



PRISMANT

**Werkcontext en tijdsbesteding van de Specialist
Ouderengeneeskunde
Herhaalmeting 2018**

Samenvatting

Onderzoek voor het Capaciteitsorgaan

Ineke Bloemendaal
Brenda van de Leemkolk
Esther Noordzij

juni 2019



SAMENVATTING

Doel en opzet van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de medische zorg in verpleeghuizen en het werkproces van de specialist ouderengeneeskunde. Het levert bouwstenen op voor het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan, op basis waarvan zij het Ministerie adviseert over de benodigde opleidingscapaciteit voor specialisten ouderengeneeskunde (SO).

Het onderzoek bestaat uit twee parallel uitgevoerde deelonderzoeken. Eén onderzoek is uitgevoerd bij verpleeghuizen en is gericht op de werkcontext en organisatie van de medische zorg door de SO en aanverwante disciplines. Het gaat hier om een herhaling van onderzoek uit 2013¹. Daarnaast is er tijdbestedingsonderzoek uitgevoerd bij de SO, een herhaalde meting van onderzoek uit 2009².

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

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

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

Kenmerken van de verpleeghuizen: werkcontext van de SO

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

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

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

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



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

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

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

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

Uit onderzoek door Radboudumc et al. (2018)³ komt naar voren dat de zorgzwaarte van ouderen die verblijven in een verpleeghuis toeneemt en hun verblijfsduur afneemt. Oorzaak hiervan, zo stellen deze onderzoekers, is dat alleen de cliënten met meer complexe problematiek in het verpleeghuis terecht komen: van 2010 tot 2016 is het aantal cliënten dat zware zorg nodig had (zorgzwaartepakket 5-10) gestegen van 50% naar bijna 70%, in 2013 verbleven bewoners nog 485 dagen in een verpleeghuis (Actiz, 2016)⁴, nu is dit minder dan een jaar (Tukkers, 2017)⁵. Vanuit de branche komen signalen naar voren die dit ondersteunen. Een analyse van Zorginstituut Nederland (2018) op basis van de declaratiegegevens voor AWBZ en WLZ over 2013-2016 liet deze ontwikkeling (nog) niet zien, maar toonde aan dat er een relatieve afname is van het aandeel cliënten met de zwaardere zorgprofielen 7 en 8⁶.

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

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

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

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

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

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

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



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

Medische bezetting, ondersteuning en vacatures

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

Het aandeel SO (in fte's) in de totale artsenformatie is afgenomen. Deze ontwikkeling zien we al vanaf 2007 en gaat samen met een toename van het aandeel overige artsen. Sinds 2013 is het aandeel SO afgenomen van 72% naar 66%, en het aandeel overige artsen toegenomen van 21% naar 25%. Dit komt vooral door een toename van het aandeel basisartsen en in mindere mate van het aandeel huisartsen. Het aandeel aios O is sinds 2013 gestegen van 7% naar 9%.

Waarschijnlijke oorzaak van de doorlopende afname in SO is het structurele tekort aan SO, waardoor noodgedwongen meer substitutie plaats vindt. In de periode tussen 2013 en 2018 is het aandeel SO minder afgenomen dan in de periode daarvoor. Van 7,4% in 3 jaren in de periode 2010-2013 naar 6,5% in de 5 jaren van 2013 naar 2018.

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

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

Anno 2018 is ongeveer 363 fte VS actief vanuit de behandeldiensten van verpleeghuizen, waarvan 295 fte geregistreerde VS en 68 fte in opleiding, ten opzichte van 2013 een groei van 87%.

Voorlopig resultaat uit een onderzoek onder VS dat eind 2018 is uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan komt in vergelijking met de geregistreerde VS op een iets hoger aantal uit met



339 fte VS werkzaam in de verpleeghuiszorg⁷. Mogelijk zijn er in de verpleeghuizen ook VS actief die geen onderdeel uitmaken van de behandeldienst.

De groei bij de verpleegkundigen s.f. is vergelijkbaar, met 83% naar 287 fte. Het aantal VS en verpleegkundigen s.f. in opleiding lijkt zich te stabiliseren. Dit betekent dat de sterke stijging tussen 2010 en 2018 waarschijnlijk in de komende jaren zal afvlakken. Inzet van de physician assistant (PA) is anno 2018 vrij beperkt (36 fte, waarvan 25 fte geregistreerde PA en 11 fte in opleiding). Deze aantallen zijn nagenoeg gelijk aan de aantallen in 2013. Uit de voorlopige resultaten van het onderzoek onder PA's blijkt dat er per 1 januari 2019 iets meer fte PA werkzaam zijn in de verpleeghuizen, namelijk 27 fte PA⁸.

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

Aan zowel de respondenten uit de verpleeghuizen als de SO is gevraagd in welke mate de SO ondersteund worden door het medisch secretariaat, doktersassistenten of praktijkondersteuners (niet-verpleegkundigen). Deze ondersteuning lijkt sinds 2013 iets te zijn afgenomen. Het aandeel verpleeghuizen dat aangeeft te beschikken over deze ondersteuners is gedaald van 89% naar 81%. Landelijk gaat het in totaal om 11,3 uren ondersteuning per fte SO. Daarbij is de ondersteuning per fte SO door medisch secretariaat licht toegenomen (van 7,8 naar 8,1 uur) en die door doktersassistenten licht afgenomen (van 2,9 naar 2,7 uur). De resultaten vanuit de verpleeghuizen kunnen niet een op een vergeleken worden met het tijdsbestedingsonderzoek bij SO⁹, omdat er bij het tijdsbestedingsonderzoek meerdere SO hebben deelgenomen per organisatie. Voor 2018 zien we echter wel vergelijkbare resultaten bij de SO en bij de organisaties.

Samenstelling van de behandeldienst

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

Hoewel al deze beroepsgroepen van belang zijn voor goede zorg en deel uitmaken van de werkcontext van de SO, richten we ons in dit onderzoek op de professionals die vanuit de behandeldienst een rol hebben bij de medische zorgverlening door de SO, zoals blijkt uit eerder onderzoek¹⁰:

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

⁷ Velde, F. van der, 2019. In voorbereiding.

⁸ Velde, F. van der, 2019. In voorbereiding.

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

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



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

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

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

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

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

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

De meeste behandeldiensten hebben anno 2018 uitsluitend VS in dienst (31%), gevolgd door de combinatie van VS en verpleegkundigen s.f. (18%) en uitsluitend verpleegkundigen s.f. (14%).

Wanneer we de percentages optellen per type professional, werkt in 2018 56% van de verpleeghuizen met de VS, 39% met de verpleegkundige s.f. en 13% met de PA.

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

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

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



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

Extramurale behandelzorg door de SO

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

De verwachting is al enkele jaren dat de behoefte aan extramurale zorg door de SO toeneemt. Vanwege de afbouw van de verzorgingshuizen blijven ouderen langer thuis wonen, waardoor zij, ook bij complexe problemen, langer zijn aangewezen op medische zorg door huisartsen, die hier niet altijd voor zijn toegerust. Verschillende programma's vanuit de overheid grijpen hierop aan, zoals het programma 'Langer Thuis'¹³ waarin het belang van de inzet van de SO in de eerste lijn wordt onderstreept en de recente aandacht voor de medische zorg in kleinschalige woonvormen¹⁴ waarbij vanuit het ministerie voor VWS wordt aangegeven dat ook deze patiënten onder het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vallen.

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

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

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

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

¹² NZa beschikking over de subsidieregeling extramurale behandeling.

¹³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Programma Langer Thuis.

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

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



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

Caseload

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

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

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

Doelmatigheid

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



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

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

Het arbeidsverband van de SO

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

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

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

Tijdsbesteding van de SO

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

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

¹⁵ Van den Berg en Jettinghoff. Werkgeversenquête 2018, AZW 2018.



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

Hoewel SO verwachten dat de tijdsbesteding aan BOPZ-taken gelijk zal blijven, plaatst de Kamer SO hierbij een kanttekening. Zij verwachten mogelijk een toename van BOPZ-taken bij de invoering van de wet Zorg en Dwang (Wzd), als gevolg van nog bestaande onzekerheden over de uitvoerbaarheid van de Wzd in de thuissituatie, waaronder het toezicht op vrijheidsbeperking in de thuissituatie en de rol die de Wzd-arts daarbij zal hebben¹⁶.

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

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

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

