



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

Analyse van de administratieve lasten in de private woonzorgsector

Maya Vanschoubroek

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen,
afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Wim MARNEFFE

BEGELEIDER :

De heer Janis LUYTEN

COPROMOTOR :

De heer Benneth DIRKX

BEGELEIDER :

prof. ing. Stef MAAS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2018
2019



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

Analyse van de administratieve lasten in de private woonzorgsector

Maya Vanschoubroek

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen,
afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Wim MARNEFFE

BEGELEIDER :

De heer Janis LUYTEN

COPROMOTOR :

De heer Benneth DIRKX

BEGELEIDER :

prof. ing. Stef MAAS

WOORD VOORAF

Naar aanleiding van het afronden van mijn masteropleiding in de Toegepaste Economische Wetenschappen, afstudeerrichting Beleidsmanagement, aan de Universiteit van Hasselt heb ik onderzocht hoe zwaar de administratieve lasten zijn in Vlaamse private woonzorgcentra.

Ik ben gestart met een beschrijving van de administratieve taken in vier Limburgse woonzorgcentra. Hierbij heb ik niet de focus gelegd op de *backoffice*, maar wel op de *frontoffice*, namelijk de medewerkers die in contact staan met de bewoners van een woonzorgcentrum. In het kader hiervan heb ik het proces beschreven vanaf een inschrijving op de wachtlijst van een woonzorgcentrum tot het punt dat een bewoner het woonzorgcentrum verlaat. Tijdens mijn bezoeken aan de onderzochte woonzorgcentra heb ik interviews gedaan met leden van het directieteam, medewerkers van de sociale dienst, verpleegkundigen, zorgkundigen, hoofdverpleegkundigen en diensthoofden, adjunct-hoofdverpleegkundigen, ergotherapeuten, kinesisten en medewerkers van de animatiewerking. Ik stelde vast dat er heel wat administratieve activiteiten uitgevoerd worden in woonzorgcentra.

Bij het schrijven van deze masterproef wil ik graag een woordje van dank neerschrijven voor alle mensen die mij geholpen hebben bij het tot stand brengen van deze masterproef. In het bijzonder bedank ik graag mijn promotor professor doctor Wim Marneffe en mijn copromotoren de heer Benneth Dirx en de heer Janis Luyten. Daarnaast ben ik alle medewerkers van de deelnemende woonzorgcentra dankbaar voor hun tijd en medewerking. Tot slot wil ik graag ook nog een woordje van dank uiten voor mijn familie en vrienden voor alle hulp en steun.

Ik hoop dat ik met deze masterproef een nuttige bijdrage heb geleverd aan het toekomstig beleid inzake administratieve lastenvereenvoudiging in Vlaamse private woonzorgcentra en dat ik u, de lezer, ermee kan boeien en inspireren.

Maya Vanschoubroek

Master in de Toegepaste Economische Wetenschappen

Afstudeerrichting Beleidsmanagement

Universiteit Hasselt, campus Diepenbeek – mei 2019

SAMENVATTING

Vergrijzing en veroudering zijn twee trends waar de Belgische samenleving niet omheen kan. De eerste term wijst op een stijgend aandeel ouderen in de bevolking en de tweede geeft aan dat de Belgische bevolking steeds langer leeft. Als gevolg nemen de noden aan gezondheidszorg en woonzorgcentra in grote mate toe.

Het beleid omtrent ouderenzorg komt onder druk te staan omwille van allerhande oproepen vanuit de aanbodzijde. De voornaamste en meest terugkerende klacht bij de beheersinstanties van Vlaamse woonzorgcentra is die van de toenemende administratieve lasten die hen worden opgelegd. Kwaliteitsvolle zorg komt in het gedrang door de verscheidene opgelegde administratieve taken. Om die reden luidt de centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek dan ook: 'Hoe zwaar wegen de administratieve lasten in private woonzorgcentra?'

Binnen dit onderzoek wordt een procesbeschrijving uitgevoerd van de administratieve processen in vier Limburgse woonzorgcentra. Dit gebeurt aan de hand van observaties en interviews met de betrokken actoren, onder andere: hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesisten en ergotherapeuten. Daarnaast wordt er ook een literatuurstudie gedaan betreffende (*general*) *red tape* en *three item red tape*. Op basis hiervan wordt vervolgens een enquête opgesteld die bedoeld is voor verschillende doelgroepen binnen een woonzorgcentrum: medewerkers van de sociale dienst, (hoofd)verpleegkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, kinesisten, animatiewerking en directie.

De enquête werd uitgestuurd naar 511 Vlaamse private woonzorgcentra. 190 respondenten die werkzaam zijn in een privaat woonzorgcentrum vulden de vragenlijst in. Zowel vzw's als zuiver private instellingen met commerciële inslag zijn vertegenwoordigd. Meer dan 80% van de bevroegden is van het vrouwelijke geslacht en nagenoeg alle leeftijdscategorieën zijn vertegenwoordigd.

De respondenten ervaren gemiddeld eerder hoge administratieve lasten. De gemiddelde score op de *general red tape scale* is bijgevolg 6,90 op 10. Daarnaast werden in de enquête verschillende administratieve activiteiten bevroegd op het vlak van drie items: belasting, noodzakelijkheid en doeltreffendheid. Het merendeel van de bevroegde activiteiten wordt als neutraal ervaren op het vlak van belasting. De taken aangaande personeelsadministratie hebben de laagste gemiddelde scores op dit gebied en enkele activiteiten hiervan worden zelfs als eerder belastend ervaren. De respondenten erkennen de noodzakelijkheid van de administratieve activiteiten en zodoende wordt elke taak minstens ervaren als eerder noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor het item doeltreffendheid.

Uit het onderzoek blijkt verder ook dat de huidige administratieve activiteiten gemiddeld een kleine positieve impact hebben op de eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen, de motivatie en de aangeboden kwaliteit van zorg. De respondenten hebben dus het gevoel dat de uitvoering van de administratieve taken onder andere de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Voor de zeven bevroegde aspecten geven de bevroegden aan dat een halvering van de administratieve taken gemiddeld zal zorgen voor een kleine positieve invloed.

Verrassend is dat verpleegkundigen en zorgkundigen aangeven ongeveer slechts de helft van hun werktijd aan de zorg van bewoners te besteden, terwijl dit geacht wordt hun hoofdtaak te zijn. Daarnaast spenderen verpleegkundigen ongeveer een derde van de werktijd aan administratieve taken. Ondanks het feit dat administratieve taken procentueel een groot deel van de werktijd in beslag nemen, erkennen de medewerkers toch de noodzakelijkheid en doeltreffendheid ervan.

Inhoudsopgave

Figurenlijst	7
Tabellenlijst.....	7
Lijst van gebruikte afkortingen.....	9
1. Inleiding.....	11
2. Procesbespreking van de administratieve activiteiten in private woonzorgcentra.....	17
2.1 Procesbeschrijving 'woonzorgcentrum 2'.....	18
2.1.1 Voorbereiding opname door sociale dienst	18
2.1.2 Taken op de opnamedag door de sociale dienst	20
2.1.3 Taken op de opnamedag door diensthoofd	20
2.1.4 Dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen	21
2.1.5 Niet-dagelijkse taken van diensthoofd	24
2.1.6 Dagelijkse zorg door kinesiste	24
2.1.7 Dagelijkse zorg door ergotherapeute.....	25
2.1.8 Dagelijkse zorg door animatiewerking	25
2.1.9 Bewoner verlaat woonzorgcentrum	25
2.2 Analyse van de verschillen	26
2.3 Analyse van de gelijkenissen.....	27
3. Literatuurstudie in verband met administratieve lasten en <i>red tape</i>	29
3.1 Hoe wordt <i>red tape</i> gedefinieerd in de literatuur?	30
3.2 <i>Red tape</i> in de praktijk.....	33
4. Methode.....	35
5. Resultaten	41
5.1 Beschrijvende statistieken van de woonzorgcentra.....	41
5.2 Beschrijvende statistieken van de respondenten.....	44
5.3 Resultaten general red tape scale	45
5.4 Resultaten three item red tape scale	47
5.4.1 Voorbereiding van het opnamedossier	47
5.4.2 Administratieve taken op de opnamedag	48
5.4.3 Verpleegkundige taken	49
5.4.4 Zorgkundige taken.....	52
5.4.5 Kinesitherapie	52
5.4.6 Ergotherapie	53
5.4.7 Animatiewerking.....	54
5.4.8 Personeelsadministratie.....	55
5.4.9 Taken met betrekking tot belastingen en subsidies	56

5.4.10	Taken met betrekking tot inspecties en controles	56
5.5	Invloed van de administratieve procedures	57
5.5.1	Huidige procedures	57
5.5.2	Halvering administratieve lasten	58
5.6	Verdeling van de werktijd	59
6.	Interpretatie en verklaring	61
6.1	Beschrijvende statistieken van de woonzorgcentra	61
6.1.1	Software.....	61
6.1.2	General red tape.....	61
6.2	Beschrijvende statistieken van de respondenten	61
6.2.1	Geslacht	61
6.2.2	Functie	62
6.2.3	Ervaring	62
6.3	Resultaten three item red tape scale	63
6.4	Invloed van de administratieve procedures	69
6.5	Verdeling van de werktijd	70
7.	Conclusie en kritische reflectie	71
7.1	Conclusie.....	71
7.2	Beperkingen eigen onderzoek.....	72
7.3	Aanbevelingen verder onderzoek	73
	Bibliografie	75
	Bijlagen	79
	Bijlage 1	79
	Bijlage 2	105
	Bijlage 3	106
	Bijlage 4	140
	Bijlage 5	140

FIGURENLIJST

Figuur 1	Overzicht beheersinstanties Vlaamse woonzorgcentra	13
Figuur 2	Aandeel 65-plussers per gemeente, vooruitzichten 2027 (STATBEL, 2017)	15
Figuur 3	Algemeen proces wzc.....	27
Figuur 4	Three item red tape scale	36
Figuur 5	Procesbeschrijving woonzorgcentrum 1	86
Figuur 6	Procesbeschrijving woonzorgcentrum 3	96
Figuur 7	Procesbeschrijving wzc 4	104
Figuur 8	Procesbeschrijving wzc 2	105

TABELLENLIJST

Tabel 1:	Lijst van gebruikte afkortingen	9
Tabel 2	Statuut van het wzc	42
Tabel 3	Capaciteit van het wzc.....	42
Tabel 4	Softwarepakket wzc	43
Tabel 5	Geslacht en leeftijd respondenten	44
Tabel 6	Functies respondenten	44
Tabel 7	Ervaring respondenten	45
Tabel 8	<i>General red tape</i>	46
Tabel 9	Hypothesetoetsing <i>general red tape scale</i>	47
Tabel 10	Vorbereiding van een opname.....	48
Tabel 11	Administratieve taken op de opnamedag.....	48
Tabel 12	Verpleegkundige taken	49
Tabel 13	Zorgkundige taken	52
Tabel 14	Kinesithérapie	53
Tabel 15	Ergotherapie	54
Tabel 16	Animatiewerking	54
Tabel 17	Personeelsadministratie	55
Tabel 18	Taken met betrekking tot belastingen en subsidies.....	56
Tabel 19	Taken met betrekking tot inspecties en controles	57
Tabel 20	Invloed huidige administratieve taken	57
Tabel 21	Invloed halvering administratieve taken.....	58
Tabel 22	Tijdsverdeling	59

Tabel 23 Overzicht resultaten <i>three item red tape scale</i>	63
Tabel 24 Verdeling werktijd per functie	70

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

Volgende lijst bevat alle afkortingen die doorheen de masterproef worden gebruikt. Deze zijn gesorteerd in alfabetische volgorde.

Tabel 1: Lijst van gebruikte afkortingen

Afkorting	Voluit
BS	Belgisch Staatsblad
bvba	Besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid
CBT	Code Beperking Therapie
CRA	Coördinerend en Raadgevend Arts
CS	Care Solutions
DNR	Do Not reanimate/Do Not Resuscitate
FBP	Federaal Planbureau
hvpk	Hoofdverpleegkundige
IDO	Interdisciplinair Overleg
MDO	Multidisciplinair Overleg
nv	Naamloze vennootschap
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
SD	Sociale Dienst
vpk	Verpleegkundige
vzw	Vereniging zonder winstoogmerk
wzc	Woonzorgcentrum
ZH	Ziekenhuis

1. INLEIDING

Ouderenzorg is in België een gemeenschapsaangelegenheid. De Vlaamse gemeenschap heeft daartoe in 2009 het Woonzorgdecreet¹ in het leven geroepen. Dit decreet is een combinatie van zowel het vroegere Thuiszorgdecreet, als het voormalige Ouderendecreet. Het Woonzorgdecreet regelt de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en -aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg. Zoals artikel 3 van het decreet vermeldt, heeft het drie prioritaire doelstellingen om de levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen:

1. Zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg worden correct en op maat ingezet.
2. De kwaliteit van wonen en zorg verbeteren door het verlenen van gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg.
3. De regelgeving voor welzijn, zorg en wonen beter op elkaar afstemmen, met als doel het bevorderen van de samenwerking tussen de verschillende actoren binnen de woonzorg ("Decreet Woonzorgdecreet," 2009a).

Na bijna tien jaar was het bestaande decreet echter toe aan een update. Zo ontstond op 20 januari 2017 het 'Decreet tot wijziging van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, wat de subsidiëring van de infrastructuur van de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf betreft'. Deze wijziging maakt het mogelijk dat erkende woonzorgcentra en centra voor kortverblijf subsidies krijgen als tegemoetkoming in de infrastructuurkosten ("Decreet tot wijziging van het Woonzorgdecreet van 13/03/2009," 2017). De toevoeging van januari 2017 is in werking getreden in april van hetzelfde jaar.

Het jaar nadien werd een nieuw Woonzorgdecreet voorgelegd door de Vlaamse Regering. Na het inwinnen van advies bij verscheidene instanties, keurde zij een voorontwerp van het decreet goed in juli 2018. Na deze eerste principiële goedkeuring werd er opnieuw advies ingewonnen, waarna het voorontwerp voor de tweede keer principieel goedgekeurd werd (AgentschapZorg&Gezondheid, 2018; VVSG, 2018). Het voorontwerp van het nieuwe decreet werd vervolgens bezorgd aan de Raad van State. Na het doorlopen van de procedure en een laatste definitieve goedkeuring door de Vlaamse Regering, werd het ontwerp van decreet overgemaakt aan het Vlaams Parlement. Na een bespreking in de commissie werd het dossier besproken en gestemd in het Vlaams Parlement (Vlaanderen.be, 2019).

Zeven maanden later, op 7 februari 2019, werd het nieuwe Woonzorgdecreet goedgekeurd door het Vlaams Parlement. Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, geeft aan dat het nieuwe decreet tot stand kwam in samenspraak met de sector en dat het in de eerste plaats zorgt voor een bescherming van de levenskwaliteit van de gebruikers van woonzorgvoorzieningen (AgentschapZorg&Gezondheid, 2019). Er wordt aan de voorzieningen meer transparantie opgelegd omtrent de aanwending van ontvangen publieke middelen, de

¹ Een decreet is in België een wet in de formele zin op het bestuursniveau van de gemeenschappen (VlaamsParlement).

organisatiestructuur, de feitelijke leiding en nauwe banden met externe organisaties of personen (AgentschapZorg&Gezondheid, 2019). Daarnaast brengt het nieuwe woonzorgdecreet nog wijzigingen teweeg voor de sector, maar daar wordt hier niet dieper op ingegaan.

Na de goedkeuring van het nieuwe Woonzorgdecreet in het Vlaams Parlement, wordt het in principe opnieuw overgemaakt aan de Vlaamse Regering. Bedoeling is dat het nieuwe decreet daar vervolgens bekrachtigd en afgekondigd wordt, waarna er een publicatie volgt in het Belgisch Staatsblad (BS). Na deze publicatie is het decreet uiteindelijk van kracht (Vlaanderen.be, 2019). Raadpleging van het BS in mei 2019 levert geen resultaten op in verband met een publicatie van het nieuwe Woonzorgdecreet. Daarom wordt hieronder, voor de verduidelijking van enkele begrippen, steeds gebruikgemaakt van het Woonzorgdecreet dat dateert uit 2009, ook als dit niet specifiek vermeld wordt.

Zoals hierboven reeds aangehaald werd, bevat het Woonzorgdecreet regels voor de thuiszorg en de thuiszorgondersteunende zorg, maar anderzijds ook voor de residentiële ouderenzorg. Het eerste begrip wordt volgens artikel 2, 2^o gedefinieerd als 'de zorg aan huis of de zorg die er specifiek op gericht is de gebruiker te handhaven in of te laten terugkeren naar zijn natuurlijk thuismilieu' ("Decreet Woonzorgdecreet," 2009b). Het vierde lid van datzelfde artikel uit het decreet verklaart wat ouderenzorg is:

'Het is zorg die er specifiek op gericht is de levenskwaliteit van gebruikers van 65 jaar of ouder te behouden, te herstellen of te ondersteunen in een thuisvervangend milieu'
("Decreet Woonzorgdecreet," 2009b)

Uit voorgaande omschrijvingen blijkt dat woonzorgcentra stevast behoren tot de categorie van de ouderenzorg, aangezien thuiszorg steeds aan huis gebeurt. In verdere analyses wordt de thuiszorg buiten beschouwing gelaten, daar deze masterproefthesis de focus legt op administratieve activiteiten in private woonzorgcentra. Het Woonzorgdecreet geeft in artikel 37 een begripsomschrijving van een woonzorgcentrum, namelijk:

'Het is een voorziening die bestaat uit een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden' ("Decreet Woonzorgdecreet," 2009c)

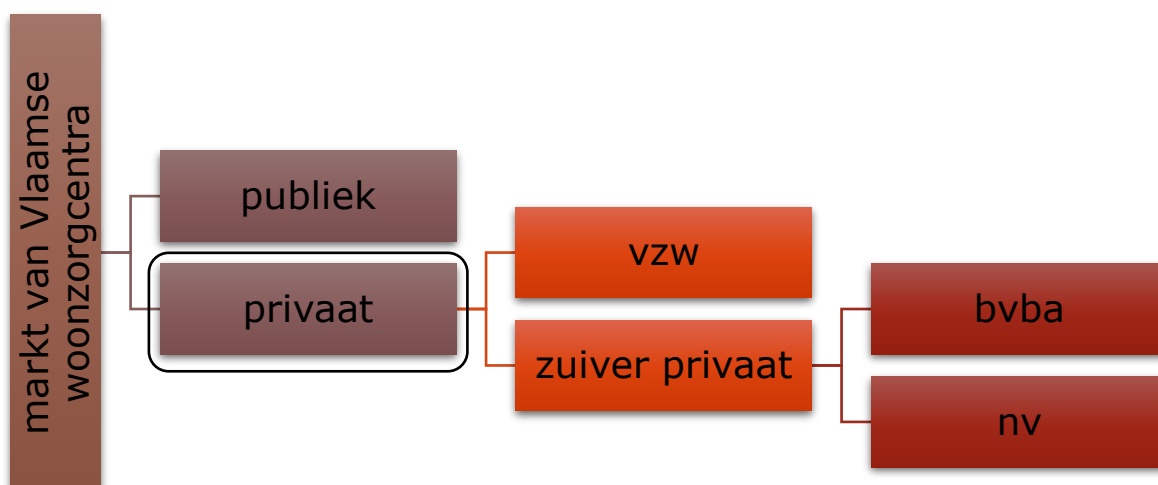
Het is van belang om op te merken dat sinds het Woonzorgdecreet uit 2009, begrippen zoals 'rusthuis' of 'rust- en verzorgingstehuis' vervangen werden door de term 'woonzorgcentrum'.

De officiële website van de Vlaamse overheid – Vlaanderen.be – definieert een woonzorgcentrum als 'permanente opvang en verzorging voor ouderen'. Daarnaast wordt ook vermeld dat een woonzorgcentrum voornamelijk als doel heeft om huisvesting te bieden aan personen ouder dan 65 jaar die niet meer thuis kunnen wonen. Volgens de website is het pas de bedoeling om naar een woonzorgcentrum te verhuizen indien andere zorgformules – denk bijvoorbeeld aan thuiszorg – niet meer voldoende bijstand kunnen bieden (Vlaanderen.be).

De definities van het Woonzorgdecreet en de website van de Vlaamse overheid zijn dus gelijklopend. Een doorslaggevende clause bevindt zich bij het woord 'permanent'. Dit wijst dus op een aanhoudend of alijdurend verblijf, met uitzondering van bijvoorbeeld een tijdelijke opname in het ziekenhuis. Het permanente karakter van een woonzorgcentrum is belangrijk in die zin dat zich hier het grote verschil manifesteert tussen een centrum voor kortverblijf en een woonzorgcentrum. Het eerstgenoemde biedt zorg en opvang aan ouderen, maar slechts gedurende een bepaalde periode. Het gaat dan over een maximum van zestig opeenvolgende dagen of een limiet van negentig dagen verdeeld over een kalenderjaar (AgentschapZorg&Gezondheid). Een centrum voor kortverblijf is steeds verbonden aan een woonzorgcentrum en het biedt overeenkomstige diensten aan (AgentschapZorg&Gezondheid). In verdere analyses wordt enkel gebruikt gemaakt van data afkomstig van woonzorgcentra, exclusief gegevens afstammend van centra voor kortverblijf.

Nu gedefinieerd werd wat een woonzorgcentrum is, wordt er dieper ingegaan op de mogelijke beheersinstanties en statuten van dergelijke centra. Woonzorgcentra in Vlaanderen kunnen uitgebaat worden door zowel publieke, als private aanbieders. De eerste groep van woonzorgcentra worden ook wel 'openbaar' of 'publiek' genoemd (Wouters, 2013). Het gaat hier bijvoorbeeld om centra die uitgebaat worden door een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW). De markt van de private woonzorgcentra kan nog verder opgesplitst worden. Zo kan er sprake zijn van een woonzorgcentrum dat uitgebaat wordt door een vereniging zonder winstoogmerk (vzw), maar de beheersinstantie kan ook een zuiver private instelling met commerciële inslag zijn (Van den Berghe & Vander Meeren, 2012-2013; Van Ekert). Die laatste groep kan tot slot ook nog verder onderverdeeld worden in een beheersinstantie met het statuut van een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (bvba) of een instantie die het statuut heeft van een naamloze vennootschap (nv). Onderstaande figuur stelt het toegelichte systeem visueel voor.

Het verdere verloop van deze thesis zal enkel de focus leggen op de private zijde van de Vlaamse woonzorgcentramarkt. Verderop wordt bijgevolg geen onderscheid meer gemaakt tussen de woonzorgcentra die uitgebaat worden door een vzw, dan wel door een zuiver private instelling met een commerciële inslag.



Figuur 1 Overzicht beheersinstanties Vlaamse woonzorgcentra

Na bovenstaande uiteenzetting over de aanbodzijde van de woonzorgcentramarkt, volgt hieronder een bespreking van de vraagzijde van dezelfde markt.

De noden aan zorg en woonzorgcentra worden groter, want mensen leven langer. De vraag naar woongelegenheden in een assistentiewoning of een woonzorgcentrum zit bijgevolg in de lift. Aan het begin van de jaren negentig stond de teller van de levensverwachting voor vrouwen nog op ongeveer 80 jaar, terwijl dit voor mannen bijna 74 jaar bedroeg (STATBEL, 2018). In 2017 was de gemiddelde Belgische levensverwachting voor vrouwen en mannen respectievelijk 84 en 79 jaar, aldus de cijfers van STATBEL² (STATBEL, 2018). Binnen een periode van 25 jaar heeft er zich een stijging in levensverwachting ten belope van bijna vier jaar voorgedaan voor de Belgische vrouwen. Mannen leven vandaag ongeveer vijf jaar langer dan in de jaren negentig. De Belgische bevolking leeft dus steeds langer, waardoor er sprake is van een veroudering in ons land.

In februari 2018 bracht het Federaal Planbureau³ (FPB) samen met STATBEL demografische voorspellingen uit betreffende de periode 2017-2070. De hypothesen van de levensverwachting werden opgesteld op basis van de waargenomen trends tussen 1991 en 2016 en deze trends werden zodoende doorgetrokken over de periode 2017-2070. Volgens de schatting van het FPB neemt de levensverwachting van vrouwen toe met ongeveer zes jaar en die van mannen wordt geschat toe te nemen met negen jaar over de periode 2017-2070 (SCvV, 2018).

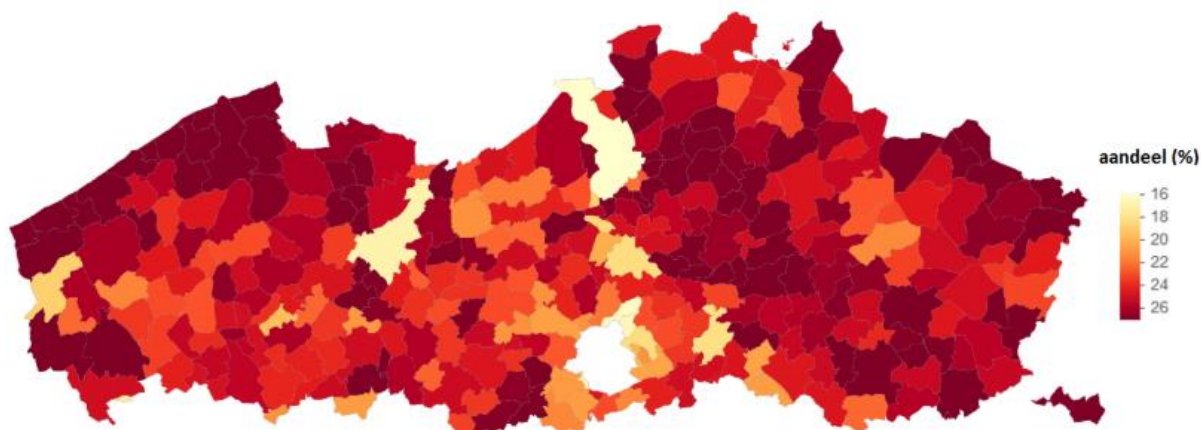
De demografische voorspellingen van het FPB en STATBEL gaan niet alleen over de veroudering van de Belgische bevolking, maar er is ook sprake van een projectie van het aandeel 67-plussers ten aanzien van de bevolking met een leeftijd tussen 18 en 66 jaar. Volgens het FPB telde de Belgische bevolking in 2017 ongeveer één 67-plusser per vier personen tussen 18 en 66 jaar. Het Planbureau schat dat deze verhouding een stijgende evolutie zal kennen tot 2040. Daarna doet zich, gedurende de volgende dertig jaar, een stabiele ratio voor van één 67-plusser per 2,6 personen tussen 18 en 66 jaar, aldus de voorspelling van het FPB (FPB, 2018).

Meer specifiek stelt het Planbureau ook vast dat de vergrijzing van de bevolking sterker is voor het Vlaams Gewest dan op het niveau van België. Figuur 2 geeft de vooruitzichten weer voor 2027 van het aandeel 65-plussers in Vlaamse gemeenten (STATBEL, 2017). Hieruit blijkt dat in het merendeel van de Vlaamse gemeenten het aandeel 65-plussers ongeveer 25% zal bedragen tegen 2027.

De vaststelling dat er steeds meer ouderen zullen zijn ten opzichte van het aantal werkende mensen wordt ook 'de vergrijzing' genoemd. Deze term wijst op een verandering in de bevolkingssamenstelling. Het begrip wordt gebruikt om aan te geven dat het aandeel ouderen in de bevolking stijgt en daardoor een verhoging van de gemiddelde leeftijd in een land veroorzaakt. De vergrijzing hangt nauw samen met de eerder vermelde veroudering in een land.

² STATBEL is een Belgisch statistiekbureau dat betrouwbare en relevante cijfers fabriceert – en verspreidt – over de Belgische economie en de samenleving (STATBEL).

³ Het Federaal Planbureau is een Belgische instelling die studies uitvoert en vervolgens predicties maakt over economische, sociale en milieubeleidskwesties ("Federaal Planbeau, De instelling,").



Figuur 2 Aandeel 65-plussers per gemeente, vooruitzichten 2027 (STATBEL, 2017)

Na de bespreking van de vraagzijde, wordt hier ook nog kort ingegaan op het prijskaartje van de ouderenzorg voor de overheid. De federale uitgaven voor gezondheidszorg in de eerste lijn⁴ bedroegen in 2017 4,4 miljard euro. Daar staat een Vlaams budget tegenover ter waarde van 2,7 miljard euro in hetzelfde jaar. Daarvan werd er ongeveer 2,1 miljard euro uitgegeven aan ouderenzorg (AgentschapZorg&Gezondheid, 2017).

Een combinatie van de vergrijzing en de steeds toenemende levensverwachting zorgt ervoor dat ons land zich bewust moet zijn van de belangrijke rol die ouderenzorg vandaag de dag speelt. Daarnaast zal die rol in de toekomst alleen maar verder aan belang winnen. Een toenemende budgettaire impact van de vergrijzing op het bruto binnenlands product is onafwendbaar. Het is uitermate interessant om voldoende kennis te vergaren omtrent het thema van ouderenzorg, daar het beleid de komende jaren hoogstwaarschijnlijk onder druk zal komen te staan. De redenen hiervoor zijn, zoals hierboven werd toegelicht, de veroudering en de vergrijzing in België. Beide redenen kaderen zich aan de vraagzijde van de markt.

Het beleid omtrent ouderenzorg komt daarnaast ook nog onder druk te staan omwille van allerhande oproepen vanuit de aanbodzijde. De belangrijkste en meest terugkerende klacht bij de beheersinstanties van Vlaamse woonzorgcentra is die van de toenemende administratieve lasten die hen worden opgelegd. Het personeel geeft aan dat ze kwaliteitsvol willen zorgen voor de bewoners, maar dat dit in het gedrang komt door de verscheidene opgelegde administratieve taken. Een teveel aan dergelijke taken weerhoudt het zorgpersoneel van hun kerntaak, namelijk het zorgen voor en ondersteunen van ouderen (Vandeurzen, 2017).

Op basis van bovenstaande verduidelijkingen wordt de volgende centrale onderzoeksvraag geformuleerd: 'Hoe zwaar wegen de administratieve lasten in private woonzorgcentra?'. Om deze

⁴ De eerste lijn vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg (AgentschapZorg&Gezondheid, 2017). Voor meer informatie omtrent het systeem van eerstelijnszorg wordt verwezen naar het rapport inzake een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn, een beleidsvisie van de Conferentie eerstelijnszorg, 2017.

centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, komen meer specifiek volgende deelvragen aan bod in deze masterproefthesis:

1. Welke administratieve activiteiten zijn er in private woonzorgcentra?
2. Wat zijn administratieve lasten en hoe wordt (*general*) *red tape* gedefinieerd?
3. In welke mate worden de administratieve taken als belastend, noodzakelijk en doeltreffend ervaren?

Merk op dat de focus van de studie ligt op de *corebusiness* van de private woonzorgcentra, namelijk: de verzorging van ouderen. Het zijn de administratieve verplichtingen, en eventueel de daaruit voortvloeiende administratieve lasten, die onderzocht zullen worden doorheen deze thesis.

2. PROCESBESPREKING VAN DE ADMINISTRATIEVE ACTIVITEITEN IN PRIVATE WOONZORGCENTRA

Met het beantwoorden van de eerste deelvraag wordt getracht alle administratieve processen in kaart te brengen die er doorlopen worden in private woonzorgcentra. Zoals eerder vermeld, ligt de focus hier op de taken die gepaard gaan met de zorg van ouderen, of de *corebusiness* van de woonzorgcentra.

Teneinde het proces in kaart te brengen, wordt er op zoek gegaan naar vier private woonzorgcentra, gevestigd in Limburg, die wensen mee te werken aan dit onderzoek. Merk op dat het gaat om vier woonzorgcentra met elk een verschillende beheersinstantie. Via de website van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid⁵ wordt een lijst geraadpleegd die de adressen bevat van alle erkende woonzorgcentra, opgelijst per provincie. Deze lijst wordt tevens regelmatig aangepast.

Raadpleging op 2 november 2018 – met laatste bewerking op 1 november 2018 – geeft aan dat er 75 private woonzorgcentra gevestigd zijn in de provincie Limburg. Deze zijn te herkennen aan hun erkenningsnummer dat start met 'PE', meestal gevolgd door vier cijfers. Wat betreft de publieke zijde, telt de provincie Limburg zo'n 25 woonzorgcentra aan het begin van november 2018. Deze onderscheiden zich door een erkenningsnummer dat begint met de lettercombinatie 'CE'.

De geconsulteerde lijst bevat van elk woonzorgcentrum bovendien ook de contactgegevens, zowel de telefonische gegevens, als een e-mailadres. Via dit laatste kanaal zullen zo'n dertig private woonzorgcentra aangeschreven worden met de vraag tot deelname aan dit onderzoek. Op deze uitnodiging gingen slechts vier woonzorgcentra in. Verdere selectie was dus niet noodzakelijk, daar dit aantal net voldoende was voor het uitvoeren van de studie. Bovendien waren de woonzorgcentra ook lid van verschillende beheersinstanties, wat een voorgeschreven voorwaarde was. De besproken woonzorgcentra verschillen enorm op het vlak van grootte. Het kleinste woonzorgcentrum heeft plaats voor zo'n zestig bewoners, terwijl het grootste deelnemende centrum onderdak kan bieden aan meer dan tweehonderd bewoners.

Wegens redenen van privacy worden de namen en beheersinstanties van de onderzochte Limburgse woonzorgcentra niet vermeld. De centra worden, in de bespreking die hierna volgt, genummerd van één tot en met vier.

Na een eerste afspraak met de deelnemende woonzorgcentra voor bijkomende uitleg over dit onderzoek, zal er van start gegaan worden met de dataverzameling voor de eerste deelvraag. Om eenvoudig te creëren wordt getracht het proces van de opname van een nieuwe bewoner tot het overlijden in chronologische volgorde te respecteren, wat betreft de opvolging van de administratieve verplichtingen.

⁵ Dit agentschap heeft als hoofddoel het welzijn en de gezondheid van alle Vlamingen te voorzien (Vlaanderen.be).

Eerst zal dus in elk woonzorgcentrum een afspraak gemaakt worden met de sociale dienst, waar meer informatie vergaard zal worden over het beginpunt: de inschrijving van een persoon op de wachtlijst, gevolgd door een effectieve opname in het woonzorgcentrum en alle bijbehorende administratieve verplichtingen. De data zal verzameld worden aan de hand van observaties en interviews.

Vervolgens staan ook afspraken op het programma met andere medewerkers. Er worden gesprekken gevoerd met leden van het directieteam, hoofdverpleegkundigen en diensthoofden, adjunct-hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, zorgkundigen, kinesisten, ergotherapeuten en medewerkers die verantwoordelijk zijn voor de animatiewerking.

Op basis van de gevoerde gesprekken en de gedane observaties wordt voor elk woonzorgcentrum een procesbeschrijving opgemaakt. Hieronder volgt de volledige beschrijving van een van de onderzochte woonzorgcentra. Voor het proces van de overige drie woonzorgcentra wordt verwezen naar bijlage 1.

Elke procesbeschrijving heeft dezelfde structuur: de start van de bespreking is het eerste contact met de sociale dienst van een woonzorgcentrum. Vervolgens komt de procedure voor een inschrijving op de wachtlijst aan bod, waarna eventueel een effectieve opname kan plaatsvinden. Daarna komen de dagelijkse en niet-dagelijkse taken van het verzorgend personeel verder aan bod. Als afsluiter wordt het proces beschreven dat plaatsvindt wanneer een bewoner het woonzorgcentrum verlaat. Merk op dat elk proces geverifieerd en nagekeken werd door de geïnterviewde en geobserveerde partijen.

Na de procesbeschrijving van wat hieronder 'woonzorgcentrum twee' genoemd zal worden, volgt een analyse van de verschillen en gelijkenissen tussen de vier onderzochte woonzorgcentra.

2.1 PROCESBESCHRIJVING 'WOONZORGCENTRUM 2'

Hieronder volgt de uitgeschreven procesbeschrijving. Voor een schematische weergave van het omschreven systeem wordt verwezen naar bijlage 2.

2.1.1 VOORBEREIDING OPNAME DOOR SOCIALE DIENST

Er wordt contact opgenomen met het woonzorgcentrum (wzc), al dan niet door de toekomstige bewoner, zijn familie of eventueel het ziekenhuis, de huisdokter of andere betrokken partijen. Dit eerste contact wordt ook 'de aanmelding' genoemd en dit is een voorbereiding op de effectieve inschrijving. Pas na een intakegesprek met de sociale dienst van het wzc kan er een inschrijving op de wachtlijst plaatsvinden. Tijdens dit gesprek wordt een informatiebrochure overlopen en vindt er een uitgebreide rondleiding plaats doorheen het wzc. Indien er interesse is voor een inschrijving op de wachtlijst, wordt eveneens een aanmeldingsregistratie ingevuld tijdens het intakegesprek.

Intekenen op de wachtlijst kan zowel een voorlopige, als definitieve vorm hebben. In het laatste geval wordt de inschrijving pas voltooid indien de sociale dienst alle gegevens ontvangen heeft over de potentiële bewoner. Het gaat hier dan bijvoorbeeld over sociale gegevens, een recente Katz-

schaal⁶, een verpleegkundig blad en medische gegevens. Een persoon kan enkel intekenen voor de definitieve wachtlijst met een Katz-score vanaf B, of een score A met een D-bilan.

Na het intakegesprek en een inschrijving op de wachtlijst, wordt een mapje aangemaakt met de naam, voornaam en geboortedatum van de potentiële bewoner. Daarop noteert de sociale dienst eveneens of het gaat om een preventieve of dringende inschrijving. Het dossier wordt gecontroleerd op volledigheid van de gegevens en indien dit in orde is, wordt het mapje geklasseerd in de juiste schuif.

De digitale registratie van de inschrijving op de wachtlijst vindt plaats indien alle benodigde documenten aanwezig en ondertekend zijn. De sociale dienst maakt een dossier aan in Care Solutions en er worden gegevens ingevoerd met betrekking tot het administratieve luik en de contactpersonen. De sociale dienst voert ook een kort verslag in van het intakegesprek.

Als er een plaats vrijkomt, dan wordt de eerste persoon bovenaan de definitieve wachtlijst gecontacteerd. Indien deze persoon de vrijgekomen plaats weigert, dan wordt zijn inschrijving naar de voorlopige wachtlijst overgebracht. De volgende persoon op de definitieve wachtlijst wordt dan gecontacteerd. De sociale dienst geeft aan dat er zodanig veel personen op de definitieve wachtlijst staan, dat er bij een vrije plaats nagenoeg nooit contact opgenomen wordt met een persoon op de voorlopige wachtlijst. Na het vinden van een geschikte kandidaat worden alle instanties verwittigd om de opname zo snel mogelijk te laten gebeuren. Het gaat hier bijvoorbeeld om afspraken met familie over de datum van opname en het vervoer naar het woonzorgcentrum. Daarna maakt de sociale dienst in Care Solutions een bewonersdossier aan voor de toekomstige bewoner, ter voorbereiding van de opname. Het bewonersdossier bestaat uit een medisch en een verpleegkundig onderdeel. Beide delen worden ingevuld op de dag van opname op de afdeling. De sociale dienst maakt eveneens de gegevensverzameling voor het administratief dossier in orde voor de opname plaatsvindt.

De vergaarde informatie omtrent het uur en de datum van opname wordt samen met andere gegevens (o.a. mobiliteit, ligcomfort, dieet etc.) overgemaakt aan een mailgroep.

Tijdens een briefing overhandigt de sociale dienst een map met gegevens aan de afdeling waar de toekomstige bewoner een plaats zal krijgen. In deze map zitten onder andere sociale gegevens, medische gegevens, een medicatiefiche, een palliatief blad en een kopie van de identiteitskaart. Ook de checklist, waar de sociale dienst reeds het eerste luik van heeft ingevuld, wordt overhandigd aan de afdeling. Deze map wordt ook 'het opnamedossier' genoemd. Bedoeling is dat de

⁶ Deze evaluatieschaal helpt om de zorgbehoefte of afhankelijkheidsgraad van een persoon te bepalen door middel van een evaluatie van zijn capaciteiten in zes domeinen van het dagelijks leven: zich wassen, zich kleden, zich verplaatsen, toiletbezoek, (in)continentie en eten/voeding. Voor elk domein varieert het te geven antwoord tussen vier scores, gaande van 'geen behoefte aan hulp' tot 'behoefte aan hulp'. De schaal moet ingevuld worden door een arts of een verpleegkundige.

verpleegkundigen zich aan de hand van dit opnamedossier inlezen alvorens de nieuwe bewoner toekomt.

2.1.2 TAKEN OP DE OPNAMEDAG DOOR DE SOCIALE DIENST

De familie van de nieuwe bewoner, of eventueel de bewoner zelf, zal op de dag van de opname bij de sociale dienst langsgaan voor een opnamegesprek om de opnameovereenkomst en de interne afsprakennota te ondertekenen. Deze nota bevat de afspraken die intern gemaakt worden tussen het wzc en de bewoner. De interne afsprakennota wordt voor opname aan de bewoner en zijn familie overhandigd en deze wordt ondertekend voor ontvangst en akkoord. Het bevat onder andere afspraken in verband met animatie, bezoek, tijdstippen van eten en verzekeringen die door de zorginstelling voorzien worden. De sociale dienst overloopt eveneens alle overige documenten van het administratief dossier en de betrokkene ondertekent deze documenten indien dit nodig is.

Daarnaast worden tijdens het opnamegesprek ook andere documenten overlopen en ondertekend. Het gaat hier dan bijvoorbeeld om een verklaring voor toestemming of weigering van de publicatie van afbeeldingen, een document omtrent morele, filosofische en godsdienstige bijstand, toestemming voor domiciliëring, een mandaat voor bestellingen van geneesmiddelen en een verklaring van huisvesting.

2.1.3 TAKEN OP DE OPNAMEDAG DOOR DIENSTHOOFD

Als de checklist voor opname bij de afdeling terecht komt, werd het eerste luik reeds door de sociale dienst ingevuld. Doorgaans is het ook de bedoeling dat de hoofdverpleegkundige een luik van de checklist op voorhand invult. Het opzet is dat ze dit doet aan de hand van een telefoongesprek met de familie van de bewoner. Indien dit op voorhand niet gelukt is, wegens tijdsgebrek bijvoorbeeld, dan wordt het 'voorbereidende luik' eveneens in orde gebracht op de dag van de opname zelf.

Naast het onderdeel dat voor de opname ingevuld dient te worden, bevat de checklist ook ondersteuning voor het opnamegesprek. Dit gesprek vindt plaats op de opnamedag tussen de bewoner, de familie van de bewoner en het diensthoofd, of de verantwoordelijke verpleegkundige. Gedurende dit gesprek zal het diensthoofd onder andere informatie verzamelen omtrent de medische en verpleegkundige gegevens die ze nodig heeft voor het opstellen van het zorgendossier. Daarnaast wordt ook besproken wie de was zal doen, of de bewoner naar de kapper wenst te gaan, wat de slaapgewoonte is, welke de volgorde is van de contactpersonen en nog veel meer. De checklist fungeert als hulpmiddel om ervoor te zorgen dat alle noodzakelijke informatie van de nieuwe bewoner verzameld wordt. Bij elk item op de checklist staat ook steeds vermeld of er al dan niet een actie vereist is in Care Solutions. Nadat de lijst volledig afgerond is, wordt de Katz-score ingegeven in het softwareprogramma.

In de periode na de opname van een nieuwe bewoner wordt zo snel mogelijk een zorgenplan opgesteld op basis van alle verzamelde gegevens. Dit plan wordt ingegeven in Care Solutions. Op basis hiervan weet het personeel vervolgens welke handelingen wanneer nodig zijn voor een goede verzorging van de bewoner. Het zorgenplan kan altijd aangepast worden als dit nodig is. Meer concreet omvat een zorgenplan bijvoorbeeld wanneer bepaalde parameters genomen dienen te

worden of wanneer een bewoner gewassen wordt of in bad gaat. In het deel '2.1.4 Dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen' wordt nog verder ingegaan op dit zorgenplan en het gebruik ervan.

2.1.4 DAGELIJKSE ZORG DOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN ZOR GKUNDIGEN

Alvorens de verpleegkundigen en zorgkundigen starten met de dagelijkse zorg van de bewoners, lezen ze eerst het dagboek op de computer. Het personeel vult zelf het dagboek in op het einde van de werkdag. Verpleegkundigen en zorgkundigen geven dan observaties en opmerkingen in voor elke bewoner in het dag- of nachtboek. Deze observaties hebben ze gedurende hun werkdag schriftelijk genoteerd en op het einde van de shift worden deze dan digitaal ingegeven. Voorbeelden van observaties zijn afwijkende parameters, bijzonder gedrag dat vastgesteld wordt bij een bewoner of het feit dat een resident medicatie, waarvoor geen voorschrift vereist is, krijgt toegediend (bv. Dafalgan^{®7}). Het is ook zo dat een verpleegkundige na haar shift in Care Solutions eventuele wijzigingen kan ingeven met betrekking tot de parameters die van een bewoner genomen worden. Er wordt bijvoorbeeld in meer detail bekeken of er bijkomende parameters genomen dienen te worden of indien het niet meer noodzakelijk is om bepaalde parameters op te volgen.

Na het doorlezen van het dagboek, wordt eveneens voor de start van de shift het zorgenplan afgedrukt vanuit Care Solutions. De verpleegkundigen drukken dit plan af voor alle bewoners en de zorgkundigen drukken het af voor de bewoners binnen de leefgroep waar ze werken. Vervolgens vindt de mondelinge briefing plaats van de vorige shift naar de toekomstige shift. De briefing gebeurt aan de hand van de ingevoerde observaties in het dag- of nachtboek. Gedurende deze briefing worden de observaties van alle bewoners mondeling overlopen en bijzonderheden worden gemeld aan de personeelsleden van de volgende shift. Daarbij worden de belangrijkste dingen eventueel bij op het afgedrukte zorgenplan genoteerd. De mondelinge briefing vindt drie keer per dag plaats: het zorgpersoneel van de nachtshift brieft naar de vroege shift, die op haar beurt dan weer brieft naar de medewerkers van de late shift. Die laatste groep brieft tot slot naar de aankomende nachtshift.

Na de briefing gaat het personeel van start met de dagelijkse verzorging van de bewoners. Belangrijk is dat verpleegkundigen en zorgkundigen per bewoner de toegediende zorghandelingen aftekenen in Care Solutions. Het personeel geeft aan dat het aftekenen van de handelingen plaatsvindt op het einde van de shift.

Verpleegkundigen en zorgkundigen nemen ook regelmatig, of zelfs dagelijks in sommige gevallen, de waarde op van bepaalde parameters. Tijdens de zorg worden deze waarden op het zorgenplan genoteerd, zodat die na de verzorging ingegeven kunnen worden in Care Solutions.

⁷ Merk op dat de medicatie die gegeven mag worden zonder voorschrift wel vooraf geregistreerd moet zijn in het computersysteem. Verpleegkundigen mogen enkel de medicatie geven die onder 'staand order' op de medicatiefiche van een bepaalde bewoner in de computer vermeld staat. De vaste orders worden door verpleegkundigen besteld bij de apotheek wanneer dit nodig is.

Een belangrijke administratieve taak van verpleegkundigen die dagelijks aan bod komt, is het registreren van allerhande handelingen omtrent medicatie in Care Solutions. Het verpleegkundig personeel van de late shift zet de medicatie klaar die twee dagen later toegediend zal worden en tekent dit per soort en per bewoner af. De vroege shift controleert deze klaargezette medicatie de dag nadien en tekent opnieuw alles af. De dag daarna wordt er gestart met het toedienen van deze medicatie en ook hier moet opnieuw alles afgetekend worden. Een voorbeeld ter verduidelijking: op woensdagavond zet de late shift de medicatie klaar voor vrijdag. Donderdagvoormiddag controleert de vroege shift deze en vrijdagochtend start men met het toedienen ervan. Indien een bewoner zijn medicatie niet heeft ingenomen, dan wordt dit ook zo geregistreerd in de computer en dan wordt er niet afgetekend voor toediening. Er is dus een registratie vereist bij het klaarzetten van medicatie, het controleren ervan en tot slot ook bij toediening. Indien foute medicatie klaargezet of toegediend wordt, dan moet dit eveneens geregistreerd worden in Care Solutions. Een foute toediening wordt ook ingegeven in het dagboek.

Naast het klaarzetten, controleren en toedienen van medicatie, behoort het bestellen van medicatie eveneens tot het takenpakket van de verpleegkundigen. Normaliter drukt het diensthoofd of een verpleegkundige, voorafgaand aan het bezoek van een arts, voorschriften af vanuit de medicatiefiche. Bedoeling is dan dat de arts in kwestie de voorschriften ondertekent, zodat deze doorgestuurd kunnen worden naar de apotheek. Hierop bestaan echter uitzonderingen. Een speciaal systeem is bijvoorbeeld van kracht wanneer een arts telefonisch communiceert dat bepaalde medicatie opgestart mag worden of wanneer een bewoner zonder medicatie dreigt te vallen omdat de arts het voorschrift nog niet ondertekend heeft. Een verpleegkundige kan in deze gevallen een achterstallig voorschrift aanmaken, omdat de dokter het voorschrift nog niet ondertekend heeft. Op die manier maakt ze zelf een voorschrift aan met als doel een vertraging te vermijden omtrent het bestellen van de medicatie bij de apotheek. Zelf een voorschrift aanmaken kan voor alle medicatie, behalve voor morfine.

Buiten het afdrukken van voorschriften, worden er ook nog andere voorbereidende taken uitgevoerd voor een doktersbezoek. Het medisch dossier wordt klaargelegd voor de arts en het dagboek wordt nagelezen om na te gaan of er zaken zijn die gecommuniceerd dienen te worden omtrent de bewoner in kwestie. Deze activiteiten gebeuren zowel door het diensthoofd, als door de verpleegkundigen.

De verscheidene opties omtrent beperkende maatregelen, ook fixatie genoemd, worden ingegeven in Care Solutions door de verpleegkundigen. Dit kan reeds gebeuren op de dag van de opname indien het dan noodzakelijk is. Daarnaast kunnen er altijd beperkende maatregelen ingevoerd worden doorheen het verdere verblijf van de bewoner. Voor de opstart van fixerende middelen is het opgeven van een reden noodzakelijk. Daarnaast is het ook essentieel dat de familie van de bewoner gecontacteerd wordt alvorens de aanvang van de fixatie. Nadat alle gegevens in Care Solutions ingegeven zijn, wordt er een meldingsfiche afgedrukt en deze fiche dient ondertekend te worden door een verpleegkundige, de huisarts en de familie van de bewoner. Nadien wordt er op bepaalde tijdstippen een evaluatie van de beperkende maatregelen in Care Solutions gedaan. Zo wordt er nagegaan of de fixatie effectief is en of deze nog wenselijk is.

Na een verblijf van acht weken in het wzc wordt een gesprek omtrent vroegtijdige zorgplanning ingepland. Het thema van dit gesprek is het levenseinde van de bewoner. Bij dit gesprek zijn volgende personen aanwezig: het diensthoofd, de familie van de bewoner, de zorgdrager⁸ en eventueel de huisarts of Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA⁹). Bepaalde zaken worden gedurende deze bespreking op papier gezet of digitaal ingegeven. Zo wordt onder andere de DNR-codering¹⁰ ingevuld.

Indien een bewoner gedurende zijn periode in het wzc ten val komt, dient er zo snel mogelijk een valregistratie aangemaakt te worden in Care Solutions. De valmelding kan geregistreerd worden door een verpleegkundige of zorgkundige. Concreet dient er ingegeven te worden hoe de val gebeurd is, van welke hulpmiddelen de bewoner gebruikmaakte, of ziekenhuisopname en medische beeldvorming nodig is, enzoverder.

Ingeval bij een resident van het wzc een wonde ontstaat, dient een wondzorgfiche te worden aangemaakt in Care Solutions door een verpleegkundige. Belangrijk is dat de informatie ingegeven wordt in het softwareprogramma op de dag dat de wonde wordt opgemerkt. De fiche omvat alle details van de oorspronkelijke wonde, zoals: de start van de wondzorg, het type wonde, de plaats, een beschrijving qua kleur, grootte, diepte en de frequentie van de verzorging. Er wordt ook een evaluatie van de wonde – en de verzorging ervan doorheen de tijd – ingegeven in Care Solutions, totdat deze volledig genezen is. De registratie van een wonde wordt gekoppeld aan het zorgenplan, zodat de verpleegkundige van dienst weet welke verzorging er nodig is.

Indien een bewoner moet opgenomen worden in het ziekenhuis, is het belangrijk dat een dossier wordt aangemaakt in Care Solutions omtrent de ziekenhuisopname. De bewoner wordt op die manier op 'inactief' gezet in het systeem. Daarnaast wordt er ook een mail verstuurd naar alle medewerkers voor wie deze informatie nuttig kan zijn. De bewoner die naar het ziekenhuis gaat, krijgt eveneens een aantal documenten met zich mee die klaargelegd worden door een verpleegkundige. Het gaat hier bijvoorbeeld om een medicatieplan dat afgedrukt wordt vanuit het softwareprogramma. Als een bewoner terugkeert vanuit het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum, dan wordt deze in het systeem op 'actief' gezet. Opnieuw wordt een mail verstuurd naar alle belanghebbenden en tot slot wordt ook het medicatieplan aangepast door een verpleegkundige indien dit nodig is. Aanpassingen aan het medicatieplan kunnen trouwens plaatsvinden doorheen het hele verblijf van een bewoner. Het is niet noodzakelijk zo dat een bewoner hiervoor eerst naar het ziekenhuis gaat. Na elk bezoek van een arts kan het medicatieplan wijzigen. Verpleegkundigen voeren deze veranderingen steeds onmiddellijk door.

⁸ Elke bewoner krijgt bij opname een zorgdrager toegewezen. Dit is een personeelslid van het zorgteam dat extra aandacht besteedt aan het welbevinden van een specifieke bewoner.

⁹ De eigen huisarts van een bewoner kan in het wzc blijven langskomen voor verdere medische begeleiding. Elk wzc heeft echter ook een CRA die medische supervisie heeft over het hele wzc. De keuzevrijheid van de bewoner omtrent de arts wordt niet beïnvloed door de aanwezigheid van een CRA.

¹⁰ DNR staat voor 'Do Not reanimate' of 'Do Not Resuscitate'.

Het evalueren van de Katz-scores, en deze vervolgens aanpassen in Care Solutions, en het bijwerken van het zorgenplan voor elke bewoner zijn tot slot ook nog administratieve taken die de verpleegkundigen regelmatig uitvoeren. Deze activiteiten worden ongeveer maandelijks volbracht.

2.1.5 NIET-DAGELIJKSE TAKEN VAN DIENSTHOOFD

Het diensthoofd maakt maandelijks uurroosters op voor de verpleegkundigen en zorgkundigen die werkzaam zijn op haar afdeling. Ze houdt hierbij rekening met de wensen die het personeel op voorhand heeft doorgegeven. Als er doorheen de maand een medewerker van shift verwisselt, afwezig is, overuren maakt, vroeger stopt met werken of later start met werken, dan dient hiervoor een formulier ingevuld te worden door de medewerker(s) in kwestie. Het diensthoofd controleert dit document en ze ondertekent het. Het diensthoofd voert dan de wijzigingen in via het softwareprogramma op basis van het nagekeken document, waarna ze dit formulier klasseert. Bij ziekte of verandering van shift, zorgt de hoofverpleegkundige steeds voor een aanpassing van het uurrooster.

Nog in verband met personeelsadministratie: het goedkeuren of afwijzen van verlofaanvragen van het verpleegkundig en zorgkundig personeel behoort tot het takenpakket van het diensthoofd. Let wel dat ze de verwerking en doorvoering van de verlofaanvragen in de uurroosters enkel volbrengt voor de eigen afdeling.

Halfjaarlijks wordt een Interdisciplinair Overleg (IDO) georganiseerd waarbij elke bewoner uitgebreid besproken wordt. De aanwezigen zijn de ergotherapeute, een verpleegkundige, het diensthoofd en de zorgdrager van elke bewoner. Het diensthoofd plant het overleg in, met name moet ze eerst nagaan wie wanneer werkt. Op basis daarvan wordt dan een tijdstip afgesproken.

Elke maand wordt een stafvergadering georganiseerd waar alle diensthoofden en adjuncten op aanwezig zijn. Elk diensthoofd maakt afwisselend het verslag van dit overleg op. Daarnaast vinden er ook nog andere vergaderingen plaats. Het gaat hier bijvoorbeeld om een familieraad of een bewonersraad.

2.1.6 DAGELIJKSE ZORG DOOR KINESISTE

Bij de opname van een nieuwe bewoner maakt de kinesiste een dossier aan in Care Solutions. Hierin wordt voor elke bewoner de oorspronkelijke diagnose beschreven die relevant is voor de kinesiste. Daarna wordt dit dossier bijgewerkt indien er grote veranderingen plaatsvinden ten opzichte van de oorspronkelijke diagnose. Op die manier kan de kinesiste een evolutie bijhouden van elke bewoner.

De bewoners van het woonzorgcentrum kunnen op voorschrift van een arts een kinesitherapiebehandeling krijgen. De voorschriften die afkomstig zijn van een arts worden door de kinesiste geregistreerd in Care Solutions. Als de arts geen voorschrift heeft aangemaakt, dan maakt de kinesiste zelf een voorschrift aan in het softwareprogramma. De meerderheid van de residenten krijgt een behandeling op basis van een eigen aangemaakt voorschrift door de kinesiste.

Op basis van een kinesitherapievoorschrift, al dan niet voorgeschreven door een arts, stelt de kinesiste vervolgens een behandelingsplan op, inclusief de doelen die ze voor ogen heeft voor elke

bewoner. Dit plan wordt ingegeven in Care Solutions. Nadien is het de bedoeling dat de kinesiste elke uitgevoerde behandeling registreert, inclusief datum. Op basis van het ingegeven behandelingsplan kan ze zo de behandelingen en de evolutie ervan in de gaten houden.

Indien de kinesiste van mening is dat een bepaalde behandeling beter stopgezet kan worden, dan dient ze hiervoor een motivatie in te geven in Care Solutions. De kinesiste geeft aan dat dit een uitzonderlijke gebeurtenis is; kinesitherapie wordt vaak gegeven tot aan het levenseinde van een bewoner.

Net zoals de verpleegkundigen en zorgkundigen dat dagelijks doen, vult ook de kinesiste het dagboek in op het einde van de werkdag. Ze geeft dan bijzonderheden in voor elke bewoner in Care Solutions.

2.1.7 DAGELIJKSE ZORG DOOR ERGOTHERAPEUTE

De ergotherapeute van het woonzorgcentrum geeft in Care Solutions de uitgevoerde behandelingen of voltooide activiteiten in. Daarnaast vult ze ook na elke werkshift het dagboek aan.

Verder behoren ook de volgende administratieve activiteiten tot het takenpakket van de ergotherapeute: een vermissingsdocument invullen voor elke bewoner, een lijst bijhouden van de rolstoelen en rollators die aanwezig zijn in het woonzorgcentrum en wie de eigenaar is, aanvragen in orde brengen omtrent rolstoelen en rollators, huurcontracten voltooien met de thuiszorgwinkel aangaande rolstoelen en rollators en tot slot de thuiszorgwinkel contacteren om een rolstoel of rollator op te halen bij een overlijden.

2.1.8 DAGELIJKSE ZORG DOOR ANIMATIEWERKING

De animatie maakt maandelijks een lijst op van de geplande activiteiten en dit wordt geregistreerd in de kalender van Care Solutions. Daarnaast geeft de animatie voor elke voltooide activiteit in welke bewoners aanwezig waren. Tot slot mag de animatie ook eventuele observaties of andere bemerkingsen invoeren in het dagboek van Care Solutions.

2.1.9 BEWONER VERLAAT WOONZORGCENTRUM

Als een resident tijdens een definitieve opname het wzc toch wenst te verlaten, dan dient er een opzegbrief verstuurd te worden naar de sociale dienst. Vervolgens wordt een gesprek ingepland tussen het diensthoofd en de familie van de bewoner. Het diensthoofd neemt telefonisch contact op met de sociale dienst omtrent de reden van het ontslag. De sociale dienst stuurt dan een groepsmail uit om iedereen te verwittigen over het ontslag en tot slot wordt de status van het dossier in Care Solutions aangepast.

Bij het overlijden van een bewoner wordt onmiddellijk de huisarts verwittigd. Die komt vervolgens lang om de overlijdensakte te ondertekenen. De familie van de overleden bewoner wordt zo snel mogelijk gecontacteerd. Daarna wordt het dossier geklasseerd en dient er een algemene e-mail verzonden te worden. Ontvangers zijn bijvoorbeeld de directie, de sociale dienst, het onthaal, de

keuken en de apotheek. Een verpleegkundige zet tot slot de overleden bewoner op 'inactief' in Care Solutions.

2.2 ANALYSE VAN DE VERSCHILLEN

Hieronder worden de meest opvallende verschillen besproken die zich voordoen tussen de processen in de onderzochte Limburgse woonzorgcentra.

Het eerste grote verschil dat zich voordoet tussen de vier onderzochte woonzorgcentra is het systeem van inschrijving op de wachtlijst. Meer specifiek is er in wzc 1 en 3 sprake van een preventieve of dringende wachtlijst. In wzc 2 gaat het om een voorlopige of definitieve inschrijving. Bij het vierde woonzorgcentrum, ten slotte, is er geen sprake van een onderscheid; er is enkel een dringende wachtlijst. De sociale dienst geeft aan dat er genoeg dringende kandidaten zijn, daardoor wordt er in dit wzc geen preventieve of voorlopige lijst bijgehouden.

In het hierboven omschreven systeem worden de opnameovereenkomst en interne afsprakennota ondertekend bij de sociale dienst op de dag van de opname. In de overige drie woonzorgcentra gebeurt de ondertekening van de contracten voor de opname plaatsvindt. Nadat een kandidaat gevonden wordt voor een vrije plaats, maakt de sociale dienst een afspraak met de familie en de toekomstige bewoner. Tijdens dit intakegesprek worden de nodige documenten overlopen en ondertekend.

Normalerwijze is de sociale dienst verantwoordelijk voor de administratieve voorbereiding van een nieuwe opname. In sommige gevallen voert de hoofdverpleegkundige ook voorbereidende taken uit. In wzc 4 wordt op voorhand een levensloopvragenlijst ingevuld door de sociale dienst. De hoofdverpleegkundige maakt hiervan een samenvatting en verspreidt deze op haar afdeling. In wzc 1 stelt de hoofdverpleegkundige het medisch dossier en het verpleegdossier op als voorbereiding van de opname.

Het hierboven omschreven systeem maakt voor de administratieve taken op de opnamedag gebruik van een checklist. In de overige onderzochte woonzorgcentra is hier geen sprake van. Zij voeren wel dezelfde taken uit op de opnamedag, maar ze beschikken niet over een uniforme lijst waarop de uitgevoerde taken afgetekend worden.

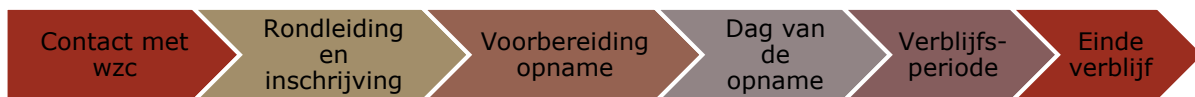
In verband met de dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen verschillen de vier Limburgse woonzorgcentra voornamelijk op het vlak van de gebruikte software. In wzc 1 wordt tot op heden nog geen softwarepakket gebruikt, waardoor alle documenten en dossiers op papier worden samengesteld en ingevuld. Net zoals in wzc 2, worden alle administratieve taken in wzc 4 uitgevoerd door middel van Care Solutions. Wzc 3 maakt gebruik van Geracc als softwareprogramma, maar sommige administratieve taken worden op papier in orde gebracht, zoals bijvoorbeeld de wondzorgevaluatie.

De dagelijkse taken die uitgevoerd worden door verpleegkundigen en zorgkundigen zijn vrij gelijklopend in de vier onderzochte woonzorgcentra. Enkel het tijdstip van uitvoering verschilt voor sommige taken in de centra. Het meest opmerkelijke verschil doet zich voor op het vlak van medicatie klaarzetten, controleren en toedienen. In het hierboven besproken woonzorgcentrum zet

het personeel van de late werkshift de medicatie klaar die twee dagen nadien toegediend zal worden. De dag nadien tekent een verpleegkundige van de vroege shift af voor controle van die medicatie en de dag daarna wordt er afgetekend voor toediening. In de overige drie woonzorgcentra is het klaarzetten van medicatie een taak voor de nachtverpleegkundige. De klaargezette medicatie wordt vervolgens gecontroleerd door een verpleegkundige van de vroege of de late werkshift, afhankelijk van wanneer de medicatie toegediend zal worden. De handelingen omtrent de medicatie verschillen dus niet doorheen de onderzochte woonzorgcentra, maar de uitvoering is wel anders.

2.3 ANALYSE VAN DE GELIJKENISSEN

Naast de bovengenoemde verschillen die er bestaan tussen de onderzochte woonzorgcentra, zijn er ook een heleboel gelijkenissen. Op basis van de procesbeschrijvingen in bijlage 1, wordt onderstaand systeem opgesteld dat voorkomt in elk woonzorgcentrum.



Figuur 3 Algemeen proces wzc

De toekomstige bewoner, de familie of een andere betrokken partij neemt eerst contact op met het woonzorgcentrum en er wordt een eerste afspraak ingepland met de sociale dienst. Er worden inlichtingen gegeven en eventueel vindt er ook een rondleiding plaats doorheen het woonzorgcentrum. De geïnteresseerde kan zich meteen inschrijven op de wachtlijst.

Bij een vrije plaats in het woonzorgcentrum gaat de sociale dienst op zoek naar een geschikte kandidaat. Als de persoon instemt met een opname in het woonzorgcentrum, wordt er van start gegaan met de voorbereiding van die toekomstige opname. De voorbereiding van het opnamedossier wordt uitgevoerd door de sociale dienst of de (adjunct-) hoofdverpleegkundige. Meer specifiek wordt er onder andere een opnamedatum vastgelegd en wordt het dossier overgedragen naar de afdeling. Het opnamedossier bevat sociale gegevens, een kopie van de identiteitskaart, een medicatiefiche, enzovoort.

Op de opnamedag gaat de hoofdverpleegkundige langs bij de nieuwe bewoner en diens familie. Tijdens dit gesprek wordt er informatie verzameld omtrent de gegevens die er nodig zijn voor het opstellen van een zorgdossier of verpleegdossier. Onder andere het ingeven van aandachtspunten behoort tot het zorg- of verpleegdossier. Beide dossiers bevatten dezelfde gegevens, maar krijgen een andere benaming in de verschillende woonzorgcentra. Op basis van dit dossier wordt nagegaan welke zorg een nieuwe bewoner nodig heeft. Daarnaast wordt ook een medisch dossier aangemaakt op de opnamedag.

Doorheen het verblijf van de bewoner worden er allerhande administratieve taken uitgevoerd door verpleegkundigen en zorgkundigen. Het ingeven of neerschrijven van observaties in het dagboek en de uitgevoerde handelingen aftekenen zijn activiteiten die zowel door verpleegkundigen als zorgkundigen volbracht worden. Allerhande taken met betrekking tot medicatie, het ingeven van

parameters, het registreren van valincidenten en fixatiemaatregelen, wondzorgevaluatie, documenten invullen met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning, evaluatie van de Katz-score en de briefing bij shiftwissel zijn verpleegkundige taken die voorkomen in elk onderzocht woonzorgcentrum.

De kinesist, ergotherapeut en animator geven in elk woonzorgcentrum observaties in. Daarnaast stelt de kinesist voor iedere bewoner een behandelingsplan op en worden de uitgevoerde behandelingen geregistreerd. Het registreren van voorschriften, al dan niet voorgeschreven door een arts, is ook een administratieve taak van de kinesist in het woonzorgcentrum. De ergotherapeut registreert uitgevoerde behandelingen en de animator maakt een lijst op van de geplande activiteiten. Tot slot registreert die laatste ook de deelname van de bewoners aan de voltooide activiteiten.

Bij het overlijden van een bewoner, of wanneer een bewoner ervoor kiest om naar een ander woonzorgcentrum te gaan, worden de opgemaakte dossiers geklasseerd. Waar er gebruikgemaakt wordt van een softwarepakket, wordt de status van de bewoner gewijzigd van actief naar inactief.

Naast de directe verzorging van een bewoner, komen er ook in elk onderzocht woonzorgcentrum taken aan bod met betrekking tot personeelsadministratie. Deze administratieve activiteiten worden vaak uitgevoerd door (adjunct-) hoofdverpleegkundigen. Het gaat hier over het verwerken van verlofaanvragen, het opmaken van uurroosters, het regelen van vervangingen en het inplannen van vergaderingen.

3. LITERATUURSTUDIE IN VERBAND MET ADMINISTRATIEVE LASTEN EN RED TAPE

Zoals reeds in de inleiding werd aangehaald, is een regelmatig terugkerende klacht bij de Vlaamse woonzorgcentra die van de toenemende administratieve lasten. Het personeel geeft aan dat een goede verzorging van de bewoners in het gedrang komt door de opgelegde administratieve taken. Administratieve lasten, ook wel *red tape* genoemd in het Engels, staan bijgevolg hoog op de agenda van verschillende beleidsmakers in allerhande sectoren. Ook het verminderen en vereenvoudigen van de lasten is een belangrijk punt op de agenda, zo vermeldt het regeerakkoord van de Vlaamse Regering (*Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019*, 2014).

Het FPB voert tweejaarlijks een raming uit van de administratieve lasten die wege op de Belgische ondernemingen en zelfstandigen. Deze raming wordt gemaakt aan de hand van een enquête die wordt afgenomen bij een representatieve steekproef. De steekproef van de ondernemingen wordt onderverdeeld in drie grootteklassen en in twee activiteitscategorieën (industrie en diensten). De negende enquête, die plaatsvond in 2017, had betrekking op een raming van de administratieve lasten voor het jaar 2016. Een meer recente raming is nog niet beschikbaar voor België. De Planning Paper 116 bevat de resultaten van het uitgevoerde onderzoek omtrent de lasten voor het jaar 2016.

De totale waarde van de administratieve lasten van Belgische ondernemingen en zelfstandigen in 2016 worden geschat op 6,8 miljard euro. Ten opzichte van de geraamde waarde van administratieve lasten in 2014, is dit een stijging van 2,3%. Deze toename is te wijten aan een stijging van de kosten voor ondernemingen. Daartegenover staat echter wel een daling voor de zelfstandigen (Kegels, 2018).

Merk op dat het FPB enkel de administratieve lasten onderzoekt die voortvloeien uit regelgeving omtrent fiscaliteit, milieu en werkgelegenheid (Kegels, 2018). Overige thema's komen niet aan bod in de studie. De cijfers die gepubliceerd worden in het rapport van het Planbureau omvatten zodoende niet alle administratieve lasten die er aanwezig zijn in woonzorgcentra. De reden hiervoor is dat er in dergelijke centra nog andere regelgeving is, naast fiscaliteit, milieu en tewerkstelling, die administratieve taken of lasten kan veroorzaken. Voor de veiligheid van de bewoners is er bijvoorbeeld regelgeving voor handelingen aangaande medicatie.

Naast het feit dat de administratieve verplichtingen een zeer belangrijke plaats innemen in termen van de totale waarde ten opzichte van het bruto binnenlands product, moet ook de nadruk worden gelegd op de verscheidenheid aan lasten die er vandaag de dag bestaat. Zo heeft elke sector een eigenheid aan principes waaraan de bedrijven zich dienen te houden. Het spreekt voor zich dat een bouwonderneming andere lasten ondervindt dan een bedrijf dat actief is in de voedingssector.

Meer specifiek zal deze thesis onderzoek voeren naar de administratieve lasten die aanwezig zijn in de sector van de private woonzorgcentra. Andere sectoren behoren niet tot het onderwerp van deze studie.

3.1 HOE WORDT *RED TAPE* GEDEFINIEERD IN DE LITERATUUR?

Doorheen de jaren is er heel wat wetenschappelijke literatuur verschenen omtrent het begrip '*red tape*'. Hieronder volgt een korte uiteenzetting over de meest belangrijke werken die hieromtrent gepubliceerd werden.

Het oudste en meest geciteerde empirisch onderzoek omtrent *red tape* werd geschreven door B. Buchanan in 1975. In zijn werk van 1975 geeft Buchanan geen definitie van *red tape*, maar hij operationaliseert het begrip door middel van een schaal die bestaat uit 25 items. De schaal meet de individuele perceptie ten aanzien van formele regels en bureaucratie, waarbij elk item gemeten wordt op een Likertschaal met zeven punten. Een vrij vertaald voorbeeld van gemeten perceptie door Buchanan (1975) is: "alvorens ik een belangrijke beslissing neem, toets ik deze steeds eerst af bij mijn supervisor". Uit het onderzoek van Buchanan blijkt dat managers van private bedrijven een hoger niveau van *red tape* ervaren dan managers van publieke organisaties (Buchanan, 1975; S. K. Pandey & Scott, 2002).

De volgende studie waarin hetzelfde thema uitvoerig besproken werd, verscheen bijna tien jaar later. Rosenfeld (1984) gaf volgende theoretische definitie van het begrip: "*red tape refers to guidelines, procedures, forms, and governmental intervention that are perceived as excessive, unwieldy, or pointless in relationship to decision-making or implementation of decisions*". Hoewel Rosenfeld (1984) een bruikbare definitie van *red tape* geeft, slaagt hij er toch niet in om een onderscheid te maken tussen regels die wel belastend zijn, maar niet nuttig en regels die belastend zijn, maar tegelijk ook een nuttig doel hebben (Bozeman & Feeney, 2014).

Zes jaar na Rosenfeld (1984) wordt een onderzoek gepubliceerd dat voortbouwt op Buchanan (1975). In zijn studie test Baldwin (1990) de karakteristieken van *red tape* in de publieke sector. Baldwin definieert duidelijk wat hij bedoelt met *red tape*: "*constraints employees face in carrying out their day-to-day activities, not the constraints members of the public face*". Verder maakt de onderzoeker ook een onderscheid tussen formele en informele *red tape*, maar ook tussen interne en externe *red tape* (Baldwin, 1990). Vrij vertaald definieert Baldwin (1990) formele *red tape* als beperkingen op de vrijheid van een organisatie als resultaat van wetten, regels en procedures. Informele *red tape* wijst dan op beperkingen die resulteren uit de invloed van onder andere de media, de publieke opinie of politieke partijen. Het is die laatste soort van *red tape* die ook extern is. De formele soort kan zowel intern als extern zijn, afhankelijk van waar de beperkingen ontstaan zijn (S. K. Pandey & Scott, 2002).

De studie van Baldwin (1990) maakt voor het meten van formele en informele *red tape* gebruik van een Likertschaal met vijf punten. Uit het onderzoek blijkt dat publieke organisaties hogere niveaus van formele, informele, interne en externe *red tape* ervaren dan private instellingen. Met deze bevinding staat Baldwin lijnrecht tegenover het onderzoek van Buchanan (1975), die het tegenovergestelde concludeerde in verband met *red tape* in publieke en private organisaties (S. K. Pandey & Scott, 2002).

In een onderzoek van Bozeman, Reed en Scott, dat gepubliceerd werd in 1992, wordt de nadruk gelegd op het verschil tussen *red tape* en *formalization* (Bozeman, Reed, & Scott, 1992). De definitie

die Bozeman et al. (1992) geven van administratieve lasten gaat verder dan alleen de beperkingen of nadelige gevolgen door regels en procedures. De auteurs definiëren *red tape* als "the delays and subsequent irritation caused by formalization and stagnation". Bozeman et. al (1992) meten *red tape* als de hoeveelheid tijd, in weken, die bepaalde administratieve taken in beslag nemen (Bozeman et al., 1992). Merk op dat deze manier van meten echter wel een probleem stelt: het meten van de tijd die een bepaalde activiteit kost, is slechts een impliciete maatstaf voor *red tape*. Het is niet enkel de tijd die een bepaalde activiteit in beslag neemt, die ervoor zorgt of een taak al dan niet als een last aanzien wordt (S. K. Pandey & Scott, 2002). Een taak die veel tijd in beslag neemt om te voltooien, is niet noodzakelijk een administratieve last. Bij het in kaart brengen van *red tape* wordt bijvoorbeeld ook de tijd die men tussendoor moet wachten, en waarop er dus geen handelingen worden verricht, mee in rekening genomen. Deze wachttijd is echter geen *red tape*.

Bozeman et. al (1992) nodigen in hun studie uit tot verder onderzoek naar *red tape*. Pandey en Brettschneider geven vijf jaar later gehoor aan deze oproep. In hun studie gaan de onderzoekers na hoe ze reguliere vertragingen kunnen onderscheiden van deze die te wijten zijn aan *red tape* (S. Pandey & Brettschneider, 1997). Ze definiëren de term dan als volgt: "the excess amount of delay above and beyond that generated by other factors that influence time delays". Het onderzoek dat Pandey en Brettschneider (1997) uitvoeren maakt gebruik van een regressiemodel (S. Pandey & Brettschneider, 1997).

Ook Rainey, Pandey en Bozeman gaan in 1995 samen aan de slag met een nieuw onderzoek. Meer concreet gaan de onderzoekers na of er een verschil is in perceptie op het vlak van *red tape* voor managers in de private sector versus managers in de publieke sector (Rainey, Pandey, & Bozeman, 1995). De definitie die Rainey et al. (1995) geven van *red tape* is: "rules, regulations, and procedures that remain in force and entail a compliance burden for the organisation but have no efficacy for the rules' functional object". Verder definiëren de auteurs nog twee dimensies van *red tape*: *personnel red tape* en *general red tape*. Voor het meten van dit laatste type maken de auteurs gebruik van de volgende vraag: "If red tape is defined as burdensome administrative rules and procedures that have negative effects on the organisation's effectiveness, how would you assess the level of red tape in your organisation?" (Rainey et al., 1995). In de literatuur wordt naar deze vraag verwezen als de *general red tape scale*.

Volgens Bozeman (2002) is het grootste probleem van *red tape* dat het beschikbare middelen van de organisatie verspilt. Daarnaast doet het ook afbreuk aan het behalen van de organisationele doelstellingen. *Red tape* kost tijd en geld voor ondernemingen en het beïnvloedt managers, werknemers, klanten, partners en andere stakeholders. De aanwezigheid van *red tape* zorgt ervoor dat het voltooide werk minder voldoening geeft (Bozeman, 2002; S. K. Pandey & Scott, 2002).

De term heeft dus allerhande betekenissen en definities, maar er zijn enkele elementen die steeds aan bod komen bij de definitie van *red tape*. Zo impliceert het begrip meestal overdadig of onnuttig papierwerk, heeft het een hoog formeel gehalte, en vaak een verplicht karakter. Bovendien is er ook regelmatig sprake van onnodige regels en procedures. *Red tape* leidt vaak tot frustraties bij de personen die de administratieve lasten dragen (Bozeman et al., 1993). De auteurs die tot nu toe aan bod kwamen, zijn het er dus allemaal over eens dat *red tape* gepaard gaat met negatieve

effecten. De exacte invulling van die negatieve effecten en wie deze juist ondervindt, zijn echter verschillend in elke studie omtrent *red tape* (S. K. Pandey & Scott, 2002).

Na dit beknopt overzicht van de belangrijkste grondleggers van *red tape*, kan er geconcludeerd worden dat het thema niet nieuw is. In de jaren zeventig van de twintigste eeuw werden reeds allerhande onderzoeken gevoerd naar administratieve lasten. Daarnaast wordt er ook de laatste jaren nog steeds onderzoek gedaan naar het begrip. Kijk bijvoorbeeld naar het onderzoek omtrent administratieve lasten van het FPB dat eerder besproken werd. *Red tape* was én is een relevant thema. Steeds vaker leggen beleidsmakers ook de focus op het vereenvoudigen van de administratieve lasten.

Red tape of administratieve lasten zijn begrippen die een negatieve connotatie hebben. Nochtans kunnen de regels en procedures die ervaren worden als een last ook beschouwd worden als een positief gegeven. Administratieve lasten kunnen soms achterliggend wel een legitiem doel dienen. Daarnaast kunnen administratieve lasten ook belangrijke sociale en organisationele doelstellingen hebben. Het is belangrijk om niet alle administratieve procedures als *red tape* te beschouwen (Bozeman et al., 1993). Het is interessant om een onderscheid te maken tussen de aanwezigheid van regels en procedures enerzijds en *red tape* anderzijds. Dit is ook het verschil tussen *formalization* en administratieve lasten. Een bepaalde hoeveelheid regels zijn vereist voor het goed functioneren van ondernemingen en overheden, maar een te hoge hoeveelheid is dan weer schadelijk voor het goed functioneren.

Het uitvoeren van administratieve taken hoeft dus niet noodzakelijk negatief te zijn. Dit kan het geval zijn wanneer administratieve activiteiten leiden tot een betere bescherming van het publiek belang, of wanneer opgelegde regels een beperking zijn op de macht van de overheid ten aanzien van de burgers (Bozeman et al., 1993). *Red tape* kan dus best breder geïnterpreteerd worden dan de zuivere last van regels en procedures. Het zijn niet deze administratieve activiteiten op zich, of de hoeveelheid eraan, die goed of slecht zijn; het perspectief is essentieel. Belangrijk is om na te gaan hoe deze opgelegde taken ervaren worden door de mensen die deze moeten uitvoeren (Bozeman et al., 1993). Administratieve lasten worden daarom steeds gemeten aan de hand van perceptie. Merk hierbij op dat gepercipieerde lasten geen objectieve lasten zijn.

Waldo (1946) neemt het volgende standpunt aan: "One man's red tape is another man's system". Ook Kaufman (1977) deelt deze visie en stelt: "One man's red tape is another's treasured procedural safeguard". Het is daarom goed om *red tape* te beschouwen als een begrip dat zeer contextafhankelijk is en een onzijdige connotatie heeft (Bozeman et al., 1993; Kaufman, 1977). Het is de persoon die de administratieve activiteiten uitvoert, die een positieve of negatieve betekenis geeft aan het begrip.

Herinner de eerder besproken definitie omtrent *red tape* van Rainey et al. (1995): "*rules, regulations, and procedures that remain in force and entail a compliance burden for the organisation but have no efficacy for the rules' functional object*". Voor de meeste doeleinden is deze definitie voldoende, maar een belangrijk element van *red tape* wordt hier echter buiten beschouwing gelaten. De bovenstaande meningen van Waldo (1946) en Kaufman (1977) zijn namelijk geen onderdeel van

deze definitie. Een bepaalde regel kan als *red tape* beschouwd worden door de ene groep van stakeholders, maar dan weer als zeer nuttig aanzien worden door een andere. Een uitgebreidere definitie van *red tape* is daarom: “*organizational rules, regulations, and procedures that remain in force and entail a compliance burden, but serve no object valued by a given stakeholder group*” (Bozeman et al., 1993).

De laatst genoemde definitie wordt ook wel *stakeholder red tape* genoemd. Dit begrip is interessant wanneer een groep stakeholders, in plaats van de hele organisatie, de onderzochte eenheid is (Bozeman et al., 1993). Zoals eerder aangehaald werd, kan een bepaalde regel voor de ene groep aanzien worden als *red tape*, terwijl dit niet zo is voor een andere groep. *Stakeholder red tape* verwijst dus naar de verschillende percepties tussen groepen, bijvoorbeeld hoofdverpleegkundigen versus verpleegkundigen.

Merk op dat dit er ook verschillende percepties mogelijk tussen individuen binnen eenzelfde groep van stakeholders. Toegepast op het onderzoek van deze thesis: het is niet zo dat alle verpleegkundigen een bepaalde procedure als *red tape* aanzien. Administratieve activiteiten worden door elk individu op een andere manier ervaren, zelfs binnenin eenzelfde groep van stakeholders, of verpleegkundigen in dit voorbeeld. Een analyse van de verschillende percepties binnen een groep van stakeholders werd tot nu toe slechts in zeer beperkte mate empirisch onderzocht.

3.2 RED TAPE IN DE PRAKTIJK

Zoals vermeld in het regeerakkoord van de Vlaamse Regering, staat het verlagen van *red tape* hoog op de agenda van beleidsmakers (*Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019*, 2014). De reden hiervoor is dat er algemeen aangenomen wordt dat het nadelig is voor de prestaties in organisaties. Daarnaast zijn sommige onderzoekers ook van mening dat een verlaging van de administratieve lasten de efficiëntie in bepaalde organisaties kan verbeteren (Gore, 1993).

Red tape werd recentelijk ook nog omschreven als “rules that are burdensome and lack functionality for the purpose of the rule” (van Loon, Leisink, Knies, & Brewer, 2016). In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld dat een verpleegkundige overbodige informatie over patiënten of bewoners dient te registreren. De definitie kan ook wijzen op algemene procedures die een verpleegkundige moet naleven, hoewel die niet van toepassing zijn op een specifieke patiënt. Het uitvoeren van dergelijke activiteiten neemt kostbare tijd van het personeel in beslag, maar het kan er eveneens voor zorgen dat personeelsleden gedemotiveerd raken (Van Loon, 2016).

Het registreren van informatie omtrent een patiënt kan belastend zijn, maar als het effectief nut heeft – zoals bijvoorbeeld veiligheid garanderen – dan kan er niet geconcludeerd worden dat dergelijke activiteiten niet nuttig zijn. Wat een administratieve last is voor de ene, kan een bescherming zijn voor iemand anders. Belastende regels kunnen bestaan om bepaalde groepen te beschermen (Van Loon, 2016).

Vaak is onderzoek naar *red tape* enkel gericht op managers die gevraagd worden om de *red tape* in de hele organisatie te beoordelen. Hierbij ontstaan twee problemen: (1) een individu vragen om administratieve activiteiten te beoordelen doorheen de hele organisatie kan leiden tot onjuiste

resultaten, omdat één persoon nooit een duidelijk beeld kan hebben van de taken die zich voordoen in andere delen van de organisatie; en (2) managers hebben te maken met andere regels dan werknemers die in direct contact staan met de klanten.

Deze thesis richt zich daarom op *red tape* voor meerdere groepen van werknemers binnen een woonzorgcentrum. Het bestuderen van allerlei groepen medewerkers zorgt daarnaast ook voor informatie aangaande *red tape* voor de verschillende niveaus doorheen de organisatie. Voornamelijk in de zorgsector spelen werknemers, meer dan managers, een essentiële rol in de dienstverlening.

Red tape wordt vaak gemeten aan de hand van een survey. De meeste onderzoeken maken gebruik van een schaal, met één item, die de *general red tape* meet. De schaal vraagt respondenten om het niveau van administratieve lasten in de organisatie te beoordelen op een schaal van nul tot tien.

De laatste jaren werd er heel wat moeite gedaan om het meten van *red tape* te verbeteren. Borry heeft daartoe in 2016 een nieuwe maatstaf ontwikkeld, namelijk de '*three-item red tape scale*'. Ze is van mening dat meerdere items beter in staat zijn om de verschillende aspecten van *red tape* weer te geven (Borry, 2016). De nieuwe schaal bevat de volgende drie items: belasting, noodzakelijkheid en doeltreffendheid. Aan medewerkers wordt gevraagd om een bepaalde administratieve activiteit te beoordelen op basis van de drie items en dit telkens op een schaal gaande van nul tot tien.

Herinner dat de *general red tape scale* peilt naar het niveau van de administratieve lasten op een schaal van 0 tot 10 (Rainey et al., 1995). Hierbij wordt echter niet gespecificeerd wat de term 'administratieve lasten' exact inhoudt. Om die reden is het meten van de *general red tape scale* theoretisch gezien nadelig. De *three item red tape scale*, daarentegen, verklaart eerst hoe de drie items gedefinieerd worden, alvorens personen een score toekennen tussen 0 en 10. Daarnaast heeft de nieuwe schaal nog twee voordelen ten opzichte van de *general red tape scale* (Borry, 2016). Omdat er meerdere items bevroegd worden, zijn de uiteindelijke resultaten meer genuanceerd. Daarenboven wordt bij de *three item red tape scale* het gebruik van de term 'administratieve lasten' vermeden. Dit begrip heeft namelijk een negatieve connotatie en het gebruik ervan kan personen enigszins sturen naar een negatief antwoord. Door deze term te vermijden, worden personen er niet negatief door beïnvloed. Merk op dat de *three item red tape scale* direct gebaseerd is op de operationele definitie van Bozeman (1993) aangaande *red tape* (Borry, 2016).

De *three-item red tape* zal samen met de *general red tape* bevroegd worden in de vragenlijst die afgenomen wordt in het kader van de derde deelvraag.

4. METHODE

De uitgevoerde literatuurstudie en de gedane procesbespreking vormen samen de basis voor het opstellen van een enquête. De vragenlijst wordt opgesteld met als doel een antwoord te formuleren op de derde deelvraag. Herinner dat deze vraag in de inleiding gedefinieerd werd als volgt: 'In welke mate worden de administratieve taken als belastend, noodzakelijk en doeltreffend ervaren?' In dit hoofdstuk wordt besproken hoe de enquête is opgebouwd.

In de vragenlijst komen eerst enkele algemene vragen aan bod. De respondent wordt gevraagd naar de sector en het statuut van het woonzorgcentrum. De mogelijke antwoorden zijn:

- Publiek: Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW)
- Privaat: vereniging zonder winstoogmerk (vzw)
- Privaat: besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (bvba)
- Privaat: naamloze vennootschap (nv)
- Andere:
- Ik weet het niet

De vraag omtrent het statuut van het woonzorgcentrum fungeert als een filter, daar deze masterproefthesis enkel onderzoek voert naar private woonzorgcentra. Nadien wordt een vraag gesteld omtrent de capaciteit (in aantal bedden) van het woonzorgcentrum. Omdat er in Vlaanderen redelijk wat kleine woonzorgcentra zijn, wordt voor de keuzemogelijkheden telkens een interval van twintig bedden opgesteld. Bijvoorbeeld: minder dan 20 bedden, 20-49 bedden, 50-79 bedden en 200 bedden of meer.

Vervolgens peilt de vragenlijst naar de functie van de respondent. Ook voor deze vraag zijn er verschillende antwoordmogelijkheden beschikbaar:

- Animator
- Directie
- Ergotherapeut
- Hoofdverpleegkundige/diensthoofd of adjunct-hoofdverpleegkundige
- Kinesist
- Sociale dienst
- Verpleegkundige
- Zorgkundige
- Andere:

Zoals in de procesbeschrijving reeds aangehaald werd, worden niet in alle woonzorgcentra dezelfde taken uitgevoerd door personen met eenzelfde functie. Om die reden wordt er eerst gepeild naar de functie van de respondent en nadien pas naar zijn takenpakket. De bevroegde heeft zodoende de mogelijkheid om vanuit elke functie een bepaald takenpakket aan te duiden. Er kan namelijk niet op voorhand ingeschat worden welk takenpakket door welke medewerker wordt uitgevoerd in de onderzochte woonzorgcentra.

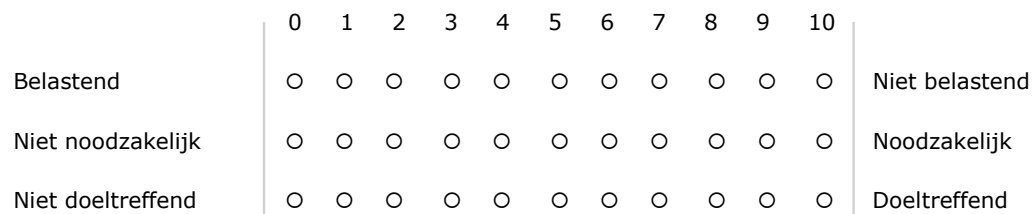
Vervolgens peilt de vragenlijst naar de gebruikte software in het woonzorgcentrum. De antwoordopties zijn gebaseerd op de uitgevoerde procesbeschrijvingen in de vier Limburgse woonzorgcentra. De mogelijkheden zijn: geen, Geracc, Care Solutions of een ander softwareprogramma. Bij de respondenten die niet voor de eerste optie kiezen, wordt daarna gevraagd naar de tevredenheid over het gebruikte softwarepakket. Op een 7-puntslikertschaal kunnen de bevroegden enerzijds aangeven of ze tevreden zijn met de software en anderzijds of ze het gebruikte pakket zouden aanraden aan anderen. Respondenten die aangeven dat er in het woonzorgcentrum geen softwarepakket voor handen is, gaan meteen naar de vraag omtrent de takenpakketten.

Daarna wordt aan de geënquêteerden een vraag gesteld betreffende hun takenpakket. Ze hebben hier de mogelijkheid om meerdere pakketten aan te duiden. De verschillende opties zijn:

- Voorbereiding van een opname
- Administratieve taken op de opnamedag
- Verpleegkundige taken
- Zorgkundige taken
- Kinesitherapie
- Ergotherapie
- Animatiewerking
- Personeelsadministratie
- Taken met betrekking tot belastingen en subsidies
- Taken met betrekking tot inspecties en controles

De antwoordmogelijkheden kwamen tot stand op basis van de uitgevoerde procesbeschrijving. De laatste twee opties werden tijdens de observaties niet bestudeerd, maar deze werden tijdens het opmaken van de vragenlijst nog toegevoegd om extra informatie te verzamelen. De vraag aangaande de takenpakketten fungeert als filter voor de bevroeging van de specifieke taken per pakket.

De bedoeling is om per takenpakket de administratieve activiteiten te bevroegen aan de hand van de *three item red tape scale*. Zoals reeds eerder vermeld, werd deze maatstaf door Borry ontwikkeld in 2016. Aan de respondenten wordt gevraagd om een administratieve activiteit te beoordelen op basis van drie items (belasting, noodzakelijkheid en doeltreffendheid) en dit op een schaal gaande van nul tot tien. Visueel ziet dit er als volgt uit:



Figuur 4 Three item red tape scale

Alvorens de respondenten de schaal invullen, krijgen ze eerst een definitie van de drie items voorgeschoteld. In de vragenlijst werd gebruikgemaakt van een gevalideerde vertaling¹¹ van de drie items. De items worden als volgt gedefinieerd:

- Belastend: het uitvoeren van deze activiteit vergt veel van mij en/of het woonzorgcentrum.
- Noodzakelijk: ik vind dat in een realistische wereld deze activiteit noodzakelijk is om het goed functioneren van het woonzorgcentrum en/of de overheid te garanderen.
- Doeltreffend: de wijze waarop de activiteit uitgevoerd dient te worden, maakt dat ze op een doeltreffende wijze haar onderliggende doelstelling bereikt.

Per takenpakket wordt dus een verzameling van bijbehorende taken opgesteld. Dit is het resultaat van de uitgevoerde observaties en interviews in het kader van de procesbeschrijving. Op basis hiervan worden de volgende activiteiten per takenpakket bevraagd:

- Voorbereiding van een opname
 - o Voorbereiding van het opnamedossier
- Administratieve taken op de opnamedag
 - o Medisch dossier opstellen bij opname
 - o Het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier opstellen
- Verpleegkundige taken
 - o Observaties ingeven en/of neerschrijven
 - o De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen
 - o Medicatie bestellen
 - o Registratie van het klaarzetten van medicatie
 - o Registratie van de controle van medicatie
 - o Registratie van de medicatietoediening
 - o Parameters ingeven
 - o Valincidenten registreren
 - o Fixatie registreren en evalueren
 - o Wondzorgevaluatie
 - o Opmaken en evalueren van de Katz-score
 - o Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen
 - o Briefing shiftwissel
- Zorgkundige taken
 - o Observaties ingeven en/of neerschrijven
 - o De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen
- Kinesitherapie
 - o Observaties ingeven en/of neerschrijven
 - o Behandelingsplan opstellen en ingeven in agenda
 - o De uitgevoerde behandelingen registreren
 - o Kinesitherapievoorschriften van artsen in het systeem registreren

¹¹ De vertaling werd verkregen via de begeleiders van deze masterproefthesis.

- Kinesitherapievoorschriften zelf aanmaken
- Ergotherapie
 - Observaties ingeven en/of neerschrijven
 - De uitgevoerde behandelingen registreren
- Animatiewerking
 - Observaties ingeven en/of neerschrijven
 - Lijst van geplande activiteiten opstellen
 - Deelname aan de uitgevoerde activiteiten registreren
- Personeelsadministratie
 - Verlofaanvragen verwerken
 - Uurroosters voor het personeel opmaken
 - Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen
 - Vergaderingen inplannen
 - Vormingen en opleidingen organiseren
- Taken met betrekking tot belastingen en subsidies
 - Aanvragen van subsidies
 - Opvolgen van subsidies
 - Taken met betrekking tot belastingen
- Taken met betrekking tot inspecties en controles
 - Voorbereiding van inspecties en controles
 - Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles

Voor elk takenpakket dat een respondent aangeeft uit te voeren, krijgt hij nadien een overzicht van de bijhorende administratieve taken. Zodoende kan de bevragee aangeven welke taken hij juist uitvoert binnen een bepaald takenpakket. Enkel voor de taken die de respondent effectief uitvoert, wordt de *three item red tape scale* bevragee.

Daaropvolgend wordt er in de vragenlijst gepeild naar de mate waarin de huidige administratieve verplichtingen en procedures een invloed hebben op zeven aspecten. Op een 7-puntsschaal gaan de antwoorden van een grote negatieve impact tot een grote positieve impact. De aspecten die bevragee worden zijn: (1) de productiviteit, (2) de werktevredenheid, (3) de eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen, (4) de motivatie, (5) de kwaliteit van zorg, (6) de ervaren werkdruk en (7) de kans om een administratieve fout te maken.

Nadien wordt de respondent gevraagd om aan te geven hoe hij de werktijd zou verdelen over drie items: communicatie met collega's, administratieve taken en zorg voor bewoners. Elk item krijgt een percentage toegewezen en het totaal is gelijk aan 100%.

Zoals werd vermeld in de literatuurstudie wordt de *general red tape scale* ook bevragee in de enquête. Ook voor deze schaal werd een gevalideerde vertaling¹² gebruikt. Respondenten krijgen eerst de volgende definitie te zien: 'Administratieve lasten worden gedefinieerd als een belastende

¹² Ook hier geldt dat de vertaling verkregen werd via de begeleiders van deze masterproefthesis.

reeks administratieve regels en procedures die de effectiviteit van de organisatie negatief beïnvloeden'. Daarna moeten ze op een schaal van 0 tot 10 aangeven wat het niveau van de administratieve lasten is in het woonzorgcentrum waar ze werkzaam zijn. Hierbij stelt 0 'bijna geen administratieve lasten' voor. Het andere uiteinde van de schaal stelt de optie 'zeer veel administratieve lasten' voor.

Voorts peilt de enquête eveneens naar de impact van een halvering van de administratieve lasten op de zeven eerder genoemde aspecten. Ook hier gaan de antwoorden op een 7-puntsschaal van een grote negatieve impact tot een grote positieve impact. Er werd geopteerd om deze vraag niet direct te stellen na de vraag aangaande de invloed van de huidige procedures op diezelfde aspecten.

Tot slot worden er ook enkele persoonlijke vragen geformuleerd. Meer specifiek wordt er gepeild naar het geslacht, de leeftijd, de gemeente van het woonzorgcentrum, het aantal jaren ervaring in het huidig woonzorgcentrum en het aantal jaren ervaring in deze functie. De laatste vraag omvat ook de opgedane jaren ervaring in een ander of vorig woonzorgcentrum, zolang de respondent er de huidige functie uitoefende.

De vragenlijst wordt geprogrammeerd in Qualtrics en nadien verstuurd via een anonieme link.

5. RESULTATEN

De opgestelde vragenlijst werd op 2 april 2019 via e-mail uitgestuurd naar 726 Vlaamse woonzorgcentra. Na vier weken werd de vragenlijst stopgezet. Gedurende deze weken vulden 292 respondenten de vragenlijst in. Hiervan bleken er 190 werkzaam te zijn in een privaat woonzorgcentrum. Het zijn deze reacties die het onderwerp zijn van de verdere analyse. De respondenten die aangeven dat ze werkzaam zijn in een publiek woonzorgcentrum worden verderop buiten beschouwing gelaten. Wanneer er hieronder gesproken wordt over 'de totale antwoorden', dan heeft dit enkel betrekking op de 190 antwoorden afkomstig van private woonzorgcentra.

Eerst zal een beschrijving gegeven worden van kenmerken die eigen zijn aan de vertegenwoordigde woonzorgcentra. Er wordt zodoende meer informatie gegeven over de grootte (in aantal bedden) en de gebruikte software. Nadien wordt ook kort de tevredenheid van de respondenten aangaande dit softwarepakket besproken. Na de bespreking van de woonzorgcentra zal er dieper ingegaan worden op de medewerkers die deze enquête hebben ingevuld. Er komen zodoende beschrijvende statistieken aan bod van de respondenten. Het gaat hier dan bijvoorbeeld over het geslacht, de leeftijd, de functie en het aantal jaren ervaring.

Aansluitend zal er dieper ingegaan worden op de resultaten aangaande de administratieve lasten. Het derde luik van dit hoofdstuk focust op de *general red tape scale*. Hierin wordt onder andere nagegaan of deze resultaten afhankelijk zijn van de capaciteit van een woonzorgcentrum. Het vierde luik bespreekt de resultaten van de bevraagde administratieve activiteiten per takenpakket aan de hand van de *three item red tape scale*. Nadien focust het voorlaatste onderdeel van dit hoofdstuk op de invloed van de huidige administratieve procedures op verscheidene werkgerelateerde aspecten. Daarnaast wordt ook besproken welk effect een halvering van die procedures teweeg kan brengen. Tot slot komt een bespreking van de tijdsverdeling van de werktijd aan bod.

Voor de interpretatie van de bekomen resultaten wordt verwezen naar het volgende hoofdstuk.

De dataverwerking van de vragenlijst werd uitgevoerd aan de hand van het softwareprogramma SPSS.

5.1 BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN VAN DE WOONZORGCENTRA

Zoals hierboven reeds vermeld werd, vulden 190 respondenten die werkzaam zijn in een privaat woonzorgcentrum de vragenlijst in. In de enquête werd onder andere gepeild naar de beheersinstantie van het woonzorgcentrum. Het merendeel van de geënquêteerden, namelijk 144, duidde als antwoord de optie 'vzw' aan. Dit komt overeen met drie vierde van de totale antwoorden.

De optie 'andere:' werd door een aantal respondenten ingevuld bij diezelfde vraag. Regelmatig werd hier de naam van het woonzorgcentrum ingevuld. Op basis hiervan konden nog zes antwoorden behouden worden in het kader van de verdere data-analyse.

Een aantal respondenten gaf ook nog als antwoord 'Ik weet het niet'. Aan de hand van een combinatie van de ingevulde capaciteit en de gemeente van het woonzorgcentrum, konden hiervan nog negentien antwoorden geclassificeerd worden als private woonzorgcentra.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verscheidene beheersinstanties.

Tabel 2 Statuut van het wzc

Kenmerk	Categorie	Aantal respondenten	Percentage
Statuut van het wzc	Privaat: vzw	144	76%
	Privaat: bvba	8	4%
	Privaat: nv	13	7%
	Andere	6	3%
	Ik weet het niet	19	10%

Daarnaast werd aan de geënquêteerden ook de volgende vraag gesteld: 'Wat is de capaciteit van het woonzorgcentrum?'. Hierop gaven alle 190 respondenten een antwoord. De categorie 80-109 bedden werd het meest aangeduid. Meer dan 38% van de respondenten gaf dit antwoord. Slechts zeven respondenten, ongeveer 4% van de bevroegden, duidde de optie '20-49 bedden' aan. Deze categorie werd het minst aangeduid door de respondenten. Voor een overzicht van de keuzemogelijkheden, samen met de frequentie, wordt verwezen naar tabel 3.

Tabel 3 Capaciteit van het wzc

Kenmerk	Categorie	Aantal respondenten	Percentage
Capaciteit	Minder dan 20 bedden	0	0%
	20-49 bedden	7	4%
	50-79 bedden	43	23%
	80-109 bedden	73	38%
	110-139 bedden	21	11%
	140-169 bedden	16	8%
	170-199 bedden	10	5%
	200 bedden of meer	20	11%

Aan de respondenten werd ook gevraagd aan te duiden van welk softwarepakket het woonzorgcentrum gebruikmaakt. Deze vraag werd door 190 respondenten ingevuld en 122 onder hen gaven als antwoord 'Geracc'. Dit antwoord vertegenwoordigt meer dan 64% van de totale ontvangen antwoorden. Daarnaast geven zeven respondenten aan dat het gebruikte softwareprogramma niet tot de keuzemogelijkheden behoort. Ze kozen zodoende voor de optie 'Andere:' en vier respondenten vulden dan 'Cevi' in als antwoord. Er was ook sprake van een respondent die aangaf dat het woonzorgcentrum gebruikmaakt van een eigen geprogrammeerd programma. De overige twee respondenten gaven geen extra informatie over het gebruikte softwareprogramma.

Een beoordeling aangaande het gebruikte softwarepakket kwam eveneens aan bod in de vragenlijst. Meer concreet werd er bij de respondenten gepeild naar de tevredenheid en de mate van aanraden aan anderen. Op het vlak van tevredenheid geeft bijna 62% van de geënquêteerden aan dat ze het (eerder) eens zijn met de stelling 'Ik ben tevreden met het gebruikte softwarepakket'. Slechts vier respondenten staan uiterst negatief ten opzichte van het gebruikte softwarepakket en zijn het helemaal oneens met de gegeven stelling. Daarnaast geeft nog bijna 14% aan dat ze het (eerder) oneens zijn.

De resultaten aangaande het al dan niet aanraden van het gebruikte softwarepakket geven gelijkaardige resultaten weer. Het valt wel op dat het aandeel van de categorie 'neutraal' groter is. Bijna 29% van de respondenten heeft geen uitgesproken mening ten opzichte van de stelling 'Ik zou het softwarepakket aanraden aan anderen'. Dit is ongeveer 10% meer dan bij de stelling aangaande de tevredenheid. Nog steeds is meer dan de helft van de respondenten het (eerder) eens met de stelling. Ook het aandeel bevraagden dat (eerder) oneens aanduidde, is nagenoeg hetzelfde als bij de tevredenheidspeiling. Meer gedetailleerde informatie aangaande de tevredenheidspeiling is terug te vinden in onderstaande tabel.

Tabel 4 Softwarepakket wzc

Kenmerk	Categorie	Aantal respondenten	Percentage
Gebruikte softwarepakket	Geracc	122	64%
	Care Solutions	61	32%
	Andere	7	4%
'Ik ben tevreden met het gebruikte softwarepakket.'	Helemaal oneens	4	2%
	Oneens	8	4%
	Eerder oneens	18	10%
	Neutraal	35	18%
	Eerder eens	54	28%
	Eens	63	33%
	Helemaal eens	8	4%
'Ik zou het softwarepakket aanraden aan anderen.'	Helemaal oneens	3	2%
	Oneens	8	4%
	Eerder oneens	19	10%
	Neutraal	55	29%
	Eerder eens	41	22%
	Eens	56	29%
	Helemaal eens	8	4%

5.2 BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN VAN DE RESPONDENTEN

Van de 190 respondenten zijn 156 vrouw, 24 man en 2 noch vrouw, noch man. Acht personen vulden de vragenlijst niet volledig in en gaven zodoende geen antwoord op de vraag omtrent het geslacht. De jongste respondent is 21 jaar, de oudste 62. De gemiddelde leeftijd bedraagt 39 jaar. Op basis van de ontvangen antwoorden worden enkele leeftijdscategorieën opgesteld. Een overzicht van deze categorieën, en hun bijbehorende aantallen, zijn terug te vinden in de onderstaande tabel.

Tabel 5 Geslacht en leeftijd respondenten

Kenmerk	Categorie	Aantal respondenten	Percentage
Geslacht	Man	156	82%
	Vrouw	24	13%
	X	2	1%
Leeftijd	21-30 jaar	53	28%
	31-40 jaar	48	25%
	41-50 jaar	44	23%
	51-60 jaar	35	18%
	60+	2	1%

Op de vraag 'Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum?' gaven 190 respondenten een antwoord. Het grootste aandeel respondenten zijn hoofdverpleegkundige/diensthofd of adjunct hoofdverpleegkundige. Slechts 7 personen geven aan dat ze werkzaam zijn als animator. Daarnaast melden 28 personen dat hun functie niet behoort tot de keuzemogelijkheden. De antwoorden die het meest gegeven worden in dit kader zijn: administratief bediende of medewerker, diensthofd of coördinator administratie en zorgmanager of -coördinator. Voor een overzicht van de functies en het aantal respondenten wordt verwezen naar tabel 6. Merk op dat respondenten bij deze vraag meerdere antwoorden of functies konden aanduiden. Zodoende werden er meer dan 190 antwoorden ontvangen.

Tabel 6 Functies respondenten

Kenmerk	Categorie	Aantal respondenten	Percentage
Functie	Animator	7	4%
	Directie	32	17%
	Ergotherapeut	9	5%
	(adjunct-) Hoofdverpleegkundige	42	22%
	Kinesist	11	6%
	Sociale dienst	20	11%

	Verpleegkundige	19	10%
	Zorgkundige	31	16%
	Andere	28	15%

Daarnaast werd in de vragenlijst ook gepeild naar het aantal jaren ervaring van de respondent. Hierover werden twee vragen gesteld die telkens door 182 respondenten werden ingevuld. Enerzijds werd er een vraag gesteld omtrent het aantal jaren ervaring in het huidige woonzorgcentrum, ongeacht in welke functie. Het laagste aantal dat voorkomt in de enquête is 0 jaar en het hoogste aantal is 45. Het gemiddelde is ongeveer gelijk aan 9,5 jaar. Anderzijds werd bevraagd wat de opgedane ervaring is in de huidige functie in eender welk woonzorgcentrum. Het gaat hier dus ook over de uitoefening van de huidige functie in een vorig of ander woonzorgcentrum. De laagste waarde die voorkomt is 0 en de hoogste is gelijk aan 41 jaar. Daarnaast is het gemiddelde antwoord van deze vraag ongeveer 10,5 jaar.

Op basis van de ontvangen antwoorden, worden voor de beide vragen omtrent ervaring vijf categorieën opgesteld. Voor deze categorieën en hun bijbehorende frequentie, wordt verwezen naar tabel 7.

Tabel 7 Ervaring respondenten

Kenmerk	Categorie	Aantal respondenten	Percentage
Aantal jaren ervaring in het huidige woonzorgcentrum	0-2 jaar	46	24%
	3-5 jaar	43	23%
	6-10 jaar	32	17%
	11-20 jaar	37	19%
	20+	24	13%
Aantal jaren ervaring in de huidige functie	0-2 jaar	33	17%
	3-5 jaar	38	20%
	6-10 jaar	40	21%
	11-20 jaar	41	22%
	20+	30	16%

5.3 RESULTATEN GENERAL RED TAPE SCALE

Na de beschrijvende kenmerken van de woonzorgcentra en de respondenten, zal er in dit derde luik van het hoofdstuk dieper worden ingegaan op de administratieve lasten. Respondenten werden hieromtrent gevraagd naar het niveau van administratieve lasten in het woonzorgcentrum, of de *general red tape scale*. Geënquêteerden kunnen een score geven tussen nul en tien waarbij het

eerste cijfer 'bijna geen administratieve lasten' voorstelt. Een score van tien betekent dan weer dat er zeer veel administratieve lasten zijn.

Van de 190 bevroegden zijn er 183 die deze vraag beantwoord hebben. De gemiddelde score over alle deelnemende woonzorgcentra heen is 6,90 op tien. De mediaan is 7,00 op 10 en de standaarddeviatie is gelijk aan 1,99. Interessant bij deze schaal is om na te gaan of die verschilt naargelang de grootte of capaciteit van een woonzorgcentrum. Daartoe werd voor iedere capaciteitscategorie ook nog eens het gemiddelde apart berekend. De resultaten zijn terug te vinden in de onderstaande tabel:

Tabel 8 General red tape

Capaciteit	Gemiddelde <i>general red tape</i>
20-49 bedden (groep 1)	7,29
50-79 bedden (groep 2)	6,33
80-109 bedden (groep 3)	7,13
110-139 bedden (groep 4)	7,00
140-169 bedden (groep 5)	7,25
170-199 bedden (groep 6)	6,10
200 bedden of meer (groep 7)	7,21

Om na te gaan of de resultaten statistisch gezien verschillen per categorie, wordt gebruikgemaakt van een Mann-Whitney U toets¹³. Deze test heeft vier assumpties: (1) de afhankelijke variabele is ordinaal of continu, (2) de onafhankelijke variabele bestaat uit twee (of meer) categorische en onafhankelijke groepen, (3) er is sprake van onafhankelijke observaties en (4) de variabelen zijn niet normaal verdeeld. Aan de vier genoemde assumpties is voldaan.

Er wordt onder andere een nulhypothese vooropgesteld dat het gemiddelde van de eerste en de tweede groep aan elkaar gelijk zijn, versus de alternatieve hypothese dat de gemiddeldes van de twee groepen verschillend zijn. De test wordt uitgevoerd in SPSS en de output is terug te vinden in de onderstaande tabel. Daarnaast worden ook nog andere nul- en alternatieve hypothesen vooropgesteld en getoetst. De resultaten hiervan zijn eveneens terug te vinden in tabel 9.

¹³ Er kan geen t-toets voor onafhankelijke steekproeven gebruikt worden, omdat de variabele 'capaciteit' niet (bij benadering) normaal verdeeld is. Hiervoor werd een P-P plot gegenereerd in SPSS. Ook de centrale limietstelling is hier niet van kracht.

Tabel 9 Hypothesetoetsing *general red tape scale*

Nulhypothese	Alternatieve hypothese	Mann-Whitney U	Z	p-waarde	Conclusie
$\mu_{\text{groep 1}} = \mu_{\text{groep 2}}$	$\mu_{\text{groep 1}} \neq \mu_{\text{groep 2}}$	93,500	-1,544	0,123	Verwerp H_0 niet
$\mu_{\text{groep 2}} = \mu_{\text{groep 3}}$	$\mu_{\text{groep 2}} \neq \mu_{\text{groep 3}}$	1071,500	-2,226	0,026	Verwerp H_0
$\mu_{\text{groep 3}} = \mu_{\text{groep 4}}$	$\mu_{\text{groep 3}} \neq \mu_{\text{groep 4}}$	695,500	-0,182	0,856	Verwerp H_0 niet
$\mu_{\text{groep 4}} = \mu_{\text{groep 5}}$	$\mu_{\text{groep 4}} \neq \mu_{\text{groep 5}}$	165,00	-0,094	0,925	Verwerp H_0 niet
$\mu_{\text{groep 5}} = \mu_{\text{groep 6}}$	$\mu_{\text{groep 5}} \neq \mu_{\text{groep 6}}$	52,500	1,475	0,140	Verwerp H_0 niet
$\mu_{\text{groep 6}} = \mu_{\text{groep 7}}$	$\mu_{\text{groep 6}} \neq \mu_{\text{groep 7}}$	64,500	-1,420	0,156	Verwerp H_0 niet
$\mu_{\text{groep 1}} = \mu_{\text{groep 7}}$	$\mu_{\text{groep 1}} \neq \mu_{\text{groep 7}}$	49,500	-1,005	0,315	Verwerp H_0 niet

Enkel in het geval van de tweede toets, waarbij het gemiddelde van groep 2 en groep 3 met elkaar vergeleken wordt, kan de nulhypothese verworpen worden op een significantieniveau van 0,05. Op dit niveau hebben de categorie '50-79 bedden' en de groep '80-109 bedden' een gemiddelde dat significant verschillend is. Bij de overige toetsen kan de nulhypothese niet verworpen worden. Er is niet voldoende statistisch bewijs om te concluderen dat de gemiddelde *general red tape* van de verschillende groepen aan elkaar gelijk is.

5.4 RESULTATEN THREE ITEM RED TAPE SCALE

In dit onderdeel worden achtereenvolgens de resultaten van de uitgevoerde taken per pakket besproken. Meer specifiek komt de *three item red tape scale* voor elke activiteit binnen elk takenpakket hieronder aan bod. Voor de descriptieve statistieken en frequentietabellen van de gestelde vragen, wordt verwezen naar bijlage 3.

Ter herinnering: voor elke taak die een respondent aangeeft uit te voeren, wordt gevraagd naar een score van nul tot tien voor drie items. Meer specifiek is het de bedoeling dat de respondent op een schaal aangeeft hoe belastend een bepaalde activiteit is. Hierbij is nul belastend en tien niet belastend. Hetzelfde wordt gevraagd voor noodzakelijkheid en doeltreffendheid, waarbij nul respectievelijk niet noodzakelijk en niet doeltreffend voorstelt. In beide gevallen is tien het andere uiterste van de schaal.

5.4.1 VOORBEREIDING VAN HET OPNAMEDOSSIER

Uit de enquête blijkt dat 77 respondenten de taak 'voorbereiding van het opnamedossier' uitvoeren. Onder hen zijn er 18 personen met een directiefunctie, 22 (adjunct-)hoofdverpleegkundigen, 19 medewerkers van de sociale dienst, 7 verpleegkundigen, 2 zorgkundigen en 9 personen met een andere administratieve functie. Voor een overzicht van de functies wordt verwezen naar bijlage 4.

Tabel 10 Voorbereiding van een opname

Taak	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
	gem	sd	gem	sd	gem	sd
Voorbereiding opnamedossier	5,88	2,481	8,36	2,145	7,65	2,132

Uit tabel 10 blijkt dat de respondenten de taak gemiddeld ervaren als noch belastend, noch niet belastend. Het valt op dat de noodzakelijkheid een vrij hoge gemiddelde score heeft. De voorbereiding van het opnamedossier wordt voorts als eerder doeltreffend ervaren.

5.4.2 ADMINISTRATIEVE TAKEN OP DE OPNAMEDAG

Er zijn 90 personen die aangeven administratieve taken uit te voeren op de opnamedag. Deze activiteit wordt verder opgesplitst in (1) het opstellen van het medisch dossier en (2) het opstellen van het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier.

De verschillende functies, en de bijbehorende frequentie, van de respondenten in kwestie zijn: 15 personen met een directiefunctie, 33 (adjunct-)hoofdverpleegkundigen, 19 medewerkers van de sociale dienst, 8 verpleegkundigen en 20 personen met een andere administratieve functie. Voor een overzicht van de functies wordt verwezen naar bijlage 5.

Tabel 11 Administratieve taken op de opnamedag

Taak	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
	gem	sd	gem	sd	gem	sd
Opstellen medisch dossier	5,82	2,297	8,94	1,540	7,76	2,016
Opstellen zorgdossier	5,23	2,620	8,51	1,852	7,92	1,921

Er zijn 33 geënquêteerden die aangeven dat ze het medisch dossier opstellen op de opnamedag. Daarnaast zijn er 74 die het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier opstellen. Het valt op dat de gemiddelde scores van beide taken nagenoeg gelijk zijn voor de drie items. De taken worden op het vlak van belasting gemiddeld ervaren als eerder neutraal. Daartegenover staat dat de noodzakelijkheid en doeltreffendheid een hoger gemiddelde hebben.

Aangaande de noodzakelijkheid van het opstellen van het medisch dossier kent geen enkele respondent een score toe die lager ligt dan 5. Dit wil zeggen dat alle geënquêteerden deze taak aanzien als (eerder) noodzakelijk. Bijna 60% van de bevroegden kent zelfs de maximumscore van 10 toe aan dit item.

De helft van de respondenten ervaart het opstellen van het zorgdossier als eerder belastend, terwijl de andere helft van de respondenten dit beschouwt als eerder niet belastend. Het overgrote deel van de geënquêteerden aanziet deze taak als vrij noodzakelijk. Slechts 9,5% van de personen geeft een score van zes of lager en bijna 40% kent de maximumscore van tien toe aan dit item. De

respondenten zijn het er daarnaast ook over eens dat het opstellen van het zorgdossier eerder doeltreffend is; maar liefst 82% van de bevroegden geeft een score van zeven of hoger.

5.4.3 VERPLEEGKUNDIGE TAKEN

Uit de enquête blijkt dat 56 respondenten verpleegkundige handelingen stellen in het woonzorgcentrum waar ze werkzaam zijn. Onder hen zijn voornamelijk (adjunct-) hoofdverpleegkundigen (29) en verpleegkundigen (19). Daarnaast geven enkele respondenten ook aan de volgende functie te hebben: directie (4), medewerker van de sociale dienst (2) of zorgkundige (2).

Verpleegkundige taken worden verder opgesplitst in dertien administratieve activiteiten: (1) observaties ingeven en/of neerschrijven, (2) de uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen, (3) medicatie bestellen, (4) registratie van het klaarzetten van medicatie, (5) registratie van de controle van medicatie, (6) registratie van de medicatietoediening, (7) parameters ingeven en/of neerschrijven, (8) valincidenten registreren, (9) fixatie registreren en evalueren, (10) wondzorgevaluatie, (11) opmaken en evalueren van Katz-score, (12) vroegtijdige zorgplanning en de daarop volgende documenten invullen en (13) briefing shiftwissel. In tabel 12 worden het gemiddelde en de standaarddeviatie van deze activiteiten weergegeven. Daaronder worden de meest opvallende resultaten per taak kort besproken.

Tabel 12 Verpleegkundige taken

Taak	Aantal respondenten	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
		gem	sd	gem	sd	gem	sd
Observaties ingeven	55	5,69	2,755	7,78	2,787	6,98	2,792
Uitgevoerde handelingen aftekenen	48	5,19	3,207	6,35	3,336	5,87	3,387
Medicatie bestellen	48	5,46	2,910	7,50	3,149	7,19	3,126
Registratie medicatie klaarzetten	28	4,71	3,287	5,96	3,574	5,96	3,616
Registratie medicatie controleren	32	4,87	3,077	7,28	3,215	7,16	3,234
Registratie medicatie toedienen	37	5,68	3,110	7,24	3,362	7,11	3,230
Parameters ingeven	48	6	3,032	7,5	2,881	7,06	3,111
Valincidenten registreren	49	5,88	3,086	7,82	2,698	7,20	2,922
Fixatie registreren en evalueren	46	5,70	2,859	5,70	2,859	6,87	3,138
Wondzorgevaluatie	45	6	2,836	8,47	2,272	7,76	2,740
Opmaken en evalueren Katz-score	37	6	2,906	8,43	2,167	7,97	2,217
Vroegtijdige zorgplanning	43	5,26	2,752	7,95	2,554	7,49	2,789
Briefing shiftwissel	45	5,80	3,012	7,76	3,009	7,24	2,963

1) Observaties ingeven en/of neerschrijven

Ongeveer 90% van de bevroagden deelt een score uit die hoger is dan vijf op tien op het vlak van noodzakelijkheid. Bijna een vijfde van de bevroagden deelt de maximumscore van tien uit op het gebied van doeltreffendheid.

2) De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen

Wanneer er gepeild wordt naar het feit of deze activiteit al dan niet belastend is, dan valt het op dat elke score, van nul tot en met tien, door 10% van de respondenten wordt vertegenwoordigd. Het personeel heeft dus een verdeelde mening op het vlak van belasting van deze taak. Ongeveer de helft van de respondenten kent een score toe van acht of hoger op het vlak van noodzakelijkheid. De helft van de bevroagden geeft zodoende aan dat ze het aftekenen van de uitgevoerde handelingen vrij noodzakelijk vinden. Op de vraag of de administratieve taak in kwestie al dan niet doeltreffend is, zijn de meningen eveneens verdeeld.

3) Medicatie bestellen

Op het vlak van de doeltreffendheid valt het op dat slechts 15% van de respondenten een score geeft die lager is dan vijf. De overige bevroagden geven aan dat ze het bestellen van medicatie (eerder) doeltreffend vinden.

4) Registratie van het klaarzetten van medicatie

5) Registratie van de controle van medicatie

6) Registratie van de medicatietoediening

De drie taken aangaande de registratie van medicatie worden hieronder samen besproken.

Opvallend is dat bij de eerste twee taken de belasting telkens een gemiddelde heeft dat lager is dan vijf op tien. Bij de overige verpleegkundige activiteiten ligt deze gemiddelde score steeds hoger dan vijf. Verder valt het op dat de registratie van het controleren van medicatie en de registratie van het toedienen van medicatie een gemiddelde score hebben die hoger is dan zeven voor zowel de noodzakelijkheid als de doeltreffendheid. Voor de registratie van de medicatietoediening geeft zelfs drie vierde van de bevroagden een score van acht of hoger op vlak van doeltreffendheid. Bij de registratie van het klaarzetten van medicatie ligt de gemiddelde score voor de noodzakelijkheid en doeltreffendheid lager en is deze gelijk aan 5,96.

7) Parameters ingeven en/of neerschrijven

Gemiddeld gezien ervaren de respondenten deze taak als eerder niet belastend, vrij noodzakelijk en eerder doeltreffend.

8) Valincidenten registreren

Het merendeel van de geënquêteerden, zo'n 88%, geeft aan dat het registreren van valincidenten een (eerder) noodzakelijke activiteit is. Aangaande de doeltreffendheid: het cumulatieve percentage van de scores zeven tot en met tien is ongeveer 75%. Dit wijst erop dat drie vierde van de bevroagden de taak in kwestie ervaart als (eerder) doeltreffend.

9) Fixatie registreren en evalueren

Uit de tabel blijkt dat voor de drie bevroagde items de gemiddelde scores allemaal om en bij een zes op tien liggen. Het registreren en evalueren van fixatiemaatregelen wordt gemiddeld beschouwd als eerder niet belastend, eerder noodzakelijk en eerder doeltreffend.

10) Wondzorgevaluatie

11) Opmaken en evalueren van Katz-score

Wondzorgevaluatie en het opmaken en evalueren van Katz-scores worden hieronder samen besproken, aangezien ze gelijkaardige gemiddelde scores hebben voor de drie bevroagde onderdelen.

Beide activiteiten hebben een score van zes op tien op het vlak van belasting, wat tevens de hoogste gemiddelde score is voor een verpleegkundige taak. Ook op het gebied van de noodzakelijkheid zijn dit de twee verpleegkundige activiteiten met de hoogste gemiddelde score. Het is zelfs zo dat meer dan 40% de maximumscore uitdeelt voor het opmaken van de Katz-score en dit zodoende als echt noodzakelijk beschouwt. Ongeveer 93% van de geënquêteerden geeft voor de beide taken een score van zes of meer voor dit item.

Aangaande de doeltreffendheid: beide activiteiten hebben een vrij hoge gemiddelde score. Net als bij de belasting, krijgen de taken op het vlak van doeltreffendheid de hoogste score voor een verpleegkundige activiteit. Het cumulatieve percentage van de scores acht tot en met tien voor de taak aangaande de Katz-score is gelijk aan 65%. Dit wil zeggen dat het merendeel van de bevroagden het opmaken en evalueren van Katz-scores als doeltreffend ervaart.

12) Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen

De voorlaatste verpleegkundige activiteit die bevroagd werd in de enquête is de vroegtijdige zorgplanning en het invullen van de daaropvolgende documenten. De respondenten geven gemiddeld aan dat ze deze taak noch belastend, noch niet belastend vinden. De taak aangaande de vroegtijdige zorgplanning wordt door de geënquêteerden gemiddeld beoordeeld als vrij noodzakelijk. Het cumulatieve percentage van de scores acht tot en met tien bedraagt ongeveer 75%. Op het vlak van de doeltreffendheid van de activiteit in kwestie kent het merendeel van de bevroagden een vrij hoge score toe. Bijna drie vierde deelt een score uit van zeven of meer op tien aangaande de doeltreffendheid van de vroegtijdige zorgplanning en het invullen van de daaropvolgende documenten. Samengevat: de taak in kwestie is noch belastend, noch niet belastend, maar heeft toch een hoge gemiddelde score voor noodzakelijkheid en doeltreffendheid.

13) Briefing shiftwissel

Op de vraag of het uitvoeren van deze taak al dan niet belastend is, zijn de meningen nogal verdeeld. Ongeveer 42% van de respondenten kent een score toe die ligt tussen nul en vijf en de overige bevroagden delen een score uit van zes of meer. De bevroagden beschouwen deze activiteit gemiddeld als vrij noodzakelijk. Maar liefst 40% deelt de maximumscore uit en is van mening dat de briefing noodzakelijk is. Bijna drie vierde van de bevroagden ervaart de briefing bij een shiftwissel als (eerder) doeltreffend.

5.4.4 ZOR GKUNDIGE TAKEN

Uit de enquête blijkt dat 60 respondenten zorgkundige handelingen stellen in het woonzorgcentrum waar ze werkzaam zijn. Onder hen zijn voornamelijk zorgkundigen (31), (adjunct-) hoofdverpleegkundigen (15) en verpleegkundigen (11). Daarnaast geven ook enkele respondenten aan een van de volgende functies te hebben: directie (1), medewerker van de sociale dienst (1) of animator (1).

De zorgkundige taken worden verder opgesplitst in twee administratieve activiteiten: (1) observaties ingeven en/of neerschrijven en (2) de uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen. Hieronder worden de resultaten van beide activiteiten besproken.

Tabel 13 Zorgkundige taken

Taak	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
	gem	sd	gem	sd	gem	sd
Observaties ingeven	5,93	3,005	7,83	2,989	7,56	2,648
Uitgevoerde handelingen aftekenen	5,54	3,495	6,75	3,419	6,51	3,360

Onder de respondenten zijn er 59 die aangeven dat ze observaties ingeven en/of neerschrijven en 57 die de uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen. De bevraagde zorgkundige activiteiten worden beide gemiddeld aanzien als eerder niet belastend. Daarnaast blijkt uit de tabel dat het ingeven van observaties als een meer noodzakelijke taak ervaren wordt. Meer dan de helft van de respondenten geeft voor deze activiteit een score van acht of hoger op het vlak van noodzakelijkheid. Ook op het gebied van de doeltreffendheid is de gemiddelde score van het ingeven van observaties hoger.

5.4.5 KINESITHERAPIE

Uit de enquête blijkt dat twaalf respondenten activiteiten uitvoeren met betrekking tot kinesitherapie in het woonzorgcentrum waar ze werkzaam zijn. Onder hen zijn elf kinesiasten en één (adjunct-) hoofdverpleegkundige.

De taken aangaande kinesitherapie worden verder opgesplitst in vijf groepen: (1) observaties ingeven en/of neerschrijven, (2) behandelingsplan opstellen en ingeven in de agenda, (3) de uitgevoerde behandelingen registreren, (4) kinesitherapievoorschriften van artsen in het systeem registreren en (5) kinesitherapievoorschriften zelf aanmaken. Hieronder worden achtereenvolgens de resultaten van de activiteiten besproken.

Tabel 14 Kinesithherapie

Taak	Aantal respondenten	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
		gem	sd	gem	sd	gem	sd
Observaties ingeven	12	6,50	2,195	7,75	1,485	6,25	2,598
Behandelingsplan opstellen	9	6,56	1,878	7,44	1,014	5,78	1,856
Uitgevoerde behandelingen registreren	10	7,50	2,068	7,70	1,767	6,90	2,378
Voorschriften van artsen registreren	4	5	1,633	7	0,816	6	2,160
Zelf voorschriften aanmaken	3	6,33	0,577	7	1	4,33	2,517

1) Observaties ingeven en/of neerschrijven

Aangaande de noodzakelijkheid is er slechts één respondent die een score toekent van vier op tien. De overige elf respondenten kennen een score toe van zeven, acht of negen op tien. De overgrote deel is het er dus over eens dat deze activiteit (eerder) noodzakelijk is.

2) Behandelingsplan opstellen en ingeven in de agenda

3) De uitgevoerde behandelingen registreren

De twee taken omtrent de behandeling van een bewoner krijgen een relatief hoge score op het vlak van belasting. Vooral het registreren van de uitgevoerde behandelingen wordt als weinig belastend aanzien. Zo'n 70% van de geënquêteerden ervaart de taak in kwestie als niet belastend en deelt een score van acht of meer uit. Daarnaast worden beide activiteiten door de respondenten beschouwd als vrij noodzakelijk en eerder doeltreffend.

4) Kinesitherapievoorschriften van artsen in het systeem registreren

5) Kinesitherapievoorschriften zelf aanmaken

Het zelf aanmaken van voorschriften wordt als minder belastend aanzien in vergelijking met het registreren van voorschriften van artsen. Een belangrijk punt hierbij is dat het zelf aanmaken van de voorschriften gemiddeld wordt aanzien als eerder niet doeltreffend. Dit is de enige taak doorheen de hele enquête die een gemiddelde score heeft die lager is dan vijf. Beide taken worden wel als noodzakelijk beschouwd.

5.4.6 ERGOTHERAPIE

Uit de enquête blijkt dat twaalf respondenten activiteiten uitvoeren met betrekking tot ergotherapie in het woonzorgcentrum waar ze werkzaam zijn. Onder hen zijn negen ergotherapeuten, twee (adjunct-) hoofdverpleegkundigen en één animator.

De taken aangaande ergotherapie worden verder opgesplitst in twee activiteiten, namelijk: (1) observaties ingeven en/of neerschrijven en (2) de uitgevoerde behandelingen registreren. Hieronder komen achtereenvolgens de resultaten van beide bevraagde activiteiten aan bod.

Tabel 15 Ergotherapie

Taak	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
	gem	sd	gem	sd	gem	sd
Observaties ingeven	5,42	2,712	8,25	1,485	6,83	2,623
Uitgevoerde behandelingen registreren	6,1	1,853	7,6	1,647	7,3	1,567

Van de bevroagden zijn er twaalf personen die aangeven dat ze observaties ingeven en/of neerschrijven en tien respondenten melden dat ze de uitgevoerde behandelingen registreren. De taken betreffende ergotherapie worden beide als eerder niet belastend ervaren. De twee activiteiten worden wel als noodzakelijk aanzien. Vooral het ingeven van observaties heeft een hoge gemiddelde score ter waarde van 8,25 op 10. Een vierde van de bevroagden deelt zelfs de maximumscore van tien uit. Daarnaast worden de bevroagde activiteiten ook als doeltreffend ervaren. Voor het registreren van de uitgevoerde behandelingen geldt dat geen enkele respondent een score toekent die lager is dan vijf.

5.4.7 ANIMATIEWERKING

Uit de bevroaging blijkt dat 22 respondenten taken uitvoeren met betrekking tot animatiewerking in een woonzorgcentrum. Onder hen zijn acht personen met een functie van animator, vier ergotherapeuten, vier (adjunct-) hoofdverpleegkundigen, twee administratieve medewerkers, één zorgkundige, één kinesist, één medewerker van de sociale dienst en één directielid.

De taken aangaande animatiewerking die bevroagd werden in de enquête zijn: (1) observaties ingeven en/of neerschrijven, (2) een lijst van geplande activiteiten opstellen en (3) deelname aan uitgevoerde activiteiten registreren. Hieronder worden de resultaten van deze taken achtereenvolgens besproken.

Tabel 16 Animatiewerking

Taak	Aantal respondenten	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
		gem	sd	gem	sd	gem	sd
Observaties ingeven	17	5,82	2,744	7,47	2,065	6,71	2,519
Lijst van geplande activiteiten opstellen	16	5,94	3,255	7,69	2,414	6,69	3,156
Deelname aan uitgevoerde activiteiten registreren	16	6,12	2,729	6,50	2,366	6,44	2,449

De drie taken in verband met animatiewerking worden alle drie als eerder niet belastend ervaren. Indien de taken van naderbij bekeken worden, dan blijkt echter dat er bij de taak aangaande het opstellen van de lijst ongeveer 44% van de bevroagden een score uitdeelt van vijf of minder op tien. Ook bij de taak omtrent de deelname aan de activiteiten geeft een vierde van de bevroagden een score lager dan vijf voor dit item.

De noodzakelijkheid wordt telkens gequoteerd tussen 6,5 en 7,5. Bij het opstellen van de lijst deelt de helft van de bevroagden een score van negen of meer uit. De drie bevroagde activiteiten worden daarnaast ook ervaren als eerder doeltreffend. Ongeveer 56% kent een score toe van acht of meer op tien bij het opstellen van de lijst. Het ingeven van observaties heeft de hoogste gemiddelde score op het gebied van doeltreffendheid, ondanks het feit dat bijna een vierde van de respondenten aangeeft deze taak (eerder) niet doeltreffend te vinden.

5.4.8 PERSONEELSADMINISTRATIE

Uit de enquête blijkt dat 61 respondenten activiteiten uitvoeren met betrekking tot personeelsadministratie in het woonzorgcentrum waar ze werkzaam zijn. Onder hen zijn voornamelijk directieleden (25), (adjunct-) hoofdverpleegkundigen (19) en administratieve medewerkers (12). Daarnaast geven enkele respondenten ook aan de volgende functie te hebben: animator (1), medewerker van de sociale dienst (2), verpleegkundige (1) of ergotherapeut (1).

Taken aangaande personeelsadministratie worden verder opgesplitst in vijf administratieve activiteiten: (1) verlofaanvragen verwerken, (2) uurroosters voor het personeel opmaken, (3) vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen, (4) vergaderingen inplannen en (5) vormingen en opleidingen organiseren. Hieronder worden de resultaten van deze activiteiten achtereenvolgens besproken.

Tabel 17 Personeelsadministratie

Taak	Aantal respondenten	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
		gem	sd	gem	sd	gem	sd
Verlofaanvragen verwerken	45	5	2,977	8,64	1,747	7,51	2,063
Uurroosters opmaken	44	4,34	3,184	9,16	1,160	7,86	2,349
Vervanging regelen en eventueel het uurrooster aanpassen	50	3,6	3,283	9,2	1,195	7,72	2,186
Vergaderingen inplannen	42	5,29	2,653	8,24	1,679	7,48	1,941
Vormingen en opleidingen organiseren	38	4,87	2,339	7,84	2,2	7,32	2,107

Op het gebied van de belasting worden de vijf taken aangaande personeelsadministratie eerder als neutraal ervaren. De gemiddelde scores liggen om en bij een vijf op tien, met uitzondering van het regelen van vervangingen. Deze activiteit wordt door de bevroagden gemiddeld aanzien als eerder belastend. Het is de laagste gemiddelde score die in de enquête voorkomt bij de vraag of een taak al dan niet belastend is. Het cumulatieve percentage van de scores nul tot en met drie is gelijk aan 58%.

Opvallend is dat de meningen omtrent de belasting van de taak 'verlofaanvragen verwerken' vrij verdeeld zijn. Ongeveer 53% van de bevroagden geeft een score tussen nul en vijf en de overige 47% van de respondenten kent een score toe tussen zes en tien.

De taken in kwestie worden daarnaast als zeer noodzakelijk ervaren. Voornamelijk de taken waarbij het uurrooster wordt opgemaakt of aangepast krijgen een gemiddelde score die hoger is dan negen. Dit zijn de twee hoogste scores die voorkomen in de enquête voor dit item. Zo'n 60% deelt zelfs de maximumscore van tien uit voor de activiteit in verband met het regelen van vervangingen. Zoals hierboven reeds vermeld, zijn dit ook de twee taken die als eerder belastend worden ervaren.

De vijf activiteiten worden allemaal als vrij doeltreffend beschouwd. De taak die als meest belastend werd aangeduid, namelijk het regelen van vervangingen, wordt door 94% van de geënquêteerden als (eerder) doeltreffend beschouwd. Zelfs bij het organiseren van vormingen en opleidingen, de taak die de laagste gemiddelde score heeft op dit item, geeft bijna 80% een score van meer dan vijf op tien.

5.4.9 TAKEN MET BETREKKING TOT BELASTINGEN EN SUBSIDIES

Onder de respondenten zijn er 34 die aangeven dat ze taken uitvoeren met betrekking tot belastingen en subsidies. Onder hen zijn voornamelijk directieleden (18) en administratieve medewerkers (12), maar er zijn ook enkele personen die aangeven dat ze een van de volgende functies hebben: (adjunct-) hoofdverpleegkundige, verpleegkundige of medewerker van de sociale dienst.

De resultaten van de bevraagde activiteiten op het gebied van de *three item red tape scale* zijn terug te vinden in onderstaande tabel.

Tabel 18 Taken met betrekking tot belastingen en subsidies

Taak	Aantal respondenten	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
		gem	sd	gem	sd	gem	sd
Aanvragen van subsidies	25	4,04	3,458	8,24	2,368	6,68	3,010
Opvolgen van subsidies	29	3,86	3,020	8,07	2,751	6,34	3,097
Taken met betrekking tot belastingen	19	4,97	3,360	8,47	2,611	7,11	2,998

De taken aangaande subsidies worden door de geënquêteerden gemiddeld aanzien als eerder belastend. De activiteiten in verband met belastingen worden gemiddeld als neutraal ervaren op het vlak van belasting. De drie bevraagde taken worden daarnaast door de bevraagden ook ervaren als vrij noodzakelijk en eerder doeltreffend. Zoals reeds vermeld in de inleiding, ligt de focus van dit onderzoek op de *corebusiness* van de woonzorgcentra. Om die reden wordt er verder niet dieper op ingegaan op de taken met betrekking tot belastingen en subsidies.

5.4.10 TAKEN MET BETREKKING TOT INSPECTIES EN CONTROLES

Uit de enquête blijkt dat 98 respondenten taken uitvoeren aangaande inspecties en controles. Onder deze groep bevraagden zijn voornamelijk directieleden (31), (adjunct-) hoofdverpleegkundigen (28) en administratieve medewerkers (21). Daarnaast zijn er ook 6 verpleegkundigen, 5 ergotherapeuten en enkele animatoren, kinesisten en zorgkundigen die aangeven dat ze deze activiteiten uitvoeren.

Tabel 19 Taken met betrekking tot inspecties en controles

Taak	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
	gem	sd	gem	sd	gem	sd
Vorbereiding van inspecties en controles	4,54	2,885	7,89	2,304	7,00	2,620
Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles	4,39	2,912	8,14	2,270	6,91	2,827

Er zijn 82 bevrageden die aangeven dat ze de voorbereiding uitvoeren van inspecties en controles. Het opvolgen en rapporteren van inspecties en controles wordt door 69 geënquêteerden uitgevoerd. De taken met betrekking tot inspecties en controles worden door de respondenten gemiddeld ervaren als eerder belastend, vrij noodzakelijk en eerder doeltreffend. Zoals reeds vermeld in de inleiding, ligt de focus van dit onderzoek op de *corebusiness* van de woonzorgcentra. Om die reden wordt er verder niet dieper op ingegaan op de taken met betrekking inspecties en controles.

5.5 INVLOED VAN DE ADMINISTRATIEVE PROCEDURES

Hieronder wordt dieper ingegaan op de invloed van de huidige administratieve procedures op verscheidene werkgerelateerde aspecten. Daarnaast wordt ook besproken welk effect een halvering van de procedures teweeg kan brengen.

Herinner dat de respondenten de vraag kregen om aan te geven in welke mate de administratieve verplichtingen en procedures een invloed hebben op allerlei aspecten. De keuzemogelijkheden gaan van een grote negatieve impact tot een grote positieve impact. De bevrageden hebben ook de mogelijkheid om aan te geven dat ze het antwoord op de vraag niet weten.

5.5.1 HUIDIGE PROCEDURES

In de onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven van de vraag met betrekking tot de invloed van de huidige administratieve verplichtingen en procedures op allerlei aspecten. De cijfers in de tweede rij stellen de volgende aspecten voor: (1) productiviteit, (2) werktevredenheid, (3) eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen, (4) motivatie, (5) kwaliteit van zorg, (6) ervaren werkdruk en (7) de kans om een administratieve fout te maken. De percentages stellen het aandeel respondenten voor dat een bepaalde antwoordoptie heeft aangeduid voor elk aspect. De vraag in kwestie werd in de enquête door 184 respondenten beantwoord.

Tabel 20 Invloed huidige administratieve taken

Antwoordopties Aspect	Percentage						
	1	2	3	4	5	6	7
Grote negatieve impact	2%	4%	2%	2%	4%	11%	4%
Matig negatieve impact	13%	7%	7%	5%	5%	21%	13%
Kleine negatieve impact	24%	18%	9%	14%	17%	27%	34%

Geen impact	21%	26%	16%	30%	18%	15%	30%
Kleine positieve impact	12%	12%	14%	14%	10%	6%	7%
Matig positieve impact	18%	22%	29%	18%	20%	14%	7%
Grote positieve impact	8%	9%	20%	16%	25%	4%	3%
Ik weet het niet	3%	1%	2%	0%	0%	2%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

De gekleurde cellen in de tabel stellen voor elk bevroegd aspect het gemiddelde antwoord voor. Aangaande de productiviteit, de werktevredenheid, de ervaren werkdruk en de kans om een administratieve fout te maken geven de bevroegden gemiddeld aan dat de huidige administratieve taken hier geen impact op hebben. De eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen, de motivatie en de kwaliteit van zorg worden gemiddeld enigszins positief beïnvloed door de administratieve taken.

Voor de laatste twee aspecten geldt dat meer dan de helft van de geënquêteerden aangeeft dat de huidige procedures een negatieve impact hebben. In verband met het zesde aspect geeft ongeveer 60% aan dat de huidige administratieve taken een kleine tot grote negatieve impact hebben op de ervaren werkdruk. Ongeveer 51% van de bevroegden meldt dat de kans om een administratieve fout te maken negatief beïnvloed wordt door de huidige administratieve verplichtingen.

5.5.2 HALVERING ADMINISTRATIEVE LASTEN

In de tabel hieronder worden de resultaten weergegeven van de vraag met betrekking tot de invloed van een halvering van de administratieve verplichtingen en procedures op allerlei aspecten. De cijfers in de tweede rij stellen opnieuw de volgende aspecten voor: (1) productiviteit, (2) werktevredenheid, (3) eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen, (4) motivatie, (5) kwaliteit van zorg, (6) ervaren werkdruk en (7) de kans om een administratieve fout te maken. Ook hier stellen de percentages het aandeel respondenten voor dat een bepaalde antwoordoptie heeft aangeduid voor elk aspect. De vraag in kwestie werd in de enquête door 182 respondenten beantwoord.

Tabel 21 Invloed halvering administratieve taken

Antwoordopties Aspect	Percentage						
	1	2	3	4	5	6	7
Grote negatieve impact	0%	2%	2%	1%	3%	1%	1%
Matig negatieve impact	2%	2%	5%	3%	3%	2%	2%
Kleine negatieve impact	5%	5%	6%	4%	4%	3%	5%
Geen impact	13%	25%	23%	30%	21%	17%	36%
Kleine positieve impact	27%	20%	18%	19%	15%	25%	24%

Matig positieve impact	36%	28%	32%	24%	25%	28%	18%
Grote positieve impact	17%	19%	14%	19%	29%	23%	14%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Ook in deze tabel wordt gebruikgemaakt van gekleurde cellen om het gemiddelde weer te geven. Voor de zeven bevroegde aspecten zou een halvering van de administratieve procedures gemiddeld een kleine positieve impact met zich meebrengen. Voor elk aspect geldt dat een halvering van de huidige administratieve activiteiten slechts voor weinig respondenten een negatieve invloed zou hebben. Voor de eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen geeft 13% van de bevroegden aan dat een halvering van de huidige procedures een negatieve impact zou hebben.

Voor elk aspect geeft meer dan de helft van de respondenten aan dat een halvering van de huidige administratieve procedures een positieve invloed zou uitoefenen. In verband met het eerste aspect geeft zelfs 80% van de bevroegden aan dat er een kleine tot grote positieve impact zal zijn op de productiviteit.

5.6 VERDELING VAN DE WERKTIJD

In het laatste onderdeel van dit hoofdstuk zal er dieper ingegaan worden op de vraag aangaande de tijdsverdeling. De respondent werd gevraagd om de werktijd van 100% te verdelen over drie items: communicatie met collega's, administratie en zorg voor bewoners. Deze vraag werd beantwoord door 183 geënquêteerden. Onderstaande tabel geeft de resultaten weer.

Tabel 22 Tijdsverdeling

Item	Minimum	Maximum	Gemiddeld percentage
Communicatie met collega's	5%	75%	28%
Administratie	5%	80%	37%
Zorg voor bewoners	0%	90%	34%

De gemiddelde scores geven een gelijke verdeling weer van de werktijd over de drie bevroegde items. Uit de tabel blijkt dat er respondenten zijn die slechts 5% van de werktijd spenderen aan communicatie met collega's. Daarnaast zijn er ook bevroegden die melden dat ze geen tijd besteden aan de zorg voor bewoners. Dit is typisch voor louter administratieve functies. Het valt op dat er geen enkele respondent 100% van de werktijd kan spenderen aan de zorg voor bewoners.

Het volgende hoofdstuk geeft verklaringen en interpretaties weer van de resultaten die in dit hoofdstuk besproken werden. Om die reden wordt er in dat hoofdstuk ook dieper ingegaan op de verschillende tijdsverdelingen van de verscheidene functies.

6. INTERPRETATIE EN VERKLARING

In het deel dat hieronder volgt, worden de meest opmerkelijke resultaten uit het vorige hoofdstuk verder besproken. Meer specifiek wordt een interpretatie gegeven van de ontvangen antwoorden. Daarnaast wordt, waar mogelijk, ook een verklaring gegeven.

6.1 BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN VAN DE WOONZORGCENTRA

6.1.1 SOFTWARE

Aangaande het softwarepakket waar de onderzochte woonzorgcentra gebruik van maken, kan er geconcludeerd worden dat Geracc het meest gebruikt wordt. Slechts één respondent gaf aan dat er gewerkt wordt met een eigen geprogrammeerd programma. Dit is geen verrassing, daar het gebruik van een eigen programma vrij kostelijk is. Dit bleek ook uit de procesbeschrijving die eerder uitgevoerd werd naar aanleiding van dit onderzoek.

Wanneer de tevredenheid van elk softwarepakket apart bekeken wordt, dan blijkt dat de gemiddelde score voor de tevredenheid van Geracc ongeveer dezelfde is als die van Care Solutions. Voor beide softwareprogramma's zijn de respondenten het gemiddeld eerder eens met de stelling 'Ik ben tevreden met het gebruikte softwarepakket.' Ook het gemiddelde van de mate waarin de bevroegden het gebruikte programma zouden aanraden verschilt nauwelijks naargelang het type. Ook met deze stelling zijn de bevroegden het gemiddeld eerder eens. Uit de vragenlijst kan zodoende niet geconcludeerd worden dat er een verschil is in de tevredenheid tussen de twee meest gebruikte softwarepakketten.

6.1.2 GENERAL RED TAPE

Herinner uit het vorige hoofdstuk dat de *general red tape* een gemiddelde score heeft van 6,90 op 10. De bevroegden ervaren dus een eerder hoog niveau van administratieve lasten in de organisatie. De score werd daarnaast ook berekend per capaciteitscategorie, zodoende kan er nagegaan worden of de respondenten meer administratieve lasten ervaren in grotere woonzorgcentra. Uit de enquête blijkt dat dit niet het geval is. De gemiddeldes liggen tussen 6,10 en 7,29 waarbij de hoogste gemiddelde score zelfs voorkomt bij de woonzorgcentra met het minste aantal bedden. Uit de vragenlijst kan geconcludeerd worden dat de administratieve lasten niet noodzakelijk hoger zijn in grotere woonzorgcentra. Statistisch gezien kan er geen conclusie gemaakt worden over het verschil in lasten.

6.2 BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN VAN DE RESPONDENTEN

6.2.1 GESLACHT

Een studie van Acerta onderzocht het aandeel mannen dat werkzaam is in verschillende sectoren, in de periode 2010-2017 ("Steeds meer mannen werkzaam in zorg," 2017). Voor dit onderzoek maakte Acerta gebruik van statistieken van de Federale Overheidsdienst Economie. Uit de studie blijkt dat ongeveer 16% van het zorgpersoneel van het mannelijk geslacht was in het jaar 2017. Herinner uit het vorige hoofdstuk dat 18% van de respondenten van het mannelijke geslacht is. Dit

is dus geen verrassend resultaat. Algemeen wordt aangenomen dat in de zorgsector vooral vrouwen werkzaam zijn en de uitgevoerde enquête bevestigt dit ook.

Indien de 24 mannelijke respondenten van naderbij bekeken worden op het vlak van hun functie, dan kan vastgesteld worden dat elf van hen een directielid zijn. Daarnaast zijn er ook nog zes hoofdverpleegkundigen, twee administratieve medewerkers, twee kinesisten, twee zorgkundigen en één animator onder de mannelijke respondenten. Uit de enquête blijkt dus dat de mannelijke bevraagden voornamelijk werkzaam zijn in de *backoffice* en dus geen effectieve zorgverleners zijn. Slechts elf mannelijke respondenten staan dagelijks in rechtstreeks contact met de bewoners van het woonzorgcentrum als zorgverlener.

6.2.2 FUNCTIE

Van de 28 bevraagden die aanduiden dat hun functie niet tot de keuzemogelijkheden behoort, zijn er vier respondenten die daarnaast ook een functie uitoefenen die wel tot de opties behoort. Bijvoorbeeld: drie respondenten oefenen naast het takenpakket als medewerker van de sociale dienst, ook nog een functie uit als administratief medewerker. Er zijn dus in totaal 24 personen met een functie die niet tot de opties behoort. Deze bevraagden hebben voornamelijk de volgende takenpakketten: voorbereiding van een opname (8), administratieve taken op de opnamedag (16), personeelsadministratie (11), taken met betrekking tot belastingen en subsidies (11) en taken aangaande inspecties en controles (18). Tijdens de observaties in de vier Limburgse woonzorgcentra behoorden de eerste drie takenpakketten steeds toe aan personeelsleden die geen zuivere administratieve functie hebben. Uit de enquête is gebleken dat in andere woonzorgcentra de activiteiten met betrekking tot bijvoorbeeld personeelsadministratie dus wel soms uitgevoerd worden door zuiver administratieve medewerkers.

Zoals reeds eerder aangehaald, werd er bij de start van dit onderzoek gekozen om de focus enkel te leggen op *frontoffice* en zodoende *backoffice* niet mee te nemen in de analyse. Om die reden werden de taken aangaande belastingen, subsidies, inspecties en controles tijdens de observaties niet onderzocht. Bij het uitsturen van de vragenlijst werd uiteindelijk geopteerd om toch enkele bijkomende vragen hieromtrent te stellen, ter informatie. Gezien deze activiteiten niet geobserveerd werden, was het niet mogelijk om op voorhand te weten welke medewerkers deze taken uitvoeren. Zodoende werd de optie 'andere' toegevoegd bij de vraag die peilt naar de functie. Uit de enquête is gebleken dat het merendeel van de administratieve bedienden en coördinatoren taken uitvoeren met betrekking tot inspecties en controles.

6.2.3 ERVARING

Een vaststelling omtrent de ervaring van de respondenten is het feit dat de persoon met het meeste aantal jaren ervaring in het huidige woonzorgcentrum een directiefunctie heeft. Ook de respondent met het meeste aantal jaren ervaring in de huidige functie is een directielid. Ongeveer de helft van alle directieleden hebben tien of meer jaren ervaring bij de huidige werkplaats.

Onder de bevraagden zijn er negentien die aangeven dat ze verpleegkundige zijn. Het overgrote deel van deze respondenten heeft tien of minder jaren ervaring binnen die functie. Er zijn slechts

drie bevrageden die meer dan tien jaar ervaring hebben in het woonzorgcentrum waar ze momenteel werkzaam zijn. Van de dertig zorgkundigen die de enquête invulden, zijn er zeven respondenten die aangeven dat ze meer dan tien jaren ervaring hebben in die functie. Slechts twee zorgkundigen werken al meer dan tien jaar in het huidige woonzorgcentrum.

6.3 RESULTATEN THREE ITEM RED TAPE SCALE

De onderstaande tabel geeft een overzicht van alle bekomen resultaten aangaande de *three item red tape scale* uit het vorige hoofdstuk. Het zijn deze resultaten die aan de basis liggen van de interpretaties van de verscheidene takenpakketten. De rode en groene vakken stellen respectievelijk de beste en minst goede resultaten voor van een bepaald item in de gehele enquête. In de uiteenzetting hieronder worden deze kort besproken.

Tabel 23 Overzicht resultaten *three item red tape scale*

Taak	Belastend		Noodzakelijk		Doeltreffend	
	gem	sd	gem	sd	gem	sd
Vorbereiding opnamedossier	5,88	2,481	8,36	2,145	7,65	2,132
Opnamedag						
Opstellen medisch dossier	5,82	2,297	8,94	1,540	7,76	2,016
Opstellen zorgdossier	5,23	2,620	8,51	1,852	7,92	1,921
Verpleegkundige taken						
Observaties ingeven	5,69	2,755	7,78	2,787	6,98	2,792
Uitgevoerde handelingen aftekenen	5,19	3,207	6,35	3,336	5,87	3,387
Medicatie bestellen	5,46	2,910	7,50	3,149	7,19	3,126
Registratie medicatie klaarzetten	4,71	3,287	5,96	3,574	5,96	3,616
Registratie medicatie controleren	4,87	3,077	7,28	3,215	7,16	3,234
Registratie medicatie toedienen	5,68	3,110	7,24	3,362	7,11	3,230
Parameters ingeven	6	3,032	7,5	2,881	7,06	3,111
Valincidenten registreren	5,88	3,086	7,82	2,698	7,20	2,922
Fixatie registreren en evalueren	5,70	2,859	5,70	2,859	6,87	3,138
Wondzorgevaluatie	6	2,836	8,47	2,272	7,76	2,740
Opmaken en evalueren Katz-score	6	2,906	8,43	2,167	7,97	2,217
Vroegtijdige zorgplanning	5,26	2,752	7,95	2,554	7,49	2,789
Briefing shiftwissel	5,80	3,012	7,76	3,009	7,24	2,963
Zorgkundige handelingen						
Observaties ingeven	5,93	3,005	7,83	2,989	7,56	2,648
Uitgevoerde handelingen aftekenen	5,54	3,495	6,75	3,419	6,51	3,360

Kinesithherapie						
Observaties ingeven	6,50	2,195	7,75	1,485	6,25	2,598
Behandelingsplan opstellen	6,56	1,878	7,44	1,014	5,78	1,856
Uitgevoerde behandelingen registreren	7,50	2,068	7,70	1,767	6,90	2,378
Voorschriften van artsen registreren	5	1,633	7	0,816	6	2,160
Zelf voorschriften aanmaken	6,33	0,577	7	1	4,33	2,517
Ergotherapie						
Observaties ingeven	5,42	2,712	8,25	1,485	6,83	2,623
Uitgevoerde behandelingen registreren	6,1	1,853	7,6	1,647	7,3	1,567
Animatiewerking						
Observaties ingeven	5,82	2,744	7,47	2,065	6,71	2,519
Lijst van geplande activiteiten opstellen	5,94	3,255	7,69	2,414	6,69	3,156
Deelname aan uitgevoerde activiteiten registreren	6,12	2,729	6,50	2,366	6,44	2,449
Personeelsadministratie						
Verlofaanvragen verwerken	5	2,977	8,64	1,747	7,51	2,063
Uurroosters opmaken	4,34	3,184	9,16	1,160	7,86	2,349
Vervanging regelen en eventueel het uurrooster aanpassen	3,6	3,283	9,2	1,195	7,72	2,186
Vergaderingen inplannen	5,29	2,653	8,24	1,679	7,48	1,941
Vormingen en opleidingen organiseren	4,87	2,339	7,84	2,2	7,32	2,107

Uit de enquête blijkt dat de taak 'voorbereiding van het opnamedossier' uitgevoerd wordt door personen met allerhande functies. Directieleden, (hoofd)verpleegkundigen, medewerkers van de sociale dienst, administratieve medewerkers en zorgkundigen voeren deze taak uit in het woonzorgcentrum waar ze werkzaam zijn. Zoals reeds in de procesbespreking aan bod kwam, wordt een bepaalde taak dus niet in elk woonzorgcentrum door een persoon met dezelfde functie uitgevoerd.

Ook de administratieve taken op de opnamedag worden in de onderzochte woonzorgcentra uitgevoerd door mensen met allerhande functies. Het zijn voornamelijk (adjunct-) hoofdverpleegkundigen (17), directieleden (6) en verpleegkundigen (5) die het medisch dossier opstellen bij de opname. Het zorgdossier wordt veelal opgemaakt door (adjunct-) hoofdverpleegkundigen (31), directieleden (14) en medewerkers van de sociale dienst (12).

Aangaande de twee taken die uitgevoerd worden op de opnamedag van een bewoner, wordt het opstellen van het zorgdossier of verpleegdossier als meer belastend ervaren dan het aanmaken van een medisch dossier. Het gemiddelde van de beide activiteiten ligt echter tussen vijf en zes,

waardoor geconcludeerd kan worden dat ze niet echt aanzien worden als een belastende activiteit. Uit de enquête blijkt ook dat de taak betreffende het medisch dossier als meer noodzakelijk wordt beschouwd. Beide activiteiten scoren gemiddeld zo'n negen op tien. De gemiddelde doeltreffendheid van de beide taken op de opnamedag is ongeveer gelijk en ligt om en bij de acht.

In de uitgevoerde enquête werden dertien administratieve activiteiten met betrekking tot verpleegkundige handelingen bevraagd. Onder de 56 respondenten die aangeven dat ze deze taken uitvoeren, zijn er voornamelijk (adjunct-) hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen. Opvallend is dat er ook enkele respondenten werkzaam zijn als directielid, medewerker van de sociale dienst of zelfs als zorgkundige.

Naar aanleiding van het verklaren en interpreteren van de bekomen resultaten, werden deze teruggekoppeld met een verpleegkundige. De bekomen resultaten werden aan haar voorgelegd met de vraag welke zij (on)logisch vindt. Meer specifiek is ze werkzaam in een woonzorgcentrum in Vlaams-Brabant. De verpleegkundige in kwestie is sinds 2011 werkzaam in de sector van private woonzorgcentra. Het merendeel van die tijd werkte ze als verpleegkundige, maar ze beoefende ook tijdelijk de functie van adjunct-hoofdverpleegkundige uit. De verpleegkundige kan interessante inzichten verlenen vanuit haar kennis over de sector.

Over het feit dat directieleden aanduiden dat ze ook verpleegkundige handelingen uitvoeren, zegt zij het volgende: "Dit is niet abnormaal. Bij ons binnen de koepel van woonzorgcentra worden directieleden verplicht om een bepaald percentage van de totale werktijd in de zorg mee te werken. Het is ook regelmatig zo dat directieleden een verpleegkundige opleiding genoten hebben." Aan de verpleegkundige werd gevraagd wat de verklaring kan zijn voor de zorgkundigen die aangeven dat ze verpleegkundige handelingen stellen. Ze geeft hierover aan dat dit officieel eigenlijk niet mag. Uit ervaring weet ze dat dit in de praktijk soms toch gebeurt, wegens tijdsgebrek bij verpleegkundigen.

Op het vlak van belasting, ligt het gemiddelde voor elke verpleegkundige activiteit tussen 4,71 en 6,00 op 10. De activiteit die het meest als belastend ervaren wordt door de bevroagden is de registratie van het klaarzetten van medicatie. Opvallend is hierbij dat ook deze taak niet echt als belastend ervaren wordt, maar eerder als neutraal op het gebied van de belasting. De verpleegkundige zegt hierover: "Ik vind het vanzelfsprekend dat het ingeven van parameters beschouwd wordt als een eerder niet-belastende activiteit, want in de praktijk worden er eigenlijk niet veel parameters genomen."

Het ingeven van parameters, het opmaken en evalueren van Katz-scores en de evaluatie van wondzorg krijgen alle drie een gemiddelde score van 6,0 op 10 aangaande de belasting. De taken worden zodoende als eerder niet belastend ervaren door de respondenten. "De Katz-schaal wordt in de praktijk vaak enkel aangepast na een langdurige opname in een ziekenhuis. Pas als er sprake is van een controle of inspectie, wordt de schaal van alle bewoners vernieuwd. Ik vind het daarom logisch dat de taak ervaren wordt als eerder niet belastend, maar dit is eerder omdat de taak niet zo frequent uitgevoerd wordt als eigenlijk zou moeten", aldus de bevroagde verpleegkundige.

Op het gebied van de noodzakelijkheid van de verpleegkundige taken, kan geconcludeerd worden dat het registreren en evalueren van fixatiemaatregelen de laagste gemiddelde score heeft, namelijk

5,70. De taak in kwestie wordt ervaren als eerder noodzakelijk. De bevroegde verpleegkundige zegt dat ze enerzijds niet begrijpt waarom de gemiddelde noodzakelijkheid van deze activiteit zo laag is, omdat die registratie wel van kapitaal belang is voor de familieleden. Anderzijds begrijpt ze het resultaat wel, omdat de evaluatie in de praktijk eigenlijk niet zo vaak voorkomt. Zo heeft het merendeel van de bewoners 's nachts bedsponden en deze maatregel wordt opgestart, maar er volgt nadien vaak geen evaluatie. Zodoende ervaren mensen de evaluatie van fixatie dus niet als vrij noodzakelijk, want in de praktijk gebeurt dit vaak niet en dit levert geen directe problemen op.

De verpleegkundige taak die de hoogste gemiddelde score heeft op het gebied van noodzakelijkheid is de wondzorgevaluatie. Met een score van ongeveer 8,5 op 10 is dit de activiteit die als meest noodzakelijk beschouwd wordt doorheen de hele vragenlijst.

Het opmaken en evalueren van de Katz-score is de verpleegkundige activiteit die het meest als doeltreffend ervaren wordt. De score van ongeveer acht op tien zorgt ervoor dat deze taak als meest doeltreffend beschouwd wordt doorheen de hele enquête. De verpleegkundige zegt hierover: "Het invullen en evalueren van de Katz-schaal is doeltreffend omdat de vorige schaal ook steeds geraadpleegd moet worden. De noteren van de redenen waarom de score wijzigt, is belangrijk." Daarnaast voegt ze hieraan toe dat andere activiteiten vaak een kopie zijn. Zo worden de ingevoerde wondzorgobservaties vaak gekopieerd van de dag voordien, maar dit kan niet bij het opmaken van een Katz-schaal.

De verpleegkundige taak met de laagste score op het gebied van doeltreffendheid is het aftekenen van de uitgevoerde prestaties of handelingen. Met een score van 5,9 op 10 wordt deze taak niet echt aanzien als zeer doeltreffend. "Dit is logisch, want de medewerkers tekenen de prestaties of handelingen vaak gewoon af, zonder echt te kijken over welke handelingen het gaat", aldus de mening van de bevroegde verpleegkundige.

Uit de enquête is gebleken dat er 56 respondenten zijn die verpleegkundige handelingen stellen. Het overgrote deel van deze mensen voeren alle bevroegde verpleegkundige handelingen uit. Echter, het registreren van het klaarzetten van medicatie is een activiteit die maar door de helft van de 56 bevroegden uitgevoerd wordt. Dit is geen onlogisch resultaat, aangezien tijdens de procesbeschrijving gebleken is dat er in de meerderheid van de woonzorgcentra enkel medicatie klaargezet wordt door de nachtverpleegkundigen. Deze hoeven op hun beurt geen registratie van de medicatietoediening te doen, aangezien er normaliter 's nachts geen medicatie toegediend wordt.

Uit de data-analyse blijkt dat geen enkele verpleegkundige activiteit gemiddeld wordt aanzien als echt belastend door de respondenten. De gemiddelde score ligt nooit lager dan 4,7. De bevroegde verpleegkundige zegt: "Het is logisch dat de belasting niet zo hoog is wanneer de activiteiten apart bevroegd worden. De hoge belasting is eigenlijk terug te vinden in het totaalpakket van de taken." Ze haalt aan dat de opeenvolging van de administratieve taken het zwaar maakt, niet de aparte uitvoering van de taken. Daarnaast haalt de verpleegkundige ook aan dat ze wel begrijpt dat lasten aan de ene kant belastend zijn, maar aan de andere kant ook noodzakelijk en/of doeltreffend kunnen zijn. "De tijd die we besteden aan administratieve taken is tijd die we niet kunnen besteden aan de bewoners en dat is jammer", aldus de verpleegkundige.

In de uitgevoerde enquête werden twee administratieve activiteiten met betrekking tot zorgkundige handelingen bevestigd. Onder de 60 respondenten die aangeven dat ze deze taken uitvoeren, zijn er voornamelijk zorgkundigen, (adjunct-) hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen. Daarnaast zijn er ook enkele bevestigden die aangeven dat ze werkzaam zijn als animator. Het is namelijk zo dat mensen met deze functie in sommige woonzorgcentra ook helpen met de eigenlijke zorg.

Op het vlak van belasting, ligt het gemiddelde voor elke zorgkundige taak tussen 5,5 en 5,9 op 10. De bevestigde taken worden dus eerder neutraal beoordeeld op het vlak van de belasting. Ze zijn noch belastend, noch niet belastend.

Aangaande de noodzakelijkheid krijgt het ingeven van observaties de hoogste score. Het uitvoeren van deze taak wordt door de respondenten beschouwd als vrij noodzakelijk. De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen wordt gemiddeld aanzien als eerder noodzakelijk. De gemiddelde doeltreffendheid van de beide administratieve taken ligt tussen 6,5 en 7,6. Opnieuw is het ingeven van de observaties de taak die het meest doeltreffend is.

Van de vijf bevestigde activiteiten met betrekking tot kinesitherapie blijkt dat het registreren van kinesitherapievoorschriften van artsen het meest belastend is. De gemiddelde score van deze activiteit is vijf op tien. Er kan zodoende geconcludeerd worden dat de taak niet echt ervaren wordt als belastend, maar ook niet als niet belastend. Het behandelingsplan opstellen en ingeven in de agenda krijgt een gemiddelde score van 7,5 op 10. Met deze score wordt de taak door de respondenten aanzien als het minst belastend. Doorheen de hele vragenlijst wordt deze activiteit ook als het minst belastend ervaren.

De gemiddelde scores van de vijf activiteiten betreffende kinesitherapie liggen tussen 7,0 en 7,8. De taken worden allemaal als vrij noodzakelijk ervaren en het ingeven van observaties wordt hierbij aanzien als meest noodzakelijk. Op het gebied van de doeltreffendheid liggen de gemiddelde scores eerder aan de lage kant. De hoogste en laagste score zijn respectievelijk 6,9 en 4,3. Zelf kinesitherapievoorschriften aanmaken krijgt de laagste score op het vlak van doeltreffendheid doorheen de hele vragenlijst. Er zijn ook maar drie respondenten die aangeven dat ze deze taak uitvoeren. Er kan zodoende geconcludeerd worden dat een minderheid van de bevestigde kinesisten zelf voorschriften aanmaakt. Het registreren van de uitgevoerde behandelingen wordt door de bevestigden aanzien als de meest doeltreffende taak. Ze beschouwen deze activiteit als eerder doeltreffend.

Uit de vragenlijst blijkt dat er twaalf respondenten zijn die taken uitvoeren aangaande ergotherapie. Van de twee bevestigde activiteiten wordt het ingeven van observaties als meest belastend ervaren. De gemiddelde score is ongeveer gelijk aan 5,4 en dit wijst erop dat deze activiteit door de respondenten gemiddeld beschouwd wordt als noch belastend, noch niet belastend. Het is ook dezelfde taak die de hoogste gemiddelde score behaalt op het gebied van noodzakelijkheid. Het ingeven van observaties wordt als vrij noodzakelijk beschouwd en heeft een gemiddelde score van 8,25. Het registreren van de uitgevoerde behandelingen is de taak die het beste scoort op vlak van doeltreffendheid.

Er zijn 22 respondenten die aangeven dat ze taken met betrekking tot animatiewerking uitvoeren. Onder hen zijn voornamelijk animatoren, ergotherapeuten en zorgkundigen. Het is dus niet zo dat animatiewerking in een woonzorgcentrum enkel uitgevoerd kan worden door een animator.

Met betrekking tot de animatiewerking werden er in de enquête drie administratieve activiteiten bevraagd. De drie taken worden ervaren als eerder niet belastend, met elk een gemiddelde score die ongeveer gelijk is aan 6,0 op 10. Een lijst van geplande activiteiten opstellen wordt door de respondenten aanzien als de meest noodzakelijke taak. De deelname aan uitgevoerde activiteiten registreren wordt dan weer beschouwd als het minst noodzakelijk, maar de respondenten ervaren dit wel nog steeds als een eerder noodzakelijke taak. De doeltreffendheid van de drie activiteiten ligt gemiddeld tussen 6,4 en 6,7 op 10 waarbij het ingeven van observaties als meest doeltreffende activiteit aanzien wordt.

Taken in verband met personeelsadministratie worden in een woonzorgcentrum uitgevoerd door medewerkers met allerhande functies. Zowel directieleden, (adjunct-) hoofdverpleegkundigen en administratieve medewerkers voeren deze activiteiten uit. De gemiddeldes van deze taken op het vlak van belasting zijn voor geen enkel ander takenpakket zo laag. Het regelen van vervangingen en daarna eventueel het uurrooster aanpassen wordt als de meest belastende activiteit geclassificeerd doorheen de hele vragenlijst. Met een gemiddelde score van 3,6 op 10 wordt deze taak als eerder belastend ervaren. Vergaderingen inplannen scoort het beste op het vlak van belasting, maar de taak behaalt nog steeds een magere score van 5,0 op 10.

De taak die als meest belastend ervaren wordt, is eveneens de activiteit die als meest noodzakelijk aangeduid wordt. Het regelen van vervangingen is met een gemiddelde score van 9,2 op 10 de activiteit die als meest noodzakelijk ervaren wordt doorheen de hele vragenlijst.

De doeltreffendheid van de taken aangaande personeelsadministratie ligt gemiddeld tussen 7,3 en 7,9. Het organiseren van vormingen en opleidingen is daarmee de taak die als minst doeltreffend ervaren wordt. Uurroosters opmaken voor het personeel wordt door de bevrageden als meest doeltreffend beschouwd op het vlak van personeelsadministratie. De vijf bevragede taken worden allemaal aanzien als vrij noodzakelijk en eerder doeltreffend.

Het ingeven van observaties werd doorheen de vragenlijst in totaal zo'n vijf keren bevraagd in het kader van verschillende takenpakketten. Deze taak werd als meest belastend ervaren in de context van de ergotherapie. De gemiddelde score is in die groep ongeveer gelijk aan 5,4. De taak wordt als minst belastend ervaren in het takenpakket van de kinesithérapie en de gemiddelde score is daar gelijk is 6,5 op 10. De activiteit wordt beschouwd als eerder niet belastend. De respondenten van de verscheidene takenpakketten zijn het erover eens dat het ingeven van observaties vrij noodzakelijk is. De hoogste score komt voor bij ergotherapie en de laagste score is terug te vinden in de categorie van de animatiewerking. Op het vlak van doeltreffendheid komt het hoogste gemiddelde van de taak in kwestie voor in het takenpakket van de zorgkundige handelingen. Zij ervaren de activiteit als vrij noodzakelijk. In de groep van kinesithérapie komt de laagste gemiddelde score terug voor het ingeven van observaties, namelijk: 6,2.

Zowel bij de verpleegkundige taken, als bij de zorgkundige handelingen kwam er een vraag aan bod met betrekking tot het aftekenen van de uitgevoerde handelingen. De verpleegkundigen beoordelen deze taak als meer belastend. Het verschil is echter wel klein. Waar de gemiddelde score van de zorgkundigen handelingen gelijk is aan 5,5 ligt deze van de verpleegkundige taken ongeveer 0,3 punten dicht bij nul. Op het vlak van noodzakelijkheid wordt een hogere gemiddelde score bekomen in de categorie van de zorgkundige handelingen. Verpleegkundigen ervaren het aftekenen van de uitgevoerde prestaties dus als iets minder noodzakelijk. Ook op het gebied van de doeltreffendheid beoordelen de verpleegkundigen de taak in kwestie als minder doeltreffend dan de zorgkundigen.

6.4 INVLOED VAN DE ADMINISTRATIEVE PROCEDURES

Uit de enquête is gebleken dat de huidige administratieve taken slechts in beperkte mate een grote negatieve impact uitoefenen op de zeven bevroegde aspecten. Voor de meeste aspecten geldt dat slechts 2 tot 4% van de bevroegden een grote negatieve impact ervaart. In verband met de ervaren werkdruk ervaart wel een tiende van de bevroegden een grote negatieve impact.

Meer dan helft van de respondenten geeft aan dat de huidige administratieve verplichtingen eigenlijk een positief effect hebben op de eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen, de motivatie en de kwaliteit van zorg. De bestaande administratieve taken hebben dus, opvallend genoeg, eerder een positieve invloed op de motivatie van de medewerkers. Daarnaast hebben de respondenten ook het gevoel dat de administratieve taken de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Dit is tevens een belangrijke conclusie omdat hieruit blijkt dat de bevroegden het achterliggende doel van de administratieve lasten erkennen, namelijk goede en betrouwbare zorg bieden aan de bewoners in het woonzorgcentrum.

Daar tegenover staat dat slechts 10% van de bevroegden aangeeft dat een halvering van de administratieve verplichtingen een negatieve impact zal hebben op de kwaliteit van de zorg. De meerderheid, zo'n 70%, is echter van mening dat een halvering van de administratieve taken toch zal zorgen voor een hogere kwaliteit van zorg. De resultaten voor dit aspect zijn dus eerder tegenstrijdig. Enerzijds zorgen de administratieve taken voor een positieve invloed op de aangeboden kwaliteit van zorg, maar anderzijds geeft toch bijna drie vierde van de bevroegden aan dat een halvering van de procedures ook een positieve impact zal hebben op de kwaliteit van zorg.

Op het gebied van productiviteit zal een halvering van de administratieve activiteiten het grootste positieve effect met zich meebrengen. Zo'n 80% van de bevroegden is het erover eens dat dit een kleine tot grote positieve impact zal hebben. Een halvering van de administratieve procedures zal voor een derde van de bevroegden geen impact hebben op de motivatie.

Bijna de helft van de geënquêteerden geeft aan dat de huidige administratieve taken een negatieve invloed uitoefenen op de kans om een administratieve fout te maken. Het is dan ook niet verrassend dat een halvering van de administratieve procedures gemiddeld een positieve invloed heeft op die kans. Ook voor alle andere aspecten is het niet onlogisch dat een halvering van de administratieve taken gemiddeld zal zorgen voor een positieve invloed.

6.5 VERDELING VAN DE WERKTIJD

De verdeling van de werktijd kan best geïnterpreteerd worden per functie, omdat er verwacht wordt dat er grote verschillen zijn op dit vlak. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gemiddelde verdeling van de werktijd, onderverdeeld per functie.

Tabel 24 Verdeling werktijd per functie

Functie	Gemiddeld percentage voor elk item		
	Communicatie met collega's	Administratie	Interactie met bewoners
Animator	23%	19%	58%
Directie	39%	47%	14%
Ergotherapeut	22%	24%	54%
Hoofdverpleegkundige	31%	43%	26%
Kinesist	16%	17%	67%
Sociale dienst	30%	43%	27%
Verpleegkundige	18%	29%	52%
Zorgkundige	25%	18%	57%

Leden van het directieteam besteden ongeveer de helft van hun werktijd aan administratief werk. Daarnaast neemt communicatie met collega's nog eens 40% in. Van alle bevroegde functies besteden de directieleden procentueel het meeste tijd aan deze twee items. Het is logisch dat de interactie met bewoners slechts in beperkte mate aanwezig is in het takenpakket van directieleden.

Hoofdverpleegkundigen en medewerkers van de sociale dienst spenderen gemiddeld zo'n 40% van hun werktijd aan administratief werk. Kinesisten besteden gemiddeld slechts 17% aan dit item. Dit is zodoende de functie met het laagste gemiddelde percentage op het gebied van administratieve taken. Tijdens de procesbeschrijving kwam dit ook in de vier onderzochte woonzorgcentra aan bod. De geïnterviewde kinesisten vermeldden toen dat ze relatief weinig administratieve taken vervullen in vergelijking met het behandelen van bewoners. Ook het feit dat de communicatie met collega's beperkt is, werd reeds verklaard tijdens de procesbeschrijving. Vaak is er in een woonzorgcentrum slechts één kinesist werkzaam, waardoor de communicatie beperkt is. Overleg met andere collega's, waaronder verpleegkundigen en zorgkundigen, gebeurt ook in beperkte mate.

De enquête bevestigt dat hoofdverpleegkundigen voornamelijk administratieve taken uitvoeren. Ongeveer een derde van de werktijd wordt gependend aan communicatie met collega's. Zodoende blijft er nog maar een vierde van de werktijd over voor de eigenlijke verzorging van de bewoners.

Verpleegkundigen kunnen gemiddeld de helft van de werktijd besteden aan de zorg voor en interactie met bewoners. Dit is een verrassend resultaat, daar de hoofdtaak van deze medewerkers in theorie eigenlijk het verzorgen van bewoners is. Zorgkundigen spenderen enigszins meer van hun werktijd aan bewoners, maar zij besteden gemiddeld ook meer tijd aan de communicatie met collega's.

7. CONCLUSIE EN KRITISCHE REFLECTIE

7.1 CONCLUSIE

Het hoofddoel van dit onderzoek was een analyse van de administratieve lasten in private woonzorgcentra. Daartoe werden er drie deelvragen opgesteld en beantwoord. De deelvragen luiden:

1. Welke administratieve activiteiten zijn er in private woonzorgcentra?
2. Wat zijn administratieve lasten en hoe wordt (general) *red tape* gedefinieerd?
3. In welke mate worden de administratieve taken als belastend, noodzakelijk en doeltreffend ervaren?

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag werden er interviews en observaties uitgevoerd in vier Limburgse woonzorgcentra. Hieruit blijkt dat de administratieve taken in de onderzochte centra grotendeels gelijkaardig zijn. Het proces van de administratieve taken begint bij een opname van een nieuwe bewoner en loopt tot aan diens overlijden. Het proces wordt hieronder kort geschetst.

De familie neemt eerst contact op met het woonzorgcentrum, waarna een rondleiding volgt en er eventueel een inschrijving op de wachtlijst kan gebeuren. Nadien wordt de opname voorbereid aan de hand van een opnamedossier. Op de opnamedag worden twee dossier opgemaakt: het medisch dossier en het zorgdossier. Gedurende de verblijfsperiode van een bewoner worden er allerlei administratieve taken vervuld door de verschillende medewerkers. Verpleegkundigen, zorgkundigen, hoofdverpleegkundigen, ergotherapeuten, kinesisten en animatoren voeren dagelijks allerhande administratieve activiteiten uit. Het proces van de administratieve taken eindigt bij het overlijden van een bewoner. Bij de procesbeschrijving valt het op dat eenzelfde taak niet noodzakelijk in elk woonzorgcentrum uitgevoerd wordt door een persoon met dezelfde functie.

Voor de tweede deelvraag werd een literatuurstudie uitgevoerd aangaande administratieve lasten of *red tape*. Het begrip wordt al sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw onderzocht en ook de laatste jaren wordt er nog regelmatig onderzoek naar gedaan. Verscheidene onderzoekers zijn het erover eens dat *red tape* gepaard gaat met de volgende elementen: overdadig papierwerk, een hoog formeel gehalte en een verplicht karakter. Hoewel het begrip vaak een negatieve connotatie heeft, wijst de literatuur ook uit dat administratieve lasten soms toch als een positief gegeven kunnen beschouwd worden. Administratieve lasten of *red tape* kunnen dus best breder geïnterpreteerd worden dan de zuivere last die regels en procedures met zich meebrengen.

Daarnaast wijst de literatuur ook op het belang van de eigen mening of perceptie. Het is belangrijk om na te gaan hoe de opgelegde administratieve activiteiten ervaren worden door de personen die deze taken uitvoeren. Een bepaalde taak is niet noodzakelijk voor elke medewerker een last. "One man's red tape is another man's system", aldus Waldo (1946).

Voor het beantwoorden van de derde deelvraag werd een enquête opgemaakt en verstuurd naar meer dan 500 Vlaamse private woonzorgcentra met als doel het onderzoeken van de perceptie omtrent de administratieve lasten bij allerhande medewerkers. Zo'n 190 respondenten vulden de

vragenlijst in. Onder hen zijn voornamelijk vrouwen. Daarnaast worden verschillende leeftijdscategorieën en functies vertegenwoordigd.

In de enquête werd onder andere gepeild naar het niveau van de administratieve lasten in de organisatie. Respondenten ervaren hieromtrent gemiddeld eerder hoge lasten. De gemiddelde score op de *general red tape scale* is bijgevolg 6,90 op 10.

Daarnaast werden in de enquête ook verscheidene administratieve activiteiten bevroegd aan de hand van de *three item red tape scale*. Bevroagden beoordelen hierbij een activiteit op basis van drie items: belasting, noodzakelijkheid en doeltreffendheid. Uit de enquête is gebleken dat het merendeel van de activiteiten als neutraal wordt ervaren op het gebied van belasting. Enkele taken met betrekking tot personeelsadministratie worden echter als eerder belastend ervaren. De respondenten erkennen de noodzakelijkheid van de administratieve taken en zodoende wordt elke taak minstens ervaren als eerder noodzakelijk. Hetzelfde geldt op het gebied van de doeltreffendheid.

Voorts blijkt uit de bevraging dat de eigen bijdrage in het behalen van de algemene doelstellingen, de motivatie en de kwaliteit van zorg gemiddeld enigszins positief beïnvloed worden door de uitgevoerde administratieve activiteiten. Respondenten geven dus aan dat de administratieve taken deze drie aspecten ten goede komen. Voor de overige vier aspecten (productiviteit, werktevredenheid, ervaren werkdruk en de kans om een administratieve fout te maken) geldt dat de administratieve activiteiten hier gemiddeld geen impact op hebben. Voor de zeven bevroagde aspecten geven de bevroagden daarnaast aan dat een halvering van de administratieve taken gemiddeld een kleine positieve invloed teweeg zal brengen.

Tot slot peilde de enquête ook naar de tijdsverdeling van de werktijd. Een verrassend resultaat hierbij is dat verpleegkundigen en zorgkundigen aangeven slechts ongeveer de helft van hun werktijd aan de zorg van bewoners te besteden. Verpleegkundigen spenderen daarnaast ongeveer een derde van de werktijd aan administratie. Kinesisten hebben tijdens de werkuren het meeste tijd om te zorgen voor bewoners.

7.2 BEPERKINGEN EIGEN ONDERZOEK

Elk onderzoek heeft beperkingen. De voornaamste beperking van dit onderzoek is het aantal respondenten van de online vragenlijst. Ondanks de inspanningen om een hoge responsgraad te bekomen, is het onderzoek daar toch niet volledig in geslaagd. De sector waarin de vragenlijst afgenomen werd, heeft hoogstwaarschijnlijk een belangrijk effect op de responsgraad. Wegens een personeelstekort in verscheidene woonzorgcentra zijn de medewerkers niet altijd in staat om tijd vrij te maken voor het invullen van een enquête. Een tweede reden voor de lage responsgraad kan de overbevraging van de sector zijn. Medewerkers van woonzorgcentra geven aan dat ze dagelijks vragen ontvangen omtrent medewerking aan onderzoeken. Keuzes moeten gemaakt worden en niet aan alle bestaande onderzoeken kan deelgenomen worden. Om op te vallen in de grote groep zijn interne contacten met woonzorgcentra en een goed netwerk belangrijk.

Een minpunt is daarnaast ook de ongelijke verdeling van functies in woonzorgcentra. In elk centrum worden er verscheidene verpleegkundigen en zorgkundigen tewerkgesteld. Kinesisten en ergotherapeuten zijn in de meeste woonzorgcentra uniek. Om die reden zal het altijd een moeilijk gegeven zijn om van deze functies een voldoende grote steekproef te hebben.

Een opmerking aangaande de vragenlijst zelf is de tegenstrijdigheid dat de administratieve lasten gemeten worden aan de hand van een bijkomende administratieve last. Hoewel de vragenlijst slechts vijf tot tien minuten in beslag neemt, zijn er toch medewerkers die het invullen van een enquête ervaren als een bijkomende administratieve last. Het zou dus kunnen dat de werknemers die het meeste administratieve lasten ondervinden, de enquête niet hebben ingevuld. Dit kan resulteren in meer positieve cijfers dan in de realiteit het geval is.

7.3 AANBEVELINGEN VERDER ONDERZOEK

Verder onderzoek is noodzakelijk om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen. Om een volledig beeld van de administratieve lasten in Vlaamse private woonzorgcentra te krijgen, is aanvullend onderzoek nodig waarin nog meer ingezet wordt op extra respons. Meer respondenten met allerhande functies zouden de bekomen resultaten ten goede komen.

Voorts zijn er uit de resultaten nog een aantal voorstellen tot verder onderzoek naar boven gekomen. Het is onder andere interessant om onderzoek te doen naar de relatie tussen de ervaren lasten enerzijds en het geslacht of het aantal jaren ervaring anderzijds. Op die manier kan er nagegaan worden of de meningen verschillen op basis van deze variabelen.

De meeste taken werden door de respondenten beoordeeld als noch belastend, noch niet belastend, maar wel noodzakelijk en doeltreffend. De vraag rijst of deze administratieve taken een invloed hebben op de prestaties van de medewerkers. Dit is dus ook een interessant onderwerp voor verder onderzoek.

Tot slot wordt er nog een laatste aanbeveling geformuleerd. De verschillen tussen de ervaren administratieve lasten in private woonzorgcentra enerzijds en publieke woonzorgcentra anderzijds werden niet onderzocht. Een vergelijking van de meningen aangaande administratieve taken in beide sectoren kan interessante resultaten geven. Onderzoek kan gedaan worden naar welke groep medewerkers de meeste administratieve lasten ervaart en de redenen die hiervoor bestaan. Buchanan (1975) toonde in zijn onderzoek aan dat private organisaties een hoger niveau van *red tape* ondervinden dan publieke organisaties. Baldwin (1990) concludeerde dan weer het tegenovergestelde. Verder onderzoek hieromtrent kan mogelijks een antwoord formuleren op de vraag of publieke dan wel private woonzorgcentra de meeste lasten ondervinden.

BIBLIOGRAFIE

- AgentschapZorg&Gezondheid. Veelgestelde vragen: hoe lang kan iemand opgenomen worden in kortverblijf? Retrieved from <http://www.kortverblijven.be/faq#FAQ1>
- AgentschapZorg&Gezondheid. Veelgestelde vragen: wat is een centrum voor kortverblijf? Retrieved from <http://www.kortverblijven.be/faq#FAQ2>
- AgentschapZorg&Gezondheid. (2017). *EEN GEÏNTEGREERDE ZORGVERLENING IN DE EERSTE LIJN*.
- AgentschapZorg&Gezondheid. (2018). Nieuw woonzorgdecreet legt focus op goede interactie met de buurt [Press release]. Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/nieuw-woonzorgdecreet-legt-focus-op-goede-interactie-met-de-buurt>
- AgentschapZorg&Gezondheid. (2019). Nieuw woonzorgdecreet beschermt tegen niet erkende initiatiefnemers [Press release]. Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/nieuw-woonzorgdecreet-bescherm-tegen-niet-erkende-initiatiefnemers>
- Baldwin, J. N. (1990). Perceptions of Public versus Private Sector Personnel and Informal Red Tape: Their Impact on Motivation. *The American Review of Public Administration*, 20(1), 7-28. doi:10.1177/027507409002000102
- Borry, E. L. (2016). A New Measure of Red Tape: Introducing the Three-Item Red Tape (TIRT) Scale. *International Public Management Journal*, 19(4), 573-593. doi:10.1080/10967494.2016.1143421
- Bozeman, B. (2002). *Public-Value Failure: When Efficient Markets May Not Do* (Vol. 62).
- Bozeman, B., Bretschneider, H., Kaufman, G., Kingsley, S., Maynard-Moody, S., Pandey, H., . . . Waldo Scott, D. (1993). *A Theory Of Government "Red Tape"* (Vol. 30993).
- Bozeman, B., & Feeney, M. K. (2014). *Rules and Red Tape: A Prism for Public Administration Theory and Research* .
- Bozeman, B., Reed, P. N., & Scott, P. (1992). Red Tape and Task Delays in Public and Private Organizations. *Administration & Society*, 24(3), 290-322. doi:10.1177/009539979202400302
- Buchanan, B. (1975). Red-Tape and the Service Ethic: Some Unexpected Differences Between Public and Private Managers. *Administration & Society*, 6(4), 423-444. doi:10.1177/009539977500600403
- Decreet tot wijziging van het Woonzorgdecreet van 13/03/2009, 3 C.F.R. (2017).
- Decreet Woonzorgdecreet, 3 C.F.R. (2009a).
- Decreet Woonzorgdecreet, 2 C.F.R. (2009b).
- Decreet Woonzorgdecreet, 37 C.F.R. (2009c).
- Federaal Planbeau, De instelling. Retrieved from https://www.plan.be/aboutus/institution_desc.php?lang=nl

- FPB. (2018). Vanaf 2040 blijft de vergrijzing van de Belgische bevolking stabiel door de geleidelijke uitdoving van het babyboomeffect. Retrieved from
- Gore, A. (1993). *From red tape to results: Creating a government that works better and costs less: Report of the national performance review*: Diane Publishing.
- Kaufman, H. (1977). *Red Tape: Its Origins, Uses, and Abuses*: Brookings Institution Press.
- Kegels, C. (2018). *De administratieve lasten in België voor het jaar 2016*. Retrieved from https://www.plan.be/admin/uploaded/201803221003420.PP_116_11667_N.pdf
- Pandey, S., & Bretschneider, S. (1997). *The Impact of Red Tape's Administrative Delay on Public Organizations' Interest in New Information Technologies* (Vol. 7).
- Pandey, S. K., & Scott, P. G. (2002). Red Tape: A Review and Assessment of Concepts and Measures. *Journal of public administration research and theory*, 12(4), 553-580. doi:10.1093/oxfordjournals.jpart.a003547
- Rainey, H. G., Pandey, S., & Bozeman, B. (1995). Research Note: Public and Private Managers' Perceptions of Red Tape. *Public Administration Review*, 55(6), 567-574. doi:10.2307/3110348
- Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019*. (2014). Departement Kanselarij en Bestuur Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/publicaties/het-regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2014-2019>.
- SCvV. (2018). *JAARLIJKS VERSLAG Studiecommissie voor de vergrijzing* Retrieved from
- STATBEL. Over STATBEL. Retrieved from <https://statbel.fgov.be/nl/over-statbel>
- STATBEL. (2017). De vergrijzing zet zich verder. Retrieved from <https://www.statistiekvlaanderen.be/de-vergrijzing-zet-zich-verder>
- STATBEL. (2018). Zeer lichte stijging van de levensverwachting in 2017. Retrieved from <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting>
- Steeds meer mannen werkzaam in zorg. (2017). Retrieved from <https://www.jobat.be/nl/artikels/steeds-meer-mannen-werkzaam-in-zorg/>
- Van den Berghe, T., & Vander Meeren, D. (2012-2013). *Economische analyse van de rusthuissector in Vlaanderen*. (Master of Science in de Toegepaste Economische Wetenschappen), Universiteit Gent, Gent. Retrieved from https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/062/304/RUG01-002062304_2013_0001_AC.pdf
- Van Ekert, W.-J. Zijn onze woonzorgcentra nog betaalbaar? Retrieved from <https://openbarediensten.acv-online.be/Images/DESTELLINGp19-tcm185-405902.pdf>
- Van Loon, N. M. (2016). FROM RED TAPE TO WHICH PERFORMANCE RESULTS? EXPLORING THE RELATIONSHIP BETWEEN RED TAPE AND VARIOUS DIMENSIONS OF PERFORMANCE IN HEALTHCARE WORK UNITS. *Public administration (London)*, 95(1), 60-77. doi:10.1111/padm.12294

- van Loon, N. M., Leisink, P. L. M., Knies, E., & Brewer, G. A. (2016). Red Tape: Developing and Validating a New Job-Centered Measure. *Public Administration Review*, 76(4), 662-673. doi:10.1111/puar.12569
- Vandeurzen, J. (2017). *Residentiële ouderenzorg, een échte thuis voor kwetsbare personen*. Vlaanderen.be: Vlaamse Regering Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/nbwa-news-message-document/document/090135578020e13c>.
- VlaamsParlement. Decreet. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/over-het-vlaams-parlement/begrippenlijst/decreet>
- Vlaanderen.be. Agentschap Zorg en Gezondheid. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/nl/contact/adressengids/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin/agentschap-zorg-en-gezondheid>
- Vlaanderen.be. Woonzorgcentra. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/woonzorgcentra-vroeger-rusthuizen>
- Vlaanderen.be. (2019). Hoe komt Vlaamse wetgeving tot stand? Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/hoe-komt-vlaamse-wetgeving-tot-stand#hoe-komen-de-vlaamse-decreten-precies-tot-stand>
- VVSG. (2018). Vlaamse Regering keurt voorontwerp nieuw woonzorgdecreet voor tweede keer principieel goed. Retrieved from <http://www.vvsg.be/nieuws/Paginas/Voorontwerp-woonzorgdecreet-2018.aspx>
- Wouters, G. (2013). Gemeente wil samenwerking tussen privé en publiek woonzorgcentrum. *Gazet van Antwerpen*. Retrieved from <https://www.gva.be/cnt/aid1364635/gemeente-wil-samenwerking-tussen-privé-en-publiek-woonzorgcentrum>

Procesbeschrijving 'woonzorgcentrum 1'

Hieronder volgt de uitgeschreven procesbeschrijving van het eerste woonzorgcentrum. Voor een schematische weergave van het omschreven systeem wordt verwezen naar figuur 5 op pagina 84.

1.1 Voorbereiding opname door sociale dienst

Een geïnteresseerde neemt contact op met het woonzorgcentrum (wzc), dit kan de toekomstige bewoner zelf zijn, zijn familie of eventueel het ziekenhuis of de huisdokter. Er wordt zodoende een eerste afspraak gemaakt met het wzc. Indien gewenst, kan er meteen een inschrijving op de wachtlijst gebeuren. Dit document wordt samen met de familie – en/of toekomstige bewoner – volledig ingevuld. Eveneens wordt genoteerd wat de aanleiding is voor het inschrijven op de wachtlijst. Na het invullen van het papier, wordt de inschrijving op de wachtlijst geklasseerd op één van volgende wijzen: dringend of preventief. Indien de inschrijving preventief is, en dus niet dringend, dan komt de inschrijving terecht op de gewone wachtlijst. Indien een persoon in het ziekenhuis verblijft op het moment van de inschrijving, dan wordt deze altijd geklasseerd als 'dringend'. Nadien plant men een afspraak in met de familie om deze een rondleiding te geven in het wzc.

Als er een plaats vrij komt, dan wordt de eerste persoon bovenaan de dringende wachtlijst gecontacteerd. Indien deze omwille van omstandigheden niet wil of kan komen, dan wordt de volgende op de lijst gecontacteerd. Merk op dat de persoon zijn plaats op de wachtlijst dan verliest. Indien er geen personen op de dringende wachtlijst beschikbaar zijn om de kamer in te vullen, dan wordt de eerste persoon op de preventieve wachtlijst gecontacteerd. Indien er uiteindelijk een potentiële bewoner gevonden wordt om de lege kamer in te vullen, wordt een afspraak ingepland met deze persoon en zijn familie. De afspraak heeft als doel de opnameovereenkomst te overlopen en ondertekenen. Eveneens wordt afgesproken met de familie wie de betalingen zal uitvoeren en wie de facturen, op welke wijze dan ook, wenst te ontvangen. Daarnaast komen ook de dagprijs, type kamper, opzegging van het contract en dergelijke zaken aan bod. Merk op dat deze opnameovereenkomst voor elke potentiële bewoner identiek is, op de naam van de bewoner, het kamernummer en -type, de opnamedatum en de dagprijs na. De opnameovereenkomst bevat het algemene, wettelijke deel van de opname; het bevat alle gegevens, rechten en verplichtingen die de wet voorschrijft.

Ook een interne afsprakennota wordt met de familie voor de opname overlopen. Deze nota bevat de afspraken die intern gemaakt worden tussen het wzc en de bewoner. Zelf geeft de afsprakennota aan dat het doel is "om een uitnodiging te zijn tot kennismaking met de leef sfeer in het woonzorgcentrum". De interne afsprakennota wordt voor opname aan de bewoner en zijn familie overhandigd en deze wordt ondertekend voor ontvangst en akkoord. Het bevat onder andere afspraken in verband met animatie, bezoek, tijdstippen van eten en verzekeringen die door de zorginstelling voorzien worden. De afsprakennota gaat eveneens gepaard met een bijzondere

lastgeving voor de bestelling van geneesmiddelen, een toestemming tot publicatie van fotomateriaal, een inventaris van de kamer, een lijst van contactpersonen en een privacy verklaring voor de residenten. Tot slot wordt ook een document toegevoegd met de sociale anamnese – of voorgeschiedenis – van de bewoner.

De familie kan een voorkeur opgeven qua zorg, bijvoorbeeld niet wassen voor half acht 's ochtends, maar dergelijke zaken worden enkel mondeling gecommuniceerd. Hieromtrent wordt niets op papier gezet. Na het ondertekenen van de documenten en andere mededelingen, wordt een datum afgesproken voor opname.

1.2 Voorbereiding opname door hoofdverpleegkundige

Voor een nieuwe bewoner toekomt, stelt de hoofdverpleegkundige twee dossiers op: het medisch dossier en het verpleegdossier, beide zijn volledig op papier opgesteld. Elk dossier wordt geplaatst in een lege map, die eveneens een blanco bevat van alle nodige papieren. De hoofdverpleegkundige (hvpk) geeft aan dat er getracht wordt om zoveel mogelijk gegevens van deze dossiers in te vullen op de dag van de opname zelf. Het voordeel hiervan is dat er vaak familie aanwezig is, die eventueel kan helpen met het geven van de nodige informatie. De hvpk geeft echter aan dat het niet altijd haalbaar is om alles ingevuld te krijgen op de dag zelf, daar er vaak onvoorziene en dringende zaken tussenkomen die belemmeren dat alles ingevuld kan worden. Ze merkt eveneens op dat de ontbrekende informatie vaak uit het oog verloren wordt, en uiteindelijk niet meer aangevuld wordt. Goede controles achteraf zijn hier dus noodzakelijk, zo zorgt de hoofdverpleegkundige er toch voor dat de documenten uiteindelijk allemaal ingevuld raken.

De start van het medisch dossier is de opname check. Deze lijst wordt op de dag van de opname ingevuld en dient eigenlijk om na te gaan of het wzc alle nodige informatie heeft over de bewoner. Daarnaast bevat het medisch dossier eveneens een document met de medische voorgeschiedenis, verpleegkundige informatie en psychosociale gegevens. Ook worden volgende documenten toegevoegd aan het dossier en vervolgens ingevuld indien gewenst of noodzakelijk: DNR-codering¹⁴ en aanvraag wassen voor 7u00. Een blanco document om wekelijks het gewicht op te schrijven per bewoner wordt eveneens opgenomen in het medisch dossier. Een medisch voorschrift voor fixatie, een document voor opvolging fixatie en een exemplaar van stopzetting fixatie worden blanco toegevoegd aan het medisch dossier. Voor medicatie die gegeven mag worden zonder medisch advies dient ook een papier ingevuld te worden. Documenten omtrent bad of douche en zelfmedicatie worden ook – al dan niet bij opname of nadien – ingevuld en opgenomen in het medisch dossier. Daarnaast wordt ook een blanco toegevoegd van volgende documenten: medische opvolging door huisarts, paramedisch verslag door kine en paramedisch verslag door ergo. Deze documenten dienen respectievelijk ingevuld te worden door de huisarts, kinesist en ergotherapeut tijdens het verblijf van de bewoner. Het medisch dossier bevat eveneens een document om glycemie-waarden te

¹⁴ Het invullen van dit document gebeurt in principe tijdens het gesprek omtrent vroegtijdige zorgplanning. Voor meer uitleg omtrent dit gesprek en het document in kwestie wordt verwezen naar 1.1.4 Dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen.

noteren tijdens het verblijf. Een bundel met de opname gegevens is tot slot het laatste document dat in het medisch dossier zit. Dit document wordt in principe meegegeven bij de inschrijving, opdat de familie en/of bewoner het grootste deel van de administratieve gegevens reeds zelf kunnen invullen. Informatie die de bundel van opnamegegevens bevat: administratieve gegevens (persoonlijke gegevens, familiale gegevens, contactgegevens zorgpersoneel, opname gegevens) en zorggegevens (medische voorgeschiedenis, medicatie, verpleegkundige gegevens en andere opmerkingen).

Het tweede dossier dat bij opname samengesteld wordt aan de hand van allerlei documenten is het verpleegdossier. Dit bevat ten eerste een bundel met het zorgplan: wat moet wanneer gebeuren op vlak van verzorging? Voor de ochtend-, middag-, namiddag-, avond- en nachtverzorging wordt aangeduid welke zorg vereist is bij verschillende rubrieken, zoals: wassen, toiletbezoek, kleden, eten, verplaatsen en andere aandachtspunten. De familie dient dit zorgplan te ondertekenen en dit vormt zodoende de basis van de toekomstige dagelijkse zorg. Naast het zorgplan wordt ook een zorgtaakplanning voor verzorging toegevoegd aan het verpleegdossier. Deze planning bevat de directe handelingen die het verzorgend personeel dient uit te voeren bij de bewoner, opgesplitst per shift. Oorspronkelijk wordt de planning ingevuld door een (hoofd)verpleegkundige op basis van het zorgplan. Daarnaast komen ook volgende documenten in het verpleegdossier terecht: een blad voor het noteren van allerhande parameters die genomen worden (pols, glycemie, temperatuur...), eetschema's die weergeven wat de bewoner gegeten en gedronken heeft per dag, een medicatiefiche, een wondzorgfiche die de details weergeeft van een eventuele wonde en tot slot ook een document om observaties en opmerkingen neer te schrijven. Tot dusver loopt de voorbereiding van de opname van een nieuwe bewoner.

1.3 Taken op de opnamedag door hoofdverpleegkundige

Op de dag van de opname gaat de hoofdverpleegkundige langs bij de nieuwe bewoner en zijn familie om de dossiers, die op voorhand samengesteld werden, zo volledig mogelijk in te vullen.

1.4 Dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen

Bij de dagelijkse verzorging van de bewoners is het belangrijk dat het personeelslid dat de zorghandelingen uitvoert, deze ook aftekent op de zorgtaakplanning (verpleegdossier) van elke bewoner. Daarnaast is ook het neerschrijven van observaties en opmerkingen van elke bewoner in zijn verpleegdossier een belangrijke dagelijkse taak voor alle verpleegkundigen en zorgkundigen. Om het voor personeelsleden eenvoudiger te maken, worden de observatiebladen van de bewoners, gebundeld per gang, in een map gestoken. Op die manier gaat het vlotter om de observaties en opmerkingen meteen in te vullen tijdens de verzorging, daar elke map terug te vinden is in de juiste gang. Het personeel geeft aan dat, in een drukke periode, de observaties soms ook neergeschreven worden net na de verzorging, in plaats van tijdens. Aan de hand van de mappen met observaties voor de bewoners op een bepaalde gang, wordt de briefing gedaan. Deze vindt drie keer per dag plaats: de nacht brieft naar de vroege shift, de vroege shift brieft naar de late en tot slot brieft de late naar de nacht. Gedurende deze briefing worden de observaties van alle bewoners mondeling overlopen en bijzonderheden worden gemeld aan de personeelsleden van de volgende shift.

Het zorgpersoneel dient ook de activiteiten uit de taakplanning te voltooien. Deze planning omvat onder andere wie wanneer een voetbad moet krijgen, wie wanneer gewassen moet worden en bij wie en wanneer bepaalde parameters gemeten moeten worden. Dit document wordt per week opgesteld en afgedrukt door de hoofdverpleegkundige en indien nodig wordt het met de hand aangepast als er iemand bijkomt of weggaat. Concreet omvat deze zorgplanning ongeveer dezelfde taken als de zorgtaakplanning, maar dan meer overzichtelijk voorgesteld. Het is handiger om een weekoverzicht te hebben van de te geven zorgen, in plaats van een zorgtaakplanning per individu, aldus het personeel.

Het neerschrijven van de waarden van de parameters, en het tijdstip waarop deze gemeten werden, in het medisch dossier en verpleegdossier is ook een essentieel onderdeel van de dagelijkse taken. Zowel de verpleegkundigen als de zorgkundigen schrijven de gemeten waarden telkens neer in de dossiers. Het gaat hier bijvoorbeeld om het gewicht, de temperatuur, de glycemie-waarde of de bloeddruk.

Wanneer een bewoner plots afvalt of slecht eet, dan is het invullen van de eetschema's in het verpleegdossier een taak die dagelijks uitgevoerd moet worden in het wzc. Concreet is het de bedoeling dat er voor de bewoner in kwestie wordt neergeschreven wat hij/zij gegeten en gedronken heeft gedurende de dag.

De verscheidene documenten omtrent fixatie die blanco in het medisch dossier zitten, worden ingevuld door de verpleegkundigen indien nodig. Voor de opstart van fixerende middelen is het opgeven van een reden noodzakelijk. Het document voor de opstart wordt ondertekend door de huisarts en de familie van de bewoner. Vervolgens is de opvolging en evaluatie van de fixatie ook een document dat ingevuld wordt door een verpleegkundige. Dit document wordt aangevuld gedurende de periode dat de fixerende middelen gebruikt worden. Indien deze gestopt worden, omdat het bijvoorbeeld niet meer noodzakelijk of wenselijk is, dient het document omtrent de stopzetting van de fixatie ingevuld te worden.

Na een verblijf van zes weken in het wzc wordt een gesprek omtrent vroegtijdige zorgplanning ingepland. Het thema van dit gesprek is het levenseinde van de bewoner. Bepaalde zaken worden gedurende deze bespreking op papier gezet. Zo wordt onder andere de DNR-codering – onderdeel van het medisch dossier – ingevuld. Aan de hand van dit document wordt enerzijds het beleid rond reanimatie besproken, anderzijds drukt deze code ook het niet starten en/of staken van bepaalde behandelingen uit.

Indien een bewoner gedurende zijn periode in het wzc ten val komt, dient er een valmelding aangemaakt te worden. Dit document is blanco terug te vinden in een map en indien dit ingevuld wordt, krijgt het een plaats in het medisch dossier van de bewoner. De valmelding kan ingevuld worden door een verpleegkundige of zorgkundige. Concreet dient er neergeschreven te worden hoe de val gebeurd is, van welke hulpmiddelen de bewoner gebruikmaakte, of ziekenhuisopname en medische beeldvorming nodig is en of de bewoner gestorven is, al dan niet door de val.

Eveneens bestaat er een papier voor medicatie incidenten. Alvorens er dieper ingegaan wordt op dit document, is het handig om kort het systeem omtrent de medicatie toe te lichten. Medicatie wordt

voorgeschreven door een arts¹⁵. Medicatie kan elke weekdag door een verpleegkundige besteld worden bij de apotheek.

Het verpleegkundig personeel van de nachtschift zet alle medicatie klaar voor de dag die volgt aan de hand van de medicatiefiche. De nachtverpleegkundige tekent het klaarzetten per soort en per bewoner af. De vroege shift controleert de klaargezette medicatie die gegeven dient te worden gedurende de shift en tekent opnieuw alles af. De late shift controleert de medicatie die zij moeten toedienen gedurende hun werkdag en ze tekenen eveneens alles af. Bij het toedienen van medicatie wordt ten slotte ook elke soort medicatie per bewoner afgetekend. Indien er ergens in dit proces een fout ontdekt wordt, dient er een document ingevuld te worden, namelijk: medicatie incidentie. Dit kan zowel opgesteld worden door een verpleegkundige die de medicatie nakijkt, als door een zorgkundige die waarneemt dat medicatie bijvoorbeeld niet gegeven wordt.

Ingeval bij een resident van het wzc een wonde ontstaat, dient de wondzorgfiche (verpleegdossier) ingevuld te worden door een verpleegkundige. De fiche omvat alle details van de wond, zoals: de start van de wondzorg, het type wond, de plaats, een beschrijving qua kleur, grootte, diepte en de frequentie van de verzorging. Daarnaast is er ook ruimte voorzien voor observaties omtrent de wonde. Hier wordt ook de evaluatie van de wond – en de verzorging ervan – neergeschreven, totdat deze volledig genezen is.

Indien een bewoner moet opgenomen worden in het ziekenhuis, is het belangrijk dat een document ingevuld wordt omtrent de ziekenhuisopname. Er wordt vermeld wat de datum en het uur van opname is en welke de reden is voor de opname. Daarnaast is het ook een checklist die ervoor zorgt dat de juiste personen allemaal verwittigd worden. De bewoner die naar het ziekenhuis gaat, krijgt een aantal documenten met zich mee, die klaargelegd worden door een verpleegkundige. Meer concreet wordt een medicatiefiche meegegeven en een ziekenhuismap met verscheidene documenten. Bij terugkomst uit het ziekenhuis wordt het document van de ziekenhuisopname aangevuld, opnieuw om zeker te zijn dat iedereen op de hoogte is. Eveneens past een verpleegkundige de medicatiefiche aan, als deze na opname in het ziekenhuis gewijzigd is.

Tot slot nog over de Katz-schaal: de oorspronkelijke score is niet opgenomen in het medisch dossier, noch in het verpleegdossier. In het woonzorgcentrum wordt er volop gewerkt aan een digitalisering, of met andere woorden aan de invoering van een softwareprogramma. Zolang er geen elektronisch dossier is, zit de Katz-schaal niet in het dossier. De score wordt wel elke maand nagekeken door een verpleegkundige en aangepast als het nodig is.

1.5 Niet-dagelijkse taken van (adjunct-)hoofdverpleegkundige

De hoofdverpleegkundige voert een belangrijke administratieve taak uit omtrent de personeelsadministratie. Zo stelt ze maandelijks de uurroosters op voor de verpleegkundigen en zorgkundigen. Ze probeert bij het opstellen rekening te houden met de wensen van de medewerkers,

¹⁵ Afhankelijk van de bewoner komt de arts komt maandelijks langs of na een telefoontje van het wzc bij problemen.

die doorgegeven worden voor de start van de maand die vooraf gaat aan de maand waarvoor ze het rooster opstelt. De hoofdverpleegkundige probeert het uurrooster te vervolledigen voor het midden van de maand die voorafgaat aan de maand waarvoor het rooster van kracht is. Ook is het de bedoeling dat de hoofdverpleegkundige een afwijkingsregister invult, waarbij ze aangeeft wanneer medewerkers van shift verwisselen of wanneer er vergeten wordt in of uit te tikken. Bij ziekte of verandering van shift, zorgt de hoofdverpleegkundige steeds voor een aanpassing van het uurrooster.

Nog in verband met personeelsadministratie: het goedkeuren of afwijzen van verlofaanvragen van het verpleegkundig en zorgkundig personeel behoort tot het takenpakket van de hoofdverpleegkundige. Let wel dat ze de verwerking en doorvoering van de verlofaanvragen in de uurroosters enkel volbrengt voor de eigen afdeling.

Het organiseren van bijscholingen en vormingen voor het personeel, het plannen van een personeelsvergadering en het regelen van een maandelijks overleg met de CRA zijn eveneens administratieve taken die de hoofdverpleegkundige regelmatig uitvoert.

Samen voeren de hoofdverpleegkundige en haar adjunct ook een heleboel controles uit op het administratief werk dat het verzorgend personeel dagelijks dient uit te voeren. Zo worden maandelijks de medische dossiers nagekeken om na te gaan of alles ondertekend is en of de DNR reeds ingevuld is. Eveneens wordt er elke maand nagegaan of de verpleegdossiers in orde zijn: worden de observaties neergeschreven? Worden de parameters ingevuld? Worden de taken afgetekend door diegene die ze uitvoert? Eventueel worden er personeelsleden aangesproken omtrent verbeterpunten. De documenten omtrent fixatie moeten ook actueel blijven. Daarom wordt er ook regelmatig nagegaan of er voldoende evaluaties gebeuren (en neergeschreven worden) en of de fixerende maatregelen behouden moeten blijven, of al dan niet kunnen worden afgebouwd. De hoofdverpleegkundige of haar adjunct kijken ook maandelijks na of de eetschema's wel degelijk ingevuld worden en of de kinesiste en ergotherapeut de paramedische dossiers vervolledigd hebben.

Daarnaast vindt er jaarlijks een familieraad plaats, waar de familie opmerkingen en andere feedback kan geven. Het is de hoofdverpleegkundige die hiervan een verslag opmaakt. Wekelijks of maandelijks wordt bovendien ook een brief opgesteld door de hoofdverpleegkundige met een aantal aandachtspunten.

Elke week wordt de medicatiefiche voor de volgende week nagekeken door de hoofdverpleegkundige of haar adjunct. Zo nodig wordt er een aanpassing doorgevoerd en vervolgens wordt de fiche uitgeprint. Elke medicatiefiche bevat de naam van de medicatie, de hoeveelheid en het tijdstip van inname, per bewoner en per dag. De fiche wordt afgedrukt van de server van de apotheek en dit document wordt doorheen de hele week gebruikt. Als er na de uitprint iets wijzigt, dan wordt dit door de verpleging bij op de fiche genoteerd.

1.6 Dagelijkse zorg door kinesiste

Zoals reeds eerder vermeld, bevat het medisch dossier een paramedisch verslag door kine. Dit document wordt door de kinesiste in principe maandelijks ingevuld voor elke bewoner. Indien er een bijzonderheid is, of een specifiek voorschrift voor een bepaalde behandeling voor handen is, wordt

dit document meer dan eens per maand ingevuld. De gegevens die genoteerd worden, hebben betrekking op de diagnose, behandeling, planning of het verslag van een behandeling, inclusief datum. Daarnaast is het ook de bedoeling dat de kinesiste opmerkingen en observaties van bewoners neerschrijft in het verpleegdossier.

De kinesiste van het wzc geeft aan dat ze voor zichzelf op een planning bijhoudt wie ze wanneer zal behandelen. Eveneens heeft ze een overzicht op papier van de rolstoelen, kussens en rollators die in het wzc aanwezig zijn en bij welke bewoner. Dit document wordt aangepast wanneer er veranderingen plaatsvinden.

1.7 Dagelijkse zorg door ergotherapeute

Ook de ergotherapeute vult maandelijks een paramedisch verslag in, namelijk het paramedisch verslag door ergo. Hierop wordt informatie omtrent de diagnose, behandeling, planning of het verslag van een behandeling ingevuld, inclusief de datum. Het betreft de gegevens van de medische opvolging van de ergotherapeute. Daarnaast kan de ergotherapeute eveneens observaties en opmerkingen neerschrijven in het verpleegdossier van een bewoner.

De ergotherapeute houdt voor haarzelf bij wanneer ze met welke bewoner een activiteit gedaan heeft, en dit op een maandelijks lijst die dagelijks aangepast wordt.

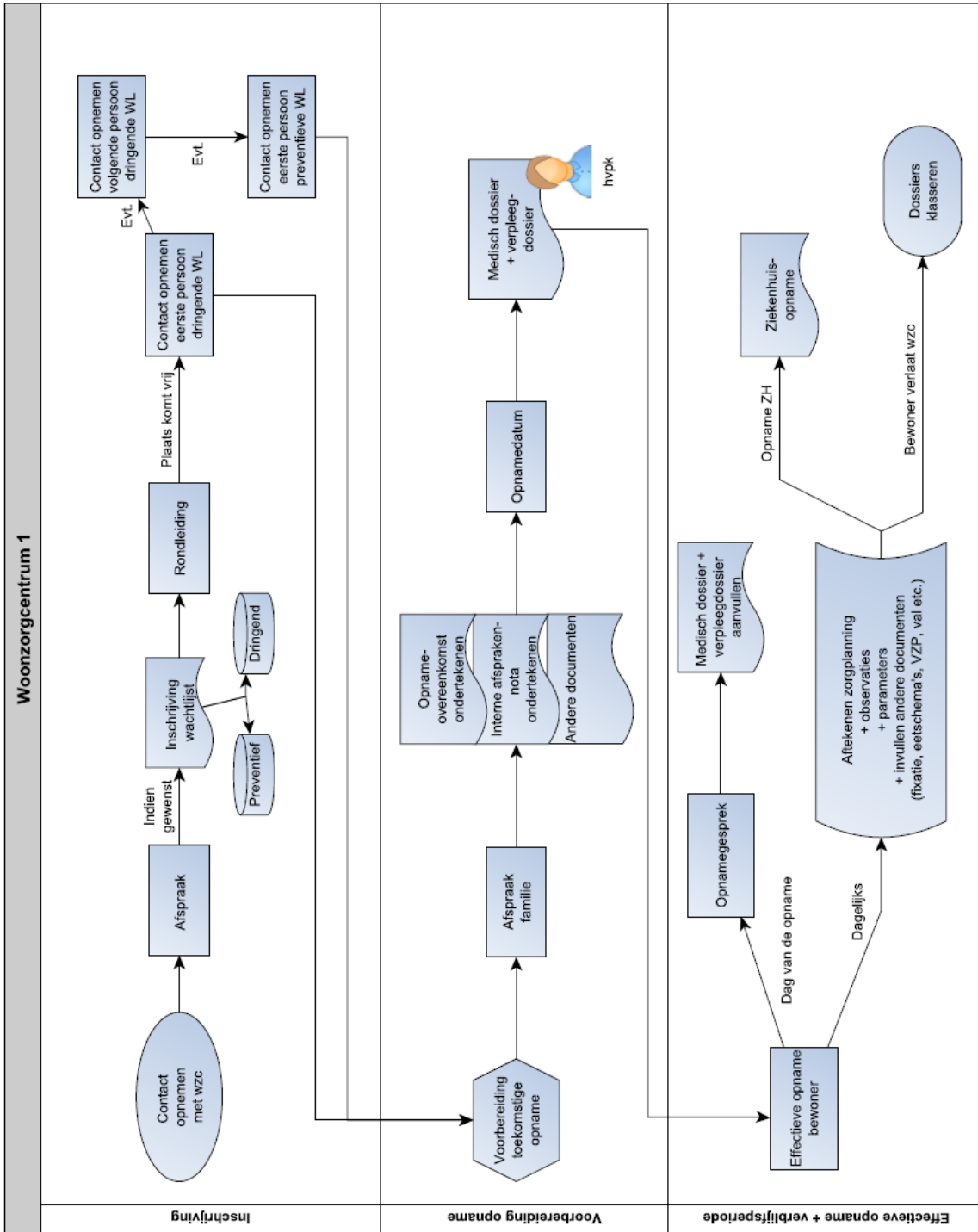
1.8 Dagelijkse zorg door animatiewerking

De animatie houdt voor elke activiteit een lijst bij met wie deelgenomen heeft. Daarnaast wordt ook genoteerd welke bewoner welke activiteit leuk vindt. Ook het neerschrijven van observaties en opmerkingen in het medisch dossier behoort tot het dagelijkse takenpakket van de animatie.

Om de drie maanden vindt er in het wzc een bewonersraad plaats. Het verslag wordt opgesteld door de kinesiste, de ergotherapeute of de animatiewerking.

1.9 Bewoner verlaat het woonzorgcentrum

Bij het verlaten van het wzc, door een overplaatsing of overlijden, klasseert de hoofdverpleegkundige het medisch dossier en het verpleegdossier. Alle documenten worden naar de kelder gebracht. Indien het een overlijden betreft, worden uiteraard volgende partijen gecontacteerd: de familie, de huisarts, de apotheek en de dienst waar eventueel een rolstoel gehuurd wordt.



Figuur 5 Procesbeschrijving woonzorgcentrum 1

Procesbeschrijving 'woonzorgcentrum 3'

Hieronder volgt de uitgeschreven procesbeschrijving van het derde woonzorgcentrum. Voor een schematische weergave van het omschreven systeem wordt verwezen naar figuur 6 op pagina 96.

3.1 Voorbereiding opname door sociale dienst

Een geïnteresseerde neemt contact op met het wzc. Dit kan de toekomstige bewoner zelf zijn, zijn familie of eventueel het ziekenhuis of de huisdokter. Er wordt zodoende een eerste afspraak gemaakt met het wzc. Tijdens dit gesprek wordt een inlichtingenformulier overlopen met de familie. Dit document biedt informatie omtrent de verblijfsformules, de dagprijs, de types van betalingen, de eventuele tussenkomst van de mutualiteit en ook informatie omtrent de inrichting van de kamers en de aangeboden maaltijden.

Indien gewenst, kan er tijdens het inlichtingengesprek meteen een inschrijving op de wachtlijst gebeuren. Het document 'aanvraag voor opname' wordt ingevuld in samenspraak met de familie en eventueel de toekomstige bewoner. Dit document omvat gegevens aangaande naam, voornaam, nationaliteit, geslacht, adres, geboortedatum en -plaats, herkomst¹⁶, huisarts en contactpersonen van de toekomstige bewoner. Eveneens wordt door de sociale dienst genoteerd wat de aanleiding is voor het inschrijven op de wachtlijst. Na dit inlichtingengesprek vindt er een uitgebreide rondleiding plaats doorheen het wzc.

Na het invullen van de nodige documenten, wordt de inschrijving op de wachtlijst geklasseerd op één van volgende wijzen: dringend of preventief. Als de inschrijving preventief is, en dus niet dringend, dan komt deze terecht op de gewone wachtlijst. Indien een persoon in het ziekenhuis verblijft op het moment van de inschrijving, dan wordt deze steeds geklasseerd als 'dringend'. Een belangrijke opmerking hierbij is dat een dringende inschrijving pas definitief is wanneer de sociale dienst de meest recente Katz-schaal ontvangen heeft.

De digitale registratie van de inschrijving op de wachtlijst vindt plaats indien alle benodigde documenten en informatie aanwezig zijn. De sociale dienst maakt een dossier aan in Geracc en er worden gegevens ingevoerd met betrekking tot het administratieve luik en de contactpersonen. De sociale dienst voert ook een kort verslag in van het inlichtingengesprek.

Na het inlichtingengesprek en een inschrijving op de wachtlijst, wordt de papieren aanmelding geklasseerd in de map van inschrijvingen.

Als er een plaats vrij komt, dan wordt de eerste persoon bovenaan de dringende wachtlijst gecontacteerd. Indien deze persoon de vrijgekomen plaats weigert, dan wordt zijn inschrijving naar de voorlopige wachtlijst overgebracht. De volgende persoon op de definitieve wachtlijst wordt dan

¹⁶ 'Herkomst' wordt in deze context gebruikt om aan te geven of de persoon in kwestie verblijft in het ziekenhuis, in een herstelverblijf, in een kortverblijf, in een ander woonzorgcentrum of momenteel nog thuis wonende is.

gecontacteerd. Indien er geen personen op de dringende wachtlijst beschikbaar zijn om de kamer in te vullen, dan wordt de eerste persoon op de preventieve wachtlijst gecontacteerd. Indien er uiteindelijk een potentiële bewoner gevonden wordt om de lege kamer in te vullen, wordt een tweede afspraak ingepland met de familie en eventueel de toekomstige bewoner.

De sociale dienst maakt ter voorbereiding van het gesprek een dossier aan. Belangrijkste onderdeel van dit dossier is een recente Katz-schaal. Indien de toekomstige bewoner in het ziekenhuis verblijft, neemt de hoofdverpleegkundige van de afdeling contact op met het ziekenhuis om de schaal te overlopen en na te gaan of deze nog correct is. Zo wordt bekeken of de persoon in kwestie op de juiste afdeling (open of gesloten) wordt opgenomen. Na goedkeuring van de hoofdverpleegkundige vindt dan het tweede gesprek tussen de familie en de sociale dienst plaats. Tijdens deze afspraak worden alle nodige documenten overlopen en ondertekend.

De afspraak heeft hoofdzakelijk als doel de opnameovereenkomst te overlopen en ondertekenen. Merk op dat deze overeenkomst voor elke nieuwe bewoner identiek is, op de naam van de bewoner, het kamertype, de opnamedatum¹⁷, de duurtijd van het verblijf en de dagprijs na. De opnameovereenkomst bevat het algemene, wettelijke deel van de opname. Het bevat alle gegevens, rechten en verplichtingen die de wet voorschrijft en die de betrokken partijen moeten naleven. De overeenkomst wordt opgemaakt in evenveel originelen als er partijen zijn.

Daarnaast ontvangt de familie eveneens een Europees domiciliëringsmandaat van de sociale dienst. Er wordt afgesproken wie de betalingen zal uitvoeren en wie de facturen, op welke wijze dan ook, wenst te ontvangen. Een interne afsprakennota wordt aan de familie of de bewoner overhandigd, zodat zij op de hoogte zijn van de inlichtingen en afspraken die van toepassing zijn op een verblijf in het woonzorgcentrum. Zelf geeft de afsprakennota aan dat het doel is "om een aantal richtlijnen op te sommen die dienen om de bewoner een comfortabel en veilig verblijf te verzekeren." De interne afsprakennota bevat onder andere richtlijnen in verband met de persoonlijke levenssfeer, de bezoeken, de maaltijden, de tijdsbesteding en de behandeling van suggesties en klachten.

Documenten betreffende telefoon- en internetaansluiting, sleutels wzc, brandveiligheid, brillen, hoorapparaten en gebitten, toestemming foto's, inventaris, persoonsbeschrijving en eventueel interne verhuis worden ook overlopen en ondertekend. Een document aangaande bijkomende opmerkingen bij opname wordt ingevuld en een formulier omtrent bijzondere lastgeving voor de bestelling van geneesmiddelen wordt ondertekend door de bewoner of zijn vertegenwoordiger. De sociale dienst bewaart al deze ingevulde documenten in het administratief dossier. Tot slot krijgt de familie een lijst mee van wat er meegebracht moet worden bij de opname.

Na de afspraak met de familie stuurt de sociale dienst een mail met informatie naar alle betrokken partijen. Zo worden bijvoorbeeld de hoofdverpleegkundige, de afdeling, de adjunct, de nachtdienst,

¹⁷ De opnamedatum wordt in samenspraak met de familie en de sociale dienst bepaald tijdens de tweede afspraak. Daarnaast wordt ook besproken wie het vervoer regelt van de toekomstige bewoner naar het woonzorgcentrum op de opnamedag.

de kinesist, de ergotherapeut, de logopedist, de apotheek, het kapsalon en de technische dienst op de hoogte gebracht via e-mail. Nadien maakt de sociale dienst een papieren dossier aan voor de afdeling van de nieuwe bewoner. Standaard zit in dit dossier een blanco van de volgende documenten: de diagnose, een journaal of dagboek, een communicatieblad huisarts, een lege Katz-schaal en een mapje met een blanco Code Beperking Therapie (CBT), een blanco registratieformulier palliatieve zorgen, een document aangaande de ontruiming van de kamer en een brief die overhandigd wordt aan de familie bij overlijden. Daarnaast voegt de sociale dienst ook volgende documenten toe aan het dossier: een ingevulde Katz-schaal, een kopie van de identiteitskaart, een ingevulde bewonersfiche, een opgemaakte persoonsbeschrijving en eventueel een kopie van het document aangaande een interne verhuis. Als alle documenten in het dossier aanwezig zijn, wordt dit in het bakje van de afdeling gelegd en dit ten laatste 24 uur voor de opname zal plaatsvinden.

3.2 Taken op de opnamedag door sociale dienst

Op de dag van de opname gaat de sociale dienst langs bij de nieuwe bewoner om deze welkom te heten. Daarnaast zet de sociale dienst een agendapunt in voor één week na de opnamedag. Het betreft het inplannen van een gesprek aangaande vroegtijdige zorgplanning en het contact opnemen met de betrokken partijen. Het gesprek vindt plaats na een verblijf van ongeveer zes à zeven weken.

3.3 Taken op de opnamedag door verpleegkundige

Op basis van het dossier dat de afdeling ontvangt van de sociale dienst, maakt een verpleegkundige twee nieuwe dossiers aan. Enerzijds wordt een medisch dossier opgesteld met de bewonersfiche, de diagnose, het journaal en een communicatieblad huisarts. Daarnaast wordt een ander, niet-medisch, dossier opgesteld met onder andere documenten betreffende fixatie, CBT, registratieformulier palliatieve zorgen, ontruiming kamer en brief overlijden. Elke bewoner krijgt ook een lege map toegewezen waar zijn naam op komt te staan. Hierin zit een kopie van zijn identiteitskaart, een opgemaakte persoonsbeschrijving en, indien het van toepassing is, een document aangaande een interne verhuis.

Wat betreft het medisch dossier: het document dat de diagnose van de bewoner beschrijft, wordt ingevuld door de huisarts wanneer deze de eerste keer langskomt in het wzc. Ook het blanco journaal in het medisch dossier wordt ingevuld door de huisarts. Het vervolledigen van dit document gebeurt doorheen het verblijf van de bewoner in het woonzorgcentrum. Het communicatieblad huisarts wordt vooraan in het medisch dossier geplaatst en hierop noteert de arts onder andere te melden problemen, voor te schrijven mediatie, een wijziging van de therapie en de datum van het volgende bezoek.

Naast de documenten die de arts invult, krijgt ook de ingevulde bewonersfiche een plaats in het medisch dossier. Aan de hand van dit document lezen de medewerkers zich in als voorbereiding van een opname. De ingevulde Katz-schaal die de afdeling van de sociale dienst heeft ontvangen, wordt ook in het medisch dossier geplaatst. Op de dag van de opname wordt de score echter steeds opnieuw bepaald. Nadat de nieuwe score bepaald is, wordt de bewoner op 'actief' gezet in Geracc en zodoende wordt ook de vernieuwde Katz-schaal digitaal ingevoerd.

Elke nieuwe bewoner brengt een medicatiefiche mee op de dag van de opname. Deze lijst wordt eveneens geklasseerd in het medisch dossier. Daarnaast wordt de fiche ook ingevoerd in Geracc op de opnamedag.

Tot slot gaat een verpleegkundige op de opnamedag ook na of er regelingen getroffen dienen te worden met de kapper of de pedicure. Daarnaast wordt de keuken op de hoogte gebracht van eventuele voedselallergieën en wordt de ergotherapeut verwittigd van het feit of de nieuwe bewoner al dan niet wenst deel te nemen aan de georganiseerde activiteiten. Indien de bewoner slikproblemen heeft, wordt ook de logopedist gecontacteerd door een verpleegkundige.

Enkele dagen na de opname worden voor elke nieuwe bewoner aandachtspunten ingegeven in Geracc. Uit deze aandachtspunten vloeien de handelingen voort die verpleegkundigen en zorgkundigen moeten stellen bij de bewoner in kwestie. Voor de verscheidene werkshiften wordt aangeduid welke zorg vereist is op het vlak van wassen, toiletbezoeken, aan- of uitkleden, eten, verplaatsen, belangrijke parameters en andere aandachtspunten. Zodoende ontstaat er een planning met handelingen die aangeeft welke medische en verzorgende activiteiten het personeel moet stellen gedurende het verblijf van een bewoner.

3.4 Dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen

Alvorens de verpleegkundigen en zorgkundigen starten met de dagelijkse zorg van de bewoners, vindt er een mondelinge briefing plaats. Deze briefing gebeurt op basis van de ingevoerde data in het dag- en nachtboek van Geracc. Het personeel vult zelf het dagboek in op het einde van de werkdag. Verpleegkundigen en zorgkundigen geven dan observaties en opmerkingen in voor elke bewoner in het dag- of nachtboek. Deze observaties hebben ze gedurende hun werkdag schriftelijk genoteerd en op het einde van de shift worden deze dan digitaal ingegeven. Voorbeelden van observaties zijn afwijkende parameters of bijzonder gedrag dat vastgesteld wordt bij een bewoner. Medische observaties worden steeds ingegeven door een adjunct hoofdverpleegkundige. Het gaat hier bijvoorbeeld over medicatie die aan een bewoner wordt toegediend, maar waar geen voorschrift voor vereist is (bv. Dafalgan®). Naast het invoeren van observaties kan een verpleegkundige ook wijzigingen doorvoeren met betrekking tot de parameters die van een bewoner genomen moeten worden. Ze kijkt dan meer in detail of het nog noodzakelijk is om bepaalde parameters op te volgen en of er bijkomende parameters opgevolgd dienen te worden. Eventuele veranderingen worden doorgevoerd aan de hand van de aandachtspunten, daar deze automatisch gekoppeld zijn aan de uit te voeren handelingen.

Het dag- en nachtboek wordt afgedrukt vanuit Geracc en, zoals hierboven vermeld, gebeurt de briefing op basis hiervan. Deze vindt plaats van de vorige shift naar de toekomstige shift. Gedurende deze briefing worden de observaties van alle bewoners mondeling overlopen en bijzonderheden worden gemeld aan de personeelsleden van de volgende shift. De mondelinge briefing vindt drie keer per dag plaats: het zorgpersoneel van de nachtshift brieft naar de vroege shift, die op haar beurt dan weer brieft naar de medewerkers van de late shift. Die laatste groep brieft tot slot naar de aankomende nachtshift. De afgedrukte gegevens uit het dag- en nachtboek worden geklasseerd in een map. Zodoende kunnen de gegevens ten alle tijden geraadpleegd worden. Medewerkers van

het wzc geven aan dat dit voornamelijk gebruikt wordt als een personeelslid de dag voordien niet gewerkt heeft. Het afgedrukte dag- en nachtboek van de dag ervoor wordt dan geraadpleegd in de map.

Na de briefing gaat het personeel van start met de dagelijkse verzorging van de bewoners. Belangrijk is dat verpleegkundigen en zorgkundigen per bewoner de toegediende zorghandelingen aftekenen in Geracc. Het personeel geeft aan dat het aftekenen van de geleverde prestaties plaatsvindt op het einde van de shift.

Naast de digitale registratie van de uitgevoerde handelingen, moeten de verpleegkundigen ook hun geleverde prestaties op de verpleegplanning aftekenen. Op basis van de ingegeven aandachtspunten enkele dagen na de opname, wordt wekelijks een verpleegplanning opgesteld. Dit is een document dat elke zondag afgedrukt wordt voor de week die volgt. De planning bevat de verpleegkundige handelingen die bij elke bewoner gesteld moeten worden doorheen de week. Wijzigingen die doorheen de week optreden, worden bij op de planning genoteerd.

Verpleegkundigen en zorgkundigen nemen ook regelmatig, of zelfs dagelijks in sommige gevallen, de waarde op van bepaalde parameters. Tijdens de zorg worden deze waarden op papier genoteerd, zodat die na de verzorging ingegeven kunnen worden in Geracc en op de verpleegplanning.

Een belangrijke administratieve taak van verpleegkundigen die dagelijks aan bod komt, is het registreren van allerhande handelingen omtrent medicatie in Geracc. Het verpleegkundig personeel van de nachtshift zet de medicatie klaar voor de dag die volgt en tekent dit per soort en per bewoner af. De vroege shift controleert de klaargezette medicatie die gegeven dient te worden gedurende de shift en tekent opnieuw alles af. De late shift controleert de medicatie die zij moeten toedienen gedurende hun werkdag en ze tekenen dit eveneens af. Bij het toedienen van medicatie wordt ten slotte ook elke soort per bewoner afgetekend. Indien een bewoner zijn medicatie niet heeft ingenomen, dan wordt dit ook zo geregistreerd in de computer en dan wordt er niet afgetekend voor toediening. Er is dus een registratie vereist bij het klaarzetten van medicatie, het controleren ervan en tot slot ook bij toediening. Indien foute medicatie klaargezet of toegediend wordt, dan moet dit eveneens geregistreerd worden in Geracc.

Naast het klaarzetten, controleren en toedienen van medicatie, behoort het bestellen van medicatie eveneens tot het takenpakket van de verpleegkundigen. Op basis van voorschriften van een arts, wordt er medicatie besteld door een verpleegkundige. Op de afdeling ligt een map met voorschriften en deze worden normaliter elke woensdag doorgegeven aan de apotheek. Daarnaast kan er ook tussentijds medicatie besteld worden als dit dringend is. Verpleegkundigen kunnen ook medicatie bestellen waarvoor geen voorschrift vereist is.

De verscheidene opties omtrent fixatie worden geregistreerd door een verpleegkundige aan de hand van een document dat in het niet-medisch dossier zit. Dit kan reeds gebeuren op de dag van de opname indien het dan noodzakelijk is. Daarnaast kunnen er altijd beperkende maatregelen ingevoerd worden doorheen het verdere verblijf van de bewoner. Voor de opstart van fixerende middelen is het opgeven van een reden noodzakelijk. Daarnaast is het ook essentieel dat de familie van de bewoner gecontacteerd wordt alvorens de aanvang van de fixatie. Het document voor de

opstart moet ondertekend worden door de huisarts en de familie van de bewoner. Nadien wordt er op bepaalde tijdstippen een evaluatie van de beperkende maatregelen gedaan. Zo wordt er nagegaan of de fixatie effectief is en of deze nog wenselijk is. Aanpassingen kunnen nadien doorgevoerd worden via het document betreffende fixatie in het niet-medisch dossier.

Na een verblijf van zes à zeven weken in het wzc wordt een gesprek omtrent vroegtijdige zorgplanning ingepland. Het thema van dit gesprek is het levenseinde van de bewoner. Bij dit gesprek zijn volgende personen aanwezig: eventueel de bewoner zelf, de sociale dienst, de familie van de bewoner, een zorgkundige of verpleegkundige, de hoofdverpleegkundige of een adjunct en eventueel de huisarts. Bepaalde zaken worden gedurende deze bespreking op papier gezet of digitaal ingegeven. Zo wordt onder andere het document betreffende de CBT uit het niet-medisch dossier ingevuld.

Indien een bewoner gedurende zijn periode in het wzc ten val komt, dient er zo snel mogelijk een ongevallenformulier ingevuld te worden. De valmelding kan geregistreerd worden door een verpleegkundige of zorgkundige. Concreet dient er genoteerd te worden hoe de val gebeurd is en wat de diagnose is nadien. Afhankelijk van de ernst van de val, wordt de huisdokter en/of de familie gecontacteerd.

Ingeval bij een resident van het wzc een wonde ontstaat, dient een wondzorgblad te worden ingevuld door een verpleegkundige. Dit document is blanco terug te vinden in het wondzorgboek. De fiche omvat alle details van de wond, zoals: de start van de wondzorg, het type wond, de plaats, een beschrijving qua kleur, grootte, diepte en de frequentie van de verzorging. Daarnaast is er ook ruimte voorzien voor observaties omtrent de wonde. Hier wordt ook de evaluatie van de wond – en de verzorging ervan – neergeschreven, totdat deze volledig genezen is. De evolutie van de wond en de nodige verzorging wordt eveneens op de verpleegplanning genoteerd, zodat de verpleegkundige van dienst steeds weet welke verzorging er nodig is. Merk op dat alle documenten betreffende wonden op papier zijn en dus niet digitaal ingevoerd worden.

Indien een bewoner moet opgenomen worden in het ziekenhuis, is het belangrijk dat een dossier wordt aangemaakt omtrent de ziekenhuisopname. Er wordt vermeld wat de datum en het uur van opname is en welke de reden is voor de opname. Daarnaast wordt de bewonersfiche geraadpleegd om na te gaan welke de contactpersonen zijn. Deze worden ook allemaal opgelijst in het ziekenhuisdossier. In het dossier wordt eveneens een lijst opgenomen van hulpmiddelen¹⁸ die de bewoner heeft meegenomen naar het ziekenhuis. Daarnaast wordt er ook een mail verstuurd naar alle medewerkers voor wie deze informatie nuttig kan zijn en de bewoner wordt ook op 'inactief' gezet in Geracc. De bewoner die naar het ziekenhuis gaat, krijgt een aantal documenten met zich mee, die klaargelegd worden door een verpleegkundige. Het gaat hier bijvoorbeeld om een recente medicatielijst. Bij terugkomst uit het ziekenhuis wordt het dossier van de ziekenhuisopname aangevuld. De bewoner die terugkeert vanuit het ziekenhuis krijgt een verslag mee en dit wordt geklasseerd in zijn medisch dossier in het woonzorgcentrum. Er wordt opnieuw een mail verstuurd

¹⁸ Het gaat hier bijvoorbeeld om een bril of een vals gebit.

naar alle belanghebbenden en de bewoner krijgt terug de status van 'actief' in Geracc. Tot slot wordt ook het medicatieplan aangepast door een verpleegkundige indien dit nodig is. Aanpassingen aan het medicatieplan kunnen trouwens plaatsvinden doorheen het hele verblijf van een bewoner. Het is niet noodzakelijk zo dat een bewoner hiervoor eerst naar het ziekenhuis gaat. Na elk bezoek van een arts kan het medicatieplan wijzigen. Verpleegkundigen voeren deze veranderingen steeds onmiddellijk door.

Het document betreffende palliatieve zorgen dat blanco in het niet-medisch dossier zit, wordt ingevuld op het moment dat dit nodig is. Het kan zodoende op elk moment ingevuld worden.

Het evalueren van de Katz-scores, en deze vervolgens aanpassen in het medisch dossier, en het bijwerken van de aandachtspunten voor elke bewoner zijn ook administratieve taken die de verpleegkundigen regelmatig uitvoeren. Deze activiteiten worden ongeveer vierwekelijks volbracht.

Zorgkundigen nemen de bestellingen van de keuken voor hun rekening. Dit wil zeggen dat ze elk weekend bijvoeding of melk bestellen als dit nodig is. Daarnaast voeren ze ook bestellingen door op het vlak van dranken voor bewoners die geen familie hebben. Ze lijsten alle bestellingen op papier op en geven die vervolgens door naar de juiste afdeling. Bestellingen van bijvoeding worden doorgegeven naar de technische dienst en orders van melk en dranken worden overhandigd aan de keuken.

Tot slot regelen zorgkundigen en verpleegkundigen ook het vervoer van de bewoners. Het gaat hier bijvoorbeeld over een verplaatsing van het wzc naar het ziekenhuis om een scan te laten nemen. Er wordt een afspraak gemaakt door de afdeling en er wordt gezocht naar het juiste vervoersmiddel.

3.5 Niet-dagelijkse taken van (adjunct-)hoofdverpleegkundige

De hoofdverpleegkundige voert een belangrijke administratieve taak uit omtrent de personeelsadministratie. Zo stelt ze maandelijks de uurroosters op voor de verpleegkundigen en zorgkundigen. Ze probeert bij het opstellen rekening te houden met de wensen van de medewerkers, die doorgegeven worden voor de start van de maand die vooraf gaat aan de maand waarvoor ze het rooster opstelt. De hoofdverpleegkundige probeert het uurrooster te vervolledigen voor het midden van de maand die voorafgaat aan de maand waarvoor het rooster van kracht is. Bij ziekte of verandering van shift, zorgt de hoofdverpleegkundige voor een aanpassing van het uurrooster.

Nog in verband met personeelsadministratie: het goedkeuren of afwijzen van verlofaanvragen van het verpleegkundig en zorgkundig personeel behoort tot het takenpakket van de hoofdverpleegkundige. Let wel dat ze de verwerking en doorvoering van de verlofaanvragen in de uurroosters enkel volbrengt voor de eigen afdeling.

Driemaandelijks wordt op elke afdeling een Multidisciplinair Overleg (MDO) georganiseerd waarbij telkens een dertigtal bewoners uitgebreid besproken worden. Het is een medische groepsbespreking met onder andere de volgende aanwezigen: de ergotherapeute, een verpleegkundige, de hoofdverpleegkundige en de CRA. De hoofdverpleegkundige plant het overleg in, met name moet ze eerst nagaan wie wanneer werkt. Op basis daarvan wordt dan een tijdstip afgesproken. Tijdens de

bespreking noteert iemand het verslag rechtstreeks in het dagboek van Geracc. Daarna wordt dit afgedrukt zodat iedereen het verslag van het overleg kan lezen.

Elke maand wordt een diensthoofdvergadering georganiseerd waar alle hoofdverpleegkundigen op aanwezig zijn. Het verslag van dit overleg wordt steeds opgesteld door dezelfde hoofdverpleegkundige. Daarnaast wordt er ook maandelijks een vergadering georganiseerd met alle hoofdverpleegkundigen en de adjunct-hoofdverpleegkundigen. Het verslag wordt nadien opgemaakt door een adjunct. Elke maand wordt er daarenboven ook een overleg gepland met alle hoofdverpleegkundigen en de zorgmanager van het wzc.

Daarnaast vindt er om de drie maanden een bewonersvergadering plaats, waar de bewoners en hun familie opmerkingen en andere feedback ten aanzien van het wzc kunnen geven. De hoofdverpleegkundige bereidt dit overleg voor en ze maakt ook nadien het verslag op. Het is de hoofdverpleegkundige die hiervan een verslag opmaakt. Wekelijks of maandelijks wordt bovendien ook een brief opgesteld door de hoofdverpleegkundige met een aantal mededelingen die van belang kunnen zijn voor de bewoners, hun familie of het personeel.

Het organiseren van bijscholingen en vormingen voor het personeel is tot slot ook een administratieve taak die de hoofdverpleegkundige regelmatig uitvoert.

3.6 Dagelijkse zorg door kinesiste

De bewoners van het woonzorgcentrum kunnen op voorschrift van een arts een kinesitherapiebehandeling krijgen. De voorschriften die afkomstig zijn van een arts worden door de kinesiste geregistreerd in Geracc. Als de arts geen voorschrift heeft aangemaakt, dan maakt de kinesiste zelf een voorschrift aan in het softwareprogramma. De meerderheid van de residenten krijgt een behandeling op basis van een eigen aangemaakt voorschrift door de kinesiste.

Op basis van een kinesitherapievoorschrift, al dan niet uitgeschreven door een arts, stelt de kinesiste vervolgens een behandelingsplan op, inclusief de doelen die ze voor ogen heeft voor elke bewoner. Dit plan wordt ingegeven in Geracc. Nadien is het de bedoeling dat de kinesiste elke uitgevoerde behandeling registreert, inclusief datum. Op basis van het ingegeven behandelingsplan kan ze zo de behandelingen en de evolutie ervan in de gaten houden.

Net zoals de verpleegkundigen en zorgkundigen dat dagelijks doen, vult ook de kinesiste het dagboek in op het einde van de werkdag. Ze geeft dan bijzonderheden in voor elke bewoner in Geracc.

3.7 Dagelijkse zorg door ergotherapeute

De ergotherapeute van het woonzorgcentrum geeft in Geracc de uitgevoerde behandelingen of voltooide activiteiten in. Daarnaast vult ze ook na elke werkshift het dagboek aan.

Verder behoren ook de volgende administratieve activiteiten tot het takenpakket van de ergotherapeute: een lijst bijhouden van de rolstoelen en rollators die aanwezig zijn in het woonzorgcentrum en wie de eigenaar is, aanvragen in orde brengen omtrent rolstoelen en rollators,

huurcontracten voltooien met de thuiszorgwinkel aangaande rolstoelen en rollators en tot slot de thuiszorgwinkel contacteren om een rolstoel of rollator op te halen bij een overlijden.

3.8 Dagelijkse zorg door animatiewerking

De animatie maakt maandelijks een lijst op van de geplande activiteiten en ze registreert deze in het softwareprogramma. Daarnaast geeft de animatie voor elke voltooide activiteit in welke bewoners aanwezig waren. Tot slot mag de animatie ook eventuele observaties of andere bemerkingen invoeren in het dagboek van Geracc.

3.9 Bewoner verlaat wzc

Als een resident tijdens een definitieve opname het wzc toch wenst te verlaten, dan dient er een opzegbrief verstuurd te worden naar de sociale dienst. De laatste moet deze brief ondertekenen alvorens de overplaatsing kan doorgaan. De sociale dienst stuurt dan een groepsmail uit om iedereen te verwittigen over het ontslag en tot slot wordt de status van het dossier in Geracc aangepast.

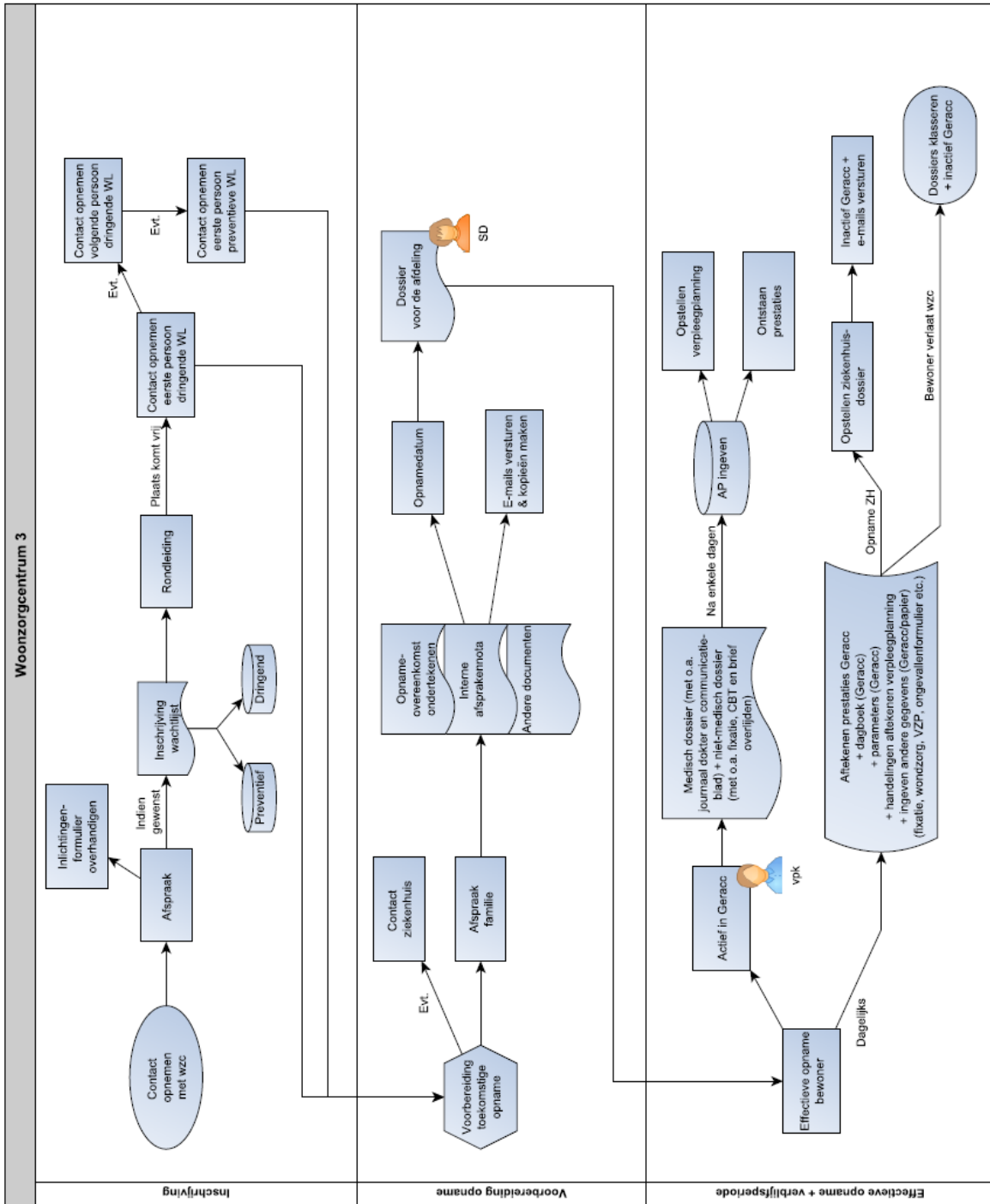
Als een bewoner het wzc verlaat, al dan niet door overlijden, dan krijgt de familie vijf dagen de tijd om de kamer te ontruimen. Na deze periode vult een verpleegkundige het document betreffende de ontruiming van de kamer¹⁹ in. Dit formulier fungeert als een checklist om na te gaan of alle meubels en sleutels nog in de kamer aanwezig zijn. De (adjunct-)hoofverpleegkundige doet een laatste controle nadat de kamer ontruimd werd en de checklist ingevuld werd.

Bij het overlijden van een bewoner worden door een verpleegkundige allerhande documenten verzameld die een arts moet invullen. Het betreft hier onder andere de overlijdensakte. De familie van de overleden bewoner wordt zo snel mogelijk gecontacteerd. Daarna stuurt een verpleegkundige van dienst een e-mail uit naar het hele wzc om iedereen op de hoogte te brengen van het overlijden. De brief betreffende een overlijden²⁰ wordt overhandigd aan de nabestaanden.

De hoofdverpleegkundige gaat na of alle dossiers van de bewoner in kwestie compleet zijn en volledig ingevuld werden en of de juiste documenten overhandigd worden aan de sociale dienst. Daarna worden de papieren dossiers geklasseerd in een kartonnen archiefmap in de kast. De bewoner wordt in Geracc op 'inactief' gezet.

¹⁹ Herinner dat dit document onderdeel is van het niet-medisch dossier.

²⁰ Herinner dat dit document onderdeel is van het niet-medisch dossier.



Figuur 6 Procesbeschrijving woonzorgcentrum 3

Procesbeschrijving 'woonzorgcentrum 4'

Hieronder volgt de uitgeschreven procesbeschrijving van het vierde woonzorgcentrum. Voor een schematische weergave van het omschreven systeem wordt verwezen naar figuur 7 op pagina 102.

4.1 Voorbereiding opname door sociale dienst

Een geïnteresseerde neemt contact op met het wzc. Dit kan de toekomstige bewoner zelf zijn, zijn familie of eventueel het ziekenhuis of de huisdokter. Er wordt zodoende een eerste afspraak gemaakt met het wzc. Tijdens dit gesprek wordt een inlichtingenformulier overlopen met de familie. Dit document biedt informatie omtrent de verblijfsformules, de dagprijs, de types van betalingen, enzoverder. Daarnaast vindt er eveneens een uitgebreide rondleiding plaats doorheen het wzc.

Indien gewenst, kan er tijdens het inlichtingengesprek meteen een inschrijving op de wachtlijst gebeuren. Intekenen voor een plaats in dit wzc kan alleen indien het gaat om een dringende inschrijving. Een preventieve wachtlijst wordt niet bijgehouden; de sociale dienst geeft aan dat er genoeg dringende kandidaten zijn. Deze zijn meestal afkomstig vanuit een ziekenhuis.

Om een dringende inschrijving te voltooien, wordt een document ingevuld dat volgende gegevens omvat: naam en adres van de toekomstige bewoner en gegevens van de contactpersonen.

Als er een plaats vrij komt, dan wordt de eerste persoon bovenaan de dringende wachtlijst gecontacteerd. Indien deze omwille van omstandigheden niet wil of kan komen, dan wordt de volgende op de lijst gecontacteerd. Dit gaat zo door tot er een kandidaat gevonden wordt om de vrije plaats in te vullen. Er wordt vervolgens een afspraak ingepland met de toekomstige bewoner en zijn familie. Tijdens dit intakegesprek worden de contracten ondertekend. Daarnaast wordt, in samenspraak met de toekomstige bewoner en de familie, een levensloopvragenlijst ingevuld. Dit document bevat vooreerst de algemene gegevens van de bewoner zoals naam, roepnaam, geboorteplaats, burgerlijke staat, gezinssituatie, spreektaal, geloofsovertuiging, genoten opleiding, beroep en huidige verblijfplaats. Verder wordt ook informatie ingevuld met betrekking tot de contactpersonen, de reden van opname, de huisarts, de fysieke toestand, de psychische toestand, de medicatie, de nodige verzorging, de dagelijkse gewoonten, vrijheidbeperkende maatregelen, de persoonlijkheid, vrijetijdsbesteding, slaapgewoonten, rookgedrag en voeding. Het handgeschreven document wordt in het bewonersdossier van de toekomstige bewoner geplaatst en dit dossier wordt afgegeven aan, en vervolgens bewaard in, de verpleegpost. Er wordt tot slot nog een document toegevoegd voor communicatie met de huisarts. Na ieder bezoek schrijft de arts de diagnose van de bewoner neer en andere informatie die relevant kan zijn voor het personeel van het wzc.

De sociale dienst voert de geschreven levensloopvragenlijst daarna digitaal in. Er wordt een bewonersdossier aangemaakt in Care Solutions. Daarnaast wordt de basis van het zorgdossier, ook zorgplanning genoemd, opgesteld. De familie dient deze planning te ondertekenen voor akkoord. Een digitale versie van de zorgplanning wordt via e-mail doorgegeven aan de hoofdverpleegkundige van de afdeling waar de bewoner een kamer zal krijgen. De sociale dienst voert de planning ook in Care Solutions in. Op basis hiervan weet het personeel vervolgens welke handelingen wanneer nodig zijn voor een goede verzorging van de toekomstige bewoner. Het zorgdossier kan altijd aangepast

worden op de afdeling indien dit nodig is. Meer concreet omvat dit dossier bijvoorbeeld of de persoon een inspuiting moet krijgen, welke parameters opgevolgd dienen te worden of wanneer een bewoner gewassen wordt of in bad gaat.

Tot slot voert sociale dienst reeds de Katz-score in van de toekomstige bewoner in Care Solutions alvorens de bewoner effectief opgenomen wordt in het wzc.

4.2 Voorbereiding opname door hoofdverpleegkundige

Voor een nieuwe bewoner toekomt, maakt de hoofdverpleegkundige een samenvatting van de ontvangen levensloopvragenlijst. Ze voert deze samenvatting digitaal in. Daarna print ze de samenvatting af en legt ze deze uit in de verpleegpost.

Omdat de bewoner nog geen kamernummer heeft, wordt de samenvatting bij 'algemene registraties' geplaatst in het dagboek van Care Solutions. Dit dagboek wordt uitgebreid besproken tijdens de mondelinge briefing²¹. Op die manier is het personeel op de hoogte van de komst van een nieuwe bewoner.

4.3 Taken op de opnamedag door hoofdverpleegkundige

Op de dag van de opname gaat de hoofdverpleegkundige langs om de nieuwe bewoner welkom te heten. Daarnaast belt ze de huisarts om te melden dat de persoon vandaag opgenomen is in het wzc en indien nodig vraagt ze aan de arts om langs te komen. Een bewoner die uit het ziekenhuis komt, heeft een ziekenhuisdossier bij. De hoofdverpleegkundige doorloopt dit dossier, maar ze is vaak van de meerderheid reeds op de hoogte.

Eveneens voert de hoofdverpleegkundige de medicatiefiche die de bewoner bij zich heeft in de computer in. De fiche kan afkomstig zijn van de thuisverpleging, van het ziekenhuis of van de huisarts. Daarna belt ze naar de apotheek om meteen de medicatie van de nieuwe bewoner te bestellen.

Op de opnamedag stelt de hoofdverpleegkundige een verpleegkundige aan die extra aandacht zal besteden aan de nieuwe bewoner. Elke verpleegkundige heeft een tiental aandachtspersonen. Op de dag van de opname gaat de verpleegkundige in kwestie langs om haarzelf voor te stellen. Daarnaast is ze ook verantwoordelijk voor het verder in orde brengen van het zorgdossier. De hoofdverpleegkundige wijst ook aan iedere zorgkundige een aandachtspersoon toe. Zodoende vervolledigen de zorgkundige en verpleegkundige het zorgdossier samen. De verpleegkundige focust meer op het medische luik en de zorgkundige legt de nadruk op de comfortzorg van de nieuwe bewoner.

4.4 Dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen

²¹ Hierop wordt nog verder ingegaan in het luik '4.4 Dagelijkse zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen'.

Het personeel van de nachtshift drukt tijdens de werkshift een document af dat de hoofdverpleegkundige heeft opgesteld. Dit document geeft een overzicht van alle bewoners per afdeling, inclusief het zorgprofiel en de namen van de aandachtspersonen. Daarnaast vermeldt het document eveneens welke bewoner op welke dag in het bad of de douche gaat, welke zorgen elke bewoner nodig heeft en welke bewoners afwezig zijn wegens een opname in het ziekenhuis. Dit document wordt elke dag in de kافت 'dagplanning' geplaatst die in de verpleegpost ligt. Het personeel kan zodoende dit document raadplegen. De hoofdverpleegkundige geeft aan dat het voornamelijk nieuwe medewerkers zijn die de dagplanning raadplegen.

Alvorens de verpleegkundigen en zorgkundigen starten met de dagelijkse zorg van de bewoners, vindt er een mondelinge briefing plaats van de vorige shift naar de eerstvolgende shift. De briefing gebeurt aan de hand van de ingevoerde observaties in het dag- of nachtboek. Het personeel vult zelf het dagboek in tijdens hun werkdag. Verpleegkundigen en zorgkundigen geven dan registraties in voor een bewoner in het dag- of nachtboek via smartphones en tablets die voorhanden zijn in het wzc. Voorbeelden van observaties zijn afwijkende parameters of bijzonder gedrag dat vastgesteld wordt bij een bewoner. Gedurende de briefing worden de observaties van alle bewoners mondeling overlopen en bijzonderheden worden gemeld aan de personeelsleden van de volgende shift. Enerzijds worden er algemene zaken besproken, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van een nieuwe baddoek. Anderzijds worden de specifieke registraties per kamernummer overlopen. De mondelinge briefing vindt drie keer per dag plaats: het zorgpersoneel van de nachtshift brieft naar de vroege shift, die op haar beurt dan weer brieft naar de medewerkers van de late shift. Die laatste groep brieft tot slot naar de aankomende nachtshift.

Na de briefing gaat het personeel van start met de dagelijkse verzorging van de bewoners. De zorgplanning wordt in dit wzc niet afgedrukt vanuit het softwareprogramma. Het personeel kan de planning wel digitaal raadplegen indien ze dit wensen. Belangrijk is dat verpleegkundigen en zorgkundigen per bewoner de toegediende zorghandelingen aftekenen in Care Solutions. Omdat er in dit wzc smartphones en tablets aanwezig zijn, kan het personeel de handelingen eenvoudig aftekenen bij het verlaten van elke kamer.

Verpleegkundigen en zorgkundigen nemen ook regelmatig, of zelfs dagelijks in sommige gevallen, de waarde op van bepaalde parameters. Tijdens de zorg worden deze waarden meteen ingegeven in Care Solutions. Na haar shift kan een verpleegkundige of zorgkundige in Care Solutions eventuele wijzigingen invoeren met betrekking tot de parameters die van een bewoner genomen worden. Er wordt bijvoorbeeld in meer detail bekeken of er bijkomende parameters genomen dienen te worden of indien het niet meer noodzakelijk is om bepaalde parameters op te volgen. Eventuele veranderingen worden doorgevoerd aan de hand van de zorgplanning. Ook andere veranderingen aan de dagelijkse zorg van de bewoner worden regelmatig doorgevoerd via de zorgplanning. Deze planning wordt tevens standaard om de drie maanden vernieuwd, ongeacht de veranderingen die tussendoor plaatsvinden.

Een belangrijke administratieve taak van verpleegkundigen die dagelijks aan bod komt, is het registreren van allerhande handelingen omtrent medicatie in Care Solutions. Het verpleegkundig personeel van de nachtshift zet de medicatie klaar voor de dag die volgt en tekent dit per soort en

per bewoner af. De vroege shift controleert de klaargezette medicatie die gegeven dient te worden gedurende de shift en tekent opnieuw alles af. De late shift controleert de medicatie die zij moeten toedienen gedurende hun werkdag en ze tekenen dit eveneens af. Bij het toedienen van medicatie wordt ten slotte ook elke soort per bewoner afgetekend. Indien een bewoner zijn medicatie niet heeft ingenomen, dan wordt dit ook zo geregistreerd in de computer en dan wordt er niet afgetekend voor toediening. Er is dus een registratie vereist bij het klaarzetten van medicatie, het controleren ervan en tot slot ook bij toediening. Indien foute medicatie klaargezet of toegediend wordt, dan moet dit eveneens geregistreerd worden in Care Solutions. Een foute toediening wordt ook ingegeven als registratie in het dagboek.

Naast het klaarzetten, controleren en toedienen van medicatie, behoort het bestellen van medicatie eveneens tot het takenpakket van de verpleegkundigen. Normaliter drukt een verpleegkundige voorafgaand aan het bezoek van een arts voorschriften af vanuit de medicatiefiche. De voorschriften worden vervolgens in het postvak van de arts gelegd. Bedoeling is dan dat de arts in kwestie de voorschriften ondertekent tijdens zijn eerstvolgende bezoek, zodat de voorschriften doorgestuurd kunnen worden naar de apotheek. Daarnaast kan een arts ook een voorschrift voor nieuwe medicatie opmaken tijdens zijn bezoek. Hij tekent het voorschrift dan onmiddellijk.

Elke woensdag wordt er door een verpleegkundige robotmedicatie²² besteld bij de apotheek op basis van de ondertekende voorschriften. Daarnaast wordt er ook medicatie besteld die niet in de robot zit of waarvoor geen voorschrift vereist is. Verpleegkundigen gaan zelf na wanneer het nodig is om dit laatste type van medicatie bij te bestellen.

De verscheidene opties omtrent beperkende maatregelen, ook fixatie genoemd, worden ingegeven in Care Solutions door de verpleegkundigen. Dit kan reeds gebeuren op de dag van de opname indien het dan noodzakelijk is. Daarnaast kunnen er altijd beperkende maatregelen ingevoerd worden doorheen het verdere verblijf van de bewoner. Voor de opstart van fixerende middelen is het opgeven van een reden noodzakelijk. Daarnaast is het ook essentieel dat de familie van de bewoner gecontacteerd wordt alvorens de aanvang van de fixatie. Nadat alle gegevens in Care Solutions ingegeven zijn, wordt er een meldingsfiche afgedrukt en deze fiche dient ondertekend te worden door een verpleegkundige, de huisarts en de familie van de bewoner. Een verpleegkundige legt het document in kwestie in het postvak van de arts, zodat die de documenten in kwestie kan ondertekenen bij zijn eerstvolgende bezoek. Nadien wordt er op bepaalde tijdstippen een evaluatie van de beperkende maatregelen in Care Solutions gedaan. Zo wordt er nagegaan of de fixatie effectief is en of deze nog wenselijk is.

²² Deze medicatie wordt per bewoner en per tijdstip in een zakje geleverd door de apotheek. Merk op dat niet alle medicatie in de robot geplaatst kan worden. Als een bewoner bijvoorbeeld een half pilletje moet nemen, dan zit dit niet in het geleverde zakje. Het is noodzakelijk dat de zakjes goed gecontroleerd worden en dat de medicatie die niet in het zakje zit, nog toegevoegd wordt.

Na een verblijf van enkele weken²³ in het wzc wordt een gesprek omtrent vroegtijdige zorgplanning aangegaan. Het thema van dit gesprek is het levenseinde van de bewoner. Het initiatief gaat uit van een verpleegkundige die in de palliatieve werkgroep zit. Bij het gesprek zijn ook de familie van de bewoner en de huisarts aanwezig. Bepaalde zaken worden na deze bespreking digitaal ingegeven in Care Solutions. Meer bepaald wordt het luik 'behandelingsrichtlijnen' ingevuld. Hiervan wordt een fiche afgedrukt dat door de huisarts ondertekend dient te worden. Daarna komt dit document terecht in het papieren bewonersdossier.

Indien een bewoner gedurende zijn periode in het wzc ten val komt, dient er zo snel mogelijk een valregistratie aangemaakt te worden in Care Solutions. De valmelding kan geregistreerd worden door een verpleegkundige of zorgkundige. Concreet dient er ingegeven te worden hoe de val gebeurd is, van welke hulpmiddelen de bewoner gebruikmaakte, of een ziekenhuisopname en medische beeldvorming nodig is, enzoverder.

Ingeval bij een resident van het wzc een wonde ontstaat, dient een wondzorgfiche te worden aangemaakt in Care Solutions door een verpleegkundige. Belangrijk is dat de informatie ingegeven wordt in het softwareprogramma op de dag dat de wonde wordt opgemerkt. De fiche omvat alle details van de oorspronkelijke wonde, zoals: de start van de wondzorg, het type wonde, de plaats, een beschrijving qua kleur, grootte, diepte en de frequentie van de verzorging. Er wordt ook een evaluatie van de wonde – en de verzorging ervan doorheen de tijd – ingegeven in Care Solutions, totdat deze volledig genezen is.

Indien een bewoner moet opgenomen worden in het ziekenhuis, is het belangrijk dat een dossier wordt aangemaakt in Care Solutions omtrent de ziekenhuisopname. De bewoner wordt op die manier op 'inactief' gezet in het systeem door een verpleegkundige. De bewoner die naar het ziekenhuis gaat, krijgt eveneens een aantal documenten met zich mee, transferdocumenten genoemd, die klaargelegd worden door de sociale dienst. Het gaat hier bijvoorbeeld om een medicatieplan. Als een bewoner terugkeert vanuit het ziekenhuis naar het woonzorgcentrum, dan wordt deze terug in het systeem op 'actief' gezet. Indien nodig wordt het medicatieplan aangepast door een verpleegkundige. Aanpassingen aan het medicatieplan kunnen trouwens plaatsvinden doorheen het hele verblijf van een bewoner. Het is niet noodzakelijk zo dat een bewoner hiervoor eerst naar het ziekenhuis gaat. Na elk bezoek van een arts kan het medicatieplan wijzigen. Verpleegkundigen voeren deze veranderingen steeds onmiddellijk door. De bewoner die terugkeert vanuit het ziekenhuis, heeft een dossier bij en dit wordt geklasseerd in het papieren bewonersdossier.

Het evalueren van de Katz-scores en deze vervolgens ingeven in Care Solutions is tot slot ook nog een administratieve taak die de verpleegkundigen regelmatig uitvoeren. Dagelijks worden er drie schalen opnieuw geëvalueerd op papier. Er wordt dan nagegaan of de nieuwe schaal veel verschilt

²³ De hoofdverpleegkundige geeft aan dat dit afhangt van bewoner tot bewoner. Belangrijk is dat men aanvoelt wanneer de bewoner in kwestie klaar is voor dit gesprek.

van de schaal die momenteel in Care Solutions geregistreerd staat. Indien het verschil groot is, past de hoofdverpleegkundige de Katz-score in Care Solutions aan.

4.5 Niet-dagelijkse taken van hoofdverpleegkundige

De hoofdverpleegkundige maakt maandelijks uurroosters op voor de verpleegkundigen en zorgkundigen die werkzaam zijn op haar afdeling. Een basisrooster wordt twee maanden op voorhand opgesteld en tegen de maand nadien is er nog ruimte voor aanpassingen. Zo wordt het uurrooster voor de maand december voor de eerste keer opgemaakt in oktober. In november wordt dan het definitieve rooster voor december in orde gebracht.

In het wzc wordt geen gebruik gemaakt van een tik klok. Aan het onthaal ligt een aftekenlijst. Het personeel noteert hierop het uur van aankomst, vertrek en pauze. De hoofdverpleegkundige voert alle afwijkende zaken in een computerprogramma voor loonberekening in. Ze doet dit wekelijks. Bij ziekte of verandering van shift, zorgt de hoofdverpleegkundige ook steeds voor een aanpassing van het uurrooster.

Nog in verband met personeelsadministratie: het goedkeuren of afwijzen van verlofaanvragen van het verpleegkundig en zorgkundig personeel behoort tot het takenpakket van de hoofdverpleegkundige. Let wel dat ze de verwerking en doorvoering van de verlofaanvragen in de uurroosters enkel volbrengt voor de eigen afdeling.

Maandelijks wordt een MDO georganiseerd waarbij elke bewoner uitgebreid besproken wordt. De aanwezigen zijn de sociale dienst, een verpleegkundige of zorgkundige, de hoofdverpleegkundige en de arts die verbonden is aan het wzc. Daarnaast is ook de kinesist, de ergotherapeut, of de animatie aanwezig. Om de drie maanden is er ook een psychologe aanwezig op het overleg. De hoofdverpleegkundige plant het overleg in; daarvoor gaat ze eerst na wie wanneer werkt. Op basis daarvan wordt dan een tijdstip afgesproken. Op voorhand geeft ze ook aan alle betrokken partijen door welke bewoners besproken zullen worden. De sociale dienst maakt een verslag op na elk MDO.

Elke maand wordt een stafvergadering georganiseerd waar alle hoofdverpleegkundigen en de directeur op aanwezig zijn. Elke hoofdverpleegkundige maakt als voorbereiding een lijst op van zaken waar ze meer ondersteuning in nodig heeft. Daarnaast geeft ze ook aan wat goed loopt op haar afdeling. Tevens vinden er ook nog andere vergaderingen plaats. Het gaat hier bijvoorbeeld om een familieraad of een bewonersraad. Er wordt ook tweemaandelijks een teamoverleg georganiseerd met alle verpleegkundigen en zorgkundigen van een bepaalde afdeling. De hoofdverpleegkundige organiseert dit overleg en nadien maakt ze ook een verslag op dat via e-mail naar alle aanwezigen wordt doorgestuurd.

Om de drie maanden wordt een gebruikersraad georganiseerd waar de bewoners en hun familie opmerkingen en andere feedback ten aanzien van het wzc kunnen geven. Het is zo dat er niet meer familieleden aanwezig mogen zijn op het overleg dan het aantal bewoners dat van de partij is. De sociale dienst maakt tijdens de vergadering notities op papier. Nadien worden deze ingegeven op de computer en vervolgens wordt een document afgedrukt. Een kopie wordt opgehangen in elke kamer en de familie krijgt een exemplaar van het verslag opgestuurd via e-mail.

Het organiseren van bijscholingen en vormingen voor het personeel is tot slot ook een administratieve taak die de hoofdverpleegkundige regelmatig uitvoert.

4.6 Dagelijkse zorg door kinesist

In dit woonzorgcentrum was het niet mogelijk een gesprek aan te gaan met de kinesist.

4.7 Dagelijkse zorg door ergotherapeute

In dit woonzorgcentrum was het niet mogelijk een gesprek aan te gaan met de ergotherapeute.

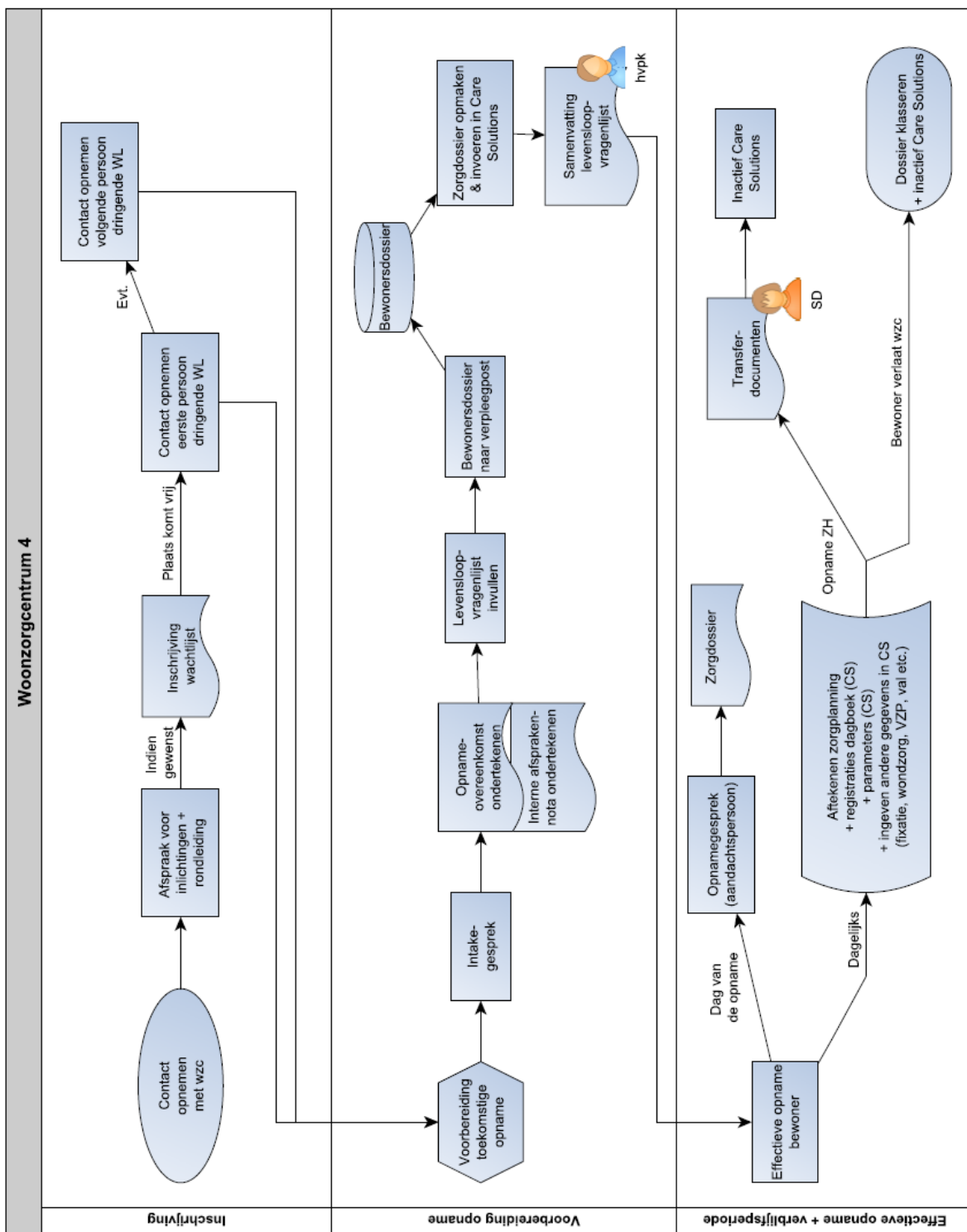
4.8 Dagelijkse zorg door animatiewerking

In dit woonzorgcentrum was het niet mogelijk een gesprek aan te gaan met een medewerker van de animatiewerking.

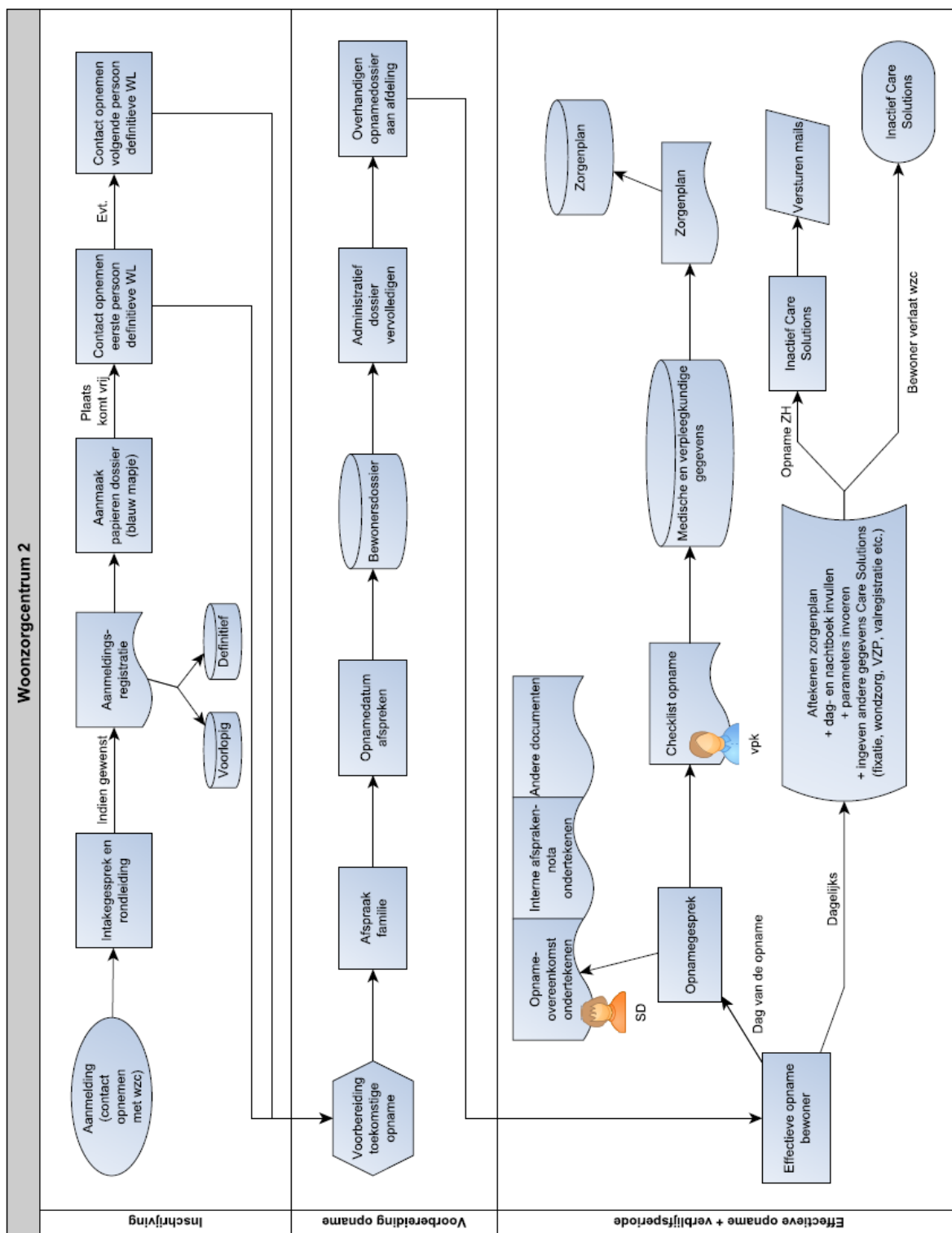
4.9 Bewoner verlaat woonzorgcentrum

Bij het overlijden van een bewoner wordt onmiddellijk de huisarts verwittigd. Die komt vervolgens langs om de overlijdensakte te ondertekenen. Daarna wordt zo snel mogelijk de familie van de overleden bewoner gecontacteerd. De hoofdverpleegkundige gaat na of het bewonersdossier van de bewoner in kwestie compleet is en volledig ingevuld werd en of de juiste documenten overhandigd worden aan de sociale dienst. Daarna wordt het papieren dossier geklasseerd. De bewoner wordt in Care Solutions op 'inactief' gezet. Tot slot wordt er een algemene mail verstuurd binnen het wzc. Ontvangers zijn bijvoorbeeld de directie, de sociale dienst, het onthaal, de keuken en de apotheek.

Woonzorgcentrum 4



Figuur 7 Procesbeschrijving wzc 4



Figuur 8 Procesbeschrijving wzc 2

BIJLAGE 3

1. Voorbereiding van het opnamedossier

Statistics

	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Animator	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Directie	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Ergotherapeut	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Hoofdverpleegkundige/diensthof of adjunct hoofdverpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Kinesist	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Sociale dienst	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Verpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Zorgkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Andere:	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Andere: - Tekst	
N	Valid	0	18	0	22	0	19	8	2	11	77
	Missing	77	59	77	55	77	58	69	75	66	0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Voorbereiding van het opnamedossier: - Belastend:Niet belastend	77	0	10	5,88	2,481
Voorbereiding van het opnamedossier: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	77	0	10	8,36	2,145
Voorbereiding van het opnamedossier: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	77	0	10	7,65	2,132
Valid N (listwise)	77				

Frequency Table

Voorbereiding van het opnamedossier: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	3,9	3,9	3,9
1	2	2,6	2,6	6,5
2	3	3,9	3,9	10,4
3	5	6,5	6,5	16,9
4	7	9,1	9,1	26,0
5	14	18,2	18,2	44,2
6	5	6,5	6,5	50,6
7	14	18,2	18,2	68,8
8	15	19,5	19,5	88,3
9	6	7,8	7,8	96,1
10	3	3,9	3,9	100,0
Total	77	100,0	100,0	

Voorbereiding van het opnamedossier: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	2,6	2,6	2,6
1	1	1,3	1,3	3,9
4	1	1,3	1,3	5,2
5	1	1,3	1,3	6,5
6	6	7,8	7,8	14,3
7	4	5,2	5,2	19,5
8	16	20,8	20,8	40,3
9	18	23,4	23,4	63,6
10	28	36,4	36,4	100,0
Total	77	100,0	100,0	

Voorbereiding van het opnamedossier: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	2,6	2,6	2,6
3	2	2,6	2,6	5,2
4	2	2,6	2,6	7,8
5	3	3,9	3,9	11,7
6	7	9,1	9,1	20,8
7	14	18,2	18,2	39,0
8	19	24,7	24,7	63,6
9	12	15,6	15,6	79,2
10	16	20,8	20,8	100,0
Total	77	100,0	100,0	

2. Administratieve taken op de opnamedag

Frequencies

		Statistics									
		Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Animator	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Directie	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Ergotherapeut	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Hoofdverpleegkundige/diensthoofd of adjunct hoofdverpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Kinesist	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Sociale dienst	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Verpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Zorgkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Andere:	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Andere: - Tekst
N	Valid	0	15	0	33	0	19	8	0	20	90
	Missing	90	75	90	57	90	71	82	90	70	0

2.1 Medisch dossier opstellen bij opname

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Medisch dossier opstellen bij opname: - Belastend:Niet belastend	33	2	10	5,82	2,297
Medisch dossier opstellen bij opname: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk	33	5	10	8,94	1,540
Medisch dossier opstellen bij opname: - Niet doeltreffend: Doeltreffend	33	4	10	7,76	2,016
Valid N (listwise)	33				

Medisch dossier opstellen bij opname: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4,4	12,1	12,1
	3	3,3	9,1	21,2
	4	2,2	6,1	27,3
	5	6,7	18,2	45,5
	6	2,2	6,1	51,5
	7	7,8	21,2	72,7
	8	6,7	18,2	90,9
	9	2,2	6,1	97,0
	10	1,1	3,0	100,0
Total	33	36,7	100,0	
Missing	System	57	63,3	
Total		90	100,0	

Medisch dossier opstellen bij opname: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2,2	6,1	6,1
	6	1,1	3,0	9,1
	7	3,3	9,1	18,2
	8	4,4	12,1	30,3
	9	4,4	12,1	42,4
	10	19	57,6	100,0
Total	33	36,7	100,0	
Missing	System	57	63,3	
Total		90	100,0	

**Medisch dossier opstellen bij opname: - Niet doeltreffend:
Doeltreffend**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	3,3	9,1	9,1
	5	3,3	9,1	18,2
	6	3,3	9,1	27,3
	7	4,4	12,1	39,4
	8	6,7	18,2	57,6
	9	5,6	15,2	72,7
	10	10,0	27,3	100,0
	Total	33	36,7	100,0
Missing	System	57	63,3	
Total		90	100,0	

2.2 Zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier opmaken

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier van de bewoner opstellen (bv. aandachtspunten aanmaken): - Belastend: Niet belastend	74	0	10	5,23	2,620
Het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier van de bewoner opstellen (bv. aandachtspunten aanmaken): - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	74	1	10	8,51	1,852
Het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier van de bewoner opstellen (bv. aandachtspunten aanmaken): - Niet doeltreffend:Doeltreffend	74	2	10	7,92	1,921
Valid N (listwise)	74				

Het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier van de bewoner opstellen (bv. aandachtspunten aanmaken): - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3,3	4,1	4,1
	1	3,3	4,1	8,1
	2	7,8	9,5	17,6
	3	10,0	12,2	29,7
	4	6,7	8,1	37,8
	5	12,3	16,2	54,1
	6	7,8	9,5	63,5
	7	8,9	10,8	74,3
	8	12,3	16,2	90,5
	9	5,6	6,8	97,3
	10	2,2	2,7	100,0
Total	74	82,2	100,0	
Missing	System	16	17,8	
Total		90	100,0	

Het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier van de bewoner opstellen (bv. aandachtspunten aanmaken): - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	1	1,1	1,4	1,4	
	2	1,1	1,4	2,7	
	3	1,1	1,4	4,1	
	5	1,1	1,4	5,4	
	6	3,3	4,1	9,5	
	7	8,9	10,8	20,3	
	8	15,2	20,3	40,5	
	9	15,2	20,3	60,8	
	10	29,3	39,2	100,0	
	Total	74	82,2	100,0	
	Missing	System	16	17,8	
Total		90	100,0		

Het zorgdossier, verpleegdossier en/of elektronisch dossier van de bewoner opstellen (bv. aandachtspunten aanmaken):
- Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	2,2	2,7	2,7
	3	1	1,1	1,4	4,1
	4	1	1,1	1,4	5,4
	5	4	4,4	5,4	10,8
	6	5	5,6	6,8	17,6
	7	14	15,6	18,9	36,5
	8	14	15,6	18,9	55,4
	9	15	16,7	20,3	75,7
	10	18	20,0	24,3	100,0
	Total	74	82,2	100,0	
Missing	System	16	17,8		
Total		90	100,0		

3. Verpleegkundige taken

		Statistics									
		Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Animator	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Directie	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Ergotherapeut	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Hoofdverpleegkundige/die nsthoofd of adjunct hoofdverpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Kinesist	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Sociale dienst	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Verpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Zorgkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Andere:	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Andere: - Tekst
N	Valid	0	4	0	29	0	2	19	2	2	56
	Missing	56	52	56	27	56	54	37	54	54	0

3.1 Observaties ingeven

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend	55	0	10	5,69	2,755
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	55	0	10	7,78	2,787
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	55	0	10	6,98	2,792
Valid N (listwise)	55				

Frequency Table

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	5,5	5,5
	1	2	3,6	3,6	9,1
	2	6	10,7	10,9	20,0
	3	3	5,4	5,5	25,5
	4	2	3,6	3,6	29,1
	5	4	7,1	7,3	36,4
	6	8	14,3	14,5	50,9
	7	10	17,9	18,2	69,1
	8	11	19,6	20,0	89,1
	9	4	7,1	7,3	96,4
	10	2	3,6	3,6	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	System	1	1,8		
	Total	56	100,0		

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	3	5,4	5,5	5,5	
	1	1	1,8	1,8	7,3	
	2	2	3,6	3,6	10,9	
	6	4	7,1	7,3	18,2	
	7	9	16,1	16,4	34,5	
	8	6	10,7	10,9	45,5	
	9	12	21,4	21,8	67,3	
	10	18	32,1	32,7	100,0	
		Total	55	98,2	100,0	
	Missing	System	1	1,8		
		Total	56	100,0		

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	5,5	5,5
	1	1	1,8	1,8	7,3
	2	2	3,6	3,6	10,9
	3	1	1,8	1,8	12,7
	4	1	1,8	1,8	14,5
	5	3	5,4	5,5	20,0
	6	9	16,1	16,4	36,4
	7	9	16,1	16,4	52,7
	8	4	7,1	7,3	60,0
	9	12	21,4	21,8	81,8
	10	10	17,9	18,2	100,0
	Total	55	98,2	100,0	
Missing	System	1	1,8		
	Total	56	100,0		

3.2 De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen

→ Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Belastend: Niet belastend	48	0	10	5,19	3,207
De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	48	0	10	6,35	3,336
De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	48	0	10	5,87	3,387
Valid N (listwise)	48				

**De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: -
Belastend:Niet belastend**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	8,9	10,4	10,4
	1	2	3,6	4,2	14,6
	2	5	8,9	10,4	25,0
	3	7	12,5	14,6	39,6
	4	2	3,6	4,2	43,8
	5	3	5,4	6,3	50,0
	6	2	3,6	4,2	54,2
	7	6	10,7	12,5	66,7
	8	8	14,3	16,7	83,3
	9	5	8,9	10,4	93,8
	10	3	5,4	6,3	100,0
	Total	48	85,7	100,0	
Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0		

**De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet
noodzakelijk:Noodzakelijk**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	8,9	10,4	10,4
	1	2	3,6	4,2	14,6
	2	2	3,6	4,2	18,8
	3	3	5,4	6,3	25,0
	5	2	3,6	4,2	29,2
	6	6	10,7	12,5	41,7
	7	4	7,1	8,3	50,0
	8	9	16,1	18,8	68,8
	9	6	10,7	12,5	81,3
	10	9	16,1	18,8	100,0
		Total	48	85,7	100,0
Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0		

**De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet
doeltreffend:Doeltreffend**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	10,7	12,5	12,5
	1	2	3,6	4,2	16,7
	2	3	5,4	6,3	22,9
	3	2	3,6	4,2	27,1
	4	2	3,6	4,2	31,3
	5	3	5,4	6,3	37,5
	6	4	7,1	8,3	45,8
	7	7	12,5	14,6	60,4
	8	6	10,7	12,5	72,9
	9	6	10,7	12,5	85,4
	10	7	12,5	14,6	100,0
	Total	48	85,7	100,0	
Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0		

3.3 Medicatie bestellen

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Medicatie bestellen (inclusief zelf voorschriften aanmaken): - Belastend:Niet belastend	48	0	10	5,46	2,910
Medicatie bestellen (inclusief zelf voorschriften aanmaken): - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	48	0	10	7,50	3,149
Medicatie bestellen (inclusief zelf voorschriften aanmaken): - Niet doeltreffend:Doeltreffend	48	0	10	7,19	3,126
Valid N (listwise)	48				

Frequency Table

**Medicatie bestellen (inclusief zelf voorschriften aanmaken): -
Belastend:Niet belastend**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	8,3	8,3
	1	1	1,8	2,1	10,4
	2	5	8,9	10,4	20,8
	3	3	5,4	6,3	27,1
	4	4	7,1	8,3	35,4
	5	5	8,9	10,4	45,8
	6	5	8,9	10,4	56,3
	7	6	10,7	12,5	68,8
	8	8	14,3	16,7	85,4
	9	5	8,9	10,4	95,8
	10	2	3,6	4,2	100,0
	Total	48	85,7	100,0	
Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0		

**Medicatie bestellen (inclusief zelf voorschriften aanmaken): -
Niet noodzakelijk:Noodzakelijk**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	4	7,1	8,3	8,3	
	2	3	5,4	6,3	14,6	
	4	1	1,8	2,1	16,7	
	6	4	7,1	8,3	25,0	
	7	4	7,1	8,3	33,3	
	8	8	14,3	16,7	50,0	
	9	6	10,7	12,5	62,5	
	10	18	32,1	37,5	100,0	
		Total	48	85,7	100,0	
	Missing	System	8	14,3		
	Total		56	100,0		

**Medicatie bestellen (inclusief zelf voorschriften aanmaken): -
Niet doeltreffend:Doeltreffend**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	5	8,9	10,4	10,4	
	2	2	3,6	4,2	14,6	
	5	2	3,6	4,2	18,8	
	6	3	5,4	6,3	25,0	
	7	9	16,1	18,8	43,8	
	8	6	10,7	12,5	56,3	
	9	8	14,3	16,7	72,9	
	10	13	23,2	27,1	100,0	
		Total	48	85,7	100,0	
	Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0			

3.4 Registratie van het klaarzetten van medicatie

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Registratie van het klaarzetten van medicatie: - Belastend:Niet belastend	28	0	10	4,71	3,287
Registratie van het klaarzetten van medicatie: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	28	0	10	5,96	3,574
Registratie van het klaarzetten van medicatie: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	28	0	10	5,96	3,616
Valid N (listwise)	28				

Frequency Table

**Registratie van het klaarzetten van medicatie: - Belastend:
Niet belastend**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	14,3	14,3
	1	2	3,6	7,1	21,4
	2	2	3,6	7,1	28,6
	3	3	5,4	10,7	39,3
	4	2	3,6	7,1	46,4
	5	3	5,4	10,7	57,1
	6	5	8,9	17,9	75,0
	8	2	3,6	7,1	82,1
	9	2	3,6	7,1	89,3
	10	3	5,4	10,7	100,0
	Total	28	50,0	100,0	
Missing	System	28	50,0		
Total		56	100,0		

**Registratie van het klaarzetten van medicatie: - Niet
noodzakelijk:Noodzakelijk**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	14,3	14,3
	1	1	1,8	3,6	17,9
	2	1	1,8	3,6	21,4
	3	3	5,4	10,7	32,1
	6	5	8,9	17,9	50,0
	7	1	1,8	3,6	53,6
	8	4	7,1	14,3	67,9
	9	4	7,1	14,3	82,1
	10	5	8,9	17,9	100,0
	Total	28	50,0	100,0	
	Missing	System	28	50,0	
Total		56	100,0		

**Registratie van het klaarzetten van medicatie: - Niet
doeltreffend:Doeltreffend**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	14,3	14,3
	1	1	1,8	3,6	17,9
	2	1	1,8	3,6	21,4
	3	3	5,4	10,7	32,1
	5	1	1,8	3,6	35,7
	6	4	7,1	14,3	50,0
	7	1	1,8	3,6	53,6
	8	4	7,1	14,3	67,9
	9	3	5,4	10,7	78,6
	10	6	10,7	21,4	100,0
	Total	28	50,0	100,0	
Missing	System	28	50,0		
Total		56	100,0		

3.5 Registratie van de controle van medicatie

► Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Registratie van de controle van medicatie: - Belastend:Niet belastend	32	0	10	4,87	3,077
Registratie van de controle van medicatie: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	32	0	10	7,28	3,215
Registratie van de controle van medicatie: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	32	0	10	7,16	3,234
Valid N (listwise)	32				

Registratie van de controle van medicatie: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	12,5	12,5
	1	1	1,8	3,1	15,6
	2	4	7,1	12,5	28,1
	3	3	5,4	9,4	37,5
	4	2	3,6	6,3	43,8
	5	3	5,4	9,4	53,1
	6	3	5,4	9,4	62,5
	7	3	5,4	9,4	71,9
	8	7	12,5	21,9	93,8
	10	2	3,6	6,3	100,0
	Total		32	57,1	100,0
Missing	System	24	42,9		
Total		56	100,0		

Registratie van de controle van medicatie: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	3,6	6,3	6,3
	1	1	1,8	3,1	9,4
	2	1	1,8	3,1	12,5
	3	2	3,6	6,3	18,8
	4	1	1,8	3,1	21,9
	6	2	3,6	6,3	28,1
	7	1	1,8	3,1	31,3
	8	9	16,1	28,1	59,4
	9	1	1,8	3,1	62,5
	10	12	21,4	37,5	100,0
	Total		32	57,1	100,0
Missing	System	24	42,9		
Total		56	100,0		

Registratie van de controle van medicatie: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	3,6	6,3	6,3
	1	2	3,6	6,3	12,5
	2	1	1,8	3,1	15,6
	3	1	1,8	3,1	18,8
	4	1	1,8	3,1	21,9
	6	1	1,8	3,1	25,0
	7	1	1,8	3,1	28,1
	8	11	19,6	34,4	62,5
	9	3	5,4	9,4	71,9
	10	9	16,1	28,1	100,0
	Total		32	57,1	100,0
Missing	System	24	42,9		
Total		56	100,0		

3.6 Registratie van medicatietoediening

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Registratie van medicatietoediening: - Belastend:Niet belastend	37	0	10	5,68	3,110
Registratie van medicatietoediening: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	37	0	10	7,24	3,362
Registratie van medicatietoediening: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	37	0	10	7,11	3,230
Valid N (listwise)	37				

Frequency Table

Registratie van medicatietoediening: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	8,1	8,1
	1	3	5,4	8,1	16,2
	2	1	1,8	2,7	18,9
	3	3	5,4	8,1	27,0
	4	2	3,6	5,4	32,4
	5	4	7,1	10,8	43,2
	6	3	5,4	8,1	51,4
	7	3	5,4	8,1	59,5
	8	9	16,1	24,3	83,8
	9	3	5,4	8,1	91,9
	10	3	5,4	8,1	100,0
	Total	37	66,1	100,0	
Missing	System	19	33,9		
Total		56	100,0		

Registratie van medicatietoediening: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	3	5,4	8,1	8,1	
	1	2	3,6	5,4	13,5	
	2	1	1,8	2,7	16,2	
	3	1	1,8	2,7	18,9	
	5	2	3,6	5,4	24,3	
	6	1	1,8	2,7	27,0	
	8	11	19,6	29,7	56,8	
	9	3	5,4	8,1	64,9	
	10	13	23,2	35,1	100,0	
		Total	37	66,1	100,0	
	Missing	System	19	33,9		
Total		56	100,0			

Registratie van medicatietoediening: - Niet doeltreffend: Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	3	5,4	8,1	8,1	
	1	2	3,6	5,4	13,5	
	3	2	3,6	5,4	18,9	
	5	2	3,6	5,4	24,3	
	6	1	1,8	2,7	27,0	
	8	14	25,0	37,8	64,9	
	9	3	5,4	8,1	73,0	
	10	10	17,9	27,0	100,0	
		Total	37	66,1	100,0	
	Missing	System	19	33,9		
	Total		56	100,0		

3.7 Parameters ingeven

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Parameters ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend	48	0	10	6,00	3,032
Parameters ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	48	0	10	7,50	2,881
Parameters ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	48	0	10	7,06	3,111
Valid N (listwise)	48				

Parameters ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	8,3	8,3
	1	2	3,6	4,2	12,5
	2	2	3,6	4,2	16,7
	3	2	3,6	4,2	20,8
	4	2	3,6	4,2	25,0
	5	7	12,5	14,6	39,6
	6	5	8,9	10,4	50,0
	7	5	8,9	10,4	60,4
	8	9	16,1	18,8	79,2
	9	4	7,1	8,3	87,5
	10	6	10,7	12,5	100,0
	Total	48	85,7	100,0	
Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0		

Parameters ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	6,3	6,3
	1	1	1,8	2,1	8,3
	2	1	1,8	2,1	10,4
	3	1	1,8	2,1	12,5
	5	2	3,6	4,2	16,7
	6	3	5,4	6,3	22,9
	7	5	8,9	10,4	33,3
	8	12	21,4	25,0	58,3
	9	5	8,9	10,4	68,8
	10	15	26,8	31,3	100,0
		Total	48	85,7	100,0
Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0		

Parameters ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend: Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	8,3	8,3
	1	1	1,8	2,1	10,4
	2	1	1,8	2,1	12,5
	3	2	3,6	4,2	16,7
	4	1	1,8	2,1	18,8
	5	1	1,8	2,1	20,8
	6	5	8,9	10,4	31,3
	7	4	7,1	8,3	39,6
	8	11	19,6	22,9	62,5
	9	5	8,9	10,4	72,9
	10	13	23,2	27,1	100,0
	Total	48	85,7	100,0	
Missing	System	8	14,3		
Total		56	100,0		

3.8 Valincidenten registreren

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Valincidenten registreren: - Belastend:Niet belastend	49	0	10	5,88	3,086
Valincidenten registreren: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk	49	0	10	7,82	2,698
Valincidenten registreren: - Niet doeltreffend: Doeltreffend	49	0	10	7,20	2,922
Valid N (listwise)	49				

Valincidenten registreren: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	8,9	10,2	10,2
	1	2	3,6	4,1	14,3
	2	2	3,6	4,1	18,4
	3	2	3,6	4,1	22,4
	4	3	5,4	6,1	28,6
	5	5	8,9	10,2	38,8
	6	3	5,4	6,1	44,9
	7	9	16,1	18,4	63,3
	8	9	16,1	18,4	81,6
	9	4	7,1	8,2	89,8
	10	5	8,9	10,2	100,0
	Total	49	87,5	100,0	
Missing	System	7	12,5		
Total		56	100,0		

Valincidenten registreren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	3	5,4	6,1	6,1	
	2	1	1,8	2,0	8,2	
	3	1	1,8	2,0	10,2	
	5	1	1,8	2,0	12,2	
	6	4	7,1	8,2	20,4	
	7	3	5,4	6,1	26,5	
	8	11	19,6	22,4	49,0	
	9	10	17,9	20,4	69,4	
	10	15	26,8	30,6	100,0	
		Total	49	87,5	100,0	
	Missing	System	7	12,5		
Total		56	100,0			

Valincidenten registreren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	8,2	8,2
	2	2	3,6	4,1	12,2
	3	1	1,8	2,0	14,3
	4	1	1,8	2,0	16,3
	5	1	1,8	2,0	18,4
	6	3	5,4	6,1	24,5
	7	5	8,9	10,2	34,7
	8	13	23,2	26,5	61,2
	9	10	17,9	20,4	81,6
	10	9	16,1	18,4	100,0
		Total	49	87,5	100,0
Missing	System	7	12,5		
Total		56	100,0		

3.9 Fixatie registreren en evalueren

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Fixatie registreren en evalueren: - Belastend: Niet belastend	46	0	10	5,70	2,859
Fixatie registreren en evalueren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	46	0	10	7,57	2,896
Fixatie registreren en evalueren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	46	0	10	6,87	3,138
Valid N (listwise)	46				

Fixatie registreren en evalueren: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	8,7	8,7
	1	1	1,8	2,2	10,9
	2	2	3,6	4,3	15,2
	3	4	7,1	8,7	23,9
	4	3	5,4	6,5	30,4
	5	4	7,1	8,7	39,1
	6	7	12,5	15,2	54,3
	7	7	12,5	15,2	69,6
	8	7	12,5	15,2	84,8
	9	4	7,1	8,7	93,5
	10	3	5,4	6,5	100,0
	Total	46	82,1	100,0	
Missing	System	10	17,9		
Total		56	100,0		

**Fixatie registreren en evalueren: - Niet noodzakelijk:
Noodzakelijk**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	6,5	6,5
	1	1	1,8	2,2	8,7
	3	1	1,8	2,2	10,9
	4	1	1,8	2,2	13,0
	5	2	3,6	4,3	17,4
	6	3	5,4	6,5	23,9
	7	6	10,7	13,0	37,0
	8	6	10,7	13,0	50,0
	9	8	14,3	17,4	67,4
	10	15	26,8	32,6	100,0
		Total	46	82,1	100,0
Missing	System	10	17,9		
Total		56	100,0		

**Fixatie registreren en evalueren: - Niet doeltreffend:
Doeltreffend**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,1	8,7	8,7
	1	2	3,6	4,3	13,0
	3	1	1,8	2,2	15,2
	4	2	3,6	4,3	19,6
	5	2	3,6	4,3	23,9
	6	4	7,1	8,7	32,6
	7	8	14,3	17,4	50,0
	8	4	7,1	8,7	58,7
	9	9	16,1	19,6	78,3
	10	10	17,9	21,7	100,0
		Total	46	82,1	100,0
Missing	System	10	17,9		
Total		56	100,0		

3.10 Wondzorgevaluatie

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Wondzorgevaluatie: - Belastend:Niet belastend	45	0	10	6,00	2,836
Wondzorgevaluatie: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	45	0	10	8,47	2,272
Wondzorgevaluatie: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	45	0	10	7,76	2,740
Valid N (listwise)	45				

Wondzorgevaluatie: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	6,7	6,7
	1	1	1,8	2,2	8,9
	2	1	1,8	2,2	11,1
	3	4	7,1	8,9	20,0
	4	1	1,8	2,2	22,2
	5	10	17,9	22,2	44,4
	6	5	8,9	11,1	55,6
	7	4	7,1	8,9	64,4
	8	7	12,5	15,6	80,0
	9	3	5,4	6,7	86,7
	10	6	10,7	13,3	100,0
	Total	45	80,4	100,0	
Missing	System	11	19,6		
Total		56	100,0		

Wondzorgevaluatie: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	1	1,8	2,2	2,2	
	1	1	1,8	2,2	4,4	
	3	1	1,8	2,2	6,7	
	6	3	5,4	6,7	13,3	
	7	1	1,8	2,2	15,6	
	8	9	16,1	20,0	35,6	
	9	10	17,9	22,2	57,8	
	10	19	33,9	42,2	100,0	
		Total	45	80,4	100,0	
	Missing	System	11	19,6		
	Total		56	100,0		

Wondzorgevaluatie: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,8	2,2	2,2
1	2	3,6	4,4	6,7
3	3	5,4	6,7	13,3
5	2	3,6	4,4	17,8
6	2	3,6	4,4	22,2
7	2	3,6	4,4	26,7
8	10	17,9	22,2	48,9
9	8	14,3	17,8	66,7
10	15	26,8	33,3	100,0
Total	45	80,4	100,0	
Missing System	11	19,6		
Total	56	100,0		

3.11 Opmaken en evalueren van Katz-score

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Opmaken en evalueren van KATZ-score: - Belastend:Niet belastend	37	0	10	6,00	2,906
Opmaken en evalueren van KATZ-score: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	37	0	10	8,43	2,167
Opmaken en evalueren van KATZ-score: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	37	0	10	7,97	2,217
Valid N (listwise)	37				

Opmaken en evalueren van KATZ-score: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	3,6	5,4	5,4
2	3	5,4	8,1	13,5
3	4	7,1	10,8	24,3
4	2	3,6	5,4	29,7
5	5	8,9	13,5	43,2
6	2	3,6	5,4	48,6
7	7	12,5	18,9	67,6
8	3	5,4	8,1	75,7
9	4	7,1	10,8	86,5
10	5	8,9	13,5	100,0
Total	37	66,1	100,0	
Missing System	19	33,9		
Total	56	100,0		

Opmaken en evalueren van KATZ-score: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,8	2,7	2,7
3	1	1,8	2,7	5,4
5	1	1,8	2,7	8,1
6	1	1,8	2,7	10,8
7	4	7,1	10,8	21,6
8	7	12,5	18,9	40,5
9	6	10,7	16,2	56,8
10	16	28,6	43,2	100,0
Total	37	66,1	100,0	
Missing System	19	33,9		
Total	56	100,0		

Opmaken en evalueren van KATZ-score: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,8	2,7	2,7
3	1	1,8	2,7	5,4
5	1	1,8	2,7	8,1
6	5	8,9	13,5	21,6
7	5	8,9	13,5	35,1
8	6	10,7	16,2	51,4
9	6	10,7	16,2	67,6
10	12	21,4	32,4	100,0
Total	37	66,1	100,0	
Missing System	19	33,9		
Total	56	100,0		

3.12 Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen: - Belastend:Niet belastend	43	0	10	5,26	2,752
Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	43	0	10	7,95	2,554
Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	43	0	10	7,49	2,789
Valid N (listwise)	43				

Frequency Table

Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen: - Belastend:Niet belastend					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	7,0	7,0
	1	2	3,6	4,7	11,6
	2	3	5,4	7,0	18,6
	3	3	5,4	7,0	25,6
	4	2	3,6	4,7	30,2
	5	12	21,4	27,9	58,1
	6	4	7,1	9,3	67,4
	7	2	3,6	4,7	72,1
	8	7	12,5	16,3	88,4
	9	3	5,4	7,0	95,3
	10	2	3,6	4,7	100,0
	Total	43	76,8	100,0	
Missing	System	13	23,2		
Total		56	100,0		

Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk						
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	1	1,8	2,3	2,3	
	1	2	3,6	4,7	7,0	
	3	1	1,8	2,3	9,3	
	5	1	1,8	2,3	11,6	
	6	2	3,6	4,7	16,3	
	7	4	7,1	9,3	25,6	
	8	11	19,6	25,6	51,2	
	9	6	10,7	14,0	65,1	
	10	15	26,8	34,9	100,0	
		Total	43	76,8	100,0	
	Missing	System	13	23,2		
Total		56	100,0			

Vroegtijdige zorgplanning en de daaropvolgende documenten invullen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,8	2,3	2,3
	1	2	3,6	4,7	7,0
	2	1	1,8	2,3	9,3
	3	1	1,8	2,3	11,6
	4	1	1,8	2,3	14,0
	5	3	5,4	7,0	20,9
	6	2	3,6	4,7	25,6
	7	5	8,9	11,6	37,2
	8	7	12,5	16,3	53,5
	9	7	12,5	16,3	69,8
	10	13	23,2	30,2	100,0
	Total	43	76,8	100,0	
Missing	System	13	23,2		
Total		56	100,0		

3.13 Briefing shiftwissel

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Briefing shiftwissel: - Belastend:Niet belastend	45	0	10	5,80	3,012
Briefing shiftwissel: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	45	0	10	7,76	3,009
Briefing shiftwissel: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	45	0	10	7,24	2,963
Valid N (listwise)	45				

Briefing shiftwissel: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	6,7	6,7
	2	6	10,7	13,3	20,0
	3	3	5,4	6,7	26,7
	4	3	5,4	6,7	33,3
	5	4	7,1	8,9	42,2
	6	4	7,1	8,9	51,1
	7	7	12,5	15,6	66,7
	8	6	10,7	13,3	80,0
	9	3	5,4	6,7	86,7
	10	6	10,7	13,3	100,0
	Total	45	80,4	100,0	
Missing	System	11	19,6		
Total		56	100,0		

Briefing shiftwissel: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	6,7	6,7
	1	1	1,8	2,2	8,9
	2	1	1,8	2,2	11,1
	3	1	1,8	2,2	13,3
	5	1	1,8	2,2	15,6
	6	2	3,6	4,4	20,0
	7	4	7,1	8,9	28,9
	8	8	14,3	17,8	46,7
	9	6	10,7	13,3	60,0
	10	18	32,1	40,0	100,0
	Total	45	80,4	100,0	
Missing	System	11	19,6		
Total		56	100,0		

Briefing shiftwissel: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,4	6,7	6,7
	1	1	1,8	2,2	8,9
	2	1	1,8	2,2	11,1
	3	1	1,8	2,2	13,3
	4	1	1,8	2,2	15,6
	5	2	3,6	4,4	20,0
	6	3	5,4	6,7	26,7
	7	7	12,5	15,6	42,2
	8	8	14,3	17,8	60,0
	9	5	8,9	11,1	71,1
	10	13	23,2	28,9	100,0
Total	45	80,4	100,0		
Missing	System	11	19,6		
Total		56	100,0		

4. Zorgkundige taken

Statistics

N	Valid	3	1	0	16	0	1	11	31	1	60
	Missing	57	59	60	44	60	59	49	29	59	0

4.1 Observaties ingeven en/of neerschrijven

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend	59	0	10	5,93	3,005
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	59	0	10	7,83	2,989
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	59	0	10	7,56	2,648
Valid N (listwise)	59				

Frequency Table

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	10,0	10,2	10,2
	1	2	3,3	3,4	13,6
	3	4	6,7	6,8	20,3
	4	2	3,3	3,4	23,7
	5	12	20,0	20,3	44,1
	6	3	5,0	5,1	49,2
	7	9	15,0	15,3	64,4
	8	9	15,0	15,3	79,7
	9	5	8,3	8,5	88,1
	10	7	11,7	11,9	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	8,3	8,5	8,5
	3	2	3,3	3,4	11,9
	4	1	1,7	1,7	13,6
	5	2	3,3	3,4	16,9
	6	1	1,7	1,7	18,6
	7	5	8,3	8,5	27,1
	8	11	18,3	18,6	45,8
	9	7	11,7	11,9	57,6
	10	25	41,7	42,4	100,0
		Total	59	98,3	100,0
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,0	5,1	5,1
	3	2	3,3	3,4	8,5
	4	2	3,3	3,4	11,9
	5	5	8,3	8,5	20,3
	6	4	6,7	6,8	27,1
	7	5	8,3	8,5	35,6
	8	11	18,3	18,6	54,2
	9	10	16,7	16,9	71,2
	10	17	28,3	28,8	100,0
		Total	59	98,3	100,0
Missing	System	1	1,7		
Total		60	100,0		

4.2 De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen

Descriptives

	Descriptive Statistics				
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Belastend: Niet belastend	57	0	10	5,54	3,495
De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	57	0	10	6,75	3,419
De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	57	0	10	6,51	3,360
Valid N (listwise)	57				

Frequency Table

De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	15,0	15,8	15,8
	1	2	3,3	3,5	19,3
	2	4	6,7	7,0	26,3
	3	3	5,0	5,3	31,6
	4	1	1,7	1,8	33,3
	5	7	11,7	12,3	45,6
	6	3	5,0	5,3	50,9
	7	5	8,3	8,8	59,6
	8	11	18,3	19,3	78,9
	9	3	5,0	5,3	84,2
	10	9	15,0	15,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	System	3	5,0		
Total		60	100,0		

De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	11,7	12,3	12,3
	1	1	1,7	1,8	14,0
	2	1	1,7	1,8	15,8
	3	2	3,3	3,5	19,3
	4	2	3,3	3,5	22,8
	5	4	6,7	7,0	29,8
	6	4	6,7	7,0	36,8
	7	3	5,0	5,3	42,1
	8	11	18,3	19,3	61,4
	9	5	8,3	8,8	70,2
	10	17	28,3	29,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	System	3	5,0		
Total		60	100,0		

De uitgevoerde handelingen of prestaties aftekenen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	10,0	10,5	10,5
	1	2	3,3	3,5	14,0
	2	2	3,3	3,5	17,5
	3	1	1,7	1,8	19,3
	4	3	5,0	5,3	24,6
	5	6	10,0	10,5	35,1
	6	3	5,0	5,3	40,4
	7	4	6,7	7,0	47,4
	8	10	16,7	17,5	64,9
	9	6	10,0	10,5	75,4
	10	14	23,3	24,6	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	System	3	5,0		
Total		60	100,0		

5. Taken met betrekking tot kinesitherapie

Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Hoofdverpleegkundige/diensthoud of adjunct hoofdverpleegkundige

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hoofdverpleegkundige/diensthoud of adjunct hoofdverpleegkundige	1	8,3	100,0	100,0
Missing	System	11	91,7		
Total		12	100,0		

Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Kinesist

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kinesist	11	91,7	100,0	100,0
Missing	System	1	8,3		
Total		12	100,0		

5.1 Observaties ingeven en/of neerschrijven

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend	12	3	10	6,50	2,195
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	12	4	9	7,75	1,485
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	12	2	9	6,25	2,598
Valid N (listwise)	12				

Frequency Table

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend: Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	8,3	8,3	8,3
4	2	16,7	16,7	25,0
5	1	8,3	8,3	33,3
6	2	16,7	16,7	50,0
7	1	8,3	8,3	58,3
8	3	25,0	25,0	83,3
9	1	8,3	8,3	91,7
10	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4	1	8,3	8,3	8,3
7	4	33,3	33,3	41,7
8	2	16,7	16,7	58,3
9	5	41,7	41,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	8,3	8,3	8,3
3	1	8,3	8,3	16,7
4	2	16,7	16,7	33,3
5	1	8,3	8,3	41,7
6	1	8,3	8,3	50,0
7	1	8,3	8,3	58,3
8	1	8,3	8,3	66,7
9	4	33,3	33,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

5.2 Behandelingsplan opstellen en ingeven in de agenda

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Behandelingsplan opstellen en ingeven in agenda: - Belastend:Niet belastend	9	4	10	6,56	1,878
Behandelingsplan opstellen en ingeven in agenda: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	9	6	9	7,44	1,014
Behandelingsplan opstellen en ingeven in agenda: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	9	2	8	5,78	1,856
Valid N (listwise)	9				

**Behandelingsplan opstellen en ingeven in agenda: -
Belastend:Niet belastend**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	8,3	11,1
	5	2	16,7	22,2
	6	2	16,7	22,2
	7	1	8,3	11,1
	8	2	16,7	22,2
	10	1	8,3	11,1
	Total	9	75,0	100,0
Missing	System	3	25,0	
Total		12	100,0	

**Behandelingsplan opstellen en ingeven in agenda: - Niet
noodzakelijk:Noodzakelijk**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	2	16,7	22,2
	7	2	16,7	22,2
	8	4	33,3	44,4
	9	1	8,3	11,1
	Total	9	75,0	100,0
Missing	System	3	25,0	
Total		12	100,0	

**Behandelingsplan opstellen en ingeven in agenda: - Niet
doeltreffend:Doeltreffend**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	8,3	11,1
	4	1	8,3	11,1
	5	1	8,3	11,1
	6	2	16,7	22,2
	7	3	25,0	33,3
	8	1	8,3	11,1
	Total	9	75,0	100,0
Missing	System	3	25,0	
Total		12	100,0	

5.3 De uitgevoerde behandelingen registreren

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
De uitgevoerde behandelingen registreren: - Belastend: Niet belastend	10	4	10	7,50	2,068
De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	10	4	10	7,70	1,767
De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	10	2	9	6,90	2,378
Valid N (listwise)	10				

De uitgevoerde behandelingen registreren: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	8,3	10,0
	5	2	16,7	30,0
	8	3	25,0	30,0
	9	3	25,0	90,0
	10	1	8,3	100,0
	Total	10	83,3	100,0
Missing	System	2	16,7	
Total		12	100,0	

**De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet
noodzakelijk:Noodzakelijk**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	8,3	10,0
	6	1	8,3	20,0
	7	2	16,7	40,0
	8	2	16,7	60,0
	9	3	25,0	90,0
	10	1	8,3	100,0
	Total	10	83,3	100,0
Missing	System	2	16,7	
Total		12	100,0	

**De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet
doeltreffend:Doeltreffend**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	8,3	10,0
	4	1	8,3	20,0
	6	2	16,7	40,0
	8	3	25,0	70,0
	9	3	25,0	100,0
	Total	10	83,3	100,0
Missing	System	2	16,7	
Total		12	100,0	

5.4 Kinesitherapievoorschriften van artsen in het systeem registreren

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Kinesitherapievoorschrift en van artsen in het systeem registreren: - Belastend:Niet belastend	4	3	7	5,00	1,633
Kinesitherapievoorschrift en van artsen in het systeem registreren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	4	6	8	7,00	,816
Kinesitherapievoorschrift en van artsen in het systeem registreren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	4	3	8	6,00	2,160
Valid N (listwise)	4				

Frequency Table

Kinesitherapievoorschriften van artsen in het systeem registreren: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	8,3	25,0
	5	2	16,7	50,0
	7	1	8,3	25,0
	Total	4	33,3	100,0
Missing	System	8	66,7	
Total		12	100,0	

Kinesitherapievoorschriften van artsen in het systeem registreren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	1	8,3	25,0
	7	2	16,7	50,0
	8	1	8,3	25,0
	Total	4	33,3	100,0
Missing	System	8	66,7	
Total		12	100,0	

Kinesitherapievoorschriften van artsen in het systeem registreren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	8,3	25,0
	6	1	8,3	50,0
	7	1	8,3	75,0
	8	1	8,3	100,0
	Total	4	33,3	100,0
Missing	System	8	66,7	
Total		12	100,0	

5.5 Kinesitherapievoorschriften zelf aanmaken

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Kinesitherapievoorschrift en zelf aanmaken: - Belastend:Niet belastend	3	6	7	6,33	,577
Kinesitherapievoorschrift en zelf aanmaken: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	3	6	8	7,00	1,000
Kinesitherapievoorschrift en zelf aanmaken: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	3	2	7	4,33	2,517
Valid N (listwise)	3				

Kinesitherapievoorschriften zelf aanmaken: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	2	16,7	66,7
	7	1	8,3	33,3
	Total	3	25,0	100,0
Missing	System	9	75,0	
Total	12	100,0		

Kinesitherapievoorschriften zelf aanmaken: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	1	8,3	33,3
	7	1	8,3	66,7
	8	1	8,3	100,0
	Total	3	25,0	100,0
Missing	System	9	75,0	
Total	12	100,0		

Kinesitherapievoorschriften zelf aanmaken: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	8,3	33,3
	4	1	8,3	66,7
	7	1	8,3	100,0
	Total	3	25,0	100,0
Missing	System	9	75,0	
Total	12	100,0		

6. Taken met betrekking tot ergotherapie

Statistics

	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Animator	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Directie	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Ergotherapeut	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Hoofdverpleegkundige/die nsthoofd of adjunct hoofdverpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Kinesist	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Sociale dienst	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Verpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Zorgkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Andere:
N	Valid	3	0	9	2	0	0	0	0
	Missing	9	12	3	10	12	12	12	12

6.1 Observaties ingeven en/of neerschrijven

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend	12	0	9	5,42	2,712
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	12	6	10	8,25	1,485
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	12	0	9	6,83	2,623
Valid N (listwise)	12				

**Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:
Niet belastend**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	8,3	8,3	8,3
3	3	25,0	25,0	33,3
4	1	8,3	8,3	41,7
7	5	41,7	41,7	83,3
8	1	8,3	8,3	91,7
9	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6	2	16,7	16,7	16,7
7	2	16,7	16,7	33,3
8	2	16,7	16,7	50,0
9	3	25,0	25,0	75,0
10	3	25,0	25,0	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	8,3	8,3	8,3
5	2	16,7	16,7	25,0
6	1	8,3	8,3	33,3
7	2	16,7	16,7	50,0
8	2	16,7	16,7	66,7
9	4	33,3	33,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

6.2 Uitgevoerde behandelingen registreren

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
De uitgevoerde behandelingen registreren: - Belastend: Niet belastend	10	3	8	6,10	1,853
De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	10	5	10	7,60	1,647
De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	10	5	9	7,30	1,567
Valid N (listwise)	10				

De uitgevoerde behandelingen registreren: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	8,3	10,0	10,0
4	2	16,7	20,0	30,0
6	2	16,7	20,0	50,0
7	2	16,7	20,0	70,0
8	3	25,0	30,0	100,0
Total	10	83,3	100,0	
Missing System	2	16,7		
Total	12	100,0		

De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	1	8,3	10,0	10,0
6	2	16,7	20,0	30,0
7	2	16,7	20,0	50,0
8	1	8,3	10,0	60,0
9	3	25,0	30,0	90,0
10	1	8,3	10,0	100,0
Total	10	83,3	100,0	
Missing System	2	16,7		
Total	12	100,0		

De uitgevoerde behandelingen registreren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	2	16,7	20,0	20,0
6	1	8,3	10,0	30,0
7	2	16,7	20,0	50,0
8	2	16,7	20,0	70,0
9	3	25,0	30,0	100,0
Total	10	83,3	100,0	
Missing System	2	16,7		
Total	12	100,0		

7. Taken met betrekking tot animatiewerking

Statistics											
N	Valid	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Animator	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Directie	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Ergotherapeut	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Hoofdverpleegkundige/diensthooofd of adjunct hoofdverpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Kinesist	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Sociale dienst	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Verpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Zorgkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Andere: - Tekst	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Andere: - Tekst
		7	1	6	4	1	1	0	3	3	22
	Missing	15	21	16	18	21	21	22	19	19	0

7.1 Observaties ingeven en/of neerschrijven

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend	17	0	9	5,82	2,744
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	17	4	10	7,47	2,065
Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	17	0	9	6,71	2,519
Valid N (listwise)	17				

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	4,5	5,9	5,9
2	2	9,1	11,8	17,6
4	3	13,6	17,6	35,3
5	1	4,5	5,9	41,2
6	1	4,5	5,9	47,1
7	2	9,1	11,8	58,8
8	5	22,7	29,4	88,2
9	2	9,1	11,8	100,0
Total	17	77,3	100,0	
Missing System	5	22,7		
Total	22	100,0		

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4	2	9,1	11,8	11,8
5	2	9,1	11,8	23,5
6	1	4,5	5,9	29,4
7	3	13,6	17,6	47,1
8	2	9,1	11,8	58,8
9	4	18,2	23,5	82,4
10	3	13,6	17,6	100,0
Total	17	77,3	100,0	
Missing System	5	22,7		
Total	22	100,0		

Observaties ingeven en/of neerschrijven: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	4,5	5,9	5,9
3	1	4,5	5,9	11,8
4	1	4,5	5,9	17,6
5	1	4,5	5,9	23,5
6	2	9,1	11,8	35,3
7	3	13,6	17,6	52,9
8	3	13,6	17,6	70,6
9	5	22,7	29,4	100,0
Total	17	77,3	100,0	
Missing System	5	22,7		
Total	22	100,0		

7.2 Lijst van geplande activiteiten opstellen

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Lijst van geplande activiteiten opstellen: - Belastend:Niet belastend	16	0	10	5,94	3,255
Lijst van geplande activiteiten opstellen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	16	1	10	7,69	2,414
Lijst van geplande activiteiten opstellen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	16	0	10	6,69	3,156
Valid N (listwise)	16				

Deelname aan uitgevoerde activiteiten registreren: - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	4,5	6,3	6,3
2	2	9,1	12,5	18,8
4	1	4,5	6,3	25,0
6	3	13,6	18,8	43,8
7	2	9,1	12,5	56,3
8	5	22,7	31,3	87,5
9	2	9,1	12,5	100,0
Total	16	72,7	100,0	
Missing System	6	27,3		
Total	22	100,0		

Deelname aan uitgevoerde activiteiten registreren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	4,5	6,3	6,3
3	1	4,5	6,3	12,5
5	2	9,1	12,5	25,0
6	5	22,7	31,3	56,3
7	1	4,5	6,3	62,5
8	2	9,1	12,5	75,0
9	3	13,6	18,8	93,8
10	1	4,5	6,3	100,0
Total	16	72,7	100,0	
Missing System	6	27,3		
Total	22	100,0		

Deelname aan uitgevoerde activiteiten registreren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	4,5	6,3	6,3
3	2	9,1	12,5	18,8
4	1	4,5	6,3	25,0
5	1	4,5	6,3	31,3
6	3	13,6	18,8	50,0
7	1	4,5	6,3	56,3
8	2	9,1	12,5	68,8
9	5	22,7	31,3	100,0
Total	16	72,7	100,0	
Missing System	6	27,3		
Total	22	100,0		

8. Taken met betrekking tot personeelsadministratie

Statistics											
N	Valid	1	25	1	19	0	3	1	1	12	61
Missing		60	36	60	42	61	58	60	60	49	0
		Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Animator	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Directie	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Ergotherapeut	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Hoofdverpleegkundige/diinsthoofd of adjunct hoofdverpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Kinesist	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Sociale dienst	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Verpleegkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Zorgkundige	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Selected Choice Andere:	Wat is uw functie binnen het woonzorgcentrum? - Andere: - Tekst

8.1 Verlofaanvragen verwerken

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Verlofaanvragen verwerken (bv. aanvragen goedkeuren): - Belastend:Niet belastend	45	0	10	5,00	2,977
Verlofaanvragen verwerken (bv. aanvragen goedkeuren): - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	45	2	10	8,64	1,747
Verlofaanvragen verwerken (bv. aanvragen goedkeuren): - Niet doeltreffend:Doeltreffend	45	2	10	7,51	2,063
Valid N (listwise)	45				

Verlofaanvragen verwerken (bv. aanvragen goedkeuren): - Belastend:Niet belastend

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	4	6,6	8,9	8,9
1	2	3,3	4,4	13,3
2	6	9,8	13,3	26,7
3	5	8,2	11,1	37,8
4	1	1,6	2,2	40,0
5	6	9,8	13,3	53,3
6	4	6,6	8,9	62,2
7	4	6,6	8,9	71,1
8	9	14,8	20,0	91,1
9	2	3,3	4,4	95,6
10	2	3,3	4,4	100,0
Total	45	73,8	100,0	
Missing System	16	26,2		
Total	61	100,0		

Verlofaanvragen verwerken (bv. aanvragen goedkeuren): - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	1,6	2,2	2,2
5	2	3,3	4,4	6,7
6	1	1,6	2,2	8,9
7	6	9,8	13,3	22,2
8	6	9,8	13,3	35,6
9	9	14,8	20,0	55,6
10	20	32,8	44,4	100,0
Total	45	73,8	100,0	
Missing System	16	26,2		
Total	61	100,0		

8.2 Uurroosters voor het personeel opmaken

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Uurroosters voor het personeel opmaken: - Belastend:Niet belastend	44	0	10	4,34	3,184
Uurroosters voor het personeel opmaken: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	44	5	10	9,16	1,160
Uurroosters voor het personeel opmaken: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	44	0	10	7,86	2,349
Valid N (listwise)	44				

Frequency Table

Uurroosters voor het personeel opmaken: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	13,1	18,2	18,2
	1	3	4,9	6,8	25,0
	2	4	6,6	9,1	34,1
	3	4	6,6	9,1	43,2
	4	3	4,9	6,8	50,0
	5	7	11,5	15,9	65,9
	7	4	6,6	9,1	75,0
	8	7	11,5	15,9	90,9
	9	3	4,9	6,8	97,7
	10	1	1,6	2,3	100,0
	Total	44	72,1	100,0	
Missing	System	17	27,9		
Total		61	100,0		

Uurroosters voor het personeel opmaken: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	5	1	1,6	2,3	2,3	
	6	1	1,6	2,3	4,5	
	7	1	1,6	2,3	6,8	
	8	7	11,5	15,9	22,7	
	9	11	18,0	25,0	47,7	
	10	23	37,7	52,3	100,0	
	Total	44	72,1	100,0		
	Missing	System	17	27,9		
	Total		61	100,0		

Uurroosters voor het personeel opmaken: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,6	2,3	2,3
	2	1	1,6	2,3	4,5
	3	1	1,6	2,3	6,8
	5	4	6,6	9,1	15,9
	6	2	3,3	4,5	20,5
	7	6	9,8	13,6	34,1
	8	8	13,1	18,2	52,3
	9	7	11,5	15,9	68,2
	10	14	23,0	31,8	100,0
	Total	44	72,1	100,0	
	Missing	System	17	27,9	
Total		61	100,0		

8.3 Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen: - Belastend: Niet belastend	50	0	10	3,60	3,283
Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	50	5	10	9,20	1,195
Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	50	1	10	7,72	2,186
Valid N (listwise)	50				

Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	21,3	26,0	26,0
	1	5	8,2	10,0	36,0
	2	6	9,8	12,0	48,0
	3	5	8,2	10,0	58,0
	5	6	9,8	12,0	70,0
	6	2	3,3	4,0	74,0
	7	5	8,2	10,0	84,0
	8	3	4,9	6,0	90,0
	9	3	4,9	6,0	96,0
	10	2	3,3	4,0	100,0
	Total	50	82,0	100,0	
Missing	System	11	18,0		
Total		61	100,0		

Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	5	1	1,6	2,0	2,0	
	6	1	1,6	2,0	4,0	
	7	2	3,3	4,0	8,0	
	8	9	14,8	18,0	26,0	
	9	7	11,5	14,0	40,0	
	10	30	49,2	60,0	100,0	
	Total	50	82,0	100,0		
	Missing	System	11	18,0		
	Total		61	100,0		

Vervanging regelen bij afwezigheid en eventueel het uurrooster aanpassen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,6	2,0	2,0
	2	1	1,6	2,0	4,0
	3	1	1,6	2,0	6,0
	5	6	9,8	12,0	18,0
	6	2	3,3	4,0	22,0
	7	7	11,5	14,0	36,0
	8	12	19,7	24,0	60,0
	9	7	11,5	14,0	74,0
	10	13	21,3	26,0	100,0
	Total	50	82,0	100,0	
Missing	System	11	18,0		
Total		61	100,0		

8.4 Vergaderingen inplannen

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Vergaderingen inplannen (bv. alle betrokken partijen contacteren): - Belastend:Niet belastend	42	0	10	5,29	2,653
Vergaderingen inplannen (bv. alle betrokken partijen contacteren): - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	42	2	10	8,24	1,679
Vergaderingen inplannen (bv. alle betrokken partijen contacteren): - Niet doeltreffend:Doeltreffend	42	3	10	7,48	1,941
Valid N (listwise)	42				

Vergaderingen inplannen (bv. alle betrokken partijen contacteren): - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	4,9	7,1	7,1
	1	1	1,6	2,4	9,5
	2	4	6,6	9,5	19,0
	3	2	3,3	4,8	23,8
	4	3	4,9	7,1	31,0
	5	10	16,4	23,8	54,8
	6	3	4,9	7,1	61,9
	7	6	9,8	14,3	76,2
	8	6	9,8	14,3	90,5
	9	3	4,9	7,1	97,6
	10	1	1,6	2,4	100,0
	Total	42	68,9	100,0	
Missing	System	19	31,1		
Total		61	100,0		

Vergaderingen inplannen (bv. alle betrokken partijen contacteren): - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	2	1	1,6	2,4	2,4	
	5	2	3,3	4,8	7,1	
	7	8	13,1	19,0	26,2	
	8	14	23,0	33,3	59,5	
	9	4	6,6	9,5	69,0	
	10	13	21,3	31,0	100,0	
		Total	42	68,9	100,0	
	Missing	System	19	31,1		
	Total		61	100,0		

Vergaderingen inplannen (bv. alle betrokken partijen contacteren): - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	3	2	3,3	4,8	4,8	
	4	1	1,6	2,4	7,1	
	5	5	8,2	11,9	19,0	
	6	4	6,6	9,5	28,6	
	7	6	9,8	14,3	42,9	
	8	9	14,8	21,4	64,3	
	9	9	14,8	21,4	85,7	
	10	6	9,8	14,3	100,0	
		Total	42	68,9	100,0	
	Missing	System	19	31,1		
Total		61	100,0			

8.5 Vormingen en opleidingen organiseren

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Vormingen en opleidingen organiseren: - Belastend:Niet belastend	38	0	9	4,87	2,339
Vormingen en opleidingen organiseren: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	38	2	10	7,84	2,200
Vormingen en opleidingen organiseren: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	38	2	10	7,32	2,107
Valid N (listwise)	38				

Vormingen en opleidingen organiseren: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,6	2,6	2,6
	1	2	3,3	5,3	7,9
	2	6	9,8	15,8	23,7
	3	3	4,9	7,9	31,6
	4	1	1,6	2,6	34,2
	5	7	11,5	18,4	52,6
	6	10	16,4	26,3	78,9
	7	2	3,3	5,3	84,2
	8	5	8,2	13,2	97,4
	9	1	1,6	2,6	100,0
	Total	38	62,3	100,0	
Missing	System	23	37,7		
Total		61	100,0		

Vormingen en opleidingen organiseren: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	2	2	3,3	5,3	5,3	
	5	4	6,6	10,5	15,8	
	6	3	4,9	7,9	23,7	
	7	5	8,2	13,2	36,8	
	8	8	13,1	21,1	57,9	
	9	3	4,9	7,9	65,8	
	10	13	21,3	34,2	100,0	
		Total	38	62,3	100,0	
	Missing	System	23	37,7		
	Total		61	100,0		

Vormingen en opleidingen organiseren: - Niet doeltreffend: Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,6	2,6	2,6
	3	1	1,6	2,6	5,3
	4	2	3,3	5,3	10,5
	5	4	6,6	10,5	21,1
	6	4	6,6	10,5	31,6
	7	5	8,2	13,2	44,7
	8	10	16,4	26,3	71,1
	9	4	6,6	10,5	81,6
	10	7	11,5	18,4	100,0
		Total	38	62,3	100,0
Missing	System	23	37,7		
Total		61	100,0		

9. Taken met betrekking tot belastingen en subsidies

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Aanvragen van subsidies: - Belastend:Niet belastend	25	0	10	4,04	3,458
Aanvragen van subsidies: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk	25	3	10	8,24	2,368
Aanvragen van subsidies: - Niet doeltreffend: Doeltreffend	25	1	10	6,68	3,010
Opvolgen van subsidies: - Belastend:Niet belastend	29	0	10	3,86	3,020
Opvolgen van subsidies: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk	29	0	10	8,07	2,751
Opvolgen van subsidies: - Niet doeltreffend: Doeltreffend	29	0	10	6,34	3,097
Taken met betrekking tot belastingen: - Belastend: Niet belastend	19	0	10	4,79	3,360
Taken met betrekking tot belastingen: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	19	0	10	8,47	2,611
Taken met betrekking tot belastingen: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	19	0	10	7,11	2,998
Valid N (listwise)	13				

9.1 Aanvragen van subsidies

Aanvragen van subsidies: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	17,6	24,0	24,0
	1	2	5,9	8,0	32,0
	2	2	5,9	8,0	40,0
	3	1	2,9	4,0	44,0
	4	5	14,7	20,0	64,0
	5	1	2,9	4,0	68,0
	6	1	2,9	4,0	72,0
	8	3	8,8	12,0	84,0
	9	3	8,8	12,0	96,0
	10	1	2,9	4,0	100,0
	Total	25	73,5	100,0	
Missing	System	9	26,5		
Total		34	100,0		

Aanvragen van subsidies: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	3	1	2,9	4,0	4,0	
	4	1	2,9	4,0	8,0	
	5	4	11,8	16,0	24,0	
	6	1	2,9	4,0	28,0	
	8	2	5,9	8,0	36,0	
	9	3	8,8	12,0	48,0	
	10	13	38,2	52,0	100,0	
	Total	25	73,5	100,0		
	Missing	System	9	26,5		
	Total		34	100,0		

Aanvragen van subsidies: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	5,9	8,0	8,0
	2	1	2,9	4,0	12,0
	3	1	2,9	4,0	16,0
	4	1	2,9	4,0	20,0
	5	5	14,7	20,0	40,0
	6	2	5,9	8,0	48,0
	7	1	2,9	4,0	52,0
	8	4	11,8	16,0	68,0
	10	8	23,5	32,0	100,0
	Total	25	73,5	100,0	
Missing	System	9	26,5		
Total		34	100,0		

9.2 Opvolgen van subsidies

Opvolgen van subsidies: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	17,6	20,7	20,7
	1	1	2,9	3,4	24,1
	2	3	8,8	10,3	34,5
	3	5	14,7	17,2	51,7
	4	3	8,8	10,3	62,1
	5	2	5,9	6,9	69,0
	6	3	8,8	10,3	79,3
	7	2	5,9	6,9	86,2
	8	1	2,9	3,4	89,7
	9	2	5,9	6,9	96,6
	10	1	2,9	3,4	100,0
Total	29	85,3	100,0		
Missing	System	5	14,7		
Total		34	100,0		

Opvolgen van subsidies: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,9	3,4	3,4
	2	1	2,9	3,4	6,9
	4	1	2,9	3,4	10,3
	5	3	8,8	10,3	20,7
	6	1	2,9	3,4	24,1
	7	2	5,9	6,9	31,0
	8	2	5,9	6,9	37,9
	9	3	8,8	10,3	48,3
	10	15	44,1	51,7	100,0
	Total	29	85,3	100,0	
	Missing	System	5	14,7	
Total		34	100,0		

Opvolgen van subsidies: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,9	3,4	3,4
	1	1	2,9	3,4	6,9
	2	2	5,9	6,9	13,8
	3	3	8,8	10,3	24,1
	4	1	2,9	3,4	27,6
	5	3	8,8	10,3	37,9
	6	3	8,8	10,3	48,3
	7	3	8,8	10,3	58,6
	8	3	8,8	10,3	69,0
	9	2	5,9	6,9	75,9
	10	7	20,6	24,1	100,0
	Total	29	85,3	100,0	
Missing	System	5	14,7		
Total		34	100,0		

9.3 Taken met betrekking tot belastingen

Taken met betrekking tot belastingen: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	3	8,8	15,8	15,8	
	1	1	2,9	5,3	21,1	
	2	1	2,9	5,3	26,3	
	3	3	8,8	15,8	42,1	
	5	4	11,8	21,1	63,2	
	6	1	2,9	5,3	68,4	
	8	2	5,9	10,5	78,9	
	9	3	8,8	15,8	94,7	
	10	1	2,9	5,3	100,0	
		Total	19	55,9	100,0	
	Missing	System	15	44,1		
Total		34	100,0			

Taken met betrekking tot belastingen: - Niet noodzakelijk: Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	1	2,9	5,3	5,3	
	5	2	5,9	10,5	15,8	
	8	4	11,8	21,1	36,8	
	9	1	2,9	5,3	42,1	
	10	11	32,4	57,9	100,0	
		Total	19	55,9	100,0	
	Missing	System	15	44,1		
Total		34	100,0			

Taken met betrekking tot belastingen: - Niet doeltreffend: Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	0	1	2,9	5,3	5,3	
	3	2	5,9	10,5	15,8	
	4	1	2,9	5,3	21,1	
	5	2	5,9	10,5	31,6	
	6	1	2,9	5,3	36,8	
	7	1	2,9	5,3	42,1	
	8	2	5,9	10,5	52,6	
	9	4	11,8	21,1	73,7	
	10	5	14,7	26,3	100,0	
		Total	19	55,9	100,0	
	Missing	System	15	44,1		
Total		34	100,0			

10. Taken met betrekking tot inspecties en controles

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Voorbereiding van inspecties en controles: - Belastend:Niet belastend	82	0	10	4,54	2,885
Voorbereiding van inspecties en controles: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	82	0	10	7,89	2,304
Voorbereiding van inspecties en controles: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	82	0	10	7,00	2,620
Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles: - Belastend:Niet belastend	69	0	10	4,39	2,912
Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk	69	0	10	8,14	2,270
Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles: - Niet doeltreffend:Doeltreffend	69	0	10	6,91	2,827
Valid N (listwise)	53				

10.1 Voorbereiding van inspecties en controles

Frequency Table

Voorbereiding van inspecties en controles: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	9,2	11,0	11,0
	1	4	4,1	4,9	15,9
	2	9	9,2	11,0	26,8
	3	11	11,2	13,4	40,2
	4	8	8,2	9,8	50,0
	5	12	12,2	14,6	64,6
	6	6	6,1	7,3	72,0
	7	7	7,1	8,5	80,5
	8	8	8,2	9,8	90,2
	9	4	4,1	4,9	95,1
	10	4	4,1	4,9	100,0
	Total	82	83,7	100,0	
Missing	System	16	16,3		
Total		98	100,0		

Voorbereiding van inspecties en controles: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,0	1,2	1,2
	1	1	1,0	1,2	2,4
	2	1	1,0	1,2	3,7
	3	2	2,0	2,4	6,1
	4	1	1,0	1,2	7,3
	5	7	7,1	8,5	15,9
	6	4	4,1	4,9	20,7
	7	12	12,2	14,6	35,4
	8	15	15,3	18,3	53,7
	9	9	9,2	11,0	64,6
	10	29	29,6	35,4	100,0
	Total	82	83,7	100,0	
Missing	System	16	16,3		
Total		98	100,0		

Voorbereiding van inspecties en controles: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,0	1,2	1,2
	1	2	2,0	2,4	3,7
	2	4	4,1	4,9	8,5
	3	3	3,1	3,7	12,2
	4	4	4,1	4,9	17,1
	5	9	9,2	11,0	28,0
	6	5	5,1	6,1	34,1
	7	12	12,2	14,6	48,8
	8	16	16,3	19,5	68,3
	9	8	8,2	9,8	78,0
	10	18	18,4	22,0	100,0
	Total	82	83,7	100,0	
Missing	System	16	16,3		
Total		98	100,0		

10.2 Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles

Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles: - Belastend:Niet belastend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	8,2	11,6	11,6
	1	5	5,1	7,2	18,8
	2	10	10,2	14,5	33,3
	3	7	7,1	10,1	43,5
	4	4	4,1	5,8	49,3
	5	7	7,1	10,1	59,4
	6	10	10,2	14,5	73,9
	7	5	5,1	7,2	81,2
	8	8	8,2	11,6	92,8
	9	3	3,1	4,3	97,1
	10	2	2,0	2,9	100,0
	Total	69	70,4	100,0	
Missing	System	29	29,6		
Total		98	100,0		

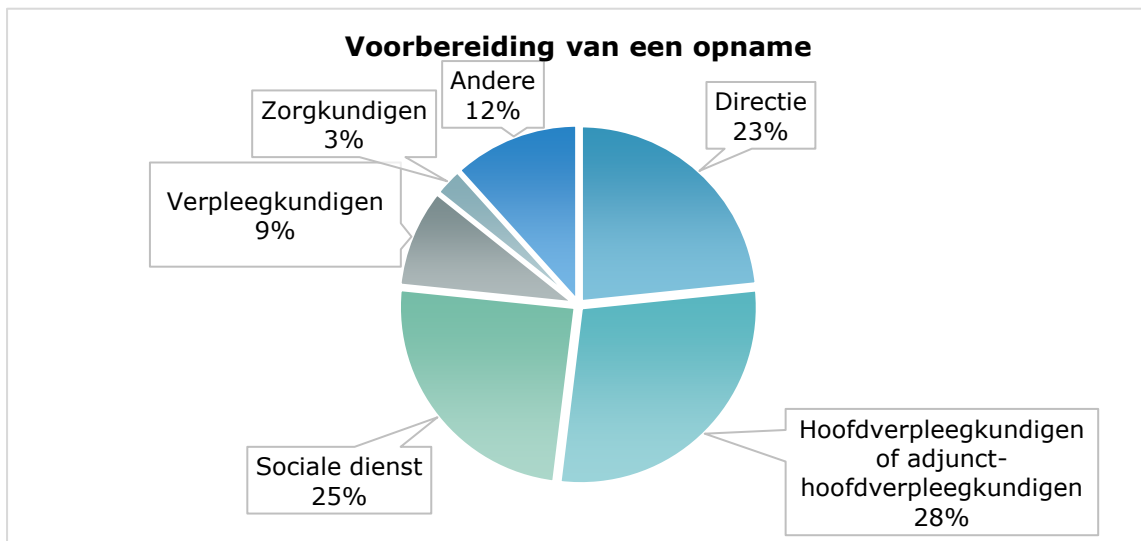
Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles: - Niet noodzakelijk:Noodzakelijk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,0	1,4	1,4
	1	1	1,0	1,4	2,9
	2	2	2,0	2,9	5,8
	4	1	1,0	1,4	7,2
	5	2	2,0	2,9	10,1
	6	3	3,1	4,3	14,5
	7	8	8,2	11,6	26,1
	8	16	16,3	23,2	49,3
	9	9	9,2	13,0	62,3
	10	26	26,5	37,7	100,0
		Total	69	70,4	100,0
Missing	System	29	29,6		
Total		98	100,0		

Opvolgen en rapporteren van inspecties en controles: - Niet doeltreffend:Doeltreffend

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	2,0	2,9	2,9
	1	1	1,0	1,4	4,3
	2	5	5,1	7,2	11,6
	3	3	3,1	4,3	15,9
	4	4	4,1	5,8	21,7
	5	3	3,1	4,3	26,1
	6	7	7,1	10,1	36,2
	7	7	7,1	10,1	46,4
	8	12	12,2	17,4	63,8
	9	11	11,2	15,9	79,7
	10	14	14,3	20,3	100,0
	Total	69	70,4	100,0	
Missing	System	29	29,6		
Total		98	100,0		

BIJLAGE 4



BIJLAGE 5

