

# **EINDRAPPORT**

## **REGIONALE ARBEIDSMARKT OUDERENZORG**

*Optimaal benutten van expertise en capaciteit specialisten  
ouderengeneeskunde in Zorgregio Nijmegen*

Nijmegen,  
15 mei 2020

Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening  
HAN University of Applied Sciences

Helene Rompen  
Marleen Lovink  
Anneke van Vught  
Miranda Laurant

## Colofon

### *Uitgevoerd door:*

HAN University of Applied Sciences, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening  
Helene Rompen, Marleen Lovink, Anneke van Vught, Miranda Laurant

### *Contact:*

Lectoraat.ozd@han.nl

### *Opdrachtgever:*

Bestuurders V&V organisaties Zorgregio Nijmegen

### *Projectleider:*

Martine Heerkens, namens V&V organisaties Zorgregio Nijmegen



### *Financier:*

Zorgkantoor Nijmegen

### *Copyright:*

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan rijkelijk worden geciteerd, mits met bronvermelding. Dit rapport als volgt citeren: Rompen, H., Lovink, M., van Vught, A., en Laurant, M. (2020). Eindrapport Regionale Arbeidsmarkt Ouderenzorg. Optimaal benutten van expertise en capaciteit specialisten ouderengeneeskunde in Zorgregio Nijmegen. Nijmegen: HAN University of Applied Sciences

### *Disclaimer*

De opdracht van het onderzoek is door bestuurders van de V&V organisaties Zorgregio Nijmegen gegeven aan het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening van de HAN University of Applied Sciences te Nijmegen. De inhoud van dit onderzoeksrapport representeert daarmee niet noodzakelijkerwijs de standpunten van de afzonderlijke V&V organisaties en of de Stuurgroep van dit onderzoek. De rechten op de inhoud ligt bij de auteurs die het onderzoek hebben uitgevoerd.

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>VOORWOORD .....</b>	<b>4</b>
<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>5</b>
<b>1 INLEIDING .....</b>	<b>13</b>
<b>2 RESULTATEN .....</b>	<b>16</b>
<b>3 AANBEVELINGEN .....</b>	<b>31</b>
<b>4 SCENARIO'S EN EEN AANZET TOT IMPLEMENTATIE.....</b>	<b>35</b>
<b>5 DANKWOORD .....</b>	<b>50</b>
<b>6 REFERENTIES .....</b>	<b>51</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>54</b>

## VOORWOORD

Zowel landelijk, regionaal als in eigen vakgroepen van de V&V organisaties in de Zorgregio Nijmegen speelt het vraagstuk over hoe om te gaan met het verschil tussen de vraag naar de expertise van de SO en de beschikbare capaciteit. Naar verwachting zal dit verschil in de toekomst toenemen door een sterkere groei van de vraag ten opzichte van de aantallen SO's. Om de continuïteit van zorg en behandeling in de regio te waarborgen hebben de bestuurders uit de zorgregio Nijmegen het initiatief genomen om in gezamenlijkheid te zoeken naar duurzame oplossingen. In dit kader heeft de HAN in 2019 regionale knelpunten, ideeën en oplossingsrichtingen in beeld gebracht die bijdragen aan het optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit en expertise van SO's. In onderhavig onderzoeksrapport zijn de bevindingen opgetekend.

Wat niet in het rapport staat maar wel genoemd moet worden, is de samenwerking die gedurende het onderzoeksproces is ontstaan tussen de bestuurlijke V&V tafel en de ROSON (de regiovakgroep van specialisten ouderengeneeskunde in de zorgregio Nijmegen). Als inhoudelijk expert hebben zij gevraagd en ongevraagd vakoverstijgend geadviseerd over de focus en koers van dit regioproject.

Wij zijn overtuigd van de meeropbrengst die ontstaat door de regionale aanpak van het vraagstuk hoe expertise van SO's optimaal te benutten. Maar ook van een open samenwerking tussen vakinhoudelijke en bestuurlijke verantwoordelijken. Het onderzoeksrapport van de HAN biedt duidelijke aanknopingspunten die wij graag in 2020 - 2021 in gezamenlijkheid verder uitwerken.

De *stuurgroep* van dit regioproject

*Wil Janssen (ZZG Zorggroep) | Bert van Lingen (Zorggroep Maas en Waal) | Margje Lubbers (OBG) | Vicky van der Waaij (ROSON lid) | Jean-Pierre van der Borgh (ROSON lid) | Miranda de Valk (ROSON voorzitter)*

## **SAMENVATTING**

### **Achtergrond**

De ouderenzorg is aan verandering onderhevig. Mensen worden steeds ouder en blijven langer thuis wonen. Hierdoor neemt de zorgvraag toe en krijgt de eerstelijnszorg steeds meer te maken met ouderen met een complexe hulpvraag. In de Zorgregio Nijmegen waar de gemeenten West Maas en Waal, Druten, Wijchen, Beuningen, Nijmegen, Heumen en Berg en Dal onder vallen, signaleren de V&V organisaties steeds vaker een dreigend tekort aan specialisten ouderengeneeskunde (SO's) om goede kwaliteit en continuïteit van zorg te kunnen leveren. Vanuit deze organisaties is de vraag ontstaan naar mogelijke oplossingsrichtingen voor dit probleem.

### **Doelstelling**

Voorliggend onderzoek heeft tot doel om scenario's te schetsen die kunnen bijdragen aan het ontlasten van SO's zodat zij hun expertise optimaal kunnen inzetten in de medische 24-uurs behandeling van ouderen, zowel semi-/intramuraal als extramuraal, waarmee de kwaliteit en continuïteit van de ouderenzorg in de regio (in de toekomst) wordt geborgd.

### **Methode**

Er is gestart met een desk research waarbij gekeken is naar de landelijke ontwikkelingen en regionale beleidsstukken die te maken hebben met dit onderwerp. Daarnaast is informatie verzameld over de huidige capaciteit SO's in de regio en de (toekomstige) vraag naar SO's op basis van verschillende (big) databronnen. Aanvullend zijn er (focusgroep)interviews afgenomen bij stakeholders (n=16), observaties uitgevoerd naar de inzet van een SO in de huisartsenpraktijk (n=1; betrokken professionals n=5), en een tijdregistratie door 5 SO's in verschillende V&V organisaties (in totaal 9 dagen) om taken en tijd in kaart te brengen. Tevens zijn er diverse werkbijeenkomsten met bestuurders en SO's georganiseerd. De verzamelde gegevens zijn integraal geanalyseerd en hebben geresulteerd in een aantal conclusies, aanbevelingen en vier uitgewerkte scenario's voor de regio.

### **Resultaten/Conclusie**

Op basis van voorgenoemde dataverzameling en integrale analyse zijn de volgende thema's naar voren gekomen. De thema's beschrijven de huidige stand van zaken, de knelpunten die worden ervaren en oplossingsrichtingen die door respondenten van het onderzoek zijn genoemd.

#### *Ervaren werkdruk en dreigend tekort aan SO's*

De huidige capaciteit van SO's in de regio is toereikend om semi-/intramuraal medisch zorg te verlenen, maar staat onder druk door (langdurige) ziekte, avond, nacht en weekend (ANW) diensten en inzet van SO's in de eerstelijns (i.e. extramuralisering). Door uitstroom van SO's, vanwege pensioengerechtigde leeftijd, zal het tekort aan SO's de komende jaren in de regio sterk toenemen. De verwachting is dat dit tekort onvoldoende kan worden aangevuld met instroom uit de opleiding tot SO. Een meerderheid van de SO's ervaart een hoge werkdruk, onder meer door het uitvoeren van 'oneigenlijke'

(verzorgende/verpleegkundige én administratieve) taken en een inefficiënte werkwijze door inzet op verschillende locaties. Om in de toekomst hoog complexe zorgvragen semi-/intramuraal en extramuraal op te vangen is uitbreiding van medische capaciteit wenselijk. Het is niet haalbaar om de medische zorg met SO's in te vullen, gezien de geringe instroom van nieuwe SO's. Er zullen hiervoor andere maatregelen getroffen moeten worden. De voorgestelde scenario's zullen in de regio verder verkend en geïmplementeerd moeten worden.

### *Regionale visie ouderenzorg*

In het licht van populatie gezondheidsmanagement zou in de regio meer aandacht moeten komen voor de samenwerking tussen professionals die betrokken zijn bij de semi-/intramurale en extramurale (medische) zorg. Dit betekent naast samenwerking tussen SO's en huisartsen, ook samenwerking met onder meer de (klinisch) geriater en de wijkzorg. In de gezamenlijke regionale visie zou de oudere, en niet de indicatie, centraal moeten staan. Het gaat daarbij om het welbevinden van de oudere en diens naasten, ofwel de persoonlijke waarden en levensdoelen van de oudere centraal te stellen. De verwachting is dat dit resulteert in een meer passende persoonsgerichte zorg en behandeling van de kwetsbare oudere, zowel extramuraal als semi-/intramuraal. Het draagt ook bij aan cliënt-volgend werken, waarbij het tijdig anticiperen op veranderende situaties mogelijk is. De verwachting is dat het aantal acute situaties hierdoor vermindert en dat men kan handelen in lijn met de wensen en behoeften van ouderen en diens naasten.

### *Versterken van het V&V-team*

Door in te zetten op het versterken van de deskundigheid van het verzorgend en verplegend team (V&Vteam) kan ook de SO ontlast worden, omdat inzet op oneigenlijke taken niet meer nodig zal zijn. Het is daarom belangrijk dat in het verpleeghuis een continuüm van professionals werkzaam is om de kwaliteit van persoonsgerichte zorg te borgen. Dit houdt in dat het continuüm ofwel de functiemix, bestaande uit helpenden, verzorgenden, mbo- en hbo verpleegkundigen, eventueel PA's, VS'en, GZ-psychologen, paramedici en SO's, op orde is. Iedereen kan dan optimaal ingezet worden in de ouderenzorg op basis van zijn/haar deskundigheid. Het inrichten van het functiehuis, met de juiste skills mix, komt de kwaliteit van de persoonsgerichte zorg, zowel verpleegkundige zorg als medische zorg, ten goede.

De hbo-opgeleide verpleegkundige, en eventueel een VS, kan daarbij de verbindende schakel tussen het V&V-team en SO's vormen. Zij kunnen gezien worden als verpleegkundig expert en bijdragen aan de kwaliteit van de zorg door een evidence-based leer- en werkcultuur te ontwikkelen, V&V-innovaties te implementeren, bijdragen aan implementatie van Advanced Care Planning (ACP) en het scholen/coachen van het V&V-team. Dit vraagt wel om een aanpassing in het functieprofiel van de hbo-verpleegkundige en de wijze waarop zij worden ingezet in de ouderenzorg. De hbo-verpleegkundige kan gezien worden als de verbindende schakel tussen het verzorgende en verpleegkundige domein én vanuit deze expertise kan zij de verbindende schakel met de SO zijn. De VS vervult een brugfunctie tussen het verpleegkundige en medische domein én kan ook medische taken uitvoeren.

### *Taakverschuiving en optimale inzet van professionals*

De verwachting is dat door het verschuiven van medische taken van SO's naar daartoe bevoegde professionals, de SO's meer ruimte krijgen om hun expertise in te zetten voor hoog complexe vraagstukken, zowel semi-/intramuraal als extramuraal. Medische taken van de SO, met name laag tot middel complexe vraagstukken, zouden kunnen worden ingevuld door andere disciplines zoals physician assistants (PA's) als het over puur medische zorg gaat en verpleegkundig specialisten (VS'en) als het om de verbinding tussen V&V zorg en medische zorg gaat. Landelijk en ook in de regio zijn in de semi-/intramurale setting inmiddels positieve ervaringen opgedaan met de inzet van deze masteropgeleide professionals waarbij ze medische taken van de SO overnemen. Ook is er ervaring met PA's en VS'en in de eerstelijns (huisartsenpraktijk en huisartsenpost), maar daar worden ze breed ingezet en niet specifiek voor de kwetsbare thuiswonende ouderen. Uit de interviews en werkbijeenkomsten met SO's blijken wisselende ideeën te zijn over de mogelijkheid tot taakverschuiving naar een PA of een VS. Taakverschuiving lijkt met name belemmerd te worden door onbekendheid met deze beroepen, angst voor uitholling van het eigen beroep en de eindverantwoordelijkheid die SO's ervaren. Bij dit laatste punt speelt met name de vraag: wie is aansprakelijk als het mis gaat?

Semi-/intramuraal zouden ook basisartsen ingezet kunnen worden. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat het verloop relatief groot is en daarmee de continuïteit van de ouderenzorg niet geborgd is. V&V organisaties kiezen ook voor de inzet van basisartsen om hen kennis te laten maken met verpleeghuiszorg en hen op die manier te enthousiasmeren zich te specialiseren tot SO. Regionaal zouden V&V organisaties afspraken kunnen maken over het aantal posities voor basisartsen in verband met mogelijke doorstroom naar opleiding tot SO, het aantal posities voor VS'en en PA's en het aantal opleidingsplaatsen voor SO's, VS'en en PA's dat zij willen bieden. Niet iedere organisatie hoeft dezelfde keuze te maken, maar gezamenlijk zijn zij verantwoordelijk voor de capaciteit in de regio.

Sociaal-emotionele, psychosociale en gedrag gerelateerde vragen zouden kunnen worden verschoven naar (GZ-)psychologen en maatschappelijk werkers. Landelijk en regionaal is geringe ervaring opgedaan met taakverschuiving naar deze professionals. Er zijn geen resultaten uit onderzoek bekend. Het verdient aanbeveling om hier verder onderzoek naar te doen waarin de effecten op patiënt uitkomsten, kwaliteit en continuïteit van de zorg en op de capaciteit van SO's wordt vastgesteld.

Tot slot, ervaren SO's een relatief hoge administratieve werklast. Zij zouden baat hebben bij (extra) secretariële ondersteuning, zodat zij taken van administratieve aard naar het secretariaat kunnen verschuiven.

### *Extramurale inzet SO's*

Een aantal SO's is werkzaam in zowel de semi-/intramurale als extramurale setting. In een enkele V&V organisatie zijn SO's ook alleen werkzaam in de extramurale setting. Zij worden niet ingezet voor de intramurale setting. Binnen verschillende V&V organisaties en ook vanuit de SO's bestaat de wens om

de SO structureel in te zetten in de eerstelijnszorg, in nauwe samenwerking met de huisartsen en praktijkondersteuners (POH). Gezamenlijk zijn ze verantwoordelijk voor goede zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, waarbij de huisarts hoofdbehandelaar blijft. Naast de specialistische kennis van een SO bij hoog complexe zorgvragen is het inzetten van SO's in de eerstelijns ook gericht op preventie. Het gaat hierbij om het voorkomen van acute (crisis)situaties en/of een betere opvolging van deze situaties door de betrokkenheid van een SO ('patiënt is reeds in beeld'). Dit sluit ook aan bij het cliënt-volgend werken.

De inzet van SO's voor hoog complexe zorgvragen geeft ruimte aan de huisarts en POH om preventief aandacht te besteden aan de thuiswonende ouderen, denk hierbij aan het bevorderen van gezonde leefstijl, zingeving en het meedoen aan activiteiten, passend bij concept Positieve Gezondheid. De SO zou tevens een rol kunnen spelen bij de coaching van huisartsen en POH's, en hen kunnen adviseren bij Advanced Care Planning (ACP). Door de betrokkenheid van de SO bij ACP kan nog beter worden ingespeeld op de wensen en behoeften van de thuiswonende oudere. Hierdoor zijn de oudere, naasten en zorgverleners op acute momenten beter in staat te kiezen voor de zorg die past bij de waarden en doelen van de oudere.

#### *Anders organiseren van de avond-nacht-weekend diensten*

SO's ervaren ANW-diensten als relatief belastend, mede omdat het lastig is om deze diensten in tijd te compenseren. Doordat een relatief groot aantal SO's in de regio 55-jaar of ouder is en is vrijgesteld van het draaien van ANW-diensten, ervaren jongere SO's een grotere belasting. In het onderzoek zijn een aantal ideeën geopperd over het anders inrichten van de medische behandel dienst in de ANW. Een van de denkrichtingen is het integreren van de semi-/intramurale ANW-zorg met de huisartsenpost. Huisartsen zouden tijdens de ANW-dienst de relatief matig complexe zorgvragen van ouderen in het verpleeghuis kunnen behandelen, en de SO's zouden complexe zorgvragen van thuiswonende ouderen kunnen behandelen. Een andere denkrichting is het organiseren van de ANW-zorg voor meerdere V&V organisaties in plaats van per V&V organisatie. Voor beide ideeën zijn de consequenties en de effecten onbekend. Het verdient de aanbeveling om eerst een verdere probleemanalyse uit te voeren alvorens in oplossingen wordt gedacht.

#### *Verbeteren van het imago, opleiden en goed werkgeverschap*

V&V organisaties hebben moeite om vacatures voor SO's en andere professionals in te vullen. In de Gelderland zijn er 24 vacatures voor SO's (peildatum Q4 2018). De respondenten vermoeden dat vacatures onvervuld blijven, doordat de ouderenzorg een slecht imago heeft. Hierdoor is het voor (basis)artsen en andere professionals onaantrekkelijk om in de ouderenzorg te gaan werken. Uit het onderzoek komt naar voren dat het beroep van SO en andere professionals aantrekkelijker gemaakt moet worden, zodat jongeren geïnteresseerd raken om in de ouderenzorg te gaan werken. Er wordt onder meer gedacht aan een verplicht coschap van geneeskunde studenten, waarin ze meelopen met een SO om inzicht te krijgen in het beroep. Ook voor andere beroepen geldt dat het belangrijk is om studenten positieve stage ervaringen op te laten doen, passend bij de opleiding.



Doordat de vraag naar SO's het aanbod van SO's overstijgt zal er ook in de regio aandacht moeten zijn voor het vergroten van de instroom van nieuwe SO's. Het aantal SO's dat opgeleid kan worden, is landelijke vastgesteld. Uit onderzoek van het Capaciteitsorgaan blijkt dat deze plaatsen niet opgevuld worden. Dat geldt ook voor de opleiding te Nijmegen. Daarmee is het belangrijk dat er naar andere oplossingen wordt gezocht om de kwaliteit en de continuïteit van de medische zorg te borgen.

Om het vak aantrekkelijker te maken vinden SO's het belangrijk dat zij meer betrokken worden bij bestuurlijke aangelegenheden die de zorg van ouderen aangaan. Bestuurders en SO's zouden een gezamenlijk visie kunnen ontwikkelen over de kwaliteit van de ouderenzorg en op welke wijze men deze in de toekomst wil borgen. De SO's geven aan dat zij graag willen werken vanuit professionele governance, waarbij de expertise van SO's wordt (h)erkend en gewaardeerd, onder meer door hen bij bestuurlijke besluiten te betrekken. In een aantal organisaties wilden SO's meer vertrouwen van het bestuur krijgen om autonoom te handelen. Hiermee wordt onder andere bedoeld dat SO's meer ruimte krijgen om medische en overstijgende taken in te vullen en hierin zelf prioriteiten kunnen stellen als het gaat om de verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg. SO's willen tevens meer betrokken worden bij (beleids)maatregelen die hun beroep aangaan. Hierbij valt te denken aan taakverschuiving naar PA's, VS'en of (GZ-)psychologen, verdergaande extramuralisering en bedrijfsmodellen die daarbij passend zijn, ondersteunende maatregelen (o.a. secretariële ondersteuning) die het werk aantrekkelijker maken of het bieden van opleidingsplaatsen voor SO's. Een aantal SO's geeft aan dat in de eigen organisatie al min of meer zo gewerkt wordt en zij zijn tevreden over de bestuurlijke betrokkenheid.

### Aanbevelingen

Op basis van de integrale analyse van bevindingen worden 9 aanbevelingen geformuleerd. De aanbevelingen worden bij voorkeur regionaal door de V&V organisaties opgepakt, waarbij afstemming met relevante stakeholders in de ouderenzorg wenselijk is. De laatste 2 aanbevelingen kunnen per V&V organisatie worden opgepakt, mede gezien de verschillen die tussen V&V organisaties ervaren worden. Het is aan te bevelen om:

1. een *regionale visie op ouderenzorg* te ontwikkelen, waarbij de oudere en zijn/haar vragen en behoeften centraal staan en niet de indicatie. Een visie op ouderenzorg vormt het startpunt voor de overige aanbevelingen en omvat zowel de zorg voor de thuiswonende oudere als de oudere die semi-/intramurale zorg ontvangen. Deze visie wordt idealiter samen met andere stakeholders opgesteld;
2. de deskundigheid van het V&V-team te vergroten en het *V&V-team te versterken* onder andere door het creëren van een 'evidence-based/persoonsgerichte' leer- en werkcultuur;
3. *medische taken te verschuiven naar een PA of VS*, waarbij de PA en de VS een wettelijke bevoegdheid heeft om laag tot middel complexe zorgvragen zelfstandig te behandelen;
4. te verkennen of verdergaande *verschuiving van taken* gerelateerd aan gedragsproblematiek, sociaal-emotionele problemen of psychosociale problemen naar de *(GZ-)psycholoog of maatschappelijk werkers* mogelijk is;

5. een aantal SO's volledig vrij te spelen voor *inzet in de eerstelijns voor de thuiswonende ouderen* (i.e. huisartsenzorg). Waarbij de SO's 'dedicated' ingezet worden en zich kunnen specialiseren in de specialistische ouderenzorg in de eerstelijns ter uitvoering van de Wlz-indicatie, verzekerde zorg en ter ondersteuning van de huisartsen(praktijk);
6. te verkennen of de *ANW-zorg anders ingericht* zouden kunnen worden ter ontlasting van de SO's;
7. een *regionaal opleidingsplan* te ontwikkelen, in samenwerking met de geneeskunde opleiding van het Radboudumc en de opleiding tot SO (VOSON), gericht op het vroegtijdig kennismaken met het beroep van SO's als ook het invullen van alle beschikbare opleidingsplaatsen;
8. goede *secretariële ondersteuning* op alle locaties aan te bieden;
9. *SO's te betrekken bij bestuurlijke aangelegenheden* regionaal en in de eigen organisatie die de medische zorg betreffen.

### Scenario's

Vier aanbevelingen zijn uitgewerkt in een scenario; een eerste aanzet tot implementatie aan de hand van probleem, beoogd resultaat, interventie, regionale en landelijke ontwikkelingen sc. De volgende twee overwegingen liggen ten grondslag aan de keuze voor uitwerking van deze vier aanbevelingen:

1. Scenario's richten zich op een regionale verbetering van de inrichting van de 24-uurs medische behandel functie, waarbij de expertise van de SO's optimaal ingezet kan worden dan wel wordt vrijgespeeld voor hoog complexe zorgvragen in de semi-/intramurale en extramurale setting.
2. Scenario's en de te volgen stappen liggen in de cirkel van invloed van bestuurders in samenspraak met SO's, waardoor implementatie of een verdere verkenning met externe partijen op relatief korte termijn in gang gezet kan worden.

In de scenario's ligt de focus op het versterken van het medisch-verpleegkundig domein en behoort een regionale aanpak tot de mogelijkheden. Voor alle scenario's geldt dat idealiter een *regionale visie op ouderenzorg* (aanbeveling 1) de basis vormt voor de verdere uitwerking van deze scenario's. Het is belangrijk om dit te doen met regionale stakeholders die betrokken zijn bij de extra-, semi-, en intramurale zorg voor ouderen, te denken aan bestuurders van V&V organisaties, van huisartsenorganisaties/zorggroepen, van ziekenhuizen, en van welzijnsorganisaties, maar ook professionals zoals SO's, huisartsen, (klinische) geriaters, VS'en, PA's, (wijk)verpleegkundigen, (GZ-) psychologen en maatschappelijke werkers, en ten slotte financiers, zoals zorgverzekeraars en gemeenten. Het is ook belangrijk om de doelgroep ouderen en naasten te betrekken bij de visie ontwikkeling. Een brede vertegenwoordiging draagt bij aan het draagvlak en daarmee de implementatie van maatregelen die voortvloeien uit de regionale visie en waar men op in wil zetten.

De eerste twee scenario's zijn primair gericht op het ontlasten van de SO's door: 1) het versterken van het V&V-team, en 2) taakverschuiving naar een PA of VS. In de andere twee scenario's staat de samenwerking tussen professionals in de regio centraal door in te zetten op: 3) het verbeteren van de samenwerking met de huisartsen(praktijk), en 4) het anders organiseren van de ANW-diensten.

De volgende vier scenario's zijn uitgewerkt:

1. vergroten van de deskundigheid van het V&V-team en het *versterken van het V&V-team*, onder andere door het creëren van een 'evidence-based/persoonsgerichte' leer- en werkcultuur;
2. *verschuiven van medische taken naar een PA of VS*, waarbij de PA en de VS een wettelijke bevoegdheid heeft om laag tot middel complexe zorgvragen zelfstandig te behandelen;
3. volledig vrijspelen van een aantal SO's voor *inzet in de eerstelijns voor de thuiswonende ouderen* (i.e. huisartsenzorg). Waarbij de SO's 'dedicated' ingezet worden en zich kunnen specialiseren in de specialistische ouderenzorg in de eerstelijns ter uitvoering van de Wlz-indicatie, verzekerde zorg en ter ondersteuning van de huisartsen(praktijk);
4. verkennen of de *ANW-zorg anders ingericht* zouden kunnen worden ter ontlasting van de SO's.

# 1 INLEIDING

## 1.1 Aanleiding

Landelijk en regionaal komen er sterke signalen vanuit de overheid en het werkveld dat de zorg voor ouderen onder druk staat. Het aantal ouderen neemt toe en daarmee ook de vraag naar zorg en ondersteuning. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) geeft in haar prognose aan dat het aandeel 75-plussers zal toenemen van 8% van de bevolking in 2017 naar 12% in 2030. Dit betekent onder andere dat er steeds meer professionals nodig zijn die zorg aan deze ouderen verlenen, terwijl het aantal potentiële arbeidskrachten (de werkende bevolking) afneemt (De Klerk et al., 2019).

Bal, Wallenburg en Schuurmans (2019) pleiten voor meer samenwerking in de ouderenzorg. Zij geven aan dat vooral verpleeghuizen en woonzorgcentra kampen met oplopende tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde (SO's) en verpleegkundigen. Ook het Capaciteitsorgaan en Verenso (beroepsvereniging van SO's) geven aan dat het aanbod SO's kleiner is dan de vraag. Zij zien een groot aantal onvervulde vacatures. Uit onderzoek van Prismant (Capaciteitsorgaan, 2019) blijkt dat het aantal vacatures is gestegen van 140 in 2010 naar 207 in 2018. Vijfenzestig procent van de vacatures betreft langdurig openstaande vacatures, dat wil zeggen dat de vacatures langer dan 6 maanden open staan. Landelijk ligt het aantal onvervulde vacatures op circa 10%, waarvan tweederde langdurig onvervuld zijn (Rijksoverheid, 2020). In Gelderland zijn er 24 onvervulde vacatures (peildatum; 4<sup>e</sup> kwartaal 2018), in 2018 varieert het aantal onvervulde vacatures SO's van 17 tot 24 (Verhagen, 2019). Om dit gat op te vangen, worden veelal basisartsen ingezet.

Ondanks dat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde landelijk een gestage stijging laat zien in het aantal opleidingsplaatsen voor (basis)artsen tot SO (een stijging van opleidingsplaatsen van 112 in 2009, naar 186 in 2018) blijft het aantal ingevulde opleidingsplaatsen achter bij de toekomstige vraag aan SO's (Verhagen, 2019). In 2009 waren 88 van de 112 opleidingsplaatsen ingevuld, in 2018 was er een onderbenutte instroom van 43%, te weten 106 van de 186 opleidingsplaatsen. Hoewel de aantrekkingskracht van de opleiding tot SO onder basisartsen in de laatste jaren is toegenomen, is deze nog steeds onvoldoende krachtig om het aantal opleidingsplaatsen ingevuld te krijgen.

Bijkomend probleem is dat in de komende 10 tot 20 jaar een relatief groot aantal SO's de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Om de daarmee gepaard gaande grotere uitstroom van SO's te compenseren zal de instroom van SO's een steile stijging moeten laten zien.

Vanuit de overheid en het werkveld is er steeds meer aandacht om uitdagingen en problemen ten aanzien van de ouderenzorg regionaal aan te pakken. Onder andere in het project *Waardigheid en trots* (*Waardigheid en trots<sup>a</sup>, z.d.*) en vanuit de Commissie *toekomst zorg thuiswonende ouderen* (*Rijksoverheid 2020*) wordt opgeroepen tot meer samenwerking binnen de regio om de kwaliteit van de ouderenzorg te borgen. Vanuit deze gedachten is voorliggend project geïnitieerd door de V&V-tafel

(bestuurlijke gremia V&V organisaties Zorgregio Nijmegen) en gefinancierd door het Zorgkantoor Nijmegen.

## 1.2 Opdracht

In februari 2019 kreeg het lectoraat Organisatie in Zorg en Dienstverlening van de HAN University of Applied Sciences de opdracht om te komen tot een gezamenlijke visie op het optimaal benutten van de capaciteit SO's in de Zorgregio Nijmegen. Na de eerste inventariserende bijeenkomst met SO's is de nadruk, op verzoek van de opdrachtgevers en de SO's, komen te liggen op het verkennen van de optimale inzet van SO's en hoe de kwaliteit en continuïteit van de (medische) zorg gewaarborgd kan worden, welke belemmeringen SO's ervaren en hoe zij maximaal ondersteund kunnen worden bij de invulling van hun taken en verantwoordelijkheden. Op grond van de bevindingen worden aanbevelingen geformuleerd en in overleg met de opdrachtgevers wordt een aantal aanbevelingen uitgewerkt in scenario's aan de hand probleem, beoogd resultaat, interventie, en regionale en landelijke ontwikkelingen.

## 1.3 Doel

Het doel van dit project is te komen tot verschillende scenario's voor het optimaal benutten van de capaciteit SO's in de Zorgregio Nijmegen ter versterking van de kwaliteit en continuïteit van de (medische) zorg, rekening houdend met het ervaren dreigende tekort aan SO's in de regio.

## 1.4 Werkwijze

Er zijn verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. Er is een *deskresearch* uitgevoerd waarbij de landelijke ontwikkelingen zijn bekeken. Ook zijn er regionale beleidsstukken geanalyseerd. Daarnaast is er gekeken naar de *big data* uit de Zorgregio Nijmegen om een inschatting te kunnen maken van de doelgroepen ouderen, ouderen met een Wlz- indicatie en het aantal fulltime equivalent (Fte) aan SO-capaciteit en toekomstige verschuivingen hierin.

Om een goed beeld van het werkveld en de meningen van de betrokken regionale stakeholders te kunnen bepalen zijn er *interviews* gehouden met bestuurders, managers, psychologen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (VS'en), een physician assistants (PA's), praktijkondersteuners (POH), huisartsen en met SO's (n=16). Daarnaast zijn er *observaties* geweest bij huisartsen en SO's en zijn er een aantal *werkbijeenkomsten* geweest met bestuurders en SO's. Ook is er een *tijdregistratie* afgenomen bij SO's werkzaam in verschillende V&V organisaties om inzicht te krijgen in taken en de daaraan bestede tijd (n=5, in totaal 9 dagen).

De gegevens uit de verschillende onderzoeksmethoden zijn geïntegreerd geanalyseerd (data-triangulatie). Het aantal respondenten dat aan de verschillende delen van het onderzoek heeft deelgenomen is relatief gering. Dit beperkt de extrapoleerbaarheid van de bevindingen. Door de toepassing van data triangulatie is de validiteit van het onderzoek echter verhoogd. Bovendien heeft de vergelijking met de landelijke bevindingen het mogelijk gemaakt de regionale resultaten in een breder

perspectief te plaatsen. Deze combinatie van regionale en landelijke bevindingen vormt een solide basis voor de geformuleerde aanbevelingen. Tijdens het onderzoek zijn ook verschillen tussen V&V organisaties in werkwijze en ervaringen van SO's zichtbaar geworden. Indien dit relevant is voor de aanbevelingen en uitwerking van de scenario's is dit benoemd. De keuze voor de vier scenario's is in overleg met de Stuurgroep tot stand gekomen en werd ondersteund door bestuurders en SO's tijdens de laatste werkbijeenkomst (december 2019).

De bevindingen uit het onderzoek zijn samenvattend in het volgende hoofdstuk beschreven. In de bijlagen zijn de resultaten per onderzoeksmethode meer gedetailleerd uitgewerkt.

## 2 RESULTATEN

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de regionale context, waarin duidelijk wordt dat er twee grote onderliggende knelpunten zijn. Te weten, 1) het (dreigende) tekort aan SO's in de regio en de ervaren werkdruk (paragraaf 2.1), en 2) de toenemende zorgvraag van ouderen (paragraaf 2.2).

Deze paragrafen worden gevolgd door thema's die door de stakeholders in de regio zijn benoemd. Dit kunnen knelpunten in de huidige zorg zijn en/of oplossingsrichtingen voor de twee grote onderliggende knelpunten. De volgende thema's komen aan de orde (vanaf paragraaf 2.3):

1. Regionale visie ouderenzorg;
2. Versterken van de deskundigheid van het V&V-team;
3. Taakverschuiving, waarbij onderscheid wordt gemaakt in
  - a. Verschuiving van medische taken naar PA's of VS'en;
  - b. Verschuiving van taken met betrekking tot gedrag gerelateerde problematiek naar (GZ-) psychologen of maatschappelijk werkers;
4. Extramurale inzet van SO's;
5. Het anders organiseren van de ANW-zorg; en
6. Het verbeteren van het imago, opleiding en goed werkgeverschap.

### 2.1 Regionaal tekort SO's en ervaren werkdruk



De Zorgregio Nijmegen bestaat uit de gemeenten: West Maas en Waal, Druten, Wijchen, Beuningen, Nijmegen, Heumen en Berg en Dal. De volgende organisaties verlenen ouderenzorg in deze regio: Aqua Viva, Domus Magnus, Gasthuis Sint Jan de Deo, Kalorama, Luciver, Malderburch, OBG, Waalboog, Zorgcentrum Huize Rosa, Zorggroep Maas en Waal, en ZZG Zorggroep. De meeste V&V organisaties werken nauw samen met netwerk100 (Netwerk100, z.d.) en het universitair netwerk ouderenzorg (UKON<sup>a</sup>, z.d.).

De V&V organisaties variëren in grootte en dienstenaanbod, waarbij een aantal V&V organisaties alleen diensten aanbieden voor semi-/intramurale zorg van ouderen. Andere V&V organisaties bieden naast semi-/intramurale zorg ook wijkzorg in de thuissituatie aan.

Niet alle V&V organisaties hebben een eigen 24-uurs medische behandel functie, met andere woorden niet alle organisatie hebben SO's in dienst. Om de medische zorg voor de ouderen te kunnen waarborgen wordt de 24-uurs medische behandel functie door deze organisaties ingehuurd bij de grotere V&V organisaties in de Zorgregio Nijmegen te weten bij Kalorama, de Waalboog, Zorggroep Maas en Waal of ZZG zorggroep, voor zover de capaciteit aan SO's in de deze V&V organisaties dit toelaat of zij huren een SO in via een zelfstandige behandel dienst in, zoals Novicare.

Rondom de ouderen in de Zorgregio Nijmegen zijn een verscheidenheid aan zorg- of hulpverleners werkzaam, zowel voor ouderen die thuis wonen (extramuraal) als ouderen die semi-/intramuraal verblijven. In onderstaand kader zijn de begrippen extramuraal, semi-intramuraal en intramuraal uitgelegd.

*Kader 1: toelichting begrippen*

Extramuraal	De oudere maakt gebruik van zorg, maar woont zelfstandig thuis. De zorg wordt verleend door de huisarts (hoofdbehandelaar) en daarnaast kan de oudere gebruik maken van andere zorg, te denken aan wijkzorg, huishoudelijke hulp, etc.
Semimuraal	Het kenmerk van semimurale zorg is dat de mensen zelfstandig (of deels ondersteund) wonen. De semimurale zorg kan bestaan uit dagbesteding voor de oudere, maar het kan ook gaan om ouderen die in een instelling voor beschermd wonen, zo zelfstandig mogelijk wonen en daarbij hulp krijgen waar nodig.
Intramuraal	De intramurale zorg wordt ook wel klinisch genoemd. Het is zorg binnen de muren van een instelling verleend wordt, waaronder een verpleeghuis. De ouderen zijn (tijdelijk) opgenomen in een instelling en verblijven hier ook 's nachts. De SO is hoofdbehandelaar.

In de Zorgregio Nijmegen zijn de volgende professionals werkzaam (zonder uitputtend te zijn), waarbij de functiemix per V&V organisatie verschillend is. *Semi-/Intramuraal* ontvangen de ouderen dagelijkse zorg van een verzorgend en verplegend team (V&V-team). Professionals die onderdeel kunnen uitmaken van dit team bestaan uit: zorghulpverleners, helpenden, verzorgenden, mbo-verpleegkundigen en hbo-verpleegkundigen. Daarnaast is er veelal een paramedisch team betrokken bij de zorg, bestaande uit: fysiotherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten, (GZ-) psychologen, en maatschappelijk werkers. Zij ondersteunen in de behandeling passend bij hun deskundigheid. Daarnaast ondersteunt een welzijnsteam, bestaande uit onder andere activiteitenbegeleiders, gastheren/-vrouwen en vrijwilligers in de zorg, de ouderen. Dit team is gericht op het welbevinden van de oudere. Ook mantelzorgers hebben een belangrijke rol bij het bevorderen van het welbevinden van de oudere en ondersteunen van de oudere bij het dagelijks functioneren.

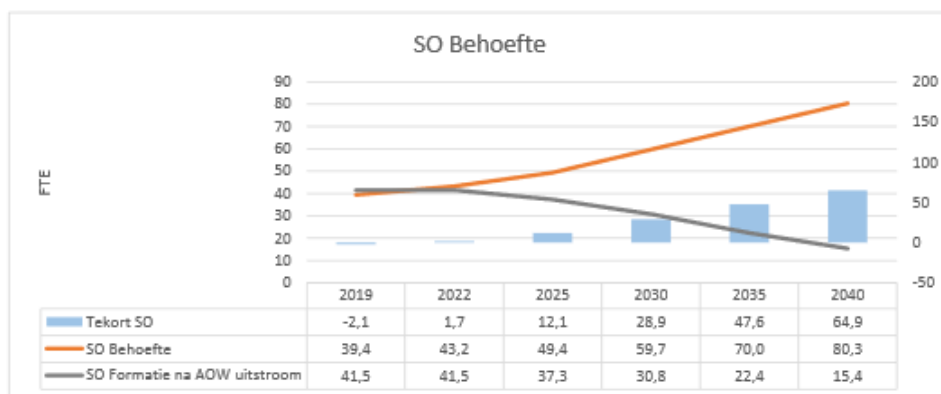


De medische zorg wordt verleend door de SO. In enkele organisaties (zoals de Waalboog en ZZG zorggroep) verlenen ook VS'en en/of PA's medische zorg. Bij sociaal-emotionele, psychosociale of gedrag gerelateerde problemen worden door verschillende V&V organisaties soms ook (GZ-)psychologen of maatschappelijk werkers ingeschakeld. Enkele grotere V&V organisaties hebben deze professionals in dienst, te weten Kalorama, de Waalboog, Zorggroep Maas en Waal, ZZG Zorggroep. Een inventarisatie in april 2019 (zie kader 2), bij de verschillende V&V organisaties in de Zorgregio Nijmegen, levert de volgende aantallen zorgprofessionals op die de medische zorg verlenen en of worden ingezet voor gedrag gerelateerde problematiek.

*Kader 2: aantal zorgverleners (peildatum 1 april 2019)*

SO	N= 56, waarvan 6 SO's (deels) ook werkzaam zijn bij V&V organisaties zonder SO's in dienst 1 SO wordt ingehuurd via Novicare
VS	N= 9
PA	N= 1
(GZ-)psycholoog	N=24, waarvan 4 (GZ-)psychologen (deels) ook werkzaam zijn bij V&V organisaties zonder (GZ-)psychologen

In onderstaande figuur (Figuur 1) wordt een regionaal overzicht gepresenteerd, waarin de huidige formatie en de toekomstige behoefte aan SO's is weergegeven. De eventuele instroom van nieuwe SO's is hierbij niet meegenomen. Uit de figuur is op te maken dat de huidige capaciteit van SO's voor de semi-/intramuraal setting toereikend is, maar dat er vanaf circa 2022 een gat ontstaat door uitstroom van SO's vanwege pensioengerechtigde leeftijd. Naarmate de tijd verstrijkt zal het verschil tussen gewenste en ingevulde SO capaciteit toenemen. Dit gat zal naar verwachting slechts ten dele opgevuld kunnen worden met nieuwe instroom van SO's uit de opleiding. De SO capaciteit in de Zorgregio Nijmegen volgt daarbij de landelijke trend. De bestuurders/managers en SO's zien echter wel een voordeel ten opzichte van andere gebieden, omdat één van de opleidingen tot SO in Nijmegen is. Hierdoor wordt de kans dat SO's behouden blijven voor de regio groter.



*Figuur 1 Huidige en toekomstige SO behoefte en formatie in de Zorgregio Nijmegen*

De huidige capaciteit van de SO's in de Zorgregio Nijmegen is 56 SO's met een omvang van 39 Fte. Dit betekent met een norm van 1 Fte bij gemiddeld 88 bewoners (Verenso, 2016) dat er op dit moment precies genoeg SO's zijn voor de ouderen in de Zorgregio Nijmegen. In de berekening zijn alle ZZP-

indicaties en zorg vanuit de zorgverzekeringswet meegenomen. Het opvangen van (langdurig) ziekte/verlof van collega's is binnen de huidige SO capaciteit moeilijk.

*Extramuraal* ofwel in de eerstelijns heeft de oudere cliënt te maken met de huisarts als hoofdbehandelaar en kan hij/zij te maken krijgen met (zonder uitputtend te zijn) een POH of praktijkverpleegkundige (met specifieke kennis over ouderenzorg), de wijkverpleegkundigen en het sociale wijkteam. In de Zorgregio Nijmegen werken ten tijde van het onderzoek enkele VS'en werkzaam in de wijk als onderdeel van het verzorgend en verplegend wijkteam. Voor zover bekend, werkt er één VS (Waalboog) in de eerstelijns naast de twee SO's die ook in de eerstelijns werkzaam zijn. Verder zijn er in de wijk ook paramedici betrokken bij de zorg voor ouderen, zoals logopedisten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, tandartsen of mondzorgkundigen en (GZ-)psychologen. Verder is er in de eerstelijns sprake van een welzijnsaanbod vanuit gemeenten en welzijnsorganisaties. Via het internet zijn er meerdere uitgebreide 'sociale kaarten' van de diverse gemeenten te vinden, zoals bijvoorbeeld die van DiSk (Disk, z.d.) of Wegwijzer024 (Wegwijzer024, z.d.).

In sommige werkgebieden werken SO's samen met de huisartsen(praktijk) om hoog complexe zorgvragen te behandelen. Veelal wordt de SO ter consultatie gevraagd om naar een specifieke cliëntcasus te kijken en een voorstel voor behandeling te doen. Het is niet precies bekend hoeveel Fte hiervoor op dit moment vanuit de V&V organisaties structureel wordt ingezet in de Zorgregio Nijmegen. Landelijk, en ook in de Zorgregio Nijmegen, is de inzet van SO's en samenwerking tussen SO's en huisartsen binnen de eerstelijns niet optimaal. Hoewel de vraag naar extramurale inzet van SO's toeneemt, wordt door het tekort aan SO's in de semi-/intramurale setting niet aan deze vraag voldaan: bij krapte gaat intramuraal vóór extramuraal. De hiervoor beschreven Fte SO's laat zien dat er geen ruimte is voor uitbreiding van de extramurale inzet van SO's.

### *Ervaren werkdruk*

Uit de interviews, observaties en het tijdschrijven blijkt dat de SO's een hoge werkdruk ervaren. Regelmatig is er geen compensatie van overwerk en/of ANW-diensten in vrije tijd mogelijk. Een respondent gaf aan: *'als er een collega ziek is, is er vaak geen back-up, en dan doen we het voor elkaar'*. Uit het tijdschrijven blijkt dat de SO's werkdagen maken van gemiddeld 9 uur. Daarnaast werken ze vaak 's avonds, zoals het bijwonen van een vergadering, controleren van de mails of het bijwerken van dossiers. SO's geven aan dat de ANW-diensten een zware wissel op hen trekken. SO's vanaf 55 jaar en ouder zijn vrijgesteld van ANW- diensten, waardoor de jongere SO's zwaarder worden belast. Overigens draaien ook diverse oudere SO's nog diensten om hun jongere collega's te ontlasten.

SO's blijken ongeveer 10% van hun werktijd te besteden aan oneigenlijke taken, zoals het inscannen van bestanden (secretarieel) en het uitvoeren of ondersteunen bij verpleegkundige handelingen (bv. wondverzorging, plaatsen blaaskatheter). Daarnaast is er sprake van inefficiënte inzet door de reistijd tussen de locaties en het op de verschillende locaties zoeken naar een geschikte werkplek. Daarbij vinden de respondenten dat de huidige ICT-voorzieningen vaak nog te weinig ondersteunend zijn. Een

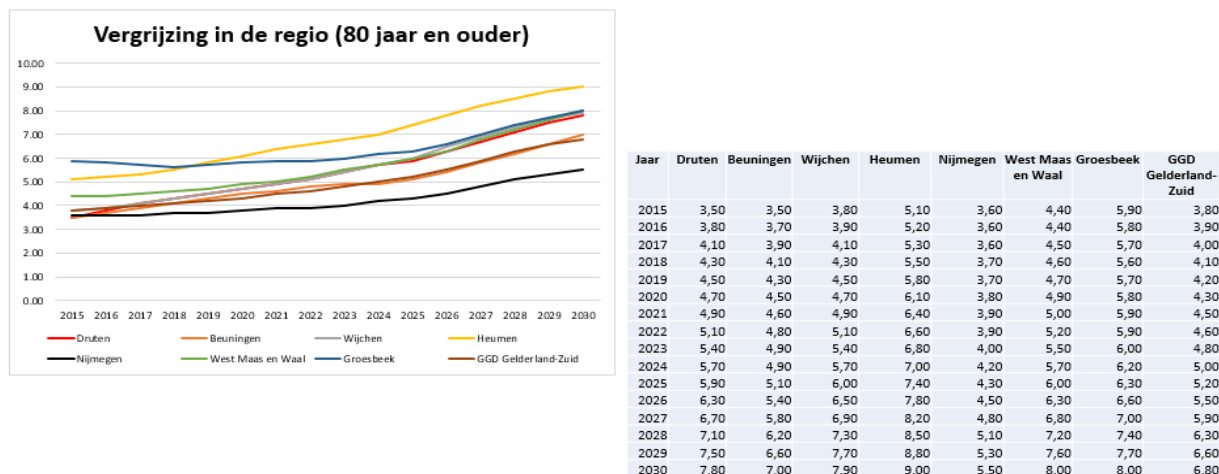
respondent verwoordde dit als *'in verschillende systemen inloggen, dat kost tijd die ik liever ergens anders aan besteed'*. Overigens blijkt de secretariële ondersteuning en gebruik van ICT-voorzieningen niet in alle V&V organisaties als een probleem ervaren wordt.

Samenvattend, in de nabije toekomst is er een tekort aan SO's om de gewenste semi-/intramurale zorg en extramurale zorg te leveren. Op dit moment is er voldoende capaciteit om de semi-/intramurale zorg te verlenen, maar zonder beleidswijziging gericht op een andere wijze van organiseren van de medische zorg kan de kwaliteit en continuïteit van de medische zorg in de toekomst niet gegarandeerd worden. SO's ervaren over het algemeen een hoge werkdruk, met name door de ANW-zorg.

## 2.2 Ouderen in beeld; een toenemende zorgvraag

Het aantal ouderen (75+) neemt in de loop der jaren sterk toe. Deze groep is met name interessant omdat het zorggebruik boven de 75 jaar substantieel toe neemt. Het SCP en het CBS schat een toename van 8% van de bevolking in 2017 naar 12% in 2030. Dit betekent een toename het huidige aantal van bijna 1,3 miljoen 75-plussers naar ruim 2 miljoen in 2030 (De Klerk et al., 2019). Ten opzichte van de landelijke ontwikkelingen zien we een vergelijkbare trend in de Zorgregio Nijmegen. In de onderstaande figuur (Figuur 2) is de toename van 80-jarigen in de Zorgregio Nijmegen weergegeven.

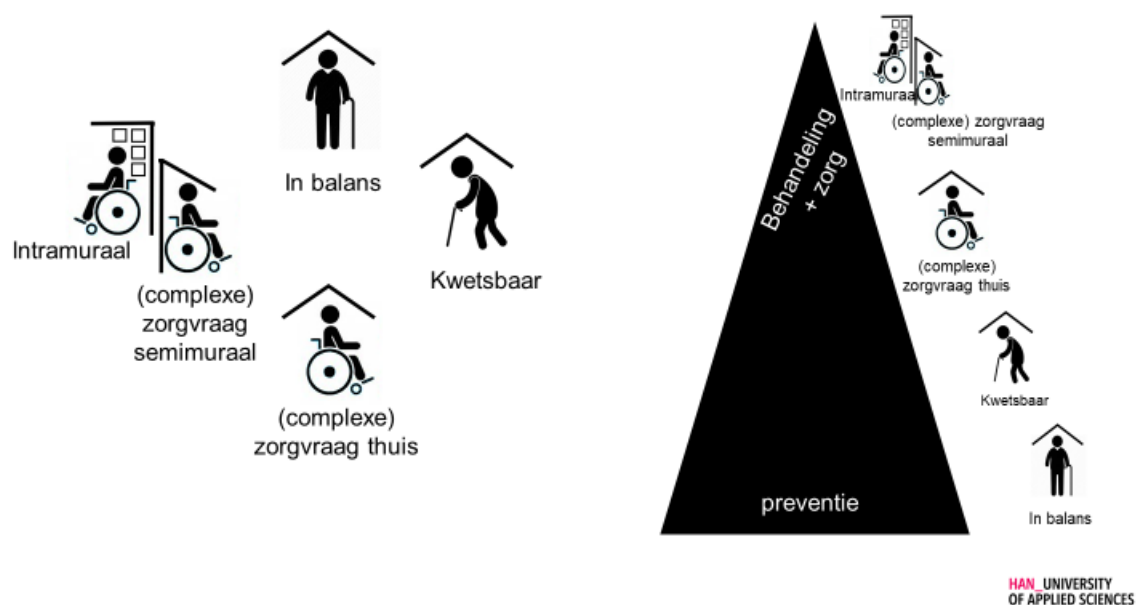
*Figuur 2. Vergrijzing in de regio*



De populatie ouderen is op basis van de zorgbehoefte en zelfredzaamheid grofweg in vier categorieën in te delen (Figuur 3). De variatie in leefstijl en mogelijkheid tot eigen regie en zelfredzaamheid binnen de categorieën is in grote mate van invloed op de individuele gezondheidsbeleving van de oudere (De Klerk et al., 2019). De categorieën zijn:

1. Extramuraal: ouderen zijn in balans. De ouderen wonen zonder hulp en ondersteuning thuis en zijn zelfredzaam;

2. Extramuraal: ouderen zijn kwetsbaar en niet meer geheel zelfredzaam. Zij hebben hulp nodig bij algemeen dagelijks, lichamelijk of mentaal functioneren. De ouderen kunnen nog wel thuis wonen maar hebben extra zorg nodig;
3. Semimuraal: ouderen hebben een complexere zorgvraag en zijn aangewezen op semimuraal zorgaanbod, zoals dagbesteding, of wonen semimuraal waarbij ze een beroep kunnen doen op zorg indien nodig. De ouderen hebben veelal een ZZP 4 indicatie;
4. Intramuraal: ouderen hebben een hoog complexe zorgvraag en hebben 24uurs zorgbehoefte. De ouderen wonen (tijdelijk) in een verpleeghuis en hebben veelal een ZZP indicatie van 5 of hoger.



*Figuur 3 Indeling categorieën ouderen op basis van hun zelfredzaamheid en (24uurs) zorgbehoefte*

Ouderen kunnen wisselen van categorie, waarbij er niet persé sprake is van een lineair verloop. Iemand die in balans is kan bijvoorbeeld kwetsbaar worden, maar met passende ondersteuning weer in balans komen. Of iemand die kwetsbaar is ten gevolge van bijvoorbeeld een cerebrovasculair accident (CVA) heeft een complexe zorgvraag en wordt tijdelijk intramuraal verzorgd. Na revalidatie kan deze oudere weer thuis wonen, maar behoudt hierbij of een complexe zorgvraag waarvoor passende zorg gewenst is of kan in balans geraken.

In Figuur 3 is tevens te zien dat de meerderheid van de ouderen nog vitaal en in balans is (de basis van de pyramide) en dat een relatief gering aantal ouderen intramuraal woont en een complexe zorgvraag heeft. Op dit moment zijn er in de Zorgregio Nijmegen ongeveer 3.275 personen VV4+ (ZZP4+). In 2040 zal dit aantal volgens schatting verdubbeld zijn. Dit vraagt ook om een verdubbeling van de SO capaciteit in de komende 20 jaar.

Samenvattend wordt duidelijk dat de ouderenzorg door de vergrijzing, de toenemende zorgvraag en de vraag naar hoog-complexe zorg, in combinatie met het dreigend tekort aan SO's in de regio onder druk staat. Om de kwaliteit en continuïteit van ouderenzorg in de regio te borgen moet de (medische) zorg anders worden georganiseerd, zodat passende zorg kan worden geleverd zowel extramuraal als de semi-/intramuraal.

### **2.3 Regionale visie ouderenzorg**

De zorgvraag van de ouderen verandert. Dit geldt zowel voor de thuiswonende ouderen als voor de ouderen die semi-/intramurale zorg ontvangen. De complexiteit van de zorgvraag neemt toe en ouderen blijven langer thuis wonen. Dit betekent dat het aantal ouderen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie groeit. Dit vraagt om specialistische zorg thuis door professionals die hiervoor zijn opgeleid.

De huidige (medische) ouderenzorg is nog sterk gericht op de (medische) indicatie die is gesteld. Daarmee wordt, volgens de respondenten, te weinig aandacht besteed aan sociale factoren die van invloed zijn op de ervaren gezondheid van ouderen. Dit geldt niet alleen binnen de eerstelijns, ook semi-/intramuraal is er volgens enkele respondenten te weinig aandacht voor het welbevinden van de ouderen. De zorg is te veel medisch geënt, terwijl leden uit het V&V-team ook graag de discussie zouden voeren over welbevinden; de oudere is meer dan zijn klachten of diagnoses. Een respondent gaf aan: *'We hoeven niet altijd alles te medicaliseren, een goed gesprek lost soms al veel op'*. Enkele respondenten geven aan dat het concept Positieve Gezondheid (Huber 2013) zou kunnen bijdragen aan een holistische kijk op de gezondheid van de ouderen. Vanuit dit concept komt automatisch meer nadruk te liggen op het welbevinden van de ouderen. Positieve Gezondheid is in de Zorgregio Nijmegen echter nog niet breed gedragen en bekend.

Samenvattend is het bieden van passende ouderenzorg niet alleen het probleem van de V&V organisaties. Alle organisaties (groot en klein) die (medische) zorg aan ouderen bieden hebben hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid. In een regiovisie kunnen maatregelen worden beschreven, waarmee de kwaliteit en continuïteit van de zorg in de regio wordt geborgd, voor de gehele populatie ouderen zowel semi-/ intramuraal als in de thuissituatie. Het cliënt-volgend werken zou een van de maatregelen kunnen zijn.

### **2.4 Versterken van het V&V-team**

SO's ervaren soms te weinig capaciteit of kennis en vaardigheden bij het V&V-team om de SO te ontlasten. Volgens de SO's hebben V&V-teams onvoldoende kennis en vaardigheden waardoor zij te snel een beroep doen op de SO. Overigens verschilt dit per V&V organisatie en zijn er verschillen zichtbaar in de wijze waarop SO's hiermee omgaan. Doordat het V&V-team onvoldoende deskundig is, voert de SO regelmatig oneigenlijke taken uit die behoren tot de verzorgende/verpleegkundige zorg. Hierdoor wordt de expertise van de SO te weinig benut en is er sprake van een inefficiënte inzet van

SO's voor hoog complexe medische zorgvragen. Een respondent verwoordde het als volgt: *“Je hoeft de SO er niet bij te roepen om een pleister te plakken”*. SO's geven tevens aan dat zij een belangrijke taak hebben in het komen tot afspraken omtrent hun inzet met het V&V-team. Kortom, voor welke problemen schakelt het V&V-team een SO in en welke problemen kan het V&V-team zelf afhandelen, zo nodig door een beroep te doen op de deskundigheid van een ander team. In de tijdregistratie van de SO is het uitvoeren van verzorgende/verpleegkundige taken niet zichtbaar. SO's hebben geen uren geregistreerd ten aanzien van taken die zij verzorgend of verpleegkundig van aard vinden.

Samenvattend het vergroten van de capaciteit en het versterken van de deskundigheid van het V&V-team voorkomt dat er 'oneigenlijke' taken bij de SO worden neergelegd en zorgt het ervoor dat de kwaliteit van de zorg verbeterd.

## 2.5 Taakverschuiving en optimale inzet van professionals

### *Taakverschuiving naar een PA of een VS*

In de regio wordt weinig gebruikt gemaakt van de mogelijkheid om medische zorg, van relatief laag tot middel complexe zorgvragen in de eerstelijns of semi-/intramuraal setting, te verschuiven naar een VS of een PA. In de regio zijn 9 VS'en (waarvan 5 in de wijkzorg) en 1 PA werkzaam in de semi/intramuraal setting (peildatum april 2019). Zover bekend, zijn er in de Zorgregio Nijmegen geen PA's of VS'en in de huisartsenpraktijken werkzaam.

Uit de interviews blijkt dat SO's niet goed weten wat ze van een VS of een PA mogen verwachten en ook worden twijfels geuit over welke taken (bij wet) door deze professionals mogen worden uitgevoerd. Uit interviews blijkt dat er nog veel onbekend is over de bekwaamheden en de bevoegdheden van de VS en PA. Hierdoor worden de competenties van deze professionals niet volledig benut. Bijkomend zijn de (geringe) ervaringen met de inzet van deze professionals wisselend. Een respondent zei: *'Het is heel afhankelijk van de persoon, niet iedere VS is geschikt voor de complexe ouderenzorg'*.

Daarnaast blijkt uit de interviews dat SO's het lastig vinden om de medische zorg uit handen te geven. Een respondent gaf aan: *'Als SO ben ik verantwoordelijk, dat is soms moeilijk'*. De angst bestaat dat de SO verantwoordelijk en dus juridisch aanspreekbaar is voor taken die de VS of de PA uitvoert. In de regio is onlangs een evaluatie uitgevoerd naar de inzet van de PA (Tordoir et al., 2020). In dat onderzoek bleek dat in het functieprofiel van SO's staat dat hij/zij eindverantwoordelijk is voor de zorg. Dit maakt duidelijk waarom SO's zich eindverantwoordelijk voelen. Juridisch gezien is dit echter onjuist, omdat PA's (en ook VS'en) bij wet zelfstandig bevoegd zijn om laag tot matig complexe medische zorgvragen te diagnosticeren en te behandelen. Zij zijn zelf verantwoordelijk en aansprakelijk via het tuchtrecht indien er (groeve) fouten worden gemaakt (Platform zorgmasters, 2019). Uit deskresearch bleek dat er landelijke jurisprudentie (Overheid.nl, 2017) is, waarbij een VS een waarschuwing is opgelegd en waarbij de klachten ten aanzien van de SO zijn afgewezen. In het eerder genoemde evaluatieonderzoek naar de inzet van de PA is aanbevolen om naast het opstellen van een functieprofiel PA (idem voor VS), ook het functieprofiel van SO's te herzien in afstemming op elkaar en

rekening houdend met de wettelijke bevoegdheden van beide professionals. Ook is aanbevolen om een werkdocument (met datum en regelmatig herzien) op te stellen waarin de concrete afspraken ten aanzien van taken, doelgroepen, verantwoordelijkheden en samenwerking worden vastgelegd. Dit document kan als groeidocument worden gezien, naarmate de VS of PA langer werkzaam is kunnen meer taken en verantwoordelijkheden worden overgedragen (Tordoir et al., 2020).

Omdat de hbo-vooropleiding en werkervaring van PA's en VS'en zeer divers kan zijn, geeft een aantal SO's aan dat wat een PA of een VS kan te veel afhankelijk is van de individuele expertise en vaardigheden van de PA en de VS. Daardoor is het ook lastiger om een goede inschatting te maken of hij/zij deskundig is om medische zorg uit te voeren.

Ten tijde van het onderzoek was een werkgroep van SO's (afvaardiging Regionaal Overleg Specialist Ouderenzorg Nijmegen (ROSON)) bezig met het opstellen van een taakherschikkingsdocument. Dit document is door de ROSON vastgesteld op 10 december 2019 en beschrijft welke taken van SO's zijn en welke taken van SO's, onder welke voorwaarden, gedelegeerd dan wel geschikt kunnen worden naar andere daartoe bevoegde professionals. Het vormt een mooie basis om taakverschuiving in de regio mogelijk te maken (ROSON, 2019).

Uit de deskresearch blijkt dat er landelijk veel aandacht is voor het herschikken van taken naar PA's of VS'en ten gevolge van een tekort aan artsen. Onlangs is onderzoek uitgevoerd door Lovink et al (2017) waaruit blijkt dat taakherschikking in de ouderenzorg nog in de kinderschoenen staat. Desondanks is aangetoond dat taakherschikking van SO's naar PA's en VS'en mogelijk is met behoud van de kwaliteit van zorg. Dit onderzoek laat tevens zien dat ook (hbo-)verpleegkundigen in staat zijn om SO's te ontlasten, door bijvoorbeeld het voorbereiden van artsenvisites. Bij (hbo-)verpleegkundige betreft het taakdelegatie. De potentie van taakherschikking wordt echter niet optimaal benut, doordat er geen visie is op de inzet van PA's en VS'en en er veel onbekendheid is met de inhoud en bevoegdheden van deze masteropgeleide professionals.

Het onderzoek van Lovink et al (2017) voor Verenso aanleiding was om een werkgroep op te zetten die zich buigt over 'Samenwerkingsafspraken Taakherschikking Ouderenzorg'. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de landelijke beroepsvereniging Verenso, V&VN VS en NAPA (Le Rütte, 2019). Het doel van deze werkgroep is het formuleren van op de praktijk gebaseerde afspraken voor lokale en regionale samenwerking van SO's met VS'en en met PA's in het verpleeghuis, in de eerstelijns en op andere plekken waar kwetsbare ouderen zich bevinden. In de loop van 2020 zal de werkgroep de uitkomsten presenteren. Deze uitkomsten zouden de regio kunnen helpen bij de implementatie van taakherschikking in de regio.

Uit een landelijke raming in de ouderenzorg blijkt dat de verhouding fte VS op het aantal fte SO, 23,5% bedraagt (ofwel 339 fte VS op 1.443 fte SO) en voor PA's ligt dit op 1,9% (27 fte PA op 1.443 fte SO) (Capaciteitsorgaan, 2019). Uit dezelfde raming blijkt dat gemiddeld ruim 20% van de artsenformatie in verpleeghuizen bestaat uit basisartsen. In verpleeghuizen worden basisartsen, naast de reguliere

zorgverlening, ook veelal ingezet als voorwacht in de ANW-zorg (Vegers, 2018). Hoewel zij daar zeker toe in staat zijn, varieert het sterk per verpleeghuis of de ANW door VS'en of PA's wordt ingevuld. Indien VS'en of PA's in de ANW-zorg worden ingezet, is het wel belangrijk om afspraken te maken over eventueel achterwacht door een SO, vergelijkbaar met de inzet van een basisarts in de ANW-zorg.

### *Taakverschuiving naar een (GZ-)psycholoog en maatschappelijke werkers*

Voor meer gedrag gerelateerde, sociaal-emotionele of psychosociale vraagstukken zou volgens de respondenten ook vaker een beroep gedaan kunnen worden op een (GZ-)psycholoog of maatschappelijke werker. Als iemand psychisch ongezond is, dat wil zeggen verlies van emotionele stabiliteit, eigenwaarde, zelfrespect, gevoel van zelfcontrole en regie of veerkracht, is er een verhoogd risico op sterfte, pijn, en beperkingen dan wel verlies in autonomie (Maas en Jansen, 2000). De verwachting is dat door de inzet van een (GZ-)psycholoog of maatschappelijke werker kan worden voorkomen dat er complexe zorgvragen ontstaan ten gevolge van psychische (on)gezondheid. Een (GZ-)psycholoog verwoordde het als volgt: *'We schrijven ook wel eens voor om iedere dag met iemand een wandeling buiten te maken, we weten dat dat depressie en verder ongemak kan voorkomen'*.

Samenvattend, het verschuiven van taken en verantwoordelijkheden naar daartoe bij wet bevoegde professionals kan ruimte geven aan de SO om zich op andere taken te richten. Het geeft ruimte voor de inzet van de SO in de eerstelijns en SO's kunnen vaker op hun expertise worden ingezet, te weten voor hoog complexe zorgvragen.

## **2.6 Extramurale inzet van SO's**

Sinds de invoering van de participatiemaatschappij en afschaffing van de oude verzorgingshuizen blijven mensen vaak lang thuis wonen. In haar rapport 'oud en zelfstandig in 2030' schrijft de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (Rijksoverheid, 2020), dat door het verdwijnen van de verzorgingshuizen er een tekort is aan woonmogelijkheden tussen thuis en een verpleeghuis. De Commissie stelt dat hierdoor mensen ontmoedigd worden tijdig te anticiperen op een verhuizing en dit uitstellen tot het echt noodzakelijk is. Echter, dan is er een tekort aan geschikte woonvormen vooral voor sociaal-economisch zwakke ouderen. Dit probleem speelt ook binnen de Zorgregio Nijmegen. Een respondent gaf aan: *"ik zie veel meer crisisopnames waarbij mensen verwaarloosd, ondervoed en met psychische problemen worden opgenomen in het verpleeghuis"*. Een aantal respondenten geeft aan dat er op dit moment lange wachtlijsten zijn voor plaatsing in een verpleeghuis en daarnaast ook het aantal crisisopnames toeneemt. Doordat er geen plaats is ten gevolge van de wachtlijsten, worden ouderen veelal via een crisissituatie opgenomen in een verpleeghuis omdat het wachten te lang geduurd heeft. Een betere samenwerking met huisartsen is wenselijk om te anticiperen op (mogelijke) crisisopname en het cliënt-volgend kunnen werken. In de Zorgregio Nijmegen blijkt veel vraag te zijn naar semimuraal wonen, waarbij ouderen zo zelfstandig mogelijk wonen maar hulp kunnen krijgen waar nodig. Dit aanbod is onvoldoende aanwezig.



### *Fragmentatie van de ouderenzorg*

De respondenten geven aan dat de ouderenzorg in veel gevallen nog te gefragmenteerd is. Regionaal is een convenant opgesteld, gebaseerd op het landelijke convenant, waarmee de inzet van SO's in de huisartsenpraktijk is geregeld (LHV, 2017). In sommige gebieden binnen de Zorgregio Nijmegen wordt de SO regelmatig ingezet voor thuiswonende ouderen en werkt dan samen met een of meerdere huisartsen in dat gebied. In andere gebieden in de regio is deze samenwerking nog niet ingericht. Hier zijn volgens respondenten zowel huisartsenpraktijken als V&V organisaties debet aan. De respondenten geven aan dat inzet van SO's in de eerstelijns nog onvoldoende van de grond komt, doordat: 1) huisartsen onvoldoende bekend zijn met deze mogelijkheid; en 2) de SO capaciteit in V&V organisaties te gering is om in de eerstelijns zorg te bieden aan de thuiswonende ouderen. Een respondent gaf aan: *'Huisartsen vragen regelmatig om mijn hulp bij complexe patiënten maar daar heb ik niet altijd tijd voor'*. Doordat deze samenwerking niet van de grond komt, heeft dit uiteindelijk gevolgen voor de oudere cliënt. Een aantal respondenten geeft aan dat crisissituaties beter ingeschat en opgevangen kunnen worden als de SO meer betrokken wordt in de zorg voor de thuiswonende ouderen. *"Indien ouderen (proactief) in beeld zijn gebracht, kunnen crisisopnames mogelijk worden voorkomen of kunnen situaties beter worden ingeschat indien er sprake is van een crisissituatie"*. Door de zorg samen te organiseren kunnen crisisopnames beter gecoördineerd worden en kan bijvoorbeeld een cliënt bij crisisopname in de eigen woonomgeving geplaatst worden. Dit biedt het voordeel dat de mantelzorgers en familie/vrienden in de buurt zijn, daarmee wordt ook (over)belasting van de mantelzorgers gereduceerd. In de toekomst zal naar verwachting echter een nog groter beroep op mantelzorgers worden gedaan, niet alleen in de thuissituatie, maar ook in semi- en intramurale zorgsettings. Het SCP geeft in haar rapport 'zorg voor thuiswonende ouderen' aan dat er steeds meer ouderen mantelzorgtaken op zich 'moeten' gaan nemen omdat het percentage werkenden afneemt en er meer druk komt te liggen op het werkende deel van de bevolking. Nu zijn er ongeveer vijftien personen in de leeftijdsklasse 50-74 jaar per één 85-plusser, in 2030 is dit gedaald tot 10 personen (De Jong en Kooiker, 2018).

### *Preventief werken in de huisartsenpraktijk*

Volgens de geïnterviewde stakeholders is op dit moment de populatie kwetsbare ouderen in de regio onvoldoende in beeld. Respondenten geven aan dat het niet altijd duidelijk is wie zorg nodig (dreigt) te hebben. *'We proberen de kwetsbare ouderen in beeld te krijgen maar dat lukt vaak niet'* gaf een respondent aan. Het gaat hierbij om (proactief) een goed beeld te krijgen van: Welke oudere is kwetsbaar en welke oudere is in balans? Welke oudere dreigt uit balans te geraken? De reden dat hier onvoldoende zicht op is, heeft te maken met de werkwijze in de huisartsenpraktijk. De huisarts is hoofdbehandelaar van de thuiswonende oudere. De huisarts ziet echter in veel gevallen alleen de oudere die een medische zorgvraag heeft en niet de sociaal maatschappelijke problemen zoals eenzaamheid (De Klerk, 2019).

In enkele huisartsenpraktijken is een POH ouderenzorg of praktijkverpleegkundige aangesteld. De POH is meestal alleen betrokken bij ouderen die een zorgvraag hebben gesteld, kortom bij ouderen die reeds

in beeld zijn. De POH biedt naast (medische) ondersteuning aan deze ouderen, ook advies over sociaal maatschappelijke ondersteuning. Ondanks de inzet van een POH is er in de eerstelijns nog altijd te weinig zicht op de te verwachten problemen en er wordt, uitzonderingen daargelaten, nog nauwelijks preventief gewerkt. De regio verschilt hierin overigens niet ten opzichte van de landelijke situatie. Preventief wil hier zeggen, werken aan factoren die de ervaren gezondheid beïnvloeden, zoals eenzaamheid. In het al eerder beschreven onderzoek van Maas en Jansen (2000) komt naar voren dat psychische ongezondheid een verhoogd risico op sterfte, pijn, en beperkingen dan wel verlies in autonomie tot gevolg kan hebben. Door het proactief bieden van zorg en het in kaart brengen van problemen ten aanzien van welbevinden en gezondheid (vanuit het concept positieve gezondheid, Huber, 2013) (iPH, z.d.) kunnen sommige crisissituaties en de daarmee gepaard gaande crisisopname, door tijdig opschalen van de zorg worden voorkomen.

De SO in de eerstelijns kan, naast het verlenen van medische zorg, ook een coachende rol op zich nemen. Hij/zij kan de huisartsen coachen zodat de huisartsen steeds meer expertise ontwikkelen om hoog-complexe zorgvragen voor thuiswonende ouderen adequaat te kunnen behandelen. Coaching kan op individuele basis gebeuren maar ook door aan te sluiten bij MDO's, waarbij de SO op basis van de casus die wordt ingebracht vragen stelt: wat zou kunnen gebeuren?; wat zou dan een gewenste reactie kunnen zijn?. Daarnaast kan de SO ook coachen op ACP. Dit resulteert naar verwachting op termijn een uitstel van crisissituaties en/of het tijdig herkennen en anticiperen op (dreigende) crisissituaties. Indien er PA en VS in de huisartsenpraktijk werkzaam is, kunnen zij ook door de SO gecoacht worden bij matig complexe zorgvragen van ouderen. De SO kan de POH trainen bij het proactief screenen van ouderen.

### *Cliënt-volgend werken*

Respondenten geven ook aan dat als iemand intramuraal wordt opgenomen met een ZZP-5 of hoger de huisarts helemaal verdwijnt en de SO de hoofdbehandelaar wordt. Een respondent verwoordde dit als volgt: *'De huisarts verdwijnt vaak uit beeld bij opname, terwijl iemand toch al dertig jaar bij deze arts is'*. Hiermee gaat veel kennis over de oudere verloren. Daarnaast is het moeilijk om (snel) tussen de zorgzwaartepakketten te switchen als dat plotseling nodig is. Een respondent gaf aan: *'Als iemand hier woont (semimuraal) en zou moeten worden opgenomen (intramuraal) hebben we vaak een probleem.'* Het cliënt-volgend werken zou een oplossing kunnen zijn, waarbij SO's in de eerstelijns kennis maken met de kwetsbare ouderen en de huisarts bij tijdelijke opname van een oudere in het verpleeghuis betrokken blijft bij de behandeling. Ook zou volgens een aantal respondenten de overdracht van de oudere naar het verpleeghuis soepeler kunnen verlopen als de huisarts in de eerste fase van de opname in het verpleeghuis betrokken blijft bij de medische zorg van de oudere.

Uit de deskresearch blijkt dat er landelijk onderzoeken zijn uitgevoerd naar de effecten van de inzet van de SO in de huisartsenpraktijk. Deze laten een positief beeld zien (onder andere, QUARTZ, z.d.; MO, 2017; Vijfvinkel et al., 2011; Koenen et al., 2010). Uit deze projecten kunnen geleerde lessen bijdragen aan het opzetten van extramuraal zorgvoorziening door SO's in de Zorgregio.

Samenvattend is voor de borging van kwaliteit en continuïteit van de ouderenzorg in de Zorgregio Nijmegen meer samenwerking wenselijk tussen V&V organisaties en huisartsenpraktijken/ huisartsorganisaties. Het is hierbij belangrijk dat iedereen elkaars expertise goed kent en er ook een makkelijke manier wordt gecreëerd om elkaar te vinden. Gezien de specifieke vraagstukken van kwetsbare thuiswonende ouderen, vinden de SO's het wenselijk dat zij zich specialiseren om te werken in de eerstelijns. Ook om fragmentatie te voorkomen, gaat hun voorkeur uit naar dat een aantal SO's 'dedicated' ingezet gaat worden in de eerstelijns en dat hier een passende organisatiestructuur voor wordt gevonden.

## **2.7 Anders organiseren van de ANW-zorg**

De SO's geven aan de ANW-zorg als relatief zwaar te ervaren. Regelmatig draaien ze diensten en deze zijn moeilijk in tijd te compenseren. Bijkomend probleem is dat het aantal SO's van 55 jaar of ouder in de komende jaren toeneemt. In de Zorgregio Nijmegen zijn 27 SO's (20.6 Fte van de 41.5 Fte/ 57 SO's) van 50 jaar of ouder werkzaam, waarvan 7 SO's 60 jaar of ouder zijn. Zij zijn niet verplicht om ANW-zorg te bieden, waarmee er relatief een grotere belasting op de jongere SO's komt te liggen. Het (dreigende) tekort aan SO's vraagt om andere oplossingen in de ANW-zorg, waarbij nagedacht kan worden over verdergaande samenwerking tussen V&V organisaties. Te denken valt aan bijvoorbeeld de gezamenlijk inzet van personeel in ANW-zorg, bijvoorbeeld doordat niet iedere V&V organisatie zijn eigen ANW-dienst moet invullen, maar dat in de ANW-zorg een SO voor meerdere verpleeghuizen beschikbaar is.

Volgens enkele respondenten zou de samenwerking ook doorgetrokken kunnen worden naar de dagzorg, waarbij V&V organisaties bijvoorbeeld gezamenlijk inzetten op regionaal personeelsbeleid, zoals de aanname van SO's en uitwisseling van personeel waar dat wenselijk en mogelijk is. Goede afspraken met het zorgkantoor of de zorgverzekeraar over bijvoorbeeld gezamenlijke zorgbudgetten zijn dan wenselijk om de samenwerking te faciliteren. De huidige structuur waarin per V&V organisatie aparte afspraken worden gemaakt werkt hierin beperkend. Een respondent geeft aan dat er cliënten uit de directe omgeving van de V&V organisatie bij een andere organisatie moest worden geplaatst omdat haar eigen organisatie het budget plafond bereikt had.

Daarnaast zou volgens diverse geïnterviewden de samenwerking tussen V&V-organisaties en huisartsen(organisatie) kunnen worden versterkt, door gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor de gehele populatie ouderen. Dat zou kunnen betekenen dat de SO een rol krijgt in de eerstelijns en de huisarts semi-/intramuraal. Hierbij kan ook gedacht worden aan het samen organiseren van ANW diensten.

Samenvattend, het is wenselijk om te verkennen of een andere inrichting van de ANW-zorg mogelijk is, zodat de (ervaren) belasting op SO's kan worden verminderd en gelijktijdig de kwaliteit en continuïteit van de ANW-zorg geborgd wordt.

## 2.8 Verbeteren van het imago, opleiding en goed werkgeverschap

De respondenten geven allen aan dat de ouderenzorg een negatief imago heeft, waardoor het lastig is om extra SO's en andere zorgprofessionals, zoals bijvoorbeeld hbo-verpleegkundigen, aan te trekken. Volgens de respondenten is de ouderenzorg niet aantrekkelijk genoeg voor potentiële instromers. Een respondent verwoordde het als volgt: *“De ouderen zorg is gewoonweg niet sexy genoeg voor jongeren”*. Middels campagnes op landelijk niveau (Verenso, 2019) en regionaal niveau wordt getracht het imago te verbeteren. Een voorbeeld is de campagne ‘ouderenzorgzitinje’ (Zorgplein Noord, z.d.) vanuit de noordelijke regio's in Nederland, waar de nadruk wordt gelegd op hoe waardevol het werken in de ouderenzorg is en waar meteen vacatures kunnen worden gedeeld. Of de campagne ‘ik zorg’ (Ik zorg, z.d.) met als doel meer mensen enthousiast te maken en te houden voor werk in de zorgsector, inclusief de V&V sector. Binnen het ministerie van VWS zijn aparte afspraken gemaakt met werkgevers- en werknemers organisaties en onderwijskoepels om de instroom van zorgverleners te bevorderen en uitstroom te voorkomen zoals in de arbeidsmarktagenda 2023 met als titel ‘Aan het werk voor ouderen’ (De Jonge, 2017).

Daarnaast vinden SO's dat het vak minder aantrekkelijk is als SO's te weinig autonomie hebben, dat wil zeggen te weinig hun eigen taken en tijden kunnen bepalen en zelf prioriteiten kunnen stellen ten aanzien van de medische zorg. Ook vindt een aantal SO's dat ze te weinig waardering krijgen van het bestuur en dat ze te weinig betrokken worden bij bestuurlijke zaken die de (medische) zorg aangaan, zoals het aanpassen van beleid met betrekking tot crisisopnames. Een respondent gaf aan: *“De SO weet wat er op de werkvloer gebeurt, ziet dagelijks de problemen, die kennis kan erg helpend zijn bij beleidszaken, daar zou meer gebruik van gemaakt kunnen worden”*.

Respondenten geven aan dat de Zorgregio Nijmegen het voordeel heeft dat het Radboudumc te Nijmegen de opleiding tot SO's verzorgt. De SO's van deze opleiding worden veelal in deze regio opgeleid en zij blijven relatief vaak werkzaam in de Zorgregio Nijmegen na afronding van de opleiding. Echter, ook in deze regio worden niet alle opleidingsplaatsen benut. Volgens de respondenten zou dan ook ingezet moeten worden op het doorvoeren van een aantal maatregelen, zodat het aantal beschikbare opleidingsplaatsen ook volledig wordt benut. De V&V organisaties (bestuurlijk) zouden in overleg met de opleiding tot SO tot maatregelen moeten komen die resulteren in het aantrekken van meer basisartsen die de opleiding gaan volgen. De respondenten, voornamelijk SO's, vinden het vooral van belang om jongeren of studenten tijdens stages of coschappen kennis te laten maken met de ouderenzorg. Tijdens deze stages of coschappen kunnen toekomstige professionals kennis maken en ervaren dat de ouderenzorg een uitdagend beroep is: *“onbekend maakt onbemind”, dus is het van belang om studenten kennis te laten maken met positieve aspecten van het beroep.*” Op dit moment lopen geneeskunde studenten wel een verplichte korte stage in het verpleeghuis maar zij zien dan voornamelijk verzorgende/verpleegkundige taken waarmee het werk van de SO onvoldoende zichtbaar wordt. De SO's geven aan hierin ook een taak te hebben. Zij zouden de studenten kunnen begeleiden tijdens deze stage, zodat studenten daadwerkelijk kennismaken met het beroep van de SO. Een aantal

SO's geeft aan dat het belangrijk is om basisartsen aan te stellen, zodat zij door ervaring op te doen in een verpleeghuis ook geënthousiasmeerd kunnen worden te kiezen om de opleiding tot SO te volgen. Hetzelfde geldt volgens de respondenten ook voor bijvoorbeeld de verpleegkundige opleiding (mbo- en hbo). Belangrijk is dat verpleegkundige studenten zicht krijgen op wat zij kunnen toevoegen aan de ouderenzorg vanuit hun expertise. De hbo-verpleegkundigen zouden bijvoorbeeld een grotere rol kunnen hebben in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, het introduceren van het werken volgens evidence-based richtlijnen/protocollen, het ontwikkelen en implementeren van innovatieve zorgprojecten, en het coachen en scholen van andere medewerkers in het zorgteam. Voor een goede positionering van zorgprofessionals betekent dit dat V&V organisaties de verschillende functieprofielen en de bijbehorende taken helder in beeld moeten hebben, voor zover dat nog niet het geval is. Hierdoor wordt het onderscheid in functies duidelijker zichtbaar op de werkvloer in de dagelijkse zorg voor de ouderen. Binnen de stageplaatsen is het belangrijk dat verpleegkundige stagiaires niet alleen voor snuffelstages worden ingezet, maar in een langere verplichte stage meelopen met die discipline waar zij voor worden opgeleid. Op die manier krijgen studenten een reëel beeld van hun toekomstige werkzaamheden in de ouderenzorg.

Respondenten geven verder aan dat het werken in de ouderenzorg aantrekkelijker gemaakt kan worden door meer aandacht voor de verhouding werk en privé. Dat betekent voldoende personeel om bijvoorbeeld ANW-diensten te compenseren in tijd. SO's gaven aan dat het werk voor hen aantrekkelijker gemaakt kan worden door de 'oneigenlijke' taken en de reistijd tussen locaties te verminderen. Daarnaast zouden meer inspraak bij beleidsmaatregelen en het betrekken bij bestuurlijke zaken het werk ook aantrekkelijker maken.

Samenvattend is het belangrijk dat het imago van de ouderenzorg verbetert, waardoor meer mensen in de ouderenzorg willen gaan werken. Dat geldt zowel voor SO's als andere professionals. Daarnaast is het belangrijk voor bestuurders om de expertise van SO's te benutten bij bestuurlijke zaken aangaande de (medische) zorg. Daarmee wordt het beroep van SO aantrekkelijker, doordat zij zich meer gewaardeerd voelen en tevens geeft het draagvlak voor de besluiten die worden genomen en de maatregelen die hieruit voortvloeien.

### 3 AANBEVELINGEN

Op basis van de integrale analyse van bevindingen zijn 9 aanbevelingen geformuleerd. De aanbevelingen worden bij voorkeur regionaal door de V&V organisaties opgepakt, waarbij afstemming met relevante stakeholders in de ouderenzorg wenselijk is. De laatste 2 aanbevelingen kunnen per V&V organisatie worden opgepakt, mede gezien de verschillen die tussen V&V organisaties ervaren worden.

Het is aan te bevelen om:

1. een *regionale visie op ouderenzorg* te ontwikkelen, waarbij de oudere en zijn/haar vragen en behoeften centraal staan en niet de medische indicatie (holistische visie/concept Positieve Gezondheid). Het gaat hierbij zowel om de thuiswonende ouderen (extramuraal) als de ouderen die semi-/intramuraal (medische) zorg ontvangen. Er zou ingezet moeten worden op het cliënt-volgend werken. In de regionale visie zouden tevens de ervaren knelpunten beschreven moeten worden die de gewenste kwaliteit en continuïteit van de ouderenzorg in de regio negatief beïnvloeden. Op basis van deze knelpunten kunnen vervolgens aanbevelingen worden geformuleerd die gericht zijn op het verbeteren en behoud van de kwaliteit en continuïteit van de ouderenzorg in de regio. De regionale visie wordt idealiter niet alleen met de V&V organisaties, bestuurders en SO's, maar ook met andere stakeholders opgesteld zodat er breed draagvlak is en passende maatregelen kunnen worden vastgesteld en uitgevoerd. Regionale stakeholders die betrokken kunnen worden zijn, onder meer: bestuurders van V&V organisaties, van huisartsenorganisaties/zorggroepen, van ziekenhuizen, en van welzijnsorganisaties. Vanwege expertise in de dagelijkse zorg is het echter aan te bevelen om ook professionals hierbij te betrekken, zoals SO's, huisartsen, (klinische) geriaters, VS'en, PA's, (wijk)verpleegkundigen, (GZ-) psychologen en maatschappelijke werkers en ten slotte financiers, zoals zorgverzekeraars en gemeente. Het is ook belangrijk om de doelgroep ouderen en naasten te betrekken bij de visie ontwikkeling. Een brede vertegenwoordiging draagt bij aan het draagvlak en daarmee de implementatie van maatregelen die voortvloeien uit de regionale visie en waar men op in wil zetten.  
Voorliggend rapport kan als eerste aanzet worden gebruikt, zie hieronder de aanbevelingen (2 t/m 7 die in de regionale visie uitgewerkt zouden kunnen worden.
2. de deskundigheid van het V&V-team te vergroten en het *V&V-team te versterken* onder andere door het creëren van een 'evidence-based/persoonsgerichte' leer- en werkcultuur. Regelmatig krijgen SO's vragen van verzorgende/verpleegkundige aard voorgelegd omdat de deskundigheid van het V&V-team op dit moment niet toereikend is. Dit kan worden opgevat als 'oneigenlijke taken' van een SO, waarmee ook de SO niet efficiënt wordt ingezet. Er is in een landelijk project in vier verpleeghuizen ervaring opgedaan met het versterken van de leer- en werkcultuur van het V&V-team in het verpleeghuis. Dit model kan worden gehanteerd om de deskundigheid van het V&V-team te vergroten. Daarnaast zou moeten worden gekeken of de

functiemix optimaal is, kortom zijn in het team zowel helpende, verzorgenden, verpleegkundigen en hbo-verpleegkundigen werkzaam. De hbo-verpleegkundigen zou in haar takenpakket expliciet de taak kunnen krijgen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren samen met het V&V-team en het coachen van het V&V-team.

3. *medische taken te verschuiven naar een PA of VS*, waarbij de PA en de VS een wettelijke bevoegdheid heeft om laag tot middel complexe zorgvragen zelfstandig te behandelen in de eerstelijns of in de semi-/intramurale setting. Het verschuiven van medische taken naar deze professionals biedt ruimte aan de SO om zorg in de eerstelijns te verlenen en in de semi-/intramurale setting zich volledig te richten op de hoog complexe zorgvragen. Landelijk zijn 'best practices' aanwezig die als voorbeeld kunnen dienen. Onlangs is ook in de regio de inzet van een PA geëvalueerd en zijn er aanbevelingen geformuleerd voor enerzijds het goed borgen van de inzet van de PA op die specifieke locatie en aanbevelingen voor verdere uitrol binnen deze V&V organisatie. Andere verpleeghuizen in de regio kunnen hier van leren, waarbij het van belang is om rekening te houden met de lokale context en, bij de keuze voor een PA of een VS, met de specifieke behoefte.
4. te verkennen of verdergaande *verschuiving van taken* gerelateerd aan gedragsproblematiek, sociaal-emotionele problemen of psychosociale problemen naar de *(GZ-)psycholoog of maatschappelijk werkers* mogelijk is. Het inzetten van specialistische kennis bij gedrag gerelateerde problematiek kan bijdragen aan het voorkomen van ongemak en onrust zowel voor de oudere zelf als voor de omgeving of voorkomen van ernstigere psychische stoornissen. Er zijn geen landelijke of regionale onderzoeken bekend die de effecten beschrijven. Het is daarom aan te bevelen om verder onderzoek te doen naar de inzet van (GZ-)psychologen en maatschappelijk werkers; voor welke problematiek worden zij ingezet?; wat is het effect op de oudere cliënt?; en draagt het bij aan ontlasting van het V&V-team en de SO?.
5. een aantal SO's volledig vrij te spelen voor *inzet in de eerstelijns voor de thuiswonende ouderen (i.e. huisartsenzorg)*. Waarbij de SO's 'dedicated' ingezet worden en zich kunnen specialiseren in de specialistische ouderenzorg in de eerstelijns ter uitvoering van de Wlz-indicatie, zorgverzekeringswet en ter ondersteuning van de huisartsen(praktijk). Het inzetten van SO's in de eerstelijns draagt, door pro-actief handelen en tijdige signalering van problemen, bij aan preventie, dat wil zeggen het voorkomen en/of uitstel van crisissituaties. De SO ondersteunt de huisartsen enerzijds bij de hoog complexe zorgvragen van thuiswonende ouderen met een Wlz-indicatie. Anderzijds draagt de SO bij aan deskundigheidsbevordering van huisartsen en ander professionals in de eerstelijns bijvoorbeeld door het aanbieden van scholing en casuïstiek bespreking. Het werken in de eerstelijns vraagt om andere expertise van de SO in vergelijking met verpleeghuissetting en er dient voldoende SO capaciteit te worden vrijgespeeld om de ouderenzorg in de thuissituatie te verbeteren.

6. te verkennen of de *ANW-zorg anders ingericht* zou kunnen worden ter ontlasting van de SO's. De ANW-zorg wordt als relatief zwaar ervaren door de SO's. Het is daarom wenselijk te inventariseren op welke wijze SO's hierin ontlast zouden kunnen worden. Een van de managers gaf aan dat hij bij een andere organisatie positieve ervaringen heeft met de samenwerking huisartsenpost en verpleeghuizen ten aanzien van de ANW-zorg; huisartsen en SO's dragen gezamenlijk zorg voor de ouderen in de thuissituatie en in het verpleeghuis. Maar er kan ook gedacht worden om de ANW-zorg regionaal te organiseren, waarbij SO's niet alleen dienst hebben voor de eigen V&V organisatie maar bereikbaar zijn voor andere V&V organisaties. Ook de inzet van PA's en VS'en in de ANW-diensten kan verder worden verkend. Uiteraard dient rekening gehouden te worden met de reisafstanden, zodat een professional ook binnen afzienbare tijd op locatie aanwezig kan zijn.
7. een *regionaal opleidingsplan* te ontwikkelen, in samenwerking met het Radboudumc geneeskunde opleiding en opleiding tot SO (VOSON), gericht op het vroegtijdig kennismaken met het beroep van SO als ook het invullen van alle beschikbare opleidingsplaatsen. Er wordt onder meer gedacht aan verplichte coschappen, waarbij geneeskunde studenten kennis maken met het beroep van de SO door mee te lopen met een SO. Vroegtijdige kennismaking zou mogelijk kunnen resulteren in meer basisartsen die kiezen voor de opleiding SO. Het is belangrijk dat SO's ook de ruimte in hun takenpakket krijgen om coschappen te begeleiden en arts-assistent-in-opleiding (aio's) SO te superviseren. Ook landelijk zijn er ervaringen opgedaan om het beroep van SO aantrekkelijker te maken. Het is goed om in de verkenning kennis te nemen van landelijke afspraken en ervaringen op dit gebied.

In voorliggend onderzoek zijn ook nog enkele ander punten naar voren gekomen, die met name per V&V organisatie opgepakt en uitgewerkt zouden moeten worden, gezien de verschillen tussen organisaties. Het is aan te bevelen om:

8. goede *secretariële ondersteuning* op alle locaties aan te bieden. SO's geven aan baat hebben bij (extra) secretariële ondersteuning. Mede door het heen en weer reizen tussen de verschillende locaties mist de SO een vast aanspreekpunt waar zaken als aanvragen van hulpmiddelen, inscannen van documenten en vastleggen van verwijzingen en invoeren van (nieuwe) gegevens in het eigen systeem uitgevoerd zouden kunnen worden. Het is aan te bevelen dat iedere V&V organisatie kijkt op welke wijze de secretariële/administratieve ondersteuning per locatie goed kan worden ingericht, zodat de SO's efficiënter kunnen worden ingezet in de patiëntenzorg.
9. *SO's te betrekken bij bestuurlijke aangelegenheden* in de eigen organisatie (en op regio niveau), die de medische zorg betreffen. SO's vinden dat zij te weinig betrokken zijn bij bestuurlijke aangelegenheden, terwijl zij goed zicht hebben op knelpunten in de dagelijkse zorg. SO's betrekken bij bestuurlijke aangelegenheden maakt dat zij zich meer gewaardeerd voelen.



Voorbeelden zijn: het ontwikkelen van een regionale visie op de ouderenzorg en daaruit voortvloeiende besluiten en maatregelen. SO's willen graag een stem hebben als het gaat om de invulling van de 24-uurs behandelfunctie, zodat voorkomen wordt dat hun vak 'uitholt' door het verschuiven van taken, maar ook omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor goede ouderenzorg. De wijze waarop SO's betrokken zijn bij bestuurlijke aangelegenheden varieert per V&V organisatie. In een dialoog met SO's en bestuurders/managers kan worden vastgesteld wat de wensen zijn van SO's op dit gebied.

## 4 SCENARIO'S EN EEN AANZET TOT IMPLEMENTATIE

In het vorige hoofdstuk zijn 9 aanbevelingen geformuleerd. In overleg met de Stuurgroep zijn 4 aanbevelingen in dit hoofdstuk verder uitgewerkt. Dit betreft een eerste aanzet tot implementatie. De volgende twee overwegingen liggen ten grondslag aan de keuze voor uitwerking van deze 4 aanbevelingen:

1. De scenario's richten zich op een regionale verbetering van de inrichting van de 24-uurs medische behandelfunctie, waarbij de expertise van de SO's optimaal ingezet kan worden dan wel de SO's worden vrijgespeeld voor hoog complexe zorgvragen in de semi-/intramurale en extramurale setting.
2. De scenario's en de te volgen stappen liggen in de cirkel van invloed van bestuurders in samenspraak met SO's, waardoor implementatie of een verdere verkenning met externe partijen op relatief korte termijn in gang gezet kan worden.

De voorgestelde innovaties zijn:

1. Versterken V&V-team (aanbeveling 2)
2. Taakverschuiving naar een PA of VS (aanbeveling 3)
3. Extramurale inzet van SO's (aanbeveling 5)
4. Anders organiseren van de ANW-zorg (aanbeveling 6)

Ten grondslag aan de verdere uitwerking en implementatie van deze scenario's ofwel organisatorische innovaties ligt idealiter een **regionale visie op ouderenzorg** (aanbeveling 1).

De eerste twee organisatorische innovaties zijn gericht op het ontlasten van de SO, waardoor capaciteit wordt vrijgespeeld voor optimale inzet van de SO's in de semi-/intramurale en extramurale setting. Met beide innovaties zijn landelijk al ervaringen opgedaan. Het is bekend wat de (ervaren) effecten zijn op patiënt uitkomsten, kwaliteit en continuïteit van zorg en op werkplezier van professionals. De laatste twee organisatorische innovaties zijn gericht op het verbeteren van de samenwerking in de keten, waarbij SO's gepositioneerd worden in de eerstelijnszorg ter ondersteuning en ontlasting van huisartsen bij hoog complexe zorgvragen en waarbij de mogelijkheid wordt geopend om de ANW-zorg gezamenlijk te organiseren in de regio. Landelijk zijn er al positieve ervaringen met de inzet van SO's in de huisartsenpraktijk en er zijn ook een aantal evaluatiestudies uitgevoerd naar de effecten. Echter, de gekozen organisatiemodellen zijn verschillend. Het gezamenlijk organiseren van de ANW-zorg staat nog in de kinderschoenen. Hiervan zijn nog geen resultaten bekend.

Tijdens de laatste werksessie (december 2019) met bestuurders/managers en SO's zijn deze vier organisatorische innovaties geïntroduceerd en besproken. De deelnemers gaven aan dat in feite alle innovaties verder moeten worden verkend, uitgewerkt en geïmplementeerd. Bij prioritering, zouden de aanwezigen de prioriteit leggen bij de implementatie van scenario 1 en 2. Het moment waarop implementatie kan plaatsvinden moet nog worden afgestemd en ook moet worden vastgesteld welke

V&V organisaties met de verschillende innovaties aan de slag willen gaan. De besluitvorming hierover ligt bij de V&V organisaties en valt buiten het bestek van de opdracht van de HAN.

De implementatie van zorgverbeteringen vraagt om een gedegen proces, van probleemanalyse tot evaluatie en borging van de verbetering. Dit geldt bij de implementatie van evidence-based richtlijnen of interventies gericht op de directe patiëntenzorg, maar ook voor organisatorische innovaties of interventies. De vier innovaties worden in de volgende paragrafen uitgewerkt in een schema, waarbij aandacht is voor het probleem, beoogd resultaat, interventie, regionale en landelijke ontwikkelingen en afsluitend een aantal aandachtspunten met als kop 'en verder ...'. De innovatie dient lokaal uitgewerkt te worden in een implementatieplan. ZonMw heeft een model implementatieplan ontwikkeld wat hierin kan ondersteunen (ZonMw, 2020). Het is belangrijk om te realiseren dat een implementatieplan geen blauwdruk is, maar om bijstelling vraagt afhankelijk van de lokale context en van de voortgang en problemen die bij implementatie ervaren worden.

#### 4.1 Het versterken van het V&V-team

Probleem	Regelmatig krijgen SO's vragen van verzorgende/verpleegkundige aard voorgelegd omdat de deskundigheid van het V&V-team op dit moment niet toereikend is. Dit kan worden opgevat als 'oneigenlijke taken' van een SO, waarmee ook de SO niet efficiënt wordt ingezet. Het V&V-team bestaat uit zorgverleners met een verschillend opleidingsniveau. Meer dan 60% van het V&V-team in verpleeghuizen bestaat uit verzorgenden IG (mbo-niveau 3). Zij zijn opgeleid om basiszorg te verlenen, terwijl de ouderen aan wie zij zorg verlenen complexe zorgbehoeften hebben. Ongeveer 17% is een mbo-verpleegkundige en 7% is een hbo-verpleegkundige (Brink, Joldersma, 2016).
Beoogd doel	De kwaliteit en kwantiteit van het V&V-team vergroten ten gunste van de kwaliteit van de ouderenzorg en efficiënte inzet van SO capaciteit voor complexe medische zorgvragen.
Innovatie	1) het versterken van de V&V-teams in aantallen, dus meer zorgverleners; 2) versterking van het V&V-team in niveau van opleiding, dus de inzet van mbo en hbo opgeleide verpleegkundigen; en 3) versterking van de kennis, vaardigheden en houding van het V&V-team, met waardering voor de verworven competenties.
Vorbereiding	Stel een projectgroep samen met daarin vertegenwoordiging van relevante stakeholders en stel een ervaren projectleider aan. Begin klein, indien nodig kan de groep later worden uitgebreid afhankelijk van de lokale context. Op basis van nationaal onderzoek wordt aangeraden om in ieder geval de volgende stakeholders te betrekken. Van iedere groep neemt in principe een deelnemer deel, waarbij wel stakeholders van verschillende V&V organisaties vertegenwoordigd zijn.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurder en/of manager</li> <li>• SO</li> <li>• Hbo-verpleegkundige; optioneel VS</li> <li>• Verpleegkundige/verzorgende</li> <li>• Vertegenwoordiging oudere (oudere, naaste of cliëntenraad)</li> <li>• praktijkopleiders mbo- en hbo verpleegkundige opleidingen</li> <li>• HR-adviseur</li> </ul> <p>Deze projectgroep stelt een implementatieplan op en communiceert dit plan met de achterban. Soms zal het noodzakelijk zijn om deelaspecten in het implementatieplan uit te werken in dialoog met de achterban.</p>
<p>Bepaal waar de innovatie gaat plaatsvinden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begin met een proeftuin op 2 tot 4 locaties.</li> <li>• Een stabiel team en een krachtige manager zijn voorwaardelijk om de innovatie op te zetten en uit te voeren.</li> </ul>
<p>Tips om te verwerken in een implementatie-plan</p>	<p>Een implementatieplan is altijd gebonden aan de context. Ga met het projectteam aan de slag om een implementatieplan te ontwikkelen. Maak hierin gebruik van de volgende acties die succesvol bleken uit onderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begin met een visie op verantwoorde personeelssamenstelling ten behoeve van hoogwaardige kwaliteit en toegankelijke zorg (Lovink et al., 2017; Waardigheid en Trots<sup>b,c</sup>, z.d.).</li> <li>• Stel per V&amp;V-team en locatie vast wat de huidige en optimale functiemix zou zijn uitgaande van de complexiteit van zorgvragen en -behoeften van de ouderen in de semi-/intramurale setting.</li> <li>• Zet in op het aanstellen van hbo-verpleegkundigen. Door hbo-verpleegkundigen in het verpleeghuis in te zetten als coach voor het V&amp;V-team wordt optimaal gebruik gemaakt van hun competenties wat bijdraagt bij aan hun werkplezier (Backhaus, 2017). Dit draagt indirect ook bij aan het verkleinen van arbeidsmarkt schaarste door behoud van en het aantrekken van hbo-verpleegkundigen. De ouderenzorg wordt voor hbo-verpleegkundigen daardoor een aantrekkelijke werkgever. Door het invullen van de rol van coach heeft de hbo-verpleegkundige een directe toegevoegde waarde voor het zorgteam. Leden van het zorgteam worden in staat gesteld om 'de beste zorg' voor elke cliënt te leveren en dit sluit bij hun intrinsieke motivatie. Denk bij het aanstellen van hbo-verpleegkundigen zeker ook aan een passend functieprofiel voor hbo-verpleegkundigen, passend bij de competenties.</li> <li>• Ontwikkel een cultuur waar leren van elkaar en verbeteren centraal staat, zowel binnen V&amp;V-teams als binnen de interprofessionele teams. Dit kan door gebruik te maken van het ontwikkelde ebp-handboek dat online beschikbaar is. Zie het online EBP Handboek op: <a href="https://www.han.nl/onderzoek/werkveld/projecten/handboek-ebp/">https://www.han.nl/onderzoek/werkveld/projecten/handboek-ebp/</a></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kom tot afspraken met opleidingen over de invulling van stages in de ouderenzorg (aanbeveling 7). Op basis van ervaringen blijkt dat verpleegkundigen die gedurende hun opleiding een goede stage-ervaringen hebben opgedaan in de ouderenzorg, eerder geneigd zijn om later te gaan werken in de ouderenzorg.</li> <li>• Zet actief in op het verbeteren van het imago van de ouderenzorg en goed werkgeverschap (aanbeveling 9) door bijvoorbeeld door het waarderen van alle leden in het V&amp;V-team. Zij hebben een eigen unieke waarde in de zorg voor oudere in de semi-/intramurale setting.</li> <li>• Zet in op deskundigheidsontwikkeling voor V&amp;V, aangezien de zorgvraag en -behoeften van de ouderen complexer wordt. Het is belangrijk om dit positief te framen.</li> <li>• Sluit aan bij een kennisnetwerk, zoals Universitair kennisnetwerk ouderenzorg Nijmegen (UKON<sup>a</sup>). Zij kunnen ondersteunen in het versterken van het V&amp;V-team.</li> </ul>
<p>Wat gebeurt er al in de regio?</p>	<p>Op dit moment nemen twee V&amp;V organisaties (de Waalboog en ZZG Zorggroep) met verschillende locaties deel aan het project EVIDENCE 2.0 onder leiding van de HAN University of Applied Sciences, dat zich richt op het verbeteren van persoonsgerichte zorg door een interprofessioneel team van zorgprofessionals. Dit momentum kan gebruikt worden om ook andere V&amp;V-teams in de organisatie te versterken. Zij kunnen zelfstandig aan de slag en gebruik maken van het ontwikkelde ebp-handboek dat online beschikbaar is. Als meerdere V&amp;V organisaties en locaties deelnemen, kunnen ervaringen worden uitgewisseld en zou mogelijk ook een interne coach meerdere teams op verschillende locaties kunnen aansturen. De hbo-verpleegkundige (en eventueel een VS) zou de rol van interne coach kunnen vervullen. Dit is passend bij het opleidingsprofiel.</p> <p>Gezien de ontwikkelingen in de ouderenzorg, heeft UKON een onderzoeksprogramma Verzorging en Verpleging opgezet (UKON<sup>b</sup>, z.d.). De focus van dit programma is het professionaliseren, verbeteren en innoveren van de zorg aan kwetsbare mensen, door het delen van kennis. Het onderzoek richt zich op de gehele functiemix van verpleegassistenten, verzorgenden, (hbo-)verpleegkundigen en VS'en, en op hoe zij kunnen samenwerken en elkaar versterken. Binnen dit programma is een expertteam opgesteld dat bestaat uit verzorgenden, (hbo-)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten van zorgorganisaties die aangesloten zijn bij het UKON. Het houdt zich onder meer bezig met inhoudelijke thema's zoals het functieprofiel van de hbo-verpleegkundige in het verpleeghuis (UKON<sup>b</sup>, z.d.)</p>

Wat gebeurt er landelijk?	Landelijk is er veel aandacht voor het versterken van het V&V-team in verpleeghuizen. Zo is één van de doelstellingen van het programma 'Thuis in het verpleeghuis, waardigheid en trots op elke locatie' van het ministerie van VWS: voldoende gemotiveerde en deskundige zorgverleners (Waardigheid en trots- thuis in het verpleeghuis <sup>b</sup> , z.d.). Daarnaast is als onderdeel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg een tool voor verantwoorde personeelssamenstelling ontwikkeld die door verschillende betrokkenen (team, cliënt, management, bestuurder, human resource) kan worden toegepast om de personeelssamenstelling (nog) beter af te stemmen op de cliënten. In de regio kan gebruik worden gemaakt van deze informatie en tools (Waardigheid en trots – verantwoorde personeelssamenstelling <sup>c</sup> , z.d.).
En verder...	Voer een SWOT-analyse uit om kansen en bedreigingen in de context te bepalen. De SWOT-analyse richt zich op verschillende niveaus: Zorgregio, V&V organisatie, locatie en teams. In deze analyse kan ook externe stakeholder, te weten verpleegkundige mbo- en hbo-opleidingen, meegenomen worden. Op basis van de SWOT-analyse wordt ook vastgesteld welke strategieën ingezet moeten worden ingezet, te denken aan informerende, draagvlak vergrotende en faciliterende strategieën. Het is belangrijk om in de SWOT-analyse aandacht te hebben voor alle drie de aspecten van de innovatie. Het implementatieplan van ZonMw kan als leidraad gebruikt worden (ZonMw, 2020)  Vergeet niet om regelmatig met elkaar te reflecteren en evalueren op de ontwikkelingen en versterking van het V&V-team. Leiden de ingezette acties ook tot het gewenste resultaat?

## 4.2 Taakverschuiving naar een PA of een VS

Probleem	Er is een tekort aan SO's en de instroom uit de opleiding is onvoldoende om dit oplopende tekort in de nabije toekomst op te vangen met SO's. De continuïteit van zorg door basisartsen is onvoldoende gegarandeerd.
Beoogd doel	Hoogwaardige kwalitatieve en toegankelijke ouderenzorg en afgenomen werkdruk voor SO's.
Innovatie	Het vergroten van de personele capaciteit om medische zorg te bieden voor ouderen die extramuraal en semi-/intramurale zorg ontvangen, onder voorwaarden dat de kwaliteit en continuïteit van de medisch zorg wordt behouden dan wel verbeterd. De personele capaciteit kan worden vergroot door het opleiden

	en/of aannemen van PA's of VS'en. Zij zijn wettelijk bevoegd en bekwaam om medische taken van SO's over te nemen.
Vorbereiding	<p>Stel een projectgroep samen met daarin vertegenwoordiging van relevante stakeholders en stel een ervaren projectleider aan. Begin klein, indien nodig kan de groep later worden uitgebreid afhankelijk van de lokale context.</p> <p>Op basis van (inter)nationaal onderzoek wordt aangeraden om in ieder geval de volgende stakeholders te betrekken. Van iedere groep neemt in principe een deelnemer deel, waarbij wel stakeholders van verschillende V&amp;V organisaties vertegenwoordigd zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurder en/of manager</li> <li>• SO</li> <li>• PA en/of VS</li> <li>• Verpleegkundige/verzorgende</li> <li>• Vertegenwoordiging oudere (oudere, naaste of cliëntenraad)</li> </ul> <p>Deze projectgroep stelt een implementatieplan op en communiceert dit plan met de achterban. Soms zal het noodzakelijk zijn om deelaspecten in het implementatieplan uit te weken in dialoog met de achterban.</p>
Bepaal waar de innovatie gaat plaatsvinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begin op enkele locaties, bijvoorbeeld 2 tot 4 locaties</li> <li>• Draagvlak binnen de SO's is voorwaardelijk voor de plaats waar de innovatie plaats gaat vinden.</li> <li>• Bekendheid van SO's en ander professionals over de taken en verantwoordelijkheden van PA's en VS'en is belangrijk voor goede inbedding van de PA of VS in het medische team.</li> </ul>
Tips om te verwerken in een implementatie plan	<p>Een implementatieplan is altijd gebonden aan de context. Ga met het projectteam aan de slag om een implementatieplan te ontwikkelen. Maak hierin gebruik van de volgende acties die succesvol bleken uit onderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begin met een visie op verantwoorde personeelssamenstelling, inclusief taakherschikking, ten behoeve van hoogwaardige kwaliteit en toegankelijke zorg (Lovink et al., 2017).</li> <li>• Verken draagvlak voor de inzet van PA's en VS'en. Uit onderzoek is bekend dat taakherschikking weerstand op kan roepen. Het is belangrijk te verkennen welke weerstand wordt ervaren en op welke wijze deze weerstand weggenomen kan worden. Weerstanden hebben vaak te maken met het feit dat mensen onvoldoende of verkeerd geïnformeerd zijn. Ook kan onzekerheid over eigen kennis of vaardigheden een rol spelen: wat betekent de introductie van een PA of een VS voor mijn functie? Het is belangrijk om hier zorgvuldig mee op te gaan. Het tijdig</li> </ul>

	<p>(h)erkennen van wat er speelt bij de betrokkenen, draagt bij aan een vlotte implementatie omdat vragen die spelen tijdig beantwoord kunnen worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kies bewust voor een PA of een VS.</i> Deze keuze is afhankelijk van de vraag op de semi-/intramurale locatie. De VS is een brugfunctionaris daar waar het gaat om verpleegkundige en medische zorg. De focus ligt op het verbeteren van de verpleegkundige zorg en deze te integreren met medische zorg. De nadruk ligt op het bio-psychosociaal model. De PA is een medische functionaris in het medische domein, binnen een deelgebied van de geneeskunde. De focus ligt op medische zorg, met de nadruk op het medische model maar rekening houdend met het bi psychosociaal model. In <b>bijlage 1</b> is nog een overzicht opgenomen, waarin de beroepsgroepen PA en VS worden toegelicht.</li> <li>• Optimaliseer de functiemix op locatie. Het Peppera- raamwerk kan worden gebruikt voor het vaststellen van de juiste personeelssamenstelling, ofwel de functiemix in een V&amp;V-organisatie of specifieke locatie. Het raamwerk biedt een stappenplan om allereerst een gezamenlijke visie op ouderenzorg te ontwikkelen in semi-/intramurale organisaties. Om op basis hiervan het gesprek te voeren over optimale functiemix. Iedere V&amp;V organisatie en/of locatie kan op basis van de visie en probleemanalyse een eigen afweging maken ten aanzien van de optimale personeelssamenstelling. In de <b>bijlage 2</b> is het raamwerk ter illustratie toegevoegd.</li> <li>• Start tijding met het werven van PA of VS. De opleiding Master Physician Assistant (PA's) en Master Advanced Nursing Practice (VS'en) starten september 2020, de werving van studenten start in het voorjaar 2020. Het lijkt wenselijk om op korte termijn te starten met de werving van studenten. Het zelf opleiden van PA's en VS'en kan helpen bij het creëren van draagvlak, omdat SO's samen met de PA's en VS'en invulling gaan geven aan het takenpakket en gedurende de opleiding steeds meer verantwoordelijkheden bij deze professionals kan worden neergelegd (groeimodel).</li> <li>• Gebruik goede voorbeelden als voorlopers om professionals te inspireren en informeren over de rol van een PA of VS in V&amp;V organisaties. Er zijn meerdere PA's en VS'en werkzaam of in opleiding in V&amp;V-organisaties binnen regio Nijmegen.</li> </ul>
<p>Wat gebeurt er al in de regio?</p>	<p>De ROSON heeft onlangs een document vastgesteld (ROSON, 2019) waarin beschreven staat wat taken van SO's zijn en welke taken van SO's, onder welke voorwaarden, gedelegeerd dan wel herschikt kunnen worden naar andere daartoe</p>



	<p>bevoegde professionals. Dit document vormt een mooie basis voor de taakverschuiving in de regio.</p> <p>Binnen ZZG heeft recent een evaluatie plaatsgevonden naar de PA binnen een locatie. Dit voorbeeld en de evaluatie kan gebruikt worden als aanvulling op een landelijk onderzoek, het betreft een 'best practices' in regio Nijmegen (Tordoir et al., 2020).</p>
<p>Wat gebeurt er landelijk?</p>	<p>Uit landelijk onderzoek is bekend dat PA's en VS'en in staat zijn om passende zorg te bieden. Onderzoek is uitgevoerd in diverse sectoren, waaronder de ouderenzorg (Lovink et al, 2019).</p> <p>In het voorjaar 2020 wordt verwacht dat werkgroep Verenso een document uitbrengt waarin de samenwerkingsafspraken taakherschikking ouderenzorg in zijn beschreven. Ook het document opgesteld door de KNMG, de NAPA en V&amp;VN-VS (2012) 'handreiking implementatie taakherschikking' biedt handige handvatten bij het verschuiven van taken naar een PA of een VS (KNMG, 2012). Het is belangrijk om deze documenten te vergelijken met het document dat is opgesteld door ROSON. De documenten kunnen helpen bij het vaststellen van afspraken in de regio en de implementatie van PA's en VS'en in V&amp;V organisaties.</p>
<p>En verder...</p>	<p>Voer een SWOT-analyse uit om kansen en bedreigingen in de context te bepalen. De SWOT-analyse richt zich op verschillende niveaus: Zorgregio, V&amp;V organisatie en locatie. Denk hierbij aan sociale context, organisatorische context en economische, politieke en juridische context. Uit voorliggend onderzoek zijn een aantal belemmerende factoren geïdentificeerd, waarvoor bij de implementatie aandacht voor moet zijn. Het is belangrijk om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) informatie te geven over de wettelijke bevoegdheden van PA's en VS'en en voor welke medische zorg zij ingezet kunnen worden;</li> <li>2) het opstellen van een functieprofiel voor PA's, VS'en en het herzien van het functieprofiel van SO's, zodat deze profielen op elkaar zijn afgestemd en passend bij ieders expertise en daarmee optimale ruimte biedt aan optimale positionering van deze professionals in de ouderenzorg;</li> <li>3) het opstellen van een werkdocument voor PA's en VS'en, waarin per V&amp;V organisatie en per locatie, de taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. Dit is een groeidocument;</li> <li>4) Het faciliteren van SO's om PA's en VS'en te superviseren, tijdens de opleiding en na diplomering ten behoeve van verdere ontwikkeling ten aanzien van specifieke medische taken. En het bieden van mogelijkheid tot collegiaal overleg na diplomering en afstemming van taken en verantwoordelijkheden;</li> </ol>

	<p>5) Opleiding van PA's en VS'en zijn gesubsidieerde opleidingen met een nummer fixus. De werving van kandidaten start in voorjaar, de opleidingen starten in september.</p> <p>Bepaal op basis van de SWOT-analyse welke strategieën nodig zijn om de implementatie soepel te laten verlopen. Op basis van bevindingen van voorliggend onderzoek is het aan te bevelen om informerende en draagvlak vergrotende strategieën in te zetten in vroeg stadium van het implementatieproces. Ook is het wenselijk faciliterende strategieën in te zetten. Deze strategieën zijn belangrijk bij het creëren van randvoorwaarden en daarmee een optimale positionering van de verschillende professionals in de medische zorg. Tot slot, het is wenselijk om de goede dialoog tussen bestuurders/managers en SO's op gang te brengen, om taakverschuiving überhaupt mogelijk te maken. Het betrekken van SO's als relevante partner in de stuurgroep van voorliggend onderzoek, is een voorbeeld van een samenwerking bevorderende strategie.</p>
--	---

### 4.3 Extramurale inzet van SO's

Probleem	<p>Ouderen blijven langer thuis wonen, waarmee de complexiteit van de zorgvraag toeneemt. Dit vraagt om specialistische expertise in de thuissituatie. De deskundigheid van huisartsen is ontoereikend om de juiste zorg te bieden. De LHV en Verenso hebben in 2014 een convenant gesloten, waarin afspraken zijn gemaakt rondom samenhangende geneeskundige zorg voor ouderen in de thuissituaties. In 2017 is dit regionaal bekrachtigd, maar worden de afspraken onvoldoende (structureel) opgevolgd. De huidige SO capaciteit is toereikend om semi-/intramurale medische zorg te verlenen, maar staat onder druk bij extramurale inzet.</p>
Beoogd doel	<p>Door de preventieve inzet van de SO kunnen crisisopnames worden vertraagd en (soms) worden voorzien waardoor opname voor de oudere, mantelzorger en betrokken professionals minder belastend is. Dit betreft een verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg in de eerstelijns. De huisarts wordt ondersteund en ontlast.</p>
Innovatie	<p>Het 'dedicated' inzetten van SO's in de eerstelijnszorg, waarmee de expertise van SO's structureel ter beschikking komt voor de thuiswonende ouderen met complexe zorgvragen en -behoeften. Het is hierbij belangrijk dat de SO's gespecialiseerd zijn/zich specialiseren in de complexe problematiek die zich in de eerstelijns voordoet.</p>

<p>Vorbereiding</p>	<p>Stel een projectgroep samen met daarin vertegenwoordiging van relevante stakeholders en stel een ervaren projectleider aan. Begin klein, indien nodig kan de groep later worden uitgebreid afhankelijk van de lokale context.</p> <p>Er wordt aangeraden om in ieder geval de volgende stakeholders te betrekken. Van iedere groep neemt in principe een deelnemer deel, waarbij wel stakeholders van verschillende V&amp;V organisaties vertegenwoordigd zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurder en/of manager V&amp;V organisatie</li> <li>• Bestuurder huisartsenorganisatie (OCE) of zorggroep (bv. STIELO)</li> <li>• SO met ervaring in de eerstelijns</li> <li>• Huisarts</li> <li>• Optioneel: POH/praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige</li> </ul> <p>Deze projectgroep stelt een implementatieplan op en communiceert dit plan met de achterban. Soms zal het noodzakelijk zijn om deelaspecten in het implementatieplan uit te weken in dialoog met de achterban</p>
<p>Bepaal waar de innovatie gaat plaatsvinden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start met een verkenning en neem hierin mee, in welke gebieden (meerdere huisartspraktijken) in de Zorgregio Nijmegen je wilt starten.</li> <li>• Start klein en breid de samenwerking geleidelijk uit naar andere gebieden.</li> </ul>
<p>Tips om te verwerken in een implementatie plan</p>	<p>Ga met het projectteam aan de slag om voor te bereiden op een implementatieplan. Er zijn een aantal voorwaarden waaraan voldaan moet worden om deze innovatie te implementeren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergroot eerst de personele capaciteit voor semi-/intramurale medische zorg in regio Nijmegen, zodat daarmee ruimte wordt gecreëerd voor extramurale inzet van SO's.</li> <li>• Daarnaast is het belangrijk om te verkennen welke SO's 'dedicated', met andere woorden structureel, ingezet zouden willen worden in de eerstelijnszorg.</li> <li>• Verken welke aanvullende expertise moeten SO's ontwikkelen om optimaal ingezet te worden in de eerstelijns.</li> <li>• Bekrachtig en herijk zo nodig de samenwerkingsafspraken met de huisartsenorganisaties en V&amp;V-organisaties.</li> <li>• Verken welke organisatiestructuur het beste past; probeer meerdere modellen uit.</li> </ul>
<p>Wat gebeurt er al in de regio?</p>	<p>Uit voorliggend onderzoek blijkt dat verschillende zorgverleners (waaronder SO's, VS-en en (GZ-)psychologen) maar ook bestuurders behoefte hebben aan meer samenwerking met de huisarts voor de zorg voor ouderen. Zowel huisartsen als SO's signaleren dat er een grotere vraag is naar de inzet van de SO waar niet altijd aan voldaan kan worden. De belangrijkste reden, volgens SO's is tijdgebrek.</p>

	<p>SO's die naast intramuraal ook in de eerstelijns werken, moeten vaak intramurale tekorten opvullen met uren vanuit de eerstelijns waardoor continuïteit in deze eerstelijns niet geborgd kan worden.</p> <p>In een regionaal convenant is de samenwerking tussen de SO en de huisarts vastgelegd en staan afspraken over de verantwoordelijkheden van de huisarts en de SO. Afspraken hierbij zijn specifiek gericht op consultering van de SO door de huisarts. De huisarts blijft steeds hoofdbehandelaar en behoudt dus de regie over de zorg voor de oudere patiënt.</p> <p>Hoe vanuit de verschillende V&amp;V organisaties de inzet van SO's in de eerstelijns wordt ingezet verschilt per organisatie. Enkele V&amp;V organisaties zijn erg actief op dit vlak maar andere V&amp;V organisaties helemaal niet. Ondanks het convenant is in de eerstelijns de inzet van een SO bijvoorbeeld niet altijd of niet constant beschikbaar. SO's geven aan dat huisartsen nog niet altijd op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot de inzet van de SO.</p> <p>In regio Nijmegen is een DementieNet actief. Het doel van dit netwerk is het verbinden van het zorg-, medische en welzijnsdomein voor thuiswonende mensen met dementie. DementieNet biedt ondersteuning om de dementiezorg in gezamenlijkheid te verbeteren en efficiënter te maken door beter af te stemmen. Wijchen werkt al sinds 2013 in een samenwerkingsverband rondom kwetsbare ouderen. Begin 2015 is de werkwijze van DementieNet hier verder in uitgerold. In het netwerk wordt samengewerkt door wijkverpleegkundigen van de ZZG zorggroep en Buurtzorg, een praktijkondersteuner, een zorgtrajectbegeleider, twee specialisten ouderengeneeskunde en een huisarts (Nieboer, 2018). Het starten met het versterken van DementieNet kan een keuze zijn om de eerstelijns te versterken.</p>
<p>Wat gebeurt er landelijk?</p>	<p>Zowel landelijk als regionaal is de inzet van de SO extramuraal een item. Zeker gezien het grotere aantal thuiswonende ouderen met in veel gevallen multimorbiditeit krijgt de huisarts vaker te maken met hoog complexe ouderenzorg. Een groot percentage van het cliëntenbestand van de huisarts bestaat uit ouderen. Volgens cijfers van het centraal planbureau van de statistiek woont 72% van de 75-plussers zelfstandig en staan bijna alle 75-plussers in contact met een of meerdere zorgverleners. Ook het SCP ziet een al langer gaande trend dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen. In 1980 leefde nog 63% van de 80-plussers in een verpleeghuis of verzorgingshuis, door de ontwikkelingen van de laatste jaren met de invoering van de participatiemaatschappij en het verdwijnen van de verzorgingshuizen woont nog 11% van de 80-jarigen in een verpleeghuis. Dit betekent uiteraard een toename van het aantal 80-plussers voor de huisartsen. Mede hierdoor zal de huisarts relatief vaak in aanraking komen met geriatrische problematiek. Als we kijken naar</p>

	<p>het aantal huisartsenbezoeken blijkt dat voornamelijk ouderen boven de 85 jaar het vaakst naar de huisartsenpraktijk gaan (Nivel zorgregistraties eerste lijn, 2019).</p> <p>De LHV schrijft in haar handreiking ‘Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde’ dat voor de juiste geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen de samenwerking tussen huisartsen en SO’s cruciaal is. Zij hebben in 2015 geconstateerd dat driekwart van de huisartsen zelf vinden dat zij onvoldoende tijd en te weinig expertise hebben voor ouderen met een complexe zorgvraag. Naast tijd meent de huisarts dat hij onvoldoende expertise met specifieke problematiek van kwetsbare ouderen heeft en is dat de reden om de SO in te schakelen (LHV, 2016). In 2014 sloten de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Verenso een convenant. Met als doel afspraken te maken rondom samenhangende geneeskundige zorg voor ouderen in de thuissituatie. En in 2016 hebben zij een handreiking opgesteld voor deze samenwerking.</p> <p>Om de zorg voor ouderen door de SO ook financieel haalbaar te maken heeft de Nza per 1 januari 2020 een specifieke beleidsregel voor de bekostiging van specialistische ouderenzorg door de SO opgesteld. Hierdoor kunnen SO’s eerstelijns consulten declareren bij de zorgverzekeraar volgens de Zorgverzekeringswet (ZvW).</p> <p>Er zijn landelijk voorbeelden beschikbaar waarin de samenwerking tussen huisartsen en SO’s goed is georganiseerd. Voorbeelden zijn onder meer GeriHome (Gerihome, z.d.), Zorgorganisatie Eerstelijns (ZEL, z.d.), en een voorbeeld waar SO’s in de regio vaak naar verwijzen: Praktijk OuderenGeneeskunde Bertholet (POGB, z.d.)</p>
En verder...	<p>In een SWOT-analyse zouden de kansen en bedreigingen in beeld gebracht moeten worden. In voorliggend onderzoek zijn reeds een aantal aandachtspunten benoemd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maak inzichtelijk hoeveel SO capaciteit in de eerstelijns (i.e. aantal uren) nodig is om huisartsen te ondersteunen bij de complexe zorgvragen (consultatie), maar ook hoeveel uur nodig is voor coaching van huisartsen en andere medewerkers in de huisartsenpraktijk;</li> <li>• leg vast welke SO capaciteit beschikbaar is voor de thuiswonende ouderen met complexe zorgvragen (ter ondersteuning van de huisartsen) en borg dat er voldoende SO capaciteit beschikbaar is, met andere woorden dat deze tijd niet wordt ingezet om tekorten semi-/intramuraal op te vullen;</li> <li>• de SO capaciteit extramuraal hangt samen met SO capaciteit intramuraal. Het zijn communicerende vaten: als de zorg extramuraal beter inspeelt op problematiek van ouderen, kan mogelijk opname van ouderen in verpleeghuis worden voorkomen dan wel uitgesteld. Hoe de capaciteit precies verdeeld zou moeten worden is nog onduidelijk en vraagt om een verdere verkenning;</li> <li>• bestudeer een aantal (landelijke) organisatievormen, zodat voor de regio de meest passende organisatievorm kan worden gekozen;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geef SO's toegang tot het patiëntendossier, zodat hij/zij de gegevens (historie) van de oudere cliënt kan inzien en ook kan aanvullen wat de gewenste behandeling is.</li> <li>• draag zorg voor secretariële/administratieve ondersteuning van SO's die werkzaam zijn in de eerstelijns.</li> <li>• consulten van SO's in de eerstelijns kunnen direct bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd met de prestatiecode specialistische ouderenzorg. De zorg die onder de Wlz valt, wordt vergoed vanuit het zorgkantoor. Hier dienen afspraken over gemaakt te worden.</li> <li>• Voor innovatieve projecten is het vaak mogelijk om losse (tijdelijk) financiering te krijgen, en mogelijk dat ook met de gemeente afspraken gemaakt kunnen worden als de SO een taak heeft in het verbeteren van het welbevinden van ouderen.</li> </ul>
--	--

#### 4.4 Anders organiseren van de ANW-zorg

Probleem	In de huidige situatie wordt de ANW-zorg per V&V organisatie georganiseerd. In veel gevallen is er een verpleegkundige achterwacht of zorgverlener (triagegist) die de triage uitvoert. Indien de triagist beoordeelt dat er een SO moet worden ingeroepen zal de SO die dienst heeft worden gebeld. SO's in een aantal V&V-organisaties ervaren het draaien van ANW-diensten belastend en er zijn signalen dat ANW diensten nauwelijks opgevuld kunnen worden. Daarbij komt dat deze belasting met name jongere SO's betreft, omdat SO's vanaf 55 jaar geen diensten meer hoeven te draaien. Daarnaast lijkt het wenselijk dat SO's in de toekomst ook in de ANW-zorg beschikbaar zijn voor complexe zorgvragen van thuiswonende ouderen.
Beoogd doel	Ontlasten van SO's in de ANW-diensten en daarbij SO's beschikbaar stellen voor complexe zorgvragen van thuiswonende ouderen. Daarmee het borgen van de kwaliteit en continuïteit van de ANW-zorg voor extramurale en semi-/intramurale zorgvragen.
Innovatie	Het samen aanbieden van ANW-zorg aan extramurale en semi-/intramurale zorgvragen door de huisartsenpost(en) en V&V organisaties in de Zorgregio Nijmegen.
Vorbereiding	<p>Stel een projectgroep samen met daarin vertegenwoordiging van relevante stakeholders en stel een ervaren projectleider aan. Begin klein, indien nodig kan de groep later worden uitgebreid afhankelijk van de lokale context.</p> <p>Er wordt aangeraden om in ieder geval de volgende stakeholders te betrekken.</p> <p>Van iedere groep neemt in principe een deelnemer deel, waarbij wel stakeholders van verschillende V&amp;V organisaties vertegenwoordigd zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurder en/of manager V&amp;V organisatie</li> <li>• Bestuurder huisartsenorganisatie (OCE)</li> <li>• SO</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisarts</li> <li>• Vertegenwoordiging oudere (oudere, naaste of cliëntenraad)</li> </ul> <p>Deze projectgroep begint met een verkenning, waaruit een implementatieplan kan volgen. Het is belangrijk om nauw samen te werken met de achterban om draagvlak te creëren.</p>
Bepaal waar de innovatie gaat plaatsvinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start met een verkenning en neem hierin mee waar de innovatie kan gaan plaatsvinden.</li> </ul>
Tips om te verwerken in een implementatie plan	<p>Ga met het projectteam aan de slag om voor te bereiden op een implementatieplan. Een gedegen en grondige verkenning van het probleem is hiervoor noodzakelijk. Maak hierin gebruik van de volgende acties om een goede verkenning te komen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formuleer een visie op hoogwaardige ANW zorg voor ouderen in regio Nijmegen</li> <li>• Voer een kwantitatieve analyse uit van zorgvragen die zich in de ANW-zorg voordoen: hoe vaak wordt gebeld?, waarvoor?, betreft het medische basis- of specialistische zorg?, etc. Het gaat hierbij om een analyse van vragen huisartsenpost en in de semi-/intramurale setting.</li> <li>• Voer een kwalitatieve verkenning uit naar de ervaren werkdruk van SO's in ANW-diensten en wat de behoefte aan SO's is voor thuiswonende ouderen en de ouderen in semi-/intramurale instellingen.</li> <li>• Denk ook aan andere professionals die ingezet kunnen worden in de ANW-zorg voor (kwetsbare) ouderen in de thuissituatie of intramuraal, denk aan basisartsen, PA's en VS'en.</li> </ul>
Wat gebeurt er al in de regio?	<p>In de regio Nijmegen is een huisartsenpost, gelokaliseerd CWZ te Nijmegen. De huisartsenpost staat garant voor acute huisartsgeneeskundige zorg ANW. Huisartsenpost Nijmegen is er voor hulpvragen waarvan de patiënt vindt dat deze niet kunnen wachten tot reguliere dag zorg beschikbaar is. Hulpverleners geven door middel van triage antwoord op de hulpvraag van de patiënt en koppelen de hulpvraag aan een urgentiecode. Hiermee wordt de urgentie vastgesteld en de daarbij passende zorg geboden, dit kunnen telefonische adviezen zijn maar ook een direct consult van de huisarts, een visite door de huisarts of directe verwijzing naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. De meeste contacten betreffen contacten met ouderen van 85 jaar en ouder (of tussen de 0 en 4 jaar). Ook de groep van 75 jaar tot 84 doet relatief vaak een beroep op de huisartsenpost (Jansen et al, 2020).</p>
Wat gebeurt er landelijk?	<p>Tot op heden zijn geen voorbeelden bekend. In de handreiking van Waardigheid en Trots staat de mogelijkheid wel genoemd (LHV en Verenso, 2016).</p>
En verder...	<p>Deze innovatie staat nog helemaal aan het begin van de ontwikkeling. Een goede verkenning en draagvlak creëren zijn voor de nabije toekomst belangrijke stappen,</p>

	waarna een implementatieplan kan volgen. Een SWOT analyse dient meegenomen te worden in de verkenning.
--	--



## 5 DANKWOORD

Wij willen alle participanten die hebben deelgenomen aan het onderzoek hartelijk danken voor hun deelname. Zonder jullie openhartige inbreng tijdens de interviews, observaties en werksessies zouden we niet een goed beeld hebben kunnen krijgen ten aanzien van inzet van specialisten ouderengeneeskunde (SO's) in de regio, zowel in de eerste lijn als semimuraal en intramuraal en de knelpunten die worden ervaren. In het bijzonder willen we de 5 SO's danken die circa 2 dagen een gedetailleerde tijdsregistratie hebben gehouden. Hoewel dit nu een klein fragment in het onderzoek lijkt te zijn, geeft de tijdsregistratie een goed beeld van de (oneigenlijke) taken en tijdsinvestering van de SO's. Ook de SO's en huisarts waar we op open wijze zijn ontvangen, willen we hartelijk danken. Het was mooi om te zien hoe transparant er gewerkt wordt.

We willen Stef Huijboom (directeur/adviseur Get Aware B.V.) bedanken voor de ondersteuning bij de analyse van big data waarmee we inzicht hebben gekregen in de huidige SO capaciteit en de gewenste SO capaciteit in de (nabije) toekomst.

Ook willen we de stuurgroep, bestaande uit Jean Pierre van der Borgh (SO Waalboog), Wil Janssen (bestuurder ZZG zorggroep), Bert van Lingen (bestuurder Zorggroep Maas en Waal), Margje Lubbers (bestuurder OBG), Miranda de Valk (SO Waalboog) en Vicky van der Waaij (SO Zorggroep Maas en Waal) bedanken voor de kritische reflecties tijdens het onderzoek en (concept) eindrapportages. Tot slot, willen we Martine Heerkens, projectleider namens V&V organisaties bedanken, voor haar bijdrage aan het onderzoek, het leggen van contacten en haar kritische reflecties op de onderzoeksmethoden die we in dit onderzoek hebben toegepast en de (concept) eindrapportage.

## 6 REFERENTIES

- Backhaus, R. (2017). Thinking beyond numbers: nursing staff and quality of care in nursing homes. Geraadpleegd op 19 oktober 2019, van [https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl/sites/intranet.mumc.maastrichtuniversity.nl/files/hsr\\_mumc\\_maastrichtuniversity\\_nl/public\\_news\\_events/e-book\\_dissertatie\\_ramona\\_backhaus\\_-chapter\\_7-\\_for\\_publication.pdf](https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl/sites/intranet.mumc.maastrichtuniversity.nl/files/hsr_mumc_maastrichtuniversity_nl/public_news_events/e-book_dissertatie_ramona_backhaus_-chapter_7-_for_publication.pdf)
- Bal, R., Wallenburg I, Schuurmans, J.,(2019) De zorg moet regionaliseren. Medisch Contact, 2019. 08: van: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-zorg-moet-regionaliseren.htm>, Geraadpleegd 24 februari 2020
- Brink, M., Joldersma, C. KIWA, CAOP. (december 2016). Personeel en opleiden in verpleeghuizen. Geraadpleegd op 9 oktober 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/12/01/personeel-en-opleiden-in-verpleeghuizen>
- Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht. Geraadpleegd op 20 januari 2020, van <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-5-SO.pdf>
- De Bruijn-Geraets, D. P., Bessems-Beks, M. C. M., van Eijk-Hustings, Y. J. L., & Vrijhoef, H. J. M. (2015). VoorBIGhouden: Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Geraadpleegd op 1 november 2019 van <https://www.mumc.nl/sites/default/files/voorbighouden.pdf>
- De Jonge, H. (2017, 26 september). TK(2017/2018) Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector. Brief van staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 29282, nr.278 Geraadpleegd van [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/)
- De Klerk, M., Verberk-Oudijk, D., Plaisier, I. Den Draak, M. (red.) (2019). Zorg voor thuiswonende ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- DISK. (z.d.). Zorg & Wonen. Geraadpleegd op 15 februari 2020, van <https://www.digitale-sociale-kaart.nl/zorg-en-wonen.html>
- GerihOME. (z.d.). Zorggroep voor eerste lijns ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 24 februari 2020 van <http://www.geri-consult.nl/over-gerihome/>
- Ik Zorg: Ontdek zorg en welzijn. (z.d.) Geraadpleegd op 12 januari 2020, van <https://www.ontdekdezorg.nl/>
- iPH, institute for positive health. (z.d.). samenwerken aan positieve gezondheid. Geraadpleegd op 9 november 2019, van <https://iph.nl/>
- Jansen T, Ramerman L, Verheij R (9 januari 2020). Zorg op de huisartsenpost - omvang van zorggebruik. Uit: Nivel Zorgregistraties eerste lijn. Geraadpleegd op 10 februari 2020 van <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>
- Jong,A., Kooiker, S.,(2018). *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen, 1975-2040*. Den Haag: Planbureau voor de leefomgeving.
- KNMG. (november 2012). Handreiking implementatie taakherschikking (Tweede, aangevulde versie) Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken. Geraadpleegd op 10 november 2019 van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/taakherschikking.htm>
- Koenen, C. A., Westert, G. P., & Vijfvinkel, A. (2010). De kloof tussen generalist en specialist overbrugd. Samenwerking specialist ouderen-geneeskunde en huisarts, 6, 219. Geraadpleegd op 15 november 2019 van [https://www.verenso.nl/\\_asset\\_public/Tijdschrift/2010/2010-6-TvO-Tijdschrift.pdf#page=4](https://www.verenso.nl/_asset_public/Tijdschrift/2010/2010-6-TvO-Tijdschrift.pdf#page=4)
- Le Rütte. P. (18 juni 2019). Werkgroep aan de slag voor afspraken over taakherschikking. Verenso. Geraadpleegd op 20 november 2019, van <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2019/werkgroep-aan-de-slag-voor-afspraken-over-taakherschikking>
- LHV, Verenso. (oktober 2016). Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 8 oktober 2019, van <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/10/Handreiking-Samenwerking-huisarts-so.pdf>
- LHV. (2017, 22 maart). Betere zorg voor kwetsbare ouderen in Nijmegen en omgeving. Geraadpleegd op 08-11-2019, van <https://nijmegen.lhv.nl/actueel/nieuws/betere-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-nijmegen>

Lovink, M. (2019). The impact and organization of skill mix change in healthcare for older people: Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses (Doctoral dissertation). Radboud University Nijmegen. Geraadpleegd op 5 januari 2020 van [https://www.globalacademicpress.com/ebooks/marleen\\_lovink/](https://www.globalacademicpress.com/ebooks/marleen_lovink/)

Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, HAN.

Maas, I. A. M., & Jansen, J. (2000). Psychische (on) gezondheid; determinanten en de effecten van preventieve interventies. RIVM Rapport 270555001.

MO medisch ondernemen, (17 mei 2017). Steeds kortere lijntjes tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 9 november 2019, van <https://www.medischondernemen.nl/medisch-ondernemen/steeds-kortere-lijntjes-tussen-huisarts-en-specialist-ouderengeneeskunde>

Nederlandse Vereniging voor reumatologie (november 2017 ). NVR consensusdocument taakherschikking. Geraadpleegd op 1 november 2019 van: <https://www.napa.nl/dl-file.php?file=2017/11/consensusdreuma.pdf>

Nieuwboer, M., Van der Marck, M., Perry, M., Oostra, D., Van den Bergh. (2018) DementieNet: een programma voor verbetering van eerstelijnszorg voor mensen met dementie. Geraadpleegd op 10 januari 2020 van [https://www.dementienet.com/media/1271/pil201803\\_09\\_dementienet.pdf](https://www.dementienet.com/media/1271/pil201803_09_dementienet.pdf)

Nivel. (z.d.). Cijfers huisartsen - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Geraadpleegd op 10 februari 2020, van <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/cijfers-huisartsen>

Overheid.nl Tuchtrecht. (28 maart 2017). ECLI\_\_NL\_\_TGZSRGR\_\_2017\_\_52. Geraadpleegd op 10 januari 2020, van [http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2017/ECLI\\_NL\\_TGZSRGR\\_2017\\_51?zoekterm=verpleegkundig%20specialist&DomeinNaam=gezondheidszorg&Pagina=1&ItemIndex=9](http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2017/ECLI_NL_TGZSRGR_2017_51?zoekterm=verpleegkundig%20specialist&DomeinNaam=gezondheidszorg&Pagina=1&ItemIndex=9)

Platform Zorgmasters. (31 januari 2019). Van experiment naar wetgeving. Geraadpleegd op 5 november 2019 van <https://zorgmasters.nl/kennis/wetgeving/van-experiment-naar-wetgeving>

Platform Zorgmasters. (z.d.). VS en PA. Geraadpleegd op 15 november 2019, van <https://zorgmasters.nl/vs-en-pa/>

Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (POGB). (z.d.). Ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 24 februari 2020 van <http://praktijkouderengeneeskunde.nl/>

Qualiteit regionale transmurale zorg QUARTZ, (z.d.). Evaluatie pilotfase Inzet Specialist Ouderengeneeskunde in huisartsenpraktijk: pilot Deurne. Geraadpleegd op 9 januari 2020, van <https://www.elkerliek.nl/QuartzSite/Projecten/Kwetsbare%20ouderen/12-147%20evaluatierapport%20pilot%20Deurne.pdf>

Rijksoverheid. (15 januari 2020). Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies. Geraadpleegd op 20 januari 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/01/15/oud-en-zelfstandig-in-2030-een-reisadvies>

ROSON. (23 oktober 2019). Document ROSON en werkgroep Taakherschikking. Nijmegen

Tordoir A, Rutten G, van Vught A, Laurant M. (2020) Eindrapport Evaluatie van de inzet van de PA binnen de Weegbree. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

UKON<sup>a</sup>. (z.d.). Universitair kennisnetwerk ouderenzorg Nijmegen, Werken aan een betere zorg. Geraadpleegd op 16 november 2019, van <https://www.ukonnetwerk.nl/>

UKON<sup>b</sup>. (z.d.). Verzorging en verpleging, Wetenschap binnen de V&V. Geraadpleegd op 2 februari 2020 van <https://www.ukonnetwerk.nl/themas/verzorging-en-verpleging/>

Vegers, M. (4 september 2018). Het inzetten van basisartsen voor de ANW-diensten, de werkwijze van ANW Nederland, Verenso. Geraadpleegd op 10 januari 2020, van <https://www.verenso.nl/magazine-september-2018/no-4-september-2018/praktijk/het-inzetten-van-basisartsen-voor-de-anw-diensten>.

Verenso. (2016). Personeelsleidraad specialisten ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 10 oktober 2019, van [https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Richtlijnen\\_kwaliteit/kwaliteit/VER-002-8-persleidr-bw-intDEF.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/kwaliteit/VER-002-8-persleidr-bw-intDEF.pdf)

Verenso. (juli 2019). Specialist ouderengeneeskunde: gat in én op de markt? Het effect van de onvervulde opleidingsplaatsen op de toekomstige arbeidsmarkt. Geraadpleegd op 10 december 2019, van

[https://www.verenso.nl/asset\\_public/Vereniging/standpunten/Rapport-toekomstige-arbeidsmarkt-SO\\_versie-website.pdf](https://www.verenso.nl/asset_public/Vereniging/standpunten/Rapport-toekomstige-arbeidsmarkt-SO_versie-website.pdf)

Verhagen, I. (29 mei, 2019) persoonlijke communicatie, Excel-bestand JobFeed Capaciteitsorgaan.

Versteeg, S., de Veer, A., Brinkman, M., de Groot, K., & Francke, A. (2018). De aantrekkelijkheid van de intramurale ouderenzorg voor de hbo-opgeleide verpleegkundige. NIVEL. Geraadpleegd op 1 november 2019 van: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-aantrekkelijkheid-van-de-intramurale-ouderenzorg-voor-de-hbo-opgeleide>

Vijfvinkel, A., Pankenb, Y., Gerritsen, F.A. et al. (2011). Geriatrisch spreekuur door een specialist ouderengeneeskunde in de huisartspraktijk. TIJDSCHR. GERONTOLOGIE GER. 42, 263–270 (2011). <https://doi.org/10.1007/s12439-011-0045-y>  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12439-011-0045-y>

Waardigheid en Trots<sup>a</sup> (z.d.). Thuis in het verpleeghuis - samen werken aan de verdere ontwikkeling van de verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 24 februari 2020, van <https://www.waardigheidentrots.nl/>

Waardigheid en trots<sup>b</sup> (z.d.): Thuis in het verpleeghuis - samen werken aan de verdere ontwikkeling van de verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 2 november 2019, van <https://www.waardigheidentrots.nl/hoofdlijnen/voldoende-gemotiveerde-en-deskundige-zorgverleners/>

Waardigheid en trots<sup>c</sup> (z.d.): Verantwoorde personeelssamenstelling. Geraadpleegd op 10 november 2019, van <https://www.waardigheidentrots.nl/toolkit-personeelssamenstelling/#>

Wegwijzer024. (z.d.). Welzijn wonen en zorg in Nijmegen. Geraadpleegd op 15 februari 2020, van <https://www.wegwijzer024.nl/>

ZEL, zorgorganisatie eerste lijn. (z.d.). Eerstelijns adviesconsult specialist ouderengeneeskunde (SO). Geraadpleegd op 24 februari 2020 van <https://zel.nl/geintegreerde-en-persoonsgerichte-zorg/ouderenzorg/eerstelijns-adviesconsult-specialist-ouderengeneeskunde/>

ZonMw. (15 januari 2020). Maak zelf een implementatieplan. Geraadpleegd op 15 februari 2020, van <https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/> Geraadpleegd 24 februari 2020.

Zorgplein Noord: De oude dag die jij later wilt kun je nu al verzorgen. Werken in de ouderenzorg. Dat zit in je. (z.d.). Geraadpleegd op 12 januari 2020, van <https://ouderenzorgzitinje.nl/>

# BIJLAGEN

## BIJLAGE 1: ONDERSCHIED BASISARTS, VS, PA, EN VERPLEEGKUNDIGEN

Professional	Opleiding	Registratie	Bevoegdheden	Taakherschikking /taakdelegatie van voorbehouden handelingen
Basisarts en aio's ouderen-geneeskunde	6-jarige master geneeskunde	Wet BiG	Basisartsen en aio's-en ouderengeneeskunde bevoegd om voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren, echter bepalen de opleider/begeleider en de basisarts/aio's op basis van onder andere het stadium van de opleiding en/of ervaring van de betrokken basisarts/aio's welke handelingen de basisarts/aio's zelfstandig kan uitvoeren.	Taakherschikking (taakdelegatie indien de basisarts of aio's niet bekwaam en dus niet bevoegd is voor de desbetreffende voorbehouden handeling)
Verpleegkundig specialist	2-jarige Master Advanced Nursing Practice na (minimaal 2 jaar) werkervaring als hbo-verpleegkundige	Verpleegkundig Specialist Register van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)  Specialistenregister van de wet BIG	VS'en zijn sinds 2012 bij wet bevoegd zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. In eerste instantie doormiddel van een experimenteerartikel in de Wet BIG, na uitvoerige evaluatie is deze wetgeving sinds 2018 definitief. Het gaat om voorbehouden handelingen zoals het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, injecties en katheterisaties. De precieze voorbehouden handelingen verschillen voor de PA en de sub specialismen van de VS.	Taakherschikking (Taakdelegatie indien de VS niet bekwaam en/of bevoegd is voor de desbetreffende voorbehouden handeling)
Physician assistant	2,5-jarige Master Physician Assistant (MPA) na (minimaal 2 jaar) werkervaring als hbo-zorgprofessional	Kwaliteitsregister van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)  Wet BIG	PA's zijn sinds 2012 bij wet bevoegd zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. In eerste instantie doormiddel van een experimenteerartikel in de Wet BIG, na uitvoerige evaluatie <sup>1</sup> is deze wetgeving sinds 2018 definitief. <sup>2</sup> Het gaat om voorbehouden handelingen zoals het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, injecties en katheterisaties.	Taakherschikking (Taakdelegatie indien de PA niet bekwaam en/of bevoegd is voor de desbetreffende voorbehouden handeling)
Verpleegkundige	4-jarige mbo opleiding verpleegkundige (niveau 4) Of 4-jarige bachelor hbo verpleegkundige opleiding (niveau 5)	Wet BIG	Verpleegkundigen (mbo en hbo-niveau) mogen in opdracht en onder supervisie van een arts voorbehouden handelingen uitvoeren. Voor enkele voorbehouden handelingen hebben zij een zelfstandige bevoegdheid, (injecties, puncties en katheterisaties) wat betekent dat ze deze taken met opdracht, maar zonder dat de opdrachtgever voorziet in een regeling voor toezicht en tussenkomst mogen uitvoeren.	Taakdelegatie

<sup>1</sup> <https://www.mumc.nl/sites/default/files/voorbighouden.pdf>

<sup>2</sup> <https://zorgmasters.nl/kennis/wetgeving/van-experiment-naar-wetgeving/>

## BIJLAGE 2: RAAMWERK VOOR IMPLEMENTATIE VAN TAAKHERSCHIKKING

We hebben in studie naar taakherschikking ouderenzorg een raamwerk ontwikkeld voor de implementatie van taakherschikking in de ouderenzorg<sup>3</sup>. Dit raamwerk is gebaseerd op het Peppa Raamwerk dat in Canada is ontwikkeld voor beleidsmakers, professionals en onderzoekers ter ondersteuning van de ontwikkeling, de implementatie en de evaluatie van 'advanced nursing practice roles' i.e. gevorderde/expert verpleegkundige rollen in de gezondheidszorg.<sup>4</sup> Het raamwerk is uitdrukkelijk niet bedoeld als blauwdruk, maar als ondersteuning om het gesprek te voeren over de implementatie van taakherschikking in de ouderenzorg, zowel binnen de eerstelijnszorg als verpleeghuiszorg.

Het raamwerk kent zeven stappen die doorlopen worden, maar dient ook als cyclisch model te worden beschouwd. Het raamwerk kan als gespreksdocument worden gehanteerd om landelijk beleid vorm te geven, maar het biedt tevens regionaal/lokaal aan organisaties handvatten om te komen tot een optimaal functiegebouw, waarbij de juiste professional op de juiste plek bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van leven van de ouderen, goede kwaliteit en veiligheid van de zorg, de toegankelijkheid van de zorg én doelmatige zorg.

*De stappen in het raamwerk: Het inrichten van een functiegebouw, waar taakherschikking onderdeel van uitmaakt.*

### 1. Probleemschets

Er doen zich veranderingen/problemen voor in de ouderenzorg die vragen om een optimale mix van bekwaamheden in de eerstelijns ouderenzorg en in de verpleeghuiszorg.

- Kwaliteit van zorg:  
Bijvoorbeeld: a) de verschuiving van de visie op ziekte en zorg (zz) naar gedrag en gezondheid (gg) naar mens en maatschappij (mm). De nadruk komt te liggen op functioneren, veerkracht en betekenisvol leven (concept positieve gezondheid) in plaats van op beperkingen die de ziekte met zich meebrengt; b) de grote kloof tussen het medisch team en het zorgteam/wijkteam, waardoor artsen veelvuldig worden ingezet voor taken die niet tot het medisch domein behoren en relatief laag complex zijn; en c) de behoefte in de eerstelijnszorg aan expertise in de ouderenzorg, waarbij behoefte is aan SO's of andere professionals met expertise in de ouderenzorg die complementair zijn aan de huisarts en professionals in het huisartsteam?
- Toegankelijkheid van zorg;  
Bijvoorbeeld: a) de toenemende vergrijzing en multimorbiditeit; b) een toenemende complexiteit van zorgvragen/-behoefte in de eerstelijns, doordat ouderen langer thuis wonen; en c) een tekort aan SO's in verpleeghuizen/ de eerstelijnszorg.
- Doelmatigheid van zorg:  
Bijvoorbeeld: a) de stijgende kosten ten gevolge van een toenemend aantal zorgvragen en toenemende complexiteit van de zorg; en b) meer professionals nodig om zorg te bieden aan ouderen ('arbeidsmarktproblematiek'), waarbij het opleiden van artsen relatief lang duurt en tevens relatief duur is ten opzichte van andere professionals die ook relevante medische zorg zouden kunnen bieden aan ouderen.

<sup>3</sup> <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2017/09/Eindrapport-Taakherschikking-ouderenzorg.pdf>

<sup>4</sup> [http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=244&Itemid=29](http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=29)

## 2. Bepaal de relevante partners ('stakeholders') en betrek hen vroegtijdig

Welke partners zouden betrokken moeten worden om te komen tot een functiegebouw, dat een oplossing biedt aan het probleem/de problemen zoals die in stap 1 is/zijn gedefinieerd? Het is hierbij ook belangrijk om de probleemeigenaar(s) vast te stellen.

Betrek in ieder geval:

- Patiëntenraden/patiëntvertegenwoordigers/patiëntverenigingen
- Managers/beleidsmakers
- Artsen
- Het zorgteam in verpleeghuizen/ het wijkteam en medewerkers van de huisartsenpraktijk
- Indien al aanwezig: PA, VS of verpleegkundige-ouderenzorg
- Relevante beroepsverenigingen (landelijk beleid)

## 3. Bepaal met de relevante partners (stap 2) de visie op (preventieve) ouderenzorg

Voordat een functiegebouw ingericht kan worden is het belangrijk om met elkaar vast te stellen wat het doel is van de (preventieve) ouderenzorg, wat moet bereikt worden in termen van gezondheid, kwaliteit van leven, kwaliteit en veiligheid van zorg, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. Op welke punten voldoet de huidige zorg op dit moment nog niet?

## 4. Bepaal doelen om zorgaanbod te verbeteren

Welke problemen in de probleemschets dienen als eerste te worden aangepakt. Formuleer doelen en bepaal samen welke doelen als eerste worden aangepakt en binnen welke termijnen.

## 5. Beschrijf welke bekwaamheden nodig zijn om de doelen te bereiken

Inzicht in stap 1, 3 en 4 maakt dat de volgende vragen kunnen worden beantwoord: welke bekwaamheden zijn nodig om de doelen te bereiken? wat betekent de (veranderde) visie voor het functiegebouw? Welke aanpassingen zijn hierin (functiegebouw/personneelsbeleid) wenselijk? Uitgangspunt bij het inrichten van het functiegebouw is te kijken welke mix aan bekwaamheden nodig is om de problemen zoals geschetst bij stap 1 aan te pakken. Het gaat om: 'de juiste professional, op het juiste moment, op de juiste plek'.

## 6. Verdiep, bediscussieer en maak een keuze voor een strategie

Er zijn verschillen de strategieën/oplossingen denkbaar. Beschrijf per strategie de voor- en nadelen die de verschillende partners ervaren. Oriënteer ook mogelijkheden om de zorg anders te organiseren en te komen tot nieuwe zorgconcepten en de mogelijke functie van PA's, VS'en of verpleegkundigen-ouderenzorg hierbinnen. De case-beschrijvingen zoals in dit rapport gepresenteerd kunnen als inspiratie gebruikt worden. Betrek ook de verschillende beroepsverenigingen.

Ontwikkel op basis van de verdieping en discussie een passend strategisch personeelsbeleid, met daarin aandacht voor het functiegebouw (kwalitatief en kwantitatief), institutionalisering van de functies, en verantwoordelijkheid en mate van autonomie van de verschillende functies.

Houdt bij de inrichting van het functiegebouw ook rekening met de patiëntpopulatie, de zorgvragen/-behoeften en veranderingen hierbinnen.

## 7. Plan de implementatie

Stel een implementatieplan op: welke acties moeten worden ondernomen om de doelen te bereiken en om het functiegebouw in te richten zoals is vastgesteld (stap 6.). In het kader van taakherschikking is het wenselijk dat de organisatie voorbereid is op de inzet van PA, VS of verpleegkundige-ouderenzorg. Anticipeer op belemmerende en bevorderende factoren vanuit verschillende partners en/of perspectieven.

Creëer randvoorwaarden, bijvoorbeeld:

- Bekendheid over juridische- en financiële kaders;
- Zorg voor rolmodellen en ambassadeurs;



- Zorg voor inbedding van 'nieuwe' professionals;

Afstemming tussen verschillende professionals en verschillende afdelingen, locaties en organisaties. Onderdeel van het implementatieplan is een evaluatieplan, waarin de uitkomsten aan de hand van de doelen geformuleerd worden als ook de wijze van data-verzameling (kwantitatief/kwalitatief). Dit kan eenvoudig, maar om de effecten te kunnen vaststellen is het belangrijk om voor invoering van het nieuwe functiegebouw een baseline meting uit te voeren zodat kan worden vastgesteld of het herinrichten van het functiegebouw ook bijdraagt aan het behalen van de doelen.

#### **8. Voer het implementatieplan uit**

Voer de acties zoals in het implementatieplan zijn beschreven uit en stel zo nodig bij als daar aanleiding voor is. Begin met het inrichten van het functiegebouw, zorg dat het personeelsbestand op orde is en de juiste mix van bekwaamheden aanwezig is om de gestelde doelen te realiseren.

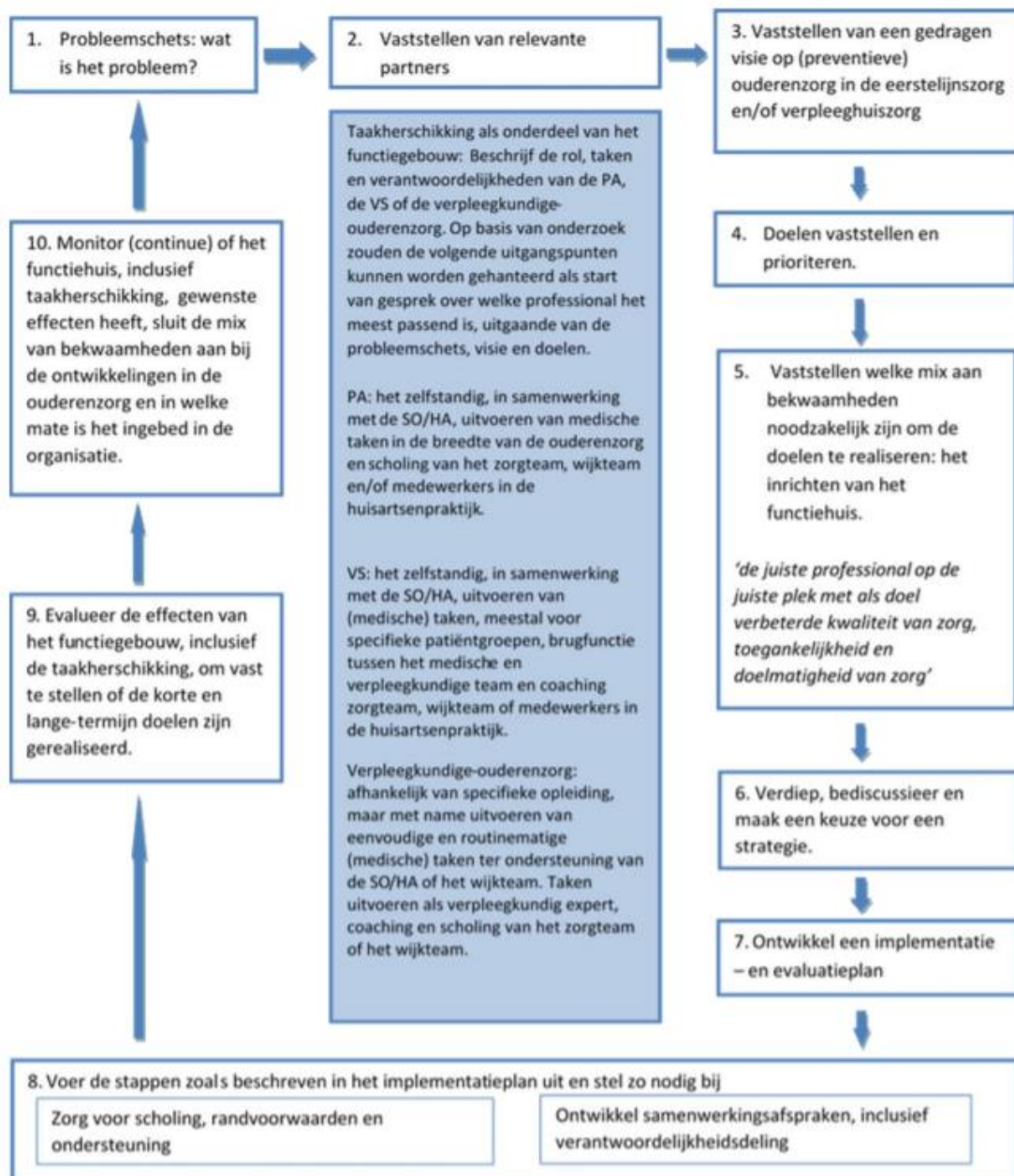
- Ontwikkel afspraken m.b.t. de (nieuwe) functies, waaronder samenwerkingsafspraken
- Zorg voor scholing en ondersteuning in randvoorwaarden.

#### **9. Evalueer of het effect van het functiegebouw, inclusief de taakherschikking**

In stap 7 is een evaluatieplan opgesteld. Het is belangrijk om continue het effect van de verandering op de geformuleerde doelen en uitkomsten te meten. We adviseren om gegevens m.b.t. kwaliteit van leven, kwaliteit en veiligheid van zorg en toegankelijkheid en kosten van de zorg mee te nemen.

#### **10. Continu monitoring**

De ouderenzorg is dynamisch en zal zich blijven ontwikkelen op basis van demografische, maatschappelijke, economische, politieke en technologische ontwikkelingen. Het is daarom belangrijk om continue te blijven monitoren of het functiegebouw dient te worden bijgesteld, zodat tijdig kan worden geanticipeerd op veranderingen en daarmee vroegtijdig besluiten ten aanzien van functiegebouw kunnen worden genomen. Ook is het relevant om na 3 tot 5 jaar vast te stellen of de relatief nieuwe functies van PA, VS en verpleegkundige-ouderenzorg zijn ingebed in de ouderenzorg met als uitgangspunt een optimale benutting van de bekwaamheden van deze professionals conform de opleiding en passend bij financiële en juridische kaders.



## BIJLAGE 3 WERKSESSIE SO'S

### (Start)bijeenkomst in het kader van het regio - project: optimaal benutten capaciteit Specialististen Ouderengeneeskunde in de zorgregio Nijmegen

<b>Bijeenkomst:</b>	Capaciteit SO's in de regio: vraag, aanbod & werkdruk
<b>Wanneer:</b>	6. jun 2019, 17:00 – 20:30 uur
<b>Waar:</b>	De Lindenberg in Nijmegen (incl. maaltijd) ruimte de Yellow room
<b>Uitgenodigd:</b>	Alle ROSON SO's   onderzoekers & lector van de HAN   twee projectgroep leden. Er waren 16 SO's aanwezig.
<b>Doel bijeenkomst:</b>	- informeren over het regioproject - gezamenlijk een knelpunteninventarisatie / analyse te maken - deze te spiegelen aan de reeds opgehaalde (landelijke) inzichten en trends - de vervolgaanpak & betrokkenheid vast te stellen

Van tevoren is toestemming gevraagd voor geluidsopname van de discussie (interactie in groepen). Hiertegen had niemand bezwaar.

#### Indeling avond:

1. 17.15 15 min. Welkom en opening Toelichting aanleiding regioproject Plenair: hele groep  
Door Margje Lubbers en Martine Heerkens  
17.30 30 min. Presentatie HAN - toelichting onderzoek Regionale Arbeidsmarkt Ouderenzorg-landelijke inzichten en trends - eerste bevindingen uit de regio Plenair: hele groep  
Door Ilona Verhagen  
18.00 45 min. Samen eten
2. 18.45 ca. 45 min. In beeld brengen van: - knelpunten in de regio - belemmerende en stimulerende factoren, clusteren van knelpunten en factoren en het prioriteren van knelpunten  
3 tafels begeleid door: Ilona Verhagen, Anneke van Vught en Helene Rompen  
Miranda Laurant plenaire terugkoppeling:  
clusters van knelpunten/factoren  
Prioritering van de clusters (3x per SO)
3. 19.30 ca. 45 min. In beeld brengen van: - mogelijke oplossingsrichtingen bij 3 geprioriteerde clusters knelpunten – 'laaghangend fruit' per groep (wat kan ik morgen anders doen).  
3 tafels (1 cluster per tafel) begeleid door: Ilona Verhagen, Anneke van Vught en Helene Rompen  
Miranda Laurant, plenaire terugkoppeling:  
Laaghangend fruit per groep 1
4. 20.15 ca. 30 min. Afsluiting en vervolgspraken maken:  
Miranda Laurant

#### Ad1: Presentaties, schets van de context

Opening door Margje Lubbers, bestuurder. Margje opent de bijeenkomst en neemt niet deel aan de discussie van onderdeel 2 en 3. Dit om de SO de ruimte te geven vrijuit te spreken.

Toelichting Martine Heerkens organisatieadviseur V&V in de regio op het regioproject

Presentatie Ilona Verhagen, senior projectleider HAN

Zie *bijlage 1* voor PowerPoint slides

## Ad2: Interactief knelpunten en beïnvloedende factoren

De deelnemers werden verdeeld over drie tafels. Aan iedere tafel zaten SO's uit verschillende organisaties met een onderzoeker van de HAN die het gesprek faciliteerde. Per tafel werd allereerst individueel nagedacht over knelpunten met betrekking tot de behandeldienst in de regio en vervolgens werden deze per tafel geclusterd.

Vervolgens werden plenair categorieën van knelpunten gemaakt. In totaal werden dertien categorieën van knelpunten gevormd (zie *bijlage 2* exacte weergave). Belangrijk om te noemen is dat onderstaande knelpunten door de SO's zelf zijn genoemd, de onderzoekers hebben de knelpunten samengevat.

### I. V&V-team en secretariële ondersteuning

1. Deskundigheid,
2. Vacatures/capaciteit.

Hierbij is aangegeven dat er een link is met de categorie **capaciteit- complexiteit**.

**Toelichting:** Een groot aantal SO's noemt dat zij taken uitvoeren die niet per se bij een arts horen (oneigenlijke taken), vooral in de intramurale setting. Bijvoorbeeld wordt in een aantal



organisaties weinig of geen goede triage uitgevoerd door verzorgenden/verpleegkundigen waardoor er te snel een beroep op de SO's wordt gedaan. Veelal heeft dit te maken met het niveau van deskundigheid van het zorgteam aldus een aantal SO's. Daarnaast wordt opgemerkt dat het secretariaat meer zou kunnen ondersteunen, vooral in kleinere organisaties waar weinig ondersteuning is. De geringe ondersteuning komt door de geringe capaciteit aan ondersteuners, maar ook doordat de taken van de

ondersteuners niet duidelijk zijn. Eén SO gaf heel duidelijk aan dat de inzet van zelfsturende teams niet werkt als daarin onvoldoende ondersteuning is. 'Een zelfsturend team werkt niet vanzelf, daarin moet begeleid worden en dat zien we vaak mis gaan'. SO's zien dat er steeds minder personeel wordt ingezet per zorgvrager en dat de zorgvraag wel toe neemt. Er zijn nu al te weinig zorgverleners en door de vergrijzing (binnen het personele bestand) zien de SO's het aantal zorgverleners alleen maar afnemen. Daarnaast is ook benoemd dat de zorgen met name ook te maken hebben met het toenemen van de complexiteit van de zorgvraag, wat meer deskundigheid en expertise vraagt van alle professionals, terwijl het (na)scholingsniveau gelijk is gebleven of dat sommige professionals met een bepaald opleidingsniveau zijn wegbezuinigd.

Vacatures bij V&V staan lang open, worden soms al niet meer uitgezet bij verloren hoop. Hierdoor weten we ook niet of er wel voldoende zicht kan zijn op het huidige aantal FTE wat open staat.

### II. Organisatie

1. Relatie bestuur-vakgroep
2. Positionering SO's

**Toelichting:** De SO's vinden dat hun positionering vaak te beperkt is, zij onvoldoende mee kunnen denken op beleidsniveau en te weinig zeggenschap hebben, iets wat juridisch en vakinhoudelijk gezien wel hun taak en verantwoordelijkheid is. Dit geldt niet voor alle organisaties. SO's geven aan steeds ondernemender te worden, maar in feite zit het niet in het DNA van de SO om ondernemend te zijn aldus enkele SO's. Volgens de SO's ziet het management/bestuur de meerwaarde van de expertise van de SO niet altijd op het gebied van organisatie beleid, waardoor de positionering van vakgroepen ten opzichte van het bestuur niet optimaal is. De SO's zijn van mening dat zij heel goed in staat zijn om beleid mee te maken of hierin te adviseren op organisatieniveau. Zie hiervoor ook enkele stukken van onze beroepsvereniging Verenso. SO's stellen zich de vraag of loondienst nog wel aantrekkelijk is als ze niet betrokken worden en te weinig eigen regie kunnen voeren. Het alternatief is een eigen praktijk, die door de omvang sneller kan schakelen en waar de eigen regie vele malen hoger ligt.

### III. Efficiëntie

1. Reistijd
2. Huisvesting / ICT

**Toelichting:** Er is qua organisatie van het werk van een SO weinig ondersteuning. De reistijd die ontstaat doordat de SO op verschillende werkplekken moet werken in een groot gebied gaat ten koste van de efficiëntie. Ook geven SO's aan dat zij in veel gevallen geen eigen werkplek hebben en dat wordt door een grote groep als inefficiënt ervaren. We merken dat doordat je een beschikbare plek moet zoeken, je spullen telkens moet verplaatsen, je soms niet goed kan afsluiten/concentreren en frequent op zoek moet naar een privé ruimte i.v.m. gesprekken die onder het beroepsgeheim vallen. Daarnaast is relatief veel administratie nodig en komen er regelmatig vragen (telefoontjes) van verzorgenden op andere locaties. Dit kost relatief veel tijd en deze vragen en administratieve taken kunnen mogelijk ook door anderen worden opgepakt. Het Elektronische dossier ondersteunt in veel gevallen volgens de SO's niet omdat er een grote diversiteit bestaat aan communicatiemiddelen, dat wil zeggen patiëntendossiers, aanvraagformulieren en dergelijke, en deze niet goed op elkaar aansluiten.

### IV. Samenwerking in brede zin

1. Specialisten onderling
2. Belangen binnen de groep
3. Intra- en extramuraal (spanning)

**Toelichting:** SO's ervaren weinig samenwerking met andere disciplines zoals psychiater of geriater uit het ziekenhuis. SO's denken dat samenwerking niet van de grond komt doordat samenwerkingspartners te weinig belang zien om samen te werken en daarbij ervaren ook deze disciplines grote werkdruk door tekorten aan capaciteit.

De SO's zien dat de organisatie van opleidingsplaatsen voor SO's niet altijd goed geregeld is waardoor organisaties hun eigen belang boven het algemene belang laten wegen en er uiteindelijk mogelijk te weinig SO's worden opgeleid. Samenwerking met de VOSON is een belangrijk aspect mee te nemen in vervolg onderzoek naar schaarste SO's.

Daarnaast zouden SO's graag meer investeren in de samenwerking met de eerstelijns en zij zien veel vraag naar ondersteuning van de SO in de eerstelijns. SO's merken dat zij in de praktijk te weinig tijd hebben om naast het intramurale werk ook de eerstelijns te ondersteunen, terwijl dit wel heel hard nodig is aldus de SO's. Werken in de eerstelijns wordt in veel organisaties als sluitpost gezien, vanwege de eindverantwoordelijkheid intramuraal. In geval van schaarste is de eerstelijns dus vaak de pineut en kunnen geen duurzame goede samenwerkingsverbanden worden opgezet en onderhouden. Huisartsen geven aan, wat ook uit onderzoek blijkt, dat hier wel grote behoefte aan is en meerwaarde ligt.

## V. Taakherschikking

1. Physician assistants (PA)/verpleegkundig specialisten (VS)
2. Psycholoog (1e lijn)
3. Zowel de VS/PA als de psycholoog kunnen intra- en extramuraal als samenwerkingspartner van de SO ingezet worden. Daarnaast zijn er anderen zoals ergotherapeuten of geriatrisch verpleegkundigen waar men aan kan denken / mogelijkheden kan onderzoeken.

**Toelichting:** SO's geven aan dat het onduidelijk is welke taken van de SO zouden kunnen worden uitgevoerd door andere professionals. SO's geven aan dat zij zelf niet goed weten wat overgedragen kan worden en hoe het geregeld is met de verantwoordelijkheidsverdeling. Er wordt een enkele PA of VS ingezet in verschillende organisaties, maar SO's zien ook capaciteitsproblemen bij PA's en VS'en. Volgens de SO's is het vaak lastig in te schatten wat een PA of VS zou kunnen doen met de complexe zorg en intensieve dilemma's die er spelen binnen de verpleeghuizen. De SO's geven aan graag mee te denken in nieuwe ontwikkelingen op dit vlak, maar worden vaak niet betrokken en er is weinig tijd/ mogelijkheid om mee te denken.<sup>5</sup>

Momenteel werkt een werkgroep binnen het ROSON aan een regionaal standpunt omtrent taakherschikking vanuit de expertise en kracht van ons vakgebied. We hopen dit eind 2019 gereed te hebben. De werkgroep was reeds in januari in het leven geroepen echter heeft vertraging opgelopen i.v.m. dilemma's in beschikbare SO's/tijd en onduidelijkheid omtrent (positionering t.o.v.) dit regionale project aangaande schaarste.

## VI. Werkgeverschap

**Toelichting:** Goed werkgeverschap en waardering voor de SO's om hen te behouden wordt een aantal keren ter discussie gesteld door de SO. De SO's vinden over het algemeen dat de werkgever onvoldoende luistert naar de wensen en behoeftes van de SO en dat de kenbare wensen en behoeftes van SO's niet worden opgepakt. De vraag wordt gesteld hoe het personeel gezond het pensioen kan halen. Dit geldt breed, ook voor het V&V-team. Goed werkgeverschap is belangrijk en op dit punt winst te boeken. Kennelijk kiezen veel jonge SO's niet voor een intramurale instelling. Zij gaan gedetacheerd werken zonder 24/7 diensten met beter salaris en veel zeggenschap

## VII. Financiële kaders

**Toelichting:** Door financiële tekorten en veel wettelijke kaders kunnen SO's niet altijd doen wat de cliënt nodig heeft. Door de veelheid van regeltjes en aanvragen is het voor de SO soms bijna onmogelijk om het juiste aan te vragen en er voor te zorgen dat de cliënt bijvoorbeeld een voorziening op tijd krijgt. Naast het feit dat hierdoor de kwaliteit van zorg voor de patiënt verminderd, ben je hier als SO ook veel tijd mee kwijt om up-to-date te komen en blijven, en/of individuele (on)mogelijkheden per patiënt uit te zoeken

## VIII. Diensten

1. Frequentie
2. Werkdruk

**Toelichting:** Diensten draaien kosten veel energie, SO's ervaren een steeds grotere belasting door de toenemende zorgvraag/ zorgzwaarte. Door de bereikbaarheidsdiensten is er ook veel belasting voor het privé leven van de SO, dit wordt als zwaar aangegeven. Daarbij blijkt dat SO's een extra

---

<sup>5</sup> In de einddiscussie werd nog genoemd, dat het lijkt of gekozen wordt voor 'taakherschikking' als oplossingsmodel. Noot onderzoekers: er is nog geen richting gekozen, de scenario's /modellen zijn de uitkomst van het project, maar staan op dit moment nog niet vast.

belasting ervaren door het moeten waarnemen van collega's. Dit kost veel extra tijd die niet altijd terug genomen kan worden. Er bestaat een hoog ziekteverzuim en onvoldoende mensen om dit op te vangen. Hierdoor ervaren de SO's een nog hogere werkdruk dan er normaal al is. Er zijn ook SO's die aangeven graag diensten te draaien.



## IX. Wachtlijsten-crisis

**Toelichting:** SO's zien de laatste tijd erg veel opnames komen vanuit crisissituaties. Volgens de SO's is er te weinig preventie op crisis en een tekort aan verpleeghuis plaatsen. De wachtlijsten zijn zo lang dat mantelzorgers of cliënten niet op tijd kunnen worden opgenomen en er dan een crisissituatie ontstaat waarin een spoedopname noodzakelijk wordt. SO's zien in de praktijk dat crisisopnames erg belastend zijn voor de cliënt en mantelzorger(s), het V&V-team, én ook voor de SO zelf.

## X. Complexiteit <-> capaciteit

1. Inhoud van de zorgvraag
2. GGZ/ verstandelijk gehandicapten
3. Kleine contracten SO's

**Toelichting:** Door de complexiteit van de zorg, die alleen maar toe neemt en meer richting psychiatrie gaat, is het belangrijk dat de SO een intensief contact heeft met de cliënt en zijn naasten. Doordat mensen langer thuis blijven gaan mensen pas met zeer complexe problemen naar het verpleeghuis. Dat maakt het werk van de SO complex en hierdoor moet de SO meer tijd besteden aan de individuele cliënt en zijn/haar naasten. Indien er voldoende formatie is, zoals op papier lijkt, betekent dit niet dat er voldoende mensen op de werkvloer zijn. Vaak wordt bijvoorbeeld ziekte niet opgevuld. Ook door de kleine contracten bestaat er volgens de SO's een capaciteitstekort. Hierdoor zijn mensen maar een beperkt aantal dagen per week beschikbaar en is het lastig om de noodzakelijke continuïteit in de complexe zorg goed te waarborgen.

## XI. Salaris

**Toelichting:** Het salaris van de SO blijft sterk achter ten opzichte van andere specialismen. Daarmee is de specialisatie SO voor artsen in opleiding minder aantrekkelijk. Dit hangt ook samen met het imago van het vak.

## XII. Imago

**Toelichting:** Er is nog veel werk nodig om het imago van de SO op te krikken en te laten zien dat het een mooi vak is. SO's vinden ondanks de beperkingen het vak nog steeds erg waardevol. 'Het is een erg mooi vak' is dan ook iets wat vaker door de SO's gemeld wordt. SO's vinden dat dit meer moet worden uitgedragen zodat er ook meer instroom in de opleiding komt. SO's vinden het ook belangrijk om met meer zeggenschap en een beter salaris het vak wat meer bekendheid te geven want onbekend maakt onbemind.

## XIII. Opleiding

**Toelichting:** De SO's geven aan dat de groep SO's vergrijsd en SO's zien weinig jonge aanwas. Het begint volgens de SO's al bij de instroom in de opleiding tot SO. Zoals hierboven beschreven krijgen jonge geneeskunde studenten onvoldoende te zien hoe mooi het vak eigenlijk is. Een SO gaf aan dat als geneeskunde studenten alleen een dagje mogen meelopen met de verzorging ze een verkeerde indruk krijgen van het vak. Vanuit de regering is het aantal opleidingsplaatsen fors uitgebreid, echter worden deze plaatsen helaas niet gevuld. Ik ben niet op de hoogte of de VOSON (of SOON?) heeft onderzocht wat de (mogelijke) oorzaken hier van zijn. Het verplichte coschap ouderenzorg aan de

Radbouduniversiteit (klinische geriatrie of verpleeghuis) lijkt goed mee te werken aan meer bekendheid van ons vak.

### **Prioritering van knelpunten/factoren aan de hand van voor beschreven clusters:**

Na verzameling en clustering van de knelpunten werd geïnventariseerd welke topics het meest urgent waren. Dit konden de deelnemers individueel kenbaar maken door een sticker te plakken bij de voor hen meest urgente knelpunten. Iedere SO kreeg 3 stickers om te plakken, naar eigen inzicht bv. bij 1 cluster 3 stickers, of 3 clusters met 1 sticker. De 3 meest urgente knelpunten volgens de deelnemende SO's waren: Met 11 stickers: V&V-team, met 8 stickers: Organisatie, met 8 stickers: Efficiëntie (zie voor exacte weergave Bijlage 3).<sup>6</sup>

### **Ad 3: Oplossingsrichtingen t.a.v. 3 clusters.**

Per urgent knelpunt werd een gesprekstafel gemaakt (3 in totaal), waarbij gestreefd werd naar een min of meer gelijke verdeling per tafel. Eén van de SO's moest eerder weg waardoor bij de tafel met *thema Efficiëntie* nog 4 SO's en de onderzoeker over bleven. De tafels met *thema V&V-team* en *Organisatie* bestonden respectievelijk uit 6 SO's en één onderzoeker en 5 SO's met één onderzoeker. Per tafel werd gediscussieerd over oplossingen en deze werden weer geordend in thema's/onderwerpen. Belangrijk om te noemen is dat onderstaande oplossingsrichtingen door de SO's zelf zijn genoemd, de onderzoekers hebben de oplossingsrichtingen samengevat.

#### **V&V-team:**

**Salaris:** Om V&V-teamleden te waarderen voor het werk en het werk aantrekkelijker te maken zouden alle teamleden van het V&V-team een beter salaris moeten krijgen vinden de meeste SO's.

**Nascholing:** SO's vinden dat het niveau van het V&V-team omhoog moet. Als suggestie wordt gegeven dat er meer ruimte en tijd vrijgemaakt moet worden voor bij en nascholing, reflectie, supervisie, casuïstiek besprekingen en klinisch redeneren.

**Verpleegkundige triage:** SO's geven aan dat er vaak geen verpleegkundige aanwezig is na kantooruren, waardoor er geen triage van vraagstukken plaatsvindt. Verpleegkundigen zouden ook na kantooruren ingezet moeten worden voor triage. Meer hoger opgeleide (niveau 5) verpleegkundigen zijn nodig om verzorgenden en verpleeghulpen te coachen en stimuleren in het zelf nadenken en actie te (durven) nemen.

**Coaching en leiding:** Een van de SO's geeft aan dat de zelfsturende teams beter begeleid moeten worden of van het principe moet worden afgestapt. Meer vast personeel is nodig in plaats van flex werkers, om de noodzakelijke continuïteit en complexiteit van de zorg en behandeling integraal te kunnen bieden. SO's geven aan dat het belangrijk is om duidelijke kaders te stellen voor elke professional. Daarbij is het belangrijk om de beroepsidentiteit helder te maken zodat het personeel zijn/haar grenzen goed bewaakt, ook ten opzichte van familie en cliënten.

**Uitwisselen best practices:** Om het vak te verbeteren zou er tijd moeten zijn om elders mee te kunnen kijken, ook door verzorgenden, of zo geïnspireerd te raken in het efficiënter en effectiever werken. SO's zijn van mening dat dit meer bekendheid van het werken in de ouderen zorg oplevert.

- Het '*laaghangend fruit*' (zaken die snel en eenvoudig opgepakt kunnen worden) werd genoemd: stimuleren van zelfmanagement en empoweren van het V&V-team zodat een SO niet voor alles geraadpleegd hoeft te worden.

---

<sup>6</sup> Noot onderzoekers: we zijn in het vervolg aan de slag gegaan met het bedenken van oplossingsrichtingen bij deze 3 clusters. In vervolg worden ook de andere clusters als bevinding meegenomen.



### Organisatie:

**DNA SO:** De groep SO's is een kritische en slimme groep, hier moeten de individuele SO's zich meer bewust van zijn. Om zichtbaar te worden in de organisatie en mee te kunnen denken is het belangrijk dat SO's zich laten zien in de organisatie. Ter inspiratie zouden SO's eens van gedachten kunnen wisselen met andere SO's. De SO's gaven aan dat ze meer een visie moeten gaan ontwikkelen, duidelijk aangeven wat ze willen, in discussie gaan met het bestuur en de confrontatie aangaan. De bestuurder zou meer samenwerking moeten zoeken aldus de SO's. De SO's zouden ook uit de organisatie kunnen stappen en zich via een maatschap laten inhuren geven enkele SO's aan. De vraag is of je op deze manier de kwaliteit van complexe integrale multidisciplinaire zorg en behandeling voor de individuele patiënt optimaal vorm kan blijven geven. Een SO in het bestuur zou ook een mogelijkheid zijn en is zelfs verplicht vanuit het kwaliteitskader verpleeghuizen!!!!. Het *'laaghangend fruit'* dat werd genoemd: in gesprek met bestuurders, belangrijk om samen te werken aan een oplossing.

### Efficiëntie:

**Werkplek:** De SO's vinden dat ze onvoldoende rustig kunnen werken. Zij zouden op iedere locatie een (eigen-) werkplek willen hebben waar rustig gewerkt kan worden en ze willen eventueel meer vanuit huis kunnen werken. Het werken vanuit huis moet dus makkelijker worden. Er zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van ICT mogelijkheden zoals bijvoorbeeld een consult via web. Per locatie zouden de werkzaamheden meer gecentreerd moeten worden en het werkgebied zou geografisch zo klein mogelijk moeten zijn. Het is belangrijk dat de SO in de gelegenheid kan zijn om meer met de fiets te doen of met een taxi bij grotere geografische afstanden. Dienst doen vanuit de huisartsenpost zou ook een mogelijkheid zijn.

**Processen:** De processen moeten helderder en eenduidig zijn. Aanschaf van hulpmiddelen op één manier, Uniform EPD (landelijk) op alle locaties hetzelfde, slimmere ICT oplossingen die SO's helpen wat ingevoerd moet worden. De vragen vanuit de locaties zouden gebundeld kunnen worden zodat in één keer een reactie voldoende is. Voordat een consult wordt aangevraagd is een goede 'voorwacht' belangrijk. Hiermee kan voorkomen worden dat veel (zorg)vragen bij de SO terecht komen terwijl deze door andere beantwoord zouden kunnen worden. Ook wordt belangrijk gevonden dat de SO niet gestoord wordt tijdens het MDO of in andere overleggen, zodat zij geconcentreerd en effectief kan werken. Goede, adequate secretariële ondersteuning is hiervoor noodzakelijk. (dus frontoffice en backoffice nodig)

Het *'laaghangend fruit'* dat werd genoemd: SO's kunnen er zelf al voor zorgen dat je op bepaalde momenten zoals bij MDO niet gestoord wordt. Het advies dat door de SO's wordt gegeven is: Maak hierover afspraken met collega's (bv. waarnemer) en V&V-team/ondersteuning, maak afspraken met het medisch secretariaat over rolverdeling, zodat de SO zoveel mogelijk ontlast wordt met taken die bij het secretariaat of bij V&V passen.

### Ad 4. Afsluiting

Ter afsluiting werd het vervolgtraject geschetst. De SO's reageerden over het algemeen kritisch op het beoogde vervolgtraject, i.e. vervolgtraject met een gemixte groep van stakeholders (bestuurders, SO's, PA, VS, huisarts, etc.). SO's geven aan heel graag mee te willen denken met bestuurders over de toekomst van de ouderenzorg in de regio, als gelijkwaardige gesprekspartners. SO's vinden dat zij de belangrijkste of minstens een van de belangrijkste partij/stakeholder zijn als het gaat om de behandel functie voor de ouderenzorg in de regio. Zij willen een nadrukkelijke inbreng in het ontwerpen van scenario's voor de toekomst van de behandel functie in de regio. Een aantal SO's geeft aan dat zij het gevoel hebben met het voorgestelde vervolgtraject niet serieus genomen te worden omdat zij in gelijke aantallen ook met bestuurders en andere beroepsgroepen aan tafel zitten. SO's verzoeken nadrukkelijk dat zij vanaf heden (aan de voorkant) willen meedenken in het plan, de stakeholders die worden betrokken en het ontwerpen van scenario's.

*Opdracht:* De HAN heeft een opdracht, zoals bij de inleiding van de bijeenkomst is gepresenteerd.

Deze is gericht op het behoud van de kwaliteit van de ouderenzorg in de regio, uitgaande van de 24 uurs behandelfunctie de inzet van de SO en uitdagingen waar de regio voor staat (bijlage 4, samenvatting opdracht). Het oorspronkelijke plan was om na de bijeenkomst met SO's en verkennende interviews met stakeholders, een aantal bijeenkomsten te beleggen met een gemixte groep stakeholders om tot scenario's/modellen te komen die op lange termijn – mede gezien de knelpunten in de SO's capaciteit – de kwaliteit zouden moeten waarborgen. Parallel hieraan zouden twee casestudies uitgevoerd worden om verdiepende inzichten te verkrijgen in knelpunten, beïnvloedende factoren en oplossingsmogelijkheden.

Noot onderzoekers: Wij waarderen en ondersteunen de bovengenoemde wens van SO's om nadrukkelijker betrokken te worden in het gehele project. We hebben, in afstemming met projectleider Martine, aan de opdrachtgever (advies/stuurgroep bestuurders in de regio) het voorstel gedaan om de voorzitters van ROSON te laten aansluiten bij stuur/adviesgroep van het project. Met SO's in de stuur/adviesgroep kunnen SO's aan de voorkant adviseren en sturen op de inhoud van het project. Dit is akkoord bevonden, de twee voorzitters sluiten aan. In die bijeenkomst (4 juli a.s.) zullen de vervolgstappen worden besproken.

## Bijlage 4 Analyse interviews stakeholders

Het doel van de interviews was de 24 uren ouderenzorg en de rol van de Specialist ouderengeneeskunde (SO) in beeld te krijgen en om inzicht te krijgen in de problemen die worden ervaren en de oplossingsrichtingen die stakeholders zelf aandragen

De interviews zijn een onderdeel van meerdere acties binnen het totale onderzoek. Naast de interviews is er een casestudy gedaan, hebben er bijeenkomsten plaatsgevonden met SO's en bestuurders, managers, SO's, VS, PA, Psycholoog, Huisarts en een directeur.

### Interviews:

Er zijn tot nu toe veertien interviews afgenomen en geanalyseerd. Hiervan was er één met twee zorgverleners en één interview met een persoon met twee functies.

Geïnterviewden zijn geworven via de deelnemende organisaties en daarbuiten. In totaal vanuit zeven verschillende V&V organisaties in de regio. Alle deelnemers zijn werkzaam binnen de regio:

Bestuurder zorginstelling	2
Managers zorginstelling	4 waarvan één een combinatiefunctie
Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	2 waarvan één een combinatiefunctie
Verpleegkundig Specialist (VS)	3 waarvan één gespecialiseerd verpleegkundige
Physician assistant (PA)	1
Psycholoog	2
Huisarts	1
Directeur zorginstelling	1

### Definiëring probleem

De geïnterviewden gaven een aantal zorgpunten/problemen aan die zij zelf ervaren. Die waren van financiële aard, gingen over de inrichting van de zorg, het te kort aan personeel en de taken die de verschillende zorgverleners hebben. Het viel op dat de verschillende functies niet van invloed waren op de verschillende probleemdefiniëringen en dat de stakeholders vaak gecombineerde problemen aangaven.

Tabel1: Aantal keren dat een probleem benoemd is uitgesplitst op onderwerp.

PROBLEMEN	TOTAAL
1. FINANCIERING	5
2. INRICHTING VAN DE ZORG	24
3. PERSONEELTEKORT	23
4. TAAKHERSCHIKKING	16
<b>TOTAAL</b>	<b>68</b>

### *Financiering:*

Over de problemen met betrekking tot de financiering werd opgemerkt dat de financiële beloning van de SO achter loopt ten opzichte van andere medisch specialisten. Daarnaast gaf één respondent aan dat de tarieven niet zijn meegegroeid met de complexere zorgvraag waardoor er meer moet worden geleverd voor hetzelfde bedrag. Eén respondent gaf aan dat financiering gericht is op medische zaken zoals medicatie “voorschrijven van medicatie wordt vergoed maar bij bijvoorbeeld een depressie is twee keer per dag 10 minuten aandacht bewezen effectief maar dit wordt niet vergoed.

### *Inrichting van de zorg:*

Een van de knelpunten die is aangedragen is dat de ouderenzorg te veel gemedicaliseerd is. Hiermee wordt bedoeld dat sociale problemen vaak te laat naar voren komen en dat de insteek meer medisch is. Een van de respondenten gaf aan “De regelgeving belemmert vaak het ‘huis’ gevoel. Door de regelgeving wordt het soms wel te overspannen.”

Daarnaast is dat mensen pas erg laat naar het verpleeghuis kunnen gaan waardoor het aantal crisisopnames erg is toegenomen. Eén respondent zei hierover “Het aantal crisisopnames in de regio neemt enorm toe, en doorstroom van deze cliënten is moeilijk, wat een grote belasting is voor SO’s”. Daarnaast stromen er sneller cliënten door vanuit het ziekenhuis. Door de crisisopnames en doorstroom vanuit het ziekenhuis is er minder ruimte voor geplande opname. Doordat iemand die wordt opgenomen uit een crisis vaak een complexere zorgvraag heeft neemt de complexiteit van de zorgvraag enorm toe. Een van de respondenten verwoorde: “De scheiding somatisch en PG is niet meer zo scherp als voorheen. De zorgzwaarte neemt toe, mensen blijven langer leven en hun problematiek wordt steeds ingewikkelder.” En andere respondent gaf aan “De mensen komen steeds slechter binnen. Zowel lichamelijk (verwaarlozing, ondervoeding) en geestelijk (verward) en sommige hebben ook financiële problemen”

Het aantal locaties met behandel functies neemt toe terwijl de SO vaak in dienst is bij een grote organisatie. Dit betekent dat de SO niet overal een ‘eigen plek’ kan hebben in de organisatie. Kleine organisaties vragen ook steeds meer SO capaciteit terwijl de krapte aan SO capaciteit ook al binnen de grotere organisaties begint te voelen. Hierdoor merken de kleinere organisaties dat het niet makkelijk is SO capaciteit van de grotere organisaties, die de SO in vaste dienst hebben, te lenen. Een respondent gaf aan dat er niet altijd wordt gedacht aan gedragscomponenten zoals bij de verstandelijk beperkten sector waar veel meer aandacht is voor welzijn.

### *Personeelstekort*

In feite zien alle respondenten duidelijk een te kort aan zorgpersoneel. Dit heeft te maken met een te lage instroom van personeel maar ook met de manier van werken. De vraag naar zorgverleners in het algemeen en ook bij SO’s is groter dan het aanbod. Door het groeiend aantal locaties met behandel functies is er steeds meer behoefte aan zorgverleners. Daarnaast hebben veel zorgverleners een parttime aanstelling. De te korten spelen niet alleen bij de SO’s maar op alle lagen binnen de behandel en zorg functies. Ziekte en zwangerschap kan niet of nauwelijks ingevuld worden waardoor sommige SO’s veel meer uren draaien dan wenselijk is. Deze uren kunnen niet gecompenseerd worden in tijd omdat er te weinig SO’s zijn. Dit wordt soms gecompenseerd in geld. Een respondent gaf aan “tekort aan personeel. Het is heel lastig omdat je moet kijken welk niveau mag/kan wat en waar moet ik die plaatsen zonder ergens anders een probleem te krijgen. Dit is op alle niveaus.”

Daarnaast is de versnippering van de verschillende behandellocaties en instellingen niet bevorderlijk voor de aantrekkelijkheid van het werk. Een respondent gaf aan “Kleine organisaties kunnen niet tegemoet komen aan wensen van bijvoorbeeld SO’s zoals het hanteren van een standaard EPD’.

Door het tekort aan en het huidige opleidings- en kennisniveau van verpleegkundig personeel nemen SO’s steeds meer taken over die eigenlijk van verpleegkundige aard zijn of worden ze voor eenvoudigere zaken bij een cliënt geroepen. Dit verhoogt de werkdruk.

Een manager gaf aan in de toekomst het probleem van de SO’s te zien in het draaien van diensten. De SO’s hoeven op een bepaalde leeftijd geen diensten meer te draaien.

Volgens enkele respondenten zijn er tekorten door schaarste op de arbeidsmarkt maar is er ook gewoon te weinig geld. Een respondent gaf aan ook familie in te zetten voor verzorgende taken als tafel dekken, begeleiding bij het eten en dergelijke, als dat mogelijk is.

De respondenten geven aan dat er een Imagoprobleem is binnen de ouderenzorg. Ook vinden een aantal respondenten dat de salarissen over het algemeen laag zijn. Een respondent gaf aan “Als je niet de waardering krijgt en niet de interessante en waardevolle taken mag verrichten is het werk niet aantrekkelijk genoeg. Dat geldt ook voor verpleegkundigen niveau 4 en 5.”

Een respondent gaf aan problemen te ervaren met de aansturing van het team als er steeds weer flex of inval personeel is. Het is dan erg moeilijk om gedragsaanpak/ bejegening te borgen.

### *Taken en kennis:*

Een aantal respondenten geeft aan te twifelen of iedereen wel zo efficiënt wordt ingezet. Een respondent geeft aan “Het is de vraag of SO’s efficiënt worden ingezet, zijn alle taken noodzakelijk?”

Bij een VV5 of 6 (voorheen ZZP5 of 6) raakt de huisarts automatisch uit beeld en neemt de SO ook alle ‘huisartszaken’ over. Een respondent vraagt zich af of dat wel zo wenselijk is gezien de expertise van de SO maar ook vanuit cliënt-perspectief gezien. “de patiënt kent de huisarts soms wel al dertig jaar”. Deze respondent stelde voor de huisarts als hoofdbehandelaar te houden met de SO als medebehandelaar indien nodig.

Er is (te) veel administratie rondom de cliënt waardoor de zorgverlener daar te veel tijd aan kwijt is.

Daarnaast zijn de taken te versnipperd. “een probleem is de versnippering van zorg, elkaar niet kennen en geen gebruik maken van elkaars expertise (HA doen vanuit achtergrond te weinig en SO’s vanuit achtergrond te veel)” “Huisartsen kennen de SO nog onvoldoende” en “Huisartsen hebben soms minder kennis en zijn onzeker over ouderenzorg”.

Dit geldt ook binnen de instellingen “De SO wordt vaak gebeld door zorgteam voor zaken die ook tot de visite kunnen wachten.”

De functieomschrijvingen zijn ook niet altijd even helder “Er zijn functieomschrijvingen voor de verschillende functies maar dit is nog vrij breed waardoor er nog een groot grijs gebied is. Sommige SO’s vinden het lastig om dingen over te dragen. Zij zijn niet zeker van de kunde maar ook vinden ze dat zij uiteindelijk verantwoordelijk zijn.” En “Soms is het zo dat mensen taken moeten doen waar ze eigenlijk niet voor zijn opgeleid bv het controleren van iets. Je kunt het iemand niet kwalijk nemen als hij het gewoon niet kan. Bv een verzorgende wil verzorgen en is minder in staat om te controleren of signaleren.” Dit geldt ook voor oneigenlijke taken die overbodig moeten worden uitgevoerd “De administratieve eisen nemen steeds meer toe, SO’s moeten dingen aanvragen bij de

zorgverzekeraar terwijl zij juist gespecialiseerd zijn in het inschatten van de noodzaak van een zorgvraag en dan gaat de zorgverzekeraar nog een keer beoordelen of het wel noodzakelijk is.”

Medewerkers zijn medisch gericht opgeleid, er is te weinig aandacht voor welzijn en gedrag.

### Mogelijke oplossingen

De respondenten geven voor de verschillende problemen ook oplossingen. Sommige respondenten brachten de voorgestelde oplossingen al gedeeltelijk in de praktijk.

Ook hierbij werden er oplossingen gezocht binnen de categorieën: Financiering, inrichting van de zorg, personeel en taakherschikking.

Tabel 2: Aantal keren dat een oplossing benoemd is uitgesplitst op onderwerp

OPLOSSINGEN	AANTAL	TOTAAL
<b>1. FINANCIERING</b>		9
• Passende financiering en salaris	9	
<b>2. INRICHTING VAN DE ZORG</b>		26
• Inrichting van de Zorg	11	
• Demedicalisering/meer aandacht Welbevinden	7	
• Domotica inzetten	3	
• Meer aandacht preventie	3	
• Aanpakken bureaucratie	2	
<b>3. PERSONEEL</b>		10
• Aantrekkelijker maken vak	7	
• Extra personeel	3	
<b>4. TAAKHERSCHIKKING</b>		38
• Kennis taakherschikking; kennis & kunde	20	
• Meer samenwerking	18	
<b>TOTAAL</b>	83	83

De respondenten benoemden met de volgende oplossingen.

#### Financiën

Ten eerste was duidelijk dat het salaris van de SO niet in verhouding staat met die van andere specialisten. Een aantal respondenten gaf aan dat hier naar gekeken zou moeten worden. Eén respondent gaf aan dat zij al het salaris van de SO één schaal hoger hadden gezet. De respondenten

menen dat het tekort aan SO's ook te maken heeft met het lage salaris en het imago van de ouderenzorg. Studenten kijken bij hun keuze ook naar de toekomstige verdiensten.

Volgens een respondenten zou de financiering anders ingeregeld moeten worden, meer over de lijnen heen een respondent gaf als voorbeeld "een budget dat de cliënt volgt". De financiering zou ook meer door moeten lopen van 2<sup>e</sup> lijn naar 1<sup>e</sup> lijn en andersom.

### *Inrichting van de zorg*

Dat er oplossingen gezocht moeten worden in de inrichting van de zorg zijn de respondenten het over eens. De respondenten geven aan dat er gekeken moet worden naar de huidige organisatiestructuur.

Een belangrijk punt is de démedicalisering van de zorg. Een respondent gaf aan voor herinvoering van de bejaardenhuizen te zijn. "De oude 'bejaardenhuizen' waren voor een hele grote groep zo gek nog niet." Een bestuurder heeft al ervaring met het démedicaliseren en richten op welzijn, wonen en preventie.

Zaken als eenzaamheid en sociaal/welzijn zouden ook taken moeten zijn van de organisaties in de regio. Wie dit op zich zou moeten nemen werd niet genoemd. Er zou meer moeten worden gekeken of de zorg wel past bij de zorgvraag. Hiervoor zouden de belemmerende regeltjes die soms vanuit de artsen en overheid worden opgelegd zo veel mogelijk moeten verdwijnen. Als voorbeeld noemde een respondent het dagelijks bijhouden van voedingsintake en bloeddrukmeting. "Geen belemmerende regelgeving vanuit artsen en inspectie alleen daar waar echt nodig en niet alleen om maar te controleren om het controleren. Verzorging gericht op normale leven, kwaliteit van leven in plaats van regeldwang."

Weer (meer) activiteiten begeleiding inzetten.

De schotten zouden weggehaald moeten worden waardoor het makkelijker is samen te werken met welzijnsorganisaties en zowel intramuraal als extramuraal.

Ook de opleidingen in ouderenzorg naast medische facetten ook welzijn facetten meenemen.

Het inzetten van domotica is ook één van de oplossingen. Hiermee krijgen mensen meer vrijheid. Een respondent heeft hier al ervaring mee "Inzet van domotica, zodat mensen zoveel mogelijk zelf kunnen of bijvoorbeeld aanleg leef cirkels". Maar ook het beter gebruiken van nieuwe hulpmiddelen en bijvoorbeeld een toegankelijk zorgdossier kan de werkdruk ontlasten.

Het opzetten van een netwerk, inclusief ICT-systeem waar ook de huisartsenpost toegang tot heeft wordt genoemd.

Een respondent gaf aan dat we de zorgvraag moeten dempen. Hiermee werd bedoeld dat er te veel wordt aangeboden, te snel (medische)zorg wordt ingezet terwijl iemand ook met alleen aanhoren van een vraag en geruststelling geholpen is.

Ook preventie komt aan bod. Dit door inzet van de SO in de eerstelijns. Door schaarste komt het er nu vaak niet van "De SO zou ook eigenlijk in de eerstelijns ondersteuning moeten kunnen bieden. Dat kan nu niet iv, schaarste maar daardoor zouden ouderen beter en prettiger langer thuis kunnen blijven wonen". Als huizen zich meer op welzijn en wonen richten dan werkt dat ook preventief. Een respondent had daar al ervaring mee.

### *Personeelstekort*

Het probleem van de personeelstekorten wordt op verschillende manieren ingevlogen. Door meer rekening te houden met de wensen en het privé leven van de zorgmedewerkers zou het vak weer wat aantrekkelijker maken. Ook meer professionalisering en erkenning van de positie van bijvoorbeeld de SO denken de respondenten dat het vak aantrekkelijker wordt en er meer mensen gaan kiezen voor het vak.

Het Imago van de ouderenzorg in het algemeen zou ook beter moeten. Een respondent gaf aan "Iedere arts zou in de opleiding kennis moeten kunnen maken met het verpleeghuis en dan ook echt met het werk van de SO. Nu lopen ze nog heel even mee en krijgen dan een verkeerd beeld van het vak.'

Voor de SO zou de betutteling van verzekeraars minder moeten en meer autonomie.

Agogische medewerkers zoals psychologen, maatschappelijk werkende, activiteiten begeleiders zouden ingezet kunnen worden. De vijver van potentiële medewerkers is dan veel groter

Niet alleen het werven van nieuw personeel verdient de aandacht ook door taakherschikking de werkdruk verminderen waardoor er meer gedaan kan worden is volgens respondenten een optie.

### *Taakherschikking*

Bijna alle respondenten zien een gedeeltelijke taakherschikking, taakdelegatie of supplementatie als oplossing voor de hoge werkdruk en de tekorten in de zorg, naast personeel werven en behouden.

De GZ-Psycholoog, VS, PA of verpleegkundige niveau 5 zou meer taken van de SO over kunnen nemen.

Een respondent geeft aan dat HBO-V niveau 5 niet altijd in alle huizen aanwezig is.

De administratieve lasten zouden verminderd kunnen worden door inzet van ICT maar ook door taken over te dragen aan het medisch secretariaat. Dit wordt door een aantal respondenten al gedaan. Een respondent geeft aan “Eigenlijk zouden we de taken moeten herpakken en beter moeten organiseren.” Een respondent heeft hier al wat meer ervaring mee “De huisarts heeft de praktijk binnen het pand van de instelling. Dit concept verder onderzoeken zou een goed idee zijn.”

De huisartsenpraktijk zou meer gericht kunnen zijn op ouderen zorg. Door een opleiding van kaderarts te volgen of een gespecialiseerde praktijk ondersteuner in te zetten. Het inzetten van de SO, psycholoog, VS of PA in de 1e lijn zou een mogelijkheid zijn. Daarnaast zou de wijkverpleegkundige ook intramuraal kunnen gaan werken. Dit heeft een link met het eerder genoemde ontschotten. ‘Meer samenwerken en efficiënter samenwerken volgens EBP’ noemt een respondent het.

Een voorwaarde voor taakherschikking, delegatie of supplementatie is volgens een aantal respondenten dat zorgverleners vertrouwen hebben in elkaar en van elkaar weten wat ze doen. “Voorwaarde voor taakherschikking is naast een goede functieomschrijving ook vertrouwen.” Een respondent vindt taakherschikking ook wel moeilijk “Taakherschikking is erg moeilijk. Het in korte tijd aanbieden van extra scholing helpt niet echt. Opleiding VS bijvoorbeeld moet meer specialisatie richting ouderenzorg geven.”



## Bijlage 5 Samenvatting Tijdschrijflijst SO's

We hebben van 5 respondenten die samen 9 dagen hebben geschreven, de lijst ontvangen. Hiervan waren 7 dagen intramuraal 2 dagen extramuraal.

### Demografische gegevens SO's:

Leeftijd tussen 37 en 60 jaar

Gemiddeld zijn de respondenten 15 jaar in dienst

Vanuit: Zorggroep Maas & Waal, ZZG, Waalboog

Contracten tussen 20 en 32 uur per week

Meeste deelnemers werken intramuraal, 3 daarvan ook extramuraal

Vier deelnemers zijn hoofdbehandelaar van patiënten, één is alleen medebehandelaar

### Tijdregistratie samengevat (9 dagen):

Vier van de vijf deelnemers hebben de afgelopen maand overgewerkt:

Variërend van 8 tot 28 uur per week (1x 28 uur 1x 22 uur 1x 16 uur en 1x 8 uur)

Alle deelnemers maken dagen van meer dan 8 uur gemiddeld 9 à 10 uur. Ook is er 's avonds doorgewerkt door één deelnemer die nog een intervisie bijeenkomst had. Compensatie was in de registratie niet zichtbaar. Een respondent gaf aan dat compensatie in tijd niet mogelijk is.

Respondenten geven aan vaak mails en bijhouden van vakliteratuur in eigen tijd te doen. "Overdag kom ik nooit toe aan mails beantwoorden, literatuur lezen, richtlijnen aanpassen etc. dat doe ik altijd 's avonds. Ook een taak zoals het invullen van deze tijdschrijflijst.

De meeste tijd wordt besteed aan **patiënt gebonden zorg** (direct of indirect). Intramuraal voornamelijk naar behandelen (ongeveer 15%) extramuraal gaat er maar 4% naar behandelen. Daar gaat meer naar diagnostiek (16%) en het opstellen van Advanced Care planning (4%). Aan medische verslaglegging, MDO en opstellen van een behandelplan gaat de meeste indirect patiëntgebonden tijd naar toe.

Wat betreft **niet-patiëntgebonden zorg** (zorg die niet aan één cliënt gekoppeld kan worden) gaat voornamelijk uit naar algemene beleidsadviesing het begeleiden van collegae zoals VS/PA of andere behandelaren en 4% wordt geregistreerd voor andere oneigenlijke taken en ook 4% van de tijd gaat op aan reistijd.

Wat op valt is dat geen van de respondenten de (wettelijke) koffie of thee pauze neemt. Daarnaast neemt zelf één deelnemer ook geen lunch pauze en één deelnemer maar 5 minuten lunch pauze. De andere respondenten 30 of minder dan 30 minuten lunch pauze.

Twee respondenten hebben geen ad-hoc taken ingevuld. Bij de andere respondenten worden voornamelijk ad-hoc momenten geregistreerd voor overleg met en advies aan het zorgteam of collegae. Dit zijn een aantal momenten op een dag maar niet erg veel. (niet meer dan 10% van de dagtaak)

### Overige taken:

Een respondent gaf aan dat ze ook een aankomend collega begeleid en hier buiten de registratie werk aan heeft: Veel delegeren en superviseren/nakijken dossiers/ 'leergesprek'

Een respondent vond het lastig de lijst in te vullen omdat in de praktijk je veel dingen door elkaar doet. "Zoals een spreekuur, waarin je patiënten spreekt, zo nodig onderzoekt, medicatie voorschrijft, aanvullend onderzoek aanvraagt, verslaglegging doet enz."

Een respondent geeft aan dat hij het geluk had niet gebeld te zijn door een andere locatie, iets wat normaal gesproken vaak gebeurt. "Ik had het geluk niet gebeld te worden een van de andere locaties waarvoor ik bereikbaar was en een (onverwachte) visite moest afleggen, dat kost gemiddeld vaak meer dan 1 uur".

Een respondent neemt naast artsensite ook gedragsvisite af, dit kon hij niet op het formulier kwijt.

intramuraal

	Directe patiëntenzorg														Indirecte patiëntenzorg													
	Opname	Diagnostiek	Familie-gesprek	Advanced care planning	MDO in bijzijn van de patient	Medische behandeling (zowel farmacologische als niet-farmacologisch)	Indiceren van (para) medische behandelingen	BOIPZ-interventies op patiëntniveau	(Multidisciplinaire) behandeladvisering	Schouwen overledene	Anders	Besluitvorming over opname van patiënten	Regievoering over het behandelteam (alle behandelaren, ook para-medici)	MDO zonder de patient	Opstellen behandelplan	Overleg met het zorgteam	Overleg met andere behandelaren	Participeren in en adviseren over de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk	Aanvragen aanvullend onderzoek	Organiseren preventie (zoals griep spuit)	Bidrage aanvraag hulpmiddelen	Bidrage aan de indicatiestelling	Medische verslaggeving in het behandelplan	Controleren declaraties	Anders			
021105 dienst 1 9-18u	0	30	10	0	75	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	30	50	10	0	5	0	0	95	0	0		
021105 dienst 2 9-18u	0	30	10	0	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	5	10	20	5	0	0	0	130	0	45			
231001 dienst1 8:30 - 16:30u	0	15	30	0	0	75	0	0	0	135	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0			
291003 8.30-20.0 (17.00-19.30 niet)	0	0	0	0	45	170	0	0	0	0	10	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
291003 8.30-18.00u	0	45	0	0	0	150	0	0	0	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
301004 (8.30-1830)	40	45	70	0	0	50	20	0	0	0	0	0	0	15	0	30	0	15	0	0	0	0	90	0	65			
301004 8.00-19.00	0	0	0	0	0	15	15	0	0	30	0	0	0	75	75	5	5	0	0	0	0	0	15	0	45			

Algemeen medisch beleid										Professionalisering										Extra en/of oneigenlijke taken						Pauze								
Beleidsadviesing algemeen (zoals hygiëne, mondzorg, BOIPZ beleid)	Opstellen van een medisch beleidsplan op instellingsniveau	Opstellen van richtlijnen en procedures voor praktijkvoering van de vakgroep	Ethisch vakgroepbeleid formuleren	Deelname aan FONIA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents) activiteiten	Adequate waarnemingsregeling organiseren	Uitvoeren van triage (denk ook aan toegang GIZ)	Activiteiten houdende bij het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening	Anders	Bijhouden van vakliteratuur en (wetenschappelijke) ontwikkelingen	Deelnemen aan deskundigheidsbeoordering	Deelnemen aan virtuele	Deelnemen aan interventie	Bidrage leveren aan wetenschappelijke onderbouwing van het vak	Begleiden en coachen van collega's SO	Coachen en onderwijs geven aan verzorgenden en verpleegkundige	Casusdiscussie bespreken met collega's (SO en andere hulpverleners)	Begleiden van verpleegkundige specialisten/physician assistants	Begleiden en supervisie geven aan alios	Afgeven van bekwaamheidsverklaringen voor bijzondere voorbehouden handelingen	Begleiden en supervisie geven aan ondersteunend medisch personeel zoals het secretariaat	Anders	Zoeken naar materialen	Inscannen documenten/bestanden	Reistijd	Tijd om te zoeken naar geschikte werkplek	Opruimen	Informele gesprekken collegae	Mail met zijnde patient of instelling gebonden	Verpleegkundig onderzoek of handelingen	Verpleegkundige triage	Anders (ook andere oneigenlijke taken)	Pauze koffie/ thee	Pauze lunch/ diner/ ontbijt	Totaal
0	0	0	0	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	80	20	0	10	0	0	0	15	0	0	0	15	20	0	0	10	0	35	555
0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	30	0	0	0	60	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5	15	0	0	10	20	0	20	600
210	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	510	
0	0	0	0	0	15	0	0	0	90	0	0	10	0	0	0	25	0	0	30	0	0	0	0	0	0	5	50	0	0	45	0	0	540	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0	0	0	0	0	0	0	30	0	0	0	60	0	0	535	
15	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	15	15	0	0	0	0	0	0	30	0	0	0	15	560		
25	45	10	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65	65	0	0	0	20	0	0	15	15	645		

extra-/semimuraal

	Directe patiëntenzorg														Indirecte patiëntenzorg													
	Diagnostiek	Familie-gesprek	Advanced care planning	MDO In bijzijn van de patient	Medische behandeling (zowel farmacologische als niet-farmacologisch)	Indiceren van (para) medische behandelingen	BOPZ-interventies op patiëntniveau	(Multidisciplinaire) behandeladvisering	Schouwen overledene	Anders	Besluitvorming over opname van patiënten	Regievoering over het behandelteam (alle behandelaren, ook para-medici)	MDO zonder de patient	Opstellen behandelplan	Overleg met het zorgteam	Overleg met andere behandelaren	Participeren in en adviseren over de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk	Aanvragen aanvullend onderzoek	Organiseren preventie (zoals griep spuit)	Bidrage aanvraag hulpmiddelen	Bidrage aan de indicaties telling	Medische verslaglegging in het behandelplan	Controleren declaraties	Anders				
281002 gewerkt 7.30 - 19.30 (9-18.30)	195	0	30	0	30	0	0	0	0	0	0	0	60	10	50	0	0	0	0	0	0	85	0	13				
281002 gewerkt 7.30 - 22.00 (18,00-19.00u niet)	15	0	30	0	15	0	0	0	0	30	0	0	0	60	15	0	0	0	0	0	0	95	30	10				
Totaal per taak	210	0	60	0	45	0	0	0	0	30	0	0	60	70	65	0	0	0	0	0	180	30	23					

Algemeen medisch beleid				Professionalisering										Extra en/of oneigenlijke taken										Pauze				
Deelname aan FONA (Fouten en Near Accidents) activiteiten	Adequate waarnemings-regeling organiseren	Uitvoeren van triage (denk ook aan toegang GRZ)	Activiteiten horende bij het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening	Anders	Bijhouden van vakliteratuur en (wetenschappelijke) ontwikkelingen	Deelnemen aan deskundigheidsbevordering	Deelnemen aan visietatie	Deelnemen aan interventie	Bidrage leveren aan wetenschappelijke onderbouwing van het vak	Begeleiden en coachen van collega SO	Coachen en onderwijs geven aan verzorgenden en verpleegkundige	Casusdiscussie bespreken met collega SO en andere hulpverleners	Begeleiden en supervisie geven aan ondersteunend medisch personeel zoals het secretariaat	Anders	Zoeken naar materialen	Insamelen documenten/bestanden	Reistijd	Tijd om te zoeken naar geschikte werkplek	Opruimen	Informele gesprekken collegae	Mall niet zijnde patiënt of instelling gebonden	Verpleegkundig onderzoek of handelingen	Verpleegkundige triage	Anders (ook andere oneigenlijke taken)	Pauze koffie/ thee	Pauze lunch/ diner/ ontbijt	Soort zorg zoals WLZ, VFT, MPT, PGB of vanuit ZWW	Totaal
0	0	0	35	30	25	0	0	0	5	0	0	3	0	0	0	45	2	0	0	2	5	0	0	10	0	0	0	635
0	0	0	20	70	30	15	0	120	0	0	0	0	0	0	0	50	5	0	0	5	5	0	0	0	0	5	0	655
0	0	0	55	100	55	15	0	120	5	0	0	3	0	0	0	95	7	0	0	7	10	0	0	10	0	5	0	1290



Uitvergroot A t/m E

V&V ZZP1 T/M 3

V&V_ZZP123	Aandeel in totaal			Indexcijfers		
0,4%	2017	2022	2040	2017	2022	2040
<b>Man</b>						
65-	0%	0%	0%	100	100	100
65-75	3%	3%	1%	100	122	146
75-85	6%	6%	5%	100	122	214
85+	15%	17%	26%	100	139	437
<b>totaal</b>	<b>24%</b>	<b>26%</b>	<b>33%</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>345</b>
<b>Vrouw</b>						
65-	1%	1%	0%	100	110	83
65-75	3%	2%	1%	100	111	122
75-85	12%	11%	9%	100	111	180
85+	61%	60%	57%	100	119	233
<b>totaal</b>	<b>76%</b>	<b>74%</b>	<b>67%</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>218</b>
<b>Totaal</b>						
65-	1%	1%	0%	100	110	83
65-75	5%	5%	3%	100	117	134
75-85	18%	18%	14%	100	115	192
85+	75%	76%	83%	100	121	248
<b>TOTAAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>121</b>	<b>248</b>

A

V&V ZZP 4 EN HOGER

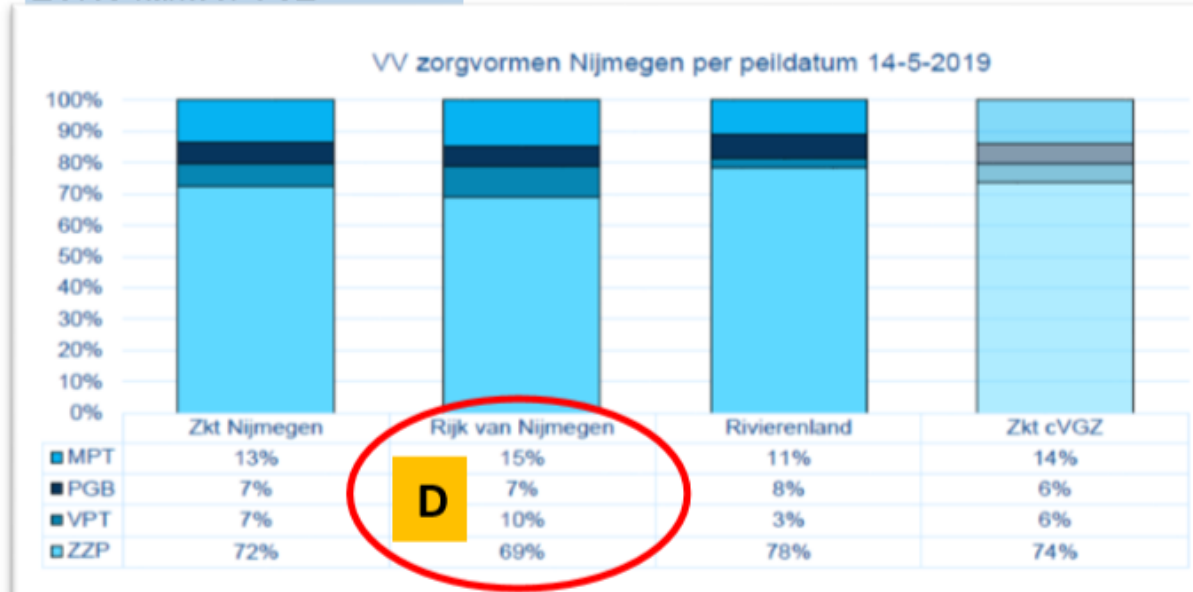
V&V_ZZP4+	Aandeel in totaal			Indexcijfers		
15,3%	2017	2022	2040	2017	2022	2040
<b>Man</b>						
65-	2%	2%	1%	100	102	86
65-75	5%	5%	3%	100	116	132
75-85	11%	12%	11%	100	121	215
85+	13%	15%	22%	100	134	364
<b>totaal</b>	<b>31%</b>	<b>33%</b>	<b>37%</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>258</b>
<b>Vrouw</b>						
65-	2%	2%	1%	100	102	85
65-75	5%	5%	3%	100	115	130
75-85	22%	21%	18%	100	112	179
85+	40%	39%	41%	100	116	223
<b>totaal</b>	<b>69%</b>	<b>67%</b>	<b>63%</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>199</b>
<b>Totaal</b>						
65-	4%	3%	2%	100	102	86
65-75	10%	10%	6%	100	116	131
75-85	33%	33%	29%	100	115	191
85+	53%	55%	63%	100	117	217
<b>TOTAAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>217</b>

B

V&V THUISZORG (VERPLEGING EN/OF VERZORGING)

V&V_TZ	Aandeel in totaal			Indexcijfers		
39,3%	2017	2022	2040	2017	2022	2040
<b>Man</b>						
65-	7%	6%	3%	100	102	84
65-75	9%	9%	6%	100	115	129
75-85	14%	15%	16%	100	122	213
85+	9%	10%	17%	100	133	351
<b>totaal</b>	<b>38%</b>	<b>40%</b>	<b>43%</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>201</b>
<b>Vrouw</b>						
65-	9%	8%	4%	100	101	84
65-75	11%	11%	8%	100	113	126
75-85	23%	22%	22%	100	112	178
85+	19%	19%	22%	100	114	215
<b>totaal</b>	<b>62%</b>	<b>60%</b>	<b>57%</b>	<b>100</b>	<b>111</b>	<b>165</b>
<b>Totaal</b>						
65-	17%	15%	8%	100	101	84
65-75	20%	20%	14%	100	114	127
75-85	36%	37%	39%	100	116	191
85+	27%	29%	39%	100	120	238
<b>TOTAAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>179</b>

C



Geslacht/Leeftijd	Aantal SO	Percentage	Gemiddelde Leeftijd	Gemiddelde Contract omvang	Gemiddelde uren per week	Totale capaciteit FTE
⊖ M	10	18%	51,6	0,84	30,2	8,4
40 - 49 jaar	2	4%	45,5	0,89	32,0	1,8
50 - 59 jaar	5	9%	54,6	0,87	31,4	4,4
60 - 69 jaar	2	4%	61,5	0,69	24,7	1,4
20 - 29 jaar	1	2%	29,0	0,89	32,0	0,9
⊖ V	47	82%	47,1	0,71	25,4	33,1
30 - 39 jaar	13	23%	34,9	0,68	24,5	8,9
40 - 49 jaar	14	25%	45,1	0,67	24,3	9,4
50 - 59 jaar	15	26%	54,9	0,75	26,9	11,2
60 - 69 jaar	5	9%	61,2	0,73	26,2	3,0
<b>Eindtotaal</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>47,9</b>	<b>0,73</b>	<b>26,2</b>	<b>41,5</b>

## BIJLAGE 7 Casebeschrijving huisartsenpraktijk

**Datum observaties:** 9 september 2019 en 29 oktober 2020

**Interviews :** 23 augustus 2019 en 27 augustus 2019

**Organisatie:** HA-praktijk x en Zorginstelling y

**Functie hulpverlener:**

01= Huisarts1 (observatie + interview) en 02= huisarts 2 (interview) en 03= SO (observatie + interview) en 04=POH1 (interview) en 05 = POH2 (interview)

### Samenvatting:

Algemeen. HA handelt vanuit principe 'zingeving'. Dit betekent dat hij wat betreft de ouderenzorg de zingeving op de eerste plaats zet, hij probeert zijn cliënten hierin te begeleiden en dit terug te laten komen binnen het consult. Door de omvang van de praktijk is het niet mogelijk alle ouderen (>65 jr) te monitoren. Ouderen die binnen komen met klachten worden wel gemonitord, in complexe gevallen door HA of HAIO en in andere gevallen door PO-ouderenzorg. De complexe patiënt populatie wordt door de HA gezien, de minder complexe patiënt worden door de PO gezien en met de HA besproken. HA maakt zelf een nieuwe afspraak met de patiënt, indien nodig. Hij gaat met de patiënt mee naar de receptie waar de afspraak is uitgeprint. Hiermee houdt hij constant contact met wat zich bij de assistenten en de wachtkamer af speelt.

Zelfmanagement van de patiënt: Indien de patiënt hiertoe in staat is zal de HA zelfmanagement actief motiveren echter is dit zeker niet bij alle patiënten mogelijk. Hij maakt bij iedere patiënt de inschatting in hoeverre hij/zij in staat is zelfregie te kunnen voeren.

Middels algemene vragen peilt de HA waar de patiënt behoefte aan heeft.

De HA houdt in feite steeds de gehele praktijk in de gaten. Dat wil zeggen dat hij na ieder consult weer even naar de receptie loopt om te zien wat de sfeer in de wachtkamer is en of de PO en assistente nog vragen hebben. De deur staat tussen de consulten ook steeds open en de AIO, HAIO, PO en assistente lopen regelmatig binnen met een vraag. In feite heeft de HA naast de éigen' patiënten dus ook in de gaten wat er verder in de praktijk met de andere pt gebeurt. Tijdens huisbezoek is de HA altijd telefonisch bereikbaar.

Samenwerking met SO: De SO heeft een aantal uren per maand ter beschikking voor de patiënten van de verschillende huisartsen uit deze regio. De aanvragen zijn zeer wisselend in volume en soort. De aanvraag van een consult verloopt altijd via de HA. De SO bezoekt de patiënt dan thuis. De HA blijft hoofdbehandelaar. De SO en HA onderhouden contact indien nodig en voeren op aanvraag overleg, eventueel ook met de POH. De wens om een structurele MDO te voeren (bv ééns per maand) is bij zowel de HA als de SO aanwezig. Hiervoor ontbreekt de tijd.

## BIJLAGE 8 Werksessie bestuurders/managers en SO's

### Notulen Werkbijeenkomst Regioproject: Optimaal benutten capaciteit specialisten ouderengeneeskunde

**Deelnemers:** De bijeenkomst 10-12-2019 werd georganiseerd na het ROSON overleg. Genodigden waren deelnemers aan de bestuurlijke V&V tafel en SO's uit zorgregio Nijmegen. Er waren ruim 20 deelnemers waarvan ongeveer een kwart bestuurders.

#### Inleiding:

De werkbijeenkomst voor bestuurders en SO's vond plaats als onderdeel van het onderzoek dat het lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening van de HAN uitvoert naar het optimaal benutten van de capaciteit en expertise SO's in zorgregio Nijmegen. Het doel van de bijeenkomst was het op de hoogte stellen van de deelnemers van de onderzoeksresultaten tot nu toe, het gezamenlijk verkennen en verdiepen van vier scenario's die mogelijke oplossingen zijn voor de vraagstukken in de regio en het vervolg bepalen. De vier scenario's sluiten aan bij de bevindingen van de onderzoeksresultaten, waarbij tevens is gekeken naar de mogelijkheid om dit regionaal aan te pakken. In de onderzoeksrapportage zullen ook aantal aanbevelingen opgenomen worden die per organisatie kunnen worden opgepakt.

De indeling van de avond was als volgt:

Presentatie onderzoeksresultaten

Pitch van een viertal praktijkvoorbeelden, waarvan er drie daadwerkelijk een pitch hadden

Gesprekstafels

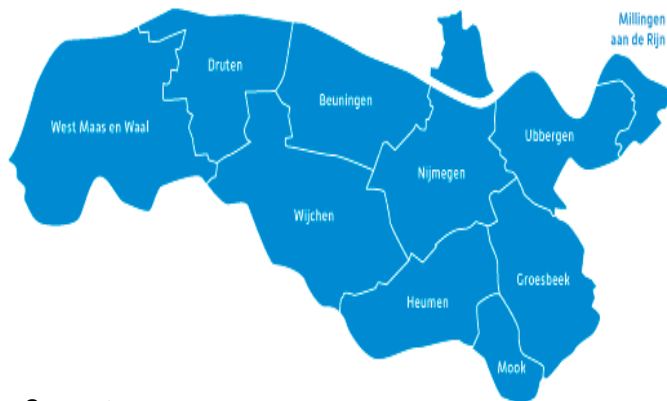
Plenaire terugkoppeling

#### Presentatie onderzoeksresultaten

Het totale onderzoek loopt van maart 2019 t/m 15 maart 2020.

Het onderzoek gaat over de inzet van de SO bij de doelgroep ouderen uit zorgregio Nijmegen.

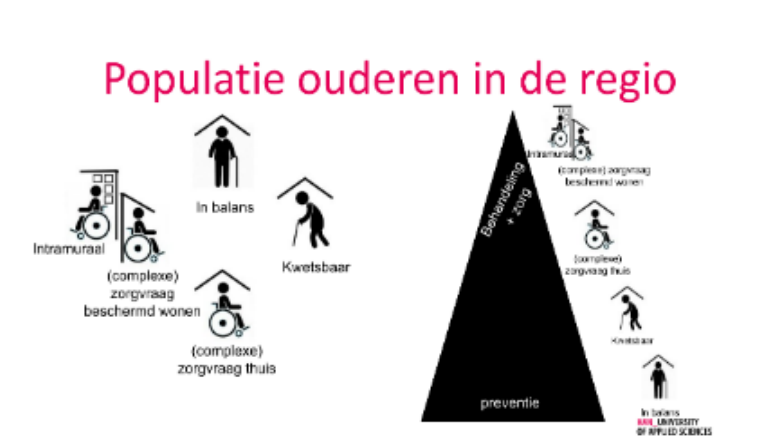




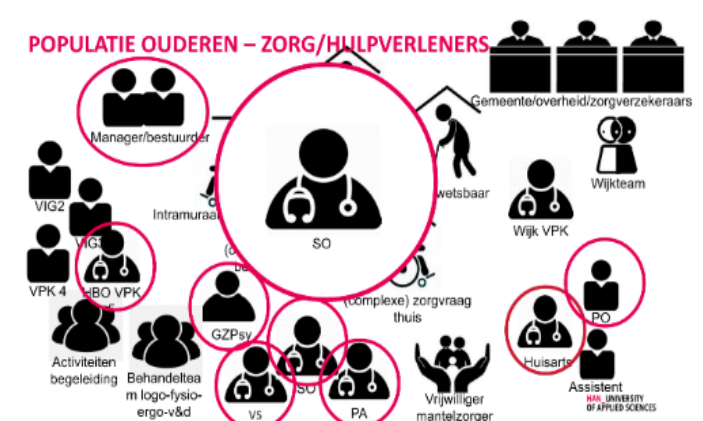
Gemeenten:

West Maas en Waal, Druten, Wijchen, Beuningen, Nijmegen, Heumen, Berg en Dal

De doelgroep bestaat uit ouderen van 65 jaar en ouder.



Bij de ouderen zijn behoorlijk wat zorgverleners en organisaties betrokken. De zorgverleners die betrokken zijn bij het onderzoek zijn omcirkeld, de SO in het midden omdat de SO een centrale rol vervult in de medische zorgverlening aan ouderen.



De volgende onderzoeksactiviteiten werden uitgevoerd: analyse van verschillende nationale en regionale datasets, tijdsregistratie door 6 SO's, werkbijeenkomst met 16 SO's (juni), interviews met zorgverleners/managers vanuit de verschillende disciplines (n=17) en observaties en interviews gericht op de samenwerking tussen een huisartsenpraktijkpraktijk en SO.

#### *Welke problemen komen uit het onderzoek naar voren?*

De groep ouderen wordt steeds groter en multimorbiditeit neemt toe. Er is een (groeïend) tekort aan zorgpersoneel en ook SO's in de regio. De huidige capaciteit van de SO's in de regio is 41 Fte. Dit betekent met een norm van 1 Fte bij 80 bewoners (Verenso, 2016)<sup>7</sup> dat er op dit moment precies genoeg SO's zijn voor de ouderen met een ZZP indicatie van 4+. Dit biedt echter geen ruimte voor extramurale inzet, opvangen van ziekte/verlof en opvangen van de toekomstige zorgvraag. Daarnaast ervaren SO's de werkdruk als erg hoog.

Op dit moment zijn er lange wachtlijsten en veel crisisopnames, er blijkt veel vraag te zijn naar beschermd wonen terwijl het aanbod nog onvoldoende is.

Sociale factoren die invloed op gezondheid hebben worden nog te veel onderbelicht. Aandacht voor sociale factoren welzijn zou preventief kunnen werken.

#### *Mogelijke oplossingsrichtingen die door de deelnemers van het onderzoek zijn aangedragen*

Er bestaat de wens om meer aanwezig te zijn in eerstelijns en meer gericht te zijn op preventie.

Taken zouden kunnen worden verschoven naar andere disciplines om SO's de ruimte te geven om vanuit expertise hoog complexe vraagstukken, ook in de eerstelijns, aan te kunnen pakken. Dit kan door professionalisering van het V&V-team en de huisarts, door inzet VS/PA/Psycholoog en door extra secretariële ondersteuning. Hiervoor moet wel helder zijn wat ieders expertise is.

<sup>7</sup> Verenso. (2016). Personeelsleidraad specialisten ouderengeneeskunde. Geraadpleegd op 10 oktober 2019, van [https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Richtlijnen\\_kwaliteit/kwaliteit/VER-002-8-persleidr-bw-intDEF.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/kwaliteit/VER-002-8-persleidr-bw-intDEF.pdf)

Er zou in de regio meer aandacht moeten komen voor samenwerking zodat zorg of hulpverleners gezamenlijk zicht hebben op de gehele populatie ouderen. Doel hierbij is het samen verminderen van crisisopnames en bij opname de cliënt plaatsen in de eigen woonomgeving. Daarnaast zou samenwerking door de intramuraal werkende zorgprofessionals en zorgorganisaties met disciplines als gemeente, maatschappelijk werk, huisartsen, wijkverpleegkundigen etc. een plek moeten krijgen in het geheel.

De cliënt zou nog meer centraal moeten staan en niet zijn indicatie, zodat er cliënt-volgend gewerkt kan worden. Ook moet meer aandacht komen voor welzijn.

Het beroep van SO maar ook de ouderenzorg in het algemeen moet aantrekkelijker gemaakt worden. Bij de inzet van SO's kan meer rekening gehouden worden met de balans tussen werk en privé. De financiële beloning van SO's moet meer in verhouding komen met andere beroepsgroepen. Het imago van het beroep zou verbeterd kunnen worden bijvoorbeeld door het invoeren van een coschap ouderenzorg. Door de SO meer te betrekken bij bestuurlijke aangelegenheden en meer autonomie te geven wordt het vak van SO ook aantrekkelijker.

## **Pitch van een viertal praktijkvoorbeelden**

### *Taakherschikking – Inzet verpleegkundig specialist*

Door Marishka Verschuren, Verpleegkundig specialist, Activite Leiden

### *Versterken V&V-team – EVIDENCE project*

Door Annemie van de Wouw, Projectmedewerker, Zorgcentra De Betuwe

### *SO positioneren voor de eerstelijns*

Door Anne van der Zon, SO Waalboog, lid ROSON werkgroep SO 1e lijn

### *Regionaal samenwerken - SO op de huisartsenpost*

Door Wim van Boerdonk, Projectmanager Kalorama

(Helaas verhinderd waardoor deze pitch niet door kon gaan)

## Gesprekstafels

Tafel 1: <b>Taakherschikking</b>	Tafel 2: <b>Versterken V&amp;V-team</b>	Tafel 3: <b>SO positioneren voor de eerste lijn</b>	Tafel 4: <b>Regionaal samenwerken</b>
Gespreksleider: Miranda Laurant	Gespreksleider: Marleen Lovink	Gespreksleider: Helene Rompen	Gespreksleider: Martine Heerkens
Ervaringsdeskundig e: Marishka Verschuren	Ervaringsdeskundig e: Annemie van de Wouw	Ervaringsdeskundig e: Anne van de Zon	Ervaringsdeskundig e: <del>Wim van Boerdonk</del>
<b>Hoofdvraag:</b> Hoe kan taakherschikking van SO's naar master opgeleide zorgverleners (verpleegkundig specialisten en physician assistants) bijdragen aan het optimaal	<b>Hoofdvraag:</b> Hoe kan het versterken van het V&V-team bijdragen aan het optimaal benutten van de capaciteit en expertise van SO's in de zorgregio Nijmegen?	<b>Hoofdvraag:</b> Hoe kunnen SO's zich zo positioneren voor de eerstelij dat er optimaal gebruik wordt gemaakt van de capaciteit en expertise van SO's	<b>Hoofdvraag:</b> Hoe kunnen we regionaal samenwerken om de eerder geschetste problemen op te vangen? Wat zijn 'out of the box'

Resultaten vanuit de gesprekstafels:

### 1. Taakherschikking

Bij deze tafel kwam de vraag naar voren of de inzet van de basisarts een mogelijkheid zou zijn. Maar ook de casemanager, psycholoog, VS en PA werden genoemd als disciplines waar de SO taken naar zou kunnen verschuiven.

Volgens de deelnemers kan het V&V-team versterkt worden (zie tafel 2) waardoor de medische taken echt bij de SO of VS/PA komen en de verzorgende/verpleegkundige taken zelfstandig opgepakt worden in het V&V-team. Belangrijk is hierbij wel dat eenieder weet welke taken er bij welke disciplines horen. Dit moet goed worden vastgelegd. Kortom, het moet heel helder zijn wat van wie verwacht wordt en wat de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners zijn.

De deelnemers geven aan het lastig te vinden om in te schatten wat gedelegeerd of helemaal (inclusief verantwoordelijkheden) overgedragen kan worden. Hierbij wordt aangegeven dat niet iedere zorgverlener voldoende achtergrond/kennis heeft om zelfstandig bepaalde taken uit te voeren. Dit heeft

onder meer te maken met eerdere ervaringen en opleiding van de VS of PA. Deelnemers geven aan dat de kennis en vaardigheden van een basisarts makkelijker zijn in te schatten omdat hij/zij een medische opleiding heeft. Het zelf opleiden van VS of PA zou een oplossing kunnen zijn, zodat je precies weet wat je in huis hebt. Er blijkt ook behoefte te zijn aan best-practices.

Er werd ook aangegeven dat het verschuiven van taken betekent dat je als SO vertrouwen moet hebben in de expertise van de andere zorgverlener en moet durven loslaten. Een aantal deelnemers gaven aan dat dit ook voor inzet van basisartsen geldt en niet alleen bij VS, PA, psycholoog, of casemanager.

Het idee werd geopperd om een PA de schakel te laten zijn tussen huisarts en SO. Ook taken in de ANW-diensten voor andere disciplines kunnen worden uitgebreid zodat ook in de avond, nacht en het weekeind de SO ontlast wordt door hbo-verpleegkundige, VS, PA of psycholoog. De transfer van ziekenhuis naar verpleeghuis werd genoemd als verbeterpunt. Verpleeghuizen krijgen nu veel medische taken omdat cliënten steeds eerder naar het verpleeghuis komen, daar zou rekening mee moeten worden gehouden. Ook hier zou een VS of PA een rol in kunnen vervullen.

Voor iedere organisatie is het herschikken van taken anders, maatwerk, en dit heeft tijd nodig. Een deelnemer gaf aan daar 3 jaar voor nodig te hebben, terwijl een andere deelnemer aangaf dat het gewoon doen en gaandeweg aanpassingen maken ook prima kan.

Het is belangrijk om de juridische consequenties van taakherschikking op een rij te hebben. Dit om te voorkomen dat een zorgverlener taken en verantwoordelijkheden heeft die hem niet toekomen en een andere zorgverlener hierop aangesproken kan worden.

## **2. Versterken V&V-team**

De samenwerking tussen de SO en hbo-verpleegkundige kwam ter sprake. De hbo-verpleegkundige zou een mooie coachende rol kunnen spelen in het versterken van het V&V-team. Over hoe deze coachende rol verder ingevuld zou kunnen worden verschilde men van mening. Nu wordt deze zorgverlener nog te veel eenzijdig ingezet om zorgtaken uit te voeren. Een enkele deelnemer geeft aan dat in sommige organisaties wordt gesproken van minder inzet hbo-verpleegkundigen terwijl deelnemers aangeven juist een belangrijke rol voor de hbo-V er te zien ter versterking V&V-team en ter ontlasting van SO.

Het is belangrijk om elkaar te kennen, dus te weten wat ieder van elkaar kan verwachten. SO moet meer vertrouwen krijgen in het V&V-team en loslaten. De SO zou hiervoor wel vanaf het begin betrokken moeten worden bij de versterking van het V&V-team en een rol kunnen hebben in het versterken van het team. Hierin kan als regio worden samen gewerkt door best practices te delen en hbo-verpleegkundigen gezamenlijk op te leiden en in te zetten. Een aantal deelnemers gaven aan dat om aantrekkelijk te zijn voor verzorgenden en verpleegkundigen je je als organisatie kunt profileren als onderzoeksorganisatie en als organisatie die innoverend bezig is. Organisaties kunnen ook ervaringen uitwisselen over de aanpak om het V&V-team te versterken.

### **3. SO positioneren voor de eerstelijns**

Hierbij kwam al snel naar voren dat de SO in de eerstelijns duidelijk ook andere taken heeft dan een SO die alleen intramuraal werkt. Belangrijk vonden de deelnemers dat de SO in de eerstelijns echt als een vast bedrijfsonderdeel gezien moet worden, nu komt het er vaak bij waardoor er bij krapte intramuraal uren naar intramuraal gaan ten koste van de inzet in de eerstelijns. Als de SO in de eerstelijns wordt ingezet is continuïteit erg belangrijk. Er werd zelfs gesproken van één zelfstandige SO-organisatie in de eerstelijns. Zodat het voor de andere disciplines zoals de huisarts duidelijk is waar ze met vragen terecht kunnen, dat de SO administratieve en overkoepelende taken niet steeds zelf hoeft te doen maar dat dat verdeeld kan worden en dat de SO in de eerste lijn consequent aanwezig is. Een standaard dossier is wel erg wenselijk.

De SO kan de huisarts en de praktijkondersteuner ouderenzorg ondersteunen en coachen. Hierdoor is er ook meteen een goede afstemming.

### **4. Regionaal Samenwerken – SO op de huisartsenpost**

Het gesprek werd gestart vanuit het voorbeeld van positioneren van de SO op de huisartsenpost. Dit ter vervanging van de diensten die nu in de organisaties afzonderlijk worden geregeld. De vraag wordt gesteld of dit een oplossing biedt voor het capaciteitsvraagstuk als de SO ook wordt ingezet in de eerstelijns?

Het idee wordt geopperd dat de SO geconsulteerd zou kunnen worden bij specialistische vragen die bij de huisartsenpost binnen komen. Aanneمة is dat hierdoor minder ouderen worden ingestuurd naar de SEH of een opname. SO kent beter de weg bij opname en andere mogelijkheden. HUISARTS zou voor eenvoudige vragen kunnen worden ingezet in de woonzorglocaties. Wil de huisarts dit wel? En zijn er wel zoveel eenvoudige vragen?

Er moet wel aandacht zijn voor de wettelijk eisen. Zoals bijvoorbeeld dat de SO binnen 30 minuten aanwezig moet kunnen zijn op locatie. Hiervoor werd als oplossing een soort SO-ambulance bedacht, net als de huisartsenpost nu ook heeft. De vraag is er of de dienstdoende arts per se een SO moet zijn of kan ook een dienst uitgevoerd worden door een huisarts in opleiding (HAIO). Is er mogelijk een V&V triagist nodig? Een vaste SO en wijkverpleegkundige koppelen aan de huisartsenpost zou ook kunnen.

Verschillende vragen kwamen naar boven: is het regionaal wel mogelijk qua indeling, is de huisartsenpost-regio gelijk aan de zorgregio Nijmegen (V&V tafel)? Ook een punt van aandacht is ICT. In het elektronisch cliënten dossier kunnen van verschillende de cliënten is volgens de deelnemers rand voorwaardelijk. Evenals het kunnen voorschrijven van medicatie (toegang tot medicatie voorschrijfsysteem).

Deelnemers stellen zich ook de vraag of de SO dan een actieve dienst of een bereikbaarheidsdienst bij de huisartsenpost zou moeten draaien. Hier zijn voor en tegenstanders van. Je hebt wel minder vaak dienst als je met de huisartsenpost mee doet, is de verwachting.

Hoe dit alles anders te organiseren is ook een vraag. Er worden hier opties genoemd zoals de inzet van een VS of PA als voorwacht waardoor minder vragen bij de SO komen en een betere triage van vragen. Dit zou ook druk weghalen bij de SO die dan alleen gebeld wordt bij specialistische vragen.

Ook zouden basisartsen kunnen worden ingezet voor de ANW diensten.

Er is hier al ervaring mee door één organisatie in de regio met inzet ANW Nederland (inhuur diensten door derde partij). Eigen SO is de achterwacht.

De deelnemers zouden graag een verkenning uitvoeren naar het anders en met elkaar organiseren van diensten (ANW). Ook het uitvoeren van een kwantitatieve analyse: hoe vaak wordt gebeld, waarvoor, hoe vaak wordt de huisartsenpost gebeld met specialistische vragen, is belangrijk voordat er echt zaken worden geregeld. Uiteraard moeten de randvoorwaarden voor het verantwoord uit kunnen besteden van diensten helder in beeld gebracht worden. Misschien komen hier wel weer andere scenario's uit.

### **Plenaire terugkoppeling**

Aan het einde werd er plenair een korte samenvatting van de gesprekstafels gegeven door de gespreksleiders en/of ervaringsdeskundigen.

### **Taakherschikking**

**Marishka Verschuren en Miranda Laurant gaven een korte samenvatting van tafel 1.**

Taakherschikking gaat om samenwerken van verschillende zorgverleners gericht op (verbeteren van) kwaliteit van de zorg. De vraag is vooral: Hoe kunnen we goed samenwerken, wat zijn randvoorwaarden, wat is het groeimodel en hoe kunnen de verschillende zorgverleners waaronder SO's taken loslaten. In de regio zouden best practices kunnen worden ontwikkeld.

### **Versterken V&V-team**

**Annemie van de Wouw en Marleen Lovink gaven een korte samenvatting van tafel 2.**

Om het V&V-team te versterken is het belangrijk dat de SO zaken los durft te laten en hiervoor is weer vertrouwen nodig. Daarnaast moet de rol van coach voor het V&V-team goed worden neergezet. De hbo-verpleegkundige zou deze rol goed kunnen vervullen. Hierover verschilde men van mening over hoe deze rol precies ingevuld moest worden. In regio zouden best practices kunnen worden opgedaan en in de regio zouden we samen hbo-verpleegkundigen op kunnen leiden.

### **SO positioneren voor de 1<sup>e</sup> lijn**

**Anne van der Zon en Helene Rompen gaven een korte samenvatting van tafel 3.**

De SO moet vaste uren voor 1e lijn hebben. Eén zelfstandig bedrijf voor SO's zou kunnen worden opgericht omdat een SO in de eerstelijns andere problematiek tegenkomt en de SO's makkelijker kunnen samenwerken zodat er geen zaken dubbel gedaan worden. SO's in de in de eerstelijns kunnen

dan ook continuïteit bieden en de huisarts ondersteunen. SO in de eerstelijns werkt meer preventief en kan beter inspelen op toekomstige problemen en opnames.

### **Regionaal Samenwerken**

#### **Martine Heerkens gaf een korte samenvatting van tafel 4.**

Twee tafels zijn positief over samenwerken op de huisartsenpost, 1 tafel is kritisch en vindt dat we de 1<sup>e</sup> lijn niet naar ons toe moeten trekken. Deze tafel ziet een post wel zitten maar dan alleen met SO's en niet samen met de huisartsenpost.

### **Voorkeur scenario's**

Ook werd er aan het einde van de avond aan de deelnemers gevraagd welke scenario's de voorkeur hadden van de deelnemers. In principe zouden voor alle scenario's best practices kunnen worden ontwikkeld, waarbij voor tafel 4 regionale samenwerking eerst nog verder exploratie nodig lijkt te zijn.

Aantal deelnemers met een voorkeur voor het betreffende scenario:

*Tafel 1. Taakherschikking* = 7 deelnemers

*Tafels 1. Taakherschikking + Tafel 2. Versterken V&V-team* = 16 deelnemers (gelijktijdige uitwerking van beide scenario's had de voorkeur)

*Tafel 3. SO positioneren voor de 1<sup>e</sup> lijn* = 7 deelnemers

*Tafel 4. Regionaal Samenwerken* = 6 deelnemers

### **Eindvraag**

De eindvraag luidt als volgt:

Waar gaan we als regio op inzetten hoe pakken we dat aan?

Wat is mogelijk qua tijd en geld?

Er is door de HAN een voorstel ingediend bij de bestuurderstafel voor verdere ontwikkeling en implementatie van een of meer scenario's (deelplan). Er dient op bestuurlijk niveau keuze gemaakt te worden welke deelplannen definitief ingediend worden bij het zorgkantoor. Dit is ten tijde van deze bijeenkomst nog niet bekend.



**OPEN UP**  
**NEW** **HAN** UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES  
**HORIZONS.**