

Doelmatigheid en personele bezetting bij de
medische zorg in verpleeghuizen

Onderzoek naar het werkproces van de
specialist ouderengeneeskunde



Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen

Onderzoek naar het werkproces van de
specialist ouderengeneeskunde

In opdracht van het Capaciteitsorgaan

Ineke Bloemendaal
Willem van der Windt

Utrecht, maart 2014

Kiwa Carity is hét kennis- en expertisecentrum in het hart van de zorg. Wij willen de Nederlandse zorgsector optimaal informeren, adviseren en ondersteunen en daarmee bijdragen aan een goede sturing en kwaliteit van de zorg. Uitgangspunten zijn: objectiviteit, gedegenheid, betrouwbaarheid en onafhankelijkheid.

Kiwa Carity wortelt in de basis en heeft een sterke verbinding met de top van de zorg. Door die unieke sleutelpositie zijn wij bij uitstek in staat om actief bij te dragen aan de ontwikkeling van het landelijke beleid en ontwikkelingen in het veld. Wij ondersteunen onze klanten in hun streven de doeltreffendheid, doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te verbeteren.

© Kiwa Carity, Utrecht, 2 2013. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Kiwa Carity.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

Indien het werk bedoeld is voor openbare publicaties dan mag dat zonder schriftelijke toestemming louter in zijn geheel en zonder enige toevoeging of weglating openbaar gemaakt worden.

® Carity is een wettig gedeponeerd dienst- en Warenmerk.

Uitgever

Kiwa Carity
Ptolemaeuslaan 900, 3528 BV Utrecht
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht
Telefoon 030 - 2345 678
Fax 030 - 2345 677
Carity@kiwa.nl

Bestellingen

Publicaties zijn te downloaden via www.kiwaCarity.nl.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Samenvatting onderzoek en betekenis voor capaciteitsraming	9
3	Onderzoeksvragen en aanpak	19
3.1	Doel en onderzoeksvragen	19
3.2	Aanpak	19
3.3	Respons	20
4	Medische diensten in de VVT: bezetting en vacatures	23
4.1	Vergelijking van de formatie 2001-2013	23
4.2	Het aantal en aandeel vacatures	23
4.3	Werken met verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving	24
5	Personele bezetting en cliënten van de medische dienst in het verpleeghuis	27
5.1	Personele bezetting van de medische diensten	27
5.2	Aantal en aard van de cliënten binnen en buiten het verpleeghuis	32
6	Hoeveel patiënten bedient de SO en welk aandeel hebben anderen daarin	37
6.1	Caseload van de specialist ouderengeneeskunde	37
6.2	Bijdragen van anderen aan de caseload van de SO	39
7	Doelmatigheid van het werkproces van de SO	45
7.1	Doelmatigheid van de medische dienst: resultaten op itemniveau	45
7.2	Verbeterpotentieel bij de doelmatigheid van het werkproces van de SO	49
7.3	Doelmatigheid van de medische dienst: onderliggende dimensies	51
8	Samenstelling medische dienst, caseload en doelmatigheid: onderlinge verbanden	55
8.1	Caseload	55
8.2	Doelmatigheid	59
8.3	Caseload en doelmatigheid	61
8.4	Overige kenmerken van de behandelpraktijk	61
8.5	Samenvatting van de onderzochte verbanden	62
	Gebruikte literatuur	65

Bijlage 1 Cliënten in de onderzoeksgroep en landelijk	67
Bijlage 2 Samenstelling van de medische diensten in detail	69
Bijlage 3 Aandeel cliënten per medische dienst	79
Bijlage 4 Verbeterpotentieel doelmatigheid	81
Bijlage 5 Formele kwaliteitsaspecten	83
Bijlage 6 Medische zorg in de VVT in historisch perspectief	87

1 Inleiding

De Kamer Specialisten ouderengeneeskunde van het Capaciteitsorgaan houdt zich bezig met de raming van de benodigde opleidingscapaciteit voor specialisten ouderengeneeskunde (SO). Naast een goed inzicht in het feitelijke aantal en het aantal fte actieve specialisten ouderengeneeskunde is voor de gewenste opleidingscapaciteit het huidige tekort aan artsen van belang. Om actuele informatie hierover te verkrijgen, heeft Kiwa Carity een enquête onder hoofden van medische diensten in de VVT uitgevoerd naar het aantal werkzame professionals en het aantal vacatures per 1-1-2013. De resultaten uit deze meting kunnen we vergelijken met die van eerdere onderzoeken in 2001, 2004, 2007 en 2010. Een andere parameter die van belang is bij de capaciteitsplanning voor de Specialist Ouderengeneeskunde is het werkproces van de SO, en dan vooral de efficiency daarvan: Hoeveel patiënten kan een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) van medische zorg voorzien? Welke bijdrage kunnen we verwachten van een efficiënter werkproces? Wat betekent dit voor de behoefte aan SO's? In welk tempo kunnen veranderingen zich voltrekken?

Dit onderzoek richt zich naast de vacaturemeting, daarom ook op de praktijkvoering van specialisten ouderengeneeskunde en levert daarmee bouwstenen op voor een aantal parameters van het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan in het licht van een aantal actuele ontwikkelingen die van invloed zijn op de efficiency van het werkproces. In de eerste plaats gaat het daarbij om de invoering van moderne praktijkvoering, waarbij ook praktijkautomatisering en de invoering van epd's plaatsvinden. Aannemelijk is dat een andere organisatie van de medische zorgverlening, zoals de inzet van behandelteams op commerciële basis of de inzet van andere professionals, leidt tot efficiencywinst (Bloemendaal, e.a., 2009 en Verenso, 2009).

Verschillende veldpartijen (Verenso en SOON) hebben de handen ineen geslagen om de werkcontext van de SO aantrekkelijker te maken en zo de instroom in de opleiding te bevorderen. Het versterken van de medische praktijken in verpleeghuizen is hierin een van de actiepunten. Kenmerken van deze moderne behandelpraktijk, in een artikel van Hoek en Roos (2011) 'behandelpraktijk nieuwe stijl' genoemd, zijn onder meer:

- 1) het aanstellen binnen de medische diensten van verpleegkundig specialisten / praktijkverpleegkundigen, die taken van de specialist ouderengeneeskunde kunnen overnemen, waaronder de triage en de medische begeleiding van specifieke doelgroepen;
- 2) het aanstellen van doktersassistenten en medische secretaresses, die administratieve taken overnemen en eenvoudige medisch-technische handelingen kunnen uitvoeren;
- 3) meer verpleegkundigen binnen het verpleeghuis, die verpleegtechnische handelingen verrichten, die nu noodgedwongen door de specialist ouderengeneeskunde worden verricht;
- 4) betere ict-ondersteuning voor de specialist ouderengeneeskunde, zoals dat ook voor andere medische beroepsbeoefenaars beschikbaar is.

Met deze maatregelen wordt onder meer beoogd dat de kwaliteit van medische zorg toeneemt evenals de productiviteit van de SO. Omdat het bij de 'behandelpraktijk nieuwe stijl' niet om een concreet uitgewerkt model gaat, spreken we in de rest van dit rapport over 'moderne praktijkvoering', tenzij we specifiek refereren aan de genoemde publicatie.

Ook is de verwachting dat de specialist ouderengeneeskunde in toenemende mate wordt betrokken bij de medische zorg aan thuiswonende ouderen en ouderen in het verzorgingshuis. Vanuit het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' (KNMG, 2010) wordt voorgesteld dat de specialist ouderengeneeskunde op veel grotere schaal dan nu een rol gaat spelen als consulent van de huisarts en als medebehandelaar en hoofdbehandelaar in het verzorgingshuis. Voorwaarde die hierbij wordt gesteld is dat de specialist ouderengeneeskunde gemiddeld een veel groter aantal patiënten gaat behandelen dan nu het geval is (zowel extramuraal als in het verpleeghuis).

Voor het Capaciteitsorgaan is vooral van belang of de versterking van de medische praktijken en de inzet van de SO bij de zorg aan thuiswonende ouderen van invloed zijn op het aantal patiënten dat de SO kan bedienen. En welke winst er naar de toekomst is te verwachten van de genoemde ontwikkelingen en beleidsmaatregelen. Op basis hiervan kunnen parameterwaarden voor het ramingsmodel nader worden ingevuld.

Aansluiting bij eerder onderzoek

Dit onderzoek sluit aan bij eerder onderzoek naar vacatures bij specialisten ouderengeneeskunde en enkele andere beroepsgroepen binnen de medische diensten van verpleeghuizen (gehouden in 2001, 2004, 2007 en 2010). Deze onderzoeken werden aanvankelijk gericht op de medici die deel uitmaakten van de medische diensten in verpleeghuizen. Sinds 2010 werden daarbij ook anderen die medische taken overnamen van de specialist ouderengeneeskunde betrokken (verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving en (in 2013) physician assistants).

Daarnaast is dit onderzoek een vervolg op eerder kwalitatief inventariserend onderzoek bij 11 medische diensten in verpleeghuizen naar de doelmatigheid van het werkproces van de SO (van der Windt en Bloemendaal, 2012). Hierdoor is kennis verkregen over een aantal relevante verklarende factoren bij de doelmatigheid van het werkproces van de SO. Dit zijn:

- Basis van verpleging en verzorging
- Triage en spreekuren
- Overdracht medische zorg
- Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg
- Ondersteuning door medisch secretaresses (MS) en doktersassistenten (DA)
- Ondersteuning door beleidsmedewerkers
- Ondersteuning via een EPD

Dit onderzoek leerde ook dat het feitelijke aantal fte's SO in de medische diensten mede tot stand komt onder invloed van andere dan de hierboven genoemde factoren. Onder meer historie en zorgvisie van de organisatie, het budget, onderhandelingsvaardigheid vanuit medische diensten en de beschikbaarheid van SO's (het aanbod op de arbeidsmarkt) bleken van belang.

Om een indruk van de mogelijke veranderingen te geven: De respondenten van ons inventariserende onderzoek schatten de efficiencywinst die te boeken is door het verbeteren van bovenstaande aspecten gemiddeld op 8% voor hun eigen organisatie. Volledige invoering van de behandelpraktijk nieuwe stijl, zoals beschreven in een artikel van Hoek en Roos (2011), zou naar onze raming 24% op het aantal noodzakelijke SO's kunnen besparen.

In het huidige onderzoek bouwen we voort op de kennis die is verkregen uit deze onderzoeken.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 omvat een samenvatting van de onderzoeksresultaten en de betekenis hiervan voor de capaciteitsraming. In hoofdstuk 3 beschrijven we de aanpak van het onderzoek. In de hoofdstukken 4 tot en met 8 worden de resultaten beschreven van het onderzoek. Hoofdstuk 4 gaat in op de bezetting van de medische diensten met de beroepsgroepen die een directe bijdrage leveren aan de medische zorgverlening en het aantal vacatures dat daarvoor open staat. In de hoofdstukken 5 tot en met 7 staan de kenmerken van de afzonderlijke medische diensten en de mate waarin zij variëren centraal. Achtereenvolgens beschrijven we in deze hoofdstukken de bezetting van de medische diensten en de cliënten waar zij medische zorg aan verlenen (hoofdstuk 5), de caseload van de SO en de bijdragen aan de medische zorg door andere beroepsgroepen (hoofdstuk 6) en de doelmatigheid van het werkproces van de SO (hoofdstuk 7). Hoofdstuk 8 gaat in op enkele verbanden tussen de hiervoor geschetste kenmerken.

2 Samenvatting onderzoek en betekenis voor capaciteitsraming

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de medische zorg in verpleeghuizen en het werkproces van de specialisten ouderengeneeskunde. Het levert bouwstenen op voor het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan, op basis waarvan zij het Ministerie adviseert over de benodigde opleidingscapaciteit voor specialisten ouderengeneeskunde. De parameters uit het rekenmodel waar dit onderzoek vooral op is gericht zijn 'onvervulde vraag', 'efficiency' en 'substitutie'. Een aantal actuele ontwikkelingen in het werkproces van de SO lijken hierop aan te grijpen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de inzet van andere professionals bij de medische zorgverlening en de invoering van moderne praktijkvoering. Ook meer beleidsmatige ontwikkelingen ten aanzien van de inzet van de SO bij de medische zorg aan thuiswonende cliënten, zoals verwoord in het KNMG-standpunt uit 2010, zijn van invloed op de efficiency van het werkproces van de SO. Voor het Capaciteitsorgaan is daarbij vooral van belang of de versterking van de medische praktijken en de inzet van de SO bij de zorg aan thuiswonende ouderen van invloed zijn op het aantal patiënten dat de SO kan bedienen. En welk effect er in de toekomst is te verwachten van de genoemde ontwikkelingen en beleidsmaatregelen.

Onderzoeksvragen, aanpak en respons

In dit onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat is de aard en het aantal van de professionals die medische zorg leveren in verpleeghuizen?
2. Wat is de aard van en het aantal vacatures bij deze professionals?
3. Wat is de samenstelling van de medische dienst en aan hoeveel en welke cliënten bieden zij medische zorg?
4. Wat is de ratio van het aantal SO's ten opzichte van het aantal cliënten en welke variatie zien we hierin tussen medische diensten?
5. Wat is het effect van de inzet van anderen binnen de medische dienst op de caseload van de SO?
6. Hoe doelmatig is de behandelpraktijk van de SO ingericht (beoordeling door hoofd medische dienst)?
7. Welke verbanden zijn er tussen de kenmerken van de behandelpraktijk van de SO en het aantal cliënten dat de SO kan bedienen?

Op basis van de resultaten toetsen we de gebruikte parameterwaarden in het meest recente Capaciteitsplan SO (2013) en geven we antwoord op de vraag of de veronderstellingen in het plan in de toekomst aangepast zouden moeten worden. De resultaten van onderzoeksvraag 2, het vacatureonderzoek, zijn overigens al in het Capaciteitsplan van 2013 verwerkt.

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst die zowel schriftelijk als via internet is aangeboden. Om de respons te stimuleren hebben respondenten een rapportage ontvangen, waarin de resultaten van hun eigen medische dienst zijn gespiegeld aan het gemiddelde beeld bij hun collega's.

In totaal hebben 102 medische diensten deelgenomen aan het onderzoek. Aangezien het totale aantal medische diensten onbekend is en de medische diensten verschillend zijn georganiseerd (organisatieniveau of regionaal) is niet met zekerheid vast te stellen hoe hoog de respons is. Als we een schatting maken van de respons op basis van de 'dekingsgraad' in ons onderzoek wat betreft het aantal verpleeghuiscliënten en specialisten

ouderengeneeskunde komen we op een respons tussen de 36% (o.b.v. het totale aantal geregistreerde SO's) en 46% (o.b.v. het aantal cliënten).

In ons onderzoek levert dus 36% van het landelijk bestand aan SO's volledige medische zorg aan 46% van het totale aantal landelijke cliënten met een verpleeghuisindicatie (zzp5-10). De SO's in ons onderzoek bedienen dus meer cliënten dan de SO's die niet in ons onderzoek zijn vertegenwoordigd.

Uit een nadere beschouwing blijkt dat de medische diensten in ons onderzoek relatief veel ondersteunende professionals en andere artsen in dienst hebben. Ook blijkt dat de onderzoeksgroep relatief weinig opleidt. Bovenstaande betekent dat de onderzoeksresultaten niet geheel representatief zijn en dat alleen rekening houdend met deze afwijking op landelijk niveau conclusies kunnen worden getrokken.

Hieronder beschrijven we de resultaten van de onderzoeksvragen.

Beantwoording van de onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1 en 2:

Wat is de aard en het aantal van de professionals die medische zorg leveren in verpleeghuizen? En wat is de aard en het aantal vacatures bij deze professionals?

Aan hoofden van medische diensten van verpleeghuizen is gevraagd naar de bezetting en het aantal vacatures bij artsen en andere professionals die direct betrokken zijn bij de medische zorgverlening. Dit gedeelte van het onderzoek betreft het oorspronkelijke vacature onderzoek dat periodiek plaatsvindt sinds 2001.

Het aandeel SO's (in fte's) in de totale artsenformatie is sinds 2010 afgenomen van 79% tot 72%. Dit gaat gepaard met een forse toename van de overige artsen en de andere professionals sinds 2010. Bij de artsen blijkt het aandeel fte's overige artsen ten opzichte van 2010 te zijn verdubbeld. Daarmee heeft de toename die we al zagen tussen 2007 en 2010 zich doorgezet. Het gaat hierbij meestal om basisartsen. In 2013 is het aandeel basisartsen ruim 80%, het aantal huisartsen ruim 11%, en overige artsen 8%. Het aandeel overige artsen in de totale artsenformatie (in fte's) nam daardoor toe van 10,2% naar 20,9%.

Achtergrond van deze forse toename is vooralsnog onduidelijk. De toename kan wijzen op een forse toename van substitutie, maar zal deels ook uiting zijn van het blijvende tekort aan SO's, waardoor vaker andere artsen aangesteld worden om de cliënten te voorzien van de benodigde medische zorg.

Het percentage vacatures voor artsen, al dan niet in opleiding, is tussen 2010 en 2013 gedaald. Bij de SO's heeft een afname plaatsgevonden van 12,1 naar 9,7%, bij overige artsen van 9,1 naar 5,1%. Hoewel ook bij de aio's SO het aantal vacatures is gedaald ten opzichte van 2010, staat tegenover elke drie artsen in opleiding nog steeds een lege plaats, waar men wel zou willen opleiden.

De sterke toename van het aantal en het aandeel van basisartsen doet de vraag rijzen of het vacaturepercentage niet geflatteerd is. Het is goed denkbaar dat men een vacature voor specialist ouderengeneeskunde opvult met een basisarts omdat een specialist ouderengeneeskunde niet te verkrijgen is. De vacature is daarmee vervuld, maar niet op de wijze die men in eerste instantie voor ogen had. Het is denkbaar dat men wanneer het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde verruimt alsnog een vacature voor SO openstelt.

Mede door de voortdurende krapte aan specialisten ouderengeneeskunde op de arbeidsmarkt, worden in steeds meer verpleeghuizen delen van het werk die eerder door de specialist ouderengeneeskunde uitgevoerd werden, door anderen gedaan (verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en/of verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.)).

Ook het aantal van deze professionals is tussen 2010 en 2013 fors gestegen, voor verpleegkundig specialisten zelfs met een factor 2,5. Deze cijfers komen hoger uit dan uit recent landelijk onderzoek naar voren komt (van der Velde en van der Windt, 2013). Ook bij de verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving zien we groei ten opzichte van 2010, hun aantal is toegenomen met 38%. Waarschijnlijk hebben verpleeghuizen met de inzet van deze professionals de arbeidsmarktkrapte onder SO's gedeeltelijk willen opvangen.

Bij één op de vijf medische diensten staan er vacatures open voor deze professionals, bijna uitsluitend voor verpleegkundig specialisten. Geëxtrapoleerd naar landelijk gaat het in totaal om 65 vacatures, waarvan 54 voor verpleegkundig specialisten, zeven voor verpleegkundigen s.f. en vier voor physician assistants.

Onderzoeksvraag 3:

Wat is de samenstelling van de medische dienst en aan hoeveel en welke cliënten bieden zij medische zorg?

Het leveren van medische zorg in het verpleeghuis is steeds meer teamwork geworden. Nieuwe professionals hebben hun intrede gedaan en steeds meer wordt de behandelpraktijk ondersteund door doktersassistenten en medisch secretaressen. Uit eerder onderzoek zijn de volgende professionals/functies naar voren gekomen als relevant voor de doelmatigheid van het werkproces van de SO.

- Artsen, niet-SO (aio's SO, basisartsen, huisartsen, overige artsen);
- Verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA);
- Verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.);
- Medisch secretaressen en doktersassistenten;
- Psychologen

In dit onderzoek is daarom de samenstelling van de behandel dienst in kaart gebracht, gericht op deze beroepsgroepen. Hoewel de meeste behandel diensten meerdere van de genoemde beroepsgroepen in dienst hebben, varieert hun aandeel in de personele formatie sterk. Voor het aandeel SO's in de totale formatie zien we een variatie van 0% (tijdelijk zonder SO) tot 85%. We zien dat 20% van de medische diensten een aandeel van 30% SO's of minder kent. 40% van de organisaties kent een aandeel van SO's van 37% of minder; 80% van de organisaties draait met een aandeel van 52% of minder.

Ook het aantal medewerkers van de afzonderlijke beroepsgroepen ten opzichte van het aantal fte's SO verschilt sterk. Beroepsgroepen die relatief afhankelijk zijn van het aantal SO's voor supervisie, zoals aio's SO, VS en/of PA laten een duidelijk kleinere spreiding zien dan verpleegkundigen s.f. en psychologen.

Gemiddeld komen we in de behandel dienst van deze beroepsgroepen 17 medewerkers tegen, 12,6 fte's, met een minimum van 0,4 fte en een maximum van 55,2 fte. De helft van de formatie van de medische diensten bestaat gemiddeld uit artsen, bijna een kwart uit psychologen.

In meer dan negen op de tien medische diensten zijn een medisch secretariaat of doktersassistenten aanwezig ter ondersteuning van de SO. Eveneens in meer dan 90% van de medische diensten kunnen de artsen samenwerken met psychologen. Ondersteuning door

verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) of verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (VPK) komt iets minder vaak voor (71,6%). Daar zien we ook een relatief groot verschil tussen de grotere en de kleinere medische diensten. Vier op vijf grotere medische diensten heeft deze professionals in dienst. Bij de kleinere gaat het om drie op de vijf.

De 102 medische diensten uit ons onderzoek leveren gezamenlijk de volledige medische zorg aan 41.031 cliënten: 39.062 uit de eigen organisatie en 1.969 uit andere organisaties¹. De omvang van de behandelpraktijken (in aantal cliënten) varieert van 28 tot 1.161 cliënten, met een gemiddelde van 402.

Gemiddeld bijna twee derde van deze cliënten heeft te maken met psychogeriatrische problematiek en bijna een kwart met somatische. Verder bestaat ruim 9% uit cliënten met een indicatie voor revalidatie en 1,1% uit cliënten die intensieve palliatief-terminale zorg krijgen. De verdeling van de verschillende soorten cliënten naar verschillende zzp's komt globaal overeen met de landelijke verdeling. Alleen de revalidatiecliënten zijn in ons onderzoek oververtegenwoordigd.

Alle deelnemende medische diensten bieden medische zorg aan psychogeriatrische cliënten, vier van hen uitsluitend aan deze groep. Bijna 96% van de medische diensten biedt zorg aan somatische cliënten, 90% heeft ook cliënten in zorg voor revalidatie. Bijna twee derde heeft cliënten die palliatief-terminale medische zorg krijgen.

De meeste medische diensten van verpleeghuizen (89%) leveren naast de volledige medische zorg aan verpleeghuisbewoners, ook gedeeltelijke medische zorg aan andere cliënten. Het gaat daarbij om medische zorg in aanvulling op de zorg die deze mensen al krijgen van andere medische professionals, meestal de huisarts. Gemiddeld besteden de SO's 13,4% van hun tijd aan medische zorg voor niet-verpleeghuis bewoners. Dit is een lichte toename ten opzichte van 2009, toen in een tijdbestedingsonderzoek onder SO's een percentage van 13% werd berekend.

Geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers gaat het hierbij om een toename van 151 fte naar 174 fte SO voor de medische zorg buiten de verpleeghuismuren.

Hoewel de toename van de medische zorg aan niet-verpleeghuisbewoners beperkt is, lijkt wel een verschuiving te hebben plaatsgevonden in de patiëntgroepen. Ten opzichte van 2010 lijkt een afname te hebben plaatsgevonden van medische zorg aan verzorgingshuisbewoners ten gunste van thuiswonende cliënten, al dan niet in dagbehandeling. Belangrijke vraag hierbij is in welke mate deze ontwikkeling zal doorzetten, mede als gevolg van de afbouw van verzorgingshuisbedden en beleidsmatige veranderingen (KNMG-standpunt 2010).

Onderzoeksvraag 4:

Wat is de ratio van het aantal SO's ten opzichte van het aantal cliënten en welke variatie zien we hierin tussen medische diensten?

Om te berekenen hoeveel cliënten de SO bedient, is het aantal fte's SO gecorrigeerd voor de begeleiding van aio's SO en voor het aandeel fte's dat besteed wordt aan medische zorg aan niet-verpleeghuis bewoners. Daarnaast is rekening gehouden met de zorgzwaarte van de aanwezige cliënten, zodat een zuiverder vergelijking tussen medische diensten kan plaatsvinden. Door de aanwezige cliënten te wegen voor zorgzwaarte ontstaat een aantal 'gewogen' cliënten. Bij de meeste medische diensten verandert door de weging het aantal cliënten met -10% tot +10%.

¹ Cliënten met een zzp5 tm 10.

Na correctie voor de drie bovengenoemde factoren is de caseload van de SO, berekend over alle medische diensten gezamenlijk, 99 cliënten per fte SO. Tussen de afzonderlijke medische diensten is er een grote variatie in het aantal cliënten dat de SO bedient. De caseload van de SO varieert tussen de 49 en de 510 cliënten. Van de medische diensten heeft 88% een caseload tussen de 50 en 150 cliënten per fte SO. Kleinere behandelpraktijken hebben geen lagere of hogere caseload van de SO dan grotere behandelpraktijken.

Onderzoeksvraag 5

Wat is het effect van de inzet van anderen binnen de medische dienst op de caseload van de SO?

Naarmate er meer anderen aanwezig zijn ter ondersteuning van de SO neemt de caseload van de SO toe. De SO kan meer cliënten bedienen. Om de medische diensten, ondanks hun grote diversiteit in samenstelling, onderling vergelijkbaar te kunnen maken, zijn de formaties van de verschillende personeelscategorieën opgeteld. Per personeelscategorie is een weegfactor vastgesteld met behulp van een multiple regressie analyse. Kernvraag daarbij was: Hoeveel extra cliënten kan de SO bedienen door middel van ondersteuning van anderen? De weegfactoren die hieruit kwamen zijn beoordeeld door de Kamer SO van het Capaciteitsorgaan. Door hen is een inschatting gemaakt van de percentages die plausibel zijn in 2013. Op basis hiervan is een aantal fte 'medische eenheden' bepaald, het aantal fte SO vermeerderd met het gewogen aantal fte's van andere beroepsgroepen.

De deelnemende medische diensten bedienen gemiddeld 55 cliënten per fte medische eenheid. De meeste medische diensten hebben een caseload van 40-80 gewogen cliënten per fte medische eenheid. Ook hier geldt weer, net als bij de caseload van de SO, dat er geen verschillen zijn tussen grotere en kleinere behandelpraktijken.

Wanneer we de weegfactoren toepassen op de gemiddelde medische dienst (met gemiddelde samenstelling) dan bedient één fte SO (zonder ondersteuning) 50 cliënten, met een gemiddelde ondersteuning door anderen komen hier 37 cliënten bij. Dit is een verhoging van de caseload per fte SO met 75%.

De weegfactoren zijn statistische uitkomsten die uitsluitend bedoeld zijn om de medische diensten onderling te kunnen vergelijken en verbanden te kunnen leggen tussen de mate waarin beroepsgroepen aanwezig zijn en de ingeschatte doelmatigheid van het werkproces van de SO.

De weegfactoren kunnen niet zonder meer als norm gehanteerd worden om de gewenste samenstelling en caseload van individuele medische diensten vast te stellen!

Niet alleen gaat het bij de vastgestelde weegfactoren om een momentopname, een beschrijving van de praktijk in de medische diensten per 1/1/2013, maar ook blijkt uit de analyse een grote variatie in omstandigheden (randvoorwaarden, organisatie). Bijvoorbeeld: de aanwezigheid van een extra arts (basisarts, huisarts of overige arts) levert een gemiddelde verhoging op van de doelmatigheid van de SO met 56%. Voor de afzonderlijke medische diensten varieert dit percentage tussen 20% en 90%. De inrichting van het werkproces en organisatorische randvoorwaarden zorgen er dus voor dat de inzet van specifieke professionals in de ene medische dienst meer en in de andere medische dienst veel minder tot een meerwaarde leidt voor de caseload van de SO.

Onderzoeksvraag 6

Hoe doelmatig is de behandelpraktijk van de SO ingericht (beoordeling door hoofd medische dienst)?

Naarmate het werkproces doelmatiger is georganiseerd zal de specialist ouderengeneeskunde naar verwachting meer cliënten medische zorg kunnen bieden. Door het meenemen van eventuele doelmatigheidsverbeteringen in het ramingsmodel van het Capaciteitsorlogaan, kan een meer onderbouwde inschatting worden gemaakt van de behoefte aan SO's in de toekomst.

Met behulp van een vragenlijst waarin een aantal belangrijke kenmerken van het werkproces van de SO zijn benoemd, is in kaart gebracht welk oordeel de respondenten vellen over de doelmatigheid van het werkproces van de SO binnen hun medische dienst op onderstaande dimensies. Het gaat hier voor een belangrijk deel om kenmerken van de 'behandelpraktijk nieuwe stijl' (Hoek en Roos, 2011).

- Professionaliteit van de beleidsvoering van de behandelpraktijk
- Basis van verpleging en verzorging
- Uitvoeren van verpleegtechnische handelingen
- Triage
- Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg
- Ondersteuning door beleidsmedewerkers
- Samenwerking met psychologen
- Ondersteuning via een EPD

Algemeen resultaat van de doelmatigheidsmeting is dat op alle dimensies 'winst' is te boeken door de medische diensten. Daarbij moet opgemerkt worden dat er grote verschillen zijn tussen medische diensten in de mate waarin zij de genoemde doelmatigheidsdimensies 'goed' geregeld hebben. Bij elke dimensie zijn er medische diensten die relatief 'goed' scoren en medische diensten die relatief 'slecht' scoren.

De belangrijkste verbeterpunten zijn op het terrein van 'kwantiteit en kwaliteit van de verpleging en verzorging op de afdelingen', 'de uitvoering van verpleegtechnische handelingen door SO's', 'algemene professionaliteit van de beleidsvoering', 'ondersteuning via een epd' en de 'overdracht van gespecialiseerde verpleegkundige zorg'.

Op basis van de scores is een overall doelmatigheidsscore bepaald. Kleinere en grotere behandelpraktijken verschillen niet wat betreft deze maat voor algemene doelmatigheid.

Onderzoeksvraag 7

Welke verbanden zijn er tussen de kenmerken van de behandelpraktijk van de SO en het aantal cliënten dat de SO kan bedienen?

Welke verbanden er zijn tussen de verschillende kenmerken van de behandelpraktijk en de caseload van de SO is onderzocht aan de hand van de volgende deelvragen.

Is de omvang van behandeldiensten van invloed op de doelmatigheid van het werkproces en de caseload van de SO/artsen/medische diensten?

De omvang van de behandeldienst (in aantal cliënten) is niet van invloed op de caseload van de SO of op de ingeschatte doelmatigheid van het werkproces van de SO.

Hebben organisaties met meer kenmerken van de moderne praktijkvoering een hogere caseload en/of hogere ingeschatte doelmatigheid?

Medische diensten met meer kenmerken van de moderne praktijkvoering hebben een hogere caseload van de SO. Dit verband is aangetoond voor de bijdrage die andere professionals en ondersteuners leveren aan de caseload van de SO, maar niet voor de andere kenmerken zoals de kwaliteit van de basis verpleging en verzorging op de verpleegafdelingen en de aanwezigheid van een epd.

Hangt de caseload van de SO en de ingeschatte doelmatigheid samen met de mate waarin ondersteunende professionals aanwezig zijn?

Organisaties met meer kenmerken van de moderne praktijkvoering scoren niet hoger op overall doelmatigheid. Wel is er een positief verband tussen de mate waarin andere beroepsgroepen worden ingezet en het oordeel over doelmatigheid. Dit zien we zowel bij de overallscore op doelmatigheid als bij een aantal meer specifieke doelmatigheidsaspecten. Vooral de aanwezigheid van verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen s.f. hangt op een aantal terreinen positief samen met doelmatigheid. Opvallend is verder dat naarmate het aandeel artsen groter is, zij vaker verpleegtechnische handelingen uitvoeren.

Is er een optimale samenstelling van de 'medische formatie' met het oog op de caseload/doelmatigheid? En wat is te zeggen over de gewenste verhouding tussen SO's en andere medische professionals (artsen en niet-artsen)?

Het percentage SO's dat minimaal nodig is om medische kwaliteitszorg te bieden, is lastig vast te stellen. In de praktijk van de deelnemende medische diensten varieert het % SO's ten opzichte van de gehele formatie grofweg tussen 20% en 60%.

Voordat iets gezegd kan worden over een optimale verdeling van beroepsgroepen binnen de behandel dienst, is meer zicht nodig op de verschillende configuraties die in de praktijk aanwezig zijn en de achterliggende visie. De verbanden die in dit onderzoek zijn gevonden tussen de mate waarin verschillende beroepsgroepen aanwezig zijn in de medische dienst en de relatie tussen de medische zorg en de afstemming met verpleegafdelingen laten zien dat er verschillende configuraties zijn, die leiden tot verschillende optimale samenstellingen.

Gaandeweg het onderzoek rijst het volgende beeld op. De medische zorg in verpleeghuizen kan op veel verschillende wijzen invulling krijgen. In dit onderzoek hebben we in kaart gebracht welke personeelscategorieën welke bijdrage in de medische zorg leveren. Niet te meten is tot welke door de patiënt ervaren kwaliteit van medische zorg dat leidt, wel hebben we gekeken naar verschillen in de organisatie van de zorg en de formele kwaliteit. Vele configuraties blijken mogelijk. Er is voor zover onze gegevens reiken niet aan te geven welke configuratie tot het beste resultaat, de beste kwaliteit, leidt. Als er al verschillen in resultaat zijn!

Hebben organisaties die hun werkproces als doelmatiger inschatten een hogere caseload?

Er is geen relatie aangetoond tussen de doelmatigheid van het werkproces van de SO en de caseload van de SO. Dit sluit aan bij eerder oriënterend onderzoek (van der Windt en Bloemendaal, 2012) waar de conclusie uit onderzoek bij een elftal organisaties was dat andere factoren dan de doelmatigheid van de organisatie van de behandelpraktijk de caseload van de specialist ouderengeneeskunde mee bepaalden. Daarbij ging het onder meer om historie (care of cure achtergrond van de organisatie), visie op zorg en welzijn, budget en de onderhandelingsvaardigheid van de SO of medische vakgroep.

Is er een verband tussen de mate waarin er vacatures zijn en de caseload van de SO?

Naarmate er meer vacatures zijn voor artsen is de caseload van de SO hoger. Bij de caseload per medische eenheid zien we dit verband niet terug. Dit wijst er mogelijk op dat de

vacatures voor artsen in de praktijk zijn ingevuld door andere professionals (overige artsen, verpleegkundig specialisten, physician assistant).

Betekenis van de onderzoeksresultaten voor de capaciteitsraming van het Capaciteitsorgaan

Algemeen

In het eerdere onderzoek (van der Windt en Bloemendaal, 2012) lag de focus vooral op de verschillen tussen de medische diensten in het aantal SO's dat men nodig heeft om patiënten van medische zorg te voorzien. Daarbij passen termen als benchmark en doelmatigheid. In deze visie kan een medische dienst efficiencywinst boeken wanneer het aantal patiënten per specialist ouderengeneeskunde omhoog gaat. Bij de capaciteitsplanning speelt de factor efficiency een belangrijke rol.

In dit tweede uitgebreidere onderzoek was dit ook de eerste insteek. Daarbij hebben we in kaart gebracht welke personeelscategorieën welke bijdrage in de medische zorg in verpleeghuizen leveren.

Onze conclusie is: de wijze waarop de medische zorg georganiseerd is en verleend wordt is een vloeiend geheel van communicerende vaten. Keuzes worden daarbij vooral bepaald door het vinden van pragmatische oplossingen voor gerezen personele problemen. Een voorbeeld is: kun je geen SO krijgen dan zoek je een basisarts of een verpleegkundig specialist.

Verder speelt de visie op de (medische) zorgverlening een rol. Zo is zichtbaar dat verschillende beroepsgroepen wat dit betreft 'aan elkaar vastzitten'. Organisaties maken op basis van hun visie een keuze welke professional zij het liefst inzetten voor bepaalde taken. Dit geldt voor de verpleegkundig specialisten en de verpleegkundige s.f. en ook voor de verpleegkundigen en de overige artsen. Meer van de ene groep betekent minder van de andere. Naarmate er meer andere professionals en ondersteuners aanwezig zijn neemt de caseload van de SO toe. Elk van de beroepsgroepen heeft een unieke bijdrage (statistisch) aan de caseload van de SO.

Parameterwaarden

Dit onderzoek naar doelmatigheid en personele bezetting in de medische zorg in verpleeghuizen geeft bouwstenen voor een aantal parameters van het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan. Met dit model wordt de gewenste opleidingscapaciteit berekend.

We geven nu kort aan om welke parameters het gaat en welke waarde deze hebben gekregen in het lage en hoge scenario van het Capaciteitsplan 2013. Verder behandelen we de vraag of de veronderstellingen uit het Capaciteitsplan 2013 bevestigd worden met dit onderzoek.

Tabel 1: Parameterwaarden SO Capaciteitsplan 2013

Onvervulde vraag 2013	8-15%
Ontwikkeling % per jaar 2013-2023:	
Vakinhoudelijke ontwikkeling	0,2-0,4%
Efficiency	-0,5 tot -2%
Substitutie horizontaal	0,5-1%
Substitutie verticaal	-0,5 tot -1%

Bron: Capaciteitsplan 2013

Voor het bepalen van de parameterwaarden voor *onvervulde vraag* voor het Capaciteitsplan 2013 zijn de gegevens over vacatures uit dit onderzoek als eerste geanalyseerd en direct meegenomen.

Het onderzoek laat wel zien dat de vraag naar SO ook ingevuld kan worden door anderen, bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten. Dat lijkt te leiden tot minder vacatures. De vraag is wel wat dit betekent wanneer het aanbod van SO's veel ruimer wordt. Gaat men dan alsnog om SO's vragen?

Het aspect *vakinhoudelijke ontwikkeling* is in dit onderzoek niet aan de orde geweest. De parameterwaarden worden hier dan ook niet becommentarieerd.

De waarden bij *efficiency* zijn gebaseerd op het voorgaande onderzoek (Hoeveel patiënten kan een SO bedienen?) De huidige uitkomsten bevestigen grosso modo die van het voorgaande onderzoek.

In het Capaciteitsplan 2013 valt te lezen:

Het tempo waarin veranderingsprocessen zich voltrekken, laat zich moeilijk voorspellen. Uit een tijdreeksanalyse komt naar voren dat een periode van 10-15 jaar (naar analogie van de opkomst van Verpleegkundig Specialist en verpleegkundigen met een specifieke taak) voor de hand ligt. Al met al kwamen de onderzoekers van Kiwa Prisma tot een bandbreedte van -0,5 tot -2% per jaar in de komende 10 jaar.

Nu zien we wel een winst van soortgelijke omvang. Het is echter lastig precies vast te stellen wat het gevolg is van efficiencywinst en wat het gevolg is van substitutie.

Horizontale substitutie is gebaseerd op de ontwikkeling van het aandeel werk voor SO buiten de verpleeghuismuren. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het tempo waarin dat toeneemt afvlakt. Het ging in drie jaar tijd van 13% naar 13,4%. De zeer geringe stijging van 13 naar 13,4% maskeert een afname in de tijd die wordt besteed aan verzorgingshuisbewoners en een toename aan thuiswonenden, met en zonder dagbehandeling. Het vrijwel ontbreken van groei zou dus kunnen leiden tot een aanpassing van de parameterwaarde tot 0. Dat zou mogelijk weer iets hoger kunnen worden wanneer het aantal openstaande vacatures wat gaat dalen. Ook geldt dat beleidsmatige overwegingen en ontwikkelingen (o.a. KNMG-rapport, 2010) hebben geleid tot een hogere positieve waarde voor deze parameter in het Capaciteitsplan 2013.

Bij *verticale substitutie* is de vraag wat we hier precies onder verstaan. Definieren we het als fte's die de Specialist Ouderengeneeskunde als gevolg van werkovername door verpleegkundigen² uit handen wordt genomen, dan kunnen we van de volgende tabel gebruik maken.

Tabel 2: Gemiddelde % afname fte's SO per jaar door werkovername door verpleegkundigen

Tijdvak	Gem. % per jaar
2001-2004	1,2
2004-2007	1,1
2007-2010	0,5
2010-2013	1,3

Bron: van der Windt (2001,2004,2007,2010)

Ter discussie staat of we hierbij ook de basisartsen betrekken, alsmede degenen die in opleiding zijn, doktersassistenten etc.

² Zowel verpleegkundige specialisten als verpleegkundigen met specifieke taak.

Beperken we een en ander tot verpleegkundigen dan komen empirie en veronderstellingen Capaciteitsplan 2013 redelijk dicht bij elkaar. Vraag blijft natuurlijk of de trend uit het verleden zich ook de komende jaren voortzet. Daar is het oordeel van de Kamer SO van het Capaciteitsorgaan noodzakelijk.

3 Onderzoeksvragen en aanpak

3.1 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is tweeledig. Ten eerste is het onderzoek gericht op het verzamelen van informatie die nodig is om te komen tot reële parameterwaarden voor het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Voor de capaciteitsplanning en raming van het aantal benodigde opleidingsplaatsen worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat is de aard en het aantal van de professionals die medische zorg leveren in verpleeghuizen?
2. Wat is de aard en het aantal vacatures bij deze professionals?
3. Aan hoeveel en welke cliënten biedt de SO medische zorg, binnen en buiten de muren van het verpleeghuis en hoeveel tijd is hiermee gemoeid?
4. Wat is de ratio van het aantal SO's ten opzichte van het aantal cliënten en welke variatie zien we hierin tussen medische diensten?
5. Wat is het effect van anderen binnen de medische dienst op de caseload van de SO?

Tweede doel van het onderzoek is om zicht te krijgen op de actuele stand van zaken omtrent de doelmatigheid van het werkproces van de SO, en de (mogelijke) ontwikkelingen hierin, eveneens om te bepalen welke invloed dit heeft op de toekomstige behoefte aan SO's. Dit onderzoek fungeert daarmee als nulmeting voor de monitoring van deze doelmatigheid.

Aanvullende onderzoeksvragen ten behoeve van dit tweede subdoel zijn:

6. Hoe doelmatig is de behandelpraktijk van de SO ingericht (beoordeling door hoofd medische dienst)?
7. Welke verbanden zijn er tussen de kenmerken van de behandelpraktijk van de SO en het aantal cliënten dat de SO kan bedienen?

Op basis van de onderzoeksresultaten toetsen we de gebruikte parameterwaarden in het meest recente Capaciteitsplan SO (2013) en geven we antwoord op de vraag of de veronderstellingen in de toekomst aangepast zouden moeten worden. De vacaturegegevens zijn overigens al in dit Capaciteitsplan vervat.

3.2 Aanpak

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst die zowel schriftelijk als via Internet is aangeboden

Inhoud van de vragenlijst

De in dit onderzoek gebruikte vragenlijst bestaat uit twee onderdelen.

Het eerste deel van de vragenlijst is gericht op de bezetting van de medische dienst (capaciteiten) en de medische zorg die wordt geleverd. De vragen betreffen een specificatie van het aantal cliënten dat medische zorg ontvangt van de medische dienst, uitgesplitst naar geïndiceerd zorgzwaartepakket (zzp), het aantal werkzame geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde, aio's SO en overige artsen en daarnaast het aantal professionals (verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving) dat ondersteuning biedt aan de SO bij de medische zorg. En verder

het aantal vacatures voor deze categorieën. Bij de huidige vraagstelling wordt aangesloten op eerdere vraagstellingen over taakherschikking zodat de ontwikkeling hiervan gemeten kan worden.

Dit deel van de vragenlijst sluit direct aan bij de eerdere driejaarlijkse vacaturemetingen van 2001 tot 2010. Resultaten van dit deel van de vragenlijst hebben inmiddels directe input geboden voor het Capaciteitsplan Specialisten Ouderengeneeskunde 2013.

In het tweede deel van de vragenlijst wordt verder ingegaan op de doelmatigheid van het werkproces van de SO. Dit deel van de vragenlijst is ontwikkeld op basis van eerder onderzoek naar het werkproces van de SO (van der Windt en Bloemendaal, 2012). Naast de belangrijkste elementen die van betekenis zijn bij de doelmatigheid van het werkproces van de SO, zijn aanvullende vragen opgenomen over andere professionals en ondersteuners die volgens de SO van belang zijn bij de efficiency van zijn werkproces (doktersassistenten, secretariaat en psychologen).

Omdat de huidige vragenlijst een steeds groter tijdsbeslag doet op de respondent, is besloten om respondenten ter verhoging van de respons een rapportage te doen toekomen, waarin zij zich kunnen spiegelen aan de totale groep respondenten. Deze spiegelrapportage (gevuld met fictieve gegevens) is meegestuurd met de uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek.

De conceptvragenlijst en de spiegelrapportage zijn getest door vertegenwoordigers vanuit de doelgroep. Aan hen is gevraagd om de vragenlijst te beoordelen op eenduidigheid, beschikbaarheid van de informatie en volledigheid. Over de spiegelrapportages hebben we een oordeel gevraagd over de meerwaarde en bruikbaarheid van een dergelijke rapportage. Op basis van de reacties hierop is zowel de vragenlijst als spiegelrapportage aangepast en definitief gemaakt.

Verzending van de vragenlijst

Eind januari 2013 is de vragenlijst verstuurd, samen met een aanbevelingsbrief van Verenso. Hoewel niet alle verpleeghuizen een eigen medische dienst hebben, zijn alle verpleeghuizen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Het adressenbestand van Kiwa Carity uit 2010 is hierbij gebruikt als verzendlijst. Deze lijst is steekproefsgewijs gecontroleerd. Er zijn slechts enkele vragenlijsten als onbestelbaar retour gekomen. Enkele specialisten ouderengeneeskunde hebben ons laten weten dat ze de lijst hebben doorgestuurd naar de medische dienst die onderdeel uitmaakt van hun organisatie.

Er zijn twee reminders verstuurd, de laatste omdat wij bij de deadline volgens de eerste reminder van diverse hoofden medische dienst het verzoek kregen om uitstel. Verenso heeft daarnaast in haar wekelijkste nieuwsbrief voor specialisten ouderengeneeskunde een oproep geplaatst om deel te nemen aan het onderzoek.

De vragenlijst is, op verzoek van de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde van het Capaciteitsorgaan, mixed mode aangeboden. Respondenten konden kiezen tussen het invullen van een schriftelijke vragenlijst dan wel een digitale versie via Net Questionnaire. Wij bieden mixed mode aan vooral vanwege de slechtere respons die vaak gepaard gaat met uitsluitend digitale aanbidding.

3.3 Respons

In totaal hebben 102 medische diensten meegedaan aan het onderzoek. Het betreft hier zowel medische diensten op organisatieniveau als ook medische diensten die gericht zijn op een organisatieonderdeel, en een eigen taakstelling en personele formatie hebben. Dit geldt in totaal voor drie organisaties die elk met twee onderdelen vertegenwoordigd zijn.

Daarnaast zijn er twee kleine verpleeghuizen vertegenwoordigd die onderdeel uitmaken van een grotere organisatie maar waarvan de medische dienst/formatie (nog) niet geïntegreerd is in de overkoepelende behandeldienst.

Daar het totale aantal medische diensten onbekend is en de medische diensten verschillend georganiseerd zijn (organisatieniveau of regionaal) weten we niet hoe hoog onze respons is ten opzichte van alle medische diensten in de VVT. Het totale aantal medische diensten is immers onbekend. Wel kunnen we op basis van het aantal cliënten van de deelnemende organisaties en het aantal specialisten ouderengeneeskunde een inschatting maken van de 'dekkingsgraad' van ons onderzoek.

De deelnemende medische diensten leveren de volledige medische zorg aan 42.219 cliënten, waarvan 1.188 cliënten met zzp1 tm 4, die niet tot de primaire doelgroep van verpleeghuiszorg behoren. Dit onderzoek betreft derhalve 46,4% van het totale aantal cliënten met een verpleeghuisindicatie. Volgens cijfers van het CAK was dit aantal zorgvragers met zzp 5 tot en met 10 per 1/1/ 2013 88.511 (bron: CAK). In bijlage 1 staat een overzicht van het totale aantal cliënten volgens CAK en de cliënten uit ons onderzoek, onderverdeeld naar zzp.

Hierin is te zien dat de verdeling van cliënten over de verschillende zorgzwaartepakketten in ons onderzoek redelijk overeen komt met de landelijke verdeling. Uitzondering hierop is het aandeel cliënten met zzp9, de revalidatie patiënten. Deze zijn oververtegenwoordigd in ons onderzoek.

Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde (in fte) is op grond van CBS-gegevens gesteld op 1298 (Bron: Capaciteitsplan 2013). Dit aantal is gebaseerd op het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde, rekening houdend met een percentage wel geregistreerde, maar niet werkzame specialisten ouderengeneeskunde van 2,5%. Als we dit relateren aan het aantal fte's SO in ons onderzoek dan is de dekkingsgraad 35,8%. Voor een deel is dit te verklaren doordat de werkzame specialisten ouderengeneeskunde niet uitsluitend werkzaam zijn in de ouderenzorg. In toenemende mate werken SO's ook vanuit ggz-instellingen, organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking en commerciële dienstverleners.

De vastgestelde dekkingsgraad gebruiken we in dit onderzoek ook om de resultaten van de respondenten in dit onderzoek om te kunnen rekenen naar een landelijk beeld. Afhankelijk van het doel van de omrekening maken we hierbij gebruik van de dekkingsgraad qua aantal cliënten of wat betreft aandeel SO's. Waar beide relevant zijn geven we een bandbreedte aan die het resultaat is van het toepassen van beide dekkingsgraden als omrekenfactor.

De dekkingsgraad in voorgaande onderzoeken naar het aantal vacatures bij medische diensten bedroeg, op basis van het opgegeven aantal bezette bedden ten opzichte van landelijke gegevens, 61% (2010), 76% (2007), 73% (2004) en 83% (2001). De lagere dekkingsgraad over 2013 hangt naar alle waarschijnlijkheid samen met de langere vragenlijst en de toename van het aantal gevraagde kwantitatieve gegevens.

Bijna de helft van de vragenlijsten is ingevuld door de manager of het hoofd van de medische dienst/kennis- en behandelcentrum, ruim een kwart door een 1^e specialist ouderengeneeskunde of een coördinator/teamleider van de vakgroep, ruim een vijfde door een specialist ouderengeneeskunde. Dit laatste meestal bij de kleinere medische diensten. In een beperkt aantal gevallen is de vragenlijst ingevuld door anderen, zoals een beleidsadviseur voor de behandeldienst, een stafmedewerker en een zorgcoördinator.

Representativiteit

Om iets te kunnen zeggen over de representativiteit van de onderzoeksresultaten vergelijken we zowel het aantal cliënten, als het aantal SO's in ons onderzoek. Hoe verhouden deze aantallen zich tot de landelijke gegevens?

	Landelijk(L)	Onderzoek(O)	LminusO	O/L
Cliënten (zzp5-10)	88511*	41031	47480	46%
SO's (fte's)totaal	1298**	465	833	36%
Extramuraal fte's (14,7%)	191	68	123	
Aio's SO (fte's)	196**	46	150	23%
Correctie voor begeleiding aio's (0,2 fte per fte aio)	39,2	9,2	30	

*Bron: CAK **Bron: Capaciteitsplan 2013

In ons onderzoek levert 36% van het landelijk bestand aan SO's volledige medische zorg aan 46% van het totale aantal landelijke cliënten (zzp5-10). De SO's in ons onderzoek bedienen dus meer cliënten dan men op basis van het landelijk gemiddelde zou verwachten. Dit kan betekenen dat bij de medische diensten in ons onderzoek meer ondersteunende professionals en andere artsen deel uitmaken van de personele formatie. Een aanwijzing hiervoor is het aantal verpleegkundig specialisten, dat geëxtrapoleerd vanuit ons onderzoek hoger uitkomt dan uit recent onderzoek is gebleken. Geëxtrapoleerd naar landelijk vinden wij dat er per 1/1/2013 208 fte gediplomeerde verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in de verpleeghuizen. In recent onderzoek (van der Velde en van der Windt, 2013) naar verpleegkundig specialisten werd het aantal gediplomeerde werkzame verpleegkundig specialisten in de ouderengeneeskunde een jaar eerder (per 1/1/2012) geschat op 108 fte.

Ook valt op dat de onderzoeksgroep relatief weinig opleidt. Ze vertegenwoordigen maar 23% van alle aio's SO. Dit lage percentage zou deels veroorzaakt kunnen zijn doordat een deel van de respondenten van deze aio's mogelijk alleen de fte's heeft opgegeven die verband houden met de praktijk en niet met de opleiding.

Bovenstaande betekent dat de onderzoeksresultaten niet geheel representatief zijn en dat alleen rekening houdend met deze afwijking landelijke conclusies kunnen worden getrokken.

4 Medische diensten in de VVT: bezetting en vacatures

In dit hoofdstuk besteden we eerst aandacht aan de samenstelling van de medische dienst waar het de medici betreft. Dit gedeelte van het onderzoek betreft het oorspronkelijke vacature onderzoek dat periodiek plaatsvindt sinds 2001. Daarna gaan we in op anderen die volgens eerder onderzoek een directe bijdrage leveren aan de medische zorgverlening.

4.1 Vergelijking van de formatie 2001-2013

Aan hoofden van medische diensten van verpleeghuizen is gevraagd naar het aantal vacatures. Voor we daarop ingaan besteden we eerst aandacht aan de verdeling van het aandeel verschillende typen artsen uitgesplitst naar specialist ouderengeneeskunde, SO in opleiding en overige artsen (tabel 4.1).

Tabel 4.1 De verdeling van medici in verpleeghuizen over verschillende categorieën per 1-1 in 2001, 2004, 2007, 2010 en 2013

Verdeling in personen in %	2001	2004	2007	2010	2013*
Specialisten Ouderengeneeskunde	73,3	71,3	79,4	76,0	68,7
aio's SO	13,3	12,7	13,2	11,9	10,8
Overige artsen	13,4	16,1	7,4	12,1	20,6
Totaal personen in %	100	100	100	100	100
Verdeling FTE's in %					
SO	73,6	71,9	80,1	79,4	72,0
aio's SO	13,7	13,1	13,3	10,4	7,1
Overige artsen	12,7	15,0	6,5	10,2	20,9
Totaal FTE in %	100	100	100	100	100

* Peildatum 1/1/2013

De toename van het aandeel overige artsen die we zagen tussen 2007 en 2010 heeft zich doorgezet. Het aandeel fte's overige artsen is ten opzichte van 2010 verdubbeld. Daarbij gaat het in 2013 meestal om basisartsen (ruim 80%), om ruim 11% huisartsen en 8% overige artsen.

Het aandeel overige artsen in de totale artsenformatie (in fte's) nam daardoor toe van 10,2 naar 20,9%. Achtergrond van deze forse toename is vooralsnog onduidelijk. Dit kan wijzen op een forse toename van substitutie, maar zal deels ook uiting zijn van het blijvende tekort aan SO's, waardoor vaker andere artsen aangesteld worden om de cliënten te voorzien van de benodigde medische zorg.

De afname van het aantal aio's SO tussen 2007 en 2013 heeft naast een reële afname mogelijk te maken met een andere financiering van de opleiding waardoor de aio's niet meer bij de zorgorganisatie in dienst zijn maar bij de SBOH.

4.2 Het aantal en aandeel vacatures

Het percentage vacatures voor artsen, al dan niet in opleiding, is gedaald tussen 2010 en 2013 (zie tabel 4.2). Voor de specialisten ouderengeneeskunde heeft een daling plaatsgevonden van 12,1 naar 9,7% (zie tabel 4.2), bij overige artsen van 9,1 naar 5,1%. Veel medische diensten zouden ook graag meer specialisten opleiden. Het percentage vacatures is weliswaar gedaald ten opzichte van 2010, maar nog steeds staat tegenover elke drie artsen in opleiding een lege plaats, waar men wel zou willen opleiden. Mogelijk speelt hier ook

de gewijzigde financiering een rol. In ieder geval speelt ook de afgenomen omvang van de instroom in de opleiding mee.

De sterke toename van het aantal en aandeel van basisartsen (zie Tabel 4.1) doet de vraag rijzen of het vacaturepercentage niet geflatteerd is. Het is goed denkbaar dat men een vacature voor specialist ouderengeneeskunde opvult met een basisarts omdat een specialist ouderengeneeskunde niet te verkrijgen is. De vacature is daarmee vervuld, maar niet op de wijze die men in eerste instantie voor ogen had. Het is denkbaar dat men wanneer het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde verruimt alsnog een vacature voor SO openstelt.

Tabel 4.2 Het aantal vacatures per 1/1 in 2001, 2004, 2007, 2010 en 2013 in personen en in % van de bezette arbeidsplaatsen

	Absoluut aantal personen					% van bezette arbeidsplaatsen (fte's)				
	2001	2004	2007	2010	2013*	2001	2004	2007	2010	2013*
SO	118	91	74	140	112	11,7	7,7	4,8	12,1	9,7
Aio's SO	40	44	28	57	34	23,6	23	13,5	49,6	31,6
Overige artsen	18	14	6	17	17	8,5	9,4	4,6	9,1	5,1

* Peildatum 1/1/2013

Het gemeten aandeel vacatures kunnen we vergelijken met de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact. Deze kwam voor SO's op 15,2 % in het vierde kwartaal van 2012. Dit percentage is overigens alleen berekend op personen. Uit ons onderzoek blijkt dat het niet om allemaal fulltime functies gaat.

Bijna de helft van het aantal vacatures voor SO bestaat langer dan een half jaar. Voor de aio's en basisartsen ligt dit percentage tussen de 10 en 15%.

4.3 Werken met verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving

In verband met de voortdurende krapte aan specialisten ouderengeneeskunde op de arbeidsmarkt, worden in steeds meer verpleeghuizen delen van het werk die eerder door de specialist ouderengeneeskunde uitgevoerd werden, door anderen gedaan.

Aan de respondenten is daarom de vraag voorgelegd of er in het verpleeghuis gewerkt wordt met verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en/of verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving.

Tabel 4.3 Het aantal in verpleeghuizen werkzame verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving in 2010 en 2013

	2010			2013*		
	aantal	FTE	%	aantal	FTE	%
Verpleegkundig specialisten (VS)	71	61	86	187	158	85
Verpleegkundig specialisten i.o. (in opleiding)	40	37	93	92	79	86
Physician assistants (PA)				21	20	91
Physician assistants i.o.				11	10	79
Verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving	147	102	69	211	156	74
Verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving i.o.	23	18	78	24	17	71
Totaal	282	218	77	546	439	80

* Peildatum 1/1/2013

Uit tabel 4.3 komt naar voren dat er 279 verpleegkundig specialisten actief zijn, waarvan 92 nog in opleiding zijn. Ten opzichte van 2010 is dit aantal fors gestegen, met een factor 2,5. Deze cijfers komen hoger uit dan bij recent onderzoek (van der Velde en van der Windt, 2013) naar de beroepsgroepen verpleegkundig specialist en physician assistant, waarin het aantal werkzame verpleegkundig specialisten in de ouderengeneeskunde werd geschat op 108 fte. Het betrof hier cijfers uitsluitend over de gediplomeerde verpleegkundig specialisten op peildatum 1 januari 2012. Dit kan betekenen dat hier een bias in de respons heeft plaatsgevonden en dat medische diensten met verpleegkundig specialisten meer hebben gerespondeerd dan medische diensten zonder deze ondersteunende professionals.

Ook bij de verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving zien we groei ten opzichte van 2010, hun aantal is toegenomen met 44%, inclusief degenen die nog in opleiding zijn is de groei 38%. Waarschijnlijk hebben verpleeghuizen met de inzet van deze professionals de arbeidsmarktkrapte onder SO's gedeeltelijk willen opvangen.

In 2013 is voor het eerst ook de physician assistant meegenomen in het onderzoek. Per 1 januari 2013 zijn in totaal naar schatting 30 fte van deze professionals in dienst, waarvan 10 fte in opleiding. In het eerder aangehaalde onderzoek (van der Velde en van der Windt, 2013) wordt het aantal gediplomeerde werkzame PA's per 1/1/2012 geschat op 11,2 fte. Ook het aantal PA's in de ouderengeneeskunde lijkt daarmee snel toe te nemen. Het gemiddelde arbeidscontract van de professionals uit tabel 4.3 is 80%, waarbij vooral de VS en PA hoog scoren (85-91%).

Bij een op de vijf organisaties staan er vacatures open voor deze professionals, bijna uitsluitend voor verpleegkundig specialisten. Het gaat in totaal om 65 vacatures, waarvan 54 voor een verpleegkundig specialist, zeven voor verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving en vier voor een physician assistant.

5 Personele bezetting en cliënten van de medische dienst in het verpleeghuis

Het leveren van medische zorg in het verpleeghuis is steeds meer teamwork geworden. Nieuwe professionals hebben hun intrede gedaan en steeds meer wordt de behandelpraktijk ondersteund door doktersassistenten en medisch secretaressen. Om de vraag te kunnen beantwoorden wat dit betekent voor het aantal cliënten dat de SO kan bedienen, is beter zicht nodig op de bezetting van de medische dienst.

In dit hoofdstuk staan de volgende vragen centraal:

- Wat is de aard en het aantal van de (medische) professionals en ondersteuners die betrokken zijn bij de medische zorg in het verpleeghuis (paragraaf 5.1)?
- Aan welke cliënten levert de SO medische zorg, binnen en buiten het verpleeghuis (paragraaf 5.2)?

5.1 Personele bezetting van de medische diensten

In totaal hebben 102 medische diensten meegedaan aan het onderzoek. Het betreft hier zowel medische diensten op organisatieniveau als ook medische diensten die een deel van een grote organisatie bedienen, maar wel een eigenstandige personele bezetting en taakstelling hebben.

De medische diensten bestaan uit een keur van professionals en ondersteunende medewerkers. In een inventariserend exploratief onderzoek (van der Windt en Bloemendaal, 2012), dat als voorstudie van onderhavig onderzoek kan worden beschouwd, zijn de volgende professionals/functies naar voren gekomen als relevant voor de doelmatigheid van het werkproces van de SO:

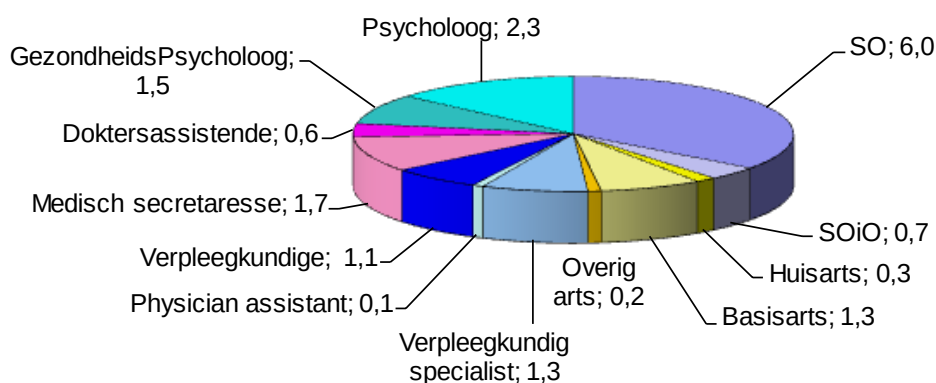
- Artsen, niet-SO (aio's SO, basisartsen, huisartsen, overige artsen);
- Verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA);
- Verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.);
- Medisch secretaressen en doktersassistenten;
- Psychologen (hoewel deze geen directe bijdrage hebben aan de medische zorg, gaven de geïnterviewde SO's aan dat de samenwerking met psychologen van belang was voor hun werk).

Hoewel paramedici van groot belang werden geacht bij de behandeling van specifieke fysieke en psychosomatische klachten zagen de SO's geen direct verband tussen de inzet van deze professionals en de efficiency van hun eigen werkproces. Blijkbaar vindt hier volgens de SO nauwelijks overlap of overdracht van taken plaats. Hetzelfde geldt voor maatschappelijk werkenden.

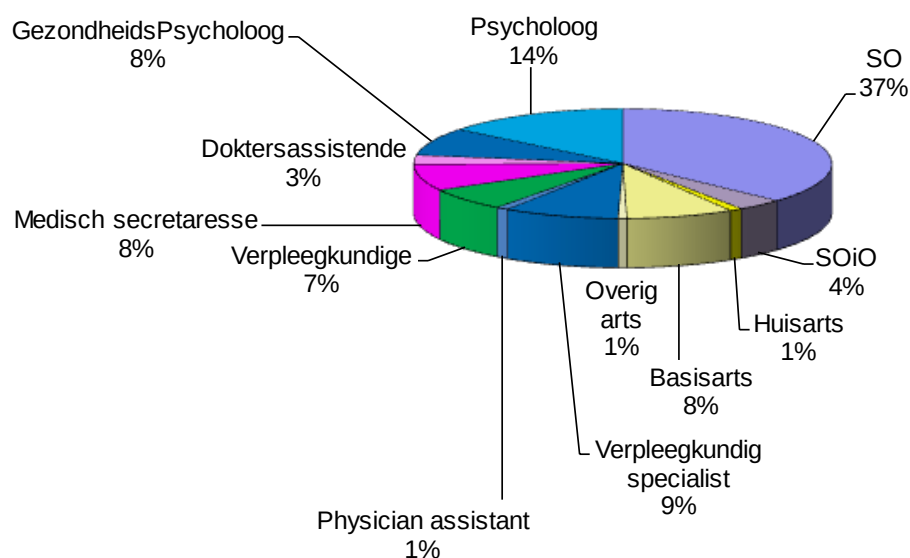
Overall waar we spreken over de omvang van de medische dienst (wat betreft personeel) gaat het uitsluitend om de hierboven genoemde beroepsgroepen.

De gemiddelde samenstelling van de deelnemende medische diensten voor de bovenstaande functies staat gepresenteerd in figuur 5.1 in aantallen personen en in figuur 5.2 in % op basis van fte's. Van de 102 deelnemende diensten hebben 94 volledige kwantitatieve informatie geleverd over hun bezetting in aantallen personen, 93 over de bezetting in fte's. Het gemiddelde aantal medewerkers per medische dienst is 17. Omgerekend naar fulltime-equivalenten is het gemiddelde aantal 12,6 fte, met een minimum van 0,4 fte en een maximum van 55,2 fte.

Figuur 5.1 Gemiddelde samenstelling van de medische dienst in aantallen personen (n=94)



Figuur 5.2 Gemiddelde samenstelling van de medische dienst in % op basis van fte's (n=93)



In deze figuren wordt duidelijk dat veel andere professionals direct of indirect betrokken zijn bij de behandeling van patiënten. De grootste groepen binnen de medische dienst, naast de SO, zijn de basisartsen, psychologen en verpleegkundig specialisten.

In de volgende tabel is te zien welk aandeel de verschillende professionals en ondersteuners hebben in de behandelingsdienst geëxtrapoleerd naar een landelijk beeld op basis van het aantal geregistreerde SO's per 1/1/2013 (Bron: Capaciteitsplan 2013). De tabel laat verder

zien hoeveel van de verschillende professionals landelijk naar schatting aanwezig zijn bij de medische diensten in verpleeghuizen (extrapolatie op basis van aantal geregistreerde SO's, Capaciteitsplan 2013³).

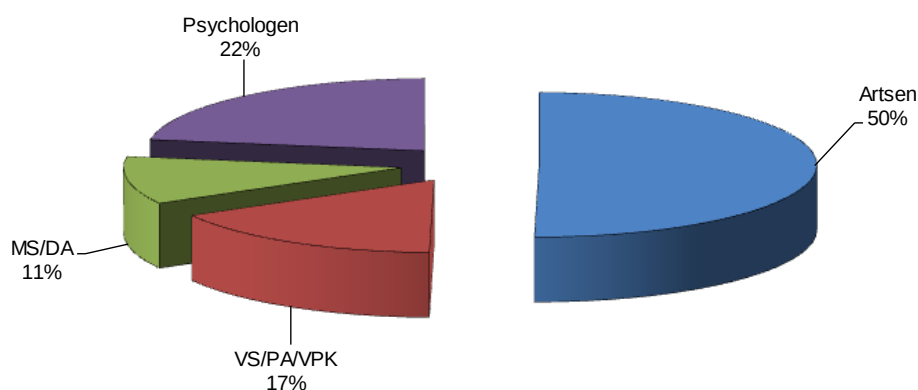
Tabel 5.1 Het aantal FTE's van groepen die een bijdrage leveren aan de medische zorg

	Fte's in onderzoek	% verdeling	Fte's landelijk
SO	433	37%	1298*
SOiO	42	4%	126
Huisarts	11	1%	34
Basisarts	97	8%	292
Overig arts	8	1%	24
Verpleegkundig specialist	69	6%	208
Verpleegkundig specialist i.o.	35	3%	105
Physician assistant	7	1%	22
Physician assistant i.o.	4	0%	12
Verpleegkundige	71	6%	213
Verpleegkundige i.o.	8	1%	23
Medisch secretaresse	91	8%	274
Doktersassistente	32	3%	96
Gezondheidspsycholoog	96	8%	290
Psycholoog	168	14%	505
Totaal	1172	100%	3522

*Bron: Capaciteitsplan 2013

Figuur 5.3 laat de verdeling zien op hoofdgroepen in de behandeldienst.

Figuur 5.3 Samenstelling van de medische dienst op hoofdgroepen (n=93)



Gemiddeld de helft van de formatie van de medische diensten bestaat uit artsen, bijna een kwart uit psychologen.

³ Deze cijfers vormen een overschatting vanwege een beperkt aandeel SO's (van de 1298) dat niet werkzaam is in verpleeghuis en/of zorg levert aan cliënten met een verpleeghuisindicatie

De figuren en tabellen laten het gemiddelde van de deelnemende organisaties zien. De afzonderlijke medische diensten verschillen echter in hun samenstelling. Niet elke medische dienst heeft alle beroepsgroepen in dienst, zoals blijkt uit tabel 5.2. Ook zijn er wat dit betreft verschillend tussen de kleinere en grotere medische diensten.

Tabel 5.2 Aandeel organisaties dat de verschillende professionals in dienst heeft, totaal (n=102) en uitgesplitst naar grootte (op basis van de mediaan bij het aantal cliënten).

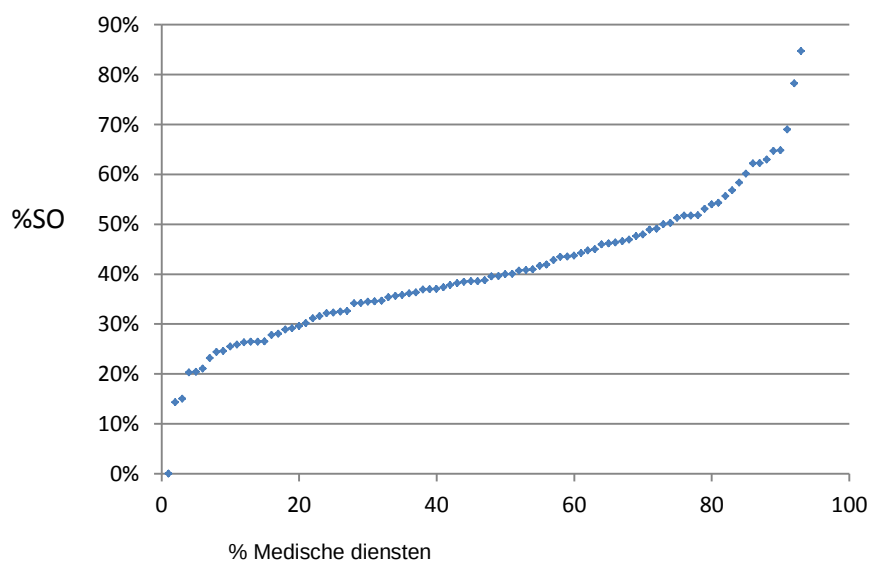
	totaal (in %)	kleine organisaties (in %)	grote organisaties (in %)
Overige artsen (huisarts, basisarts, overig)	69	12	100
Aio's SO	44	27	59
VS/PA/verpleegkundige s.f.	72	63	80
Medisch secretariaat/doktersassistenten	91	86	96
Psychologen	93	96	90

Meer dan negen op de tien medische diensten worden ondersteund door een medisch secretariaat of doktersassistente(n), en eveneens in meer dan 90% van de medische diensten kunnen de artsen samenwerken met psychologen.

Ondersteuning door verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) of verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (VPK) komt wat minder vaak voor (71,6%). Daar zien we ook een relatief groot verschil tussen de grotere en de kleinere medische diensten⁴. Opmerkelijk is dat 10% van de grotere medische diensten aangeeft geen beschikking te hebben over psychologen. Mogelijk is daar sprake van een aparte behandeldienst?

De volgende figuur toont welk aandeel de SO heeft in de totale formatie bij de deelnemende medische diensten. In de figuur is verticaal het percentage SO's weergegeven en horizontaal het percentage medische diensten dat het betreffende percentage of minder scoort. Het aandeel SO's in de totale formatie varieert van 0% (medische dienst tijdelijk zonder SO) tot 85%. We zien dat 20% van de medische diensten een aandeel van 30% SO's of minder kent. 40% van de organisaties kent een aandeel van SO's van 37% of minder; 80% van de organisaties draait met een aandeel van 52% of minder.

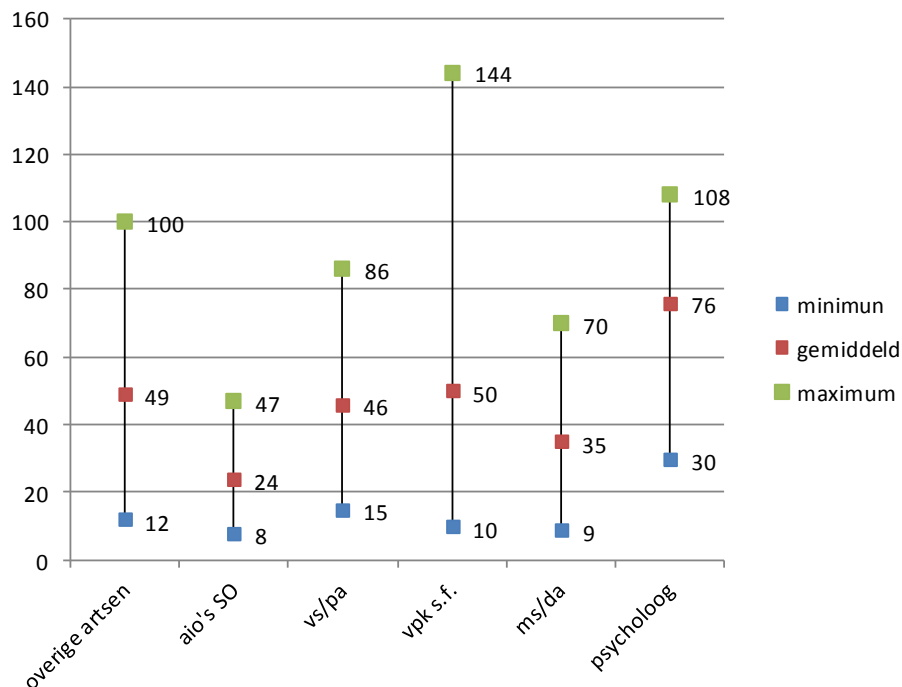
Figuur 5.4 Aandeel SO in de totale formatie van de deelnemende medische diensten (n=93)



⁴Daarvoor zijn de organisaties ingedeeld op basis van de mediaan van het aantal cliënten (335).

Figuur 5.5 laat zien hoe het aantal fte's van de verschillende groepen professionals zich verhoudt tot het aantal SO's en hoe groot de variatie hierin is. Per beroepsgroep zijn alleen de medische diensten meegenomen die deze mensen ook daadwerkelijk in dienst hebben.

Figuur 5.5 Verhouding tussen het aantal fte medewerkers van de verschillende beroepsgroepen ten opzichte van het aantal fte SO's (in %).



De in de figuur benoemde minimale en maximale waarde laten het 10^e en het 90^e percentiel zien. De extreme waarden zijn vanwege hun geringe toegevoegde waarde uitgesloten. Bij de psychologen betekent dit dat een vijftal grotere organisaties die hebben aangegeven geen psychologen in dienst te hebben, in deze figuur niet zijn meegenomen. Verreweg de grootste spreiding is te zien bij de verpleegkundigen s.f. Gemiddeld zijn er half zo veel verpleegkundigen als SO's (50%), maar dit aandeel varieert van 10% tot 144%. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de grote diversiteit in taakstelling bij deze groep en de verschillende manieren waarop de verpleegkundige zorg in verpleeghuizen is georganiseerd en gepositioneerd.

We zien in deze figuur ook dat de beroepsgroepen die relatief afhankelijk zijn van het aantal SO's een veel kleinere spreiding laten zien. Dit geldt vanzelfsprekend voor de aio's SO, maar ook voor de VS en PA en de ondersteuning door medisch secretaressen en dokters-assistenten.

Vooral de professionals met een directe betrokkenheid bij de medische zorgverlening (aio's SO, overige artsen, vs/pa) moeten een beroep kunnen doen op de SO voor consultatie en supervisie. Het gemiddelde aandeel van deze groep ten opzichte van de SO is 63%, met een minimum van 22% en een maximum van 190%. Dit laatste betekent dat de verhouding tussen deze andere professionals en de SO's bijna 2:1 is.

In bijlage 2 beschrijven we de afzonderlijke beroepsgroepen die een bijdrage leveren aan de medische zorg, in directe of indirecte zin, meer in detail. In de volgende paragraaf gaan

we in op het aantal en de aard van de cliënten die medische zorg ontvangen van de medische diensten.

5.2 Aantal en aard van de cliënten binnen en buiten het verpleeghuis

Waar in de vorige paragraaf is beschreven wat de personele bezetting is van de medische diensten, gaat deze paragraaf over het aantal en de aard van de cliënten die medische zorg ontvangen van de SO, in samenwerking met en ondersteund door de beroepsgroepen zoals in de vorige paragraaf zijn beschreven. Het gaat daarmee over de taakstelling van de medische dienst.

In de eerste plaats gaat het daarbij om de cliënten die verpleeghuisbewoner zijn en, gegeven hun verpleeghuisindicatie, recht hebben op volledige medische zorg door de medische dienst van het verpleeghuis. Deze cliënten beschrijven we in paragraaf 5.2.1.

Daarnaast levert de SO ook in toenemende mate medische zorg aan cliënten die niet in het verpleeghuis wonen. Het gaat daarbij niet om 'volledige medische zorg', maar om medische zorg in aanvulling op de zorg die deze mensen al krijgen van andere medische professionals, meestal de huisarts. Wat de omvang is van deze externe taakstelling van de SO beschrijven we in paragraaf 5.2.2.

Tenslotte, om de medische diensten onderling vergelijkbaar te maken wat betreft hun taakstelling, is het van belang om rekening te houden met de zorgzwaarte van de cliënten. Dit gebeurt in paragraaf 5.2.3.

5.2.1 Cliënten binnen de verpleeghuismuren

De 102 medische diensten uit ons onderzoek leveren gezamenlijk de volledige medische zorg aan 41.031 cliënten: 39.062 uit de eigen organisatie en 1.969 uit andere organisaties⁵. De omvang van de behandelpraktijken (in aantal cliënten) varieert van 28 tot 1.161 cliënten, met een gemiddelde van 402.

Opvallend is dat oorspronkelijk ook een aantal cliënten met zzp1-3 en zzp4 is opgegeven die volledige medische zorg zouden krijgen. Cliënten met deze zzp's verblijven doorgaans uitsluitend bij uitzondering in het verpleeghuis. Navraag bij enkele respondenten met relatief veel cliënten met zzp1 tot en met 4, leerde dat het hier doorgaans gaat om verzorgingshuiscliënten, die gedeeltelijke medische zorg kregen van de SO. Om deze reden en omdat cliënten met zzp1 tot en met 4 formeel geen aanspraak kunnen maken op medische zorg door de SO, laten we deze cliënten in de analyses buiten beschouwing.

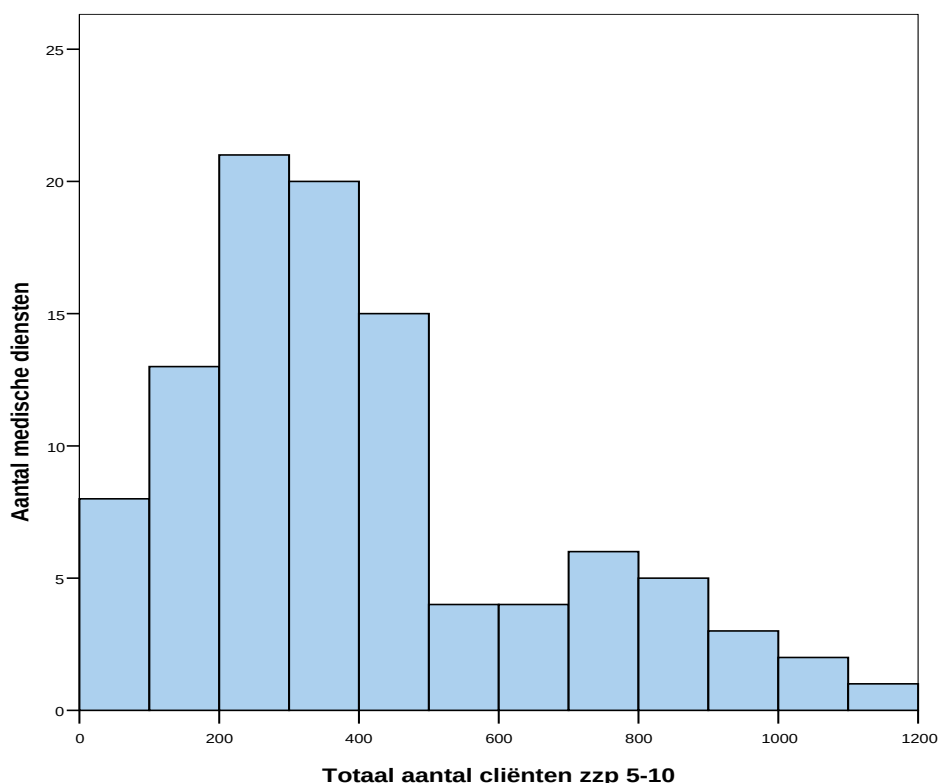
In bijlage 1 is een vergelijking te vinden van de cliënten in onze steekproef per zzp versus de landelijke verdeling.

In onderstaande figuur is te zien hoe groot de omvang van de behandelpraktijk (in totaal aantal cliënten) bij de deelnemende medische diensten is. De meeste medische diensten bieden medische zorg aan 100 tot 500 cliënten in het verpleeghuis.

In bijlage 3 staan vergelijkbare figuren voor de verschillende typen cliënten (somatische, psychogeriatrische, revalidatie en palliatief-terminaal).

⁵ Cliënten met een zzp5 tm 10.

Figuur 5.6 Omvang van de behandelpraktijk (in totaal aantal cliënten) van de deelnemende medische diensten (n=102)



Gemiddeld bijna twee derde van de cliënten heeft te maken met psychogeriatrische problematiek (tabel 5.3), en bijna een kwart met somatische. Verder bestaat ruim 9% uit cliënten met een indicatie voor revalidatie en 1,1% uit cliënten die intensieve palliatief-terminale zorg krijgen.

Tabel 5.3 Aantal en aard van de cliënten in de deelnemende medische diensten (n=102)

	gemiddeld	min	max
Omvang behandelpraktijk (aantal cliënten), waarvan⁶	402	28	1.161
% somatiek	25%	0%	61%
% pg	65%	34%	100%
% revalidatie	9%	0%	29%
% palliatief-terminaal	1%	0%	4%
Soort cliënten	Aantal medische diensten met en zonder deze cliënten		
	wel	niet	
psychogeriatrisch	102	0	
somatisch	98	4	
revalidatie	91	11	
palliatief-terminaal	65	37	

Alle deelnemende medische diensten bieden medische zorg aan psychogeriatrische cliënten, vier van hen uitsluitend aan deze groep. Bijna 90% van de medische diensten heeft

⁶ Cliënten met psychogeriatrische grondslag zijn cliënten met zzp5 en zzp7, cliënten met een somatische grondslag zijn cliënten met zzp6 en 8. De cliënten 'revalidatie' bestaan uit cliënten met zzp9 en geriatrische revalidatiezorg.

ook cliënten in zorg voor revalidatie, bijna twee derde heeft cliënten die palliatief-terminale medische zorg krijgen.

5.2.2 Cliënten buiten de verpleeghuismuren

De meeste medische diensten van verpleeghuizen leveren naast de volledige medische zorg aan eigen bewoners, ook gedeeltelijke medische zorg aan andere cliënten. Om tot een zuivere vergelijking tussen medische diensten te kunnen komen, willen we rekening houden met deze verschillen.

In eerdere onderzoeken was dit meestal niet mogelijk omdat informatie over de omvang van deze activiteiten ontbrak. In dit onderzoek is aan de respondenten gevraagd of zij te maken hadden met deze gedeeltelijke medische zorg aan cliënten intramuraal of extramuraal en is hen gevraagd de omvang van de tijd die zij hieraan besteden in te schatten. Het gaat hier bijvoorbeeld om medische zorg aan cliënten van de dagbehandeling, verzorgingshuiscliënten, patiënten uit hospice of ziekenhuis, of andere extramurale medische zorg zoals consulten bij de huisarts. Hierdoor kunnen we corrigeren voor de extra zorg die wordt geleverd vanuit de medische dienst.

Negen op de tien medische diensten leveren één of meerdere vormen van deze zorg (n=91). Meestal zijn hierbij de artsen betrokken. Van deze 91 medische diensten hebben slechts 57 informatie verstrekt over het aantal fte dat gemoeid is met deze activiteiten. Gemiddeld zetten zij 14,7% van de SO-formatie in voor gedeeltelijke medische zorg, het minimum is daarbij 2,4%, het maximum 62,5.

Voor de organisaties die de omvang van de activiteiten hebben aangegeven kunnen we de formatie extrapoleren naar landelijk.

Tabel 5.4 Aandeel van medische zorg buiten het verpleeghuis bij 57 organisaties

	Totaal (in fte)	buiten vph (in fte)	buiten vph (%)
Specialist ouderengeneeskunde	280,5	41,1	14,7%
Verpleegkundig specialist	67,1	6,4	9,5%
Physician assistant	5,8	0,1	1,7%
Verpleegkundige s.f.	23,9	0,81	3,4%

Als we voor de SO's in onze gehele onderzoeksgroep bepalen welk deel van hun tijd zij besteden aan zorg buiten het verpleeghuis komen we op een percentage van 13,4%. Omgerekend naar landelijke cijfers betekent dit dat van de 1.298 fte specialisten ouderengeneeskunde naar schatting 174 fte ingezet worden voor medische zorg buiten de verpleeghuismuren.

SO's gaven in 2009 in een tijdbestedingsonderzoek (Verijdt en van der Windt, 2010) aan dat zij naar schatting 13% van hun tijd besteedden aan medische zorg buiten de verpleeghuismuren, landelijk gaat het dan om 151 fte's SO (geëxtrapoleerd naar landelijk o.b.v. 1161 fte's SO's, Capaciteitsplan 2013).

Hoewel de onderzoeksmethoden verschillen (tijdschattingen van SO's versus inschatting van fte's door hoofden medische dienst) kunnen we met enige voorzichtigheid concluderen dat zorg buiten de verpleeghuismuren nauwelijks is toegenomen sinds 2009.

Uit beide onderzoeken hebben we ook informatie over de aard van de cliënten waaraan tijd is besteed⁷. In tabel 5.5 staan de resultaten hiervan gepresenteerd.

In 2013 besteden SO's de meeste tijd aan cliënten die in dagbehandeling zijn of die in een verzorgingshuis verblijven. In de meeste gevallen zal dit gaan om verzorgingshuizen en dagbehandeling die onderdeel uitmaken van de eigen organisatie.

Tabel 5.5 Verdeling van de buiten de verpleeghuismuren besteedde tijd door SO's (n=57)

	2013	2010*
Dagbehandeling	44,0%	20,3%
Verzorgingshuis patiënten	25,7%	30,5%
Patiënten uit Hospice	3,5%	3,5%
Patiënten uit ziekenhuis (2009 ook revalidatiecentrum/psychiatrie)	6,4%	6,4%
Overige extramurale medische zorg (vooral aan thuiswonende cliënten)	20,4%	11,9%
Overige		10,2%

Bron: Verijdt en van der Windt, 2010

Daarnaast besteden de SO's in 2013 een vijfde van hun tijd aan overige extramurale medische zorg, vooral consultatie door huisartsen en ggz (8) en deelname aan een geheugenpoli, ouderenpoli of valpoli (5). Ook maken de SO's soms deel uit van een mobiel geriatrisch team (2), bemannen zij een palliatieve helpdesk, hebben zij een bopz-unit voor de 1^e lijn, en worden zij soms geconsulteerd door psychologen of thuiszorg.

Ten opzichte van 2010 lijkt een afname te hebben plaatsgevonden van medische zorg aan verzorgingshuisbewoners ten gunste van thuiswonende cliënten, al dan niet in dagbehandeling. Belangrijke vraag hierbij is in welke mate deze ontwikkeling zal doorzetten, als gevolg van de afbouw van verzorgingshuisbedden, en beleidsmatige veranderingen (KNMG-standpunt) als toename overige extramurale medische zorg m.n. aan thuiswonende ouderen en ter ondersteuning of in samenwerking met huisartsenzorg?

5.2.3 *Cliënten gewogen voor zorgzwaarte*

Het aantal cliënten in een huis zegt niet alles over de hoeveelheid medisch werk dat gevraagd wordt. Een betere indicatie daarvoor is de zzp-indicatie (zorgzwaartepakket) die een cliënt heeft gekregen. De financiering van verpleeghuizen loopt via deze zzp's.

Door te kijken naar deze zzp's kunnen we de patiënten onderscheiden naar zorgzwaarte. Daarbij hebben we geen indicaties van de precieze zorgzwaarte voor elk van de 10 afzonderlijke zzp's, maar sluiten aan bij een meer globale indeling die in de praktijk gehanteerd wordt, naar somatische, psychogeriatrische en revalidatiecliënten in de intramurale ouderenzorg.

Voor de gewichten die we aan deze verschillende soorten patiënten/cliënten toekennen sluiten we aan bij 'Diagnose praktijk' van Gerimedica en eerdere publicaties van Frijns en Kuit (2002) en Verijdt en van der Windt (2009). Dit zijn gewichten voor de inzet van specialisten ouderengeneeskunde. In onderstaand overzicht worden ze genoemd.

⁷ Hoewel de categorieën van patiënten enigszins verschillen, kunnen we de resultaten met enige slagen om de arm vergelijken.

Tabel 5.6 Gewichten voor de hoeveelheid werk voor de SO per soort patiënt en resulterend aantal cliënten per fte SO

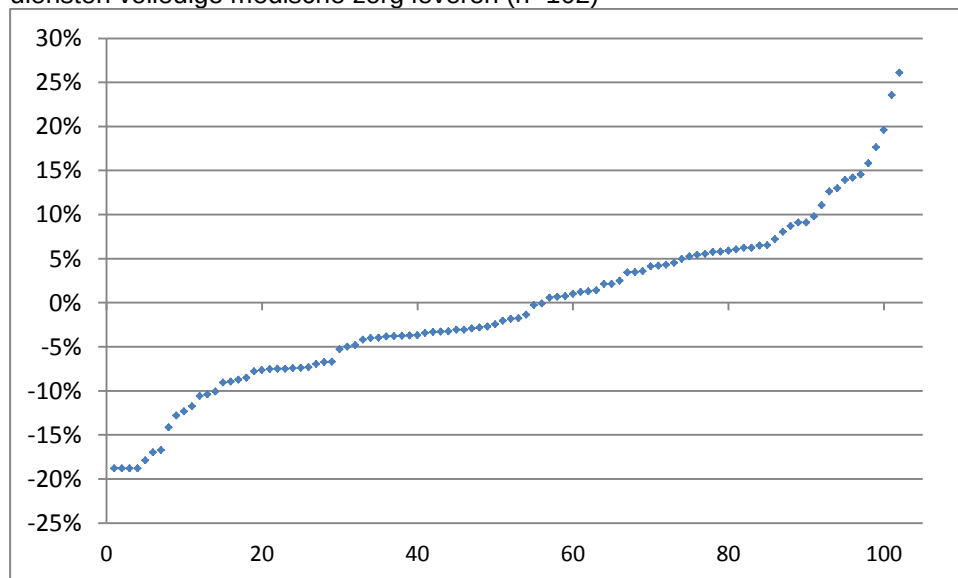
Soort cliënt	Zorgzwaartepakket	Gewicht volgens <i>Diagnose praktijk</i>	Aantal cliënten per fte SO
Somatisch	Zzp6, zzp 8	0,9	111
Psychogeriatrisch	Zzp5, zzp 7	0,75	133
Revalidatie en terminale palliatieve zorg	Zzp9, DBC geriatrische behandeling, zzp10	2	50

Revalidatiepatiënten hebben een relatief zwaar gewicht en brengen dus relatief veel werk met zich mee voor behandelaars. We houden met deze verschillen in het vervolg van dit hoofdstuk rekening door van ‘gewogen cliënten/patiënten’ uit te gaan.

Figuur 5.6 toont hoe de gewogen aantallen cliënten⁸ verschuiven ten opzichte van de ongewogen aantallen voor de 102 deelnemende medische diensten aan ons onderzoek. De verschuivingen die plaats vinden als gevolg van de weging variëren van een afname van 18,8% tot een toename van 26,1%, afhankelijk van de samenstelling van het cliëntenbestand. Voor een organisatie met uitsluitend psychogeriatrische bewoners betekent het dat het aantal gewogen cliënten lager zal zijn dan het werkelijke aantal. Bij een organisatie die een groot aandeel aan revalidatiecliënten heeft, zal het gewogen aantal cliënten hoger zijn dan het aantal ongewogen cliënten.

In de figuur is ook te zien dat de meeste medische diensten door weging van de cliënten te maken hebben met een verandering van -10% tot +10%

Figuur 5.6 Verschil tussen ongewogen en gewogen aantallen cliënten waaraan de medische diensten volledige medische zorg leveren (n=102)



⁸ Het aantal gewogen cliënten is berekend door het aantal cliënten te vermenigvuldigen met het gewicht volgens tabel 5.6 en vervolgens te corrigeren op basis van een gelijkblijvend totaal aantal cliënten voor alle medische diensten samen.

6 Hoeveel patiënten bedient de SO en welk aandeel hebben anderen daarin

Het werkproces van de SO is aan veranderingen onderhevig, die van invloed kunnen zijn op de efficiency. Het gaat dan vooral om de inzet van andere professionals bij de medische zorg, invoering van moderne praktijkvoering, praktijkautomatisering en epd's. Aannemelijk is dat een andere organisatie van de medische zorgverlening, leidt tot efficiencywinst (o.m. van der Windt en Bloemendaal, 2012 en Verenso, 2009).

Voor het Capaciteitsorgaan is vooral van belang of de versterking van de medische praktijken van invloed is op het aantal patiënten dat de SO kan bedienen.

In dit hoofdstuk staan de volgende vragen centraal:

1. Wat is de ratio van het aantal SO's ten opzichte van het aantal cliënten en welke variatie zien we hierin tussen medische diensten?
2. Wat is het effect van de ondersteuning door anderen op de caseload van de SO?

6.1 Caseload van de specialist ouderengeneeskunde

In deze paragraaf beschrijven we hoeveel cliënten worden voorzien van medische zorg door de 'echte' SO. Hoewel dit in de praktijk niet los kan worden gezien van de bezetting met aio's SO en andere artsen, laat deze maat (caseload 'echte' SO's) zien hoe groot de variatie is tussen medische diensten in het aantal cliënten dat zij bedienen. Met de nodige kanttekeningen kunnen we op basis hiervan mogelijk iets zeggen over het potentiële aantal cliënten dat de SO kan bedienen mits hij/zij goede ondersteuning heeft⁹.

Over alle medische diensten in dit onderzoek gezamenlijk is de caseload van de SO 88 cliënten per fte SO.¹⁰ Dat geeft echter een onvolledig beeld. In dit onderzoek hebben we aanvullende gegevens om de inzet van SO's te kunnen corrigeren. We willen in elk geval rekening houden met:

- eventuele medische zorg aan cliënten die geen verpleeghuisbewoner zijn (o.m. dagbehandeling, verzorgingshuis, 1^e lijn, ziekenhuis);
- SO's die een aio begeleiden (0,2 fte SO begeleidingstijd per fte aio SO);
- de zorgzwaarte van de cliënten (paragraaf 5.2.3)¹¹.

Daarnaast zijn er allerlei zaken uit de werkcontext van de SO die niet betrouwbaar kunnen worden gemeten. Deze zullen bij de vergelijking van medische diensten onderling noodzakelijkerwijs deel uit moeten maken van de eigen analyse van medische diensten. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het aandeel aan overige werkzaamheden (commissies, e.d.), het begeleiden van zorgteams, de mate waarin diensten worden gedraaid, etc., in relatie tot het aantal SO's, maar ook in relatie tot andere organisaties.

Na correctie voor de drie bovengenoemde factoren is de caseload van de SO, berekend over alle medische diensten gezamenlijk, 99 cliënten per fte SO.

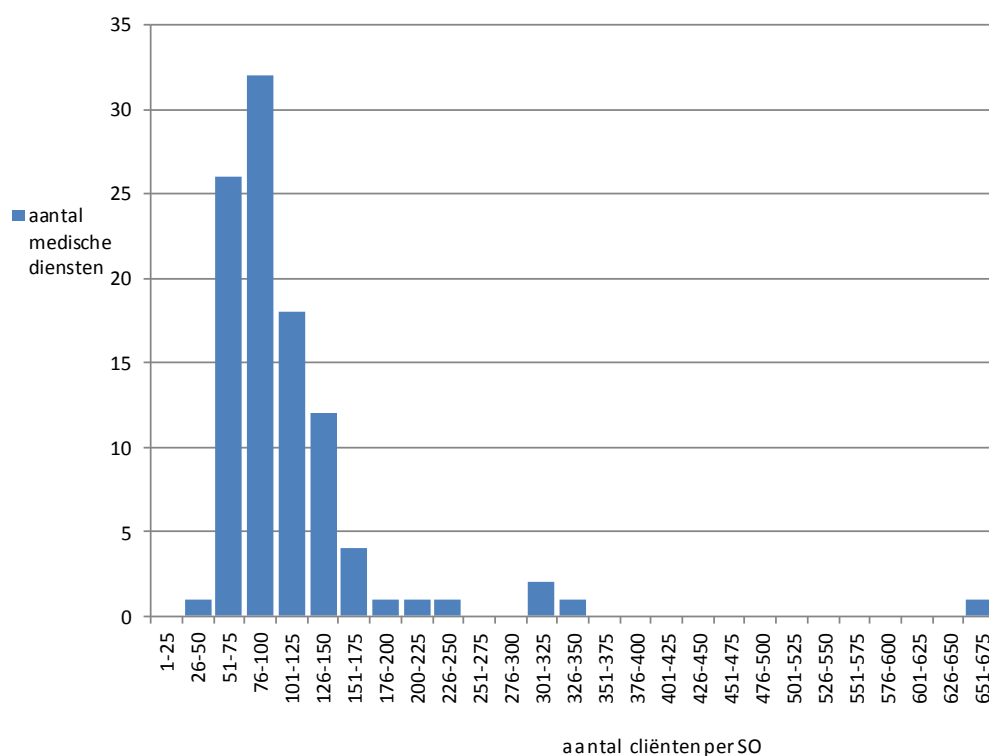
Tussen de afzonderlijke medische diensten is er een grote variatie in het aantal cliënten dat de SO bedient. De caseload van de SO¹² varieert tussen de 49 en de 510 cliënten (figuur 6.1).

⁹ In bijlage 6 staat de caseload van de SO in historisch perspectief. In deze overzichten was het niet mogelijk om te corrigeren voor zorgzwaarte van de cliënten, opleidingstaak van de SO en zorg buiten de verpleeghuismuren.

¹⁰ 464 SO's - 68 fte gedeeltelijke zorg - 9,2 fte correctie voor begeleiding aio's SO leveren zorg aan 41031 cliënten.

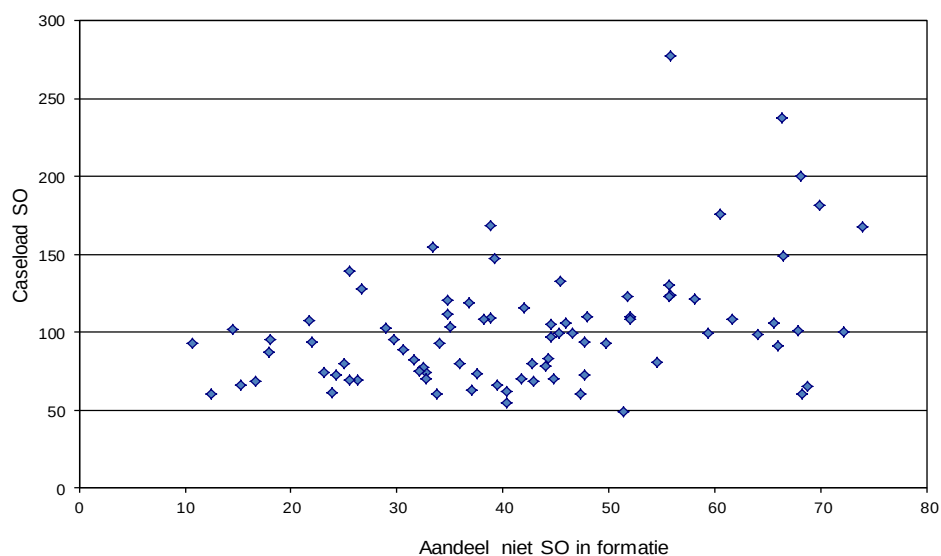
¹¹ De weegfactoren hiervoor zijn: somatiek (0,9), psychogeriatric (0,75), revalidatie en palliatief-terminaal (2,0). Vervolgens heeft een correctie plaatsgevonden om het totale aantal cliënten voor de totale onderzoeksgroep constant te houden.

Figuur 6.1: Het aantal cliënten per SO bij de deelnemende medische diensten



Van de medische diensten heeft 88% een SO-caseload tussen de 50 en 150 cliënten. Bij de uitschieters die zichtbaar zijn (caseload meer dan 300 cliënten per SO) gaat het om medische diensten die veel andere artsen of andere professionals in dienst hebben die een bijdrage leveren aan de medische zorg. In onderstaande figuur wordt een relatie gelegd tussen de caseload van de SO en het aandeel anderen in de medische formatie. Ten behoeve van de leesbaarheid van de figuur zijn de extremen weggelaten.

Figuur 6.2. Caseload van de SO in relatie tot het aandeel niet-SO's in de medische dienst



Naarmate het aandeel van overige professionals toeneemt en de SO dus meer ondersteuning krijgt bij de medische zorg in het verpleeghuis, stijgt de caseload van de SO ($r=.42$, $p<.00$). Dit betekent dat de andere professionals een positieve bijdrage leveren aan de caseload van de SO. In paragraaf 6.2 worden de bijdragen van anderen aan de caseload van de SO verder geanalyseerd.

Uit het onderzoeksmateriaal blijkt niet dat kleinere behandelpraktijken een lagere of hogere caseload hebben dan grotere behandelpraktijken.

6.2 Bijdragen van anderen aan de caseload van de SO

In deze paragraaf analyseren we de bijdragen van anderen aan de caseload van de SO. Voor het Capaciteitsorgaan is dit van belang om zicht te krijgen op het minimale aantal SO dat nodig is om de aanwezige cliënten te voorzien van medische zorg en welke beroepscategorieën dan voldoende aanwezig moeten zijn. Voor de deelnemende medische diensten is dit van belang om hun resultaten onderling te kunnen vergelijken en resultaten van een specifieke medische dienst te kunnen spiegelen aan de collega-medische diensten.¹³

Om de medische diensten onderling vergelijkbaar te maken, hebben we berekend hoeveel 'fte's medische eenheden' aanwezig zijn bij de medische diensten. In de 'medische eenheden' zijn de formaties van de verschillende personeelscategorieën opgeteld. Per personeelscategorie is een weegfactor vastgesteld met behulp van een multiple regressie analyse. Kernvraag daarbij was: Hoeveel extra cliënten kan de SO bedienen door middel van ondersteuning van anderen? De weegfactoren¹⁴ zijn beoordeeld door de Kamer SO van het Capaciteitsorgaan. Er is een inschatting gemaakt van de percentages die plausibel zijn in 2013.

De resultaten van de multiple regressieanalyse en het vaststellen van de weegfactoren staan beschreven in paragraaf 6.2.1, waarna paragraaf 6.2.2. de resultaten laat zien van de caseload per medische eenheid.

6.2.1 Vaststellen van weegfactoren voor de verschillende beroepsgroepen

Met behulp van een multiple regressie analyse kunnen we nagaan wat de bijdrage van de afzonderlijke personeelscategorieën is aan de caseload van de SO.

Hierbij gaat het erom het aantal gewogen cliënten waar de medische dienst de volledige medische zorg aan biedt te voorspellen uit de 'medische' formatie die aanwezig is. De volgende personeelscategorieën zijn meegenomen in het regressiemodel¹⁵:

- Specialisten ouderengeneeskunde
- Aio's SO
- Overige artsen (de som van huisartsen, basisartsen en overige artsen)
- Verpleegkundig specialisten/Physician Assistants
- Verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving
- Medisch secretariaat/doktersassistenten
- Psychologen

¹³ In een spiegelrapportage voor elke afzonderlijke medische dienst kunnen zij zich spiegelen aan hun branchegenoten, zowel wat betreft de caseload van de SO, als de caseload van de totale 'medische' eenheid.

¹⁴ Weegfactoren zijn: SO (100%) aio's SO (60%), overige artsen (56%), Verpleegkundig specialist en physician assistant (35%), Medisch secretaressen/doktersassistenten (30%), psychologen (47%).

¹⁵ Om een multiple regressieanalyse uit te mogen voeren is getoetst op een aantal voorwaarden (normale verdeling, correlatie tussen onafhankelijke variabelen, aantal respondenten per onafhankelijke variabele). Omdat onze afhankelijke variabele niet normaal verdeeld is, maar wel aan de andere voorwaarden wordt voldaan, voeren we de analyses uit voor de totale groep medische diensten met (uiteindelijk) een maximum van zes onafhankelijke variabelen.

Onderstaande tabel laat de resultaten van de multiple regressie analyse zien. Het eerste opvallende resultaat uit de regressieanalyse is de grote verklaringskracht van het getoetste model ($r^2=0.86$). Het model verklaart 86% van de variantie in het aantal gewogen cliënten tussen de medische diensten.

Tabel 6.1: Resultaten regressieanalyse en vaststelling weegfactoren door Kamer SO

Verklaarde variantie (r ²)	0,86					
			95% interval		% i.r.t. SO	Oordeel Kamer SO
	Bijdra-ge/fte	Sign.	min	max	gemiddeld	
Geregistreerde SO	50	0,00	36,3	62,8		
Andere medici en ondersteuning						
SOiO	30	0,04	1,5	59,2	61%	60%
Overige artsen	28	0,00	10,7	45,2	56%	56%
Verpleegkundig specia- list en physician assis- tant	17	0,06	-0,6	35,5	35%	35%
Verpleegkundigen s.f.*	-11	0,02	-20,5	-2,0	-23%	0%
Medisch secretaressen en doktersassistenten	15	0,18	-7,3	37,5	30%	30%
Psychologen	23	0,00	10,0	36,7	47%	47%

*Met een specifieke functieomschrijving

In de tabel is samengevat wat de bijdrage van de verschillende personeelscategorieën is in het model. Zonder enige ondersteuning door medische of andere professionals, bedient elke fte SO extra 50 cliënten. Als er ondersteuning aanwezig is in de medische dienst heeft elke toegevoegde professional/ondersteuner een eigen meerwaarde voor de medische zorg¹⁶.

Zo blijkt dat de aanwezigheid van een aio ervoor zorgt dat de SO 30 cliënten extra kan bedienen. De caseload van de SO gaat daarmee als het ware van 50 naar 80. Bij de aanwezigheid van andere artsen is het extra aantal 28, bij de verpleegkundig specialist /physician assistant 17. De gevonden bijdragen zijn bijna alle significant (met uitzondering zijn de medisch secretaressen/ doktersassistenten). De gemiddelde waarden van de bijdrage van verschillende ondersteuners is puur statistisch. Het zegt niets over de inhoudelijke mogelijkheden, wenselijkheden en kwaliteit van de ondersteuning.

Opvallend is de bijdrage van de verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving. Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving leveren volgens dit model geen unieke bijdrage aan de medische zorg. Het lijkt erop dat de aanwezigheid van meer verpleegkundigen in de medische dienst niet leidt tot het kunnen bedienen van meer cliënten door de SO. Mogelijke factoren hierbij:

- Grote variatie in deze groep (praktijkverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, mogelijk ook 24-uurs teams?). Lang niet al deze soorten verpleegkundigen doen triage en dergelijke.

¹⁶ In 2010 is op basis van gegevens uit eerder vacatureonderzoek eveneens een multiple regressie analyse uitgevoerd, met een beperkter aantal beroepsgroepen. Destijds kon niet gecorrigeerd worden voor zorgzwaarte van de cliënten, voor extramurale zorg van de SO en voor begeleidingstijd van de SO. De bijdragen per fte waren destijds 48 (SO), 16 (aio SO, niet significant), overige artsen (30), verpleegkundig specialisten (76) en verpleegkundigen (-3, niet significant).

- Inzet van deze verpleegkundigen is vaak primair gericht op kwaliteitsverbetering (structurele aandacht aan cliënten met chronische aandoeningen). Dit is een taak waar de SO onvoldoende aan toe kwam;

Deze bevinding sluit aan bij recent onderzoek naar praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (Heiligers e.a., 2012). Ook daar voert de praktijkondersteuner zorgtaken uit die gericht zijn op chronisch zieken en waar de huisarts onvoldoende aan toekwam. Zij stellen dat het hier gaat om suppletie van taken, taken die door de praktijkondersteuner worden uitgevoerd zijn aanvullend op de huisartsentaken, en leiden daardoor niet tot een hogere caseload van de huisarts.

De bijdrage van medisch secretaressen en doktersassistenten is niet significant. Mogelijk verschillen de randvoorwaarden en de organisatorische context waaronder deze groep ingezet wordt sterk, waardoor de bijdrage sterk uiteenloopt.

De bijdrage van de psychologen is significant. Bij uitsplitsing van deze groep naar psychologen en gz-psychologen, is alleen nog de bijdrage van de psychologen relevant. Het aantal gz-psychologen is niet groot genoeg om tot significante resultaten te leiden.

In de tabel is ook het 95% betrouwbaarheidsinterval opgenomen. Dit interval geeft aan dat er 95% kans is dat bij een volgende meting de dan gemeten waarde ligt tussen het nu gevonden minimum en maximum van het interval. Dit interval laat bij de meeste ondersteuners een brede range zien. Dit wijst op een grote variatie in de bijdrage van die ondersteuners. Wellicht is de omvang van hun bijdrage sterk afhankelijk van de aanwezige randvoorwaarden. Het werkproces rond de medische zorgverlening en de samenwerking tussen de verschillende professionals is waarschijnlijk zeer verschillend ingericht, waardoor de inzet van specifieke professionals in de ene medische dienst wel en in de andere medische dienst veel minder tot een meerwaarde leidt voor de caseload van de SO.

De eerste vetgedrukte kolom in de tabel laat zien wat volgens deze analyse de bijdrage is van de betreffende professional aan de medische zorg, in relatie tot de SO.

Hoewel uit het model dus aanwijzingen komen over hoe andere professionals meegewogen moeten worden in de medische formatie, is de onzekerheid in het model groot, doordat de variaties in de randvoorwaarden in de praktijk groot zijn. Expertkennis, aanvullend op de statistische uitkomsten, is daarom essentieel om tot een zinvolle beleidsmatige inschatting te komen van de bijdrage van anderen aan de doelmatigheid van de SO. Om deze reden zijn de weegfactoren¹⁷ beoordeeld door de Kamer SO van het Capaciteitsorgaan, waarbij zij de inhoudelijke plausibiliteit hebben beoordeeld van de statistische uitkomsten van de bijdragen van de professionals/ondersteuners en hebben vastgesteld welke waarde zij voor 2013 plausibel achten. De uitkomsten van deze discussie staan vermeld in de laatste kolom van tabel 6.1.

Tot slot van deze paragraaf een kanttekening bij het gebruik van de vastgestelde weegfactoren. Dit zijn statistische uitkomsten die uitsluitend bedoeld zijn om de medische diensten onderling te kunnen vergelijken. Bij ander gebruik van de weegfactoren door individuele medische diensten gelden de kanttekeningen zoals vermeld in onderstaand kader.

¹⁷ Weegfactoren zijn: SO (100%) aio's SO (60%), overige artsen (56%), Verpleegkundig specialist en physician assistant (35%), Medisch secretaressen/doktersassistenten (30%), psychologen (47%).

Kader 6.1 Grenzen aan het gebruik van de weegfactoren

Grenzen aan het gebruik van de weegfactoren

De weegfactoren zijn statistische uitkomsten die uitsluitend bedoeld zijn om de medische diensten onderling te vergelijken. U kunt hiermee uw positie bepalen ten opzichte van de andere medische diensten die hebben deelgenomen aan ons onderzoek wat betreft het aantal cliënten dat door de medische dienst als totaal bediend wordt, waarbij het opnieuw belangrijk is de specifieke praktijkvoering in uw organisatie te laten meewegen.

De weegfactoren kunnen niet zonder meer als norm gehanteerd worden om de gewenste samenstelling en caseload van individuele medische diensten vast te stellen!

Niet alleen gaat het bij de vastgestelde weegfactoren om een momentopname, een beschrijving van de praktijk in de medische diensten per 1/1/2013, maar ook blijkt uit de analyse een grote variatie in omstandigheden (randvoorwaarden, organisatie). Bijvoorbeeld: aanwezigheid van een extra arts (basisarts, huisarts of overige arts) levert een gemiddelde verhoging op van de doelmatigheid van de SO met 56%. Voor de afzonderlijke medische diensten varieert dit percentage tussen 20% en 90%. Werkproces en organisatorische randvoorwaarden zorgen er dus voor dat de inzet van specifieke professionals in de ene medische dienst wel en in de andere medische dienst veel minder tot een meerwaarde leidt voor de caseload van de SO.

Andere kanttekeningen die we moeten plaatsen bij de uitkomsten:

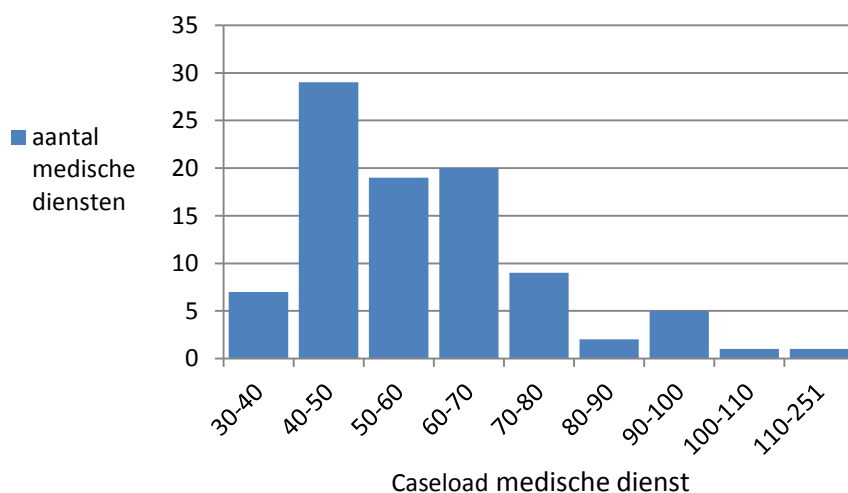
- Het gaat om een steekproef van relatief beperkte omvang gezien het grote aantal betrokken variabelen.
- Hoewel het bij de multiple regressie steeds om de unieke bijdragen van de specifieke professionals gaat, hangt in de praktijk de omvang en de inzet van die specifieke professionals met elkaar samen.
- Het model dat het beste past op de selectie van medische diensten in dit onderzoek, is niet per se het best passende model voor de populatie als geheel. Resultaten die stabiel zijn over verschillende metingen zijn daarom extra belangrijk.

6.2.2 Caseload van de medische diensten

In deze paragraaf beschrijven we de caseload van de medische diensten. Daarbij is de formatie van de verschillende beroepsgroepen in de medische dienst gewogen volgens de uitkomsten van het Kameroverleg, zoals beschreven in de vorige paragraaf. Dit levert gezamenlijk een aantal fte's medische eenheden op.

De deelnemende medische diensten gezamenlijk bedienen gemiddeld 55 cliënten per fte medische eenheid. In onderstaand histogram ziet u de verdeling van de caseload van de medische diensten.

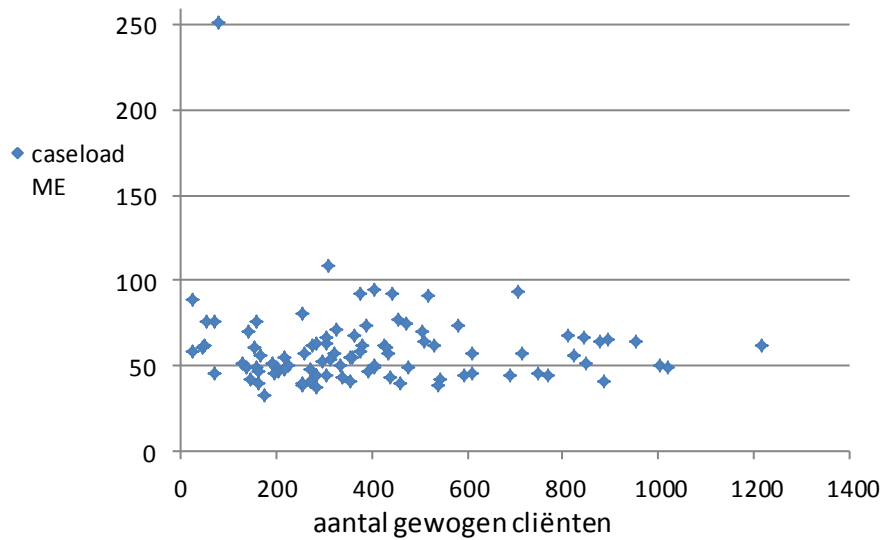
Figuur 6.3 Gewogen aantal cliënten per 'fte medische eenheid'



De meeste medische diensten hebben een caseload van 40-80 gewogen cliënten per fte medische eenheid.

Ook hier geldt weer, net als bij de caseload van de SO, dat grotere behandelpraktijken geen grotere caseload van de medische dienst hebben dan kleinere behandelpraktijken (figuur 6.4). Ook zijn bij beide geen verschillen tussen opleidingshuizen (met aio's SO) en medische diensten die niet opleiden.

Figuur 6.4 Caseload medische dienst naar omvang van de behandelpraktijk



7 Doelmatigheid van het werkproces van de SO

Naarmate het werkproces doelmatiger is georganiseerd zal de specialist ouderengeneeskunde meer cliënten medische zorg kunnen bieden. Door het meenemen van eventuele doelmatigheidsverbeteringen in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan, kan een meer onderbouwde inschatting worden gemaakt van de behoefte aan SO's in de toekomst.

Voor dit onderzoek is daarom een vragenlijst ontwikkeld waarmee een aantal belangrijke kenmerken van het werkproces van de SO in kaart kan worden gebracht en gemonitord. De vragenlijst is samengesteld op basis van uitkomsten uit oriënterend onderzoek onder SO's en medische diensten (van der Windt en Bloemendaal, 2012) en input vanuit de Kamer SO. In onderstaande paragrafen beschrijven we de resultaten, waarmee duidelijk wordt hoe doelmatig het werkproces van de SO is georganiseerd en op welke terreinen de meeste winst te boeken is.

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk centraal staat is:

1. Hoe doelmatig is de behandelpraktijk van de SO ingericht (beoordeling door hoofd medische dienst)?

In hoofdstuk 8 gaan we in op het verband tussen de scores op doelmatigheidsaspecten en andere kenmerken van de behandelpraktijk (caseload SO, samenstelling medische dienst, ondersteuning door anderen).

7.1 Doelmatigheid van de medische dienst: resultaten op itemniveau

Onderstaande thema's zijn benoemd als de belangrijkste elementen bij de doelmatigheid van het werkproces van de SO. Hiervan is een deel¹⁸ uitgewerkt in stellingen die de behandelpraktijk van de specialist ouderengeneeskunde beschrijven. Respondenten hebben bij deze stellingen aangegeven in hoeverre de beschrijving op hun eigen behandelpraktijk van toepassing is.

- Professionaliteit van de beleidsvoering van de behandelpraktijk
- Overdracht medische zorg
- Basis van verpleging en verzorging
- Triage
- Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg
- Ondersteuning door medisch secretaresses (MS) en doktersassistenten (DA)
- Ondersteuning door beleidsmedewerkers
- Samenwerking met psychologen
- Ondersteuning via een EPD

7.1.1 Professionaliteit behandel dienst algemeen

Een beleidsplan met heldere afspraken over taakstelling, verantwoordelijkheden en randvoorwaarden vormt het kader van waaruit SO's hun werk op professionele wijze kunnen inrichten. In onderstaande tabel is te zien dat 90% van de medische diensten heldere afspraken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden met de VVT organisatie heeft en ruim 80% over randvoorwaarden en budget.

¹⁸ Enkele thema's zijn niet uitgewerkt in stellingen omdat hierover al andere, meer kwantitatieve, vragen zijn gesteld in het onderzoek, en omdat we de lengte van de vragenlijst wilden beperken.

Iets minder medische diensten (ruim driekwart) heeft deze afspraken en randvoorwaarden ook vastgelegd in een medisch beleidsplan. Nog minder medische diensten hebben de afspraken vastgelegd in een dienstverleningsovereenkomst.

Tabel 7.1 Inschatting van de professionaliteit van de behandeldienst algemeen (in %, n=99-100)

Professionaliteit behandelpraktijk algemeen	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
De medische dienst heeft een eigen medisch beleidsplan	34	43	13	10
We hebben heldere afspraken gemaakt met de organisatie als geheel over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medische dienst	40	50	8	2
We hebben heldere afspraken met de organisatie over randvoorwaarden en budget voor de medische dienst	42	41	12	5
Genoemde afspraken zijn vastgelegd in een dienstverleningsovereenkomst (DVO)	13	18	26	42

7.1.2 Basis van verpleging en verzorging

Een goede basis van verpleging en verzorging op de verpleegafdelingen zorgt ervoor dat de specialist ouderengeneeskunde niet onnodig wordt opgeroepen, zich kan richten op de taken die 'des arts' zijn en niet op regelmatige basis verpleegkundige taken hoeft uit te voeren.

Tabel 7.2 Inschatting van de basis verpleging en verzorging op de afdelingen (in %, n=100)

	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Basis van verpleging en verzorging				
Er is voldoende verpleging en/of verzorging op de verpleegafdelingen	21	52	22	5
De artsen in onze organisatie moeten geregeld verpleegtechnische handelingen uitvoeren	1	25	32	42
De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse bij visites is doorgaans goed tot uitstekend	7	56	33	4
Op de afdelingen/teams vindt goede signalering plaats van 'niet pluis' situaties	12	58	27	3

Bijna driekwart van de medische diensten onderschrijft de stelling dat er voldoende verpleging en/of verzorging op de verpleegafdelingen aanwezig is. 27% is het hiermee (gedeeltelijk) oneens. Bij de kwaliteit van de verpleegkundige analyse bij visites en het signaleren van 'niet pluis' situaties op de verpleegafdelingen zijn de meningen iets meer verdeeld en is het aandeel respondenten dat volledig tevreden is over dit onderdeel aanmerkelijk lager. Ruim een kwart vindt dat de artsen geregeld verpleegtechnische handelingen moeten uitvoeren.

7.1.3 Overdracht van gespecialiseerde verpleegkundige zorg

Gespecialiseerde verpleegkundige zorg wordt meestal uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen. Dit zijn verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving, die deel uitmaken van de medische dienst maar ook kunnen vallen onder verpleging en verzorging. Ook in dit laatste geval wordt doorgaans nauw samengewerkt met de specialist ouderengeneeskunde. Soms wordt gespecialiseerde verpleegkundige zorg geboden door gespecialiseerde verpleegkundigen vanuit de thuiszorg.

Tabel 7.3 Overdracht van de gespecialiseerde verpleegkundige zorg (in %, n=100)

	Volledig eens	Gedeeltelijk eens	Gedeeltelijk oneens	Helemaal oneens
Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg				
Wondzorg en diabeteszorg zijn grotendeels overgedragen van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie	21	39	18	22
Van copd/astma, hartfalen, mondzorg, obstipatie, incontinentie, pijn, etc., zijn meerdere overgedragen van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie	10	22	31	37

Wondzorg en diabeteszorg zijn vaak de eerste inhoudelijke zorgterreinen die overgedragen worden naar verpleegkundigen. We zien dit terug in de resultaten: deze gespecialiseerde zorg wordt aanmerkelijk vaker overgedragen dan astma, hartfalen, etc. Toch geeft ook bij wondzorg en diabeteszorg nog 40% van de respondenten aan het gedeeltelijk of volledig oneens te zijn met de stelling

7.1.4 Overdracht van medische zorg naar andere professionals

Over de overdracht van medische zorg zijn geen afzonderlijke stellingen opgenomen in deze vragenlijst. Informatie over het aandeel van deze professionals in de organisatie staat beschreven in paragraaf 5.2.2.

7.1.5 Triage

Met triage wordt beoogd de artsen zoveel mogelijk in te zetten voor medische problemen die des arts zijn. Andere taken worden waar mogelijk gedelegeerd naar verzorgenden/verpleegkundigen, of anderen in de organisatie.

Tabel 7.4 Triage (in %, n=99-100)

	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Triage				
Wij werken met een triagesysteem	38	35	14	13
Het triagesysteem werkt doorgaans effectief	30	40	21	9
De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse bij oproepen is doorgaans goed	25	60	13	2

Bijna drie kwart van de respondenten geeft aan met een triagesysteem te werken, iets minder respondenten geven aan dat het triagesysteem doorgaans goed werkt. . Maar liefst 85% onderschrijft (gedeeltelijk) dat de verpleegkundige/verzorgende analyse bij oproepen doorgaans goed is.

7.1.6 Ondersteuning door medisch secretariaat, doktersassistenten en praktijkondersteuners

Hierover zijn geen afzonderlijke stellingen opgenomen in de vragenlijst. Wel is informatie over het aandeel van deze ondersteuners in de organisatie (zie paragraaf 5.2.3).

7.1.7 Ondersteuning door beleidsmedewerkers

Ondersteuning door beleidsmedewerkers kwam in eerder onderzoek naar voren als ontlastend voor de SO (van der Windt en Bloemendaal, 2012). Vooral bij grotere organisaties namen beleidsmedewerkers en kwaliteitsmedewerkers de SO veel werk uit handen, zoals het notuleren van commissievergaderingen, het bijhouden van wijzigingen in wet- en regelgeving, etc.

Tabel 7.5 Ondersteuning van de medische dienst door beleidsmedewerkers (in %, n=99)

	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Ondersteuning beleidsmedewerkers				
Er zijn beleidsmedewerkers aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	28	41	22	8
De medische dienst wordt voldoende ondersteund door beleidsmedewerkers (commissies, wet- en regelgeving)	22	35	34	8

Niet in alle organisaties zijn beleidsmedewerkers beschikbaar die beleidsmatig werk uit handen kunnen nemen van de specialist ouderengeneeskunde. Bijna 30% geeft aan niet of slechts beperkt een beroep te kunnen doen op deze medewerkers. Ruim 40% is dan ook minder positief over de mate waarin de dienst wordt ondersteund door beleidsmedewerkers.

7.1.8 Samenwerking met psychologen

Van de medische diensten heeft 93% psychologen in dienst. In driekwart hiervan (ook) gezondheidszorgpsychologen. Van de respondenten vindt 39% dat er niet voldoende gezondheidszorgpsychologen aanwezig zijn. Bij de 'gewone' psychologen is dit aandeel aanmerkelijk lager (11%), zeker als we daarbij in ogenschouw nemen dat bij 7% van de medische diensten geen psychologen beschikbaar zijn.

Tabel 7.6 Samenwerking met psychologen (in %, n=96-99)

	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Samenwerking met (GZ-)Psychologen				
Er zijn voldoende GZ-psychologen aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	31	29	20	19
Samenwerking met de aanwezige GZ-psychologen is optimaal	36	38	7	19
Er zijn voldoende psychologen aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	53	33	9	5
De samenwerking met de aanwezige psychologen is optimaal	48	41	7	4

7.1.9 Ondersteuning door een elektronisch patiëntendossier

De verwachting is dat het hanteren van een elektronisch patiëntendossier (epd) de doelmatigheid van de medische zorg sterk kan beïnvloeden, zodat de SO in dezelfde tijd mogelijk meer patiënten kan bedienen. De beschikbaarheid van patiëntinformatie en het daarmee gepaard gaande gemak bij de communicatie tussen behandelaars zijn daarbij van belang. Uit eerder onderzoek naar de behandelpraktijk van SO's voor Gerion (Bloemendaal e.a.,

2011) bleek dat per artseenheid¹⁹ meer cliënten bediend werden in organisaties waar men de beschikking had over deze elektronische dossiers.

Aan de medische diensten is gevraagd of zij in hun praktijk gebruik maken van een elektronisch zorgdossier of epd en wat de specifieke aard van deze elektronische dossiers is. Bijna twee derde van de medische diensten (63,7%) maakt gebruik van een elektronisch zorgdossier of een epd.

Verreweg de meesten daarvan hebben de beschikking over een elektronisch multidisciplinair zorgdossier (81,5%), zoals blijkt uit tabel 7.7. 14 organisaties (21,5%) hebben een epd specifiek voor de artsen of specifiek voor de behandeldienst, of beide.

Tabel 7.7 Aard van het elektronisch zorgdossier of epd (n=65)

	aantal	%
Elektronisch multidisciplinair zorgdossier	53	81,5%
Epd voor behandeldienst/artsen, waarvan	14	21,5%
specifiek voor de artsen	6	9,2%
specifiek voor de behandeldienst	9	13,8%
Epd, specifiek voor iets anders	3	4,6%

Bij minder dan de helft van de medische diensten in dit onderzoek is het elektronisch zorgdossier/epd geïntegreerd met het bedrijfsinformatiesysteem. Koppeling met laboratorium en apotheek gebeurt bij 28% van de respondenten.

Tabel 7.8 Ondersteuning met behulp van een zorgdossier of epd (in %, n=98)

	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Epd en digitale ondersteuning				
Elektronisch zorgdossier/epd is gekoppeld met laboratorium en apotheek	12	16	17	54
Elektronisch zorgdossier/epd is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen	19	26	13	42

7.2 Verbeterpotentieel bij de doelmatigheid van het werkproces van de SO

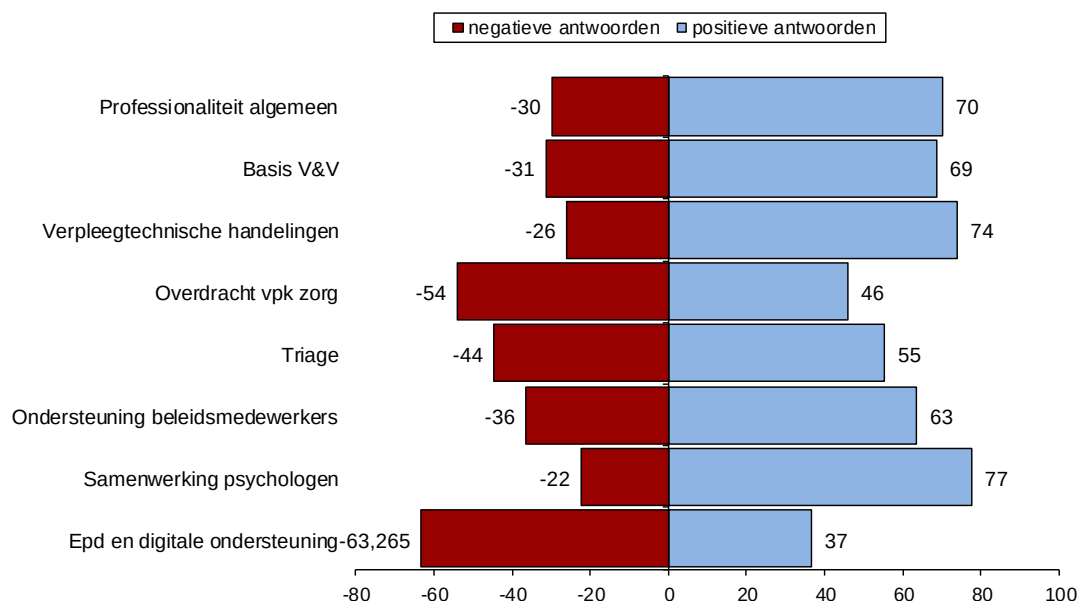
In de voorgaande paragraaf zijn de resultaten van de afzonderlijke aspecten van doelmatigheid beschreven om op deze wijze een overkoepelend beeld te schetsen van de huidige stand van zaken in de behandelpraktijk van de SO.

Om op basis hiervan te bepalen op welke terreinen de meeste winst te boeken is, met andere woorden 'welke aspecten het hoogste verbeterpotentieel hebben', kijken we naar de proportie negatieve antwoorden per hoofdthema/dimensie.

Figuur 7.1 toont per hoofdthema/dimensie wat het gemiddelde aantal positieve en negatieve antwoorden is geweest voor de items die deel uitmaken van die dimensie. Te zien is dat bij 'epd en digitale ondersteuning', 'de overdracht van gespecialiseerde verpleegkundige zorg' en 'triage' het aandeel negatieve antwoorden het hoogst is. Voor de branche lijkt hier derhalve de meeste winst te halen. Dit schetst vanzelfsprekend een gemiddeld beeld, waar de afzonderlijke medische diensten sterk van kunnen afwijken.

¹⁹ Gewogen aantallen artsen, VS en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving

Figuur 7.1 Gemiddeld aandeel positieve en negatieve antwoorden op de doelmatigheidsdimensies voor alle medische diensten gezamenlijk (in %).



Het is aan te nemen dat niet alle dimensies van even groot belang zijn voor een efficiënt werkproces van de SO. Daarom is aan de respondenten eveneens gevraagd welke thema's zij het meest van belang achten. Zij hebben dit gedaan door 100% te verdelen over de dimensies op basis van dit belang. Het door hen toegekende belang varieert tussen de 6,7% voor 'ondersteuning door beleidsmedewerkers' en 17% voor 'basis verpleging en verzorging' en eveneens 17% voor 'algemene professionaliteit van de behandelpraktijk'.

Hieronder volgt een top 10 met de items die het hoogste verbeterpotentieel laten zien, gebaseerd op de proportie negatieve antwoorden per item en het belang van de dimensie waartoe het item behoort²⁰. De resultaten voor alle items staan vermeld in bijlage 4.

Top 10 verbeterpotentieel

1. Vastleggen van afspraken over taken, verantwoordelijkheden, budget en randvoorwaarden in een dienstverleningsovereenkomst
2. Koppeling van het elektronisch zorgdossier/epd met laboratorium en apotheek
3. Integratie van het elektronisch zorgdossier/epd met bedrijfsinformatiesystemen
4. De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse bij visites
5. Overdragen van gespecialiseerde verpleegkundige zorg (copd/astma, hartfalen, mondzorg, obstipatie, incontinentie, pijn, etc.) van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie
6. Goede signalering van 'niet pluis' situaties op de verpleegafdelingen
7. Voldoende verpleging en/of verzorging op de verpleegafdelingen
8. Verpleegtechnische handelingen die geregeld worden uitgevoerd door de arts
9. Aanwezigheid van voldoende GZ-psychologen waar de medische dienst een beroep op kan doen
10. Aanwezigheid van een eigen medisch beleidsplan voor de medische dienst

²⁰ 'Belang' hebben we alleen per dimensie en niet per item, dus we doen hier de aanname dat het belang dat mensen hechten aan de afzonderlijke items per dimensie gelijk is

7.3 Doelmatigheid van de medische dienst: onderliggende dimensies

In de vorige paragrafen zijn de resultaten van de afzonderlijke items en de gemiddelde proporties negatieve antwoorden beschreven. Om op efficiënte wijze te kunnen toetsen of er een verband is tussen de bezetting van de medische dienst en de doelmatigheidsaspecten werken we komen tot gemiddelde scores per hoofdthema/dimensie en een overallscore voor de doelmatigheid per medische dienst²¹.

Omdat de items op voorhand door de onderzoekers zijn ingedeeld in dimensies, is met behulp van een factoranalyse onderzocht of deze indeling statistisch gezien hout snijdt, en of de onderscheiden dimensies kunnen gelden als subschalen van de doelmatigheidsvragenlijst.

Conclusie uit deze analyse is dat de vooraf ingedeelde items redelijk betrouwbare subschalen vormen, met dien verstande dat twee items niet goed in de subschalen passen.

- De artsen in onze organisatie moeten geregeld verpleegtechnische handelingen uitvoeren
- Wij hebben een deel van de vaste visites vervangen door spreekuren

In overleg met de Kamer SO van het Capaciteitsorgaan is besloten om het eerste van deze items als los item mee te nemen in de analyses, vanwege zijn inhoudelijke relevantie. Het tweede item is geschrapt met de argumentatie dat spreekuren eerder worden ingesteld vanuit kwaliteitsoverwegingen dan vanuit efficiency.

Hieronder staan eerst de gemiddelde scores op de onderliggende dimensies beschreven. Hoe hoger de score hoe positiever men is over deze doelmatigheidsdimensie. De scores variëren tussen de 2,05 (epd en digitale ondersteuning) en 3,15 (verpleegtechnische handelingen door de SO).

Tabel 7.10: Gemiddelde scores doelmatigheidsdimensies

Hoofdelementen doelmatigheid werkproces SO	Gemiddelde score
Professionaliteit behandelpraktijk algemeen (4 items)	2,87
Basis van verpleging en verzorging (3 items)	2,78
Verpleegtechnische handelingen (1 item)	3,15
Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg (2 items)	2,32
Triage (3 items)	3,02
Ondersteuning door beleidsmedewerkers (2 items)	2,81
Samenwerking met (GZ)-psychologen (4 items)	3,09
Epd en digitale ondersteuning (2 items)	2,05

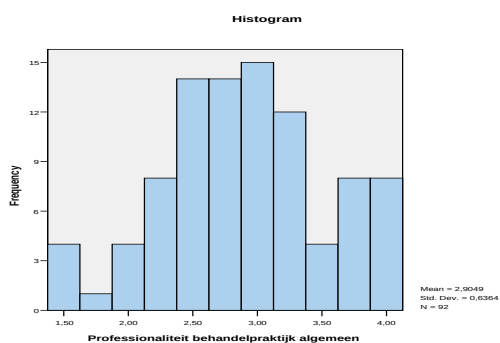
In figuur 7.2 is te zien hoe de afzonderlijke medische diensten scoren op de genoemde dimensies. Daarbij zijn gemiddelde scores per dimensie berekend door de scores van de items (scores van 1 tot en met 4) behorend tot die dimensie te middelen.

De figuren laten zien dat er grote verschillen zijn tussen medische diensten, er is een grote spreiding. Bij elke dimensie zijn er medische diensten die relatief 'goed' scoren en medische diensten die relatief 'slecht' scoren.

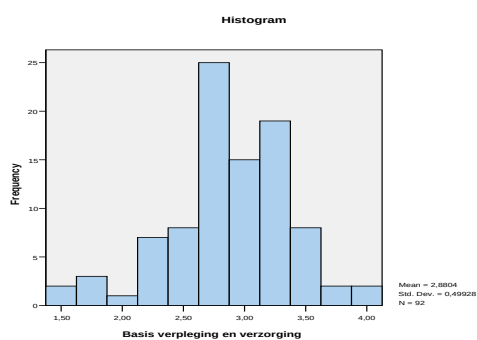
²¹ Deze indeling is ook gebruikt in de spiegelrapportage voor de deelnemende medische diensten, zodat zij hun eigen gemiddelde scores kunnen vergelijken met andere medische diensten.

Figuur 7.2 Verdeling van gemiddelde scores op de onderliggende dimensies (n=95-98)

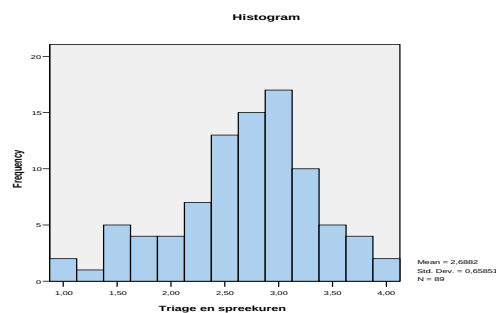
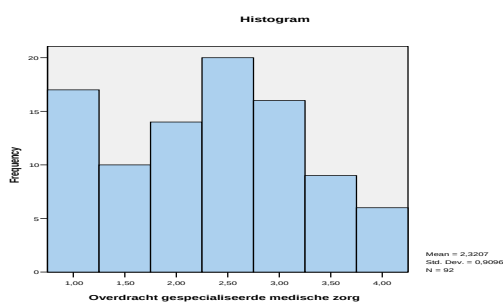
Professionaliteit behandelpraktijk



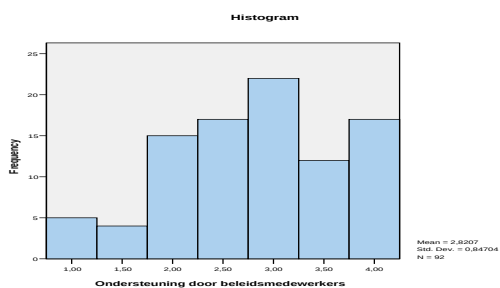
Basis verpleging en verzorging



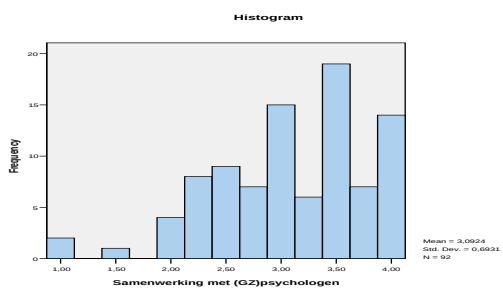
Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg_Triage



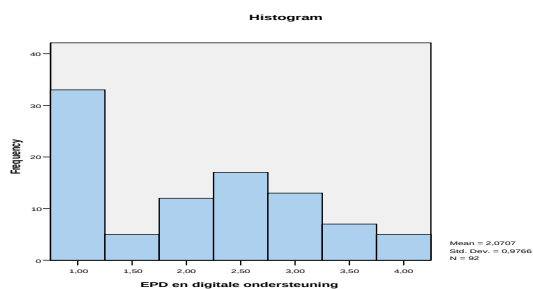
Ondersteuning door beleidsmedewerkers



Samenwerking met (GZ) psychologen



EPD en digitale ondersteuning



Op basis van de schaalscores' kan een overall doelmatigheidsscore worden vastgesteld. Belangrijke reden om tot een overall score te komen is om hiermee straks verder te werken en te onderzoeken welke verbanden er zijn tussen de ingeschatte doelmatigheid, de caseload van de SO en kwaliteit.

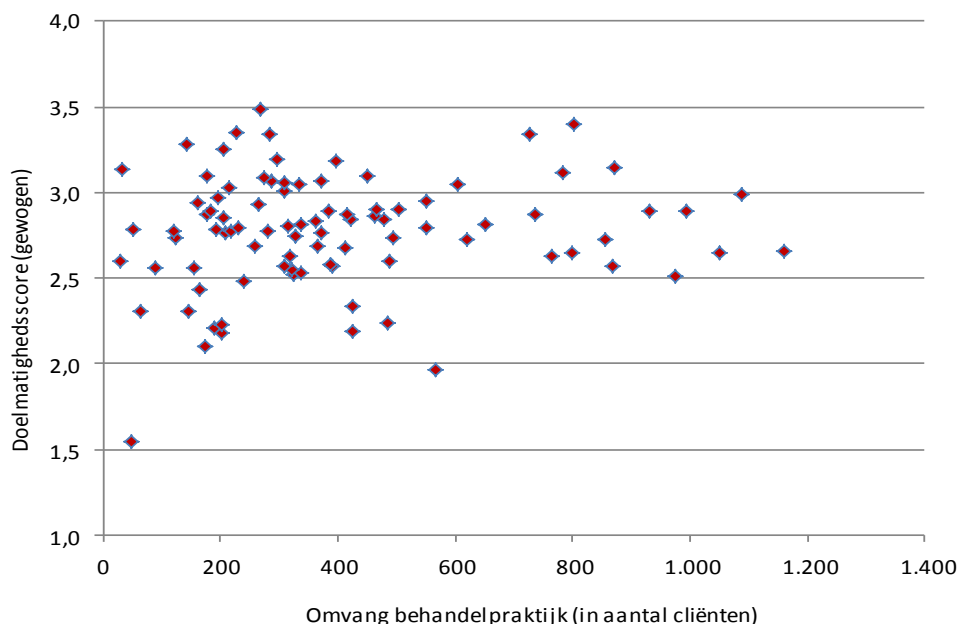
Om tot deze overall doelmatigheidsmaat te komen is uitgegaan van de gemiddelde scores op de dimensies en zijn deze gewogen voor het belang dat respondenten hieraan hechten.

Tabel 7.11 Gemiddelde score doelmatigheidsdimensies en hun belang.

Hoofdelementen doelmatigheid werkproces SO	Gemiddeld	Relatief belang (in %)	Gewogen score
Professionaliteit behandelpraktijk algemeen	2,87	17,0	0,49
Basis van verpleging en verzorging	2,78	17,1	0,47
Verpleegtechnische handelingen	3,15	17,1	0,54
Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg	2,32	7,6	0,18
Triage	3,02	10,4	0,31
Ondersteuning door beleidsmedewerkers	2,81	6,7	0,19
Samenwerking met (GZ)-psychologen	3,09	10,9	0,34
Epd en digitale ondersteuning	2,05	11,9	0,24
Totaal			2,77

In onderstaande figuur is te zien hoe de variatie aan doelmatigheidsscores eruit ziet afgezet tegen de omvang van de behandelpraktijk.

Figuur 7.3 Ingeschatte doelmatigheid voor de medische diensten met een verschillende omvang van de behandelpraktijk



Zoals de figuur al laat zien is er geen verschil in doelmatigheidsscore tussen kleinere en grotere behandelpraktijken.

In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op de relatie tussen de ervaren doelmatigheid en de caseload per SO en per fte medische eenheid.

8 Samenstelling medische dienst, caseload en doelmatigheid: onderlinge verbanden

Waar in de voorgaande hoofdstukken de afzonderlijke kenmerken van de medische diensten zijn beschreven, trachten we in dit hoofdstuk meer zicht te krijgen op verbanden en onderlinge relaties. Centrale vraag daarbij is de zevende onderzoeksvraag: Welke verbanden zijn er tussen de verschillende kenmerken van de behandelpraktijk en de caseload van de SO?

Vragen die we hierbij beantwoorden zijn de volgende:

- Is de omvang van behandel diensten van invloed op de doelmatigheid van het werkproces en de caseload van de SO/artsen/medische diensten?
- Hebben organisaties met meer kenmerken van moderne praktijkvoering een hogere caseload en/of hogere ingeschatte doelmatigheid?
- Hangt de caseload van de SO en de ingeschatte doelmatigheid samen met de mate waarin ondersteunende professionals aanwezig zijn?
- Is er een optimale samenstelling van de 'medische formatie' met het oog op de caseload/doelmatigheid? Wat is te zeggen over de gewenste verhouding tussen SO's en andere medische professionals (artsen en niet-artsen)?
- Hebben organisaties die hun werkproces als doelmatiger inschatten een hogere caseload?

Hieronder gaan we in op de vragen, eerst voor de caseload van de SO en de doelmatigheid van het werkproces afzonderlijk (paragraaf 8.1 en 8.2), daarna voor het verband tussen deze twee (8.3). Vervolgens beschrijven we kort enkele andere kenmerken van de medische diensten (8.4) en sluiten we het hoofdstuk af met enkele samenvattende conclusies.

8.1 Caseload

8.1.1 *Is de omvang van behandel diensten van invloed op de caseload van de SO en van de medische diensten?*

De omvang van de behandel diensten (in aantal cliënten) is niet van invloed op de caseload van de SO ($r=.07$, $p=.46$) en de caseload per medische eenheid ($r=-.09$, $p=0.37$). Grotere behandelpraktijken bedienen dus niet meer of minder cliënten per fte SO of medische eenheid dan kleinere.

8.1.2 *Hebben organisaties met meer kenmerken van moderne praktijkvoering een hogere caseload per fte SO?*

De verwachting is dat de caseload van de SO hoger zal zijn naarmate de medische dienst meer kenmerken van moderne praktijkvoering vertoont. Belangrijke kenmerken van deze behandelpraktijk zijn dat er verpleegkundig specialisten en/of praktijkverpleegkundigen aanwezig zijn die taken kunnen overnemen van de SO en dat er doktersassistenten en/of medisch secretaressen aanwezig zijn voor de ondersteuning van de SO.

Gezien deze kenmerken is deze onderzoeksvraag voor een belangrijk deel beantwoord in hoofdstuk 6, waar is gebleken dat de inzet van verpleegkundig specialisten en medisch secretaresses/doktersassistenten en psychologen een positieve bijdrage levert aan de caseload van de SO. De SO bedient in onze steekproef gemiddeld 50 cliënten per fte SO. Door de ondersteuning van de andere beroepsgroepen gaat de caseload van de SO omhoog met de volgende aantallen cliënten.

SO zelf: 50 cliënten per fte

Ondersteuning door:

- aio's SO per fte: 30 cliënten
- overige artsen per fte: 28 cliënten
- verpleegkundig specialist en physician assistant per fte: 17 cliënten
- medisch secretariaat/doktersassistenten: 15 cliënten
- psychologen: 23 cliënten

Andere aspecten van moderne praktijkvoering

Moderne praktijkvoering omvat echter meer aspecten van de behandelpraktijk, die niet zijn meegenomen in de genoemde regressieanalyses. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van voldoende verpleegkundigen in het verpleeghuis die verpleegtechnische handelingen kunnen verrichten en een betere ict-ondersteuning.

Over de mate waarin voldoende verpleegkundigen en verzorgenden aanwezig zijn in het verpleeghuis hebben we geen personele gegevens. Wel hebben we het oordeel van de respondenten over de mate waarin de basis aan verpleegkundigen en verzorgenden in het verpleeghuis goed geregeld is en of de SO vaak verpleegtechnische handelingen moet uitvoeren. Deze beoordelingen laten echter geen verband zien met de caseload van de SO.

In het onderzoek zijn enkele vragen gesteld over de aanwezigheid van een epd en digitale ondersteuning. Deze vragen discrimineren echter weinig. Doordat verreweg de meeste medische diensten uitsluitend de beschikking hebben over een elektronisch zorgdossier dat gericht is op de zorgdienst en geen epd specifiek voor de artsen of behandel dienst, zijn deze vragen vooralsnog weinig onderscheidend. Het hebben van een elektronisch zorgdossier alleen is niet van invloed op de caseload van de SO of de caseload van de medische dienst. De groep medische diensten die een epd heeft dat gericht is op de behandelpraktijk of de artsen is te klein (n=14) om verbanden te kunnen aantonen. Bovendien zijn er in deze groep van 14 ook verpleeghuizen die in een pilotfase zitten met de invoering van het epd. Eventuele effecten van de invoering van het epd hebben daar nog niet plaats kunnen vinden.

Conclusie uit het voorgaande is dat organisaties met meer kenmerken van moderne praktijkvoering een hogere caseload van de SO hebben. Voor de meer kwantitatieve kenmerken die gericht zijn op een goede ondersteuning van de SO door anderen hebben we dit kunnen aantonen. De caseload van de SO neemt toe door de ondersteuning, waardoor de SO zich meer kan richten op de taken die bij zijn vak horen. Voor de meer kwalitatieve aspecten ten aanzien van de verpleegkundige en verzorgende basis in het verpleeghuis en het gebruik van een epd hebben we dat vooralsnog niet kunnen vaststellen.

8.1.3 Is er een optimale samenstelling van de 'medische formatie' met het oog op de caseload van de SO?

Gewenste verhouding tussen SO's en anderen in de medische dienst

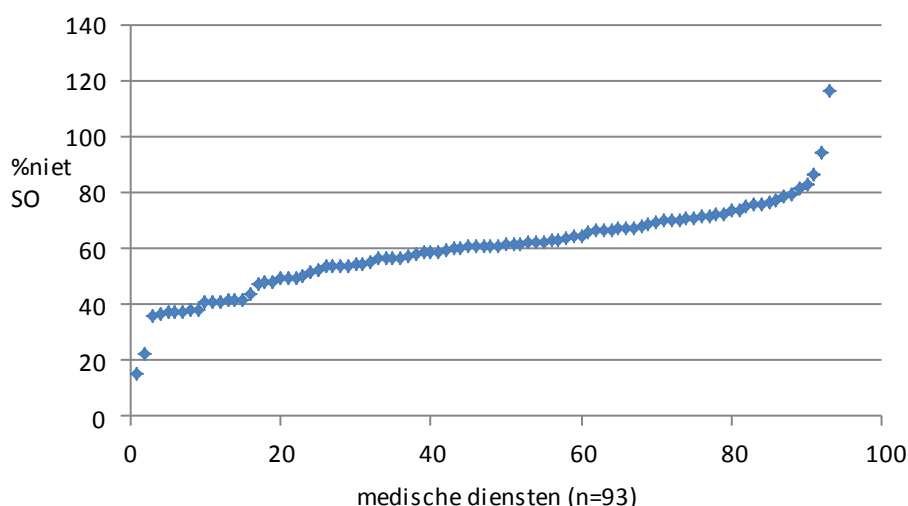
Bestaat er zoiets als een optimale samenstelling voor de medische dienst? Het beeld dat uit het onderzoek naar voren komt is dat er een grote variatie is in de samenstelling van de medische diensten, maar dat dit niet per se iets zegt over het aantal cliënten dat bediend

wordt, de doelmatigheid waarmee het werkproces georganiseerd is of de kwaliteit die bereikt wordt. Blijkbaar zijn er 'verschillende wegen die leiden naar Rome' en bereiken medische diensten met verschillende samenstellingen grosso modo dezelfde resultaten. Aanwijzing daarvoor in dit onderzoek is bijvoorbeeld het negatieve verband tussen het aandeel verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen s.f. per SO ($rs = -.31, p < .01$). Als het aandeel verpleegkundigen s.f. stijgt, daalt het aandeel verpleegkundig specialisten. Of het eveneens negatieve verband tussen het aandeel overige artsen en het aandeel verpleegkundig specialisten per SO ($rs = -.21, p = .05$). Hoe meer overige artsen, hoe minder verpleegkundig specialisten.

De medische dienst maakt onderdeel uit van een bredere organisatie. Dat betekent dat er ook een samenhang bestaat tussen de samenstelling van de medische dienst en de rest van de organisatie. We zien dit bijvoorbeeld aan het feit dat artsen vaker verpleegtechnische handelingen uitvoeren als er in de behandeldienst relatief veel artsen aanwezig zijn ($rs = .35, p < .00$). Ook zien we dat naarmate er relatief meer doktersassistenten/medisch secretaressen zijn, de mate waarin beleidsfunctionarissen beschikbaar zijn uit de bredere organisatie voor de ondersteuning van de SO ($rs = .28, p = .02$).

Omdat voor het Capaciteitsorgaan vooral van belang is hoe de verhouding aantal SO's ten opzichte van andere beroepsgroepen is, kijken we eerst naar de omvang van de totale groep 'niet SO's'²² in de behandeldienst.

Figuur 7.1 Percentage niet SO's in de deelnemende medische diensten (n=93)



In de meeste medische diensten ligt het aandeel 'niet SO's' tussen de 40% en 80%. Hier zouden we een kritisch punt willen/moeten vinden waar door een relatief tekort aan SO's efficiënte medische zorgverlening van goede kwaliteit omslaat in inefficiëntie en slechte zorg.

Wat betreft kwaliteit hebben we echter geen informatie beschikbaar. De formele kwaliteitscriteria (bijlage 5) die wel zijn meegenomen in dit onderzoek laten geen verband zien met het aandeel 'niet SO's'.

²² We nemen hier alleen de beroepsgroepen mee waarvan in hoofdstuk 6 is gebleken dat zij een unieke bijdrage leveren aan de caseload van de SO. Het aantal fte's per beroepsgroep is gecorrigeerd voor eventuele extramurale activiteiten en het aantal SO is gecorrigeerd voor de begeleiding van aio's SO.

Aanvullende informatie uit de praktijk

In een expertbijeenkomst over taakherschikking bij de medische zorg (Bloemendaal e.a., 2009) gaven managers en SO's aan dat de gewenste verhouding tussen het aantal SO's en het aantal professionals dat onder supervisie werkt 2:1 zou zijn, twee SO's op elke 'niet=SO' die onder supervisie van de SO werkt. SO's i.o., basisartsen, verpleegkundig specialisten (destijds nurse practitioners) en verpleegkundige (s.f.) werden daarbij als voorbeelden genoemd van professionals die onder supervisie werken. Met een verhouding van twee op één kon de supervisie ook organisatorisch goed worden geregeld, in verband met parttime werken en andere werkzaamheden van SO's die beschikbaar moeten zijn voor supervisie.

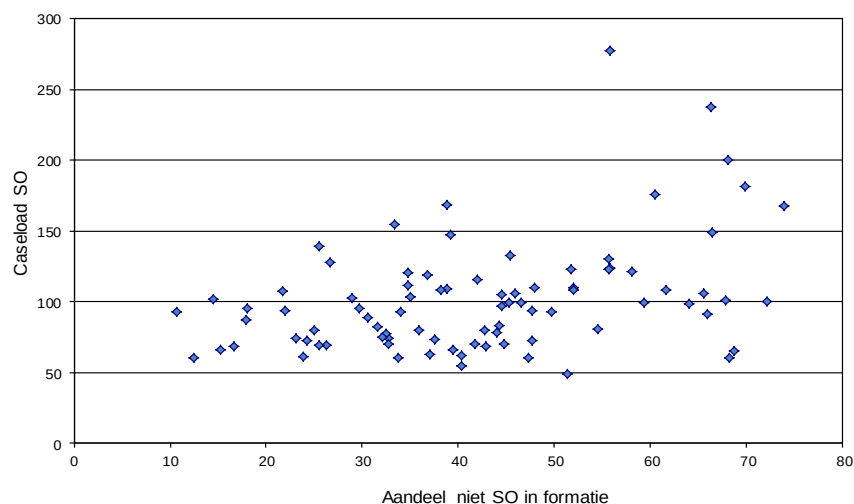
In de praktijk van de deelnemende medische diensten zien we echter heel andere verhoudingen ontstaan (zie hoofdstuk 5). Belangrijke achtergrond hierbij is ongetwijfeld het tekort aan SO's, maar mogelijk spelen ook andere factoren een rol (bevoegdheden van de verpleegkundig specialist, andere visie op medische zorg). Het aandeel SO's in de artsformatie bij de deelnemende medische diensten varieert tussen de 100% en 25%. Bij de professionals die een deel van de medische zorgverlening uitvoeren ter ondersteuning van de SO (verpleegkundig specialist, physician assistant, verpleegkundige s.f.) komt het voor dat er twee fte zijn per fte SO.

Recent onderzoek van Verenso bij 26 SO's (Verenso, 2013) laat verhoudingen zien tussen SO's en overige professionals (artsen, verpleegkundig specialisten, physician assistants) van 1:2 tot tot 1:2,6. Op één SO zijn dan maximaal 2,6 anderen direct betrokken bij de medische zorg.

Is de samenstelling van de medische dienst van invloed op de caseload van de SO?

Het antwoord op deze vraag is simpelweg 'ja', zoals we ook al in paragraaf 8.1.2. zagen. Hoe groter het aandeel andere professionals, hoe hoger de caseload van de SO ($r=.49$, $p < .00$), zoals ook te zien is in onderstaande figuur.

Figuur 7.2 Caseload van de SO in relatie tot het aandeel niet SO's in de formatie



Om te bepalen hoeveel hoger de caseload van de SO's wordt door de inzet van anderen gaan we uit van de gemiddelde samenstelling van de medische diensten en de resultaten uit de regressieanalyse voor de bijdragen van anderen. Gemiddeld geldt dan dat de aanwezigheid van andere professionals en ondersteuners leidt tot een verhoging van de caseload per fte SO van 50 naar 87, een verhoging van het aantal cliënten dat bediend wordt van 37 cliënten. Deze verhoging varieert tussen de medische diensten van 14 tot 72 cliënten (10^e en 90^e percentiel).

Op deze manier kunnen we ook de bijdrage van de afzonderlijke professionals per fte SO berekenen. Echter door de grote variatie hierin en de positieve en negatieve samenhangen tussen het aandeel van de verschillende beroepsgroepen lijkt dit minder zinvol. Daarvoor zou eerst een verdere verdieping van de inhoudelijke betekenis van de gevonden samenhangen moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld in een of meerdere expertbijeenkomsten.

8.2 Doelmatigheid

8.2.1 *Is de omvang van behandeldiensten van invloed op de doelmatigheid van het werkproces van de SO?*

De omvang van de behandeldiensten (in aantal cliënten) is niet van invloed op de overallscore voor doelmatigheid van het werkproces van de SO ($r=.14$, $p=.19$).

Wél zijn er verschillen tussen grotere en kleinere behandelpraktijken op een aantal deelaspecten van doelmatigheid, namelijk:

- Grotere behandelpraktijken zijn positiever over de 'algemene professionaliteit van de behandelpraktijk' ($p=.21$, $r=.04$) en de 'samenwerking met psychologen' ($r=.27$, $p<.00$).
- Kleinere behandelpraktijken zijn positiever over de 'basis verpleging en verzorging' ($r=-.20$, $p<.05$).

8.2.2 *Hangt de ingeschatte doelmatigheid samen met de mate waarin ondersteunende professionals aanwezig zijn?*

De totale doelmatigheidsscore hangt samen met de samenstelling van de behandeldienst en de mate waarin de verschillende professionals aanwezig zijn. Hoe hoger het aandeel verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen (als totale groep), hoe hoger de doelmatigheidsscore ($r=.27$, $p=.01$). Een hoger aandeel aan deze professionals gaat samen met een lager aandeel artsen. We zien bij de artsen dan ook het omgekeerde. Naarmate het aandeel artsen hoger is, is de doelmatigheidsscore lager ($r=-.33$, $p<.01$).

Hieronder gaan we dieper in op de relaties tussen de aanwezigheid van de verschillende beroepsgroepen en de meer specifieke doelmatigheidsaspecten.

Bij de hier gepresenteerde resultaten is steeds gecontroleerd voor omvang van de behandelpraktijk aangezien zowel het aandeel niet SO, het aandeel verpleegkundig specialisten en enkele doelmatigheidsaspecten samenhangen met het aantal cliënten.

Professionaliteit van de behandelpraktijk

Heeft geen verband met de mate waarin de verschillende beroepsgroepen zijn vertegenwoordigd in de medische dienst.

Kijkend naar de verschillende items die onder deze schaal vallen, dan valt op dat er een negatief verband is met het aandeel verpleegkundigen s.f. Naarmate er relatief meer verpleegkundigen s.f. zijn aangesteld, zijn er minder vaak afspraken tussen de medische dienst en de organisatie als geheel over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medische dienst.

Mogelijk zijn deze afspraken minder noodzakelijk omdat de verpleegkundigen een buffer vormen tussen de SO en de verpleegafdelingen en een meer stringente afbakening van taken minder noodzakelijk maken.

Basis verpleging en verzorging

Hier is alleen een negatief verband tussen het aandeel medisch secretaresses en dokters-assistenten en de tevredenheid over de basis V&V ($r_s = -.28$, $p = .02$). Bij een groter aandeel medisch secretaresses en doktersassistenten zijn de respondenten minder tevreden over de basis verpleging en verzorging in het verpleeghuis. In de afzonderlijke items uit deze schaal zien we dit verband niet terug.

Verpleegtechnische handelingen door de arts

Naarmate het aandeel artsen in de formatie groter is worden vaker verpleegtechnische handelingen verricht door de artsen ($r_s = .35$, $p < .00$).

Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg en triage

Deze twee schalen hebben vergelijkbare resultaten. De mate waarin gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor specifieke doelgroepen wordt overgedragen en triage wordt uitgevoerd hangt zowel samen met het aandeel verpleegkundigen s.f. in de organisatie ($r_s = .32$ en $r_s = .37$, beide $p < .05$), als met het aandeel verpleegkundig specialisten ($r_s = .26$ en $.30$, beide $p < .03$).

Bij de verpleegkundigen zien we dit verband terug bij alle vragen die binnen deze schalen vallen. Bij de verpleegkundig specialist geldt dit ook met uitzondering van de bijdrage van deze professional aan wondzorg en diabeteszorg.

Ondersteuning door beleidsmedewerkers

Uit de analyses blijkt dat naarmate er meer medisch secretaresses en doktersassistenten aanwezig zijn medische diensten minder vaak de beschikking hebben over beleidsmedewerkers ($r_s = -.28$, $p = .02$). Dit kan er op wijzen dat bij voldoende ondersteuning door medisch secretariaat/doktersassistenten, minder behoefte is aan ondersteuning van beleidsmedewerkers. Maar ook kan het zo zijn dat men bij het ontbreken van beleidsmedewerkers waar men een beroep op kan doen, meer medisch secretariaat/doktersassistenten aanstelt.

Samenwerking met psychologen

Naarmate het aandeel psychologen in de formatie van de medische dienst toeneemt, is men positiever over de samenwerking met de psychologen ($r_s = .38$, $p < .00$).

Epd en digitale ondersteuning

Hier is geen relatie met het aandeel specifieke professionals.

8.2.3 Hebben organisaties met meer kenmerken van moderne praktijkvoering een hogere ingeschatte doelmatigheid?

Voor de kenmerken van moderne praktijkvoering die te maken hebben de aanwezigheid van de verschillende beroepsgroepen, is deze vraag beantwoord in de vorige paragraaf. Daar is gebleken dat de mate waarin verschillende beroepsgroepen aanwezig zijn van invloed is op de ingeschatte doelmatigheid op een aantal terreinen.

Om deze vraag ook te kunnen beantwoorden voor de andere kenmerken van moderne praktijkvoering hebben we op basis van de afzonderlijke kenmerken een simpele maat geconstrueerd (1 punt per element) waarin de genoemde elementen allen even zwaar wegen en er een score van 0 tot 6 ontstaat. Het gaat dan om de volgende aspecten:

- a) aanwezigheid van verpleegkundig specialisten/praktijkverpleegkundigen;
- b) aanwezigheid van medisch secretaresses/doktersassistenten;
- c) aanwezigheid van psychologen;
- d) oordeel over aanwezigheid van verpleegkundigen in het verpleeghuis die verpleegtechnische handelingen kunnen verrichten

- e) oordeel over basis verpleging en verzorging;
- f) aanwezigheid van epd of elektronisch zorgdossier.

Zowel bij de afzonderlijke aspecten als bij de samengestelde maat zijn hier geen verbanden gevonden.

8.3 Caseload en doelmatigheid

8.3.1 *Hebben organisaties die hun werkproces als doelmatiger inschatten een hogere caseload?*

Uit de analyses blijkt dat medische diensten die hun doelmatigheid als relatief hoog inschatten geen hogere of lagere caseload hebben. Hetzelfde geldt voor de caseload per fte medische eenheid.

8.4 Overige kenmerken van de behandelpraktijk

Vacatures

Er is een relatie tussen het % vacatures bij de artsen en de caseload van de SO. Hoe hoger het % vacatures is, hoe meer patiënten de SO bedient ($r=.35$, $p<.00$). Dit verband zien we niet terug bij de caseload per fte ME. Mogelijk komt dit doordat andere professionals zijn ingezet om de ergste vacature nood te lenigen. Dit wordt bevestigd door enkele toelichtende opmerkingen die de respondenten hebben gemaakt in de vragenlijst. Hoewel zij een vacature hadden voor een SO, hadden zij die tijdelijk opgevuld met een andere arts of verpleegkundig specialist.

Opleidingshuizen

Opleidingshuizen zijn gemiddeld iets groter dan niet-opleidingshuizen. Hoewel de opleidingshuizen een iets hogere caseload van de SO hebben dan niet-opleidingshuizen (123 versus 106 cliënten/fte SO), is dit verschil niet significant.

Productiviteit artsen

Uit een intern onderzoek van Verenso onder 26 SO's komt naar voren dat er grote productiviteitsverschillen zijn tussen SO's die wel en zij die niet in loondienst zijn (Verenso, 2013). Door een eigen praktijkvoering te hebben los van de zorgorganisatie halen zij een productiviteit van 75% tot 80%, waar SO's in loondienst met moeite de 60% halen. Belangrijkste oorzaken die hiervoor worden aangegeven zijn dat 'SO's-niet in loondienst' doorgaans niet deelnemen in commissies, geen andere professionals coacht en niet deelneemt aan beleidsontwikkelingen, enz., tenzij dit expliciet en contractueel is vastgelegd.

Bij de deelnemende medische diensten in ons onderzoek zijn er slechts twee waar alle werkzame artsen anders dan 'in loondienst' zijn verbonden aan de organisatie. Dit maakt het onmogelijk om de geschetste productiviteitsverschillen te toetsen.

Kwaliteit van de medische zorgverlening

Hoewel de kwaliteit van de medische zorgverlening buiten de scope van dit onderzoek valt, is het in de praktijk van groot belang waar de grenzen liggen aan de caseload van de SO. Gaat een hoge caseload van de SO ten koste van de kwaliteit van de medische zorgverlening? Deze vraag kunnen we vanuit dit onderzoek niet beantwoorden. In dit onderzoek is geen kwaliteit gemeten, maar zijn wel enkele formele kwaliteitscriteria meegenomen. Resultaten hiervan staan vermeld in bijlage 5. Er blijkt geen verband te zijn tussen de hoogte van de caseload en deze kwaliteitsaspecten. Er is een zwak positief verband tussen de overall doelmatigheidsscore en de score op formele kwaliteit ($r=0.30$, $p<0.00$).

In het eerder genoemde onderzoek van Verenso (Verenso, 2013) is aan 26 SO's gevraagd, in het kader van de samenwerking met andere professionals bij de medische zorg, of met de inzet van deze anderen de veiligheid van de patiënten voldoende geborgd is. Van hen geeft 80% aan dat dit het geval is, een enkele met kanttekeningen. 12% twijfelt, 8% vindt dat de veiligheid van patiënten niet voldoende geborgd is.

Bijna alle opmerkingen en toelichtingen die men daarbij geeft zijn gericht op de samenwerking met de VS. Positief is men omdat de VS kwaliteit oplevert voor de zorgteams, laagdrempelig en bereikbaar is voor overleg en feedback, en omdat afspraken goed vastgelegd kunnen worden in het digitale patiëntendossier.

Meest genoemde kanttekening is dat de veiligheidsborging sterk afhangt van de persoon van de VS en van de afspraken tussen SO en VS. Eén van de SO's noemt in dit licht dat er te weinig afspraken zijn vastgelegd, waardoor toetsing lastig is.

8.5 Samenvatting van de onderzochte verbanden

De omvang van de behandeldienst (in aantal cliënten) is niet van invloed op de caseload van de SO of op de ingeschatte doelmatigheid van het werkproces van de SO.

Medische diensten met meer kenmerken van moderne praktijkvoering hebben een hogere caseload van de SO. Dit verband is aangetoond voor de bijdrage die andere professionals en ondersteuners leveren aan de caseload van de SO, maar niet voor andere kenmerken (basis V&V, epd).

Organisaties met meer kenmerken van moderne praktijkvoering scoren niet hoger op overall doelmatigheid. Wel is er een duidelijk verband tussen de mate waarin andere beroepsgroepen worden ingezet en het oordeel over doelmatigheid. Dit zien we zowel bij de overallscore op doelmatigheid als bij een aantal meer specifieke doelmatigheidsaspecten. Vooral de aanwezigheid van verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen s.f. hangt op een aantal terreinen positief samen met doelmatigheid. Opvallend is verder dat naarmate het aandeel artsen groter is, zij vaker verpleegtechnische handelingen uitvoeren.

Het percentage SO's dat minimaal nodig is, is lastig vast te stellen. In de praktijk van de deelnemende medische diensten varieert het % SO's ten opzichte van de gehele formatie grofweg tussen 20% en 60%. Bij de gemiddelde medische dienst bedient één fte de SO (zonder ondersteuning) 50 cliënten, met een gemiddelde ondersteuning door anderen komen hier 37 cliënten bij. Dit is een verhoging van de caseload per fte SO met 75%.

Voordat iets gezegd kan worden over een optimale verdeling van beroepsgroepen binnen de behandeldienst, is meer zicht nodig op de verschillende configuraties die in de praktijk aanwezig zijn en de achterliggende visie. De verbanden die in dit onderzoek zijn gevonden tussen de mate waarin verschillende beroepsgroepen aanwezig zijn in de medische dienst en de relatie tussen beroepsgroepen en de afstemming met verpleegafdelingen laten zien dat er verschillende configuraties zijn, die leiden tot verschillende optimale samenstellingen.

Er is geen relatie aangetoond tussen de doelmatigheid van het werkproces van de SO en de caseload van de SO.

Dit sluit aan bij eerder oriënterend onderzoek (van der Windt en Bloemendaal, 2012) waar de conclusie uit onderzoek bij een elftal organisaties was dat andere factoren dan de doelmatigheid van de organisatie van de behandelpraktijk de caseload van de specialist ouderengeneeskunde mee bepaalden. Daarbij ging het onder meer om historie (care of cure achtergrond van de organisatie), visie op zorg en welzijn, budget en de onderhandelingsvaardigheid van de SO of medische vakgroep.

Het sluit ook aan bij onderzoek uit 2005 naar de inzet van paramedici (Leemrijse e.a., 2005). In dit onderzoek wordt op basis van de onderzoeksresultaten verondersteld dat de verschillen tussen verpleeghuizen in de inzet van fysiotherapeuten vooral te maken hebben met beleidsmatige keuzes vanuit de visie van het management op paramedische zorg. In een expertmeeting in hetzelfde onderzoek wordt dit bevestigd en aangegeven dat deze visie vaak budget gestuurd is.

Naarmate er relatief meer vacatures zijn voor artsen is de caseload van de SO hoger. Bij de caseload per medische eenheid zien we dit verband niet terug. Dit wijst er mogelijk op dat de vacatures voor artsen in de praktijk zijn ingevuld door andere professionals (overige artsen, verpleegkundig specialisten, physician assistant).

Gebruikte literatuur

Bloemendaal, A., Albers, D.A., Kroon, S.J.W. de, & Dekker, A.C.H.(2009): *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis*. Prismant, Utrecht.

Bloemendaal, I., Verijdt, F. en Windt, W. van der (2011) *Behandelpraktijk en de efficiency van de medische zorg in verpleeghuizen* Interne notitie Gerion/Capaciteitsorgaan, Utrecht.

Capaciteitsorgaan (2013)*Capaciteitsplan 2013 Deelrapport 5: Specialist Ouderengeneeskunde* , Capaciteitsorgaan, Utrecht.

Capaciteitsorgaan (2010) *Capaciteitsplan 2010 deel 5 Specialisten Ouderengeneeskunde* Utrecht.

Dam van Isselt, E.F. van, Schols, J.M.G.A (2007) *De verpleeghuisarts in consult: een te weinig benutte toegevoegde waarde*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2007:38.

Frijns P.D.F. en Kruit, A. (2002): *Inventarisatie van formatiebehoefte van verpleeghuisartsen*. In: Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, Vol. 26, No 1/2002.

Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de (2012). *Kennisvraag: Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Nivel, Utrecht.

Heuij, F. van den en W. van der Windt (1993) *De tijdsbesteding van verpleeghuisartsen* NZI Utrecht.

Hoek, J.F. en Muller, M.T. (2004) *Onderzoek naar de taakuitoefening en de waardering van het nieuwe takenpakket door verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. VU Medisch Centrum, Amsterdam.

Hoek, J.F., M. Muller, W. van der Windt, M. Ribbe, C. van der Vleuten (2006) *Werkzaamheden van verpleeghuisartsen buiten het verpleeghuis* Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde, 2006 (31), nummer 01.

Hoek, J.F. en F. Roos, (2011) *Behandelpraktijken in opleidingsverpleeghuizen* Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2011|03 (SOON/Verenso).

Houdt, L. van (2008) *In de ban van de ZZP-deel2 De component behandeling en de verpleeghuisartsenformatie* Tijdschrift voor ouderengeneeskunde 2008 (33), nummer 04

KNMG (2010). *KNMG-Standpunt; Medische zorg voor kwetsbare oudere*. KNMG, Utrecht 2010.

Leemrijse, C., Boer, M. de, Ribbe, M. (2005) *Paramedische zorg in verpleeghuizen: de verschillen verklaard?* Nivel, Utrecht.

Nuijens, J.M., P. Schoof en J. Smid (2004) *De functie medische behandeling in de ouderenzorg* TIAS

Spijkers, K.F.J., Francke, A.L. en Schols, J.M.G.A.(2007) *Indicatoren voor medische zorg in verpleeghuissettings* Nivel. Utrecht.

Verenso (2013) *Onderzoek onder 26 specialisten ouderengeneeskunde*. Verenso, Utrecht (intern rapport).

Verijdt, F. en Windt, W. van der. (2009) *Tijdbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. Prismant, Utrecht.

Windt, W. van der e.a. (2001, 2004, 2007, 2010). *Vacaturemeting bij de specialist ouderengeneeskunde*. Interne rapporten, Capaciteitsorgaan.

Windt, W van der en Bloemendaal, I. (2012) *Het werkproces onderzocht: Hoeveel patiënten kan een specialist ouderengeneeskunde bedienen?* Kiwa, 2012, Utrecht.

IJland, C.M. en P.G.M. Jansen en A. Tijdhof (2007) *Tijdbestedingsonderzoek behandelaars sector V&V*. HHM, Enschede.

Bijlage 1 Cliënten in de onderzoeksgroep en landelijk

In onderstaande tabel staat de verdeling van de cliënten over de verschillende zorgzwaartepakketten, voor de cliënten populatie in ons onderzoek en de landelijke cijfers van het CAK.

Cliënten zzp	dit onder- zoek	% verde- ling	CAK- gegevens
5	21369	52%	53%
6	8485	21%	26%
7	5382	13%	15%
8	1267	3%	1%
9	4075	10%	2%
10	453	1%	4%
totaal	41031	100%	100%

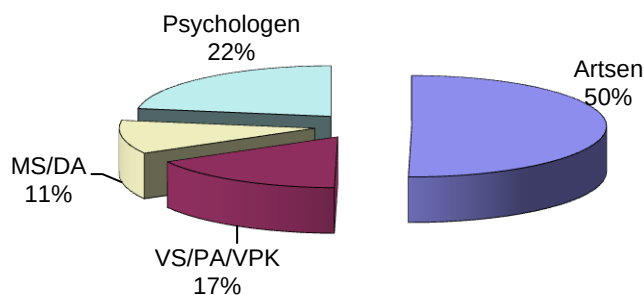
Bijlage 2 Samenstelling van de medische diensten in detail

Samenstelling van de medische diensten

In deze paragraaf beschrijven we hoe de medische diensten zijn samengesteld. Welke artsenbezetting is er, en welke andere professionals die een bijdrage leveren aan de medische zorg of daarbij ondersteunen, zijn verder aanwezig?

Hieronder volgt eerst een overzicht van de aanwezigheid van ondersteuners of belangrijke samenwerkingspartners voor de SO bij de deelnemende medische diensten.

Figuur 1 Samenstelling van de medische dienst in aandeel fte's (n=93)

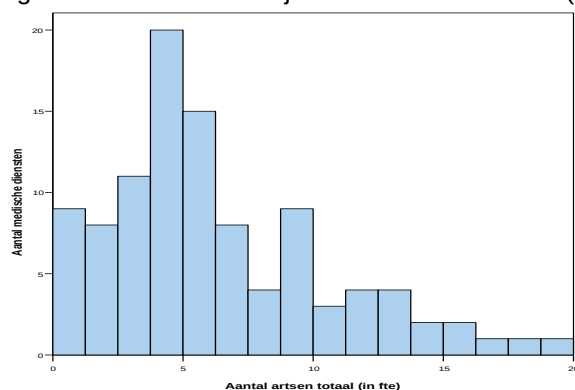


Artsen in de medische dienst

Hoe is de artsenbezetting in de medische diensten samengesteld en welk aandeel hebben de SO en de overige artsen hierin? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is aan de hoofden van de medische diensten gevraagd hoeveel artsen op 1 januari 2013 in totaal werkzaam waren in hun medische dienst(onderdeel). Dit is inclusief artsen die niet in loondienst zijn en inclusief de manager, voor het deel dat hij/zij artsentaken uitvoert.

Duidelijk is dat de deelnemende medische diensten nogal verschillend in omvang zijn. In figuur 2 is te zien dat de meeste medische diensten twee tot acht artsen in dienst hebben. Verder is er een diversiteit aan relatief 'grote' medische diensten, variërend van negen tot 26 artsen.

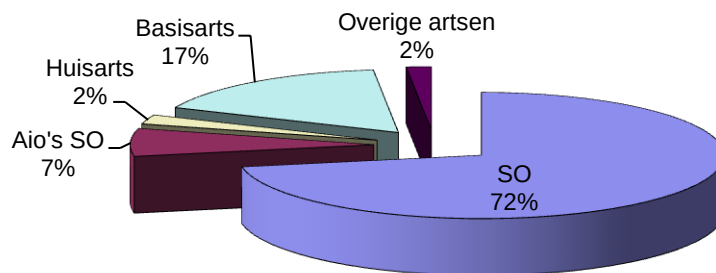
Figuur 2 Aantal artsen bij de medische diensten (in fte)



Gevraagd is naar de aard en het aantal artsen en de omvang van hun arbeidscontract (in fte's). Voor het totale aantal artsen bij de 102 medische diensten in ons onderzoek is de gemiddelde samenstelling te zien in onderstaande figuur.

Bijna driekwart bestaat uit geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde (72%), 17% uit basisartsen, 7% uit aio's SO. Huisartsen en overige artsen maken elk voor 2% deel uit van de totale artsformatie in de deelnemende medische diensten.

Figuur 3 Aandeel (in fte's) van verschillende soorten artsen in de totale artsformatie binnen onze onderzoeksgroep (n=102)



De verdeling in bovenstaande figuur schetst een beeld over het totaal. Dit zegt echter weinig over de verdeling binnen elke afzonderlijke medische dienst. De verschillen tussen de afzonderlijke medische diensten zijn namelijk groot.

Samenstelling van de afzonderlijke medische diensten

Bij één op de vijf medische diensten bestaat de artsformatie uitsluitend uit geregistreerde SO's. Eén van de 102 deelnemende medische diensten had per 1 januari 2013 niet de beschikking over een specialist ouderengeneeskunde. Hier was een huisarts in dienst en stond een vacature open voor een SO, maar deze was nog niet ingevuld.

Het gemiddelde aantal artsen in de medische diensten is 6,32 fte, met een minimum van 0,2 fte en een maximum van 20 fte. Het gemiddelde aantal fte SO is 4,60, variërend van 0,2 tot 14,7 fte.

Bijna 80% van de deelnemende medische diensten heeft ook andere artsen dan geregistreerde SO's in dienst. Het aandeel niet-SO's varieert van 4% tot 75% van de totale artsformatie. In geval van het maximum aandeel niet-SO's (75%) betekent dit dat in de betreffende medische dienst één fte SO aanwezig is op drie fte andere artsen.

Tabel 1 Aanwezigheid van verschillende soorten artsen in de medische diensten, gemiddeld aantal fte's en aandeel in de artsenformatie (n=102)

	Medische diensten met deze artsen (in %)	Gemiddeld aantal fte's	Gemiddeld aandeel in artsenformatie
Artsen totaal (n=102), waarvan:	100%	6,32	100%
Met geregistreerde SO's (n=101)	99%	4,60	73%
Met niet-SO's (n=81), waarvan:	79%	2,23	35%
Aio's SO (n=44)	43%	1,02	16%
Huisartsen (n=15)	15%	1,02	16%
Basisartsen (n=58)	57%	1,87	30%
Overige artsen (n=12)	12%	0,89	14%

Bij de niet-SO's gaat het vooral om basisartsen en aio's SO. In meer dan de helft van de medische diensten (57%) zijn basisartsen werkzaam, hun aandeel in de artsenformatie varieert van 4% tot 64%. Ruim 40% van de deelnemende medische diensten hebben één of meerdere plaatsen voor aio's SO.

Daarnaast zijn er een of meerdere huisartsen in 15% van de medische diensten. Slechts in 12% van de gevallen leveren ook nog andere artsen een bijdrage aan de medische zorg. Het gaat hierbij om een diverse groep artsen: aio's huisartsgeneeskunde (4), een gepensioneerd SO en een SO met verlopen registratie, een voormalig huisarts met veel ervaring in het verpleeghuis, een voormalig internist (2) en een psychiater.

Artsen en ondersteunende professionals 'niet in loondienst'

Steeds meer specialisten ouderengeneeskunde zijn niet in loondienst van het verpleeghuis waar zij werken. Soms heeft volledige outsourcing plaatsgevonden van de medische dienst of vormen de artsen een zelfstandige maatschap. Ook komt het voor dat artsen worden ingehuurd als zelfstandige zonder personeel (zzp'er), of via een uitzendorganisatie. Omdat wij deze artsen wel mee willen nemen in het onderzoek, is in 2013 gevraagd naar een uitsplitsing van het aantal artsen naar 'in loondienst' en 'niet in loondienst'.

Zeventig van de 102 medische diensten die hebben meegedaan aan dit onderzoek, hebben ook artsen in dienst die niet in loondienst zijn. Tabel 2 laat zien dat van de geregistreerde SO's slechts een beperkt aandeel (3,2%) niet in loondienst is. Voor de aio's is dit meer dan een derde²³, voor de overige artsen bijna een kwart.

Tabel 2 Aandeel van de verschillende artsen wel of niet in loondienst die medische zorg leveren vanuit de deelnemende medische diensten (n=102)

	totaal	wel in loondienst	niet in loondienst	% niet in loondienst
Geregistreerde SO's	464,6	449,6	15,0	3,2%
aio's SO	46,0	28,4	17,6	38,3%
Overige artsen, waarvan:	134,5	102,3	32,2	23,9%
Huisartsen	15,3	12,5	2,8	18,0%
Basisartsen	108,5	81,8	26,8	24,7%
Overige artsen	10,7	8,1	2,6	24,6%

²³ Dit aandeel is weliswaar opgegeven door de medische diensten maar is feitelijk onjuist, aangezien de aio's SO allen in dienst zijn van de SBOH. Blijkbaar heeft de mogelijkheid in de vragenlijst om toch aio's 'in loondienst' op te geven verwarring veroorzaakt.

Van de 70 medische diensten waar ook artsen werken die niet in loondienst zijn, hebben 42 de vraag beantwoord op welke wijze deze artsen zijn verbonden aan de organisatie. Inhuur van artsen als zzp'er komt het vaakst voor. Het aantal gegeven antwoorden overstijgt de 42 doordat een aantal medische diensten verschillende artsen in dienst heeft die op verschillende wijze zijn verbonden aan hun organisatie.

In de onderzoeksgroep is één medische dienst vertegenwoordigd waar volledige outsourcing van de medische zorg heeft plaatsgevonden. Het gaat hier om een zeer klein verpleeghuis, met alleen 0,2 fte SO en geen andere professionals die betrokken zijn bij de medische zorg.

Tabel 3 Wijze waarop de artsen 'niet in loondienst' verbonden zijn aan de deelnemende organisaties (n=42)

	N	Aandeel
De artsen vormen een zelfstandige maatschap	12	28.6%
De artsen niet in loondienst zijn ingehuurd via een uitzendorganisatie	10	23.8%
De artsen zijn als ZZP'er ingehuurd	17	40.5%
Anders	16	38.1%

In de categorie 'anders' wordt vooral genoemd dat de aio's SO en haio's in loondienst zijn bij de SBOH en dat artsen gedetacheerd zijn vanuit andere organisaties.

Bij de ondersteunende professionals blijkt slechts een zeer beperkt deel 'niet in loondienst' te zijn. Het gaat daarbij om 3,5% van de verpleegkundig specialisten en 6% van de verpleegkundig specialisten in opleiding. Van deze professionals weten we niet op welke wijze zij verbonden zijn aan de organisaties.

Verpleegkundig specialist, physician assistant en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving

Uit overwegingen van efficiency en kwaliteit maken verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.) en physician assistants in toenemende mate deel uit van de medische diensten. Ook onvervulbare vacatures voor de SO spelen hierbij een belangrijke rol. In hoofdstuk vier zagen we al dat bij deze professionals, maar ook bij de basisartsen, de afgelopen jaren een grote toename in aantallen heeft plaatsgevonden.

In de verpleeghuizen worden delen van het werk die eerder door SO's (of andere artsen) uitgevoerd werden, door verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA's) of verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.) gedaan. De aard van de taken die gedelegeerd of afgestoten zijn verschilt enigszins voor de verschillende professionals.

Uit onderzoek uit 2009 (Bloemendaal e.a.) bleek dat de VS en de PA doorgaans vooral de geprotocolleerde medische zorg overnemen van de SO, al dan niet onder supervisie van de arts. Verpleegkundige (s.f.), ook wel praktijkverpleegkundige genoemd, nemen van oudsher vooral taken rond wondzorg en decubitus, maar steeds meer ook zorgtaken rond andere chronische ziekten zoals diabetes, hypertensie, copd, hartfalen, etc. Het gaat hier doorgaans om specialistische verpleegkundige taken, die voorheen vaker werden uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat verpleegkundigen (s.f.) eerder werden toegevoegd aan de medische dienst vanuit kwaliteitsoverwegingen, verpleegkundig specialisten vooral vanwege de bestaande tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde.

Ook hier geldt weer dat niet in alle organisaties wordt gewerkt met deze professionals. Eerder zagen we al dat 72% van de medische diensten in ons onderzoek minstens één van de genoemde professionals in dienst heeft. Slechts 10% van de medische diensten heeft deze professionals niet in dienst en ook geen plannen daartoe. Van de 19% van de medische diensten die wel concrete plannen hebben, willen de meesten gaan werken met verpleegkundig specialisten (13%) en verpleegkundigen (s.f.) (5%).

Tabel 4 (n=102)

	Aantal medische diensten	Aandeel van de medische diensten (in %)
Werken met deze professionals	73	72%
Werkt niet met deze professionals	29	28%
geen plannen	10	10%
wel plannen	19	19%

In tabel 5 is te zien welke configuraties van ondersteunende professionals vóórkomen²⁴ in de medische diensten die deelnamen aan dit onderzoek en welke plannen de medische diensten hebben die deze professionals nog niet in dienst hebben.

In de laatste kolom is te zien dat verreweg de meeste medische diensten (44%) zowel verpleegkundig specialisten als verpleegkundigen (s.f.) in dienst hebben. Opmerkelijk is dat er geen medische diensten (meer) lijken te zijn waar uitsluitend verpleegkundig specialisten werken en dat ook het aantal medische diensten met uitsluitend verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving is afgenomen sinds 2010. Mogelijk speelt hierbij een rol dat er een steeds scherpere afbakening van taken is gekomen tussen de verpleegkundige (s.f.) en de VS, zodat steeds duidelijker is wat de meerwaarde van de inzet van deze verschillende professionals is.

In deze tabel is overigens ook goed te zien hoe snel het aantal medische diensten een VS, verpleegkundigen of een PA in dienst heeft (of combinaties hiervan) is gegroeid sinds 2004.

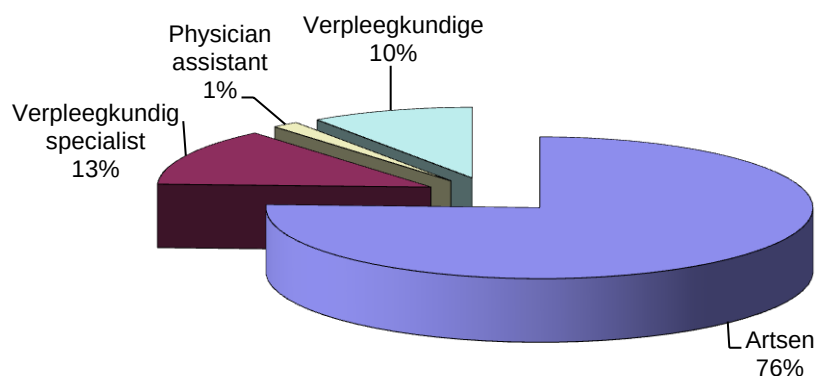
Tabel 5 Het werken met VS, PA en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving en combinaties daarvan (in % van het aantal medische diensten, n=100)

	2004	2007	2010	2013
Uitsluitend verpleegkundig specialisten	4	10	17	0
Uitsluitend verpleegkundigen (s.f.)	12	20	27	16
Verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen (s.f.)		5	5	44
Uitsluitend physician assistants				0
Physician assistants en verpleegkundigen (s.f.)				6
VS, PA en verpleegkundigen				5
Subtotaal (% van aantal responderende medische diensten)	16	35	49	72
Concrete plannen om met verpleegkundig specialisten te werken	7	6	17	13
Concrete plannen om met verpleegkundigen (s.f.) te werken	13	13	12	5
Concrete plannen om met physician assistants te werken				2
Geen concrete plannen	64	46	22	10
Totaal (in %)	100	100	100	100

²⁴ In 2013 is voor het eerst ook de functie van physician assistant meegenomen in het onderzoek.

Als we kijken hoe het aantal van de genoemde professionals zich verhoudt tot de totale 'medische' formatie (inclusief de artsen) dan vertegenwoordigen zij bijna een kwart van deze medische formatie (zie figuur 4).

Figuur 4 Aandeel (in fte's) van de verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen (s.f.) in de totale artsenformatie, allen inclusief i.o.(n=99).



De verpleegkundig specialisten vormen de grootste groep van deze professionals, gevolgd door de verpleegkundigen. Op elke drie fte artsen, is gemiddeld één fte VS, PA of verpleegkundigen (s.f.) aanwezig.

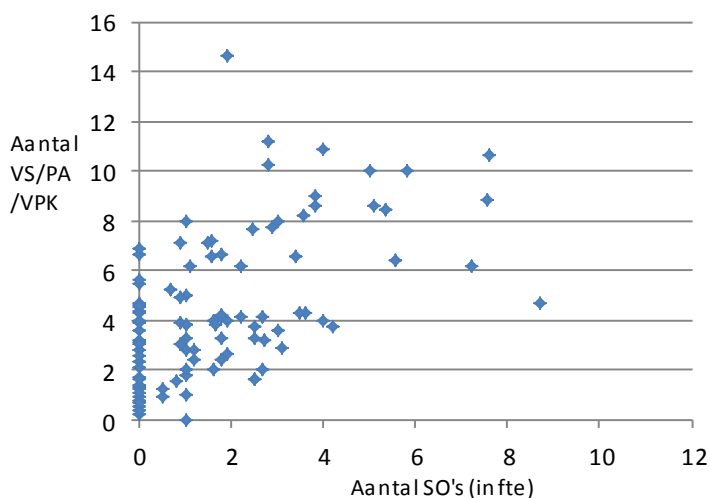
In tabel 6 zijn de resultaten vermeld voor de medische diensten die hebben aangegeven hoeveel fte aanwezig is. 70 Medische diensten hebben minstens één van de genoemde professionals in dienst. Hun formatie bedraagt gemiddeld ruim 40% van de artsenformatie, maximaal is hun formatie bijna anderhalf maal zo groot als de artsenformatie (138%). Ten opzichte van de SO's is het gemiddelde 59%, het maximum 185%.

Tabel 6 Ondersteuning door verschillende professionals met medische en specialistisch verpleegkundige taken (T.o.v. artsenformatie totaal en t.o.v. SO-formatie)

	aantal medische diensten	gemiddeld % fte t.o.v. artsenformatie	gemiddeld % fte t.o.v. SO-formatie
VS/PA en VPK samen	70	42,4	58,6
VS/VSIO	48	32,8	46,6
PA/PAIO	11	17,6	24,5
VPK/VPKIO	32/31	37,5	49,6

In figuur 5 staat de totale formatie aan verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen (s.f.) afgezet tegen de totale formatie aan artsen.

Figuur 5 Fte's VS, PA en VPK samen afgezet tegenover het aantal fte's artsen



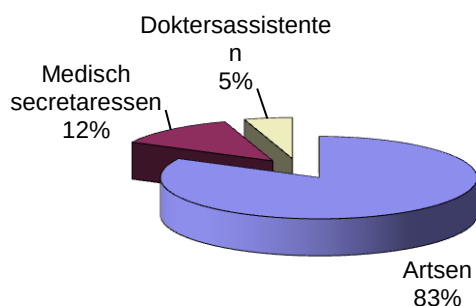
Ondersteuning in de vorm van medisch secretariaat en/of doktersassistenten

Aan de hoofden medische dienst is ook gevraagd of er andere ondersteuners beschikbaar zijn in de vorm van medisch secretariaat, doktersassistenten of praktijkondersteuners (niet-verpleegkundigen).

Zij hebben doorgaans een belangrijke rol bij de ondersteuning van de SO bij administratieve taken en kunnen eenvoudige medisch-technische handelingen overnemen van de artsen. Soms zijn zij ook betrokken bij triage. Van de 102 medische diensten hebben 93 deze ondersteuners in dienst. Van hebben 88 respondenten informatie gegeven over de formatieve omvang van deze ondersteuners.

In de medische diensten die deelnemen aan dit onderzoek is er gemiddeld ruim 17% ondersteuner (medisch secretaressen en doktersassistenten samen) tegenover 83% arts. Er zijn meer medisch secretaressen dan doktersassistenten.

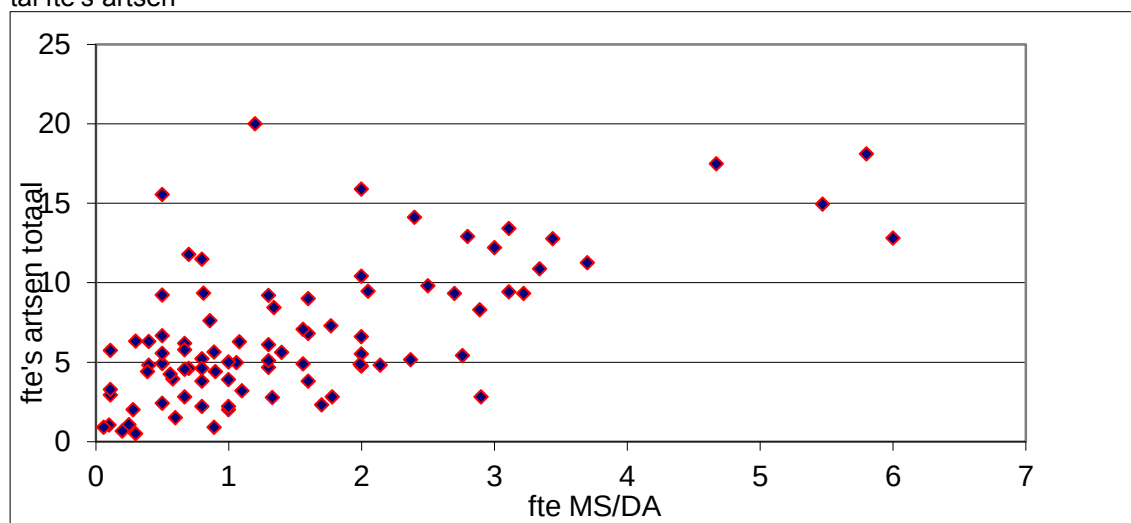
Figuur 6 Aandeel (in fte's) van medisch secretaressen en doktersassistenten ten opzichte van de artsenformatie (n=97)



Tabel 7 Ondersteuning door medisch secretaressen en doktersassistenten (t.o.v. artseninformatie totaal van de organisaties waar deze ondersteuners in dienst zijn)(n=88)

	medische diensten	medische diensten	gemiddeld
	aantal	%	fte's
Aantallen (in fte's)			
Artseninformatie totaal	88	86%	6,7
t.o.v. artseninformatie (in %)	aantal	%	%
MS en/of DA	88	86%	25,7%
MS	74	73%	20,7%
DA	30	43%	23,3%

Figuur 7 Fte's medisch secretaressen en doktersassistenten samen afgezet tegenover het aantal fte's artsen



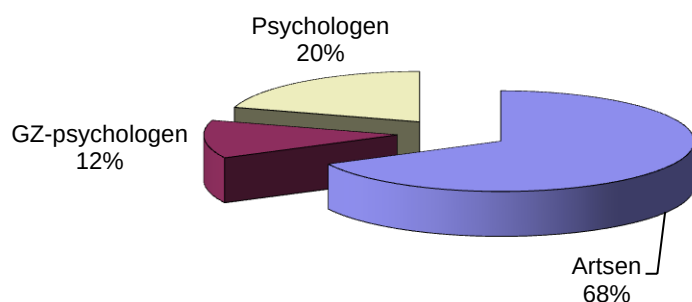
Aanwezigheid van psychologen

Hoewel psychologen geen directe bijdrage leveren aan de medische zorg door de SO, is de samenwerking met psychologen van wezenlijk belang bij de multidisciplinaire behandeling van pijn, psychische problemen, probleemgedrag, enz. Van de 102 medische diensten hebben 95 aangegeven dat zij psychologen in dienst hebben (93%), 90 hebben aangegeven hoeveel fte dit betrof.

De medische diensten hebben zowel psychologen als gezondheidszorgpsychologen (GZ-Psycholoog) in dienst. Gezondheidszorgpsychologen hebben een aanvullende opleiding gedaan en zijn BIG-geregistreerd. De GZ-psycholoog heeft, in tegenstelling tot de psycholoog, zelfstandige behandelbevoegdheid bij psychische stoornissen, problemen in de levenssfeer en psychische aspecten die samengaan met lichamelijke ziekte, invaliditeit en handicaps. De psycholoog werkt in principe onder supervisie.

Op elke GZ-psycholoog zijn er momenteel twee psychologen in dienst. Op elke zes BIG-geregistreerde artsen is er één GZ-psycholoog (zie figuur 8).

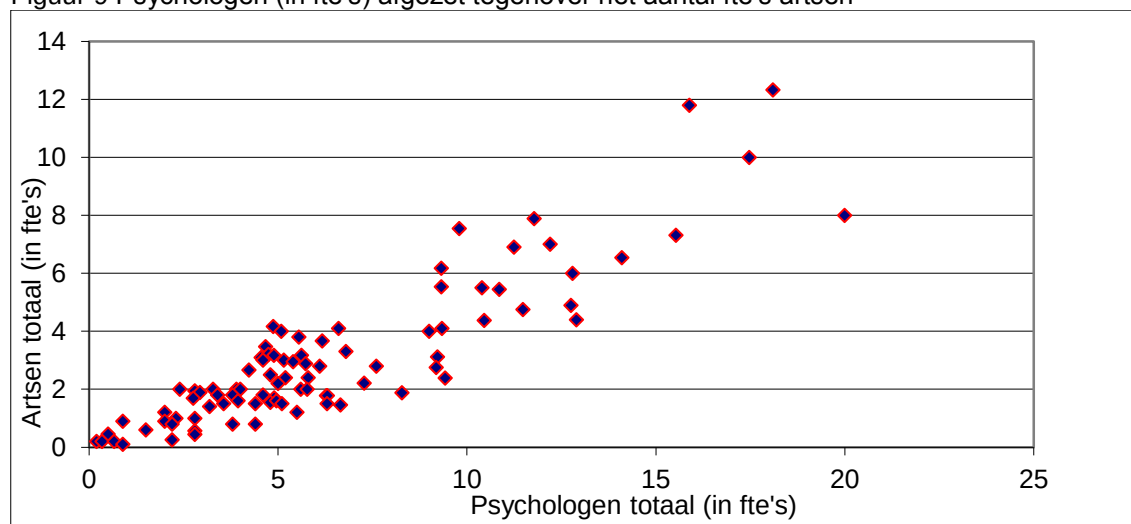
Figuur 8 Aandeel (in fte's) van psychologen en GZ psychologen ten opzichte van de artsenformatie (n=90).



Tabel 8 Aanwezigheid van psychologen bij de medische diensten (t.o.v. artsenformatie totaal van de organisaties waar deze ondersteuners in dienst zijn)

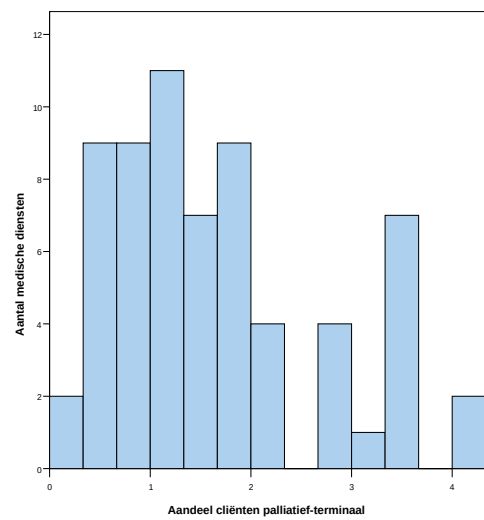
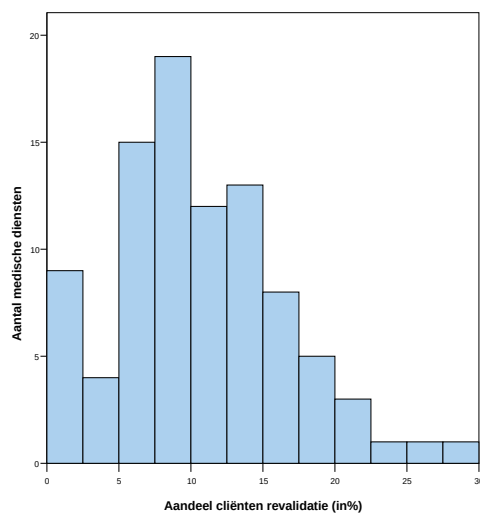
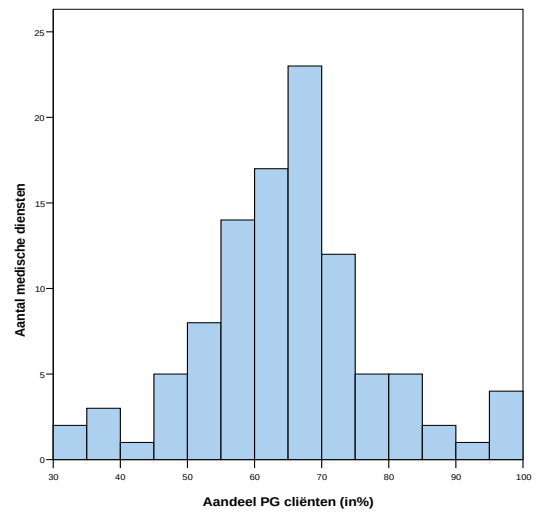
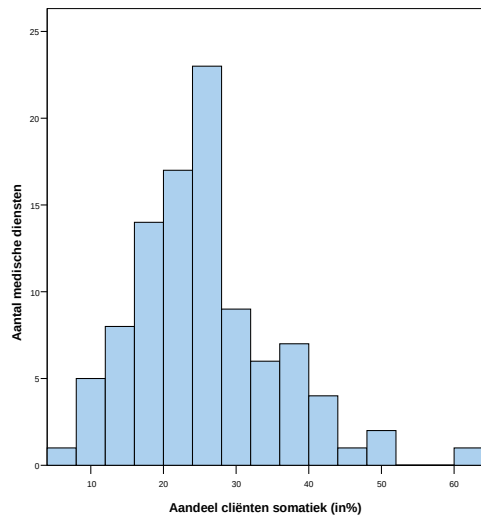
	medische diensten	medische diensten	gemiddeld
	aantal	%	fte's
Aantallen (in fte's)			
Artsenformatie totaal	90	88%	6,3
t.o.v. artsenformatie (in %)	aantal	%	%
Psychologen totaal	90	88%	48,3%
GZ-Psy	62	61%	25,6%
Psy	82	43%	33,9%

Figuur 9 Psychologen (in fte's) afgezet tegenover het aantal fte's artsen



Bijlage 3 Aandeel cliënten per medische dienst

Aandeel van de verschillende soorten cliënten, bij de deelnemende medische diensten (n=102)



Bijlage 4 Verbeterpotentieel doelmatigheid

Verbeterpotentieel van de verschillende doelmatigheidsitems (laatste kolom).

	% neg	Be- lang	Pot!
Professionaliteit behandelpraktijk algemeen			
De medische dienst heeft een eigen medisch beleidsplan	23	17%	3,9
We hebben heldere afspraken gemaakt met de organisatie als geheel over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medische dienst	10	17%	1,7
We hebben heldere afspraken met de organisatie over randvoorwaarden en budget voor de medische dienst	17	17%	2,9
Genoemde afspraken zijn vastgelegd in een dienstverleningsovereenkomst	69	17%	11,7
Basis van verpleging en verzorging			
Er is voldoende verpleging en/of verzorging op de verpleegafdelingen	27	17%	4,6
De artsen in onze organisatie moeten geregeld verpleegtechnische handelingen uitvoeren	74	17%	12,7
De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse bij visites is doorgaans goed tot uitstekend	37	17%	6,3
Op de afdelingen/teams vindt goede signalering plaats van 'niet pluis' situaties	30	17%	5,1
Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg			
Wondzorg en diabeteszorg zijn grotendeels overgedragen van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie	40	8%	3,0
Van copd/astma, hartfalen, mondzorg, obstipatie, incontinentie, pijn, etc., zijn meerdere overgedragen van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie	68	8%	5,2
Triage en spreekuren			
Wij werken met een triagesysteem	27	10%	2,8
Het triagesysteem werkt doorgaans effectief	30	10%	3,1
De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse bij oproepen is doorgaans goed	15	10%	1,6
Ondersteuning beleidsmedewerkers			
Er zijn beleidsmedewerkers aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	30	7%	2,0
De medische dienst wordt voldoende ondersteund door beleidsmedewerkers (commissies, wet- en regelgeving)	42	7%	2,8
Samenwerking met (GZ-)Psychologen			
Er zijn voldoende GZ-psychologen aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	39	11%	4,3
Samenwerking met de aanwezige GZ-psychologen is optimaal	26	11%	2,8
Er zijn voldoende psychologen aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	14	11%	1,5
De samenwerking met de aanwezige psychologen is optimaal	11	11%	1,2
Epd en digitale ondersteuning			
Elektronisch zorgdossier/epd is gekoppeld met laboratorium en apotheek	71	12%	8,5
Elektronisch zorgdossier/epd is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen	55	12%	6,6

Bijlage 5 Formele kwaliteitsaspecten

Aan de medische diensten is ook gevraagd hun oordeel te geven over enkele kwaliteitskenmerken van hun dienst, die de context vormen waarin de SO zijn werk doet en al dan niet doelmatig kan handelen.

Daarbij is, in verband met de lengte van de vragenlijst, gekozen voor een beperkte set items die een eerste indruk geeft van een aantal kwaliteitsaspecten. Momenteel zijn er geen algemeen aanvaarde inhoudelijke indicatoren voor de kwaliteit van de medische zorg door SO's. Bestaande zorginhoudelijke indicatoren voor verpleeghuizen zijn slechts in beperkte mate te relateren aan de kwaliteit van de medische zorg. Bovendien is een probleem dat zorginstellingen deze kwaliteit zelf in kaart brengen. Om deze redenen is gekozen voor het opnemen van een aantal formele kwaliteitsaspecten van de behandelpraktijk, belangrijke randvoorwaarden om een goede kwaliteit van medische zorg te kunnen leveren.

In onderstaande tabel staan de resultaten samengevat.

Tabel 1 Formele kwaliteitsaspecten bij de medische zorg in het verpleeghuis (in %, n=98-100)

Formele kwaliteitsaspecten	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
We beschikken over een geneesmiddelenformulier	86	7	6	1
Alle artsen volgen in hun voorschrijfgedrag het geneesmiddelenformulier	37	53	8	2
Het geneesmiddelenformulier wordt jaarlijks gereviseerd	41	41	14	4
Farmacotherapeutisch overleg vindt voldoende vaak plaats	74	19	4	3
Relevante nieuwe richtlijnen van Verenso, NHG en CBO worden binnen 6 maanden na verschijnen besproken	22	48	25	5
Wij bespreken voldoende vaak de richtlijnen, die we gebruiken	16	48	33	3
Wij participeren actief in de landelijke richtlijnontwikkeling	3	24	37	36
Wij gebruiken een elektronisch patiëntendossier (speciaal voor artsen of behandelaren)	27	12	9	52
Ons EPD is geschikt voor onderzoeksdoeleinden (ICPC-classificatie, ingebouwde meetinstrumenten)	9	14	19	57
Alle artsen gebruiken het elektronisch voorschrijfsysteem voor ieder medicatievoorschrift	67	11	5	17
	ja	nee	ten dele	
We beschikken over een elektronisch voorschrijfsysteem	76	19	5	

Het komt erg weinig voor dat medische diensten niet beschikken over een geneesmiddelenformulier of dat onvoldoende vaak farmacotherapeutisch overleg plaatsvindt. Dit zijn dan ook weinig discriminerende items.

Verder blijkt dat de meeste respondenten relatief negatief zijn over de items over richtlijnen en de items over epd en digitale ondersteuning.

Bij de richtlijnen geeft 30% van de medische diensten aan het (gedeeltelijk) oneens te zijn met de stelling dat relevante nieuwe richtlijnen van Verenso, NHG en CBO binnen 6 maanden

den na verschijnen worden besproken. Maar liefst 36% van de medische diensten hebben de nodige kanttekeningen bij het voldoende vaak bespreken van de richtlijnen.

Nader onderzoek van de kenmerken van de vragenlijst met een factoranalyse laat een duidelijke structuur zien met vier onderliggende dimensies. In de tabel zijn deze met verschillende kleuren gemarkeerd. De statistische kenmerken van deze vragenlijst zijn echter minder optimaal, zo blijkt uit een factoranalyse.

Ook hier, net als bij de doelmatigheidsdimensies, is gevraagd aan de respondenten welk belang de te onderscheiden kwaliteitsaspecten hebben voor het leveren van goede kwaliteit van zorg. Om het verbeterpotentieel voor formele kwaliteit te berekenen hebben we de proportie negatieve antwoorden per item vermenigvuldigd met dit relatieve belang. Hieronder staat een top 5 vermeld met de items met het hoogste verbeterpotentieel voor de medische diensten gezamenlijk. De volledige lijst met gemiddelde scores is te vinden in bijlage 3.

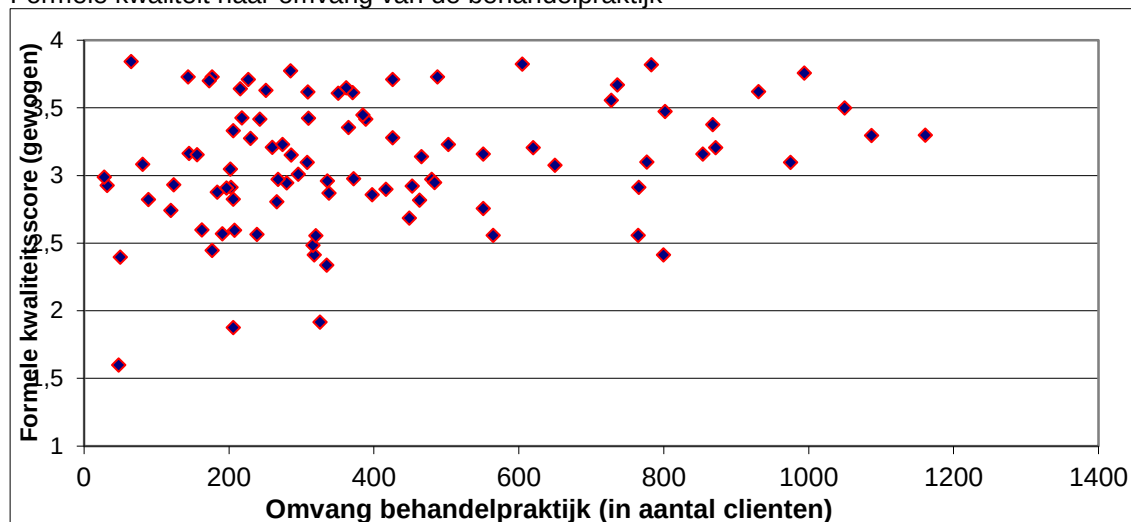
Top 5 verbeterpotentieel

1. Wij gebruiken een elektronisch patiëntendossier (voor artsen of behandelaren)
2. Wij bespreken voldoende vaak de richtlijnen, die we gebruiken
3. Relevante nieuwe richtlijnen van Verenso, NHG en CBO worden binnen 6 maanden na verschijnen besproken
4. Alle artsen gebruiken het elektronisch voorschrijfsysteem voor ieder medicatievoorschrift
5. Ons EPD is geschikt voor onderzoeksdoeleinden (ICPC-classificatie, ingebouwde meetinstrumenten)

Op basis van de resultaten is eveneens een overall score berekend voor de formele kwaliteit, door de score per item te vermenigvuldigen met het belang dat respondenten hechten aan dit kwaliteitsaspect.

Onderstaande figuur laat zien hoe de score op formele kwaliteit varieert bij de verschillende behandelpraktijken. Naarmate de behandelpraktijk toeneemt, lijkt de score op de formele kwaliteit enigszins toe te nemen en de variatie af te nemen.

Formele kwaliteit naar omvang van de behandelpraktijk



Verbeterpotentieel bij de formele kwaliteitsaspecten

	prop neg	be- lang	Pot!
Wij gebruiken een elektronisch patiëntendossier (speciaal voor artsen of behandelaren)	61%	14%	8,6
Wij bespreken voldoende vaak de richtlijnen, die we gebruiken	36%	12%	4,4
Relevante nieuwe richtlijnen van Verenso, NHG en CBO worden binnen 6 maanden na verschijnen besproken	30%	13%	3,9
Alle artsen gebruiken het elektronisch voorschrijfsysteem voor ieder medicatievoorschrift	22%	15%	3,2
Ons EPD is geschikt voor onderzoeksdoeleinden (ICPC-classificatie, ingebouwde meetinstrumenten)	77%	2%	1,6
Farmacotherapeutisch overleg vindt voldoende vaak plaats	7%	16%	1,1
Alle artsen volgen in hun voorschrijfgedrag het geneesmiddelenformularium	10%	9%	0,9
We beschikken over een geneesmiddelenformularium	7%	12%	0,8
Het geneesmiddelenformularium wordt jaarlijks gereviseerd	18%	5%	0,8
We beschikken over een elektronisch voorschrijfsysteem	24%	1%	0,3
Wij participeren actief in de landelijke richtlijnontwikkeling	73%	0%	0,3

Bijlage 6 Medische zorg in de VVT in historisch perspectief

Hoeveel SO's in de toekomst nodig zijn om medische zorg te kunnen leveren is mede afhankelijk van de ontwikkelingen in het werkproces van de SO. Een belangrijke uitkomstmaat is daarbij de caseload van de SO. Om de vraag te beantwoorden welke ontwikkeling er is geweest in de loop van de tijd in het aantal cliënten/patiënten dat door SO's behandeld werd, maken we gebruik van administratieve gegevens (CBS, CAK) en gegevens die in de loop van de jaren zijn verzameld ten behoeve van vacatureonderzoek door Kiwa Carity. Onderstaande tabel biedt een overzicht over de jaren 2001 tot en met 2013.

Tabel 1. Het aantal SO's , aio's SO en overige artsen (in fte), het aantal cliënten en het aantal cliënten per fte SO.

	SO	Aio's SO	Overige artsen	Bedden/ cliënten ²⁵	Cliënten per SO	Aandeel SO in de artsenformatie
2001	753	140	130	59700	79	82%
2004	841	153	176	63800	76	78%
2007	993	165	81	68250	69	81%
2010	1120	147	144	76205	68	78%
2013	1298	196	271	88511	68	74%

Bronnen: CBS, RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten), Kiwa Carity, CAK.

Opvallend is voor 2013 de grote toename van het aantal overige artsen (vooral basisartsen). Deze aantallen zijn gebaseerd op extrapolaties vanuit het vacatureonderzoek door Kiwa Carity en zijn een uiting van het hoge aantal vacatures bij SO's. Te zien is dan ook dat het aandeel SO's in de artsformatie terugloopt.

Bij het 'aantal cliënten per SO' zien we tussen 2001 en 2007 een terugloop van 79 naar 69, waarna de caseload van de SO redelijk stabiel lijkt tot 2013. Daarbij moet wel worden bedacht dat de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners in die periode is gestegen en dat de SO's waarschijnlijk meer zorg zijn gaan leveren buiten de muren van het verpleeghuis (dagbehandeling en verzorgingshuis met eveneens 'zwaardere bewoners', consulten via huisarts, hospices, ziekenhuizen, etc.). Deze veranderingen zijn niet meegenomen in de gepresenteerde cijfers. Wel weten we dat het in 2010 naar schatting om 13% van de fte's SO ging (Verijdt en van der Windt, 2009).

Niet alleen bij de inzet van artsen vindt de laatste jaren een verschuiving plaats. We zien ook een exponentiële groei van de verpleegkundige inzet. Tot de verpleegkundige inzet rekenen we de verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving die onderdeel uitmaken van de medische dienst (vaak praktijkverpleegkundigen of gespecialiseerd verpleegkundigen) en de verpleegkundig specialisten (voorheen nurse practitioners). De aantallen zijn geëxtrapoleerd vanuit de hierover beschikbare cijfers uit de vacatureonderzoeken.

De gepresenteerde cijfers zijn exclusief het aantal physician assistants. Tot 2013 zijn deze professionals niet meegenomen in de vacatureonderzoeken. In 2013 betrof dit, geëxtrapoleerd naar de landelijke cijfers, 28,1 fte.

²⁵ Voor de jaren 2001 tot en met 2010 is het aantal bedden/cliënten geschat op basis van landelijke gegevens over het aantal bezette verpleeghuisbedden. In de jaren 2004 tot en met 2010 zijn deze cijfers mogelijk enigszins vervuild door substitutie en meerzorg in verzorgingshuizen. In 2013 zijn geen gegevens meer beschikbaar over het aantal (bezette) verpleeghuisbedden en is het aantal gebaseerd op cijfers van het CAK over het aantal cliënten met een zorgzwaartepakket (zzp) 5 -10.

Tabel 2. Het totale aantal artsen, de totale verpleegkundige inzet en het totaal van deze professionals in fte's (bronnen: CBS, Kiwa Carity)

	Totaal artsen	Verpleegkundige inzet	Totale medische en verpleegkunde inzet
2001	1023		1023
2004	1170	71	1241
2007	1239	156	1395
2010	1411	218	1629
2013	1765	412	2176

Bronnen: CBS, CAK, Kiwa Carity

De toename van het aantal professionals met een verpleegkundige achtergrond ligt voor een deel eveneens in de vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde. Daarnaast echter speelt een belangrijke rol dat taakdelegatie en substitutie het mogelijk maken om geprotocolleerde medische zorg en specialistisch verpleegkundige taken op een goede wijze te beleggen, met als resultaat tijdswinst en werkdrukverlaging voor de SO.

