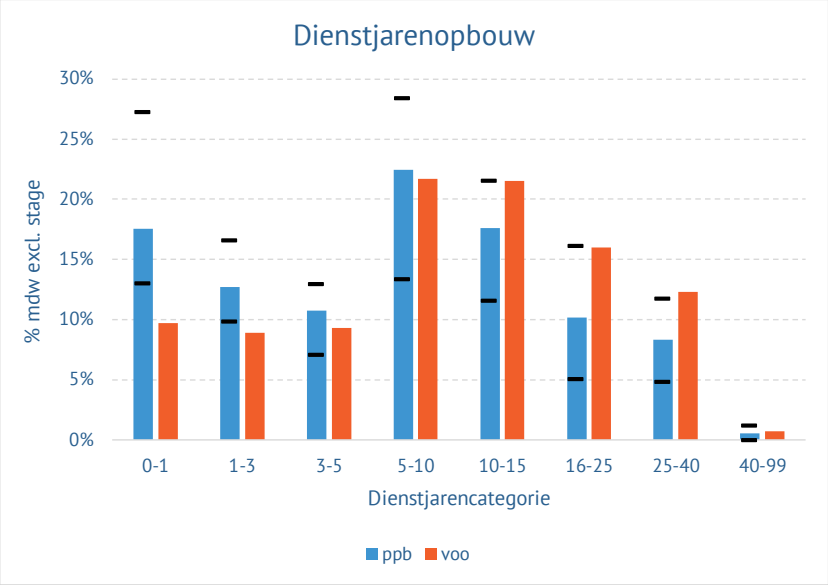
Leeftijdsopbouw



In de grafiek is zichtbaar dat bij de PPB-instellingen gemiddeld meer medewerkers jonger dan 25 jaar werkzaam zijn, maar ook meer medewerkers ouder dan 60 jaar in vergelijking met de VOO-instellingen. De gemiddelde leeftijd is bij de PPB-instellingen met 45,0 vrijwel gelijk aan de gemiddelde leeftijd van 45,2 jaar bij VOO-instellingen.

Over het algemeen zijn er groepen medewerkers die ouder en lang in dienst zijn en jongere medewerkers die nog maar kortdurend in dienst zijn. Zeker bij de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, is een omvangrijk deel van de medewerkers korter in dienst.

Dienstjarenopbouw



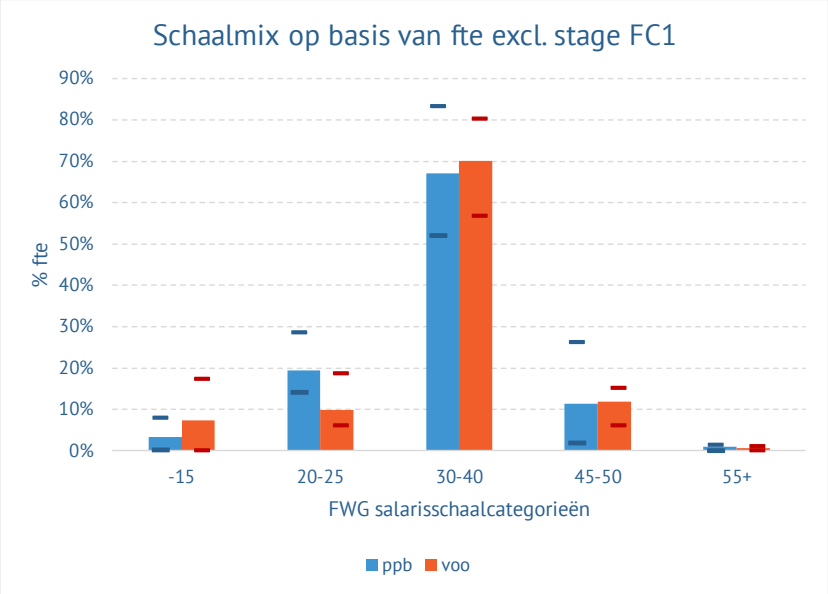
In de grafiek is zichtbaar dat bij de PPB-instellingen meer medewerkers kort in dienst zijn. Meer dan 40% is korter dan 5 jaar in dienst tegen minder dan 30% bij VOO-instellingen. Het gemiddeld aantal dienstjaren is bij de PPB-instellingen 9,5 jaar en 12,2 jaar bij VOO-instellingen.

De pre-VUT- en VUT-mogelijkheden zijn verdwenen en de AOW-leeftijd wordt vooralsnog 67 jaar en 3 maanden. Het imago van de sector en meer specifiek van sommige instellingen binnen deze sector helpt niet bij het aantrekken van meer jeugdige medewerkers. Het uiteindelijke effect hiervan op de balans belasting/belastbaarheid baart zorgen. Zeker als in ogenschouw genomen wordt dat de zorgzwaarte – met psychische en fysieke impact op de zorgmedewerker – alleen maar verder toeneemt. De te verwachten pensioenuitstroom bij alle instellingen is doorgaans laag, zodat veel van de huidige medewerkers nog langdurig ingezet moeten worden. Ontgroening en vergrijzing lijken grote impact te hebben op de toekomstbestendigheid van veel instellingen.

Een vaak gehoorde randvoorwaarde (bij zowel kwalitatief goed presterende instellingen als instellingen met kwaliteitsissues) is dat er altijd een niveau 3-medewerker (verzorgende) aanwezig moet zijn op een groep. Bij de instellingen met kwaliteitsissues wordt gezien dat er meer functieniveau 2 wordt ingezet. Dit ligt niet altijd in lijn met de visie. Doorgaans ontbreekt er een streefwaarde, is het historisch zo ontstaan en/of zijn er arbeidsmarktproblemen voor functieniveau 3 en wordt soms noodgedwongen functieniveau 2 aangenomen en ingezet. Bij sommige kwalitatief goede instellingen wordt juist gezien dat niveau 1 betiteld wordt als ‘het continue gezicht naar cliënten en mantelzorgers’.

In de volgende grafiek is de fte-verdeling te zien in schaalmixcategorieën voor alleen functiegroep 1 (leveren van zorg en directe ondersteuning in verpleeghuizen). Bij benadering komt de categorie tot schaal 15 overeen met niveau 1, schalen 20-25 met niveau 2, schalen 30-40 met niveau 3 en 4, schalen 45-50 niveau 4 en 5, niveau 55+ niveau 5 en 6.

Schaalmix functiecategorie 1



In de grafiek is zichtbaar dat de kern bestaat uit functies in de schalen 30-40. Het grootste verschil tussen PPB- en VOO-instellingen is dat bij de PPB-instellingen duidelijk meer medewerkers met schalen 20-25 werkzaam zijn (bij zorgfuncties is dat vooral niveau 2). Bij de PPB-organisaties is de onderkant van de bandbreedte qua fte in schaal 20-25 hoger dan het gemiddelde bij de VOO-instellingen.

De goed presterende instellingen zetten veel leerlingen en stagiairs in. Dit geldt doorgaans ook voor instellingen waar kwaliteitsissues spelen. Enerzijds wordt daarbij aangegeven dat dit voortvloeit uit een gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid, anderzijds dat de afhankelijkheid van deze medewerkers groot is. Ook is dit een belangrijk 'wervingskanaal' voor nieuwe medewerkers. Deze leerlingen en stagiairs brengen een frisse blik mee. Bij een aantal instellingen wordt gezien dat actief gewerkt wordt met leerlingen en stagiairs vanuit het kweekvijver-model. Hierbij wordt dan ook samengewerkt met onderwijsinstellingen.

Resumé | Personeelssamenstelling

In veel gevallen beschikken instellingen waar kwaliteitsissues spelen niet (altijd) over een evenwichtige en doordachte personeelssamenstelling. Bij instellingen met kwaliteitsissues werken in vergelijking tot kwalitatief goede instellingen meer medewerkers:

- die jonger dan 25 jaar zijn, maar ook meer medewerkers die ouder dan 60 jaar zijn;
- die korter dan 5 jaar in dienst zijn;
- op niveau 2.

De mate van ontgroening en vergrijzing is doorgaans ongewenst, zeker als gekeken wordt naar de te verwachten toename van de zorgzwaarte. Ook de functiemix is vaak niet helemaal zoals gewenst.

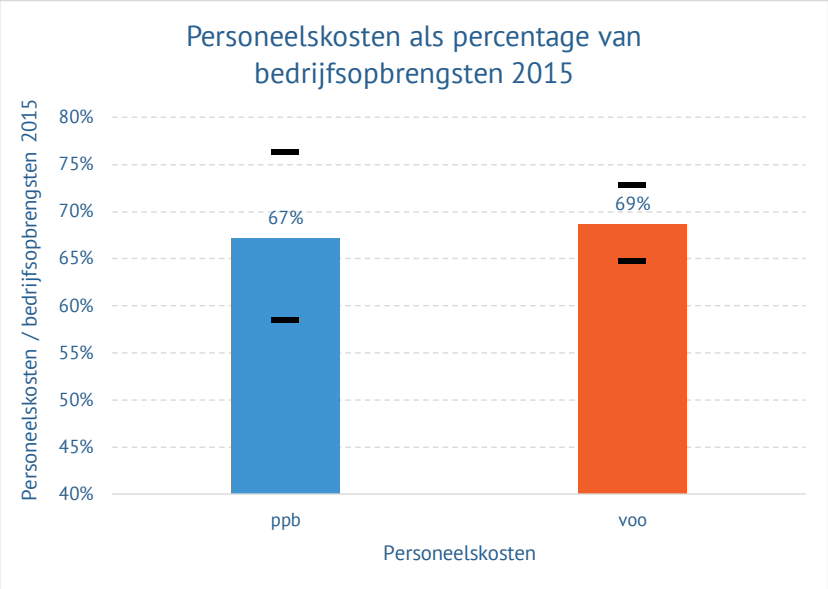
>

Kenmerkend voor de organisaties met kwaliteitsissues is dat zij doorgaans een ongewenst lagere schaalmix hebben (FWG 20 en FWG 25) dan kwalitatief goede ouderenzorginstellingen. Organisaties met kwaliteitsissues hebben doorgaans veel medewerkers aan het werk die nog maar kort in dienst zijn. Veel van deze medewerkers hebben een tijdelijk contract. In veel situaties is de personeelssamenstelling een resultante van de historie en in mindere mate een gewenste uitkomst van het ingezette beleid van de afgelopen jaren.

6. PERSONEELSINZET

Voor ouderenzorginstellingen is de personele inzet de grootste kostenpost.

Personeelskosten als percentage van de bedrijfsopbrengsten



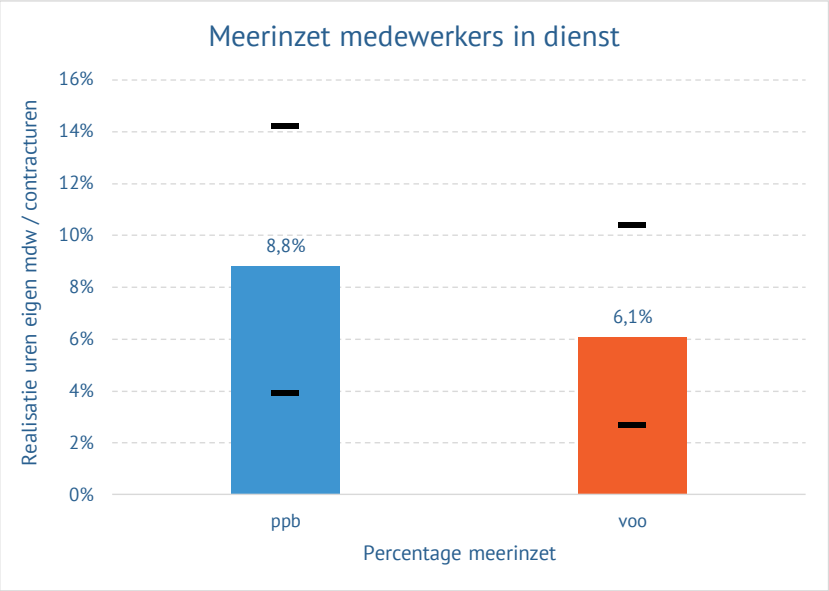
In de grafiek is zichtbaar dat bij de PPB-instellingen de personeelskosten uitgedrukt als percentage van de bedrijfsopbrengsten gemiddeld lager zijn dan bij de VOO-instellingen. Vooral de enorm grote bandbreedte valt op.

De gemiddelde personeelskosten bij de instellingen met kwaliteitsissues liggen gemiddeld iets lager dan bij de kwalitatief goede ouderenzorginstellingen, de bandbreedte is groter.

Bij instellingen met kwaliteitsissues is minder expliciet een visie aanwezig op de gewenste flexibiliteit van de personele inzet (vast/flex) en hoe die te organiseren. De personele flexibiliteit wordt doorgaans primair binnen de eigen organisatie gezocht, in de zin van het draaien van meeruren. In de praktijk blijkt besluitvorming over meerinzet een aandachtspunt. Concreet; wie beslist over meerinzet? Een medewerker zelf, het team, een leidinggevende of de planner?

Soms is de meerinzet problematisch groot, maar gevoelsmatig nauwelijks te beïnvloeden door het (top)management, mede door het gebrek aan cijfermatig inzicht. Als gevolg kan een stuwmeer aan niet-opgenomen verlof ontstaan. Ook leidt dit tot ervaren werkdruk (extra gewerkte uren kunnen door drukte niet in tijd worden gecompenseerd).

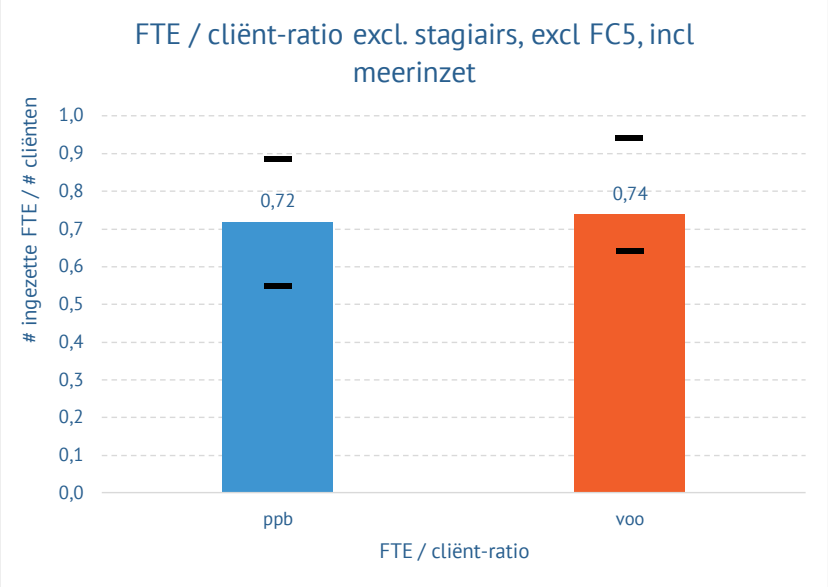
Uitbetaalde meerinzet



In de grafiek is zichtbaar dat bij PPB-instellingen gemiddeld meer extra inzet, bovenop de contractomvang, wordt uitbetaald dan bij de VOO-instellingen. Er wordt derhalve meer/vaker een beroep gedaan op flexibele inzet van eigen medewerkers. Bij een navenant deel van de PPB-instellingen bedraagt de uitbetaalde meerinzet meer dan 12%, terwijl dit bij de VOO-instellingen vrijwel niet voorkomt.

Fluctuerende omvangrijke bovencontractuele meerinzet is belastend voor veel medewerkers. Het vergroot de gepercipieerde werkdruk. Soms is het de bedoeling dat meerinzet met tijd wordt gecompenseerd, maar is daar door drukte geen gelegenheid voor. Ook kunnen claimrisico's ontstaan wanneer bovencontractuele inzet langdurig en structureel plaatsvindt. Vaak werkt meerinzet van medewerkers verstorend in het rooster. De uit de grafiek gebleken meerinzet beïnvloedt ook de fte/cliënt-ratio. Doordat meer wordt ingezet dan de contractomvang is in de praktijk meer mankracht per cliënt beschikbaar dan uit de grafiek bleek. Zie ook de volgende grafiek over de fte/cliënt-ratio, waarbij rekening is gehouden met uitbetaalde meerinzet bovenop de contractuele fte-omvang.

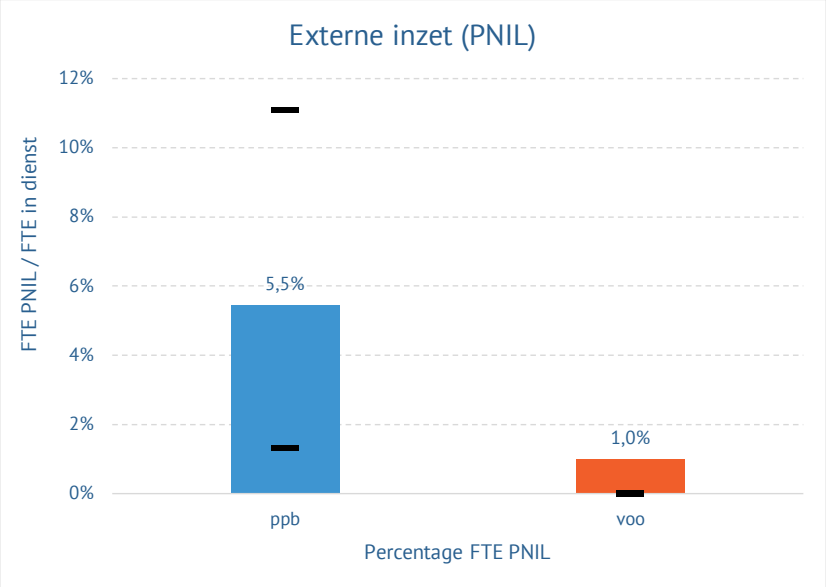
Fte/cliënt-ratio exclusief functiecategorie 5 inclusief uitbetaalde meerinzet



Uit de grafiek blijkt dat de fte/cliënt-ratio van de PPB-instellingen stijgt als rekening wordt gehouden met meerinzet, maar lager blijft dan bij VOO-instellingen.

Doorgaans blijkt alleen meerinzet van eigen medewerkers of inzet vanuit een flexpool niet afdoende om in de personeelsbehoefte van organisaties met kwaliteitsissues te voorzien. Daar worden over het algemeen meer ‘personeel niet in loondienst’ (PNIL) en/of uitzendkrachten vanuit meerdere uitzendbureaus ingezet. Ruim vijf keer zoveel als bij kwalitatief goede ouderenzorginstellingen. Dit gebeurt altijd noodgedwongen, nooit vanuit een visie, en wordt als ongewenst ervaren voor zowel de zorg, het personeel als de financiën. Soms worden bijvoorbeeld verzorgenden IG of verpleegkundigen als ZZP’ers of uitzendkracht ingezet wanneer reguliere vacatures voor die functies niet vervuld kunnen worden. Bijkomend aspect is dat het vaak gaat om een grote hoeveelheid verschillende individuen die extern worden ingehuurd. De afhankelijkheid van deze externe inzet wordt frequent betiteld als bedrijfskritisch.

Externe inzet (PNIL)

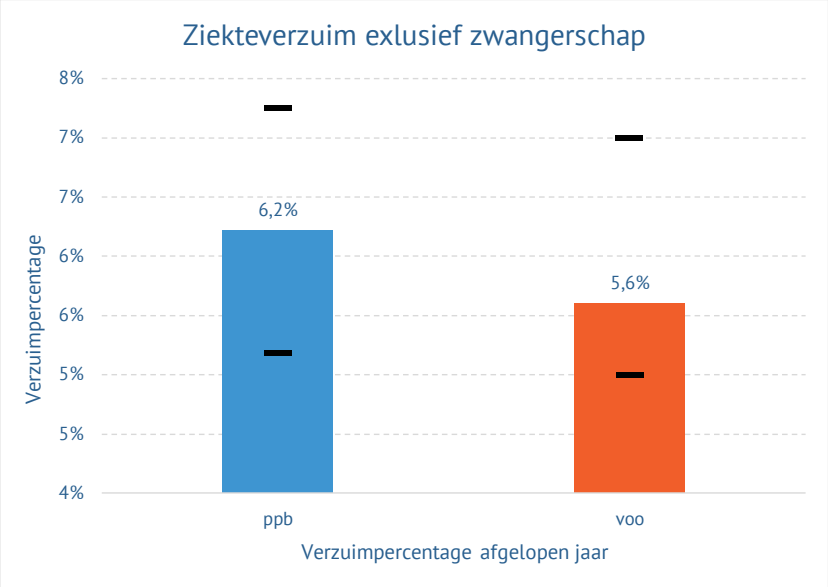


In de grafiek is zichtbaar dat bij de PPB-organisaties gemiddeld duidelijk meer PNIL wordt ingezet dan bij de VOO-organisaties. De bandbreedte bij de PPB-organisaties is groot. PNIL is soms alleen in geld te achterhalen. In die gevallen is deze externe inhuur vertaald in fte op basis van de gemiddelde personeelslast (GPL).

Het exact duiden van PNIL-inzet is veelal lastig, omdat van PNIL-inzet lang niet altijd geregistreerd is wat voor inzet het betreft; uitzendkrachten in de verschillende aspecten van het primaire proces, secretariële ondersteuning etc. Ook is vaak niet duidelijk of niet geregistreerd welk individu wordt ingezet, maar bijvoorbeeld alleen het uitzendbureau. Het eenduidig beslissen over, inzicht hebben in en sturen op externe inzet is veelal een aandachtspunt.

Een deel van de flexinzet wordt gebruikt om bij ziekte het 24-uurs rooster te kunnen continueren. In de volgende grafiek wordt het ziekteverzuim weergegeven.

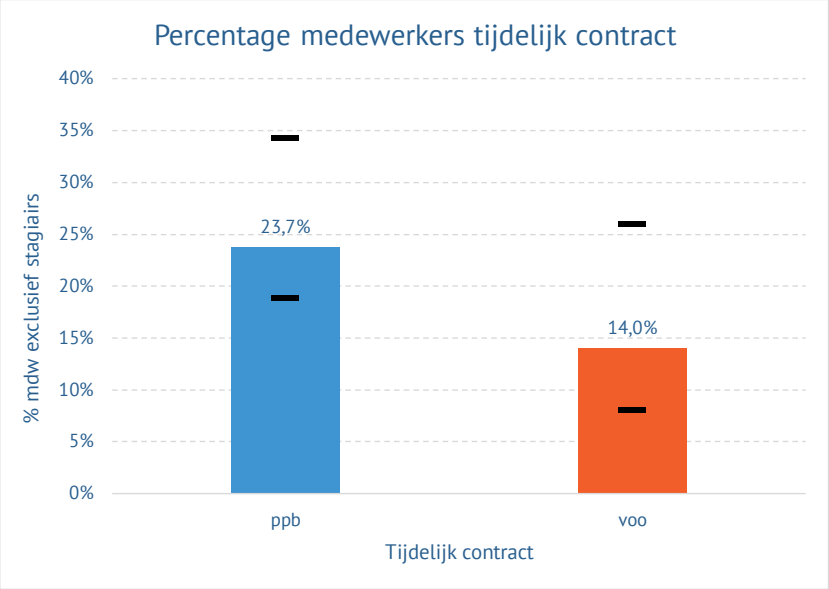
Ziekteverzuim



Uit de grafiek blijkt dat het ziekteverzuim bij de PPB-instellingen gemiddeld iets hoger is dan bij de VOO-instellingen. Het verschil is echter niet dermate groot dat daarmee de meerinzet en PNIL-inzet verklaard kan worden.

Bij instellingen met kwaliteitsissues is vaak sprake van een zeer hoog ziekteverzuim bij specifieke locaties of teams die als 'probleemlocatie/-team' worden geduid. Het is niet duidelijk of de problemen voortkomen uit het verzuim of het verzuim uit de problemen. Verondersteld wordt dat het ziekteverzuim vrijwel nooit de oorzaak is van de ontstane bredere problematiek. De organisatie van de ziekteverzuimvervanging (bijvoorbeeld wisselende uitzendkrachten) kan de problematiek echter wel versterken.

Tijdelijke contracten



In de grafiek is zichtbaar dat bij de PPB-instellingen een omvangrijk deel van de medewerkers een tijdelijk contract heeft. De onderkant van de bandbreedte is hoger dan het gemiddelde van de VOO-instellingen.

Instellingen met kwaliteitsissues hebben meer medewerkers met een tijdelijk contract. De gedachtegang hierachter is voornamelijk gebaseerd op 'voorzichtigheid'. In sommige gevallen blijkt sprake van structurele inzet van tijdelijke en flexibele medewerkers (waardoor bijvoorbeeld claimrisico's ontstaan) of van een zeer diverse inzet van medewerkers van buiten het team (oproep- en uitzendkrachten). Hierdoor worden cliënten geconfronteerd met steeds wisselende gezichten die hun specifieke situatie, achtergrond en zorgvraag niet kennen. Daarbij hebben deze flexmedewerkers de zorgvisie niet in de haarvaten. Zij kennen de context van de cliënt dan veel minder en kunnen vanuit hun professionaliteit minder goed werken aan kwaliteit die daarbij aansluit. Samen leren wordt minder goed mogelijk met steeds wisselende spelers op het podium. Meerdere malen is gehoord dat sommige van deze flexmedewerkers kwalitatief niet goed genoeg zijn om een structureel dienstverband mee aan te gaan, maar kwalitatief wel voldoende voor inzet in geval van 'ziek en piek'.

Doorgaans organiseren de kwalitatief goed presterende instellingen de primaire flexibiliteit vanuit de zorgvisie ook binnen het eigen team (in de zin van flexibiliteit inbouwen in de roosters en door het draaien van meeruren). Inzet van medewerkers buiten het team wordt beperkt gehouden. Een aantal instellingen werkt met centrale flexpools. De inzet van uitzendkrachten wordt het liefst gemeden en komt in de praktijk ook nauwelijks voor. De reden hiervoor is dat uitzendkrachten doorgaans onvoldoende binding en/of affiniteit hebben met de instelling en het cliëntenbestand, en te veel wisselende gezichten vormen voor de cliënten.

Resumé | Personeelsinzet

Voor kwalitatief goede zorg is het van belang om een kwalitatief goed en stabiel (maar niet star) team te hebben. Bij organisaties met kwaliteitsissues ontbreekt deze stabiliteit nog wel eens, in de zin van:

- veel meeruren;
- veel inzet van uitzendkrachten;
- hoger ziekteverzuim;
- veel tijdelijke inzet.

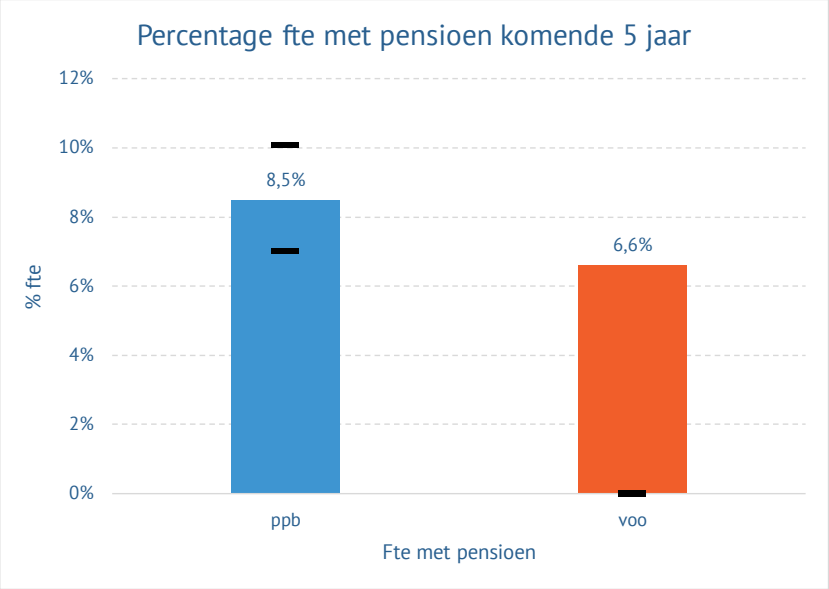
Bij organisaties met kwaliteitsissues ontbreekt het vaak aan een doordachte visie op de flexibiliteit van personeel. Veel medewerkers draaien bovenop hun reguliere contractomvang meeruren. Daarnaast worden ook ruim vijf keer zoveel medewerkers ingezet die niet in loondienst zijn (PNIL). Er wordt contractueel minder personeel ingezet, maar dit wordt aangevuld met meerinzet van eigen personeel en inzet van PNIL. Daarmee wordt uiteindelijk niet zozeer minder personeel ingezet, maar wel goedkoper eigen personeel (meer niveau 2 en korter in dienst dus lager in de functie-/loonschaal).

Sommige instellingen hebben een doelformatie (in fte), maar kunnen de inzet niet of nauwelijks adequaat bijsturen, omdat het zeer bewerkelijk of soms zelfs onmogelijk is om naast de contractuele bezetting ook de daadwerkelijke inzet te monitoren. Zeker wanneer naast 'eigen medewerkers' ook gebruik gemaakt wordt van uitzendkrachten en andere externe arbeidskrachten. Regelmatig wordt boven de begrote formatie/fte ingezet. Sturen op de bezetting en de flexibele inzet van medewerkers vraagt bij veel instellingen om aandacht, zowel financieel als in relatie tot de kwaliteit van zorg.

7. IN-, DOOR- EN UITSTROOM

Een groot deel van de medewerkers werkt al langdurig binnen dezelfde organisatie. Dit geldt voor zowel kwalitatief goede zorginstellingen als voor instellingen met kwaliteitsissues. Daarbij is de pensioenuitstroom in de komende jaren nog beperkt.

Uitstroom als gevolg van pensionering

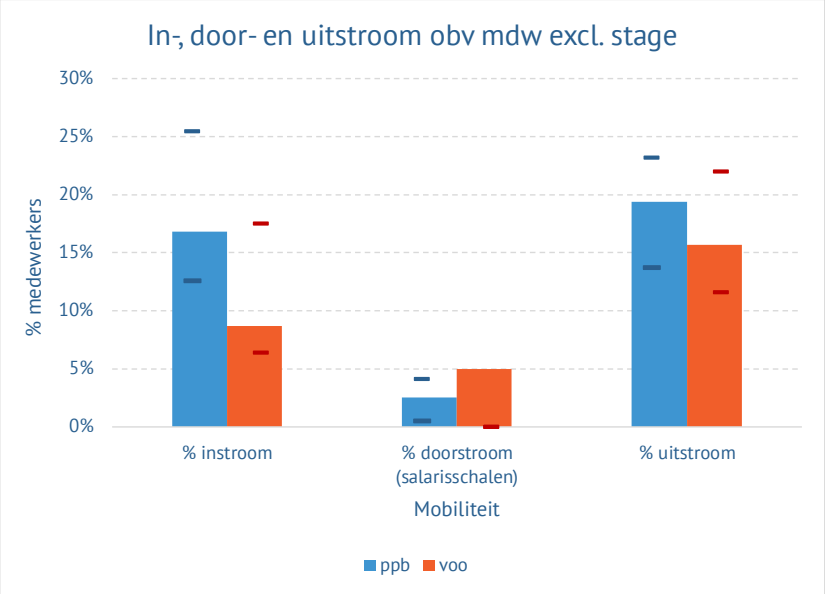


In de grafiek is zichtbaar dat de te verwachten pensioenuitstroom bij de PPB-instellingen iets groter is dan bij de VOO-instellingen. Met 8,5% in 5 jaar bedraagt dit echter nog steeds 'slechts' 1,7% per jaar. Als pensioenleeftijd is in dit overzicht 65 jaar gehanteerd en niet de wettelijke AOW-leeftijd.

De ontwikkelingen in de zorgverlening zullen dus naar alle waarschijnlijkheid door een grote groep dezelfde medewerkers gerealiseerd moeten worden. Veel instellingen blijken daarmee op korte termijn niet erg wendbaar. Ontwikkelingen in de zorg en de zorgfinanciering (ZZP's) gaan doorgaans sneller dan de personele en organisatorische ontwikkelingen. Een deel van de medewerkers is opgegroeid in een verzorgingshuissetting en heeft hier veelal ook expliciet vanuit een intrinsieke motivatie voor gekozen. Wanneer instellingen een achterstand hebben om medewerkers te equiperen voor hun huidige of toekomstige rol, zal het extra inspanning kosten om de personele ontwikkelingen te laten aansluiten op de ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgzwaarte. Ook wanneer kwaliteitsontwikkeling van zittende medewerkers noodzakelijk is, bijvoorbeeld doordat hogere opleidingsniveaus nodig zijn om zwaardere zorg te kunnen leveren, gaat hier vaak een lange termijn overheen. De pensioenuitstroom zal na de geschetste vijf jaar groter zijn, waarmee de vervangingsvraag en de mogelijke arbeidsmarktproblematiek nog meer opportuun worden. Hier lijkt onvoldoende urgentiebesef over te bestaan.

Het aangaan van meer langdurige personele verplichtingen met nieuwe medewerkers wordt door veel instellingen afgehouden, temeer vanuit het perspectief daarmee wendbaarder te zijn in geval van ontwikkelingen op korte termijn. Dit blijkt uit het feit dat de instellingen, naast een grote groep medewerkers met een langdurig dienstverband, ook een hoge in- en uitstroom kennen. Veelal is deze hoge in- en uitstroom geen middel om (strategische) doelen te bereiken, maar 'overkomt' het de instelling in bepaalde mate. Een deel van de uitstroom kan als ongewenst worden betiteld.

In-, door- en uitstroom



In de grafiek is zichtbaar dat zowel de instroom als de uitstroom bij de PPB-instellingen omvangrijk is. Gemiddeld wordt 1/5e tot 1/6e van het personeelsbestand in een jaar tijd 'vervangen'. Bij de VOO-instellingen bleek ook sprake van vrij hoge in- en uitstroom, maar bij de PPB-instellingen is dit nog beduidend hoger. Qua doorstroom aan de hand van salarisschalen blijkt dat deze bij de PPB-instellingen gering is; 2,5% per jaar. Bij VOO-instellingen is dat 5%.

Instromende medewerkers krijgen hoofdzakelijk, te weten in 93% van de gevallen, een contract voor bepaalde tijd. Dit is voornamelijk het gevolg van beleidsafspraken om medewerkers altijd eerst een tijdelijk contract aan te bieden. Ook een groot deel van de uitstromende medewerkers had een contract voor bepaalde tijd; zo'n 50%. Frequent wordt gehoord dat cao en wet-/regelgeving niet altijd ondersteunend werken aan het gebruik kunnen maken van de meer flexibele componenten, zoals het verlengen van meerdere tijdelijke arbeidsovereenkomsten en het gebruik van oproepcontracten (in de vorm van nul-urencontracten).

Veel instellingen lijken beheersmatig en risicomijdend te sturen. Ze hanteren een defensief aanname-beleid; bijvoorbeeld altijd eerst een tijdelijk contract. Vaak geldt dit zelfs voor functiegroepen/-beroepen die normaal al lastig te werven zijn op de arbeidsmarkt, zoals verpleegkundigen en in toe-nemende mate verzorgenden IG. Aanname op basis van een dienstverband voor bepaalde tijd vergroot wellicht de gepercipieerde wendbaarheid, maar lijkt negatieve effecten te hebben op tal van zaken, zoals de arbeidsmarktcommunicatie, het kwaliteitsniveau van sollicitanten en de bereidheid van deze medewerkers om zich desgewenst aan de instelling te verbinden. Deze effecten hebben de nodige impact op de uiteindelijke kwaliteit van zorg, zeker wanneer uiteindelijk opgeleid en ingewerkt personeel bij het aflopen van de arbeidsovereenkomst weer kan vertrekken. De overmatige dynamiek in de vorm van veel in- en uitstroom, speelt een grotere en meer negatieve rol bij instellingen waar kwaliteitsissues spelen.

De geconstateerde doorstroom van medewerkers binnen de instellingen is vaak beperkt. Hierbij moet worden aangetekend dat dit per instelling enorm verschilt. Over het algemeen is interne doorstroom bijna altijd een thema. De doorstroom tussen locaties of teams is gering en de organisatie lijkt 'op slot' te zitten voor wat betreft interne mobiliteit. Fricties tussen vraag en aanbod worden dan onvoldoende met doorstroom tegengegaan, aldus de instelling. Aan de andere kant van het spectrum wordt het tegenovergestelde geconstateerd, namelijk een enorme interne doorstroom tussen teams. In dat geval is de vraag veelal of er na die dynamiek sprake is van 'stabiliteit' in een team of dat het een 'duiventil' blijft.

Resumé | In-, door- en uitstroom

Bij instellingen met kwaliteitsissues is de mobiliteit (in-, door- en uitstroom) een aandachtspunt:

- Hoge in- en uitstroom. Vaak ongewenst en lang niet altijd gericht op de benodigde transitie.
- Gemiddeld een lage doorstroom binnen instellingen. Dus weinig kwalitatieve doorgroei en weinig mobiliteit tussen teams, maar gezien de hoge in- en uitstroom wel veel interactie met de buitenwereld.
- Pensioenuitstroom de komende jaren gering.

Naast een grote groep medewerkers met langdurige dienstverbanden worden instellingen gekenmerkt door turbulentie in de vorm van veel in- en uitstroom. Dit resulteert in 'kapitaal-vernietiging', omdat nieuwe medewerkers worden ingewerkt en wanneer ze zijn ingewerkt de organisatie weer verlaten. Tijdens de uitvoering van de personele positiebepalingen bleek dat bestuurders zich veelal niet bewust waren van het grote verloop bij de instelling of van het grote aantal medewerkers met een tijdelijk contract. De geconstateerde doorstroom is zeer beperkt, terwijl deze instellingen vaak voornemens zijn om medewerkers met behulp van bijscholing juist door te laten stromen in hogere functies. Veel instellingen hanteren een defensief aannamebeleid, onder meer uit onzekerheid over de toekomst en vanuit de overtuiging hiermee meer wendbaar te zijn om onverwachte tegenvallers op te kunnen vangen. De turbulentie heeft een negatief effect op de kwaliteit van zorg, maar ook op het rendement van organisaties en de arbeidsmarkt-communicatie. Dit geldt zowel voor instellingen die bekend staan om de kwalitatief goede zorg, maar in grotere mate voor de instellingen die te kampen hebben met kwaliteitsissues.

8. KWALITEITSONTWIKKELING MEDEWERKERS

Bij instellingen waar kwaliteitsissues spelen, zijn veel ontwikkelinspanningen gericht op vakinhoudelijke vaardigheden (bijvoorbeeld op het gebied van voorbehouden handelingen). In mindere mate zijn de ontwikkelinspanningen gericht op ontwikkeling van competenties. Bij veel organisaties met kwaliteitsissues is nog onvoldoende in kaart gebracht op welke competentiegebieden functies zich moeten ontwikkelen. Ook is er, zoals eerder aangegeven, vaak geen gewenste functiemix. Hiermee ontbreekt een deel van de basis voor goed bestuur en worden interventies meer willekeurig gekozen. Er is geen zicht op de ontwikkelingsnoodzaak voor individuele medewerkers. Bij kwalitatief goede instellingen is vaker aangetroffen dat de ontwikkelingsnoodzaak transparant is en geïnventariseerd is of medewerkers bereid en capabel zijn om zich actief in te spannen om zich te ontwikkelen.

Kwaliteitsontwikkeling blijft in zijn algemeenheid achter bij de ontwikkeling van wat nodig is om de zorgvraag te bedienen (zwaardere zorg, zwaardere ZZP's). Ontwikkelinvesteringen kosten doorgaans geld, tijd en aandacht voor opvolging. Aspecten waar het in sommige settingen nog aan ontbreekt. Instellingen die bezig zijn met een transitie van verzorgingshuis naar verpleeghuis proberen zittende medewerkers bij te scholen tot verzorgende IG. Frequent wordt gehoord dat dit in diplomatechnische zin tot de gewenste resultaten leidt, maar dat de praktische inzetbaarheid van deze medewerkers toch niet optimaal wordt. Daarnaast zijn veel omscholingen al wel in gang gezet, maar is het effect nog niet zichtbaar. De medewerkers zijn dan nog druk bezig met het voltooien van het opleidingstraject. Ook komt het voor dat medewerkers zich niet ontwikkelen (niet willen, dan wel niet kunnen), zonder dat dit consequenties heeft. Op termijn lijkt hier een problematische situatie te ontstaan wanneer zij daarmee niet of onvoldoende voldoen aan de benodigde kwaliteiten om de zorg optimaal te kunnen verlenen.

Verder hebben sommige instellingen een divers en breed aanbod aan scholing/bijscholing, maar wordt er om meerdere redenen weinig gebruik van gemaakt. Voorkomende oorzaken: onbekendheid van het aanbod aan scholing/bijscholing op het niveau van de werkvloer, geen tijd beschikbaar hebben om scholing/bijscholing te volgen, scholing in eigen tijd, geen prioriteit leggen bij kwaliteitsontwikkeling e.d. Dit probleem speelt zeker wanneer zittende medewerkers al stelselmatig boven-contractueel worden ingezet.

Veelal wordt de noodzakelijke kwaliteitsontwikkeling van een medewerker maar in beperkte mate vastgesteld in de dialoog tussen leidinggevende en medewerker. Bijvoorbeeld omdat functioneringsgesprekken niet gehouden worden of dat überhaupt niet in beeld is wat de specifiek benodigde competenties voor een functie in de nabije toekomst zijn.

Bij nagenoeg alle instellingen wordt de kwaliteitsontwikkeling (noodzaak en realisatie) van medewerkers maar matig (op organisatieniveau) geregistreerd en gemonitord. Overall inzicht in de kwaliteit van het personeel ontbreekt vrijwel altijd, terwijl er wel percepties over deze kwaliteiten zijn. Veel instellingen onderkennen wel de noodzaak van vastlegging en zijn bezig om hier systemen voor aan te schaffen en deze in te richten.

Bij instellingen die kwalitatief goed presteren, is veel oog voor kwaliteitsontwikkeling. Hierbij gaat het enerzijds om ontwikkeling op het gebied van inhoudelijke vakkennis en vaardigheden (technische handelingen, voorbehouden handelingen e.d.) in relatie tot de zorgbehoeften van de cliënten. Anderzijds gaat het in steeds grotere mate om de ontwikkeling van competenties die gerelateerd zijn aan begrippen als eigen regie en het nemen van eigen verantwoordelijkheid.

Resumé | Kwaliteitsontwikkeling medewerkers

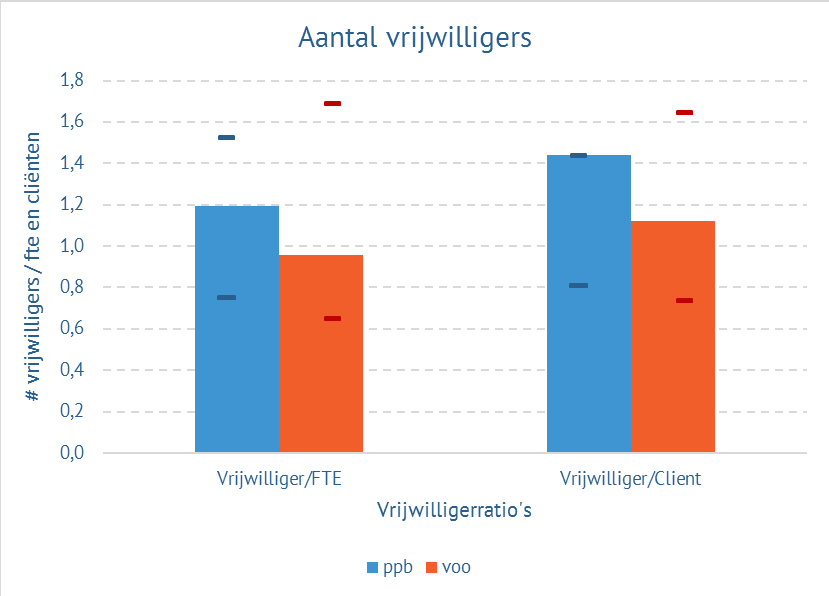
Instellingen die bekend staan om hun kwalitatief goede zorg gaan anders om met kwaliteitsontwikkeling van de medewerkers dan instellingen met kwaliteitsissues.

- Bij de instellingen met kwaliteitsissues is onvoldoende in kaart gebracht op welke competentiegebieden functies zich moeten ontwikkelen. Daarmee ontbreekt ook het zicht op ontwikkelingsnoodzaak voor individuele medewerkers.
- Er wordt doorgaans wel aandacht geschonken aan vakinhoudelijke kennis, maar minder aan competentieontwikkeling.
- Tijd voor scholing ontbreekt.
- Veelal wordt de noodzakelijke kwaliteitsontwikkeling van een medewerker maar in beperkte mate vastgesteld in de dialoog tussen leidinggevende en medewerker.
- De monitoring van de kwaliteitsontwikkeling op organisatieniveau vormt een aandachtspunt. Dit geldt in meerdere mate voor de instellingen waar kwaliteitsissues spelen.
- Bij kwalitatief goede zorginstellingen is de aandacht breder, wordt ook geïnvesteerd in de ontwikkeling van competenties en wordt meer systematisch in kaart gebracht welke competenties medewerkers in het kader van de zorgontwikkelingen nodig hebben.

9. INFORMELE ZORG

De informele zorg wordt voor de meeste instellingen een steeds meer manifeste factor. Hierbij gaat het om de vrijwilligers en mantelzorgers. Soms moet er veel moeite gedaan worden om goede vrijwilligers te vinden. Het kwantitatieve en/of kwalitatieve aanbod van vrijwilligers is in die gevallen niet altijd conform wens, of er is weinig stabiliteit in aanbod en inzet van vrijwilligers. Meermalen wordt aangegeven dat door het opleven van de economie het aanbod aan vrijwilligers weer terugloopt, doordat werkloze vrijwilligers weer een reguliere baan krijgen. Het lijkt erop dat bij instellingen met kwaliteitsissues doorgaans minder wordt geïnvesteerd in vrijwilligers dan bij instellingen die bekend staan als kwalitatief goed. Denk aan training, opleiding en begeleiding. De afhankelijkheid van vrijwilligers wordt doorgaans als groot omschreven. Uit de cijfers blijkt dat organisaties waar kwaliteitsissues spelen doorgaans meer gebruikmaken van vrijwilligers. Registratie van vrijwilligers wordt zeer beperkt gedaan. Het doel van het registreren beperkt zich dan overwegend tot het afsluiten van een ongevallenverzekering.

Aantal vrijwilligers



In de grafiek is zichtbaar dat zowel de vrijwilliger/fte-ratio als de vrijwilliger/cliënt-ratio bij de PPB-instellingen hoger is dan bij de VOO-instellingen. Kortom, er zijn meer vrijwilligers actief.

De rol van mantelzorgers is aan verandering onderhevig en vraagt in toenemende mate andere competenties van de professional om in gezamenlijkheid te komen tot kwalitatief goede zorg. Het samenspel met de mantelzorgers stelt eisen aan de professional in de zin van omgangsvormen en specifieke competenties (aansturen op basis van gelijkheid en wederkerigheid, gezamenlijke regie om de zorgprocessen rondom cliënt te organiseren). Hierin wordt bij instellingen die kwalitatief goede zorg leveren geïnvesteerd, zowel aan de kant van de professional als aan de kant van de mantelzorger.

Resumé | Informele zorg

Instellingen zijn in toenemende mate afhankelijk van de inzet van vrijwilligers.

- Binnen organisaties met kwaliteitsissues zijn doorgaans meer vrijwilligers actief.
- De rol van mantelzorgers in het samenspel met de professionals om te komen tot adequate organisatie van de zorgprocessen rondom de cliënten is aan verandering onderhevig. Kwalitatief goed bekend staande zorginstellingen investeren meer in zowel de professional als de mantelzorger.

10. ARBEIDSMARKT

Veel van de instellingen hebben een sterke afhankelijkheid van de regionale arbeidsmarkt om een duurzame balans te realiseren tussen de vraag naar arbeid en de beschikbaarheid van de juiste arbeidskrachten voor de instelling.

Instellingen met kwaliteitsissues hebben overwegend meer moeite om bepaalde functies in te vullen. Hierbij gaat het niet alleen om bijvoorbeeld de functie van verpleegkundige, maar ook om een grotere diversiteit. Het komt voor dat een instelling er dan maar voor kiest om genoegen te nemen met een lager niveau medewerker dan gewenst (in functie of qua passendheid) om toch voldoende mankracht te bereiken. Een aantal van de instellingen heeft te kampen met negatieve arbeidsmarkt-communicatie als gevolg van uitingen in de pers e.d. Ook lukt het in die gevallen niet of minder om nieuwe medewerkers aan de organisatie te binden. Veel organisaties adverteren met tijdelijke contracten. Dit verhoogt de aantrekkelijkheid van een potentieel dienstverband bij de instelling doorgaans niet.

Frequent gehoord is dat sollicitanten ook niet altijd het gevraagde kwaliteitsniveau hebben. Het is de vraag of er kwaliteitsverschil bestaat in sollicitanten die solliciteren bij een instelling met een goede naam en bij instellingen die meer kritisch in het nieuws zijn. Hier is geen zicht op, maar verondersteld kan worden dat bij een arbeidsmarkt waarin sollicitanten meer eisen kunnen stellen en meer keuzes hebben, dit een factor kan of zal zijn.

Veel van de kwalitatief goede instellingen hebben ook een vergelijkbare afhankelijkheid van de regionale arbeidsmarkt. Toch slagen deze instellingen er (nog) in om binnen de krappe arbeidsmarkt succesvol te opereren. Daarbij helpt het onder meer dat potentiële medewerkers vanuit het ‘goede imago van de organisatie’ kiezen voor de desbetreffende instelling. Instellingen zelf kunnen direct invloed uitoefenen op de aantrekkelijkheid op de arbeidsmarkt met onder meer gerichte arbeidsmarktcommunicatie, passend personeelsbeleid en actieve samenwerking met onderwijsinstellingen (raamovereenkomsten, afname stagiairs, leveren gastcolleges en/of bijdragen praktijkonderwijs e.d.).

Resumé | Arbeidsmarkt

Instellingen zijn sterk afhankelijk van de regionale arbeidsmarkt die veelal krap is voor bepaalde functiecategorieën. De mate waarin instellingen toch (nog) succesvol weten te opereren binnen deze arbeidsmarkt lijkt ook binnen de eigen invloedsfeer te liggen. Het imago van de instelling, de arbeidsmarktcommunicatie, de aansluiting van het aanname- en personeelsbeleid en de actieve samenwerking met onderwijsinstellingen spelen hier een rol. Als gevolg hiervan hebben instellingen met kwaliteitsissues het moeilijker om vacatures te vervullen.

11. MEDEWERKERBELEVING EN CLIËNTBELEVING

Bij het onderzoek betrokken kwalitatief goed presterende instellingen scoren doorgaans hoog bij de verschillende medewerkerbelevingsonderzoeken. Deze instellingen scoren overwegend positief op de volgende aspecten: cliëntgerichtheid, gedragen visie, inspirerend leiderschap, communicatie over verandering, verbeteringsgerichtheid en teamfunctioneren.

Instellingen met kwaliteitsissues scoren over de hele linie niet overwegend slecht bij medewerkerbelevingsonderzoeken. Wel valt op dat een of meerdere aspecten doorgaans veel lager scoren, zoals cliëntgerichtheid, informatie en communicatie over veranderingen, de beleving van werkdruk en aandacht vanuit leidinggevenden.

Wat opvalt is dat de medewerkerbelevingsonderzoeken bij deze laatste categorie instellingen maar beperkt in gezamenlijkheid (management en medewerkers) worden geanalyseerd en vertaald naar ontwikkel- en actieplannen. Bij instellingen waar de kwaliteit van zorg minder is, is er doorgaans iets niet goed in de driehoek zorgzwaarte, besturing en personeel. Naast eventueel lagere scores in medewerkerbelevingsonderzoeken kunnen ook ziekteverzuim, ongewenst verloop, maar ook gedoe, gemopper en conflicten op de afdelingen symptomen zijn van een negatieve medewerkersbeleving.

Het is niet zo dat instellingen waar kwaliteitsissues spelen negatief scoren bij cliëntbelevingsonderzoeken. Wel komt het voor dat op een of meer locaties of afdelingen scores op deelaspecten lager uitvallen. Naast de cliëntbelevingsonderzoeken worden wel klachtenoverzichten gezien, doorgaans rondom de positie van een of meerdere cliënten. Klachten gaan dan meestal over bejegening door een van de medewerkers, gepercipieerde gebrekkige zorg- en dienstverlening of nalatigheid, het niet eens zijn met vrijheidsbeperkende maatregelen e.d.

Positief onderscheidende items van kwalitatief goede instellingen in de cliëntbeleving liggen vaak in het verlengde van de zorgvisie, zoals respect voor mensen (bejegening), ervaren informatieverstrekking en ervaren inspraak.

In veel aangeleverde rapportages van kwalitatief goede instellingen wordt een combinatie gemaakt tussen de scores van het cliënttevredenheidsonderzoek en de scores van de medewerkerbelevingsonderzoeken. Dit zijn doorgaans items die nauw afgeleid zijn van de zorgvisie. Ook de ervaren kwaliteit van personeel is een onderscheidende factor, terwijl de ervaren kwantitatieve beschikbaarheid van personeel juist geen onderscheidende factor is.

Resumé | Medewerkerbeleving en cliëntbeleving

Instellingen met kwaliteitsissues scoren over de hele linie niet laag of lager op medewerker-tevredenheid. Wel geldt dit voor bepaalde specifieke aspecten:

- cliëntgerichtheid;
- informatie en communicatie over veranderingen;
- de beleving van werkdruk;
- aandacht vanuit leidinggevenden.

Positief onderscheidende items van kwalitatief goede instellingen in de cliëntbeleving liggen vaak in het verlengde van de zorgvisie, zoals:

- respect voor mensen (bejegening);
- ervaren informatieverstrekking;
- ervaren inspraak.

Bij kwalitatief goede instellingen is de ervaren kwaliteit van medewerkers een onderscheidende factor, de ervaren kwantitatieve beschikbaarheid van medewerkers is dit niet. Instellingen met kwaliteitsissues vertalen de uitkomsten van medewerker- en cliëntbelevingonderzoeken minder vaak door naar verbeteracties. Ook worden hier doorgaans weinig inzichten gecombineerd.

12. ÉÉN ORGANISATIE

Veel instellingen hebben een langdurige historie en zijn het resultaat van overnames en fusies. Bij de kwalitatief goed presterende instellingen zijn echter geen oude, pre-fusie-entiteiten merkbaar. Daar waar overnames en fusies gespeeld hebben in het verleden heeft harmonisatie en integratie plaats-gevonden. In de kern kan gesproken worden over ‘bestuurlijke ambitie met organisatorische rust’. Bij instellingen waar de kwaliteit van zorg minder is, wordt met regelmaat gezien dat er minder sprake is van één organisatie. Doorgaans werkt de historie door in de huidige organisatorische situatie, bij-voorbeeld doordat in (onderdelen van) de organisatie de werkprocessen verschillend zijn ingericht of dat gebruik gemaakt wordt van verschillende systemen. Dit komt naar voren in hardere aspecten, zoals de wijze waarop specifieke data opgeslagen en voorhanden is, maar ook in zachtere aspecten als sfeer, een ‘wij-zij-gevoel’, verschillende ambities etc. Op basis van de historie is de interne organisatie dan complex, waardoor het ontbreekt aan rust, transparantie en overzicht. Wanneer deze laatste organisaties blootgesteld worden aan grote wijzigingen (in- of extern) ontbreekt dan de grip om hier adequaat op te kunnen anticiperen.

Resumé | Eén organisatie

Complexiteit van de organisatie en organisatie-inrichting (werkprocessen, systemen) is de oorzaak van het ontbreken van rust, transparantie en overzicht. Bij organisaties met kwaliteitsissues is dit nogal eens het geval als de organisatie het resultaat is van overnames en fusies.

4 WAT LEERT ONS DIT?

AANGRIJPINGSPUNTEN VOOR GOEDE ZORG

Een vergelijking tussen de kenmerken van de kwalitatief goede zorginstellingen en de kenmerken van de instellingen waar kwaliteitsissues spelen, geeft zicht op aangrijpingspunten om kwalitatief goede zorg te faciliteren en daarmee te organiseren. Daarbij geldt dat instellingen nooit op alle aspecten goed of slecht scoren. Ook instellingen die bekend staan om hun kwalitatief goede zorg, scoren niet op alle aspecten goed.

Er is geen eenduidige en uniforme receptuur. Ook is er geen sprake van één ideale organisatievorm. De organisatievorm lijkt meer een weg waarlangs de resultanten – kwalitatief goede zorg en een gezonde bedrijfsvoering binnen de financiële mogelijkheden – worden bereikt.

Geconstateerd wordt dat het aantal handen aan het bed niet direct een onderscheidende factor is voor de kwaliteit van zorg. Meer onderscheidend zijn de aard en de vastigheid van de handen en de wijze waarop de handen bestuurd worden.

Welke aangrijpingspunten worden dan wel onderscheiden die bijdragen aan kwalitatief goede zorg? Onderstaand worden deze, zonder volledig te willen of kunnen zijn, beknopt weergegeven. Het is voor instellingen met kwaliteitsissues doorgaans zaak om uit de vicieuze cirkel te komen die in het patroon in hoofdstuk 2 is beschreven. Dit wordt juist tegengehouden door de voortdurende turbulentie (onder meer veel in- en uitstroom, tijdelijke contracten, flexmedewerkers en uitzendkrachten met alle effecten vandien).

DOORBREKEN VICIEUZE CIRKEL

Om de vicieuze cirkel te doorbreken, is het allereerst van belang dat de instelling beseft dat zij in een vicieuze cirkel zit. Dit klinkt als een open deur, maar in de praktijk is dit besef vaak onvoldoende aanwezig. Bewustzijn van de vicieuze cirkel en hoe deze ontstaan is en in stand gehouden wordt, is essentieel om naar oplossingen toe te werken.

Wanneer het mogelijk is, lijkt het verstandig om met een personele investering op de korte termijn – in de vorm van langdurig(er) aan te stellen kwalitatief goede medewerkers – bij te dragen aan een steviger fundament en een beter klimaat om de verbeteringen te realiseren. Juist om die situaties waar de zorg er acuut om vraagt te kunnen bemensen met enige vorm van senioriteit in plaats van beginnende beroepsbeoefenaren. Hiermee kan rust en overzicht gecreëerd en gerealiseerd worden om te kunnen werken aan de volgende aangrijpingspunten.

- Indammen turbulentie, dus:
  - Geen tijdelijke contracten voor structureel werk (bepalen bij welke locaties/teams/functies tijdelijke contracten nodig zijn en waar niet).
  - Geen uitzendkrachten inzetten in het primaire proces (alleen indien strikt noodzakelijk).
  - Structureel meerwerk niet ad hoc, maar structureel organiseren (in geval van structureel meerwerk in overleg contractomvang aanpassen of aantrekken extra capaciteit).
  - Ongewenst verloop en vertrekredenen in kaart brengen en reduceren.

- Vergroten flexibiliteit, bijvoorbeeld door:
  - Herijken (en uniformeren?) welke taken en functies binnen de groep en boven de groep worden georganiseerd.
  - Medewerkers op organisatieniveau aannemen en niet (alleen) voor specifieke locaties/teams. Ook sturen op een gezonde balans tussen inzet in een vast team versus nieuwsgierigheid naar en inzet bij andere locaties/teams/disciplines.
  - Professioneel werkende flexpool met kwalitatief hoogstaande medewerkers met een 'fatsoenlijke arbeidsovereenkomst'. Heldere afspraken en kaders over inzet vanuit flexpool, zoals maximaal toegestane inzet door een team/locatie. Flexpool is geen werving en selectievoorportaal van de organisatie.

- Serieus nemen kwaliteit van personeel door:
  - Vaststellen benodigde functie-/competentiemix passend bij de (veranderende) zorgvraag en concretiseren van het verschil tussen huidige en gewenste bezetting.
  - Kwaliteit, kwaliteitsontwikkeling en samenwerking van personeel aandacht geven in gesprekken. De uitkomsten en/of bevindingen vertalen naar bestuursinformatie.
  - Benodigde kwaliteitsontwikkeling (scholing, training, coaching, learning on the job) van medewerkers en teams daadwerkelijk organiseren en faciliteren.

- Verstevigen organiseervermogen door:
  - Verbinden besturing en werkvloer in de zin van de visie in samenhang, met medewerkers, vertalen naar beoogde resultaten, doelen, werkwijzen en processen, gedrag en verwachtingen van teams.
  - Concretiseren van het bovenstaande, zodanig dat monitoring en bespreking van voortgang mogelijk is.
  - Daadwerkelijk uitvoeren van datgene wat is bedacht en afgesproken.

Om de vicieuze cirkel te kunnen doorbreken, zijn onder meer de volgende condities noodzakelijk.

CONDITIES

- Vertrekpunt is het hebben van een **daadwerkelijke realistische zorgvisie**. Deze zorgvisie **doorvertalen naar zorgprocessen** en bijpassend gedrag en sturen op de naleving en uitvoering ervan. Met realistisch wordt bedoeld dat een 'stip aan de horizon' niet verkeerd is qua ambitie, maar dat wel aansluiting gezocht moet worden bij de realiteit van het heden. Evenwichtige aandacht voor alle levensdomeinen van de cliënt is lovenswaardig, maar wanneer bijvoorbeeld de veiligheid van cliënten binnen bepaalde organisatieonderdelen nog niet op orde is, is realisme hierin geboden. Ook komt een daadwerkelijke zorgvisie tot uitdrukking in het gedrag van de zorgverleners in de vormgeving van de zorg- en dienstverlening in samenspraak met cliënten, naasten en collega-zorgverleners. Het gedrag vraagt de juiste en passende competenties.

- Adequate zorg wordt geleverd door adequate medewerkers. Voor een goede aansluiting van het personeelsbestand op de zorg die geleverd moet worden, dient vanuit de zorgvraag doordacht te worden welke **functiemix** hiervoor nodig is. Het is belangrijk dat vanuit de zorgvraag een functiemix bepaald wordt die realiseerbaar is, ook vanuit de staande personele situatie en de situatie op de arbeidsmarkt. De voor de zorg benodigde kwaliteiten moeten geborgd zijn en het moet betaalbaar zijn. Het concretiseren van gewenste roosters en onderbouwing daarvan is een belangrijke bouwsteen bij het bepalen van de functiemix. Dit vraagt een akelig concreet en gedetailleerd niveau van dialoog en besluitvorming. Het is echter op organisatieniveau zeer bepalend voor de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en maakt de spanning die hiertussen kan bestaan expliciet. Een afwijking van de bestaande functiemix ten opzichte van de benodigde functiemix vraagt om een concreet actie- en activiteitenplan hoe van X naar Y te komen (wat, hoe, wanneer, door wie en met welk beoogd resultaat). Om meer op de toekomst voorbereid te zijn werkt strategische personeelsplanning ondersteunend.

- Breng vanuit de zorgvraag en bijbehorende functiemix in kaart wat **de ideale personeelssamenstelling** is. Kijk naar meer primaire aspecten als leeftijden, duur dienstverband, aard contract (vast/flex) en contractomvang. Daarnaast is het goed om te kijken naar meer persoonsgebonden eigenschappen, zoals specifieke werkervaring, aanwezige competenties, drijfveren en fysieke kwaliteiten. Wanneer de ideale personeelssamenstelling afwijkt van de beschikbare personeelssamenstelling is het aan te bevelen de inzichten mee te nemen in het hierboven beschreven actie- en activiteitenplan. Investeren in actieve mobiliteit en minder uitgaan van passieve mobiliteit ofwel regulier en/of ongewenst verloop, kan doeltreffend zijn. In-, door- en uitstroom; **frisse dynamiek, maar geen turbulentie** (uitstroom bij voorkeur minder dan 15%). Mede vanuit het vertrekpunt dat kwalitatief goede zorg gerealiseerd wordt op basis van het daadwerkelijk kennen van de cliënt en de leefwereld van de cliënt door de zorgverlener(s) is een bepaalde mate van vastigheid gewenst. Frisheid kan georganiseerd worden door gewenste en gerichte in- , door- en uitstroom. Wanneer deze dynamiek ongeleid lijkt, is doorgaans sprake van een ongewenste situatie en dient geanalyseerd te worden wat de onderliggende motieven zijn van de optredende dynamiek, zodat passende interventies kunnen worden ingezet.

- Sterk bepalend voor een adequate zorg- en dienstverlening is het zorgdragen voor een **gezonde bedrijfsvoering**, waarbij in ieder geval het **'huis op orde'** is. De personele boekhouding en registratie is daarbij op orde (gebracht), zodat op meerdere fronten gemonitord kan worden hoe personele ontwikkelingen zich voltrekken en waar dit gewenst/ongewenst is. Hierbij gaat het om 'hardere aspecten' (bijvoorbeeld: ontwikkeling aantallen fte's binnen één functiegroep, in-, door- en uitstroom, personele bovencontractuele inzet op afdelingsniveau), maar ook om 'zachtere aspecten' (bijvoorbeeld competentieontwikkeling, beoordeling van het potentieel van medewerkers om toe te groeien naar een aanpalend functieniveau, gevolgde opleidingen/trainingen). Pas dan kan hierop gestuurd worden en kunnen benodigde interventies ingezet worden. Eenheid, transparantie en bestuurlijke rust binnen de organisatie dragen bij aan kwalitatief goede zorg en het kunnen monitoren van de instelling. Wanneer dit niet het geval is (achterstallig onderhoud na fusies, reorganisaties e.d.), is het prioriteit dit op te ruimen en te harmoniseren.

- Zoek bij de inrichting van de zorg naar het **'optimum in groepsgrootte'**, maar ook bij het formeren van de groep **aansluiten bij de specifieke leefwereld van de cliënt en medewerker.** Het gaat er niet om dat de zorg 'zo kleinschalig mogelijk georganiseerd is' zoals wel vaker binnen de sector gehoord wordt, maar dat de organisatie van de zorg optimaal aansluit bij de mogelijkheden. De groepsgrootte is doorgaans historisch bepaald en wordt onder meer beïnvloed door vastgoedsituaties e.d. Bepaal rondom de zorgbehoefte van de cliënten in de groep welke taken en dienstverlening 'binnen de groep' worden georganiseerd en welke 'boven de groep' worden georganiseerd. Sluit hierbij aan op de zorgvisie, maar reken de scenario's ook door op financiële haarbaarheid en doelmatigheid. De aansluiting op de specifieke leefwereld van cliënt en medewerker kan gefaciliteerd worden met allerhande leefstijltesten, maar vertrekt vanuit het gegeven of een zorgverlener zijn of haar cliënt en diens leefwereld ook daadwerkelijk kent. Dit vraagt een setting waarbij daadwerkelijk een relatie tussen cliënt en zorgverlener kan ontstaan en bestaan.

- Ontwikkel vanuit onder meer de zorgvisie een **'visie op flex'** en wat verstaan wordt onder flex (multi-inzetbaarheid van medewerkers op meerdere groepen/domeinen, min/max-contractanten, oproepkrachten, tijdelijke krachten, uitzendkrachten, ZZP'ers). Deze visie kan per doelgroep en per organisatieonderdeel verschillen. Bepaal welke flexbehoefte binnen het team georganiseerd wordt, welke boven de teams en welke eventueel van buiten de organisatie. Ga hierbij niet uit van één generieke verhouding op organisatieniveau, maar onderken daarbij dat deze bijvoorbeeld per locatie, cliëntdoelgroep en functie(groep) kan verschillen. Beperk wanneer mogelijk de inzet van uitzendkrachten, bij voorkeur in de functies die zich richten op het leveren van zorg en ondersteuning aan cliënten.

- Bepaal welke ruimere **regelcapaciteit** medewerkers eventueel nodig hebben, of zij deze regelcapaciteit aankunnen en wat de positieve effecten hiervan zijn op de kwaliteit van zorg. Het vergroten van de regelcapaciteit is geen doel op zich, maar een middel om de uiteindelijke kwaliteit van de zorg te verbeteren. De juiste balans hierbij is onder meer afhankelijk van de competenties van een medewerker.

- **Investeer** in samenwerking en professionaliteit van **formele** en **informele** zorg. De vormgeving, inrichting en de ontwikkeling van de zorg- en dienstverlening is meer en meer een samenspel van formele en informele zorg. Hierbij worden aan beide zijden de rollen, taken en benodigde competenties anders. Dit vraagt investeringen in beider competenties en in de onderlinge samenwerking.

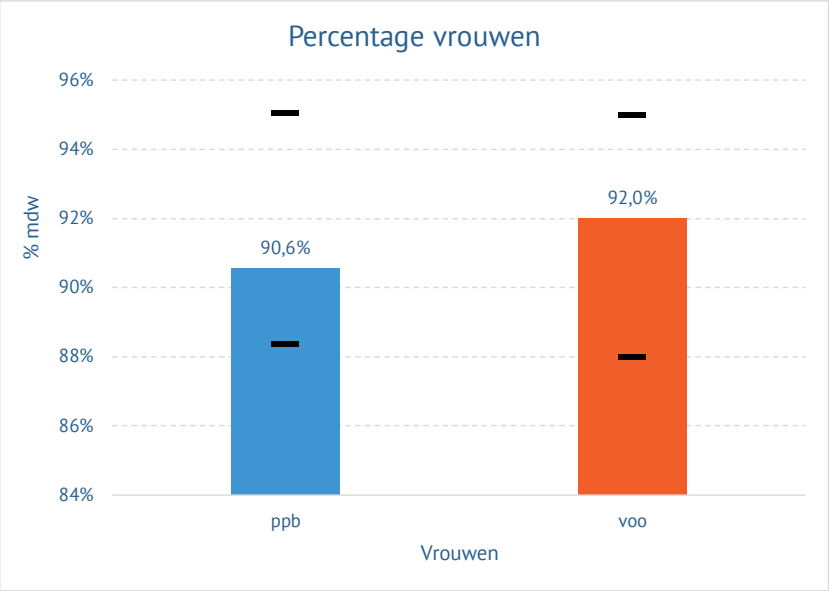
- Investeer in **kwaliteitsontwikkeling** van medewerkers. Naast vakinhoudelijke kennis en vaardigheden gaat het hier in toenemende mate om **nieuwe competenties.** Hierbij gaat het echter ook om het creëren van mogelijkheden voor loopbaanverlegging wanneer er voor bepaalde medewerkers geen toekomst meer lijkt te zijn binnen de instelling.

- **Profileer richting de arbeidsmarkt vanuit sterke kanten** (totaalconcept, visie, onderscheidende arbeidsvoorwaarden) en **investeer in de contacten met scholingsinstituten.** Denk aan afspraken over aantal stages/leerlingen, leveren van gastcolleges e.d. Hierdoor wordt de instelling ook bij de beginnende beroepsbeoefenaren al een ‘begrip’ en zo kan ook invloed uitgeoefend worden op de inhoud van het curriculum en het studieaanbod/-programma.

BIJLAGEN

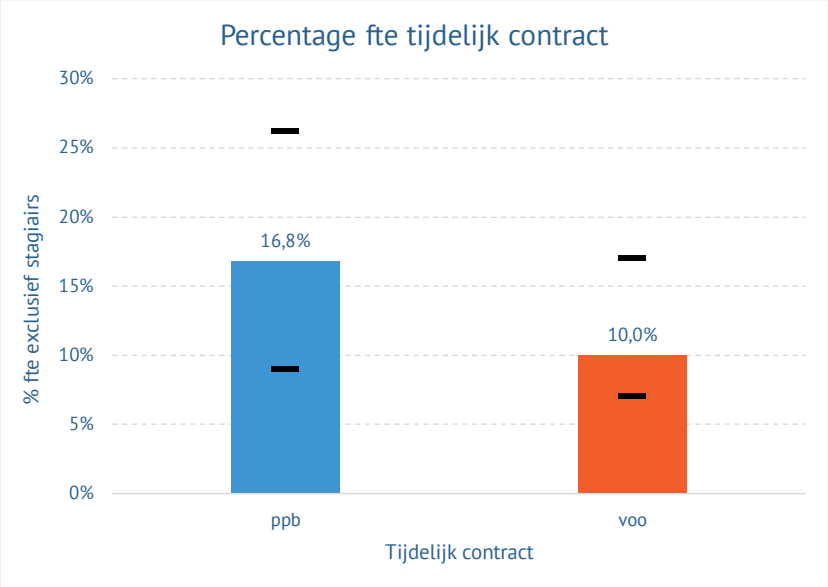
In deze bijlagen is een aantal aanvullende inzichten opgenomen. Soms zijn deze inzichten al in het rapport opgenomen. In dat geval zijn ze hier gedetailleerder uitgewerkt of voor een andere doelgroep.

Man/vrouw



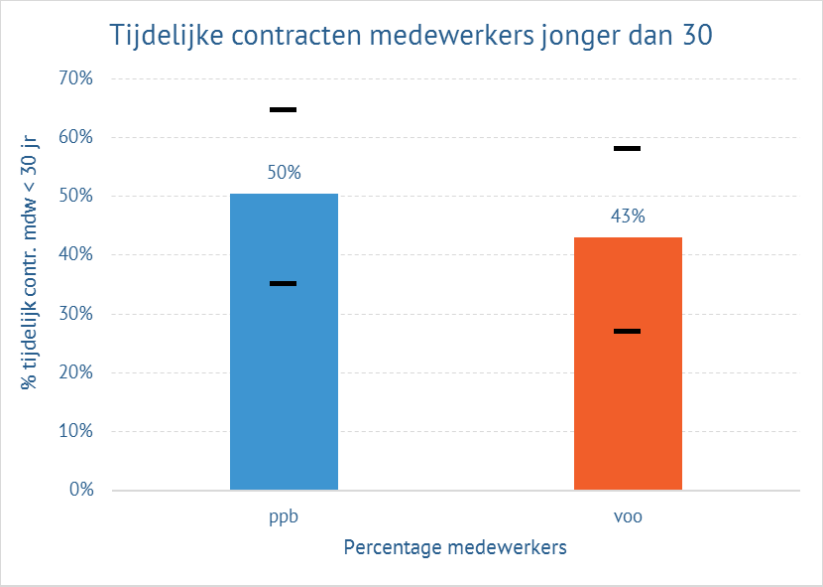
Uit de grafiek blijkt dat de overgrote meerderheid van de medewerkers bij de instellingen vrouw is. Dit geldt zowel voor de PPB- als voor de VOO-instellingen. Over het algemeen kan gesteld worden dat mannen vooral bij staf, management en ondersteuning werkzaam zijn.

Tijdelijke contracten op basis van fte



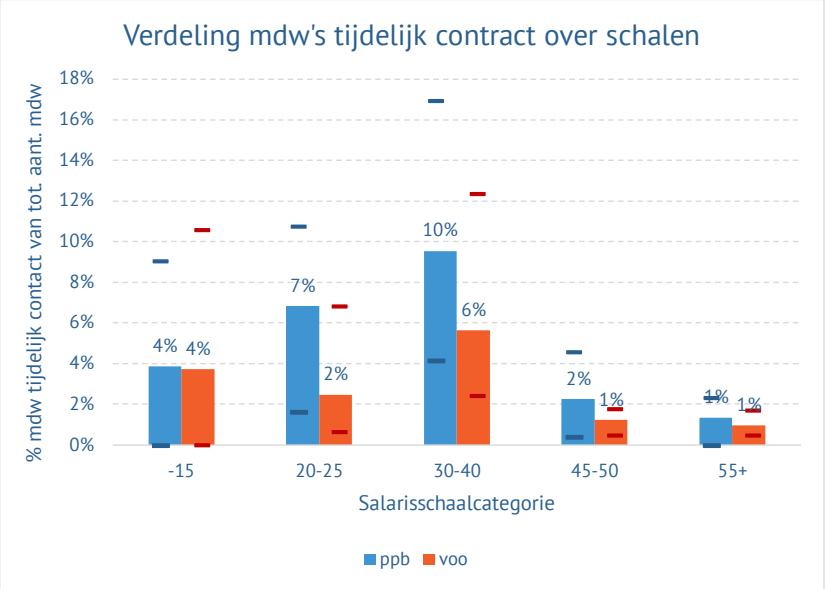
Bijna 17% van de fte's bij de PPB-instellingen heeft een tijdelijk contract. Dit is hoger dan bij de VOO-instellingen waar dat 10% bedraagt. De onderkant van de bandbreedte van PPB-instellingen ligt dichtbij het gemiddelde van VOO-instellingen.

Tijdelijke contracten medewerkers onder 30 jaar



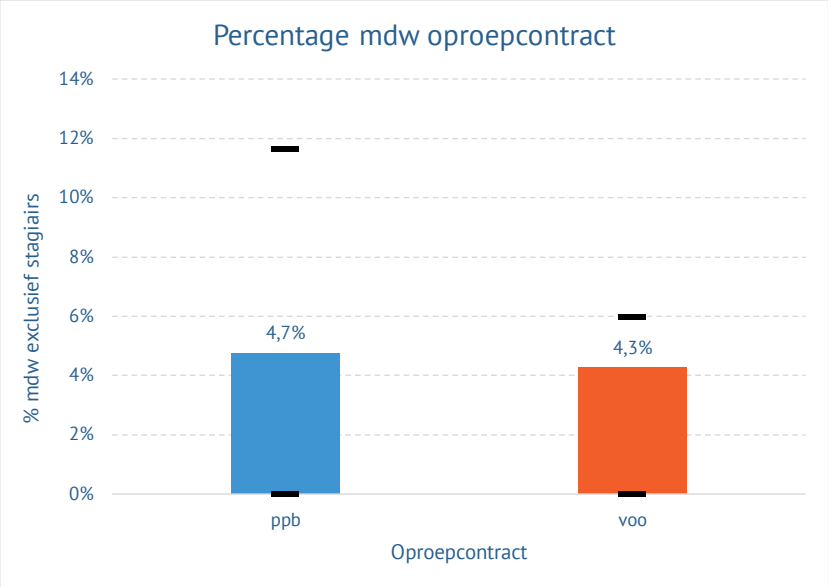
Uit de grafiek blijkt dat bij de PPB-instellingen de helft van de medewerkers onder de 30 jaar een tijdelijk contract heeft. Bij de VOO-instellingen is dit aantal iets lager, maar met 43% is dit ook een substantieel deel.

Tijdelijke contracten en salarisschalen



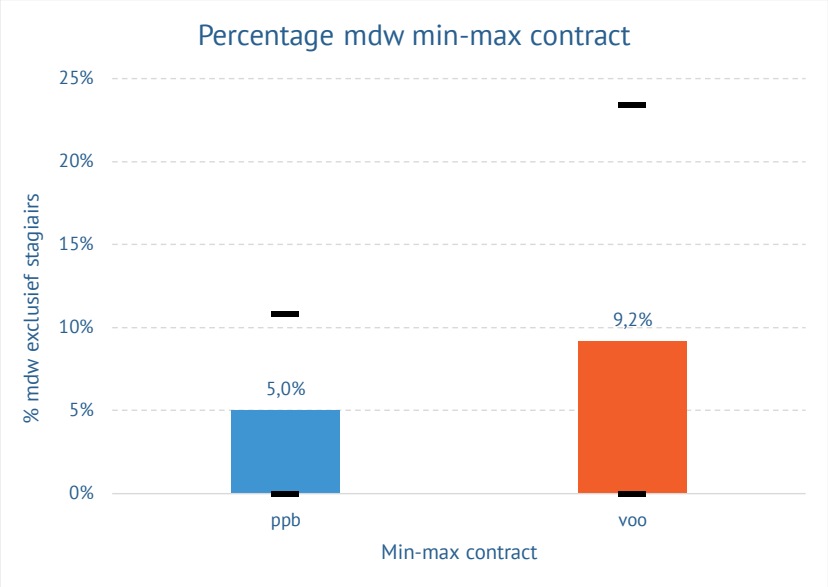
Bij de PPB-instellingen heeft een groter deel van de medewerkers een tijdelijk contract bij schalen 20-25 en 30-40 dan bij de VOO-instellingen. Tijdelijke contracten zijn derhalve in absolute zin voornamelijk georganiseerd bij niveaus 2 en 3. Dit betreft voornamelijk de kernfuncties in de zorg-verlening.

Oproepcontracten



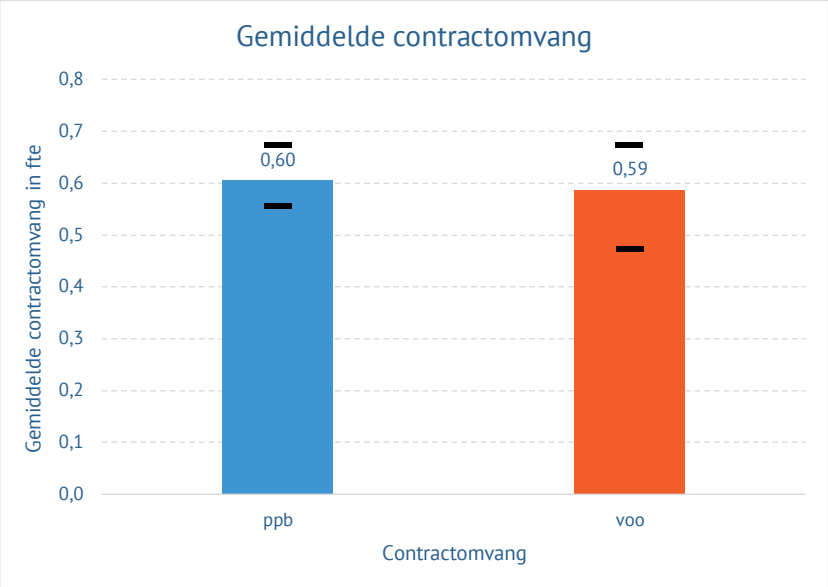
Bijna 5% van de medewerkers bij PPB-instellingen heeft een oproepcontract. Dit is iets meer dan bij VOO-instellingen. Wel is de bandbreedte groot. Sommige instellingen maken helemaal geen gebruik van dit type contractvorm en andere veel meer. Bij de PPB-instellingen komen hogere ‘uitschieters’ naar boven toe voor.

Min-max-contracten



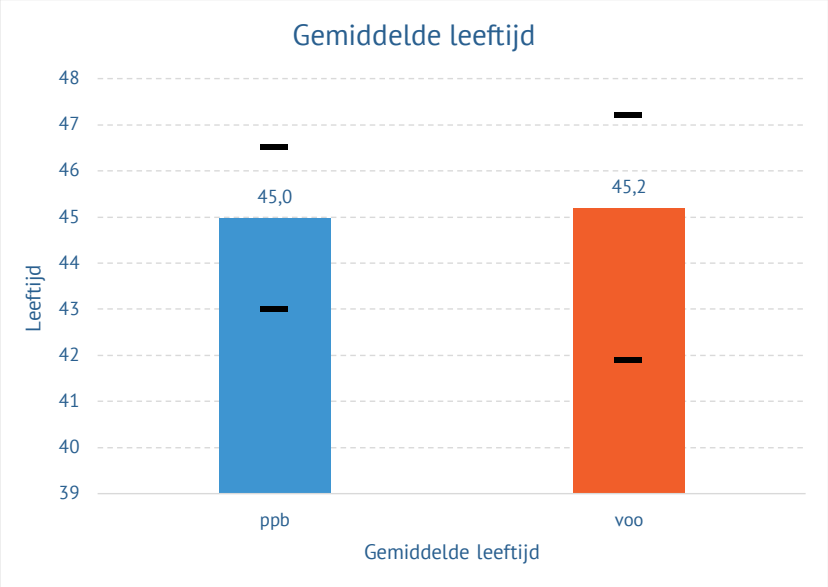
Gemiddeld heeft 5% van de medewerkers van de PPB-instellingen een min-max-contract. Het komt voor dat medewerkers in principe een min-max-afspraak hebben, maar dat dat niet als zodanig bij de contractvorm is geregistreerd.

Contractomvang



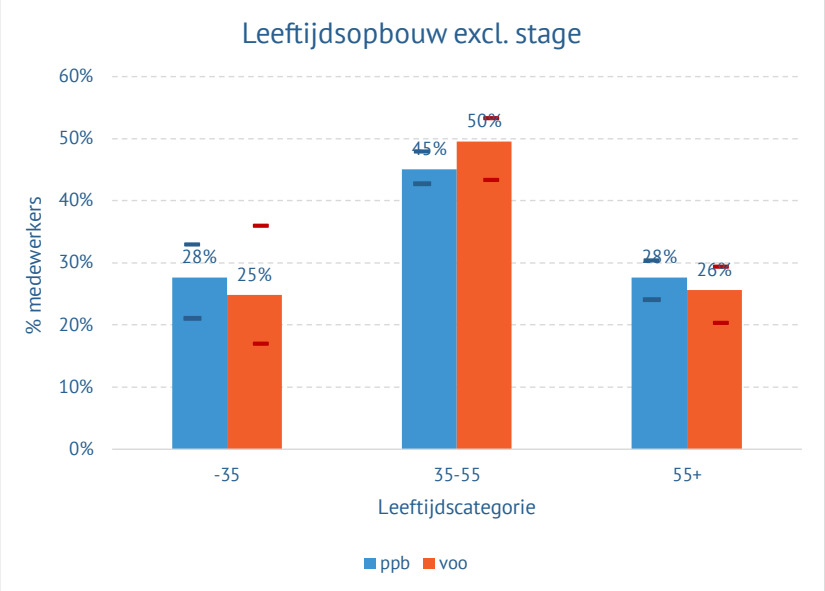
De gemiddelde contractomvang bedraagt 0,60 zijnde 21,6 uur per week. In de praktijk blijkt de contractomvang voor instellingen veelvuldig een spanningsveld op te leveren. Aan de ene kant zijn er medewerkers die een grotere contractomvang wensen, maar de instelling zelf heeft meer baat bij een kleinere contractomvang, omdat dat het roosteren eenvoudiger maakt.

Gemiddelde leeftijd



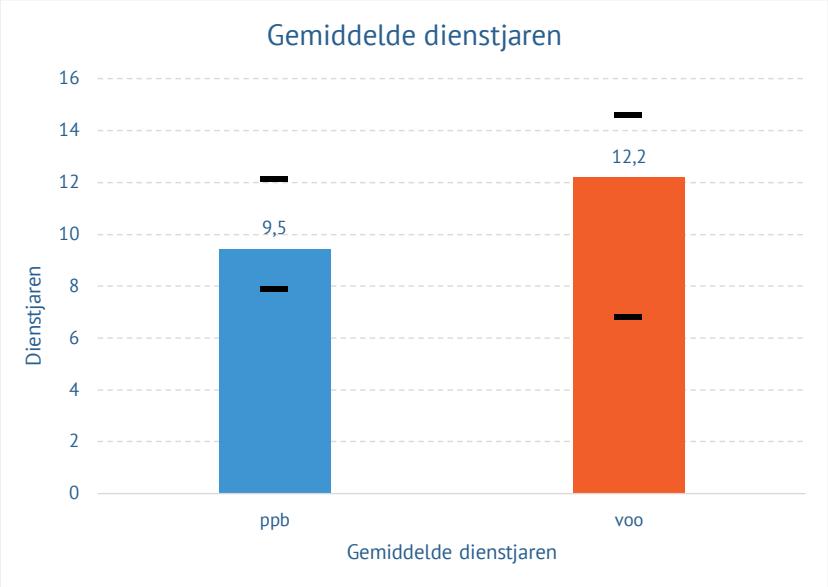
Gemiddeld zijn medewerkers bij de PPB-instellingen 45 jaar oud. Dit komt vrijwel overeen met de VOO-instellingen.

Leeftijdsopbouw / groen-grijs



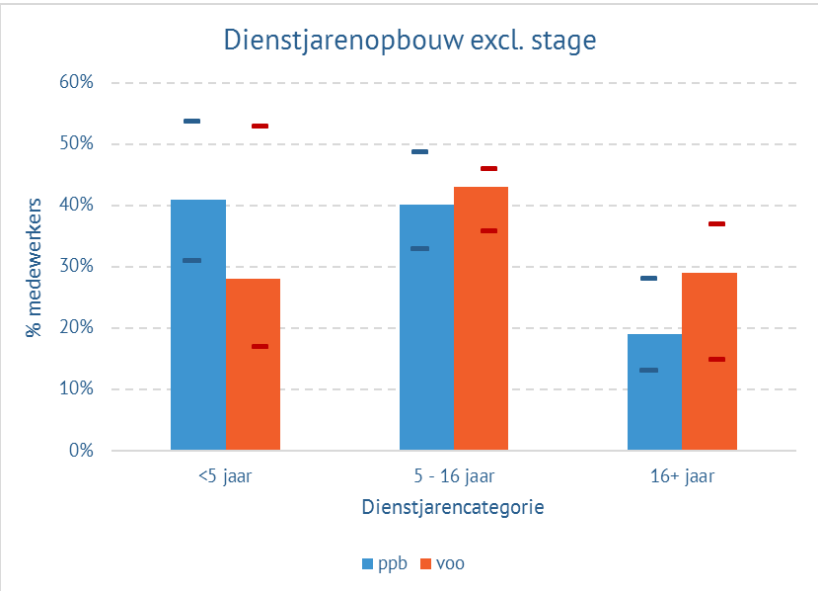
In de grafiek is het aandeel medewerkers te zien dat jonger dan 35 jaar is, tussen de 35 en 55 en ouder dan 55. Hieruit blijkt dat bij de PPB-instellingen meer medewerkers werken die jonger dan 35 zijn en ook meer medewerkers die ouder dan 55 jaar zijn dan bij de VOO-instellingen.

Gemiddelde dienstjaren



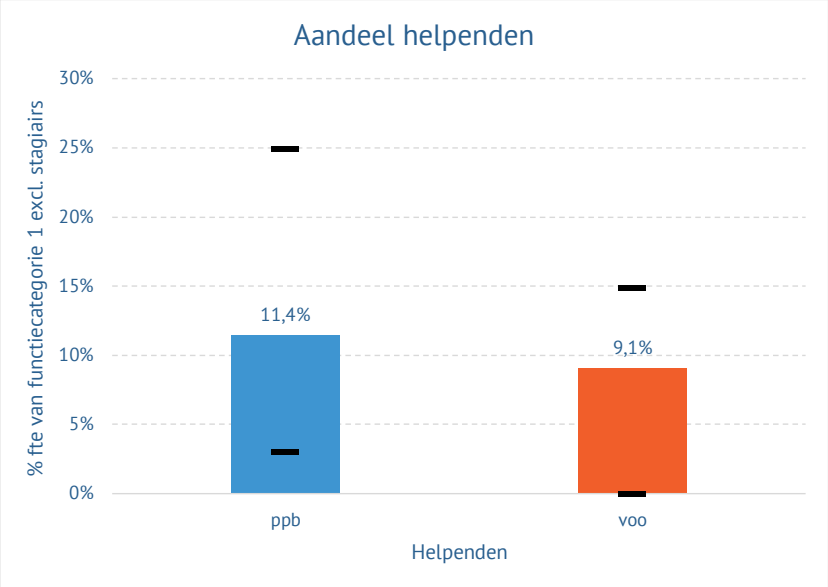
Het gemiddelde aantal dienstjaren is bij de PPB-instellingen 9,5. Dit is lager dan bij de VOO-instellingen. De bovenkant van de bandbreedte bij PPB-instellingen is gelijk aan het gemiddelde van de VOO-instellingen.

Dienstjarenopbouw



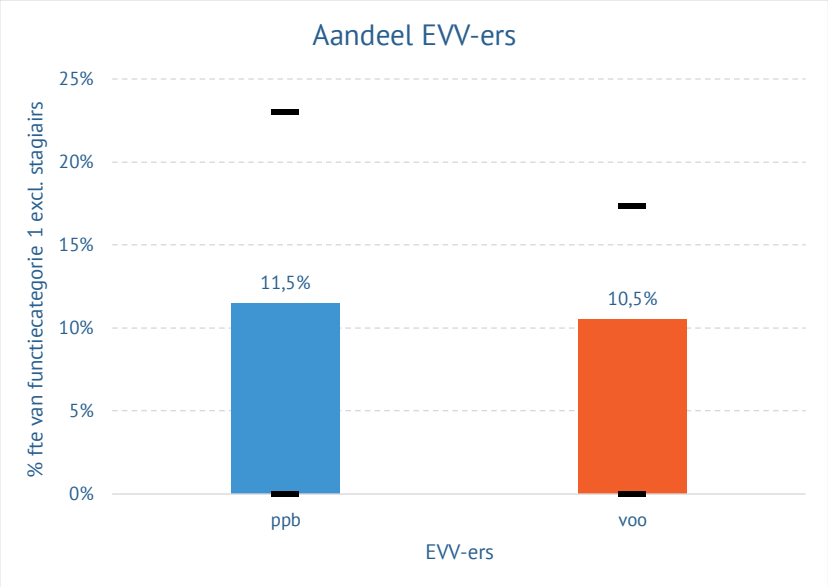
Bij PPB-instellingen zijn duidelijk meer medewerkers korter dan 5 jaar in dienst en minder medewerkers 16+ jaar in dienst. Soms staat dit haaks op de beleving van een instelling (“Ik dacht dat we vrij veel medewerkers hadden die lang in dienst zijn.”).

Aandeel helpenden van functiecategorie 1



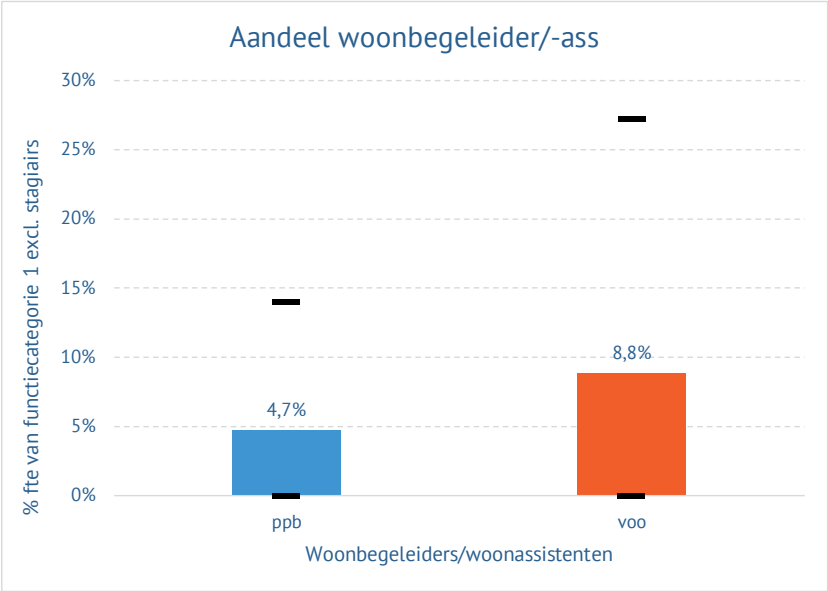
Het aandeel helpenden is iets groter bij PPB-instellingen dan bij VOO-instellingen. De bandbreedte is ook groter. Vaak blijkt een groter deel van de medewerkers de functie van helpende te hebben dan gewenst is volgens de instelling. Een aantal PPB-instellingen heeft meer dan 20% helpenden in functiecategorie 1, iets wat bij VOO-instellingen niet voorkomt.

Aandeel EVV-ers functiecategorie 1



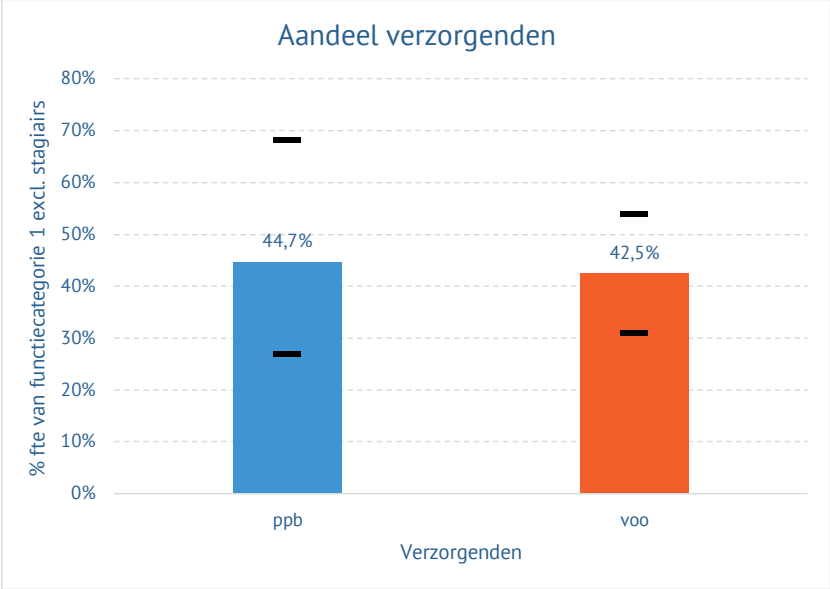
Het aandeel EVV-ers is bij PPB-instellingen iets groter dan bij VOO-instellingen. De betrouwbaarheid van data is hierbij wel een aandachtspunt, want niet zelden wordt het predicaat EVV en de correctheid van de registratie hieromtrent door de instelling in twijfel getrokken.

Aandeel woonbegeleiders/-assistenten functiecategorie 1



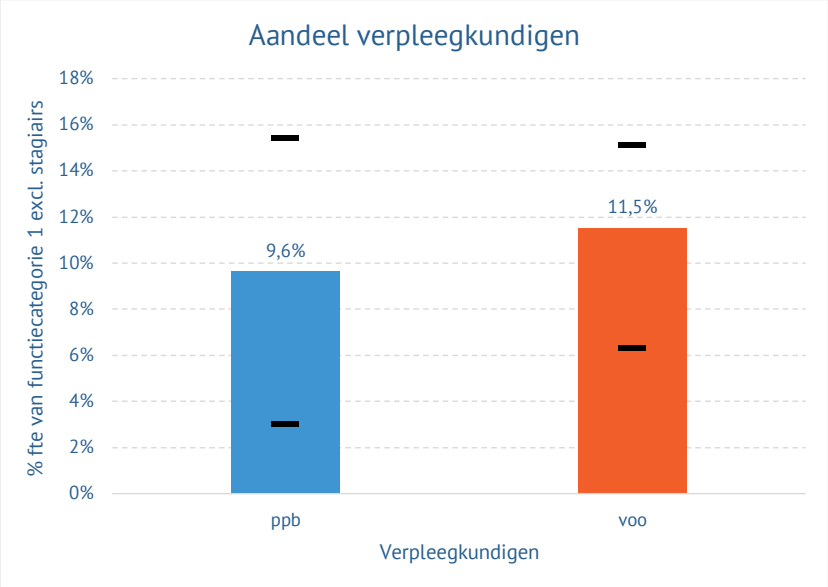
Onder de functie woonbegeleider/-assistent worden veel verschillende functies verstaan. Deze functienaam is minder eenduidig dan bijvoorbeeld helpende, verzorgende of verpleegkundige.

Aandeel verzorgenden functiecategorie 1



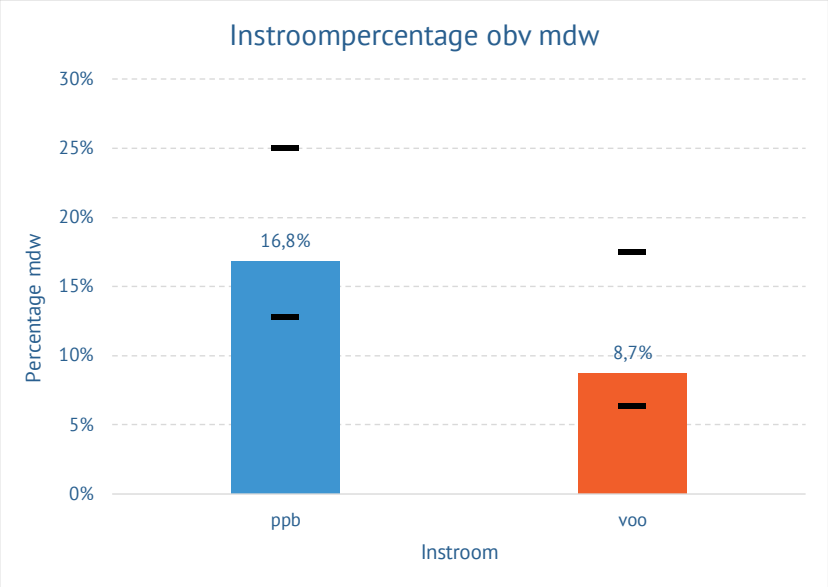
Het aandeel verzorgenden is bij alle instellingen groot. Niet altijd wordt onderscheid gemaakt tussen wel/niet IG. Bijna altijd is het doel dat verzorgenden allemaal IG zijn. Het goed registreren van dit onderscheid is dan een aandachtspunt.

Aandeel verpleegkundigen functiecategorie 1



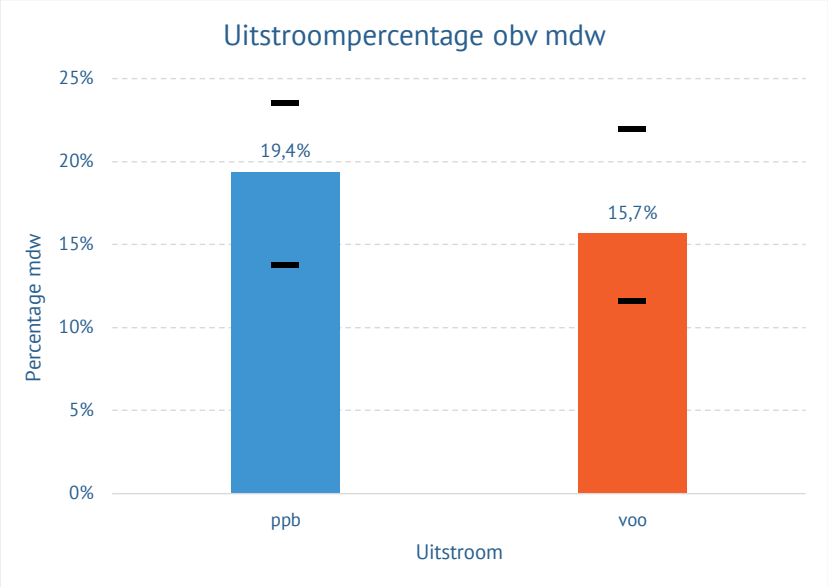
Bij de PPB-instellingen zijn gemiddeld iets minder fte's verpleegkundigen in functiecategorie 1 werkzaam dan bij de VOO-instellingen. Overigens is de fte-omvang van functiecategorie 1 in totaliteit ook iets kleiner bij PPB-instellingen. In de praktijk lijkt het vrij vaak voor te komen dat minder dan 5% van de medewerkers die zorg verleent in het verpleeghuis verpleegkundige is.

Instroom exclusief stagiairs



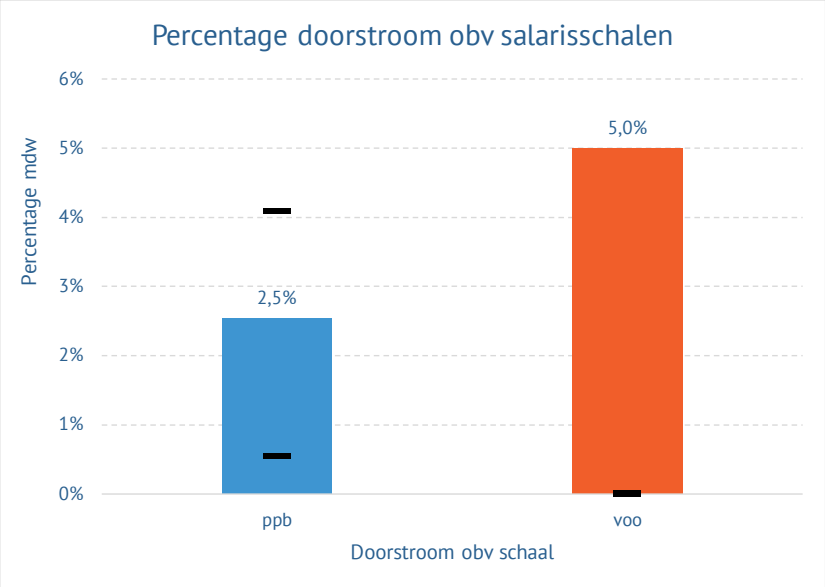
Het instroompercentage bij PPB-instellingen bedraagt bijna 17%. Dit is duidelijk hoger dan bij VOO-instellingen. De onderkant van de bandbreedte van PPB-instellingen is met 13% ook duidelijk hoger dan het gemiddelde van de VOO-instellingen. Bij PPB-instellingen is over het algemeen dus sprake van een vrij grote instroomdynamiek.

Uitstroom exclusief stagiairs



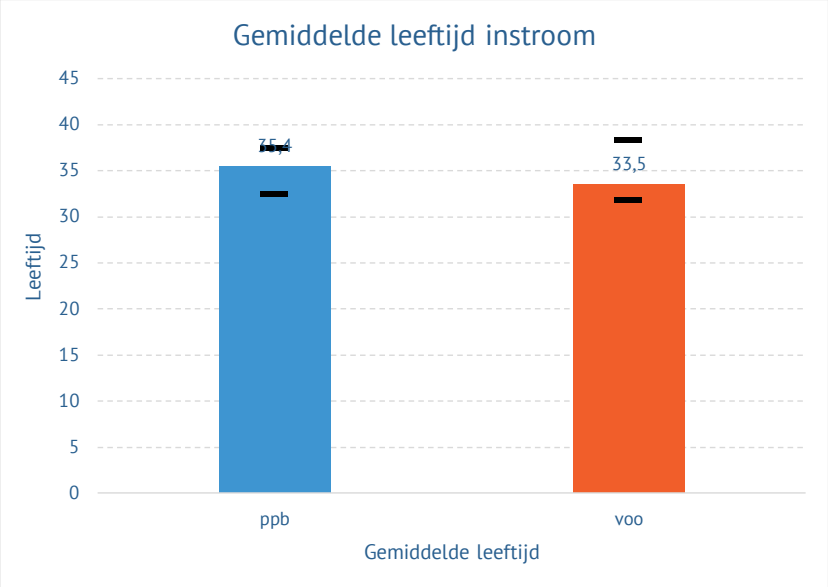
Het gemiddelde uitstroompercentage bij PPB-instellingen is meer dan 19%. Gecombineerd met de gemiddelde instroom van bijna 17% werd het afgelopen jaar dus bijna 1/5e van de medewerkers 'vervangen'. De vraag is of dit gestuurd is en of daarmee gewerkt is aan een bij bijvoorbeeld de cliënt-vraag beter passende personeelsmix. Dit is volgens de instellingen lang niet altijd het geval.

Doorstroom exclusief stagiairs



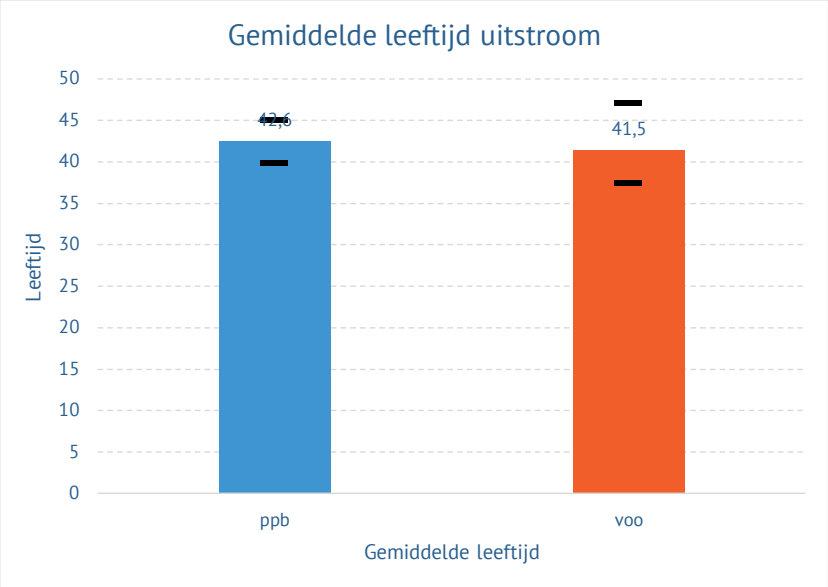
De doorstroom tussen schalen was bij PPB-instellingen gemiddeld 2,5%. Het gemiddelde bij VOO-instellingen bedroeg 5%. Dat is boven de bandbreedte van PPB-instellingen. Het intern doorgroeien naar een ander functieniveau komt bij de PPB-instellingen dus minder voor. Doorstroom tussen teams is lastig te meten, omdat dat om een gelijkblijvende administratieve organisatiestructuur vraagt, iets waar lang niet altijd sprake van is.

Gemiddelde leeftijd instroom exclusief stagiairs



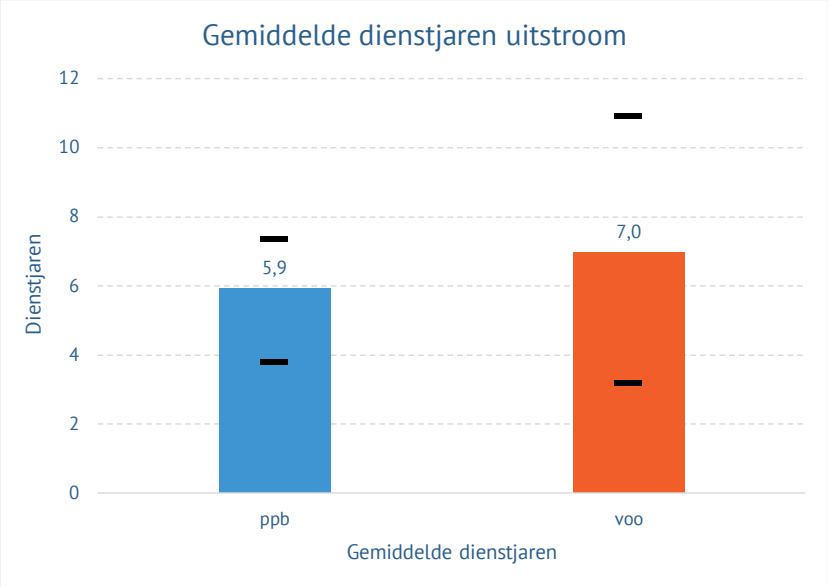
De gemiddelde leeftijd van de instroom was 35 jaar. De bandbreedte is smal.

Gemiddelde leeftijd uitstroom exclusief stagiairs



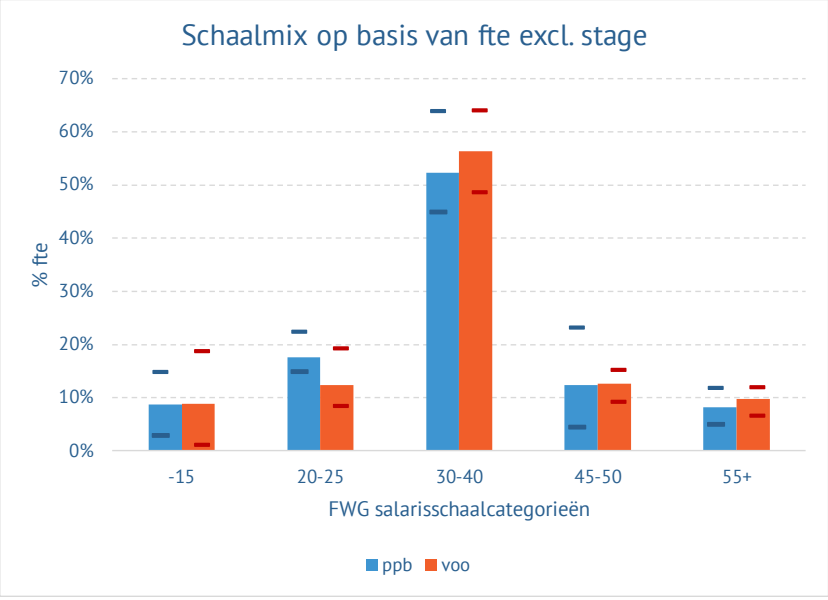
De gemiddelde leeftijd van de uitstroom was 43 jaar. De bandbreedte is smal. De gemiddelde uitstroomleeftijd is lager dan de totale gemiddelde leeftijd. Er is dus sprake van veel in- en uitstroom bij jongere medewerkers en veel minder bij oudere medewerkers. Een soort van tweedeling: turbulentie bij jonge medewerkers en stabiliteit bij oudere medewerkers.

Gemiddelde dienstjaren uitstroom exclusief stagiairs



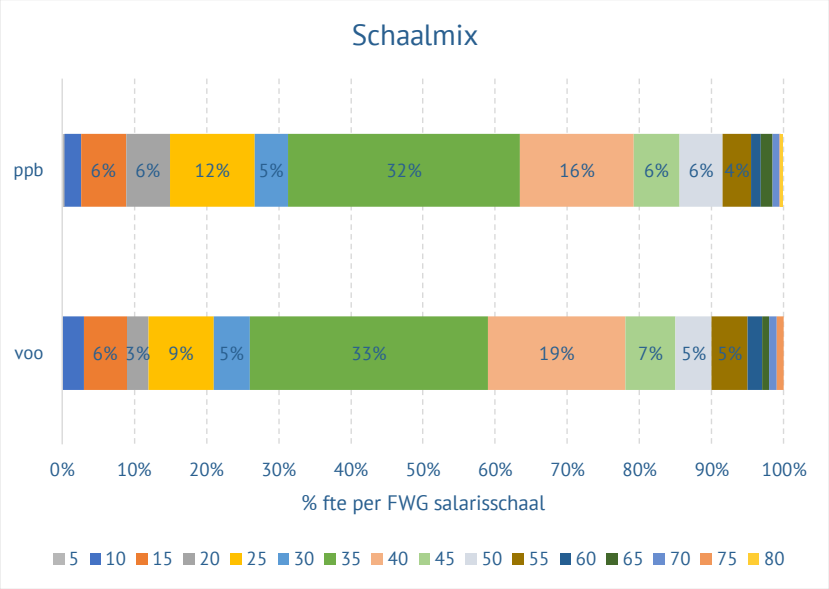
Het gemiddelde aantal dienstjaren van de medewerkers die zijn uitgestroomd bedroeg 5,9 jaar bij de PPB-instellingen tegenover 7,0 jaar bij de VOO-instellingen. Kortom; de uitstroom bij PPB-instellingen is hoger dan bij VOO-instellingen en de uitstromende medewerkers werken korter bij de instelling. Het gemiddeld aantal dienstjaren van de uitstroom is beduidend lager dan het totale gemiddelde aantal dienstjaren.

Salarisschaalmix



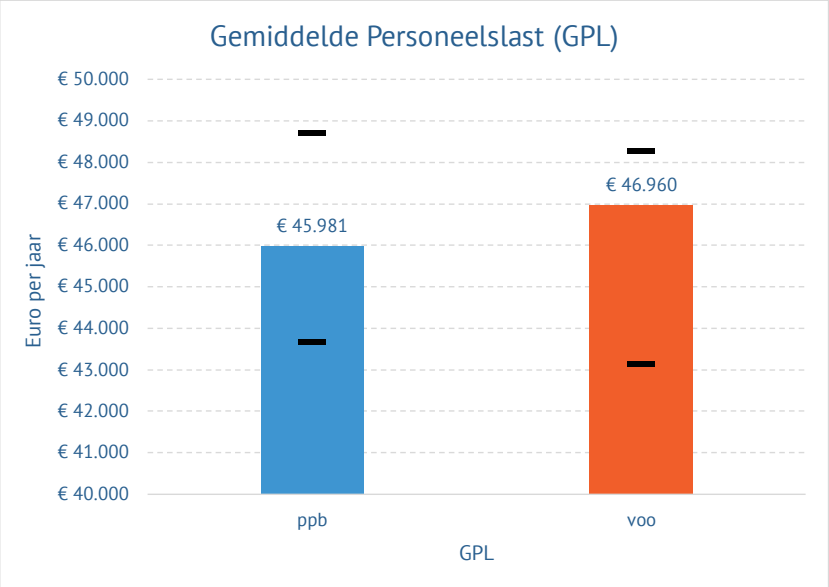
In de grafiek is zichtbaar dat bij PPB-instellingen gemiddeld meer fte's in de schalen 20-25 werkzaam zijn en minder in de schalen 30-40 in vergelijking met de VOO-instellingen.

Salarisschaalmix exclusief stagiairs



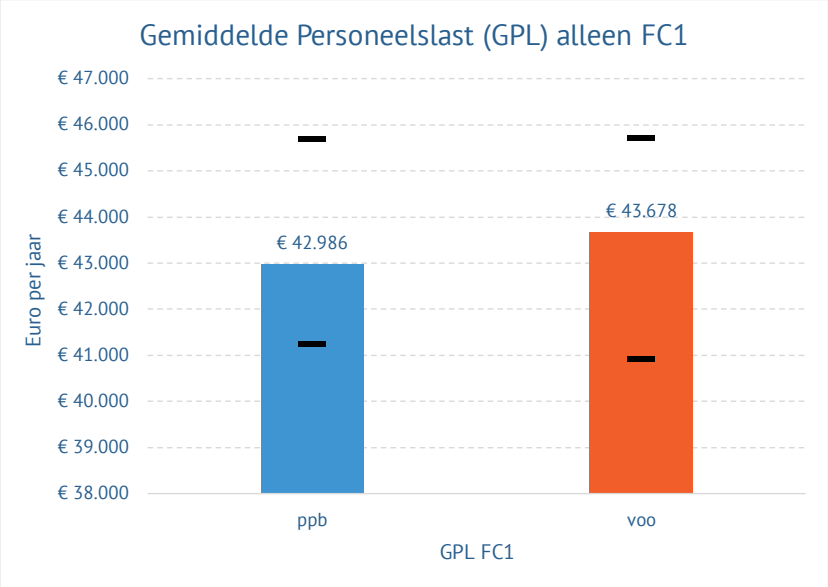
In de grafiek is zichtbaar dat de verschillen in salarisschaalmix tussen de PPB-instellingen en de VOO-instellingen met name optreden in de schalen 20, 25, 40. De PPB-instellingen hebben gemiddeld meer fte's in schalen 20 en 25, en minder in schaal 40.

Gemiddelde personeelslast



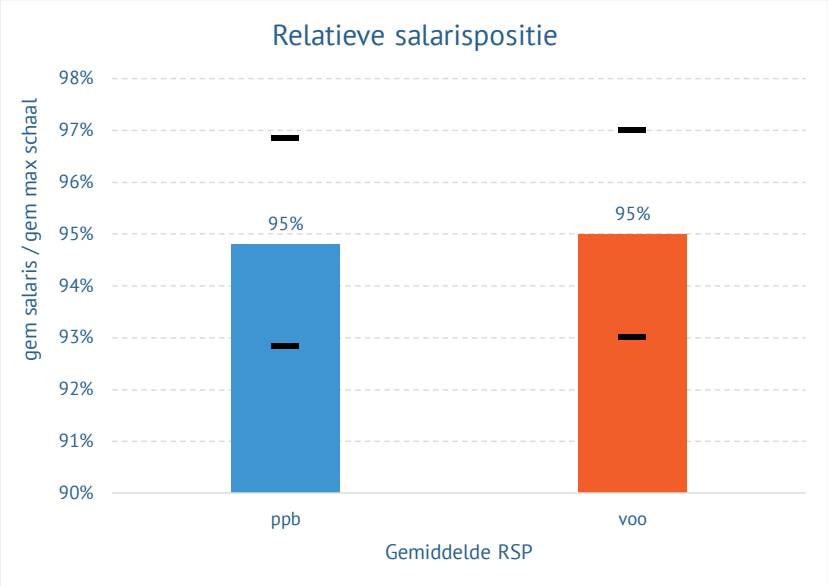
In de grafiek is de gemiddelde personeelslast (GPL) opgenomen. Dit is het gemiddelde fulltime bruto maandsalaris, vermenigvuldigd met 17,94 als rekenfactor om de gemiddelde jaarlijkse loonkosten per fte te benaderen. De GPL van PPB-instellingen ligt ongeveer 2% lager dan die van VOO-instellingen.

Gemiddelde personeelslast functiecategorie 1



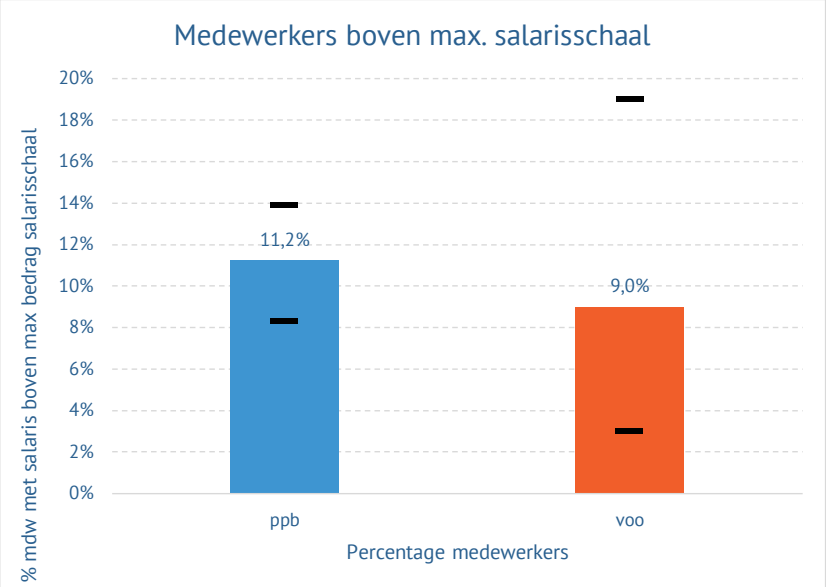
De GPL van medewerkers werkzaam in functiecategorie 1 ligt bij PPB-instellingen lager dan bij VOO-instellingen.

Gemiddelde relatieve salarispositie



In de grafiek is de gemiddelde relatieve salarispositie (RSP) weergegeven. Dit is het salaris als percentage van het maximumsalaris dat bij de desbetreffende salarisschaal hoort. Uit de grafiek blijkt dat de RSP 95% is bij zowel de PPB- als de VOO-instellingen. Medewerkers zitten dus gemiddeld niet hoger of lager in de schaal (maar zijn wel korter in dienst).

Salaris boven maximumbedrag salarisschaal



In de grafiek is het percentage medewerkers opgenomen dat meer verdient dan het maximumsalaris dat bij de desbetreffende salarisschaal hoort. Als meer wordt betaald dan het huidige cao-maximum is dit veelal op basis van historische rechten. Bij PPB-instellingen is dit percentage hoger dan bij VOO-instellingen.