

## Het werkproces onderzocht

Hoeveel patiënten kan een specialist  
ouderengeneeskunde bedienen?





## Het werkproces onderzocht

Hoeveel patiënten kan een specialist  
ouderengeneeskunde bedienen?

Opdrachtgever: Capaciteitsorgaan

Willem van der Windt  
Ineke Bloemendaal

Utrecht, november 2012

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

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

© Kiwa Prismant, Utrecht, 5 2012. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Kiwa Prismant.

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

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

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

**Uitgever**

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

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
2.1	Achtergrond parameter Werkproces	7
2.2	Vraagstelling	9
2.3	Aansluiting bij recent onderzoek	9
2.4	Afbakening van het onderzoek	10
2.5	Opzet van dit rapport	11
<b>3.</b>	<b>Aantal patiënten per specialist ouderengeneeskunde</b>	<b>13</b>
3.1	De feiten, een historisch overzicht	13
3.2	Ideeën over bezetting	16
3.3	Variatie in caseload van SO's tussen verpleeghuizen	17
3.4	Samenvatting	20
<b>4.</b>	<b>Caseload van de SO en efficiency van het werkproces</b>	<b>21</b>
4.1	Opzet praktijkonderzoek	21
4.2	Formatietoewijzing aan de behandeldiensten	26
4.3	Hoe doelmatig is het werkproces van de SO?	27
4.4	Welke inefficiënties zitten er in het werkproces van de SO?	32
4.5	Doelmatigheid van het werkproces: een samenvatting	33
<b>5.</b>	<b>Het tempo van veranderingen</b>	<b>37</b>
5.1	De innovatietheorie van Rogers	37
5.2	Toepassing van de theorie in de praktijk	38
5.3	Samenvatting en conclusies	40
<b>6.</b>	<b>Nieuwe praktijkvoering en consequenties voor de beroepskrachtenplanning</b>	<b>41</b>
6.1	Welke mogelijkheden zijn er nu om efficiënter te gaan werken?	41
6.2	Slotbeschouwing	42

## Literatuur

Bijlage 1: Beschrijving deelnemende verpleeghuisorganisaties



# 1. Samenvatting

Hoeveel patiënten kan een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) van medische zorg voorzien? Welke bijdrage kunnen we verwachten van een efficiënter werkproces? In welk tempo kunnen veranderingen zich voltrekken? We onderzochten deze vragen zodat het Capaciteitsorgaan bouwstenen heeft om over de omvang van de gewenste opleidingscapaciteit te adviseren.

*Hoeveel patiënten kan een Specialist Ouderengeneeskunde van medische zorg voorzien?*

Ooit (begin jaren tachtig) is door het COTG bij het vaststellen van tarieven voor de financiering van verpleeghuiszorg de norm van 1 FTE Specialist Ouderenzorg op 100 bedden in een verpleeghuis geïntroduceerd. Sindsdien is er veel veranderd in de ouderenzorg. Om enkele veranderingen te noemen: SO's werden ook buiten het verpleeghuis actief en de patiëntenpopulatie in verpleeghuizen steeg in zorgzwaarte. In de praktijk ging men bij de inzet differentiëren naar patiëntencategorieën. Dat betekent dat er geen sprake meer kan zijn van één vaste "1 op" norm. Houden we rekening met de veranderde samenstelling van de patiëntenpopulatie dan ramen we dat SO's nu 17% minder patiënten per FTE behandelen dan in de tijd van de door het COTG ontworpen norm.

*Welke bijdrage kunnen we verwachten van een efficiënter werkproces?*

Uit eerder onderzoek bleek dat de verschillen tussen zorgorganisaties bij dit verhoudingsgetal 'ratio' groot zijn: variërend van een vijfde meer patiënten (gecorrigeerd voor samenstelling) tot een vijfde minder dan het gemiddelde. Aanvullend onderzoek leert dat in de praktijk de verschillen wat minder groot zijn. Vooral meetfouten als gevolg van organisatorische veranderingen zijn hier debet aan.

In dit onderzoek hebben we vijf organisaties met de hoogste ratio's en vijf met de laagste ratio's onderzocht. Verder is een huis dat volgens de behandelpraktijk nieuwe stijl (Verenso en SOON) werkt toegevoegd.

Er zijn een aantal zaken die in theorie kunnen verklaren waarom er minder SO's nodig zijn bijvoorbeeld:

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

De praktijk leert dat er te veel andere interveniërende factoren zijn om op microniveau eenduidig de relatie tussen efficiency in het werk, zoals hier benoemd en onderzocht, en het aantal patiënten dat een SO van medische zorg voorziet aan te tonen.

Het feitelijk aantal aanwezige FTE's SO in een zorginstelling komt tot stand onder invloed van een groot aantal factoren (de belangrijkste, niet uitputtend): de historie, het budget, de onderhandelingsvaardigheid en de beschikbaarheid, het aanbod op de arbeidsmarkt. De vaak kleine eenheden waarbinnen de medische zorg georganiseerd is en de traagheid van gedrag op de arbeidsmarkt spelen een rol bij het niet snel kunnen optimaliseren van de ratio.

De ratio, en vooral wat daarachter zit, heeft grote aandacht bij de SO's. De respondenten van ons diepteonderzoek schatten de efficiencywinst die te boeken is gemiddeld op 8% voor hun eigen organisatie. Binnen de verpleeghuiswereld is er een drang om tot vernieuwing van de opzet van de medische zorg te komen (SOON, Verenso). Volledige invoering van de behandelpraktijk nieuwe stijl zou naar onze raming 24% op het aantal noodzakelijke SO's kunnen besparen.

*In welk tempo kunnen veranderingen zich voltrekken?*

De innovatietheorie van Rogers laat zien hoe snel zo'n vernieuwing ingevoerd zou kunnen zijn. Onze historische vergelijking met de opkomst van verpleegkundigen (Nurse Practitioners en verpleegkundigen met een specifieke taak) in de medische zorg in het verpleeghuis over een periode van tien jaar leert dat de praktijk wat weerbarstiger is dan de theorie (van de markt van "vrije" vraag en aanbod).

*Wat betekent dit voor het benodigde aantal SO's?*

De Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde heeft met de onderzoeksgegevens een beeld van de orde van grootte van de parameterwaarde "Werkproces" die men kan gebruiken om de gewenste opleidingscapaciteit door te laten rekenen.

Het voorspellen van complexe veranderingsprocessen is niet eenvoudig. Er zijn heel veel factoren die hun invloed kunnen doen gelden. Daarom is het goed om met bandbreedtes te werken. Het is dan aan de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde om de factoren die verder een rol spelen mee te wegen en tot een uiteindelijke keuze te komen. De functie van deze rapportage is dat er bouwstenen voor een beslissing aangedragen worden.

In welke mate zouden SO's efficiënter kunnen werken en hoeveel SO's zijn er dan minder nodig? De bandbreedte die uit deze rapportage naar voren komt loopt van 8% minder, wat de respondenten uit de medische dienst van elf zorginstellingen als een gemiddelde aangaven, tot 24% wanneer alle zorginstellingen gaan werken volgens de door Verenso en SOON gepropageerde behandelpraktijk nieuwe stijl.

Ook het tempo waarin veranderingsprocessen zich voltrekken laat zich moeilijk voorspellen. Uit onze tijdreeksanalyse komt naar voren dat een periode van 10-15 jaar (naar analogie van de komst van verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen met een specifieke taak) voor de hand ligt.

Al met al komen we dan tot een bandbreedte van 0,5-2% per jaar vermindering voor de factor werkproces in de komende 10 jaar.

Bij het komen tot een definitieve keuze is het goed om de volgende aspecten mee te laten wegen:

- Hoe groot is de bereidheid te veranderen: dit geldt zowel van de kant van de SO als van verpleegkundigen en verzorgenden
- In welke mate stelt het management middelen ter ondersteuning beschikbaar en stimuleert men andere werkwijzen bv. elektronisch patiëntendossier en beheersing van het medisch proces
- De ontwikkeling van de feitelijke capaciteit; het achterblijven van aanbod vanuit opleiding zal het veranderingsproces versnellen
- Het aanbod van praktijkverpleegkundigen, nurse practitioners, doktersassistenten en medisch secretaressen bepaalt in welk tempo SO's extra ondersteuning kunnen krijgen.



## 2. Inleiding

Het in 1999 door veldpartijen in de zorg opgerichte Capaciteitsorgaan houdt zich bezig met behoefteramingen met betrekking tot medisch en tandheelkundige vervolgoopleidingen en de informatievoorziening hierover aan het veld en advisering aan de overheid. Nieuwe aandachtsgebieden zijn de eerstelijns mondzorg en BIG-geregistreerde GGZ-beroepen. Bij de ramingen en analyses voor de beroepsgroepen hanteert het Capaciteitsorgaan een model dat uitgaat van ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces voor beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan houdt bij de raming zo veel mogelijk rekening met inhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen. Onderhavig rapport gaat over het onderzoek dat door Kiwa Prismant is uitgevoerd naar de ontwikkelingen in het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde en de mogelijke consequenties hiervan voor de raming voor deze beroepsgroep.

### 2.1 Achtergrond parameter Werkproces

Het Capaciteitsorgaan streeft ernaar om bij de ramingen van de zorgvraag rekening te houden met inhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen (beleidsrijk ramen). Om tot een beleidsrijke raming te komen van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde corrigeert het Capaciteitsorgaan in het ramingsmodel voor ontwikkelingen in het werkproces. Het gaat daarbij om ontwikkelingen in efficiency, horizontale en verticale substitutie, en technologische en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Voor elk van deze parameters wordt een waarde bepaald op basis waarvan correctie van de zorgvraag plaatsvindt. Het werkproces wordt beïnvloed door een aantal ontwikkelingen. In onderstaande tabel staan de geschatte parameterwaarden voor deze ontwikkelingen uit het Capaciteitsplan 2010 (Capaciteitsorgaan, 2010).

Tabel 2.1: Parameterwaarden werkproces (jaarlijkse mutatie)

Onderwerp/ ontwikkelingen	Capaciteitsplan 2010 min- max
Vakinhoudelijk en technologie	+ 0,2% tot +0,4%
Efficiency	- 0,5% tot - 0,7%
Substitutie horizontaal	+ 0,5% tot - 1,0%
Substitutie verticaal	- 0,5% tot - 1,0%

Bron: Capaciteitsplan 2010

Voor 'vakinhoudelijk en technologie' is de verwachting dat intensivering van het werk door het gebruik van nieuwe technieken in de revalidatiezorg zal leiden tot een toename van de behoefte aan SO's. Uitzuivering van oneigenlijke taken uit het takenpakket van de SO zal waarschijnlijk niet opwegen tegen deze intensivering.

'Horizontale substitutie' door een toename van het consulentenschap/medebehandelaarschap van de specialist ouderengeneeskunde is, door de onzekerheid rond de taakafstemming tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde, vastgesteld op + 0,5% per jaar. Verticale taakherschikking is vastgesteld op -0,5% per jaar. Hoewel meer dan de helft van de verpleeghuizen verticale substitutie toepast of plannen hiertoe heeft, wordt de verdere toepassing van verticale substitutie belemmerd doordat slechts weinig verpleegkundigen niveau 5 werkzaam zijn in de verpleeghuizen. In 2010 stonden ruim 30 vacatures voor verpleegkundig specialisten in verpleeghuizen open (van der Windt e.a., 2010).

De parameterwaarde 'efficiency' heeft betrekking op een breed scala aan ontwikkelingen (schaalvergroting, samenwerking, commercialisering, veranderingen in procesinrichting, administratie of ICT in het werkproces). Voor deze parameter geldt de inschatting dat de komende 10 jaren een efficiencywinst wordt geboekt van 5%. Deze inschatting is vooral gebaseerd op tijdbestedingsonderzoek onder SO's (Verijdt en van der Windt, 2009), waaruit naar voren kwam dat de SO 20% meer patiënten contacten had in dezelfde tijd als in 2004.

Hoewel uit het genoemde tijdbestedingsonderzoek (Verijdt en van der Windt, 2009) een duidelijke productiviteitswinst naar voren lijkt te komen, is vooralsnog onvoldoende duidelijk welke factoren van het werkproces hiervoor in welke mate verantwoordelijk zijn. Daarmee is ook onvoldoende aangetoond of het hier daadwerkelijk om productiviteits- en efficiencywinst gaat. Voor een actuele inschatting van de effecten op de efficiency van het werkproces van de SO's is derhalve aanvullend onderzoek nodig.

Daarbij is van belang dat er naast de genoemde ontwikkelingen een aantal veranderingen plaatsvinden in het werkproces van de SO die van grote invloed kunnen zijn op de efficiency. Het gaat dan vooral om de invoering van behandelpraktijken nieuwe stijl, praktijkautomatisering en EPD's. Aannemelijk is dat een andere organisatie van de medische zorgverlening, zoals de inzet van behandelteams op commerciële basis, het instellen van patiënten spreekuren in het verpleeghuis, de inzet van andere professionals, leidt tot efficiencywinst (Bloemendaal, e.a., 2009 en Verenso, 2009). Veel van de casusbeschrijvingen uit deze onderzoeken hebben gemeen dat er meer expliciete keuzes worden gemaakt over de dienstverlening van de SO en de context waarin deze plaatsvindt (inclusief randvoorwaarden).

Verschillende veldpartijen (Verenso en SOON) hebben de handen ineen geslagen om de werkcontext van de SO aantrekkelijker te maken en zo de instroom in de opleiding te bevorderen. Het versterken van de medische praktijken in verpleeghuizen (behandelpraktijken nieuwe stijl) is hierin een van de actiepunten. Kenmerken van deze zogenaamde behandelpraktijk nieuwe stijl, zijn:

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

Met deze maatregelen wordt onder meer beoogd dat de kwaliteit van medische zorg toeneemt evenals de productiviteit van de SO.

## 2.2 Vraagstelling

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan gaat zoals gezegd uit van zorgvraag, zorgaanbod en de inrichting van het werkproces. Het werkproces bestaat uit een vijftal elementen:

- Vakinhoudelijke ontwikkelingen
- Technologische ontwikkelingen
- Efficiency
- Substitutie horizontaal
- Substitutie verticaal

Het hier uitgewerkte onderzoeksvoorstel betreft het onderdeel efficiency, waarbij overigens een directe relatie bestaat met de andere onderdelen van het werkproces.

De vraagstelling van het Capaciteitsorgaan voor de Specialisten Ouderenzorg luidt:

*Welke ontwikkelingen in het werkproces zijn van invloed op de efficiency van de medische zorg door de specialist ouderengeneeskunde en wat betekent dit voor de behoefte aan SO's?*

Het onderzoek biedt inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde, en voorziet daarmee de Kamer van de benodigde kennis om de parameterwaarden 'Werkproces' voor het model van het Capaciteitsorgaan vast te stellen. De in het onderzoek opgedane kennis wordt geconcretiseerd in een monitoringsinstrument, waarmee ontwikkelingen in het werkproces periodiek in kaart kunnen worden gebracht, zodat ten behoeve van Capaciteitsplannen de parameterwaarden voor Werkproces in het ramingsmodel geactualiseerd kunnen worden.

Meer specifiek gaat het onder meer om de beantwoording van de volgende vragen:

- Welke factoren in het werkproces van SO's zijn het meest van invloed op de efficiency van de specialist ouderengeneeskunde?
- Welke effecten hebben deze verschillende factoren (organisatiekenmerken, beschikbaarheid EPD, substitutie, ondersteuning en andere randvoorwaarden) op de efficiency van de medische zorg door SO's en hun caseload?
- Hoe ontwikkelt de behandelpraktijk van SO's zich? Welke verschillen zijn hier te onderkennen, bijvoorbeeld tussen 'behandelpraktijken nieuwe stijl' en meer klassieke settings? Welke efficiencywinst is behaald en welke efficiencywinst valt nog te verwachten?
- In welke mate wordt gebruik gemaakt van EPD's en welke voor- en nadelen hebben deze te bieden voor de efficiency van de zorgverlening?

## 2.3 Aansluiting bij recent onderzoek

Voor de beantwoording van deze vragen kunnen we aansluiten bij eerder voor het Capaciteitsorgaan uitgevoerd onderzoek: het tijdbestedingsonderzoek uit 2009, gericht op individuele SO's (Verijdt en van der Windt, 2009) en vacatureonderzoek uit 2001, 2004, 2007 en 2010 (van der Windt e.a., 2010).

Kiwa Prismant heeft in samenspraak met Gerion een vooronderzoek uitgevoerd naar de praktijkvariatie in verpleeghuizen en de caseload van SO's. Dit onderzoek werd recent uitgevoerd bij de respondenten van het eerder genoemde vacatureonderzoek bij medische

diensten van verpleeghuizen. In dit onderzoek kan een relatie worden gelegd met de mate van horizontale substitutie (basisartsen, huisartsen) en verticale substitutie (verpleegkundig specialisten en (praktijk) verpleegkundigen). Eveneens is in dit onderzoek gevraagd welke organisaties gebruik maken van een EPD bij de medische zorgverlening. Dit onderzoek fungeert als vooronderzoek voor het hier voorgestelde onderzoek.

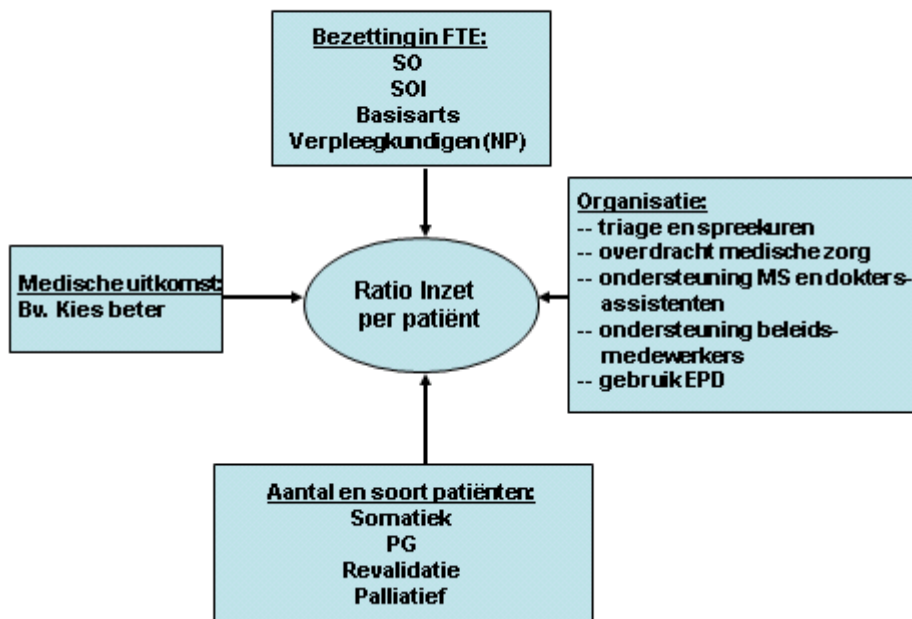
## 2.4 Afbakening van het onderzoek

Onderhavig onderzoek richt zich vooral op het werkproces van de SO in en vanuit het verpleeghuis, gericht op de medische zorgverlening aan verschillende doelgroepen. Dit neemt echter niet weg dat er ontwikkelingen gaande zijn waardoor de SO ook meer externe werkzaamheden verricht. In het onderzoek zal daar indien we dit tegenkomen, aandacht aan besteed worden.

Idealiter zouden we naast het meten van inzet en efficiency (organisatie) ook de kwaliteit van de verleende medische zorg meenemen.

Figuur 2.1

### Medische zorg in verpleeghuizen



In verpleeghuizen wordt veel aandacht aan het meten van kwaliteit besteed (patiënt tevredenheid, kwaliteit van de geleverde zorg). De verleende medische zorg krijgt hierbij maar beperkt aandacht. Alleen het voorkomen van decubitus en valincidenten zouden iets over de medische zorg kunnen zeggen en worden systematisch vast gelegd. Los van de beperktheid van deze informatie speelt dat het om zelfrapportages gaat, waardoor de betrouwbaarheid van de informatie waarschijnlijk beperkt is.

Het zelf meenemen van de kwaliteit van de medische zorg in dit onderzoek zou heel erg veel extra werk en een aparte deskundigheid vergen. Uit bovenstaande blijkt dat er externe onvoldoende goede systematische informatie beschikbaar is om te gebruiken.

## 2.5 Opzet van dit rapport

De opzet van dit rapport is als volg. In hoofdstuk drie geven we een historische schets van de ontwikkeling van het aantal patiënten en het aantal SO's. Verder gaan we in dat hoofdstuk in op de ideeën die bij planners hierover leefden en ook nu nog leven. Van wat voor normen gaat men uit bij de onderbouwing van beslissingen aangaande de formatie? Ook schetsen we een beeld hoe de relatie op dit moment ligt bij de verschillende organisaties die medische zorg aan kwetsbare ouderen in een verpleeghuissetting geven of daar vanuit werken. De variatie is groot hetgeen er toe leidde om medewerkers van een aantal organisaties te interviewen die of heel laag of heel hoog scores. Doel is om te achterhalen wat de achtergronden van de grote verschillen zijn en welke betekenis daaraan gehecht kan worden. We rapporteren hierover in hoofdstuk vier.

De verschillen zijn deels terug te voeren op het tempo waarin nieuwe inzichten zich verspreiden. Bijvoorbeeld de inzet van andere beroepsgroepen of het hanteren van een EPD. Daarom besteden we in hoofdstuk vijf aandacht aan het tempo waarin innovaties zich verspreiden. Het is voor het Capaciteitsorgaan immers van belang om bij de planning van beroepsbeoefenaren ook rekening te kunnen houden met het tempo waarin innovaties zich voltrekken. We passen deze inzichten in hoofdstuk zes toe, waarin we de vraag behandelen in welk tempo de nieuwe praktijkvoering volgens de theorie van hoofdstuk vier zich zal kunnen ontwikkelen. We sluiten af met een slotbeschouwing, waarin we ook aangegeven wat de consequenties kunnen zijn voor de parameterwaarden die het Capaciteitsorgaan in zijn model om de gewenste opleidingscapaciteit te berekenen.

Voor de begeleiding van dit onderzoek is een klankbordgroep gevormd die uit de volgende leden bestond:

- Mevr. S. Bruijns (Actiz)
- Dhr. J.J.W.H. Crasborn (Agis)
- Dhr. A.R. Esch (Capaciteitsorgaan)
- Dhr. R.T.C.M. Koopmans (Radboud Universiteit)
- Dhr. F. Roos (Verenso)
- Dhr. V.A.J. Slenter (Capaciteitsorgaan)
- Dhr. G.M. de Wild (Novicare)

De onderzoekers danken de leden van de begeleidingscommissie voor de stimulerende discussies en bijdragen.



### 3. Aantal patiënten per specialist ouderengeneeskunde

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van het aantal patiënten dat een SO in de loop der tijd onder zijn hoede had en de ideeën daarover. Welke normen hanteert men? Daarna gaan we in op de variatie die nu voorkomt bij de verschillende organisaties.

#### 3.1 De feiten, een historisch overzicht

##### 3.1.1 Administratieve gegevens

De historische ontwikkeling van de medische zorg in verpleeghuizen proberen we aan de hand van administratieve gegevens in beeld te brengen. Zo doen we een poging om de vraag te beantwoorden hoeveel patiënten er in de loop der tijd per SO behandeld worden. We gebruiken hiervoor gegevens uit empirisch onderzoek naar de bezetting van de medische diensten in verpleeghuizen uit 2001, 2004, 2007 en 2010 (van der Windt e.a., 2010).

Het aantal patiënten in verpleeghuizen is niet precies bekend, wel het aantal bedden in verpleeghuizen. Aangezien de bezettingsgraad doorgaans heel hoog is kunnen we het aantal bedden als een proxy voor het aantal patiënten gebruiken. Het aantal bedden groeide van 59.700 in 2001 tot 76.205 in 2010 oftewel een groei van 28% (zie Tabel 3.2).

De omvang van de inzet aan medische zorg hebben we als volgt berekend. In verpleeghuizen zijn drie typen artsen werkzaam: SO's, AIOS SO en overige artsen, vaak basisartsen. Wanneer we deze drie samen nemen hebben we de inzet van de artsenzorg op peilmoment. SO's in opleiding hebben we voor 80% laten meewegen, omdat ze voor 20% van hun tijd nog een theoretische opleiding volgen. Verder is de inzet van basisartsen en SO's in opleiding op 70% van een SO gewaardeerd (zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Het aantal SO, aantal SO's in opleiding en overige artsen in verpleeghuizen in FTE's

	SO	AIOS SO	Overige artsen	Totaal	Artsinzet
2001	753	140	130	1023	922
2004	841	153	176	1170	1050
2007	993	165	81	1239	1142
2010	1120	147 <sup>1</sup>	144	1411	1303

De uitkomst van de bewerkingen resulteert in de kolom artsinzet in Tabel 3.1. In 2001 ging het om 922 FTE; in 2010 om 1303 FTE. Uit het vacatureonderzoek blijkt dat verpleegkundigen (Nurse Practitioners of verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving) bepaalde taken van artsen hebben overgenomen. De verpleegkundige inzet is berekend door het gemiddelde aantal FTE's van huizen met verpleegkundigen in 2010 toe te passen op huizen die in 2007 en 2004 zeiden verpleegkundigen voor de medische dienst, namelijk met een specifieke functieomschrijving, in huis te hebben. Deze verpleegkundige inzet hebben we voor de helft meegerekend om te komen tot de totale medische inzet. De medi-

<sup>1</sup> In het onderzoek werd hier 100 FTE gemeten. Deze daling is het gevolg van het feit dat AIOS SO niet meer in dienst zijn bij de instelling maar centraal. Aan de hand van het totaal aantal AIOS volgens de HVRC is het aantal FTE's op 147 geraamd.

sche inzet drukken we uit in zogenaamde medische eenheden. Deze namen toe van 922 in 2001 tot 1412 in 2010, een groei van ruim 50% (Tabel 3.2).

We bekijken nu de medische inzet per patiënt. We doen dit door het aantal bedden per medische eenheid te berekenen. We zien dat het aantal bedden per medische eenheid tussen 2001 en 2010 afnam van 64,7 tot 54. Tussen 2001 en 2004 was er sprake van de sterkste afname. Sinds 2004 is de daling nog maar zeer beperkt.

We hebben er van afgezien om rekening te houden met vacatures op het moment van meten. We beperken ons dus tot de feitelijke bezetting. We veronderstellen verder ook dat de betreffende professionals allemaal volledig met medische zaken bezig zijn. Dat zal zeker niet het geval zijn. Wel weten we uit tijdbestedingsonderzoek dat men zich al een aantal jaren gemiddeld 70% van de tijd met patiëntgebonden activiteiten bezighoudt.

Het aandeel “echte SO’s” in de medische eenheden blijft tussen 2001 en 2010 overigens vrijwel gelijk met ruim 80%. Alleen in 2004 was het aandeel lager, vanwege de tekorten aan verpleeghuisartsen waren er toen veel basisartsen in de medische zorg in verpleeghuizen actief.

Tenslotte hebben we nog het aantal bedden per “echte” SO weergegeven. Dat liep terug van 79 naar 68 (Tabel 3.2). Dit getal kunnen we in principe vergelijken met gegevens van Frijns en Kruit (2002) uit Tabel 3.4 en van der Windt (2006), die toen op rond de 86 patiënten uitkwamen (zie ook paragraaf 3.2).

Tabel 3.2 Het aantal bedden per arts(eenheid)

	<b>Arts- inzet</b>	<b>Verpleegkun- dige inzet</b>	<b>Medische eenheid</b>	<b>Bedden</b>	<b>Bedden per medische eenheid</b>	<b>% SO</b>	<b>Bedden per SO</b>
2001	922	0	922	59700	64,7	82	79,3
2004	1050	71	1085	63800	58,8	77	75,9
2007	1142	156	1220	68250	55,9	81	68,7
2010	1303	218	1412	76205	54,0	79	68,0

Bron: CBS, Prismant

Uit de gepresenteerde gegevens zouden we kunnen afleiden dat de intensiteit van de medische zorg per patiënt tussen 2001 en 2004 nog aanzienlijk en tussen 2004 en 2007 nog omvangrijk is toegenomen, maar dat sindsdien slechts van een geringe toename sprake is (zie kolom bedden per medische eenheid). We dienen wel te bedenken dat het tekort aan SO’s in de loop der tijd ook fluctueerde. Zo is er sprake van 8% onvervulde vacatures in 2007 en is dat opgelopen tot 15% in 2010.

Er zijn in de loop van de tijd wel wat veranderingen geweest die niet in deze cijfers tot uitdrukking komen (zie Tabel 3.3). Zo werken SO’s ook buiten de verpleeghuismuren. In 2010 ging het om naar schatting 13% van de FTE’s. We weten niet hoe dit zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld. Daarnaast is er sprake van een patiëntenpopulatie met een toenemende zorgzwaarte.



Tabel 3.3 Verzwarende en verlichtende factoren bij caseload

<b>Verzwaring</b>	<b>Verlichting</b>
Extramurale patiënten	Samenwerking met psychologen in verpleeghuis
Meer revalidatiepatiënten	Ondersteuning administratie
Toename palliatieve patiënten	Aparte manager behandeldienst

We dienen verder wel te bedenken dat het gaat om FTE's. Wat er binnen zo'n FTE plaatsvindt hebben we hier niet gemeten. Uit het *Tijdbestedingsonderzoek onder verpleeghuisartsen en sociaal geriaters* (Prismant, 2009) bleek bijvoorbeeld dat verpleeghuisartsen tussen 2004 en 2008 meer patiëntencontacten hadden, maar daar minder tijd per contact aan besteden. We gaan daarom nu nader in op ontwikkelingen in de tijdsbesteding van de SO.

### 3.1.2 De tijdsbesteding van SO's in de loop der jaren

Het meten van de tijdsbesteding van de SO (voorheen Verpleeghuisarts) kent al een lange traditie. In de jaren tachtig (1983 door UvA) werd er al onderzoek gedaan. In 1992 vond eveneens onderzoek plaats (Van den Heuij en Van der Windt, 1993). Verder heeft Gerion/Verpleeghuisgeneeskunde van het VU Medisch Centrum onderzoek gedaan naar de taakuitoefening en de waardering van het nieuw takenpakket door verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (Hoek, e.a., 2006). In dit onderzoek is ook gevraagd naar de tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, maar daarover is niet gerapporteerd. Op verzoek van Prismant heeft Gerion ten behoeve van de activiteiten voor het Capaciteitsorgaan wel een aantal uitdraaien gemaakt.

Door deze onderzoeken te vergelijken met de meest recente meting zijn ontwikkelingen aan te geven. Probleem is natuurlijk dat de vraagstelling niet helemaal vergelijkbaar is, evenmin als de wijze van meten. In 1992 was er meer aandacht voor het volgen van onderwijs en het op peil houden van kennis. Toen werd echter niet gevraagd naar onderzoek dat men doet. Evenmin is gevraagd naar het begeleiden van AIOS SO.

Ook de gehanteerde methode om te meten verschilt. Zo werd in 1992 (en ook in 1983) aan verpleeghuisartsen gevraagd een week lang de bestede tijd te registreren. Daardoor komt er bijvoorbeeld ook ziekteverzuim in deze registratie voor. In 2004 is net als in het recentste onderzoek gekozen voor een globalere werkwijze. Aan de verpleeghuisarts is gevraagd de huidige werkzaamheden weer te geven. Daarbij is als tijdseenheid een week gehanteerd. En detail zijn precieze vergelijkingen derhalve lastig te maken. Globaal en bij omvangrijke activiteiten kan men wel een en ander naast elkaar zetten.

De tijd die verpleeghuisartsen aan patiëntgebonden activiteiten besteden bedroeg in 2008 70% (Tabel 3.4). Dit bedroeg in 1992 slechts 65% en in 1983 lag het aandeel met 62% nog iets lager (Van den Heuij en Van der Windt, 1993). De stijging van patiëntgebonden tijd heeft zich sinds de eeuwwisseling niet doorgezet.

Tegenover de toename van tijd die men in de periode 1992-2004 aan patiëntgerichte taken besteed stond een afname van de tijd die men aan managementtaken kwijt is (van 12 naar 9%). Deze stijgt nu echter weer naar 12%. Deels is dit mogelijk toe te schrijven aan een andere meetmethode. Het aandeel van organisatorische taken bleef tussen 1992 en 2004 gelijk, maar daalde in 2008.

Tabel 3.4 De tijdsbesteding van verpleeghuisartsen vanaf 1992 t/m 2008 (in %)

Soort taak	1992	2004	2008
Patiëntgebonden taken (inclusief zorgmanagement t.b.v. individuele patiënt)	65	71	70
Managementtaken	12	9	12
Organisatorische taken	9	9	7
Overig	13	11	11
Totaal	100	100	100

Bron: Van den Heuvel en van der Windt (1993), Hoek en Muller (2006) en Verrijdt en van der Windt (2009).

### 3.2 Ideeën over bezetting

Welke ideeën bestaan er over de voor de medische zorg in verpleeghuizen noodzakelijke formatie? Al sinds jaar en dag wordt de norm 1 op 100 als uitgangspunt gehanteerd. Deze houdt in dat 1 FTE specialist ouderengeneeskunde 100 patiënten voor medische zorg onder zijn hoede kan hebben. Deze stamt uit de koker van het toenmalige COTG dat begin jaren tachtig dit als norm hanteerde bij de berekening van het budget van een verpleeghuis. Abusievelijk wordt het nu in het veld soms gezien als een norm van Actiz.

Bij bijna de helft van de elf in ons onderzoek deelnemende organisaties was 1 op 100 ook het uitgangspunt. De norm wordt gehanteerd voor somatische en pg- patiënten. Verder heeft men meestal een differentiatie aangebracht. Voor revalidatiepatiënten hanteert men een norm van 1 op 50 tot 67. Sommigen hebben dit aangevuld met 1 op 25 voor palliatieve patiënten (zie Tabel 3.5 kolom praktijk).

Tabel 3.5 Het aantal patiënten dat 1 FTE specialist ouderengeneeskunde van medische zorg kan voorzien volgens verschillende benaderingen

	COTG	'Praktijk'	Frijns c.s	Gerimedica
Somatiek	100	100	90	111
Psychogeriatric	100	100	88	133
Revalidatie	100	67	51	50
Palliatief		25		
Dagopvang		200	181	
Patiënt in substitutie project		400	217	

Bron: Gerimedica, eigen onderzoek en bewerking Frijns c.s.

De meest recent ontwikkelde "normen" die gehanteerd worden zijn die uit Diagnose Behandelpijktijk van Gerimedica (2010). Tabel 3.5 laat de caseload volgens de "norm" van Actiz, Frijns c.s. en volgens Gerimedica zien. In het laatste geval liggen de normen voor de caseload hoger. Opvallend daarbij is vooral het verschil bij psychogeriatricische patiënten. In het geval van Gerimedica is er sprake van een andere opvatting over taak en werkwijze van de SO (Motto: *dokters moeten weer dokter worden*), hetgeen leidt tot een andere caseload. Bovendien hebben psychologen op grote schaal hun intrede in het verpleeghuis gedaan. Zij zullen ongetwijfeld werk, dat eerst door de SO gedaan werd, overgenomen hebben. Verder veronderstelt de benadering van Gerimedica ook voldoende ondersteuning van verpleegkundigen, doktersassistenten en administratieve krachten.

In de praktijken, die we in ons onderzoek tegenkwamen, lijkt het er op dat bij het hanteren van de norm 1 op 100 allerlei aspecten die eerst in de berekening inclusief waren, later exclusief gemaakt zijn, zoals de toevoeging van coördinerende werkzaamheden en reistijd. Bij het opstellen van het benodigde aantal gaat men allereerst uit van het aantal patiënten en voegt daarboven op zaken als reistijd, managementtaken enz. In eerste instantie waren deze zaken al in de 1 op 100 vervat, dus inclusief.

GeriMedica (een initiatief van VU medisch centrum en drie grote zorgorganisaties) houdt zich bezig met onderzoek en advies bij praktijkvoering. Het door hen ontwikkelde model gaat er vanuit dat artsen, paramedici en psychologen samen met praktijkondersteuners en praktijkassistenten werken en ondersteund worden door een elektronisch patiëntendossier.

Kenmerken van deze praktijk zijn onder meer:

- Uniforme en hoge kwaliteit behandelen volgens de laatste inzichten
- Efficiënt (meer patiënten per behandelaar)
- Taakherschikking
- Elektronisch patiëntendossier
- Eén uitvalsbasis en centrale bereikbaarheid

Op basis van dit praktijkmodel heeft GeriMedica de normen uit tabel 3.5 ontwikkeld.

Uit gesprekken met Novicare, een organisatie die medische en andere behandelinstellingen aan verpleeghuizen aanbiedt, bleek dat het aantal patiënten dat een FTE specialist ouderengeneeskunde kan bedienen nog aanmerkelijk hoger ligt dan in Tabel 3.5 voorkomt. Dat wordt deels veroorzaakt door de werkwijze, namelijk met een aanzienlijke ondersteuning van ICT in de vorm van patiëntendossier en procesbeheersing, deels is het afhankelijk van de SLA (Service Level Agreement), de afspraken over de precieze dienstverlening, die gemaakt worden. Onder bepaalde condities is het dan mogelijk om bij pg-patiënten tot een ratio van 1 op 180 te komen.

In de praktijk van de verpleeghuizen zien we nu dat steeds meer de ZZP's maatgevend worden (zie ook 3.2). Er zijn echter geen vaste normen uit de ZZP's af te leiden, omdat die alleen een behandel functie kennen waaruit alle behandelaars bekostigd moeten worden. Bovendien gold tot voor kort dat men vanuit concurrentie overwegingen minder open was om dit soort gegevens naar buiten te brengen. Mogelijk is hierin nu een kentering gaande.

Van Houdt (2008) betoogt dat van de ZZP's die behandeling als component hebben, 23% van de behandel tijd volgens onderzoek van HHM aan SO's toegerekend zou moeten worden. Zijn conclusie dat er dan in totaliteit gezien veel te weinig SO's zijn lijkt terecht. Of het er toe leidt dat er tussen verpleeghuizen grote verschillen bestaan in het aantal artsen dat men per patiënt heeft, gaan we in de volgende paragraaf zien.

### 3.3 Variatie in caseload van SO's tussen verpleeghuizen

In een voorgaande paragraaf (2.1) hebben we getracht iets te laten zien van de ontwikkeling van de omvang van de medische zorg per verpleeghuispatiënt in de periode 2001 en 2010. Met de informatie uit ons vacature onderzoek (van der Windt e.a., 2010) kunnen we ook kijken naar de variatie in omvang van de medische zorg per patiënt tussen verpleeghuisorganisaties. Per huis weten we het aantal bedden en hebben zo een ruwe indicatie van het aantal patiënten en we weten per huis hoeveel SO's, AIOS SO en overige artsen er werkzaam zijn, alsmede NP's en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving. Via aanvullend onderzoek in 2011 is gezuiverd voor extramurale activiteiten.

Tabel 3.6 Verdeling van verpleeghuizen over het aantal bedden dat men per artseenheid bedient

Aantal bedden per artseenheid	N
Boven 100	6
85-100	4
75-85	8
65-75	9
60-65	4
55-60	8
Onder 55	10
Aantal deelnemende organisaties	49

In 2011 blijkt er tussen de deelnemende verpleeghuizen een grote variatie in het aantal patiënten (bedden) dat per artseenheid bediend wordt. Tabel 3.6 geeft een beeld van deze verscheidenheid. Van de 49 deelnemende organisaties zijn er 10 waar per artseenheid 85 of meer bedden bediend worden. Anderzijds zijn er 18 verpleeghuizen waar per artseenheid minder dan 60 bedden bediend worden.

Deze grote verschillen doen de vraag rijzen welke verschillen in taken en werkwijzen hier achter zitten. Door middel van een secundaire analyse op gegevens over tijdsbesteding kunnen we hier mogelijk al iets over zeggen.

In 2008 is er in opdracht van het Capaciteitsorgaan een tijdbestedingsonderzoek onder SO's gedaan. Gemiddeld besteden SO's 70% van hun tijd aan patiëntgebonden activiteiten (Tabel 3.4). Rond het gemiddelde bestaat er wel enige spreiding. Tabel 3.7 laat zien dat 12% aangeeft minder dan 50% van de werktijd met patiëntgebonden activiteiten te vullen. 15% geeft aan meer dan 90% hiermee bezig te zijn. Bij deze laatsten gaat het vaak om deeltijders die een klein contract vervullen en zich vrijwel alleen met patiëntenzorg bezighouden.

Tabel 3.7 Het percentage patiëntgebonden tijd bij SO's

	aandeel in %
-50%	12
51-60%	10
61-70%	18
71-80%	22
81-90%	24
91-100%	15

Bron: Bewerking gegevens tijdbestedingsonderzoek

De vraag die rijst is of er sprake is van een andere tijdbesteding als men in een organisatie werkt waar verhoudingsgewijs weinig bedden per FTE SO zijn dan wanneer er verhoudingsgewijs veel zijn.

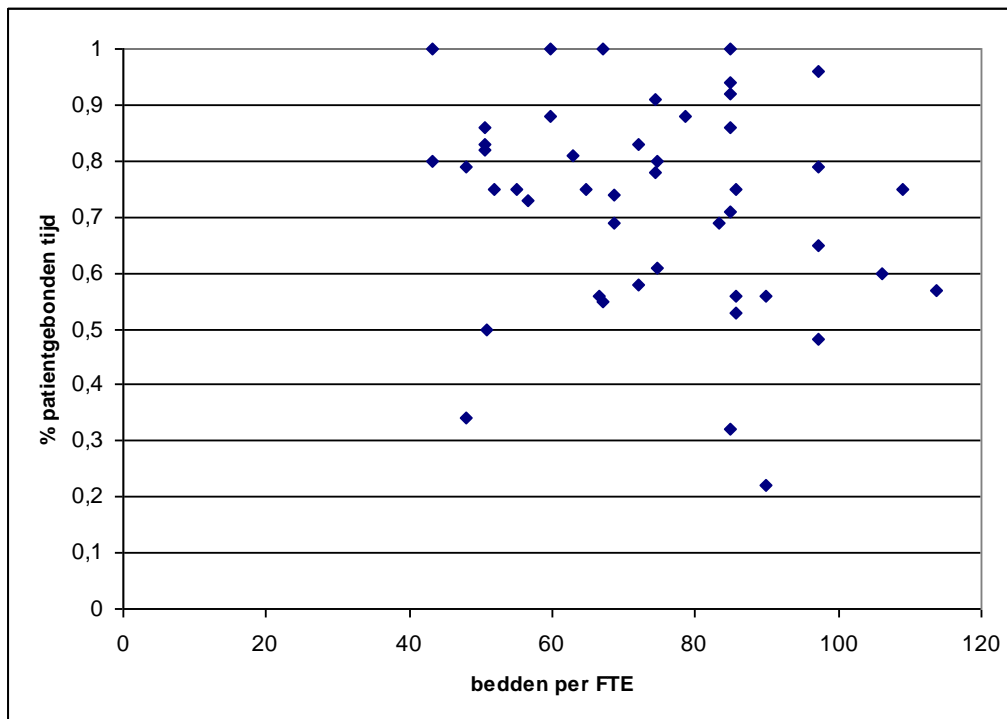
Bij 47 SO's konden we nagaan wat hun patiëntgebonden tijd is en hoeveel bedden een FTE SO<sup>2</sup> in het verpleeghuis waar ze werkzaam zijn gemiddeld bedient. Figuur 3.1 geeft het resultaat.

In figuur 3.1 vallen twee zaken op:

- er is geen enkel verband tussen het % patiëntgebonden tijd van een SO en het gemiddeld aantal bedden dat per FTE SO bedient wordt; eigenlijk is het vooral opvallend dat de niet-patiëntgebonden tijd geen verband met het aantal bediende bedden heeft!
- De verscheidenheid is zowel in tijdbesteding, als in bezetting groot.

Het aantal gevallen waarop de analyse betrekking heeft is weliswaar niet zo groot en de meetmomenten lopen niet helemaal synchroon, maar de uitkomsten hebben op zich wel indicatieve waarde.

Figuur 3.1 Het percentage patiëntgebonden tijd van specialisten ouderen geneeskunde en het aantal bedden per FTE SO in hun verpleeghuis. (n=47)



Deze uitkomsten leiden er toe om bij een aantal geselecteerde organisaties veel preciezer te gaan kijken naar het werkproces van de SO aldaar.

<sup>2</sup> Correcter is om van artsenheid te spreken: er is al rekening gehouden met inzet van basisartsen, SO's en verpleegkundigen.

### 3.4 Samenvatting

- De inzet van artsen in verpleeghuizen is in de periode 2001-2007 harder gestegen dan het aantal patiënten (bedden).
- Van 2007 tot 2010 is het stijgingstempo van beiden vrijwel gelijk
- De laatste jaren is het aantal meer medische zorgbehoevende patiënten (revalidatie, palliatief) snel gegroeid. Dat betekent dat een vaste verhouding arts patiënten niet meer zinvol is; er moet rekening worden gehouden met de samenstelling van het patiëntenbestand.
- De vergelijking aantal patiënten en artsen gaat verder mank omdat 10-14% van het werk (in FTE's) extramuraal plaats vindt! We weten niet hoe dit aandeel in eerdere jaren lag.
- Daar staat tegenover dat er steeds meer ondersteuning (verpleging, administratief) is en dat de samenwerking met psychologen toeneemt.
- Het percentage patiëntgebonden tijd is de afgelopen jaren gelijk gebleven en ligt gemiddeld iets boven de: 70%
- Om de inzet van SO's te bepalen deden lang de COTG normen opgeld (1 arts op 100 patiënten). In de loop der tijd werden daarop steeds meer verbijzonderingen toegerekend: reistijd, managementtaken etc, waardoor de bruto norm 1 op 100 steeds lager werd
- Nieuwe normen (bijv. Gerimedica) liggen hoger dan de praktijk, maar veronderstellen wel meer ondersteuning (voor medisch handelen vanuit verpleging en administratief)

## 4. Caseload van de SO en efficiency van het werkproces

Om de vraag te beantwoorden welke ontwikkelingen in het werkproces van invloed zijn op de efficiency van de medische zorg door de specialist ouderengeneeskunde en op de caseload van de SO, is praktijkonderzoek gedaan in elf organisaties. In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van dit praktijkonderzoek.

Eerst volgt een korte beschrijving van de opzet van dit praktijkonderzoek.

### 4.1 Opzet praktijkonderzoek

#### 4.1.1 Inhoudelijk kader en afbakening

De inrichting van het werkproces heeft betrekking op veel verschillende werk- en contextkenmerken. In onderstaande tabel staan enkele daarvan genoemd, gekoppeld aan de parameters die van belang zijn voor het Capaciteitsorgaan. Per kenmerk is het mogelijk effect aangegeven dat zij hebben op de toekomstige behoefte aan SO's (+ = toename zorgvraag, meer artsen nodig, - = afname zorgvraag, minder artsen nodig).

Kader 4.1 Werkproces gerelateerde factoren

Parameters	Factoren met mogelijk effect op behoefte SO's	Effect
Vakinhoudelijk	. Veranderde visie op wat des arts is (Nota Takenpakket, 2004)	-
Technologisch	. Technologische ontwikkelingen in de revalidatiezorg (o.m. telemedicine)	+
Efficiency	. Ondersteuning van de SO's (medisch secretariaat, dokters-assistenten) . Uitzuiveren van oneigenlijke taken . Automatisering algemeen (brievenformats, rapportages, etc.) . EPD voor de medische zorg . Praktijkvoeringsvarianten (o.a. commercialisering/inhuur behandelteams, behandelpraktijk nieuwe stijl, spreekuren) . Inrichting van de praktijk (triage, andere inrichting papieren visites) . Context binnen behandelteam (samenstelling groep behandelaren (zie substitutie) . Context zorg (verpleegkundige bezetting in het verpleeghuis, scholingsbeleid voor verpleging en verzorging wat betreft verpleegtechnische taken en voorbehouden handelingen). . Meerdere kleine locaties (reistijd)	- - - - - - - -
Horizontale substitutie	. Van huisarts naar SO (extramuralisering, multiproblematiek, polyfarmacie) . Van SO naar huisartsen (verzorgingshuisbewoners, PG-bewoners) . Van SO naar psychologen (PG-lienten)	+ - -
Verticale Substitutie	. Substitutie verticaal door overdracht van medische taken naar NP/VS . Inzet van (gespecialiseerde) verpleegkundigen voor triage en Begeleiding/monitoring van specifieke doelgroepen (decubitus, diabetes, COPD, etc.) . Inzet van geriatrische verpleegkundigen	- - -
Overige	. Positionering van behandelaren (inbedding in organisatie, verzakelijking)	±

In overleg met de klankbordgroep en op basis van voorgaand onderzoek is besloten het accent in het onderzoek toe te spitsen op de organisatie van het werk van de SO, de professionele en organisatorische context waarin de SO functioneert en de hulpmiddelen die daarbij ter beschikking staan (zie kader 4.2).

#### Kader 4.2 Elementen die onderdeel uitmaken van het praktijkonderzoek

##### Organisatie van het werk

- Varianten in praktijkvoering (o.a. commercialisering/inhuur behandelteams, behandelpraktijk nieuwe stijl)
- Andere werkwijze (triage, andere inrichting papieren visites, spreekuren)
- Schaalgrootte en reistijd

##### Samenwerking (professionele en organisatorische context)

- Samenstelling van het behandelteam
- Ondersteuning door verpleging en verzorging (verpleegkundige bezetting in het verpleeghuis, scholingsbeleid voor verpleging en verzorging wat betreft verpleegtechnische taken en voorbehouden handelingen).
- Ondersteuning bij administratieve taken

##### Hulpmiddelen

- Automatisering algemeen (brievenformats, rapportages, etc.)
- EPD voor de medische zorg / behandelaars

#### 4.1.2 Selectie van de organisaties

Selectie van de elf organisaties heeft plaatsgevonden op basis van een longlist van twintig organisaties<sup>3</sup>, tien met een hoge en tien met een lage caseload. Daarnaast is een organisatie opgenomen die volgens de behandelpraktijk nieuwe stijl (zie 1.1) werkt. De caseloadgegevens waren afkomstig uit recent uitgevoerd onderzoek voor Gerion. Hoewel selectie op basis van het eerder genoemde onderzoek als voordeel had dat een deel van de relevante kwantitatieve informatie al voorhanden was, bleek tijdens het selectieproces dat de cijfers van de organisaties lang niet altijd klopten. Het bleek soms lastig om de goede eenheden (personeel/werk) aan elkaar te knopen. Enkele organisaties vielen bij een nadere check daardoor bij voorbaat af. Bij de overblijvende selectie speelde hetzelfde maar in mindere mate. We kunnen hier alleen de ongewogen caseloads vergelijken, omdat we uit voorgaand onderzoek geen gegevens hebben over de aard van de bedden. Eerder onderzoek leverde een variatie in caseload (ongewogen) op van 38 tot 114, tegenover 54 tot 91 in de nieuwe meting (figuur 4.1). Oorzaken van deze verschuiving zijn:

- Men telt soms te veel patiënten mee: bv. uit het grijze gebied verzorgingshuizen/verpleeghuizen.
- Vaak is een SO ook manager; steeds meer komt een aparte manager in beeld (behandeldienst). Dat beïnvloedt natuurlijk de effectieve inzet.
- Men biedt soms medische diensten aan derden aan. De patiënten zitten dan dus niet in hetzelfde huis. De meeteenheid bedden van het betreffende huis werkt dan niet goed meer.

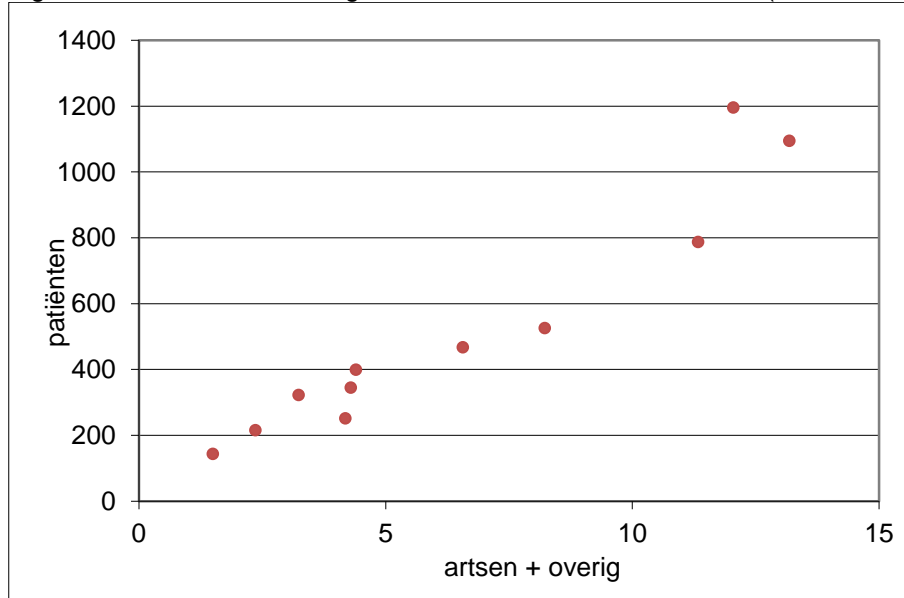
Figuur 4.1 laat het verband zien tussen de omvang van de medische inzet en het aantal bedden in een organisatie. De variatie komt tot uitdrukking in het feit dat er geen sprake is van een rechte lijn.

<sup>3</sup> Feitelijk gaat hier niet om de organisaties zelf maar de behandeldienst van (een deel van) de organisatie.



Naast de selectie op basis van caseload is enigszins gestratificeerd naar omvang van de organisaties en mate van ondersteuning door verpleegkundige specialisten<sup>4</sup> en (praktijk)verpleegkundigen. Stratificatie naar gebruik van (verschillende typen) EPD's bleek niet mogelijk, omdat geen van de geselecteerde organisaties beschikt over een EPD specifiek voor de behandeldienst. Bij de EPD's, waar de organisaties naar eigen zeggen over beschikken, gaat het in alle gevallen om elektronische multidisciplinaire zorgdossiers.

Figuur 4.1: De relatie omvang medische inzet en aantal bedden (na correctie)



In onderstaand schema zijn enkele belangrijke kenmerken van de behandeldiensten/organisaties samengevat. De uiteindelijk vastgestelde caseload varieert van 60 tot 99 (gewogen<sup>5</sup>) bedden per fte SO.

Tabel 4.1 Kenmerken van de onderzochte organisaties/behandeldiensten

	Behandeldiensten met hoge caseload	Behandeldiensten met lage caseload
<b>Caseload</b>	99-83	80-60
<b>Omvang (bedden)</b>		
klein: < 150	1	1
middel: 150-350	2	1
groot: >350	3	3
<b>Vpk ondersteuning</b>		
laag < 25%	3	2
hoog > 25%	3	3

De organisatorische context waarin de behandeldiensten functioneren loopt sterk uiteen; van een traditioneel verpleeghuis met een paar dependances tot organisaties met vier regionale behandeldiensten. De verschillen vallen samen met de omvang van de totale orga-

<sup>4</sup> Waar we spreken over verpleegkundig specialisten, bedoelen we ook de nurse practitioners.

<sup>5</sup> Hierbij zijn de volgende wegingsfactoren gebruikt somatiek en pg (100), revalidatie (67), palliatieve zorg (50), dagbehandeling (200) en substitutie (200).

nisatie, maar meer nog met de manier waarop de (medische zorg) is georganiseerd. De omvang van de medische formatie (alleen SO's) varieert van 1,5 fte tot 12,4 fte.

#### 4.1.3 Organisaties die hebben deelgenomen aan het onderzoek

De bereidheid tot deelname aan het onderzoek was groot. Alle benaderde organisaties waren bereid om deel te nemen aan het onderzoek en onderschreven het belang van het onderwerp. Voor de deelnemende organisaties boden de spiegelinformatie en de verdiepende vragen de mogelijkheid te reflecteren op de eigen situatie en werkcontext. Men werkte met groot enthousiasme mee.

#### Medische dienst Verpleeghuis A

<b>Achtergrond en historie</b>	
Verpleeghuis A is onderdeel van een grote organisatie in het westen des lands die verdeeld is in drie regio's. De behandeldienst is regionaal georganiseerd. De manager behandeldzaken maakt deel uit van het MT. Artsen zijn altijd goed vertegenwoordigd geweest in de directie. Men volgt de behandelpraktijk nieuwe stijl (zie 1.1)	
<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	259
PG	728
Revalidatie	91
Palliatief	13
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	42
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	8,9
AIO SO	3
Overige artsen	1,5
NP/PA	
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	2,3
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	?
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	
overig extramuraal	
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>99</b>
<b>Behandelteam en ondersteuning</b>	
De SO in deze organisatie werkt nauw samen met de praktijkverpleegkundige, die ook deel uitmaakt van de medische vakgroep. Zij werken met een vaste taakverdeling, zij vormen samen een team. Men overweegt de taken van de praktijkverpleegkundige nog verder uit te breiden en eventueel op te scholen tot verpleegkundig specialist.	
De SO's in deze organisatie doen geen verpleegkundige taken. Naast de reguliere visites die de artsen uitvoeren, gaan alle aanvragen voor medische zorg naar een verdeelcentrum, het medisch loket, dat wordt bemenst door doktersassistenten en administratieve medewerkers. Zij nemen de telefoon aan en doen triage aan de hand van een checklist, waarna zij bepalen naar wie de oproep gaat (arts, praktijkverpleegkundige, volgende visite). Er is een EPD ter ondersteuning van de artsen (YSIS).	

Van twee huizen hebben we in een kader de achtergrondgegevens en kenmerken weer gegeven. Van de overige negen zijn deze gegevens te vinden in Bijlage 1.

#### 4.1.4 Onderzoeksinstrumenten: vragenlijst en interviews

Het praktijkonderzoek richt zich zowel op kwalitatieve als op kwantitatieve informatie. Hierbij is gebruik gemaakt van een inventariserende vragenlijst en semigestructureerde interviews. De vragenlijst bevat naast vragen over aantallen en aard van cliënten en capaciteiten van artsen en verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten, ook andere elementen van het werkproces van de SO die van invloed (kunnen) zijn op de doelmatigheid en efficiency van de SO. De vragenlijst is ingevuld voorafgaand aan de interviews.

In de organisaties is gesproken met het hoofd van de behandeldienst en een uitvoerende specialist ouderengeneeskunde. In een aantal gevallen kon worden volstaan met één gesprek omdat het hoofd mede uitvoerend was. Aanvullend is in enkele gevallen gesproken met een medewerker/of manager van de cliëntenadministratie.

#### Medische dienst Verpleeghuis B

##### Achtergrond en historie

Verpleeghuis B is vroeger een klein verzorgings/verpleeghuis geweest voor nonnen/zusters. Momenteel biedt dit huis zorg aan somatische en PG- cliënten, revalidatie en dagbehandeling.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	35
PG	73
Revalidatie	11
Palliatief	
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	20
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	1,7
AIO SO	
Overige artsen	
NP	
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	0,6
<b>Waarvan: SO-extramuraal</b>	
verzorgingshuisbewoners	0,1
overig extramuraal	0,1
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>95</b>

Er is geen vertegenwoordiging van de medische staf in het MT, maar de MT leden zijn zeer betrokken op de zorg, ook op de medische zorg.

##### Behandelteam en ondersteuning

Er zijn geen NP's of verpleegkundigen met specifieke functieomschrijving in dienst. Ondersteuning door secretariaat of doktersassistenten ontbreekt. Er is wel een kwaliteitsmedewerker die veel opakt. Er is een uitstekende basis van verplegend en verzorgend personeel, dankzij goede opleiding en bijscholing. De aanwezige ziekenverzorgenden zijn zeer ervaren (pluis/niet pluis).

Aandeel goede vpk/vz analyses bij oproepen van de SO is meer dan 75%.

De 24-uurs verpleegkundige bereikbaarheid wordt geregeld via inhuur van organisaties in de regio.

In de interviews is aan de hand van de ingevulde vragenlijst gesproken over de volgende onderwerpen:

- beleidsmatige context (behandelpraktijk nieuwe stijl, behandelaars in MT, onderbouwing SO-formatie);
- organische setting (samenstelling en samenwerking behandeldienst)
- werkproces van de SO (organisatie van het werk en ondersteuning);
- doelmatigheid en kansen.

In de nu volgende paragrafen gaan we in op de resultaten.

## 4.2 Formatietoewijzing aan de behandeldiensten

Eén van de onderzoeksvragen is onder welke omstandigheden en onder welke voorwaarden kan een SO een hogere caseload bereiken? Verhoging kan nodig zijn vanwege een achterblijvend aanbod van SO's, nu en in de toekomst, maar ook vanwege de inhoud van het vak ("Dokters moeten weer dokteren") en de aantrekkelijkheid van het beroep.

Om de vraag naar de mogelijkheden voor een hogere caseload te kunnen beantwoorden is eerst gekeken op basis waarvan de huidige caseload in de elf organisaties tot stand is gekomen.

In tabel 3.5 zagen we al dat verschillende normen worden gehanteerd voor de toewijzing van medische formatie. Voor vijf van de elf bezochte organisaties geldt dat de norm van 1 fte SO op 100 bedden nog steeds een belangrijk uitgangspunt is, waarbij een differentiatie plaatsvindt naar verschillende doelgroepen. Bij de andere zes organisaties wordt meer uitgegaan van de toewijzing aan uren voor de behandeldienst volgens de ZZP's. Dit betekent doorgaans dat binnen de behandeldienst verder onderhandeld wordt over de toewijzing van formatie aan de diverse disciplines om zo tot een zo optimaal mogelijke skillmix te komen gegeven de aard van de aanwezige bewoners. Dat betekent dat de SO meer dan voorheen in concurrentie komt met andere behandel disciplines.

Geen van de geïnterviewden gaf aan dat er een relatie was tussen de doelmatigheid van het werkproces van de SO en de formatietoewijzing voor medici.

In Tabel 4.2 staat de gewogen caseload van de organisaties gecombineerd met de gebruikte normen voor onderbouwing van de SO-formatie en de beschikbare gegevens over historie/achtergrond en visie op wonen en welzijn versus gezondheid<sup>6</sup>.

Tabel 4.2 Caseload in de 10 bezochte organisaties en hun onderbouwing

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Caseload	99	95	91	91	83	83	80	71	69	64	60
Normen	ZZP	ActiZ	ZZP	ActiZ	ZZP	ZZP	ActiZ	ActiZ	ZZP	ZZP	ActiZ
Visie welzijn-GZ			+					-	-		
Historie	+	+				+	-				

Hoewel de formatietoewijzing aan SO's globaal gebaseerd is op de genoemde normen en de ZZP-gelden, komt uit de interviews ook naar voren dat er beleidsmatige overwegingen zijn bij de formatietoewijzing aan behandeldiensten en/of SO's. Achtergrond en visie heb-

<sup>6</sup> We hebben bij de historie en visiegegevens alleen die organisaties vermeld waar op deze terreinen duidelijke aanwijzingen zijn gebleken uit de interviews.

ben vaak al in een ver verleden geleid tot keuzes over de caseload van de SO en de balans tussen medische zorg en verpleging en verzorging.

Bij de beleidsmatige overwegingen gaat het vooral om de visie van bestuurders op de gewenste balans in de zorgverlening tussen gezondheid en welzijn. Wonen en welzijn worden hierbij gezet tegenover het zogenaamde 'medische model'. De doorgaans holistische en multidisciplinaire visie en werkwijze van specialisten ouderengeneeskunde heeft deze (oude) controverse nog niet doen verstommen.

De visie op het belang van goede medische zorg als een van de belangrijke domeinen voor kwaliteit van leven is soms ook historisch bepaald. Bij een verpleeghuis met een hoge caseload voor de SO lijkt de ontstaansgeschiedenis (vanuit een verzorgingshuis), een belangrijk deel van de verklaring te vormen dat zij zo krap in hun jasje zitten. Een andere organisatie, afkomstig vanuit de GGZ en een derde met van oudsher een sterk accent op revalidatie, leggen vanuit deze historie een groter accent op gezondheid en behandeling en daarmee op het belang van een sterke behandeldienst en een goede medische vertegenwoordiging daarin.

De visie bepaalt mee welke balans er wordt gevonden tussen toewijzing van financiële middelen aan behandeldienst versus verpleging en verzorging en tussen SO en andere professionals binnen de behandeldienst. We zien in de door ons bezochte organisaties eveneens zeer grote verschillen in het aandeel psychologen binnen de behandeldienst. Deze verschillen lijken niet toe te wijzen aan verschillen in aard van de bewoners/cliënten. Daarbij kwam overigens ook naar voren dat er behoefte is aan meer transparantie op dit terrein, zowel ten aanzien van de toewijzing van financiële middelen aan de behandeldienst in relatie tot verpleging en verzorging als binnen de behandeldienst over de verdeling tussen de SO's, fysiotherapeuten en psychologen.

Andere factoren die een rol blijken te spelen zijn:

- Een sterke positie van de medici in de organisatie, vertegenwoordiging in het MT, hangt vaak samen met visie op het belang van behandelaars.
- Een sterke positie van medici ten opzichte van de paramedici in de behandeldienst. Hoe kom je tot een onderlinge verdeling die past bij je cliëntenbestand? De indruk van meerdere SO's is dat zij zelf relatief gunstig zitten, in elk geval ten opzichte van sommige groepen paramedici zoals de fysiotherapeuten.
- De onderhandelingsvaardigheden van de SO.

Concluderend kunnen we stellen dat de geïnterviewden allen op andere factoren dan werkprocesfactoren wijzen, als achtergrond en onderbouwing van hun huidige caseload en het al dan niet ruim in het jasje zitten van de medische formatie.

In de volgende paragrafen gaan we daarom in op de huidige doelmatigheid in het werkproces van de SO en de beïnvloedbare inefficiënties, om vanuit de in de empirie aangetroffen relatie doelmatigheid-caseload zicht te krijgen op mogelijke verhogingen van de caseload.

### **4.3 Hoe doelmatig is het werkproces van de SO?**

De vraag naar de doelmatigheid van het werkproces van de SO en de omstandigheden die daarbij een rol spelen heeft centraal gestaan in de praktijkonderzoeken. Aan behandeldiensten met een hoge caseload is gevraagd welke factoren er voor zorgen dat zij deze

hoge caseload kunnen hanteren. Aan alle organisaties is gevraagd welke zaken het meest kansrijk zijn om de doelmatigheid verder te verhogen.

Belangrijk daarbij is, zo blijkt zowel uit de onderzoeksliteratuur, als uit de interviews, dat de SO:

- zo weinig mogelijk taken hoeft uit te voeren die niet des arts zijn, zoals verpleegtechnische handelingen, kleine verrichtingen (oren uitspuiten, hechtingen verwijderen), onderzoek gerelateerde taken (ECG's, labuitslagen) en in sommige gevallen commissiewerk
- minder complexe medische taken kan delegeren, zoals specialistische verpleegtechnische zorg en minder complexe medische zorg
- zo weinig mogelijk onnodig wordt opgeroepen voor spoedgevallen
- bij oproepen en visites efficiënt kan werken, doordat de benodigde gegevens beschikbaar zijn en er een goede analyse door verpleging of verzorging is uitgevoerd
- zo weinig mogelijk tijd kwijt is aan administratieve taken. Belangrijke hulpmiddelen daarbij zijn automatisering (vaste formats voor brieven etc.), elektronisch zorgdossier, elektronische beschikking over medische gegevens en overige (roosterplanning, notuleren commissies, etc.).

De volgende kenmerken van het werkproces van de SO leiden in de praktijk tot de hierboven geschetste doelmatigheid en efficiency. We gaan hierna wat dieper op deze aspecten in:

1. Basis van verpleging en verzorging
2. Triage en spreekuren
3. Overdracht medische zorg
4. Ondersteuning door medische secretaresses (MS) en doktersassistenten (DA)
5. Ondersteuning door beleidsmedewerkers
6. Ondersteuning via EPD (elektronisch patiëntendossier)

#### **4.3.1 Goede basis verpleging en verzorging**

Een goede basis van verpleging en verzorging betekent dat de SO niet onnodig allerlei verpleegtechnische handelingen hoeft te verrichten en dat hij niet onnodig wordt opgeroepen.

In tabel 4.3 staat samengevat hoe de elf organisaties scoren op de hiervoor relevante factoren. De organisaties A tot en met K staan in volgorde van aflopende caseload. Een '+' representeert dat het in de betreffende organisatie niet nodig is dat de SO verpleegtechnische handelingen uitvoert of dat triage beschikbaar is. Een '-' betekent: 'hier is efficiencywinst te boeken'.

In de meeste organisaties (acht van de elf) hoeft de SO niet onnodig verpleegtechnische handelingen te verrichten. Hoe de organisaties dit bereiken verschilt per organisatie, waarbij zowel de kwalitatieve formatie zowel op de afdelingen als organisatie breed, als ook de investeringen in scholing en bijscholing een belangrijke rol spelen.

Tabel 4.3 Basis van verpleging en verzorging

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Verpleegtechnische handelingen	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	+
% Goede analyses bij oproepen	50-75	75-100	25-50	50	50-75	25-50	50-75	75-100	75	50-75	50-75
Beschikbaarheid triage	+	±	±	±	+	-	±	+	+	?	+

In een deel van de organisaties is de goede verpleegkundige en verzorgende basis verantwoord in de teams. Er zijn voldoende verpleegkundigen en verzorgenden aanwezig die geschoold zijn en waar nodig bijgeschoold worden. Twee organisaties zeggen structureel veel te investeren in deze scholing. Dit zijn ook organisaties die hoog scoren op hun oordeel over de kwaliteit van de verpleegkundige en verzorgende analyses bij acute oproepen (B en H). Soms is er ook een verpleegkundige teamleider.

De organisaties waar de SO vaker dan strikt nodig verpleegtechnische handelingen uitvoert onderstrepen het belang van meer scholing van verpleging en verzorging in hun organisaties.

Soms worden de verpleegtechnische handelingen niet door afdelingsmedewerkers uitgevoerd, maar is er een dagverpleegkundige, etageverpleegkundige of praktijkverpleegkundige. Deze zorgt er dan voor - door triage en eventueel zelf uitvoeren van de verpleegtechnische handelingen of het inroepen van hulpdiensten - dat de arts niet onnodig wordt opgeroepen.

De kwaliteit van de verpleegkundige en/of verzorgende analyse bij acute oproepen verschilt sterk. Een percentage van 25%-50% betekent dat de SO in de betreffende organisatie bij 50% tot 75% van de oproepen te maken heeft met een beperkte verpleegkundige of verzorgende analyse. Dat betekent dat bijvoorbeeld relevante metingen/onderzoeken niet zijn verricht, onvoldoende zicht is op het verloop van de specifieke klacht, het dossier van de bewoner niet voorhanden is, enz. Dit levert belangrijk tijdverlies op voor de SO.

#### 4.3.2 Triage en spreekuren

Triage leidt tot een meer efficiënte inzet van de SO doordat alleen die medische problemen die des arts zijn door deze worden gezien. Andere kwesties worden opgelost door verzorgenden, verpleegkundigen, doktersassistenten, etc.

In tabel 4.4 is te zien dat er vier organisaties zijn die de triage naar eigen zeggen optimaal geregeld hebben, er is slechts één organisatie die geen enkele vorm van triage kent. In deze organisatie is het aandeel oproepen waar een goede analyse aan ten grondslag ligt relatief laag.

Ook voor triage geldt dat de invulling van de triage en de professionals en andere medewerkers die hierbij een rol spelen verschillen. Triage vindt plaats door goed geschoolde verzorgenden en verpleegkundigen op afdelingsniveau, door verpleegkundige teamleiders/afdelingshoofden of door verpleegkundige die overkoepelend worden ingezet (praktijkverpleegkundigen).

Bij één instelling is er sprake van een medisch loket, waar vragen om medische zorg binnen komen. Bij de registratie worden tegelijk al een aantal basis gegevens vastgelegd.

Tabel 4.4 Doelmatigheid van triage en spreekuren

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Beschikbaarheid triage	+	±	±	±	+	-	±	+	+	?	+
% Goede analyses bij oproepen	50-75	75-100	25-50	50	50-75	25-50	50-75	75-100	75	50-75	50-75
Werken met spreekuren	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

In onze onderzoeksgroep waren geen organisaties die werken met spreekuren. Spreekuren dragen bij tot de doelmatigheid van het werkproces van de SO doordat het aantal afdelingsvisites kan worden beperkt en de SO door de planning van afspraken (geen wachttijd), de aanwezigheid van de best geïnformeerde verzorgende en de aanwezigheid van alle dossiers, efficiënter kan werken. Een strakke organisatie in de vorm van een medisch loket lijkt overigens een goed alternatief voor het houden van spreekuren.

### 4.3.3 Overdracht medische en gespecialiseerde verpleegkundige zorg

Een goede samenwerking met anderen in de medische zorg betekent dat de arts een aantal taken kan beleggen bij anderen. Dit geldt voor specialistische verpleegkundige zorg, zoals diabeteszorg, wondzorg, mondzorg en astmazorg, maar ook voor het delegeren van taken van de SO naar Nurse Practitioners (NP), Physician Assistants (PA) en psychologen.

In tabel 4.5 is te zien dat in vijf van de elf organisaties medische taken worden belegd bij niet-artsen. In deze organisaties worden taken gedelegeerd naar NP's (4) en PA's en praktijkverpleegkundigen (1).

Delegatie van specialistische verpleegkundige zorg komt vaker voor. In de meeste organisaties is diabeteszorg en wondzorg belegd bij (praktijk)verpleegkundigen of gespecialiseerde verpleegkundigen, bij enkele andere organisaties geldt dit ook voor zorg voor astma, copd, hartfalen en/of mondzorg.

Slechts drie organisaties hebben hiervoor niets geregeld, waardoor deze taken op het bordje van de SO blijven liggen. Voor deze organisaties lijkt op dit terrein veel efficiencywinst (en mogelijk kwaliteitswinst) te behalen.

Tabel 4.5 Mogelijkheid tot overdracht van medische zorg

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Specialistische vpk zorg is belegd	+	±	+	-	+	-	+	-	±	±	+
Overdracht medische taken aan anderen	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+

### 4.3.4 Ondersteuning door medische secretaressen en doktersassistenten

In Tabel 4.6 staat welke ondersteuning de SO's krijgen van medisch secretaressen en doktersassistenten. Het takenpakket van deze medewerkers loopt vaak wat door elkaar heen. Zij ondersteunen bij administratieve en organisatorische taken van de SO, maar ook bij kleine onderzoeken en verrichtingen. Specialisten die aangeven dat zij op dit terrein (min of meer) voldoende ondersteund worden, hebben een ondersteuning van minstens 0,15 fte ondersteuner op 1 fte SO. In vier organisaties ontberen de SO's naar eigen zeggen voldoende ondersteuning.



Tabel 4.6 Ondersteuning bij administratieve taken

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Oordeel SO over ondersteuning bij adm. taken	+	-	+	-	-	±	+	+	+	-	+
Ratio admin. ondersteuning/arts (in %)	15	0	31	11	4	35	51	71	29	13	33

#### 4.3.5 *Ondersteuning door beleidsmedewerkers*

Grotere organisatorische verbanden kunnen veel beleidsmatig werk voor de SO ondersteunen of uit handen nemen.

De ondersteuning door beleidsmedewerkers is geen structureel onderwerp geweest tijdens de gesprekken. Desondanks brachten drie van de elf organisaties deze ondersteuning in als ontlastend voor de SO. Het gaat zowel om kwaliteitsmedewerkers als meer algemene beleidsmedewerkers.

De taken die daarbij zijn genoemd zijn het notuleren van commissievergaderingen en het bijhouden van allerlei wijzigingen in wet- en regelgeving en de consequenties daarvan (bijv. BOPZ).

#### 4.3.6 *Ondersteuning met EPD voor de medische zorg*

De verwachting is dat het hanteren van een EPD de doelmatigheid van de medische zorg sterk kan beïnvloeden, zodat de SO in dezelfde tijd mogelijk meer patiënten kan bedienen. Uit onderzoek naar de behandelpraktijk van SO's voor Gerion (Bloemendaal e.a., 2011) bleek dat bijna de helft van de bevroegde organisaties aangaven met een EPD te werken. Nadere beschouwing leerde echter dat het hier ging om elektronische zorgplannen, waaraan medische gegevens toegevoegd kunnen worden. Toch 'scoorden' organisaties met zo'n elektronisch dossier per artseenheid 79 bedden, terwijl organisaties zonder EPD 64 per artseenheid bedienden.

Het gebruik van EPD's bij de medische zorg beoogt positieve effecten op te leveren voor de kwaliteit en doelmatigheid van de medische zorg. Meer specifiek zit de belangrijkste meerwaarde volgens producenten van EPD's in:

- Patiëntinformatie is overal beschikbaar
- Communicatietool tussen behandelaars (intern en extern)
- Efficiënt naslagwerk voor richtlijnen en handreikingen

Slechts één van de organisaties uit ons praktijkonderzoek beschikte over een EPD specifiek gericht op de behandeldienst. Wel gebruiken de meesten een elektronisch multidisciplinair zorgdossier. Meestal werkt men hier al lang mee. Een enkele organisatie werkt met papieren dossiers of een combinatie van papier en elektronisch. Eén organisatie start per 1 januari 2012 met Ysis dat specifiek gericht is op de medische zorg in de chronische zorg.

Tabel 4.7 Ondersteuning met behulp van een EPD

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Ondersteuning door epd (1=zd papier, 2=zd digitaal) 3=epd	3	2	1	1/2	2	2	2+	2	1/2	2	2

Opmerkelijk is dat de verwachtingen over de meerwaarde van een EPD in relatie tot efficiency en tijdswinst niet hoog gespannen zijn. Men verwacht eerder kwaliteitswinst door de beschikbaarheid van meer informatie en het voorkomen van fouten.

De genoemde voordelen zijn:

- beperkte tijdswinst zou kunnen door een link naar de apotheek (medicijnen); twee organisaties die dat al hebben ervaren dit als een handige functionaliteit
- beschikbaarheid van laboratoriumuitslagen
- werken op afstand

#### **4.4 Welke inefficiënties zitten er in het werkproces van de SO?**

We besteden hier aandacht aan een drietal aspecten:

1. Reistijd
2. Ontoereikende organisatie en samenhang van de medische zorg
3. Individuele verschillen in werkwijzen tussen SO's

##### **4.4.1 Schaalgrootte en reistijd**

Uit onderzoek naar de tijdsbesteding van SO's (Verijdt, en van der Windt, 2010) blijkt dat een groot deel van de SO's te maken heeft met reistijd ten behoeve van hun werkzaamheden. Het gaat hier niet om woon-werk verkeer, maar om de reistijd tussen de locaties waar de SO medische zorg levert. 79% van de SO's reist 1 of meerdere uren per week, variërend van 1 tot 6 uur, met een gemiddelde van 1,8 uur per week. Het gaat dan om 7,7% van de patiëntgebonden tijd.

In vijf à zes van de elf bezochte organisaties is reistijd een issue. Het gaat hier om organisaties met een groot aantal locaties die verspreid zijn over een regio. Dit vergt volgens de respondenten tot 6 uur extra reistijd per week voor de SO die op de buitenlocaties medische zorg levert. Soms probeert men dit organisatorisch op te lossen, bijvoorbeeld door parttime SO's toe te wijzen aan de betreffende locatie, maar dat levert slechts beperkt soelaas. Bij ziekte, oproepen enz. moet immers een van de collegae inspringen. Een aantal grotere organisaties heeft minder te maken met dergelijk efficiencyverlies door een indeling in regio's met eigen behandeldiensten.

In onderstaande tabel zijn de efficiencyeffecten van de reistijd voor de organisaties aangegeven. De gegevens zijn gecombineerd met de kwaliteit van de verpleegkundige analyse en de beschikbaarheid van triage. Immers: als de reistijden lang zijn, is het des te belangrijker dat de SO niet onnodig wordt opgeroepen naar buitenlocaties. In de tabel is te zien dat de kans hierop het grootst is in organisatie F, en in iets mindere mate in organisaties C en D. In deze organisaties is de verpleegkundige analyse bij oproepen relatief slecht, en triage niet of slechts beperkt voorhanden.

Tabel 4.8 Reistijd in samenhang met triage en de kwaliteit van de verpleegkundige analyse

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Reistijd	+	+	±	-	-	-	-	+	+	-	+
Vpk/vz analyse goed bij oproepen (in %)	50-75	75-100	25-50	50	50-75	25-50	50-75	75-100	75	50-75	50-75
Professionals aanwezig die de triage doen	+	+	±	±	+	-	±	+	+	?	+

#### 4.4.2 Organisatiekenmerken in relatie tot de medische zorg

Verschillende respondenten wijzen op verschillende organisatiekenmerken als bron voor doelmatigheid of juist ondoelmatigheid. De omvang van de organisatie of de behandel-dienst wordt genoemd, de verdeling van cliënten/patiënten over de verschillende SO's, de verdeling van locaties over SO's, etc.

Kleine organisaties vergen minder overleg en afstemming. Hier staat tegenover dat grote organisaties hun behandelinsten kunnen splitsen, soms een aparte manager hebben die geen SO is en buiten de medische formatie wordt gehouden. In een grote organisatie kun-nen beleidsmatige zaken gemakkelijker elders ondergebracht worden.

Daarnaast is ook het gebrek aan uniformiteit in werkwijzen tussen SO's genoemd als een bron voor 'ruis' en daarmee voor inefficiënt werken.

Ter illustratie enkele citaten:

*Een groter team leidt al gauw tot meer afstemming, overdracht en overleg. Daarom is het essentieel dat elke arts een duidelijk afgebakende taak heeft, liefst met een afge-bakende cliëntengroep, zodat zij zich niet doorlopend in hetzelfde veld bewegen' (B).*

*De grootste winst hopen we te maken door een herstructurering van de inzet van de 15 dokters, die nu nog een groep vormen. In de toekomst wordt een beperkter aantal artsen verantwoordelijk voor de medische zorg aan een kleinere groep cliënten. Daarnaast gaan we ook spreekuren invoeren om de acute oproepen te stroomlijnen'. (I).*

*Het gebrek aan uniformiteit in de werkwijze van de dokters leidt tot verwarring bij doktersassistenten en medisch secretaressen en is erg lastig bij overdrachten en rapportages. Anderen moeten doorlopend schakelen (H)*

## 4.5 Doelmatigheid van het werkproces: een samenvatting

In ons onderzoek lijkt, zoals eerder gezegd, de relatie tussen de caseload van de SO en de doelmatigheid van het werkproces niet te bestaan. Daarvoor hebben puur beleidsmatige factoren te veel invloed op de toewijzing van SO-formatie.

Probleem van het meten is dat slechts één punt (meetmoment) in een proces genomen wordt. De factoren die het werk "lichter" maken bv. triage of het investeren in het opleiden van verzorgend personeel werpen pas na lange tijd vruchten af. Met andere woorden een en ander is in de empirie wel te meten, maar oorzakelijke verbanden zijn moeilijk te leggen. Op het micro niveau van de zorginstelling vind men geen bewijs, maar macro op sectorni-veau en op de lange termijn telt het wel degelijk mee.

Ontwikkelingen in de doelmatigheid van de SO volgen hun eigen wetten, met een eigen tijdspad. Overeenkomsten tussen organisaties die hoog scoren (qua caseload) zijn er niet of nauwelijks. Hetzelfde geldt voor de zorginstellingen met een lage score. Dat betekent dan ook dat we uit een hoge of lage score van de caseload geen conclusies kunnen trekken over de doelmatigheid van het werkproces van de SO. Deze conclusie wordt onderstreept door het kleurenoverzicht in tabel 4.9, waarin de eerder genoemde deelaspecten van doelmatigheid zijn opgenomen. 'Groen' in dit overzicht betekent 'positieve bijdrage aan doelmatigheid', 'rood' betekent 'negatieve bijdrage aan doelmatigheid, oranje zit er tussenin. De kleurwaarderingen zijn relatief, dus ten opzichte van elkaar. De organisatie met de meeste efficiënte werkkenmerken is de organisatie met de laagste caseload. In de organisaties met relatief lage caseloads wordt niet minder efficiënt gewerkt dan in de organisaties met hogere caseloads.

Tabel 4.9 Caseload van de SO en werkproceskenmerken voor de elf organisaties

Werkkenmerken	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Gewogen caseload	99	95	91	91	83	83	80	71	69	64	60
Verpleegtechn. Handelingen	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	++
% goede vpk/vz analyses bij oproepen	50-75	75-100	25-50	50	50-75	25-50	50-75	75-100	75	50-75	50-75
Beschikbaarheid triage	+	±	±	±	+	-	±	+	+	?	+
Specialistische vpk zorg is belegd	±	±	+	-	+	-	+	-	±	?	+
Overdracht medische taken aan anderen	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+
Ondersteuning bij administratieve taken	+	-	+	-	-	±	+	+	+	-	+
Ondersteuning door EPD	2	2	1	1/2	2	2	2+	2	1/2	2	2
Spreekuren	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Organisatie A, die volgens de behandelpraktijk nieuwe stijl werkt, scoort wel relatief gunstig op vrijwel alle aspecten.

Voor het Capaciteitsorgaan is het van belang om een bandbreedte te kunnen vaststellen en een ontwikkelingsperspectief. Om deze reden is van belang welke mogelijkheden de respondenten, vanuit hun huidige praktijk zien om hun doelmatigheid verder te verhogen. Dit is zichtbaar gemaakt in tabel 4.10.

Tabel 4.10 Caseload van de SO en haalbare efficiencywinst volgens respondenten

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Gewogen caseload	99	95	91	91	83	83	80	71	69	64	60
Haalbare efficiencywinst	?	6%	5%	15%	0	20%	0%	5%	15%	?	?
Aantal kenmerken 'rood'	1	3	4	7	2	5	2	3	3	3	1
Opgehoogde caseload	99	101	95	104	83	100	80	75	80	64	60

De efficiencywinst die de respondenten haalbaar achtten varieert van 0% tot 20%, met een gemiddelde van 8%. Hierbij gaat het om efficiencywinst voor hun eigen werkproces, niet om taakdelegatie.

Met enige voorzichtigheid kunnen we wel vaststellen dat er een verband lijkt te zijn tussen het aantal kenmerken dat in tabel 4.9 'rood' scoort en de hoogte van de haalbare efficiencywinst.

Als we de huidige gewogen caseload ophogen met de door respondenten aangegeven haalbare efficiencywinst komen we tot nieuwe cijfers voor de gewogen caseload. Deze variëren dan van 75 tot 104.

Op basis van deze geschatte caseload naar de toekomst kan een doorrekening gemaakt worden voor de raming voor het Capaciteitsorgaan. Daarbij is echter ook informatie nodig over het tempo waarin veranderingen worden gerealiseerd in de praktijk. Hierop gaan we in het volgende hoofdstuk in.



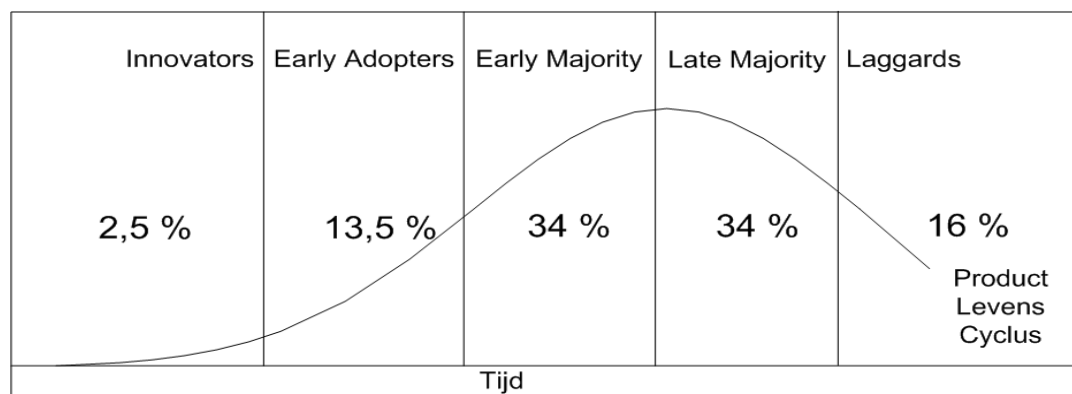
## 5. Het tempo van veranderingen

Voor het Capaciteitsorgaan is bij het ramen niet alleen van belang óf zich veranderingen voordoen, maar ook in welk tempo zij zich voltrekken. Hoe snel veranderen de behandelpraktijken van specialisten ouderengeneeskunde? Of in welk tempo wordt er door verpleeghuizen in de medische zorg meer gebruik gemaakt van verpleegkundigen? In welk tempo zal zich de invoering van een EPD voltrekken? Of zich een verschijnsel voltrekt is vaak al lastig te beantwoorden, laat staan in welk tempo. Toch kunnen we aan de hand van de innovatietheorie van Rogers daar wel iets over zeggen.

### 5.1 De innovatietheorie van Rogers

Rogers beschrijft zijn innovatietheorie in het boek *Diffusion of Innovations*. Het betreft een theorie die ingaat op de verspreiding van een innovatie (een nieuw product of idee) binnen een groep. De originele theorie is overigens bedacht door de Fransman Gabriel Tarde. De theorie is met name bekend uit de marketingwereld, hoewel Rogers een socioloog was en zijn voorbeelden baseerde op *innovatieve* ideeën zoals het koken van water om ziekten te voorkomen. Centraal in de theorie staat de beschrijving van de levenscyclus van een innovatie. Rogers onderscheidt vijf stadia, waarin vijf verschillende groepen worden onderscheiden die het product of nieuwe idee accepteren (zie figuur 5.1)

Figuur 5.1 De innovatiecurve van Rogers



De vijf groepen omschrijft Rogers als volgt:

- *innovators* (2,5%) - Deze groep mensen zijn de eersten die het product willen hebben. Ze zijn op zoek naar het nieuwste van het nieuwste.
- *early adopters* (13,5%) - Net na de innovators bestaat de groep van early adopters uit mensen die ook uit zijn op nieuwe dingen. Deze fase wordt gekenmerkt door een sterke groei in de verkoop.
- *early majority* (34%) - Dit is de eerste grote groep mensen die het product gaat kopen. Het product wordt door de massa opgenomen en bereikt zijn volwassenheidsfase.
- *late majority* (34%) - Het product is volwassen, het overgrote deel van de markt is bekend met het product en koopt het. De verkopen zullen langzaam afnemen in deze fase.

- *laggards* (16%) - De laatste fase van het product. Het product gaat eigenlijk de markt uit en een laatste groep mensen koopt het product vanwege (bijvoorbeeld) een goede aanbieding. De verkopen zullen afnemen in deze fase.

Deze beschrijving volgt de verschillende groepen mensen die het product aanschaffen. Het model is ook uit te drukken in termen van volwassenheid van het product, de fasen zijn dan: introductie, groei, volwassenheid, verzadiging en teruggang. We dienen wel te bedenken dat het gaat om een vrije markt: zowel vraag als aanbod worden niet belemmerd door beperkende factoren. We gaan er vanuit dat de onderscheiden tijdvakken ongeveer even veel tijd in beslag nemen.

Er zijn verschillende innovaties in de medisch zorg voor ouderen die we kunnen beschrijven in de termen van het model van Rogers. Bijvoorbeeld de introductie van Nurse Practitioners, het EPD, bepaalde overdracht aan derden, de nieuwe praktijkvoering, bepaalde opvattingen over het vak. In de volgende paragraaf gaan we hier nader op in.

## 5.2 Toepassing van de theorie in de praktijk

We kunnen de uitkomsten van de innovatietheorie van Rogers vergelijken met gegevens over de opkomst van Nurse Practitioners en verpleegkundigen met een specifieke taakomschrijving in de medische zorg in verpleeghuizen. Dit kan dankzij het feit dat het Capaciteitsorgaan al vanaf 2000 met regelmaat een onderzoek onder de hoofden van medisch diensten in verpleeghuizen houdt waarin ook naar het voorkomen van Nurse Practitioners en verpleegkundigen met een specifieke taakomschrijving in hun organisatie gevraagd wordt.

Tabel 5.1 Het werken met NP's en verpleegkundigen met een specifieke taakomschrijving door hoofden van medisch diensten in %

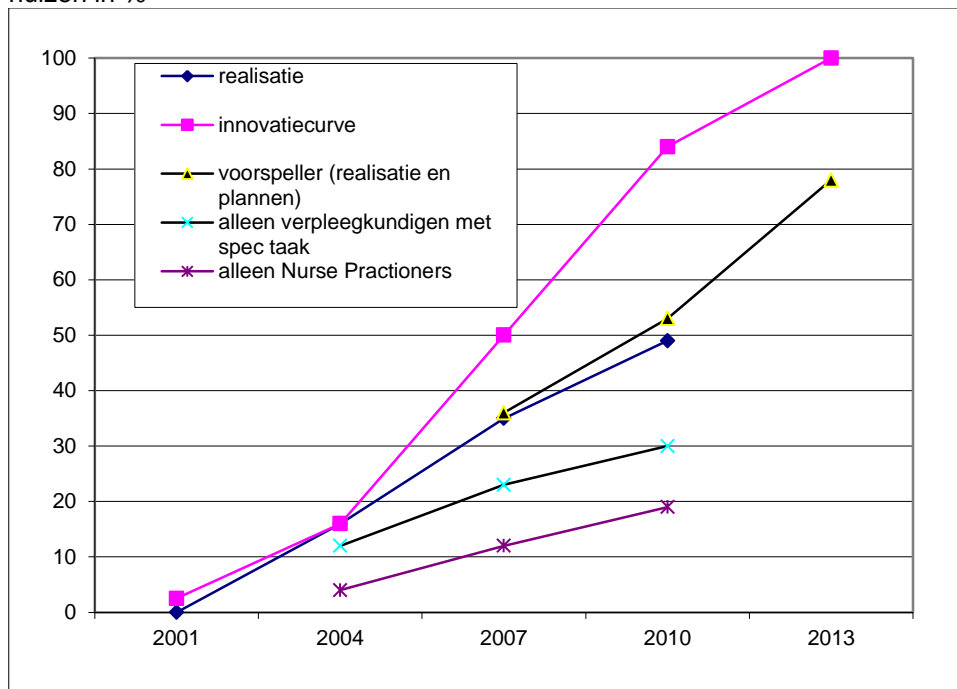
	2004	2007	2010 <sup>7</sup>
Ja, wij werken met Nurse Practitioners	4	10	17
Ja, wij werken met verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving	12	20	27
Ja, wij werken met beiden	-	5	5
Wij hebben concrete plannen om met Nurse Practitioners te gaan werken	7	5	14
Wij hebben concrete plannen om met verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving te gaan werken	13	12	9
Plannen voor beiden	-	1	6
Nee	64	46	22
Totaal	100	100	100

<sup>7</sup> In 2010 is de vraag anders gesteld dan in voorgaande jaren. Hij is in tweeën geknipt. Eerst is gevraagd naar het aantal NP's en verpleegkundige met een specifiek functieomschrijving. Daarna is alleen aan de genen die hen niet in dienst hebben gevraagd of men plannen heeft.



Voor de vergelijking met de innovatiecurve van Rogers voegen we de twee groepen verpleegkundige samen. In figuur 5.2 geeft de lijn realisatie het percentage organisaties dat één of beide soorten verpleegkundigen op een moment in dienst heeft. We zien dat de innovatiecurve op het derde meetmoment sterker gestegen is dan de lijn die de realisatie weergeeft.

Figuur 5.2 Het tempo van invoering van verpleegkundigen in het medisch domein in verpleeghuizen in %



Het tempo van invoering van verpleegkundige assistentie bij medische zorg in verpleeghuizen ligt dus lager dan de theoretische innovatiecurve. Niet zozeer liggen de tijdvakken anders als wel dat de hellingshoek geringer is.

Dat heeft waarschijnlijk te maken met bepaalde belemmeringen. De innovatietheorie is vooral van toepassing op een vrije markt waar veel vragers zijn. De belemmeringen voor de verpleeghuizen liggen voor zo ver bekend niet in wet- en regelgeving, maar mogelijk wel in het feit dat er te weinig verpleegkundigen voor handen zijn.

Ook de afzonderlijke soorten verpleegkundigen volgen de innovatiecurve niet: er treedt tussen het derde en vierde meetmoment geen versnelling in de groei op.

De beantwoording van de vraag of men over plannen tot invoering beschikt geeft wel een goede voorspelling van de feitelijke invoering drie jaar later.

Combineren we feitelijke realisatie en plannen dan is de omvang op het volgend meetmoment goed te voorspellen. Volgen we deze combinatie dan zal in 2013 80% van de verpleeghuizen met verpleegkundigen in de medische zorg werken.

### **5.3 Samenvatting en conclusies**

Het Capaciteitsorgaan moet voor de planning niet alleen aannames doen over de omvang van veranderingen, maar ook het tempo waarin zij zich voltrekken. In dit hoofdstuk hebben we historische veranderingen in de behandelpraktijk van specialisten ouderengeneeskunde (het meer werken met verpleegkundigen in het medisch domein) gelegd naast de theorie over innovaties (van Rogers). Die theorie gaat uit van een vrije markt met veel vragers en een ruim aanbod. De behandelpraktijk in verpleeghuizen voldoet hier niet helemaal aan. Het tempo van innovatie ligt dan ook lager dan theoretisch verwacht mag worden. Vooral nog geven verwachtingen van de respondenten zelf een betere indicatie.

## 6. Nieuwe praktijkvoering en consequenties voor de beroepskrachtenplanning

In de individuele zorginstellingen die in dit onderzoek betrokken zijn lijkt een relatie tussen efficiency in het werk en het aantal patiënten dat een SO van medische zorg voorziet te ontbreken. Dat wil echter nog niet zeggen dat er macro gezien geen verband is. Het komt er op neer dat er op het microniveau van een zorginstelling veel interveniërende factoren zijn die het empirisch vastleggen van een direct verband moeilijk maken. Het feitelijk aantal werkzame SO's in een zorginstelling komt in de praktijk tot stand onder invloed van een groot aantal factoren (de belangrijkste, niet uitputtend):

- De historie
- Het budget en de onderhandelingsvaardigheid van de medici
- De arbeidsmarkt

De belangrijkste factoren zijn dus zaken die relatief los staan van het werkproces.

Daarbij komt dat de feitelijk aangetroffen samenstelling en omvang van een personeelsbestand (de formatie SO) is de resultante van beslissingen die al in een ver verleden genomen kunnen zijn. Gezien de inertie op de arbeidsmarkt en het arbeidsmarktgedrag van mensen verlopen aanpassingsprocessen vervolgens (zeer) langzaam en vergen dus vaak veel tijd. Dit geldt vaak nog sterker voor kleinere organisaties dan voor grote.

De medische staf in een verpleeghuissetting is doorgaans betrekkelijk klein van omvang. Bij grotere organisaties, of beter gezegd bij een grotere schaal van de organisatie van de medische zorg, kunnen aanpassingsprocessen sneller verlopen door het anders verdelen van werk over de verschillende betrokkenen. Gegeven de omvang van het aantal SO's in een organisatie regelt men binnen die situatie dan de werkzaamheden zo goed mogelijk in. Deze flexibiliteit om zaken anders te organiseren zien we ook terug in de reactie op de schommelingen in de tekortcijfers bij specialisten ouderengeneeskunde in de loop der tijd. Het opvangen van een fluctuatie van 8% in 2007 naar 15% in 2010 is opmerkelijk. Bij gebrek aan artsen zijn er steeds meer zorginstellingen die verpleegkundigen aan gaan trekken. Hoever men daar mee kan gaan is natuurlijk wel de vraag. Er blijven altijd werkzaamheden die alleen door een arts uitgevoerd kunnen en mogen worden.

Met de toegenomen grootte van de organisatorische eenheden waarbinnen de medische zorg geregeld wordt zullen naar verwachting de verschillen in inzet tussen de organisaties afnemen en de invloed van de budgetomvang op grond van het aantal ZZP's toenemen. Overigens kunnen daarbinnen grote marges blijven bestaan.

### 6.1 Welke mogelijkheden zijn er nu om efficiënter te gaan werken?

De respondenten van ons onderzoek verwachten gemiddeld dat er zo'n 8% aan FTE winst te boeken is voor de huidige inzet van SO's. Wanneer dit de komende tien jaar zijn beslag vindt, dus een verandering van 0,8% per jaar, komt ditt aardig overeen met de bovengrens van de efficiencyfactor uit het meest recente Capaciteitsplan 2010 die op tussen de 0,5% en 0,7% per jaar werd geraamd.

Een andere benadering is de volgende. Hoeveel SO's zijn er nodig bij de nieuwe behandelpraktijk (bv. zoals het model van Gerimedica)? Hierbij kan gekeken worden hoeveel SO's er macro nodig zijn wanneer alle organisaties op deze manier gaan werken.

We hebben daartoe de volgende rekenexercitie uitgevoerd. Er waren in 2010 76.205 verpleeghuisbedden. Uit ons onderzoek onder 50 instellingen weten we hoe de verhouding tussen somatiek, pg, revalidatie en overig voornamelijk palliatief, is. Verder weten we het aantal FTE van SO's in 2010 (zie Tabel 3.1) en dat 13% van deze FTE's buiten de intramurale verpleeghuismuren werkzaam is. Dat kan zowel een verzorgingshuissetting als daarbuiten bv. in samenwerking met huisarts zijn. Dat betekent dus dat 974 FTE in 2010 aan de intramurale medisch zorg toe te schrijven is aan SO's.

Passen we de normen van het COTG toe op het beddenbestand van 2010 dan zouden er 833 SO's nodig zijn. Nemen we de normen van het Gerimedica model dan zou een nog geringer aantal nodig zijn. Voor het huidige patiëntenbestand zouden er volgens het Gerimedica model 784 FTE nodig zijn.

Op dit moment (2010/2011) bedient 1 FTE SO 78 patiënten. We houden hierbij geen rekening met SO's in opleiding en basisartsen die mee werken. Zou men volgens de COTG norm van indertijd werken dan zou de verhouding 1 op 91 zijn. Toepassing van het Gerimedica model zou een verhouding van 1 op 97 betekenen. De praktijk leert dat dergelijke verhoudingen op dit moment ook reëel kunnen zijn. Twee van de elf onderzochte instellingen kennen zo'n soort verhouding (verpleeghuis A en B uit hoofdstuk 4)<sup>8</sup>.

Tabel 6.1 Aantal bedden, normen, benodigde SO's en caselaad per SO

	<b>Feitelijk 2010/2011</b>	<b>COTG</b>	<b>Gerimedica</b>
Somatische bedden	20345	1 op 100	1 op 111
Psychogeriatrische bedden	41381	100	133
Revalidatiebedden	7393	67	50
overig w.o. palliatieve	7081	67	50
Totaal aantal bedden	76205		
aantal SO's (FTE)	1120		
- 13% buiten verpleeghuis	-146		
aantal SO's intramuraal (FTE)	974	833	784
1FTE SO bedient x patiënten	78	91	97
% extra behandelde patiënten		17	24

## 6.2 Slotbeschouwing

Tot welke parameterwaarden voor de factor werkproces in het model van het Capaciteitsorgaan leidt dit?

De toekomst is uiteraard lastig te voorspellen. Dat geldt zeker wanneer het om dit soort complexe veranderingsprocessen gaat. Er zijn heel veel factoren die hun invloed kunnen doen gelden. Daarom is het goed om met bandbreedtes te werken. Het is dan aan de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde om de factoren die verder een rol spelen mee te wegen en tot een uiteindelijke keuze te komen. De functie van deze rapportage is dat er bouwstenen voor een beslissing aangedragen worden.

In welke mate zouden SO's efficiënter kunnen werken en hoeveel SO's zijn er dan minder nodig? De bandbreedte die uit deze rapportage naar voren komt loopt van 8% wat de res-

<sup>8</sup> Dit geldt te meer wanneer we ook rekening houden met de daar werkzame SO's in opleiding en basisartsen.

pondenten uit de medische dienst van elf zorginstellingen als een gemiddelde aangaven tot 24% wanneer alle zorginstellingen gaan werken volgens het door Verenso en SOON gepropageerde behandelpraktijk nieuwe stijl.

Ook het tempo waarin veranderingsprocessen zich voltrekken laat zich moeilijk voorspellen. Uit onze tijdreeksanalyse komt naar voren dat een periode van 10-15 jaar (naar analogie van de komst van verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen met een specifieke taak) voor de hand.

Al met al komen we dan tot een bandbreedte van 0,5-2% per jaar in de komende 10 jaar.

Bij het komen tot een definitieve keuze is het goed om de volgende aspecten mee te laten wegen:

- Hoe groot is de bereidheid te veranderen: dit geldt zowel van de kant van de SO als van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Het aanbod van praktijkverpleegkundige, Nurse Practitioners, doktersassistenten en medisch secretaressen bepaalt in welk tempo SO's extra ondersteuning kunnen krijgen.
- In welke mate stelt het management middelen ter ondersteuning beschikbaar en stimuleert men andere werkwijzen bv. elektronisch patiëntendossier en beheersing van het medisch proces.

De ontwikkeling van de feitelijke capaciteit; het achterblijven van aanbod vanuit de opleiding zal het veranderingsproces versnellen. Een aantal verpleeghuizen en specialisten ouderengeneeskunde is al bezig, onder druk van de omstandigheden, de zorg anders te organiseren en het werk van de dokters aantrekkelijker te maken.

Naast het effect van een betere ondersteuning op de doelmatigheid van de SO, wordt extra efficiencywinst verwacht door een andere positionering van de SO (Hoek en Roos, 2011), lossen van het zorgbedrijf. Deze andere positionering van de behandel dienst, waarbij de SO minder direct verbonden is aan specifieke afdelingen, maar meer werkt vanuit die behandel dienst, zal leiden tot een professioneler werkklimaat. Hierbij worden heldere afspraken gemaakt tussen de zorgorganisatie en de behandel dienst (DVO: Dienstverleningsovereenkomst of Service Level Agreement), wat leidt tot een verdere impuls bij het efficiënter maken van het werkproces van de SO.

Tenslotte willen wij wijzen op het grote belang om met regelmaat bij verpleeghuizen te inventariseren hoeveel personen met welke kwalificaties zich met de medische zorg aan patiënten bezighouden en binnen welke setting dit gebeurt (stadium van behandelpraktijk, positionering van de behandel dienst/medische dienst). Het onderzoek dat in 2001 als een eenvoudig onderzoek naar vacatures gestart is blijkt met zijn driejaarlijkse herhaling een belangrijk instrument om zowel kwantitatief als kwalitatief de ontwikkelingen wat betreft bemensing van de medische zorg in verpleeghuizen in kaart te brengen. Bovendien levert het, bij deelname, aan het management van de medische zorg in verpleeghuizen nuttig vergelijkingsmateriaal. Het houden van een onderzoek begin 2013 maakt het mogelijk om deze trends te blijven volgen en dus te monitoren zoals in paragraaf 2.2. is voorgesteld.



## Literatuur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rogers, Everett M. (1983). *Diffusion of Innovations*. Free Press New York.

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

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





# Bijlage 1 Schets van de onderzochte huizen

## Medische dienst Verpleeghuis C

### Achtergrond en historie

Organisatie die wonen hoog in het vaandel had. Er zijn 4 regionale (behandel) managers, die behandelteams aansturen.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	96
PG	224
Revalidatie	32
Palliatief	2
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	35
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	4,1
AIO SO	
Overige artsen	
NP/PA	
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	1
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	2,5
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	0,2
overig extramuraal	
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>91</b>

### Behandelteam en ondersteuning

De artsen worden ondersteund door twee medisch secretaressen.

Het aandeel goede verpleegkundige/verzorgende analyses is relatief laag (25% tot 50%).

Alle hoop is gevestigd op een stevig bijscholingsprogramma

Triage vindt meestal plaats via niveau 3.

Gespecialiseerde verpleegkundigen worden pas sinds kort ingezet

## Medische dienst Verpleeghuis D

### Achtergrond en historie

Verpleeghuis D is een relatief kleine organisatie in een gebied met een aantal grote spelers. Het bestaat uit een grotere locatie en een aantal (hele) kleine.

De nadruk in de organisatie ligt op 'wonen'.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	32
PG	146
Revalidatie	
Palliatief	24
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	14
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	1,67
AIO SO	0,39
Overige artsen	1
NP/PA	
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	0,25
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	2,5
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
Verzorgingshuisbewoners	0,25
overig extramuraal	0,15
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>91</b>

### Behandelteam en ondersteuning

Triage gebeurt door verpleegkundige etageleiders. Wondverpleging ligt bij een gespecialiseerde verpleegkundige. Er is weinig administratieve ondersteuning. Het aandeel goede vpk/vz analyses bedraagt 50%. Er zijn relatief veel psychologen.

Voor het kanaliseren van tussendoorvragen wil men spreekuren gaan inzetten.

## Medische dienst Verpleeghuis E

### Achtergrond en historie

De organisatie bestaat uit 5 verpleeghuizen plus aantal verzorgingshuizen in Randstedelijk gebied. Er wordt een relatief groot gebied bestreken. Er is relatief veel revalidatie.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	218
PG	518
Revalidatie	169
Palliatief	7
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	60
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	13,89
AIO SO	1
Overige artsen	1,78
NP/PA	
NP in opleiding	1,5
FTE verpleegk.	
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	11,7
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	2,9
overig extramuraal	0,5
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>83</b>

### Behandelteam en ondersteuning

De artsengroep bestaat uit SO's, SOIO's en AGNIO's. Personeelsproblemen worden voorkomen doordat het een opleidingshuis is. De artsen worden ondersteund door medische secretariaat en doktersassistenten.

Er zijn twee NP's in opleiding.

Grote locaties hebben een dagverpleegkundige voor katheterisatie e.d. Binnenkort wordt gestart met een ambulante team. Diabetes doet SO zelf. Mondzorg gebeurt door assistenten

Het nivo van de verzorgenden wordt ingeschat als te laag. Aan de oproepen voor de verpleeghuisarts liggen in 25-50% een goede analyse ten grondslag

## Medische dienst Verpleeghuis F

### Achtergrond en historie

Platte organisatie die vanuit acht zorgcentra en talloze kleinschalige woningen in de wijk of het dorp zorg biedt aan mensen met dementie of lichamelijke beperkingen. Er zijn veel kleinschalige voorzieningen. Er is een centraal bureau met services. De beleidsvisie wordt gekenmerkt door zorg dicht bij huis en dicht bij mensen.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	94
PG	156
Revalidatie	26
Palliatief	7
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	17
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	0,89
AIO SO	
Overige artsen	1,335
NP/PA	0,89
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	0,025
overig extramuraal	
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>83</b>

### Behandelteam en ondersteuning

Vacatures staan tijden open, men werkt nu met 2 huisartsen, PA (revalidatie en niet-complexe PG onder supervisie arts en psycholoog) en NP.

Verpleging doet wondzorg; diabetes. Verder verpleegkundigen als teamleiders en ANW Tandarts voor 2 dagdelen; idem mondhygiëniste. Beiden zijn ingehuurd.

Elk team heeft verpleegkundige(n) die BIG-geregistreerd is.

Zijn bezig om ondersteuning door medisch secretariaat op te zetten. Doktersassistente, kan ook kleine verrichtingen doen. Probleem is DA haast niet binnen te krijgen.

Er zijn voor hele gebied nu 2 waarneemgroepen ANW teams. Bestaan uit SO, basisartsen, GGZ-artsen enz.

## Medische dienst Verpleeghuis G

### Achtergrond en historie

Relatief grote organisatie waarbij verpleeghuiszorg is georganiseerd in rayons. Achtergrond is vanuit de ggz en de cure.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	0
PG	266
Revalidatie	27
Palliatief	11
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	0
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	4,5
AIO SO	
Overige artsen	
NP/PA	
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	1,7
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	0,2
overig extramuraal	
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>80</b>

### Behandelteam en ondersteuning

De SO's bedienen ook bewoners van een andere zorgaanbieder.

Er is een verpleegkundige (diabetes en wondzorg, gaat ook COPD doen, mondzorg door ingehuurd externen). Er is ondersteuning door een medisch secretariaat.

Aan de oproepen voor de verpleeghuisarts liggen in 50-75% een goed analyse ten grondslag. Plannen van E om verzorgden verder te scholen. Vak is toch behoorlijk veranderd: Overdag triage door verzorgenden/verpleegkundigen; avond/nacht (verpleegkundige) Artsen doen mee aan groot vervang systeem (ruim 20 artsen) verpleeghuizen en gehandicaptenzorg waardoor weinig avond/weekenddiensten. Rayon is groot in geval van calamiteiten en te grote afstand samenwerking met ambulancediensten

## Medische dienst Verpleeghuis H

### Achtergrond en historie

Deze grote organisatie bestaat uit drie regio's in grootstedelijk gebied in de Randstad. De medische dienst is regionaal georganiseerd (behalve tav de diensten).

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	130
PG	176
Revalidatie	44
Palliatief	10
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	57
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	5,2
AIO SO	
Overige artsen	1
NP/PA	
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	2,54
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	2,5
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	0,3
overig extramuraal	0,3
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>71</b>

### Behandelteam en ondersteuning

Er zijn relatief veel doktersassistenten ter ondersteuning van de artsen. Daarnaast zijn er kwaliteitsmedewerkers die ondersteunen bij commissies e.d. .

De structuur met doktersassistenten en praktijkverpleegkundigen werkt goed.

Bij de palliatieve zorg en revalidatie zijn verpleegkundigen ingeroosterd.

Opleiding V&V kan beter, veel wordt opgevangen door de praktijkverpleegkundige, dus komt niet ten laste van SO.

## Medische dienst Verpleeghuis I

### Achtergrond en historie

De organisatie bestaat uit twee verpleeghuizen met een aantal verzorgingshuizen en thuiszorg in een vrij beperkt werkgebied. De organisatie vindt de gespecialiseerde zorg belangrijk.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	294
PG	384
Revalidatie	48
Palliatief	
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	77
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	11,4
AIO SO	2
Overige artsen	
NP	
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	1,68
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	0,1
overig extramuraal	2,2
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>69</b>

### Behandelteam en ondersteuning

De artsen worden ondersteund door twee medisch secretaresses op de hoofdlocaties.

Daarnaast is men afgelopen jaar gestart met doktersassistenten.

Triage vindt doorgaans plaats door ingeroosterde teamleider of een triageverpleegkundige.

Bij complexe verpleegtechnische zorg kan een specialistische vpk worden ingezet (1,68fte)

VPK en VZ zijn goed opgeleid om de verpleegtechnische handelingen uit te voeren

Zij werken voor de 24 uurszorg met ANW-hoofden, overdag met verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving

## Medische dienst Verpleeghuis J

### Achtergrond en historie

Deze organisatie bestaat uit een groot aantal verpleeg- en verzorgingshuizen in Randstedelijk gebied, waarbij de zorg vaak kleinschalig is georganiseerd. Vacatures voor een SO zijn moeilijk in te vullen.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	40
PG	368
Revalidatie	52
Palliatief	
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	18
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	4,6
AIO SO	0,8
Overige artsen	1,6
NP	3
NP in opleiding	1,3
FTE verpleegk.	
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	2,8
<b>Waarvan: SO-extramuraal (in fte)</b>	
verzorgingshuisbewoners	0,2
overig extramuraal	
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>64</b>

### Behandelteam en ondersteuning

NP's en basisartsen om de medische zorg 'rond' te krijgen.

Er is beperkte ondersteuning door een medisch secretariaat en praktijkondersteuner.

Met een plaatselijke aanbieder van specialistische verpleegkundige worden SLA's afgesloten voor de verpleegkundige zorg.

Kwaliteit van verzorgende is te laag, er zijn relatief veel helpenden.



## Medische dienst Verpleeghuis K

### Achtergrond en historie

Verpleeghuis K is een regionaal werkend verpleeghuis met een beperkt aantal verzorgingshuizen. Alle 7 locaties bevinden zich binnen de gemeente. Zij richten zich bij revalidatie alleen op herstelzorg (ZZP9b).

Verpleeghuis J is relatief actief buiten de muren. Zij hebben projecten rondom de ondersteuning van huisartsen bij ouderen in de wijk. Verder heeft men een valpoli.

<b>Bedden</b>	
Somatische cliënten	125
PG	75
Revalidatie	10
Palliatief	12
Overig	
Dagbehandelingsplaatsen	50
<b>Medische formatie (in fte's)</b>	
SO	4,3
AIO SO	0,7
Overige artsen	1
NP	1
NP in opleiding	
FTE verpleegk.	
FTE verpleegk. (i.o)	
FTE psychologen	1,8
<b>Waarvan: SO-inzet extramuraal</b>	
verzorgingshuisbewoners	1,2
overig extramuraal	0,6
<b>Ratio cliënten gewogen</b>	<b>60</b>

### Behandelteam en ondersteuning

De NP is essentieel schakel tussen de verzorging en de artsen

Men heeft verpleegkundigen voor triage. Dat werkt goed.

Hetzelfde geldt voor diabetes en wondzorg. Hiervoor heeft men een speciale verpleegkundige. Mondzorg mondhygiënist en tandarts worden ingezet voor een halve dag per week.

Er is ondersteuning door medisch secretariaat en een praktijkondersteuner.

Psychologen zijn van groot belang ( screening dementie, revalidatie (leervermogen), depressies en trauma).