



**PRISMANT**

**Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist  
Ouderengeneeskunde**

Herhaalmeting 2018

Onderzoek voor het Capaciteitsorgaan

Ineke Bloemendaal  
Brenda van de Leemkolk  
Esther Noordzij

juni 2019



## COLOFON

---

<b>Titel</b>	Werkcontext en tijdsbesteding van de specialist ouderengeneeskunde vanuit verpleeghuizen
<b>Datum</b>	19 juni 2019
<b>Classificatie</b>	Definitief
<b>Verantwoordelijke Prismant</b>	Ineke Bloemendaal
<b>Opdrachtgever</b>	Capaciteitsorgaan
<b>Opdrachtnemer</b>	Prismant
<b>Contactgegevens Prismant</b>	<b>Prismant</b> Van Deventerlaan 30-40 3528 AE Utrecht
<b>Capaciteitsorgaan</b>	<b>Capaciteitsorgaan</b> Domus Medica Mercatorlaan 1200 3525 BL Utrecht



# INHOUD

---

<b>Colofon</b> .....	<b>1</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>15</b>
<b>2 Onderzoeksvragen en aanpak</b> .....	<b>17</b>
2.1 Onderzoek naar de werksetting van de SO vanuit verpleeghuizen .....	17
2.1.1 Onderzoeksvragen .....	17
2.1.2 Aanpak van het onderzoek .....	17
2.1.3 Benaderen van de onderzoeksgroep en afname van de vragenlijst .....	18
2.2 Onderzoek naar de tijdsbesteding van de SO .....	19
2.2.1 Onderzoeksvragen .....	19
2.2.2 Inhoud van de vragenlijst .....	19
2.2.3 Benaderen van de SO en afname van de vragenlijst .....	19
2.3 Respons en representativiteit .....	20
2.3.1 Respons en representativiteit onderzoek onder verpleeghuizen .....	20
2.3.2 Respons en representativiteit bij het tijdbestedingsonderzoek bij SO .....	24
<b>3 Verpleeghuizen: Algemene kenmerken, cliënten en werkcontext van de SO</b> .....	<b>26</b>
3.1 Algemene kenmerken van de verpleeghuizen .....	26
3.2 Aantal en aard van de cliënten binnen en buiten het verpleeghuis .....	27
3.2.1 Cliënten die verblijven in het verpleeghuis .....	28
3.2.2 Cliënten buiten de verpleeghuismuren .....	31
3.3 Werkcontext van de SO: multidisciplinaire samenwerking binnen het verpleeghuis .....	34
<b>4 Personele bezetting in het verpleeghuis</b> .....	<b>36</b>
4.1 Medische bezetting en vacatures .....	36
4.1.1 Artsen werkzaam in het verpleeghuis .....	36
4.1.2 Vacatures bij de artsen .....	38
4.2 Bezetting en vacatures bij de VS, PA en verpleegkundige s.f. ....	39
4.2.1 Bezetting van VS, PA en verpleegkundige s.f. ....	39



4.2.2 Vacatures bij VS, PA en verpleegkundige s.f. ....	42
4.3 Bezetting medisch secretariaat, doktersassistenten en praktijkondersteuners .....	42
4.4 Bezetting psychologen .....	44
4.5 Samenstelling van de behandel dienst .....	46
4.6 Visie op de personeelsmix voor de medische zorg .....	49
<b>5 Hoeveel patiënten bedient de SO en welk aandeel hebben anderen daarin.....</b>	<b>50</b>
5.1 Correcties voor het berekenen van de caseload van de SO .....	50
5.1.1 Weging van cliënten naar zorgzwaarte .....	50
5.1.2 Correctie van het aantal fte SO voor tijdsbesteding aan extramurale cliënten.....	51
5.2 De caseload van de SO .....	52
5.3 Bijdrage van anderen en caseload van de medische dienst .....	54
<b>6 Doelmatigheid van de behandelpraktijk van de SO .....</b>	<b>57</b>
6.1 Thema's bij doelmatigheid van de behandel dienst .....	57
6.1.1 Professionaliteit van de behandelpraktijk algemeen .....	57
6.1.2 Basis van verpleging en verzorging en verpleegtechnische handelingen .....	58
6.1.3 Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg .....	60
6.1.4 Aanwezigheid van (GZ)-psychologen .....	61
6.1.5 EPD en digitale ondersteuning .....	62
<b>7 Tijdsbesteding van de SO .....</b>	<b>64</b>
7.1 Algemene kenmerken van de SO in de onderzoeksgroep.....	64
7.2 Werksetting van de SO .....	66
7.3 Tijdsbesteding aan verschillende werkzaamheden.....	68
7.4 Tijdsbesteding aan verschillende patiëntencategorieën .....	72
7.5 Ondersteuning door anderen bij de medische zorg .....	74
7.6 Ontwikkelingen sinds 2009 en verwachte ontwikkelingen in de komende vijf jaar.....	75
7.6.1 Ontwikkelingen in de werksetting .....	75
7.6.2 Ontwikkelingen in tijdsbesteding.....	75
7.6.3 Ontwikkelingen in de tijdsbesteding per patiëntencategorie .....	77
7.6.4 Ontwikkelingen in ondersteuning.....	81
<b>Bijlage 1: Vergelijking zorgprofielen 2013 en 2018 .....</b>	<b>83</b>
<b>Bijlage 2: Cliënten in de onderzoeksgroep en landelijk .....</b>	<b>84</b>



<b>Bijlage 3: Weging .....</b>	<b>85</b>
<b>Bijlage 4: Aanvullende resultaten hoofdstuk 3 .....</b>	<b>86</b>
<b>Bijlage 5: Aanvullende resultaten hoofdstuk 4 .....</b>	<b>87</b>
<b>Bijlage 6: Aanvullende resultaten hoofdstuk 5 .....</b>	<b>90</b>
<b>Bijlage 7: Aanvullende resultaten hoofdstuk 7 .....</b>	<b>91</b>
<b>Bijlage 8: Vragenlijst behandeldiensten verpleeghuizen .....</b>	<b>99</b>
<b>Bijlage 9: Vragenlijst SO .....</b>	<b>108</b>



## SAMENVATTING

---

### **Doel en opzet van het onderzoek**

Dit onderzoek richt zich op de medische zorg in verpleeghuizen en het werkproces van de specialist 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 (SO).

Het onderzoek bestaat uit twee parallel uitgevoerde deelonderzoeken. Eén onderzoek is uitgevoerd bij verpleeghuizen en is gericht op de werkcontext en organisatie van de medische zorg door de SO en aanverwante disciplines. Het gaat hier om een herhaling van onderzoek uit 2013<sup>1</sup>. Daarnaast is er tijdbestedingsonderzoek uitgevoerd bij de SO, een herhaalde meting van onderzoek uit 2009<sup>2</sup>.

De resultaten van de twee deelonderzoeken zijn vergeleken met de resultaten uit de eerdere onderzoeken om zicht te krijgen op de ontwikkelingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden.

Het onderzoek naar de werkcontext van de SO en de organisatie van de medische zorg in verpleeghuizen is uitgezet bij de managers van behandeldiensten/expertisecentra in verpleeghuizen. In totaal hebben 126 verpleeghuizen deelgenomen aan het onderzoek (een respons van 40%). De dataverzameling heeft plaatsgevonden van mei tot en met augustus 2018 en heeft in totaal 13 weken geduurd. Er zijn veel extra acties ingezet door verschillende partijen om de respons te verhogen. Vanwege de oververtegenwoordiging van grotere verpleeghuizen, is besloten om de resultaten te wegen, zodat de resultaten een representatief landelijk beeld schetsen.

De vragenlijst voor het tijdbestedingsonderzoek bij SO is uitgezet bij alle leden van VerenSO. In totaal hebben 724 geregistreerde SO gereageerd (een respons van 54%). De dataverzameling heeft plaatsgevonden in mei en juni 2018 en heeft in totaal 8 weken geduurd.

### **Kenmerken van de verpleeghuizen: werkcontext van de SO**

Na weging bieden de verpleeghuizen ondersteuning aan 122.038 cliënten (ZZP 5 t/m 9b, GRZ en ELV terminaal palliatief), met een gemiddelde van 351 cliënten per organisatie. De spreiding daarbij is groot. De kleinste organisatie biedt ondersteuning aan 10 cliënten, de grootste aan 1.852 cliënten. Inclusief de overige ELV-cliënten (hoog- en laagcomplex) is het totale aantal cliënten dat per 1/1/2018 verblijft in de verpleeghuizen 126.059 met een gemiddelde van 362. De gemiddelde omvang van de verpleeghuizen (qua aantal cliënten) is sinds 2013 gegroeid met ruim 10%.

De verpleeghuizen bieden naast 'langdurig verblijf' meerdere vormen van ondersteuning aan hun cliënten. Extramuraal behandeling n.a.v. consulten/verwijzingen via de huisarts en eerstelijnsverblijf

---

<sup>1</sup> Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen: Onderzoek naar het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Carity.

<sup>2</sup> Verijdt, F. en Windt, W. van der. (2009) *Tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. Utrecht: Prismant.



wordt geboden door zeven tot acht op de 10 verpleeghuizen. Daarnaast biedt bijna de helft van de verpleeghuizen geriatrische revalidatiezorg (46%).

Bijna alle verpleeghuizen (98%) bieden medische zorg aan psychogeriatrische cliënten, iets minder vaak (92%) aan cliënten met somatische problematiek, 42% heeft cliënten die palliatief-terminale zorg krijgen. In 2013 was het aandeel verpleeghuizen dat palliatief-terminale zorg biedt nog rond de 65%. De afname komt doordat indicatie ZP 10 is opgeheven en palliatief terminale zorg per 1/1/2018 integraal onderdeel is gaan uitmaken van de zorgprofielen 5 tot en met 9.

Cliënten met psychogeriatrische problematiek vormen verreweg de grootste groep in het verpleeghuis. Twee derde van de bewoners in verpleeghuizen heeft te maken met deze problematiek, ruim een kwart van de cliënten met somatische problematiek. Bijna 5% van de cliënten verblijft in het verpleeghuis voor geriatrische revalidatiezorg. Ten opzichte van 2013 is het aandeel cliënten die geriatrische revalidatiezorg krijgen afgenomen. Minder organisaties dan in 2013 bieden zorg aan deze cliënten (ZP 9a en GRZ). Ondanks de afname in het aandeel cliënten die geriatrische revalidatiezorg krijgen, zien we vanuit het tijdsbestedingsonderzoek onder SO een lichte toename in de tijd die de SO besteedt aan revalidatie/reactivering (van 21% in 2009 naar 25% in 2018). Daarnaast lijkt er een lichte daling in de tijdsbesteding aan patiënten met somatische problematiek te zijn (van 21% in 2009 naar 19% in 2018).

Sinds 2015 wordt kortdurende herstellende zorg en palliatief terminale zorg voor patiënten die geen WLZ-indicatie hebben bekostigd via de subsidieregeling eerstelijns verblijf (tot 1/1/2017) en de zorgverzekeringswet (vanaf 1/1/2017). Op peildatum 1/1/2018 verblijven ongeveer 2200 cliënten in de verpleeghuizen, waarvan ongeveer 17% voor palliatief terminale zorg.

Uit onderzoek door Radboudumc et al. (2018)<sup>3</sup> komt naar voren dat de zorgzwaarte van ouderen die verblijven in een verpleeghuis toeneemt en hun verblijfsduur afneemt. Oorzaak hiervan, zo stellen deze onderzoekers, is dat alleen de cliënten met meer complexe problematiek in het verpleeghuis terecht komen: van 2010 tot 2016 is het aantal cliënten dat zware zorg nodig had (zorgzwaartepakket 5-10) gestegen van 50% naar bijna 70%, in 2013 verbleven bewoners nog 485 dagen in een verpleeghuis (Actiz, 2016)<sup>4</sup>, nu is dit minder dan een jaar (Tukkers, 2017)<sup>5</sup>. Vanuit de branche komen signalen naar voren die dit ondersteunen. Een analyse van Zorginstituut Nederland (2018) op basis van de declaratiegegevens voor AWBZ en WLZ over 2013-2016 liet deze ontwikkeling (nog) niet zien, maar toonde aan dat er een relatieve afname is van het aandeel cliënten met de zwaardere zorgprofielen 7 en 8<sup>6</sup>.

Dit laatste wordt bevestigd in ons onderzoek: het aandeel verpleeghuizen waar cliënten verblijven met de zwaardere zorgprofielen (7 en 8) is licht afgenomen sinds 2013 (-2 en -4%). Ook zijn er relatief minder

---

<sup>3</sup> RadboudMC en Eerstelijns geneeskunde, 2018 o.b.v. cijfers Actiz. (2016). Feiten en cijfers verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 5 juni 2017  
<https://www.actiz.nl/2016/feiten-en-cijfers>

<sup>4</sup> Actiz. (2016). Feiten en cijfers verpleeghuiszorg, verwijzing in Lovink e.a. (zie voetnoot 22).

<sup>5</sup> Tukkers, E. (2017). Kwaliteitsslag verpleeghuiszorg vraagt om 70.000 extra medewerkers en..

bijbehorend budget. Actiz. Geraadpleegd op 5 mei 2017, van

<https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/01/kwaliteitsslag-verpleeghuiszorg-vraagt-ommedewerkers-en-budget>

<sup>6</sup> Bron: Zorgvisie (2018): <https://www.zorgvisie.nl/sterftcijfer-verpleeghuis-stijgt-met-kwart/> en Zorginstituut Nederland (2018) <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/02/01/zorginstituut-nederland-publiceert-1e-zorgcijfers-monitor>



cliënten met deze zorgprofielen, het aandeel cliënten met zorgprofiel 7 en 8 samen is tussen 2013 en 2018 licht gedaald, van 18,2% naar 16,1%. Dit is in tegenspraak met de genoemde signalen uit onderzoek en praktijk dat de zorgzwaarte van cliënten in de verpleeghuizen is toegenomen als gevolg van de extramuralisering. De toegenomen zorgzwaarte in combinatie met het lagere aandeel cliënten met zwaardere zorgprofielen roept dan ook de vraag op of er een verandering heeft plaatsgevonden in de normen voor indicatiestelling, waardoor minder vaak een zwaarder zorgprofiel wordt geïndiceerd.

### **Medische bezetting, ondersteuning en vacatures**

In bijna alle organisaties (98,5%) werken artsen. Hier maakt een SO altijd deel uit van de artsenformatie. Meer dan de helft van de verpleeghuizen geeft aan dat er daarnaast basisartsen werkzaam zijn en vier op de tien heeft aios O. Ook geeft meer dan een derde van de organisaties aan dat er huisartsen werkzaam zijn in de organisatie.

Het aandeel SO (in fte's) in de totale artsenformatie is afgenomen. Deze ontwikkeling zien we al vanaf 2007 en gaat samen met een toename van het aandeel overige artsen. Sinds 2013 is het aandeel SO afgenomen van 72% naar 66%, en het aandeel overige artsen toegenomen van 21% naar 25%. Dit komt vooral door een toename van het aandeel basisartsen en in mindere mate van het aandeel huisartsen. Het aandeel aios O is sinds 2013 gestegen van 7% naar 9%. Waarschijnlijke oorzaak van de doorlopende afname in SO is het structurele tekort aan SO, waardoor noodgedwongen meer substitutie plaats vindt. In de periode tussen 2013 en 2018 is het aandeel SO minder afgenomen dan in de periode daarvoor. Van 7,4% in 3 jaren in de periode 2010-2013 naar 6,5% in de 5 jaren van 2013 naar 2018.

Het percentage vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde is gestegen tussen 2013 en 2018 van 9,7% naar 12,5%. Ook bij de overige artsen is de vacaturegraad toegenomen, van 5,1% naar 9,5%. Het percentage vacatures voor aios O is in 2018 verder gedaald, maar nog steeds ruim 11,4%. Meer dan de helft (65%) van de vacatures voor SO staat langer open dan 6 maanden. Een belangrijke vraag is of de gepresenteerde vacaturegraad een adequaat beeld geeft van het tekort aan SO. Uit het veld komen signalen dat er naast de daadwerkelijk gestelde vacatures, verborgen vacatures zijn. Vacatures worden dan vanwege de geringe kans op succes niet uitgezet, basisartsen worden aangetrokken om vacatures in te vullen, terwijl de organisaties hier 'liever' (ook) een SO in dienst zouden willen nemen.

Bij de niet-medische functies zien we vooral een forse groei in het aantal fte verpleegkundig specialisten (VS) en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.) ten opzichte van 2013. Waarschijnlijk zetten verpleeghuizen deze voor een deel ook in om de arbeidsmarktcrapte onder SO gedeeltelijk op te vangen.

Anno 2018 is ongeveer 363 fte VS actief vanuit de behandeldiensten van verpleeghuizen, waarvan 295 fte geregistreerde VS en 68 fte in opleiding, ten opzichte van 2013 een groei van 87%. Voorlopig resultaat uit een onderzoek onder VS dat eind 2018 is uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan komt in vergelijking met de geregistreerde VS op een iets hoger aantal uit met



339 fte VS werkzaam in de verpleeghuiscare<sup>7</sup>. Mogelijk zijn er in de verpleeghuizen ook VS actief die geen onderdeel uitmaken van de behandeldienst.

De groei bij de verpleegkundigen s.f. is vergelijkbaar, met 83% naar 287 fte. Het aantal VS en verpleegkundigen s.f. in opleiding lijkt zich te stabiliseren. Dit betekent dat de sterke stijging tussen 2010 en 2018 waarschijnlijk in de komende jaren zal afvlakken. Inzet van de physician assistant (PA) is anno 2018 vrij beperkt (36 fte, waarvan 25 fte geregistreerde PA en 11 fte in opleiding). Deze aantallen zijn nagenoeg gelijk aan de aantallen in 2013. Uit de voorlopige resultaten van het onderzoek onder PA's blijkt dat er per 1 januari 2019 iets meer fte PA werkzaam zijn in de verpleeghuizen, namelijk 27 fte PA<sup>8</sup>.

Ook voor de VS en verpleegkundige s.f zijn er vacatures bij één op de vijf organisaties.

Aan zowel de respondenten uit de verpleeghuizen als de SO is gevraagd in welke mate de SO ondersteund worden door het medisch secretariaat, doktersassistenten of praktijkondersteuners (niet-verpleegkundigen). Deze ondersteuning lijkt sinds 2013 iets te zijn afgenomen. Het aandeel verpleeghuizen dat aangeeft te beschikken over deze ondersteuners is gedaald van 89% naar 81%. Landelijk gaat het in totaal om 11,3 uren ondersteuning per fte SO. Daarbij is de ondersteuning per fte SO door medisch secretariaat licht toegenomen (van 7,8 naar 8,1 uur) en die door doktersassistenten licht afgenomen (van 2,9 naar 2,7 uur). De resultaten vanuit de verpleeghuizen kunnen niet een op een vergeleken worden met het tijdsbestedingsonderzoek bij SO<sup>9</sup>, omdat er bij het tijdsbestedingsonderzoek meerdere SO hebben deelgenomen per organisatie. Voor 2018 zien we echter wel vergelijkbare resultaten bij de SO en bij de organisaties.

### **Samenstelling van de behandeldienst**

Zorg in een verpleeghuis wordt doorgaans geleverd door een multidisciplinair team dat minimaal bestaat uit verzorgenden en verpleegkundigen, een specialist ouderengeneeskunde en andere (para)medische behandelaars, therapeuten/activiteitenbegeleiders, een geestelijk verzorgende en een psycholoog. De specialist ouderengeneeskunde is meestal de regievoerder over het multidisciplinair overleg. Afhankelijk van de problematiek van de specifieke cliënt kan dit ook de GZ-psycholoog zijn.

Hoewel al deze beroepsgroepen van belang zijn voor goede zorg en deel uitmaken van de werkcontext van de SO, richten we ons in dit onderzoek op de professionals die vanuit de behandeldienst een rol hebben bij de medische zorgverlening door de SO, zoals blijkt uit eerder onderzoek<sup>10</sup>:

- Overige artsen (aios O, basisartsen, huisartsen, andere artsen);
- Niet-artsen die medische en verpleegtechnische zorg uitvoeren: verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.);

<sup>7</sup> Velde, F. van der, 2019. In voorbereiding.

<sup>8</sup> Velde, F. van der, 2019. In voorbereiding.

<sup>9</sup> Bij het tijdsbestedingsonderzoek bij SO is er sprake van enige vertekening, omdat uit grotere organisaties meerdere SO zullen hebben geparticipeerd in het onderzoek. Daarnaast gaven SO aan dat zij moeilijk de ondersteuning konden vaststellen voor henzelf als individu.

<sup>10</sup> Kiwa Prismant: Het werkproces onderzocht: Hoeveel patiënten kan een SO bedienen? (2012)



- Overige ondersteuning van de SO: medisch secretaresses, doktersassistenten en praktijkondersteuners (niet-verpleegkundig);
- Psychologen: GZ-psychologen en masterpsychologen.

Verpleeghuizen zijn in omvang gegroeid (qua aantal cliënten), dit geldt ook voor de omvang van de behandel diensten (kijkend naar de hierboven genoemde professionals en ondersteuners). In totaal is er een toename van het aantal fte bij behandel diensten met ruim 20% (van 3,5 fte in 2013 naar 4,3 fte in 2018). De gemiddelde behandel dienst bestaat in 2018 uit 21 medewerkers (15 fte), in 2013 was dit gemiddeld nog 17 medewerkers (13 fte).

De behandel diensten verschillen qua samenstelling. Kleine behandel diensten hebben doorgaans geen aios O, en hebben aanmerkelijk minder vaak de beschikking over de andere genoemde professionals en ondersteuners. Uitzondering hierop is de beroepsgroep van de psychologen. Ook kleinere organisaties hebben in de meeste gevallen de beschikking over een psycholoog (94%).

Ook het aantal medewerkers van de afzonderlijke beroepsgroepen ten opzichte van het aantal fte's SO verschilt sterk. Beroepsgroepen die relatief afhankelijk zijn van de SO voor consultatie en/of begeleiding, laten daarbij een veel kleinere spreiding zien dan de overige professionals. Het gaat dan om de aio's O, overige artsen en VS/PA. Zij verlenen medische en verpleegtechnische zorg, in nauwe samenspraak met de SO. Als we deze groepen samennemen en kijken hoe de som van dit aantal zich verhoudt tot het aantal SO dan is dit aandeel 92%. Dat betekent dat er gemiddeld 0,92 fte andere professional/ondersteuner per fte SO aanwezig is.

Ongeveer 75% van de deelnemende behandel diensten heeft één of meerdere verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en/of verpleegkundigen s.f. in dienst. Sinds 2013 is dit aantal gestegen voor de VS en de verpleegkundigen s.f.

Ten opzichte van voorgaande jaren valt op dat steeds meer organisaties beschikken over één of meer van deze typen professionals in hun behandel dienst, waarbij de groei tussen 2013 en 2018 afvlakt (van 72% in 2013 naar 75% in 2018). We zien ook dat het grootste deel van de organisaties zonder deze professionals, ook geen plannen heeft om deze aan te stellen.

De meeste behandel diensten hebben anno 2018 uitsluitend VS in dienst (31%), gevolgd door de combinatie van VS en verpleegkundigen s.f. (18%) en uitsluitend verpleegkundigen s.f. (14%). Wanneer we de percentages optellen per type professional, werkt in 2018 56% van de verpleeghuizen met de VS, 39% met de verpleegkundige s.f. en 13% met de PA.

Verder zien we verschuivingen in de configuraties waar behandel diensten voor kiezen. Daarbij valt op dat organisaties steeds meer een duidelijke keuze lijken te maken voor één van de ondersteunende professionals, waarbij de voorkeur lijkt uit te gaan naar de VS.

Recent onderzoek (Lovink e.a., 2018)<sup>11</sup> wijst uit dat vanuit het perspectief van taakherschikking en substitutie van SO-taken nog winst is te halen door een effectievere inzet van VS bij de medische zorg. Uit het genoemde onderzoek blijkt dat het ontbreken van een eenduidige visie op de personele samenstelling en onbekendheid met de bevoegdheden van deze hoogopgeleide

---

<sup>11</sup> M. Lovink, A. Van Vught, G. van den Brink, M. Laurant. Taakherschikking in de ouderenzorg: Kansen, belemmeringen en effecten. RadboudMC en Eerstelijngeneeskunde, 2018.



zorgprofessional leiden tot onderbenutting van de VS en PA. Uit casestudies in zeven verpleeghuizen bleek daarbij ook dat specialisten ouderengeneeskunde het vaak moeilijk vinden om verantwoordelijkheid uit handen te geven.

### **Extramurale behandelzorg door de SO**

Vanuit de meeste behandeldiensten wordt ook medische zorg geboden aan patiënten die niet verblijven in het verpleeghuis. Het gaat hier om zorg die wordt gefinancierd vanuit de tijdelijke 'subsidieregeling extramurale behandeling'<sup>12</sup>, in afwachting van overheveling van deze extramurale zorg naar de zorgverzekeringswet in 2020.

De verwachting is al enkele jaren dat de behoefte aan extramurale zorg door de SO toeneemt. Vanwege de afbouw van de verzorgingshuizen blijven ouderen langer thuis wonen, waardoor zij, ook bij complexe problemen, langer zijn aangewezen op medische zorg door huisartsen, die hier niet altijd voor zijn toegerust. Verschillende programma's vanuit de overheid grijpen hierop aan, zoals het programma 'Langer Thuis'<sup>13</sup> waarin het belang van de inzet van de SO in de eerste lijn wordt onderstreept en de recente aandacht voor de medische zorg in kleinschalige woonvormen<sup>14</sup> waarbij vanuit het ministerie voor VWS wordt aangegeven dat ook deze patiënten onder het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vallen.

Ook vanuit de beroepsgroep en de verpleeghuizen wordt al enige jaren het belang van inzet van de SO in de eerste lijn onderstreept. Tijdens de meting in 2013 was de verwachting dan ook dat de tijdsbesteding door SO aan extramurale behandelzorg zou toenemen. Dit blijkt anno 2018 niet het geval. SO besteden anno 2018 2,4 procentpunt minder van hun tijd aan extramurale behandelzorg, zo blijkt uit de enquête onder verpleeghuizen.

Ongeveer negen op de tien (89%) behandeldiensten leveren anno 2018 extramurale behandelzorg aan één of meerdere patiëntengroepen. In 2018 vindt ongeveer 154 fte medische zorg door de SO buiten het verpleeghuis plaats. Ten opzichte van het totale aantal fte SO, is dit aandeel extramurale behandelzorg 11,0%. In 2013 werd 174 fte (13,4%) ingezet voor medische zorg door de SO buiten de verpleeghuismuren. We zien hierin dus een afname, zowel procentueel als absoluut, vermoedelijk veroorzaakt door het tekort aan SO (ze kunnen in de verpleeghuizen nauwelijks gemist worden). Dit komt overeen met de ontwikkeling die we zien in het tijdsbestedingsonderzoek bij SO. Het roept de vraag op hoe de doelstellingen t.a.v. meer inzet van de SO in de eerste lijn, een van de doelstellingen van het programma 'Langer thuis' (VWS, 2018), gerealiseerd kunnen worden.

Waar het gaat om externe samenwerkingsverbanden van de SO, blijkt dat de SO het meest samenwerkt met huisartsenpraktijken (83,1%) en ziekenhuizen (54,6%).

De meeste tijd besteedt de SO anno 2018 aan consulten via de huisarts of in de huisartsenpraktijk (41,8%). Hoewel in 2013 en 2018 de vragen over de extramurale behandelzorg enigszins verschillend zijn geformuleerd, zien we dat in beide jaren de meeste tijd wordt besteed aan thuiswonende cliënten, al dan niet met dagbehandeling, in 2013 ruim 64% en in 2018 ruim 54%.

---

<sup>12</sup> NZa beschikking over de subsidieregeling extramurale behandeling.

<sup>13</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Programma Langer Thuis.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/18/programma-langer-thuis>.

<sup>14</sup> <https://zorgen.nl/actueel/vws-erkent-problemen-rond-huisartsenzorg-in-kleinschalige-woonvormen/>



Opmerkelijk is de toename van de tijd die de SO besteedt aan cliënten die verblijven in een verzorgingshuis/woonzorgcentrum, van 25,7% in 2013 naar 38,6% in 2018. Het gaat hier vooral om verzorgingshuisbewoners die een indicatie hebben 'met behandeling'. Mogelijke verklaring hiervoor is dat in het verzorgingshuis anno 2018 aanmerkelijk meer cliënten verblijven met een indicatie 'inclusief behandeling, samenhangend met een hogere zorgzwaarte van deze patiënten. Deze resultaten verschillen met de resultaten uit het tijdsbestedingsonderzoek. De SO geven juist aan dat zij minder tijd besteden aan dit type cliënten. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de SO deze vraag verschillend interpreteren, waardoor zij de verzorgingshuiscliënten met behandeling mogelijk meenemen bij hun verpleeghuistaken.

### **Caseload**

Na correctie voor de extramuraal zorg die de SO verleent, begeleidingstijd van aios O en de zorgzwaarte van cliënten, voorziet 1 fte SO gemiddeld **103** verblijfscliënten van medische zorg. De variatie hierin is groot (63-208 cliënten). Van belang bij het beschouwen van de hier berekende gemiddelde caseload van de SO is dat deze uitsluitend een landelijk beeld geeft en niet als norm kan worden gehanteerd voor individuele verpleeghuizen/behandeldiensten. De grote variatie tussen behandeldiensten laat immers zien dat andere factoren dan de inzet van de SO een rol spelen bij de hoogte van de caseload. Van invloed zijn de manier waarop de medische zorg is georganiseerd en de mate waarin ondersteunende professionals deel uitmaken van de behandeldienst. Daarnaast zijn er nog andere randvoorwaarden die van invloed zijn op de doelmatigheid van het werkproces van de SO, zoals hierna worden beschreven. Ook zijn er factoren die niet betrouwbaar kunnen worden gemeten en waarvoor niet gecorrigeerd kan worden.

Vergeleken met 2013 is de gemiddelde caseload per fte SO sinds 2013 toegenomen (5%). In 2013 was de gemiddelde caseload 99 cliënten per fte SO. De relatief kleine toename in caseload doet mogelijk onvoldoende recht aan de toename van de workload van de SO. Door de eerder genoemde hogere zorgzwaarte en kortere verblijfsduur van cliënten gaat het anno 2018 waarschijnlijk om zwaardere cliënten.

Gegeven de kanttekeningen bij de resultaten over de caseload, de invloed van andere artsen en professionals en de grote variantie, zijn resultaten over de bijdragen van andere verplaatst naar bijlage 6. Meer informatie over deze resultaten is daar te vinden.

### **Doelmatigheid**

Meting van een tiental doelmatigheidsaspecten die in 2013 naar voren kwamen als de belangrijkste verbeterpunten, laat de nodige verbeteringen zien sinds 2013. De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse en de signalering van 'niet pluis' situaties zijn verbeterd in de visie van de respondenten. Ook hoeven SO iets minder vaak dan in 2013 verpleegtechnische handelingen uit te voeren en is het aandeel respondenten dat aangeeft dat een deel van de gespecialiseerde verpleegkundige zorg is overgedragen naar anderen binnen of buiten de organisatie toegenomen. Dit kan erop duiden dat het aandeel verzorgenden -IG en verpleegkundigen in de verpleeghuizen is toegenomen. Dit wordt bevestigd door de Kamer SO. Aangegeven wordt dat vaker verpleegkundigen, die geen onderdeel zijn van de behandeldienst, op meerdere afdelingen/teams triage uitvoeren voordat de artsen worden ingeroepen en dat er



meer gespecialiseerde verpleegkundigen beschikbaar zijn. Tegenover deze verbeteringen staat dat meer respondenten dan in 2013 aangeven dat er niet voldoende verpleging en verzorging aanwezig is op de verpleegafdelingen. Dit houdt mogelijk verband met de personeelstekorten bij verzorgenden en verpleegkundigen in de sector. In een onderzoek in 2018 geeft driekwart van de werkgevers in de branche VVT aan dat zij moeilijk vervulbare vacatures heeft, de meesten voor verzorgenden en verpleegkundigen, een deel voor medisch wetenschappelijk personeel (Van den Berg et al., AZW, 2018)<sup>15</sup>.

Andere verbeteringen sinds 2013 zijn de aanwezigheid van voldoende GZ-psychologen en het gebruik van een EPD. Het aandeel respondenten dat vindt dat er voldoende (GZ)psychologen aanwezig zijn is gestegen van 60% in 2013 naar 81% in 2018. Gebruik van een elektronisch zorgdossier of EPD is gestegen van bijna twee derde van de respondenten in 2013 naar bijna 100% in 2018. In 2018 geeft men daarnaast iets vaker aan dat het elektronisch zorgdossier/EPD is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen.

### **Het arbeidsverband van de SO**

De gemiddelde leeftijd van de mannelijke SO is 54 jaar, met gemiddeld 22 jaar ervaring als arts in de ouderenzorg. Vrouwen hebben een gemiddelde leeftijd van 47 jaar en hebben gemiddeld 16 jaar ervaring als arts in de ouderenzorg. Wanneer we kijken naar verdeling van de arbeidscapaciteit over de leeftijdsgroepen, is te zien dat het beroep feminiseert (met meer jonge vrouwen en vergrijzing bij de mannen).

De gemiddelde aanstellingsomvang van de SO is 0,86 fte. Dit komt neer op 30,9 uur per week. Over het algemeen werken vrouwen minder uren dan de mannelijke SO. De vrouwen werken gemiddeld 82%, de mannen 95%.

De meeste SO hebben slechts één arbeidsverband. Slechts 13% combineert verschillende arbeidsverbanden. Bijna alle SO werken in loondienst bij één organisatie voor ouderenzorg (85%). Onder mannen is het percentage dat als zelfstandig SO of als gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties werkt hoger dan bij de vrouwen.

### **Tijdsbesteding van de SO**

De SO besteedt het grootste deel van de tijd (gemiddeld 67%) aan patiëntgebonden taken. Onderwijstaken (bijv. op hogeschool of universiteit) nemen voor vrouwen significant meer tijd in beslag dan bij mannen. Mannen daarentegen besteden significant meer tijd aan taken als BOPZ-arts.

Het percentage patiëntgebonden taken is licht afgenomen sinds 2009 (70% in 2009 versus 67% in 2018). Ook bij de managementtaken is een kleine afname te zien, die veroorzaakt lijkt te worden door een afname in de managementtaken die los staan van de professie van de SO. Deze afnames komen ten goede aan de tijd die wordt besteed aan onderwijs en onderzoek, de taken als BOPZ-arts en het opleiden van aio(to)s in 2018. Meer dan de helft van de SO geeft wél aan dat

---

<sup>15</sup> Van den Berg en Jettinghoff. Werkgeversenquête 2018, AZW 2018.



zij verwachten dat managementtaken en organisatorische taken zullen toenemen in de komende vijf jaar.

Hoewel SO verwachten dat de tijdsbesteding aan BOPZ-taken gelijk zal blijven, plaatst de Kamer SO hierbij een kanttekening. Zij verwachten mogelijk een toename van BOPZ-taken bij de invoering van de wet Zorg en Dwang (Wzd), als gevolg van nog bestaande onzekerheden over de uitvoerbaarheid van de Wzd in de thuissituatie, waaronder het toezicht op vrijheidsbeperking in de thuissituatie en de rol die de Wzd-arts daarbij zal hebben<sup>16</sup>.

Sinds 2009 is de tijd die de SO besteedt aan verpleeghuisbewoners toegenomen (van 73,3% naar 82,1%). Het aantal uren dat men besteedt aan patiënten in het verzorgingshuis lijkt verder af te nemen, van 8,1% in 2009 naar 3,7% in 2018. Daarnaast wordt er meer tijd besteed aan zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling (van 3,3% naar 5,9%) en minder tijd aan zelfstandig wonenden met dagbehandeling (van 5,3% naar 2,3%).

Wanneer we kijken naar de verwachte ontwikkelingen, zien we dat veel van de SO de komende vijf jaren een toename verwachten van de tijdsbesteding aan ELV-cliënten (niet terminaal) en zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling.

---

<sup>16</sup> <https://www.verenso.nl/dossiers/wetregelgeving/wet-zorg-en-dwang>



## Herkomst van de cijfers in de samenvatting

<b>De werkcontext van de SO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vormen van ondersteuning geboden door verpleeghuizen</li> <li>- Aantal en aard van de typen verblijfscliënten</li> <li>- Aandeel verpleeghuizen met verschillende typen cliënten en zorgprofielen (2013-2018)</li> <li>- Aantal en aard van cliënten buiten de verpleeghuismuren</li> </ul>	Tabel 3.2 Tabel 3.3 en 3.6 Tabel 3.4 en 3.5  Tabel 3.7 en 3.9	p 27 p 28 en 30 p 29  p 32 en 33
<b>Medische bezetting, ondersteuning en vacatures</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aandeel organisaties met artsen</li> <li>- Aantal en aandeel artsen in de artsenformatie</li> <li>- Vacaturegraad</li> <li>- Bezetting VS, PA en verpleegkundige s.f.</li> <li>- Ondersteuning door medisch secretariaat, doktersassistenten, praktijkondersteuners</li> </ul>	Tabel 4.1 Tabel 4.2 Tabel 4.4 Tabel 4.6 Tabel 4.11	p 36 p 37 p 38 p 40 p 44
<b>Samenstelling van de behandeldienst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omvang behandeldienst</li> <li>- Verschillen in samenstelling behandeldienst</li> <li>- Verhouding andere professionals t.o.v. SO</li> <li>- Aandeel organisaties met VS, PA en verpleegkundige s.f.</li> <li>- Voorkomende configuraties VS, PA en verpleegkundige s.f.</li> </ul>	Tekst Tabel B2 Tekst Tabel 4.5 Tabel 4.7	p 48 p 89 p 89 p 39 p 41
<b>Extramurale behandelen door de SO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aandeel organisaties die extramurale behandelen leveren en aantal fte</li> <li>- Externe samenwerkingsverbanden van de SO</li> <li>- Tijdsbesteding door de SO aan de verschillende typen extramurale behandelen</li> </ul>	Tekst  Tabel 3.10 Tabel 3.9	p 31 en 33  p 34 p 33
<b>Caseload</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caseload van de SO 2018</li> <li>- Vergelijking van de caseload SO 2013 – 2018</li> <li>- Caseload gehele artsenformatie</li> </ul>	Tekst Tabel 5.3 Tekst	p 52 p 53 p 55 en bijlage 6
<b>Doelmatigheid</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basis van verpleging en verzorging en verpleegtechnische handelingen</li> <li>- Aanwezigheid van (GZ-)psychologen</li> <li>- EPD en digitale ondersteuning</li> </ul>	Tabel 6.2, 6.3, 6.4 en figuur 6.2 Tabel 6.6 Tabel 6.9	p 59-60  p 61 p 63
<b>Het arbeidsverband van de SO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenmerken van de SO</li> <li>- Gemiddelde aanstellingsomvang</li> <li>- Arbeidsverbanden van de SO</li> </ul>	Tabel 7.1 en tekst Tekst Tabel 7.3	p 64  p 65 p 67
<b>Tijdsbesteding van de SO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tijdsbesteding aan verschillende werkzaamheden</li> <li>- Verwachte tijdsbesteding aan verschillende werkzaamheden</li> <li>- Tijdsbesteding aan verschillende patiëntencategorieën</li> <li>- Aantal patiëntcontacten</li> </ul>	Tabel 7.15 Figuur 7.4 Tabel 7.17 Tekst	p 76 p 77 p 78 p 79 en bijlage 7B



# 1 INLEIDING

---

In 2016 heeft het Capaciteitsorgaan het meest recente instroomadvies uitgebracht over de Specialist(en) Ouderengeneeskunde (SO). Daarbij is voor een aantal onderliggende parameters onder meer gebruik gemaakt van onderzoek van Prismant. In 2009 is door Prismant onderzoek gedaan naar de tijdsbesteding van de individuele SO<sup>17</sup>, in 2013 heeft onderzoek plaatsgevonden onder medische diensten van verpleeghuizen naar de capaciteit van de medische vakgroep, bestaande vacatures en doelmatigheid van inzet van de SO<sup>18</sup>. Ontwikkelingen die zichtbaar waren in het onderzoek en de voorlopers daarvan zijn gebruikt in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan en, mede op basis van het oordeel van de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde (Kamer SO)<sup>19</sup>, getoetst en doorgetrokken naar 2016 e.v.

Het volgende instroomadvies is gepland voor 2019. Voor dit advies is behoefte aan actuele gegevens over de ontwikkelingen in de werkcontext en tijdsbesteding van de SO. Hiermee kunnen de parameters voor vraag naar en aanbod aan SO worden geactualiseerd. In de aanloop naar dit volgende instroomadvies heeft Prismant in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen in de organisatie van de medische zorg door de SO.

Sinds 2013 hebben zich verschillende ontwikkelingen voorgedaan in de langdurige zorg voor ouderen, die mogelijk van invloed zijn op het werk van de SO. In 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hervormd en is de langdurige zorg ondergebracht in de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De hervorming was gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning, de vergroting van de financiële houdbaarheid van de zorg en het versterken van de (samen)redzaamheid van burgers. Met de invoering van deze wet komen ouderen alleen in aanmerking voor zorg in een verpleeghuis als zij vanwege een ziekte of aandoening blijvend zijn aangewezen op 7x24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht<sup>20</sup>. Ouderen wonen, mede als gevolg hiervan langer thuis<sup>21</sup>, waardoor de behoefte aan inzet van de SO in de eerste lijn toeneemt. In het verpleeghuis zorgt de ontwikkeling voor een toenemende behoefte aan eerstelijnsverblijf (ELV)<sup>22</sup>, zorg en opvang voor patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen. Daarnaast is sinds begin 2017 het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg van kracht, dat beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. De geschetste ontwikkelingen zijn mogelijk van invloed op de patiëntenpopulatie en de tijdsbesteding van de SO.

---

<sup>17</sup> Verijdt, F. en Windt, W. van der. (2009) *Tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. Utrecht: Prismant.

<sup>18</sup> Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen: Onderzoek naar het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Charity.

<sup>19</sup> De Kamer SO van het Capaciteitsorgaan is samengesteld uit vertegenwoordigers van de beroepsgroep, opleidingsinstellingen, zorgverzekeraars en werkgevers. De Kamer SO komt tot een inhoudelijk oordeel over de benodigde instroom in de opleidingen.

<sup>20</sup> Centrum Indicatiestelling Zorg, website: 15/01/2019.

<sup>21</sup> Bijl, R., Boelhouwer, J. Wennekers, A. (red). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag, SCP, 2017.

<sup>22</sup> In bijlage 1 staat een schema met de verschillende typen cliënten die relevant zijn voor de inzet van de SO.



Zoals gezegd, sluit dit onderzoek aan op eerder onderzoek in 2013<sup>23</sup> bij de behandeldiensten van verpleeghuizen en in 2009<sup>24</sup> bij SO.

Omdat actualisering van de resultaten uit beide onderzoeken nodig is, bestaat het onderzoek 2018 uit twee deelonderzoeken:

- onderzoek naar de organisatie van de medische zorg vanuit verpleeghuizen;
- tijdsbestedingsonderzoek onder SO.

De belangrijkste onderzoeksvragen zijn:

1. Hoe is de medische zorg door de SO en aanverwante disciplines georganiseerd?
2. Hoe ziet de tijdsbesteding van de SO er anno 2018 uit?
3. In hoeverre verschilt dit van inhoud/organisatie van de medische zorg en tijdsbesteding van de SO in eerdere onderzoeken in 2009 en 2013<sup>25</sup>?
4. Welke ontwikkelingen zijn bepalend voor de verschillen?
5. Welke ontwikkelingen lijken bepalend voor inhoud/organisatie van de medische zorg en tijdsbesteding van SO in de toekomst?
6. Welk effect heeft de samenstelling van de behandeldienst op de caseload van de SO?

### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 beschrijven we de onderzoeksopzet van de twee deelonderzoeken, waarna in hoofdstuk 3 tot en met 7 de onderzoeksresultaten worden beschreven. In hoofdstuk 4 tot en met 6 staan de resultaten van het onderzoek bij de verpleeghuizen. Achtereenvolgens rapporteren we over algemene kenmerken van de verpleeghuizen, cliënten en werkcontext van de SO (hoofdstuk 3), de personele bezetting in het verpleeghuis (hoofdstuk 4), de caseload van de SO (hoofdstuk 5) en de doelmatigheid van het werkproces van de SO (hoofdstuk 6) anno 2018. Resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek onder SO wordt beschreven in hoofdstuk 7.

---

<sup>23</sup> Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Doelmatigheid en personele bezetting bij de medische zorg in verpleeghuizen: Onderzoek naar het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht: Kiwa Carity.

<sup>24</sup> Verijdt, F. en Windt, W. van der. (2009) *Tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. Utrecht: Prismant.

<sup>25</sup> Hierbij kijken we ook naar de ontwikkelingen in een meerjarenperspectief, op basis van de vacatureonderzoeken die Prismant sinds 2001 periodiek uitvoerde voor het Capaciteitsorgaan. Het betrof onderzoek naar de medische bezetting en vacatures.



## 2 ONDERZOEKSVRAGEN EN AANPAK

---

De twee deelonderzoeken zijn gericht op het in kaart brengen van de organisatie van de medische zorg door de SO en aanverwante disciplines en de tijdsbesteding van de SO. Paragraaf 2.1 gaat in op het onderzoek bij de behandeldiensten van verpleeghuizen, waarbij we de onderzoeksvragen operationaliseren en de aanpak van het onderzoek beschrijven. In paragraaf 2.2 doen we hetzelfde voor het tijdsbestedingsonderzoek bij SO, waarna het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de respons en representativiteit bij beide onderzoeken (2.3).

### 2.1 Onderzoek naar de werksetting van de SO vanuit verpleeghuizen

#### 2.1.1 Onderzoeksvragen

Voor het in kaart brengen van de werkcontext van de SO en de organisatie van de medische zorg in de verpleeghuizen worden de onderstaande onderzoeksvragen beantwoord:

- 1) Aan welke cliëntgroepen wordt medische zorg geboden op peildatum (1-1-2018) en om hoeveel cliënten gaat het daarbij? (zorgprofielen, GRZ, extramurale behandeling, eerstelijnsverblijf (ELV), hospice/palliatieve zorg)
- 2) Wie zijn betrokken bij de zorgverlening aan deze groepen cliënten (verschillende soorten artsen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, verpleegkundigen met specifieke functieomschrijving, gedragswetenschappers, medisch secretariaat, doktersassistenten, e.d.), ofwel hoe is de behandeldienst samengesteld naar functies en aantal fte?
- 3) Zijn er (moeilijk vervulbare) vacatures voor SO? Wordt er voor deze vacatures geworven? Worden andere professionals ingezet (basisarts, huisarts, PA, VS) en zijn er in feite 'verborgen vacatures'?
- 4) Welke overwegingen zijn bepalend ten aanzien van de inzet van de verschillende professionals bij de medische zorg en de inrichting van de behandeldienst (oplossen tekorten, visie op patiëntenzorg, visie op taakherschikking/taakvernieuwing/taakdelegatie, visie op digitalisering/e-health e.d.)?
- 5) Wat is de ratio van het aantal fte SO ten opzichte van het aantal cliënten (caseload), totaal en per cliëntgroep, en welke variatie is er hierin tussen behandeldiensten?
- 6) Welk effect heeft de samenstelling van de behandeldienst op de caseload van de SO?
- 7) In welke samenwerkingsverbanden participeert de SO (MDO-huisartsenpraktijk, consult aan HA, samenwerking ziekenhuizen, e.d.)?
- 8) Welke kwantitatieve ontwikkeling in de bovenstaande aspecten is te zien sinds 2013? (i.c. arbeidsverband, samenwerkingsverbanden, omvang en aard zorgaanbod en cliëntgroepen, samenstelling en inrichting behandeldienst)

#### 2.1.2 Aanpak van het onderzoek

Om de resultaten uit dit onderzoek te kunnen vergelijken met het onderzoek uit 2013, is in essentie dezelfde aanpak en basisvragenlijst gebruikt als toen. Waar nodig zijn enkele aanpassingen gedaan om aan te sluiten op de huidige praktijk en terminologie.



De vragenlijst sluit aan bij de onderzoeksvragen uit de vorige paragraaf en bestaat uit de volgende onderdelen:

- De aard van de cliëntengroepen waaraan zorg wordt geboden en het aantal cliënten op peildatum 1-1-2018
- De bezetting van de behandeldienst t.a.v. de medische zorg
- Visie op de personele mix en verwachtingen
- Samenwerkingsverbanden en extramuraal behandelings
- Doelmatigheid van het werkproces van de SO

Voor de aanscherping van de vragenlijst is gebruik gemaakt van de expertise die aanwezig is in de Kamer SO van het Capaciteitsorgaan. De vragenlijst is vervolgens getoetst door deze voor te leggen aan enkele managers van behandeldiensten, waarvan contactgegevens waren aangeleverd door leden van de Kamer SO. Ten opzichte van de vragenlijst uit 2013, is de vragenlijst 2018 enigszins ingekort. Er is vooral geschrapt in de vragen die in 2013 zijn gesteld over de doelmatigheid van de behandelpraktijk van de SO. Vragen die in 2013 weinig onderscheidend waren zijn weggelaten, vragen die destijds golden als belangrijkste verbeterpunten zijn behouden. De gebruikte vragenlijst staat in bijlage 8.

### **2.1.3 Benaderen van de onderzoeksgroep en afname van de vragenlijst**

Doelgroep voor het onderzoek naar de werkcontext van de SO zijn de managers van behandeldiensten/expertisecentra in de verpleeghuizen. Omdat er geen lijst beschikbaar is met e-mailadressen van deze managers, is gekozen voor een gecombineerde aanpak. ActiZ heeft verpleeghuizen via haar website opgeroepen om deel te nemen aan het onderzoek, de ActiZ vertegenwoordiger in de Kamer SO heeft hetzelfde gedaan per e-mail naar haar P&O-netwerk. Organisaties die zich niet hadden aangemeld, zijn benaderd via de e-mailadressen van de bestuurssecretariaten. Deze e-mailadressen zijn beschikbaar gesteld door ActiZ. Daarvoor is tussen ActiZ en Prismant een verwerkersovereenkomst<sup>26</sup> opgesteld.

De vragenlijst is ingebouwd in QuestApp, waarna organisaties vanuit dit systeem zijn uitgenodigd om deel te nemen. De uitnodiging bevatte een unieke link naar de digitale enquête en eveneens een link naar een korte vragenlijst in pdf-formaat. Met behulp van deze korte vragenlijst konden respondenten zich voorbereiden op een aantal kwantitatieve vragen (aantallen cliënten en aantallen/fte's van professionals in de behandeldienst) en zo nodig deze vragen uitzetten bij hun cliëntenadministratie en/of personeelsadministratie.

Organisaties hebben in eerste instantie drie weken de tijd gekregen om te responderen. Na twee weken is gestart met het versturen van wekelijkse reminders. ActiZ en Vereso hebben verschillende oproepen geplaatst op hun websites en in nieuwsbrieven. Doordat de respons slechts langzaam op gang kwam, is in juli besloten om verpleeghuizen ook te benaderen via de zorgkantoren. De

---

<sup>26</sup> In het kader van nieuwe privacywetgeving Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) ontwikkelden ActiZ, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) een standaard Modelverwerkersovereenkomst. <https://www.avghelpdeskzorg.nl/documenten/brochures/2018/05/11/verwerkersovereenkomst-voor-de-zorgsector>



activiteiten gericht op responsverhoging hebben geleid tot een hogere respons (zie paragraaf 2.3). De dataverzameling heeft plaatsgevonden van mei tot en met augustus 2018 en heeft in totaal 13 weken geduurd.

## 2.2 Onderzoek naar de tijdsbesteding van de SO

In het deelonderzoek dat gericht is op de SO staat centraal hoeveel tijd zij besteden vanuit hun verschillende werkcontexten aan de verschillende typen cliënten. Ook de niet-direct cliëntgebonden tijdsbesteding is in kaart gebracht, evenals de mate waarin SO bij de medische zorgverlening worden ondersteund door andere zorgprofessionals of ondersteuners.

### 2.2.1 Onderzoeksvragen

Voor inzicht in de tijdsbesteding van de SO worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- 1) Welk arbeidsverband heeft de SO met de organisatie waar hij/zij medische zorg verleent (loondienst, zzp'er, vanuit zelfstandig behandelcentrum, vanuit samenwerkingsverband) en voor hoeveel fte?
- 2) Hoeveel tijd besteedt de SO aan directe en indirecte patiëntenzorg? Hieronder vallen ook de taken in het kader van de Wet Zorg en Dwang.
- 3) Hoeveel tijd besteedt de SO aan de verschillende cliëntgroepen? (ZZP's, GRZ, extramurale behandeling, ELV, hospice/palliatieve zorg)?
- 4) Hoeveel tijd besteedt de SO aan overige taken (o.a. onderzoek en onderwijs, opleiden, managementtaken op teamniveau en op bestuursniveau)?
- 5) Welke ontwikkelingen zijn hierin te zien sinds 2009?
- 6) Welke ontwikkelingen zijn hierin te verwachten?

### 2.2.2 Inhoud van de vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen. Daarbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de vragenlijst uit 2009. Waar mogelijk is de vragenlijst uit 2009 aangescherpt, zodat nieuwe ontwikkelingen of terminologie hier een plek in konden krijgen en de vragenlijst aansluit bij de huidige praktijk.

Voor de aanscherping van de vragenlijsten is gebruik gemaakt van de expertise die aanwezig is in de Kamer SO. Daarna is de vragenlijst getoetst door deze voor te leggen aan een aantal SO, waarvan de contactgegevens zijn aangeleverd door leden van de Kamer SO. De gebruikte vragenlijst staat in bijlage 9.

### 2.2.3 Benaderen van de SO en afname van de vragenlijst

De vragenlijst is ingebouwd in QuestApp, waarna de SO via dit systeem zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De e-mailadressen van de SO zijn beschikbaar gesteld door Verenso, op basis van de ledenlijst van Verenso. Deze lijst bevat naar schatting van Verenso ongeveer 85%



van het aantal werkzame SO. Ondanks dit hoge aandeel is niet uit te sluiten dat de leden van Verenso qua tijdsbesteding niet volledig representatief zijn voor de gehele beroepsgroep. Verenso en ActiZ hebben de SO via hun website en in nieuwsbrieven opgeroepen om deel te nemen aan het onderzoek.

Net als bij de verpleeghuizen, kregen de SO, naast de uitnodiging tot deelname, ook een link naar een beknopte vragenlijst met een aantal kwantitatieve vragen over hun tijdsbesteding, die zij konden gebruiken ter voorbereiding.

Respondenten hebben in eerste instantie drie weken de tijd gekregen om de vragenlijst in te vullen. Na twee weken is n.a.v. de tegenvallende respons besloten om aanvullende acties in te zetten. Verenso en ActiZ hebben meermaals oproepen geplaatst op hun websites en in hun nieuwsbrieven. Daarnaast is, na de eerste twee weken, wekelijks een herinnering gestuurd naar de SO die de vragenlijst nog niet (volledig) hadden ingevuld. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in mei en juni 2018 en heeft in totaal 7 weken geduurd.

## 2.3 Respons en representativiteit

### 2.3.1 Respons en representativiteit onderzoek onder verpleeghuizen

In totaal zijn 316 digitale uitnodigingen verstuurd op basis van de aanmeldingen en de ledenlijst van ActiZ. In totaal zijn er 209 vragenlijsten ingevuld, waarvan 52 gedeeltelijk waren ingevuld. Een aantal organisaties had de vragenlijst per abuis afgesloten voordat alle gegevens waren ingevuld, zij hebben een nieuwe link gekregen naar de vragenlijst (11). Enkele organisaties werden vertegenwoordigd door meerdere respondenten (8). De dubbelingen die hierdoor ontstonden zijn gecorrigeerd. Daarnaast is een aantal vragenlijsten niet meegenomen in de analyses, vanwege het aantal ontbrekende antwoorden (13) en een aantal vanwege het niet adequaat invullen van de vragen over het aantal cliënten en de artsbezetting (51). Een beperkt aantal gedeeltelijk ingevulde vragenlijst is wel meegenomen (4), omdat hierin de vragen over aantal cliënten en artsbezetting volledig en adequaat waren ingevuld. Uiteindelijk zijn er in dit onderzoek 126 vragenlijsten meegenomen, waarvan 4 gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten. Daarmee bedraagt de uiteindelijke netto respons 40% op basis van het aantal uitgenodigde verpleeghuizen.

Tabel 2.1 Respons bij het onderzoek onder verpleeghuizen

	Aantal
Aantal organisaties (landelijk)*	348
Organisaties netto uitgenodigd	316
Respons	126
Responspercentage	40%

\* Bron: DigiMV, 2017, organisaties < 10 verblijfscliënten niet meegeteld.



Bijna de helft van de vragenlijsten is ingevuld door de manager of het hoofd van de behandeldienst/kennis- en behandelcentrum en ruim een kwart door een 1<sup>e</sup> SO of een teamleider van de medische vakgroep. Ongeveer 5% is ingevuld door een SO, voornamelijk bij de kleinere medische diensten. In een beperkt aantal gevallen (24) is de vragenlijst ingevuld door anderen: directeur/bestuurder (7), manager (7), beleidsmedewerker (2). Andere functies zijn slechts eenmaal genoemd.

## Representativiteit

De deelnemende behandeldiensten leveren de volledige medische zorg aan 52.999 cliënten met zorgprofiel 5 t/m 9b en ELV terminaal palliatief. De verschillende typen cliënten die relevant zijn voor de inzet van de SO in de verpleeghuizen staan vermeld in bijlage 1<sup>27</sup>.

Vergelijking van dit aantal met CBS-cijfers over het aantal cliënten in 2017 met de genoemde zorgprofielen (97.337), leidt tot de conclusie dat in de 40% verpleeghuizen uit onze onderzoeksgroep 54% van de cliënten met zorgprofiel 5 t/m 9b en/of ELV terminaal palliatief verblijft. Dit betekent dat de respons scheef verdeeld is en dat waarschijnlijk vooral grotere organisaties hebben gerespondeerd.

In tabel 2.2 staat een overzicht van de vergelijkingen tussen onze onderzoeksgroep en de landelijke cijfers. Daarbij is ook de dekkinggraad van de SO in ons onderzoek ten opzichte van het landelijk aantal opgenomen. Uit gegevens van de RGS (2018) blijkt dat er 1.685 geregistreeerde SO zijn. Rekening houdend met het percentage van 3,97% niet werkzame maar wél geregistreeerde SO uit het tijdsbestedingsonderzoek (2018, zie paragraaf 2.3.2 en hoofdstuk 7) en het gemiddelde aantal fte van 0,86 uit het tijdsbestedingsonderzoek, stellen we het aantal werkzame Specialist Ouderengeneeskunde (in fte) op 1.392. Wanneer we dit relateren aan de SO in dit onderzoek, dan bedraagt de dekkinggraad 49,9%.

Tabel 2.2 Vergelijking tussen de landelijke aantallen en de onderzoeksantallen

	Landelijk(L)	Onderzoek(O)	O/L
Aantal organisaties	348	126	40%
Cliënten (zorgprofiel 5-10)**	97.337*	52.999	54%
SO (fte's) totaal	1.392***	694	50%

\*Bron: CBS (2017).

\*\* Voor de onderzoeksgroep gaat het om ZZP 5 t/m 9b en ELV terminaal palliatief. Bij één organisatie uit de onderzoeksgroep (die geen volledig aantal cliënten had opgegeven) is het aantal cliënten uit DigiMV is overgenomen.

\*\*\*Bron: RGS (2018). Bewerkt door Prismant.

De 50% SO in ons onderzoek bieden medische zorg aan 54% van het landelijk aantal verblijfscliënten met zorgprofiel 5 t/m 9b en/of ELV terminaal palliatief. De SO in ons onderzoek bedienen dus meer cliënten dan men op basis van het landelijk gemiddelde zou verwachten. Dit was ook in 2013 het geval. Mogelijke verklaring hiervoor is dat de grotere organisaties, met meer ondersteunende professionals en andere artsen, zijn oververtegenwoordigd in onze onderzoeksgroep. Dat is het geval, zoals ook blijkt uit tabel 2.3.

<sup>27</sup> Hoewel de zorgprofielen in het kader van de WLZ niet genummerd zijn – in tegenstelling tot de vroegere zorgzwaartepakketten, gebruiken we in dit rapport vanwege pragmatische redenen, de nummering van de zorgzwaartepakketten ter aanduiding van de nieuwe zorgprofielen.



In tabel 2.3 zijn de aantallen organisaties en cliënten in de onderzoeksgroep en de populatie weergegeven. Voor de populatieaantallen is gebruik gemaakt van de openbare gegevens uit de Jaarverantwoording zorg (DigiMV) van 2017. Hieruit zijn voor het vaststellen van de populatietotalen de organisaties voor Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) geselecteerd, samen met het aantal cliënten met een zorgprofiel voor langdurige zorg (WLZ). Uitsluitend de organisaties met 10 cliënten of meer zijn hierbij meegenomen. Omdat de data van het DigiMV het aantal cliënten bevat met alle zorgprofielen (inclusief ZP 1 t/m 3) is hiervoor een omrekening gemaakt op basis van het aantal cliënten met deze zorgprofielen uit de CBS-data (2017). Voor zowel de onderzoeksgroep als de landelijke gegevens gaat het om cliënten met zorgprofiel 4 t/m 9b en ELV palliatief terminaal. Zorgprofiel 4 is voor de weging meegenomen, omdat vanuit de Kamer SO is aangegeven dat de cliënten met ZP 4 die verblijven in het verpleeghuis medische zorg van de SO krijgen.

Tabel 2.3 Aantal organisaties en verblijfscliënten bij de responderende organisaties t.o.v. de populatie

	Populatie*	Onderzoek
<b>Aantal organisaties</b>	348	126
Verdeling naar omvang van de organisaties		
- Minder dan 100	113 (32%)	24 (19%)
- 100- 250	75 (22%)	20 (16%)
- 251-400	43 (12%)	20 (16%)
- 401-625	45 (13%)	29 (23%)
- Meer dan 625	72 (21%)	33 (26%)
<b>Aantal verblijfscliënten (ZP 4-10)</b>	131.142	58.074
Gemiddeld aantal verblijfscliënten	377	460
Verdeling naar omvang van de organisaties		
- Minder dan 100	5.519 (4%)	1.280 (2%)
- 100-250	11.176 (9%)	3.222 (6%)
- 251-400	12.994(10%)	6.699 (12%)
- 401-625	21.766 (17%)	14.401 (25%)
- Meer dan 625	79.686 (61%)	32.472 (56%)

\* Bron: DigiMV, 2017. Een correctie voor het aantal cliënten met ZP 1-3 is hierop uitgevoerd.

\*\* Voor de onderzoeksgroep gaat het om ZP 4 t/m 9b en ELV terminaal palliatief. Bij één organisatie uit de onderzoeksgroep (die geen volledig aantal cliënten had opgegeven) is het aantal cliënten uit DigiMV is overgenomen.

Uit de tabel blijkt dat inderdaad de kleinere organisaties zijn ondervertegenwoordigd in onze onderzoeksgroep en de grotere zijn oververtegenwoordigd. Het beeld bij de verdeling van cliënten is min of meer vergelijkbaar. Hoewel de kleine organisaties (32% van de groep) verblijfszorg bieden aan slechts 4% van de cliënten, is het voor het schetsen van een landelijk beeld over de verpleeghuiszorg noodzakelijk te wegen. Hieronder gaan we in op de weging.



## Weging

De weegfactoren zijn bepaald op basis van de eerder genoemde gegevens uit de Jaarverantwoording Zorg (DigiMV 2017), gecorrigeerd voor zorgprofiel 1, 2 en 3<sup>28</sup> (zie bijlage 2), die niet voorkomen in het verpleeghuis. Hoewel ook zorgprofiel 4 doorgaans niet hoort tot de primaire doelgroep van de SO, hebben de respondenten uit de verpleeghuizen aangegeven dat zij medische zorg bieden aan deze groep. Dit wordt bevestigd door de leden van de Kamer SO. Na correctie bestaat de populatie cliënten met de voor ons relevante zorgprofielen (4-10) uit 131.142 cliënten en is het aantal organisaties 348. Rekening houdend met de DigiMV verhouding van de organisatiegroottes, is er een verdeling gemaakt naar vijf organisatiegroottes (aantal cliënten). De gehanteerde wegingsresultaten zijn weergegeven in tabel 2.4, waarbij na weging het aantal organisaties per grootte categorie in het onderzoek gelijk is aan de populatie. Het gemiddelde aantal cliënten in de onderzoeksgroep komt na weging meer overeen met het gemiddelde van de populatie, het aantal fte SO in de onderzoeksgroep is na weging iets hoger dan het aantal op basis van RGS-gegevens<sup>29</sup>.

In bijlage 3 staat de verdeling van het onderzoek en de populatie met de wegingsfactor.

Tabel 2.4 De wegingsresultaten

Grootte	Verdeling in onderzoek na weging		Vershil in verdeling cliënten t.o.v. populatie
	Organisaties	Cliënten	
<100	32,5%	4,2%	-0,6%
100-250	21,6%	8,5%	-1,1%
251-400	12,4%	9,9%	-1,5%
401-625	12,9%	16,6%	-1,2%
>625	20,7%	60,8%	4,4%

### Wijze van rapporteren van uitkomsten en vergelijking met resultaten uit 2013

Met behulp van de berekende wegingsfactor zijn de gegevens van de respondenten geëxtrapoléerd naar de totale branche (348 verpleeghuizen (DigiMV, 2017)). Bij de beschrijving van de resultaten in dit rapport wordt dan ook gesproken over deze onderzoeksgroep als totaal (of subgroepen daarvan), tenzij expliciet anders is vermeld. Om duidelijk te houden dat het om gewogen resultaten gaat, vermelden we het aantal gewogen respondenten steeds met een hoofdletter N. Waar een 'kleine n' wordt gebruikt gaat het om het werkelijke aantal respondenten in de onderzoeksgroep.

Tot slot moet worden opgemerkt dat het werken met een weegfactor betekent dat er wordt gewerkt met afgeronde getallen. Hierdoor is het mogelijk dat de kolom- of rijtotalen in tabellen iets afwijken van de som van de getallen in de tabel.

<sup>28</sup> Dit getal wijkt enigszins af van het totaal aantal cliënten ZP 4-10 uit het CBS van 123.071. Er is gekozen om hier uit te gaan van de gegevens uit het DigiMV, omdat deze ook inzicht geven in het aantal organisaties en het aantal cliënten per organisatie (dit in tegenstelling tot de CBS data).

<sup>29</sup> In de onderzoeksgroep zijn er na weging 1480 fte SO. Dit is 6% hoger dan het aantal fte berekend aan de hand van het aantal geregistreerde SO (1392 fte, zie ook tabel 2.2).



Om zicht te krijgen op de richting en de omvang van de ontwikkelingen over 2013 en 2018, zijn enkele resultaten uit 2018 vergeleken met de vorige meting. Gegeven de onmogelijkheid om de resultaten uit 2013 te wegen (door ontbrekende gegevens over aantal cliënten per organisatie in 2013), zijn de ongewogen resultaten voor 2013 weergegeven. Deze zijn vergeleken met de gewogen resultaten uit 2018. Daarbij is steeds gecheckt of vergelijking van de ongewogen resultaten uit zowel 2013 als 2018, zou leiden tot andere conclusies. Dit bleek bijna nergens het geval. Waar dit relevant is, wordt het vermeld.

### 2.3.2 Respons en representativiteit bij het tijdsbestedingsonderzoek bij SO

In totaal zijn 1.352 digitale uitnodigingen verstuurd op basis van de ledenlijst van Verenso. Hiervan zijn er 13 gebouncet.

In totaal zijn er 759 vragenlijsten ingevuld. Van de 756 respondenten die hun werksetting hebben ingevuld. Van deze respondenten geeft 4,0% (n=30 van de 756) aan niet werkzaam te zijn.

Na opschoning van de vragenlijsten blijven er 724 vragenlijsten over (inclusief 30 niet werkzame respondenten), waarvan 603 volledig ingevulde vragenlijsten en 121 niet volledig ingevulde vragenlijsten. Van deze laatste waren de vragen over het dienstverband en de tijdsbesteding adequaat waren beantwoord. De uiteindelijke netto respons is daarmee 54% op basis van het aantal uitgenodigde SO. Van het totale aantal geregistreerde SO per 1/1/2018 (RGS, 2018) heeft 43% geparticipeerd in dit onderzoek. De respons voor mannen en vrouwen gebaseerd op het aantal geregistreerde SO per 1/1/2018 is respectievelijke 36% en 46%.

Tabel 2.5 Respons en dekingsgraad bij het tijdsbestedingsonderzoek onder SO

	SO
Aantal geregistreerde SO per 1/1/2018*	1.685*
Netto uitgenodigd**	1.339
Respons aantal	724***
Respons % o.b.v. uitgenodigd	54%
Respons % o.b.v. geregistreerd	43%

\* bron: RGS 2018

\*\* 1352 uitgenodigd minus 13 gebouncet

\*\*\* 603 volledig en 121 gedeeltelijk ingevuld (exclusief 1 SO in opleiding).

De respons in dit tijdsbestedingsonderzoek is aanmerkelijk hoger dan die in 2009 (24,5%). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de grotere betrokkenheid van Verenso en ActiZ bij het onderzoek, het meegestuurde pdf-bestand met de kwantitatieve vragen, en de frequentie van de verstuurd herinneringen.

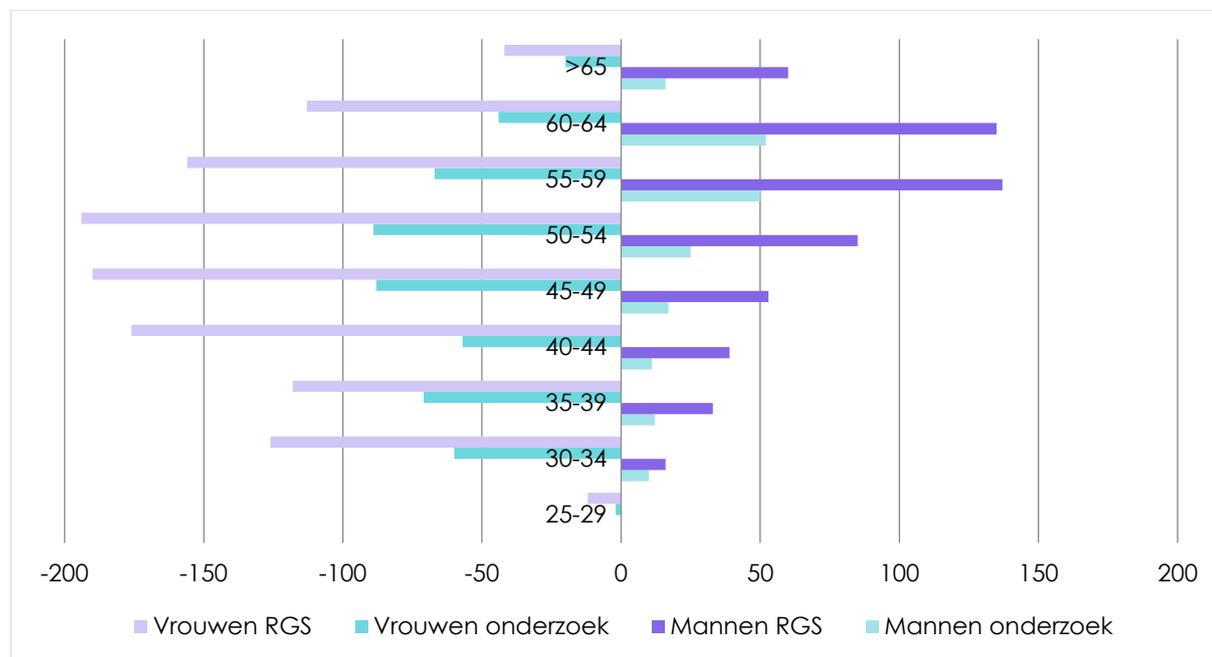
Figuur 2.1 laat de leeftijdsopbouw zien van de mannelijke en vrouwelijke geregistreerde SO op basis van RGS-gegevens<sup>30</sup> en de responderende SO. In zowel het RGS-bestand als dit onderzoek is

<sup>30</sup> RGS-gegevens peildatum 1-1-2018



te zien dat in de beroepsgroep van SO sprake is van vergrijzing (vooral bij de mannen) en feminisering, een ontwikkeling die ook al in eerdere onderzoeken duidelijk was.

Figuur 2.1 Leeftijd- en geslachtsopbouw van de specialist ouderengeneeskunde: RGS-cijfers versus responderende SO (n=691).



### Representativiteit

In de figuur is te zien dat de leeftijdsverdeling in de onderzoeksgroep redelijk goed aansluit bij de verdeling in de gehele populatie. Bij de vrouwen lijkt de groep van 29-40 jaar enigszins oververtegenwoordigd te zijn in het onderzoek, de 40- tot 45-jarigen iets ondervertegenwoordigd.

De ongelijke respons naar leeftijd blijkt geen invloed te hebben op de belangrijkste variabelen uit het onderzoek, uren dienstverband en tijdsbesteding. Een weging van de resultaten is derhalve niet noodzakelijk.



### 3 VERPLEEGHUIZEN: ALGEMENE KENMERKEN, CLIËNTEN EN WERKCONTEXTE VAN DE SO

In dit hoofdstuk gaan we in op enkele algemene kenmerken van de werkcontext van de SO in de verpleeghuizen. Achtereenvolgens beschrijven we:

- Algemene kenmerken van de verpleeghuizen (3.1)
- Aantal en aard van de cliënten binnen en buiten het verpleeghuis (3.2)
- Behandeldienst: Werkcontext van de SO (3.3)

#### 3.1 Algemene kenmerken van de verpleeghuizen

In tabel 3.1 staan enkele kengetallen over het aantal cliënten in de verpleeghuizen en uitgesplitst naar kleine en grote organisaties (verdeling op basis van de mediaan, 185 cliënten). De organisaties bieden gezamenlijk ondersteuning aan 122.038 cliënten (ZPZ 5 t/m 9b, GRZ en ELV terminaal palliatief), met een gemiddelde van 351 cliënten per organisatie. Dit is exclusief de cliënten met zorgprofiel 4<sup>31</sup>. De spreiding daarbij is groot. De kleinste organisatie biedt ondersteuning aan 10 cliënten, de grootste aan 1.852 cliënten. Inclusief cliënten met ELV overige is het totaal 126.059 cliënten met een gemiddelde van 362.

Tabel 3.1 Algemene kenmerken van de responderende verpleeghuizen na weging (N=348)

	Totaal	Kleine organisaties	Grote organisaties
Aantal organisaties	348	171	177
Aantal cliënten primaire doelgroep	122.038	12.284	109.754
Gemiddeld aantal cliënten primaire doelgroep	351	72	620

\* Het gaat hier om alle cliënten met een WLZ-zorgprofiel (5-9b), GRZ-cliënten en ELV terminaal palliatief.

Hoewel het gemiddelde aantal cliënten per verpleeghuis lijkt te zijn gedaald sinds 2013, toen was dit 402, is dit niet het geval, maar wordt het veroorzaakt door de weging. Vergelijking van de ongewogen resultaten laat een groei zien van 402 cliënten in 2013 naar 450 cliënten in 2018<sup>32</sup>, een groei van ruim 10%.

Hoewel verpleeghuizen primair gericht zijn op het bieden van verblijf met behandeling, is het ondersteuningsaanbod in de meeste verpleeghuizen breder, zo blijkt uit tabel 3.2. Eerstelijnsverblijf en extramurale behandeling (n.a.v. consulten/verwijzingen via de huisarts) behoren bij de meeste

<sup>31</sup> Net als in het onderzoek uit 2013, zijn er enkele organisaties die hebben aangegeven dat er ook cliënten met ZPZ 4 verblijven in het verpleeghuis, die volledige medische zorg krijgen. Omdat het hier gaat om cliënten die formeel geen aanspraak kunnen maken op de medische zorg door de SO, zijn deze cliënten in onderstaande tabellen en figuren buiten beschouwing gelaten. In hoofdstuk 5 over de caseload van de SO nemen we deze cliënten wel mee in de berekening.

<sup>32</sup> De weging in 2018 leidt ertoe dat de ondervertegenwoordiging van kleinere organisaties wordt gecorrigeerd.



verpleeghuizen tot het zorgaanbod. Bijna de helft van de verpleeghuizen (46%) biedt geriatrische revalidatiezorg.

Ruim 15% van de organisaties heeft ook 'andere ondersteuningsvormen' aangegeven. Daarbij zijn meerdere keren genoemd: ondersteuning van een andere zorgstelling (o.a. collega verpleeghuis en hospice) en zorg voor bijzondere doelgroepen (o.a. verstandelijk gehandicapten, cliënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en gerontopsychiatrische cliënten).

Tabel 3.2 Vormen van ondersteuning die worden geboden aan cliënten door de organisaties per 1/1/2018 (N=348)

	Totaal
Langdurige zorg	100%
Dagbehandeling	54%
Geriatrische revalidatiezorg	46%
Eerstelijnsverblijf (zorg i.h.k.v. de regeling ELV)	78%
Behandeling n.a.v. consulten/verwijzingen via de huisarts	72%
Medische zorg in huisartsenpraktijk	14%
Andere ondersteuningsvormen	15%

In 2013 is deze vraag niet opgenomen in de vragenlijst. Wel is aan te geven dat het aandeel organisaties dat langdurige zorg bood in 2013, logischerwijs, tevens 100% was. Ook weten we op basis van de vragen die in 2013 zijn gesteld over extramurale zorg, dat toen 89% van de organisaties extramurale zorg aanbood en dat dit voor de verpleeghuizen anno 2018 ook geldt (zie ook paragraaf 3.2.2).

De volgende paragraaf gaat in op het aantal cliënten waaraan ondersteuning wordt geboden.

### 3.2 Aantal en aard van de cliënten binnen en buiten het verpleeghuis

In deze paragraaf beschrijven we hoeveel cliënten in of vanuit het verpleeghuis medische zorg ontvangen van de SO, al dan niet in samenwerking met andere professionals of ondersteuners in de behandel dienst van het verpleeghuis. Binnen het verpleeghuis gaat het dan om cliënten die verblijven in het verpleeghuis op basis van een zorgprofiel (WLZ), geriatrische revalidatiezorg, of eerstelijnsverblijf (terminaal palliatief). Deze cliënten worden beschreven in paragraaf 3.2.1.

Daarnaast levert de SO echter ook medische zorg aan cliënten die niet in het verpleeghuis verblijven. Het gaat daarbij om medische zorg in aanvulling op de medische zorg door andere artsen, meestal huisartsen. Deze cliëntgroepen worden beschreven in paragraaf 3.2.2.



### 3.2.1 Cliënten die verblijven in het verpleeghuis

Zorgprofielen hebben de voormalige zorgzwaartepakketten (ZZP's) vervangen. Een zorgprofiel geeft aan wat voor zorg iemand nodig heeft. Zoals eerder genoemd in hoofdstuk 2, staat in bijlage 1 een schema van de zorgprofielen in 2013 en 2018.

De verpleeghuizen leveren gezamenlijk de volledige medische zorg aan 122.038 cliënten met zorgprofielen 5 t/m 9b, GRZ en ELV terminaal palliatief, 116.296 uit eigen organisatie en 5.742 uit andere organisaties. Zoals we eerder zagen in tabel 3.1, varieert het aantal cliënten van 10 tot 1.852, met een gemiddelde van 351. De meeste verpleeghuizen bieden medische zorg aan 10 tot 200 cliënten (zie bijlage 4 voor het aantal cliënten in de verpleeghuizen).

Gemiddeld heeft twee derde van de cliënten te maken met psychogeriatrische problematiek (zie tabel 3.3) en 28% met somatische problematiek. Bijna 5% van de cliënten heeft een indicatie voor revalidatie en minder dan 1% krijgt palliatief-terminale zorg (ELV). Bijna alle behandeldiensten (98%) bieden medische zorg aan psychogeriatrische cliënten, iets minder vaak (92%) cliënten met somatische problematiek, 52% heeft cliënten in de zorg voor revalidatie en 42% heeft cliënten die palliatief-terminale zorg krijgen (ELV).

Sinds 2015 wordt kortdurende herstelzorg en palliatief terminale zorg voor patiënten die geen WLZ-indicatie hebben bekostigd via de subsidieregeling eerstelijns verblijf. Op peildatum 1/1/2018 verblijven ongeveer 2200 cliënten in de verpleeghuizen op basis van deze regeling, waarvan ongeveer 17% voor palliatief terminale zorg.

Tabel 3.3 Gemiddelde omvang van de behandelpraktijk en verdeling van de cliënten naar type in 2018 (N=348) en in 2013 (n= 102)

	2018 Gemiddeld	2018 Minimum	2018 Maximum	2013 Gemiddelde
Omvang behandelpraktijk (aantal cliënten), waarvan <sup>33</sup>	351* 450**	10	1852	402**
% Somatisch	28%	0%	100%	25%
% Psychogeriatrisch	67%	0%	100%	65%
% Revalidatie	5%	0%	67%	9%
% Palliatief-terminaal	<0,5%	0%	5%	1%

\* Gewogen

\*\* Ongewogen

Niet alle typen cliënten komen voor in alle verpleeghuizen (zie tabel 3.4). Waar in 2018 alle tot bijna alle verpleeghuizen cliënten hebben met psychogeriatrische of somatische problematiek, is het aandeel verpleeghuizen met revalidatie cliënten en palliatief-terminale cliënten veel lager.

<sup>33</sup> Cliënten met psychogeriatrische grondslag zijn cliënten met ZZP 5 en ZZP 7, cliënten met een somatische grondslag zijn cliënten met ZZP 6 en 8. De cliënten 'revalidatie' bestaan uit cliënten met ZZP 9b en geriatrische revalidatiezorg. Cliënten palliatief-terminaal zijn cliënten met ELV terminaal palliatief. Voor 2018 gaat het om alle cliënten met ZZP 5 t/m 9b, GRZ en ELV en voor 2013 om cliënten met ZZP 5 t/m 10.



Ten opzichte van 2013, is het aandeel organisaties met revalidatie en/of palliatief-terminale cliënten gedaald. Verklaring voor de afname van het aandeel organisaties dat palliatief terminale zorg levert, is dat in 2013 nog een afzonderlijk ZZP gold voor palliatief-terminale zorg (ZZP 10). In 2018 is hiervoor geen specifiek zorgprofiel en is de palliatief terminale zorg onderdeel van de andere zorgprofielen.

Tabel 3.4 Aandeel organisaties met verschillende typen cliënten in 2013 en 2018<sup>34</sup>

	Aandeel behandeldiensten met deze cliënten 2013 (n=102)	Aandeel behandeldiensten met deze cliënten 2018 (N=348)
Somatisch	96%	92%
Psychogeriatrisch	100%	98%
Revalidatie	89%	52%
Palliatief-terminaal	64%	42%

Voor een meer gedetailleerd zicht op eventuele ontwikkelingen, staat in tabel 3.5 hoeveel organisaties cliënten hebben met de afzonderlijke zorgprofielen/ELV en GRZ. Bijna alle verpleeghuizen hebben ZZP 5 en/of ZZP 6 cliënten.

Tabel 3.5 Aandeel verpleeghuizen met de verschillende typen cliënten in 2018 (N=348)

Soort cliënten	Aandeel behandeldiensten met deze cliënten
ZZP 5	98%
ZZP 6	91%
ZZP 7	83%
ZZP 8	59%
ZZP 9b	42%
ELV terminaal palliatief	42%
GRZ	44%
ELV overige	69%

Ten behoeve van de vergelijking met 2013 presenteren we in tabel 3.6 de ongewogen resultaten voor 2018. Het aandeel verpleeghuizen waar cliënten verblijven met de zwaardere zorgprofielen (7 en 8) is licht afgenomen sinds 2013 (-2 en -4%). Hetzelfde geldt voor het aandeel cliënten. Voor een goede vergelijking van het aandeel cliënten met een zwaarder zorgprofiel anno 2013 en 2018 hebben we uitsluitend de verdeling van de cliënten met ZZP 5 tot en met 8 opgenomen. Dan blijkt dat dit aandeel tussen 2013 en 2018 licht is gedaald, van 18,2% (14,7+3,5) naar 16,1% (13,7+2,4).

<sup>34</sup> Resultaten uit 2013 zijn ongewogen, uit 2018 gewogen. Richting en omvang van de ontwikkeling tussen 2013 en 2018 zijn gelijk aan de hier gepresenteerde resultaten bij gebruik van ongewogen data voor 2018.



Dit kan betekenen dat de zorgzwaarte van cliënten in de verpleeghuizen licht is afgenomen tussen 2013 en 2018. Vanuit de praktijk komen echter steeds meer signalen dat de zorgzwaarte is toegenomen als gevolg van de extramuralisering.

Uit onderzoek door Radboudumc et al. (2018)<sup>35</sup> komt naar voren dat de zorgzwaarte van ouderen die verblijven in een verpleeghuis toeneemt en hun verblijfsduur afneemt. Oorzaak hiervan, zo stellen deze onderzoekers, is dat alleen de cliënten met meer complexe problematiek in het verpleeghuis terechtkomen: van 2010 tot 2016 is het aantal cliënten dat zware zorg nodig had (zorgzwaartepakket 5-10) gestegen van 50% naar bijna 70%, in 2013 verbleven bewoners nog 485 dagen in een verpleeghuis (Actiz, 2016)<sup>36</sup>, nu is dit minder dan een jaar (Tukkers, 2017)<sup>37</sup>. Vanuit de branche komen signalen naar voren die dit ondersteunen. Een analyse van Zorginstituut Nederland (2018) op basis van de declaratiegegevens voor AWBZ en WLZ over 2013-2016 liet deze ontwikkeling (nog) niet zien, maar toonde aan dat er een relatieve afname is van het aandeel cliënten met de zwaardere zorgprofielen 7 en 8<sup>38</sup>.

Dit roept de vraag op of er een verandering heeft plaatsgevonden in de normen voor indicatiestelling, waardoor minder vaak een zwaarder zorgprofiel wordt geïndiceerd.

Tabel 3.6 Aandeel verpleeghuizen met de verschillende typen cliënten in 2013 en 2018 uitgesplitst naar de verschillende ZZP's/zorgprofielen (ongewogen)

Soort cliënten	Aandeel behandeldiensten met deze cliënten		Verdeling van de cliënten met ZZP 5-8	
	2013 (n=102)	2018 (n=126)	2013 (n=102)	2018 (n=126)
ZZP 5	100%	98%	58,5%	59,6%
ZZP 6	96%	94%	23,2%	24,3%
ZZP 7	91%	89%	14,7%	13,7%
ZZP 8	75%	71%	3,5%	2,4%
ZZP 9	89%	52%		
ZZP 10	64%	*		
ELV terminaal palliatief	-	52%		
GRZ	-	59%		
ELV overige	-	77%		

\* ZZP 10 is opgeheven m.i.v. 1/1/2018.

<sup>35</sup> RadboudMC en Eerstelijngeneeskunde, 2018 o.b.v. cijfers Actiz. (2016). Feiten en cijfers verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 5 juni 2017  
<https://www.actiz.nl/2016/feiten-en-cijfers>

<sup>36</sup> Actiz. (2016). Feiten en cijfers verpleeghuiszorg, verwijzing in Lovink e.a. (zie voetnoot 22).

<sup>37</sup> Tukkers, E. (2017). Kwaliteitsslag verpleeghuiszorg vraagt om 70.000 extra medewerkers en..

bijbehorend budget. Actiz. Geraadpleegd op 5 mei 2017, van  
<https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/01/kwaliteitsslag-verpleeghuiszorg-vraagt-ommedewerkers-en-budget>

<sup>38</sup> Bron: Zorgvisie (2018): <https://www.zorgvisie.nl/sterftecijfer-verpleeghuis-stijgt-met-kwart/> en Zorginstituut Nederland (2018) <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/02/01/zorginstituut-nederland-publiceert-1e-zorgcijfers-monitor>



Alle verpleeghuizen met cliënten met zorgprofiel 7, hebben ook cliënten met zorgprofiel 5. Bij de zorgprofielen die gericht zijn op cliënten met somatische problematiek (zorgprofiel 6 en 8), geldt dat bijna alle organisaties met zorgprofiel 8 ook cliënten hebben met zorgprofiel 6.

### 3.2.2 Cliënten buiten de verpleeghuismuren

Naast aan de eigen (al dan niet tijdelijke) bewoners die verblijven in het verpleeghuis, leveren de meeste behandeldiensten ook medische zorg aan patiënten die niet verblijven in het verpleeghuis. Het gaat hier om zorg die wordt gefinancierd vanuit de tijdelijke 'subsidieregeling extramurale behandeling'<sup>39</sup>, in afwachting van overheveling van deze extramurale zorg naar de zorgverzekeringswet in 2020.

De verwachting is dat de behoefte aan extramurale zorg door de SO toeneemt. Vanwege de invoering van de WLZ per 1/1/2015 en de daarmee gepaarde afbouw van de verzorgingshuizen blijven ouderen langer thuis wonen. Dit betekent dat zij, ook bij complexe problemen, langer zijn aangewezen op medische zorg door huisartsen, die hier niet altijd voor zijn toegerust. De behoefte aan extramurale zorg door de SO neemt hierdoor toe, en de verwachting is dat deze ontwikkeling zal doorzetten. Verschillende programma's vanuit de overheid grijpen hierop aan, zoals het programma 'Langer Thuis'<sup>40</sup> waarin het belang van de inzet van de SO in de eerste lijn wordt onderstreept en de recente aandacht voor de medische zorg in kleinschalige woonvormen<sup>41</sup> waarbij vanuit het ministerie voor VWS wordt aangegeven patiënten met een volledig pakket thuis of persoonsgebonden budget met algemene medische zorg uit de Zorgverzekeringswet ook onder het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vallen. Dit betekent dat ook daar 24/7 een specialist ouderengeneeskunde (SO) beschikbaar moet zijn indien de zorgvraag dit vereist.

Vanuit de beroepsgroep en de verpleeghuizen wordt al enige jaren het belang van inzet van de SO in de eerste lijn onderstreept. Aan respondenten is daarom, net als in de vorige meting, gevraagd aan welke patiëntgroepen buiten het verpleeghuis extramurale medische zorg wordt geleverd. Deze cliënten wonen thuis, in een woonzorgcentrum of in een hospice. Als zij in een woonzorgcentrum wonen of verblijven in een hospice, hebben zij een WLZ-indicatie 'zonder behandeling'. Medische zorg wordt in principe verleend door de huisarts die kan doorverwijzen naar de SO. De SO levert dan 'extramurale zorg' op basis van de genoemde subsidieregeling (NZa, 2018)<sup>42</sup>.

Bijna negen op de tien (89%) behandeldiensten leveren deze extramurale zorg aan één of meerdere patiëntengroepen buiten het verpleeghuis. Deze extramurale zorg wordt bijna uitsluitend geboden door de SO, en voor een klein deel door verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen s.f..

<sup>39</sup> NZa beschikking over de subsidieregeling extramurale behandeling.

<sup>40</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Programma Langer Thuis. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/18/programma-langer-thuis>.

<sup>41</sup> <https://zorgen.nl/actueel/vws-erkent-problemen-rond-huisartsenzorg-in-kleinschalige-woonvormen/>

<sup>42</sup> NZa beschikking over de subsidieregeling extramurale behandeling.



In tabel 3.7 staat welk deel van de verpleeghuizen extramurale behandeling door een of meerdere van deze professionals leveren aan de verschillende patiëntengroepen buiten het verpleeghuis.

Tabel 3.7 Aandeel verpleeghuizen dat extramurale medische zorg levert aan verschillende patiëntengroepen (N=318)

		Aandeel organisaties die deze extramurale zorg bieden
Dagbehandeling		44,8%
Verzorgingshuis/woonzorgcentrum	zonder behandeling	60,4%
	met behandeling	63,0%
Hospice		6,9%
Ziekenhuis		20,0%
Consulten via de huisarts of in de huisartsenpraktijk		77,7%
Overige extramurale zorg		26,4%

Bij de 'overige vormen van extramurale zorg' gaat het vooral om cliënten uit andere verpleeghuizen, particuliere zorgorganisaties en gehandicaptenzorg. Daarnaast noemen verschillende respondenten de extramurale zorg die zij leveren aan cliënten uit de thuiszorg, al dan niet via de casemanager van deze organisaties. Door bijna een kwart van de respondenten is de inzet van expertteams of zorg vanuit verschillende poliklinieken genoemd (geheugen, dementie, Parkinson, poli, Huntington en seksuologie).

We hebben geen informatie uit het onderzoek over het aantal cliënten dat extramurale zorg ontvangt, maar wel de verdeling in tijd van de medische en ondersteunende professionals die wordt besteed als indicatie van het aantal cliënten. Hoe de tijd is verdeeld over de verschillende doelgroepen is te zien in tabel 3.8.

Tabel 3.8 Verdeling van de tijdsbesteding aan extramurale zorg vanuit de verpleeghuizen over de patiëntengroepen (N=205)

Verdeling van de tijdsbesteding	
Dagbehandeling	12,3%
Verzorgingshuis patiënten	42,7%
	zonder behandeling 14,3%
met behandeling	28,4%
Patiënten uit hospice	2,3%
Patiënten uit ziekenhuis	1,9%
Consulten via de huisarts of huisartsenpraktijk	37,3%
Overige extramurale medische zorg	3,4%



## Extramurale zorg door de SO

Verreweg de meeste van de extramurale zorg wordt geleverd door de SO. Deze neemt 85% van de totale extramurale zorg voor zijn/haar rekening<sup>43</sup>. Het aandeel organisaties waarbij de SO extramurale zorg levert is bijna 85%.

In totaal wordt ongeveer **154** fte ingezet voor de uitvoering van extramurale behandelzorg door de SO. Ten opzichte van het totale aantal fte SO, is daarmee het aandeel medische zorg buiten het verpleeghuis **11,0%**. In 2013 was dit 174 fte (13,4%). We zien hierin dus een afname, zowel procentueel als absoluut, vermoedelijk veroorzaakt door het tekort aan SO (ze kunnen in de verpleeghuizen nauwelijks gemist worden).

In 2018 wordt de meeste tijd besteed aan consulten via de huisarts of in de huisartsenpraktijk, zo blijkt uit tabel 3.9 (41,8%). Hoewel in 2013 en 2018 de vragen over de extramurale behandelzorg enigszins verschillen zijn geformuleerd met iets andere antwoord categorieën, zien we dat in beide jaren de meeste tijd wordt besteed aan thuiswonende cliënten, al dan niet met dagbehandeling. (tabel 3.9), in 2013 ruim 64% (44,0% en 20,4%) en in 2018 ruim 54% (11,6% en 41,8%). Opmerkelijk is de toename aan tijd die de SO besteedt aan cliënten die verblijven in een verzorgingshuis/woonzorgcentrum, van 25,7% in 2013 naar 38,6% in 2018. Het gaat hier vooral om verzorgingshuisbewoners die een indicatie hebben 'met behandeling'. Mogelijke verklaring hiervoor is dat in het verzorgingshuis anno 2018 aanmerkelijk meer cliënten verblijven met een indicatie 'inclusief behandeling'.

Tabel 3.9 Verdeling van de buiten de verpleeghuismuren besteedde tijd (fte's) door de SO in 2013 en 2018

	Verdeling van de tijdsbesteding door de SO	
	2013 (n=57)	2018 (N=205)
Dagbehandeling	44,0%	11,6%
Verzorgingshuis/woonzorgcentrum	25,7%	38,6%
zonder behandeling		14,5%
met behandeling		24,1%
Hospice	3,5%	2,5%
Ziekenhuis	6,4%	2,1%
Consulten via de huisarts of in de huisartsenpraktijk	-	41,8%
Overige extramurale zorg (vooral aan thuiswonende cliënten)	20,4%	-
Overige extramurale zorg	-	3,8%

De vraag naar medische zorg aan niet-verpleeghuiscliënten is ook voorgelegd aan de SO in het tijdsbestedingsonderzoek (paragraaf 7.4, tabel 7.11). Daar zien we ook dat de meeste tijd wordt besteed aan zelfstandig wonende cliënten. Bij de tijd die wordt besteed aan verzorgingshuisbewoners zien we echter een afname tussen 2009 en 2018, van 31% naar 21%. Mogelijk verklaring kan zijn dat de SO deze vraag verschillend interpreteren, waardoor zij de verzorgingshuiscliënten met indicatie behandeling mee bij hun verpleeghuistaken.

<sup>43</sup> 6% door de VS en 9% door de verpleegkundige s.f.



Vanwege de mogelijke toename van de behoefte aan extramurale zorg door de veranderingen in de WLZ en het langer thuis wonen van cliënten, is in de vragenlijst ook aandacht besteed aan de externe samenwerkingsverbanden van de SO. In tabel 3.10 staan deze weergegeven. De SO werken het meest samen met huisartsenpraktijken en ziekenhuizen. Daarnaast geeft een deel van de organisaties ook 'andere samenwerkingsverbanden' aan. Meerdere keren wordt hierbij genoemd: andere zorginstellingen, waaronder particuliere zorginstellingen en collega-zorgorganisaties.

Tabel 3.10 Samenwerkingsverbanden van de SO (N=318)

Aantal organisaties	
Huisartsenpraktijk	83,1%
Ziekenhuis	54,6%
Particulier hospice	4,3%
GGZ-organisatie	22,7%
Anders	28,2%

Van de organisaties die samenwerkingsverbanden hebben, geven de meeste aan één (38%) of twee (35%) samenwerkingsverbanden te hebben. Dit is voornamelijk met een huisartsenpraktijk of een huisartsenpraktijk en ziekenhuis. Bijna 25% geeft aan drie samenwerkingsverbanden te hebben en 3% geeft vier samenwerkingsverbanden aan.

### 3.3 Werkcontext van de SO: multidisciplinaire samenwerking binnen het verpleeghuis

Zorg in een verpleeghuis wordt doorgaans geleverd door een multidisciplinair team dat minimaal bestaat uit verzorgenden en verpleegkundigen, een specialist ouderengeneeskunde en andere (para)medische behandelaars, therapeuten/activiteitenbegeleiders, een geestelijk verzorgende en een psycholoog. De specialist ouderengeneeskunde is meestal de regievoerder over het multidisciplinair overleg. Afhankelijk van de problematiek van de specifieke cliënt kan dit ook de GZ-psycholoog zijn.

Hoewel al deze beroepsgroepen van belang zijn voor goede zorg en deel uitmaken van de werkcontext van de SO, richten we ons hier op de professionals die een rol hebben bij de medische zorgverlening. Het gaat hier om een aantal professionals en ondersteuners die deel uitmaken van de behandeldienst, zo bleek uit eerder onderzoek (van der Windt en Bloemendaal (2012):

- Overige artsen (aios O, basisartsen, huisartsen, overige artsen);
- Niet-artsen die medische en verpleegtechnische zorg uitvoeren: verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.);
- Overige ondersteuning van de SO: medisch secretaresses, doktersassistenten en praktijkondersteuners (niet-verpleegkundig);
- Psychologen: GZ-psychologen en masterpsychologen.



Overal waar we in dit rapport spreken over de samenstelling of de omvang van de behandeldienst (wat betreft personeel) gaat het uitsluitend om de hierboven genoemde beroepsgroepen.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de samenstelling van de behandeldienst, waarbij we de hier genoemde vier groepen professionals en ondersteuners beschrijven. De samenwerking met verzorgenden en verpleegkundigen komt aan bod in hoofdstuk 6 over de doelmatigheid van de behandelpraktijk van de SO.



## 4 PERSONELE BEZETTING IN HET VERPLEEGHUIS

Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven, wordt de medische zorg in het verpleeghuis doorgaans geleverd door een multidisciplinair team. De hoofdgroepen van relevante professionals en ondersteuners voor de medische zorg zijn daarbij benoemd. In dit hoofdstuk gaan we in op de samenstelling van deze hoofdgroepen en beschrijven we achtereenvolgens de bezetting en vacatures van de artsen in de verpleeghuizen (paragraaf 4.1), bezetting en vacatures van de VS, PA en verpleegkundigen s.f. (4.2), de ondersteunende beroepen (4.3) en de psychologen (4.4). In paragraaf 4.5 gaan we in op de personele samenstelling van de behandel dienst in zijn totaliteit, om een landelijk beeld te schetsen. In paragraaf 4.6 beschrijven we welke overwegingen bij de respondenten van belang zijn geweest bij de totstandkoming van de huidige personeelsmix in de behandel dienst.

### 4.1 Medische bezetting en vacatures

#### 4.1.1. Artsen werkzaam in het verpleeghuis

Aan de respondenten is gevraagd of er op 1 januari 2018 artsen werkzaam waren in hun organisatie, al dan niet in loondienst<sup>44</sup>. In bijna alle organisaties (98,5%) zijn artsen werkzaam<sup>45</sup>. Voor de 1,5% organisaties waar geen artsen werkzaam zijn, geldt dat het voornamelijk kleine organisaties zijn. Bij de organisaties waar wél artsen werkzaam zijn, maakt altijd een SO deel uit van de artsenformatie (zie tabel 4.1).

Uit tabel 4.1 blijkt dat bij bijna 69% van de verpleeghuizen ook andere artsen dan de SO werkzaam zijn: meer dan de helft van de verpleeghuizen heeft basisartsen<sup>46</sup> (52,9%), vier op de tien hebben aios O (40,4%) en ongeveer 19,1% huisartsen. De 4% behandel diensten die aangeven dat er andere dan de genoemde artsen werkzaam zijn noemen: arts voor verstandelijke gehandicapten, (klinisch) geriater, straatdokter en ziekenhuisarts.

Tabel 4.1 Aantal behandel diensten met de verschillende type artsen (N=334)

Behandel diensten met deze artsen (in %)	
Artsen totaal	98,6%
SO	98,6%
Niet-SO totaal	68,8%
Aios O	40,4%
Huisartsen	19,1%
Basisartsen	52,9%
Overige artsen	4,0%

<sup>44</sup> Informatie over de artsen in loondienst versus niet in loondienst is te vinden in bijlage 5, deel A.

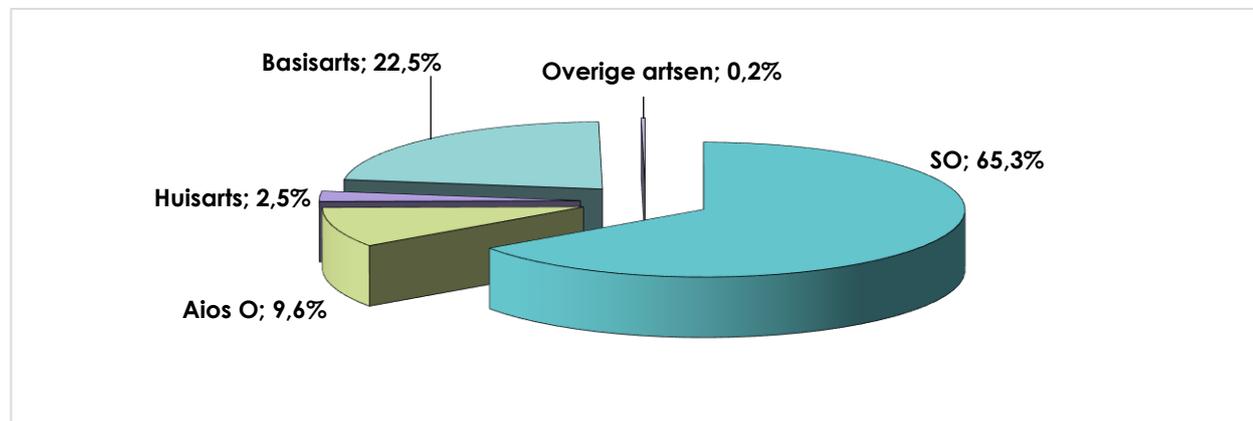
<sup>45</sup> De vraag of er artsen werkzaam zijn in de organisatie, is beantwoord door 96% van de organisaties.

<sup>46</sup> Dit is inclusief huisartsen in opleiding.



Daarnaast is gevraagd naar het aantal fte's dat deze artsen werkzaam zijn bij de organisatie. Figuur 4.1 laat zien dat ongeveer twee derde van de artsenformatie bestaat uit SO (65,3%), 22,5% uit basisartsen, 9,6% uit aios O en 2,5% uit huisartsen. Slechts een klein deel (0,2%) bestaat uit overige artsen.

Figuur 4.1 Het aandeel artsen (in fte's) in de totale artsenformatie binnen de behandel dienst (N=305\*)



\* Ongeveer 90% van de responderende behandel diensten heeft volledige informatie verleend over het aantal fte's artsen.

Sinds vorige metingen hebben verschuivingen plaatsgevonden in de samenstelling van de artsenformatie in de verpleeghuizen, zo blijkt uit tabel 4.2<sup>47</sup>.

Tabel 4.2. De verdeling van artsen in verpleeghuizen over verschillende categorieën per 1-1 in 2001, 2004, 2007, 2010, 2013 en 2018 op basis van fte's en aantallen.

Verdeling FTE's in %	2001	2004	2007	2010	2013	2018*
SO	73,6%	71,9%	80,1%	79,4%	72,0%	65,5%
Aios O	13,7%	13,1%	13,3%	10,4%	7,1%	9,3%
Overige artsen	12,7%	15,0%	6,5%	10,2%	20,9%	25,2%
Totaal FTE in %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Verdeling in personen in %	2001	2004	2007	2010	2013	2018*
SO	73,3%	71,3%	79,4%	76,0%	68,7%	63,7%
Aios O	13,3%	12,7%	13,2%	11,9%	10,8%	8,6%
Overige artsen	13,4%	16,1%	7,4%	12,1%	20,6%	27,6%
Totaal personen in %	100%	100%	100%	100%	100%	100%

\* Peildatum 1/1/2018

Het aandeel SO in de artsenformatie in de verpleeghuizen neemt vanaf 2007 af. De toename van het aandeel overige artsen vanaf 2007 heeft zich doorgezet en is sinds 2013 met bijna 5% gestegen. Deze stijging wordt grotendeels veroorzaakt door een toename van het aantal fte basisartsen van 16,8% in 2013 naar 22,0% in 2018. Het aandeel fte huisartsen is stabiel (2,4% in 2013 en 3,0% in 2018), het aandeel fte overige artsen is afgenomen (1,7% in 2013 naar 0,2% in 2018). Ongetwijfeld speelt het tekort aan SO en de daarmee samenhangende toename van substitutie

<sup>47</sup> Hier zijn voor 2018 de gewogen resultaten weergegeven, omdat deze nauwelijks verschillen met de ongewogen resultaten uit 2018. Voor de andere jaren is er geen geweging uitgevoerd en betreft dit de ongewogen resultaten.



een belangrijke rol bij de toename van het aandeel basisartsen. Het aandeel aios O is sinds 2013 licht toegenomen van 7,1% naar 9,3% (o.b.v. fte's). Het aandeel op basis van aantallen neemt licht af. Dit betekent dat de deeltijdfactor van aios O sinds 2013 is toegenomen.

#### 4.1.2 Vacatures bij de artsen

Anno 2018 zijn er vacatures voor alle typen artsen. Het vacaturepercentage is het hoogst voor de SO met 12,5% (fte vacatures t.o.v. fte bezette arbeidsplaatsen), maar ook voor de aios O en de overige artsen liggen deze percentages hoog, met respectievelijk 11,4% en 9,5%. Bij de vacatures voor overige artsen gaat het voor het grootste deel om vacatures voor basisartsen (11,4%).

Tabel 4.3 Het aantal vacatures per 1-1-2018 in personen en in % van bezette arbeidsplaatsen (N=348)

	Absoluut aantal personen	% van bezette arbeidsplaatsen (fte's)
SO	207	12,5%
Aios O	28	11,4%
Overige artsen	74	9,5%

De in dit onderzoek gemeten vacaturegraad van 12,5% is aanmerkelijk hoger dan de vacatures volgens de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact/Capaciteitsorgaan (5,9% voor eerste kwartaal van 2018). Vanuit het veld wordt erop gewezen dat de metingen van vacatures volgens de Arbeidsmarktmonitor anno 2018 mogelijk geflatteerd zijn. Het werkelijke aantal vacatures zou hoger zijn omdat er 'verborgen' vacatures zijn die niet uitgezet worden vanwege de kleine kans om iemand op deze wijze te werven. Ook geldt dat vacatures tijdelijk ingevuld worden door basisartsen, en dan niet meer uitstaan. In tabel 4.4 staat hoe het aandeel vacatures zich ontwikkelt over de jaren.

Tabel 4.4. Het aantal vacatures per 1/1 in 2001, 2004, 2007, 2010, 2013 en 2018 in personen en in % van de bezette arbeidsplaatsen, o.b.v. aantal personen en o.b.v. fte's

	Absoluut aantal personen						% van bezette arbeidsplaatsen (fte's)					
	2001	2004	2007	2010	2013	2018*	2001	2004	2007	2010	2013	2018*
SO	118	91	74	140	112	207	11,7%	7,7%	4,8%	12,1%	9,7%	12,5%
Aios O	40	44	28	57	34	28	23,6%	23%	13,5%	49,6%	31,6%	11,4%
Artsen overig	18	14	6	17	17	74	8,5%	9,4%	4,6%	9,1%	5,1%	9,5%

\* Peildatum 1/1/2018

Anno 2018 staat bijna twee derde (65%) van de vacatures voor SO langer open dan 6 maanden, een stijging ten opzichte van 2013 waar dit aandeel 50% was. Voor de vacatures voor aios O en overige artsen is anno 2018 het aantal langdurige vacatures respectievelijk 26% en 41%. In 2013 waren deze er nauwelijks voor deze beroepsgroepen (13%), uitsluitend voor basisartsen.



## 4.2 Bezetting en vacatures bij de VS, PA en verpleegkundige s.f.

### 4.2.1 Bezetting van VS, PA en verpleegkundige s.f.

Onder meer door het voortdurende tekort aan SO op de arbeidsmarkt, worden in veel verpleeghuizen taken/delen van het werk van de SO overgenomen door verpleegkundig specialisten, physician assistants<sup>48</sup> en verpleegkundigen s.f. (vaak praktijkverpleegkundigen).

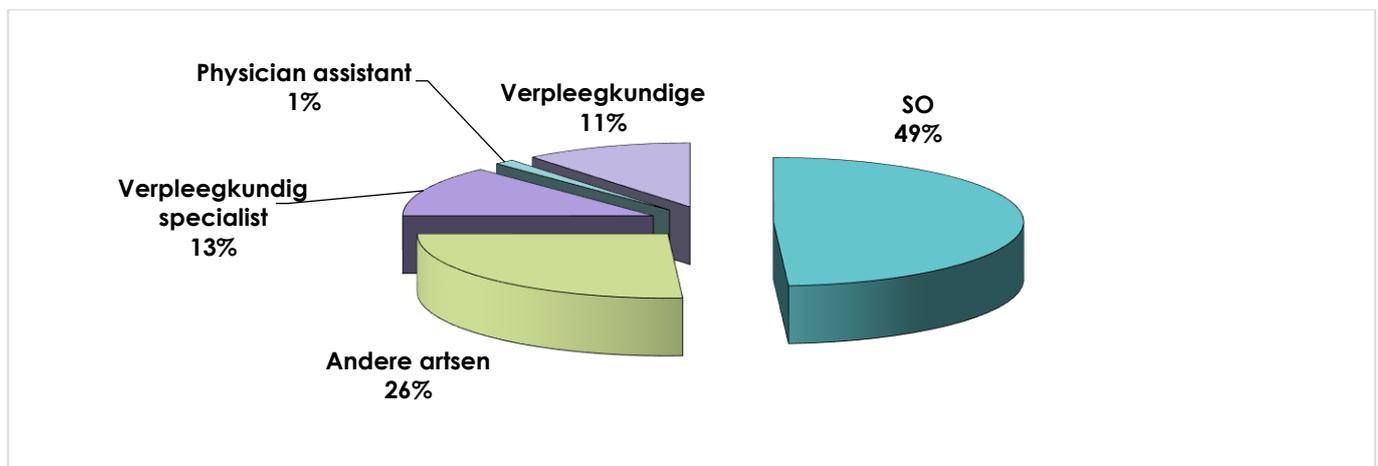
Ongeveer 75% van de deelnemende behandeldiensten beschikt over één of meerdere van deze professionals (tabel 4.5). Van de 25% overige organisaties, heeft 5,6% wel plannen om dat te gaan doen. 19,3% heeft geen plannen.

Tabel 4.5 Aandeel van de behandeldiensten die werken met deze professionals per 1/1/2018 (N=334)

Aandeel van de medische diensten (in %)	
Werken met deze professionals	75%
Werkt niet met deze professionals	25%
geen plannen	19,3%
wel plannen	5,6%

In figuur 4.2 is te zien hoe het aantal fte van deze professionals zich verhoudt tot de totale 'medische' formatie. De VS, PA en verpleegkundigen s.f. vertegenwoordigen een kwart van deze medische formatie. Op elke fte SO is er in totaal 0,5 fte aan VS, PA of verpleegkundige s.f.. Het grootste deel van deze groep bestaat uit verpleegkundig specialisten (13%), gevolgd door de verpleegkundige s.f. (11%). De PA wordt nog maar mondjesmaat ingezet.

Figuur 4.2 Aandeel (in fte's) van de VS, PA en verpleegkundigen (s.f.) in verhouding tot de artsenformatie (N=270\*)



\* Ruim 80% van de responderende behandeldiensten heeft de volledige informatie geleverd over het aantal fte's voor deze groepen.

<sup>48</sup> Sinds 1 januari 2018 hebben de verpleegkundig specialist en physician assistant een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren, uitvoeren en delegeren van voorbehouden handelingen, waardoor zij een zelfstandige behandelrelatie kunnen aangaan met een patiënt. Voor verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving geldt dit niet.



In tabel 4.6 is de ontwikkeling in de tijd te zien van de inzet van VS, PA, en verpleegkundigen s.f.<sup>49</sup>. Vooral bij VS en verpleegkundige s.f. zien een forse groei. Waarschijnlijk hebben verpleeghuizen met de inzet van deze professionals de arbeidsmarktkrapte onder SO gedeeltelijk willen opvangen.

Tabel 4.6. Het aantal, aantal fte en de deeltijdfactor van in verpleeghuizen werkzame VS, PA en verpleegkundigen s.f. in 2010, 2013 en 2018

	Aantallen			FTE			Deeltijdfactor		
	2010	2013	2018*	2010	2013	2018*	2010	2013	2018*
Verpleegkundig specialist (VS) /Nurse Practitioner	71	187	366	61	158	295	0,86	0,85	0,81
Verpleegkundig specialist /Nurse Practitioner i.o.	40	92	77	37	79	68	0,93	0,86	0,88
Physician assistant (PA)**	-	21	33	-	20	25	-	0,91	0,76
Physician assistant i.o.**	-	11	13	-	10	11	-	0,79	0,85
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving	147	211	409	102	156	287	0,69	0,74	0,70
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving i.o.	23	24	37	18	17	23	0,78	0,71	0,64
<b>Totaal</b>	<b>282</b>	<b>546</b>	<b>934</b>	<b>218</b>	<b>439</b>	<b>709</b>	<b>0,77</b>	<b>0,80</b>	<b>0,76</b>

\* Peildatum 1/1/2018, gewogen resultaten.

\*\* Gemeten vanaf 2013.

In totaal is anno 2018 363 fte VS actief vanuit de behandel diensten van verpleeghuizen, waarvan 68 fte in opleiding (zie tabel 4.6), ten opzichte van 2013 een groei van 87%. Ook bij de verpleegkundigen s.f. zien we een groei ten opzichte van 2013. Dit aantal (in fte's) is toegenomen met bijna 83%.

Het aantal VS en verpleegkundigen s.f. in opleiding lijkt zich te hebben gestabiliseerd. Dit betekent waarschijnlijk dat de sterke stijging tussen 2010 en 2018 zal afvlakken in de komende jaren zal afvlakken.

Sinds 2013 wordt de physician assistant meegenomen in het onderzoek. Het aantal PA in dienst wordt per 1 januari 2018 geschat op 36 fte, waarvan 11 fte in opleiding. Deze aantallen zijn nagenoeg gelijk aan de aantallen in 2013.

Eind 2018 heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan ook onderzoek plaatsgevonden onder VS en PA<sup>50</sup>. Uit de voorlopige resultaten van dit onderzoek blijkt dat er per 1 januari 2019 3.174 fte verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in Nederland, waarvan 339 fte in de verpleeghuiszorg. Dit is iets hoger dan de 295 fte VS in dit onderzoek. Mogelijk zijn er in de verpleeghuizen ook VS actief die geen onderdeel uitmaken van de behandel dienst.

<sup>49</sup> NB: In 2010 en 2013 zijn de ongewogen resultaten gepresenteerd, in 2018 de gewogen resultaten. Bij deze laatste is steeds gecheckt of de richting en de omvang van de ontwikkeling hetzelfde zou zijn als we de ongewogen resultaten presenteren. Daaruit blijkt dat de ongewogen resultaten steeds dezelfde richting van de ontwikkeling zien, maar het verschil ten opzichte van 2013 is kleiner dan het hier gepresenteerde verschil met de gewogen resultaten.

<sup>50</sup> Velde, F. van der. 2019 In voorbereiding



Voor de PA gaat het landelijk om 951 fte PA, waarvan 27 fte in de verpleeghuizen. Dit aantal is nagenoeg gelijk aan het aantal fte PA in dit onderzoek onder verpleeghuizen.

In tabel 4.7 gaan we in op de vraag in welke configuraties de VS, PA en verpleegkundige s.f. voorkomen. De meeste behandeldiensten hebben anno 2018 uitsluitend VS in dienst (31%), gevolgd door de combinatie van VS en verpleegkundigen s.f. (18%) en uitsluitend verpleegkundigen s.f. (14%). Wanneer we de percentages optellen per type professional, werkt in 2018 56% van de verpleeghuizen met de VS, 39% met de verpleegkundige s.f. en 13% met de physician assistant.

Tabel 4.7 Aandeel organisaties dat werkt met de VS, PA en verpleegkundig s.f. en combinaties daarvan in de behandeldienst

	2004	2007	2010	2013	2018*
Uitsluitend verpleegkundig specialisten	4%	10%	17%	0%	31%
Uitsluitend verpleegkundigen (s.f.)	12%	20%	27%	16%	14%
Verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen (s.f.)	-	5%	5%	44%	18%
Uitsluitend physician assistants	-	-	-	0%	2%
Physician assistants en verpleegkundigen (s.f.)	-	-	-	6%	3%
Physician assistants en verpleegkundig specialisten	-	-	-	0%	4%
VS, PA en verpleegkundigen (s.f.)	-	-	-	5%	4%
<b>Subtotaal % organisaties met deze professionals in de behandeldienst</b>	<b>16%</b>	<b>35%</b>	<b>49%</b>	<b>72%</b>	<b>75%</b>
<b>% organisaties zonder deze professionals in de behandeldienst</b>	<b>84%</b>	<b>65%</b>	<b>51%</b>	<b>28%</b>	<b>25%</b>
<b>Totaal (in %)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

\* Peildatum 1/1/2018, gewogen resultaten

Ten opzichte van voorgaande jaren valt op dat steeds meer organisaties beschikken over één of meer van deze typen professionals in hun behandeldienst, waarbij de groei tussen 2013 en 2018 afvlakt (van 72% in 2013 naar 75% in 2018). Verder zien we verschuivingen in de configuraties waar behandeldiensten voor kiezen. Daarbij valt op dat organisaties steeds meer een duidelijke keuze lijken te maken voor één van de ondersteunende professionals, waarbij de voorkeur lijkt uit te gaan naar de VS. Vanuit dit onderzoek is geen zicht op de manier waarop deze professionals worden ingezet bij de medische zorg. Recent onderzoek (Lovink e.a., 2018)<sup>51</sup> wijst uit dat het ontbreken van een eenduidige visie op de personeelssamenstelling en onbekendheid met de bevoegdheden van deze hoogopgeleide zorgprofessional leidt tot onderbenutting van de VS en PA. Uit casestudies in zeven verpleeghuizen bleek daarbij ook dat specialisten ouderengeneeskunde het vaak moeilijk vinden om verantwoordelijkheid uit handen te geven.

Van de organisaties waar geen van de genoemde professionals werkzaam zijn (25%), hebben de meeste geen concrete plannen om in de nabije toekomst een van deze beroepsgroepen aan te stellen (19%, zie tabel 4.8, laatste kolom). De overige respondenten hebben bijna alle concrete

<sup>51</sup> M. Lovink, A. Van Vught, G. van den Brink, M. Laurant. Taakherschikking in de ouderenzorg: Kansen, belemmeringen en effecten. RadboudMC en Eerstelijngeneeskunde, 2018.



plannen om met VS te gaan werken. Slechts een enkele organisatie geeft aan plannen te hebben om zowel een VS als verpleegkundige s.f. aan te nemen.

Tabel 4.8 Plannen om in de nabije toekomst VS, PA en/of verpleegkundige s.f. aan te nemen bij organisaties zonder deze professionals in de behandeldienst

	2004	2007	2010	2013	2018*
<b>% organisaties zonder VS, PA en/of VPK s.f. in de behandeldienst</b>	<b>84%</b>	<b>65%</b>	<b>51%</b>	<b>28%</b>	<b>25%</b>
Geen concrete plannen om deze aan te nemen	64%	46%	22%	10%	19%
Wel concrete plannen om deze aan te nemen, namelijk:	20%	19%	29%	18%	6%
<b>om met verpleegkundig specialisten te werken</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>17%</b>	<b>13%</b>	<b>5%</b>
<b>om met verpleegkundigen (s.f.) te werken</b>	<b>13%</b>	<b>13%</b>	<b>12%</b>	<b>5%</b>	<b>&lt;1%</b>
<b>om met physician assistants te werken</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2%</b>	<b>&lt;1%</b>

\* Peildatum 1/1/2018, gewogen resultaten

Hoewel het lijkt of het aantal organisaties dat geen concrete plannen heeft is gestegen, is deze stabiel sinds 2013. De stijging van 10% in 2013 naar 19% in 2018 wordt veroorzaakt door de weging in 2018.

#### 4.2.2 Vacatures bij VS, PA en verpleegkundige s.f.

Ongeveer 22% van de organisaties geeft aan dat zij per 1/1/2018 vacatures hebben openstaan voor één of meer van deze professionals. Het gaat daarbij voornamelijk om vacatures voor verpleegkundig specialisten (86%, inclusief VS i.o.), gevolgd door verpleegkundigen s.f. (9% inclusief VPK s.f. i.o.) en physician assistants (5%). Bij de verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving staan alle vacatures al meer dan 6 maanden open. Bij de verpleegkundig specialisten geldt dat voor ongeveer 33%. Geen van de vacatures voor physician assistants staat langer open dan 6 maanden.

Het totale percentage openstaande vacatures voor deze professionals komt overeen met het onderzoek uit 2013 waar dit een op de vijf organisaties betrof.

#### 4.3 Bezetting medisch secretariaat, doktersassistenten en praktijkondersteuners

Aan de hoofden van de behandeldiensten is ook gevraagd of er ondersteuning beschikbaar is in de vorm van medisch secretariaat, doktersassistenten en praktijkondersteuners (niet-verpleegkundigen). Ongeveer 71% van de verpleeghuizen heeft aangegeven deze ondersteuners in dienst te hebben. 29% van de verpleeghuizen heeft geen ondersteuning.

In tabel 4.9 is het aandeel behandeldiensten weergegeven die beschikken over de verschillende ondersteuners. De meeste organisaties hebben ondersteuning van een medisch secretariaat.



Tabel 4.9 Het aandeel organisaties met ondersteuning van de behandel dienst door medisch secretariaat, doktersassistenten en andere ondersteuners (N=334)

Aandeel organisaties met deze ondersteuning*	
Medisch secretariaat	60%
Doktersassistenten	16%
Praktijkondersteuners	3%
Anders	3%

\* Meerdere antwoorden mogelijk

Voor de vergelijking met 2013 kijken we naar de ongewogen cijfers van 2018 en 2013, omdat het aandeel kleine organisaties in 2018 na weging aanmerkelijk groter is (tabel 4.10). Dan blijkt het aandeel verpleeghuizen dat ondersteuning van deze professionals krijgt iets te zijn afgenomen sinds 2013. In 2018 geeft bijna 81% van de verpleeghuizen aan dat zij één van deze ondersteuners in dienst hebben, in 2013 was dit 89%.

Tabel 4.10 Het aandeel organisaties met ondersteuning van de behandel dienst door medisch secretariaat, doktersassistenten en andere ondersteuners in 2013 en 2018

	Aandeel organisaties met deze ondersteuning*	
	2013 (n=102)	2018 ongewogen (n=123)
Medisch secretariaat	77%	71%
Doktersassistenten	30%	20%
Praktijkondersteuners	5%	2%
Anders	**	3%

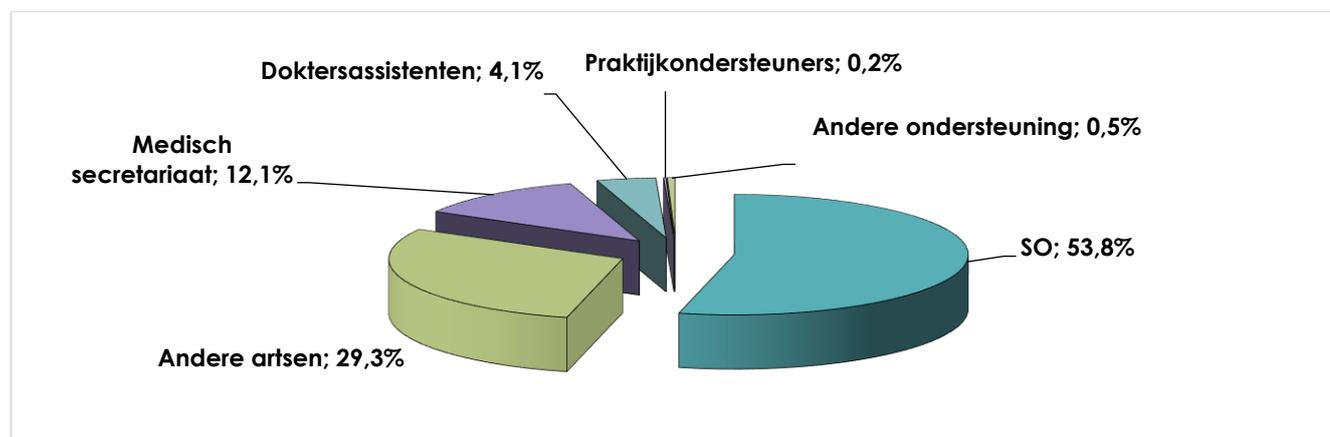
\* Meerdere antwoorden mogelijk

\*\* Anders is niet uitgevraagd in 2013.

Wanneer we kijken naar het aandeel ondersteuners in verhouding tot de gehele artsenformatie, dan is het gemiddelde aandeel van ondersteuners ongeveer 17% (zie figuur 4.3), dit betekent dat op elke fte arts, 0,17 fte (6 uur) ondersteuner aanwezig is. Het grootste aandeel ondersteuning komt van de medisch secretaressen (12,1%), gevolgd door de doktersassistenten (4,1%).



Figuur 4.3 Het aandeel (in fte's) van de verschillende ondersteuners ten opzichte van de artsenformatie (N=271)



In tabel 4.11 is de ondersteuning per fte SO gepresenteerd. Het medisch secretariaat geeft de meeste ondersteuning met gemiddeld 8 uur per fte SO.

Tabel 4.11 Ondersteuning van de SO door medisch secretariaat, doktersassistenten en praktijkondersteuners (N=271)

	Gemiddeld aantal uren per fte SO	Verdeling van de ondersteuning
Medisch secretariaat	8,1	72%
Doktersassistenten	2,7	24%
Praktijkondersteuners*	0,1	1%
Anders	0,4	3%
Totaal	11,3	100%

\* Klein aantal respondenten

Om de resultaten uit tabel 4.11 te kunnen vergelijken met 2013, is voor 2013 een schatting gemaakt van het aantal fte op basis van figuren uit het onderzoeksrapport uit 2013. Voor het medisch secretariaat is dan een lichte stijging te zien van 7,8 uur in 2013 naar 8,1 uur per fte SO in 2018. Bij de doktersassistenten zien we een lichte daling, van 2,9 uur in 2013 naar 2,7 uur per fte SO in 2018. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het aandeel SO in de medische formatie in 2013 groter was (37% in 2013 en 33% in 2018).

## 4.4 Bezetting psychologen

Hoewel psychologen geen directe bijdrage leveren aan de medische zorg door de SO, is de samenwerking met psychologen van wezenlijk belang bij de vaststelling van (zorg)leefplannen, multidisciplinaire behandeling van pijn, psychische problemen, probleemgedrag, enz. Om inzicht te krijgen in de bijdrage van psychologen, is aan de organisaties gevraagd of zij psychologen in dienst hebben en om hoeveel fte dit gaat. Bijna alle organisaties hebben één of meerdere



psychologen in dienst (97%). Slechts 3% van de verpleeghuizen geeft aan dat er géén psychologen in dienst zijn van hun organisatie.

In tabel 4.12 staat een overzicht van het aantal organisaties met de verschillende soorten psychologen. In de meeste organisaties zijn psychologen werkzaam (77%), ongeveer twee derde van de organisaties kan beschikken over gezondheidszorgpsychologen (GZ-Psycholoog)<sup>52</sup>. Bijna de helft (47%) van alle organisaties heeft meerdere typen psychologen in dienst.

Tabel 4.12 Het aandeel verpleeghuizen waar psychologen werkzaam zijn (N=334)

Aandeel organisaties met deze psychologen*	
GZ-psychologen	66%
Psychologen	77%

\* Meerdere antwoorden mogelijk

Voor de vergelijking met 2013, staan in tabel 4.13 de ongewogen resultaten. Te zien is dat het aandeel organisaties met GZ-psychologen is toegenomen van 65% in 2013 naar 74% in 2018. Het aandeel organisaties met psychologen is daarentegen gedaald van 92% in 2013 naar 85% in 2018.

Tabel 4.13 Het aandeel verpleeghuizen waar psychologen deel uitmaken van de behandel dienst in 2013 en 2018

	Aandeel organisaties met deze psychologen*	
	2013 (n=102)	2018 ongewogen (n=123)
GZ-psychologen	65%	74%
Psychologen	92%	85%

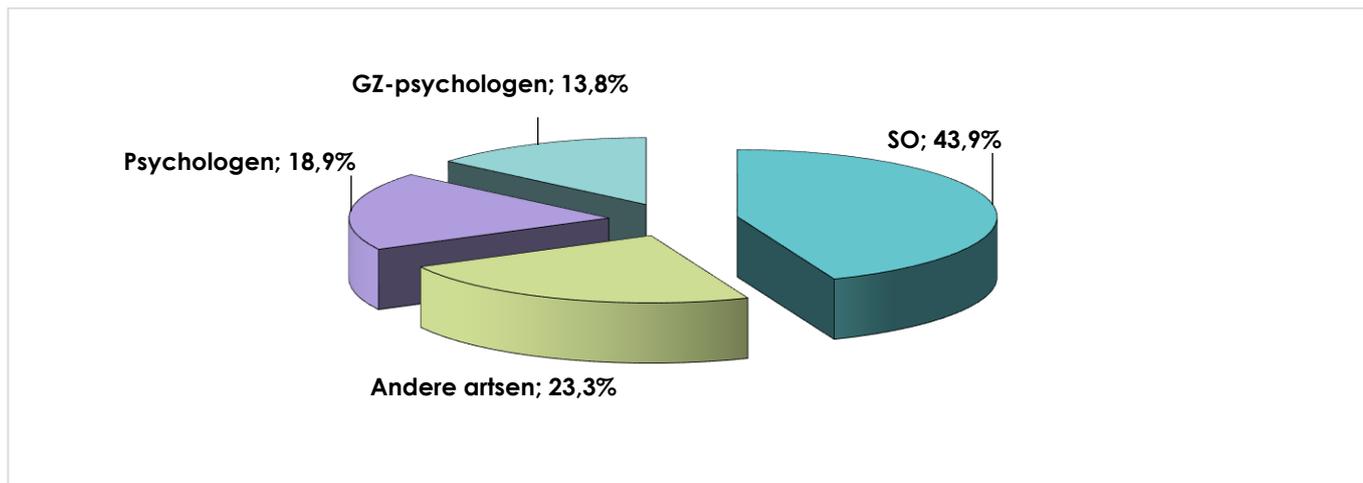
\* Meerdere antwoorden mogelijk

Het totale aandeel psychologen ten opzichte van de artsenformatie staat weergegeven in figuur 4.4. Het aandeel psychologen in verhouding tot de gehele artsenformatie is ongeveer 33%, 18,9% voor psychologen en 13,8% voor GZ-psychologen.

<sup>52</sup> 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.



Figuur 4.4 Het aandeel (in fte's) van de psychologen ten opzichte van de artsformatie (N=272)



In tabel 4.14 is te zien dat er gemiddeld 15,5 uren van psychologen per fte SO werken in de verpleeghuizen, voor de GZ-psychologen is dit 11,3 uren per fte SO.

Tabel 4.14 Formatie aan psychologen t.o.v. de formatie SO en aandeel van de verschillende typen psychologen hierin (N=272).

	Gemiddeld aantal uren per fte SO	Verdeling van de professionals
GZ-psychologen	11,3	42%
Psychologen	15,5	56%
Totaal	26,8	100%

Waar eerder bleek dat het aandeel organisaties waar psychologen werkzaam zijn is gestegen sinds 2013, blijkt dit ook het geval voor het aantal uren ondersteuning per fte SO: voor de GZ-psychologen van 7,8 uur per fte SO in 2013 naar 11,8 in 2018, voor de psycholoog van 13,6 uur per fte SO naar 15,5 in 2018<sup>53</sup>. Kanttekening hierbij is dat het aandeel SO in 2018 verschilt ten opzichte van in 2013.

## 4.5 Samenstelling van de behandel dienst

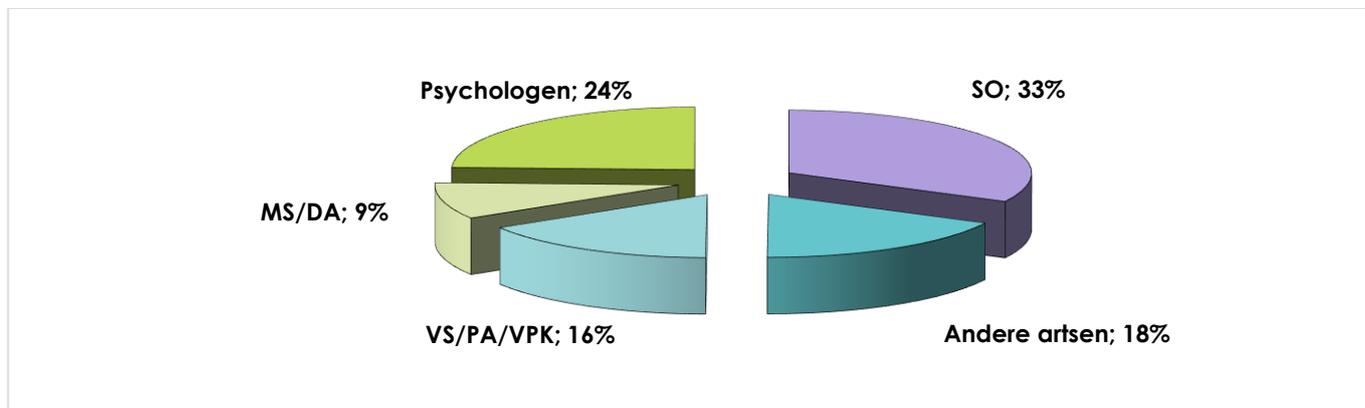
In de voorgaande paragrafen hebben we de verschillende beroepsgroepen die van belang zijn bij de medische zorg afzonderlijk besproken. Hieronder schetsen we, vanwege het multidisciplinaire karakter van de medische zorg in het verpleeghuis, een beeld van de behandel dienst in zijn totaliteit. Om dit te kunnen doen, kunnen we alleen gebruik maken van de respondenten die alle vragen over de verschillende beroepsgroepen hebben ingevuld. Dit geldt voor 75% van de responderende behandel diensten, zowel kleine organisaties als grote organisaties. Cijfers kunnen daardoor licht afwijken van de van de gepresenteerde cijfers in de vorige paragrafen.

<sup>53</sup> Cijfers over 2013 zijn een schatting op basis van de figuren in het rapport 2013.



Figuur 4.5 laat zien dat gemiddeld de helft van de behandeldienst uit artsen bestaat, waaronder 33% SO. Daarnaast bestaat bijna een kwart uit psychologen (24%).

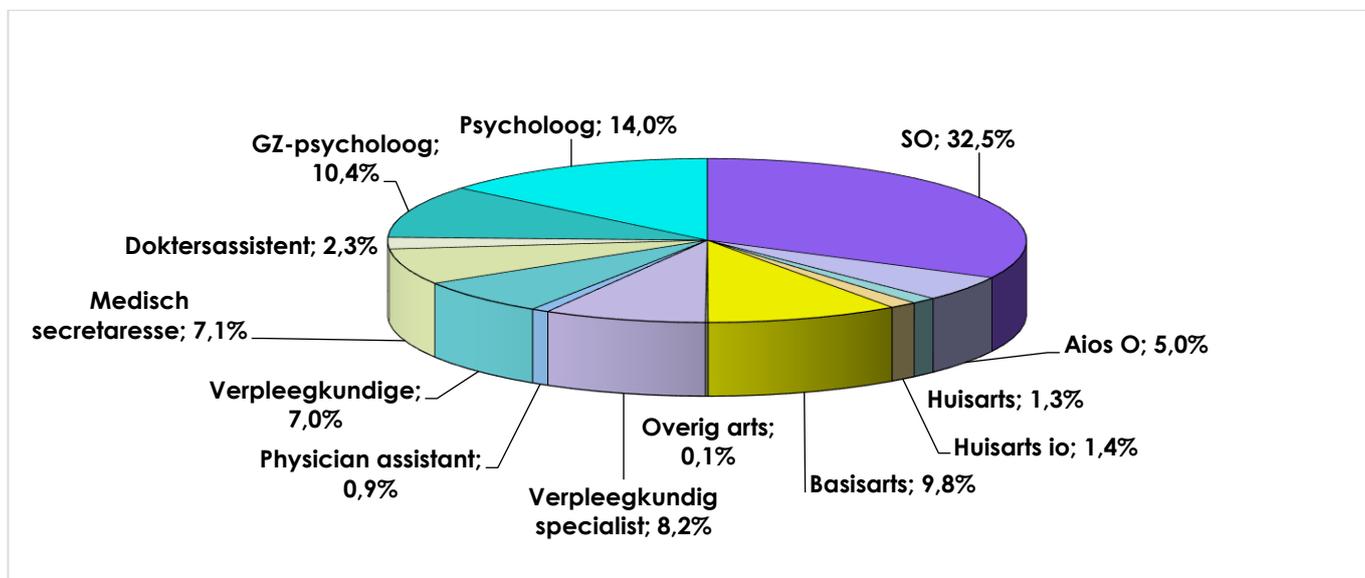
Figuur 4.5 De samenstelling van de behandeldienst op hoofdgroepen (N=244).



Er zijn verschillen tussen grote en kleine organisaties. Deze staan opgenomen in bijlage 5, deel B.

In figuur 4.6 staat de gemiddelde samenstelling van de deelnemende behandeldiensten voor de relevante functies op basis van fte's voor 2018. De figuur biedt een compleet overzicht van de relevante beroepsgroepen die direct dan wel indirect betrokken zijn bij de medische zorg in de verpleeghuizen, en hun onderlinge verhoudingen. Binnen de behandeldienst zijn de SO, psychologen, basisartsen en de verpleegkundig specialisten de grootste groepen.

Figuur 4.6 De gewogen gemiddelde samenstelling van de behandeldienst in % op basis van fte's (N=244)



In tabel 4.15 staat welk aandeel de verschillende professionals en ondersteuners hebben in de behandeldienst en om hoeveel fte's dit gaat. De gewogen resultaten uit het onderzoek zijn geëxtrapoleerd naar een landelijk beeld op basis van het aantal geregistreerde SO (1392 fte, zie tabel 2.3).



Het gemiddelde aantal medewerkers per behandeldienst in 2018 is 21 met een gemiddelde van 15,0 fte (het minimum is 0,3 fte en het maximum is 76,9 fte). Sinds 2013 is de omvang van de behandeldienst gegroeid. In 2013 bestond de behandeldienst gemiddeld uit 17 medewerkers, gemiddeld 12,6 fte (met een minimum van 0,4 fte en een maximum van 55,2 fte). Kijkend naar de verdeling van de beroepsgroepen binnen de behandeldienst, dan zijn de belangrijkste verschuivingen sinds 2013 een lichte afname van het aandeel SO en een toename van het aandeel basisartsen, VS en gezondheidspsychologen. Het aandeel van de overige beroepsgroepen lijkt relatief stabiel<sup>54</sup>.

Tabel 4.15 De gemiddelde samenstelling van de behandeldienst in % op basis van fte's in 2013 en 2018 (landelijk beeld)\*

	2013		2018	
	% verdeling	Fte's landelijk*	%verdeling	Fte's Landelijk*
SO	37%	1298	33%	1392
Aios O	4%	126	5%	213
Huisarts	1%	34	1%	55
Huisarts i.o.	-	-	1%	60
Basisarts	8%	292	10%	418
Overig arts	1%	24	<1%	6
Verpleegkundig specialist	6%	208	7%	291
Verpleegkundig specialist i.o.	3%	105	1%	60
Physician assistant	1%	22	1%	25
Physician assistant i.o.	<1%	12	<1%	13
Verpleegkundige s.f.	6%	213	6%	272
Verpleegkundige s.f. i.o.	1%	23	1%	27
Medisch secretaresse	8%	274	7%	303
Doktersassistente	3%	96	2%	98
Gezondheidspsycholoog	8%	290	10%	445
Psycholoog	14%	505	14%	600
Totaal	100%	3522	100%	4278

\* Aantallen fte's voor 2018 wijken enigszins af van de aantallen fte's die worden beschreven in voorgaande tabellen, doordat voor tabel 4.15 uitsluitend organisaties zijn meegenomen die de gegevens over alle beroepsgroepen adequaat hebben ingevuld.

In de volgende paragraaf staat beschreven welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de huidige personele mix in de behandeldiensten.

<sup>54</sup> In tabel 4.15 staat een landelijk beeld. In bijlage 5 deel C is meer gedetailleerde informatie opgenomen over de verhouding tussen de fte's aan verschillende groepen professionals en de fte's SO bij de organisaties die deze professionals daadwerkelijk in dienst hebben.



## 4.6 Visie op de personeelsmix voor de medische zorg

Aan de respondenten is gevraagd welke overwegingen van belang zijn geweest bij de huidige personeelsmix van de behandeldienst. Respondenten konden hier met een schuifbalk van 0 tot 10 het belang van de verschillende overwegingen aangeven. In tabel 4.16 staan de gemiddelde belangsscores weergegeven, afzonderlijk voor kleinere en grotere organisaties (op basis van de mediaan t.a.v. aantal verblijfscliënten: 185 cliënten).

Tabel 4.16 De gemiddelde belangsscore van overwegingen over de personeelsmix voor kleinere (N=115-148) en grotere organisaties (N=123-171)

	Kleinere organisaties	Grotere organisaties
Visie op kwaliteit van medische zorg	8,2	7,9
Visie op eigen regie cliënt	7,8	6,9
Visie op positionering SO	7,1	7,4
Visie op eigen regie werknemers	6,7	6,9
Bestaande vacatures en krapte op de arbeidsmarkt	5,6	7,0
Visie op taakherschikking	5,7	6,8
Financiële middelen	6,2	6,3
Visie op digitalisering/e-health	5,1	4,9
Andere overwegingen	5,9	6,1

Zowel bij de kleinere als bij de grotere organisaties is visie op 'Kwaliteit van de medische zorg' de belangrijkste overweging geweest bij het ontstaan van de huidige personeelsmix (8,0 en 7,9). Ook 'Positionering van de SO' is van relatief groot belang geweest voor beide soorten organisaties. Daarnaast heeft bij kleinere organisaties de visie op 'Eigen regie cliënt' een relatief grote rol gespeeld bij het ontstaan van de huidige personele mix van de behandeldienst, bij de grotere organisaties zijn 'bestaande vacatures en krapte op de arbeidsmarkt' van relatief groot belang geweest. 'Digitalisering/e-health' heeft met 5,1/4,9 de laagste belangsscore.

Enkele respondenten geven ook andere overwegingen aan bij de samenstelling van de personeelsmix. Meerdere keren wordt genoemd: historisch perspectief van de organisatie en historisch gegroeide personele samenstelling, opleiden en spreidingsgebied van de locaties.



## 5 HOEVEEL PATIËNTEN BEDIENT DE SO EN WELK AANDEEL HEBBEN ANDEREN DAARIN

---

De efficiency van de SO wordt beïnvloed door meerdere factoren, zoals de inzet van andere professionals bij de medische zorg, doelmatigheid van de praktijkvoering, praktijkautomatisering en het gebruik van elektronische patiëntendossiers (EPD's).

In dit hoofdstuk beschrijven we hoeveel patiënten de SO bedient in de huidige behandelpraktijk (caseload SO) en wat het effect is van de ondersteuning door anderen op de caseload van de SO. Een aantal factoren van de doelmatigheid van de behandelpraktijk beschrijven we in hoofdstuk 6.

Om de caseload van de SO te kunnen berekenen voeren we enkele correcties uit. In paragraaf 5.1 beschrijven we de correcties, waarna in paragraaf 5.2 en 5.3 de caseload van de SO en de bijdragen van andere professionals en ondersteuners staat beschreven.

### 5.1 Correcties voor het berekenen van de caseload van de SO

Om de caseload van de SO zo zuiver mogelijk te berekenen wegen we het aantal de cliënten op basis van hun zorgzwaarte (paragraaf 5.1.1) en voeren een correctie uit van het aantal fte SO voor de tijd die deze besteedt aan extramurale zorg (paragraaf 5.1.2).

Andere correcties en aannames die zijn vastgesteld in overleg met de Kamer SO, zijn:

- Correctie van het aantal beschikbare SO voor de begeleiding van aios O. Per fte aios O is gerekend met een begeleidingstijd van 0,2 fte SO;
- De cliënten met zorgprofiel 4 zijn voor de helft meegeteld en qua zorgzwaarte ingedeeld bij de cliënten met somatische problematiek;

#### 5.1.1 Weging van cliënten naar zorgzwaarte

Het aantal cliënten in een verpleeghuis zegt niet alles over de hoeveelheid medische zorg die wordt gevraagd. Een betere indicatie daarvoor is de zorgzwaarte van cliënten.

Voor het wegen van het aantal cliënten op basis van zorgzwaarte gebruiken we de globale indeling van typen cliënten die in de praktijk gehanteerd wordt en aansluit bij de problematiek van deze cliënten: somatiek, psychogeriatric, geriatrische revalidatie en palliatieve terminale zorg.

De gewichten die we aan de verschillende typen patiënten/cliënten toekennen, zijn in 2016 vastgesteld aan de hand van de workload van de SO voor deze patiënten (Verenso, 2016)<sup>55</sup>. In tabel 5.1 staan de gewichten en het gemiddeld aantal cliënten per fte SO. Hoewel cliënten met

---

<sup>55</sup> Personeelsleidraad SO (Verenso,2016): De vastgestelde gewichten in deze personeelsleidraad zijn gebaseerd op eerde onderzoek door Kiwa Prismant: Het werkproces onderzocht: Hoeveel patiënten kan een SO bedienen? (2012) en cijfers uit de visitatie verricht door de visitatiecommissie van de Stichting Kwaliteit & Ondersteuning 2011-2015.



zorgprofiel 4 niet primair tot de doelgroep horen van de SO, nemen we ze wel mee in de berekeningen van de caseload. Reden hiervoor is dat cliënten met zorgprofiel 4 die in het verpleeghuis verblijven, een toenemend tijdsbeslag doen op de SO. De Kamer SO bevestigt dit beeld. Deze cliënten worden voor 50% meegeteld en qua zorgzwaarte meegenomen bij de cliënten met somatische problematiek.

Verenso hanteert in haar Personeelsleidraad een afzonderlijke weging voor gerontopsychiatrische patiënten. Deze patiënten zijn echter niet identificeerbaar via een specifiek zorgprofiel. Het gaat hier om patiënten met min of meer uitgebluste psychiatrische problematiek die naast begeleiding ook behoefte hebben aan somatische zorg. De Kamer SO schat in dat het hier om een vrij kleine groep cliënten gaat, minder dan 5% van de cliënten die geïndiceerd is met zorgprofiel 6 'Beschermd wonen met intensieve zorg en verpleging'. Omdat we onvoldoende informatie hebben over het aandeel van deze cliënten en het effect op de uitkomsten van deze kleine groep minimaal is, voeren we hiervoor geen correcties uit.

Tabel 5.1 Gewichten voor de zorgzwaarte per type patiënt en het resulterend aantal cliënten per fte SO

Soort cliënt	Zorgprofielen/ ZYP	Gewicht**	Aantal cliënten per fte SO*
Somatisch	ZYP 4 (50%), ZYP 6 (95%), ZYP 8, ELV overig	0,81	94
Psychogeriatrisch	ZYP 5, ZYP 7	0,80	95
Revalidatie en terminale palliatieve zorg	ZYP 9, DBC geriatrische behandeling, ZYP 10***/ ELV palliatief terminaal	1,91	40

\*Bron: Personeelsleidraad SO (Verenso,2016)

\*\*Bron: Personeelsleidraad SO (Verenso 2016), bewerkt door Prismant

\*\*\*ZYP 10 voor palliatief terminale zorg i.h.k.v. de WLZ is opgeheven vanaf 1/1/2018. Deze zorg is onderdeel geworden van de zorgprofielen 5 tot en met 8

Weging van het aantal cliënten naar zorgzwaarte heeft plaatsgevonden volgens de gewichten en de verdeling zoals staat in tabel 5.1. Voor de meeste behandeldiensten leidt de weging<sup>56</sup> tot een kleine toe- of afname van het aantal cliënten, waarbij de meeste behandeldiensten variëren tussen de +10% of -10%. Er is één uitschieter met een toename van 76%. Het betreft hier een behandelcentrum met veel revalidatiepatiënten.

### 5.1.2 Correctie van het aantal fte SO voor tijdsbesteding aan extramurale cliënten

Een deel van de medische zorg wordt aan cliënten geleverd die niet verblijven in het verpleeghuis. Het gaat hier om extramurale behandeldienst, waar de SO en andere (medische) professionals tijd aan besteden (zie ook paragraaf 3.2.2). Om tot een adequate berekening van de caseload van de SO te kunnen komen, corrigeren we voor dit tijdsbeslag van de SO.

Zoals eerder besproken in paragraaf 3.2.2, geeft bijna 90% van de verpleeghuizen aan dat zij extramurale zorg levert. Specifiek voor de SO gaat het om 85% van de verpleeghuizen. Gemiddeld

<sup>56</sup> Het aantal gewogen cliënten is berekend door het aantal cliënten te vermenigvuldigen met het gewicht volgens tabel 5.1 en vervolgens te corrigeren op basis van een gelijkblijvend totaal aantal cliënten voor alle medische diensten samen.



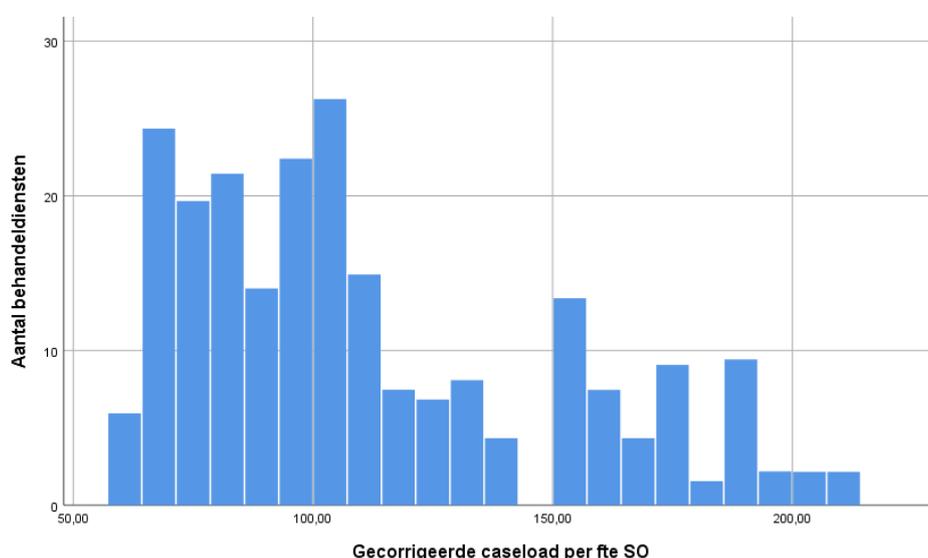
besteedt de SO 11,0% van de tijd aan extramurale behandelen, landelijk komt dit neer op 154 fte.

Het aantal fte SO dat werkzaam is in de verpleeghuizen is gecorrigeerd voor het aantal fte dat door de SO wordt besteed aan extramurale zorg.

## 5.2 De caseload van de SO

Na de correcties zoals beschreven in paragraaf 5.1 is de gemiddelde caseload van de SO **103** cliënten per fte SO. Tussen de behandeldiensten varieert dit van 63 tot en met 208 cliënten per fte SO (zie figuur 5.2). De extreme waarden (boven het 90ste percentiel of onder het 10e percentiel) zijn weggelaten uit de analyse van de caseload.

Figuur 5.2 Het aantal cliënten per SO bij de deelnemende behandeldiensten



Van belang bij het beschouwen van de hier berekende gemiddelde caseload van de SO is dat deze niet als norm kan worden gehanteerd voor individuele verpleeghuizen/behandeldiensten. De grote variatie tussen behandeldiensten laat zien dat andere factoren dan het aantal fte SO een rol spelen bij de hoogte van de caseload. Van invloed zijn de manier waarop de medische zorg is georganiseerd en de mate waarin ondersteunende professionals deel uitmaken van de behandeldienst. Daarnaast zijn er nog andere randvoorwaarden die van invloed zijn op de doelmatigheid van het werkproces van de SO (zie hoofdstuk 6). Ook zijn er factoren die niet betrouwbaar kunnen worden gemeten en waarvoor niet gecorrigeerd kan worden. Bijvoorbeeld het aandeel tijd dat de SO besteedt aan overige werkzaamheden (commissies, e.d.), het begeleiden van zorgteams, de mate waarin diensten worden gedraaid, etc.

### Ontwikkeling caseload SO tussen 2013 en 2018

In de onderstaande tabel staan de resultaten van de caseloadberekeningen van 2013 en 2018. Om de caseload van 2013 en 2018 met elkaar te kunnen vergelijken is voor 2018 gebruik gemaakt van de in 2013 gebruikte wegingsfactoren. Deze wijken slechts licht af van de voor 2018 gebruikte



wegingsfactoren<sup>57</sup>, waardoor ook de berekende caseload voor 2018 iets afwijkt van de eerder genoemde 103 cliënten per fte SO<sup>58</sup>.

De caseload van de SO is tussen 2013 en 2018 gestegen van **99** cliënten per fte SO naar **104** cliënten per fte SO in 2018, een toename van 5%.

Tabel 5.3 Aantal gewogen cliënten per fte SO in 2013 en 2018, op basis van de weegfactoren uit 2013

	2013	2018
Landelijk gemiddelde caseload per fte SO	99	104

Bij de vergelijking met 2013 moet rekening worden gehouden met verschillen in cliëntgroepen die zijn meegenomen in de berekeningen in 2013 en 2018:

- In 2013 zijn cliënten met ZP 4 niet meegenomen in de berekeningen. Op dat moment waren er geen signalen dat SO volledige medische zorg leverden aan de cliënten met ZP 4 die in het verpleeghuis verblijven.
- In 2018 zijn cliënten met ZP 10 niet meegenomen vanwege de opheffing van deze ZP. Palliatief terminale zorg maakt sinds 1 januari 2018 integraal deel uit van de zorgprofielen 5 tot en met 9b. Hierdoor neemt het aandeel cliënten met een hoge wegingsfactor (zie paragraaf 5.1.1) iets af.

Daarnaast is van belang dat de toename van de caseload van de SO mogelijk een onderschatting is van de toename van de workload van de SO. Belangrijke aspecten daarbij zijn de volgende:

- Voor de berekening van de caseload wegen we de cliënten op basis van hun zorgzwaarte, waarbij we voor 2013 en 2018 dezelfde wegingsfactoren gebruiken. We gaan er dus vanuit dat een cliënt met een specifiek zorgprofiel in 2013 dezelfde zorgzwaarte heeft als een cliënt met dit profiel anno 2018. Vraag is of dit een terechte aanname is, gegeven de signalen over toegenomen zorgzwaarte, zonder dat dit in het aandeel cliënten met een hoger zorgprofiel is terug te zien (zie ook tabel 3.6);
- Extra opnames in het verpleeghuis brengen extra werklust met zich mee voor de SO. Als de verblijfsduur van cliënten is afgenomen sinds 2013, zoals vanuit de praktijk veelvuldig wordt gemeld<sup>59</sup>, zullen vaker intakes worden gedaan, (zorg)leefplannen worden opgesteld, etc.

Deze factoren kunnen van invloed zijn op de meting anno 2018, maar kunnen niet worden meegenomen in de berekeningen.

In de volgende paragraaf gaan we in op de bijdrage van anderen in de behandeldienst aan de caseload van de SO.

<sup>57</sup> 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.

<sup>58</sup> Voor 2013 zijn dit ongewogen resultaten en voor 2018 de gewogen resultaten. Vergelijking van de ongewogen resultaten levert een zelfde beeld van de ontwikkeling tussen 2013 en 2018.

<sup>59</sup> Bron: Zorgvisie (2018): <https://www.zorgvisie.nl/sterftecijfer-verpleeghuis-stijgt-met-kwart/>



### 5.3 Bijdrage van anderen en caseload van de medische dienst

De caseload van de SO neemt toe naarmate het aandeel van overige professionals hoger wordt ( $r=.55$ ,  $p<.00$ ). Dit werpt de vraag op wat de bijdrage van die andere professionals is. In deze paragraaf gaan we verder in op deze bijdrage van anderen.

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 beroepsgroepen opgeteld en is per beroepsgroep een weegfactor vastgesteld met behulp van een multiple regressieanalyse.

De volgende beroepsgroepen zijn meegenomen in de regressieanalyses:

- Specialisten ouderengeneeskunde;
- Aios O;
- Overige artsen (de som van huisartsen, basisartsen en overige artsen);
- Verpleegkundig specialisten/physician assistants;
- Verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving;
- Medisch secretariaat/doktersassistenten;
- Psychologen.

Hoewel uit het model aanwijzingen komen over de bijdrage van de verschillende andere professionals, is de onzekerheid in het model groot. Dit hangt in hoge mate samen met de variatie in de randvoorwaarden, het werkproces rond de medische zorgverlening en de samenwerking tussen de verschillende professionals in de praktijk. We zien dit terug in de relatief grote verschillen in de uitkomsten van de regressieanalyse in 2013 en 2018<sup>60</sup>. Vanwege de genoemde onzekerheid is expertkennis, aanvullend op de statistische uitkomsten, essentieel om tot een zinvolle beleidsmatige inschatting te komen van de bijdrage van anderen aan de doelmatigheid van de SO.

Om de hierboven genoemde redenen is ervoor gekozen om de resultaten van de analyses uit 2013 en 2018 samen te beschouwen, uitsluitend een aantal meer algemene bevindingen weer te geven en een vergelijking met 2013 te maken op basis van de toen vastgestelde weegfactoren. Deze weegfactoren zijn door de Kamer SO vastgesteld in 2013, op basis van de uitkomsten van de regressieanalyse uit 2013.

In kader 5.1 staan belangrijke kanttekeningen over het gebruik van de weegfactoren.

---

<sup>60</sup>Het 95% betrouwbaarheidsinterval voor 2013 en 2018 samen staat weergegeven in bijlage 6.



## Kader 5.1 Grenzen aan het gebruik van de weegfactoren

### Grenzen aan het gebruik van weegfactoren

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 behandeldiensten per 1/1/2018, maar ook blijkt uit de analyse een grote variatie in omstandigheden (randvoorwaarden, organisatie).

Werkproces en organisatorische randvoorwaarden zorgen ervoor dat de inzet van specifieke professionals in de ene behandeldienst wel en in de andere behandeldienst veel minder tot een meerwaarde leidt voor de caseload van de SO.

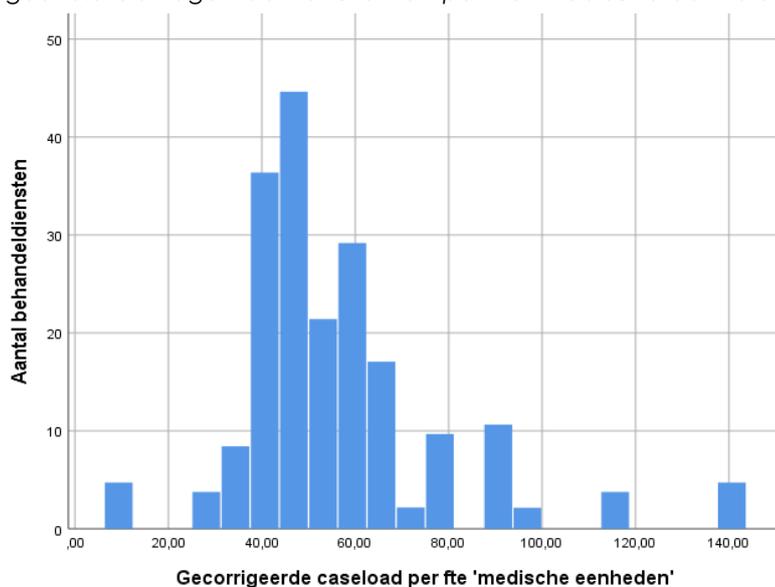
Hoewel het bij de multiple regressie steeds om de unieke bijdragen van de specifieke professionals gaat, hangt in de praktijk de omvang en de inzet van die specifieke professionals met elkaar samen.

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.

### Caseload van de behandeldiensten

Hieronder beschrijven we de caseload van de behandeldiensten en de ontwikkeling sinds 2013. Daarbij is de formatie van de verschillende beroepsgroepen in de behandeldienst (voor nu) gewogen volgens het oordeel van de Kamer SO op basis van de uitkomsten uit het onderzoek van 2013<sup>61</sup>. Het wegeen levert voor de verschillende personeelscategorieën een gezamenlijk aantal fte's medische eenheden op. De deelnemende medische diensten gezamenlijk bedienen gemiddeld **52** cliënten per fte medische eenheid met een minimum van 12 en een maximum van 140. De extreme waarden (boven het 90ste percentiel of onder het 10e percentiel) zijn weggelaten uit deze analyse. In figuur 5.3 is de verdeling van de caseload van de behandeldiensten per fte 'medische eenheid' weergegeven.

Figuur 5.3 Gewogen aantal cliënten per fte 'medische eenheid'



<sup>61</sup> Weegfactoren zijn: SO (100%) aios O (60%), overige artsen (56%), Verpleegkundig specialist en physician assistant (35%), Medisch secretaressen/doktersassistenten (30%), psychologen (47%).



De gemiddelde gezamenlijke caseload per fte 'medische eenheden' is gedaald met 6%, van 55 naar 52 cliënten per fte medische eenheid. De caseload van de behandeldiensten per fte 'medische eenheden' verschilt niet tussen kleine en grote organisaties ( $r=-0.06$ ,  $p=0.40$ ).

Verdere algemene bevindingen zijn de volgende:

- De getoetste modellen (met de hierboven benoemde beroepsgroepen verklaren 86% (2013) en 90% (2018) van de variantie in het aantal gewogen cliënten tussen de behandeldiensten.
- De uitkomsten voor de unieke bijdragen van de verschillende professionals verschillen soms sterk tussen 2013 en 2018.
- Zonder enige ondersteuning door anderen bedient elke fte SO extra tussen de 36 en 75 gewogen cliënten;
- Aios O, overige artsen, VS en PA en psychologen leveren een unieke bijdrage aan de medische zorgverlening. Voor verpleegkundigen s.f. en het medisch secretariaat/doktersassistenten kon dit niet worden aangetoond;
- Bij de aios O is de variatie erg groot. Elke fte aios O zorgt ervoor dat de SO 2 tot 88 extra cliënten kan bedienen. Het brede 95% betrouwbaarheidsinterval wijst op grote onzekerheid over de unieke bijdrage van deze beroepsgroep, wat mogelijk kan worden verklaard door de grote variatie in inzet van de aios O, de verschillende tussen de verschillende opleidingsjaren en de omstandigheid dat aios O doorgaans niet het gehele jaar aanwezig zijn in het verpleeghuis.
- Verpleegkundigen s.f. leveren geen significante bijdrage aan de voorspelling van het aantal cliënten dat medische zorg ontvangt. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de grote diversiteit van deze groep (praktijkverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen van verschillende aard) en de primaire focus op kwaliteitsverbetering (van de praktijkverpleegkundigen).

In het volgende hoofdstuk gaan we in op een aantal kenmerken van de behandelpraktijk van de SO.



## 6 DOELMATIGHEID VAN DE BEHANDELPRAKTIJK VAN DE SO

---

Door het doelmatiger organiseren van het werkproces van de SO zal deze aan meer cliënten/patiënten medische zorg kunnen bieden. Veranderingen in de doelmatigheid van de behandel dienst zijn daarom van belang voor de raming van de toekomstige behoefte aan SO. In 2013 is een vragenlijst opgesteld waarmee een aantal belangrijke kenmerken van het werkproces van de SO in kaart zijn gebracht. In 2018 zijn de behandel diensten opnieuw bevraagd over de belangrijkste verbeterpunten uit 2013. In dit hoofdstuk worden de resultaten hiervan beschreven waarbij wordt vastgesteld welke ontwikkelingen er zijn sinds 2013.

### 6.1 Thema's bij doelmatigheid van de behandel dienst

In het onderzoek in 2013 is een aantal hoofdthema's benoemd die van invloed zijn op het werkproces van de SO. Deze zijn uitgewerkt in doelmatigheidsstellingen die een optimale behandel praktijk van de SO beschrijven. Zoals genoemd zijn in 2018 uitsluitend de 10 stellingen voorgelegd die uit het onderzoek van 2013 naar voren kwamen als de belangrijkste verbeterpunten<sup>62</sup>. De stellingen anno 2018 vallen onder de volgende hoofdthema's:

- Professionaliteit van de behandel praktijk algemeen (2 stellingen)
- Basis van verpleging en verzorging (3 stellingen)
- Verpleegtechnische handelingen (1 stelling)
- Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg (1 stelling)
- Aanwezigheid van (GZ-)psychologen (1 stelling)
- EPD en digitale ondersteuning (2 stellingen)

De respondenten hebben voor elke stelling binnen deze hoofdthema's aangegeven in welke mate deze van toepassing is op hun organisatie. In de komende deelparagrafen worden de stellingen per hoofdthema besproken.

#### 6.1.1 Professionaliteit van de behandel praktijk algemeen

In tabel 6.1 is te zien dat bijna 73% van de respondenten een eigen medisch beleidsplan voor de medische dienst heeft. Meer dan de helft daarvan (41%) is het gedeeltelijk met deze stelling eens. Mogelijk vinden zij dat er nog elementen ontbreken aan het beleidsplan. Bij meer dan een kwart van de organisaties ontbreekt een dergelijk beleidsplan.

Daarnaast geeft ongeveer 83% van de medische diensten aan dat zij heldere afspraken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden met de organisatie heeft. Hier is slechts een zeer beperkt deel van de respondenten het 'geheel oneens' met deze stelling.

---

<sup>62</sup> In 2013 bestond de doelmatigheidsvragenlijst uit 21 stellingen.



Tabel 6.1 Inschatting van de professionaliteit van de behandel dienst algemeen (N=317-319)

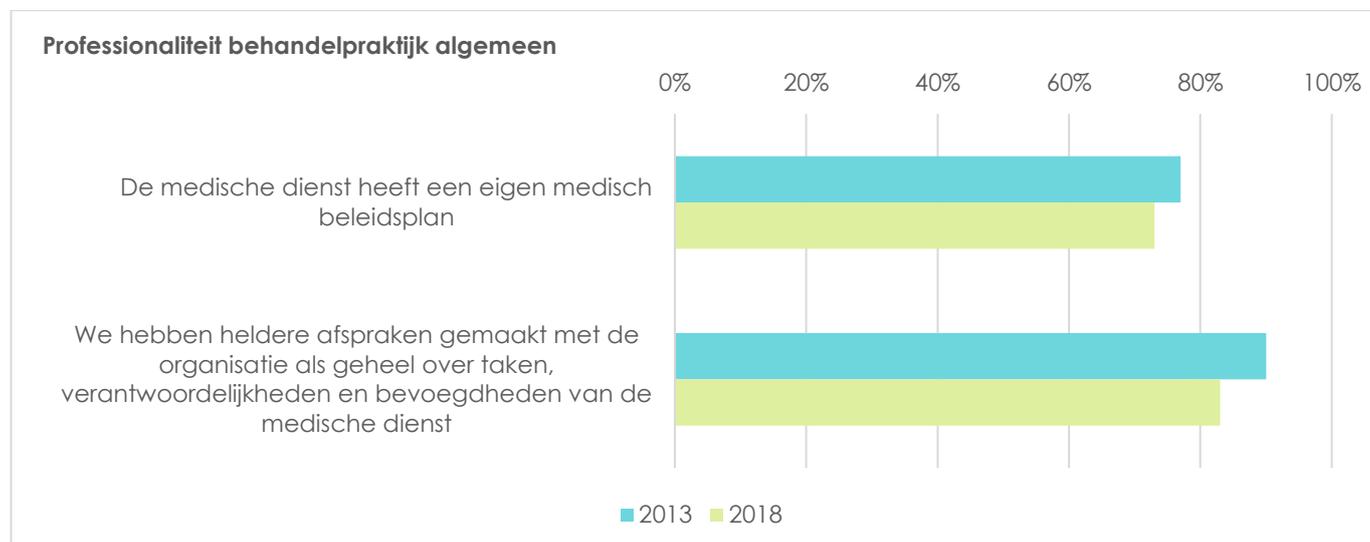
Professionaliteit behandelpraktijk algemeen				
	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
De medische dienst heeft een eigen medisch beleidsplan	31,9%	41,0%	16,7%	10,5%
We hebben heldere afspraken gemaakt met de organisatie als geheel over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medische dienst	49,6%	33,5%	15,3%	1,7%

### Vergelijking met 2013

In figuur 6.1 zijn de scores over 2013 en 2018 vergeleken. We roepen hier in herinnering dat de stellingen in 2013 behoorden tot de stellingen met het hoogste verbeterpotentieel, oftewel de stellingen waar de laagste doelmatigheidsscore voor gold.

Figuur 6.1 laat zien dat de respondenten in 2018 iets minder vaak vinden dat de medische dienst een eigen beleidsplan heeft. Hetzelfde geldt voor het hebben van heldere afspraken met de organisatie.

Figuur 6.1 Het percentage mee eens met de verschillende doelmatigheidsstellingen in 2013 (n=96-100) en 2018 (N=3317-319)



### 6.1.2 Basis van verpleging en verzorging en verpleegtechnische handelingen

Aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel op de verpleegafdelingen is van groot belang voor de kwaliteit van de zorg, maar ook voor de doelmatigheid van het werkproces van de SO. Deze kan zich dan richten op de medische taken. In 2013 stonden alle drie stellingen onder het thema 'basis verpleging en verzorging' bij de top 10 verbeterpunten. Ook de stelling over verpleegtechnische handelingen die door de SO moeten worden uitgevoerd stond in de top 10. Deze zijn daarom in 2018 opnieuw bevestigd.



Tabel 6.2 laat zien dat 66% van de behandeldiensten vindt dat er voldoende verpleging en/of verzorging op de verpleegafdelingen is. Ongeveer 34% is het in meer of mindere mate oneens met deze uitspraak. Dit is mogelijk een verklaring voor het feit dat meer dan een op de vijf (21,3%) van de respondenten aangeeft dat de artsen in de organisatie verpleegtechnische handelingen moeten uitvoeren.

Hoewel de respondenten bij de overige twee stellingen (kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse bij visites, signaleren van 'niet plus' situaties) hoger scoren, vooral omdat minder respondenten het 'volledig oneens' zijn met deze stellingen, geldt ook daar dat bijna een kwart van de respondenten bij deze stellingen niet geheel tevreden is.

Tabel 6.2 *Inschatting van de basis verpleging en verzorging op de afdelingen (N=316-319)*

Basis van verpleging en verzorging	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Er is voldoende verpleging en/of verzorging op de verpleegafdelingen	18,7%	47,3%	27,9%	6,1%
De artsen in onze organisatie moeten geregeld verpleegtechnische handelingen uitvoeren	4,5%	16,8%	28,1%	50,5%
De kwaliteit van de verpleegkundige/ verzorgende analyse bij visites is doorgaans goed tot uitstekend	21,5%	56,0%	20,6%	1,8%
Op de afdelingen/teams vindt goede signalering plaats van 'niet plus' situaties	24,2%	53,4%	21,4%	1,0%

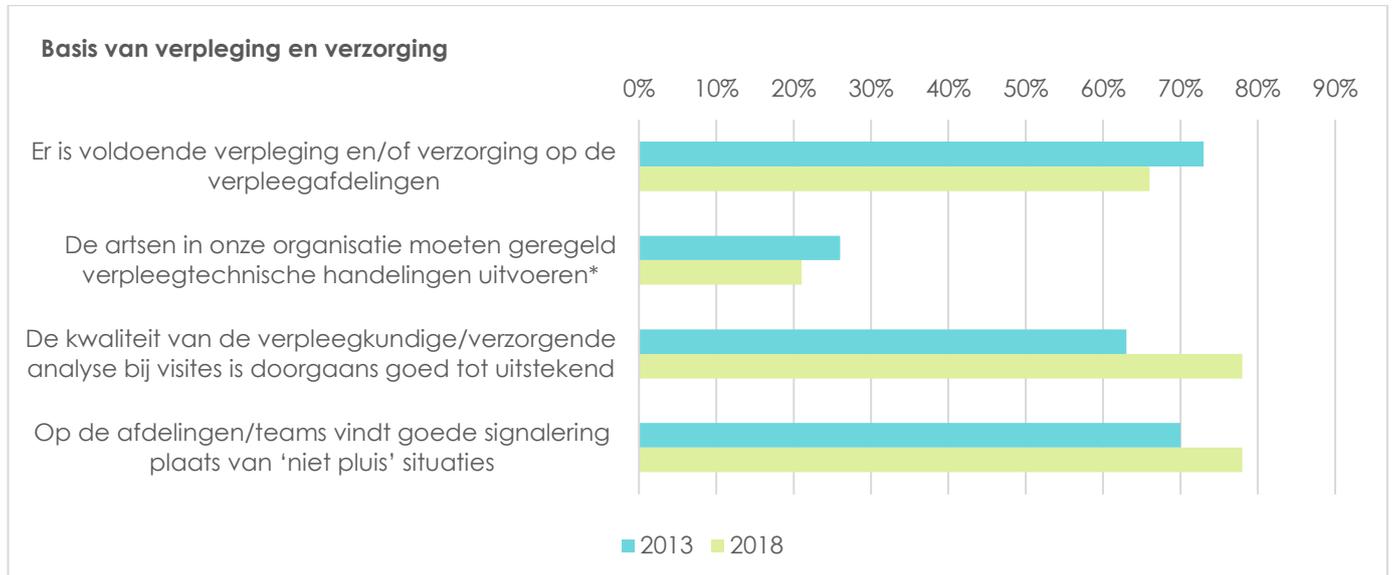
### Vergelijking met 2013

Belangrijke vraag is of er sinds 2013 verbeteringen zijn opgetreden ten aanzien van deze aspecten. In figuur 6.2 is te zien dat dit in de visie van de respondenten geldt voor de mate waarin SO verpleegtechnische handelingen moet uitvoeren, de kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse en de signalering van 'niet plus' situaties. Dit betekent mogelijk dat er anno 2018 relatief meer verzorgenden -IG en verpleegkundigen in de verpleeghuizen aanwezig zijn. Dit wordt bevestigd door de Kamer SO. Aangegeven wordt dat vaker verpleegkundigen, die geen onderdeel zijn van de behandeldienst, op meerdere afdelingen/teams triage uitvoeren voordat de artsen worden ingeroepen en dat er meer gespecialiseerde verpleegkundigen beschikbaar zijn. Tegenover deze verbeteringen staat dat meer respondenten dan in 2013 aangeven dat er niet voldoende verpleging en verzorging aanwezig is op de verpleegafdelingen. Dit houdt verband met de personeelstekorten bij verzorgenden en verpleegkundigen in de sector. In een onderzoek in 2018 geeft driekwart van de werkgevers in de branche VVT aan dat zij moeilijk vervulbare vacatures heeft, de meesten voor



verzorgenden en verpleegkundigen, een deel voor medisch wetenschappelijk personeel (van den Berg et al. AZW, 2018)<sup>63</sup>.

Figuur 6.2 Het percentage 'mee eens' en 'gedeeltelijk mee eens' bij de stellingen op het terrein van 'Verpleging en Verzorging' en 'Verpleegtechnische afdelingen' in 2013 (n=96-100) en 2018 (N=316-319)



\* Een lagere score betekent hier grotere tevredenheid

### 6.1.3 Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg

Aan de respondenten is ook gevraagd naar de overdracht van gespecialiseerde verpleegkundige zorg (zie tabel 6.3). Ruim 55% van de respondenten is het eens met de stelling dat de gespecialiseerde verpleegkundige zorg wordt overgedragen van artsen naar anderen, waarbij slechts 10% het volledig eens is met deze stelling. Dit betekent echter ook dat bijna de helft (45%) van de respondenten aangeeft dat deze zorg nog niet bij meerdere patiëntengroepen wordt overgedragen naar anderen.

Tabel 6.3 Overdracht van de gespecialiseerde verpleegkundige zorg (N=308)

Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg	Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg			
	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
De zorg voor COPD/astma, hartfalen, mondzorg, obstipatie, incontinentie, pijn, diabetes etc. is bij meerdere van deze patiëntengroepen overgedragen van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie	10,0%	45,7%	26,7%	17,6%

<sup>63</sup> Van den Berg en Jettinghoff. Werkgeversenquête 2018, AZW 2018.



## Vergelijking met 2013

Sinds 2013 is het aandeel respondenten dat aangeeft dat de gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor eerdere patiëntengroepen is overgedragen naar anderen binnen of buiten de organisatie sterk toegenomen, van 32% naar 55% (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4 Het percentage mee eens met de verschillende stellingen in 2013 (n=96) en 2018 (N=308)

	% Mee eens		Verschil
	2013	2018	
<b>Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg</b>			
De zorg voor COPD/astma, hartfalen, mondzorg, obstipatie, incontinentie, pijn, diabetes etc. is bij meerdere van deze patiëntengroepen overgedragen van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie	32%	55%	+23

### 6.1.4 Aanwezigheid van (GZ)-psychologen

Uit tabel 6.5 blijkt dat meer dan 80% van de respondenten vindt dat er voldoende (GZ-)psychologen aanwezig zijn waar de medische dienst een beroep op kan doen. Van de respondenten geeft nog 5% aan het volledig oneens te zijn met de stelling.

Tabel 6.5 Aanwezigheid van (GZ-)psychologen (N=319)

Aanwezigheid van (GZ-)psychologen	Aanwezigheid van (GZ-)psychologen			
	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Er zijn voldoende (GZ-)psychologen aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	45,8%	35,1%	14,0%	5,1%

## Vergelijking met 2013

Sinds 2013 heeft een belangrijke verbetering plaatsgevonden op dit terrein. Het aandeel respondenten dat het er volledig of gedeeltelijk mee eens is dat er voldoende (GZ)psychologen aanwezig zijn is gestegen van 60% naar 81%. In tabel 4.12 zagen we al dat het aandeel organisaties met een GZ-psycholoog is gestegen sinds 2013.

Tabel 6.6 Het percentage mee eens met de stelling over de aanwezigheid van (GZ-)psychologen in 2013 (n=96-100) en 2018 (N=319)

	% Mee eens		Verschil
	2013	2018	
Er zijn voldoende (GZ-)psychologen aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	60%	81%	+21%



### 6.1.5 EPD en digitale ondersteuning

Het belang van een elektronisch patiëntendossier voor een adequate gegevensuitwisseling wordt door de sector onderschreven. Verenso wil het gebruik van een EPD stimuleren en besteedt hieraan aandacht op haar website<sup>64</sup>, waar zij de aanbieders van geregistreerde/gecertificeerde kennissystemen noemt, maar stelt dat zij als gevolg van landelijke ontwikkelingen rond het registreren in EPD's en signalen vanuit specialisten ouderengeneeskunde heeft besloten om te stoppen met certificeren van dergelijke systemen. Verenso kondigt aan dat zij een aangepast programma van eisen ontwikkelt dat door specialisten ouderengeneeskunde en organisaties gebruikt kan worden bij de keuze voor een EPD-systeem.

De verwachting is dat het hanteren van een elektronisch patiëntendossier (EPD) de beschikbaarheid van patiëntinformatie en daarmee het gemak bij de communicatie tussen behandelaars toegankelijker maakt, waardoor de SO mogelijk meer patiënten kan bedienen in dezelfde tijd.

De respondenten is gevraagd of zij een elektronisch zorgdossier/EPD gebruiken. Bijna alle ondervraagden (98,8%) geven aan dat zij een dergelijk systeem gebruiken. In tabel 6.7 staat wat de aard is van de gebruikte elektronische dossiers. Hierbij konden de respondenten meerdere antwoorden aangeven.

Ongeveer driekwart van de respondenten (76,2%) heeft de beschikking over een elektronisch multidisciplinair zorgdossier. Ook geeft 38,7% van de organisaties aan dat zij een EPD specifiek voor de artsen en/of behandeldienst hebben. Een aantal respondenten geeft een 'andere' aard aan en noemt dat er een koppeling is tussen het elektronisch zorgdossier en het elektronisch patiëntendossier. Van deze respondenten geeft een deel aan dat het hier specifiek om de Geriatrische Revalidatiezorg gaat.

Tabel 6.7 Aard van het elektronisch zorgdossier of EPD (N=313)

	%
Elektronisch multidisciplinair zorgdossier	76,2%
EPD voor behandeldienst/artsen	38,7%
<b>specifiek voor de behandeldienst</b>	<b>35,4%</b>
<b>specifiek voor de artsen</b>	<b>5,2%</b>
Anders	6,7%

Uit tabel 6.8 blijkt dat 43% van de organisaties die in hun dienst/praktijk gebruik maken van een elektronisch zorgdossier of EPD, een dossier hebben dat gegevens kan uitwisselen met huisartsen en/of ziekenhuizen. Verder geeft bijna 52% aan dat het dossier geïntegreerd is met de bedrijfsinformatiesystemen. Voor beide stellingen is er slechts een klein percentage respondenten die aangeeft het er volledig mee eens te zijn. Waarschijnlijk betekent dit dat - hoewel het

<sup>64</sup> <https://www.verenso.nl/praktijkvoering/elektronisch-patientendossier-epd>, 1/11/2018



elektronisch zorgdossier/ EPD door veel organisaties wordt gebruikt - het nog niet effectief kan worden ingezet.

Tabel 6.8 EPD en digitale ondersteuning (N=319)

EPD en digitale ondersteuning	%			
	Volledig mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Elektronisch zorgdossier/EPD kan gegevens uitwisselen met huisartsen, ziekenhuizen	14,8%	28,3%	16,0%	41,0%
Elektronisch zorgdossier/EPD is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen	18,1%	33,5%	26,0%	22,4%

### Vergelijking met 2013

In 2013 gaf bijna twee derde van de respondenten aan dat zij in hun praktijk gebruik maken van een elektronisch zorgdossier of EPD, in 2018 is dit gegroeid tot bijna 100%.

Daarbij zit de groei vooral in het gebruik van een EPD specifiek voor de behandeldienst, van 34% naar 38%.

De stellingen die in 2018 zijn voorgelegd aan de respondenten zijn slechts gedeeltelijk vergelijkbaar met die in 2013, doordat naar aanleiding van het testen van de stellingen bij Kamer SO en potentiële respondenten noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht.

Bij de stelling die zowel in 2013 als in 2018 is voorgelegd blijkt dat men vaker van mening is dat het elektronisch zorgdossier/EPD is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen, van 45% naar 52% (tabel 6.9). Hierbij is van belang dat in 2013 42% van de respondenten aangaf het volledig oneens te zijn met deze stelling, in 2018 is dat 22%.

Tabel 6.9 Het percentage mee eens met de verschillende doelmatigheidsstellingen in 2013 (n=96-100) en 2018 (n=319)

EPD en digitale ondersteuning	% Mee eens		Verskil
	2013	2018	
Elektronisch zorgdossier/EPD is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen	45%	52%	+7%

In het volgende hoofdstuk bespreken we de tijdsbesteding van de SO.



## 7 TIJDSBESTEDING VAN DE SO

Dit hoofdstuk gaat over het tijdsbestedingsonderzoek onder Specialisten Ouderengeneeskunde.

Achtereenvolgens beschrijven we:

- Algemene kenmerken van de SO in de onderzoeksgroep (7.1)
- Werksetting van de SO (7.2)
- Tijdsbesteding onder de SO (7.3 en 7.4)
- Ondersteuning van de SO bij de medische zorg door anderen (7.5)
- Ontwikkelingen sinds 2009 en verwachte toekomstige ontwikkelingen (7.6)

### 7.1 Algemene kenmerken van de SO in de onderzoeksgroep

De gemiddelde leeftijd van de mannelijke SO is 54 jaar, met gemiddeld 22 jaar ervaring als arts in de ouderenzorg. Vrouwen hebben een gemiddelde leeftijd van 47 jaar en hebben gemiddeld 16 jaar ervaring als arts in de ouderenzorg.

In tabel 7.1 zijn enkele kenmerken van de SO weergegeven. Enkele respondenten (28) hebben hun leeftijd niet opgegeven. Per leeftijdscategorie en naar geslacht is te zien wat het gemiddeld aantal jaren ervaring is, evenals de gemiddelde omvang van het arbeidscontract en het aandeel fulltimers (voltijd arbeidsduur van gemiddeld 36 uur per week zoals vastgelegd in de CAO VVT 2018-2019). Het aantal respondenten is in sommige categorieën beperkt: in dat geval zijn deze waarden indicatief.

Tabel 7.1 Het gemiddelde aantal jaren ervaring en het aantal FTE\* naar leeftijd en geslacht.

Leeftijd	Mannen (183)				Vrouwen (483)			
	Gem. Aantal jaren Ervaring	Gem. FTE	Aandeel Fulltimers (%)	n	Gem. Aantal jaren Ervaring	Gem. FTE	Aandeel Fulltimers (%)	n
25-29	-	-	-	-	5	0,89	0%	2
30-34	5	0,93	40%	10	6	0,84	10%	60
35-39	10	0,94	50%	12	8	0,77	4%	69
40-44	12	0,95	55%	11	13	0,81	14%	57
45-49	15	0,94	44%	16	17	0,82	20%	86
50-54	20	0,97	44%	25	20	0,83	22%	88
55-59	25	0,97	64%	50	21	0,87	27%	67
60-64	30	0,96	59%	51	25	0,85	29%	41
> 65	32	0,79	13%	8	32	0,81	23%	13

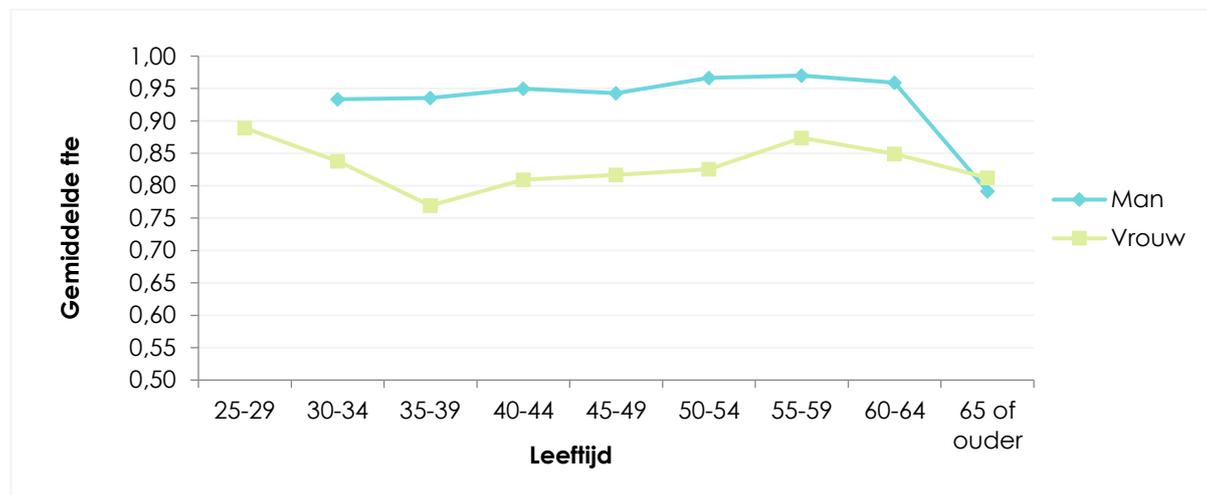
\* Berekend op basis van een werkweek van 36 uur.

De gemiddelde aanstellingsomvang van de SO is 0,86 fte. Dit komt neer op 30,9 uur per week. Figuur 7.1 laat zien dat over het algemeen vrouwen minder uren werken dan de mannelijke SO. Dit verschil met



gemiddeld 0,82 fte bij vrouwen en gemiddeld 0,95 fte bij mannen blijkt bij toetsing significant. In vergelijking met de mannen werken vrouwen ook minder vaak op fulltime basis. Voor vrouwen neemt het aantal fulltimers in het begin af, maar vanaf 35 jaar neemt dit weer toe. Verder neemt het aantal fulltimers, voor zowel mannen als vrouwen, af vanaf ongeveer 55 jaar.

Figuur 7.1 Het gemiddelde arbeidscontract (in fte\*) naar leeftijd en geslacht (mannen n=183 en vrouwen n=483).



\* Berekend op basis van een werkweek van 36 uur.

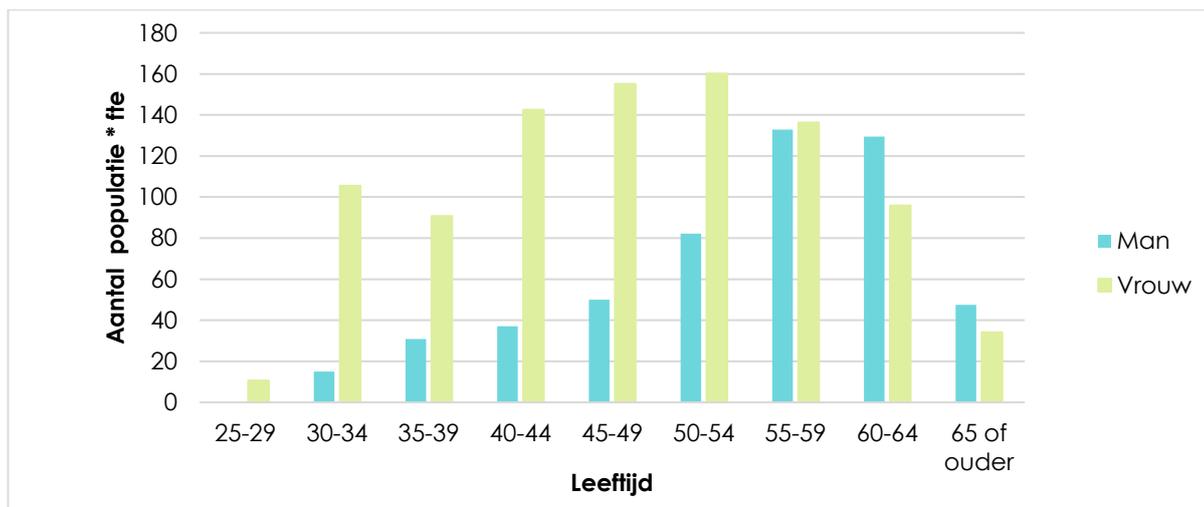
In tabel 7.2 staat de verdeling van de arbeidscapaciteit over de verschillende leeftijdsgroepen. Hierin is de feminisering van het beroep te zien, met veel meer jonge vrouwen in de beroepsgroep dan mannen. Voor de mannen is er een duidelijke vergrijzing te zien. In figuur 7.2 is de gemiddelde arbeidscapaciteit per leeftijdsgroep naar geslacht weergegeven.

Tabel 7.2. Verdeling arbeidscapaciteit over de leeftijdsgroepen

Leeftijd	Totaal	Mannen	Vrouwen
25-29	1%	0%	1%
30-34	8%	3%	11%
35-39	8%	6%	10%
40-44	12%	7%	15%
45-49	14%	10%	17%
50-54	17%	16%	17%
55-59	19%	25%	15%
60-64	16%	25%	10%
> 65	6%	9%	4%
Totaal	100%	100%	100%

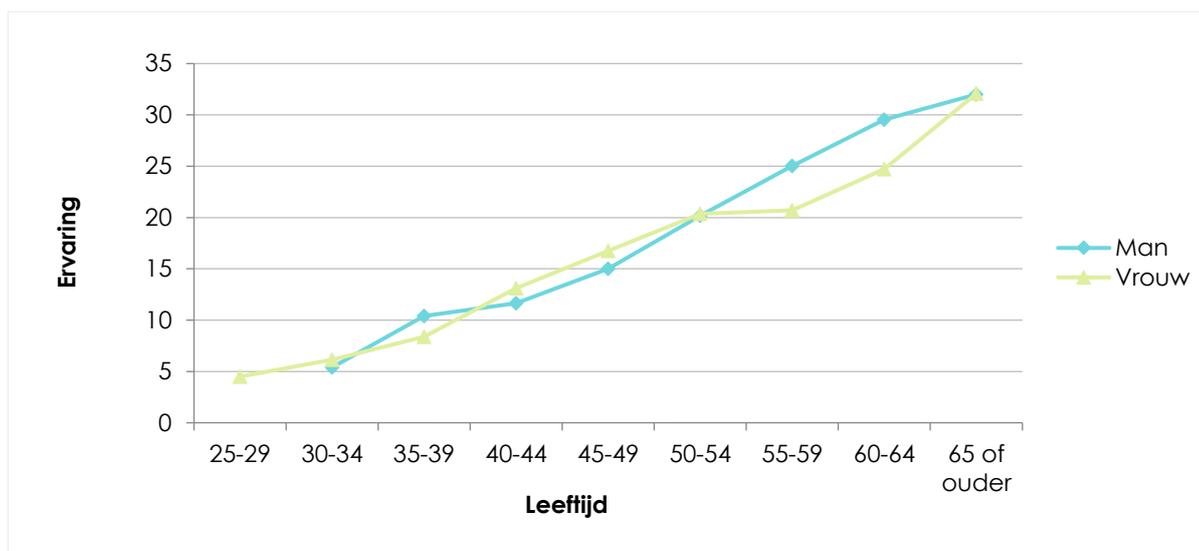


Figuur 7.2 Gemiddelde arbeidscapaciteit per leeftijdsgroep naar geslacht (mannen n=183 en vrouwen n=483)



In figuur 7.3 is de relatie leeftijd en ervaring naar geslacht weergegeven. De gemiddelde leeftijd waarop men start met werken in de sector is 31 jaar en varieert van 23 tot 55 jaar. Voor mannen is dit gemiddeld 32 jaar en voor vrouwen gemiddeld 31 jaar.

Figuur 7.3 De relatie leeftijd en ervaring bij SO naar geslacht (mannen n=183 en vrouwen n=483)



## 7.2 Werksetting van de SO

Aan de SO is gevraagd welke beschrijving(en) het meest van toepassing is/zijn op hun huidige werksituatie. Zij konden hierbij meerdere antwoorden aankruisen, wat betekent dat het percentage optelt tot meer dan 100%. In tabel 7.3 staat de werksetting van de SO weergegeven. Over het algemeen hebben de SO slechts één arbeidsverband. Slechts 13% combineert verschillende arbeidsverbanden.



Tabel 7.3 Werksetting van de SO in % (n=694).

	n	Totaal	Mannen	Vrouwen
Loondienst in één organisatie voor ouderenzorg	590	85,0%	83,3%	85,7%
Loondienst in meerdere afzonderlijke organisaties voor ouderenzorg met afzonderlijke arbeidscontracten	21	3,0%	0,5%	4,0%
Gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties	52	7,5%	10,4%	6,4%
Loondienst in een andere branche dan de ouderenzorg	33	4,8%	4,2%	5,0%
Maatschap	8	1,2%	2,6%	0,6%
Zelfstandig specialist oudergeneeskunde	57	8,2%	12,5%	6,6%
Anders	26	3,7%	1,6%	4,6%

De meerderheid (85%) geeft aan werkzaam te zijn in loondienst in één organisatie voor ouderenzorg. Voor vrouwen ligt dit percentage iets hoger dan voor mannen (respectievelijk 88% en 83%).

Van de respondenten geeft rond de 8% aan dat zij werken als zelfstandig SO, waarvan bijna 60% uitsluitend als zelfstandig SO werkt. Onder mannen is het percentage dat als zelfstandig SO werkt met bijna 13% hoger dan bij vrouwen (bijna 7%). Ongeveer 10% van de mannelijke SO geeft aan als gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties te werken ten opzichte van 6,4% bij de vrouwen. Vrouwen noemen daarentegen vaker een 'andere werksetting' dan mannen (respectievelijk 4,6% en 1,6%). Daarbij zijn genoemd:

- werken als (gast)docent bij SO- en/of huisartsenopleiding(en) (8);
- werken bij een (para)medische behandeldienst (6);
- werken als consulent (6);
- werken als onderzoeker (3);
- werken vanuit vennootschap of als ondernemer (2);
- gedetacheerd arts vanuit medisch centrum in ziekenhuizen (1).

Vanuit de Kamer SO is hierbij opgemerkt dat het onderscheid tussen het werken vanuit een maatschap, als ondernemer of als zelfstandig specialist ouderengeneeskunde niet helder is. De 'andere' werksettingen over werken bij een (para)medische behandeldienst en werken vanuit vennootschap of als ondernemer (samen 1,2%), zouden ook onder de eerder genoemde antwoordopties kunnen vallen.

Respondenten die in loondienst werken in een andere branche dan de ouderenzorg, geven de volgende branches aan:

- Psychiatrie (10), ziekenhuis (3), eerste lijn (2), gehandicaptenzorg (1)
- Onderwijs (10)
- Onderzoek (1)
- Overig (ambulante geheugenteam, particuliere ouderenzorg, RTE).

Aan de 30 respondenten die hebben aangegeven momenteel niet werkzaam te zijn als SO is ook gevraagd naar hun huidige werksetting. Deze vraag hebben 29 respondenten beantwoord. Tabel 7.4



laat zien dat de meesten van hen momenteel niet werkzaam zijn (51,7%), een beperkt aantal werkt als arts in een andere branche dan de ouderenzorg of werkt niet (meer) als arts. Als toelichting op deze andere werksetting noemen de respondenten dat zij werkzaam zijn als SCEN-arts (1), beleidsmedewerker en docent opleiding SO (1), incidentele waarnemer (1), en geneesheer-directeur en consultant SO (1).

Tabel 7.4 Werksetting van respondenten die momenteel niet werkzaam zijn als SO (n=29)

	n	In %	Gemiddelde leeftijd
Niet als SO werkzaam, maar als arts in een andere branche dan de ouderenzorg	5	17,2%	56,8
Niet als arts werkzaam	5	17,2%	49,3
Momenteel niet werkzaam	15	51,7%	68,4
Anders	4	13,8%	58,5

### 7.3 Tijdsbesteding aan verschillende werkzaamheden

Aan de SO is gevraagd hoeveel uur men besteedt aan verschillende taken in een gemiddelde werkweek. De resultaten op deze vraag staan weergegeven in tabel 7.5, 7.6 en 7.7. In zwart staan de hoofdtaken die optellen tot 100% en in blauw de onderdelen die vallen onder de hoofdtak. Het gemiddeld aantal uren dat in werkelijkheid gemaakt wordt van 32,1 uur ligt hoger dan de uren op basis van het contract. In een doorsnee werkweek wordt er gemiddeld 1 uur per week meer gewerkt.

Het grootste deel van de tijd wordt besteed aan patiëntgebonden taken (met gemiddeld 67%, zie tabel 7.5). Daarna volgen de managementtaken (zowel vanuit de functie als SO als algemeen) met gemiddeld 10%. Een uitsplitsing van de tijdsbesteding naar geslacht staat weergegeven in tabel 7.6. Bij toetsing kwamen geen significante verschillen naar voren tussen mannen en vrouwen voor patiëntgebonden taken en managementtaken.



Tabel 7.5 Het gemiddeld aantal uren tijdsbesteding van SO voor de totale groep (n=693)

Soort taak	Uren per week		In %
Patiëntgebonden taken (incl. MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënt)	21,5		67%
Managementtaken	3,4		10%
- Vanuit functie als SO	2,6		8%
- Algemeen (opleiding SO niet noodzakelijk)	0,8		2%
Organisatorische taken	2,3		7%
Taken als BOPZ-arts	0,7		2%
Onderwijs/ Onderzoek	2,9		9%
- Opleiden van aio(fo)s	1,9		6%
- Onderzoekstaken	0,4		1%
- Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit)	0,6		2%
Anders	1,2		4%
Totaal %	-		100%
Gemiddeld aantal uren op basis van contract	32,1		-

Tabel 7.6 De tijdsbesteding van SO uitgesplitst naar mannelijke (n=191) en vrouwelijke (n=502) SO.

Soort taak	Mannen		Vrouwen	
	Uren per week	In %	Uren per week	In %
Patiëntgebonden taken (incl. MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënt)	24,2	69%	20,5	66%
Managementtaken	3,7	11%	3,3	10%
- Vanuit functie als SO	2,8	8%	2,6	8%
- Algemeen (opleiding SO niet noodzakelijk)	1,0	3%	0,7	2%
Organisatorische taken	2,3	7%	2,3	8%
Taken als BOPZ-arts*	1,1	3%	0,6	2%
Onderwijs/ Onderzoek	3,0	8%	2,9	9%
- Opleiden van aio(fo)s	2,3	6%	1,7	6%
- Onderzoekstaken	0,3	1%	0,4	1%
- Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit)*	0,4	1%	0,7	2%
Anders*	0,8	2%	1,3	4%
Totaal %	-	100%	-	100%
Gemiddeld aantal uren op basis van contract	35,2	-	30,9	-

\* Verschil tussen mannen en vrouwen is significant (p<0.05).

De overige tijd wordt voornamelijk besteed aan onderwijs en onderzoek (9%) en organisatorische taken (7%). Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit) nemen voor vrouwen significant meer tijd in beslag dan



bij mannen (respectievelijk 2% en 1%). Mannen daarentegen besteden significant meer tijd aan taken als BOPZ-arts (3% versus 2% bij vrouwen).

Aan de SO is gevraagd hoeveel uur per week van de patiëntgebonden taken uit reistijd bestaat. Van de SO reist 80% één of meer uren per week voor de patiëntgebonden taken. De gemiddelde reistijd van een SO bedraagt 1,9 uur per week over de gehele onderzoeksgroep. Wanneer we dit berekenen per fte SO, bedraagt de gemiddelde reistijd 2,1 uur per week over de gehele onderzoeksgroep.

In tabel 7.7 is te zien dat er veel verschillen zijn in tijdsbesteding tussen fulltime en parttime werkende SO. Veel van die verschillen zijn ook significant.

Tabel 7.7 De tijdsbesteding van fulltime en deeltijd specialisten oudergeneeskunde.

Soort taak	Deeltijd (499)		Fulltime (194)	
	Uren per week	In %	Uren per week	In %
Patiëntgebonden taken (incl. MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënt) *	20,5	69%	24,4	63%
Managementtaken *	2,6	9%	5,7	15%
- Vanuit functie als SO *	2,0	7%	4,2	11%
- Algemeen (opleiding SO niet noodzakelijk) *	0,5	2%	1,5	4%
Organisatorische taken *	2,3	8%	2,4	6%
Taken als BOPZ-arts *	0,5	2%	1,3	3%
Onderwijs/ Onderzoek	2,6	9%	3,7	10%
- Opleiden van aio(fo)s	1,8	6%	2,1	5%
- Onderzoekstaken	0,3	1%	0,6	2%
- Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit)	0,5	2%	1,0	3%
Anders	1,1	4%	1,3	3%
Totaal	-	100%	-	100%
Gemiddeld aantal uren op basis van contract	28,6	-	37,2	-

\*Verschil tussen fulltimers en parttimers is significant (p<0.05).

Zo maken de managementtaken vooral bij fulltimers een groot onderdeel uit van de werkzaamheden (totaal 15%). Er zijn significante verschillen tussen vol – en deeltijders in zowel algemene managementtaken als managementtaken vanuit de functie. Fulltimers besteden 11% van de tijd aan managementtaken vanuit de functie ten opzichte van 7% bij de deeltijders. Voor algemene managementtaken is dit ook hoger voor de fulltimers dan voor de deeltijders (respectievelijk 4% en 2%).

Naarmate men meer tijd aan managementtaken besteedt, neemt het aandeel patiëntgebonden taken af. Deze negatieve correlatie blijkt bij toetsing significant. Fulltimers besteden met 63% significant minder tijd aan patiëntgebonden taken dan deeltijders (69%). Aan taken als BOPZ-arts besteden fulltimers 3%



van de tijd ten opzichte van 2% bij de deeltijders. Deeltijders besteden wel meer tijd aan organisatorische taken dan fulltimers (respectievelijk 8% en 6%).

In tabellen 7.8 en 7.9 staat de tijdsbesteding van de SO naar drie leeftijdscategorieën. De SO tussen de 45-54 jaar spendeert significant minder tijd aan patiëntgebonden taken ten opzichte van de jongere en oudere SO. Daarnaast spenderen zij significant meer tijd aan onderzoeks-/onderwijstaken. Dit laatste ligt enigszins voor de hand omdat SO pas na vijf jaar werkervaring als opleider mogen gaan fungeren, en vier jaar voor pensionering zullen stoppen i.v.m. de continuïteit van de begeleiding.

Verder besteedt de oudere SO (55+) significant minder tijd aan organisatorische taken dan de andere leeftijdscategorieën. De jongere SO (25-44 jaar) besteedt significant minder tijd aan taken als BOPZ-arts en het opleiden van aio(to)s dan de andere groepen.

Tabel 7.8 De tijdsbesteding van specialisten oudergeneeskunde naar leeftijdscategorieën (in %).

Soort taak	25-44 (n=221)	45-54 (n=215)	55+ (n=229)
Patiëntgebonden taken (incl. MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënt) *	70%	64%	69%
Managementtaken	9%	11%	10%
- Vanuit functie als SO	7%	9%	8%
- Algemeen (opleiding SO niet noodzakelijk)	2%	3%	2%
Organisatorische taken *	9%	8%	6%
Taken als BOPZ-arts *	1%	2%	3%
Onderwijs/ Onderzoek *	7%	10%	9%
- Opleiden van aio(to)s *	4%	8%	6%
- Onderzoekstaken	1%	1%	1%
- Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit)	2%	2%	2%
Anders	4%	4%	3%
Totaal	100%	100%	100

\*Significante verschillen tussen de leeftijdsgroepen ( $p < 0.05$ ) worden beschreven in de tekst.



Tabel 7.9 De tijdsbesteding van specialisten oudergeneeskunde naar leeftijdscategorieën (in uren).

Soort taak	25-44 (n=221)	45-54 (n=215)	55+ (n=229)
Patiëntgebonden taken (incl. MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënt)	21,3	20,2	22,8
Managementtaken	2,9	3,8	3,6
- Vanuit functie als SO	2,3	2,9	2,7
- Algemeen (opleiding SO niet noodzakelijk)	0,6	0,9	0,8
Organisatorische taken	2,7	2,4	1,9
Taken als BOPZ-arts	0,4	0,8	1,1
Onderwijs/ Onderzoek	2,2	3,3	3,2
- Opleiden van aio(to)s	1,1	2,4	2,1
- Onderzoekstaken	0,5	0,2	0,4
- Onderwijsstaken (bijv. op HBO of universiteit)	0,5	0,7	0,7
Anders	1,1	1,3	1,0
Gemiddeld aantal uren op basis van contract	29,7	30,5	32,5

In de volgende paragraaf gaan we in op de tijdsbesteding aan de verschillende patiëntencategorieën.

## 7.4 Tijdsbesteding aan verschillende patiëntencategorieën

Aan de respondenten is gevraagd om de tijd die zij besteden aan patiëntgebonden werkzaamheden te verdelen over verschillende typen patiënten. Dit bleek een zeer complexe vraag, waardoor veel respondenten deze vraag hebben overgeslagen, slechts gedeeltelijk hebben ingevuld of in totaal op een hoger aantal uren uitkwamen dan de eerder opgegeven patiëntgebonden uren. Deze respondenten zijn bij deze analyses niet meegenomen.

Vanwege de mogelijke interpretatieverschillen is, in overleg met de Kamer SO, besloten om bij de beschrijving van de resultaten de focus te leggen op de urenbesteding aan verschillende patiëntengroepen. Resultaten over het aantal patiëntencontacten zijn opgenomen in bijlage 7 deel B, met de kanttekeningen die hiervoor gelden.

In totaal besteedt de SO gemiddeld 21 uur aan patiëntgebonden werkzaamheden (zie tabel 7.10). Per fte SO is dit gemiddeld 25 uur. De SO geven aan dat dit grotendeels wordt gedaan als hoofdbehandelaar (ongeveer 84% van het aantal uren)<sup>65</sup>.

<sup>65</sup> Door kleine verschillen in de opgegeven uren ten opzichte van de eerder opgegeven patiëntgebonden tijd en afrondingen wijkt dit aantal uren iets af van de formele patiëntgebonden tijd die men werkzaam is (opgegeven gemiddelde aantal patiëntgebonden tijd was 21,5 uur, zie tabel 7.5).



Tabel 7.10 Aantal uren dat de SO besteedt aan patiëntgebonden werkzaamheden

	Hoofdbehandelaar	Medebehandelaar /consulent	Totaal
Uren	17,6	3,3	21,0
Uren %	84%	16%	100%

Wanneer we kijken naar de tijdsbesteding aan verschillende patiëntencategorieën (tabel 7.11), zien we dat aan verpleeghuiscliënten met een zzp-indicatie veruit de meeste tijd wordt besteed. Het gaat dan om gemiddeld 11,9 uur per week. Daarnaast besteedt men de meeste tijd aan verpleeghuiscliënten GRZ (gemiddeld 3,8 uur) en zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling (1,2 uur).

Gemiddeld werkt de SO 17,6 uur per week als hoofdbehandelaar, en 3,3 uur als medebehandelaar. Als hoofdbehandelaar vooral aan verpleeghuiscliënten met een zzp-indicatie (11,3 uur) en aan cliënten GRZ (3,6 uur). Als medebehandelaar vooral aan patiënten die zelfstandig wonen, al dan niet met dagbehandeling (1,7 uur) en verzorgingshuisbewoners (0,6 uur).

Vijf respondenten benoemen 'overige patiëntencategorieën' die niet passen onder de bestaande categorieën. Dit aantal respondenten is te laag om conclusies uit te trekken, resultaten zijn daar puur indicatief. Meerdere respondenten noemen:

- Geronto-psychiatrie/hersenletsel/Huntington (3)
- Patiënten uit verschillende patiëntengroepen, bijvoorbeeld 'triage' (2).

Tabel 7.11 De tijdsbesteding (n=418) van de SO naar de verschillende patiëntencategorieën.

Woon- of verblijfplaats patiënt	Totaal	
	Uren	%
Verpleeghuis		
- cliënten met zzp-indicatie	11,9	56,6%
- cliënten GRZ	3,8	18,0%
- cliënten ELV-palliatief/terminaal	0,5	2,3%
- cliënten ELV overige (niet terminaal palliatief)	1,1	5,2%
Verzorgingshuis/ woonzorgcentrum	0,8	3,7%
Zelfstandig wonend	1,7	8,2%
- <b>zonder dagbehandeling</b>	<b>1,2</b>	<b>5,9%</b>
- <b>dagbehandeling volgend</b>	<b>0,5</b>	<b>2,3%</b>
Hospice	0,4	2,1%
Patiënten uit/via andere branches (ggz, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)	0,7	3,6%
Overig*	0,1	0,4%
Totaal	21,0	100%

\* Klein aantal respondenten.

Aan de SO is ook gevraagd om aan te geven hoe de tijd die zij besteden aan patiëntgebonden taken wordt verdeeld over de verschillende categorieën cliënten (zie tabel 7.12). De meeste tijd



(44%) wordt besteed aan cliënten met psychogeriatrische problematiek. Daarnaast wordt 25% van de tijd zorg geboden aan mensen in revalidatie/reactivering. De categorieën chronische somatiek en palliatieve zorg nemen respectievelijk 19% en 5% van de SO-tijd in beslag.

Tabel 7.12 Verdeling van de tijd naar soorten zorg voor de SO (n=564).

Soort zorg	%
Psychogeriatric	44%
Revalidatie/reactivering	25%
Chronische somatiek	19%
Palliatieve zorg	5%
Anders	8%
Totaal	100%

## 7.5 Ondersteuning door anderen bij de medische zorg

Een van de kenmerken van de zorg die SO bieden is dat deze zorg plaatsvindt in een multidisciplinair team. In dit onderzoek is gevraagd naar de ondersteuning die de SO heeft en het aantal uren dat daarmee gemoeid is.

De resultaten uit deze paragraaf kunnen niet een op een vergeleken worden met de resultaten uit het onderzoek onder verpleeghuizen. Er vindt een vertekening plaats doordat meerdere SO uit een verpleeghuis vertegenwoordigd zijn, waardoor de grote organisaties meer vertegenwoordigd zijn in het onderzoek onder de SO zelf.

Van de SO geeft 85% (497) aan ondersteuning te hebben bij hun werkzaamheden. In tabel 7.13 is weergegeven van wie de SO ondersteuning ontvangen en om hoeveel uren ondersteuning dit gaat per ondersteunende professional. Gemiddeld over alle SO (inclusief de SO die aangeven geen ondersteuning te hebben), zien we dat 1 fte 28,7 uur ondersteuning krijgt (zie tabel 7.13). Deze ondersteuning komt voornamelijk van het medisch secretariaat (8,6 uur) en de VS (5,9 uur)<sup>66</sup>.

---

<sup>66</sup> In bijlage 7 staat de ondersteuning van de SO weergegeven uitsluitend voor de SO die de betreffende ondersteuning hebben.



Tabel 7.13 Landelijk beeld: De gemiddelde ondersteuning in uren per fte SO.

Ondersteuner	Uren per fte SO	Verdeling van de ondersteuning
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving	4,4	15,3%
Geriatrisch verpleegkundige	0,8	2,7%
Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner	5,9	20,7%
Physician assistant	1,0	3,6%
Verpleegkundige	3,0	10,5%
Doktersassistent	3,5	12,1%
Medisch secretariaat	8,6	30,0%
Anders	1,4	5,0%
Totaal	28,7	100,0%

## 7.6 Ontwikkelingen sinds 2009 en verwachte ontwikkelingen in de komende vijf jaar

In deze paragraaf kijken we naar de ontwikkelingen in de werksetting en tijdsbesteding van de SO sinds de vorige meting in 2009. Daarnaast bespreken we welke ontwikkelingen de SO verwachten in hun tijdsbesteding in de komende vijf jaar.

De respons in 2009 bedroeg in totaal 352 verpleeghuisartsen en in het huidige onderzoek (2018) is de respons in totaal 724 SO. Specifieke aantallen voor de analyses zijn in het rapport uit 2009 niet aangegeven en derhalve worden de aantallen niet genoemd bij de tabellen.

### 7.6.1 Ontwikkelingen in de werksetting

De werksetting van de (niet-)werkzame SO is weergegeven in tabel 7.14. In 2018 zijn er iets meer niet werkzaam als SO dan in 2009, met 4,0% in 2018 en 2,9% in 2009.

Tabel 7.14 Het aantal werkzaam en niet-werkzaam als SO in 2009 en 2018.

	2009	2018
Werkzaam	97,1%	96,0%
Niet werkzaam	2,9%	4,0%

### 7.6.2 Ontwikkelingen in tijdsbesteding

De verdeling van de tijd over de verschillende taken staat weergegeven in tabel 7.15.

Hoewel het om een tijdsbestek van 10 jaar gaat, lijkt het dat er slechts kleine verschillen zijn tussen de tijdsbesteding van de SO anno 2018 en die in 2009. Wel zien we een kleine afname in het percentage patiëntgebonden taken (70% in 2009 versus 67% in 2018). Ook bij de managementtaken is een kleine afname te zien, die veroorzaakt lijkt te worden door een afname van de managementtaken die los



staan van de professie van de SO. Deze afnames komen ten goede aan de tijd die wordt besteed aan onderwijs en onderzoek en de taken als BOPZ-arts. Deze zijn licht toegenomen. In de tabel is ook te zien dat er voornamelijk meer tijd wordt besteed aan het opleiden van aio(to)s in 2018. Het aandeel organisatorische en 'andere' taken blijft gelijk.

Tabel 7.15 Verdeling van de tijd naar soorten zorg voor 2009 en 2018 (in %).

Soort zorg	%	
	2009	2018
Patiëntgebonden taken (incl. MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënt)	70%	67%
Managementtaken	12%	10%
- Vanuit functie als SO	7%	8%
- Algemeen (opleiding SO niet noodzakelijk)	5%	2%
Organisatorische taken	7%	7%
Taken als BOPZ-arts <sup>1</sup>	-	2%
Onderwijs/ Onderzoek	7%	9%
- Opleiden van VAIO/ aio(to)s <sup>2</sup>	3%	6%
- Onderzoekstaken	1%	1%
- Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit)	3%	2%
Anders	4%	4%
Totaal %	100%	100%

<sup>1</sup> 'Taken als BOPZ-arts' is toegevoegd in vragenlijst 2018.

<sup>2</sup> VAIO in 2009 en aio(to) in 2018.

Deze tabel voor 2018 is ook eerder besproken als tabel 7.5.

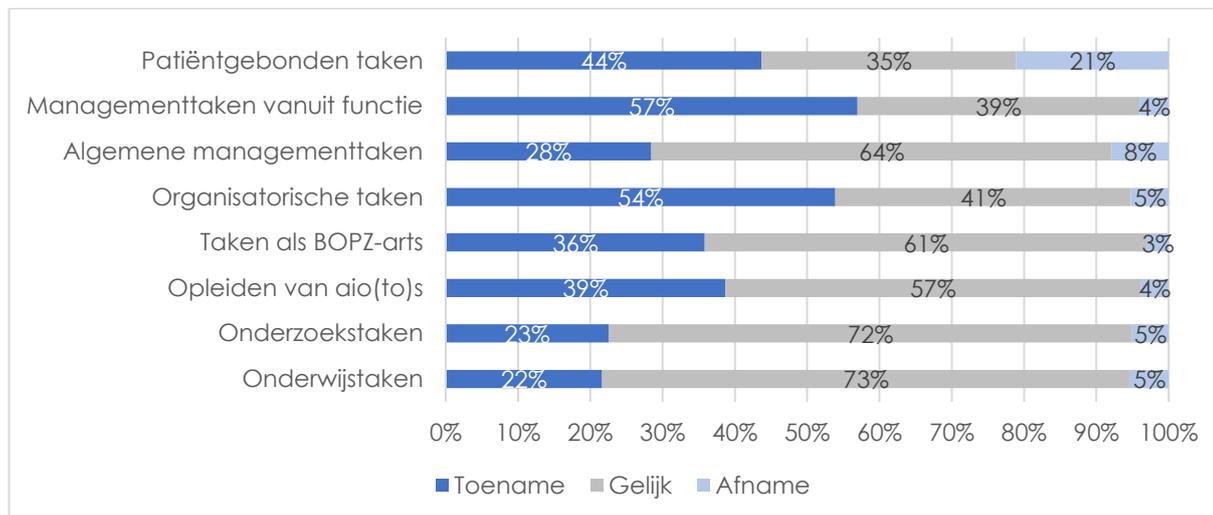
Daarnaast is de SO gevraagd naar hun verwachtingen over de ontwikkelingen in tijdsbesteding over de komende vijf jaar. Zij hebben voor de verschillende type taken aangegeven of zij een toename, gelijk blijven of afname verwachten.

In figuur 7.4 staan de verwachte ontwikkelingen voor tijdsbesteding aan verschillende taken in de komende 5 jaar. Waar er tussen 2009 en 2018 geen verschil lijkt te zijn in tijdsbesteding aan managementtaken vanuit de functie en organisatorische taken, verwacht meer dan de helft van de SO dat deze taken de komende jaren zullen toenemen. Daarnaast verwacht het merendeel van de respondenten een toename in patiëntgebonden taken. Men verwacht over het algemeen dat de tijdsbesteding aan algemene managementtaken, taken als BOPZ-arts en/of onderzoeks- en onderwijstaken gelijk blijft. Vanuit de Kamer SO wordt, in tegenstelling tot het hier geschetste beeld, verwacht dat de BOPZ-taken mogelijk zullen toenemen als gevolg van de wet Zorg en Dwang. Dit houdt verband met een aantal vragen die er nog zijn over de uitvoerbaarheid van de wet in de thuissituatie, het toezicht op vrijheidsbeperking daar en de precieze rol die de Wzd-arts (wet Zorg en Dwang – arts) en



andere zorgprofessionals daarbij hebben<sup>67</sup>. Mogelijk neemt de tijd die de SO in zijn rol als Wzd-arts zal gaan besteden aan cliënten in de thuissituatie - afhankelijk van de verdere uitwerking van deze vraagstukken - toe.

Figuur 7.4 Verwachte ontwikkelingen in tijdsbesteding aan verschillende taken in de komende vijf jaar.



Daarnaast zijn er ook respondenten (68) die 'andere taken' benoemen waarin zij belangrijke ontwikkelingen verwachten die zij niet vinden vallen onder de genoemde taken. Van deze andere taken gaat het bij 56 om een verwachte toename, bij 8 om 'gelijk blijven' en bij 4 om een afname. Bij de taken die gelijk blijven of afnemen gaat het om taken die vallen onder een van de hiervoor genoemde categorieën.

Meerdere respondenten verwachten een toename in:

- begeleiden/supervisie van aios, basisartsen, verpleegkundig specialisten, physician assistants (23);
- 1<sup>e</sup> lijn consulten/extramurale taken (17);
- scholing en invulling geven aan functie kaderarts (4)
- administratie (3);
- scholing (3);
- reistijd (3);
- innovatie en zorgvernieuwing (2).

Verder verwachten enkele respondenten ook toenames in andere taken, die slechts eenmaal zijn genoemd.

### 7.6.3 Ontwikkelingen in de tijdsbesteding per patiëntencategorie

Tabel 7.16 laat het gemiddeld aantal uren zien voor de periodes 2009 en 2018. Het gemiddeld aantal uren per week in 2018 is licht gedaald (van 21,7 uur in 2009 naar 21,0 uur in 2018). De verdeling van het aantal uur als hoofdbehandelaar of medebehandelaar blijft ook redelijk gelijk.

<sup>67</sup> <https://www.verenso.nl/dossiers/wetregelgeving/wet-zorg-en-dwang>



Tabel 7.16 Aantal uren van de SO als hoofdbehandelaar en als medebehandelaar in 2009 en 2018.

	Hoofdbehandelaar		Medebehandelaar/ consulent		Totaal	
	2009	2018	2009	2018	2009	2018
Uren	18,0	17,6	3,7	3,3	21,7	21,0
Uren %	83%	84%	17%	16%	100%	100%

Deze tabel voor 2018 is ook eerder besproken als tabel 7.10.

Een uitsplitsing naar de patiëntencategorieën is weergegeven in tabel 7.17. De categorieën van woon- of verblijfplaatsen van de patiënt zijn iets anders geformuleerd in 2018 dan in 2009. We hanteren voor de vergelijking de indeling van 2018. Er is een toename in het aantal uren voor patiënten uit het verpleeghuis (van 15,9 uur naar 17,2 uur). Hierbij moet wel rekening gehouden worden met de groep ELV (het deel dat niet gaat om terminale zorg) dat niet werd meegenomen in 2009. Ook is er een toename in het aantal uren voor patiënten die zelfstandig wonen zonder dagbehandeling (gemiddeld 0,7 uur in 2009 en 1,2 uur in 2018) en een afname in het aantal uren voor zelfstandig wonenden met dagbehandeling en het aantal uren voor verzorgingshuisbewoners.

Tabel 7.17 Het gemiddeld aantal uren in 2009 en 2018 naar de verschillende patiëntcategorieën.

Aantal uren per week		
Woon- of verblijfplaats patiënt	2009	2018
Verpleeghuis (zpz, GRZ, ELV-palliatief)	15,9	17,2
Verpleeghuis cliënten ELV overige (niet terminaal palliatief)	-	1,1
Verzorgingshuis/ woonzorgcentrum	1,8	0,8
Zelfstandig wonend	1,9	1,7
- zonder dagbehandeling	0,7	1,2
- met dagbehandeling	1,2	0,5
Hospice	0,4	0,4
Patiënten uit of via andere branches (ggz-organisatie, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)	1,2	0,7
Overig*	0,6	0,1
Totaal	21,7	21,0

\* Klein aantal respondenten in 2018.

In tabel 7.18 is de relatieve verdeling van het aantal uren weergegeven. Sinds 2009 is de tijd die de SO besteedt aan verpleeghuisbewoners toegenomen (van 73,3% naar 76,9%). Het aantal uren dat men besteedt aan patiëntencontacten in het verzorgingshuis lijkt verder af te nemen, van 8,1% in 2009 naar 3,7% in 2018. Daarnaast wordt er meer tijd besteed aan zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling (van 3,3% naar 5,9%) en minder tijd aan zelfstandig wonenden met dagbehandeling (van 5,3% naar 2,3%).



Tabel 7.18 De verdeling van de tijd over de verschillende patiëntcategorieën in 2009 en 2018 (in %).

Woon- of verblijfplaats patiënt	Totaal	
	2009	2018
Verpleeghuis (zzp, GRZ, ELV-palliatief)	73,3%	76,9%
Verpleeghuis cliënten ELV overige (niet terminaal palliatief)	-	5,2%
Verzorgingshuis/woonzorgcentrum	8,1%	3,7%
Zelfstandig wonend	8,6%	8,2%
- zonder dagbehandeling	3,3%	5,9%
- met dagbehandeling	5,3%	2,3%
Hospice	2,0%	2,0%
Patiënten uit of via andere branches (ggz-organisatie, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)	5,2%	3,6%
Overig*	2,7%	0,4%
Totaal	100%	100%

\* Klein aantal respondenten in 2018.

Het totaal aantal patiëntcontacten dat de SO als hoofdbehandelaar heeft is sterk afgenomen<sup>68</sup>. Dit kan samenhangen met de mogelijke toename in de zorgzwaarte per patiënt. Een andere mogelijk verklaring voor de afname van de cliëntencontacten is dat de SO over de gehele linie meer indirecte dan directe patiëntenzorg is gaan bieden en vaker werkt vanuit een consultfunctie.

Echter, er gelden ook enkele kanttekeningen. Het is de vraag of anno 2018 de aanname dat het om unieke patiënten per week gaat, zoals in eerder onderzoek werd verondersteld, nog houdbaar is. Ook is het mogelijk dat de vraag anders geïnterpreteerd is dan bedoeld, en dat bij het gevraagde aantal patiëntcontacten uitsluitend de unieke patiënten zijn ingevuld. Daardoor wordt geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat een SO meerdere keren per week eenzelfde cliënt ziet.

Aan de SO is ook gevraagd naar de verwachte ontwikkelingen in tijdsbesteding aan de verschillende patiëntgroepen over de komende 5 jaar. Wanneer we kijken naar deze verwachte ontwikkelingen, zien we dat veel van de SO de komende vijf jaren een toename verwachten van de tijdsbesteding aan ELV-clieënten (niet terminaal) en zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling (zie figuur 7.5). Dit lijkt zeer aannemelijk vanwege de verdere afbouw van verzorgingshuizen, en het toenemende aandeel ouderen dat thuis woont. Het Sociaal en Cultureel Planbureau wijst erop dat veel ouderen in Nederland tot op hoge leeftijd zelfstandig blijven wonen en dat het percentage bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen in de laatste twee decennia gedaald is (SCP, 2017).

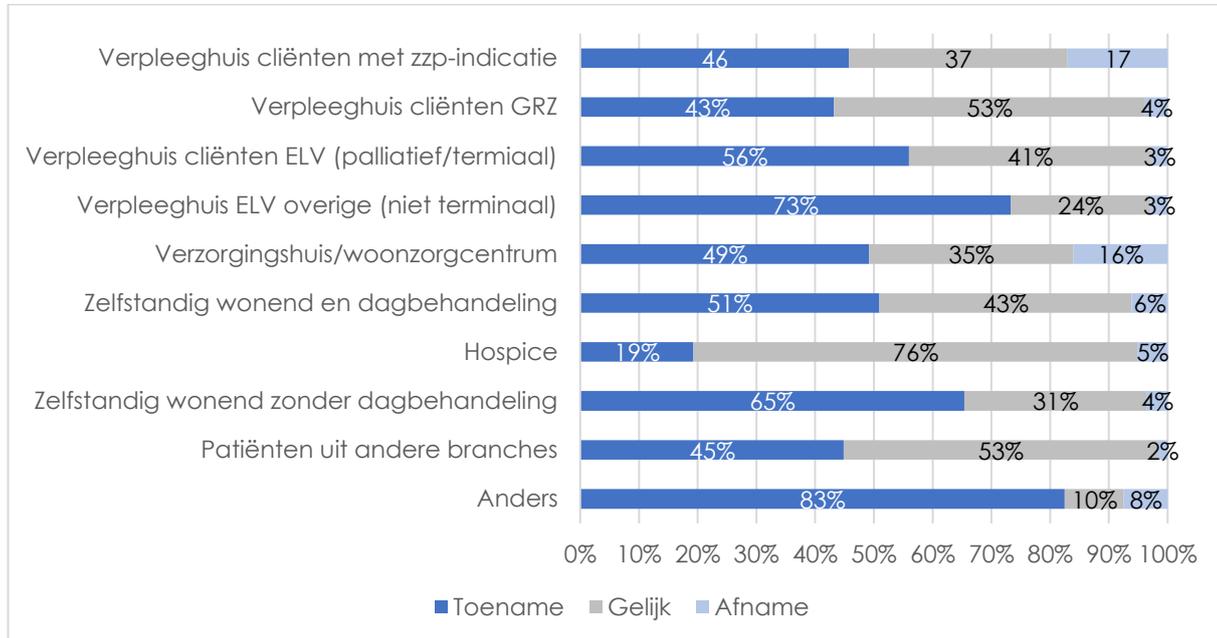
Langer thuis wonen brengt naast voordelen, ook risico's met zich mee, zo blijkt onder meer uit een enquête onder SO van het Tv-programma Zembla uit 2013. Langer thuis wonende ouderen gebruiken meer complexe zorg thuis, komen regelmatig in aanraking met vormen van tijdelijk verblijf, zoals eerstelijnsverblijf, of maken een crisisopname mee (VWS, 2018: Programma 'Langer Thuis').

<sup>68</sup> Zie ook bijlage 7 deel B voor de patiëntencontacten.



Ook voor andere categorieën cliënten verwachten de meeste SO een toename van de tijdsbesteding, met uitzondering van de revalidanten, cliënten uit een hospice en cliënten uit andere zorgbranches. Daarvan verwachten meer SO dat de tijdsbesteding gelijk blijft.

Figuur 7.5 Verwachte ontwikkelingen in tijdsbesteding aan verschillende patiëntgroepen in de komende vijf jaar.



Daarnaast zijn er ook respondenten (40) die 'andere patiëntgroepen' noemen waarvoor zij belangrijke ontwikkelingen verwachten. Van deze 'andere patiëntgroepen' zijn er 34 genoemd met een verwachte toename, 4 waarvan verwacht wordt dat deze gelijk blijft en 2 met een verwachte afname.

Patiëntgroepen die daarbij vaker naar voren komen en waarvoor men een toename van de tijdsbesteding van de SO verwacht zijn:

- patiënten 1<sup>e</sup> lijn (10);
- patiënten uit crisisopname (3);
- ziekenhuispatiënten triage (3);
- particuliere woonzorghuizen/-organisaties (2).

Verder verwachten enkele respondenten ook toenames in andere patiëntgroepen, die slechts eenmaal zijn genoemd. Een enkele respondent verwacht dat de tijdsbesteding aan eerstelijnsconsulten gelijk blijft (1). Bij de patiëntgroepen eerste lijn via huisarts en hersenletselpatiënten verwacht een enkele respondent een afname.

In tabel 7.19 is de verdeling van de tijd naar soorten zorg weergegeven voor 2009 en 2018. De tabel laat zien dat er een lichte toename is in tijd besteed aan revalidatie/reactivering (van 21% in 2009 naar 25% in 2018). Daarnaast lijkt er een lichte daling in de tijdsbesteding aan de patiënten met chronische somatische problematiek (van 21% naar 19%). Psychogeriatricie, palliatieve zorg en 'andere zorg' blijven relatief gelijk.



Tabel 7.19 Verdeling van de tijd naar soorten zorg (in %).

Soort zorg	%	
	2009	2018
Psychogeriatric	45%	44%
Chronische somatiek	21%	19%
Revalidatie/reactivering	21%	25%
Palliatieve zorg	5%	5%
Anders	7%	8%
Totaal	100%	100%

#### 7.6.4 Ontwikkelingen in ondersteuning

Het percentage SO dat aangeeft ondersteuning te ontvangen is toegenomen. In 2018 gaf ruim 85% aan dat zij ondersteuning ontvangen en in 2009 was dit nog 57%.

Tabel 7.20 laat de gemiddelde ondersteuning in uren over alle SO zien in 2009 en 2018. Hierbij moet rekening gehouden worden met het verschil in vraagstelling en antwoordopties. Verpleegkundige s.f. in 2018 wordt vergeleken met praktijkverpleegkundige in 2009. Daarnaast is medisch secretariaat (2018) vergeleken met administratief personeel (2009) en zijn de categorieën Eerst Verantwoordelijke Verzorgende en verzorgende die uitsluitend in 2009 zijn meegenomen weggelaten. We zien een forse toename in de totale ondersteuning van 12,6 uur naar 28,7 uur. Deze toename geldt ook voor alle afzonderlijke professionals, waarbij de ondersteuning door het medisch secretariaat het meest is toegenomen.

Tabel 7.20 De gemiddelde ondersteuning over alle SO in uren per fte SO in 2009 en 2018 (landelijk beeld).

Landelijk beeld Ondersteuner	2009		2018	
	Uren per fte SO	%	Uren per fte SO	%
Verpleegkundige s.f. (praktijkverpleegkundige)	1,4	10,7%	4,4	15,3%
Geriatrisch verpleegkundige	0,6	4,9%	0,8	2,7%
Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner	2,8	22,6%	5,9	20,7%
Physician assistant	-	-	1,0	3,6%
Verpleegkundige	1,4	10,9%	3,0	10,5%
Doktersassistent	2,1	16,7%	3,5	12,1%
Medisch secretariaat	1,2	9,7%	8,6	30,0%
Anders	3,1	24,5%	1,4	5,0%
Totaal	12,6	100,0%	28,7	100,0%

De verwachte ontwikkelingen in de ondersteuning door anderen in de komende vijf jaar staan weergegeven in figuur 7.6. 77% van de SO verwacht een toename in ondersteuning van de VS.

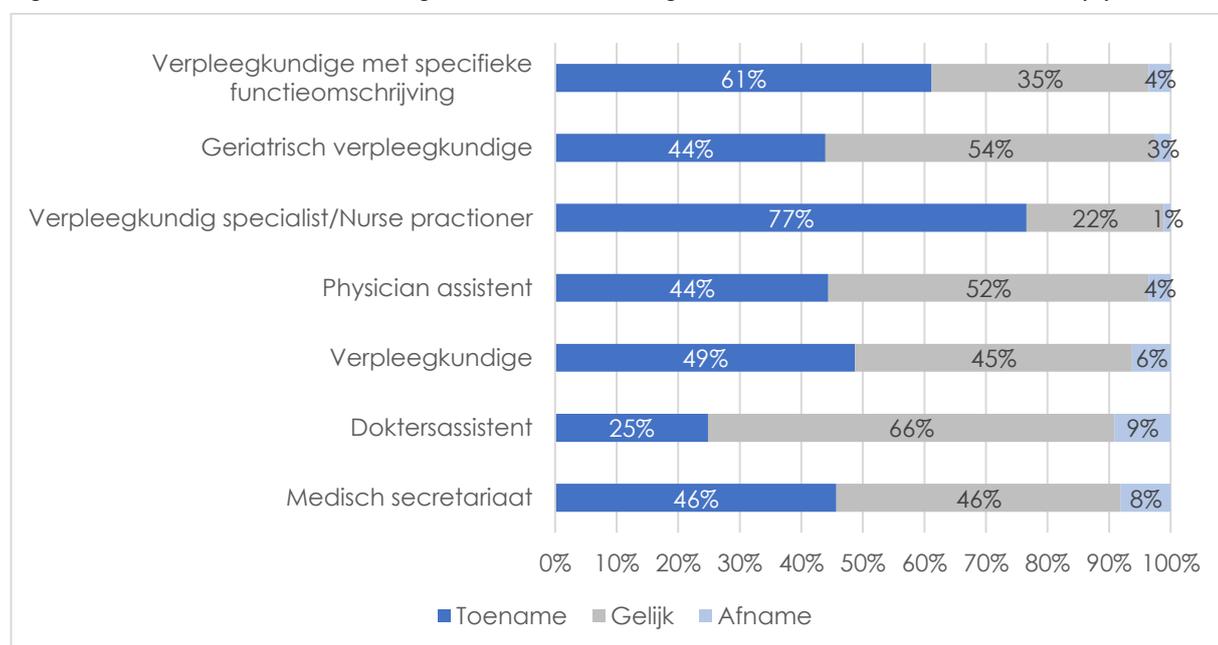


Daarnaast verwachten de respondenten ook een toename in verpleegkundigen s.f. (61%) en verpleegkundigen (49%).

Een klein aantal SO noemt ook andere ondersteuners waar een ontwikkeling wordt verwacht (34). Er wordt een verwachte toename benoemd bij 19 andere ondersteuners, een verwachte afname bij 5 ondersteuners en het gelijk blijven wordt bij 10 ondersteuners genoemd.

Een toename in ondersteuners wordt vaker verwacht bij basisartsen (10) en casemanagers (3). Andere ondersteuners worden hier slechts door een enkele respondent benoemd. Van een paar groepen ondersteuners verwachten enkele respondenten ook dat dit gelijk zal blijven: basisartsen (2) en casemanagers (2). Bij afname worden de volgende ondersteuners een enkele keer genoemd: aios (3), basisarts (1) en sociaal psychiatrisch verpleegkundige (1).

Figuur 7.6 Verwachte ontwikkelingen in ondersteuning door anderen in de komende vijf jaar.





## BIJLAGE 1: VERGELIJKING ZORGPROFIELEN 2013 EN 2018

In onderstaand schema staan de cliënten die anno 2018 verblijven in het verpleeghuis op basis van de WLZ, ZVW en de subsidieregeling Eerstelijnsverblijf. In de kolom daarachter staat de vergelijkingsgroep uit 2013.

2018	2013
<b>Zorgprofielen in het kader van de Wet Langdurige Zorg (WLZ) anno 2018</b>	<b>Zorgzwaartepakketten i.h.k.v. de AWBZ (tot 1/1/2015)</b>
Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	VV 4
Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	VV 5
Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	VV 6
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	VV 7
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	VV 8
Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	VV 9b
Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg (tot 1/1/2018). Per 1/1/2018: opgeheven, onderdeel van bovenstaande zorgprofielen.	VV 10
<b>Zorg in het kader van de zorgverzekeringswet (Zvw)</b>	
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	VV 9a (AWBZ)
<b>Subsidieregeling Eerstelijnsverblijf</b>	
Subsidieregeling ELV	In 2013 niet bestaand
- ELV palliatief terminaal	Idem
- ELV hoog complex	Idem
- ELV-laagcomplex	Idem

\*Bron: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/zp-zorgprofiel>



## BIJLAGE 2: CLIËNTEN IN DE ONDERZOEKSGROEP EN LANDELIJK

In onderstaande tabel staat de verdeling van de cliënten over de verschillende zorgprofielen, voor de cliëntenpopulatie in ons onderzoek en de landelijke cijfers van het CBS (2017). Met ingang van 1 januari 2018 is zorgprofiel 10 komen te vervallen<sup>69</sup>. In de gegevens uit 2017 van het CBS staat dit zorgprofiel nog wel vermeld.

Cliënten	Onderzoeksgroep		CBS-gegevens	
	Aantallen	% verdeling	Aantallen	% verdeling
ZZP 5	30.697	59%	56.567	58%
ZZP 6	12.487	24%	26.523	27%
ZZP 7	7.059	13%	11.356	12%
ZZP 8	1.243	2%	2.140	2%
ZZP 9b	536	1%	690	1%
ELV terminaal palliatief*	368	1%	-	-
ZZP 10**	-	-	60	<0.1%
<b>Subtotaal</b>	<b>52.390</b>	<b>100%</b>	<b>97.337</b>	<b>100%</b>
GRZ*	4.341	-	-	-
ELV overig (niet terminaal)*	1.847	-	-	-

\* GRZ en ELV-clients worden niet gespecificeerd in de CBS-cijfers.

\*\* In de CBS-cijfers is ZZP 10 nog opgenomen als een zorgzwaartepakket.

<sup>69</sup> Bron: <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2017/12/ptz-regelen-bij-wlz-indicatie-wordt-eenvoudiger>



## BIJLAGE 3: WEGING

In de onderstaande tabel staat de verdeling van organisaties en cliënten van het onderzoek en in de populatie. Om het onderzoek te wegen naar de populatie is een weefactor berekend. Deze staat vermeld in de laatste kolom.

Grootte	Verdeling in onderzoek		Verdeling in populatie		Weefactor
	Organisaties	Cliënten	Organisaties	Cliënten	
<100	24	1.280	113	5.519	4,71
100-250	20	3.222	75	11.176	3,75
251-400	20	6.699	43	12.994	2,15
401-625	29	14.401	45	21.766	1,55
>625	33	32.472	72	79.686	2,18



## BIJLAGE 4: AANVULLENDE RESULTATEN HOOFDSTUK 3

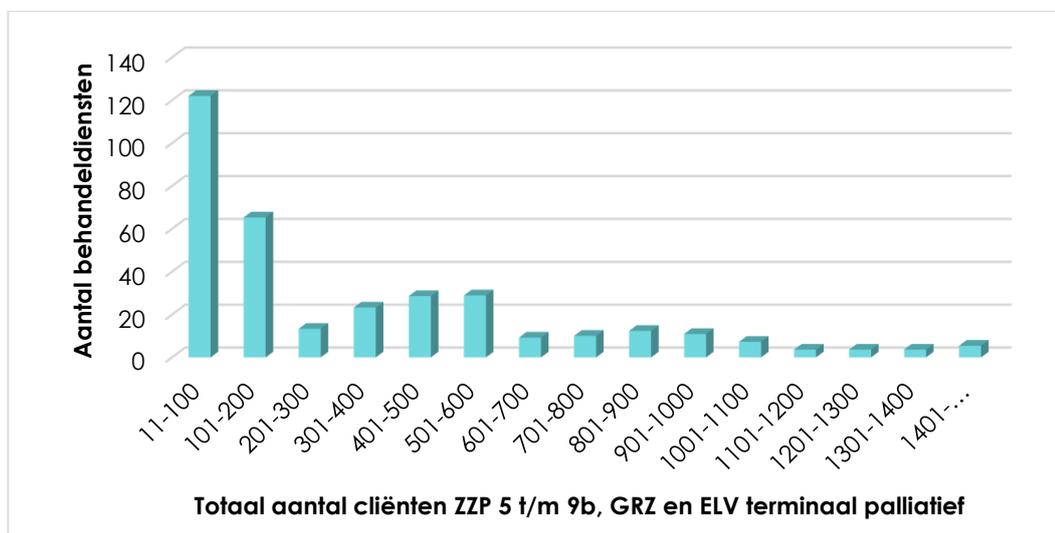
In deze bijlage worden enkele aanvullende resultaten bij hoofdstuk 3 besproken, namelijk:

- A. De omvang van de behandelpraktijk
- B. Extramurale zorg door organisaties die dit zorgaanbod hebben (i.t.t. het landelijk beeld besproken in hoofdstuk 3).

### A. Omvang van de behandelpraktijk

In figuur A1 staat de omvang van de behandelpraktijk (totaal aantal cliënten) van de verpleeghuizen gepresenteerd. De meeste verpleeghuizen bieden medische zorg aan 11 tot 200 cliënten in het verpleeghuis.

Figuur A1 De omvang van de behandelpraktijk (totaal aantal cliënten) van de behandel diensten van de deelnemende verpleeghuizen (N=348)



### B. Extramurale zorg bij verpleeghuizen die extramurale zorg bieden

In tabel B1 staat het aandeel medische zorg buiten het verpleeghuis door de verschillende professionals in organisaties die extramurale zorg verlenen. Voor de SO is het aandeel buiten het verpleeghuis het hoogste met 11,5%.

Tabel B1 Aandeel van de medische zorg buiten het verpleeghuis (vph) bij verpleeghuizen die deze extramurale zorg verlenen (N=205)

	Totaal (in fte)	buiten vph (in fte)	buiten vph (%)
Specialist ouderengeneeskunde	1.118,5	128,8	11,5%
Verpleegkundig specialist	285,4	9,1	3,2%
Physician assistant	27,6	0,0	0,0%
Verpleegkundige s.f.	245,5	13,4	5,5%



## BIJLAGE 5: AANVULLENDE RESULTATEN HOOFDSTUK 4

In deze bijlage worden enkele aanvullende resultaten bij hoofdstuk 4 besproken, namelijk:

- A. Artsen wel/niet in loondienst
- B. De samenstelling van de behandeldienst
- C. Verhouding van professionals t.o.v. de SO bij organisaties met deze professionals

### A. Artsen 'wel of niet in loondienst'

Steeds meer SO 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. Aan de hoofden van de behandeldiensten is gevraagd naar een uitsplitsing van het aantal en fte artsen 'in loondienst' en 'niet in loondienst'.

Bijna 82% van de behandeldiensten geeft aan artsen te hebben die 'niet in loondienst' zijn. In tabel A1 staat het aandeel van de verschillende artsen die wel of niet in loondienst zijn. De tabel laat de resultaten zien van de respondenten die deze vraag volledig hebben ingevuld (90% van de behandeldiensten). Van de SO is 18% niet in loondienst bij de organisatie. Voor de overige artsen is dit gemiddeld 45%. Het hoogste aandeel niet in loondienst is te zien bij de huisartsen, waar ongeveer 92% niet in loondienst is bij de organisatie.

Tabel A1 Aantallen en aandeel van de verschillende artsen wel of niet in loondienst die medische zorg leveren vanuit de deelnemende medische diensten (N=305)

	Totaal	Wel in loondienst	Niet in loondienst	% niet in loondienst
Geregistreerde SO	1751	1438	313	17,9%
Aios O	228	0	228	100,0%
Overige artsen, waarvan:	683	373	309	45,3%
Huisartsen	167	13	154	92,4%
Basisartsen <sup>70</sup>	508	357	151	29,8%
Overige artsen	8	4	4	50,1%

In tabel A2 is de wijze te zien waarop artsen die 'niet in loondienst' verbonden zijn aan de deelnemende behandeldiensten. Het betreft hier een meerkeuze vraag waardoor het percentage optelt tot boven de 100. Een groot deel geeft aan dat de aios in dienst zijn van de SBOH. Daarnaast worden veel artsen ingehuurd als zzp'er (35,5%). Bijna 29% geeft een 'andere' wijze aan, vooral wordt hier genoemd dat zij via een andere 'collega' organisatie artsen inhuren.

<sup>70</sup> Dit is inclusief huisartsen in opleiding.



Tabel A2 Wijze waarop de artsen 'niet in loondienst' verbonden zijn aan de deelnemende organisaties (N=273)

	Aandeel
Alle aio(to)'s zijn in dienst van de SBOH	43,6%
Bij de medische zorg heeft gedeeltelijke of volledige outsourcing plaatsgevonden	25,4%
De artsen niet in loondienst zijn ingehuurd via een uitzendorganisatie	13,3%
De artsen vormen een zelfstandige maatschap	4,8%
De artsen zijn als zzp-er ingehuurd	35,5%
Anders	28,3%

### B. Samenstelling van de behandeldienst bij kleine en grote organisaties

In tabel B1 staat de samenstelling van de behandeldienst gesplitst op het aantal cliënten met ZZP 5-9b, ELV en GRZ in de verpleeghuizen (splitsing op basis van de mediaan van 185 cliënten).

Tabel B1 De samenstelling van de behandeldienst op hoofdgroepen gesplitst naar organisatiegrootte

	Kleine organisaties (N=97)	Grote organisaties (N=147)
SO	26%	33%
Overige artsen (aios O, huisarts, basisarts, overig)	19%	17%
VS/PA/verpleegkundige s.f.	27%	15%
Medisch secretariaat/doktersassistenten	4%	10%
Psychologen	24%	24%

Grotere organisaties hebben relatief meer ondersteuners in de vorm van medisch secretariaat en doktersassistenten en een lager aandeel VS/PA/verpleegkundigen s.f.. Het aandeel psychologen is in kleinere en grotere organisaties nagenoeg gelijk.

In tabel B2 kijken we naar de mate waarin de twee soorten organisaties beschikken over de genoemde beroepsgroepen. Voor een goede vergelijking hebben we de SO hier weggelaten, maar wel de aios O en overige artsen afzonderlijk genoemd.

Te zien is dat kleine behandeldiensten geen aios O hebben en aanmerkelijk minder vaak beschikken over de andere genoemde professionals. Uitzondering hierop is de beroepsgroep van de psychologen. Ook kleinere organisaties hebben in de meeste gevallen de beschikking over een psycholoog (94%). Dit sluit aan bij het eerder genoemde onderzoek van Van der Windt en Bloemendaal (2012), waarin SO aangaven dat de psychologen, hoewel zij geen directe bijdrage leveren aan de medische zorg, van groot belang zijn voor het werk van de SO.



Tabel B2 Aandeel organisaties dat de verschillende professionals in dienst heeft, totaal en uitgesplitst naar organisatiegrootte (op basis van de mediaan van 185 cliënten) (N=334)

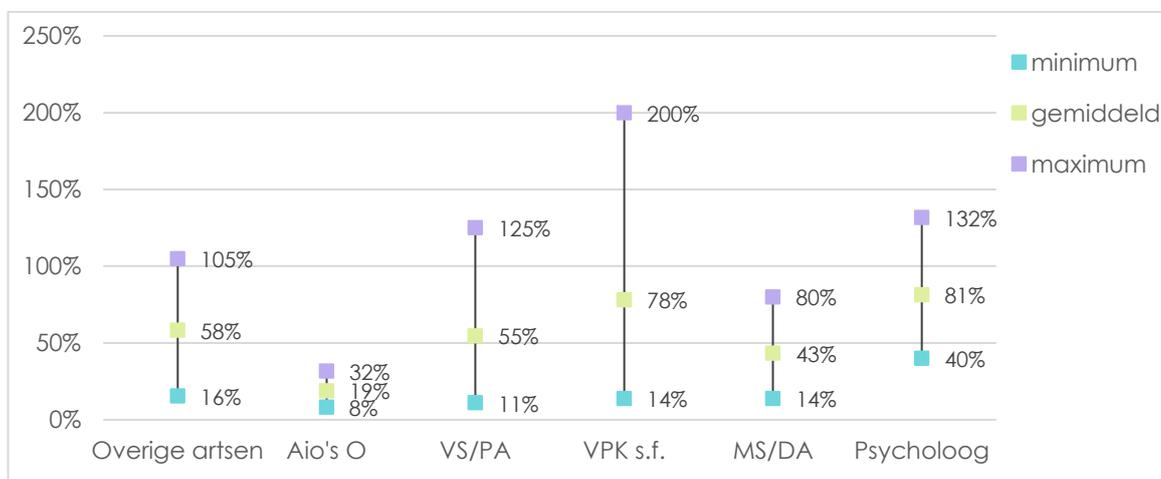
	Totaal	Kleine organisaties	Grote organisaties
Overige artsen (huisarts, basisarts, overig)	64%	47%	78%
Aios O	40%	0%	76%
VS/PA/verpleegkundige s.f.	75%	56%	92%
Medisch secretariaat/doktersassistenten	71%	47%	93%
Psychologen	97%	94%	100%

### C. Verhouding groepen ten opzichte van de SO bij organisaties met deze professionals

Hoe het aantal fte's van de verschillende groepen professionals zich verhoudt tot het aantal SO is weergegeven in figuur C1. Enkele extreme waarden zijn bij deze analyse uitgesloten. Daarnaast betreft de figuur per beroepsgroep alleen de behandeldiensten die de betreffende professionals in dienst hebben. Om een beeld te krijgen van de variatie binnen de verschillende groepen, zijn het minimum (10<sup>e</sup> percentiel), het gemiddelde en het maximum (90<sup>e</sup> percentiel) afgebeeld. De kleinste spreiding is er bij de aio O. Op elke fte SO is er gemiddeld 0,19 fte aio O. De grootste spreiding is te zien bij de verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving. Deze varieert van 14% (0,14 fte verpleegkundige s.f. per fte SO) tot 200% (2 fte verpleegkundige s.f. op 1 fte SO), met een gemiddelde van 78%.

We zien in deze figuur ook dat de beroepsgroepen die relatief afhankelijk zijn van het aantal SO voor consultatie en/of begeleiding, een veel kleinere spreiding laten zien dan de overige professionals. Het gaat dan om de aio's O, overige artsen en VS/PA). Zij verlenen medische en verpleegtechnische zorg, in nauwe samenspraak met de SO. Als we deze groepen samennemen en kijken hoe de som van dit aantal zich verhoudt tot het aantal SO dan is het gemiddelde aandeel 92%. Dat betekent dat gemiddeld bij de organisaties die een van de groepen naast de SO heeft, 0,92 fte ondersteuner per fte SO aanwezig is.

Figuur C1 De verhouding tussen het aantal fte's van de verschillende beroepsgroepen ten opzichte van het aantal fte SO bij organisaties die de betreffende professional in dienst hebben





## BIJLAGE 6: AANVULLENDE RESULTATEN HOOFDSTUK 5

In tabel 1 staan de uitkomsten van de regressieanalyse uit 2013 en 2018. Hierin is voor het betrouwbaarheidsinterval uitgegaan van de laagste waarde uit 2013 of 2018 voor het minimum, en de hoogste waarde uit 2013 of 2018 voor het maximum.

Zoals te zien in het gecombineerde 95% interval, is de spreiding in de bijdrage van de verschillende groepen erg groot. Deze grote spreiding hangt in hoge mate samen met de variatie in de randvoorwaarden, het werkproces rond de medische zorgverlening en de samenwerking tussen de verschillende professionals in de praktijk.

Tabel 1 Significantie van de unieke bijdrage van de verschillende groepen in 2013 en 2018 en het gecombineerde 95% betrouwbaarheidsinterval

	Significantie		95% interval	
	2013	2018	min	max
Geregistreerde SO	0,00	<0,01	36,3	75,2
Aio's O	0,04	<0,01	1,5	88,4
Overige artsen	0,00	<0,01	10,1	45,2
Verpleegkundig specialist en physician assistant	*0,06	<0,01	-0,6	35,5
Psychologen	0,00	0,02	10,0	88,4

\* Niet significant.



## BIJLAGE 7: AANVULLENDE RESULTATEN HOOFDSTUK 7

In deze bijlage worden enkele aanvullende resultaten bij hoofdstuk 7 beschreven:

- A. Ondersteuning door anderen bij de medische zorg
- B. Tijdsbesteding en patiëntencontacten voor de verschillende patiëntengroepen

### A. Ondersteuning door anderen bij de medische zorg

Van de SO geeft 85% (497) aan ondersteuning te hebben bij hun werkzaamheden. In tabel A1 is weergegeven van wie de SO ondersteuning ontvangen en om hoeveel uren ondersteuning dit gaat per ondersteunende professional. Het medisch secretariaat wordt met 83,6% het vaakst genoemd. Daarna volgen verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving (s.f.), meestal praktijkverpleegkundigen (42,7%), verpleegkundig specialisten (36,0%) en doktersassistenten (34,1%).

In uren biedt de verpleegkundig specialist/nurse practitioner (VS) de meeste ondersteuning met gemiddeld 19,6 uur per fte SO.

Tabel A1 Het aantal keer genoemd en het gemiddeld aantal uren ondersteuning per FTE SO naar de betreffende categorieën (n=464).

Ondersteuner	SO met deze ondersteuning Aantal	% genoemd SO met deze ondersteuning	Gem. Aantal uren per FTE SO van de SO met ondersteuning
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving (s.f.)	198	42,7%	12,1
Geriatrisch verpleegkundige	27	5,8%	15,8
Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner (VS)	167	36,0%	19,6
Physician assistant (PA)	33	7,1%	17,0
Verpleegkundige	149	32,1%	11,0
Doktersassistent	158	34,1%	12,0
Medisch secretariaat	388	83,6%	12,1
Anders	43	9,3%	18,4

Tabel A2 laat de gemiddelde ondersteuning van de SO zien in 2009 en 2018. In 2009 wordt de doktersassistent het meest genoemd (42,8%) terwijl dit percentage in 2018 34,1% is. Daarentegen wordt het medisch secretariaat met 83,6% vaak genoemd als ondersteuner in 2018 ten op zichte van 20,9% in 2009. De VS wordt ook aanzienlijk vaker genoemd in 2018 dan in 2008 (respectievelijk 36% en 10,2%).



Tabel A2 Het percentage genoemd en het gemiddeld aantal uren per FTE van ondersteuning naar de desbetreffende categorieën in 2009 en 2018.

Ondersteuner	2009		2018	
	% genoemd	Gem. Aantal uren per FTE	% genoemd	Gem. Aantal uren per FTE
Verpleegkundige s.f. (bijv. praktijkverpleegkundige)	26,2%	7,5	42,7%	12,1
Geriatrisch verpleegkundige	2,1%	3,5	5,8%	15,8
Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner	10,2%	15,8	36,0%	19,6
Physician assistant	-	-	7,1%	17,0
Verpleegkundige	32,1%	7,6	32,1%	11,0
Doktersassistent	42,8%	11,7	34,1%	12,0
Medisch secretariaat	20,9%	6,8	83,6%	12,1
Anders	13,4%	17,2	9,3%	18,4

## B. Tijdsbesteding en patiëntcontacten voor de verschillende patiëntengroepen

De vragen over het aantal uren en aantal patiëntcontacten verdeeld over de verschillende patiëntengroepen bleken zeer complex voor de respondenten. Door de complexiteit van de vragen en de mogelijke interpretatieverschillen, is besloten om in hoofdstuk 7 te focussen op het aantal uren dat SO besteden aan de verschillende typen cliënten. We gaan er van uit dat de resultaten over de bestede uren een goed beeld geeft van de werkelijke tijdsbesteding van SO.

In deze bijlage beschrijven we naast de bestede tijd, ook de patiëntcontacten. Daarbij gelden echter enkele kanttekeningen.

Net als in het onderzoek uit 2009, is het aantal patiëntcontacten gevraagd per week. Reden om voor een week te kiezen was de aanname dat het dan waarschijnlijk om unieke patiënten zou gaan. Het is de vraag of deze aanname anno 2018 houdbaar is. Gegevens over ontwikkelingen in de zorgzwaarte en verblijfsduur van verpleeghuisbewoners zijn van belang om hierover uitspraken te kunnen doen. Als de zorgzwaarte toeneemt en/of de verblijfsduur van verpleeghuiscliënten afneemt, dan is het aannemelijk dat SO cliënten in de laatste fase van hun leven vaker dan eenmaal per week zien.

Bij de vraag naar het aantal patiëntcontacten is verder de verschuiving in de tijdsbesteding van de SO van directe naar indirecte patiëntenzorg van belang. In de vraagstelling in dit onderzoek gaat het om daadwerkelijke contacten van de SO met patiënten en uitdrukkelijk niet over consulten aan collega's. Vraag is echter of de respondenten dit ook op deze wijze hebben geïnterpreteerd.

Vanwege de kanttekeningen en de indicatieve resultaten over het aantal patiëntcontacten, zijn deze resultaten in het grijs gemarkeerd.



In tabel B1 staat het aantal uren en de patiëntcontacten van de SO gesplitst als hoofdbehandelaar en als medebehandelaar.

Tabel B1 Aantal uren en patiëntcontacten van de SO als hoofdbehandelaar en als medebehandelaar

	<b>Hoofdbehandelaar</b>	<b>Medebehandelaar / consulent</b>	<b>Totaal</b>
Uren	17,6	3,3	21,0
Uren %	84%	16%	100%
Patiëntcontacten	28,0	4,0	32,0
Patiëntcontacten %	88%	12%	100%

Zowel bij de SO als hoofdbehandelaar als de SO als medebehandelaar is er een significante correlatie gevonden tussen het aantal uren en patiëntcontacten, met hoe meer patiëntcontacten hoe meer uren.

De tijdsbesteding in uren en het aantal patiëntcontacten van de SO naar de verschillende patiëntencategorieën staat in tabel B2. Als medebehandelaar wordt er meer tijd besteed aan patiënten in het verzorgingshuis/wooncentrum en zelfstandig wonenden (zowel zonder als met dagbehandeling) dan als hoofdbehandelaar.



Tabel B2 De tijdsbesteding (n=418) en het aantal patiëntcontacten (n=319) van de SO naar de verschillende patiëntencategorieën.

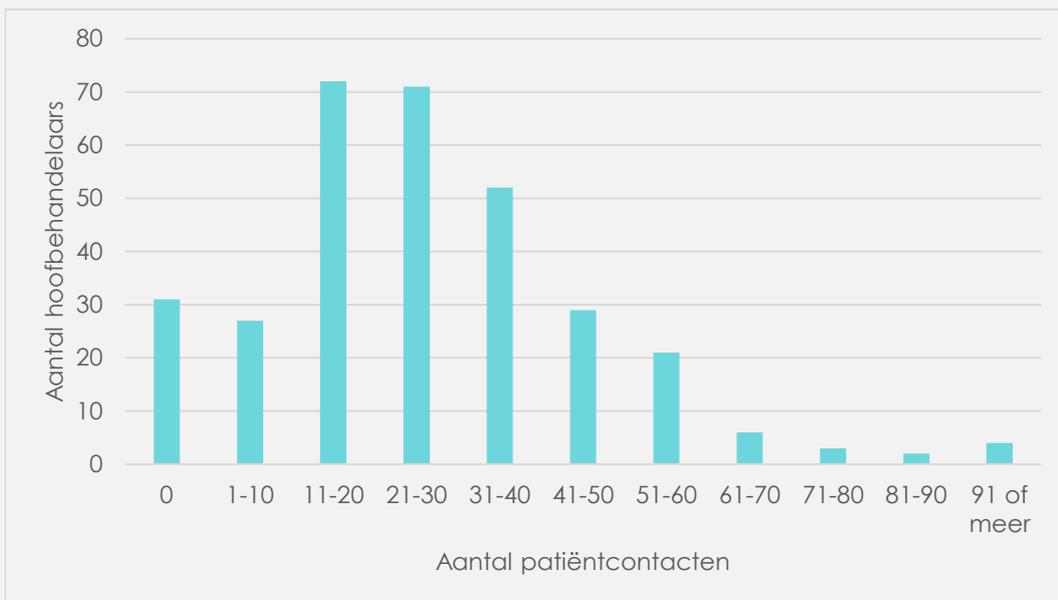
Woon- of verblijfplaats patiënt	Totaal		Hoofdbehandelaar		Medebehandelaar /consulent	
	Uren	Patiënt- contacten	Uren	Patiënt- contacten	Uren	Patiënt- contacten
Verpleeghuis						
- cliënten met zzp-indicatie	11,9	20,2	11,3	19,2	0,5	1,0
- cliënten GRZ	3,8	5,7	3,6	5,4	0,2	0,3
- cliënten ELV palliatief/terminaal	0,5	0,8	0,4	0,7	0,1	0,1
- cliënten ELV overige (niet terminaal palliatief)	1,1	1,5	1,0	1,4	0,1	0,1
Verzorgingshuis/ woonzorgcentrum	0,8	1,0	0,2	0,3	0,6	0,8
Zelfstandig wonend						
- zonder dagbehandeling	1,2	0,8	0,1	0,1	1,1	0,7
- dagbehandeling volgend	0,5	0,5	0,1	0,0	0,4	0,4
Hospice	0,4	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0
Patiënten uit/via andere branches (ggz, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)	0,7	1,1	0,4	0,6	0,3	0,5
Overig*	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
<b>Totaal</b>	<b>21,0</b>	<b>32,0</b>	<b>17,6</b>	<b>28,0</b>	<b>3,3</b>	<b>4,0</b>

\* Klein aantal respondenten.

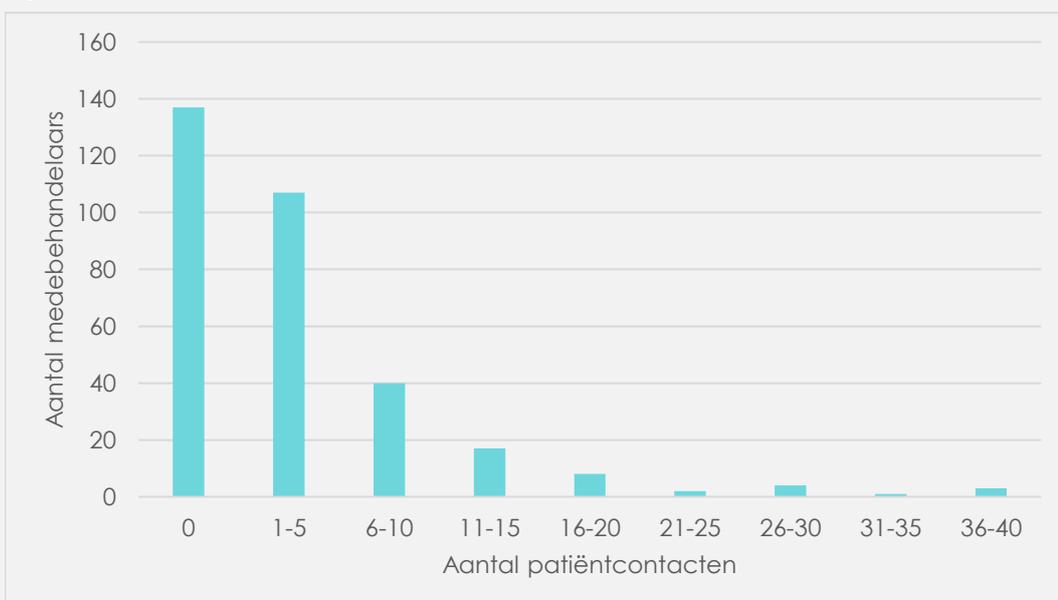


In de volgende figuren staan de aantallen behandelaars met de aantallen patiëntcontacten per week voor zowel de hoofbehandelaars (figuur B1) en medebehandelaars (figuur B2). Hiervoor is een verdeling gemaakt van het aantal patiëntcontacten. In de figuren is te zien dat er redelijk wat respondenten zijn die wel uren hebben opgegeven maar geen tot weinig patiëntcontacten benoemen. Mogelijk gaat het hier vooral om tijd die besteed wordt aan indirecte patiëntenzorg en/of krijgt de SO meer andere complexe taken of complexere patiënten.

Figuur B1 Het aantal hoofbehandelaars met het aantal patiëntcontacten per week.



Figuur B2 Het aantal medebehandelaars met het aantal patiëntcontacten per week.





In tabel B3 staat de relatieve verdeling van de tijd en het aantal patiëntcontacten weergegeven voor de SO als hoofdbehandelaar en voor de SO als medebehandelaar/consultant.

Tabel B3 De verdeling van het aantal patiëntgebonden uren (n=418) en het aantal patiënten naar de patiëntencategorieën (n=319) in percentages.

Woon- of verblijfplaats patiënt	Uren (%)		Patiënten (%)	
	Hoofd-behandelaar	Mede-behandelaar	Hoofd-behandelaar	Mede-behandelaar
Verpleeghuis, waarvan:	92,5%	26,5%	95,2%	39,7%
- cliënten met zzp-indicatie	64,3%	16,1%	68,5%	25,8%
- cliënten GRZ	20,4%	4,8%	19,4%	7,0%
- cliënten ELV palliatief/terminaal	2,3%	2,6%	2,4%	3,2%
- cliënten ELV overige (niet terminaal/palliatief)	5,6%	3,0%	4,9%	3,7%
Verzorgingshuis/ woonzorgcentrum	1,2%	17,4%	0,9%	19,2%
Zelfstandig wonend, waarvan:	1,1%	45,8%	0,3%	28,4%
- zonder dagbehandeling	0,8%	32,8%	0,2%	17,6%
- dagbehandeling volgend	0,3%	13,0%	0,1%	10,8%
Hospice	2,4%	0,5%	1,5%	0,5%
Patiënten uit of via andere branches (ggz, ziekenhuis, revalidatie, gehandicaptenzorg)	2,5%	9,1%	2,1%	11,9%
Overig*	0,3%	0,7%	0,0%	0,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\* Klein aantal respondenten.



Tabel B4 laat het aantal minuten per patiëntcontact naar de verschillende patiëntcategorieën en de bijbehorende aantal patiëntcontacten zien. Ook hier is te zien dat de SO als hoofdbehandelaar de meeste tijd besteden aan verpleeghuiscliënten, voornamelijk cliënten met WLZ-zorgprofiel. Als medebehandelaar wordt de meeste tijd besteed aan zelfstandig wonenden zonder dagbehandeling.

Tabel B4 Aantal minuten per patiënt naar de verschillende patiëntcategorieën.

Woon- of verblijfplaats patiënt	Hoofdbehandelaar			Medebehandelaar/ consulent		
	Gem. aantal patiëntcontacten	Gem. aantal min.	Totaal min.	Gem. aantal patiëntcontacten	Gem. aantal min.	Totaal min.
Verpleeghuis	26,7	38	980	1,5	37	56
- cliënten met zzp-indicatie	19,2	35	680	1,0	31	32
- cliënten GRZ	5,4	40	217	0,3	34	10
- cliënten ELV palliatief/terminaal	0,7	36	24	0,1	41	5
- cliënten ELV overige (niet terminaal/palliatief)	1,4	43	59	0,1	41	6
Verzorgingshuis/ woonzorgcentrum	0,3	48	12	0,8	46	35
Zelfstandig wonend	0,1	152	12	1,1	77	92
- zonder dagbehandeling	0,1	142	8	0,7	94	66
- dagbehandeling volgend	0,0	163	4	0,4	60	26
Hospice	0,4	61	25	0,0	50	1
Patiënten uit of via andere branches (ggz-organisatie, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)	0,6	46	27	0,5	38	18
Overig*	-	-	-	-	-	-
Totaal	28,0	-	1056	4,0	-	200

\* Te klein aantal respondenten om de resultaten weer te geven.



In tabel B5 is het aantal uren en patiëntcontacten van de SO te zien gesplitst naar hoofd- en medebehandelaar voor 2009 en 2018. Het percentage patiëntcontacten van de SO als hoofdbehandelaar is in 2018 met 88% hoger dan in 2009 (72%). Dit terwijl de verdeling in uren nagenoeg hetzelfde is 84% in 2018 van de SO als hoofdbehandelaar versus 83% in 2009. Ook hier is te zien dat het aantal patiëntcontacten fors is gedaald. Dit kan samenhangen met de mogelijke toename in de zorgzwaarte per patiënt. Een andere mogelijk verklaring voor de afname van de cliëntcontacten is dat de SO over de gehele linie meer indirecte dan directe patiëntenzorg is gaan bieden en vaker werkt vanuit een consultfunctie.

Tabel B5 Aantal uren en patiëntcontacten van de SO als hoofdbehandelaar en als medebehandelaar in 2009 en 2018.

	Hoofdbehandelaar		Medebehandelaar/ consulent		Totaal	
	2009	2018	2009	2018	2009	2018
Uren	18,0	17,6	3,7	3,3	21,7	21,0
Uren %	83%	84%	17%	16%	100%	100%
Patiëntcontacten	53,4	28,0	23,2	4,0	76,6	32,0
Patiëntcontacten %	72%	88%	28%	12%	100%	100%

Deze tabel voor 2018 is ook eerder besproken als tabel B1.

Hoewel er aanmerkelijk minder patiëntcontacten zijn per fte SO, is het aantal uren wel redelijk gelijk gebleven. In 2018 wordt er dan ook gemiddeld meer tijd besteed per patiënt (zie tabel B6). Dit geldt voor vrijwel alle patiëntencategorieën, behalve voor patiënten die verblijven in een hospice.

Tabel B6 Aantal minuten per patiënt naar de verschillende patiëntcategorieën in 2009 en 2018.

Woon- of verblijfplaats patiënt	2009	2018
Verpleeghuis (zpz, GRZ, ELV palliatief)	28	36
Verpleeghuis cliënten ELV overige (niet terminaal palliatief)	-	42
Verzorgingshuis/woonzorgcentrum	13	47
Zelfstandig wonend		
- zonder dagbehandeling	23	118
- dagbehandeling volgend	12	112
Hospice	86	56
Patiënten uit of via andere branches (ggz-organisatie, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)	39	42
Overig*	31	-



## BIJLAGE 8: VRAGENLIJST BEHANDELDIENSTEN VERPLEEGHUIZEN

Hartelijk dank voor uw bereidheid om mee te werken aan dit onderzoek. Doel van dit onderzoek is om zicht te krijgen op de werkcontext, inrichting van de medische dienst en vacatures voor de Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Mede op basis van dit onderzoek adviseert het Capaciteitsorgaan in 2019 het ministerie van VWS over het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor de SO.

Prismant voert het onderzoek uit in samenwerking met MRDM die de gegevens uit deze vragenlijst verzamelt. Uw gegevens worden veilig opgeslagen, niet gedeeld met anderen en anoniem verwerkt voor het bovengenoemde doel. De rapportage is op brancheniveau. Hierin staan geen resultaten die naar uw organisatie herleidbaar zijn.

Deelname aan de vragenlijst is geheel vrijwillig. Dat betekent dat u op elk moment kunt stoppen met het verder invullen van de vragen. Aan het eind van de vragenlijst kunt u uw antwoorden downloaden of printen.

In de vragenlijst kunt u uw e-mailadres opgeven als u na afloop van het onderzoek een link naar de onderzoeksrapportage wilt ontvangen. Ook kunt u aangeven of u een rapportage wilt waarin uw gegevens worden gespiegeld aan het gemiddelde van uw branchegenoten. Wij bewaren uw gegevens uiterlijk drie jaar.

Voor vragen over het onderzoek kunt u contact opnemen met de projectleider van het onderzoek Ineke Bloemendaal, (hier algemeen emailadres voor dit onderzoek [onderzoek@prismant.nl](mailto:onderzoek@prismant.nl) onder vermelding van onderzoek SO).

Als u hiermee akkoord gaat, kunt u hieronder klikken en beginnen met de vragenlijst.

- Ja, ik ga akkoord

### Algemene vragen

*Wij vragen u deze enquête in te vullen voor uw gehele organisatie!*

1. Bij welke organisatie bent u werkzaam?

Naam organisatie: .....

2. Wat is uw functie? Kies de functie die het beste past.

Hoofd/Manager Behandel dienst of Kennis- en Behandelcentrum

Teamleider van de medische vakgroep

1<sup>e</sup> Specialist Ouderengeneeskunde

Beleidsmedewerker

Anders, namelijk ...tekst vak.....

### Zorgaanbod en verblijfscliënten

3. Welke vormen van zorg/behandeling biedt uw organisatie?

(meerdere antwoorden mogelijk)

langdurige zorg i.h.k.v. de Wet Langdurige Zorg (WLZ)

dagbehandeling

geriatrische behandelzorg (GRZ)

eerstelijnsverblijf (ELV palliatief terminaal en/of ELV overig)



- behandeling n.a.v. consulten/verwijzingen via huisarts
- medische zorg in huisartsenpraktijk
- anders, namelijk ...tekst vak.....

4. In welke provincie(s) is uw organisatie voornamelijk actief?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

Groningen, Friesland (Fryslân), Drenthe, Overijssel, Flevoland, Gelderland, Utrecht, Noord-Holland, Zuid-Holland, Zeeland, Noord-Brabant, Limburg

5. Voor hoeveel cliënten uit uw eigen organisatie en/of uit andere organisaties biedt uw dienst per 1/1/2018 de **volledige** medische zorg (WLZ en GRZ)? Wilt u het aantal cliënten per zorgwaartepakket (zpz) invullen en het aantal cliënten Geriatrische Behandeling (GRZ)? (NB: later in deze enquête gaan we in op eerstelijnsverblijf en extramurale zorg).

Volledige medische zorg		
zpz	Aantal cliënten eigen organisatie	Aantal cliënten andere organisatie
4		
5		
6		
7		
8		
9b		
GRZ		

Voorwaarde vraag 6: vraag 3 is (ook) eerstelijnsverblijf (ELV)

6. U heeft aangegeven dat uw organisatie eerstelijnszorg biedt. Kunt u aangeven hoeveel cliënten op 1/1/2018 zorg ontvingen in uw organisatie via de regeling Eerstelijnsverblijf en bij hoeveel hiervan het ging om ELV voor palliatief terminale zorg?

ELV: totaal aantal cliënten: .....

ELV voor palliatief terminale zorg: .....

## Bezetting artsen en vacatures

Verplichte vraag

7. Zijn er in uw organisatie artsen werkzaam, al dan niet in loondienst?

0 ja

→ naar vraag 8

0 nee

→ naar vraag 10.

Voorwaarde vraag 8: vraag 7 is ja.

8. Hoeveel artsen zijn op 1 januari 2018 in totaal werkzaam in uw organisatie en wat is het totale aantal formatieplaatsen (fte)? (NB: het gaat om het totale aantal artsen dat onder uw verantwoordelijkheid valt, inclusief uzelf (voor het deel van uw aanstelling dat u artsentaken uitvoert). Wilt u apart vermelden hoeveel artsen wel en niet in loondienst zijn?

Wilt u de aio(to)'s die in uw organisatie werkzaam zijn en in dienst zijn van de SBOH vermelden bij 'niet in loondienst' en daar het aantal fte invullen (inclusief het opleidingsdeel).

Vult u a.u.b. als decimaaltekens een punt in en geen komma



Artsenbezetting	In loondienst		Niet in loondienst	
	Aantal personen	Aantal fte	Aantal personen	Aantal fte
SO				
Aio(to)'s SO				
Huisartsen				
Huisartsen i.o.				
Basisartsen				
Anders, namelijk .....				

9. Indien u bij de vorige vraag heeft ingevuld dat er ook artsen werken in uw organisatie die niet in loondienst zijn, op welke wijze zijn zij dan verbonden aan uw organisatie?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

- alle aio(to)'s zijn in dienst van de SBOH
- bij de medische zorg heeft gedeeltelijke of volledige outsourcing plaatsgevonden
- de artsen niet in loondienst zijn ingehuurd via een uitzendorganisatie
- de artsen vormen een zelfstandige maatschap
- de artsen zijn als zzp-er ingehuurd
- anders, namelijk .....tekst vak.....

10. Heeft u op 1 januari 2018 één of meer vacatures voor artsen (specialisten ouderengeneeskunde, aio(to)'s SO en/of overige artsen)?

- ja → naar vraag 11
- nee → naar vraag 12 → Als zowel vr  
7=nee als 10=nee naar einde van de vragenlijst

Voorwaarde vraag 11: vraag 10 is ja

11. Zo ja, hoeveel en voor hoeveel fte? Wilt u zo mogelijk in de laatste kolom aangeven hoeveel vacature(s) naar schatting al langer dan 6 maanden open staan?

Vult u a.u.b. als decimaalteken een punt in en geen komma

Vacatures artsen	Aantal vacatures (personen)	Aantal fte	Aantal vacatures langer dan 6 maanden
SO			
Aio(to)'s SO			
Huisartsen			
Basisartsen			
Overige artsen, n.l. ....			

### Bezetting andere professionals

Professionals zonder medische achtergrond die vaak deel uitmaken van de behandeldienst zijn de Verpleegkundig Specialist (VS), Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving (bijv. praktijkverpleegkundigen), Physician Assistant (PA). Hieronder stellen we enkele vragen over de bezetting van deze professionals en eventuele vacatures.

12. Welke van de onderstaande professionals zijn werkzaam in de behandeldienst van uw organisatie?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

Verplichte vraag



- Verpleegkundig Specialist/Nurse practitioner al dan niet in opleiding
- Physician Assistant (PA), al dan niet in opleiding
- Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving (bijvoorbeeld praktijkverpleegkundigen), al dan niet in opleiding
- Geen van deze

→ naar vraag

14

Voorwaarde vraag 13: vraag 12 is **niet** Geen van deze

13. Hoeveel van deze professionals zijn op 1 januari 2018 werkzaam in uw organisatie? Wilt u apart vermelden hoeveel van deze professionals wel en niet bij uw organisatie in loondienst zijn?

Vult u a.u.b. als decimaaltekens een punt in en geen komma

Bezetting VS/NP, PA en VPK met een specifieke functieomschrijving	In loondienst		Niet in loondienst	
	Aantal personen	Aantal fte	Aantal personen	Aantal fte
Verpleegkundig Specialist/ Nurse Practitioner				
VS/NP (i.o.)				
Physician Assistant				
PA (i.o.)				
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving				
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving in opleiding (i.o.)				

14. Heeft u op 1 januari 2018 één of meer vacatures voor Verpleegkundig Specialist/Nurse Practitioner, Physician Assistant en/of Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving?

Verplichte vraag

- ja → naar vraag 15
- nee → naar vraag deel naar 17 (geen in dienst en geen vacatures), deel naar 18 (in dienst en wel/geen vacatures)17

Voorwaarde vraag 15: vraag 14 is ja

15. Voor welke beroepsgroepen heeft u deze vacatures op 1/1/2018?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Verpleegkundig Specialist/Nurse Practitioner
- Verpleegkundig Specialist / Nurse Practitioner (i.o.)
- Physician Assistant
- Physician Assistant (i.o.)
- Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving
- Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving (i.o.)

Hoeveel vacatures heeft u en voor hoeveel fte? Wilt u zo mogelijk in de laatste kolom aangeven hoeveel van deze vacature(s) naar schatting al langer dan 6 maanden open staan?

Vult u a.u.b. als decimaaltekens een punt in en geen komma



<b>Vacatures VS/NP, PA en VPK met een specifieke functieomschrijving</b>	Aantal vacatures (personen)	Aantal fte	Aantal vacatures langer dan 6 maanden
Verpleegkundig Specialist/Nurse Practitioner (VS/NP)			
VS/NP (i.o)			
Physician Assistant (PA)			
PA (i.o.)			
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving			
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving i.o.			

Voorwaarde vraag 12 is 'geen van deze' en vraag 14 is 'nee'

16. Heeft u concrete plannen om in de toekomst een Verpleegkundig Specialist/Nurse practitioner, verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving of Physician Assistant in dienst te nemen? (meerdere antwoorden mogelijk).

- Wij hebben concrete plannen om met een of meerdere Verpleegkundig Specialisten/Nurse Practitioners te gaan werken.
- Wij hebben concrete plannen om met een of meerdere Physician Assistants te gaan werken.
- Wij hebben concrete plannen om met een of meerdere verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving te gaan werken.
- Nee, wij hebben geen concrete plannen hiertoe.

### Ondersteunende bezetting

17. Is er ondersteuning beschikbaar in de vorm van bijvoorbeeld medisch secretariaat, doktersassistenten en/of praktijkondersteuners (niet-verpleegkundigen)?

Verplichte vraag

- ja → naar vraag 19
- nee → naar vraag 20

Voorwaarde vraag 19: vraag 18 is ja

18. Wat is hun aantal en het aantal formatieplaatsen per 1 januari 2018?

Vult u a.u.b. als decimaaltekens een punt in en geen komma

<b>Ondersteuning</b>	Aantal personen	Aantal fte
Medisch secretariaat		
Doktersassistenten		
Praktijkondersteuners (geen verpleegkundigen)		
Anders, namelijk .....		

19. Maken psychologen deel uit van de behandel dienst van uw organisatie?

Verplichte vraag

- ja → naar vraag 21
- nee → naar vraag 22



Voorwaarde vraag 21: vraag 20 is ja

20. Wat is hun aantal en het aantal fte per 1 jan 2018? Wilt u apart vermelden hoeveel van deze professionals wel en niet in loondienst zijn?  
Vult u a.u.b. als decimaalteken een punt in en geen komma

Bezetting psychologen	In loondienst		Niet in loondienst	
	Aantal personen	Aantal fte	Aantal personen	Aantal fte
GZ-psychologen				
Psychologen				
Anders, namelijk .....				

### Visie op de personele mix van de behandel dienst

21. Kunt u aangeven hoe belangrijk de onderstaande overwegingen zijn geweest bij de huidige personeelsmix van uw behandel dienst?  
visie op kwaliteit van medische zorg zeer belangrijk -----onbelangrijk  
visie op eigen regie cliënt  
visie op eigen regie werknemers (zelforganisatie/kernteams)  
visie op taakherschikking  
visie op positionering SO  
visie op digitalisering/e-health  
financiële middelen  
bestaande vacatures en krapte op de arbeidsmarkt  
anders, namelijk ...tekst vak.
22. Welke ontwikkelingen voorziet u in de toekomst t.a.v. de inzet van de SO in relatie tot de andere professionals?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
- afname van het aandeel SO, door .....tekst vak...
  - toename van het aandeel SO, door ...tekst vak...
  - andere ontwikkeling(en), namelijk .....tekst vak...

### Samenwerkingsverbanden en extramurale behandeling

23. In welke samenwerkingsverbanden participeren de SO in uw behandel dienst momenteel?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
- Huisartsenpraktijk
  - Ziekenhuis
  - Particulier hospice
  - Ggz-organisatie
  - Anders, namelijk .....
24. Welke vormen van extramurale medische zorg wordt vanuit uw behandel dienst geleverd, door de SO, andere artsen of andere professionals (VS, PA of verpleegkundige)?  
(meerdere antwoorden mogelijk)
- dagbehandeling
  - patiënten uit het verzorgingshuis/woonzorgcentrum, met een zzp zonder behandeling
  - patiënten uit het verzorgingshuis/woonzorgcentrum, met een zzp met behandeling
  - patiënten uit een hospice(niet behorend tot uw organisatie)
  - patiënten uit het ziekenhuis



- consulten via de huisarts of in de huisartsenpraktijk
- overige extramurale zorg, namelijk ...tekst vak...
- Onze organisatie biedt geen extramurale medische zorg → vraag 27

25. Kunt u voor de verschillende vormen van extramurale zorg globaal inschatten hoeveel fte SO, VS/NP, PA en/of verpleegkundige met een specifieke taakomschrijving met deze zorg gemoeid is?

- 0 ja, daarvan kan ik een globale inschatting maken. U gaat nu door naar een schema met de door u genoemde vormen van extramurale zorg → naar schema 1
- 0 nee, maar ik kan wel een inschatting maken van de totale inzet per professional aan extramurale cliënten. Als u deze optie aanklikt wordt een schema zichtbaar met uitsluitend totalen → naar schema 2
- 1 nee, daar kan ik geen globale inschatting van geven. → naar vraag 27

Indien u toch geen globale inschatting per doelgroep, ga dan terug naar de vorige vraag

#### Schema1

<b>Medische zorg</b>	fte's SO	fte's VS/NP	fte's PA	fte's VPK met specifieke functieomschrijving
Dagbehandeling				
Patiënten uit het verzorgingshuis/woonzorgcentrum, met een zzp zonder behandeling				
patiënten uit het verzorgingshuis/woonzorgcentrum, met een zzp met behandeling				
Patiënten uit hospice, niet behorend tot uw eigen organisatie				
consulten via de huisarts of in de huisartsenpraktijk				
Patiënten uit ziekenhuis				
Overige extramurale medische zorg, namelijk .....				
<b>Totaal</b>				

#### Schema2

<b>Medische zorg (niet WLZ)</b>	fte's SO	fte's VS/NP	fte's PA	fte's VPK met specifieke functieomschrijving
Tijdsbesteding (in fte) aan extramurale zorg				

### **Elektronisch zorgdossier / epd en doelmatigheid van het werkproces van de Specialist Ouderengeneeskunde**

Hieronder volgens nog enkele vragen over een elektronisch zorgdossier / elektronisch patiëntendossier (epd) en de doelmatigheid van het werkproces van de Specialist Ouderengeneeskunde



27. Maakt u in uw dienst/praktijk gebruik van een elektronisch zorgdossier of een epd ten behoeve van de medische zorg?

- o ja
- o nee

→ naar vraag 28

→ naar vraag 29

Voorwaarde vraag 28: vraag 27 is ja

28. Zo ja, kunt u aangeven wat de aard is van het epd of elektronisch zorgdossier? (meer antwoorden mogelijk)

- elektronisch multidisciplinair zorgdossier, dus ook voor zorgmedewerkers
- epd specifiek voor de behandeldienst
- epd specifiek voor de artsen
- anders, namelijk ...tekst vak.....

### Doelmatigheid werkproces Specialist Oudergeneeskunde

29. Onderstaande stellingen zijn gericht op de doelmatigheid van het werkproces van de SO en de daarvoor benodigde randvoorwaarden. Wilt u per stelling aangeven in welke mate de stelling van toepassing is op uw organisatie onderdeel?

Doelmatigheid werkproces SO				
	volledig mee eens	gedeeltelijk mee eens	gedeeltelijk mee oneens	helemaal mee oneens
<b>Professionaliteit van de behandelpraktijk algemeen</b>				
De medische dienst heeft een eigen medisch beleidsplan	0	0	0	0
We hebben heldere afspraken gemaakt met de organisatie als geheel over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de medische dienst	0	0	0	0
<b>Basis van verpleging en verzorging</b>				
Er is voldoende verpleging en/of verzorging op de verpleegafdelingen	0	0	0	0
De artsen in onze organisatie moeten geregeld verpleegtechnische handelingen uitvoeren	0	0	0	0
De kwaliteit van de verpleegkundige/verzorgende analyse bij visites is doorgaans goed tot uitstekend	0	0	0	0
Op de afdelingen/teams vindt goede signalering plaats van 'niet pluis' situaties	0	0	0	0
<b>Overdracht gespecialiseerde verpleegkundige zorg</b>				
De zorg voor copd/astma, hartfalen, mondzorg, obstipatie, incontinentie, pijn, diabetes etc. is bij meerdere van deze patiëntgroepen overgedragen van de artsen naar anderen binnen of buiten de organisatie	0	0	0	0
<b>Aanwezigheid met (GZ-)Psychologen</b>				



Er zijn voldoende (GZ-)psychologen aanwezig waar de medische dienst een beroep op kan doen	0	0	0	0
<b>Epd en digitale ondersteuning</b>				
Elektronisch zorgdossier/epd kan gegevens uitwisselen met huisartsen, ziekenhuizen	0	0	0	0
Elektronisch zorgdossier/epd is geïntegreerd met bedrijfsinformatiesystemen	0	0	0	0

### Afsluiting vragenlijst oid

30 Wilt u te zijner tijd een link ontvangen naar de onderzoeksrapportage?

- ja,  
 nee

31 Wilt u een rapportage ontvangen waarin uw gegevens over de personele bezetting gespiegeld worden aan uw geanonimiseerde branchegenoten?

- ja, de organisatiename die op het spiegelrapport moet komen is . ..tekstvak....  
 nee

32 Mogen we, zo nodig, contact met u opnemen voor een toelichting op uw antwoorden?

- ja  
 nee

Voorwaarde vraag 30, 31 of 32 is ja

33. Mijn emailadres is: .....

34 Indien u nog verdere opmerkingen of aanvullingen heeft over het werkproces van de behandeldienst of over deze vragenlijst, dan kunt u deze hieronder vermelden.

**Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!**



## BIJLAGE 9: VRAGENLIJST SO

Hartelijk dank voor uw bereidheid om mee te werken aan dit onderzoek. Doel van dit onderzoek is om zicht te krijgen op de tijdsbesteding van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en ontwikkelingen hierin. Mede op basis van dit onderzoek adviseert het Capaciteitsorgaan in 2019 het ministerie van VWS over het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor de SO.

Prismant voert het onderzoek uit in samenwerking met MRDM die de gegevens uit deze vragenlijst verzamelt. Uw gegevens worden veilig opgeslagen, niet gedeeld met anderen en anoniem verwerkt voor het bovengenoemde doel. De rapportage is op brancheniveau. Hierin staan geen resultaten die naar u herleidbaar zijn.

Deelname aan de vragenlijst is geheel vrijwillig. Dat betekent dat u op elk moment kunt stoppen met het verder invullen van de vragen.

Aan het eind van de vragenlijst kunt u uw antwoorden downloaden.

In de vragenlijst kunt u uw e-mailadres opgeven als u na afloop van het onderzoek een link naar de onderzoeksrapportage wilt ontvangen.

Wij bewaren uw gegevens uiterlijk drie jaar.

Voor vragen over het onderzoek kunt u contact opnemen met de projectleider van het onderzoek Ineke Bloemendaal, ([onderzoek@prismant.nl](mailto:onderzoek@prismant.nl) onder vermelding van onderzoek SO).

Als u hiermee akkoord gaat, kunt u hieronder klikken en beginnen met de vragenlijst.

Ja, ik ga akkoord

### Algemene vragen

1. Wat is uw geboortjaar? .....
2. Wat is uw geslacht?
  - o man
  - o vrouw
3. Bent u momenteel werkzaam als Specialist Ouderengeneeskunde (SO)?
  - o ja → vraag 4
  - o nee → vraag 5
  - o op dit moment werkzaam als SO in opleiding → vraag 21
4. Welke beschrijving is het meest op u van toepassing (meerdere antwoorden mogelijk)?
  - Ik werk in loondienst in één organisatie voor ouderenzorg.
  - Ik werk in loondienst in meerdere afzonderlijke organisaties voor ouderenzorg met afzonderlijke arbeidscontracten.
  - Ik werk als gedetacheerd arts in één of meerdere organisaties.
  - Ik werk in loondienst in een andere branche dan de verpleeghuizen, namelijk,.....
  - Ik werk in een maatschap.
  - Ik werk als zelfstandig specialist ouderengeneeskunde.
  - Anders, namelijk .....

→ vraag 6



5. Indien u **niet** werkzaam bent als SO, welke beschrijving is dan het meest op u van toepassing (aankruisen wat het meest van toepassing is). Ik ben:
- o niet als SO werkzaam, maar als arts in een andere branche dan de ouderenzorg, namelijk, ...  
→ naar vraag 21
  - o ik ben niet als arts werkzaam, mijn huidige functie is ..... → naar vraag 21
  - o ik ben momenteel niet werkzaam → naar vraag 21
  - o anders, namelijk, ... → naar vraag 21
6. Hoeveel jaar bent u als arts werkzaam in de ouderenzorg? (a.u.b. afronden op hele jaren, inclusief eventuele jaren dat u als basisarts werkzaam was in de ouderenzorg)  
.....
7. Hoe groot is de omvang van uw dienstverband?  
Wilt u het aantal uren invullen zoals opgenomen in uw contract? (afgerond op hele uren). Als u meerdere banen heeft, geef hier dan het totaal aantal uren op.  
.....

Er is u zojuist gevraagd naar het aantal uren van uw dienstverband, zoals opgenomen in uw contract. De vragen hierna gaan over hoe u uw tijd besteedt. Wilt u daarbij de antwoorden baseren op een doorsnee werkweek? .....

8. Hoe zien uw werkzaamheden er in een gemiddelde werkweek uit? (a.u.b. afronden op hele uren, bij geen uren graag '0' invullen). We maken in dit overzicht geen onderscheid tussen cliënten intra- en extramuraal en verschillende organisaties waar u mogelijk werkzaam bent.

Soort taak	Uren per week
Patiëntgebonden taken (inclusief MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënten)	
Managementtaken (vanuit de functie als specialist ouderengeneeskunde)	
Managementtaken (algemeen, waarvoor opleiding tot specialist ouderengeneeskunde niet noodzakelijk is)	
Organisatorische taken	
Taken als BOPZ-arts	
Opleiden van aio(to)s	
Onderzoekstaken	
Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit)	
Anders	
Totaal	

9. Hoeveel uur per week van de door u aangegeven patiëntgebonden taken bestaat uit reistijd? (afgerond op hele uren)  
.....

10. Welke ontwikkelingen verwacht u in uw tijdsbesteding aan verschillende taken in de komende vijf jaren?

	Toename	Gelijk	Afname
	0	0	0
Patiëntgebonden taken (inclusief MDO, zorgmanagement t.b.v. individuele patiënten)			
Managementtaken (vanuit de functie als specialist ouderengeneeskunde)			
Managementtaken (algemeen, waarvoor opleiding tot specialist ouderengeneeskunde niet noodzakelijk is)			
Organisatorische taken			
Taken als BOPZ-arts			
Opleiden van aio(to)s			



- Onderzoekstaken
- Onderwijstaken (bijv. op HBO of universiteit)
- Anders

11. Wilt u dit toelichten? .....tekstvak.....

**Van de patiëntgebonden taken willen we graag een nader beeld krijgen aan welke patiënten u tijd besteedt en hoeveel. U heeft bij een vorige vraag aangegeven dat u per week [1<sup>e</sup> antwoord vraag 8] uur besteedt aan patiëntgebonden taken.....**

12. Aan welke patiëntgroepen biedt u medische zorg, als hoofdbehandelaar of als medebehandelaar/consulent? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Verpleeghuis: cliënten met zzp-indicatie
- Verpleeghuis: cliënten GRZ
- Verpleeghuis: cliënten ELV palliatief/terminaal
- Verpleeghuis: ELV overige (niet terminaal palliatief)
- Verzorgingshuis/woonzorgcentrum
- Zelfstandig wonend en dagbehandeling volgend
- Hospice
- Zelfstandig wonend zonder dagbehandeling
- Patiënten uit of via andere branches (ggz-organisatie, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)
- Overige, namelijk ....tekstvak .....

**13. Kunt u bij de volgende vragen aangeven hoeveel tijd u gemiddeld per week besteedt aan de genoemde categorieën patiënten? Om hoeveel patiëntencontacten per week gaat het per categorie? Wilt u daarbij onderscheid maken of u hoofdbehandelaar of medebehandelaar/consulent bent? Wilt u afronden op hele uren en als u geen uren/patiënten uit een bepaalde categorie ziet, '0' invullen?**

Type patiënt	Als hoofdbehandelaar		Als medebehandelaar/ consulent	
	Uren per week als hoofd- behandelaar	Aantal Patiëntencontacte n per week	Aantal uren per week als mede- behandelaar	Aantal patiëntencontacte n per week
Verpleeghuis cliënten met zzp-indicatie				
Verpleeghuis: cliënten GRZ				
Verpleeghuis: cliënten ELV palliatief/terminaal				
Verpleeghuis: ELV overige (niet terminaal palliatief)				
Verzorgingshuis/woonzorgcentrum				
Zelfstandig wonend en dagbehandeling volgend				
Hospice				



Zelfstandig wonend zonder dagbehandeling				
Patiënten uit of via andere branches (ggz-organisatie, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)				
Overige, namelijk ....tekstvak .....				
Totaal				

14. Welke ontwikkelingen verwacht u in uw tijdsbesteding aan verschillende patiëntgroepen in de komende vijf jaren?

Toename	Gelijk	Afname
0	0	0

Verpleeghuis: cliënten met zcp-indicatie

Verpleeghuis: cliënten GRZ

Verpleeghuis: cliënten ELV palliatief/terminaal

Verpleeghuis: ELV overige (niet terminaal palliatief)

Verzorgingshuis/woonzorgcentrum

Zelfstandig wonend en dagbehandeling volgend

Hospice

Zelfstandig wonend zonder dagbehandeling

Patiënten uit of via andere branches (ggz-organisatie, ziekenhuis, revalidatiecentrum, gehandicaptenzorg)

Overige, namelijk ....tekstvak .....

15. Wilt u dit toelichten? .....tekstvak.....

16. U heeft aangegeven [1<sup>e</sup> antwoord vraag 8]... uur per week aan patiëntgebonden taken te besteden. Hoe is de verdeling van uw patiëntgebonden taken over de hier genoemde categorieën cliënten/patiënten? Wij vragen u om hierbij uit te gaan van de primaire problematiek van de cliënten.

	Uren per week
Psychogeriatric	
Chronische somatiek	
Revalidatie/reactivering	
Palliatieve terminale zorg	
Anders	
Totaal	

17. Heeft u bij de patiëntgebonden taken en managementtaken (vanuit de functie als specialist ouderengeneeskunde) ondersteuning van anderen? Het gaat hierbij om ondersteuning behorend bij uw functie (door bijvoorbeeld verpleegkundigen of doktersassistenten etc.).

- ja → vraag 18
- nee → vraag 19

18. Wie biedt (bieden) u die ondersteuning? En om hoeveel uur per week gaat het dan? Vult u alstublieft een punt in als decimaaltekens ipv een komma.



	Uren per week
Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving (bijv praktijkverpleegkundige)	
Geriatrisch verpleegkundige	
Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner	
Physician assistant	
Verpleegkundige	
Doktersassistent	
Medisch secretariaat	
Anders, nl:	

19. Welke ontwikkelingen verwacht u in de ondersteuning door anderen in de komende vijf jaren?

Toename                  Gelijk          Afname

0                                  0                          0

Verpleegkundige met een specifieke functieomschrijving (bijv praktijkverpleegkundige)

Geriatrisch verpleegkundige

Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner

Physician assistant

Verpleegkundige

Doktersassistent

Medisch secretariaat

Anders, nl:

20. Wilt u dit toelichten? .....tekstvak.....

#### **U kunt tot slot uw voorkeuren hieronder aangeven**

21. Ik wens graag t.z.t. een link naar het onderzoeksrapport of een samenvatting van het onderzoek te ontvangen.

Zo ja, laat a.u.b. hieronder uw e-mailadres achter

- ja
- nee

22. Mogen we, zo nodig, contact met u opnemen voor een toelichting op uw antwoorden?

1 ja

0 nee

23. Mijn e-mailadres: ...tekstvak....

24. Indien u nog opmerkingen heeft dan kunt u ze hieronder noteren: ...tekstvak....

**Klik op 'Gereed' om uw antwoorden te verzenden naar Prismant, en om naar het afsluitscherm te gaan. Daar kunt u uw antwoorden printen.**



©Copyright Prismant 2019  
Disclaimer teksten komen hier.