

Reflecties op de nota's g967 en g1056 van de commissie WVG

Algemeen

Het is positief en bemoedigend dat het tekort aan zorgpersoneel en de structurele problemen in de gezondheidszorg worden aangekaart en er ook op politiek niveau een discussie ontstaat over een mogelijke aanpak ervan. Er worden in de nota's zeer interessante elementen aangehaald die mogelijk kunnen bijdragen tot een oplossing van het probleem. Tevens raken de nota's de juiste problemen aan en leggen ze de vinger op de wonde. De oplossingen die aangericht worden lijken echter zeer **korte termijn** en dreigen de sector **op vlak van expertise en kwaliteit** nog verder **uit te hollen**. Niet enkel de kwantiteit (meer handen in de zorg) is belangrijk, vooral kwaliteit, **eigen regie, gezondheidspromotie, en primaire tot tertiaire preventie voorkomen overbelasting**.

Daartegenover staat dat de nota's logischerwijze voornamelijk gericht zijn op Vlaamse bevoegdheden. Dit is een pijnpunt binnen onze **Belgische staatsstructuur** waarin ook de gezondheidszorg dagdagelijks een weg in moet vinden. Dit op zich is een moeilijke opdracht, des te meer in het kader van het vergaren van gegevens (welke bewoner of patiënt komt in welke statistieken terecht?). Hierbij kan zelfs de vraag gesteld worden of de **registratie** in alle gevallen wel op een **correcte manier** gebeurt, of dat ze ook deels gebruikt worden als een rekenmodule met financiële doeleinden.

De nota's blijven **fragmentarisch**, zijn voornamelijk gericht op de zorgberoepen **zorgkundigen en verzorgenden**. De verpleegkunde wordt wel aangehaald, maar in de marge en met weinig relevante onderzoeken (bv. Verpleegkundigen op IC)

De oudere zorgvrager typeert zich typisch als complex met een hoge graad van **multimorbiditeit**, een hoge mate van kwetsbaarheid (frailty), maar heeft recht op de beste zorgen. Een woonzorgcentrum mag dan wel een woonfunctie en geen ziekenhuisfunctie hebben, het is wel een instelling waar personen terecht komen die zo lang mogelijk thuis verzorgd werden, maar waarbij deze situatie onhoudbaar werd. In dit thuisvervangend milieu is het een recht om de beste zorg mogelijk te ontvangen. (De Lepeleire Jan & Emy, 2021)

De afgelopen jaren is de **complexiteit van de zorgvragen** van bewoners van woonzorgcentra toegenomen, met de daarbij horende nood aan meer opleiding en expertise van zorgpersoneel binnen de woonzorgcentra. (Ng et al., 2020) Tevens zien we, als neveneffect van art.107 (de afbouw van psychiatrische bedden voor ambulante zorg voor -65-jarigen) dat ook woonzorgcentra meer aanvragen én bewoners krijgen met een **psychische kwetsbaarheid**. Tenslotte is het aandeel van bewoners met een **gevorderde of vergevorderde vorm van dementie** gestegen de afgelopen jaren. Ook hiervoor is expertise en extra opleiding noodzakelijk. Tegelijkertijd vragen deze complexe zorgvragen een planmatige en wetenschappelijk gefundeerde aanpak en organisatie. Zo is de shift naar **kleinere woonentiteiten** toe te juichen, maar vraagt dit een andere -en bijkomende - inzet van personeel.

Er zit dus een **tegenstrijdigheid** in het inzetten van andere zorgprofielen in de zorg. Dit is zeker noodzakelijk, maar door de evoluties binnen de gezondheidszorg, het sneller ontslaan van patiënten uit ziekenhuizen en het sneller plaatsen van bewoners, stijgt de complexiteit van de zorg ook en is er nood aan strategieën om heropnames te voorkomen. Dit pleit in principe voor een **meer inzet van verpleegkundige profielen, ook en zeker de bachelor- en masterprofielen**. Dit creëert dan weer doorgroeimogelijkheden binnen een instelling, wat het aantrekkelijker maakt om te gaan en blijven werken.

De recente gezondheidscrisis heeft ook duidelijk gemaakt dat een woonzorgcentrum niet de meest veilige plaats is om te verblijven op vlak van infectieziekten. Dit heeft te maken met infrastructuur, maar zeker ook met personeel. Een recente publicatie geeft de noodzaak aan voor een nieuwe beleidsmodellen en financiering op vlak van woonzorgcentra met inbegrip van (1) persoons- en relatiegerichte zorg met inbegrip van **gezondheidspromotie** en een focus op **kwaliteit van leven**, (2) **participatie van oudere volwassenen en hun zorgverleners** in het concept en de implementatie van zorg, (3) een **leeftijdsvriendelijke omgeving** met ruimte voor privacy (en segmentatie in nood) en een doordachte buitenomgeving, (4) **kleinere of middelgrote instellingen**, (5) **training en ondersteuning** voor zorgverleners, (6) **continue verpleegkundige permanentie en het inbedden van medische zorg in de gemeenschap**, (7) **duidelijke linken met instellingen voor (sub-)acute zorg en (8) gestandaardiseerde brede meetinstrumenten**. (Inzitari et al., 2020)

Een heel aantal van deze elementen zijn al opgenomen in beleidsplannen en het woonzorgdecreet, maar in de praktijk nog te weinig uitgewerkt. De sleutelrol van de verpleegkundige binnen het woonzorgcentrum en bij uitbreiding het woonzorgnetwerk mag en moet versterkt worden.

In de onderstaande puntjes willen we komen tot een zo evenwichtig mogelijke analyse van de nota's, met inbegrip van hiaten en positieve punten en mogelijks alternatieve benaderingswijzen.

Van deeltijds naar voltijds

Hoe we het ook draaien of keren. De gezondheidszorg wordt nog gekenmerkt door personen die deeltijds werken. Dit heeft in vele gevallen te maken met een **bewuste keuze** om de combinatie werk/privé mogelijk te maken.

Anderzijds wordt het (potentiële) medewerkers in vele gevallen **ontraden om een voltijdse functie aan te vatten** (denk hierbij aan diensten thuisverpleging), simpelweg omdat voltijds werken fysiek en mentaal niet haalbaar is. Tevens worden er **voor zorgkundigen in een minderheid van de gevallen voltijdse contracten aangeboden**. Dit heeft te maken met de huidige taakverdeling en zorgorganisatie waardoor deze medewerkers voornamelijk op de piekmomenten worden ingezet. Het voltijds tewerkstellen van een zorgkundige zou moeten betekenen dat er ook aanbod is voor hen om taken uit te oefenen.

Andere zorgprofielen/rollen

Het inzetten van andere zorgprofielen voor ADL-ondersteuning is een mogelijkheid. Er moet dan wel stilgestaan worden bij de beste manier om dit te organiseren. Het zou niet mogen neerkomen op het verhogen van de **wisselcoëfficiënt** (het aantal zorgverleners per verzorgingsdag bij een bewoner/patiënt).

Tevens bestaat het risico, en dit is nu al realiteit, dat bij zware zorgprofielen **preventieve observaties** (drukpunten, toenemende verwardheid, afwijkende lichamelijke en mentale symptomen) **onopgemerkt** blijven of er geen actie ondernomen wordt. Dit zou kunnen leiden tot een **verhoogde druk op het intramurale zorgsysteem (lees: spoedgevallen, acute geriatrie diensten)**. Er worden zeer regelmatig vermijdbare opnames in een ziekenhuis waargenomen op basis van een niet tijdig opgemerkte of behandelde decubitus, een urineweginfectie die leidt tot een delier, orthostatische hypotensie die leidt tot valincidenten, ...

Er wordt in de nota g967 gewag gemaakt van het optrekken van de flexibele invulling van de norm verpleegkundige naar 50% die kan ingevuld worden met andere zorgprofielen. Dit is echter niet

logisch. Er is, zeker met de evolutie naar zwaardere zorgprofielen, nood aan méér verpleegkundige expertise binnen WZC mét continuïteit van zorg. De complexiteit van de zorgprofielen vraagt een opvolging die de nodige expertise vereist. Een zwaar zorgprofiel kenmerkt zich door multiple problematieken, een hoger risico op negatieve evoluties en heel vaak polyfarmacie. Eerder dan het downgraden van de expertise zou het inzetten van een **coördinerend verpleegkundige of verpleegkundig specialist** (ouderenzorg, gerontologie) problemen kunnen voorkomen en zodoende ook de zorgzwaarte beheersbaar houden. **Functiebehoud én -verbetering, klinisch redeneren en een preventieve gedachte** mag ook binnen de ouderenzorg een begrip worden.

Flexibiliteit

Er wordt flexibiliteit gevraagd in de gezondheidszorg. Deze is echter al zeer flexibel. Van alle zorgverleners wordt de bereidheid gevraagd om in te springen, klaar te staan, meer taken op te nemen dan dat ze eigenlijk moeten opnemen, meer shiften te draaien dan dat hun regime toelaat.

Piekmomenten

Piekmomenten hebben te maken met enerzijds inzet van personeel, anderzijds ook met **zorgorganisatie**. In de meeste gevallen is het nog steeds de verwachting dat alle bewoners/patiënten 's morgens gewassen worden, gedurende de dag mictiemomenten voorzien worden en 's avonds de avondzorg wordt voorzien. De personeelsbezetting is hierop aangepast. De bezetting van personeel is dus al op zijn hoogst op deze piekmomenten, ook voor zorgverleners buiten de instelling.

Indien men tot een oplossing wil komen voor deze piekmomenten, moet nagedacht worden over een andere zorgorganisatie waarbij niet elke bewoner of patiënt 's morgen hygiënische zorgen krijgt. Uiteraard is een minimale zorg vereist voor patiënten of bewoners met een incontinentieprobleem, hetgeen bij de zware profielen bijna de facto zo is. Wel kan gedacht worden aan het verschuiven van de volledige zorg naar een ander moment van de dag, waar dan extra zorgpersoneel kan en moet voorzien worden (er valt hierbij te denken aan baden, douches, etc... die niet dagelijks hoeven verricht te worden). (cf. infra)

Zelfstandige thuisverpleegkundigen

Zelfstandige thuisverpleegkundigen kennen dezelfde piekmomenten als de zorgverleners in instellingen. In de ochtend worden de insulinepatiënten en patiënten met compressietherapie als eerste bediend. Thuisverpleegkundigen bedienen nu reeds de **assistentiewoningen**, in vele gevallen verbonden aan een WZC. Het extra inzetten van thuisverpleegkundigen binnen woonzorgcentra zou zorgen voor een verschuiving van personeel, eerder dan een oplossing bieden aan de schaarste. Bij extra vraag worden extra verpleegkundigen aangeworven vanuit bestaande reguliere diensten thuisverpleging of vanuit andere instellingen. Tevens is het zo dat een aanzienlijk deel van de verpleeg- en zorgkundigen die deel- of voltijds werken, een **bijberoep** hebben als zelfstandige thuisverpleegkundige. Het extra inzetten van deze mensen in de WZC zou dus enkel een **verschuiving betekenen en een verminderde flexibiliteit voor de organisatie zelf**. Daarnaast zou het voorzien van extra prestaties binnen het WZC enkel voor zelfstandige groepen een **oneerlijke concurrentie** betekenen ten opzichte van de reguliere organisaties voor thuisverpleging. Dit leidt tot een verdere uitholling van deze organisaties, die nu al moeite hebben om hun dienstverlening te waarborgen.

De **diensten thuiszorg en gezinszorg** hebben een heel aantal zorgkundigen in dienst die eventueel kunnen gedetacheerd worden naar instellingen. Hier bestaan reeds praktijkvoorbeelden van. In sommige regio's is er nog ruimte binnen het bestaande personeelskader om dit mogelijk te maken. Dit vraagt echter ook een aanpassing van de regelgeving, dan wel het daadwerkelijk detacheren van medewerkers.

Taakuitzuivering – differentiatie en efficiëntie

De taak van een **verpleegkundige binnen een WZC is voor een groot deel al uitgezuiverd**. Voornamelijk zijn ze verantwoordelijk voor de (noodzakelijke) controle van medicatie zodat deze kan toegediend worden door andere zorgprofielen, het toedienen van hoogrisicomedicatie (insuline), intramusculaire injecties, het opvolgen van pijn- of voedingspompen, (complexe) wondzorg, palliatieve zorg, de coördinatie van de zorg en de zorgadministratie. **Hiermee missen ze het noodzakelijke overzicht en patiëntencontact om problemen te voorkomen of de evolutie ervan vroegtijdig te remediëren**. In een heel aantal zorginstellingen is 1 verpleegkundige verantwoordelijk voor meer dan 30 bewoners, dit loopt op tot 60, met daarbij ook nog de oproepen die mogelijks komen uit de aanpalende assistentiewoningen. Het hoeft geen betoog dat dit voor verpleegkundigen in WZC een onhaalbare kaart is. Dit geldt dan enkel nog maar voor de piekmomenten van de ochtendshift. 's Avonds en/of 's nachts kan de verantwoordelijkheid oplopen tot 90 en meer bewoners.

Mogelijke stappen voorwaarts

Niet kwantiteit maar kwaliteit telt

Vanuit de literatuur komt naar voor dat niet zozeer het aantal handen in de zorg van belang is, dan wel de kennis, vaardigheden en attitudes van de handen aan het bed. (Declercq & Vanneste, 2020) Tevens zorgt de **huidige zorgorganisatie en het weinige aan regelruimte en autonomie voor jobontevredenheid**. Uiteraard is er een minimum aan geschoold personeel noodzakelijk om kwaliteit van zorg te garanderen, waarbij kwaliteit dan ruim omschreven kan worden.

De verpleegkundige als spil

De verpleegkundige is de spilfiguur van de zorg binnen een woonzorgcentrum, maar kan deze functie niet waarmaken op dit moment. Een verpleegkundige die regie voert over een aantal bewoners met complexe zorgvragen kan dit voor een maximum van 10-15 patiënten. Een verpleegkundige moet zijn/haar patiënten kunnen zien tijdens de zorg die opgenomen wordt door andere zorgverleners (zorgkundigen/verzorgenden). **Het is onrealistisch en inefficiënt om de verpleegtechnische zorg volledig los te koppelen van het zorgmoment**, wat niet wil zeggen dat de hele zorg moet uitgevoerd worden door deze verpleegkundige. Het zorgsysteem kreunt, maar ook omwille van de manier waarop ze georganiseerd is en de prestatiegerichte organisatie van de te zorg. Een recente publicatie geeft aan dat er **drie factoren zijn die burnout in de zorg kunnen voorkomen**: (1) de mogelijkheid voor een persoonsgerichte aanpak eerder dan het meten van productiviteit/performance, (2) een beleid gericht op het verminderen van de administratieve last en (3) de mogelijkheid voor persoonlijke professionele ontwikkeling en zelfzorg. (Rollins et al., 2021)

Té veel verpleegkundige capaciteit wordt ingezet op plaatsen en voor prestaties die niet echt noodzakelijk zijn. De bevoegdheidsverdeling tussen het federale en Vlaamse niveau is nefast, daar

waar de hefboomen voor een efficiëntere zorg binnen een lokale context liggen. De inzet van verpleegkundigen in andere settings kan en moet kritisch bekeken worden, alsook de taken die zij moeten opnemen. Alleen door een doorgedreven taakdifferentiatie kan verpleegkundige capaciteit vrijgemaakt worden, en kan de verpleegkundige groeien tot een autonome discipline.

Beeldvorming en personeelswerving

Weinig verpleegkundigen voelen zich geroepen om in de ouderenzorg te werken omwille van de negatieve beeldvorming en het weinig uitdagende werk. Het mag wel duidelijk zijn dat dit geenszins klopt. Er zijn ontzettend veel uitdagingen en verantwoordelijkheden binnen de ouderenzorg die op dit moment niet opgenomen (kunnen) worden. Tevens zijn er weinig ontwikkelkansen voor verpleegkundigen en voeren ze hun taken uit in een “zorgvacuüm”. Het is net door het afglijden van de zorg binnen de wzc naar louter hygiënische zorgen, medicatienazicht en verdeling en administratie, dat de job weinig appelleert. De technische competenties die een verpleegkundige aan boord heeft, moet kunnen ingezet worden in een uitdagend kader. **Hoewel het gaat om een woonfunctie, is de zorg voor net de meest kwetsbare ouderen technisch en inhoudelijk uitdagend, dit komt nog te weinig tot zijn recht in de huidige organisatie.**

Teamwerking in de zorg

Zorgkundigen werken in principe onder toezicht van verpleegkundigen. In de praktijk voeren zorgkundigen zelfstandig zorgen uit en in het beste geval ziet de verpleegkundige de bewoner soms of gaat ze voort op de observaties van zorgkundigen en verzorgenden. Binnen woonzorgcentra zouden **kleinere zorgteams (en woonentiteiten), aangestuurd door een verpleegkundige voor een beperkt aantal zorgvragers** efficiënter en kwaliteitsvoller kunnen werken. De verpleegkundige kan haar verpleegtechnische taken tijdens de zorg uitvoeren en een assessment uitvoeren van de bewoner in zijn geheel om zodoende **gezondheidsbevorderend en preventief te werken**. Tevens is er een duidelijk toezicht op de taken uitgevoerd door zorgkundigen/verzorgenden of andere zorgprofielen.

Zorgorganisatie

Het uitvoeren van zorgen op **piekmomenten zorgt voor bezettings- en logistieke problemen**. Het is ook een gegeven dat **institutioneel** is ingegeven. Het tijdstip waarop iemand in een thuissituatie opstaat, zich wast, zich klaarmaakt, is zeer variabel. Bij het werken met kleinere leefgroepen kan gewerkt worden met verschillende parameters (lichamelijke mogelijkheden, cognitie, ...), maar eventueel ook persoonlijke voorkeuren van de bewoner zelf. Op deze manier kan de zorg anders georganiseerd worden en worden de piekmomenten verspreid. Dit is ook in lijn met een meer **persoons- en belevingsgerichte benadering** en verhoogt het welzijn en kwaliteit van leven van de bewoner, en bijgevolg de zorgmedewerker. Shiften en bezetting kunnen hierop geënt worden.

Netwerkvorming en detachering, liaison

Zoals voorzien in het woonzorgdecreet en positief aan den nota van Parys et al. kunnen woonzorgnetwerken in het lokaal sociaal beleid ingebed worden.

Samenwerkingsverbanden met **thuisverpleegkundigen en diensten voor thuisverpleging, maar eveneens diensten gezins- en thuiszorg** kunnen op deze manier vorm gegeven worden. Medicatievoorbereiding en -nazicht kan in samenspraak met apotheken of door **apothekassistenten** gebeuren. De **medicatieschema's** van bewoners kunnen samen met de huisarts, CRA en apotheek bekeken en vereenvoudigd worden. Het aan tal giften kan verminderd worden waardoor de controle en toediening vereenvoudigd wordt, maar waardoor ook bv. valincidenten, urineweginfecties, medicatiefouten, etc. kunnen voorkomen worden. (Sluggett et al., 2020) Het samenwerken met **vrijwilligersorganisaties, sociale werkplaatsen, OCMW en PWA** behoren eveneens tot de mogelijkheden om de meer logistieke en huishoudelijke taken op te nemen mits een korte extra vorming. De bewoners van (zeker rurale) woonzorgcentra zijn dikwijls bewoners uit het dorp of de streek, op deze manier is de overgang naar een woonzorgcentrum ook geen volledige breuk met de lokale gemeenschap, hetgeen in lijn ligt met een persoonsgerichte benadering.

De **rol van de CRA** als verantwoordelijke voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg kan **deels verschoven worden naar verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten ouderenzorg**. Zij kunnen een netwerkfunctie in het belang van bewoners opbouwen en staan het dichtst bij de bewoners om zorg aangepast aan hun noden te voorzien. Domus medica heeft in deze zin ook al een nota geschreven over de rol van de CRA in een geïntegreerd kader. (De Lepeleire Jan & Emy, 2021)

Gezien de complexiteit van zorgvragen behoort het ook tot de mogelijkheden om een **liaisonfunctie** te voorzien vanuit acuut geriatrische diensten en diensten ouderenspsychiatrie. Deze liaisonfuncties kunnen ook opgenomen worden door verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten.

Voorwaarden voor de inzet van extra personeel

Extra personeel is zeer welkom om ondersteunende taken op te nemen. Het kan en mag echter niet zo zijn dat dagelijks een heel aantal zorgverleners de woonkamer van een bewoner binnenkomen. Tevens kan en mag de persoonsgerichte zorg niet uitbesteed worden aan niet -of weinig- geschoold personeel. De meeste bewoners van een woonzorgcentrum zijn fragiele ouderen die specifieke zorgnoden hebben en nood aan gedegen expertise en een kritische klinische blik, binnen een warme en persoonsgerichte context. **Het kader van een wzc moet structuur hebben en standvastigheid zodat de herkenbaarheid verhoogt en bv. personen met een dementieel proces niet onnodig moeten omgaan met wisselende gezichten en personen.**

Administratie en financiering

De administratieve last komt nog (té) veel op de schouders van de zorgprofessional terecht. Zoals terecht wordt aangehaald in de nota van Parys et al. kan de automatisering van deze administratie verlichting brengen. Toch zou dit **ook klinisch een voordeel moeten hebben en moeten zorgen voor een goede informatiedoorstroming tussen de verschillende disciplines**. Het mag niet verworden tot een registratiesysteem ten behoeve van de financiering.

Financieringsnormen

De huidige financieringsnormen zijn onvoldoende om kwaliteitsvolle, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg te voorzien. De aard van financiering staat ook niet in relatie tot de realiteit. Een woonzorgcentrum wordt genoopt zware zorgprofielen op te nemen om financieel rond te komen, en

dit liefst met zo weinig en zo jong mogelijk personeel. Dit terwijl er net continuïteit nodig is binnen het personeelskader om goede zorg te leveren én jobtevredenheid te creëren. (Gandhi, Yu, & Grabowski, 2021) Het mag te hopen zijn dat de invoering van de **BELRAI-LTCF** hier een meer realistisch beeld op geeft en een realistische inzet van personeel.

Marktwerking

De marktwerking binnen de woonzorgsector is problematisch. Hoewel er bijzonder mooie complexen met uitstekende catering in een mooi kader worden aangeboden aan woekerprijzen voor bewoners, wordt een minimum aan zorgpersoneel ingezet. Vanuit de praktijk weten we dat er woonzorgcentra zijn die per shift slechts één of enkele vaste medewerkers hebben, en waar de rest van het ader wordt ingevuld door interimwerkers. Dit terwijl de ligdagprijzen zeer hoog zijn en er tegelijkertijd dividenden worden uitgereikt aan aandeelhouders. Aan dit soort praktijken mag en moet paal en perk gesteld worden willen we voor een goede een kwaliteitsvolle ouderenzorg kiezen.

Verloning

Het loon van een gezondheidswerker (verpleegkundige/zorgkundige) staat inderdaad, zoals correct aangehaald, nog niet op niveau in relatie tot verantwoordelijkheden en inspanningen. De extra prestaties worden te weinig gehonoreerd. Tevens “klussen” een heel aantal gezondheidswerkers bij als zelfstandige in bijberoep in de thuisverpleging. Er is een nood aan het herbekijken van de pas hernieuwde loonschalen en functieclassificaties en het opnemen van bijkomende verantwoordelijkheden. Bijzondere beroepstitels (gespecialiseerde verpleegkundigen) en verpleegkundig specialisten worden onvoldoende gehonoreerd. Tevens is het systeem van gespecialiseerde verpleegkundigen toe aan een revisie (bv. een verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel of beroepsbekwaamheid in de ggz, werken meestal in die setting, dat is hun basisjob en geen extra verantwoordelijkheid).

Reference List

- De Lepeleire Jan, C. K., & Emy, K. (2021). DE COÖRDINERENDE EN RAADGEVENDE ARTS IN WOONZORGCENTRA: NAAR EEN NIEUWE FUNCTIEOMSCHRIJVING BINNEN STERK INTERPROFESSIONEEL TEAMWERK.
- Declercq, A., & Vanneste, D. (2020). Personele voorwaarden in woonzorgcentra. Samenvatting van de resultaten van de literatuurstudie.
- Gandhi, A., Yu, H., & Grabowski, D. C. J. H. A. (2021). High Nursing Staff Turnover In Nursing Homes Offers Important Quality Information: Study examines high turnover of nursing staff at US nursing homes. *40*(3), 384-391.
- Inzitari, M., Risco, E., Cesari, M., Buurman, B. M., Kuluski, K., Davey, V., . . . Prvu Bettger, J. (2020). Nursing Homes and Long Term Care After COVID-19: A New ERA? *The journal of nutrition, health & aging*, *24*(10), 1042-1046. doi:10.1007/s12603-020-1447-8
- Ng, R., Lane, N., Tanuseputro, P., Mojaverian, N., Talarico, R., Wodchis, W. P., . . . Hsu, A. T. J. J. o. t. A. G. S. (2020). Increasing Complexity of New Nursing Home Residents in Ontario, Canada: A Serial Cross-Sectional Study. *68*(6), 1293-1300.
- Rollins, A. L., Eliacin, J., Russ-Jara, A. L., Monroe-Devita, M., Wasmuth, S., Flanagan, M. E., . . . Salyers, M. P. J. P. R. J. (2021). Organizational conditions that influence work engagement and burnout: A qualitative study of mental health workers.

Sluggett, J. K., Chen, E. Y., Ilomäki, J., Corlis, M., Van Emden, J., Hogan, M., . . . Ooi, C. E. J. J. o. t. A. M. D. A. (2020). Reducing the burden of complex medication regimens: Simplification of Medications Prescribed to Long-term care Residents (SIMPLER) cluster randomized controlled trial. *21*(8), 1114-1120. e1114.