ALGEMENE UNIE DER VERPLEEGKUNDIGEN VAN BELGIË vzw.

UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl.

ALLGEMEINER KRANKENPFLEGEVERBAND BELGIENS vog.

Normen en zorgkwaliteit in de woonzorgcentra: voorgestelde indicatoren voor opvolging en aanbevelingen.

Cécile Piron, Josiane Fagnoul, Ellen De Wandeler, Anneleen Baeten, Anne-Marie Solé, Elisabeth Darras.

Dankwoord

Dit werk kon slechts tot stand komen dankzij de medewerking van talrijke actoren.

In de eerste plaats danken we de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB) voor het vertrouwen in dit project en de financiering van dit onderzoek. Onze bijzondere dank gaat uit naar de coördinatoren van de AUVB voor hun deelname en medewerking aan de focusgroepen en voor de organisatie ervan, alsook de verschillende geraadpleegde deskundige zorgverstrekkers, zonder wie dit onderzoek niet mogelijk was geweest. Vervolgens gaat onze dank ook uit naar de leden van de beroepsverenigingen die, de ene al nauwer dan de andere, bij dit project betrokken waren.

Onderzoekers

Cécile Piron: R.N., M.P.H.., ACN, ComPAs
Josiane Fagnoul, R.N. , M.P.H., KPVDB
Anneleen Baeten: R.N., M. Sc., NVKVV

Begeleidingscomité

Josiane Fagnoul, R.N., M.P.H., KPVDB
Ellen De Wandeler: RN, M.Sc., NVKVV
Anne-Marie Solé: R.N., ACN, ComPAs
Elisabeth Darras: R.N., PhD., ACN

Stakeholders: Marie-Louise Ugiranyina (ACN), Meral Uysal (ACN), Anne-Marie Sautois (ComPAs), Olivier Gendebien (ACN), Françoise Van Enst (ACN), Cynthia Van den Steen (FNBV), François Truffin (KPVDB), Josiane Fagnoul (KPVDB), Ellen De Wandeler (NVKVV), Wilfried De Rijck (Werkgroep Ouderenzorg NVKVV), Huguette Stark (ABIHH), Wouter Decat (AUVB), Deniz Avcioglu (AUVB), Frédéric Gevenois (AUVB).

Datum van eerste publicatie: oktober 2020

Samenvatting

Doelstelling: De doelstelling van dit onderzoek is de voorbereiding van een dossier over de normen en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg in de woonzorgcentra om de gemeenschappelijke waarden vast te leggen die de verpleegkundigen belangrijk vinden en vereisen.
Dit onderzoek streeft ernaar nuttige kwaliteitsindicatoren vast te leggen voor de verpleegkundige praktijk in de woonzorgcentra.

Opzet en methode: Om te beginnen werd er een basiswerk verricht met een inventarisatie van de Belgische aanbevelingen op het gebied van de registratie en verwerking van gegevens. Vervolgens hebben wij, door een analyse van de wetenschappelijke literatuur, gezocht naar de aanbevelingen met betrekking tot de opvolging van kwaliteitsindicatoren, de omkadering van personeel en de governance in residentiële instellingen voor ouderen.

Resultaten: Met dit onderzoek werd gekeken welke meetinstrumenten voor de kwaliteitsindicatoren er in het buitenland door de auteurs worden gehanteerd of voorgesteld. Dit levert een lijst op van meer dan 50 regelmatig gebruikte indicatoren voor resultaten, structuren en processen. Deze indicatoren werden voorgesteld aan een focusgroep die bestond uit beoefenaars met expertise in de woonzorgcentra (WZC). De indicatoren op de lijst werden aangepast aan de klinische praktijk in de woonzorgcentra en aan de behoeften van de zorgverstrekkers.
Wat betreft de omkadering en de governance hebben we getracht een inventaris op te stellen van de normen die nagestreefd moeten worden voor de kwalitatieve aspecten. Helaas is dit niet mogelijk gebleken door het verschil in organisatie van de gezondheidzorg, de heterogeniteit van de populaties van bewoners in de zorginstellingen en de verschillende opleidingsniveaus van de verpleegkundigen.

Conclusie: Er zijn zoveel elementen die de zorgkwaliteit beïnvloeden. Het is raadzaam om de kwaliteit in de instelling op te volgen met kwaliteitsindicatoren, maar ook een opvolging van de omkadering van het personeel te verzekeren. De minimumnormen voldoen niet meer en moeten herzien worden. Tevens is het belang gebleken van een klinisch en hiërarchisch leiderschap van het beroep van verpleegkundige, maar ook van de permanente vorming en de aanwezigheid van een panel van complementaire beroepen in de instellingen.

Inhoud

Dankwoord ***2***

Samenvatting ***3***

Inhoud ***4***

Lijst van tabellen en figuren ***5***

Lijst van bijlagen ***5***

Lijst van afkortingen ***6***

Inleiding ***7***

Context van het onderzoek ***10***

Doelstellingen ***14***

Methodologie ***15***

Hoofdstuk 1: De structurering van het personeel en de organisatie van de WZC in België . ***20***

(a) De woonzorgcentra en hun verplichtingen 20
(b) De structurering van het personeel 20

Hoofdstuk 2: De opleiding van verpleegkundigen ***23***

(a) De opleiding van verpleegkundige 23
(b) De specifieke opleidingen, BBB en BBT van verpleegkundigen in België 24
(c) De opleiding van zorgkundigen 25
(d) De andere beroepen 25

Hoofdstuk 3: Kwaliteit van zorg ***27***

Definities **27**

Conceptueel kader van Donabedian **28**

(a) Structuur 28
(b) Procedure 29
(c) Resultaten 29

De kenmerken van de indicatoren **29**

Meting van de kwaliteit in de woonzorgcentra **30**

Hoofdstuk 4: Elementen die de kwaliteit beïnvloeden ***33***

De kenmerken van de bezetting van het zorgpersoneel **34**

(a) Personeelsbezetting 36
(b) Kwalificatie van het personeel 38
(c) Het beheer van de verpleegkundige competenties 39
(d) De geavanceerde praktijk 41
(e) Stabiliteit en absenteïsme van het personeel 42

Cultuur en management **44**

(a) Leiderschap 45

HOOFDSTUK 5: ***Indicatoren voor de meting van de zorgkwaliteit*** ***47***

De hulpmiddelen en vragenlijsten **48**

Elektronisch dossier **57**

Kwaliteit en kost 58
Doelstellingen vastleggen 58
De inwonende partner 59
De perceptie van de zorgverleners over de zorgkwaliteit 60
Samenvattende lijst van de indicatoren uit de literatuur 62
Hoofdstuk 6: De stem van de beroepsbeoefenaars: Focusgroep *66*
Focusgroep WZC van 10 december 2019 67
Aanbevelingen 72
Voorstel voor een lijst van indicatoren 73
Bespreking *77*
Beperkingen van de methode van focusgroepen 79
Aanbevelingen *80*
Conclusie *83*
Bibliografie *84*

Lijst van tabellen en figuren

Tabel 1: Zoeksstrategie *16*
Tabel 2: Analyse van de indicatoren voorgesteld door de hulpmiddelen en auteurs *55*
Tabel 3: Samenvattende lijst van de indicatoren uit de literatuur *63*
Tabel4: Lijst van indicatoren voorgesteld als gevolg van de focusgroep. *73*

Figuur1: Stroomdiagram *18*
Figuur2: Theoretisch model van Backhaus et al. *34*
Figuur3: Conceptueel model van Castle: verband tussen het personeelniveau, de personeelskenmerken en de kwaliteit. *35*

Lijst van bijlagen

Bijlage 1: Samenvattende tabel van de wetgeving van toepassing op de WZC. *100*
Bijlage 2: Tabellen met bewijzen uit de literatuur *105*
Bijlage 3: Onderhoudsgids van de focusgroep *111*

Lijst van afkortingen

ACN: Association Belge des praticiens de l'Art Infirmier – Association Catholique de Nursing
ADL: Activiteit van het dagelijkse leven
AIIC: Association des infirmières et infirmiers du Canada
APN: Advanced Practice Nurse
APRN: Advanced Practice Registered Nurses
AUVB: Algemene Unie van Verpleegkundigen van België
BBB: Bijzondere Beroepsbekwaamheid
BBT: Bijzondere Beroepstitel
BelRAI: Resident Assessment instrument in België
BS: Belgisch Staatsblad
ComPAs: Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier exerçant auprès de Personnes Âgées
CRA: Coördinerend en Raadgevend Arts
DON: Director of Nurses
EBS: Ergänzender Berufsbildender Sekundarunterricht
HAS: Haute Autorité de Santé
HBO 5: Hoger beroepsonderwijs, 5e niveau van de Vlaamse kwalificatiestructuur
IFIC: Instituut voor Functieclassificatie
KB: Koninklijk Besluit
KPVDB: Krankenpflegevereinigung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens
LPN: Licensed Practice Nurse
MB: Ministerieel Besluit
NVKVV: Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen
PAQS: Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients
RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering
RN: Registered Nurse
ROB: Rustoord voor Bejaarden
WZC: Woonzorgcentra
VE: Voltijdsequivalent
WE: Weekeind
WUG: Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen
WZC: Woonzorgcentra of –centrum

Inleiding

Volgens de cijfers van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) is het percentage ouderen de afgelopen jaren aanzienlijk gestegen; verwacht wordt dat deze stijging zich doorzet om tegen 2050 27% te bereiken. Uit de gegevens die gepubliceerd zijn door het Federaal Planbureau blijkt dat in België 20% van de meerderjarige bevolking ouder is dan 67 jaar.
Dit groeiende aandeel is enerzijds te verklaren door een daling van het geboortecijfer en anderzijds door een langere levensduur. Waar in de jaren 1970 de levensverwachting (LV) op 65 jaar nog 13,8 jaar bedroeg, is deze nu gestegen tot 20,2 jaar in 2017; dit is een toename van 6,5 jaar.
De levensverwachting van een persoon is de berekening van het gemiddelde aantal jaren dat iemand naar verwachting nog zal leven. De levensverwachting zonder beperkingen (LVZB) is het gemiddelde aantal jaren dat een persoon naar verwachting nog kan leven zonder beperkingen van de activiteiten en zonder invaliditeit.

De veroudering verloopt niet bij iedereen aan hetzelfde tempo en niet iedere persoon ondervindt dezelfde moeilijkheden. Met de leeftijd stijgt echter ook de kans op opname in een instelling, omdat de persoon geconfronteerd wordt met chronische aandoeningen, verlies van bepaalde vermogens of het ontstaan van handicaps.
De functionele achteruitgang, de kwetsbaarheid die gepaard gaat met geriatrische symptomen, de nood aan begeleiding door een andere persoon beïnvloeden de levenskwaliteit van die persoon, maar verminderen ook de resistentie en veerkracht van de populatie. Woonzorgcentra (WZC) nemen mensen op die te maken krijgen met deze stoornissen en bieden hen een omkadering.

De woonzorgcentra hebben de afgelopen jaren een aanzienlijke evolutie doorgemaakt. Hun functie is niet beperkt tot een hoteldienst, maar wordt steeds meer een zorgdienst voor de persoon die verpleegkundige zorg nodig heeft voor complexe medische aandoeningen, maar ook logistieke ondersteuning. De gezondheidszorgverstrekkers zijn volop bereid om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken en bij te dragen tot de goede gezondheid van de bewoner, en bovendien nog voldoening te brengen in het dagelijkse leven. Om tegemoet te komen aan de noden van de bewoners, om een levenskwaliteit en een zorgkwaliteit en aangeboden diensten te verzekeren, vereisen de zorginstellingen voor ouderen een nauwgezette opvolging van de bewoners, een kwaliteitsvol zorgteam en een gespecialiseerd management. Dit geldt vooral voor de WZC.
Volgens Pesis-Katz is de keuze van een WZC niet eenvoudig. De keuze wordt over het algemeen gemaakt aan de hand van wat de persoon onmiddellijk kan zien en beoordelen, en dat is makkelijker voor de kwaliteit van de hoteldiensten dan voor de zorgkwaliteit.

In tal van landen wordt in alle zorgmilieus steeds meer toezicht uitgeoefend op de zorgkwaliteit. Daartoe worden er indicatoren ter beschikking gesteld. De bewoner van een zorginstelling is immers een cliënt van een instelling en hij/zij vereist een kwaliteitsvolle zorg. Bovendien is uit tal van studies gebleken dat een gebrek aan kwaliteit ook een kost voor de volksgezondheid met zich meebrengt. Andere studies hebben ook een verband aangetoond tussen de zorgkwaliteit in de WZC en de levenskwaliteit van de zorgvrager.

Het begrip kwaliteit is zeer vaak gekoppeld aan subjectieve waarden en het is moeilijk om de kwaliteit van een instelling of de zorgkwaliteit in deze instelling te beoordelen.
Op het vlak van de gezondheid, de tevredenheid van een bewoner of de zorgkwaliteit valt het moeilijk te bepalen welke factoren in de dienst- en zorgverlening de beste resultaten opleveren. De verpleegkundige zorg is complex en steunt sterk op een uitgebreide kennis, attitudes, normen en waarden. Het belangrijkste is het inzicht in wat wel en wat niet werkt. Kwaliteitsindicatoren die de resultaten van de verpleegkundige zorg aangeven, bieden een manier om toezicht uit te oefenen op de kwaliteit van de woonzorgcentra. Om een kwaliteitsvolle verpleegkundige zorg te garanderen, moeten de meetbare aspecten van de verpleegkundige zorg vastgelegd worden.

In België stelt het KB van 21 september 2004 in punt 10 "kwaliteitsnormen", dat de WZ moeten beschikken over een kwaliteitsprogramma en ten minste de gegevens moeten registreren over het aantal drukwonden, het aantal nosocomiale infecties, het aantal valincidenten, het aantal incontinente personen en het aantal personen bij wie fixatie- of afzonderingsmaatregelen werden toegepast. Dit soort indicator lijkt niet te voldoen voor het verplegend personeel, omdat het de verzamelde gegevens niet kan interpreteren. Bovendien vallen de instellingen moeilijk te vergelijken vanwege de diversiteit van de populaties, de types instelling, de samenstelling van het personeel, de bron van de indicator, het gebrek aan een gemeenschappelijk dossier of zelfs de interpretatie van de definitie van kwaliteitsvolle zorg.

Sinds de laatste staatshervorming en vooral sinds 2019 zijn de gewestelijke overheden verantwoordelijk voor de reglementering, de standaardisatie, de kwaliteitseisen en de financiering van de WZC. Dit betekent dat er in België een risico bestaat dat de criteria voor kwaliteit en financiering zullen variëren naar gelang van het gewest.

Om de kwaliteit te kunnen objectiveren, wordt er vaak teruggegrepen naar becijferbare gegevens, indicatoren die deze kwaliteit kunnen uitdrukken. In België zijn er wel tal van initiatieven voor de verzameling van informatie betreffende de kwaliteitsindicatoren in de zorginstellingen, maar er is nog geen benchmark of consensus over deze kwaliteitsindicatoren, noch over de na te streven normen.

In een poging om een antwoord te bieden op deze vragen en een panel van kwaliteitsindicatoren voor te stellen, heeft een consortium van verschillende verenigingen gereageerd op een oproep voor een project voor de studie van de buitenlandse ervaring op dit gebied en om een dossier voor te bereiden over de normen en de kwaliteit van de verpleegkundige zorg in de woonzorgcentra in België.
Om de resultaten uit de literatuur te toetsen aan de organisatie van de residentiële zorg in België werd er een vergadering opgezet met een focusgroep van verpleegkundigen met expertise in de zorg in woonzorgcentra. De doelstelling van deze focusgroep was de bepaling van klinische indicatoren voor de kwaliteit van een zorginstelling.
Door te werken met een focusgroep konden de indicatoren bepaald worden die relevant bevonden werden door het personeel in de praktijk. Het belang en de relevantie van elke indicator afzonderlijk konden worden vastgelegd en er kon nagedacht worden over de manier om deze indicatoren te meten.

De resultaten van dit onderzoek zullen doorgegeven worden aan de bevoegde overheden opdat ze er rekening mee kunnen houden bij de uitwerking van een eigen reglementering.

Context van het onderzoek

Om te kunnen functioneren als woonzorgcentra moeten de instellingen voldoen aan het KB van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet-aangeboren hersenletsels (gepubliceerd in het BS op 28-10-2004), gewijzigd bij KB van 9 maart 2014 (gepubliceerd in het BS van 10-04-2014).

Artikel 5 van het KB somt de normen op waaraan de instelling moet voldoen om de bijzondere erkenning als woonzorgcentra te verkrijgen. Deze normen zijn gedetailleerd in bijlage 1 van het KB en luiden als volgt:

A. Algemene normen

B. Specifieke normen

1. Architectonische normen
2. Functionele normen
3. Organisatorische normen
4. Huishoudelijk reglement
5. Inspraak en onderzoek van de suggesties en klachten van de bewoners
6. Overeenkomst tussen de beheerder en de bewoner
7. Gemengde structuren van woonzorgcentra
8. Boekhouding
9. Statistische gegevens
10. Kwaliteitsnormen

In dit onderzoek zullen we ons beperken tot de specifieke normen en dan vooral de normen die specifiek ingaan op de verpleegkundige zorg en de kwaliteit van de verstrekte zorg.
Het spreekt vanzelf dat de architectonische normen (oppervlakte van de kamers, toiletruimte, efficiënt oproepsysteem), het huishoudelijk reglement (zelfbestemming van de bewoners, deelname van de families), enz. de zorgkwaliteit beïnvloeden, maar dat is niet de doelstelling van het onderzoek.
We hebben ons beperkt tot de functionele, de organisatorische en uiteraard ook de kwaliteitsnormen.

De woonzorgcentra moeten aan de minister van Volksgezondheid, volgens de vastgestelde regels en binnen de bepaalde termijn, mededeling doen van de statistische gegevens die met hun inrichting verband houden.

"b) Het rust- en verzorgingstehuis beschikt over een kwaliteitsprogramma dat minstens het beoogde kwaliteitsbeleid zoals bedoeld in punt a) preciseert alsook de modaliteiten en de periodiciteit van de evaluatie van de zorgkwaliteit preciseert.
Minstens één keer per jaar wordt er een verslag opgesteld door de coördinerend en raadgevend arts en door de hoofdverpleegkundige(n) over de evaluatie van de zorgkwaliteit."

In België werden de bevoegdheden als gevolg van de federalisering overgedragen aan de Gemeenschappen en Gewesten. Hierdoor worden er nieuwe wetteksten toegevoegd aan de KB's en deze verschillen voor elk gewest/elke gemeenschap. In bijlage 1 staat een tabel met een vergelijkende samenvatting van de verschillende teksten.

Tegenwoordig worden er wel indicatoren geregistreerd, voornamelijk over zorgresultaten, maar er is geen enkele terugkoppeling naar de instellingen en er is geen benchmark tussen de instellingen.
Het personeel is meestal niet op de hoogte van deze registraties of is zich niet bewust van de meerwaarde van de opvolging van dergelijke indicatoren uit de praktijk.

Op basis van een analyse van de huidige toestand door de KPVDB heeft de coördinatiegroep drie punten geselecteerd die voor verbetering vatbaar zijn.

a. Profiel van de verpleegkundigen in de WZC
    i. In functie van de pathologieën van de betrokken bevolking en de afschaffing van ziekenhuizenbedden;
    ii. Structurering van de afdeling verpleegkunde.
b. Verplichte registraties
    Welke, zijn er overlappingen?
    Beantwoorden ze aan noden, aan het huidige landschap?
    Worden de geregistreerde gegevens gecontroleerd?
    Wat doet men met de gegevens?
    Waarvoor kunnen deze gegevens nog meer dienen? Kwaliteitsindicatoren
    Nut van BelRAI?
c. De kwaliteitscultuur (directie en hoofdverpleegkundige).

Er werd ook vastgesteld dat er in de huidige wetgeving wel criteria bestaan voor structuren en procedures, maar niet voor de resultaten.

Daarom werd er beslist om de aandacht te richten op verplichte registraties, en dan met name op:
"Het rust- en verzorgingstehuis houdt een registratie bij van minstens volgende gegevens:

- aantal gevallen van drukwonden;
- aantal nosocomiale infecties;
- aantal valincidenten;
- aantal incontinente personen;
- toepassing van fixatie- en/of isolatiemaatregelen”

Deze metingen werden dan aangevuld met andere relevante indicatoren voor de praktijk in de WZC.

De laatste wettekst die geldt voor de 3 gemeenschappen is het KB van 9 maart 2014 tot wijziging van het KB van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet-aangeboren hersenletsels (BS 14.04.14). De omzendbrieven van de Gewesten of Gemeenschappen vullen echter de informatie betreffende organisatorische normen van de instellingen aan (zie bijlage 1).

Bij de afsluiting van dit werk werden we getroffen door de coronacrisis, die zo'n ingrijpende weerslag heeft gehad op behandeling van de bewoners van WZC.
Zonder alle feiten nog maar eens te analyseren, kunnen we niettemin de aandacht vestigen op de problematiek van het gebrek aan beschermingsmateriaal bij het begin van de crisis, van de moeilijkheden met de zuurstofbevoorrading op kritieke momenten of ook nog van het afvalbeheer.
Bij gebrek aan efficiënte procedures in geval van een epidemie en zonder referent voor hygiëne werden de woonzorgcentra snel getroffen. Bovendien waren er nog vrij onduidelijke "richtlijnen" die momenteel nog worden geanalyseerd door de speciale commissie van de Kamer belast met het onderzoek naar het beheer van de corona-epidemie in België: de rusthuisbewoners werden niet in het ziekenhuis opgenomen, waardoor tal van WZC werden omgetoverd tot gelegenheidsziekenhuizen zonder afdoende uitrusting, zonder systematische screening van de bewoners en het personeel, met minder behandelende artsen en een gebrek aan gekwalificeerd personeel. Het levenseinde zal voor talrijke bewoners alleen nog maar enigszins aanvaardbaar geweest zijn door de palliatieve competenties die nog worden aangemoedigd door bepaalde deelstaten.
Het rapport "Overgelaten aan hun lot" vat duidelijk de toestand samen met de gedeelde ervaringen over de acties van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra in België tot medio 2020.
De WUG (Wet betreffende de uitoefening van de zorgberoepen) van 10 mei 2015 werd talloze keren met de voeten getreden door gevallen van illegale uitoefening van de verpleegkunde.

Deze gezondheidscrisis legt het belang bloot van het werk dat verricht wordt in de instellingen en de behoefte aan meer middelen voor een kwaliteitszorg. Het systematische gebruik van indicatoren zal de opvolging van de evolutie van de kwaliteit en de noodzakelijke investering in alle aspecten van de zorg mogelijk maken.

Doelstellingen

Hiermee stellen we indicatoren voor die nuttig zijn voor de praktijk en relatief makkelijk te registreren zijn, maar die de instellingen niet zouden stigmatiseren naar gelang van hun populatie. We willen vooral beginnen met een handig, intern bruikbaar instrument dat verschilt van de indicatoren die tegenwoordig geregistreerd moeten worden. De doelstelling van de opvolging met deze indicatoren is de bewoner een kwaliteitszorg aan te bieden met de zorg en de aandacht die hij of zij in alle situaties nodig heeft.

De doelstellingen van het onderzoek zijn met name:

- De opstelling van een lijst van kwaliteitsindicatoren van de verpleegkundige zorg in de WZC (inclusief de verplichte registraties) en het doorgeven ervan aan de bevoegde overheden in elk gewest.
- De vastlegging van een Belgische referentie voor het na te streven kwaliteitsniveau.
- De bepaling van een profiel van de verpleegkundigen in de WZC in functie van de betreffende populatie.
- Voorstellen van een structurering van de verpleegkundige activiteit in de WZC (governance).
- Controleren van de relevantie van de kwaliteitsindicatoren van BelRAI: Beantwoorden ze aan de noden? Welke acties moeten er opgezet worden in functie van de gegevens?
- Opstellen van een duidelijke referentierichtlijn om de functiedifferentiatie te ontwikkelen.

De doelstellingen voor de werkgever zijn:

- De nodige governance verduidelijken.
- Een gemeenschappelijk instrument voor evaluatie aanbieden.
- De evaluatie richten op de professionele praktijk in de verpleegkundige zorg.

Methodologie

In dit deel worden de verschillende acties beschreven die voor de uitvoering van dit werk ondernomen werden.

De eerste fase was een literatuurstudie om de praktijken en de kennis op het vlak van de zorgkwaliteit in de WZC in kaart te brengen.

De literatuurstudie verliep op basis van enerzijds de documentele database van Medline via Pubmed, Cinhal, Trip en Web of Science voor de wetenschappelijke literatuur en anderzijds met behulp van de browser Google voor de grijze literatuur. Hierbij ging het om documenten van openbare instellingen of verenigingen die niet opgenomen zijn in de wetenschappelijke gegevensbanken. De literatuur werd vervolgens aangevuld met manuele zoekacties op verschillende websites volgens de sneeuwbalmethode.

Om betere resultaten te halen uit de gegevensbanken werd er een zoekfilter toegepast voor de selectie van de documenten. Zoektermen over de kwaliteit en de verpleegkundige activiteit werden ingegeven in de verschillende eerder genoemde gegevensbanken en er werd een tijdsbestek van 10 jaar vastgelegd.
De zoekstrategie die in elk van de gegevensbanken werd gebruikt, wordt weergegeven in tabel 1.

TABEL 1: ZOEKSSTRATEGIE

Gegevensbank	*Zoektermen*	*Beperkingen*	*Aantal*
MEDLINE (via Pubmed)	(("Quality Improvement"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR "quality of health care"[MeSH Terms]) AND ("Homes for the Aged"[Mesh] OR "Nursing Homes"[Mesh]) AND ("Nursing"[Mesh] OR "Nurses' Aides"[Mesh] OR "nursing"[Subheading] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Nursing, Supervisory"[Mesh] OR "Nursing, Team"[Mesh] OR "Geriatric Nursing"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh])	Data: 01/01/2007 - 31/12/2017 Talen: Engels, Frans, Nederlands, Duits Aanwezigheid van een samenvatting	1098
CINHAL en PRE-CINHAL	(MH "Quality Improvement") OR (MH "Evaluation and Quality Improvement Program") OR (MH "Quality of Health Care") OR (MH "Quality Management, Organizational") OR (MH "Quality Assessment") OR (MH "Quality of Nursing Care") OR "outcome assessment" OR "quality indicators" OR "quality of health care" AND (MM "Nursing Homes") OR (MH "Home Nursing, Professional") AND (MH "Nurses") OR "nursing" OR "supervision nursing"	Data: 01/01/2007 - 31/12/2017 Talen: Engels, Frans, Nederlands, Duits Aanwezigheid van een samenvatting	1253
TRIP DATABASE	("quality of care" OR "quality indicator") AND "nursing homes" AND ("nursing" OR "nursing team")	Data: 01/01/2007 - 31/12/2017 Talen: Engels, Frans, Nederlands, Duits	557
WEB of SCIENCE	(TS="Quality Improvement")OR (TS= "Quality of Health Care") OR (TS= "Program Evaluation") OR (TS="Process Assessment ") OR (TS= "Quality Indicators) OR (TS= outcomes assessment) OR (TS="quality assurance") AND (TS="Homes for the Aged") OR (TS="Nursing Homes") AND (TS="Nurs*”) OR (TS="Nurses' Aides") OR (TS="nursing team”) OR (TS="Nurse's Role") OR (TS="Nursing, Supervisory") OR (TS="Geriatric Nurs*)	Data: 01/01/2007 - 31/12/2017 Talen: Engels, Frans, Nederlands, Duits	768

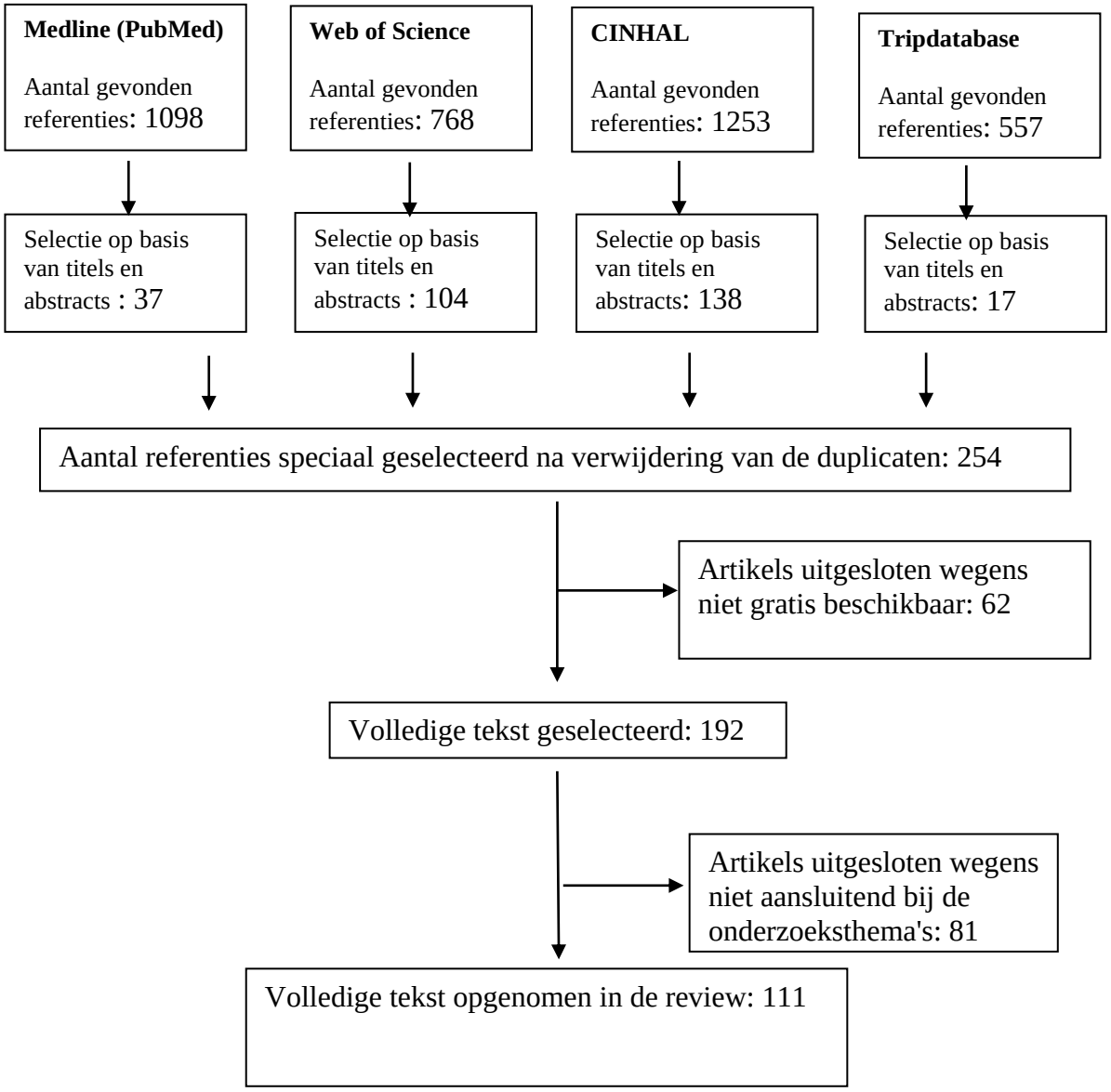
Om de zoekbewerking te verfijnen en het aantal referenties te beperken, werd er een eerste selectie gemaakt op basis van de titels en abstracts.
Twee zelfstandige reviewers hebben gezocht naar artikels in de wetenschappelijke gegevensbanken. Er werden in- en exclusiecriteria vastgelegd voor de selectie van de artikels. Een artikel werd geselecteerd als in de samenvatting de volgende zaken duidelijk te vinden waren: de term kwaliteitsindicator, instrumenten of een methode voor evaluatie van kwaliteit, de nodige governance of de minimale middelen voor kwaliteitsvolle zorg in de context van woonzorgcentra.
Vervolgens werden de dubbele artikels afkomstig uit meerdere gegevensbanken verwijderd.

Aangezien er geen budget was om de volledige artikels aan te kopen, werden ze opzocht in alle ter beschikking gestelde bronnen (toegang tot gegevensbanken van universiteiten, gratis toegankelijke artikels op internet, …). De artikels die niet beschikbaar waren via onze bronnen of waarvoor betaald moest worden, werden uitgesloten uit de studie.
Vervolgens werden de artikels met een diepgaandere lezing definitief geselecteerd op de relevantie van hun inhoud.

Elk geselecteerd artikel onderging dan een grondige analyse van de opgezochte elementen, namelijk voorbeelden van kwaliteitsindicatoren, elementen van de essentiële governance voor de zorgkwaliteit enz. De verschillende elementen werden dan opgenomen in een "evidencetabel" (onderbouwingstabel).
Om de analyse te bevorderen, werden er twee evidencetabellen aangemaakt. In de ene stonden de artikels waarin verwezen werd naar kwaliteitsindicatoren, in de andere stonden de artikels waarin er een verband werd gelegd tussen kwaliteit en personeel/bekwaamheid. Met deze oefening konden de punten aan het licht worden gebracht worden die nodig zijn voor ofwel de governance, de omkadering, ofwel om informatie te geven over het type indicatoren voor de opvolging.

Alles bij elkaar werden er 99 artikels geselecteerd en kwamen er 93 artikels in aanmerking voor de analyse in de evidencetabellen (zie figuur 1).

Figuur1: **Stroomdiagram**



In een tweede fase, nadat er een lijst was opgesteld van de kwaliteitsindicatoren die voorgesteld werden in de literatuur, werd er een focusgroep opgezet om met de personen in het veld na te gaan welke van deze indicatoren in de gebruikelijke zorg konden worden toegepast.

Het panel van deskundigen bestond uit vijftien deelnemers. Ze waren geselecteerd via een door de AUVB georganiseerde oproep tot kandidaturen. Elk lid van een vereniging die aangesloten was bij de AUVB werd uitgenodigd om zich kandidaat te stellen om deel te nemen aan de denkgroep. De oproep was gericht tot verpleegkundigen met expertise op het gebied van ouderenzorg, meer specifiek in de WZC.

Het doel van de focusgroep was de bespreking van de relevantie van de kwaliteitsindicatoren in de woonzorgcentra om te zien hoe deze verbeterd konden worden. Om de gegevens makkelijker te kunnen restitueren, werd de vergadering opgenomen met de mondelinge toestemming van alle deelnemers.

De volgende vragen kwamen aan bod in deze focusgroep:
- Wat is de stand van zaken voor de indicatoren in de gezondheidzorg en hoe werken ze?
- Welke feedback krijgen de verpleegkundigen over deze indicatoren?

Op basis van de lijst van in de literatuur gevonden indicatoren werd vervolgens aan een groep deskundigen gevraagd om de relevantie van elke indicator te beoordelen, en aan te geven welke geschrapt, gewijzigd of toegevoegd kunnen worden. Wat zijn interessante indicatoren en welke worden nutteloos geacht?

In een derde fase werd aan de groep deskundigen gevraagd om te oordelen over het belang van de meting van deze indicatoren en hoe makkelijk de informatie te verkrijgen zou zijn.

Vanwege de omvang van het thema werd de focusgroep in drie stappen opgezet. De eerste twee ontmoetingen werden fysiek georganiseerd, de laatste vergadering was een videoconferentie.

Hoofdstuk 1: De structurering van het personeel en de organisatie van de woonzorgcentra in België

(a) De woonzorgcentra en hun verplichtingen

De normen om erkend te worden als woonzorgcentrum zijn vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 21 september 2004, dat werd gewijzigd door het Koninklijk Besluit van 9 maart 2014.

Deze KB's leggen de normen vast voor de structuur en de procedures in de woonzorgcentra. Dit omvat met name de verplichting om een individueel dossier bij te houden voor de bewoners, inclusief de minimale elementen waaruit dit is opgebouwd (o.a. administratief dossier, informatie met betrekking tot de sociale zekerheid, liaisonfiche en medisch dossier), maar ook de minimumnormen voor de omkadering, de opdracht van de hoofdverpleegkundigen enz.

(b) De structurering van het personeel

De structurering van de verpleegkundige dienst berust momenteel op verschillende wetteksten: de wetgeving op de uitoefening van het beroep van verpleegkundige en zorgkundige, alsook de voornaamste geldende decreten (o.a. lijst van verpleegkundige handelingen), die een controle en een verantwoordelijkheid vereisen binnen de beroepsgroep en de professionele hiërarchie om het wettelijk kader te bieden. Deze wet stipuleert ook dat alleen een verpleegkundige specifieke verpleegkundige zorghandelingen aan een zorgkundige mag delegeren.

De hoofdverpleegkundigen

Het KB van 9 maart 2014 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 21 september 2004 stipuleert in zijn normen dat er een hoofdverpleegkundige moet worden aangesteld in een rusthuis zodra er 30 bewoners of meer zijn (plaatsen in woonzorgcentra). Een aanvullende hoofdverpleegkundige is verplicht wanneer de instelling de helft overschrijdt van elke nieuwe schijf van 30 bewoners, d.w.z. een tweede hoofdverpleegkundige voor 45 bewoners of meer enz. Deel E1 van het RIZIV-forfait voorziet de financiering van een functiesupplement voor deze verpleegkundige.

In woonzorgcentra met meer dan 75 bedden wordt één van de hoofdverpleegkundigen coördinerend hoofdverpleegkundige, met een financiering van deze functie in het E2-forfait van het RIZIV.

De opdrachten van hoofdverpleegkundigen worden vastgelegd in het KB en bestaan uit de multidisciplinaire werkcoördinatie, het dagelijks beheer van het verplegend en zorgpersoneel, de organisatie van de opname van bewoners, de aanpassing van het dossier van de bewoners, de samenwerking met de coördinerend en raadgevend arts (CRA) voor het voedingsbeleid, de aanpak van de demente patiënten en de ondersteuning van de CRA in de uitoefening van zijn functie.
Het Vlaams Gewest heeft de functie van coördinerend verpleegkundige geschrapt door het Besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 dat van kracht geworden is op 22 januari 2016. In datzelfde besluit wordt er afgeweken van de artikels die de functie van hoofdverpleegkundige beschrijven, met name de verantwoordelijkheden op gebied van de organisatie van de opname van de bewoners, de samenwerking met de coördinerend en raadgevend arts (CRA) voor het voedingsbeleid, de aanpak van demente patiënt en de rol in de coördinatie van multidisciplinair werk.
In 2019 werd er een Vlaams decreet over de zorg in woonzorgcentra gepubliceerd, waarin wordt bepaald dat een hoofdverpleegkundige buiten de personeelsnorm vervangen kan worden door een teamverantwoordelijke. Bovendien werd de expliciete rol van een hoofdverpleegkundige in het kader van de palliatieve zorg vervangen door een teamverantwoordelijke. De betrokkenheid van een verpleegkundige in deze rol van beheerder en coördinator is geen vereiste, op voorwaarde dat de beslissing daartoe wordt genomen. Anderzijds was er de expliciete vraag van verpleegkundigen van de "Werkgroep ouderenzorg" van NVKVV om de hoofdverpleegkundige buiten de norm te plaatsen zodat deze zich optimaal kan wijden aan deze functie. Daarna zou de toepasselijke norm voor verpleegkundigen ook aangepast moeten worden volgens de nodige verpleegkundige handelingen, conform de bevoegdheden en de verworven competenties (beslissing van de regering van het gezin van 28 juni 2019[1]).

Verpleegkundig, zorgkundig, paramedisch en reactiveringspersoneel

De grote meerderheid van de werknemers in de woonzorgcentra zijn verpleegkundigen en zorgkundigen. Dit zijn ook de mensen die dag en nacht de continuïteit van zorg moeten verzekeren en de verstrekking ervan in de WZC door verpleegkundigen is een verplichting.

De verpleegkundige moet de zorg coördineren in een holistische zorgplanning, deze eventueel delegeren aan zorgkundigen en de verrichting ervan controleren. De samenwerking met de paramedische beroepen gebeurt in overleg met de holistische zorgplanning.

Het KB voorziet een minimum van 5 voltijdse equivalenten (FTE) verpleegkundigen voor 30 bewoners en 5 FTE zorgkundigen.

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

Een FTE wordt toegewezen aan de beroepen van kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist. Er zijn ook normen voorzien voor het reactiveringspersoneel van wie de bekwaamheid niet noodzakelijk afhangt van onder andere de WUG, voor de ondersteuning van terminale patiënten (0.10 FTE).
De wet voorziet dat een FTE verpleegkundige vervangen kan worden door reactiveringspersoneel zolang de verpleegkundige permanentie onaangetast blijft.

Ziehier de lijst van beroepen die beschouwd worden als inzetbaar als reactiveringspersoneel (MB van 5 december 2012, art. 4, 2°):

- graduaat of licentiaat of master in de kinesitherapie;
- graduaat of bachelor of licentiaat of master in de logopedie;
- graduaat of bachelor in de ergotherapie;
- graduaat of bachelor in de arbeidstherapie;
- graduaat of bachelor in readaptatiewetenschappen;
- graduaat of bachelor in de dieetleer;
- graduaat of bachelor of licentiaat of master in de pedagogie of orthopedagogie;
- graduaat of bachelor of postgraduaat of master in de psychomotoriek;
- licentiaat of master in de psychologie;
- graduaat of bachelor psychologisch assistent;
- graduaat of bachelor sociaal werker of "in de sociale gezondheidszorg" of sociaal verpleegkundige of verpleegkundige gespecialiseerd en sociale gezondheid;
- bachelor of master in het sociaal werk;
- graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen;
- licentiaat of master in de gerontologie;
- graduaat of bachelor opvoeder.

De coördinerend arts

De opdracht van de coördinerend arts is:

- De organisatie van de vergadering voor multidisciplinair overleg, ten minste om de twee maanden. De zorgverstrekkers die tot de instelling behoren, nemen deel aan deze vergadering en de huisartsen kunnen uitgenodigd worden.
- De invoering van richtlijnen voor de controle van infecties veroorzaakt door de verpleegkundige zorg, de preventie van drukwonden en chronische wonden, mond- en tandhygiëne, incontinentieproblemen en palliatieve zorgen.
- Het vastleggen van procedures voor fixatiemaatregelen en/of afzondering, …
- De aanpassing van lokalen, uitbreiding of diversificatie van de activiteiten en aankoop van uitrustingen.
- Het opzetten van het kwaliteitsprogramma.

Hoofdstuk 2: De opleiding van verpleegkundigen

(a) De opleiding van verpleegkundige

In België wordt de opleiding voor het verwerven van de titel van verpleegkundige op federaal niveau bepaald, terwijl de organisatie van de opleiding gewestelijke materie is.
De vereiste opleiding voor de uitoefening van de verpleegkunde wordt bepaald door art. 45 van de WUG. De laatste wijziging werd ingevoerd door het KB van 27 juni 2016 dat beantwoordt aan de Europese richtlijnen voor de harmonisatie van de opleidingen (Richtlijn 2013/55/EU)
Daarin is voorzien dat de opleiding tot verpleegkundige minstens 4600 uur theoretisch en klinisch onderwijs omvat, waarvan de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde uitmaakt en de duur van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimale duur van de opleiding.
Er wordt ook in bepaald dat de volgende kennis en vaardigheden en ook de competenties verworven moeten zijn.

Tot 2016 duurde deze opleiding 3 jaar, ongeacht het opleidingsniveau en de plaats waar deze opleiding plaatsvond.
Sinds de wijziging van de WUG moest de opleiding herzien worden om te voldoen aan de Europese richtlijnen. Sommige verpleegkundige opleidingen werden aangepast. Onderwijs is een bevoegdheid van de gemeenschappen. Elke gemeenschap stelt een programma voor met een verschillende duur, gaande van 3 tot 3,5 jaar voor het brevet of HBO5 en 4 jaar voor de bachelor. Alle opleidingsprogramma's moeten echter voldoen aan de minimale regels beschreven in de gecoördineerde wet (KB 10 mei 2015) en er wordt aanbevolen te voldoen aan de Europese vereisten om de mobiliteit van deze verpleegkundigen te garanderen. Dit was nog niet voor iedereen het geval en België kreeg al meerdere terechtwijzingen van Europa.

Er zijn twee soorten diploma's van verpleegkundige: de bachelor en het brevet/HBO-5/EBS. Er is geen beperking in de praktijk en de functie van de diploma's, maar de mogelijkheden voor aanvullende opleidingen zijn beperkt voor houders van een brevet of HBO-5/EBS; dit geldt ook voor de mogelijke loopbaanontwikkeling.
Na ontvangst van een diploma moet de verpleegkundige een visum aanvragen bij de FOD Volksgezondheid en de verpleegkundige mag het beroep pas uitoefenen na ontvangst van dit visum.

(b) De specifieke opleidingen, BBB en BBT van verpleegkundigen in België

Na een basisopleiding en de verwerving van de titel van verpleegkundige worden er tal van opleidingen voorgesteld om de zorgverstrekkers bij te scholen op specifieke gebieden.

Al deze opleidingen verlenen echter geen bijzondere titel, noch een bijzondere erkenning. Bovendien zijn bepaalde opleidingen niet toegankelijk voor verpleegkundigen met een brevet of HBO5/EBS.

De lijst van erkende aanvullende opleidingen werd gepubliceerd in het KB van 27 september 2006. Hieruit volgt de erkenning van 11 specialisaties (bijzondere beroepstitels) en van zes 6 expertisedomeinen (beroepscompetenties) die de verpleegkundigen kunnen verwerven. Nog niet alle specialisaties werden echter vermeld in een uitvoeringsbesluit.

De verpleegkundige moet een erkenningsaanvraag indienen om een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid te mogen voeren in functie van erkenningscriteria die vastgelegd zijn in de uitvoeringsbesluiten. Vervolgens worden de voorwaarden voor behoud van een titel of bekwaamheid bepaald door Ministeriële Besluiten (MB). Het gaat om het behoud van een beroepsactiviteit in de betreffende sector alsook van de permanente vorming.

Tot in 2018 verleenden sommige van deze specialisaties/competenties onder bepaalde voorwaarden het recht op een eenmalige jaarlijkse premie (KB van 28 december 2011). Bij de staatshervorming hebben bepaalde gewesten beslist de toekenningsvoorwaarden voor deze premies te wijzigen, met name de mogelijkheid om deze in sommige zorginstellingen, zoals die buiten de ziekenhuizen, af te schaffen. De premie wordt dus sinds september 2018 niet meer toegekend aan iedereen met een titel en bekwaamheid.
Bovendien heeft de toepassing van het IFIC-stelsel in de private instellingen en in sommige diensten een herschikking meegebracht van de verloning volgens de plaats van de praktijk en niet meer volgens het opleidingsniveau.

Door al deze beschikkingen hebben de instellingen meer moeite om personeel te rekruteren met een aanvullende beroepsopleiding of om het personeel te motiveren om zich bij te scholen.

Ouderenzorg vereist een grote kennis en expertise die niet opgenomen is in de lijst met erkende titels en competenties, zoals de zorg aan dialysepatiënten, de behandeling van vegetatieve toestanden, revalidatie, de aanpak van diabetes, … terwijl deze kennis echt wel nodig is voor de verzorging van ouderen.

Bovendien zetten tal van zorginstellingen, in samenwerking met partnerziekenhuizen, intern opleidingsprogramma's op om de gespecialiseerde permanente vorming van beoefenaars van de verpleegkunde te verzekeren. De opleidingen worden wel gegeven, maar er is geen enkele bijzondere erkenning voor mogelijk.

(c) De opleiding van zorgkundigen

Zorgkundigen maken een groot aandeel uit van de beoefenaars aan het bed van ouderen in de zorginstellingen.
Talrijke trajecten voor technische en beroepsopleidingen verlenen toegang tot de uitoefening van deze functie, maar deze uitoefening is in België sinds een aantal jaar alleen mogelijk als de betrokkene daartoe een visum heeft gekregen. Het behoud van dit visum is onderhavig aan voorwaarden, zoals een permanente vorming van minstens 8 uur/jaar, en de opleiding moet erkend zijn door een geaccrediteerd orgaan.

De zorgkundige werkt in een kader dat gestructureerd wordt door een verpleegkundige, die toeziet op de gedelegeerde handelingen, waarbij voldaan moet worden aan een lijst die is vastgelegd in het KB van 12 januari 2006.
In een KB van 27 februari 2019 wordt de lijst van toegestane en gedelegeerde handelingen uitgebreid, maar hiervoor is een aanvullende opleiding van 150 uur vereist. De werkgevers zijn hierover al even weinig enthousiast als de zorgkundigen zelf.

(d) De andere beroepen

a. Paramedisch personeel:

Onder deze noemer vallen in de wet op de personeelsnormen in de WZC zowel de kinesitherapeuten als de ergotherapeuten en de logopedisten. Het gaat hier dus om beoefenaars van de gezondheidzorg met een eigen functie, die is vastgelegd in de WUG. Elk WZC moet zijn bewoners de speciale zorg in elke beroepscategorie kunnen bieden die nodig is, zelfs als de normen het niet mogelijk maken om van elk beroep een beoefenaar aan te werven.

b. Reactiveringspersoneel:

Volgens de wetgeving mogen onder deze noemer houders aangeworven worden van diploma's in een vijftiental vakgebieden, waarvan sommige bepaald worden door de WUG en andere niet. Het lijkt erop dat het werk dat wordt toevertrouwd aan het reactiveringspersoneel overgelaten wordt aan elk WZC, want de wetgeving bepaalt niets over de rol van deze personen. De volgende diploma's voor aanwerving als reactiveringspersoneel zijn toegelaten:

- graduaat of licentiaat of master in de kinesitherapie;
- graduaat of bachelor of licentiaat of master in de logopedie;
- graduaat of bachelor in de ergotherapie;
- graduaat of bachelor in de arbeidstherapie;
- graduaat of bachelor in readaptatiewetenschappen;
- graduaat of bachelor in de dieetleer;
- graduaat of bachelor of licentiaat of master in de pedagogie of orthopedagogie;
- graduaat of bachelor of postgraduaat of master in de psychomotoriek;
- licentiaat of master in de psychologie;
- graduaat of bachelor psychologisch assistent;
- graduaat of bachelor sociaal werker of "in de sociale gezondheidszorg" of sociaal verpleegkundige of verpleegkundige gespecialiseerd en sociale gezondheid;
- bachelor of master in het sociaal werk;
- graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen;
- licentiaat of master in de gerontologie
- graduaat of bachelor opvoeder – MB van 5 december 2012, art. 4, 2°)

c. Ander personeel

Zonder hier alle beoefenaars in de WZC te willen citeren, lijkt het ons niettemin belangrijk om eraan te herinneren dat er toch veel meer actoren betrokken zijn bij de zorgkwaliteit voor de bewoners.

- De reinigingstechnici waken niet alleen over de netheid en de hygiëne, ze zijn ook vaak bevoorrechte gesprekspartners voor de ouderen.
- Het keukenpersoneel zorgt voor een evenwichtige en smakelijke voeding.
- Het technische personeel waakt over de goede werking van de verlichting, verwarming, oproep van verpleegkundigen, …
- Het logistieke personeel ziet erop toe dat de zorgverstrekkers meer tijd kunnen besteden aan hun werkelijke taken.
- …

Hoofdstuk 3: Zorgkwaliteit

Definities

Hoewel de zorgkwaliteit een cruciaal begrip is in de gezondheidzorg, bestaat er geen alomvattende definitie van. Er is sprake van een multidimensionele aanpak en deze is moeilijk vast te leggen omdat er talrijke intrinsieke en extrinsieke factoren meespelen. Bovendien houdt de zorgkwaliteit een subjectief begrip van technische of relationele kenmerken in die een verschillende betekenis kunnen hebben naar gelang van de persoon die deze kwaliteit evalueert. De moeilijkheid ligt in de verschillende persoonlijke percepties (al dan niet professioneel) van de definitie van de zorgkwaliteit.
In het verslag 313A definieert het KCE de zorgkwaliteit als *"de mate waarin gezondheidszorg voor een individu en voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste gezondheidsuitkomsten, en waarbij de zorg overeenstemt met de gangbare medische kennis en inzichten".* Deze definitie voorziet een evolutie van het begrip kwaliteit als gevolg van de verwerving van nieuwe kennis.
Het evaluatiebereik van kwaliteit kan zeer breed zijn. Deze kan immers betrekking hebben op zowel het individuele niveau als op de werking van een instelling of een totaal zorgsysteem.

Castle en Engdberg stipuleren dat de zorgkwaliteit niet alleen overeenstemt met wat er gerealiseerd wordt op het stuk van hoeveelheid, maar ook in de consistentie van de zorg, met wat er verwezenlijkt wordt en met het denkproces rond deze verwezenlijking, voor de verstrekker van deze zorg, de coördinatie en de supervisie, de naleving van de procedure, het belang van het leiderschap van de verpleegkundige en van het omkaderend personeel, … (Castle & Engdberg, 2008)

De meting van de zorgkwaliteit is een grote uitdaging vanwege het multidimensionale aspect en de subjectiviteit. Een van de methoden is om verschillende aspecten en gebieden van kwaliteit te volgen aan de hand van kwaliteitsindicatoren. De opvolging van kwaliteitsindicatoren wordt door Baily et al. 2006 gedefinieerd als een systematische activiteit op geleide van gegevens, opgezet om onmiddellijke positieve veranderingen te brengen in de performantie van de gezondheidzorg" (Baily, 2006).
Een indicator moet beschouwd worden als een parameter die gemeten kan worden.
Een kwaliteitsindicator valt te definiëren als een "*kwantitatieve meting die een professionele zorgnorm weerspiegelt die als gids dient om toezicht te houden op de kwaliteit van de diensten voor ondersteuning en zorg aan de patiënt en om deze te evalueren*" (Nakrem et al., 2008 geciteerd door Dumoulin et al., 2010).

Met andere woorden: de kwaliteitsindicatoren worden gebruikt als alternatief voor de meting van de kwaliteit.

Het PAQS neemt een definitie over van Jacques J. (2013) waardoor de kwaliteitsindicator wordt gedefinieerd als "*een kwantitatieve meting van een verschijnsel dat een toestand in evolutie kenmerkt. Hiermee kan men verschillende momenten evalueren en vergelijken om te helpen bij de besluitvorming en de bepaling van streefdoelen.”*

Het systematisch overzicht door Nakrem et al. levert de conclusie op dat de kennis over de kwaliteitsindicatoren voor de verpleegkundige zorg aangevuld moet worden door de ontwikkeling van gevalideerde en betrouwbare indicatoren. Talrijke indicatoren worden dan wel als nuttig beschouwd, maar ze vertonen statistische zwakheden als het gaat om validiteit en betrouwbaarheid.

Conceptueel kader van Donabedian

In de literatuur komen verschillende conceptuele kaders aan bod die ontwikkeld werden door de industrie of door organisaties voor de definitie en evaluatie van kwaliteit. Een van de bekendste modellen in de gezondheidzorg is het kader van Donabedian, dat werd gepubliceerd in de jaren ’80 van de vorige eeuw.
Donabedian heeft meerdere varianten gebruikt van het model, maar de constante ligt in de aanwezigheid van drie verschillende componenten: structuur, processen en resultaat. Tussen deze drie domeinen staat een causaliteitsrelatie.
Voor elke dimensie worden de indicatoren gekozen om de zorgkwaliteit of een dienst te "meten", waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de kwaliteit van een activiteit, een (goede) zorgpraktijk of een resultaat.

(a) Structuur

De analyse van structuurindicatoren verwijst naar institutionele kenmerken, de context van de zorgverstrekking (personele middelen, organisatorische en architecturale kenmerken), het instellen van procedures (aanwezigheid van een procedure).
De structurele kwaliteit kan gemeten worden aan de hand van indicatoren zoals het aantal werknemers per bewoner, de prevalentie van een voltijdse tewerkstelling of de toegang tot een keuken.
De indicatoren zijn makkelijk te meten en de gegevens zijn vaak beschikbaar. Het nadeel is dat de aanwezigheid van structurele hulpmiddelen niet noodzakelijk inhoudt dat ze beter gebruikt worden.

(b) Procedure

De procesindicatoren voor kwaliteit hebben te maken met de instelling van verschillende activiteiten en de directe zorg die wordt verstrekt door het personeel zoals de frequentie van herzieningen van geneesmiddelen, de evaluatie van het risico op ondervoeding (de behandeling, technische handelingen, preventie).
Ze zijn over het algemeen makkelijk te interpreteren omdat ze informatie bieden over de beschikbaarheid van een bepaalde behandeling, maar ze kunnen niet bepalen of de verstrekte behandeling wel of niet geschikt is.

(c) Resultaten

De resultaatindicatoren hebben te maken met de meetbare prestaties die het gevolg zijn van de instelling van verschillende procedures (o.a. prevalentie van valincidenten, percentage infecties). Ze meten de evolutie van de gezondheid van de bewoners. Het voornaamste probleem met deze indicatoren is dat het uiterst moeilijk is om het effect van de zorg te onderscheiden van de veranderingen in de gezondheid. De schommelingen in de zorgresultaten kunnen het resultaat zijn van verschillende factoren, zoals veranderingen in de procedures van de verpleegkundige zorg.

Resultaatmetingen worden alleen maar een doeltreffend hulpmiddel voor de verbetering van de kwaliteit als de verstrekkers een verband kunnen leggen tussen de zorgresultaten en de procedures of de structuur om de incidentie hiervan op de uitkomsten te bepalen en te zien hoe deze insteken daar een invloed op kunnen uitoefenen. We kunnen dan de weerslag observeren van een compromis tussen kost en kwaliteit en inzien dat een aanpak die direct gericht is op de zorgresultaten het halen van sommige doelstellingen bemoeilijkt.

Het KCE-rapport, dat weliswaar niet specifiek op de WZC gericht is, stelt vijf sub dimensies van kwaliteit voor: doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, zorgcontinuïteit en patiëntgerichtheid.

De kenmerken van de indicatoren

Een indicator is een instrument dat een beeld geeft van een toestand op een bepaald moment. Deze wordt beschouwd als een hulp voor de opvolging en de sturing van een verbetering om een betere zorgkwaliteit te garanderen. Een betrouwbare indicator moet voldoen aan bepaalde kenmerken. Volgens de Franse Haute Autorité de Santé moet deze valide, betrouwbaar en reproduceerbaar, maar vooral haalbaar zijn.

In de eerste plaats moet de betrouwbaarheid van de indicator gecontroleerd worden. De indicator moet duidelijk zijn, zonder enige dubbelzinnigheid, noch mogelijkheid tot vrije interpretatie, anders kunnen de instellingen niet met elkaar vergeleken worden.
Voor de validiteit moet gecontroleerd worden of de indicator wel de dimensie of het aspect van de zorg meet die men ermee wil evalueren.

Vervolgens moeten de gegevens makkelijk toegankelijk (haalbaar) zijn zonder dat er een beroep moet worden gedaan op overmatig aanvullend zoekwerk.
Bovendien moet er gecontroleerd worden of de indicator wel te maken heeft met kwaliteit. Zo betekent de meting van het aantal valincidenten en erover waken dat ze zich minder voordoen, niet noodzakelijk dat de juiste maatregelen getroffen werden om de valincidenten te vermijden.
Tot slot volstaat één enkele indicator niet: vaak moeten er meerdere complementaire indicatoren worden vastgelegd om de geëvalueerde dimensie te kunnen bestuderen.

Meting van de kwaliteit in de woonzorgcentra

De woonzorgcentra moeten zichzelf kunnen evalueren om een idee te krijgen van de hulpmiddelen die ze moeten aanspreken om hun prestaties te verbeteren. De keuze van de op te volgen kwaliteitsindicatoren is echter niet makkelijk en in zekere mate arbitrair. De verwerving van indicatoren voor de opvolging van de kwaliteit wordt bemoeilijkt door de complexiteit van de verzameling van informatie, de subjectiviteit van de meting en het spectrum aan mogelijkheden. Het is immers onmogelijk om langdurig een groot aantal indicatoren op te volgen en er moeten keuzes gemaakt worden.

In België is het momenteel niet verplicht een gemeenschappelijk dossier te gebruiken voor alle instellingen. De informatiebronnen voor de jaarlijks in te dienen indicatoren kunnen zeer uiteenlopend zijn en er zijn slechts weinig controles mogelijk over kwalitatieve zorgaspecten. Nochtans zouden de instellingen makkelijk vergeleken kunnen worden als de indicatoren op dezelfde manier gemeten zouden worden. De instellingen zouden door een onderlinge vergelijking gestimuleerd worden om een optimale kwaliteit na te streven. Dit vereist echter enerzijds dat de indicatoren identiek zijn en anderzijds dat de informatie afkomstig zou zijn van een betrouwbare gegevensbron om correlatieproblemen tussen de kwaliteitsindicatoren en de validiteit van de verzamelde gegevens te vermijden.
In functie van de geselecteerde indicatoren zou een rusthuis uitstekende resultaten kunnen halen, terwijl het op basis van andere indicatoren als minderwaardig geëvalueerd zou worden. De indicatorenkeuze kan dus de kwaliteitsperceptie van een rusthuis beïnvloeden.

Het is dan ook absoluut noodzakelijk om efficiënte instrumenten te gebruiken voor de meting en de ondersteuning van de zorg (bijv. hulp bij het nemen van beslissingen, opvolging van de patiënten).

Er werd voorgesteld om voor de instellingen een interne audit op te zetten op basis van specifieke criteria. Deze audits zouden gebaseerd kunnen zijn op verschillende belangrijke zorgdomeinen en gestructureerd kunnen worden volgens de noden van de bewoners zoals weergegeven in de conceptuele modellen voor verpleegkundige zorg (o.a. Henderson, Krohwinkel). De evaluatie zou dan opgezet kunnen worden rond de medische zorg en dienstverlening, de behandeling van bewoners met dementie, de sociale zorg en de activiteiten in het centrum, de huisvesting, de maaltijden, de tevredenheid van de bewoners, ...
Er werden ook meer specifieke indicatoren ook voorgesteld, zoals de preventie van drukwonden, ondervoeding, valincidenten, het beheer van pijn, het beheer van geneesmiddelen, de autonomie, de ADL, de behandeling van klachten, de attitudes van het personeel, de respectvolle behandeling en de bescherming van de privésfeer.

De indicatoren moeten onderbouwd worden met bewijzen uit onderzoek, toepasbaar op de dagelijkse praktijk, aangepast aan de geldende normen in het land/het gewest. Ze moeten tevens gecontroleerd zijn en vergeleken kunnen worden tussen de instellingen. Eén van de grote problemen is de diversiteit van het profiel van de bewoners van deze instellingen.

Vanwege deze diversiteit kan het zijn dat sommige indicatoren (bijvoorbeeld drukwonden) niet statistisch betrouwbaar zijn voor een vergelijking tussen instelling. Er moet dus rekening gehouden worden met het profiel van de bewoners van de instelling bij een vergelijking van de resultaat-indicatoren. Sommige resultaten kunnen elkaar tegenspreken, zoals een goede score voor de preventie van valincidenten, maar een slechte score voor lichamelijke fixatie van de bewoners. Voorzichtigheid is dus geboden bij de interpretatie van de indicatoren.

In het belang van transparantie zou een externe evaluatie van de kwaliteit nodig zijn, maar deze zou moeilijker op te zetten zijn.
Het is niettemin noodzakelijk om de beheermethoden van de instellingen te verbeteren om kwaliteitsvolle meetsystemen te kunnen voorstellen (systeem voor registratie van ongewenste voorvallen, tevredenheid van de bewoner, ...).

Bij het belang van de kwaliteit in de woonzorgcentra moet rekening worden gehouden met talrijke parameters. Dit houdt in dat de richtlijnen uitgewerkt worden op basis van de resultaten uit de literatuur en dat er minimumnormen worden opgezet voor de verbetering van de kwaliteit.

Er is in Europa weinig ervaring over welk type indicatoren gericht op de zorgkwaliteit opgezet en opgevolgd moeten worden. De meeste informatie uit de literatuur over deze praktijken is afkomstig uit de VS. Een groot aantal van de gepubliceerde studies werden verricht in de Verenigde Staten en omvatten een analyse van de gegevens uit OSCAR (Online Survey Certification and Reporting). In het kader van de kwaliteitscontrole op de zorgverstrekking in de VS zijn rusthuizen daar sinds 1991 verplicht om gegevens te registreren (Minimal Data Set) over de bewoners. Deze gegevens zijn over het algemeen afkomstig van het RAI-MDS, waarin gegevens geregistreerd worden in een specifiek elektronisch dossier.
Andere landen hebben hun eigen evaluatie-instrument ontwikkeld of hebben delen van andere meetinstrumenten geïntegreerd waaruit ze de indicatoren halen. Daaronder vallen Nieuw-Zeeland, Australië, Denemarken, Noorwegen en Zweden.
Sommige artikels hanteren andere indicatoren voor kortverblijf of langdurig verblijf. Heropname in een ziekenhuisopname binnen 30 dagen, de aanwezigheid van drukwonden (prevalentie stadium 1/stadium 4) zijn ook nog andere gebruikte criteria.

Bij de kwaliteitsindicatoren is er voor de bijzondere hulpmiddelen voornamelijk sprake van het RAI. We moeten daarnaast ook opmerken dat veel artikels door Amerikanen geschreven zijn en dat het RAI in Amerika goed bekend is. Het RAI is aangepast voor de Verenigde Staten en in andere landen, zoals Canada, Zwitserland en Finland om de kwaliteit te volgen en ook het financieringsniveau te bepalen (Moret al., 2008). Engeland heeft ook een eigen evaluatieprocedure ontwikkeld voor ouderen, op basis van het RAI-MDS (Glasby, 2004).
Het RAI registreert prevalenties in een twintigtal items. In de meeste artikels zien we een herhaling van dezelfde evaluatiecriteria voor de kwaliteit, met name de prevalentie van drukwonden, valincidenten, infecties, depressiesymptomen, …

Waar het RAI vooral uitgaat van resultaatcriteria, werken andere instrumenten met structuur- en/of procesindicatoren, zoals de kwaliteit van de overdracht van gegevens, de keuzevrijheid van de bewoner of zijn familie.
In de criteria rond personeel zien we de continuïteit van zorg, het hoge verloop in de hiërarchische oversten met een ongunstige invloed op de zorgkwaliteit, het aandeel van lager gekwalificeerd personeel aan het bed van de patiënt (zelfs als hun absolute aantal toeneemt), de sfeer in de WZC, …

Hoofdstuk 4: Elementen die de kwaliteit beïnvloeden

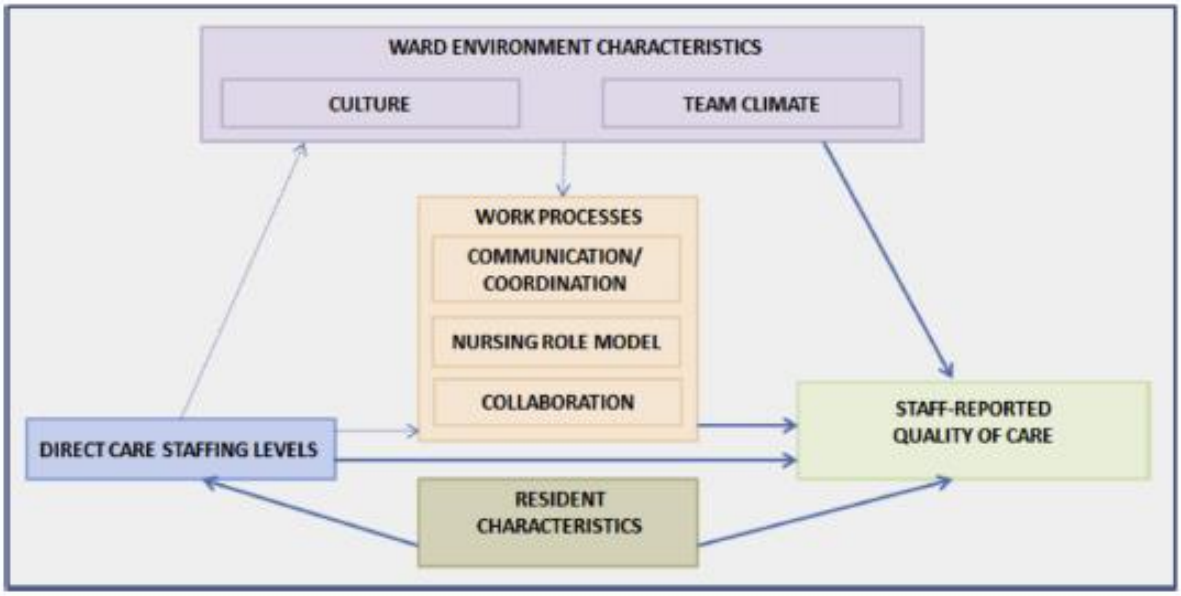
De indicatoren kunnen nuttig zijn om de evolutie van de zorgkwaliteit in de woonzorgcentra te meten. Ze kunnen gunstig zijn voor het toezicht op de woonzorgcentra en de verbetering van de zorgverlening bevorderen. De zorgkwaliteit kan echter beïnvloed worden door verschillende factoren, zoals de kwaliteit van de registratie van de gegevens, het profiel van de bewoners en de kenmerken van de instellingen.
Kaplan et al. stellen een model voor dat de invloed weergeeft van een extern kader dat de economische, politieke en sociale context omvat van een organisatie die invloed uitoefent op de organisatie (macrosysteem) en een intern kader met de structurele kenmerken, de netwerken/communicatie, de cultuur, het klimaat voor de uitvoering, de beschikbare hulmiddelen, het leiderschap van het bestuur, de motivatie voor verandering die een microsysteem beïnvloeden.
De kenmerken van individuen hebben te maken met factoren zoals kennis, persoonlijke efficiëntie, identificatie met de organisatie en andere persoonlijke eigenschappen (zoals de motivatie, de waarden).
De organisatorische kenmerken hebben te maken met de omvang van de infrastructuur, de samenstelling en de leiderschapsstijl van het bestuur.

Sommige studies hebben aangetoond dat het profiel van de cliënt en dus van de bewoner een invloed kan hebben op de kwaliteit van de geboden zorg. Zo werd tijdens een onderzoek in IJsland (Hjaltadottir) naar de kwaliteitsindicatoren een verandering in de kwaliteit opgemerkt gedurende de periode van het onderzoek (van 2003 tot 2009) die niet toegeschreven kon worden aan een slechte kwaliteit van de geboden zorg, maar wel gedeeltelijk aan het profiel van de bewoners. De verandering in het profiel van de bewoners kan een trend wijzigen, zoals de verhoogde prevalentie van indicatoren zoals valincidenten, de aanwezigheid van drukwonden, het sterftecijfer, ...

Bij het gebruik van gegevens die te maken hebben met de gezondheid van de bewoners moet er rekening gehouden worden met complexe relaties tussen de zorgkwaliteit, de gezondheid en de functionele status van de bewoners.

Backhaus et al. (2017) stellen op basis van een literatuuroverzicht een theoretisch model op voor de relatie tussen de door een team verstrekte zorg, de kenmerken van de leefomgeving, de zorgprocedures en de kwaliteit die door de personeelsleden wordt geboden. Jammer genoeg kon hun onderzoek het verband tussen deze verschillende variabelen slechts gedeeltelijk aantonen.

Figuur2: **Theoretisch model van Backhaus et al.**



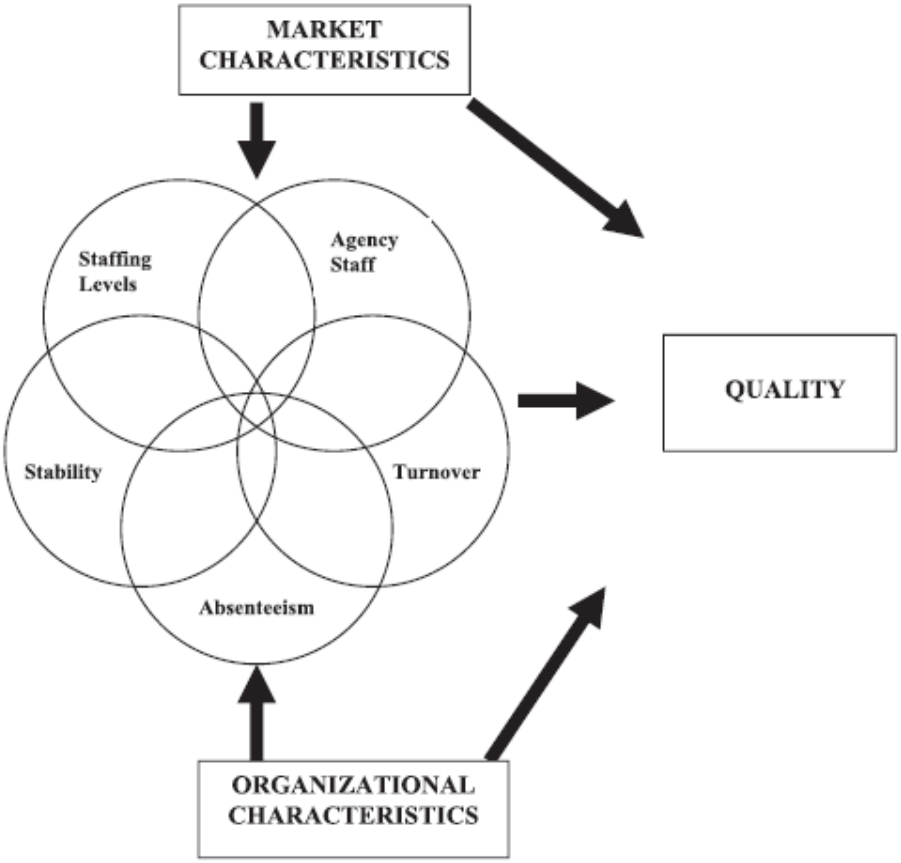
De kenmerken van de bezetting van het zorgpersoneel

Tal van auteurs wijzen op een positief verband tussen de zorgkwaliteit en de competenties van het personeel of het aantal verpleegkunde-uren per bewoner. Empirische gegevens wijzen erop dat een hoge personeelsbezetting (aantal uren per bewoner per dag) en een hoog bekwaamheidsniveau in een zorgteam (aandeel verpleegkundigen ten opzichte van de rest van het personeel) gecorreleerd zijn aan een betere zorgkwaliteit (Carter & Porell, 2003; Castle, 2000; Harrington, Zimmerman, Karon, Robinson, & Beutel, 2000; Weech- Maldonado, Meret-Hanke, Neff, & Mor, 2004).
Volgens Castle et al., 2007, (health research and economics) hebben de kenmerken van het personeel een invloed op de zorgkwaliteit. Het onderzoek daarnaar was gebaseerd op 4 criteria:

- Personeelsbezetting
- Personeelsverloop
- Stabiliteit van het personeel: de zorgverleners kunnen immers met hun ervaring werkroutines en essentiële protocollen doorgeven aan nieuwe werknemers
- Uitzendkrachten

De studie van 2007 toont aan dat de kenmerken van het personeel gezamenlijk beschouwd moeten worden voor een verbetering van de zorgkwaliteit in de woonzorgcentra. De interacties tussen de personeelskenmerken hebben meer invloed op de zorg dan elke eigenschap afzonderlijk. Later voegen Castle en Fergusson (2015) aan dit model de extra dimensie van absenteïsme toe.

Figuur 3: **Conceptueel model van Castle: verband tussen het personeelsniveau, de personeelskenmerken en de kwaliteit.**



Een onderzoek van Arling et al., gepubliceerd in 2007, toont daarentegen aan dat de effecten van de personeelsbezetting of zorgtijd van elkaar onafhankelijke variabelen zijn. Uit geen van de bezettingsvariabelen van de eenheid bleek enig significant verband met de proces- of resultaatsindicatoren voor kwaliteit.
Het gebrek aan coherent verband wijst er bij dit onderzoek op dat de rol van de personeelsbezetting belangrijker en complexer is dan voorzien.
Volgens Katz et al., 2011 is de medische organisatie ook een structureel element in de organisatie met een invloed op de zorgkwaliteit.

Als er in deze tegenstrijdige studies al een lijn te trekken valt, is het dat de zorgkwaliteit ondanks alles verband houdt met talrijke kenmerken van de personeelsbezetting en dat de relaties tussen de verschillende kenmerken zeer complex zijn. Het is aan te bevelen om ervoor te zorgen dat een totale bezetting van een eenheid ingesteld is op de tijd die besteed wordt aan directe zorg aan de bewoners en in functie van de complexiteit van de zorg.

(a) Personeelsbezetting

Er zijn verschillende benaderingen om het niveau van het personeel in de woonzorgcentra te meten. Over het algemeen stelt de literatuur één van beide volgende metingen voor:

- ✓ De duur van de verpleegkundige aanwezigheid/bewoner (over 24 uur)
- ✓ De verhouding aan FTE verpleegkundigen voor 100 bewoners

In de VS varieert het aantal zorguren per bewoner per dag naar gelang van de staten. Dit gaat van 1,62 uur in Oregon tot 3,6 uur in Florida (Castle, 2008, review). Een panel van deskundigen beveelt echter aan om een personeelsaanwezigheid te garanderen van minstens 4,5 uur per bewoner voor de directe zorg (geciteerd door Castle, 2008).
Volgens Lee (2014) is de aanbevolen norm 0,75 uur van een gediplomeerd verpleegkundige per dag en per bewoner voor langdurige zorg.
Weinig studies leveren nauwkeurige aanwijzingen op over het aanbevolen aantal verpleegkundigen. Dit blijft een inschatting van de zorgdirecteur. Er wordt echter voorgesteld om te zorgen voor een verpleegkundige permanentie (24/24) en dit aan te passen aan de grootte van het centrum.
Collier et al. geven in een literatuuroverzicht van 2008 aan dat de herziene wet betreffende het "Nursing Home" (NHRA) in de VS geen precieze personeelsbezetting voorschrijft voor het verplegend personeel, maar dat er vereist wordt dat de verpleegkundige zorg aan de bewoners het hoogst mogelijke niveau bereikt of in stand houdt voor het lichamelijk en psychosociaal functioneren.
De herziene wet stipuleert dat governance van de verpleegkundige zorg als volgt moet georganiseerd worden:

- Een verpleegkundige als directeur van verpleegkundige zorg en een verpleegkundige als adjunct voor de zorgdirectie voor de coördinatie van de permanente vorming en de ontwikkeling van teaminitiatieven;
- Aanwezigheid van ten minste één dienstdoende verpleegkundige gedurende niet minder dan 8 uur per dag, 7 dagen per week. In de instellingen met minder dan 60 bewoners kan de zorgdirecteur beschouwd worden als een dienstdoende verpleegkundige;
- Aanwezigheid van een verpleegkundige voor ‘s avonds en ‘s nachts;
- Voldoende hulppersoneel (niet gepreciseerd);
- Sociaal werkers, verpleegkundigen en zorgkundigen, om te verzekeren dat de bewoners het hoogst mogelijke niveau van fysieke, mentale en psychologische gezondheid behouden.

Easton et al. publiceerden in 2016 een systematisch overzicht van de economische evaluatie van de structuur van de personeelsbezetting in de woonzorgcentra en geven aan dat de verbetering van de personeelsbezetting, door een verlenging van de verpleegkundige

zorgtijd per bewoner, ondanks de meerkost, potentieel schept voor besparingen op andere gebieden. Een voorbeeld: 30 tot 40 minuten directe zorgtijd per verpleegkundige en per bewoner verlaagt de incidentie van drukwonden, ziekenhuisopnames, urineweginfecties, wat een netto sociaal voordeel betekent van 3.191 USD per bewoner en per jaar.

Het onderzoek verricht door Lin in 2014 constateert een nauw verband tussen de verpleegkundige personeelsbezetting en de zorgkwaliteit. Dit versterkt de noodzaak om minimale eisen vast te leggen voor de verpleegkundige bezetting. Hij kan daarentegen niet aantonen dat een verhoging van de bezetting aan zorgkundigen de zorgkwaliteit zou verbeteren.
In een Japans onderzoek (Shin, 2015) werd het belang aangetoond van de aanwezigheid van verpleegkundigen voor de preventie van valincidenten, de vermindering van sondevoeding, de stabiliteit van de emotionele toestand van de bewoners, een vermindering in agressief gedrag. Een sterk verloop had dan weer meer uitdroging, bedlegerigheid van bewoners en gebruik van antipsychotica tot gevolg.
Hij rapporteert ook de resultaten van andere auteurs over positieve aspecten van de aanwezigheid van verpleegkundigen, zoals een verminderd gebruik van lichamelijke fixatie, een vermindering van het aantal fracturen en drukwonden, een betere verzorging van incontinentie, minder urineweginfecties.

Theoretisch zou een hoger aantal werkuren bij de verpleegkundigen op significante wijze gecorreleerd worden aan betere kwaliteitsindicatoren voor procedures en resultaten.
Sommige overtuigende gegevens wijzen erop dat de verhouding verpleegkundige/zorgkundige een invloed heeft op de zorgkwaliteit (Spilbury, Castle 2012), maar de complexiteit van de bezetting van zorgpersoneel vereist bijkomend onderzoek.
Lee et al. (2014) hebben in hun artikel aangetoond dat de aanwezigheid van verpleegkundigen geen weerslag had op alle kwaliteitsindicatoren. Zo was de aanwezigheid van een verpleegkundige (in uren) significant gecorreleerd aan een kleiner percentage drukwonden, maar niet aan urineweginfecties. De geschatte werkuren van de verpleegkundigen waren niet gecorreleerd aan gewichtsverlies of aan het gebruik van antipsychotica. Het profiel van de bewoners was daarentegen gecorreleerd aan de indicatoren die waren geselecteerd voor het onderzoek, wat de invloed aantoont van een case mix en dus van het profiel van de bewoners op de resultaten van de meting van de zorgkwaliteit in de instelling.

Ondanks het feit dat tal van studies een correlatie aantonen tussen de bezetting van verpleegkundigen en de zorgkwaliteit, hebben andere, goed onderbouwde studies een ongunstige correlatie aangetoond tussen de bezetting van verpleegkundigen en de zorgkwaliteit (Zimmerman et al., 2002). Een van de verklaringen zou onder andere zijn dat andere variabelen een rol spelen, zoals de kwaliteit en de prestatie van medisch materiaal dat ter beschikking gesteld wordt van het zorgpersoneel. Een andere verklaring is dat als de

instelling meer lagergeschoolde zorgkundigen of verpleegkundigen tewerkstelt, de directe zorg (drinken geven, …) wordt verricht door deze beroepen, wat het gebrek aan correlatie verklaart. Volgens Konetzka verstrekken de zorgkundigen de meeste directe zorg aan de patiënt en met name de hulp bij de verrichting van activiteiten van het dagelijkse leven, terwijl de verpleegkundigen de evaluaties verrichten, patiënten observeren, gegevens registreren en met de arts samenwerken aan de eigenlijke behandeling, het beheer van geneesmiddelen en het opzetten van een verzorgingsplan.

In een systematisch literatuuroverzicht hebben Bachaus et al. er in 2014 op gewezen dat alle studies samen geen positieve correlatie opleveren tussen het verpleegkundige personeel en de zorgkwaliteit. Er moet rekening gehouden worden met andere factoren zoals het personeelsverloop en uitzendkrachten voor de evaluatie van de zorgkwaliteit in de woonzorgcentra.

Een ander element is dat er in sommige studies geen rekening wordt gehouden met de ervaring van het personeel, het verlooppercentage of het aantal uitzendkrachten waarvoor een invloed werd aangetoond door Castle en Engberg (2007a, 2008a). Er zijn nog andere verklaringen mogelijk voor het gebrek aan verband tussen de personeelsbezetting en de kwaliteitsindicatoren, zoals de omvang van de instelling of de standaardisatie van de zorg.

(b) Kwalificatie van het personeel

In de Verenigde Staten werden de personeelsnormen in de zorginstellingen tussen 1998 en 2001 aangepast. Hoewel tal van mensen een wijziging in de zorgkwaliteit voorspelden door deze aanpassing van de minimale personeelsnormen die door elke staat vastgelegd worden, blijkt uit de studie geen correlatie tussen de resultaten en de normen, tenzij in het percentage gebruik van lichamelijke fixatie (Park et al., 2008).

Volgens Hurtado et al. in een systematisch literatuuroverzicht, zou de personeelsmix verband houden met een betere zorgkwaliteit (meer gekwalificeerde verpleegkundigen dan niet gekwalificeerde). Deze betere kwaliteit uit zich in een lagere prevalentie van drukwonden. De zorg aan de bewoners wordt ook beïnvloed door de werkomgeving, uitgedrukt in de organisatie en het leiderschap waaruit blijkt dat het verzorgend personeel beslissingen kan nemen, of dat er een teamspirit heerst.

Konetzka vermeldt een onderzoek van Cohen & Spector (2006) dat erop wijst dat een hoog percentage aan verpleegkundigen in verband wordt gebracht met een lager sterftecijfer en dat een grotere bezetting aan zorgkundigen geen weerslag heeft op de kwaliteit (bewonersuitkomsten). Hij vermeldt ook een onderzoek van Horn et al. (2005) waarin meer

verpleegkundige uren per bewoner het risico op drukwonden, ziekenhuisopnames, urineweginfecties, gewichtsverlies en katheterisatie verkleint, en de achteruitgang van de ADL vermindert. Een hoge verhouding aan zorgkundigen zou daarentegen alleen een effect hebben op een vermindering van de drukwonden.
Eenzelfde observatie wordt vermeld door Lee et al. (2014): nl. dat er geen echte correlatie is tussen het aantal verpleegkundigen in de zorginstellingen en de zorgkwaliteit. Zo wordt alleen het aantal drukwonden verminderd wanneer de verhouding aan verpleegkundigen wordt verhoogd. Voor urineweginfecties, de consumptie van antipsychotica, gewichtsverlies en het gebruik van sondes is er geen correlatie te zien.

Volgens Kim et al., 2009, is er geen consensus betreffende de vereiste mix van verpleegkundigen in de instellingen. De verplichting voor een permanente aanwezigheid van verpleegkundigen wordt wel opgelegd, maar het aantal bewoners en het aantal uren die worden gewijd aan elke bewoner wordt niet bepaald.
In een onderzoek van Corazzini werd het verschil aangetoond tussen de verschillende opleidingsniveaus van verpleegkundigen (LPN t.o.v. RN) door een studie van de verstrekte verpleegkundige handelingen aan de bewoners en de weerslag op 6 kwaliteitsindicatoren (pijn, urinekatheters, urineweginfecties, gewichtsverlies, lichamelijke fixatie, verminderde mobiliteit). De LPN verrichten de evaluaties gericht op de bewoners, maar er werd vastgesteld dat de beslissingen die alleen gebaseerd waren op een evaluatie zonder klinische expertise kunnen leiden tot schadelijke handelingen zoals een toename van het gebruik van fixatiemaatregelen.
In Canada werden "nurse practitioners" (praktijkverpleegkundigen) in de WZC ingevoerd om de medische activiteit in deze instellingen te ondersteunen en hun specifieke competenties te laten bijdragen aan de zorgkwaliteit. De nurse practitioners vervullen de rol van medewerker, clinicus, coördinator, gevalsbeheerder, opvoeder, adviseur en woordvoerder (Klassen et al). Ze spelen een rol in de directe zorg aan de patiënt, maar werken ook mee aan de ontwikkeling van richtlijnen bij specifieke problemen (bijvoorbeeld management van de darmtransit), ze zijn de verbindingspersoon met de arts, …
De inzet van de nurse practitioner bleek de kosten van geneesmiddelen te verlagen en minder patiënten moesten worden overgebracht naar de spoeddiensten.

(c) Het beheer van de verpleegkundige competenties

Naast het aantal personeelsleden en hun basiscompetenties heeft de opleiding en de praktijkervaring van het personeel ook een invloed op de zorgkwaliteit. Het is essentieel om de vereiste competenties voor verpleegkundigen in de zorginstellingen te identificeren, want de competenties van het verpleegkundige personeel beïnvloeden de tevredenheid van de patiënten en hun familie.

Er is meer inzicht nodig in hoe de verpleegkundige zorgdiensten georganiseerd zijn en hoe de zorg verdeeld wordt tussen de verschillende soorten verpleegkundigen, in plaats van uitsluitend te kijken naar het aantal personeelsleden. Een betere omschrijving van een doeltreffende samenwerking en het stimuleren van klinisch en deskundig verpleegkundig toezicht bevordert immers een doeltreffende samenwerking tussen de opleidingsniveaus van de verpleegkundigen.
Een ander aspect is de verbetering van de verpleegkundige kwaliteit bij de langdurige zorg door te kijken naar de klinische geriatrische competenties van verpleegkundigen. Het is belangrijk te kunnen beschikken over gespecialiseerd en bekwaam verplegend personeel, omdat het onderzoek aantoont dat bekwaam en geschikt verplegend personeel in de woonzorgcentra de negatieve gevolgen voor de bewoners vermindert, zoals het aantal urineweginfecties , drukzweren en ziekenhuisopnames (Cramer et al., 2014).

In een JBI-overzicht van Kiljunen et al. in 2016 werden er 5 competenties bepaald voor de verpleegkundigen in de WZC:

- Competenties in de vereiste "attitudes" en ethiek voor de oplossing van ethische dilemma's, respect voor de autonomie, de menselijke waardigheid, respect voor de persoon;
- Competenties in de "interacties" voor de samenwerking met de bewoner, de families en de leden van het multidisciplinaire team;
- Competenties in "communicatie, interactie en samenwerking" in de rol van de communicator met de familie, de gesprekken in gevoelige situaties enz.;
- Competenties in "Evidence Based Care": bevordering van de gezondheid, evaluatie (assessment), risicobeheer, klinische activiteiten;
- Competenties in "pedagogie" voor de supervisie en de voorlichting van patiënten, families en collega's;
- Competenties in "leiderschap en ontwikkeling van competenties" om de zorg van de hoogste kwaliteit te garanderen. De verpleegkundige heeft een modeleffect in het team. De ouderenzorg vereist creativiteit en innovatie.

In een onderzoek van Cramer et al. uit 2014 werd aangetoond dat de verpleegkundigen die een certificatieprogramma hebben gevolgd statistisch significante verbeteringen aantonen in hun klinische verpleegkundige zorg aan ouderen en deze resultaten werden bevestigd door de antwoorden van de supervisor. Uit onderzoek blijkt het belang van bekwaam en geschikt verplegend personeel in woonzorgcentra: dit vermindert de negatieve gevolgen voor de bewoners, zoals minder urineweginfecties , drukzweren en ziekenhuisopnames. De resultaten hebben ook aangetoond dat de opleiding het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleegkundigen bevordert, alsook hun bekwaamheid en in mindere mate ook hun tevredenheid op werk.
Verpleegkundigen die mee beslissingen nemen en leidinggevende functies opnemen, geven ook aan een betere controle te hebben over hun verpleegkundige praktijk: ze voelen zich

gesterkt wanneer hun deskundigheid door een buitenstaander wordt bevestigd. Werkgevers die investeren in de opleiding van verpleegkundigen verlagen daarmee het personeelsverloop en verbeteren de resultaten voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Het is belangrijk dat de verpleegkundigen de technologische bekwaamheid kunnen verwerven om toegang te krijgen tot documentaire bronnen om hun praktijk te kunnen steunen op onderbouwde gegevens en op een permanente vorming die de nodige mogelijkheden biedt voor hernieuwing van de certificatie. (Cramer et al., 2014)

Volgens Easton heeft de invoering van de opleiding van het personeel die gebaseerd is op onderbouwde gegevens en gericht is op de "bewustmaking voor de visie" geleid tot een vermindering van het aantal valincidenten en een geschatte winst van 26000 USD per jaar. Volgens Castle 2015 is het opleidingsniveau van de bestuurder ook positief gecorreleerd aan een betere zorgkwaliteit.

Een doeltreffende vorming verbetert het zelfvertrouwen van de verpleegkundigen, hun bekwaamheid en tevredenheid op het werk en verlaagt het personeelsverloop. De investering in de permanente vorming van verpleegkundigen is belangrijk voor het behoud en de verbetering van de klinische deskundigheid, en het is belangrijk dat de verpleegkundigen toegang krijgen tot elektronische bronnen en informatie over de op onderzoeksresultaten gebaseerde praktijk (EBN).

(d) De geavanceerde praktijk

Het is cruciaal om de functie van de verpleegkundigen in de woonzorgcentra te erkennen. Praktijkbeoefenaars moeten kansen krijgen om zich professioneel te ontplooien en mogelijkheden krijgen om hun zelfvertrouwen, hun kennis en competenties te ontwikkelen om onze ouderen beter te kunnen verzorgen.

Het Missouri Quality Initiative (MOQI) is een interprofessioneel model in de WZC met de medewerking van verpleegkundigen in de geavanceerde praktijk (APRN). In het project, dat in 2017 werd geëvalueerd door Rantz et al., werd het werk van een multidisciplinair geriatrisch team, bestaande uit een arts, een verpleegkundige, een coachend sociaal werker en een coördinator geëvalueerd. Dit team werkte samen met het team van het rusthuis en zette diensten op voor vroegtijdige preventie en detectie van gezondheidsproblemen. Er was een daling in het aantal ziekenhuisopnames (40% door alle oorzaken samen, 58% potentieel vermijdbaar), in het aantal bezoeken aan de spoeddiensten (54% alle oorzaken samen, 65% potentieel vermijdbaar), in de uitgaven voor Medicare voor ziekenhuisopnames (34% alle oorzaken samen, 45% potentieel vermijdbaar) en in de uitgaven voor Medicare voor bezoeken aan de spoeddiensten (50% alle oorzaken samen, 60% potentieel

vermijdbaar). Het succes van het MOQI-model toont aan dat de door APRN verstrekte zorg rendeert, veilig is en positieve resultaten oplevert.
Tal van onderzoeken belichten de meerwaarde van de Advanced Practice Nurse ten opzichte van de klassieke verzorging. Er werd aangetoond dat wanneer een APRN ingreep bij de bewoners, dit een vermindering opleverde van het percentage ziekenhuisopnames werd waargenomen.
Van Rantz (2012) vernemen we dat het mogelijk is om het organisatorische vermogen te versterken, de zorg in de WZC te verbeteren, met name voor drukwonden en gewichtsverlies, dankzij maandelijkse raadplegingen door verpleegkundigen in de geavanceerde geriatrische behandelingspraktijk in de zorginstellingen.
Hetzelfde werd vastgesteld bij de invoering van een team met competenties in de geriatrische zorg. Een dergelijk team zorgt voor een vlottere overbrenging van de bewoners naar het ziekenhuis, een betere communicatie tussen de zorgactoren (ziekenhuizen, thuiszorg, rusthuis), een medewerking bij de herziening van geneesmiddelen (vermindering van het gebruik van psychotropica en andere onaangepaste geneesmiddelen) en helpt het personeel van de instelling en de bewoners om richtlijnen op te stellen voor de zorg bij het levenseinde.

De Advance Practice Nurse (APRN) brengt essentiële bekwaamheid aan inzake evaluatie, het vermogen van een efficiënt beheer van zieke bewoners, het vermogen om minder ervaren personeel te begeleiden bij de verzorging van de bewoners en de bekwaamheid om een verandering in de zorgroutines te sturen. De efficiëntie van de APRN werd aangetoond door de invoering van een hydratatieprogramma, de preventie van valincidenten en de verbetering van de mobiliteit bij zwakke ouderen of ook nog methodes voor de verbetering van de kwaliteit om veranderingen te sturen in de praktijken op moeilijk te beheren gebieden bij verzwakte ouderen.

Donald et al. geven in 2013 aan dat de verpleegkundigen in de geavanceerde praktijk (APN) gecorreleerd zijn aan metingen van de gezondheidstoestand en aan het gedrag van ouderen in de zorginstellingen voor langdurige zorg. De APN vervullen een gunstige rol bij de verlaging van het percentage depressies, urine-incontinentie, drukzweren, fixaties en agressief gedrag, en bij de verbetering van het vermogen van de bewoners om hun persoonlijke doelstellingen te bereiken en ervoor te zorgen dat hun familie tevreden is over de medische diensten.

(e) Stabiliteit en absenteïsme van het personeel

Tal van studies wijzen op een groot verloop van het zorgpersoneel in de WZC en vooral van zorgkundigen. Een van de genoemde oorzaken is de werkdruk in deze zorginstellingen (Castle, 2007).

Ter bevestiging van de hypothese dat het verloop een invloed heeft op de geboden zorgkwaliteit, hebben Castle en collega's de gegevens van tal van woonzorgcentra geanalyseerd en het verloop van zorgkundigen bestudeerd ten opzichte van 14 kwaliteitsindicatoren. Dit onderzoek heeft uitgewezen dat de relatie tussen de 2 verschijnselen niet duidelijk was, maar dat een vermindering van een matig tot hoog personeelsverloop de kwaliteit wel ten goede komt. Ze oordelen dat een hoog personeelsverloop (> 60% per jaar) over het algemeen gepaard gaat met een slechte zorgkwaliteit. Voor de verpleegkundigen worden een matig (30-59%) en hoog personeelsverloop (60% en meer) in verband gebracht met zeer slechte kwaliteitsindicatoren.

In een context in de VS waar het absenteïsme geschat wordt op 9,2% wijzen Castle en Ferguson (2015) op een correlatie tussen absenteïsme van zorgkundigen en pijnbeheer, gebruik van lichamelijke fixatie, urinekatheters en de prevalentie van drukwonden. Om de zorgverlening zeker te stellen, doen de instellingen een beroep op uitzendkrachten, maar een ander onderzoek van Castle (2009) wijst op een verschil van 1 tot 2% in de kwaliteit tussen de instellingen die geen beroep doen op uitzendkrachten en degenen die 25% van hun personeelsbezetting invullen met uitzendkrachten.
Volgens Castle (2010) hebben tal van auteurs ook aangetoond dat het verloop van de directeurs (administratief directeur en zorgdirecteur) een weerslag heeft op de zorgkwaliteit. Een hoog personeelsverloop zou gecorreleerd zijn aan een slechte zorgkwaliteit. Uit het onderzoek blijkt dat een hoog verloop van administratief directeurs in verband kan worden gebracht met een slechte zorgkwaliteit, terwijl het verloop van zorgdirecteurs gepaard gaat met een betere zorgkwaliteit.
Voor Rantz (2012) is het verloop van omkaderend personeel een ongunstig element voor de zorgkwaliteit omdat dit onzekerheid teweegbrengt bij het zorgpersoneel, en dat heeft dan weer invloed op de kwaliteit. Het behoud van omkaderend personeel heeft een positief effect op de zorgkwaliteit en het behoud ervan.

Volgens Hunt (2014) gaat een hoog verloop van verpleegkundige zorgdirecteurs samen met een hoog verloop in de verpleegkundige personeelsbezetting op alle niveaus en met een slechte zorgkwaliteit in de rusthuizen. De mechanismen achter deze relaties zijn echter nog niet goed bekend. Recent onderzoek wijst erop dat de relaties tussen het bestuur en het personeelsverloop en de zorgkwaliteit niet lineair zijn en een veel sterkere ongunstige invloed zouden kunnen hebben op de zorgkwaliteit dan tot nu toe werd gedacht (Castle et al., 2007; Castle en Lin, 2010).
In hun studie constateren Hunt et al. een verband tussen het verloop in directie- en administratief personeel en de zorgkwaliteit voor de bewoners. Er is immers een verlies in de vereiste coördinatie, supervisie en teamwerk voor de zorgkwaliteit tijdens een wissel in het omkaderend personeel. Deze toestand heeft geleid tot professionele uitputting, zowel

bij de beheerders als bij de zorgverstrekkers, omdat ook zij te lijden hadden onder het verloop.

Cultuur en management

In een overzicht door André et al. in 2014 wordt aangetoond dat het voor de verbetering van de zorgkwaliteit in de rusthuizen cruciaal is om rekening te houden met de werkcultuur.
De professionele tevredenheid van het gezondheidspersoneel moet verhoogd worden en ze moeten meer zelfstandigheid en verantwoordelijkheid krijgen om hun werksituatie te verbeteren. Werknemers die zich geëngageerd en betrokken voelen, verstrekken de best mogelijke zorg aan de bewoners.
De plaats van de communicatie en de goede relatie tussen de werknemers, het leiderschap in de omkaderende teams en de erkenning van hun werk zijn cruciaal voor de zorgkwaliteit.
De zorgkundigen die hebben meegewerkt aan de studie van Davilla et al. hebben erop gewezen dat de medewerking aan een kwaliteitsproject als neveneffect had dat ze meer erkenning kregen voor hun bijdrage van de gediplomeerde verpleegkundigen in hun organisatie.

Hiervan wordt een voorbeeld gegeven in een artikel van Abrahamson et al. in 2013. Hij beschrijft aan de hand van een gedeelde ervaring bij zorgverleners de voorwaarden om een kwaliteitsproject te doen slagen op het vlak van valincidenten en mobiliteit. De communicatie en de flexibiliteit werden gebruikt om veranderingen in werklast te beheren. Er was een verandering in de organisatie van werkroutines nodig om oefensessies te organiseren voor de bewoners. De aanpassing aan de verandering was bijzonder moeilijk voor degenen die niet betrokken waren geweest bij de uitwerking van het programma. De communicatie en het vertrouwen tussen projectchefs en de instellingshoofden werden een belangrijk aspect van de invoering. De auteur leert uit dit experiment dat de betrokkenheid van elk personeelslid, ongeacht het deelnameniveau, een grote uitdaging is voor het welslagen van het project.

De meeste studies wijzen erop dat een gebrek aan samenwerking van het personeel gepaard gaat met slechte resultaten voor de bewoners. De rol van de verpleegkundigen in de woonzorgcentra zou ook een hefboom zijn voor de bevordering van de deelname van alle medewerkers aan de initiatieven voor de verbetering van de kwaliteit. In hun onderzoek evalueerden Colon-Emeric et al. (2017) de weerslag van ingrepen ter verbetering van de communicatie in de zorg, speciaal met het oog op valincidenten. Het onderzoek kon geen weerslag aantonen van de communicatie over de complexe zorgingrepen op een vermindering van het valrisico.

Over het algemeen werd er aangetoond dat de WZC zonder winstoogmerk een grotere

personeelsbezetting, een kleiner personeelsverloop en beter opgeleid personeel hebben. Ze laten ook betere resultaten voor de kwaliteit zien, zoals een lagere prevalentie van drukzweren, minder gebruik van fixatiemiddelen en minder hiaten in de reglementaire evaluaties door de overheid. Over het algemeen wordt verondersteld dat ondernemingen met winstoogmerk meer geneigd zijn om te besparen op de kosten dan overheidsorganisaties of organisaties zonder winstoogmerk en dat dit ongunstig zou kunnen zijn voor de kwaliteit van de prestaties van overheidsdiensten.
Een onderzoek in Zweden door Winblad et al. wijst op een verband tussen het organisatietype (overheid t.o.v. privé) en de zorgkwaliteit van woonzorgcentra. De woonzorgcentra van de "overheid" hadden weliswaar de beste scores voor kwaliteit voor structurele kwaliteitsfactoren zoals personeelsbezetting en huisvesting/keuken, maar presteerden minder goed dan de "privé-instellingen" als het ging om andere kwaliteitscriteria die te maken hadden met procedures. Uit dit onderzoek blijkt dat het winstoogmerk geen rol lijkt te spelen in de geboden zorgkwaliteit en dat de kwaliteit van de diensten niet wordt beïnvloed door een bestuur met of zonder winstoogmerk in Zweden.

(a) Leiderschap

Op vlak van verpleegkundig leiderschap zijn er verschillende interpretaties. Voor sommigen gaat het om de autoriteit die door een hoofdverpleegkundige wordt uitgeoefend over een team van zorgkundigen; dit is dan *besturend leiderschap*. Voor anderen gaat het om leiderschap in de verpleegkundige praktijk; dat is dan *klinisch leiderschap*. Er is dan sprake van een verpleegkundige met bijzondere competenties die leiding kan geven aan een team om collega's te mobiliseren.
De Canadese vereniging van verpleegkundigen (AIIC) zegt in 2002: "*Verpleegkundig leiderschap speelt een centrale rol in het leven van gediplomeerde verpleegkundigen, het is een essentieel element om de cliënt kwaliteitsvolle resultaten te garanderen*."

Aanderson heeft in 2014 de invloed bestudeerd van bestuurspraktijken op de veiligheid, de gezondheid en de tevredenheid over de zorg. Hieruit blijkt dat de bestuurspraktijken gericht op de relaties tussen het personeel, bijvoorbeeld het scheppen van banden en de ontplooiing van bestaande troeven als middelen om problemen op te lossen, beter werken dan de traditionele en meer hiërarchische bestuursmethoden. Het gaat dan bijvoorbeeld om

- participatie van het personeel bij het nemen van beslissingen,
- diversiteit in ideeën en acties,
- informatie, uitwisseling tussen het personeel en de verantwoordelijken, en
- erkenning van de inspanningen en beloningen voor prestaties.

Dit onderzoek heeft aangetoond dat wanneer de bestuurders zich concentreren op de verbetering van de relaties, er een aanzienlijke gunstige weerslag is op de zorgresultaten

zoals de preventie van drukwonden, vermindering van urine-incontinentie, minder medische fouten en een betere aanvaarding van wetenschappelijk onderbouwde praktijken. Volgens Colon-Emeric, die de kwaliteit van de communicatie en het veiligheidsklimaat heeft bestudeerd, had een ingreep gericht op tekorten in de communicatie van het personeel en de coördinatie geen invloed op het programma ter verbetering van de kwaliteit van valincidenten.

Uit een onderzoek van Vogelsmeier et al. blijkt dat de hoofdverpleegkundigen een essentiële rol spelen in de verbetering van de kwaliteit door een open communicatie in het team te bevorderen. Daartoe werden de leiderschapsstijlen van twee hoofdverpleegkundigen bestudeerd. Terwijl de ene hoofdverpleegkundige met de teamleden samenwerkte aan een gemeenschappelijk streefdoel voor de verbetering van de praktijken, oefende de andere invloed uit op sommige teamleden om zijn/haar eigen streefdoel op vlak van efficiëntie te bereiken. Door een gunstige sfeer voor een open communicatie te scheppen en de eigen kennis te delen, kon er een gemeenschappelijk doel worden nagestreefd en werd een efficiëntere aanpak van problemen bevorderd. De personeelsleden voelen zich dan erkend, betrokken en capabel.

Zoals blijkt uit dit onderzoek, is een verpleegkundige leiderschapsstijl die een gunstige sfeer schept voor een open communicatie en banden smeedt door de teamleden aan te moedigen om hun zienswijzen te delen een efficiënte manier om verbeteringsstrategieën op te zetten. Bovendien heeft het verpleegkundige leiderschap het teamwerk bevorderd en de kwaliteit verbeterd, niet door controle uit te oefenen over het team, maar meer door het team te responsabiliseren door een continue vraag naar commentaar en terugkoppeling van de teamleden bij de oplossing van problemen.

De verantwoordelijke voor de verpleegkundige zorg en de verantwoordelijke voor de langdurige zorg kunnen verbeteringen bevorderen in de prestaties van de verpleegkundige supervisie om het personeelsverloop te verminderen en de resultaten voor de bewoners te verbeteren (integrative review door McGilton, 2016). De vereiste competenties hebben te maken met management, rekrutering, evaluatie en ontplooiing van competenties.

Een doeltreffende hoofdverpleegkundige kan beschreven worden als een verpleegkundige die richtlijnen opstelt, die respectvol, billijk en solidair handelt en die de teamleden aanmoedigt. Een doeltreffende supervisie van de verpleegkundigen lijkt gepaard te gaan met een groot aantal positieve resultaten voor de verpleegkundigen, organisaties en de bewoners op vlak van langdurige zorg.

De medische problemen en problemen van zorgkwaliteit kunnen echter niet geregeld worden door één enkele persoon. Daarvoor zijn er coördinatie en interprofessionele samenwerking nodig, vooral in de zorg aan ouderen die multifactoriële ondersteuning vereisen. Een goede cohesie vereist een doeltreffende samenwerking tussen de teamleden. De personen belast met het klinisch leiderschap en het management moeten elkaar aanvullen.

Verpleegkundigen moeten zelfstandigheid aan de dag leggen. Dit betekent dat ze hun hiërarchie respecteren en ermee overleggen bij de uitvoering van hun project.

In een onderzoek van Rantz in 2010 werd de oprichting van een team voor de verbetering van processen 5 jaar gevolgd. Dit experiment heeft de werkzaamheid aangetoond van opvolging en begeleiding van het personeel. Het heeft ook gewezen op het belang van een zorgdirecteur, maar ook van de aanpak van weerstand tegen verandering. Weerstand tegen verandering was een normale reactie van de teams, maar het verbeteringsteam heeft zijn doel kunnen bereiken door volharding. De opleiding in procedures en klinische normen hebben hen een gemeenschappelijke taal geboden om met hun collega's te delen als ze de veranderingen in de praktijken in de WZC wilde aanbevelen.
De vooruitgang die bij dit onderzoek werd geboekt, bevestigt dat de bestuurspraktijken in de verpleegkundige zorg nieuwe gedragingen kunnen instellen voor de verbetering van de kwaliteit.
Het leiderschap is essentieel voor de verbetering van de kwaliteit in de WZC. In 2011 wijst Castle erop dat een transformationele leiderschapsstijl, zowel bij de administratief directeur als de zorgdirecteur, de zorgkwaliteit bevordert. Met deze leiderschapsstijl "sturen" ze het personeel om zich betrokken te voelen bij de kwaliteit.

HOOFDSTUK 5: **Indicatoren voor de meting van de zorgkwaliteit**

De opvolging van indicatoren is een erkend, relevant instrument voor de verbetering en de opvolging van de zorgkwaliteit. In vele landen werden er initiatieven genomen om opvolgingsindicatoren voor te stellen die kunnen worden gehaald uit de patiëntendossiers alsook instrumenten om te helpen bij audits door de gezondheidsoverheden.
Het gebruik van gemeenschappelijke instrumenten helpt niet enkel om een beter inzicht te krijgen in de eigen instelling, maar ook bij de vergelijking met vergelijkbare instellingen.
Het is echter niet zo makkelijk om relevante indicatoren te vinden die specifiek gericht zijn op de zorgkwaliteit. Sommige kwaliteitsindicatoren zijn immers meer gericht op de verschillen in de kenmerken van patiënten dan op een verschil in de zorgkwaliteit.
De kwaliteitsindicatoren voor verpleegkundige zorg zijn samengesteld uit een meting van een verandering in de gezondheidstoestand waarop de verpleegkundige zorg een directe invloed heeft, in het besef dat andere parameters die inherent zijn aan de patiënt, of aan de zorgcontext, of aan een externe invloed de resultaten kunnen beïnvloeden.
De literatuur stelt verschillende pistes voor bij het opstellen van de lijst van indicatoren op basis van gegevens uit zorgdossiers. Sommige thema's komen echter aan bod in meer dan één instrument voor de verzameling van gegevens. Bovendien zou het voor de beoordeling van de kwaliteit gemeten door een indicator nodig zijn om een “standaard” vast te leggen, wat nog niet vaak het geval is, of om de weerslag na te gaan van een "goed resultaat" voor de ene indicator op een andere indicator, zoals het verband tussen valincidenten en lichamelijke fixatie.

Hieronder geven we een (onvolledige) lijst van de instrumenten uit de literatuur of van auteurs die een lijst van kwaliteitsindicatoren voor woonzorgcentra hebben opgesteld.

RAI-MDS	Resident assessment instrument - Minimum Data Set
OSCAR	Online Survey Certification and Reporting
PSRACS	Public sector residential aged care services resources
OINHQ	Observable Indicators of nursing Home Care Quality Instrument
ACOVE	Assessing Care of Vulnerable Elders quality indicators.
PAQS	Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients
HCI	Humanistic Care Indicators for Residents in Nursing Homes
CQI	Consumer Quality Index
Hyun Shin J. et al.	Nurse Staffing and Quality of Care of Nursing Home Residents in Korea, journal of Nursing scholarship, 2015; 47:6, 555-564
Di Giorgio L. et al.	Is Higher nursing home quality more costly? European journal of health economy, 2016;17:1011-1026
Kieft R et al.	How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study, BMC Health services Research 2014, 14:249
Wimblad U. et al.	Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. BMC Health services research, 2017, 17:487

De hulpmiddelen en vragenlijsten

Observable Indicators of quality

Het instrument “Observable Indicators of Nursing Home Care Quality (OIQ)” wordt sinds het begin van de jaren 2000 ontwikkeld door Rantz et al.. Het instrument omvat 30 indicatoren, bestemd voor onderzoekers, consumenten en regelgevende organismen die de verschillende dimensies van de zorgkwaliteit in de zorginstellingen willen evalueren. Voor elk item zijn er standaardvragen te beantwoorden op een Likert-schaal met 5 punten. Vervolgens wordt elk punt overgenomen op een samenvattend blad dat een overzicht geeft van de kwaliteit in de beoordeelde instelling.

Het instrument evalueert 7 dimensies van de kwaliteit: het personeel, de zorg, de betrokkenheid van de familie, de communicatie, de leefomgeving, het huis en de kosten. Het instrument evalueert de structuur (inclusief leefomgeving, basisbegrippen en geuren) en de procedures (inclusief de zorgverlening, de hygiënezorg, de communicatie tussen personen en de leefomgeving).

Dit instrument is betrouwbaar en heeft een goed onderscheidend vermogen. Hoe hoger de score, hoe beter de kwaliteit. De validiteit van de inhoud werd door een panel van deskundigen als goed beoordeeld. Uit de meting van de interne coherentie bleek een verband tussen elke subschaal en de totale score van het instrument. Dit werd gemeten door een alfa van Cronbach van 0,74 tot 0,93. De interevaluator- en test-retest-betrouwbaarheid zijn aanvaardbaar voor de procedure, de structuur en de totale schalen

gaan respectievelijk van 0,64 tot 0,76 en van 0,75 tot 0,77. Dit toont de stabiliteit van het meetinstrument aan. Het duurt ongeveer 30 minuten om de schaal door te nemen.

PSRACS: public sector residential aged care services

Dit systeem wordt voorgesteld in Australië. Het gaat om kwaliteitsindicatoren in de zorgdiensten aan ouderen in overheidsinstellingen.
Het vraagt om vijf kwaliteitsindicatoren te verzamelen in zorgdomeinen met hoog risico:

- drukwonden
- valincidenten en fracturen
- gebruik van lichamelijke fixatie
- gebruik van negen geneesmiddelen of meer
- onverwacht gewichtsverlies

Het RAI (Resident Assessment Instrument)

De interRAI-samenwerking werd in 1992 opgericht met het oog op de "verzameling van precieze klinische informatie in een gemeenschappelijk formaat voor dienstensectoren en landen die zowel het welzijn van verzwakte personen als een efficiënte en billijke verdeling van hulpmiddelen verbetert" (Fries et al., 2003).
Het interRAI, het evaluatiedossier van de zorgnoden voor een ontvanger, brengt de gegevens bijeen vanuit de klinische praktijk van verschillende zorgactoren om gegevens samen te brengen. De complexiteit van de populaties in de woonzorgcentra betekent dat deze gegevens multidimensionaal moeten zijn en een overzicht moeten bieden voor de persoon.
De informatie kan gebruikt worden voor de planning om de aard en de belasting te bepalen van de zorg- en sociale diensten die nodig zijn, maar kan ook dienen voor de beleidsmakers, financiële organismen en zorg- en dienstverleners.
De gegevens bieden informatie over de praktische modellen en de strategische beslissingen.

In de VS wordt het RAI (Resident Assessment Instrument) gebruikt in de rusthuizen voor de multidimensionale evaluatie van alle bewoners. Het instrument registreert informatie in 200 tot 300 vragen, verdeeld over 21 rubrieken, en omvat instrumenten voor gestandaardiseerde evaluatie die een gestructureerde registratie mogelijk maken van de informatie over een persoon. Deze schalen meten bijvoorbeeld de fysieke vermogens (activiteiten van het dagelijkse leven of ADL), de cognitieve stoornissen en de levenskwaliteit. Andere elementen en administratieve gegevens vullen de informatie aan. De evaluatie met dit instrument helpt om sterke punten, noden en mogelijke risico's van

bewoners te detecteren om de planning en de individuele opvolging van de verstrekte zorg te begeleiden. Dit instrument is interessant omdat een de registratie van de gegevens een waarschuwingstabel oplevert. Deze duidt probleemsituaties aan waar de verpleegkundige kan ingrijpen in situaties die een probleem zouden kunnen vormen.
Het gebruik van het instrument is niet alleen nuttig voor de evaluatie van de bewoner en voor zijn rol in de financiering, het is verplicht in de programma's van Medicare/Medimaid.
Hoewel het RAI-MDS aanvankelijk niet werd ontworpen als meetinstrument voor kwaliteit, kunnen de activiteiten ermee opgevolgd worden en dit levert klinische indicatoren op voor de zorgkwaliteit op individueel niveau en op het niveau van de instelling. De gegevens, ook minimale dataset (MDS) genoemd, worden gebruikt voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren via algoritmes en de kruising van gegevens om betrouwbare informatie te verkrijgen over het profiel van de bewoners en over de zorgkwaliteit in elk van de instellingen. De gegevens worden verzameld bij de opname, en dan regelmatig opnieuw bij een belangrijke verandering in de gezondheidstoestand van de bewoner.
Dankzij het werk van Zimmerman en zijn collega's konden er aan de hand van de gegevens die in het InterRAI werden ingevoerd, 24 indicatoren worden samengesteld die de zorgkwaliteit weerspiegelen in de instellingen op 11 werkdomeinen. Sommige indicatoren, zoals bedlegerigheid, worden berekend in functie van hun prevalentie, terwijl andere worden berekend in functie van hun incidentie. De indicatoren zijn geen absolute metingen van de kwaliteit, maar zijn merkers van de zorgpraktijken. Zo bieden ze een uniek instrument voor de vergelijkende meting van de kwaliteit van de huizen voor verpleegkundige zorg op verschillende zorgdomeinen.
De gegevens over de kwaliteit van de instellingen worden op internet gepubliceerd om de consumenten en de zorgverleners inzage te verschaffen in deze metingen.

De bewijzen van de validiteit en de betrouwbaarheid van de kwaliteitsindicatoren van het RAI-MDS zijn gemengd (systematisch overzicht van Hutchinson, 2010). Zo getuigen sommige studies van een goede betrouwbaarheid en validiteit, terwijl andere wijzen op de mogelijkheid van een systematische scheeftrekking (bias) met een onderrapportage van sommige problemen zoals pijn, valincidenten en depressie en de overrapportage van andere, zoals de prevalentie van urineweginfecties. Er is aanvullend onderzoek nodig om de validiteit van deze kwaliteitsindicatoren te bevestigen.
Het is echter aan te bevelen om de indicatoren te gebruiken om de mogelijke kwaliteitsproblemen op te sporen, de reikwijdte en weerslag ervan te analyseren, verbetering in gang te zetten, de reactie op initiatieven op vlak van kwaliteit te volgen en de prestatie van de invoering ervan te vergelijken met regionale, provinciale en nationale gemiddelden.

Volgens Hjaltadottir zijn tien van de kwaliteitsindicatoren ontwikkeld door Zimmerman et al. aan de hand van de MDS gevoeliger gebleken dan andere voor de classificatie van instellingen als goed, middelmatig of slecht:

- valincidenten;
- depressie;
- depressie zonder behandeling;
- gebruik van meer dan 9 verschillende geneesmiddelen;
- urineweginfecties;
- gewichtsverlies;
- uitdroging;
- bedlegerigheid;
- vermindering van de activiteiten van het dagelijkse leven;
- drukwonden in stadium 1-4.

Uit de studies is gebleken dat de kwaliteitsindicatoren van de MDS valabele kwaliteitsmerkers zijn, met een grote nauwkeurigheid en betrouwbaarheid, stabiel over een korte periode. In andere studies werd benadrukt dat de betrouwbaarheid en de validiteit van de tests van kwaliteitsindicatoren beperkt zijn en dat voorzichtigheid dus geboden is bij de interpretatie.

In vele landen ging de invoering van MDS-RAI in de instellingen voor chronische zorg gepaard met meetbare verbeteringen in de zorgkwaliteit, vooral wanneer de afgeleide kwaliteitsindicatoren van het instrument werden geregistreerd. Er zijn verschillende varianten van dit instrument die aangepast kunnen worden aan het type populatie. Tot nu toe werden de evaluatie-instrumenten uitgewerkt voor: acute zorg, post-acute zorg, extramurale gezondheid, thuiszorg, instellingen voor langdurige zorg, psychiatrische noodscreening, psychiatrische zorg in ziekenhuizen en extramuraal, palliatieve zorg, …
Het RAI is een dynamisch meetinstrument dat regelmatig wordt bijgewerkt en een momentopname voor de zorgvrager mogelijk maakt, maar ook richtlijnen, protocollen, waarschuwingen en dergelijke biedt (Dellefield). Dit instrument is niet enkel meer beperkt tot de VS en kent een expansie in sommige Europese landen via de interRAI-samenwerking, die in 1992 werd opgericht met een visie van "verzameling van precieze klinische inlichtingen in een gemeenschappelijk formaat in de dienstensectoren in landen om zowel het welzijn van verzwakte personen als de efficiënte en billijke verdeling van hulpmiddelen te verbeteren" (Fries et al., 2003).

België heeft ook gekozen voor het RAI (BelRAI in België) om de dienstverleners en bewoners een krachtig digitaal instrument te bieden dat ook een aangepast verzorgingsplan biedt en in staat zou zijn zich aan te passen aan verschillende zorgcontexten. Het BelRAI is momenteel beschikbaar in de varianten "Home Care (HC)", "Long Term Care Facilities (LTCF)", "Acute Care" (AC), "Palliative Care" (PC), Mental Health (MH) en "Community Mental Health" (CMH).

Het BelRAI biedt ook vereenvoudigde versies die "screeners" genoemd worden voor de snelle evaluatie van de betrokkenen.
In de Duitstalige Gemeenschap vervangt de BelRAI-screener de schaal van Katz voor de indeling in categorieën van bewoners bij de opname in een WZC. Deze evaluatie wordt ingesteld door de Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben. Op termijn moeten de WZC het BelRAI invoeren voor alle bewoners, maar het ministerie staat toe dat dit geleidelijk gebeurt. De opleiding van het personeel is eind 2019 gestart.

Online Survey and Certification and Reporting System (OSCAR)

Het onlinerapport (OSCAR) is een netwerk van gegevens in de VS dat wordt beheerd door de diensten Medicare en Medicaid. Het gaat om de extractie van de gegevens die zijn verzameld tijdens de inspectiebevraging in de zorginstellingen. De meeste van de verzamelde gegevens komen uit de Minimum Data Set Assessment (MDS), die worden gehaald uit de dossiers van de bewoners, waaraan aanvullende gegevens zijn gekoppeld die te maken hebben met de structuur van de WZC.

Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)

Dit is een geheel van kwaliteitsindicatoren waarmee de zorg aan kwetsbare ouderen geëvalueerd kan worden en waarmee zorgdomeinen kunnen worden geïdentificeerd die voor verbetering vatbaar zijn. De voorgestelde indicatoren zijn echter niet specifiek voor woonzorgcentra.
De door het project voorgestelde indicatoren zijn met de tijd geëvolueerd en aangepast in functie van de medische toestand van de bewoner. Versie 3 van het project biedt meer dan 392 indicatoren voor 26 zorgomstandigheden.

Humanistic Care Indicators for Residents in Nursing Homes (HCI)

Dit is een lijst van indicatoren van menselijke zorg die tot stand is gekomen dankzij een consensus van 23 deskundigen via een Delphi-techniek voor de ontwikkeling van deze instrumenten. Er worden 44 indicatoren voorgesteld, gegroepeerd in 8 onderdelen: een leefbare omgeving, holistische zorg, empathie, individuele zorg, autonomie, deelname aan de besluitname, gepast gebruik van hulpmiddelen en de serieuze evaluatie van de meningen van cliënten.

Consumer Quality Index (CQI)

Dit instrument is een vragenlijst, bestemd voor de patiënt, waarin deze zijn standpunt kan geven over de zorgkwaliteit. Het instrument wordt in meerdere landen aangeboden en wordt met name in Nederland gebruikt om de cliënt een stem te geven.
Het instrument in de specifieke versie voor langdurige zorg omvat de informatie betreffende het welzijn van de persoon, de kwaliteit van de maaltijden, de kwaliteit en de veiligheid van de verstrekte zorg door het zorgpersoneel, het respect, de betrouwbaarheid van de

zorgverleners, de levensomstandigheden in de instelling, de kwaliteit van de organisatie, het geestelijke welzijn en de deelname aan sociale activiteiten.

De lijst opgesteld door het PAQS

Het Platform voor de continue verbetering van de zorgkwaliteit en van de veiligheid van de patiënten (PAQS) heeft een set van kwaliteitsindicatoren voorgesteld in het kader van maatregelen ter verbetering van de kwaliteit en de veiligheid in de gezondheidszorginstellingen in Brussel en in Wallonië. Deze is gebaseerd op de set die wordt voorgesteld door "Welzijn, volksgezondheid en gezin", het resultaat van een onderzoek gecoördineerd door LUCAS KULeuven.

De geselecteerde kwaliteitsindicatoren voor zorg en veiligheid zijn: de prevalentie van drukwonden, onvrijwillig gewichtsverlies, valincidenten, fysieke fixatie, incidenten als gevolg van geneesmiddelen, de inenting van het personeel tegen de griep, het gebruik van geneesmiddelen, het sterftecijfer en het zorgplan bij het levenseinde. Deze lijst wordt aangevuld met indicatoren van zorgbeoefenaars en -organisaties zoals het absenteïsmecijfer, het verloop, de opleiding en de inzet van vrijwilligers.

De indicatoren voorgesteld door auteurs

Naast de eerder genoemde instrumenten hebben de auteurs het gebruik voor van precieze indicatoren beperkt tot een bijzondere context.

Zo stelt Stefanacci in 2016 een lijst voor de meting van de kwaliteit voor, zowel voor de lang als kort verblijvende bewoners. Hij stelt de registratie voor van de volgende indicatoren:

- Het percentage bewoners in "kortverblijf" die met succes ontslagen zijn uit het ziekenhuis;
- Het percentage personen die opnieuw in het ziekenhuis opgenomen zijn na een opname in een WZC;
- Het percentage bewoners met in "kortverblijf" die naar de spoeddienst gegaan zijn sinds hun opname;
- Het percentage bewoners in "langdurig verblijf" die een anxiolyticum of een hypnoticum gebruiken;
- Het percentage bewoners in "kortverblijf" voor wie de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) verbeterd zijn;
- Het percentage bewoners in "langdurig verblijf" bij wie het vermogen om zelfstandig te bewegen achteruitgegaan is;

Een andere auteur, Shin (2015), stelt de volgende indicatoren voor:

- Prevalentie van bewoners die in laatste drie maanden zijn gevallen of uitgegleden;
- Prevalentie van bewoners met drukwonden;
- Prevalentie van bewoners met agressief gedrag;
- Percentage bewoners met depressie;
- Percentage bewoners met een cognitieve achteruitgang;

- Percentage bewoners met incontinentie (urinair of fecaal);
- Percentage bewoners aan wie antibiotica is voorgeschreven wegens urineweginfectie;
- Percentage bewoners die meer dan 5% in één maand of 10% in de 6 laatste maanden zijn afgevallen;
- Percentage bewoners met uitdroging;
- Percentage bewoners dat gevoed wordt met een maagsonde;
- Percentage bedlegerige bewoners;
- Percentage bewoners die meer hulp nodig hebben bij de activiteiten van het dagelijks leven;
- Percentage bewoners voor wie de bewegingsruimte verminderd is,
- Percentage bewoners die antidepressiva of slaapmiddelen voorgeschreven hebben gekregen;
- Percentage bewoners die gefixeerd waren.

Di Giorgio (2016) stelt op zijn beurt een reeks indicatoren voor die berusten op de structuur van Donabedian, waaraan hij een specifieke categorie toevoegt die specifiek is voor de "stem van de cliënt":

- **Structuur**: grootte van de kamer, uitrusting, niveau van het personeel
- **Proces**: informatie verkregen van het personeel, foutenpercentage, kwaliteitsindicatoren van RAI
- **Resultaten**: percentage overlijdens, ziekenhuisopname en kwaliteitsindicatoren volgens het RAI
- **Stem van de cliënt**: tevredenheid van de bewoner; tevredenheid van de familie; melding van tekorten

Kieft (2014) stelt elementen voor zoals de evaluatie van de deelname aan beslissingen en het respect voor de voorkeuren van de cliënt; duidelijke en bevattelijke informatie en ondersteuning voor de realisatie van zelf beheerde zorg; emotionele ondersteuning, empathie en respect; een snelle toegang tot betrouwbare gezondheidsadviezen; doeltreffendheid van de behandeling; antwoord op fysieke en omgevingsnoden; betrekking en ondersteuning van de familie en mantelzorgers; continuïteit van zorg en geleidelijke overgangen.

Wimblad (2017) stelt indicatoren voor in functie van de structuur of van de procedure.
Voor de structurele elementen noemt hij de volgende elementen: het aantal werknemers per bewoner; het personeelsverloop, de competenties van het personeel, de verleende diensten, …
Voor de proceselementen beveelt hij een actualisering aan van het zorgplan, inspraak van de bewoner in zijn zorgplan, herzieningen van medicatie, evaluatie van valincidenten, evaluatie van drukwonden en evaluatie van ondervoeding.

De verschillende in de literatuur genoemde instrumenten werken met verschillende indicatoren, hoewel een groot aantal indicatoren vergelijkbaar zijn. In onderstaande tabel staan de verschillende thema's die worden behandeld door de verschillende auteurs alsook de indicatoren voorgesteld in het KB van 2004.

Tabel **2: Analyse van de indicatoren voorgesteld door de hulpmiddelen en auteurs**

	RAI-MDS2	OSCAR	Hyun Shin	PSRACS	Di giorgio	Kieft	HCI, Lee et al.	Wimblad	CQI	OINHQ	Welzijn, volksezondheid and gezin (relayé par PAQS)	A.R. 21 septembre 2004
Problèmes de santé												
Troubles du comportement	X											
Dépression/anxiété	X		X									
Déclin cognitif	X		X									
Déclin de la communication	X											
Délirium	X	X										
Comportement agressif			X									
Bien être mental									X			
Incontinence urinaire	X	X	X									X
Incontinence fécale	X	X	X									
Chute	X		X	X				X			X	X
Infection du système urinaire	X	X	X									
BPCO	X											
Pneumonie	X											
Septicémie	X											
MST	X											
Hépatite virale	X											
Infections nosocomiales												X
Alimentation par sonde	X		X									
Perte de poids / BMI bas	X		X	X				X	X		X	
Douleur	X	X										
Escarre	X	X	X	X				X			X	X
Brûlures, plaies ou coupures	X											
Déshydratation			X		X							
Accident / fracture				X								
Fécalome					X							
Soins du corps									X			
Traitement et procédure												
Alitement / pas / peu d'activité	X	X	X									
Antipsychotique sans diagnostic de psychose	X											
Antidépresseur	X		X									
Médicaments pour dormir			X									
Vaccination grippe	X											
SV	X	X										
Contention physique/isolement	X	X	X	X	X				X		X	X
Antibiotique			X									
Nombre de médicaments				X							X	
Aide pour le « grooming » et les AVJ										X		
Communication appropriée										X		

	RAI-MDS2	OSCAR	Hyun Shin	PSRACS	Di giorgio	Kieft	HCI, Lee et al.	Wimblad	CQI	OINHQ	Welzijn, volksezondheid and gezin (relayé par PAQS)	A.R. 21 septembre 2004
Fonction physique												
Déclin ADL	X	X	X						X			
Activité locomotrice	X	X							X			
Structure												
Environnement physique (équipement, luminosité, taille des chambres, ...)					X	X	X		X	X		
Niveau de staff (nombre d' employé/résident, qualification, ...)					X			X	X			
Staffing information					X				X			
Taux d'erreur					X							
Absence pour maladie de courte durée											X	
Personnel vacciné contre la grippe											X	
Turn-Over											X	
Présence de bénévoles											X	
Patient partenaire												
Satisfaction du résident					X		X		X			
Satisfaction de la famille					X		X					
Partenariat avec le patient/ la famille						X	X			X		
Information pour le self care						X			X			
Support émotionnel respect, empathie						X	X		X	X		
Plan de soins de fin de vie											X	
Outcome divers												
Taux de mortalité					X						X	
Taux d'hospitalisation					X							
Accès facilité vers les structures de soins						X						
Continuité des soins						X						
Appropriation des soins							X		X			
Revue des médicaments								X			X	

Bij de studie van deze tabel merken we opdat sommige indicatoren vaker geciteerd worden door de verschillende auteurs dan andere. Thema's zoals valincidenten, lichamelijke fixatie, preventie van drukwonden, gewichtsverlies of de vermindering van de activiteiten van het dagelijks leven zijn immers wel sterk gedocumenteerd.

Lichaamsbeweging is uitstekend voor de preventie van valincidenten, maar ook voor de verbetering van de lichamelijke gezondheid, van het mentale functioneren en de preventie van achteruitgang bij dementerende personen.

Mentale oefeningen dragen ook bij aan het behoud van het functioneren en verbeteren de levenskwaliteit van de bewoners.

De opvolging van deze indicatoren is wel voor enige kritiek vatbaar. Als we bijvoorbeeld alleen rekening houden met de prevalentie van valincidenten, zien we dat sommige

bewoners vaak vallen, maar dat, gezien hun gezondheidstoestand, de valincidenten moeilijk te voorkomen zijn. Anderzijds kan er enige verwarring over de zorgkwaliteit ontstaan als we deze indicatoren volgen zonder ze te bekijken ten opzichte van andere indicatoren. Lichamelijke en soms chemische fixatie is ondoeltreffend, onveilig en een schending van de mensenrechten, maar wordt toch regelmatig toegepast ter preventie van valincidenten. Er zijn dus meerdere verklaringen mogelijk voor de resultaten.

Het is dus niet nuttig om alleen aandacht te besteden aan de resultaten van slechts één indicator, ze moeten samen als geheel bestudeerd worden, zowel de resultaten als de structuren of de processen.
Uit een ander voorbeeld van Van Nie et al. blijkt het belang van structurele indicatoren in de voedingszorg en de invloed van de registratie ervan op de prevalentie van ondervoeding.
Zo kan de prevalentie van ondervoeding bijvoorbeeld een meetbaar resultaat zijn, maar het gebruik van richtlijnen, de aanwezigheid van een team voor voedingsadvies, voorlichting over gezondheid (patiënt en gezondheidszorgverstrekkers), screening, het registratiebeleid, zijn structurele en procesindicatoren die betrokken zijn bij de kwaliteit van voedingszorg.

Complexe en multifactoriële ingrepen zijn de referentie voor de preventie van ongewenste voorvallen, met name waanzin, urine-incontinentie en valincidenten bij ouderen. Door hun multifactoriële aard kan de literatuur echter geen bewijzen aanleveren van de werkzaamheid van de ingrepen. Er moet ook rekening gehouden worden met andere elementen zoals het pijnbeheer voor het welzijn, maar ook de fysieke omgeving, de ruimte in de vertrekken, het comfort, het thuisgevoel, een structuurindicator die steeds meer gedocumenteerd lijkt te worden.

Elektronisch dossier

Elektronische informatiesystemen worden aangeduid om te waken over de zorgverlening, de voeding, het beheer van de zorg aan de patiënt alsook de administratieve en financiële aspecten. Ze lijken geschikt voor de meting van de efficiëntie van de zorg in de ROB, vooral als ze helpen bij de verzameling van dagelijkse informatie. Hoewel klinische informatiesystemen steeds meer gebruikt worden in de WZC, worden de nuttige gegevens of parameters voor de evaluatie van de zorgkwaliteit of voor de hulp bij klinisch onderbouwde beslissingen niet noodzakelijk geëxtraheerd. In hun onderzoek hebben Rantz et al. (2010) de gunstige effecten van elektronische dossiers aangetoond. Informatica aan het bed is doeltreffend voor de invoering van gegevens over de directe zorg aan de patiënt, maar ook voor de raadpleging van gidsen over goede praktijken. De consultatie van het dossier verloopt doeltreffender dan bij het gebruik van een papieren dossier. Er werd een gunstige trend gedetecteerd in het levensniveau voor de ADL, de amplitude van de bewegingen en drukwonden met hoog risico. De invoering van een elektronisch dossier verhoogt echter de werkingskosten.

Rantz (2011) geeft aan dat er dan wel een betere communicatie mogelijk is tussen de verpleegkundigen en de artsen. De informatie in het dossier is ook duidelijker en bevattelijker voor de verpleegkundigen. Dit instrument lijkt gunstig voor de zorgkwaliteit.

Kwaliteit en kost

Door een onderzoek van Di Giorgio (2016) in Zwitserland kon het verband tussen de kosten en de kwaliteit geëvalueerd worden. Algemeen wordt er een verband verwacht tussen de kosten en de kwaliteit, maar de toestand blijkt toch heel wat ingewikkelder te zijn. Er kunnen weliswaar hogere kwaliteitsniveaus bereikt worden met structurele en procedurele verbeteringen, zoals de aanwerving van duurder materiaal of de tewerkstelling van aanvullend personeel, maar omgekeerd kan een verbetering van de procedures ook een verhoging van de kosten inhouden, of de toepassing van preventieve maatregelen voor ongewenste voorvallen kan kosten verlagen. Het is een risico om het kostenaspect te koppelen aan unieke kwaliteitsindicatoren zonder rekening te houden met het verband tussen de verschillende kwaliteitsdimensies.

Er wordt geregeld verondersteld dat de zorgkosten recht evenredig zijn met de zorgkwaliteit. Daarom bestaan er analyses die het verband onderzoeken tussen de zorgkwaliteit en de kosten in de WZC.
Augurzky et al. (2010) hebben echter het verband onderzocht van het zorgaanbod van goede kwaliteit in de dure rusthuizen in Duitsland. Ze hebben vastgesteld dat hogere prijzen meer verband houden met de structurele omstandigheden dan met de zorgkwaliteit.

Doelstellingen vastleggen

Zoals in zo veel gevallen kan men met doelstellingen een streefresultaat bepalen en dit helpt om bijsturende maatregelen te treffen. Baier et al. berichtten in 2008 over het gebruik van het registratie-instrument STAR (Nursing Home Setting Targets-Achieving Results), dat werd opgezet om de leidinggevenden in woonzorgcentra de mogelijkheid te bieden om het personeel voor te lichten over de eenvoud en het belang van prestatiedoelstellingen. Deze doelstelling wordt de standaard van de zorgpraktijk in de woonzorgcentra. Uit het onderzoek blijkt een relatief grotere verbetering bij de verpleegkundigen. Zo zijn er bijvoorbeeld twee doelgroepen:
(1) het aandeel langdurige bewoners die dagelijks een matige fixatie ondergaan;
(2) het aandeel langdurige bewoners die een hoog risico op drukwonden vertonen.

De instellingen die zichzelf doelstellingen volgens STAR hebben opgelegd voor deze twee doelwitten, hebben betere resultaten bereikt dan zij die dat niet hebben gedaan. Hoewel de absolute verbetering relatief gering is (minder dan 1% voor elke kwaliteitsmeting) kan het aantal bewoners dat er baat bij heeft wel groter zijn naar gelang de omvang van de

instelling. De auteurs concluderen dat als de doelstellingen volgens STAR systematisch zouden worden opgenomen in de praktijk en dit niveau van verbetering door alle rusthuizen van de Verenigde Staten bereikt zou worden, op één jaar ongeveer 45.000 bewoners betere resultaten zouden ondervinden voor drukwonden en lichamelijke fixatie.

De inwonende partner

De zorgkwaliteit die de bewoner percipieert hangt af van zijn ervaring met het zorgpersoneel. Om de gewaarwording van de patiënten op het vlak van zorgkwaliteit te verbeteren, is het nodig om de manier te begrijpen waarop het werk van de zorgkundigen en hun werkomgeving bijdragen tot een positieve ervaring bij de patiënten.
In tal van studies werd geanalyseerd wat patiënten essentieel vinden in de gezondheidzorg. We citeren bijvoorbeeld een onderzoek van het Picker Institute Europe dat acht algemene aspecten van kwaliteit aan het licht heeft gebracht (gelezen in Kieft et al.):

De betrokkenheid van de bewoner bij beslissingen en het respect voor zijn voorkeuren
Duidelijke en bevattelijke informatie en ondersteuning bij de persoonlijke zorg
Affectieve ondersteuning, empathie en respect
Snelle toegang tot betrouwbare gezondheidsadviezen
Een doeltreffende behandeling
Aandacht voor de fysieke en omgevingsnoden
Betrokkenheid en ondersteuning van de familie en de mantelzorgers
Continuïteit van de zorg en geleidelijke overgangen

Volgens Cohen Mansfield (2012) voelen de families zich niet betrokken en worden ze slecht geïnformeerd, terwijl de betrokkenheid van de bewoner en zijn familie in het veranderingsproject essentieel blijkt te zijn.
De organisaties voor langdurige zorg die systematisch de ervaring van de cliënten in hun kwaliteitssysteem integreren zijn actiever bezig met de verbetering van de kwaliteit.

Het "thuisgevoel".

Het thuisgevoel is zeer belangrijk bij de opname in een instelling omdat de nieuwe leefomgeving het thuis vervangt. In deze leefomgeving moeten zorgverleners, bewoners en familieleden/naasten van de bewoners samenleven. Elk ziet de omgeving als een leefomgeving, een werkomgeving of een plaats om bezoek te ontvangen (Van Hoof, 2016).
Volgens een overzicht van Rijnaard et al. (2012), geciteerd door van Hoof, beïnvloeden 15 factoren het "thuisgevoel". Deze factoren zijn als volgt ingedeeld:

- Psychologische factoren: waaronder het behoud van gewoonten en waarden, autonomie, controle en coping;

- Sociale factoren: interacties, de relaties met het team, de andere bewoners, de familie en de vrienden, de huisdieren maar ook de verschillende georganiseerde activiteiten;
- De omgeving: o.a. privéruimtes, semiprivéruimtes, persoonlijke voorwerpen, technologie, de aanleg van de buitenomgeving en de geografische ligging van het huis.

Het kwalitatieve onderzoek van Van Hoof heeft de volgende punten belicht:

- Vertrouwde binneninrichting
- Maaltijden: voedsel, drank, sfeer
- Behoud van autonomie en controle
- Nabijheid van vrienden /familie/naasten
- Engagement ten opzichte van de andere bewoners /activiteiten
- De zorgkwaliteit
- De band met de natuur
- De aangeboden diensten
- Belangrijk gevonden worden /erkend worden

Inrichtingen van het type "Green House" bieden een alternatieve woonomgeving voor dementerende bewoners in de Verenigde Staten. In het Green House-model wonen tien tot twaalf bewoners in een zelfstandige residentie die opgezet is als een privéwoning. Dit soort gespecialiseerde modellen biedt over het algemeen meer directe zorgtijd aan de bewoners.

De perceptie van de zorgverleners over de zorgkwaliteit

Behalve de informatie die direct uit de zorgrapportering te halen valt, telt ook de mening van de zorgkundigen, de voornaamste verstrekkers van zorg aan de bewoners, en die van de cliënt, d.w.z. de bewoner en zijn familie over de kwaliteit van de verstrekte zorg.

Een onderzoek door Cohen-Mansfield en zijn medewerkers (2012) heeft de percepties geëvalueerd van de artsen, psychologen en verpleegkundigen over de zorg in hun instellingen, alsook de nodige strategieën om de zorg te verbeteren.
Uit dit onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen de zorgkwaliteit hoger inschatten dan de ontvangers van die zorg. De artsen hebben dan weer een lagere dunk van de geboden kwaliteit dan de ontvangers ervan. Ondanks hun verschillende perceptie zijn alle zorgverleners zijn het er echter over eens dat de zorg beter moet.
De studie van Cohen combineert de antwoorden van de groepen en stelt vast dat de perceptie van de zorg gericht is op de cultuur van de instelling., De categorieën "behandeling van eerstelijnspersoneel" en "interacties met de families" worden beschouwd als de twee

belangrijkste zorgcategorieën die moeten worden verbeterd. De opleiding en vorming van het personeel alsook de personeelsbezetting en de samenstelling van de competenties waren de volgende belangrijke elementen.
De strategieën die het belangrijkst geacht worden voor de verbetering van de zorg omvatten:

- ✓ Respect;
- ✓ De ondersteuning en de zorg voor het personeel in de eerste lijn;
- ✓ De verhoging van de personeelsbezetting;
- ✓ De machtiging van de zorgkundigen en hen betrekken bij de zorgplanning;
- ✓ Een betere opleiding van het verplegend personeel;
- ✓ Meer gevarieerde en beter aangepaste recreatieve activiteiten aan de noden van de bewoners.

Een ander onderzoek waarin Murphy et al. 2007 ook de perceptie van verpleegkundigen betreffende de zorgkwaliteit bestudeerden, wijst zes factoren aan die de kwaliteit bevorderen:

- ✓ De bevordering van de autonomie en de onafhankelijkheid van de persoon;
- ✓ Het "thuisgevoel" van de omgeving;
- ✓ Een holistische zorg gericht op de persoon;
- ✓ Een goede kennis van de competenties van het personeel;
- ✓ Kennis van de persoon;
- ✓ Multidisciplinaire hulpmiddelen.

Drie factoren halen daarentegen de kwaliteit omlaag:

- ➔ Gebrek aan tijd en keuze;
- ➔ Weerstand tegen verandering;
- ➔ Routine.

In hun literatuuroverzicht hebben Ryan et al. (2017) aangetoond dat de beoefenaars zelf het vaakst verwijzen naar een goede samenwerking. Omgekeerd wordt een gebrek aan samenwerking aangeduid als een gebrek aan kwaliteit. De hulpmiddelen (o.a. uitrusting, personeel) zijn elementen die de verpleegkundigen aanhalen om de kwaliteit te verklaren. Andere aspecten zoals leiderschap van de verantwoordelijke worden ook aangehaald, evenals de werkoverlast. De verpleegkundigen geven aan dat als ze overbelast zijn, dit zich uit in de zorgkwaliteit: ze zijn meer gestrest en werken hun taken minder goed af.
Het overzicht duidt ook aan dat de werkomgeving en de persoonlijke relaties voorspellende factoren zijn voor de kwaliteit. Dit alles is samen te vatten in 4 thema's:

- ✓ duidelijkheid in de verwachtingen, zoals we zien in een doeltreffende communicatie en leiderschapsstijl;

- ✓ beschikbaarheid van hulpmiddelen om het werk correct uit te voeren, in een aangepaste bezetting, met hulpmiddelen en stiptheid in de vervulling van de taken;
- ✓ een werkcultuur die professionalisme vereist, zorg op basis van relaties en een gunstige omgeving;
- ✓ positieve klinische resultaten

Samenvattende lijst van de indicatoren uit de literatuur

Op basis van al deze lectuur werd er een lijst van indicatoren opgesteld. Deze lijst bevat de voorstellen van de verschillende auteurs, georganiseerd in functie van de structurering van Donabedian. Deze basislijst wordt dan voorgesteld aan een groep deskundigen voor de selectie van de nodige en nuttige indicatoren voor de praktijk in de WZC in België.

Tabel **3: Samenvattende lijst van de indicatoren uit de literatuur**

Section A	Problèmes de santé		
1	Troubles du comportement	Structure	
		Processus	Conformité à la norme: «Les besoins des résidents ayant des comportements difficiles sont gérés efficacement»
		Résultat	Proportion de résidents présentant des symptômes comportementaux affectant les autres (comportement verbalement abusif, abusif physiquement ou socialement inapproprié / perturbateur) lors de la dernière évaluation
2	Dépression/anxiete	Structure	Le personnel est formé à la gstion des troubles anxieux
		Processus	Un plan de soins personnalisé est mis en place pour le résident dépressif
		Résultat	Proportion de résident avec des symptomes de dépression non traité
		Résultat	Proportion de résident avec une presciption d'anti-depresseur /anxiolytiques
3	Déclin cognitif	Structure	
		Processus	Evaluation régulière des fonctions cognitive à l'aide d'un instrument de mesure
		Résultat	Proportion de résident présentant des troubles cognitifs (prévalence)
			Proportion de résident présentant une perte des fonction cognitive depuis la dernière évaluation (incidence)
4	Déclin de la communication	Structure	
		Processus	
		Résultat	
5	Délirium	Structure	
		Processus	Evaluation à l'aide d'un instrument de mesure
		Résultat	
6	Comportement aggressif	Structure	
		Processus	
		Résultat	
7	Bien être mental	Structure	
		Processus	
		Résultat	Proportion de résidents dont les scores de l'échelle de l'humeur sont supérieurs à l'évaluation la plus récente
8	Incontinence urinaire	Structure	
		Processus	
		Résultat	Proportion des resident présentant régulièrement de l'incontinence (à l'exception des patient avec SV, stomie, état comateux, ...)
9	Incontinence fécale	Structure	
		Processus	Il existe un programme de surveillance des selles
		Résultat	Proportion des resident présentant régulièrement de l'incontinence fécale (à l'exception des patient stomie)
10	Chute	Structure	
		Processus	Il existe une évaluation systématique de l'équilibre et du risque de chute chez le résident
		Résultat	Pourcentage de résident ayant fait une chute les 30 derniers jours.
		Résultat	incidence des nouvelles fractures (depuis le dernier enregistrement)
11	Infection Urinaire	Résultat	Mesure de prévalence
12	BPCO	Résultat	Mesure de prévalence
13	Pneumonie	Résultat	Mesure de prévalence
14	Septicemie	Résultat	Mesure de prévalence
15	MST	Résultat	Mesure de prévalence
16	UTI	Résultat	Mesure de prévalence
17	Hepatite virale	Résultat	Mesure de prévalence
18	Infection nosocomiales	Structure	
		Processus	Il existe une politique de prévention des infections
		Résultat	Incidence des infections nosocomiales dans l'institution

Section A	**Problèmes de santé**		
19	Alimentation par sonde	Résultat	Proportion de resident avec une alimentation par sonde
20	Perte de poids / BMI bas	Structure	Présence de matériel de pesée adapté au résident (pesons, balance calibrée, …)
		Processus	Durée entre deux mesures de poids
		Résultats	Proportion de patient ayant perdu plus d e10 % de leur poids corporel en déans les six derniers mois
21	Douleur	Structure	
		Processus	Evaluation régulière de la douleur à l'aide d'outils scientifiquement validé
		Résultats	Proportion de résident douloureux malgrès un traitement médicamenteux
22	Escarre	Structure	Présence de matériel de prévention (matelas alternant, coussins, …)
		Processus	Il existe une procédure de prévention des escarres
		Processus	scientifiquement
		Résultats	Proportion de résident avec une escarre de gravité x.
		Résultats	Proportion de résident avec escarre acquis au sein de l'établissement
23	Brûlure, plaies ou coupures	Structure	
		Résultats	Nombre de patient ayant eu un accident ayant pour conséquence une plaies (hors plaies de pression), une coupure ou une brûlure
24	Déshydratation	Résultats	Proportion de résident ayant souffert de déshydratation depuis la dernière évaluation
25	Accident / fracture	Réultats	Nombre de patient ayant eu un accident ayant pour conséquence une fracture
26	Fecalome	Résultats	Prévalence de résident avec fecalome
Section B	**Traitement et procédure**		
1	Alitement / pas / peu d'activité	Résultats	Proportion de résident qui n'ont pas ou peu d'activité (à l'exclusion des patients comateux)
		Résultats	Proportion de résident qui passe plus de 90 % de leur temps au lit ou sur une chaise (à l'exclusion des patient comateux)
2	Antipsychotique		
3	Antidépresseur	Résultats	Proportion des patients pour lesquels une prescription d'antidépresseur est réalisée
4	Mdcts pour dormir	Résultats	Proportion de résident avec prescription de somnifères
5	Vaccination grippe	Résultats	proportion de patient vacciné
6	Sonde vésicale	Résultats	Proportion de résident porteur d'une sonde vésicale
7	Contention physique/isolement	Résultats	Nombre de patient subissant systématiquement une mesure de contention physique
8	Antibiotique	Résultats	Prévalence des patients avec une prescription d'AB
9	Nombre de médicaments	Structure	
		Processus	Une révision systématique du traitement est réalisée avec le médecin traitant
		Résultats	
10	Aide pour le grooming et les AVJ	Structure	
		Processus	
		Résultats	
11	Communication appropriée	Structure	
		Prcessus	
		Résultats	
12	Alimentation	Structure	Pourcentage de conformité à la norme: "les repas sont pris dans un cadre agréable et à des horaires flexibles".
		Processus	alimentaire varié, attrayant, sain et nutritif, adapté aux besoins individuels évalués et consignés"
		Processus	Les besoins nutitionnels des résidents sont régulièrement évalués
		Résultats	Incidence de la dénutrition dans l'institution
Section C	**Fonction physique**		
1	Declin ADL	structure	
		Processus	% de conformité à la norme: " Les services offerts permettent de répondre aux besoins de santé du résident (soins d'hygiène, hygiène buccale, nutrition, mobilisation, …) "
		Résultat	
2	Activité locomotrice	Structure	
		Processus	
		Résultat	Des niveaux optimaux de mobilité et de dextérité sont atteints pour tous les résidents

Section D	Architecture et encadrement en personnel		
1	Environnement physique	Structure	
2	Niveau de staff (nb/resident,	Structure	Nombre infirmière / patient
		Structure	Pourcentage de personnel avec une qualification complémentaire (ref demence, G, pallia, …)
		Structure	Ratio infi / AS
		Structure	Ratio soignant (infi et AS) / autre personnel (animateur, para, …)
3	Staffing information	Processus	Des réunion du staff sont organisées régulièrement
4	Taux d'erreur	Processus	Programme de déclaration des événements indésirables
		Résultat	Nombre d'erreur
5	Absence pour maladie de courte	Résulat	Taux d'absentéisme
6	Personnel vacciné contre la grippe	Résulat	Proportion de personnel vacciné contre la grippe
7	Turn Over	Résulat	Taux de turn over
8	Présence de bénévoles		

Section E	Patient partenaire		
1	Satisfaction du résident et/ ou de son proche	Structure	
		Processus	Une évalution de la satisfaction du résident est mesurée tous les 3 mois
		Résulat	satisfaction des résidents
		Résulat	nombre de plaintes
2	Partenariat avec le patient/ la famille	Structure	Existence d'un conseil des résident
		Processus	Réunion régulière du conseil des résident
3	Information pour le self care	Structure	Présence de personnel de réactivation
		Processus	Des séances d'éducation sont proposées au résident
4	Support emotionnel, respect, empathie	Processus	Chaque résident reçoit un soutien pour s'adapter à la vie dans le nouvel environnement et de manière continue
5	Plan de soins de fin de vie	Processus	Il existe des directives pour chaque résident dès son arrivée
		Processus	Les directives sont réévaluées régulièrement par l'équipe et le président
Section F	**outcome divers**		
1	Taux de mortalité	Résultat	Taux de mortalité
2	Taux d'hospitalisation	Résultat	Incidence des hospitalisations
		Résultat	nombre d'hospitalisation évitables
3	Acces facilité vers les structures de :	Processus	besoins et préférences
		Processus	Il existe des convention avec les hôpitaux proches
4	Continuité des soins	Processus	par une infirmière
5	Appropriation des soins	Processus	Une evaluation des besoins est réalisée à chaque nouvelle admission
		Résultat	Les besoins en matière de santé, de soins personnels et sociaux de l'utilisateur du service sont définis dans un plan individuel.
6	revue des médicaments	Processus	Taux de conformité de la procédure
		Processus	Délai de révision des procédures

Hoofdstuk 6: De stem van de beroepsbeoefenaars: focusgroep

Het literatuuroverzicht toont een diversiteit van kwaliteitsindicatoren en opvolging die vooral het profiel en de kenmerken van de bewoners weergeven. Om de informatie uit het literatuuroverzicht aan te vullen en aan te passen, werd aan de leden van AUVB die een professionele band hebben met de WZC voorgesteld om vrijwillig deel te nemen aan een focusgroep.
De leden van de focusgroep vinden de voorgestelde indicatoren allemaal zeer interessant, maar een groot aantal indicatoren houdt een probleem in voor de opvolging.
Het leek ons opportuun om ons te concentreren op enkele indicatoren die de belangrijkste aspecten weerspiegelen vanuit het standpunt van een verpleegkundige.

Na een discussie over de perceptie van de zorgkundigen ten aanzien van het huidige gebruik van indicatoren, hebben we de grote werkingsprincipes bepaald die bepaald moeten worden om de kwaliteit in de instellingen te verbeteren.
Vervolgens werden, op basis van de lijst van indicatoren uit de literatuur de relevantste en belangrijkste indicatoren geselecteerd en genoteerd volgens de structuur voorgesteld door Donabedian (structuur, proces, resultaat).
Hiertoe werden de kenmerken van de indicatoren preciezer gedefinieerd. De betrouwbaarheid en de validiteit hebben te maken met technische aspecten van de meting van een evenement.
Om ervoor te zorgen dat een kwaliteitsindicator betrouwbaar is, moeten we een duidelijke en ondubbelzinnige meting hebben. Zo moeten we allemaal dezelfde definitie van een "valincident" hanteren en dit in elke dienst op dezelfde manier kunnen signaleren. Opdat een kwaliteitsindicator geldig zou zijn, moeten we beschikken over het bewijs dat de meting de aard weerspiegelt van de zorg die de bewoner heeft gekregen. We moeten ook proberen om de prestatie van een systeem te weerspiegelen en dus de mogelijkheid tot verbetering van de activiteit aantonen. Soms kan een "significant verschil" statistisch duidelijk lijken, maar de weerslag op de populatie niet dezelfde betekenis hebben vanuit klinisch standpunt.
Het belang van de indicator wordt bepaald door de implicaties voor de kosten en de noden van de bewoners.
De beschikbaarheid van de gegevens houdt in dat deze gegevens weinig kosten en makkelijk en binnen een redelijke tijd te verzamelen zijn.

Focusgroep wzc van 10 december 2019

Standpunt van de verpleegkundigen over de huidige registratie van indicatoren

Tegenwoordig worden er wel indicatoren geregistreerd, voornamelijk over zorgresultaten, maar er is geen enkele terugkoppeling binnen de instellingen en er is geen benchmark tussen de instellingen.
Het personeel is meestal niet op de hoogte van deze registraties of beseft de meerwaarde niet van de opvolging van dergelijke indicatoren in de praktijk.

In de focusgroep laten de meeste personen weten dat ze de noodzaak van opvolging van indicatoren wel begrijpen, maar dat het verplegend personeel klaagt over de toenemende last aan administratieve taken. Een verpleegkundige stelt het als volgt:
"*… we zouden aan onze teams moeten kunnen aantonen dat de geregistreerde indicatoren niet dienen om de inspectie te behagen, maar dat het kwaliteitsgaranties zijn, die een kwaliteitstraject mogelijk moeten maken voor de algemene zorg aan de bewoners."*

Een andere verpleegkundige laat weten: *"Het beroep van verpleegkundige wordt beschouwd als secretariaatswerk en we raken de voeling met ons beroep kwijt."*

Het is dus cruciaal om de werklast niet nog verder te verzwaren, maar om een middel te vinden om de beschikbare gegevens te gebruiken voor de toevoeging van kwaliteitsindicatoren.

"De kwaliteit betekent voor de bewoners niet dat (…)een plezier wordt gedaan, (…) maar dat de bewoners de beste zorg krijgen. En laten we vooral niet afglijden naar geld, (…) we moeten het bij de menselijke dimensie houden, want onze bewoners zijn kwetsbaar en ons beroep speelt een belangrijke rol."

Nu al gebruiken de verpleegkundigen die aan het hoofd staan van een team indicatoren om hen bij te staan in het management. Ze drukken dat als volgt uit:
"*Naar mijn ervaring dienen de indicatoren voor de evaluatie van de organisatie en de resultaten van de zorg die wordt verstrekt door teams. Hiermee kan de opvolging van de bewoners en de informatie van de hoofdverpleegkundigen verzekerd worden. Indicatoren zijn belangrijk voor de taakverdeling, de zorgtaken (aantal mogelijke personen). Ik kan interne audits uitvoeren om het team te situeren en te helpen bij de verbetering*."
"Voor het personeel is het motiverend om te weten dat hun werk erkend wordt en dat het materiaal goed gebruikt wordt"
"*Als de indicatoren gebruikt en bruikbaar zijn, willen de verpleegkundigen best nog meer registreren als ze zien dat dit gebruikt wordt en een weerslag heeft."*

Hoe bepalen we welke indicatoren concreet de kwaliteit weerspiegelen?

Verscheidene deelnemers zijn van mening dat de bereidheid om naar patiënten te luisteren primordiaal is om ons te helpen bij de bepaling van de relevante kwaliteitsindicatoren. Een verpleegkundig docent heeft de volgende bedenking gedeeld: *"In de omkadering van werkzaamheden door studenten, valt me op dat "het woord aan de bewoner gegeven moet worden" want dit levert een groot aantal indicatoren op. Laten we naar hen luisteren en met hen bekijken wat kwaliteit is, wat kwaliteitszorg inhoudt. Er moet ook gedacht worden aan kwaliteitsindicatoren voor het personeel, indicatoren voor de tevredenheid op het werk, want dat heeft een weerslag op de geboden zorgkwaliteit."*

Dit aspect "stem van de bewoner" is belangrijk, maar niet voldoende, want: "*De bewoner staat op de eerste plaats om de kwaliteit te evalueren, maar de perceptie van de bewoner is niet voldoende, want daarnaast kan hij nog ondervoed zijn, … hij kan de kwaliteit slechts op een subjectieve manier beoordelen."*

De belangstelling voor de kwaliteit en de opvolging van de kwaliteit begint bij het leren van het beroep. De opleidingsinstituten letten erop dat ze deze waarde meegeven aan hun studenten.

Wat zijn de hindernissen voor de registratie van indicatoren?

Een hindernis die wordt waargenomen bij de registratie van indicatoren lijkt een gebrek aan inzicht bij de zorgkundigen over wat een indicator is. Dan rijst de vraag of de opleidingen niet beter moeten? Volgens verschillende deelnemers is de manager verantwoordelijk voor een duidelijke uitleg over waartoe de indicatoren dienen. Nogmaals: het is belangrijk te benadrukken dat de verpleegkundigen en zorgkundigen in staat moeten zijn te begrijpen wat ze doen om hun beroep zin te geven.

Eén deelneemster meent dat er een systeem opgezet moet worden om de registratie van gegevens te centraliseren, met name om te vermijden dat het personeel niet allemaal herhaaldelijk dezelfde indicator registreert. Dat is een belangrijke factor die het personeel kan demotiveren om indicatoren te registreren.

Hoe verbeteren we de zorgkwaliteit?

De deelnemers vinden dat er meer tijd doorgebracht moet worden aan het bed van de patiënt voor de zorg en dat er vanwege de hoge werklast te vaak te weinig minuten besteed worden aan elke patiënt. De verpleegkundigen vinden dat er te veel taken verricht moeten worden en dat er te veel administratieve taken zijn, wat een invloed heeft op de zorgkwaliteit aan de bewoners.

Een probleem in sommige regio's is het tekort aan verpleegkundigen en dat de huidige normen geregeld niet gerespecteerd kunnen worden wegens een tekort aan verplegend en zorgkundig personeel op de arbeidsmarkt.

Wat de verpleegkundige personeelsbezetting betreft, is de groep duidelijk: de geldende normen zijn onvoldoende en veel te sterk afhankelijk van het type bewoners.

"*In mijn instelling is de RIZIV-norm 12 verpleegkundigen, maar we zijn met 17 voor de zorgverstrekking."*

"Het reactiveringspersoneel is 5 FTE voor 130 bewoners: dat is weinig!"

De instellingen die er de middelen toe hebben, aarzelen niet om de personeelsomkadering te versterken, en maar ook om ervoor te zorgen dat sommige logistieke taken door een ander type personeel wordt verricht en niet door zorgkundigen.

"Hostessen kunnen de bewoners begeleiden bij verplaatsingen, het doornemen van de post."

De vraag rijst over de noodzaak van de aanwezigheid van andere beroepen. Een verpleegkundige vertelt ons: *"Als we kijken naar de koepel van de ziekenhuizen van Zorgnet, stellen ze voor om andere functies aan te werven dan verpleegkundigen en om tijdens het weekend in shifts te werken. Dit zou een positief initiatief zijn voor de patiënten."*
De groep meent dat dit interessant is zolang dit aanvullende personeel de nodige verpleegkundige omkadering niet vervangt. Een deelneemster licht toe:
"De werkgevers beseffen niet dat logopedisten, sociaal assistenten en verpleegkundigen niet onderling verwisselbaar zijn."
Een deelnemer vult aan *"Er is een dringende nood aan meer ondersteunend personeel, zoals psychologen en opvoeders. Moet een deel van het budget besteed worden aan dit ondersteunend personeel? We moeten echter onthouden dat ze de verpleegkundigen niet kunnen en mogen vervangen in hun taken."*

Tijdens de discussie waarschuwt een deelneemster: *"Er zijn instellingen waar deze personen zorg verstrekken; dat is onaanvaardbaar."*

Een andere deelnemer merkt op dat het werk van een verpleegkundige niet alle taken mag omvatten en dat het werk van iedereen duidelijk afgebakend moet zijn. Sommige handelingen kunnen echter wel verdeeld worden over meerdere beroepen en we mogen niet vervallen in corporatisme. Het is dan ook belangrijk dat elk beroep de grenzen van zijn functie kent en eventueel ook de lijst van handelingen. Zo mag een logopedist volgens het wettelijke kader geen eten geven.

Een deelnemer onderstreept *"Er moet ook vastgelegd worden wie de hoofdverpleegkundige vervangt wanneer deze afwezig is, en dat moet absoluut een verpleegkundige zijn."*

De vraag naar de omkadering van het team rijst ook in het kader van kwaliteitsgaranties. Vandaar het belang voor de directeurs om te weten wat er in het veld gebeurt en dat de verantwoordelijke voor de zorg een verpleegkundige is.

Een deelneemster laat weten: *" In Vlaanderen werd de directeur nursing /coördinator afgeschaft. In een decreet staat vermeld dat de hoofdverpleegkundige vervangen kan worden door een ander beroep. Als dat geen verpleegkundige met de functie van hoofd is, dan kan er een extra verpleegkundige in het kader worden opgenomen. Dus de mogelijkheid wordt geschapen dat het hoofd geen verpleegkundige is … dat past volgens ons niet."*

De specificiteit van de verstrekte zorg in de woonzorgcentra vereist de aanwezigheid van leidinggevende verpleegkundigen die een overzicht hebben over de problemen en hun oplossingen: *"De instellingen met dergelijke leidinggevenden zijn efficiënt op vlak van de stabiliteit van het personeel, terwijl de instellingen die deze niet hebben een trend vertonen met een hoog verloop in het hogergeplaatste personeel. Helaas is één van de hoofdredenen om deze leidinggevenden aan te werven vooral het financiële aspect."*

Het aspect leiderschap kwam aan bod: *"Het management maakt veel uit. Als we een menselijk en verantwoordelijk management hebben dat waarde hecht aan wat de verpleegkundigen doen, is het duidelijk dat er te veel administratie is, maar we slagen erin om het kwaliteitsniveau van de zorg voor de bewoners te verhogen. Het management is een essentieel element."*

"Er moet absoluut een leidinggevend verpleegkundige zijn. Een manager voor beperkte functies om tijdschema's op te stellen hoeft niet aanwezig te zijn."
"Er is een leidinggevend verpleegkundige nodig, zelfs als dat momenteel niet in de wetteksten staat. De "coördinator" of zorgdirecteur moet beschikbaar zijn om te luisteren naar het personeel."

De keuze van de indicatoren

Hiermee stellen we indicatoren voor die nuttig zijn voor de praktijk en relatief makkelijk te registreren zijn, maar die de instellingen niet zouden stigmatiseren naar gelang van de populatie in het woonzorgcentrum. We willen vooral beginnen met een handig intern bruikbaar instrument dat verschilt van de indicatoren die tegenwoordig geregistreerd moeten worden. De doelstelling van de opvolging met deze indicatoren is een aanbod van kwaliteitszorg voor de bewoner met de zorg en de aandacht die deze in alle situaties nodig heeft.

De grote principes voor de opstelling van een lijst van indicatoren zijn:

- De indicatoren die momenteel worden geregistreerd voor de inspecties en vaak bijna "zonder gevolg" worden geklasseerd: deze indicatoren moeten meer zin krijgen.
- De meting van een indicator moet een doel hebben, registreren om te registreren heeft geen nut.
- De indicatoren dienen om een stuurtabel bij te houden waarmee het personeel de vooruitgang kan volgen of bepalen welke acties er binnen zijn dienst/instelling nodig zijn.
- De indicatoren zijn bestemd voor het intern management.
- Om vergelijkbare zaken met elkaar te kunnen vergelijken, moet de nadruk gelegd worden op proces- of structuurindicatoren.
- Een indicator moet vrij algemeen zijn; als deze te specifiek is, wordt het moeilijk om vergelijkingen te maken.
- De feedback aan het team over de indicatoren en de gevoerde acties speelt een rol voor de motivatie van de verpleegkundigen. Ze zien de voordelen en zijn tevredengesteld.
- Een verpleegkundige die begrijpt waar het om gaat/welk nut de indicatoren hebben, is een verpleegkundige die registreert en het spel meespeelt.
- Met een correct ingevuld dossier kan de kwaliteit van de opvolging van de zorg, van de informatie aan de families, … verbeterd worden.
- De veralgemening van BelRAI helpt om het profiel te bepalen van de bewoners en de CAPS helpen om de aandacht te vestigen op de mogelijke probleempunten.

De focusgroep was zeer verrijkend door de gedeelde ervaring en heeft enkele aanbevelingen opgeleverd voor het goede gebruik van de indicatoren, maar ook over de governance en de personeelsomkadering.

Wat de indicatoren betreft betreurt het rusthuispersoneel dat het soms moet werken met indicatoren uit de ziekenhuisomgeving: "*De gebruikte indicatoren hebben een "ziekenhuisgeur": valincidenten, drukwonden, … als de kwaliteit daarom draait, willen we niet naar een WZC, er moet plaats gemaakt worden voor andere indicatoren.”*

Aanbevelingen

De focusgroep kon afsluiten met aanbevelingen die genoteerd werden op basis van de noden uitgedrukt door de beoefenaars

I. Voor het bestuur

- Indicatoren gebruiken en opvolgen als institutioneel project om de registratie en de ontwikkeling van deze indicatoren aan te moedigen.
- Interne audits organiseren in de instellingen.
- De tijd nemen voor de analyse om te weten waar we staan en een continu verbeteringsproces op te zetten.
- Vergaderingen organiseren over het thema kwaliteit om te spreken over verbeteringen, nodige acties, …
- De correlatie tussen de indicatoren observeren (bijv.: valincidenten en fixatie).
- Verpleegkundige leidinggevenden met een brede blik en een probleemoplossende instelling aanwerven.
- Verpleegkundigen de gelegenheid bieden deel te nemen aan voldoende opleidingen conform de eisen van de kaderwet op de kwaliteit.
- Een zekere transparantie handhaven over de kwaliteitsindicatoren (outcomes) zodat de toekomstige bewoner zijn instelling kan kiezen (een soort Tripadvisor voor de WZC).
- Zorgen voor kwaliteitsvolle informatie over de indicatoren.
- De gegevensregistratie centraliseren om dubbele invoeringen te vermijden (indicatoren gehaald uit het zorgdossier).

II. Voor de politiek

- Garanderen dat de supervisie van de verpleegkundige zorg wordt gedaan door een verpleegkundige en niet door managersteams (dus niet-verpleegkundige teamverantwoordelijke).
- De benoeming aanmoedigen van hoofdverpleegkundigen met een opleiding in "gezondheidskader of master" en met een deskundigheid in management en financiering.
- De specificiteiten en de specialisaties erkennen van het personeel in de woonzorgcentra, want er is behoefte aan personeel dat gespecialiseerd is in bepaalde domeinen (geriatrie, diabetologie, dementie, wondzorg, geestelijke gezondheid, palliatieve zorg, voeding, …).
- De verpleegkundige rollen en verwachtingen precies definiëren (de verpleegkundige moet niet alles doen). Er zou alleen een beroep moeten worden gedaan op verpleegkundigen als hun verworven competenties echt nodig zijn. Zo dragen we bij

aan de aantrekkelijkheid van het beroep en aan de betaalbaarheid van de gezondheidzorg en de ondersteuning.

- Een financiering in het leven roepen voor de nieuwe functies om de werklast voor verpleegkundigen te verlichten (hostessen, musicologen, …), maar die ook tijdens het weekend deelnemen aan permanenties.
- Het aantal en de diversiteit verhogen van het reactiveringspersoneel verhogen, maar niet om verplegend personeel te vervangen
- De organisatie van innoverende zorg aanmoedigen (evolutie van zorgfilosofie, komaf maken met strikte uren, …)
- Het resultaat en de weerslag van het gebruik van de indicatoren evalueren
- Een uniek computerprogramma instellen voor een homogene invoering om een benchmark te kunnen instellen

Voorstel voor een lijst van indicatoren

De doelstelling was om een lijst op te stellen van vijftien algemene, makkelijk te meten indicatoren. Dit is belangrijk voor de monitoring van de kwaliteit in de instellingen. Jammer genoeg bleek tijdens de discussies dat, ondanks de concentratie van de denkoefeningen op de belangrijkstee zorgaspecten, de complexiteit van de kwaliteitsproblematiek niet samen te vatten was in vijftien indicatoren.

Ten opzichte van de lijst die voorgesteld werd op basis van de literatuur, werden sommige items in twijfel getrokken omdat ze niet echt aangepast waren aan de Belgische context of niet specifiek waren voor verpleegkundigen.
Een voorbeeld is de opvolging van geneesmiddelen: hier achtte de expertengroep de indicator "herziening van geneesmiddelen" wel belangrijk, maar hier is eerder een rol weggelegd voor de apotheker dan voor de verpleegkundige. In multidisciplinaire teams kan de verpleegkundige echter wel een rol spelen bij de opvolging van deze indicator.

Tabel**4: Lijst van indicatoren voorgesteld als gevolg van de focusgroep.**

Section B	**Staffing et encadrement en personnel**		
	Niveau de staff (nb/resident, qualification, …)	Structure	Nombre résident/ infimière
		Structure	% de personnel avec une qualification complémentaire (ref demence, G, pallia, …)
		Structure	Ratio infi / AS
		Structure	Ratio soignant (infi et AS) /personnel de réactivation
		Résultat	Nb d'heures culumées (hors soins) pour les projets particuliers (palliatifs, démence, soins de plaies, …)
	Staffing information	Processus	Des réunions du staff pluridisicplinaire sont organisées régulièrement et font l'objet de rapport écrit
	Evénement indésirable	Processus	Il existe une procédure de déclaration des événements indésirables
	Absence pour maladie de courte durée (hors grossesse, …)	Résulat	Taux d'absentéisme
	Personnel vacciné contre la grippe	Résulat	Proportion de personnel vacciné contre la grippe
	Turn Over	Résulat	Taux de turn over du personnel
	Satisfaction du personnel	Processus	L'évaluation du bien-être / de la satisfaction du personnel fait l'objet d'une evaluation régulière.
	Leadership infirmier	Résultat	Ratio infirmière en chef / résident (1 ICUS / 30 lits)
		Structure	Présence d'un directeur de département infirmier (DDI) pour 75 lits et plus
		Processus	L'évaluation du leadership des ICUS/ DDI/ fait l'objet d'une evaluation régulière
Section C	**outcome divers**		
	Besoins spécifiques liés aux patients chroniques	Résultats	% du personnel qui correspond aux recommandations du CFAI en terme d'heures de formation (xh/4ans)
		Résultat	Nombre de contact, formation entre les centres spécialisés (patients dialysés, patients végétatifs, …) et le personnel de l'institution.

De tijdens de focusgroepen aanwezige deskundigen hebben, bij de consensus over de indicatoren, opmerkingen geformuleerd over de moeilijkheid om sommige indicatoren te registreren of op te volgen.

Er werd aangetoond dat er voor de registratie van sommige indicatoren een specifieke organisatie opgezet moest worden met ludieke middelen die weinig kosten. Voor de evaluatie van maaltijden kan er bijvoorbeeld een tablet met de mogelijkheid om te stemmen bij de uitgang van het restaurant worden geplaatst, waarmee de tevredenheid gemeten kan worden.

Andere items waren wel zeer interessant, maar waren duur of arbeidsintensief. De groep van deskundigen heeft dan verklaard dat deze indicatoren niet makkelijk te verkrijgen waren. Deze items waren:

- Percentage conformiteit met de norm: "Met de aangeboden diensten kan tegemoet gekomen worden aan de gezondheidsbehoeften van de bewoners "
- Een systematische analyse van het evenwicht en van het risico op valincidenten bij de bewoner
- Een systematische herziening van de behandeling wordt uitgevoerd en besproken met de behandelende arts
- % conformiteit aan de norm: "geneesmiddelen worden verstrekt door de verpleegkundigen (of afgevaardigden naar gelang van de wetgeving) en de verstrekkingsuren worden nageleefd"
- Elke bewoner kan zich uitdrukken en informatie krijgen die hem aangaat om beslissingen te kunnen nemen
- De mate van tevredenheid van de bewoner wordt systematisch gemeten op een evaluatieschaal
- Het welzijn /de tevredenheid van het personeel wordt regelmatig geëvalueerd.
- Het leiderschap van de hoofdverpleegkundige/DDI/wordt regelmatig geëvalueerd

Twintig items lijken daarentegen zeer belangrijk en zeer makkelijk te verkrijgen:

- De noden op vlak van gezondheid, en van persoonlijke en sociale zorg van de gebruiker van de dienst zijn vastgelegd in een individueel geactualiseerd plan.
- Er is een evaluatieprocedure en opvolging van de voedingstoestand van de bewoner
- Het percentage patiënten dat in de laatste zes maanden meer dan 10 % is afgevallen
- De aanwezigheid van preventiemateriaal voor drukwonden (alternerend matras, kussens, …)
- Er is een preventieprocedure voor drukwonden
- Een systematiek voor de opsporing van het risico met een wetenschappelijk gevalideerd evaluatie-instrument

- Percentage bewoners met een doorligwonde van ernstgraad x.
- Percentage bewoners met een doorligwonde die is ontstaan in de instelling
- Er is een systematische analyse van het evenwicht en van het risico op valincidenten bij de bewoner
- Er is een preventiebeleid voor infecties
- Er wordt voorgesteld om bij de aankomst van elke bewoner een vroegtijdige zorgplanning op te stellen
- Percentage bewoners die een geactualiseerde vroegtijdige zorgplanning (VZP) hebben voltooid
- De bewoner wordt voorgesteld om zijn levensgeschiedenis op te geven (naast de anamnese)
- Er is een procedure voor de evaluatie van het welzijn van de bewoner
- Er is een systeem (document, enquête, …) om klachten te ontvangen

- Verhouding verpleegkundigen /zorgkundigen
- Verhouding zorgverleners (verpleegkundigen en zorgkundigen)/reactiveringspersoneel (behalve kine, ergo, logo, die vallen onder de paramedici)
- Percentage absenteïsme
- Percentage personeelsverloop
- Verhouding hoofdverpleegkundige /bewoner (1 hoofdverpleegkundige /30 bedden)
- Aanwezigheid van een directeur voor de afdeling verpleegkunde vanaf 75 bedden

Bespreking

Uit de literatuur hebben we geleerd dat tal van factoren de kwaliteit beïnvloeden, en sommige daarvan kunnen niet worden beheerst door het zorgteam. Dit zijn factoren van het macrosysteem zoals de politieke, economische en sociale context. Dit is trouwens één van de redenen die internationale vergelijkingen bemoeilijken, omdat de zorg- en gezondheidscontexten moeilijk vergelijkbaar zijn. Zo worden in Californië de WZC per dag gefinancierd, in functie van de omvang van de instelling en de geografische locatie. Alle instellingen die tot dezelfde klasse behoren, worden op dezelfde manier gefinancierd. In andere streken werd de financieringswijze aangepast en worden de instellingen gefinancierd op basis van hun efficiëntie. Daarnaast werden er ook maatregelen getroffen om de instellingen aan te moedigen hun zorgkwaliteit en de omkadering voor de bewoner te verbeteren.
In België is de financiering gebaseerd op het profiel van de bewoner en op de erkenning van de instellingen en bedden voor WZC.

Een ander element met een invloed op de kwaliteit is de structuur waarin het personeel en de bewoner evolueren. Het kan gaan om de bedrijfscultuur, de communicatie in het huis, de beschikbare hulpmiddelen of de kwaliteit van het leiderschap van de leidinggevende.
De invloed van omkaderingspersoneel zoals bestuursleden, directeurs verpleegkundige zorg, artsen-coördinatoren enz. is niet te onderschatten. Vandaar de noodzaak van een coherente opleiding en wat betreft het beheer van de personeelsmiddelen, de professionele communicatie, de opleiding van leidinggevenden (directie) in de zorg, maar ook van administratief directeurs.

Tot slot spelen ook de organisatorische en individuele kenmerken een rol. Hier gaat het om de bekwaamheid van de werknemers en over hoe ze hun expertise ter beschikking stellen van het team. Elke professionele leidinggevende draagt zijn aandeel in de kennis bij en deelt zijn kennis met alle medewerkers van de instelling. Uiteraard komen daar nog beïnvloedende factoren bij als het aantal uren aan het bed van de patiënt, de werklast, de samenstelling van het team, de materiële hulpmiddelen en de omvang van de instelling.
Het personeel is samengesteld uit verschillende beroepen die allemaal hun nut hebben voor de zorg aan de bewoner. In België bestaat het zorgteam uit verpleegkundigen van verschillende opleidingsniveaus (bachelor, ziekenhuis, al dan niet gespecialiseerd), zorgkundigen, paramedici (kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist), reactiveringspersoneel maar ook logistiek medewerkers of mantelzorgers. Deze personeelsmix kan uiterst belangrijk zijn voor sommige gebieden in de zorgkwaliteit, in zowel positieve als negatieve zin, want hij levert zeer veel interactiemogelijkheden op.
Tot slot beïnvloedt het profiel van de bewoners ook de professionele omkadering van de instelling.

De literatuur heeft aangetoond dat de personeelsbezetting en het aantal uren aan het bed van de bewoner belangrijk was. De groep deskundigen is zich daar terdege van bewust, maar de normen voor de omkadering zijn in België nogal beperkend. Om de omkadering te verbeteren, aarzelen sommige instellingen niet om aanvullend personeel uit eigen zak te financieren.
Wat de personeelsbezetting betreft bieden we hieronder een vergelijkende tabel van de Belgische normen met de aanbevelingen uit de literatuur (studies uit de VS) alsook de bezetting van een woonzorgcentrum in België dat de mogelijkheid heeft om aanvullend personeel te financieren.

Op basis van deze vergelijking zien we een zeer grote kloof tussen het personeel zoals beschreven in het Koninklijk Besluit en de aanbevelingen uit de literatuur.

	Selon AR, personnel minimum.	Selon la littérature (normes rapportées par Casle)	Exemple d'une MRS en région Bruxelloise (60 lits MRS et 70 lits MR)
Infirmier coordinateur (directeur des soins)	1*	1	1
Directeur des soins adjoint		1	
infirmier en chef	3*	2	3
infirmiers	min 12**	20***	17
personnel de réactivation	max 4 **		5
Aide soignant	20	de 23 à 100 ETP****	29,3
Hotesse / assistant en logistique			7,94
	40	47 à 124	60,24

* a partir de 75 résident, un infirmier en chef est coordinateur
** 1 infirmier peut être remplacé par du paramédical/ réactivation
*** 0,75h d'infirmier par résident par jour, convertis en ETP (0,75 * 120 *365/1640)
**** 5 % peut être "converti" en infirmier
**** (de 1,62 à 4,5 h/résident) - (0,75h de présence infirmier/ résident).

De literatuur en de adviezen van experts hebben een lijst van interessante indicatoren opgeleverd voor de opvolging van de kwaliteit in de woonzorgcentra. Er kon daarentegen geen kwaliteitsnorm worden bepaald.
Veel onderzoek bestrijkt gebieden zoals valincidenten, huidintegriteit, gedragsbeheer, behandeling van pijn en incontinentie. Het gaat meestal om metingen van de prevalentie, maar het leek nuttig om niet te blijven stilstaan bij metingen van zorgresultaten en ook aandacht te besteden aan de structuur van de zorg en processen zoals Donabedian voorstelt in zijn model. Voor elk domein worden er verschillende types indicatoren voorgesteld.

Om de lijst te beperken en te helpen bij de selectie van indicatoren werd er een classificatie opgesteld volgens het belang en het gemak van de indicator.

Beperkingen van de methode van focusgroepen

Voor de gebruikte methode is een management door een animator nodig die door het literatuuronderzoek ongewild de denkoefening van de focusgroep heeft kunnen sturen.
Door de kwaliteit van de uitwisselingen en de analyse van het geheel van voorgestelde indicatoren was het nodig om de focusgroep verschillende dagen te laten vergaderen; sommige deelnemers konden niet deelnemen aan alle drie vergaderingen.

Aanbevelingen

De discussies en het literatuuroverzicht hebben een groot aantal aanbevelingen opgeleverd. Kwaliteit is een institutioneel project, omdat dit alle niveaus bestrijkt: de bewoners, het personeel van de instelling, de naasten van de bewoners, ...

Voor de opvolging van de kwaliteit in de instellingen bevelen we het volgende aan:

1. **Waken over voldoende personeel wat betreft aanwezigheid aan het bed van de bewoner en dit in een skill-mix, dus uiteenlopende beroepen en competenties ten dienste van de bewoner.**

Om een kwaliteitsvolle zorg te garanderen, is het raadzaam dat de totale personeelsbezetting niet enkel wordt berekend naar gelang van het profiel van de bewoners, maar ook in functie van een analyse van de nodige tijd voor deze zorg en de complexiteit van de noden.

Zo heeft het gespecialiseerde personeel een directe zorgfunctie voor de bewoner, maar het is ook betrokken bij de ontwikkeling van richtlijnen voor specifieke problemen en de organisatie van procedures in de instelling. Als het personeel meewerkt bij het instellen van procedures, verloopt de samenwerking beter en wordt de procedure beter nageleefd.

2. **Kwaliteitsaudits opzetten met gebruik van de indicatoren voor de opvolging van kwaliteit**

Het gebruik en de opvolging van indicatoren zijn een institutioneel project. De uitvoering van audits wordt aangemoedigd door het bestuur en dient als basis voor acties voor een continue verbetering. Er worden teamvergaderingen georganiseerd over kwaliteit om de resultaten te analyseren en met het team na te denken over de bijsturende maatregelen. Er moeten haalbare doelstellingen vastgesteld worden.
Er zal een correlatie bepaald worden tussen verschillende indicatoren die aan elkaar gekoppeld zijn (bijvoorbeeld fixatie en valincidenten).

3. **Het gebruik van elektronisch bewonersdossiers aanmoedigen**

De gegevens moeten uit een zorgdossier gehaald kunnen worden zodat een dubbele registratie vermeden wordt.

4. **Klinisch leiderschap van opgeleid en gespecialiseerd personeel aanmoedigen; opleidingen en specialisaties van het personeel erkennen.**

Personen met een opleiding of specialisatie of met bijzondere competenties moeten een klinisch leiderschap kunnen uitoefenen over hun collega's om het delen van kennis en competenties te bevorderen.
Het team moet bestaan uit personeel met verschillende competenties en specialisaties, maar elk lid van het team moet de gelegenheid krijgen om zijn kennis ter beschikking te stellen van het team. Dit zal bijdragen aan de werkmotivatie, de ontwikkeling van individueel leiderschap en de teamgeest.

5. Een cultuur van samenwerking en teamspirit instellen

De samenwerking met de instellingen van het netwerk is cruciaal, en dan vooral voor de samenwerking met de geriatrische multidisciplinaire teams.
De hoofdverpleegkundige moet ook een goede interne en externe communicator zijn voor alle soorten partners.
De taken zijn evenredig verdeeld over alle beroepen, met respect voor de lijst van handelingen of de wetgeving, maar de taken die te maken hebben met het dagelijks leven van de instelling (legen van vuilnisbakken, telefoon beantwoorden, …) kunnen beheerd en verstrekt worden door alle werknemers naar gelang van hun specificiteit en hoeven niet systematisch vervuld te worden door het zorgteam dat juist een eigen rol te vervullen heeft aan het bed van de bewoner.

6. Permanente vorming en zorgprotocollen onderbouwd met overtuigende gegevens

Het is belangrijk om samen met andere instellingen permanente vorming aan te bieden op basis van de bepaling van te ontwikkelen competenties door het personeel alsook gediversifieerde opleidingsprogramma's.
Om kennisuitbreiding te bevorderen, is het van belang het personeel recente gedocumenteerde hulpmiddelen aan te bieden om een wetenschappelijk onderbouwde praktijk te bevorderen.

7. Garanderen dat de supervisie op de zorg gebeurt door een verpleegkundige en niet door een teammanager.

Ondanks het multidisciplinaire aspect van de teams in de woonzorgcentra blijven we hameren op het feit dat de verpleegkundige zorg gecoördineerd moet worden door verpleegkundigen en nooit door andere beroepen in de gezondheidszorg (sociaal assistenten, logopedisten, …).

8. **Bevordering van de opleiding "gezondheidskader" of master voor het personeel dat leiding geeft op managementniveau**

Leiderschap gekoppeld aan management wordt uitgeoefend door een bestuur (algemeen, administratief), maar ook door de hoofdverpleegkundigen.

De hoofdverpleegkundigen moeten beschikken over managementcompetenties, kennis over de financiering van de zorg, maar vooral ook aandacht hebben voor de noden van het personeel en waken over de evaluatie van de competenties, zowel tijdens de rekrutering als tijdens de uitoefening van het beroep. Met een regelmatige evaluatie kunnen er acties opgezet worden om de ontwikkeling van competenties bij het personeel te bevorderen. Het is cruciaal dat leidinggevende verpleegkundigen een overzicht hebben van de problemen en oplossingen kunnen aanbrengen.

9. Organisaties aanmoedigen tot innoverende zorg

Een innoverende organisatie, de ontwikkeling van een specifieke filosofie voor sommige bewonersprofielen waarmee de instelling tegemoet kan komen aan de verwachtingen van de bewoners.

10. Een uniek computerprogramma bieden voor een homogene invoering en uitwerking van een benchmark tussen de instellingen

Conclusie

Hoewel de literatuur verklaart dat een betere personeelsbezetting gepaard gaat met een betere kwaliteit, heeft de samenstelling van het personeel ook invloed op de geboden kwaliteit in woonzorgcentra. Elk beroep vertegenwoordigt een verschillende set van competenties en kan min of meer doeltreffend beantwoorden aan de bijzondere noden van de bewoners.

De minimale vereisten op gebied van personeel voor directe zorg zijn nodig omdat het opleidingsniveau van het personeel en de combinatie van competenties de kwaliteit verbeteren.
De zorgkwaliteit wordt beïnvloed door tal van factoren, waaronder de kenmerken van de bewoners, het personeel en de diensten.

De deskundigen van de focusgroep bevestigen dat het interessant is om de indicatoren te volgen die te maken hebben met structurele factoren (bijv. personeelsverloop, leefomgeving), en met processen (gebruik van protocollen, ...), maar ook de indicatoren voor het beheer van personele middelen, de tevredenheid van de bewoners, …
De groep van deskundigen heeft een lijst van kwaliteitsindicatoren opgesteld die belangrijk zijn voor de opvolging van de zorgkwaliteit. Ze hebben ook geconcludeerd dat het niet altijd makkelijk te meten is, maar dat de eenvoudigste oplossingen soms het best werken.

Bibliografie

Abrahamson, K. (2016). Is There a Business Case for Nursing Home Quality Improvement? *Nursing Economic$*, *34*(5), 225-235. c8h.

Anderson, R. A., Toles, M. P., Corazzini, K., McDaniel, R. R., & Colón-Emeric, C. (2014). Local interaction strategies and capacity for better care in nursing homes : A multiple case study. *BMC Health Services Research*, *14*, 244. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-244

André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., & Ringdal, G. I. (2014). The impact of work culture on quality of care in nursing homes—A review study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*(3), 449-457. c8h. https://doi.org/10.1111/scs.12086

Anliker M. (2007). Experiences with RAI in Suisse geriatric nursing and retirement homes. *PR-Internet fur die Pflege*, *9*(5), 332-336. c8h.

Arling G, Kane RL, Mueller C, Bershadsky J, & Degenholtz HB. (2007). Nursing effort and quality of care for nursing home residents. *Gerontologist*, *47*(5), 672-682. c8h.

Besluit van de Vlaamse Regering houdende wijziging van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels, Belgisch Staatsblad, (12 januari 2016).

Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels; Belgisch Staatsblad, 14 april 2014, p.30719

Backhaus, R., Rossum, E. van, Verbeek, H., Halfens, R. J. G., Tan, F. E. S., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2017). Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes : A cross-sectional study. *International Journal of*

Nursing Studies, *66*, 15-22. c8h. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.001

Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes : A systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, *15*(6), 383-393. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.080

Baier, R. R., Butterfield, K., Harris, Y., & Gravenstein, S. (2008). Aiming for star performance : The relationship between setting targets and improved nursing home quality of care. *Journal of the American Medical Directors Association*, *9*(8), 594-598. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.06.008

Bastian, A., Ernst, M., & Seger, W. (2013). Does a higher per diem charge of nursing homes indicate towards a better quality outcome ? Analysis of a correlation between quality and costs of nursing homes in Lower Saxony and the results of their quality outcome assessments. *Pflegewissenschaft*, *15*(4), 216-222. c8h.

Besluit van 28 juni 2019 van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, Vlaamse Overheid,, 24 novembre 2019

Bowblis J. R. (2011). Staffing ratios and quality: an analysis of minimum direct care staffing requirements for nursing homes. Health services research, 46(5), 1495–1516.

Castle, NG. (2008). Nursing Home caregiver staffing levels and quality of care- A literature Review. *Journal of Applied Gerontology* 27(4): 375-405.

Castle, N. G. (2009). Use of Agency Staff in Nursing Homes. *Research in Gerontological Nursing*, *2*(3), 192-201. https://doi.org/10.3928/19404921-20090428-01

Castle, N. G. (2011). Staff Assist : A Resource to Improve Nursing Home Quality and Staffing. *Gerontologist*, *51*(5), 714-722. c8h.

Castle, N. G., & Decker, F. H. (2011). Top Management Leadership Style and Quality of Care in Nursing Homes. *Gerontologist*, *51*(5), 630-642. c8h.

Castle NG, Engberg J, et Men A. (2007). Nurse aide agency staffing and quality of care in nursing homes. *Medical Care Research and Review* 65(2): 232-252.

Castle NG et Engberg J. (2008). Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *Gerontologist* 48(4): 464-476.

Castle, N. G., & Ferguson-Rome, J. C. (2015). Influence of Nurse Aide Absenteeism on Nursing Home Quality. *The Gerontologist*, *55*(4), 605-615. https://doi.org/10.1093/geront/gnt167

Castle, N. G., Furnier, J., Ferguson-Rome, J. C., Olson, D., & Johs-Artisensi, J. (2015). Quality of care and long-term care administrators' education : Does it make a difference? *Health Care Management Review*, *40*(1), 35-45. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000007

Castle NG, & Anderson RA. (2011). Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care : Using dynamic panel estimation methods. *Medical Care*, *49*(6), 545-552. c8h. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fbca9

Castle NG, Engberg J, & Men A. (2007). Nursing home staff turnover : Impact on nursing home compare quality measures. *Gerontologist*, *47*(5), 650-661. c8h.

Castle NG, & Engberg JB. (2008). The influence of agency staffing on quality of care in nursing homes. *Journal of Aging & Social Policy*, *20*(4), 437-457. c8h.

Castle NG, & Ferguson JC. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *Gerontologist*, *50*(4), 426-442. c8h.

Castle NG, & Lin M. (2010). Top management turnover and quality in nursing homes. *Health Care Management Review*, *35*(2), 161-174. c8h. https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181c22bcb

Chen, M. M., & Grabowski, D. C. (2015). Intended and unintended consequences of minimum staffing standards for nursing homes. *Health Economics*, *24*(7), 822-839. https://doi.org/10.1002/hec.3063

Collier E, & Harrington C. (2008). Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Research in Gerontological Nursing*, *1*(3), 157-170. c8h.

Colón-Emeric, C. S., Corazzini, K., McConnell, E. S., Pan, W., Toles, M., Hall, R., Cary, M. P., Jr, Batchelor-Murphy, M., Yap, T., Anderson, A. L., Burd, A., Amarasekara, S., & Anderson, R. A. (2017). Effect of Promoting High-Quality Staff Interactions on Fall Prevention in Nursing Homes : A Cluster-Randomized Trial. *JAMA Internal Medicine*, *177*(11), 1634-1641. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.5073

Compas C, Hopkins KA, & Townsley E. (2008). Best practices in implementing and sustaining quality of care : A review of the quality improvement literature. *Research in Gerontological Nursing*, *1*(3), 209-216. c8h.

Corazzini, K., Twersky, J., White, H. K., Buhr, G. T., McConnell, E. S., Weiner, M., & Colón-Emeric, C. S. (2015). Implementing Culture Change in Nursing Homes : An Adaptive Leadership Framework. *The Gerontologist*, *55*(4), 616-627. https://doi.org/10.1093/geront/gnt170

Cramer, M. E., High, R., Culross, B., Conley, D. M., Nayar, P., Nguyen, A. T., & Ojha, D. (2014). Retooling the RN workforce in long-term care: nursing certification as a pathway to quality improvement. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 35(3) : 182–187.

Dellefield M.E. (2007). Implementation of the Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set in the nursing home as organization : Implications for quality improvement in Rn clinical assessment. *Geriatric Nursing*, *28*(6), 377-386. c8h.

Dellefield, M. E., Castle, N. G., McGilton, K. S., & Spilsbury, K. (2015). The Relationship Between Registered Nurses and Nursing Home Quality : An Integrative Review (2008-2014). *Nursing Economic$*, *33*(2), 95-108, 116.

Dellefield, M. E., Kelly, A., & Schnelle, J. F. (2013). Quality assurance and performance improvement in nursing homes : Using evidence-based protocols to observe nursing care processes in real time. *Journal of Nursing Care Quality*, *28*(1), 43-51. https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31826b090b

Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N., & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(10), 2148-2161. https://doi.org/10.1111/jan.12140

Du Moulin, M. F. M. T., van Haastregt, J. C. M., & Hamers, J. P. H. (2010). Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public : State of the art. *Patient Education and Counseling*, *78*(3), 288-296. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.008

Easton, T., Milte, R., Crotty, M., & Ratcliffe, J. (2016). Advancing aged care : A systematic review of economic evaluations of workforce structures and care processes in a residential care setting. *Cost Effectiveness and Resource Allocation : C/E*, *14*, 12. https://doi.org/10.1186/s12962-016-0061-4

Estabrooks, C. A., Knopp-Sihota, J. A., & Norton, P. G. (2013). Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. *BMC Research Notes*, *6*, 460. https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-460

Fagnoul J., Schneiders. L. (2017). Gutachten zur Qualitätsentwicklung der pflege in den APWH. Gutgeheißen durch den Verwaltungsrat der KPVDB , 70p.

Finch, T. (2016). Using the supply chain to support better care outcomes. *Nursing and*

Residential Care, *18*(9), 503-505. https://doi.org/10.12968/nrec.2016.18.9.503

Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L., & Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(12), 2401-2406. c8h. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x

Fonseca de Oliveira, W. I., Saturno Hernández, P. J., de Meneses Sousa, K., da Silva, G., & da Silva Gama, Z. A. (2017). Quality of Care In Nursing Homes In Brazil. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(7), 636.e13-636.e19. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.007

Frijters, D. H. M., van der Roest, H. G., Carpenter, I. G. I., Finne-Soveri, H., Henrard, J.-C., Chetrit, A., Gindin, J., & Bernabei, R. (2013). The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project). *BMC Health Services Research*, *13*, 138. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-138

Gillespie, S. M., Olsan, T., Liebel, D., Cai, X., Stewart, R., Katz, P. R., & Karuza, J. (2016). Pioneering a Nursing Home Quality Improvement Learning Collaborative : A Case Study of Method and Lessons Learned. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(2), 136-141. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.014

Giorgio, L. D., Filippini, M., & Masiero, G. (2016). Is higher nursing home quality more costly? *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, *17*(8), 1011-1026. https://doi.org/10.1007/s10198-015-0743-4

Gittler J. (2008). Governmental efforts to improve quality of care for nursing home residents and to protect them from mistreatment : A survey of federal and state laws. *Research in Gerontological Nursing*, *1*(4), 264-284. c8h.

Grabowski, D. C., O'Malley, A. J., Afendulis, C. C., Caudry, D. J., Elliot, A., & Zimmerman, S. (2014). Culture Change and Nursing Home Quality of Care. *Gerontologist*,

54(Suppl_1), S35-45. c8h. https://doi.org/10.1093/geront/gnt143

Hartmann, C. W., Palmer, J. A., Mills, W. L., Pimentel, C. B., Allen, R. S., Wewiorski, N. J., Dillon, K. R., & Snow, A. L. (2017). Adaptation of a nursing home culture change research instrument for frontline staff quality improvement use. *Psychological Services*, *14*(3), 337-346. https://doi.org/10.1037/ser0000137

Havig, A. K., Skogstad, A., Kjekshus, L. E., & Romøren, T. I. (2011). Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research*, *11*, 327. https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-327

Herr, A., Nguyen, T.-V., & Schmitz, H. (2016). Public reporting and the quality of care of German nursing homes. *Health Policy*, *120*(10), 1162-1170. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.004

Herrin, J., Kenward, K., Joshi, M. S., Audet, A.-M. J., & Hines, S. J. (2016). Assessing Community Quality of Health Care. *Health Services Research*, *51*(1), 98-116. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12322

Hjaltadóttir, I., Ekwall, A. K., Nyberg, P., & Hallberg, I. R. (2012). Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators : Retrospective analysis of nursing home data over 7 years. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(11), 1342-1353. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.004

Hunt, S. R., Corazzini, K., & Anderson, R. A. (2014). Top nurse-management staffing collapse and care quality in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, *33*(1), 51-74. https://doi.org/10.1177/0733464812455096

Hurtado, D. A., Berkman, L. F., Buxton, O. M., & Okechukwu, C. A. (2016). Schedule Control and Nursing Home Quality. *Journal of Applied Gerontology*, *35*(2), 244-253. c8h. https://doi.org/10.1177/0733464814546895

Hutchinson, A. M., Milke, D. L., Maisey, S., Johnson, C., Squires, J. E., Teare, G., & Estabrooks, C. A. (2010). The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators : A systematic review. *BMC Health Services Research*, *10*, 166. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-166

Hyang Yuol Lee, Blegen, M. A., & Harrington, C. (2014). The effects of RN staffing hours on nursing home quality : A two-stage model. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(3), 409-417. c8h. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.007

Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. G., Harman, J. S., Johnson, C. E., & Weech-Maldonado, R. (2011). The Influence of Nurse Staffing Levels on Quality of Care in Nursing Homes. *Gerontologist*, *51*(5), 610-616. c8h.

Ibrahim, J. E., Chadwick, L., MacPhail, A., McAuliffe, L., Koch, S., & Wells, Y. (2014). Use of Quality Indicators in Nursing Homes in Victoria, Australia : A Cross-Sectional Descriptive Survey. *Journal of Aging and Health*, *26*(5), 824-840. https://doi.org/10.1177/0898264314531619

Istas L. (2018). Les indicateurs en MR/MRS". Présentation Power point PAQS ASBL

Jones, R. N., Hirdes, J. P., Poss, J. W., Kelly, M., Berg, K., Fries, B. E., & Morris, J. N. (2010). Adjustment of nursing home quality indicators. *BMC Health Services Research*, *10*, 96. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-96

Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health & Social Care in the Community*, *24*(6), 699-707. https://doi.org/10.1111/hsc.12230

Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care : A systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly*, *88*(4), 500-559. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00611.x

Katz, P. R., Karuza, J., Lima, J., & Intrator, O. (2011). Nursing Home Medical Staff Organization : Correlates With Quality Indicators. *Journal of the American Medical Directors Association*, *12*(9), 655-659. c8h. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.06.004

Kieft, R. A., de Brouwer, B. B. J. M., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. J. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care : A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *14*, 249. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249

Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older people nursing in care and nursing homes : An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, *12*(3), e12146. https://doi.org/10.1111/opn.12146

Kim H, Harrington C, & Greene WH. (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes : A longitudinal analysis. *Gerontologist*, *49*(1), 81-90. c8h.

Kjøs, B. Ø., & Havig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes—A change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *30*(2), 330-339. c8h. https://doi.org/10.1111/scs.12249

Klaasen K, Lamont L, & Krishnan P. (2009). Setting a new standard of care in nursing homes. *Canadian Nurse*, *105*(9), 24-30. c8h.

Klingelhöfer-Noe, J., Dassen, T., & Lahmann, N. A. (2015). [Nursing homes versus assisted living facilities : Outcome quality regarding pressure ulcers, falls and malnutrition]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, *48*(3), 263-269. https://doi.org/10.1007/s00391-014-0655-4

Konetzka RT, Stearns SC, & Park J. (2008). The staffing-outcomes relationship in nursing homes. *Health Services Research*, *43*(3), 1025-1042. c8h.

Koppitz, A., Dreizler, J., Hediger, H., Voss, J., & Imhof, L. (2013). [Nursing Home Care

Index. Development and validation of a new instrument to evaluate care quality in nursing homes]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, *46*(6), 532-542. https://doi.org/10.1007/s00391-012-0463-7

Lee, I., & Wang, H.-H. (2014). Preliminary development of humanistic care indicators for residents in nursing homes : A Delphi technique. *Asian Nursing Research*, *8*(1), 75-81. https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.03.001

Li, Y., Li, Q., & Tang, Y. (2016). Associations Between Family Ratings on Experience With Care and Clinical Quality-of-Care Measures for Nursing Home Residents. *Medical Care Research & Review*, *73*(1), 62-84. c8h. https://doi.org/10.1177/1077558715596470

Lin, H. (2014). Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes : An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics*, *37*, 13-24. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.04.007

Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, Santé Publique, sécurité de la chaine alimentaire et environnement. *Moniteur Belge* 15 Mai 2019

Maas ML, Specht JP, Buckwalter KC, Gittler J, & Bechen K. (2008). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life : Part 1. Deficits in the quality of care due to understaffing and undertraining. *Research in Gerontological Nursing*, *1*(2), 123-133. c8h.

McGilton, K. S., Chu, C. H., Shaw, A. C., Wong, R., & Ploeg, J. (2016). Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes : An integrative review. *Journal of Nursing Management*, *24*(8), 1007-1026. https://doi.org/10.1111/jonm.12419

Médecins sans Frontières (2020). Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19

Murphy K. (2007). Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*,

16(5), 873-884. c8h. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01633.x

Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care : International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(6), 848-857. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.11.005

Neyens I.(2018). L'expérience des établissements MR/MRS en Flandre en matière d'indicateurs. Présentation power point. KUL LUCAS

Park, J., & Stearns, S. C. (2009). Effects of State Minimum Staffing Standards on Nursing Home Staffing and Quality of Care. *Health Services Research*, *44*(1), 56-78. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00906.x

Pesis-Katz, I., Phelps, C. E., Temkin-Greener, H., Spector, W. D., Veazie, P., & Mukamel, D. B. (2013). Making difficult decisions : The role of quality of care in choosing a nursing home. *American Journal of Public Health*, *103*(5), e31-37. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301243

Phillips CD, Chen M, & Sherman M. (2008). To what degree does provider performance affect a quality indicator ? The case of nursing homes and adl change. *Gerontologist*, *48*(3), 330-337. c8h.

Pileggi, C., Manuti, B., Costantino, R., Bianco, A., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2014). Quality of care in one Italian nursing home measured by ACOVE process indicators. *PloS One*, *9*(3), e93064. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093064

Pillemer, K., Meador, R. H., Teresi, J. A., Chen, E. K., Henderson, C. R., Lachs, M. S., Boratgis, G., Silver, S., & Eimicke, J. P. (2012). Effects of Electronic Health Information Technology Implementation on Nursing Home Resident Outcomes. *Journal of Aging & Health*, *24*(1), 92-112. c8h. https://doi.org/10.1177/0898264311408899

Popejoy, L., Vogelsmeier, A., Galambos, C., Flesner, M., Alexander, G., Lueckenotte, A., Lyons, V., & Rantz, M. (2017). The APRN Role in Changing Nursing Home Quality : The Missouri Quality Improvement Initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, *32*(3), 196-201. c8h. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000264

Przylog, A., Stroka, M. A., Engel, S., & Linder, R. (2016). [Do nursing homes with higher quality ratings provide a better quality of care? : Empirical study based on administrative data]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, *49*(4), 308-316. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0983-z

Rantz, M. J., Alexander, G., Galambos, C., Flesner, M. K., Vogelsmeier, A., Hicks, L., Scott-Cawiezell, J., Zwygart-Stauffacher, M., & Greenwald, L. (2010). The Use of Bedside Electronic Medical Record to Improve Quality of Care in Nursing Facilities : A Qualitative Analysis. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 1. https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3181f9db79

Rantz, M. J., Birtley, N. M., Flesner, M., Crecelius, C., & Murray, C. (2017). Call to action : APRNs in U.S. nursing homes to improve care and reduce costs. *Nursing Outlook*, *65*(6), 689-696. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.08.011

Rantz MJ, Cheshire D, Flesner M, Petroski GF, Hicks L, Alexander G, Aud MA, Siem C, Nguyen K, Boland C, & Thomas S. (2009). Helping nursing homes « at risk" for quality problems : A statewide evaluation. *Geriatric Nursing*, *30*(4), 238-249. c8h. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.003

Rantz MJ, Flesner MK, & Zwygart-Stauffacher M. (2010). Improving care in nursing homes using quality measures/indicators and complexity science. *Journal of Nursing Care Quality*, *25*(1), 5-12. c8h. https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181c12b0f

Rantz MJ, Hicks L, Petroski GF, Madsen RW, Alexander G, Galambos C, Conn V, Scott-Cawiezell J, Zwygart-Stauffacher M, & Greenwald L. (2010). Cost, Staffing and

Quality Impact of Bedside Electronic Medical Record (EMR) in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, *11*(7), 485-493. c8h. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.010

Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Hicks, L., Mehr, D., Flesner, M., Petroski, G. F., Madsen, R. W., & Scott-Cawiezell, J. (2012). Randomized multilevel intervention to improve outcomes of residents in nursing homes in need of improvement. *Journal of the American Medical Directors Association*, *13*(1), 60-68. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.06.012

Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Flesner, M., Hicks, L., Mehr, D., Russell, T., & Minner, D. (2012). Challenges of Using Quality Improvement Methods in Nursing Homes that "Need Improvement". *Journal of the American Medical Directors Association*, *13*(8), 732-738. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.07.008

Rondas, A. A. L. M., Schols, J. M. G. A., Stobberingh, E. E., & Halfens, R. J. G. (2015). Prevalence of chronic wounds and structural quality indicators of chronic wound care in Dutch nursing homes. *International Wound Journal*, *12*(6), 630-635. https://doi.org/10.1111/iwj.12172

Sales, A. E., Schalm, C., Baylon, M. A. B., & Fraser, K. D. (2014). Data for improvement and clinical excellence : Report of an interrupted time series trial of feedback in long-term care. *Implementation Science : IS*, *9*, 161. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0161-5

Schaal, T., Schönfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2014). Investigation of the sample sizes in quality assessments in German nursing homes. *Pflegewissenschaft*, *16*(10), 586-589. c8h. https://doi.org/10.3936/1271

Schapira, M. M., Shea, J. A., Duey, K. A., Kleiman, C., & Werner, R. M. (2016). The Nursing Home Compare Report Card : Perceptions of Residents and Caregivers Regarding Quality Ratings and Nursing Home Choice. *Health Services Research*, *51*

Suppl 2(Suppl 2), 1212-1228. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12458

Shin, J. H., & Hyun, T. K. (2015). Nurse Staffing and Quality of Care of Nursing Home Residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, *47*(6), 555-564. https://doi.org/10.1111/jnu.12166

Simon, M., Schmidt, S. G., Schwab, C. G. G., Hasselhorn, H.-M., & Bartholomeyzcik, S. (2013). [Determining the quality of long-term care. A comparative analysis of transparency criteria, resident-related indicators, and staff assessment]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *56*(8), 1088-1097. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1748-8

Smith, K. M., Castle, N. G., & Hyer, K. (2013). Implementation of Quality Assurance and Performance Improvement Programs in Nursing Homes : A Brief Report. *Journal of the American Medical Directors Association*, *14*(1), 60-61. c8h. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.010

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(6), 732-750. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014

Stefanacci, R. G., & Riddle, A. (2016). Delivering on quality measures : Six new CMS SNF quality measures. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, *37*(5), 398-400. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.08.008

Temkin-Greener, H., Li, Q., Li, Y., Segelman, M., & Mukamel, D. B. (2016). End-of-Life Care in Nursing Homes : From Care Processes to Quality. *Journal of Palliative Medicine*, *19*(12), 1304-1311. c8h. https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0093

Tolson, D., Rolland, Y., Andrieu, S., Aquino, J.-P., Beard, J., Benetos, A., Berrut, G., Coll-

Planas, L., Dong, B., Forette, F., Franco, A., Franzoni, S., Salvà, A., Swagerty, D., Trabucchi, M., Vellas, B., Volicer, L., & Morley, J. E. (2011). International Association of Gerontology and Geriatrics : A Global Agenda for Clinical Research and Quality of Care in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, *12*(3), 184-189. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.013

Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Mihelic, A., Scott, C., Curyto, K., Spector, A., Eshraghi, K., Duntzee, C., Heid, A. R., & Abbott, K. (2014). New Toolkit to Measure Quality of Person-Centered Care : Development and Pilot Evaluation With Nursing Home Communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, *15*(9), 671-680. c8h. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.004

van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B., Eijkelenboom, A., Molony, S., Felix, E., Nieboer, K., Zwerts-Verhelst J., E. L., & Wouters, E. J. (2016). Factors influencing a « sense of home" for nursing home residents. *Canadian Nursing Home*, *27*(4), 4-10. c8h.

van Nie, N. C., Meijers, J. M. M., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., Spreeuwenberg, M., & Halfens, R. J. G. (2014). Do structural quality indicators of nutritional care influence malnutrition prevalence in Dutch, German, and Austrian nursing homes? *Nutrition*, *30*(11/12), 1384-1390. c8h. https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.04.015

van Nie-Visser, N. C., Meijers, J. M., Schols, J. M., Lohrmann, C., Spreeuwenberg, M., & Halfens, R. J. (2015). To what extent do structural quality indicators of (nutritional) care influence malnutrition prevalence in nursing homes? *Clinical Nutrition*, *34*(6), 1172-1176. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.12.003

Werkgroep ouderenzorg Woonzorgdecreet. (2019). *Advies aan Minister Vandeurzen. NVKVV*. http://www.nvkvv.be.

Werner RM, & Konetzka RT. (2010). Advancing nursing home quality through quality improvement itself. *Health Affairs*, *29*(1), 81-86. c8h. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0555

Werner, R. M., Konetzka, R. T., & Kim, M. M. (2013). Quality improvement under nursing home compare : The association between changes in process and outcome measures. *Medical Care*, *51*(7), 582-588. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31828dbae4

Wharvell, T., & Sheldon, J. (2012). Outcome 9 : Management of medicines. *Nursing & Residential Care*, *14*(5), 250-253. c8h.

Winblad, U., Blomqvist, P., & Karlsson, A. (2017). Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers ? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 487. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2403-0

Xu, D., Kane, R. L., Shippee, T., & Lewis, T. M. (2016). Identifying Consistent and Coherent Dimensions of Nursing Home Quality : Exploratory Factor Analysis of Quality Indicators. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(12), e259-e264. https://doi.org/10.1111/jgs.14562

Zuidgeest, M., Strating, M., Luijkx, K., Westert, G., & Delnoij, D. (2012). Using client experiences for quality improvement in long-term care organizations. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, *24*(3), 224-229. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs013

Bijlagen

Bijlage 1: **Samenvattende tabel van de wetgeving van toepassing op de WZC.**

	AR du 21 septembre 2004 modifié par AR du 9 mars 2014	Région wallonne dont la CG puisque pas encore de nouvelle législation	Région Bruxelles capitale	Région Flamande	Communauté germanophone : IDEM 1 + **26. FEBRUAR 1997 - ERLASS DER REGIERUNG [ÜBER DIE ANERKENNUNGSBEDINGUNGEN FÜR WOHN-, BEGLEIT- UND PFLEGESTRUKTUREN FÜR SENIOREN]**[2] *[BS 23.01.98; abgeändert ER 26.06.09 (BS 14.09.09)]*
02. Normes fonctionnelles	**d)** [[3] au moins la moitié des lits de la maison de repos et de soins doit être réglable en hauteur et adapté aux besoins du résident. Un an après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 juin 2009 modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, la totalité des lits doit être réglable en hauteur et adaptée aux besoins du résident.][3]				
	e) La maison de repos et de soins doit disposer : - [[3] ...][3] de **chaises roulantes** pour les personnes qui ont des difficultés à se déplacer de manière autonome; - **du matériel requis en vue de la prévention des escarres**; - des **moyens nécessaires permettant d'isoler chaque lit** d'une chambre commune pendant les soins.				
03. Normes d'organisation	**a)** Pour chaque résident**, un dossier individuel** est constitué lors de l'admission qui est conservé dans l'établissement. […] Le dossier individuel du résident comprend son dossier administratif et son dossier de soins. (1) Le dossier administratif du résident …				
	(2) Le dossier de soins du résident contient au moins les documents suivants : (a) le dossier médical établi par le médecin traitant; (b) la fiche de liaison reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation, (c) **le dossier infirmier,** paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial qui contient notamment : - l'anamnèse et l'historique de vie du résident; - l'examen clinique à l'admission et au cours du séjour; - le diagnostic; - le plan de soins, incluant les médicaments prescrits, les soins requis, l'assistance pour les actes de la vie quotidienne et les éventuelles mesures de contention ou d'isolement; - l'évolution clinique et le diagnostic; - le cas échéant, les souhaits exprimés en matière de soins futurs, visés au point 10, g).				a) Beim Einzug in das Heim wird eine medizinische Akte des Bewohners erstellt. Diese Akte enthält alle relevanten Angaben zum Gesundheitszustand und wird regelmäßig aktualisiert. Der Bewohner beantragt diese Unterlagen bei seinem Hausarzt, die der medizinischen Akte beigefügt werden. Diese Akte ist unter Verschluss. Sie steht den diensttuenden Ärzten in Notfallsituationen zur Verfügung. b) Für jeden Bewohner wird eine Pflegedokumentation angelegt. Die Dokumentation umfasst: 1. die schriftlichten Verordnungen des Arztes, die von ihm unterzeichnet sind; wobei die unter Kapitel I, Punkt 3, letzter Paragraph erwähnten Bestimmungen Anwendung finden. 2. die Ausführungen der ärztlichen Verordnungen. 3. **Die individuelle Pflegeprozessplanung,** die erarbeitet wird auf Grundlage eines einheitlichen pflegetheoretischen Leitbildes des

		Hauses. Sie zielt ab auf die Beibehaltung bzw. die Förderung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten des Bewohners und beinhaltet: i. Information: administrative Daten, Biographie, Anamnese, Autonomiegrad in den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens, Gewohnheiten und Wünsche des Bewohners; ii. Probleme und Ressourcen des Bewohners: Beinträchtigung der Selbstständigkeit, die pflegerische Maßnahmen erfordern, sowie Fähigkeiten des Bewohners, Defizite zu kompensieren; iii. Festlegung individueller konkreter Ziele nach SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, angepasst, realisierbar, mit Zeitvorgaben); iv. Umsetzungs- und Durchführungsnachweis; v. Beobachtungen und Anmerkungen des Pflegepersonals. c) Die Prozessplanung dokumentiert kontinuierlich den Zustand des Bewohners, die Maßnahmen zur Beibehaltung bzw. zur Förderung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten des Bewohners. Sie ist ein Beweis der Leistungen der Pflege und ihrer Ergebnisse. Die Pflegeprozessplanung wird mindestens einmal im Monat durch einen Krankenpfleger überprüft, bzw. angepasst. Eine Bearbeitung der Pflegeprozessplanung unter Einbeziehung des multidisziplinären Teams erfolgt bedarfsgerecht im Durchschnitt alle drei Monate oder bei Änderung des Allgemeinzustandes. d) Bei Schichtwechsel macht die Pflegeverantwortliche den zuständigen Kollegen der nächsten Schicht eine kurze Übergabe anhand der Pflegedokumentation über die Bewohner ihres Bereichs und macht Mitteilung über besondere Vorkommnisse sowie über zu beachtende Punkte. e) Die unter b) beschriebene Pflegedokumentation sowie alle verwaltungstechnischen Unterlagen können von der Heimaufsicht eingesehen werden. f) Das Heim ist verpflichtet, die persönlichen Angaben zu den Hausbewohnern, die Pflegeplanung und -dokumentation, sowie die ärztlichen Verordnungen aller Heimbewohner unter Verschluss im Heim aufzubewahren. Die persönlichen Angaben sowie die Angaben zur Pflegeplanung sind während einer Zeitspanne von zwei Jahren nach dem Tod oder dem Auszug des Bewohners aufzubewahren.
	c) La norme de personnel doit s'élever, par 30 résidents, à : - au moins **5 équivalents temps plein praticiens de l'art**	

	infirmier, dont un infirmier en chef; au-delà des 30 premiers résidents, un infirmier en chef supplémentaire est obligatoire lorsque l'établissement dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 résidents; - **au moins 5 équivalents temps plein** personnel soignant ou **aides-soignants**, dont au minimum 95 % d'aides-soignants; à dater du 1er janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération; - **un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier peut être remplacé, au prorata de maximum 1 équivalent temps plein par 30 résidents,** et pour autant que la permanence visée au f) soit respectée, par une personne disposant de préférence d'une des qualifications suivantes : graduat ou baccalauréat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, licence ou master en psychomotricité, licence ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social, de " sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg ", d'infirmier(ère) social(e) ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire, graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur ou, à défaut, par du personnel soignant dont le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer le minimum de formation requis.		
	d) Lorsque la maison de repos et de soins compte plus de 75 lits, l'un des infirmiers en chef doit être délégué **comme infirmier en chef coordinateur**, dont la fonction et le minimum de formation requis sont fixés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.	*d) [15 ...]15* *Modifié par l'AR* du 27.11.2015 entré en vigueur le 22.01.2016	
	e) Le ou les infirmier(s) en chef doit remplir les missions suivantes : - assurer la gestion journalière du personnel infirmier et du personnel soignant; - coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier et paramédical, du personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et de aides-soignants; - organiser l'admission des nouveaux résidents, notamment par la collecte d'autant de données que possible sur leur état de santé et leur situation médico-sociale; - veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial du résident; - en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions relatives à une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger; - en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions quant à la manière dont il convient de traiter les patients	*e) Le ou les infirmier(s) en chef doit remplir les missions suivantes :* *- assurer la gestion journalière du personnel infirmier et du personnel soignant;* *- coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier et paramédical, du personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et de aides-soignants;* *- [15 ...]15* *- veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial du résident;* *- [15 ...]15* *- [15 ...]15*	

	souffrant de démence dans la maison de repos et de soins, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse, le cas échéant en collaboration avec la personne de référence "démence"; - **assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction**.	*- assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.*	
	f) Un praticien de l'art infirmier est présent dans l'établissement de jour comme de nuit.		
	g) Le ou les infirmier(s) en chef ou l'infirmier en chef coordinateur veillent à ce que les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins soient rencontrés aussi rapidement que possible, étant entendu qu'au moins une des disciplines susmentionnées est offerte dans l'établissement pendant les heures normales de travail.	*g) [[15] les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins soient rencontrés.][15]*	
10. Normes de qualité	**a)** La maison de repos et de soins dispense, dans l'accomplissement de sa mission, des soins et des services appropriés à chaque résident. Dans ce cadre, elle doit **développer une politique de qualité** axée sur la planification, l'évaluation et l'amélioration systématiques de la qualité des soins et services prestés, ainsi que de son fonctionnement. Celle-ci porte au moins sur : - la dispensation de soins et de services garantissant le respect de la dignité humaine, de la vie privée, des convictions idéologiques, philosophiques et religieuses, le droit de plainte, l'information et la participation de l'utilisateur, compte tenu également du contexte social de l'utilisateur; - l'accompagnement spécifique des personnes atteintes de démence; - l'efficacité et l'efficience des soins et services offerts ainsi que du fonctionnement; - la continuité des soins et services offerts.		
	b) La maison de repos et de soins dispose **d'un programme de qualité** qui, au minimum**, précise la politique de qualité** poursuivie visée au point a), de même que les modalités et la périodicité de l'évaluation de la qualité des soins. Au moins une fois par an, un rapport est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le ou les infirmier(s) en chef concernant l'évaluation de la qualité des soins. Il est transmis au cercle de médecins généralistes compétent et aux médecins qui exercent leur activité dans la maison de repos et de soins. Ce rapport est tenu à la disposition du personnel.	*b) [[16] ...][16]*	b) Das Heim verfügt über nachfolgende Qualitätskonzepte: • Konzept zur Fortbildungspolitik für das Personal; • Konzept zum Beschwerdemanagement; • Konzept zum Umgang mit Bewohnern, die an Demenz erkrankt sind; • Konzept zur Sterbebegleitung von Bewohnern.
	c) La maison de repos et de soins tient au minimum un enregistrement des données suivantes : - le nombre de cas d'escarres de décubitus; - le nombre d'infections nosocomiales; - le nombre de chutes; - le nombre de personnes incontinentes; - l'application de mesures de contention et/ou d'isolement.		
	d) La maison de repos et de soins doit disposer de procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement de		a) Das Heim legt in zumindest nachfolgenden Bereichen

	résidents souffrant d'une infection qui comporte un risque de contamination. Elle doit disposer des produits destinés à assurer une bonne hygiène des mains et du matériel nécessaire pour appliquer les procédures visées au premier alinéa.	Verfahrensrichtlinien fest: Pflegerische Richtlinien: • Prävention und Vermeidung der Ausbreitung von nosokomialen Infektionen; a) Das Heim legt in zumindest nachfolgenden Bereichen Verfahrensrichtlinien fest: Allgemeine Richtlinien: • Einzug von neuen Bewohnern; • Einarbeitung und Begleitung von neuen Mitarbeitern; • Maßnahmen bei Ausbrechen eines Brandes; Pflegerische Richtlinien: • Dekubitusprophylaxe und –pflege; • Sturzprävention; Pflegerische Richtlinien • Gebrauch von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wobei sowohl die physische und psychische Fixierung beschrieben werden muss;
	e) La maison de repos et de soins dispose de procédures écrites à respecter en cas d'application de mesures de contention ou d'isolement. Les mesures de ce genre ne peuvent être appliquées qu'à titre exceptionnel, exclusivement en vue de la protection du résident ou d'autres résidents et uniquement sur indication médicale précise. Ces mesures sont envisagées uniquement dans le cas où aucune autre mesure moins radicale n'est disponible pour atteindre le même objectif et pour autant qu'une pondération des intérêts de toutes les parties concernées ait eu lieu. Toute décision en matière de contention ou d'isolement est mentionnée dans le dossier de soins du résident. La nature, de même que la durée de la mesure, y sont renseignées, ainsi que la motivation de la décision. Toute dérogation aux procédures écrites visées dans l'alinéa premier nécessite une motivation distincte	
	h) En vue de soutenir les soins relatifs à la fin de vie dans la maison de repos et de soins, le médecin coordinateur et conseiller et le ou les infirmier(s) en chef sont chargés : 1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci; 2° de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'adresse du personnel infirmier, des aides-soignants et du personnel paramédical, du personnel de réactivation et des kinésithérapeutes; 3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs; 4° du respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés du résident concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.	
	k) Chaque maison de repos et de soins doit instaurer une politique de formation adaptée à chaque discipline.][10]	

Bijlage 2: Tabellen met bewijzen uit de literatuur

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
Castle NG, Engberg J, & Men A.	2007	Pennsylvanie, 2840 Nursing homes,	influence du Turnover des infirmiers et aide soignant sur la qualité	14 quality indicators from OSCAR data (Medicare/ Medicaid certification)	Une rotation élevée du personnel semble être associée, dans une certaine mesure, à une qualité médiocre. Pour les infirmiers , un taux de rotation moyen à élevé est associé à une qualité médiocre.	
Castle NG[1], Engberg J.	2007	Pennsylvanie, 1071 Nursing homes,	influence du niveau de staff et du turnover sur la qualité des soins en MRS	OSCAR data (Medicare/ Medicaid certification)	Les niveaux élevés d'infirmier qualifiés sont généralement associés à une qualité globale plus élevée; un nombre élevé d'infirmier moins qualifié est associé à une qualité globale plus faible. Une faible dotation en personnel infirmier et une faible stabilité dans le personnel aide soignant est associée à une qualité des soins inférieure. Cependant, il y a des interractions entre le turnover, le niveau de qualification et le recours à du personnel interimaire. Les résultats sont corrélé tantot positivement, tantot négativement en fonction des indicateurs de qualité choisi et du type de personnel étudié (infirmier versus aide soignants).	Niveau de staff pour 100 résidents: 14,7 ETP infi RN; 16,6 ETP infirmi LPN; 33,4 ETP Aide soignant.
Castle, N., & Engberg, J.	2008	6005 nursing homes	relation effectif / niveaux de qualité	(OSCAR database)	Les niveaux d'effectifs sont à eux seuls faiblement associés aux six mesures de qualité examinées. Les soins aux résidents dépendent non seulement du volume de travail mais aussi de la cohérence des soins, de la coordination et des pratiques de soins. La qualité dépendait de la présence de plus d'un caractéristique de dotation en personnel favorable.	
Castle, N., Engberg, J., & Men, A.	2008	n=2840		(OSCAR)	relation non linéaire entre les niveaux de qualification et la qualité ; En général, les niveaux plus élevés d'aides-soignants étaient associés à une qualité médiocre	Moins de 14 équivalents temps plein pour 100 lits a peu d'influence sur la qualité, alors que plus de 25 équivalents temps plein pour 100 lits a une influence substantielle sur la qualité.
Castle, N. G.	2009	3876 Nursing homes (OSCAR)			L'impact sur la qualité du recours à du personnel intérimaire pour 25% de l'équipe ou plus montre une différence de 1 à 2 % dans les scores de qualité;	25 ETP de soignant interimaire pour 100 lits a une action délétère sur la qualité
Castle NG, & Lin M.	2010	2840 nursing homes and 14 quality indicators from the nursing Home Compare (OSCAR)	relation turnover du management et qualité des soins		La rotation des administrateurs de maisons de retraite a une influence sur la qualité, en particulier sur la douleur, les scores de pression, l'utilisation de la contention physique. Une forte rotation des DON est associée à une meilleure qualité, en particulier pour la dépression, le délire et la douleur. Ces deux facteurs ont une influence directe sur la qualité et une influence indirecte via le personnel "niveaux de qualification" et effectifs ".	
Castle, N. G.	2011	450 nursing homes , 2233 web visitors			création et utilisation d'une ressource en ligne conçue pour aider les maisons derepos à mettre en œuvre des améliorations de la qualité par le biais de changements dans les caractéristiques du personnel (niveau de personnel, rotation, stabilité, utilisation de l'agence)	
Castle NG, & Anderson RA. (2011).	2011	2839 nursing homes	relation modification du staff et qualité	(OSCAR)	Effets des modifications des caractéristiques du personnel sur les modifications de 4 mesures de qualité (utilisation de moyens de contention physique, utilisation de cathéters, gestion de la douleur et score de pression. La qualité semble "dépendre non seulement de ce qui est fait, mais aussi de ce qui est fait, de la qualité de ce qui est fait, du moment où il est fait et de qui le fait. Ainsi, le simple ajout de personnel peut être un moyen nécessaire mais non suffisant d'améliorer la qualité".	
Castle, N. G., & Decker, F. H.	2011	3867 NHAs and DONs assessed with Bonoma-Slevin leadership model	relation leadership/qualité		Management du style leadership transformationnel est significativement corrélé avec la qualité	
Castle	2014				Il existe des preuves que le ratio infirmière diplômée/infirmière auxiliaire a un impact sur la qualité des soins, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires. Il est nécessaire de prendre en compte d'autres facteurs tels que la rotation du personnel et l'utilisation de personnel intérimairecependant il n'a pas permis d'identifier une forte association entre les niveaux de personnel et la qualité.	

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
Castle, N. G., Furnier, J., Ferguson-Rome, J. C., Olson, D., & Johs-Artisensi, J.	2015	3941 administrators			Le niveau de formation du personnel administratif (baccalauréat Vs Maitrise) est posititivement correlé avec la qualité des soins	
Castle, N. G., & Ferguson-Rome, J. C.	2015	3941 nursing homes	impact de l'absentéisme des aides soingnantes		Les aides-infirmières sont les plus nombreuses dans les maisons de retraite et assurent 80 % des soins aux résidents. L'absentéisme des aides-infirmiers est associé aux scores de pression, à la gestion de la douleur, à l'utilisation de cathéters et à l'utilisation de moyens de contention physique.	
Przylog Adam, Stroka Magdalena A., Engel Susanne, Linder Roland	2016	Allemagne			• Pas d'études scientifiques concernant l'application d'indicateurs de qualité validés dans le domaine de l'offe de soins ni dans celui de la qualité de vie • On trouve une augmentation significative de chutes en relation avec l'utilisation de medicaments comme des antidépressifs, anxiolytiques, hypnotiques et des sédatifs (Bauer et al.) Les résultats de cet étude montre que l'on peut diminuer le risque de chute en adaptant la consommation de médicaments et donc augmenter la qualité de vie. • Cet étude-ci ne montre pas de corrélation entre les évaluations des MRS et la mesure de la qualité de résultat (Ergebnisqualität) jusque 2010. • Il n'y pa s de lien statistiquement significative entre ces évaluations et le prix des MRS. • Pour se fier sur l'objectivité des évaluations, les conditions scientifique concernant la variabilité et la fiabilité doivent être réunis. • la cote finale ne montre pas de façon homogène les domaines problématiques, ce qui permet un camouflage de la qualité de soins qui ne serait peut-être pas satisfaisante. • Il n'y pas d'approche scientifique uniforme sur la mesure de la qualité en MRS concernant le résultat (outcome) et la qualité de soins.	
Markus Anliker	2006			RAI-MDS	• Qualification du personnel en gériatrie • Des efforts de réhabilitation chez les clients • Le MDS (minimum data set) est collecté à l'admission et tous les 6 mois • En se basant sur le RAI on cible des efforts sur les domaines problématiques de façon systématique, p. ex. concernant les symptômes de dépression, la douleur.... • RAI-NH Avantage: on ne se concentre pas sur la politique financière mais bien sur le MDS en relation avec le patient • Les données du RUG se basent sur des enquêtes importantes	
Astrid Bastian, Matthias Ernst, Wolfgang Seger		N=1431	Outil	• "Pflegenote" (score de soin): évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK))	Les publications sous forme de scores de soin sert non seulement à l'information du consommateur maisaussi entre MRS d'augmenter la qualité en soins On suppose que les coûts de soins sont en relations directes avec la qualité en soins (Gebert, 2003) • Augurzky et al (2010) ont constaté que des prix plus élevés sont associés plutôt à des conditions structurales qu'avec la qualité en soins. • Une corrélation entre les scores de soins et de leur qualité de soins (thème de cet étude) n'a pas encore été examiné • Premier système d'évaluation en Allemagne depuis 2008 - ce système forme une base idéale pour l'identification et l'analyse de facteurs d'influence sur la qualité de soins. • Les catégories d'évaluations sont: - Soins et assistance médicale - Les rapports avec les résidant - Assistance sociale et les activités quotidiennes - Habitation, alimentation, ménage et hygiène	
Tom Schaal, Tonio Schönfelder, Julia Fritz, Jörg Klewer, Joachim Kugler		Allemagne	outil	• "Pflegenote" (score de soin): évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK))	• L'enquête examine la concurrence entre les MRS dont l' évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) est publiée sur l'internet. • L'introduction d'un critère supplémentaire sur le pourcentage de personnel qualifié (d'après la loi elle doit être de 50%) • Le questionnement de résident est assez vague et ne donne pas de renseignements précis quant à la qualité de soins dans le MRS • En Allemagne une loi sur le développement en qualité de soins a été créée en 2008. Les évaluations ont lieu annuellement. Il en résulte une „note" d'après le	
Bowblis	2011		caractéristiques du staff		Une meilleure dotation en personnel est associée à une meilleure qualité, la composition du personnel est également un facteur important pour déterminer la qualité des maisons de soins infirmiers. Chaquespécialisation d'infirmière possède un ensemble de compétences différent et peut être plus ou moins efficace pour répondre aux besoins particuliers des résidents. Les exigences minimales en matière de personnel de soins directs sont nécessaires car le niveau de formation du personnel et la combinaison des compétences, améliorent la qualité	

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
Konetzka RT, Stearns SC, & Park J.	2008		caractéristiques du staff	OSCAR	L'infirmière assistante dispense des soins directs aux résidents (aide pour les AVQ), les infirmières observent, évaluent et enregistrent les symptômes et les progrès des résidents. Les infirmières collaborent avec les médecins pour le traitement, l'administration des médicaments et l'élaboration des plans de soins. L'augmentation des effectifs des infirmières réduit les effets indésirables dans certaines maisons de soins.	
Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, et al.	2011	systematic review			Présence d'élément contradictoire lorsque la recherche de corélation entre le niveaux de staff et la qualité dans les maisons de repos	
Havig AK[1], Skogstad A, Kjekshus LE, Romøren TI.	2011	444 employees, 13 NH directors and 40 ward manager ; 398 relatives in Norway	gouvernance/ caractérisique du staff		Le style de leadership a un lien avec la qualité. Il n'y a pas de corrélation significative entre le niveau des effectifs et le nombre d'infirmière. Les dirigeants doivent se concentrer sur la coordination, les rôles du personnel, le suivi des opérations pour améliorer la qualité des soins.	
Kjos, 2016		444 staff members in 22 NH, norway	caractéristiques du staff		La qualité des soins est influencée par les caractéristiques des résidents, du personnel et des services. Absence d'effet positif significatif des infirmiers sur les soins généraux. Absence de relation significative entre le niveau total des effectifs et certains résultats en matière de qualité. La taille du service n'a montré aucune relation significative avec les résultats en matière de qualité	
Hyun Shin	2015	Korea, 150 NH	caractéristiques du staff		Effet de la présence d'infirmier dans la prévention des chutes, diminution de l'alimentation par sonde, diminution des comportements agressifs et meilleure amplitude de mouvement pour les résidents. Le taux de roulement élevé a entraîné la déshydratation, l'alitement et l'utilisation de médicaments antipsychotiques chez un plus grand nombre de résidents. 15 résultats de la qualité des soins et 3 variables indépendantes : heures par résident, combinaison de compétences et rotation	
Kim,	2009	411 nursing homes, California	caractéristiques du staff		Les ratios infirmier / effectif total n'étaient pas liés à des déficiences totales, mais à des déficiences graves. Une proportion plus élevée d'Infirmier dans le personnel total est importante pour la qualité des soins. Il n'y a pas de consensus sur la composition efficace du personnel infirmier dans les maisons de retraite.	
Hyer et al	2011	663 Florida nursing homes	caractéristique du staff		rapport entre l'augmentation du nombre d'aides soignants et le nombre d'infirmiers : des niveaux plus élevés d'aide soignant étaient des prédicteurs de scores totaux de déficiences plus faibles et de la qualité des soins.	
Hurtado	2016	direct-care employee in 30 NH, Boston, USA	temps de travail. Caractéristique du staff		L'organisation du temps de travail peut être associée à la qualité des soins. D'autres facteurs liés au temps, tels qu'un ratio de personnel agréé plus élevé, sont des prédicteurs de meilleurs soins aux résidents. En corrélation avec l'indicateur d'escarres .	
Backhaus	2017	21 nursing homes, The Netherland			Le climat de travail a une influence sur la qualité des soins. La multidisciplinarité améliore la qualité des soins percue.	
Backhaus	2014		staffing		Il n'y a pas de preuve d'une relation positiive entre le niveau de staff et la qualité des soins	
Chen	2015	Ohio	staffing	OSCAR database	Relation positive entre le nombre de personne pour les soins directs et la qualité des soins en MRS	
flynn	2010	63 NH, New Jersey	staffing	OSCAR database	L'environnement favorable à la pratique infirmière montre de meilleurs résultats pour les résidents. Aucune association entre le niveau de dotation et les indicateurs de qualité	
Park	2009		staffing	OSCAR database	l'augmentation des normes de personnel est associée à une réduction de l'utilisation des moyens de contention. Les résultats des résidents et l'utilisation des cathéters ne montrent cependant aucun changement	
Lee	2014		staffing et case mix		Théoriquement, un nombre d'heures de travail plus élevé chez les infirmières pourrait être associé de manière significative à de meilleurs indicateurs de qualité liés aux processus et aux résultats. la présence d'infirmière (en heures) était significativement associée à des taux plus faibles de plaies de pression, mais pas à une infection urinaire. Les heures estimées de travail des infirmiers n'étaient pas liées à la perte de poids ou à l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Par contre, le profil des résidents est corrélé avec les indicateurs sélectionnés dans l'étude,	

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
popejoy	2017	16 NH, Missouri	APRN		Les APRN apportent des compétences essentielles, la capacité de gérer les résidents malades, la capacité de guider le personnel moins expérimenté.	
Maas	2008				risques liés au manque de personnel et à la sous-formation : abus et négligence, chutes, contention physiques et chimiques, nutrition et perte de poids, douleur, démence, dépression et autres maladies mentales, incontinence urinaire, escarres, isolement social et inactivité Une formation en leadership est recommandée pour les infirmières et une formation accrue en soins infirmiers gérontologiques est recommandée pour les infirmières et le personnel auxiliaire.Pour remédier à la pénurie d'infirmières gérontologiques et à la formation au leadership dans les maisons de soins infirmiers, un programme de préparation des infirmières à devenir des spécialistes des soins infirmiers gériatriques à long terme est proposé.	
Mc Gilton	2016	integrative review: relationship between supervisory performence and resident outcomes	Leadership et supervision		Les gestionnaires et les responsables des soins infirmiers de longue durée peuvent promouvoir l'amélioration des performances en matière de supervision efficace des infirmières afin de réduire le taux de rotation et d'améliorer les résultats des résidents. Un infirmier superviseur efficace peut être décrit comme un infirmier qui donne des directives, qui est respectueux, juste, qui soutient, qui donne des moyens d'action et qui encourage les infirmiers assistants. Une supervision efficace de l'infirmière semble être associée à un certain nombre de résultats positifs pour l'infirmière, l'organisation et les résidents dans les soins de longue durée.	
Donald Faith	2013	quantitative evidence of the effectiveness of advances practice nursing rôles in meeting the healthcare needs of older adults in LTC.	APRN		Les infirmières de pratique avancée sont associées à l'amélioration de plusieurs mesures de l'état de santé et des comportements des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. Les infirmières de pratique avancée jouent un rôle positif dans la réduction des taux de dépression, d'incontinence urinaire, de plaies de pression, d'utilisation de moyens de contention et de comportements agressifs, et dans l'amélioration des capacités des résidents à atteindre leurs objectifs personnels et à satisfaire leur famille en matière de services médicaux.	
Cramer,	2014	USA			Influence de la formation continue et de compétence clinique gériatrique des infirmières ; impact de la certification des infirmiers sur l'autonomisation, la satisfaction au travail, l'intention de quitter (turnover) et la compétence clinique.	
Abrahamson	2013	Minessota			Importance de la flexibilité de l'organisation et de l'adaptation au changement; importance et impact du leadership dans un engagement vers la qualité	
Baier	2008	USA			Importance de se fixer des objectifs à atteindre au niveau de la qualité; le sysstème STAR est un guide des maisons de classification des MRS selon 4 indicateurs cliniques cible (dépression, douleur, contentions physiques et escarres)".	
Colon-emeric	2017	USA			Impact des interventions de communication dans la qualité des soins: relation de travail entre les collègues, utilisation de la diversité dans la résolution de problèmes. Impact d'une formation continue sur le sujet.	
Cramer et al	2014	USA			Impact des infirmier sur l'empowerment , la satisfaction au travail, intention de quitter le travail et les compétences cliniques	
Easton	2016				l'amélioration des soins directs au résident (temps passé au chevet du résident) permet des gains financiers et permet de diminuer les hospitalisations	
Hjaltadottir		Iceland		MDS		

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
Hunt	2014	USA, Central North Carolina; 8NH	turnover		le turnover alimente une spirale descendante dans la capacité du système à maintenir un environnement sûr pour les résidents: erreur, désorganisation des nouveaux gestionnaires, augmentation des départs volontaires des soignants. Le roulement du personnel clinique a ensuite entraîné une vague de nouveaux soignants ; la coordination, la supervision et le travail d'équipe nécessaires à la qualité des soins se sont érodés avec le temps. Les gestionnaires et les soignants qui travaillaient en sous-effectif ont décrit l'épuisement professionnel et leturnover du personnel. La confluence d'une expertise insuffisante et de soutiens humains et instrumentaux a structuré le système pour l'émergence récurrente d'un roulement et de soins de mauvaise qualité.	
Rantz,	2012	USA: Missouri		OIQ	OIQ (Observable Indicators of Nursing Home Care quality. La cohérence interne est forte avec des alpha de Cronbach allant de 0,74 à 0,93 pour les sous-échelles ; la fiabilité des interrater et des test-retest est acceptable pour le processus, la structure, et Total s'échelonnent respectivement de 0,64 à 0,76 et de 0,75 à 0,77.	
Rantz,	2017	16 nursing homes in a metro area of the Midwest.	APRN		interet des APRN pour réduire le recours à l'hopsitalisaiton des résidents	
Winblad,	2017	Sweden			La relation entre la propriété (public vs privé lucratif vs asbl) et la qualité des soins dans les maisons de repos Les résultats indiquent que les maisons de soins publiques sont de meilleure qualité que les maisons privées en ce qui concerne deux mesures de qualité structurelles : le niveau de personnel et l'hébergement individuel.	
Lin	2014		staffing		Malgré l'abondante littérature sur la dotation en personnel infirmier et le formidable plaidoyer visant à augmenter les exigences minimales en matière de personnel, les études existantes ne sont pas encore parvenues à des conclusions définitives sur la manière dont la dotation en personnel infirmier affecte la qualité des soins. Ces études ne trouvent cependant aucune preuve à l'appui d'une relation aussi directe. D'autres études encore, dont une étude bien conçue de Zimmerman et al. (2002), ont trouvé des preuves d'une association négative entre la dotation en personnel infirmier et la qualité des soins. Les recherches sur la dotation en personnel d'autres types d'infirmières, telles que les infirmières diplômées et les aides-infirmières, sont encore plus mitigées	

Auteur, Année	Pays, type d'institution	Outils	Elements influencant la qualité
Przylog Adam, Stroka Magdalena A., Engel Susanne, Linder Roland - 2016	Allemagne, Ruhr-Universität Bochum, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen Hamburg	"Pflegenote" (score de soin), évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK))	Pas d'études scientifiques concernant l'application d'indicateurs de qualité validés dans le domaine de l'offe de soins ni dans celui de la qualité de vie - Augmentation signifiante de chutes en relation avec l'utilisation de medicaments comme des antidépressifs, anxiolytiques, hypnotiques et des sédatifs (Bauer et al.) Pas de corrélation entre les évaluations des MRS et la mesure de la qualité de résultat (Ergebnisqualität) jusque 2010. Pas de lien statistiquement significative entre ces évaluations et le prix des MRS. En plus la cote finale ne montre pas de façon homogène les domaines problématiques, ce qui permet un camouflage de la qualité de soins qui ne serait peut-être pas satisfaisante.
Markus Anliker -2006	Schweiz, Pflegezentrum Baar	RAI	• Qualification du personnel en gériatrie • Des efforts de réhabilitation chez les clients • Le MDS (minimum data set) est collecté à l'admission et tous les 6 mois • En se basant sur le RAI on cible des efforts sur les domaines problématiques de façon systématique, p. ex. concernant les symptômes de dépression, la douleur....
Astrid Bastian, Matthias Ernst, Wolfgang Seger	Allemagne, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Hannover	• "Pflegenote" (score de soin), évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK))	• Premier système d'évaluation en Allemagne depuis 2008 - ce système forme une base idéale pour l'identification et l'analyse de facteurs d'influence sur la qualité de soins. • Le développement d'une procédure universelle d'évaluation des prestations de soins et de leurs qualité dans les MRS, ainsi que leur publications sous forme de scores de soin ne sert non seulement à l'information du consommateur mais a mené également à l'initiation de concourir entre MRS d'augmenter la qualité en soins • En général on suppose que les coûts de soins sont en relations directes avec la qualité en soins (Gebert, 2003) • En ce temps il existent peu d'enquêtes qui examinent la relation entre la qualité en soins et les coûts en MRS • Augurzky et al (2010) a examiné si une MRS cher en Allemagne offre des prestations de soins de bonne qualité. Ils ont constaté que des prix plus élevés sont associés plutôt à des conditions structurales qu'avec la qualité en soins. • Une corrélation entre les scores de soins et de leur qualité de soins (thème de cet étude) n'a pas encore été examiné
Rebecca Palm, Sascha Schmidt, Michael Galatsch, Hans-Martin Hasselhorn, Bernd Hans Müller	• Allemagne • Lehrstuhl für Gesundheitswissenschaften/Public Health, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden • Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Westsächsische Hochschule Zwickau	Pflegenote (score de soin), évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) • L'enquête examine la concurrence entre les MRS dont l' évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) est publiée sur l'internet.	• Question de l'enquête: est-ce que l'évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle renforce une amélioration de la qualité en soins? • Les catégories d'évaluations sont: - Soins et assistance médicale - Les rapports avec les résidant souffrant de démence - Assistance sociale et les activités quotidiennes - Habitation, alimentation, ménage et hygiène - Questionnement des résidents - Résultat finale • L'introduction d'un critère supplémentaire sur le pourcentage de personnel qualifié (d'après la loi elle doit être de 50%) • Le questionnement de résident est assez vague et ne donne pas de renseignements précis quant à la qualité de soins dans le MRS • Question de l'enquête: est-ce que l'évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle renforce une amélioration de la qualité en soins? • En Allemagne une loi sur le développement en qualité de soins a été créée en 2008. On a fusionné l'évaluation interne avec un organe externe, la mutuelle. Les évaluations ont lieu annuellement. Il en résulte une „note" d'après le système de notation scolaire courant en Allemagne. • Il existe des MRS privé, de l'état et de la commune. Il n'y a pas de différence significative entre ces homes au niveau de la qualité de soins. • Tandis que dans le domaine « soins et assistance médicale » les évaluations étaient les plus mauvaises, c'est là que qu'après un an il y avait les meilleurs améliorations • L'introduction d'un critère supplémentaire sur le pourcentage de personnel qualifié (d'après la loi elle doit être de 50%)

Bijlage 3: Gespreksgids van de focusgroep

Gespreksgids van de focusgroep:
Denkgroep over de kwaliteitscriteria in WZC

Deze gids is het stramien van de discussies die in de denkgroep gevoerd zullen worden. Het bestaat enerzijds uit aanbevelingen en anderzijds uit een reeks vragen die gebruikt zullen worden om de focusgroep te leiden en de discussie te sturen en op gang te houden om antwoorden te vinden voor de werkdoelstellingen.

STREEFDOEL

Het opzetten van een gemeenschappelijk instrument voor de evaluatie van de zorgkwaliteit in de woonzorgcentra en de nodige governance uit te stippelen.

DOELSTELLINGEN:

1. Opstellen van een lijst van kwaliteitsindicatoren voor de verpleegkundige zorg in WZC en deze overmaken aan de bevoegde overheid elk gewest.
2. Vastleggen van een Belgische referentie en voor het na te streven kwaliteitsniveau.
3. Voorstellen van een structurering van de verpleegkundige activiteit in de WZC (governance): opstellen van een profiel van de beoefenaars van de verpleegkunde (verpleegkundige, zorgkundige en andere functie) en functiedifferentiatie in de WZC

TE VERKENNEN ONDERWERP

1. De gemeenschappelijke waarden die de verpleegkundigen niet willen opgeven, die we belangrijk vinden en eisen.
2. De relevante, haalbare en realistische criteria van de kwaliteitsindicatoren die te vinden zijn in de literatuur

ORGANISATIE

- Op uitnodiging via de AUVB
- Animator (CP)
    - Regularisatie van discussiestroom: zeker stellen dat iedereen aan bod komt in de discussies
    - Verkenning van de onderzoeksvragen
- Aanwezigheid van facilitators (JF en EDW) voor notulering en om de mimiek/het gedrag van de deelnemers te observeren
- Simultaantolken
- Ervoor zorgen dat iedereen zich voorstelt en de vergadering starten
- Documenten voor de terugbetaling van verplaatsingskosten invullen
- In te vullen document? (overeenkomsten, toestemming, …)

Eerste fase:

1) Aftasten van de kennis van de deelnemers met betrekking tot de bestaande kwaliteitsindicatoren en de verzameling ervan.
2) Identificatie van de kwaliteitsindicatoren

BASISVRAGEN	VERKENNENDE	PROCEDE
Inleiding		
1. Laten we eerst beginnen met een voorstellingsronde. Gelieve uw naam en uw functie in uw instelling te vermelden.		Facilitators notuleren
Huidige toestand		
2. Wat denkt u van de huidige registratie van kwaliteitsindicatoren?	Welke plaats nemen de kwaliteitsindicatoren in uw dagelijks leven in? Welk type registratie: continu, of tijdens een bepaalde periode van het jaar? Welke feedback krijgt het personeel over deze indicatoren? Hoe verloopt de registratie van indicatoren in de praktijk?	Notuleren en registratie
Nut van de indicatoren		
3. Wat zijn de voordelen /de nadelen van monitoring met indicatoren?	Wat is uw persoonlijke ervaring betreffende het gebruik van kwaliteitsindicatoren? Wat zijn de interessante kwaliteitsindicatoren? Welke registraties hebben geen nut? Bent u bereid om andere indicatoren /meer indicatoren te registreren? Wat zijn de moeilijkheden/hindernissen bij de registratie van indicatoren? Wat zijn de hefbomen voor het gebruik van indicatoren?	

4. Wat zijn de omstandigheden/situaties waarvoor de indicatoren nodig/nuttig zijn?	Komt het wel eens voor dat u de instellingen vergelijkt op vlak van activiteit of "logheid" of een profiel van een instelling tekent met deze indicatoren? Is de vergelijking met anderen een meerwaarde?	
Governance		
5. Wat zou volgens u de ideale omkadering zijn om de zorgkwaliteit te verzekeren in de WZC?	Onder welke voorwaarden kan er een adequate verpleegkundige financiering en een optimale waaier van competenties in de WZC worden verzekerd? Wat is de weerslag van de functiedifferentiatie op de zorgkwaliteit en op de organisatie van de zorg?	
Sturingsvragen		
	• Kunt u daar wat meer over vertellen? • Kunt u daar een concreet voorbeeld van geven? • Hebt u daar nog iets aan toe te voegen? • Heeft iemand daar een andere kijk op? • Hebt u andere standpunten?	
Afsluiting		
6. **Wenst u nog iets toe te voegen dat niet aan bod gekomen is of dat nog vermeldenswaard is?**		

In een tweede fase:

1) Kies voor elk domein de relevantste kwaliteitsindicatoren en bepaal hun belang/haalbaarheid (zie lijst van indicatoren uit de literatuur)

Stap 1: De lijst van indicatoren voorstellen.

7. Ziehier een lijst van indicatoren uit de literatuur, wat denkt u van deze lijst?		
8. Wat denkt u van elk van deze voorgestelde domeinen /de indicatoren per domein?	Zijn de gegevens makkelijk te verzamelen? Vereist dit aanvullende registraties?	

Stap 2: Selecteer de indicatoren, ten minste twee in elk domein die realistisch, haalbaar en relevant zijn.

Stap 3: Klasseer ze in functie van het belang van het criterium en de meetbaarheid.
Wat niet zeer belangrijk en moeilijk haalbaar is, moet geëlimineerd worden.

Stap 4: Hoe kan men ze meten?

We danken u hierbij voor uw tijd en uw zeer actieve deelname aan deze groep. Uw antwoorden en discussies waren zeer nuttig en leerrijk.