

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Realiseren van een passende functiemix in verpleeghuizen

Werken aan teamsamenstelling én interprofessionele samenwerking

Marleen Lovink^{1*}, Annette O.A. Plouvier¹, Sofie Barendse¹, Anneke van Vught², Raymond T.C.M. Koopmans¹, Debby L. Gerritsen¹, Anke Persoon¹

Samenvatting

Het aantal ouderen met een complexe zorgvraag neemt toe in Nederlandse verpleeghuizen en tegelijkertijd is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Om passende zorg te kunnen blijven bieden, is herziening van de organisatie van zorg nodig. De doelen van dit onderzoek waren kennis te genereren over: 1) hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden en 2) het ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix in verpleeghuizen. In dit participatief actieonderzoek namen vijf zorgorganisaties met zeven teams deel. De focus in dit onderzoek lag op de verzorgende/verpleegkundige, psychologische en medische disciplines. De teams gingen aan de slag met het optimaliseren van hun functiemix aan de hand van op organisatieniveau geformuleerde vuistregels en een door de actieonderzoeker gemaakte situatieanalyse. Data werden verzameld door logboeken van de actieonderzoekers en focusgroepen met de deelnemers. Uit de thematische analyse bleek dat teams startten met het creëren van helderheid over ieders functie en kwaliteiten, het optimaliseren van ieders inzet en het verbeteren van de interprofessionele samenwerking. Van daaruit ontstond inzicht in de optimale teamsamenstelling om passende zorg te kunnen bieden. Randvoorwaardelijk in het experimenteren met de functiemix bleken aanmoediging, begeleiding, tijd en (financiële) ruimte.

Trefwoorden: functiemix, actieonderzoek, verpleeghuis, interprofessionele teams

1 Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen.

2 Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen.

* Correspondierend auteur: Marleen.Lovink@Radboudumc.nl

Optimising skill mix in nursing homes

Enhancing team composition and interprofessional collaboration

Marleen Lovink^{1*}, Annette O.A. Plouvier¹, Sofie Barendse¹, Anneke van Vught²,
Raymond T.C.M. Koopmans¹, Debby L. Gerritsen¹, Anke Persoon¹

Abstract

In Dutch nursing homes, the number of older adults with complex care needs increases, while at the same time there is a shortage of professionals. This requires changes in the organisation of care in order to provide appropriate care. The aims of this study were to generate knowledge about: 1) how team composition and interprofessional collaboration influence each other and 2) the development and implementation of optimal skill mix in nursing homes. In this participatory action research study five nursing homes organisations participated with seven teams. The focus in this study was on the nursing, psychological and medical disciplines. The teams worked on optimizing their skill mix based on general rules formulated on organisation level and a situation analysis assessed by the action researcher. Data were collected by logbooks of the action researchers and focus groups with participants. Thematic analysis revealed that teams started with creating clarity about everyone's function and qualities optimising everyone's contribution and improving interprofessional collaboration. Therefrom they gained more insight into optimal team composition in order to provide appropriate care. Preconditions for experimenting with skill mix were support, coaching, time and (financial) space.

Keywords: Skill mix, Action research, Nursing homes, Interprofessional teams

1 University Knowledge Network for Older adult care Nijmegen (UKON), Department of Primary and Community Care, Research Institute for Medical Innovation, Radboud university medical center, Nijmegen, the Netherlands.

2 Organization of Care and Services, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, the Netherlands.

* Corresponding author: Marleen.Lovink@Radboudumc.nl

Inleiding

Het aantal ouderen met complexe zorgvragen neemt toe.¹ Doordat ouderen in Nederland langer thuis blijven wonen en pas naar een verpleeghuis gaan als het echt niet anders kan, is de zorgvraag van de ouderen die in verpleeghuizen verblijven nog complexer geworden. Tegelijkertijd zal de krapte op de arbeidsmarkt van verzorgenden en verpleegkundigen (V&V), psychologen en specialisten ouderengeneeskunde (SO's) de komende jaren verder stijgen.^{2,3} Dit betekent dat zorgorganisaties voor grote uitdagingen staan om nu en in de toekomst passende zorg aan bewoners te bieden, ondanks de krapte.⁴ Passende zorg is waarde gedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, is de juiste zorg op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.⁵ Zorgorganisaties proberen de uitdagingen deels te adresseren door steeds meer regionaal samen te werken in het bieden van passende zorg.⁶

Uit eerder onderzoek blijkt dat meer personeel niet simpelweg leidt tot betere verpleeghuiszorg.^{7,8} Oplossingsrichtingen liggen in het optimaal benutten van ieders expertise en inzet door onder andere het vergroten van de deskundigheid van V&V, het positioneren van de GZ-psycholoog als regiebehandelaar en taakherschikking van SO naar physician assistant (PA), verpleegkundig specialist (VS) en basisartsen. Ook het optimaliseren van interprofessionele samenwerking en het verbeteren van de interprofessionele leer- en werkcultuur bieden kansen.⁹⁻¹² Interprofessionele samenwerking is het samenwerken binnen een team dat bestaat uit leden van verschillende disciplines, die al dan niet vanuit complementariteit samenwerken met ervaringsdeskundigen en elk vanuit hun expertise bijdragen aan het realiseren van een gezamenlijke opdracht.¹³ Zowel de teamsamenstelling (aantal en type functies) en de interprofessionele samenwerking lijken van belang in het realiseren van een passende functiemix.^{14, 15} Een functiemix is 'passend' indien deze bijdraagt aan passende zorg voor bewoners. Op dit moment is het nog niet duidelijk hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden in het werken aan een passende functiemix. Ook is het niet bekend hoe professionals in de praktijk zelf aan de slag kunnen gaan met het optimaliseren van hun functiemix, en welke ondersteuning zij nodig hebben vanuit hun zorgorganisatie en/of regionale samenwerkingsverbanden. Om hier inzicht in te krijgen werd een actieonderzoek uitgevoerd waarin teams in verpleeghuizen werkten aan het optimaliseren van de functiemix van V&V, artsen/PA/VS en psychologen. Dit artikel richt zich op de kennisdoelen van het actieonderzoek.

De kennisdoelen waren:

1. Kennis genereren over hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden tijdens het werken aan een passende functiemix.

2. Kennis genereren over de wijze van ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix in verpleeghuizen door professionals, zorgorganisaties en regionale samenwerkingsverbanden.

Methode

Actieonderzoek

Van oktober 2021 tot en met december 2022 hebben wij in de zorgregio Nijmegen een participatief actieonderzoek uitgevoerd. Participatief actieonderzoek is een kritisch-relationale benadering van onderzoek, waarbij de actieonderzoeker samenwerkingsrelaties met en tussen de relevante stakeholders faciliteert, zodat participatie, wederzijds leren, kennisontwikkeling en verandering van die praktijk worden bevorderd.¹⁶ Een actieonderzoek design is passend omdat de kennisvragen gaan over hoe professionals een verandering in kunnen zetten richting een passende functiemix. In dit actieonderzoek werkten professionals samen met drie actieonderzoekers aan het optimaliseren van de functiemix. De actieonderzoekers hadden verschillende achtergronden te weten: antropoloog, SO (niet-praktiserend) en verpleegkundige (niet-praktiserend), waarvan twee (uitgebreide) ervaring hadden met het ondersteunen van deelnemers in actieonderzoek.

Deelnemers

Zes zorgorganisaties uit de regio Nijmegen werden benaderd voor deelname. De selectie van deze zes organisaties vond plaats op basis van variatie in grootte en de aanwezigheid van een eigen behandelteam. Eén organisatie liet weten niet deel te kunnen nemen door de ervaren werkdruk. Bij drie van de vijf deelnemende organisaties waren V&V, psychologen en artsen in dienst van de organisatie. De andere twee organisaties hadden V&V in dienst en huurden psychologen en artsen in.

Tien teams werden benaderd voor deelname op basis van variatie in het aantal bewoners en het type zorgvragen van bewoners waar zij voor zorgden. Met team bedoelen we het interprofessionele team dat op een zorgafdeling samenwerkt, bestaande uit het V&V-team (woon-, zorg- en welzijnsondersteuners, helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen) en het behandelteam (bestaande uit psychologen, artsen/PA/VS, paramedici en geestelijk verzorgers). Binnen dit onderzoek lag de focus op het V&V-team, de psychologen en de artsen/PA/VS. Drie teams besloten niet deel te nemen in verband met werkdruk en personeelsuitval, dus zeven teams namen deel; vier op een psychogeriatrische (PG) afdeling, één op een hospice afdeling, één op een PG-revalidatie afdeling en één op een gemengd PG/somatische afdeling. Twee organisaties namen met twee teams deel, de andere drie organisaties met één team.

In elk team waren er één of meerdere kartrekkers: professionals die het team motiveerden en begeleidden, het overzicht bewaarden en het eerste aanspreekpunt waren voor de actieonderzoeker. In de meeste gevallen was dit een verzorgende of verpleegkundige, in een enkel geval een teamcoach.

Actieperiode

De actieperiode bestond uit twee opeenvolgende cycli op verschillende niveaus. Cyclus één vond plaats op organisatieniveau, was een cyclus zonder uitvoeringsfase en omvatte: *oriëntatie*, *reflectie* en *planning*. Cyclus twee vond plaats op teamniveau en omvatte: *oriëntatie*, *reflectie*, *planning* en *uitvoering*. Aan elke organisatie was één actieonderzoeker gekoppeld.

Tijdens de *oriëntatie* op organisatieniveau hielden de actieonderzoekers per organisatie interviews met belangrijke stakeholders (appendix 1). Ook voerden de actieonderzoekers een documentanalyse uit. Op basis van alle verzamelde informatie maakten de actieonderzoekers een situatieanalyse van de huidige functiemix op organisatieniveau. Daarna volgden *reflectie* en *planning* door een voor dit project samengestelde organisatiebrede werkgroep die bestond uit een vertegenwoordiging van relevante stakeholders. De werkgroep reflecteerde op de situatieanalyse en formuleerde op basis daarvan 'vuistregels' voor een passende functiemix: een omschrijving van kaders waarbinnen de teams konden experimenteren met het optimaliseren van de functiemix (appendix 2).

Tijdens de *oriëntatie* in de teams voerden de actieonderzoekers per team een situatieanalyse uit, die bestond uit interviews, observaties en vragenlijsten over de functiemix (zie appendix 1). In zes van de zeven geïncludeerde teams vond vervolgens een startbijeenkomst plaats. Eén team kwam door de hoge werkdruk niet toe aan deze fase. In de startbijeenkomst vond *reflectie* plaats op basis van de situatieanalyse en de organisatiebrede vuistregels. In een tweede bijeenkomst volgde de *planning* en werkten de teams een plan van aanpak uit waarin zij verbeterpunten concreetiseerden in acties (appendix 3 en 4). In de *uitvoering* gingen de teams aan de slag met de acties. De actieonderzoeker ondersteunde de teamleden in dit proces door aan te sluiten bij overleg, reminders te sturen, mee te lezen met uitgewerkte acties, te adviseren, reflectie op gang te brengen door teamleden te bevragen, te sparren met de kartrekker en door het creëren van bewustwording over ieders eigen rol in het creëren van een passende functiemix.

Dataverzameling en analyse

De actieonderzoekers hielden gedurende het gehele actieonderzoek een logboek bij. Daarin noteerden zij inhoudelijke memo's per organisatie en team, methodologische

memo's, een beschrijving van hun eigen activiteiten en rol, en reflecties op de situaties in de teams.

Aan het eind van het actieonderzoek vonden focusgroepen plaats op drie verschillende niveaus: team-, organisatie- en regioniveau. Een focusgroep is een methode waarbij de onderzoeker informatie verzamelt door met een groep deelnemers over een specifiek onderwerp in discussie te gaan. In vijf teams vond een focusgroep plaats. In twee teams was het niet mogelijk om een focusgroep te plannen door de hoge werkdruk, één van deze twee teams heeft online vragen beantwoord. Vervolgens vond in alle vijf de organisaties een focusgroep plaats met de voor dit project samengestelde organisatiebrede werkgroep. Op regioniveau vond één focusgroep plaats met vertegenwoordigers uit alle vijf de organisaties. Bij de focusgroepen met de teams was de eigen actieonderzoeker de gespreksleider, bij de focusgroep met de werkgroepen sloot een tweede actieonderzoeker aan als assistent gespreksleider en bij de focusgroep op regioniveau waren alle drie de actieonderzoekers aanwezig. Tijdens de focusgroepen kwamen de volgende punten aan bod: evaluatie op bereikt effect, evaluatie en reflectie op het proces, ondersteuning vanuit de organisatie en regio, de samenhang tussen teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking, tips en trucs voor een passende functiemix, en aanbevelingen voor continue aandacht voor passende functiemix. Van alle bijeenkomsten werden samenvattingen gemaakt.

De actieonderzoekers voerden een thematische analyse uit van de logboeken en samenvattingen van de focusgroepen.¹⁷ Dataverzameling en analyse was hierbij een iteratief proces. De analyse van de focusgroepen met de teams gaf input voor de focusgroepen met de werkgroepen en de analyse van de focusgroepen met de werkgroepen gaf weer input voor de focusgroep op regioniveau.

Ethische aspecten

Het actieonderzoek is voorgelegd aan de METC Oost-Nederland, die geoordeeld heeft dat het onderzoek niet valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (2021-13274). Alle deelnemers werden vooraf schriftelijk en mondeling geïnformeerd en gaven informed consent.

Resultaten

Bij de vijf focusgroepen met de teams waren in totaal 34 deelnemers aanwezig: 19 V&V, drie psychologen, drie artsen/PA/VS, drie (team)coaches, zes overig. Vier deelnemers beantwoordden online vragen: één V&V, één psycholoog, twee artsen/PA/VS. Bij de vijf focusgroepen met de voor dit project samengestelde organisatiebrede

werkgroepen waren in totaal 36 deelnemers aanwezig: 12 V&V, twee psychologen, vier artsen/PA/VS, 16 bestuur/management/HR, twee overig. Aan de focusgroep op regioniveau namen acht mensen deel: zes vertegenwoordigers namens de vijf deelnemende organisaties, de projectleider, en de opdrachtgever.

De teams hadden in meer of mindere mate gewerkt aan hun doelen. Sommige teams hadden hier nauwelijks ruimte voor gehad of genomen, terwijl in andere teams veel veranderingen waren doorgevoerd. Uit de thematische analyse identificeerden we één thema dat beschrijft hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden en vier thema's die belangrijk zijn bij het ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix, te weten: a) randvoorwaarden voor teams, b) als team aan de slag met passende functiemix, c) als organisatie teams ondersteunen, d) regionaal teams en organisaties ondersteunen.

Hoe teamsamenstelling en interprofessionele samenwerking elkaar beïnvloeden

Bij het optimaliseren van de functiemix namen de teams eerst de bestaande teamsamenstelling onder de loep. Zij waren zich namelijk terdege bewust van de (on)mogelijkheden door de krapte op de arbeidsmarkt en de noodzaak daarmee kritisch en creatief te zijn. Zij wilden daarom eerst helderheid creëren over ieders functie, gingen aan de slag met het creëren van helderheid over ieders functie, professionele en persoonlijke kwaliteiten en een zo goed mogelijke inzet daarvan. Teams maakten daarnaast (nieuwe) afspraken over de interprofessionele samenwerking en de overlegstructuur. Belangrijk waren daarbij: open communicatie, een gedeelde visie op zorg en behandeling, gezamenlijke verantwoordelijkheid en gelijkwaardige betrokkenheid. De teams gingen ook aan de slag met methodisch werken in de zorg om te waarborgen dat iedereen dezelfde aanpak hanteerde en de continuïteit van zorg gewaarborgd bleef. Door te werken aan deze punten ontstond inzicht in welke expertise nog miste en of bijvoorbeeld (andere) inzet van een VS, psycholoog, huiskamermedewerker, secretaresse of planner nodig was, of dat het extra scholen van bestaande teamleden (bijvoorbeeld tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatricie) helpend zou zijn. Er bleek veel winst te behalen in het creëren van een passende functiemix door elkaars functie en kwaliteiten te leren kennen, de inzet daarvan te optimaliseren en door heldere gezamenlijk opgestelde afspraken de interprofessionele samenwerking te verbeteren. De teams wisten hierdoor ook welke veranderingen in hun teamsamenstelling essentieel waren om de zorg nog beter te laten aansluiten bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners. Het creëren van een passende functiemix was echter geen lineair proces, maar een continue wisselwerking tussen het verbeteren van de teamsamenstelling en de interprofessionele samenwerking.

Ontwikkelen en implementeren van een passende functiemix

a. Randvoorwaarden en faciliterende factoren voor teams

In veel teams bestond bij start een duidelijke scheiding tussen het V&V-team en het behandelteam. Een belangrijke randvoorwaarde voor het ontwikkelen van een passende functiemix, bleek het uitgangspunt dat je samen één interprofessioneel team vormt, waarin ieders inbreng even waardevol is. Bij veel teamleden, met name leden van het V&V-team, ontstond tijdens het actieonderzoek het besef dat zij zeggenschap hadden over de functiemix. Het was belangrijk dat zij vragen konden stellen en hun wensen konden aangeven bij bestuurders en leden van het management. De kartrekkers in het team en de begeleiding door de actieonderzoeker waren erg helpend in dit proces. De actieonderzoeker was helpend als stok achter de deur en om (overleg)tijd vrij te maken. Van de actieonderzoeker werd gewaardeerd dat het iemand van buiten de organisatie was die neutraal was, luisterde, kritische vragen stelde, een spiegel voorhield en begeleidde, maar niet stuurde. Teams werden gestimuleerd om creatief te denken, bijvoorbeeld door bij andere teams te gaan kijken hoe zij hun functiemix lieten aansluiten bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners.

b. Als team aan de slag met passende functiemix

De aanpak in dit actieonderzoek werd door de teams positief geëvalueerd. Voor teams was het belangrijk dat zij bij de start inzicht hadden in hun huidige functiemix. Zij hadden ruimte nodig om hierop te reflecteren. Hoe is de teamsamenstelling en hoe is de interprofessionele samenwerking? Het hielp teams om samen te bespreken wat hun doel was in de zorg voor bewoners. Hoe sluit je als team aan bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van de bewoners? Wat is de organisatievisie? Hoe sluit de huidige functiemix daarbij aan? Continue aandacht voor de functiemix door de evaluatie van het plan van aanpak bleek uitdagend, maar essentieel. Teams waarborgden continuïteit door passende functiemix een vaste plek op de agenda te geven van (interprofessionele) teamoverleggen. Deze overleggen waren vaak bewoner gebonden, dus een belangrijk actiepunt voor veel teams was tijd in plannen om de samenwerking te bespreken.

c. Als organisatie teams ondersteunen

De ondersteuning van bestuurders en leden van het managementteam bleek cruciaal voor teams bij het ontwikkelen van een passende functiemix. Uit de evaluatie kwam naar voren hoe belangrijk de rol van een neutrale procesbegeleider was. In het onderzoek werd deze rol vervuld door de actieonderzoeker; in de praktijk hebben organisaties een taak in het beschikbaar stellen van een procesbegeleider. Voor teams was het belangrijk dat zij 'scharrelruimte' kregen, in de vorm van tijd, (financiële) ruimte en ondersteuning, om te experimenteren met passende functiemix

ongeacht de uitkomst. Bijvoorbeeld ruimte om te besluiten een vacature anders in te vullen, om anders te roosteren of taken te herschikken. Om samen te bouwen aan teams van de toekomst benoemden de teams dat zij goed geïnformeerd wilden zijn over de kansen en uitdagingen in de toekomst en over de visie, het beleid en de besluitvorming in de organisatie. In de evaluatie werd verder benadrukt dat scholing en training in de organisatie niet alleen gericht dienen te zijn op zorginhoudelijk handelen, maar ook op het stimuleren van een kritische werkhouding, methodisch werken, coaching on the job en verbindend samenwerken. Organisaties dienen daarnaast te zorgen voor uitwisseling van ervaringen tussen teams, bijvoorbeeld doordat SO's en psychologen ervaringen over het werken aan een passende functiemix delen in de andere teams waarin zij werken.

d. Regionaal teams en organisaties ondersteunen

Voor regionale samenwerkingsverbanden was het advies om een regionale coördinator aan te stellen die overzicht houdt welke organisatie ervaring heeft met welk vraagstuk met betrekking tot passende functiemix. Deze coördinator zou ook een belangrijke rol kunnen vervullen in de uitwisseling tussen organisaties. 'Bij elkaar in de keuken kijken' werd voor iedereen zinvol geacht; bestuurders, kartrekkers en andere professionals. Deelnemers zagen ook een belangrijke rol voor regionale samenwerkingsverbanden in het faciliteren van organisaties bij de inzet van een neutrale procesbegeleider. Daarbij werden twee opties geschetst: 1) organisaties kunnen elkaar een procesbegeleider bieden, die niet gehinderd is door bestaande samenwerkingsrelaties en organisatiecultuur, of 2) er kan een procesbegeleider worden aangesteld op regionaal niveau.

Discussie en conclusie

In dit actieonderzoek is in vijf zorgorganisaties uit dezelfde zorgregio met in totaal zeven teams gewerkt aan het optimaliseren van de functiemix. Samengevat bleek dat de teams op basis van de huidige teamsamenstelling vooral aan de slag gingen met de volgende punten: helderheid over ieders functie en kwaliteiten en zo goed mogelijke inzet hiervan, samenwerkingsafspraken, overlegstructuur, open communicatie, gedeelde visie, gezamenlijke verantwoordelijkheid, gelijkwaardige betrokkenheid en methodisch werken. Door met deze punten aan de slag te gaan, wisten de teams welke veranderingen in hun teamsamenstelling essentieel waren om de zorg nog beter passend te laten zijn bij de zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners. De geleerde lessen uit dit onderzoek (zie ook Handreiking Passende functiemix)¹⁸ zijn relevant voor teams, organisaties en regionale samenwerkingsverbanden die de functiemix willen optimaliseren.

Uniek aan dit actieonderzoek was de brede definitie van functiemix. Functiemix werd gedefinieerd als de teamsamenstelling én de interprofessionele samenwerking. Eerdere onderzoeken in het verpleeghuis hadden slechts een focus op één van deze twee aspecten. In 2016 verscheen de leidraad verantwoorde personeelssamenstelling in het verpleeghuis.¹⁹ Het Trimbos instituut heeft 32 teams die met de leidraad en de bijbehorende handreiking aan de slag zijn gegaan een half jaar gevolgd.²⁰ Uit de evaluatie bleek dat er nauwelijks veranderingen waren doorgevoerd in de personeelssamenstelling van de teams. Eén van de oorzaken was dat teams het lastig vonden om te reflecteren op de teamsamenstelling en de competenties van het team en de teamleden. De teams bespraken weinig welke competenties al aanwezig waren en welke nog misten. Dit resultaat komt overeen met de resultaten uit voorliggend actieonderzoek waaruit bleek dat teamleden elkaars functie en kwaliteiten vaak niet goed kenden en ook geen tijd reserveerden om dit te verbeteren. Andere (internationale) onderzoeken naar de interprofessionele samenwerking in verpleeghuizen laten vergelijkbare thema's zien als de verbeterpunten die de teams in ons onderzoek oppakten, namelijk duidelijkheid over taken en rollen, gedeelde doelen, afspraken over ieders beschikbaarheid en samenwerkingsafspraken.²¹⁻²⁵ Door aan deze thema's te werken, kregen de teams in de huidige studie geleidelijk meer inzicht in welke expertise nog ontbrak en of bijvoorbeeld andere inzet van professionals, inzet van nieuwe professionals, of scholing van professionals nodig was.

De teams in ons onderzoek werden zich door deelname steeds bewuster van hun eigen zeggenschap in het optimaliseren van de functiemix. In ons onderzoek zijn in teams de eerste stappen gezet om veranderingen door te voeren in de teamsamenstelling en de inzet van professionals, bijvoorbeeld door het uitspreken van de wens om meer gebruik te kunnen maken van de expertise van de psycholoog, de wens om de VS meer zelfstandig in te zetten, de wens om verzorgenden op te leiden tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatricie en de wens voor meer secretariële ondersteuning. Onderzoek laat echter zien dat het daadwerkelijk doorvoeren van veranderingen in de teamsamenstelling een ingewikkeld proces is. Bijvoorbeeld is er onzekerheid over de juridische consequenties bij een meer zelfstandige inzet van bijvoorbeeld een VS.²⁶ Ook kwam naar voren dat teamsamenstelling geen doel op zich is, maar dat het voort dient te komen uit een gezamenlijke visie op zorg.²⁶ Daarnaast kunnen wetten en (organisatie)beleid veranderingen in de teamsamenstelling bemoeilijken. Ons onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat wanneer een bewoner een Wet langdurige zorg-indicatie heeft *zonder* behandeling, het niet vanzelfsprekend is dat de psycholoog uit de zorgorganisatie waar de bewoner verblijft meer uren ingezet kan worden wanneer het V&V-team dit wenselijk acht.²⁷ Bovendien kan het scholingsbeleid en -budget in een organisatie er voor zorgen dat teamleden verplicht zijn om bepaalde scholingen te volgen en er geen ruimte is of wordt gemaakt voor

een op maat gemaakt scholingsplan. Daarnaast geldt dat de bewonersgroep verandert en een passende functiemix geen statisch gegeven is. Kortom, bij het optimaliseren van de functiemix en het daarmee creëren van een toekomstbestendig team komen teams veel uitdagingen tegen. Teams dienen de ruimte te krijgen om te experimenteren, ook buiten de gebaande paden.

De aanpak in ons onderzoek werd positief geëvalueerd. Het gehele actieonderzoek duurde slechts 15 maanden, mede daardoor hebben teams relatief kort gewerkt aan hun plan van aanpak, acties slechts ten dele uitgevoerd en zijn er geen daadwerkelijke veranderingen in de teamsamenstelling doorgevoerd. Het feit dat er drie actieonderzoekers waren met verschillende achtergronden gaf verdieping aan de discussies, maakte dat de actieonderzoekers veel van elkaar konden leren, elkaar kritisch konden bevragen en dat zij zich meer bewust waren van hun eigen achtergrond en de invloed daarvan op de teamleden. Het had echter ook nadelen. Elke actieonderzoeker werkte een beperkt aantal uren en was daardoor minder flexibel en had minder vergelijkingsmateriaal. Ook was veel overleg nodig. Een methodologische beperking is het feit dat er geen herhaling van de situatieanalyse in de teams heeft plaatsgevonden bij wijze van nameting. Een andere beperking zit in het lage aantal deelnemende bewoners en naasten in het actieonderzoek. Hoewel er 10 bewoners/naasten zijn geïnterviewd in de situatieanalyse van de teams, zijn zij nauwelijks actief betrokken in de plannen van aanpak. In het kader van vergaande interprofessionele samenwerking zou dit wel passend zijn geweest, met naar verwachting in de toekomst een grotere rol voor met name naasten.

Concluderend kunnen we stellen dat professionals in verpleeghuizen veel mogelijkheden zien om de functiemix in teams te optimaliseren en dat zij hier zelf mee aan de slag kunnen gaan. De eerste stap is het versterken van het huidige team door elkaars functie en kwaliteiten te leren kennen, ieders inzet te optimaliseren en de interprofessionele samenwerking te verbeteren. Van daaruit wordt duidelijk hoe de optimale teamsamenstelling eruit ziet en welke veranderingen in de teamsamenstelling nodig zijn. Randvoorwaardelijk in het werken aan een passende functiemix zijn een neutrale procesbegeleider, ondersteuning vanuit de zorgorganisatie en ondersteuning vanuit regionale samenwerkingsverbanden. Teams dienen tijd en (financiële) ruimte krijgen om te experimenteren met passende functiemix. Op die manier dragen teams actief bij aan het realiseren van passende zorg.

Financiering

Netwerk Nonna - Regio Nijmegen.

Referenties

1. Sociaal Cultureel Planbureau. Trends in de Ouderenzorg 2018-2030. Trends in de ouderenzorg 2018-2030 (scp.nl). [Geraadpleegd op 28-3-2024]
2. Actiz. Capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg. 2020.
3. Stichting FWG. #Hoedan? Ouderenzorg tussen wens en werkelijkheid. FWG Trendrapport VVT. 2021.
4. Actiz, ANBO, BPSW, BVKZ, KBO-PCOB, Koepel Gepensioneerden, LOC Waardevolle zorg, Mantelzorg, NCZ, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen, NOOM, Sociaal Werk Nederland, SOMNL, SPOT, V&VN, Verenso, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland. Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan. Thuis, in de wijk en in het verpleeghuis. 2023.
5. Zorginstituut Nederland. Nederlandse Zorgautoriteit. Samenwerken aan passende zorg. De toekomst is nu. 2020.
6. De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Regionale samenwerking algemeen. Regionale samenwerking algemeen (dejuistezorgopdejuisteplek.nl). [Geraadpleegd op 28-3-2024]
7. Backhaus R. Thesis: Thinking beyond numbers: nursing staff and quality of care in nursing homes. 2017.
8. Van Zaalen Y, Deckers S, Schuman H. Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn. Bussum: Coutinho; 2018.
9. Rompen H, Lovink M, Van Vught A, Laurant M. Eindrapport regionale arbeidsmarkt ouderenzorg. Optimaal benutten van expertise capaciteit specialisten ouderengeneeskunde in Zorgregio Nijmegen. Nijmegen: HAN University of Applied Sciences; 2020.
10. Jansen R. Uitstroom verzorgenden in verpleeghuizen stijgt. TVV. 2022. Uitstroom verzorgenden in verpleeghuizen stijgt – TVV (tvvtotaal.nl). [Geraadpleegd op: 28-3-2024]
11. Van der Vorst A, Van Velthuijsen E, Penders K, Gerritsen D, Schols J, Verbeek H. De meerwaarde van de psycholoog in het verpleeghuis. *De Psycholoog*. 2022;1:10-9.
12. Verbeek FHO, Lovink MH, Laurant MGH, van Vught AJAH. Developing an interprofessional learning and working culture to improve person-centred care in nursing homes: a realist action research protocol. *BMJ Open*. 2022;12(3):e058319. Doi:10.1136/bmjopen-2021-058319.
13. Van Dongen J, Persoon A, Doornebosch A. Interprofessioneel samenwerken in de langdurige ouderenzorg. 2024. In: Kennisagenda langdurige ouderenzorg, SANO, pp. 81-84.
14. Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan Thuis, in de wijk en in het verpleeghuis. Register Zorginstituut Nederland. 2024.
15. Hamers J, Backhaus R, Beerens HC, van Rossum E, Verbeek H. Meer is niet per se beter De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Maastricht University; 2016.
16. Van Lieshout F, Jacobs G., Cardiff S. Actieonderzoek. Principes en onderzoeksmethoden voor participatief veranderen. Assen: Van Gorcum; 2021.
17. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Med Teach*. 2020;42(8):846-54. Doi: 10.1080/0142159X.2020.1755030.
18. UKON. Passende functiemix in het verpleeghuis. 2023. Passende functiemix in het verpleeghuis (ukonnetwerk.nl). [Geraadpleegd op: 22-8-2023]
19. V&VN. Leidraad verantwoorde personeelssamenstelling. 2016.
20. Van der Schot A, Van Erp J, Willemse B, Aarts S, Backhaus R, Verbeek H, Van der Roest H. Monitor personeelssamenstelling verpleeghuiszorg. Trimbos-instituut en Maastricht University; 2020.

21. Tsakitzidis G, Anthierens S, Timmermans O, Truijen S, Meulemans H, Van Royen P. Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care! *Prim Health Care Res Dev.* 2017;18(6):591-602. Doi:10.1017/S146342361700024X.
22. Müller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Heim S, Seide S, Geister C, Tetzlaff B, Hoell A, Werle J, Weyerer S, Scherer M, Hummers E. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):14. Doi:10.1186/s12875-017-0678-1.
23. Doornebosch AJ, Smaling HJA, Achterberg WP. Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(5):764-77. e2. Doi: 10.1016/j.jamda.2021.12.028.
24. Verbeek FHO, Van Lierop MEA, Meijers JMM, Van Rossum E, Zwakhalen SMG, Laurant MGH, Van Vught AJAH. Facilitators for developing an interprofessional learning culture in nursing homes: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):178. Doi:10.1186/s12913-023-09092-5
25. Verbeek FHO, Nouwens ES, Lovink MH, Huisman-de Waal G, Fluit CRMG, Laurant M, van Vught AJAH. Which actions contribute to the development of an interprofessional learning and working culture in nursing homes? A realist action study. *BMJ Open.* 2024;14(9):e085096. Doi: 10.1136/bmjopen-2024-085096.
26. Lovink MH, van Vught AJAH, Persoon A, Koopmans RTCM, Laurant MGH, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2019;21(3):282-90. Doi:10.1111/nhs.12601.
27. Zorginstituut Nederland. Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021. 2019.

Appendix 1: Situatianalyse in de organisaties en teams

Situatieanalyse doormiddel van:	Organisaties (n=5)	Teams (n=7)
Interviews	<ul style="list-style-type: none"> 45 interviews: 33 individueel, 6 duo-interviews, 6 focusgroepen 85 geïnterviewden: 38 V&V, 18 artsen/PA/VS*, 7 psychologen, 17 bestuurders/managers/HR, 3 coaches, 2 leden cliëntenraad 	<ul style="list-style-type: none"> 51 interviews: 43 individueel, 6 duo-interviews, 2 focusgroepen 63 geïnterviewden: 26 V&V, 8 artsen/PA/VS*, 7 psychologen, 6 (team) coaches, 10 bewoners/naasten, 6 overige functies
Observaties	-	11 observatiemomenten: MDO**, visite, teamoverleg, zorgmoment
Documenten	<ul style="list-style-type: none"> visiedocumenten functieprofielen andere door de organisatie versterkte relevante documenten 	-
Overzicht functies	aantallen en FTE***	aantallen en FTE***
Overzicht bewoners	aantallen en zorgprofiel/ indicatieniveau	Aantallen en zorgprofiel/ indicatieniveau
Vragenlijsten	-	Vragenlijsten: <ul style="list-style-type: none"> Interprofessional Collaboration Measurement Scale**** Teamscan Methode Plussen***** Ingevuld door: 28 V&V, 5 psychologen, 9 artsen/PA/VS

* In drie van de vijf organisaties waren een klein aantal PA/VS in dienst, te weten: 1) 1 PA en 1 PA i.o.; 2) 1 VS en VS i.o.; 3) 1 VS. Al deze PA/VS waren in meer of mindere mate betrokken bij het onderzoek.

** MDO: multidisciplinair overleg

*** FTE: full time equivalent

**** Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, Zwarenstein M. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. BMC Health Serv Res. 2010;10:83. doi: 10.1186/1472-6963-10-83.

***** Waardigheid en Trots: Plussen. Teamscan. 2018.

Appendix 2: Voorbeelden van geformuleerde vuistregels op organisatieniveau (kaders waarbinnen teams de passende functiemix vorm konden geven)

<ul style="list-style-type: none">• Teams worden uitgenodigd om binnen de visie van een 'platte organisatie' en zelforganisatie de samenwerking van het team te onderzoeken en af te stemmen op de zorgvraag en behoefte van de cliënt.
<ul style="list-style-type: none">• Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het V&V-team en het behandelteam voor de continuïteit van zorg.
<ul style="list-style-type: none">• Blijf continu met elkaar in gesprek over de taken en rollen die ingevuld moeten worden en hoe jullie dit doen: wie werken er binnen het team en wat zijn ieders persoonlijke kenmerken en kwaliteiten?
<ul style="list-style-type: none">• Onderzoek hoe je gezamenlijk kunt optrekken door te verkennen of er creatieve vormen zijn om bijvoorbeeld ADL en gedragsvisite te combineren.
<ul style="list-style-type: none">• Zorgteamleden worden aangemoedigd om zich te scholen als gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric en in samenwerking met psychologen een specialistische rol op het gebied van gedragsproblematiek in te vullen.
<ul style="list-style-type: none">• Zorgtaken kunnen meer bij verzorgenden en verpleegkundigen blijven of aan hen toegekend worden, waarbij zij zich meer bewust kunnen zijn van hun reeds aanwezige bekwaamheid.
<ul style="list-style-type: none">• Het team krijgt de ruimte om expliciet de taakherschikking te exploreren van de SO naar verpleegkundige, VS en psycholoog.

Appendix 3: Voorbeeld van een plan van aanpak van een team: 'Inzet functies verbeteren'

Verbeterpunt	De inzet van ieders functie in de zorg voor bewoners kan beter.
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> • Het is duidelijk wat ieder vanuit zijn functie kan betekenen in de zorg voor bewoners. • Passende inzet van de verschillende functies.
Acties	<ul style="list-style-type: none"> • Ieder brengt voor zijn eigen functie in kaart welke bijdrage hij/zij kan hebben in de zorg voor bewoners en welke mate van betrokkenheid hij/zij verwacht van anderen in de zorg voor bewoners. • Discussiëren en afstemmen in interprofessioneel overleg: Welke bijdrage een ieder kan hebben, komt dit overeen met de verwachtingen van anderen, wat is een haalbare bijdrage? Wie heeft welke rol en taken in de zorg voor bewoners en hoe werk je zo samen dat je elkaar versterkt? • Doorvoeren gewenste aanpassingen in de zorg voor bewoners.
Evaluatie	Zijn de doelen behaald? Hoe verliep het proces?

Appendix 4: Voorbeeld van een plan van aanpak van een team: 'Overlegstructuur verbeteren'

Verbeterpunt	Overlegstructuur beter laten aansluiten bij de gewenste manier van zorg verlenen.
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> • De huidige overlegstructuur is in kaart gebracht. • De voors en tegens van de huidige overlegstructuur zijn interprofessioneel besproken. • De gewenste aanpassingen in de overlegstructuur zijn doorgevoerd om aan te sluiten bij zorgvragen, wensen en voorkeuren van bewoners.
Acties	<ul style="list-style-type: none"> • In kaart brengen welke overleggen er zijn, wat is het doel van elk overleg, hoe vaak ze zijn, hoe lang ze duren, wie daar nu bij zijn, in hoeverre die mensen daar ook bij moeten zijn? Wat er gebeurt als iemand niet kan: gaat het overleg door of niet? Moet iemand waargenomen worden en door wie? • Overzicht van verschillende overleggen verspreiden onder leden interprofessionele team. Aanvullingen kunnen doorgegeven worden aan kartrekker. Interprofessioneel overleg waarin overlegstructuur besproken wordt. Zijn er overleggen die minder vaak kunnen plaatsvinden of kunnen vervallen? Met andere aanwezigen moeten plaatsvinden? Met minder aanwezigen kunnen plaatsvinden? Ontbreken er overleggen? Zo ja, hoe moeten die ingevuld worden: hoe vaak, met wie, wat is het doel? • Doorvoeren gewenste aanpassingen in overlegstructuur.
Evaluatie	Zijn de doelen behaald? Hoe verliep het proces?