



Taakverschuiving bij de  
medische zorg vanuit het  
verpleeghuis

# Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis

Opdrachtgever: Capaciteitsorgaan Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Ineke Bloemendaal  
Daphne Albers  
Sandra de Kroon  
Alice Dekker

Utrecht, december 2009

Kenmerk: A&HRM/IB/ar/7037/09-0465

## **Prismant**

Prismant is partner van CC Zorgadviseurs en Walvis ConsultingGroep. Samen bieden wij organisaties en professionals in de zorgsector deskundig advies, onderzoek, opleidingen en informatiebeheer. De drie organisaties zijn al jarenlang actief op het gebied van zorg en welzijn. Met deze samenwerking breiden wij onze specialistische kennis en expertise sterk uit. Zo kunnen wij onze diensten nog beter toespitsen op elke specifieke vraag.

© Stichting Prismant, Utrecht, december 2009. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

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

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

### **Uitgever**

Prismant  
Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht  
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht  
Telefoon 030 - 2345 678  
Fax 030 - 2345 677  
prismant@prismant.nl

### **Bestellingen**

Publicaties zijn te bestellen via [www.prismant.nl](http://www.prismant.nl).

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Vraagstelling	9
1.2 Afbakening van het onderzoek	10
<b>2. Onderzoeksmethodiek</b>	<b>13</b>
2.1 Werkwijze	13
2.2 Interviews in de verpleeghuizen	13
<b>3. Taakverschuiving in de praktijk</b>	<b>17</b>
3.1 Verschijningsvormen van taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen	17
3.2 De specialist ouderengeneeskunde	18
3.3 Nurse practitioners	19
3.4 Praktijkverpleegkundigen	24
3.5 Verpleegkundigen en verzorgenden	27
3.6 Doktersassistenten	33
3.7 Taakverschuiving naar andere professionals	35
<b>4. Bandbreedte van taakverschuiving bij de medische en verpleegkundige zorg</b>	<b>37</b>
4.1 Maximale taakverschuiving	37
4.2 Minimale taakverschuiving	39
<b>5. Effecten van taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen</b>	<b>43</b>
5.1 Effecten voor de tijdsbesteding van de arts	43
5.2 Taakverschuiving en de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg	48
<b>6. Beleidsvorming en randvoorwaarden voor taakverschuiving</b>	<b>55</b>
6.1 Aanleidingen voor taakverschuiving	55
6.2 Beleid en beslissingen rond taakverschuiving	56
6.3 Factoren die een rol spelen bij succesvolle taakverschuiving	58
6.4 Verdere mogelijkheden en grenzen	61
<b>7. Toekomstverwachtingen</b>	<b>65</b>
7.1 Algemene toekomstverwachtingen	65
7.2 Intramurale medische zorg	65
7.3 Extramurale medische zorg	67
7.4 Belemmeringen en randvoorwaarden	70
<b>8. Potentie van taakverschuiving in de verpleeghuiszorg</b>	<b>73</b>
8.1 Normatieve benadering	73
8.2 Empirische benadering	74
8.3 Potentie van verticale taakverschuiving	79

<b>Gebruikte literatuur</b>	<b>81</b>
<b>Bijlage 1 Participerende verpleeghuizen</b>	<b>83</b>
<b>Bijlage 2 Steekproeftrekking</b>	<b>85</b>
<b>Bijlage 3 Tijdbesteding naar kernactiviteiten</b>	<b>89</b>
<b>Bijlage 4 Beroepen en opleidingen</b>	<b>91</b>
<b>Bijlage 5 Lopende initiatieven extramurale zorg</b>	<b>93</b>

## Samenvatting

Nederland vergrijst waardoor de vraag naar medische zorg voor kwetsbare ouderen toeneemt. Omdat het aantal specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen) naar verwachting niet sterk zal groeien zijn aanvullende maatregelen nodig. Taakherschikking/taakverschuiving is daarbij één van de mogelijkheden. In opdracht van het Capaciteitsorgaan heeft Prismant daarom bij een gerichte steekproef van 38 verpleeghuizen onderzocht welke vormen van verticale taakverschuiving plaatsvinden en wat de potentiële substitutie-effecten hiervan zijn. Verticale taakverschuiving houdt in dat taken van de specialist ouderengeneeskunde worden verschoven naar medewerkers met een lager opleidingsniveau.

Het Capaciteitsorgaan wil met dit onderzoek in kaart brengen wat de potentiële substitutie-effecten zijn van taakverschuiving om deze effecten te kunnen betrekken bij toekomststramingen voor het aantal specialisten ouderengeneeskunde en te kunnen adviseren over de gewenste instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Om de vraag naar de potentiële substitutie-effecten van taakverschuiving te kunnen beantwoorden is meer zicht nodig op de taakverschuiving die al plaatsvindt in de praktijk. Dit onderzoek is daarom gericht op beantwoording van de volgende vragen:

- Welke taakverschuiving vindt momenteel plaats van specialisten ouderengeneeskunde naar nurse practitioners, (praktijk)verpleegkundigen en anderen?
- Wat is de bandbreedte van de taakverschuiving?
- Wat zijn de effecten van deze taakverschuiving in termen van kwaliteit en substitutie?
- Onder welke omstandigheden doen de vormen van taakverschuiving zich voor?
- Welke toekomstverwachtingen heeft men voor de medische zorg vanuit de verpleeghuizen?
- Wat is de potentie van taakverschuiving in de verpleeghuiszorg?

Om deze vragen te beantwoorden zijn in de 38 verpleeghuizen de specialisten ouderengeneeskunde en hun ondersteuners geïnterviewd. Daarnaast zijn 27 bestuurders geïnterviewd over beleidsvorming en strategie rondom taakverschuiving binnen hun organisatie.

### Taakverschuiving in de praktijk

Binnen de bezochte verpleeghuizen zijn vooral taken verschoven naar nurse practitioners, (praktijk)verpleegkundigen en doktersassistenten.

De nurse practitioner wordt op verschillende manieren ingezet binnen de verpleeghuizen. Zij kan de rol van medebehandelaar aannemen, waarbij ze zelfstandig of samen met de specialist ouderengeneeskunde een aantal afdelingen runt. De arts en de nurse practitioner hebben dan globaal dezelfde patiëntgerichte taken. De belangrijkste zijn: opnames, opstellen van zorg- en behandelplannen, deelnemen aan MDO, visites lopen, contacten met familie, wondrondes en behandelen van acute zorgvragen. De arts delegeert de medische zorg naar de nurse practitioner, maar blijft zelf hoofdbehandelaar.

Daarnaast hebben nurse practitioners een belangrijke rol in de scholing en coaching van verpleegkundigen en verzorgenden. Zij begeleiden verpleegkundigen en verzorgenden bij het uitvoeren van medisch-technische handelingen. Ook neemt een deel van de nurse practitioners deel aan werkgroepen, veelal ter vervanging van de arts.

De nurse practitioner kan ook de rol van expert vervullen. Deze laatste vorm van taakverschuiving komt overeen met taakverschuiving naar praktijkverpleegkundigen.

De praktijkverpleegkundige wordt ingezet als expert en regisseur bij specialistische verpleegkundige zorg (o.m. wond-, decubitus- en diabeteszorg, astma/COPD). Zij voert verpleegtechnische handelingen uit, vooral als coach van de verzorgenden en doet visites bij afwezigheid van de arts. De praktijkverpleegkundige vormt de brug tussen de arts en de verzorgenden. Daarnaast houdt de praktijkverpleegkundige zich bezig met kwaliteitsbeleid binnen de organisatie. Ten opzichte van de nurse practitioner heeft de praktijkverpleegkundige minder ruimte om zelfstandig te handelen.

Verpleegkundigen, verpleegkundige teams en verzorgenden nemen soms ook taken over van de arts. Zij nemen taken over in hun rol van zorguitvoerder (verpleegtechnische handelingen), soms in hun rol als coach. Bij dit laatste gaat het om het (coachen bij) het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. Of het hierbij gaat om taakverschuiving of om het terugbrengen van oneigenlijke taken van de arts naar het juiste echelon, is afhankelijk van de visie die respondenten hebben op de kerntaken van de arts. Bij afwezigheid van de arts in de weekenden en avonden doet een verpleegkundige of een verpleegkundig team de triage voor de arts.

Daarnaast zijn er nog doktersassistenten en medisch secretaresses die als ondersteuner taken overnemen van de specialist ouderengeneeskunde. Hierbij gaat het veelal om administratieve werkzaamheden en eenvoudige medisch-technische handelingen zoals oren uitspuiten.

### **Bandbreedte van taakverschuiving en taakherschikking**

Maximale taakverschuiving -in relatie tot minimale- wordt vooral bepaald door de verschuiving van medische taken en specialistische verpleegtechnische taken. Deze taken vormen een substantieel deel van het takenpakket van de arts. Taakverschuivingen bij de algemene verpleegtechnische handelingen en in de ondersteunende zin zijn hierbij aanvullend.

### **Effecten van de taakverschuiving**

Bij de effecten van taakverschuiving kan onderscheid gemaakt worden tussen substitutie in termen van het verschuiven van taken die tijdwinst oplevert voor de arts en substitutie van formatie. Vooral dit laatste is van belang in het kader van de toekomstramingen van het Capaciteitsorgaan.

De inzet van de verschillende professionals levert substantiële tijdwinst op voor de arts. Dit geldt vooral voor de inzet van de nurse practitioner en de praktijkverpleegkundige. Beiden leveren voor meer dan de helft van hun inzet tijdwinst op voor de artsen (respectievelijk 58% en 52%). Tijdwinst bij de doktersassistenten is 32%, bij de inzet van verpleegkundige teams 6%. Uitsluitend de inzet van de nurse practitioner leidt op min of meer structurele basis tot uitruil van formatie met de specialisten ouderengeneeskunde. Bij de inzet van andere professionals gebeurt dit slechts sporadisch.

De artsen en andere professionals zijn unaniem van mening dat de taakverschuiving leidt tot kwaliteitswinst in de zorg. De zorg wordt volgens hen patiëntgericht, toegankelijker, effectiever en veiliger. Dit komt vooral door de brugfunctie die nurse practitioners en praktijkverpleegkundige vervullen tussen de arts en de verzorgenden. Daarnaast is de ondersteuner vaker aanwezig. Hierdoor is er meer tijd en aandacht voor cliënten, meer continuïteit in de zorg en vindt er meer scholing en coaching van verzorging en verpleging plaats, waardoor zij hun kennis en vaardigheden verbeteren. Daarnaast wordt bij de inzet van nurse practitioners ook de zorginbreng in de artsenvakgroep als kwaliteitsverbetering beschouwd.

## **Beleidsvorming en randvoorwaarden**

Een formatietekort bij specialisten ouderengeneeskunde is de belangrijkste trigger geweest om nurse practitioners in dienst te nemen. Bij de keuze voor andere professionals speelden andere factoren een grotere rol, zoals de ontlasting van de arts, het terugleggen van oneigenlijke taken en kwaliteitsverbetering.

Meestal is er geen expliciet concernbeleid dat gericht is op taakverschuiving bij de medische zorg. De keuze voor taakverschuiving hangt wel samen met de visie op opleiden, innovatie en de visie op de kerntaken van verschillende professionals.

De positieve effecten van de taakverschuiving doen zich alleen voor als enkele essentiële randvoorwaarden zijn vervuld, zoals 'draagvlak en acceptatie' en 'volwaardig lid zijn van de vakgroep'. Andere randvoorwaarden zijn gericht op de samenwerking tussen arts en ondersteuner, en tussen ondersteuner en verzorging. Ook is het van belang duidelijkheid te hebben over de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de ondersteuner en dient de organisatie (en de arts) tijd in te ruimen voor begeleiding en ontwikkeling van de ondersteuner. Tenslotte dient men de financiering van de ondersteuner geborgd te hebben.

## **Toekomstverwachtingen**

In de toekomst verwacht men dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen, en pas naar een zorginstelling verhuizen als de hoeveelheid medische zorg niet meer aan huis geleverd kan worden. Dit heeft als gevolg dat de zorg in zorginstellingen zwaarder wordt. De verpleeghuizen zullen zich meer gaan richten op multiproblematiek en op specifieke cliëntengroepen. Daarbij lijkt taakverschuiving onontkoombaar, vooral door veranderingen in de bouw en organisatie in de intramurale zorgvoorzieningen (kleinschaligheid). Ook met het oog op het behandelen van meer extramurale cliënten zal taakverschuiving onontkoombaar zijn. De specialist ouderengeneeskunde zal meer een regie- en coördinatiefunctie van de medische zorg krijgen, waarbij de uitvoerende rol overgenomen zal worden door de ondersteuners.

## **Potentie van taakverschuiving**

Kijkend naar de tijdwinst die de inzet van verschillende professionals oplevert, kan elke vorm van taakverschuiving die in dit rapport wordt beschreven in potentie leiden tot substitutie, uitruil van formatie of een hogere caseload bij de artsen. In de huidige praktijk wordt echter alleen bij de inzet van de nurse practitioner daadwerkelijk overgegaan tot substitutie van formatie. Dit betekent dat vooralsnog alleen deze inzet van invloed kan zijn op de behoefteramingen aan specialisten ouderengeneeskunde van het Capaciteitsorgaan.

Er zijn twee benaderingen om de potentie van taakverschuiving vast te stellen en tot invulling van het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan te komen: een normatieve en een empirische benadering.

Voor de normatieve benadering geeft het onderzoek de nodige bouwstenen en informatie. De vaststelling zelf is normatief, dus niet direct uit dit onderzoek af te leiden. Deze kan verder worden uitgewerkt door de betrokken partijen.

De empirische benadering levert twee perspectieven op de potentie van taakverschuiving:

1. Met een empirische benadering kan de beschikbare informatie over de taakverdeling in de praktijk geëxtrapoleerd worden naar de branche als totaal. Uitgaande van de vastgestelde gemiddelde verhouding tussen het aantal nurse practitioners en het aantal artsen van 34%, en een gemiddelde substitutiewaarde van de NP van 61%, is er 347 fte NP nodig. Met 347 fte NP's worden alle specialisten ouderengeneeskunde ondersteund

door een NP als medebehandelaar, vergelijkbaar met de verpleeghuizen met een NP als medebehandelaar uit de onderzoekspopulatie.

2. Voor zover de hierboven geschetste situatie vanuit verschillende perspectieven als wenselijk zou worden gezien, is het een lange termijn perspectief, waarbij veldpartijen zich moeten uitspreken over de wenselijkheid en haalbaarheid van deze ontwikkelingen en een bijbehorend tijdpad waarlangs deze zouden kunnen plaatsvinden. Mogelijke tijdpaden zijn in dit hoofdstuk uitgewerkt op basis van de onderzoeksbevindingen en enkele gegevens over de ontwikkeling van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde tot 2029.

Bij een substitutie van 0,5% per jaar, uitgaande van 1.575 fte artsen die nodig zijn in 2029, zijn er 245 fte NP's nodig. Het aantal artsen hoeft dan minder snel te groeien, en wel naar 1.425 fte. Bij een substitutie van 1% per jaar zou het gaan om 1.276 fte specialisten ouderengeneeskunde en 491 fte NP's. Beide scenario's vragen om een forse verhoging van de instroom in de opleiding tot nurse practitioner/ verpleegkundig specialist chronische zorg.

Om tot concrete cijfers voor het ramingsmodel te komen is van belang om in te schatten wat haalbaar is voor de branche en voor de professionals die de taakverschuiving moeten implementeren. Verwacht men een branchebrede invoering of stopt de vernieuwing halverwege?

Bij zowel de normatieve als de empirische benadering is tenslotte een inschatting van het tijdpad nodig waarlangs men veronderstelt dat de veranderingen kunnen plaatsvinden.

De onderzoeksresultaten zijn inmiddels betrokken in de toekomstraming 2009 van het Capaciteitsorgaan voor het aantal opleidingsplaatsen specialist ouderengeneeskunde en het aantal nurse practitioners.

# 1. Inleiding

De medische zorg rond ouderen is volop in beweging. Niet alleen de toekomstige toename van de vraag naar medische zorg door het grotere aantal ouderen speelt hierbij een rol. Ook de te verwachten toename van de tekorten van specialist ouderengeneeskunde heeft zijn invloed op het vraagstuk rondom het leveren van medische zorg in de toekomst.

Voor de toekomstige tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde spelen verschillende factoren een rol. De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is verlengd, waardoor een vertraging in de gediplomeerde uitstroom zal optreden. Daarnaast neemt de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde al vier jaar af en worden procentueel steeds minder opleidingsplaatsen bezet. Het percentage onbezette opleidingsplaatsen is tussen 2006 en 2009 toegenomen van 5% tot 26%.

Om de toekomstige tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en het toenemende aantal ouderen met een zorgvraag op te kunnen vangen, zijn aanvullende maatregelen nodig. Taakverschuiving naar andere professionals kan hierin een belangrijke bijdrage leveren. Taakverschuiving van specialisten ouderengeneeskunde naar nurse practitioners (NP's) en verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving komt steeds meer voor in de ouderenzorg; dit blijkt uit onderzoek van Van der Windt (2007) naar de personele samenstelling van medische diensten van verpleeghuizen en onderzoek van Verijdt en Van der Windt (2009) naar de tijdsbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. Hoewel de behoefte aan een vooruitgeschoven post die medische taken kan overnemen van de specialisten ouderengeneeskunde steeds groter wordt, maken lang niet alle verpleeghuizen gebruik van de genoemde (nieuwe) professionals. Bijna de helft (46%) had in 2007 geen van deze professionals in dienst en ook geen plannen om ze in dienst te nemen (Van der Windt, 2007).

Waar taakverschuiving plaatsvindt zijn er aanwijzingen dat er tijdswinst is voor de specialisten ouderengeneeskunde en winst voor de kwaliteit van zorg. Het gaat in de uitgevoerde onderzoeken doorgaans om casestudies waarin de verschillende betrokkenen globale inschattingen maken van de effecten. Uit deze casestudies komt een grote variatie naar voren in de manier waarop taken worden georganiseerd. De mate waarin taken zijn verdeeld en de mate waarin wordt samengewerkt tussen de diverse disciplines verschilt sterk. Om te komen tot een inschatting welke tijdswinst daadwerkelijk te boeken is met de taakverschuiving, en onder welke omstandigheden, is onderhavig onderzoek uitgevoerd.

## 1.1 Vraagstelling

De geschetste situatie is voor het Capaciteitsorgaan aanleiding geweest een onderzoek te starten naar verticale substitutie. Daarbij is de vraag 'Wat verticale substitutie kan bijdragen aan het gat tussen de toenemende zorgvraag en het tekort aan artsencapaciteit'. De resultaten van dit onderzoek wil het Capaciteitsorgaan kunnen betrekken bij toekomstramingen voor het aantal specialisten ouderengeneeskunde.

De vraag die in dit onderzoek naar taakverschuiving wordt beantwoord is:

*Wat zijn de potentiële substitutie-effecten van structurele taakverschuiving bij specialisten ouderengeneeskunde en onder welke omstandigheden doen zij zich voor?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is eerst meer gedetailleerd zicht nodig op de bestaande taakverschuiving. Bovenstaande vraagstelling is daarom opgesplitst in de volgende subvragen.

- a. Wat gebeurt er in de verpleeghuizen aan taakverschuiving van specialisten ouderengeneeskunde naar nurse practitioners, (praktijk)verpleegkundigen en anderen, en om welke specifieke taken gaat het daarbij?
- b. Wat is de bandbreedte van de taakverschuiving? Hoe ziet maximale taakverschuiving eruit ten opzichte van minimale taakverschuiving?
- c. Wat zijn de consequenties van deze taakverschuiving in termen van kwaliteit en substitutie?
- d. Onder welke omstandigheden doen de verschillende vormen van taakverschuiving zich voor? Welke voorwaarden zijn hierbij van belang?
- e. Welke verwachtingen heeft men voor de toekomst van de medische zorg vanuit de verpleeghuizen?
- f. Wat is de potentie van taakverschuiving in de verpleeghuiszorg?

## 1.2 Afbakening van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op taakverschuiving van de specialist ouderengeneeskunde naar medewerkers met een lager opleidingsniveau. Hiermee wordt zowel taakdelegatie als taakherschikking bedoeld. Taakdelegatie verwijst naar het delegeren van taken zonder dat er sprake is van structurele herverdeling van taken over verschillende beroepen. Taakherschikking betreft de meer structurele verschuiving van taken naar andere professionals, waarbij aanpassingen plaatsvinden in opleidingen en soms in wet- en regelgeving. Taakdelegatie kan leiden tot taakherschikking, maar dat hoeft niet.

Daarnaast bestaat het begrip substitutie. Hierbij gaat het om het verschuiven van werkzaamheden tussen beroepsgroepen met overlappende takenpakketten op niet-structurele basis (RVZ, 2002). Substitutie kan zowel horizontaal als verticaal plaatsvinden. Horizontale taakverschuiving vindt plaats tussen medewerkers met gelijk opleidingsniveau, verticale taakverschuiving tussen medewerkers met een ongelijk opleidingsniveau.

In verband met de leesbaarheid van dit rapport gebruiken we de term taakverschuiving waarmee we zowel taakherschikking als taakverschuiving naar medewerkers met een lager opleidingsniveau bedoelen.

Verder besteden we de meeste aandacht aan de belangrijkste taken van de specialist ouderengeneeskunde: de patiëntgerichte activiteiten. De specialisten ouderengeneeskunde besteden gemiddeld 69% van hun tijd aan deze activiteiten (Verijdt en Van der Windt, 2009); parttimers en vrouwen meer dan fulltimers en mannen. Uit onderzoek van Hoek en Muller (2004) blijkt dat bij de patiëntgerichte activiteiten -en dan vooral medisch-technische taken- de meeste tijdswinst is te boeken met taakverschuiving.

Naast medisch-technische taken voeren veel artsen ook verpleegtechnische taken uit, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Achtergrond hiervan is dat afgelopen decennium de (verpleegkundige) afdelingshoofden en teamleiders meer organisatorische en beleidsmatige taken zijn gaan doen en dat tegelijkertijd het aantal verpleegkundigen afnam. Verpleegtechnische taken zijn overgedragen aan verzorgenden, maar zijn ook vaak terechtgekomen bij de specialisten ouderengeneeskunde. Deze taken horen formeel niet bij het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde (NVVA/NVSG, 2003) en kunnen dus teruggebracht worden naar het juiste echelon. In dit onderzoek vallen ook deze taken onder de definitie van taakverschuiving.

Diverse onderzoeken (Hoek en Mulder, 2004, Verijdt en Van der Windt, 2009) laten verschillen zien in de taakuitvoering tussen van oorsprong verpleeghuisartsen en sociaal geriaters. Een belangrijk verschil is dat sociaal geriaters bijna nooit medisch technische taken verrichten. Oorspronkelijk uitgangspunt was beide beroepsgroepen te betrekken in dit onderzoek. De sociaal geriaters uit het onderzoek van Verijdt en Van der Windt (2009) bleken echter allen werkzaam in ggz-instellingen of RIAGGs. Omdat onderhavig onderzoek zich richt op medische zorg in en vanuit verpleeghuizen zijn de van oorsprong sociaal geriaters niet betrokken in dit onderzoek.

### *Leeswijzer*

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt kort ingegaan op de opzet van dit onderzoek. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de verschillende vormen van taakverschuiving die zijn waar te nemen bij de medische zorg vanuit de bezochte verpleeghuizen, waarna in hoofdstuk 4 de bandbreedte van taakverschuiving wordt toegelicht. Hoofdstuk 5 gaat vervolgens in op de effecten van de taakverschuiving. Hierbij gaat het vooral om de substitutie-effecten en effecten op de kwaliteit van zorg. In hoofdstuk 6 wordt beschreven onder welke condities de verschillende vormen van taakverschuiving voorkomen en welke randvoorwaarden hierbij van belang zijn. Hoofdstuk 7 schetst de toekomstverwachtingen die de respondenten hebben over de medische zorg vanuit de verpleeghuizen. In hoofdstuk 8 tenslotte schetsen we wat de potentiële substitutie-effecten zijn van de inzet van andere professionals.

Voor dit onderzoek hebben we gesproken met zowel mannelijke als vrouwelijke professionals en managers/bestuurders. Ten behoeve van het onderscheid en de leesbaarheid van het rapport verwijzen we naar de artsen en de bestuurders/managers met 'hij', de overige professionals met 'zij'.



## 2. Onderzoeksmethodiek

### 2.1 Werkwijze

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in 38 verpleeghuizen uit een steekproef van 42 verpleeghuizen. Centrale vraag hierbij is geweest hoe de medische zorg is georganiseerd, welke taken zijn herschikt en wat de effecten hiervan zijn in termen van substitutie en kwaliteit van zorg.

Het onderzoek is uitgevoerd van januari tot en met augustus 2009 en is begeleid door een werkgroep met vertegenwoordigers van Verenso<sup>1</sup>, ActiZ en zorgverzekeraars. De verpleeghuizen die hebben geparticipeerd in het onderzoek zijn opgenomen in bijlage 1. Wij danken zowel de werkgroepleden als de respondenten uit de verpleeghuizen voor hun betrokkenheid en het delen van hun ervaringen en expertise.

### 2.2 Interviews in de verpleeghuizen

#### *Selectie van de verpleeghuizen<sup>2</sup>*

Bij het bepalen van de steekproef is in eerste instantie uitgegaan van het onderzoek naar tijdbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters van Verijdt en Van der Windt (2009). In dit onderzoek is aan de verpleeghuisartsen en sociaal geriaters gevraagd door welke professionals zij ondersteund worden (nurse practitioners, verschillende soorten verpleegkundigen, een diverse groep andere ondersteuners) en in hoeverre ondersteuning ontbreekt.

De verpleeghuizen zijn vervolgens op basis van deze informatie onderverdeeld. Hieruit is een steekproef getrokken van 42 verpleeghuizen. Hierbij hielden we rekening met spreiding, zowel in grootte van de instellingen (aantal locaties) als ook landelijk. We selecteerden alleen specialisten ouderengeneeskunde die meer dan 24 uur per week werkzaam waren in deze functie. Dit laatste omdat de artsen met een groter dienstverband naar verwachting een breder zicht hebben op de medische zorg en beleid in de gehele zorgorganisatie.

Bij het uitvoeren van de interviews bleek dat enkele artsen wél ondersteund worden door verschillende professionals, maar geen taken aan hen overdragen. Doordat de steekproeftrekking gefaseerd is uitgevoerd, is hiervoor zoveel mogelijk gecorrigeerd. In enkele gevallen zijn we zeer gericht op zoek gegaan naar verpleeghuizen die aan de gewenste criteria voldeden. Hierdoor zijn de verschillende subgroepen in de steekproef voldoende groot geworden om verzadiging te bereiken bij de inhoudelijke gegevensverzameling binnen de subgroepen.

Een beperkt aantal instellingen is niet geselecteerd uit het eerder genoemde tijdbestedingonderzoek, maar uit eerdere onderzoeken naar taakverschuiving in verpleeghuizen (Van Essen e.a., 2006 en Grunveld e.a., 2004, Pepels en Wiewel, 2005). Ook zijn enkele instellingen geselecteerd op basis van de sneeuwbalmethode.

---

<sup>1</sup> Verenso is de nieuwe naam voor de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters. Verenso heette tot voor kort NVVA, dat oorspronkelijk stond voor Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen. Enkele jaren geleden is de NVVA gefuseerd met de NVSG, de Nederlandse Vereniging voor Sociaal Geriaters. Hiermee werd de naam NVVA veranderd in: NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (bron: website Verenso).

<sup>2</sup> Zie ook bijlage 2.

Voor dit onderzoek is een doelgerichte steekproef getrokken. Dit betekent dat geen generalisatie van de onderzoeksresultaten kan plaatsvinden wat betreft de mate van vóórkomen van de verschillende vormen van taakverschuiving. Wel ontstaat door het onderzoek een beeld van de afzonderlijke ondersteuningssituaties dat generaliseerbaar is naar andere verpleeghuizen met vergelijkbare ondersteuning.

De bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek was groot: van de 42 benaderde organisaties hebben 38 meegewerkt. Daarmee heeft 8,5% van het totale aantal verpleeghuizen in Nederland geparticipeerd in dit onderzoek. Slechts enkele van de benaderde instellingen (4) hebben afgezien van deelname. Personeelstekort door vacatures en zwangerschapsverloven waren hiervan de belangrijkste redenen. De vier instellingen die niet hebben deelgenomen behoorden tot verschillende ondersteuningscategorieën.

In onderstaande tabel is samengevat hoe de ondersteuningssituatie van de specialist ouderengeneeskunde in de bezochte populatie verdeeld is.

Tabel 2.1 Ondersteuningssituatie in de bezochte verpleeghuizen

Ondersteuningssituatie	Aantal bezochte instellingen	Aantal artsen	Fte's artsen
Nurse practitioner en (praktijk)verpleegkundige	5	32	24,1
Nurse practitioner	8	63	53,6
(Praktijk)verpleegkundige*	8	52	36,8
Andere ondersteuners*	9	60	46,1
Geen specifieke ondersteuning	7	54	40,9
<b>Totaal</b>	<b>38</b>	<b>261</b>	<b>202</b>

\* De formatiegegevens van 1 instelling ontbreken.

#### *Benaderen van de verpleeghuizen*

De geselecteerde specialisten ouderengeneeskunde hebben per e-mail informatie ontvangen over het onderzoek. Vervolgens is telefonisch een afspraak gemaakt voor interviews met zowel de specialist ouderengeneeskunde als met de relevante ondersteuner(s).

#### *Interviews*

De specialisten ouderengeneeskunde hebben voorafgaand aan de interviews een beknopte lijst met gespreksonderwerpen ontvangen en een korte vragenlijst ingevuld, ter ondersteuning van de interviews.

In elk verpleeghuis is door de onderzoekers een semi-gestructureerd interview gehouden met de specialist ouderengeneeskunde. De belangrijkste thema's daarbij zijn:

- Hoe is de medische zorg georganiseerd en hoe wordt hierin samengewerkt met andere professionals?
- Wat zijn de effecten van de taakverschuiving in termen van substitutie en kwaliteit van de zorg?
- Welk beleid wordt gevoerd ten aanzien van taakverschuiving? Wat zijn de randvoorwaarden voor succesvolle invoering taakverschuiving?
- Welke visie heeft men op de toekomst van de medische zorg voor ouderen en welke consequenties heeft dit?

In de meeste verpleeghuizen is afzonderlijk gesproken met de arts en één of twee ondersteuners, afhankelijk van de ondersteuningsgroep waaruit het betreffende verpleeghuis kwam. Hierdoor was het mogelijk om goed te focussen op de afzonderlijke takenpakketten en optimale gelegenheid te bieden om openlijk te spreken over situaties waarin de taakverschuiving niet zo goed verloopt. In een enkel geval is een telefonisch interview met de specialist ouderengeneeskunde of de nurse practitioner gehouden.

Afhankelijk van het type ondersteuning zijn andere accenten in het interview gelegd. Zo is bij instellingen zonder ondersteuning extra aandacht besteed aan het beleid rondom taakverschuiving, terwijl bij instellingen mét ondersteuning meer aandacht is besteed aan de grenzen van verantwoorde taakverschuiving. Hoewel tijdens de interviews het accent is gelegd op de specifieke vorm van taakverschuiving in het betreffende verpleeghuis, is ook steeds aandacht besteed aan de totale organisatie van de medische en verpleegkundige zorg.

Wanneer de artsen aan hadden gegeven geen specifieke ondersteuning te hebben is één interview gehouden. De gemiddelde duur van de interviews was anderhalf uur. Na afloop van het interview is de arts gevraagd welke manager of bestuurder van de instelling benaderd kon worden voor een aantal aanvullende vragen over beleidsvorming en strategie. Vervolgens zijn deze managers en bestuurders telefonisch geïnterviewd. In totaal is gesproken met 27 managers of bestuurders van de geselecteerde verpleeghuizen.

In tabel 2.2 is de verdeling weergegeven van de geïnterviewde personen.

Tabel 2.2 Aantal geïnterviewde respondenten

<b>Respondenten</b>	<b>Aantal</b>
Specialisten ouderengeneeskunde	38
Nurse practitioners	13
(Praktijk)verpleegkundigen	10
Andere ondersteuners*	6
Managers	27
<b>Totaal</b>	<b>94</b>

\* De groep 'andere ondersteuners' betreft een zorgcoördinator, een physician assistant (PA), een huisarts in opleiding, het hoofd van het medisch secretariaat en twee doktersassistenten.



### 3. Taakverschuiving in de praktijk

Wat gebeurt er in de verpleeghuizen aan taakverschuiving van specialisten ouderengeneeskunde naar andere professionals? Dit hoofdstuk beschrijft de vormen van taakverschuiving die voorkomen in de 38 bezochte instellingen. Daarbij wordt de eerste deelvraag van de onderzoeksvraag beantwoord:

*Wat gebeurt er in de verpleeghuizen aan taakverschuiving van specialisten ouderengeneeskunde naar nurse practitioners en andere verpleegkundigen met een specifieke taakomschrijving, en om welke specifieke taken gaat het daarbij?*

Achtereenvolgens gaan we in op taakverschuiving naar nurse practitioners, praktijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden, doktersassistenten en andere professionals. Daarbij beschrijven we steeds welke taken en verantwoordelijkheden deze professionals 'overnemen' van de specialist ouderengeneeskunde. We maken hierbij onderscheid tussen de directe en indirecte cliëntenzorg en andere taken, zoals kwaliteitsbeleid. Eerst gaan we kort in op de specialist ouderengeneeskunde en zijn taken.

#### 3.1 Verschijningsvormen van taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen

In de bezochte verpleeghuizen zijn meerdere professionals betrokken bij het uitvoeren van de medische en verpleegkundige zorg. De specialisten ouderengeneeskunde geven daarbij aan dat zij in meerdere of mindere mate taken overdragen naar andere professionals. Taakverschuiving vindt in de bezochte verpleeghuizen vooral plaats naar nurse practitioners, praktijkverpleegkundigen, verpleegkundige 24-uurs teams en avond-, nacht- en weekeindhoofden (anw-hoofden), gespecialiseerde verpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden op de afdelingen en doktersassistenten. Zij vervullen daarbij verschillende rollen. In tabel 3.1 staan per professional de belangrijkste rollen weergegeven met een X.

Tabel 3.1 Rollen van de verschillende professionals bij de medische en verpleegkundige zorg

	Hoofd-behandelaar	Mede-behandelaar	Expert	Regisseur	Coach	Zorgverlener	Ondersteuner
Specialist ouderengeneeskunde	X	X	X	X			
Nurse practitioner		X	X	X	X		
Praktijkverpleegkundige			X	X	X		
Gespecialiseerd verpleegkundige			X	X	X	X	
Verpleegkundig team/anw-hoofden				X	X	X	
Afdelingsverpleging en verzorging						X	X
Doktersassistenten						X	X

Elke professional heeft meerdere rollen bij de medische en verpleegkundige zorg, waarbij de rollen van de verschillende professionals overlappen. Dat geldt vooral voor de rol als coach en

zorgverlener, maar dit zegt niet dat zij uitwisselbaar zijn. Bij de rol als regisseur geldt dat de arts op de afdelingen van de nurse practitioners de regie over de medische zorg delegeert naar de nurse practitioner, de arts blijft echter hoofdbehandelaar. Bij de praktijkverpleegkundige, de gespecialiseerde verpleegkundige en het verpleegkundig team geldt dit veel meer voor een specifieke problematiek (bijv. decubitus) of voor een deel van de medische en verpleegkundige zorg (bijv. triage, waarna een deel van de zorgvragen naar de arts of nurse practitioner gaat).

In tabel 3.2 zijn de hoofdtaken die verschoven worden benoemd. Ook hier is duidelijk dat er veel overlap is in de vormen van taakverschuiving, maar dat de accenten bij de verschillende professionals steeds verschillend liggen.

Tabel 3.2 Verschuiving van taken naar de diverse professionals

	NP	pvpk	gesp-vpk	vpk-team	anw-hfd	vpk/vz afd	da
Medische zorg bieden op 'eigen' afdeling (onder supervisie)	X						
Medische zorg bieden op gezamenlijke afdelingen	X						
Medische zorg bieden bij afwezigheid van de arts	X	x					
Kwaliteitsbeleid (commissies, werkgroepen)	X	X	X				
Specialistische zorg (o.m. wond-, decubitus-, diabeteszorg)	x	X	X	x			
Vorbereiden van de visites van de arts	x	X					
Triage bij afwezigheid van de arts	x	X		X	X		
Verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (coach)	X	X	X	X	X	x	
Verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (uitvoering)	x	x	X	X	X	X	X
Regievoering op verzorging (zorgplannen, familiecontacten)	x					x	
Eerste aanspreekpunt zijn voor oproepen arts (voorwacht)	x	x					x
Administratieve ondersteuning en opvragen informatie	x						X

X: kerntaak; x: taak

NP= nurse practitioner; pvpk=praktijkverpleegkundige; vpk-team=verpleegkundig 24-uurs team; anw-hfdn=avond-, nacht- en weekeindhoofden; gesp.vpk=gespecialiseerd verpleegkundigen; vpk/vz afd=afdelingsverpleegkundigen en verzorgenden; da=doktersassistenten.

In de nu volgende paragrafen leest u hoe de taakverschuiving naar de afzonderlijke professionals eruit ziet. In bijlage 4 worden de in dit rapport genoemde beroepen toegelicht die relatief onbekend zijn.

### 3.2 De specialist ouderengeneeskunde

In dit onderzoek hebben we gesproken met 38 specialisten ouderengeneeskunde. Alle geïnterviewde artsen voerden patiëntgebonden taken als hoofdbehandelaar in een verpleeghuis uit. Dit houdt in dat zij de regie voeren over zorg- en behandelplannen en hier uitvoering aan geven. Behalve in verpleeghuizen was de specialist ouderengeneeskunde in sommige gevallen ook hoofdbehandelaar voor ouderen in dependances in de wijk, meerzorgafdelingen in verzorgingshuizen en op transferafdelingen van ziekenhuizen.

Daarnaast is een aantal artsen ook medebehandelaar of consultant, de huisarts is in deze gevallen hoofdbehandelaar. Dit geldt bijvoorbeeld bij bewoners van verzorgingshuizen die een indicatie hebben voor behandeling en cliënten van de dagbehandeling (ZZP3 en ZZP4).

De taken die de specialisten ouderengeneeskunde uitvoeren, sluiten nauw aan bij de kerntaken zoals die zijn benoemd in de nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater (NVVA/NVSG, 2003).

1. patiëntgebonden taken:
  - medische taken en medisch technische verrichtingen
  - zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement
2. niet-patiëntgebonden taken:
  - realiseren randvoorwaarden voor patiëntgerelateerde taken
  - de taak van de verpleeghuisarts/sociaal geriater in het netwerk van zorgaanbieders
  - onderwijs, scholing en onderzoek
  - (kwaliteits)management
  - optionele taken

Een belangrijke aanleiding voor de herbezinning op het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde in 2003, is de toename van het leveren van zorg aan extramurale cliënten door de artsen. Vanuit een deel van de bezochte verpleeghuizen werken artsen ook extramuraal; in de meeste andere verpleeghuizen zijn hier plannen voor in ontwikkeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om consulten op verzoek van de huisarts, meestal voor verzorgingshuiscliënten die geen indicatie voor behandeling hebben. Andere voorbeelden: deelname aan een geheugenpoli -vaak in samenwerking met ziekenhuizen of met de ggz- waar op verwijzing van de huisarts ouderen worden gezien; spreekuren in de huisartsenpraktijk, al dan niet samen met de huisarts, voor kwetsbare ouderen met multiproblematiek. Omdat bij deze initiatieven weinig taakverschuiving plaatsvindt beschrijven we deze situaties niet in dit hoofdstuk, maar in hoofdstuk 7 over de toekomstige ontwikkelingen.

### **3.3 Nurse practitioners**

De nurse practitioner is een relatief nieuw beroep in de gezondheidszorg. Er zijn momenteel acht hogescholen die nurse practitioners opleiden. De opleiding tot nurse practitioner is een tweejarige post-HBO opleiding die opleidt tot de titel Master in Advanced Nursing Practice. Na de opleiding kan de nurse practitioner zich laten registreren als verpleegkundig specialist.

De meeste nurse practitioners werken in de ziekenhuizen, in het grensgebied van het medische en verpleegkundige domein. In de ziekenhuizen en de huisartsenpraktijken is de nurse practitioner vooral gekoppeld aan specifieke groepen patiënten, zoals hartfalen- of diabetespatiënten, waaraan zij geprotocolleerde zorg bieden. Het werkdomein van de nurse practitioner is nog in ontwikkeling. Dit geldt voor de nurse practitioners in de ziekenhuizen en huisartsenpraktijken, maar nog meer voor de nurse practitioners in de verpleeghuizen. In de ouderenzorg komt dit beroep nog relatief weinig voor.

Recent onderzoek wijst uit dat er momenteel 39 (bij benadering 33,5 fte) nurse practitioners werkzaam zijn in de verpleeg- en verzorgingshuizen (Groeneveld, 2009). Het gaat hier zowel om gediplomeerde nurse practitioners (21) als om nurse practitioners in het tweede jaar van hun opleiding (18). Eerstejaars zijn dus niet meegenomen.

Dertien verpleeghuizen met een nurse practitioner zijn bezocht. Het totale aantal fte's aan NP's in deze organisaties bedraagt 25,5 fte. Hun gemiddelde dienstverband is 88%.

#### *Inzet van de nurse practitioner*

In de dertien bezochte instellingen vindt taakverschuiving plaats naar nurse practitioners, soms in combinatie met ondersteuning door (praktijk)verpleegkundigen. In één verpleeghuis wordt, voor grotendeels vergelijkbare taken, een physician assistant ingezet.

Belangrijkste aanleiding om een nurse practitioner in te zetten is een formatietekort bij de specialisten ouderengeneeskunde. Daarnaast speelt de behoefte aan innovatie een rol en het belang dat in de organisatie wordt gehecht aan opleiden. Een beperkt aantal nurse practitioners heeft zelf het initiatief genomen om de opleiding tot nurse practitioner te mogen volgen.

De nurse practitioner wordt in de bezochte organisaties meestal ingezet bij verpleeghuisbewoners, die in het verpleeg- of verzorgingshuis verblijven of in een kleinschalige locatie in de wijk. Een aantal nurse practitioners heeft ook een aanvullende zorgafdeling in het verzorgingshuis of de dagbehandeling in het verpleeghuis onder haar hoede.

#### *Taakverdeling na taakverschuiving*

De nurse practitioner wordt op verschillende manieren ingezet bij de medische zorg. We kunnen drie varianten onderscheiden, waarbij de eerste twee in elkaars verlengde liggen. De drie varianten zijn:

1. De nurse practitioner runt zelfstandig een aantal afdelingen met de arts als achterwacht.
2. De nurse practitioner runt een aantal afdelingen samen met de arts.
3. De nurse practitioner voert ter ondersteuning van de arts een aantal specifieke taken uit.

#### *Variant 1: De nurse practitioner runt zelfstandig afdelingen met de arts als achterwacht.*

In deze situatie zijn de afdelingen in de verpleeg- en verzorgingshuizen verdeeld onder de nurse practitioner en de arts. Daarbij hebben ze globaal dezelfde taken, waarbij wel een zekere grens geldt. Hier zullen we later in dit verslag op terugkomen. De nurse practitioner heeft voor elke afdeling waar ze de medische zorg verleent een vaste arts om op terug te vallen. Beiden doen ze in principe alle voorkomende taken. Naast de vaste afspraken (visites, multidisciplinair overleg (MDO), wondronde) doen ze opnames, voeren gesprekken met cliënten en familie en zijn ze oproepbaar voor acute gevallen. De arts heeft op de afdelingen van de nurse practitioner de regie over de medische zorg gedelegeerd naar de nurse practitioner. Deze neemt -waar nodig- zelf het initiatief om de arts in te schakelen<sup>3</sup>. De arts blijft hoofdbehandelaar.

In één verpleeghuis is dit concept zo ver doorgevoerd dat een psycholoog hoofdbehandelaar is van de psychogeriatrische verblijfsafdeling, en de nurse practitioner de somatische zorg biedt onder supervisie van de specialist ouderengeneeskunde.

#### *Variant 2: De nurse practitioner runt een aantal afdelingen samen met de arts.*

Direct in het verlengde van variant 1, komt het ook voor dat de nurse practitioner de medische zorg samen met de arts verzorgt. In dit geval zijn zowel de arts als de nurse practitioner verdeeld over de verschillende afdelingen, units en woonvormen. Veelal zijn de nurse practitioner en de arts dan minstens één dag in de week beiden aanwezig. Zij verlenen dan samen de medische zorg, bijvoorbeeld door gezamenlijk een grote visite te doen.

De nurse practitioner zorgt voor de continuïteit van de medische zorg als de arts afwezig is. Zij is dan het vaste aanspreekpunt voor de cliënten en de verzorgenden en kan, waar ze dat nodig

---

<sup>3</sup> Binnen de afgesproken kaders over welke taken 'des dokters' blijven

acht, terugvallen op een andere arts. Een variant op deze vorm van samenwerking is dat de cliënten zijn verdeeld in complexe en minder complexe cliënten, waarbij de arts de behandelplannen opstelt en de MDO's doet voor de complexe cliënten; de nurse practitioner heeft de zorg over de minder complexe cliënten. De regie over de medische zorg ligt hier bij de arts. Hij heeft meestal voor alle cliënten een grotere rol bij het opstellen van zorg- en behandelplannen en het voeren van MDO dan in de eerste variant.

Bij variant 1 en 2 lijkt de keuze voor toewijzing van bepaalde groepen cliënten vooral afhankelijk van het algemene beleid dat op dit terrein wordt gevoerd. Sommige vakgroepen stimuleren specialisatie op cliëntengroepen, zowel voor de arts als voor de nurse practitioner. Andere vakgroepen zorgen voor een gevarieerde cliëntengroep of rouleren regelmatig. Daarnaast speelt ook de affiniteit van de betreffende nurse practitioner met specifieke cliëntengroepen een rol. Dit betekent echter niet dat de nurse practitioner bij elke willekeurige cliëntengroep wordt ingezet of kan worden ingezet.

Een aantal specialisten ouderengeneeskunde geeft aan dat nurse practitioner binnen hun zorginstelling niet worden ingezet bij revalidatiecliënten en bij zorgunits voor terminale cliënten. Bij deze laatste cliëntengroep is voor hen de belangrijkste overweging dat de cliënten en hun familie daar zoveel mogelijk met één persoon te maken moeten hebben. Bij revalidatiecliënten vinden de specialisten ouderengeneeskunde de complexiteit van de medische zorg te groot. Zij vinden de kennis bij de nurse practitioners van ziektebeelden en prognoses te klein om hen hierbij in te zetten. Daarentegen werd binnen één instelling de revalidatieafdeling gerund door een nurse practitioner samen met een basisarts. Onduidelijk is of het daarbij gaat om de minder complexe cliëntencategorieën.

*Variant 3: De nurse practitioner voert ter ondersteuning van de arts specifieke taken uit.*

Bij een derde vorm van samenwerking tussen arts en nurse practitioner is de nurse practitioner meer ondersteunend en aanvullend op de arts. De nurse practitioner vervult hier in (veel) mindere mate de functie van medebehandelaar, het accent ligt meer op de rol van expert.

De arts voert de regie over de medische zorg en heeft naast zich een vaste vervangende arts. De nurse practitioner heeft hier een aantal specifieke taken, zoals de wond-, decubitus-, diabetes- en mondzorg. Ook neemt zij waar voor de artsen als zij met vakantie zijn. Dit betekent echter niet dat ze dan de medische zorg overneemt. De NP voert de triage uit voor de vervangende arts waarbij ze zoveel mogelijk zelf afhandelt. Deze laatste vorm van taakverschuiving komt in hoge mate overeen met de taakverschuiving naar praktijkverpleegkundigen zoals beschreven in de volgende paragraaf, maar verschilt vooral op het punt van opvulling van de formatie van artsen. Deze invulling van het takenpakket van de nurse practitioner zijn we overigens alleen tegengekomen bij organisaties die geen praktijkverpleegkundige in dienst hebben.

Verpleeghuizen kiezen om verschillende redenen voor de intensievere vorm van samenwerking tussen arts en nurse practitioner. Soms zegt deze keuze alleen iets over de fase waarin de taakverschuiving zich bevindt. De nurse practitioner moet bijvoorbeeld nog meer ervaring opdoen met een specifieke cliëntengroep. Het komt ook voor dat beide manieren van samenwerking naast elkaar bestaan in dezelfde organisatie.

In andere gevallen spelen meer principiële overwegingen een rol en vindt men dat de arts de regie moet houden over de medische zorg en de hoofdbehandelaar moet zijn voor alle cliënten.

#### *Gedeelde taken*

Waar de nurse practitioner zelfstandig of samen met de arts de medische zorg verleent, hebben de nurse practitioner en de arts globaal dezelfde taken. De belangrijkste patiëntgerichte taken van zowel de arts als de nurse practitioner zijn:

- opnames (anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnose, medicatie): nurse practitioner en arts hebben hier doorgaans verschillende verantwoordelijkheden;
- opstellen van zorg- en behandelplannen en deelnemen aan MDO;
- visites lopen;
- contacten met familie;
- wondenrondes;
- behandelen van acute zorgvragen.

Daarnaast voeren zowel de arts als de nurse practitioner verpleegtechnische en medisch-technische handelingen uit. De mate waarin varieert. Zij voeren deze handelingen in elk geval uit als de andere zorgverleners (verzorgenden, verpleegkundigen) bij de uitvoering tegen problemen aanlopen of wanneer er geen professionals beschikbaar zijn die bevoegd en bekwaam zijn.

#### *Specifieke taken voor de specialist ouderengeneeskunde*

Hoewel de takenpakketten van de arts en de nurse practitioner grote overeenkomsten vertonen, zijn er ook taken die in vrijwel alle organisaties 'des dokters' blijven. Dit zijn in de eerste plaats diagnostiek, het inzetten van een behandeling en het voorschrijven van (nieuwe) medicatie.

De nurse practitioner doet ten aanzien van het inzetten van medicatie vaak voorstellen, die zij doorspreekt met de arts. Bij vervolgmedicatie en 'zo nodig'-medicatie is het beleid per verpleeghuis verschillend. Bij nurse practitioners die medicatie voorschrijven gaat het meestal om protocolair vastgelegde medicatie bij een beperkt aantal ziektebeelden. Ook daar heeft de arts een laatste controle, bijvoorbeeld omdat hij parafeert of de enige is die de medicatie in het elektronische systeem invoert. Deze uiteindelijke controle vindt soms pas plaats als de behandeling al is ingezet. Overigens geeft een aantal artsen aan dat de nurse practitioner grotere bevoegdheden zal krijgen om zelfstandig medicatie voor te schrijven, zo gauw de wet dit toelaat.

Andere taken die voorbehouden blijven aan de arts zijn:

- behandeling van complexe cliënten, met meervoudige problematiek en polifarmacie;
- bespreking over beleid bij het levenseinde met bewoners en/of familie;
- bepaalde acute zorgvragen, zoals beroertes en hartinfarcten;
- beslissingen tot overplaatsing van cliënt naar het ziekenhuis of ontslag naar huis;
- schouwen van overleden van cliënten;
- draaien van beschikbaarheidsdiensten;
- overleg over het medisch beleid in de organisatie.

#### *Protocollen*

Voor de uitvoering van de medische zorg zijn meestal geen instellingspecifieke protocollen beschikbaar. Dit in tegenstelling tot de verpleegtechnische handelingen. Zowel de arts als de nurse practitioner werkt daarom bij het uitvoeren van de medische zorg met de NHG-standaarden en/of het formularium van huisartsen. De nurse practitioner hanteert dezelfde standaarden en richtlijnen als de arts.

In een beperkt aantal gevallen werkt men met protocollen die door de organisatie zelf zijn opgesteld voor de medische zorg, zoals een formularium dat binnen de organisatie is ontwikkeld. Hierin zijn de meest voorkomende klachten en hun behandeling samengevat. Doorgaans is hierin niets vastgelegd over wie wat mag doen, de protocollen zijn monodisciplinair. Omdat er behoefte is aan protocollen die hier expliciet aandacht aan besteden, zijn enkele nurse practitioners bezig met de ontwikkeling van dergelijke protocollen. Dat is overigens een lastige opgave omdat deze protocollen moeten voldoen voor zowel de ervaren nurse practitioner als de nurse practitioner in

opleiding. Belangrijk thema in de protocollen is dan ook de vaststelling van de eisen waar een nurse practitioner aan moet voldoen wil zij bekwaam genoemd worden.

### *Supervisie en consultatie*

Supervisie is in de meeste gevallen 'ingebouwd' in het dagelijkse werk. Soms is er daarnaast ook structureel overleg tussen nurse practitioner en arts om casussen te bespreken.

De mate waarin directe supervisie en controle plaatsvindt is verschillend. Dit is mede afhankelijk van de expertise en de ervaring van de nurse practitioner en het opgebouwde vertrouwen tussen de nurse practitioner en de arts. Hier geldt meestal een groeimodel, waarbij eerst alles wat de nurse practitioner doet besproken en gecontroleerd wordt, en naarmate de ervaring en het wederzijds vertrouwen toenemen, steeds meer wordt overgelaten aan de nurse practitioner. In situaties waarin de nurse practitioner het vertrouwen van de arts heeft en veel zelfstandig werkt, is het vaak de nurse practitioner die zelf het initiatief neemt tot consultatie en overleg. In meer dan de helft van de gevallen zijn beiden werkzaam op dezelfde locatie (soms delen ze zelfs een kamer) of lopen ze een keer per week gezamenlijk visite.

Alle nurse practitioners consulteren bij twijfel of bij een 'niet pluis'-gevoel de arts. Daarnaast wordt de arts ingeschakeld bij acute klachten, zoals acute buikproblemen of cardiale klachten.

Andere momenten van consultatie of overdracht zijn meer verschillend per nurse practitioner en komen voort uit de (ontwikkeling van de) specifieke expertise van de betreffende nurse practitioner. De ene nurse practitioner schakelt de arts in bij gedragsproblemen van de cliënt, de ander bij intraveneuze injecties of specifieke onderzoeken (bijvoorbeeld neurologisch onderzoek).

De geïnterviewde artsen zijn over het algemeen zeer positief over de inzet van de nurse practitioner. De artsen geven aan dat de nurse practitioner haar eigen grenzen zeer goed kent en de dokter tijdig oproept voor advies of voor overname van bepaalde cliënten. Nurse practitioners zijn doorgaans tevreden over de toegankelijkheid van de artsen voor overleg. Zij kunnen de arts altijd consulteren. Dat is ook nodig vanwege de rol die de arts houdt bij de meer complexe cliënten, bij het stellen van diagnoses en het inzetten van medicatie.

### *Taken en verantwoordelijkheden bij kwaliteitsbeleid en scholing*

De meeste nurse practitioners voeren ook verschillende taken uit op het gebied van kwaliteitsbeleid en scholing. Zij nemen deel aan commissies en werkgroepen die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van zorg en het ontwikkelen van protocollen. Ook daarbij neemt zij taken over van de arts. De nurse practitioner en de arts zitten doorgaans in verschillende commissies en werkgroepen. Wie van beiden in de werkgroepen plaatsneemt wordt bepaald op inhoudelijke gronden. Nurse practitioners maken deel uit van de werkgroepen en commissies met meer verpleeg- en verzorgtechnische thema's, bijvoorbeeld decubitusbeleid, vocht en voeding of de MIC-commissie (Melding Incidenten Cliënten). De arts zit in andere werkgroepen, bijvoorbeeld over de BOPZ of over het farmacotherapeutisch beleid.

Coaching en scholing van verpleegkundigen en verzorgenden is een belangrijke taak van de meeste nurse practitioners. Het gaat dan meestal om de directe coaching van verzorgenden en verpleegkundigen bij de uitvoering van verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen. Een enkele nurse practitioner geeft ook klinische lessen aan verzorgenden. De nurse practitioner besteedt hier doorgaans meer tijd aan dan de arts. Dat komt ook doordat zij zelf afkomstig is uit de verpleging, waardoor zij meer zicht heeft dan de arts op de verpleegkundige consequenties van de medische behandeling.

In twee organisaties voert de nurse practitioner ook de coördinatie van het verpleegkundigen-overleg. Doel hiervan is om de afbakening van taken tussen de arts/nurse practitioner en de verpleegkundigen/verzorgenden verder te verhelderen en kwaliteitsbeleid verder te ontwikkelen. Vragen die daarbij worden behandeld zijn onder meer: 'Wanneer bel ik een arts?', 'Wat doe ik zelf?', maar ook: 'Welke protocollen/richtlijnen zijn gewenst?' en 'Welke scholing is nodig?'

Andere taken die slechts af en toe bij de nurse practitioner zijn belegd, zijn:

- controleren en aanvullen van de noodkoffer;
- overleg met dokters uit het ziekenhuis;
- maken van de inzetplanning voor de specialisten ouderengeneeskunde.

#### *Organisatorische inbedding*

In de meeste verpleeghuizen met een nurse practitioner maakt deze deel uit van de artsenvakgroep en neemt zij deel aan het reguliere artsenuitvoering. Men ziet dit als essentiële randvoorwaarde voor het functioneren van de nurse practitioner. Waar dit niet het geval is, ervaart men het als een knelpunt en wil men de nurse practitioner alsnog opnemen in de vakgroep. In twee verpleeghuizen lijkt er vooralsnog geen draagvlak voor een dergelijke verandering. In deze instellingen is men aanmerkelijk minder tevreden over de inzet van de nurse practitioner. Taken en verantwoordelijkheden zijn hier onvoldoende duidelijk en afgebakend of er bestaat geen consensus over de inzet van de nurse practitioner. In hoofdstuk 4 komen we hierop terug bij het beschrijven van noodzakelijke randvoorwaarden bij de implementatie van taakverschuiving.

#### *Samenvatting*

Samenvattend kunnen we stellen dat de nurse practitioner in de verpleeghuizen vooral wordt ingezet als medebehandelaar, expert en regisseur. Een groot deel van de artsentaken, maar duidelijk niet alle, wordt verschoven naar de nurse practitioner. Dit geldt zowel voor de cliëntgerichte taken als voor taken rond kwaliteitsbeleid, scholing en coaching. Een aantal artsentaken wordt niet integraal verschoven, waaronder diagnostiek, medicatie en het inzetten van een behandeling. Voor een aantal taken is dit wettelijk zo geregeld, andere taken worden als niet verschuifbaar beoordeeld. Hierover is consensus tussen zowel artsen onderling, als tussen artsen en nurse practitioners.

### **3.4 Praktijkverpleegkundigen**

De praktijkverpleegkundige werkt sinds enkele jaren in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Oorspronkelijk kwam zij voornamelijk voor in de huisartsenpraktijk. Naar analogie van de post-HBO opleiding 'praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk' is er een opleiding 'praktijkverpleegkundige in de verpleeghuispraktijk'. De opleiding is erop gericht dat de praktijkverpleegkundige de medische behandeling bij specifieke cliëntengroepen kan overnemen van de arts. Het gaat dan bijvoorbeeld om cliënten met diabetes, astma/COPD of decubitus. Een ander belangrijk accent in de opleiding ligt op het coachen van andere professionals bij de zorgverlening.

In totaal zijn zeven verpleeghuizen bezocht waarin de artsen worden ondersteund door praktijkverpleegkundigen. Het totale aantal praktijkverpleegkundigen in zes van deze instellingen is 6,9 fte. De gemiddelde omvang van hun dienstverband is 58%.

In alle zeven bezochte instellingen neemt de praktijkverpleegkundige taken over van de arts. Zij is veelal boventallig en tijdens kantooruren oproepbaar door de verzorging van de afdeling binnen de locatie. In een aantal verpleeghuizen bieden de praktijkverpleegkundigen samen met de

avond-, nacht- en weekeindhoofden 24-uurs continuïteit in de verpleegkundige zorg. In andere verpleeghuizen heeft de praktijkverpleegkundige deze taak niet en is ze slechts enkele uren per dag beschikbaar.

Belangrijkste aanleidingen tot het in dienst nemen van een praktijkverpleegkundige zijn volgens de respondenten het ontlasten van de specialist ouderengeneeskunde, de behoefte aan een triage- en brugfunctie tussen verzorgenden en arts en de behoefte aan een impuls aan het kwaliteitsbeleid.

Het werkterrein van de praktijkverpleegkundige is doorgaans de hoofdlocatie van het verpleeghuis. Een enkele keer doet de praktijkverpleegkundige een consult in het verzorgingshuis. Slechts bij twee verpleeghuizen werkt de praktijkverpleegkundige extramuraal. In één van de verzorgingshuizen, behorend bij de overkoepelende zorgorganisatie, is de praktijkverpleegkundige aanwezig bij de MDO's voor de cliënten met aanvullende zorg. In een ander verpleeghuis is de praktijkverpleegkundige de trekker van een multidisciplinair geriatrisch team dat huisbezoeken aflegt. Op zich is de geringe inbreng in de verzorgingshuizen en de externe verpleeghuislocaties opmerkelijk. Uit eerder onderzoek van Grunveld (2004) kwam namelijk naar voren dat deze professional bij uitstek werd ingezet in substitutieprojecten in het verzorgingshuis. Mogelijk speelt de ZZP-financiering hierbij een rol.

#### *Taakverdeling na taakverschuiving*

De praktijkverpleegkundigen nemen veelal de volgende taken over van de arts:

- specialistische cliëntenzorg
- voorbereiden van de visites
- verpleegtechnische en medisch-technische handelingen
- triage bij afwezigheid van de arts
- coachen en het scholen van de verzorgenden

Alle geïnterviewde praktijkverpleegkundigen leveren ondersteuning aan de arts op het gebied van wondzorg. Vaak lopen ze een wondronde en instrueren zij de verzorging hoe zij een bepaalde wond moeten behandelen. Bij ernstige wonden wordt de arts ingeschakeld om mee te kijken. Naast de wondzorg wordt door een aantal praktijkverpleegkundigen ook de diabeteszorg gedaan. De praktijkverpleegkundige is dan bijvoorbeeld casemanager van cliënten met diabetes, maar heeft soms ook voornamelijk een signaleringsfunctie.

Alle praktijkverpleegkundigen voeren verpleegtechnische en medisch-technische handelingen uit, waaronder voorbehouden handelingen<sup>4</sup>, zoals katheters plaatsen en injecties geven, maar ook andere handelingen zoals het plaatsen van pompen en het uitvoeren van bladderscans. Waar mogelijk voert de praktijkverpleegkundige de handelingen niet zelf uit, maar coacht zij verzorgenden bij de uitvoering. Sommige praktijkverpleegkundigen maken ook ECG's en spuiten oren uit, maar deze taken liggen ook bij andere professionals.

Veelal bereidt de praktijkverpleegkundige de visites van de arts voor. In welke mate voorwerk wordt verricht voor de visites loopt sterk uiteen. De praktijkverpleegkundige handelt soms veel taken zelfstandig af, in andere gevallen blijft het bij het uitvragen van de verzorgenden of het ma-

---

<sup>4</sup> Voorbehouden handelingen zijn handelingen die door niet-artsen alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden. Deze handelingen zijn in de Wet BIG beschreven (hoofdstuk IV, artikel 35 tot en met 39). Risicovolle handelingen zijn handelingen, bijvoorbeeld met technische hulpmiddelen, die specifieke deskundigheid vereisen.

ken van ECG's. Soms doet ze een voorstel voor een diagnose, waarbij de arts altijd beslist en de diagnose en behandeling vaststelt.

Net zoals nurse practitioners mogen sommige praktijkverpleegkundigen eenvoudige recepten of 'zo nodig'-medicatie uitschrijven, zoals paracetamol of medicatie waarvan de arts eerder heeft aangegeven dat deze gegeven mag worden. Dit gaat echter niet zo ver als bij de nurse practitioner. Die doen namelijk ook voorstellen voor nieuw in te zetten medicatie, wat bij praktijkverpleegkundigen doorgaans niet voorkomt. De arts wordt altijd (achteraf) op de hoogte gesteld van het toedienen van medicijnen. Binnen één van de instellingen voert de praktijkverpleegkundige het defaecatiebeleid uit. Zij mag hiervoor ook de medicatie voorschrijven; deze is geprotocolleerd.

De meeste praktijkverpleegkundigen voeren ook de triage uit voor de arts die niet beschikbaar is. Zij zijn het eerste aanspreekpunt voor de verzorging. De praktijkverpleegkundige bepaalt dan of de vervanger van de arts opgeroepen moet worden.

Binnen één verpleeghuis levert de praktijkverpleegkundige samen met de psycholoog de zorg op een aantal psychogeriatrische afdelingen. De psycholoog richt zich op gedragsproblemen, de praktijkverpleegkundige verricht de verpleegkundige zorg en roept de arts in waar zij dat nodig acht.

#### *Andere taken van de praktijkverpleegkundige*

Coaching en scholing van verpleegkundigen en verzorgenden is meestal een van de hoofdtaken van de praktijkverpleegkundige. Deze vindt vooral plaats bij de uitvoering van verpleegtechnische handelingen aan de hand van protocollen, wat extra duidelijkheid schept voor de verzorgenden. Volgens de respondenten, zowel artsen als verpleegkundigen, kan zij de verzorgenden beter coachen dan de arts, omdat zij dichterbij hen staat. Door de scholing en coaching van de verzorgenden levert de praktijkverpleegkundige een bijdrage aan het bekwaam maken en houden van de verzorgenden.

In de meeste verpleeghuizen neemt de praktijkverpleegkundige ook deel aan werkgroepen en commissies die gericht zijn op beleidsvoorbereiding of het opstellen van protocollen. Soms zit de praktijkverpleegkundige dan in die commissie als vervanger van de arts, maar meestal neemt zij hieraan deel samen met de arts.

Omdat de praktijkverpleegkundige veel op de afdelingen is, ziet zij veel van de zorg die uitgevoerd wordt. Hierdoor kan zij goed signaleren of protocollen worden gevolgd en of er de behoefte bestaat aan aanpassing van de protocollen of nieuwe protocollen.

Tenslotte heeft een enkele praktijkverpleegkundige een belangrijke rol bij het bewaken en de aanschaf van materialen, zoals prikpenen, stoma- en incontinentiemateriaal.

#### *Supervisie en consultatie*

Er is geen structureel overleg tussen de praktijkverpleegkundige en de arts, omdat de gespecialiseerde verpleegkundige zorg doorgaans volledig is overgedragen aan de praktijkverpleegkundige. In één organisatie zit de praktijkverpleegkundige ook bij het artsenuitvoerend overleg, bij de meeste andere organisaties is veelal informeel overleg tussen de praktijkverpleegkundige en de arts, soms met één keer per zes of acht weken een formeel overleg.

Wel wordt de arts geconsulteerd in de volgende situaties:

- een niet-pluis gevoel: op het moment dat de verpleegkundige twijfelt over de te nemen acties of het gevoel heeft dat er meer of iets anders aan de hand is met de cliënt;
- diagnostiek en medicatie: de praktijkverpleegkundige doet soms een voorstel, de beslissing wordt doorgaans genomen door de arts;

- ingewikkelde wonden: vaak blijkt dat ingewikkelde wonden niet op zichzelf staan en dat er meerdere zaken spelen;
- acuut zieke cliënten: bijvoorbeeld extreem lage bloedsuikerspiegels bij cliënten met diabetes of cardiale problemen.

Ook zijn er taken waarvoor de praktijkverpleegkundige zich onvoldoende bekwaam voelt om deze uit te voeren. Deze zijn, net als bij de nurse practitioners, meer individueel bepaald. Eén praktijkverpleegkundige geeft bijvoorbeeld aan geen tracheacanules te verwisselen, omdat zij hier niet bekwaam in is.

#### *Organisatorische inbedding*

De praktijkverpleegkundige maakt deel uit van de behandelsector, maar is in tegenstelling tot de nurse practitioner doorgaans geen lid van de artsenvakgroep. Binnen de bezochte instelling zijn artsen en praktijkverpleegkundigen tevreden over de huidige vorm van taakverschuiving naar en samenwerking met de praktijkverpleegkundige.

#### *Samenvatting*

De specialist draagt vooral cliëntgerichte taken over aan de praktijkverpleegkundige. De praktijkverpleegkundige is vooral expert, regisseur, zorgverlener en coach. Het aandeel van haar werk dat gericht is op coaching en kwaliteitsbeleid is doorgaans werk waar de arts onvoldoende aan toe kwam. Ten opzichte van de nurse practitioner heeft de praktijkverpleegkundige minder ruimte om zelfstandig te handelen.

### **3.5 Verpleegkundigen en verzorgenden**

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn beiden werkzaam in verpleeghuizen, hoewel het aantal verpleegkundigen dat werkzaam is in verpleeghuizen in de afgelopen decennia sterk is afgenomen. Dat geldt vooral voor de verpleegkundigen die op uitvoerend niveau werkzaam zijn. Afdelingshoofden en teamleiders die vroeger nog een deel van hun tijd 'in de uitvoering' zaten, zijn inmiddels meestal volledig vrijgesteld van zorgtaken en richten zich volledig op managementtaken. Ook maken verpleegkundigen steeds minder deel uit van de standaard personeelsformatie op verpleeghuisafdelingen en zijn zij vervangen door helpenden en verzorgenden. De werkzaamheden waarvoor de verzorgenden niet over de vereiste deskundigheid beschikken, liggen nu bij de specialist ouderengeneeskunde.

Dit geldt ook voor de door ons bezochte verpleeghuizen. De verpleegkundigen die daar werkzaam zijn op afdelingsniveau zijn doorgaans verpleegkundig afdelingshoofden of teamleiders. Deze hebben zelden nog een expliciete taak in de directe zorgverlening. De verpleegkundigen die nog wel op de afdeling werken zijn veelal als eerstverantwoordelijke verzorgende werkzaam.

Door het grotendeels wegvallen van de verpleegkundigen op de verpleegafdeling werden enkele belangrijke functies niet meer of onvoldoende ingevuld. Daarbij gaat het enerzijds om de signaleringsfunctie naar de cliënt (wanneer gaat het niet goed?) en anderzijds om een filterfunctie naar de arts, zodat deze niet onnodig wordt ingeroepen voor taken die ook door verpleegkundigen en verzorgenden kunnen worden uitgevoerd.

Om deze redenen is en wordt in de verpleeghuizen nagedacht over hoe zij deze functies op 24-uurs basis kunnen organiseren. Zij gaan op verschillende manieren om met deze uitdaging. Praktijkverpleegkundigen (en soms nurse practitioners) worden ingezet om op bepaalde tijdstippen triage uit te voeren en de filterfunctie te vervullen, maar zij leveren géén 24-uurs zorg.

Verpleegkundige en verzorgenden worden ingezet om deze 24-uurs continuïteit wel te bieden. Verpleeghuizen maken hierin verschillende keuzes, waarbij overigens ook de Normen Verantwoorde Zorg<sup>5</sup> een rol spelen. Eén van de thema's in het kwaliteitskader dat deel uitmaakt van deze normen is 'voldoende en bekwaam personeel'. Hierin is gesteld dat binnen hoofdlocaties op elk tijdstip binnen 10 minuten een verpleegkundige beschikbaar moet zijn, voor buitenlocaties geldt dat binnen 10 minuten telefonisch contact met een verpleegkundige tot stand moet komen.

In de nu volgende subparagrafen beschrijven we welke ondersteuning de verpleegkundigen en verzorgenden bieden aan de arts. Of het hierbij ook om taakverschuiving gaat is onderwerp van discussie. Een deel van de geïnterviewde artsen zien de verpleegtechnische en medisch-technische handelingen die verplegenden en verzorgenden uitvoeren niet als taakverschuiving; zij zijn volgens hen alleen onderdeel van de taken van de arts als er complicaties optreden.

### 3.5.1 Taakverschuiving naar verpleegkundigen bij de 24-uurszorg

Verpleegkundigen kunnen zowel zijn opgeleid op MBO- (niveau 4) als op HBO-niveau (niveau 5). Beide zijn werkzaam in de verpleeghuizen, de meesten zijn echter MBO-verpleegkundigen.

Binnen de bezochte verpleeghuizen wordt de ondersteuning van de artsen door verpleegkundigen op verschillende manieren vormgegeven. Het meest komen voor:

- verpleegkundig team dat 24-uurszorg biedt<sup>6</sup>;
- verpleegkundige avond-, nacht- en weekeindhoofden (anw-hoofden<sup>7</sup>), in combinatie met verpleegkundigen die overdag ingeroosterd zijn op een afdeling;
- verpleegkundigen van de thuiszorg die oproepen kunnen worden.

Niet alle verpleeghuizen gebruiken de naam 'verpleegkundig team'. Andere namen die gehanteerd worden zijn het verpleegtechnisch, ambulante verpleegkundig of mobiel verpleegkundig team. Ondanks het verschil in naamgeving, vertonen de takenpakketten van deze verpleegkundige teams grote overeenkomsten.

In het grootste deel van de verpleeghuizen in dit onderzoek wordt de 24-uurs continuïteit in de verpleegkundige zorg geboden door een combinatie van anw-hoofden en ingeroosterde verpleegkundigen. Ook afdelingshoofden en teamleiders hebben hierbij soms een rol. De verpleegkundigen die overdag zijn ingeroosterd op een afdeling kunnen oproepbaar zijn voor andere afdelingen. Soms is dit ad hoc geregeld, in andere gevallen is het georganiseerd en hebben zij 'verpleegkundige dienst'.

Een verpleegkundig team is beschikbaar in meer dan een derde van de bezochte instellingen. Dit team biedt dan de 24-uurs zorg en zij vervangen daarmee de anw-hoofden. Meestal zijn de oorspronkelijke anw-hoofden geïntegreerd in het verpleegkundige team.

#### *Inzet van de verpleegkundigen*

Op welk niveau de inzet van het verpleegkundig team of de anw-hoofden wordt georganiseerd verschilt sterk per organisatie. Soms is het verpleegkundig team uitsluitend werkzaam binnen één locatie, bij andere organisaties werkt het verpleegkundig team juist organisatiebreed. Dan kunnen

---

<sup>5</sup> www.zorgvoorbeter.nl, 2009

<sup>6</sup> Soms ook technisch verpleegkundigen, coördinerend verpleegkundigen of praktijkondersteuners genoemd. Deze laatsten hebben een iets uitgebreidere functie en vormen een soort overgang tussen praktijkverpleegkundigen en de 24-uurs verpleegkundigen.

<sup>7</sup> anw-hoofden zijn niet altijd verpleegkundigen. Het komt ook voor dat verzorgenden met de juiste bekwaamheid hiervoor ingezet worden, bijvoorbeeld om hen een aantrekkelijk carrièreperspectief te bieden.

zij opgeroepen worden door de verschillende locaties die tot het concern behoren. In een enkel geval wordt het verpleegkundig team ook ingezet in de thuiszorg.

In één bezochte instelling werkt het verpleegkundig team een groot deel (ca. 75%) van haar tijd extramuraal. Het verpleegkundig team ondersteunt dan de thuiszorg, levert palliatieve zorg aan huis en verricht verpleegkundige consulten op aanvraag van de huisarts.

Veelal is er één verpleegkundige per dienst (dag-, avond- en nachtdienst) aanwezig als het om een verpleegkundig team gaat dat op één locatie werkzaam is. De verpleegkundige kan dan opgeroepen worden door de arts of door verzorgenden om bepaalde verpleegkundige handelingen te verrichten, die niet door de aanwezige verzorgenden kunnen worden uitgevoerd. Net als bij de inzet van de nurse practitioner en de praktijkverpleegkundige geldt hier dat de verpleegkundige de handeling lang niet altijd zelf uitvoert. Zij kan ook verzorgenden begeleiden bij de uitvoering waardoor deze hun bekwaamheid kunnen onderhouden. Dit soort handelingen wordt meestal in de agenda van de verpleegkundige gepland. Wanneer het een verpleegkundig team voor de gehele organisatie betreft worden soms meerdere verpleegkundigen tegelijkertijd ingeroosterd. Dit geldt vooral voor organisaties met een grote spreiding in locaties.

#### *Taakverdeling na taakverschuiving*

De verpleegkundige teams, anw-hoofden en andere verpleegkundigen ondersteunen de arts voornamelijk bij de volgende taken:

- verpleegtechnische en medisch-technische handelingen
- triage voor de arts
- coaching van verzorgenden

Soms hebben de verpleegkundigen ook een rol bij het schrijven van zorgplannen. Dit geldt vooral voor de verpleegkundigen die op een afdeling zijn ingeroosterd.

Overigens is er wel een accentverschil tussen de taken van de verpleegkundigen overdag en die van de anw-hoofden. De laatst genoemden doen ook een aantal algemene taken zoals bedrijfs-hulpverlening (BHV) en brandbeveiliging.

Het accent van de taken van de verpleegkundigen ligt verder op het uitvoeren van verpleegtechnische en medisch-technische handelingen, waaronder voorbehouden handelingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om katheteriseren, het aanleggen van infusen, verwisselen van tracheacanules, plaatsen van pompen en verschillende injecties. Ook taken als het maken van een ECG, het uitspuiten van oren en het maken van een bladderscan behoren vaak tot het takenpakket van het verpleegkundig team.

Binnen een deel van de instellingen mogen de verpleegkundigen ook medicatie verstrekken. Het gaat voornamelijk om 'zo-nodig' medicatie, waarvan vooraf is vastgesteld in welke situaties deze medicatie mag worden verstrekt. Hierover zijn er lijsten en protocollen aanwezig. De arts wordt altijd op de hoogte gesteld.

Soms hebben de verpleegkundigen ook een specialisatie, zoals wondzorg, diabetes of CVA. Cliënten met problemen die binnen een specialisatie vallen, worden dan zo veel mogelijk door de verpleegkundige met de betreffende specialisatie behandeld. Aangezien de verpleegkundigen doorgaans parttime werken en er in de meeste instellingen maar één verpleegkundige tegelijkertijd aanwezig is, is dit lang niet altijd mogelijk.

Bij afwezigheid van de arts in de weekenden en avonden, doet het verpleegkundig team of het anw-hoofd de triage. Zij vormen dan het eerste aanspreekpunt voor de verzorging. De verpleegkundige bepaalt of hij de situatie zelf kan oplossen of dat de arts moet komen.

Triage overdag gebeurt ook. Het verpleegkundig team voert dan taken uit die in sommige andere verpleeghuizen worden uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige of nurse practitioner. Zo werken binnen één van de ondervraagde organisaties de verpleegkundige en de arts vanuit dezelfde kantoorruimte, zij hebben samen één agenda. De verpleegkundige vangt alle telefoontjes af en bepaalt wie er naar de cliënt gaat. In andere organisaties inventariseert de verpleegkundige welke medische vragen er zijn op de verschillende afdelingen en bepaalt vervolgens of de arts moet komen.

#### *Overige taken en verantwoordelijkheden*

Behalve zorginhoudelijke taken heeft het verpleegkundig team ook een (grote) rol in het coachen van de verzorgenden. De verpleegkundigen laten de verzorgenden meekijken en coachen hen als zij de handelingen uitvoeren.

Binnen één van de verpleeghuizen geven de verpleegkundigen ook les aan de verzorgenden, bijvoorbeeld als er op korte termijn een cliënt met een stoma komt. In dat geval leert de verpleegkundige de verzorgenden hoe zij hiermee om moeten gaan.

Als de verzorgenden zich niet zeker genoeg voelen over de uit te voeren handeling kunnen ze de verpleegkundige laten meekijken. Doel is wel dat zij zélf de taken uitvoeren en deze niet overgenomen worden door de verpleegkundige.

Binnen een enkele instelling zitten leden van het verpleegkundig team in commissies, zoals de agressie- of medicijncommissie en de werkgroep over wond- en decubitusbeleid. Zij zitten hier doorgaans niet in als vervanger, maar samen met de arts.

#### *Protocollen*

Bij de uitvoering van de verpleegtechnische en medisch-technische handelingen wordt sterk geprotocolleerd gewerkt. Dit geldt ook voor het geven van de 'zo-nodig' medicatie.

#### *Supervisie en consultatie*

In de meeste instellingen is er geen structureel overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde en het verpleegtechnisch team. De artsen kunnen altijd ingeschakeld worden voor overleg, als back-up. De verpleegkundigen maken steeds de afweging of zij zelf de situatie kunnen oplossen of dat de arts erbij gehaald moet worden. Voorbeelden waarbij de arts wordt ingeschakeld zijn hoge koorts, kortademigheid, hypo's en hypers bij cliënten met diabetes, ontsteking aan een been en een insult.

In alle gevallen heerst er een grote mate van vertrouwen tussen het verpleegkundig team en de arts: de arts weet dat bij een niet-pluis gevoel de verpleegkundige zal bellen en de verpleegkundige weet dat de arts dan ook zal komen.

Binnen twee van de bezochte instellingen zijn geen verpleegkundigen op de locatie aanwezig. De zorg wordt verleend door verzorgenden; zij kunnen de arts bellen. Als een bepaalde handeling niet lukt maar er is geen arts nodig, dan kan een verpleegkundige uit het verpleegkundig team van de thuiszorg worden opgeroepen die de handeling kan uitvoeren of begeleiden.

### **3.5.2 Taakverschuiving naar verzorgenden**

Verzorgenden bieden de dagelijkse zorg aan verpleeg- en verzorgingshuiscliënten. Zij geven uitvoering aan het zorgplan en ondersteunen de cliënten op de terreinen waar zij dat zelf niet meer kunnen. Afhankelijk van de aard van de cliënten ligt het accent in het werk van verzorgenden op het verlenen van lichamelijke zorg (zoals het wassen van de patiënt, toedienen van medicijnen of ondersteunen bij dagelijkse activiteiten) of op stimulering en begeleiding. Hoewel het

accent verschillend kan zijn, gaat het bij de meeste cliënten om een combinatie van zorgbehoeften. Goudriaan (2006) stelt dat het domein van de verzorging zich richt op *'de zorgvrager in zijn woon- en leefomgeving te stimuleren, ondersteunen of compensatie bieden bij niet-toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied'*.

In de verzorging zijn drie niveaus te onderscheiden: zorghulp, helpenden en verzorgenden. De opleiding tot verzorgende is op MBO-niveau 3. Bij de afstudeervariant Individuele Gezondheidszorg (IG) ligt er naast de verzorgende taken in de opleiding meer accent op verpleegtechnische handelingen. Deze verzorgende is daardoor bekwaam voor het uitvoeren van verpleegtechnische en voorbehouden handelingen (injecties geven, katheters inbrengen, wondbehandelingen uitvoeren en een infuus inbrengen). Daarnaast zijn de verzorgenden (of een deel van hen) in een deel van de verpleeghuizen BIG-geschoold. Dat betekent dat zij alle voorbehouden handelingen kunnen uitvoeren in opdracht van de arts, zolang zij daartoe bekwaam blijven.

Verzorgenden kunnen in verschillende functies werken binnen het verpleeghuis. In de 38 bezochte verpleeghuizen werken de meeste verzorgenden op een verpleegafdeling en leveren daar de dagelijkse zorg. Daarnaast zijn er in een aantal verpleeghuizen verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG), die meer verpleegtechnische taken uitvoeren en wordt in een groot deel van de bezochte verpleeghuizen gewerkt met Eerst Verantwoordelijke Verzorgenden (EVV). De Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV) heeft voor een deel dezelfde taken en verantwoordelijkheden als een verzorgende, maar heeft daarnaast een aantal extra taken. Zij is eerste aanspreekpunt voor de cliënt en diens naasten, is verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorgverlening en zorgt voor de praktische coördinatie van de uitvoering van het zorgplan. In de bezochte verpleeghuizen zijn er zes tot tien cliënten aan haar toegewezen. Soms heeft een EVV een verpleegkundige achtergrond.

Ook zijn er soms aandachtsvelders of specialisaties, zoals verzorgenden die met aanvullende scholing wonden van complexiteitsniveau niveau 1 en 2 kunnen behandelen, of verzorgenden die op een afdeling werken met specifieke problematiek en daarvoor zijn bijgeschoold (o.m. afdelingen voor cliënten met niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov, beademingsproblemen). Tenslotte functioneren in sommige verpleeghuizen verzorgenden als avond-, nacht- en week-eindhoofd (zie 3.4.1).

#### *Inzet van de verzorgenden*

De specialisten ouderengeneeskunde dragen naar eigen zeggen geen taken over naar de verzorgenden. Wel worden zij bij veel van hun activiteiten op de verpleegafdelingen ondersteund, meestal door een EVV. Waar geen EVV is vindt ondersteuning plaats door een andere verpleegkundige of een verzorgende. Deze ondersteuning vindt plaats bij de volgende taken:

- voorbereiden en uitvoeren van de visite;
- zorgplannen maken;
- multidisciplinair overleg;
- opnames;
- wonden- en diabetesrondes;
- terminale zorg;
- gesprekken met cliënten en familie.

Bij veel van de genoemde taken trekken de arts en de verzorgende samen op. Zij lopen samen visite, doen samen MDO's, opnames, wond- en diabetesrondes. Hierbij is derhalve geen sprake van taakverschuiving.

Toch voeren de verzorgende en de EVV soms taken uit die in andere verpleeghuizen door de artsen worden gedaan. Het gaat hierbij om:

- verpleegtechnisch- en medisch technisch handelen;
- EVV-taken bij het voeren van de regie over de dagelijkse zorg (arts blijft hoofdbehandelaar).

#### *Taken van de verzorgende*

Verzorgenden voeren als zij daartoe bekwaam zijn verpleegtechnische en medisch-technische handelingen uit. Het gaat dan in principe om dezelfde handelingen die door verpleegkundigen worden uitgevoerd (3.4.1), hoewel verpleegkundigen vaker dan verzorgenden voorbehouden handelingen uitvoeren. Niet alle verzorgenden zijn bekwaam om al deze handelingen uit te voeren. Omdat veel handelingen niet zo vaak voorkomen, is het lastig kennis en vaardigheid te onderhouden. Als de verzorgenden niet bekwaam zijn, zijn zij verplicht iemand erbij te roepen die dat wel is. In de meeste gevallen een verpleegkundige of de arts.

Vraag is of het hier gaat om taakverschuiving. Duidelijk is wel dat naarmate de verzorgenden meer van deze handelingen kunnen uitvoeren, dit anderen worden ontlast, of dit nu de verpleegkundigen zijn of de arts.

Sommige die de EVV doorgaans uitvoert bij de regievoering over de dagelijkse zorg aan haar bewoners, worden soms uitsluitend door artsen uitgevoerd. Het betreft:

- maken van (een deel van het) zorgplan/behandelplan;
- gesprekken met cliënten en familie (medisch weinig complexiteit);
- contacten met familie van cliënten over wijzigingen in het medische beleid, zoals veranderingen van medicatie.

Artsen denken verschillend over het delegeren van de genoemde taken aan verzorgenden. Een deel van hen heeft geen vertrouwen in een adequate uitvoering. Hierbij wijzen ze op het niveau van de opleiding, de ervaring van de verzorgenden, maar ook op de werkdruk waar verzorgenden mee te maken hebben en het ontbreken van voldoende scholing en begeleiding. Anderen wijzen erop dat met aanvullende scholing en goed scholingsbeleid het uitvoeren van deze taken een extra uitdaging betekent voor verzorgenden wat resulteert in meer werkplezier. We komen hier in het hoofdstuk over beleidsvorming op terug.

### **3.5.3 Taakverschuiving naar gespecialiseerde verpleegkundigen**

In enkele verpleeghuizen worden verpleegkundigen met een specialisatie of aandachtsgebied ingezet bij de medische zorg. Deze verpleegkundigen kunnen in dienst zijn van de organisatie, maar ook betrokken worden uit de thuiszorg. In enkele gevallen maken zij deel uit van het verpleegkundig team. Het gaat daarbij om specialisaties als diabetes, decubitus, astma/COPD, hypertensie, palliatieve zorg. Bij deze specialisaties binnen het verpleegkundige team worden doorgaans geen structurele wonden- of diabetesrondes uitgevoerd.

In een enkel verpleeghuis combineert de wondverpleegkundige haar functie met een aantal uren waarin zij als anw-hoofd werkt.<sup>8</sup> Zij heeft daarnaast geen andere verpleegkundige taken.

Belangrijkste aanleiding om gespecialiseerde verpleegkundigen in te zetten is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg op een specifiek terrein. Dat geldt ook voor de wondverpleegkundige in dit onderzoek. Zij is binnen het hele verpleeghuis verantwoordelijk voor de wondverzorging.

---

<sup>8</sup> In een andere organisatie worden geriatrisch verpleegkundigen ingezet. Deze organisatie levert ketenzorg en heeft daarvoor alle zorgorganisaties uit de keten ondergebracht in haar organisatie. Omdat deze geriatrisch verpleegkundigen uitsluitend extramuraal worden ingezet, en hier geen taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen heeft plaatsgevonden, gaan we hier op deze plaats niet verder op in. In hoofdstuk 6.3, dat handelt over de beleidsvoering en de extramurale activiteiten vanuit de verpleeghuizen, komen we hier op terug.

De belangrijkste taken van de wondverpleegkundige zijn:

- bepalen van het wondplan en dit vastleggen in het zorgplan. Hierbij bepaalt de verpleegkundige ook welke medicatie gebruikt gaat worden. Omdat zij zelf geen medicijnen mag voorschrijven, volgt hierover overleg met de arts. Eventueel schakelt de verpleegkundige ook andere specialisten in;
- instructie en coachen van de verzorgenden bij het uitvoeren van het wondplan;
- voorzitten van de decubituscommissie, waar protocollen worden opgesteld;
- onderhouden van de contacten met leveranciers van wondmaterialen en bewaken van de voorraad.

Deze taken zijn vastgelegd in protocollen.

De wondverpleegkundige schakelt de arts in als er sprake lijkt te zijn van multiproblematiek en wanneer er complicaties optreden.

### *Samenvatting*

Verpleegkundigen en verzorgenden nemen soms taken over van de arts. Zij doen dit in hun rol van zorgverlener en verpleegkundige soms in hun rol als coach. Of dit taakverschuiving is of eerder het ontdoen van de arts van oneigenlijke taken, zijn de respondenten het vooralsnog niet volledig eens. Het betreft in elk geval ten dele taken die staan opgenomen in de nota Takenpakket Verpleeghuisarts/Sociaal Geriater, en waar de arts de indicatie voor stelt. Dit betekent echter niet dat de arts deze taken ook zelf moet uitvoeren (NVVA/NVSG, 2003 en NVVA, 2005).

## **3.6 Doktersassistenten**

In ongeveer een kwart van de bezochte organisaties zijn doktersassistenten werkzaam, soms naast medische secretaresses. Samen doen zij de medische administratie en ondersteunen zij de dokters bij administratieve taken. De doktersassistenten hebben daarnaast een aantal zorginhoudelijke taken.

De achtergrond van de doktersassistenten verschilt. Soms zijn zij als doktersassistente aangesteld vanaf het begin van hun dienstverband en hebben zij dan al de opleiding tot doktersassistente afgerond. Dit is een MBO-opleiding op niveau 4. Meestal zijn zij echter eerst medisch secretaresse geweest en hebben zij vervolgens de opleiding tot doktersassistente gedaan. In een enkel geval hebben de doktersassistenten een verpleegkundige achtergrond.

De doktersassistenten werken over het algemeen parttime en zijn uitsluitend aanwezig tijdens kantooruren. In de meeste gevallen is er per dag slechts een paar uur een doktersassistente beschikbaar voor ondersteuning. Een uitzondering hierop is een verpleeghuis waar een team van doktersassistenten zorgt voor een continue bezetting tijdens kantooruren.

### *Taken en verantwoordelijkheden*

De doktersassistenten ondersteunen de artsen. Meestal vormde een tekort aan artsen of de hoge werkdruk van de specialisten ouderengeneeskunde de belangrijkste aanleidingen tot het gaan werken met doktersassistenten.

De doktersassistenten ondersteunen de artsen bij:

- secretariële en administratieve taken, zoals het notuleren van artsenoverleg, het schrijven van brieven en het bijhouden van agenda's. Deze taken hebben zij gemeen met de medisch secretaresses;
- dossiers opvragen en bijhouden, informatie bij huisartsen opvragen;
- eenvoudige verpleegtechnische handelingen, zoals oren uitspuiten en (in sommige gevallen) het geven van griepvaccinaties;

- verzamelen van materiaal voor laboratoriumonderzoek (bloed, urine, faeces, sputum) en het maken van ECG's.

In één van de bezochte instellingen wordt deze laatste taak uitgevoerd door een laborante.

Een enkele organisatie heeft de ondersteuning van de artsen door de doktersassistenten verder uitgebreid. In één van de bezochte verpleeghuizen bestaat het medisch secretariaat uit medewerkers met een dubbelfunctie van secretaresse en doktersassistente. Naast de eerder genoemde algemene taken van de doktersassistent draait dit team overdag bereikbaarheidsdiensten en filtert de telefonische vragen voor de arts. Als het niet gaat om een acuut probleem, maken de doktersassistenten een afspraak in de agenda van de arts. Bij spoed wordt de arts direct gebeld. In een ander verpleeghuis doet de doktersassistent triage bij eenvoudige gevallen.

In twee andere verpleeghuizen lopen de doktersassistenten samen met de arts de visites. Deze doktersassistenten hebben een verpleegkundige achtergrond. Zij noteren de belangrijkste bevindingen tijdens de visites, regelen de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken of verwijzingen en verwerken de relevante zaken in de medische dossiers en de zorgdossiers.

In een van deze verpleeghuizen zijn de doktersassistenten ook bezig met het beschrijven van een aantal administratieve procedures, zodat zij zoveel mogelijk werk uit handen kunnen nemen van de dokters bij onder meer opnames, ontslag, opnames in een ziekenhuis en externe verwijzingen.

Andere taken die zijn genoemd en die niet door alle doktersassistenten worden uitgevoerd zijn:

- contacten onderhouden met de trombosedienst;
- vervoer voor cliënten regelen naar ziekenhuis;
- griepvaccinaties;
- teledermatologie;
- recepten faxen;
- overlijdensberichten sturen;
- noodkoffer beheren;
- uittypen zorgplannen;
- invoeren ZZP-codes.

#### *Taakuitvoering bij afwezigheid van doktersassistente*

De doktersassistenten zijn meestal slechts een deel van de week beschikbaar. Dat betekent dat het andere deel van week de taken door anderen uitgevoerd moeten worden. De taken zijn in de meeste gevallen dan niet bij een specifieke andere professional belegd. In de bezochte instellingen blijkt dat alle bij de directe zorg betrokken professionals taken uitvoeren zoals oren uitspuiten en ECG's maken. De mate waarin dit ook wordt gedaan door de specialisten ouderengeneeskunde hangt af van de mate waarin zij ondersteund worden door andere professionals (praktijkverpleegkundige, nurse practitioner, verpleegkundig team, EVV-er) en de affiniteit die de artsen hebben met het uitvoeren van verpleegtechnische taken. Dit geldt ook voor de organisaties waar geen dokterassistenten aanwezig zijn.

#### *Supervisie en consultatie*

Doorgaans vindt er geen structureel overleg plaats tussen de arts en de doktersassistente(n). Als er zaken zijn die de doktersassistenten of het medisch secretariaat wil bespreken, dan schuiven ze doorgaans aan bij het reguliere artsenoverleg.

## **3.7 Taakverschuiving naar andere professionals**

Hieronder schetsen we nog een korte impressie van de andere professionals aan wie de specialist ouderengeneeskunde taken overdraagt.

### **3.7.1 De physician assistant**

In één organisatie wordt een physician assistant (PA) ingezet bij de medische zorg. De physician assistant (PA) is, net als de nurse practitioner, een relatief nieuw beroep op HBO-master niveau. De PA maakt onderdeel uit van het medisch domein en ondersteunt artsen door medische taken voor een brede categorie cliënten binnen één specialisme zelfstandig uit te voeren. PA's werken vooral in het ziekenhuis en zijn dan verbonden aan een medisch specialisme, of zij werken bij een huisartsenpraktijk. In de verpleeghuiszorg wordt de PA relatief weinig ingezet.

Het verpleeghuis waar de PA werkt heeft verhoudingsgewijs veel revalidatiecliënten. Aanleiding om voor een PA te kiezen was het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde in de regio. Er is bewust voor de PA gekozen, omdat de PA is opgeleid voor het medische domein. De PA maakt deel uit van de behandeldisciplines en is geïntegreerd in de artsenvakgroep.

De PA werkt als 'zaalarts' op de twee reactiveringafdelingen, te weten neurologie en orthopedie. De meeste medische taken zijn hier naar de PA gedelegeerd. De PA loopt hier samen met de arts de visites, maar de PA handelt verder alles af. De arts stelt de diagnose, bepaalt het beleid en schrijft de medicatie voor. Daarnaast biedt de PA de medische zorg die nodig is op de dagbehandeling somatiek.

De PA fungeert als medebehandelaar, expert en regisseur. Taken en bevoegdheden zijn afgeleid van de taken en de bevoegdheden van de specialist ouderengeneeskunde in opleiding.

De inzet van de PA in de medische zorg en de afbakening van taken met de arts lijkt sterk op de manier waarop sommige nurse practitioners worden ingezet in het verpleeghuis. Specifiek bij deze PA lijkt echter de specialisatie op de reactivering.

### **3.7.2 Andere academici**

Taakverschuiving naar andere academici is niet expliciet onderdeel geweest van ons onderzoek. Dit betekent niet dat deze vorm van taakverschuiving niet voorkomt in de door ons bezochte verpleeghuizen. In verschillende instellingen troffen we basis- en huisartsen aan en verschillende soorten artsen in opleiding. Deze artsen doen hetzelfde werk als de specialisten ouderengeneeskunde en zitten in de artsenvakgroep. De keuze voor de inzet van andere artsen is vaak ingegeven door personeelstekorten uit het verleden of recente artsenformatietekorten. Een enkele keer is hierbij een expliciete afweging gemaakt tussen een basis- of huisarts of een nurse practitioner. In hoofdstuk 6 komen we terug op deze keuzes.

Daarnaast zijn in een beperkt aantal instellingen taken overgedragen naar een psycholoog. In één instelling is de psycholoog, in plaats van de specialist ouderengeneeskunde, hoofdbehandelaar van de psychogeriatrische verblijfsafdeling. De nurse practitioner in het betreffende huis levert op die afdelingen de somatische zorg onder supervisie van de arts.



## 4. Bandbreedte van taakverschuiving bij de medische en verpleegkundige zorg

Waar in het vorige hoofdstuk de verschillende vormen van taakverschuiving van specialisten ouderengeneeskunde naar andere professionals afzonderlijk zijn beschreven, kijken we in hoofdstuk 4 naar de samenhang hiertussen. Daarbij staat de tweede onderzoeksvraag centraal.

*Wat is de bandbreedte van de taakverschuiving? Hoe ziet maximale taakverschuiving eruit ten opzichte van minimale taakverschuiving?*

De vraag naar de bandbreedte van taakverschuiving is niet te beantwoorden door naar de afzonderlijke professionals te kijken die taken overnemen. Hun taakinhoud staat immers niet op zichzelf, maar wordt medebepaald door de manier waarop in de betreffende instelling de totale medische en verpleegkundige zorg is georganiseerd. We zien dan ook dat bepaalde taken in de ene instelling naar een NP zijn verschoven en in de andere instelling naar een praktijk- of gespecialiseerde verpleegkundige. De inzet van een specifieke professional in het kader van taakverschuiving is niet alleen van invloed op het takenpakket van de artsen, maar ook op takenpakketten en/of werkwijzen van de lagere echelons.

### 4.1 Maximale taakverschuiving

In paragraaf 4.1.1 staat beschreven welke taken bij maximale taakverschuiving worden verschoven. De combinaties van professionals die daarvoor worden ingezet komen in paragraaf 4.2.2 aan de orde.

#### 4.1.1 De taken die worden verschoven

De taken die worden verschoven zijn afkomstig van de specialist ouderengeneeskunde. Daarom nemen we de Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater (NVVA/NVSG, 2003) als uitgangspunt voor het bepalen van maximale taakverschuiving, waarin de kerntaken van de arts zijn onderverdeeld in patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken. Op beide onderdelen worden in de praktijk taken verschoven. Samenvoeging van de vormen van taakverschuiving die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven leidt tot een beeld van maximale taakverschuiving. Hierbij levert de arts de medische zorg bij de meer complexe cliënten met multiproblematiek en polifarmacie, en is deze aanspreekpunt bij acute zorgvragen.

Patiëntgerelateerde handelingen die door anderen worden uitgevoerd:

- de dagelijkse medische zorg voor een aantal specifieke groepen cliënten (lagere complexiteit). Professionals die deze taak uitvoeren fungeren als medebehandelaar. Diagnose, behandeling, begeleiding en het verrichten van medisch-technische verrichtingen zijn gedeelde taken, waarbij de arts en de professional verschillende verantwoordelijkheden hebben;
- voorbereiding van de visites van de arts, waarbij al zo veel mogelijk medische en verpleegkundige taken worden afgehandeld;
- waarneming bij afwezigheid van de arts;
- pieperdienst: bij alle vragen voor de arts (telefoon, pieper). Behalve bij de acute zorgvragen, zijn anderen het eerste aanspreekpunt zodat triage en filtering plaatsvindt;
- verpleegtechnische handelingen en specialistische verpleegkundige zorg (wond- en decubituszorg, diabetes, COPD/astma, hartfalen, etc.);
- een deel van de contacten met bewoner en familie.

In al deze gevallen is de arts beschikbaar voor (telefonisch) overleg. Hij is specialist en fungeert als achterwacht, vraagbaak en supervisor.

Bij de niet-patiëntgerelateerde handelingen wordt door anderen de volgende zaken overgenomen:

- bijdrage aan kwaliteitsbeleid door deelname aan commissies en werkgroepen en ontwikkelen van protocollen;
- scholing en coachen van verpleegkundigen en verzorgenden;
- administratieve taken (bijvoorbeeld het notuleren van artsenoverleg, maken van artsenuitvoering, uittypen van zorgplannen, verzamelen en organisatie rond laboratoriumonderzoek, dossiers bijwerken en informatie opvragen bij huisartsen);
- overige taken: bijvoorbeeld controle van de noodkoffer, voorraadbewaking en aanschaf van materialen.

Uit bovenstaande opsommingen is duidelijk dat het bij de taakverschuiving niet alleen gaat om verschuiving van kerntaken van de arts, maar ook om meer ondersteuning voor de arts en het voorkomen van onnodige verstoringen in het werk.

#### **4.1.2 De professionals bij maximale taakverschuiving**

##### *Maximale taakverschuiving bij de medische zorg*

Belangrijke vraag bij het verschuiven van taken is welke professionals de benodigde competenties hebben om deze taken in te vullen. Veel van de hiervoor genoemde taken in het kader van maximale taakverschuiving bevinden zich in het grensgebied tussen het medische en verpleegkundige domein of in het specialistische verpleegkundige domein, waar respectievelijk de nurse practitioner en de praktijkverpleegkundige bij uitstek voor zijn opgeleid. Dat geldt vooral voor de taken als medebehandelaar, expert en regisseur (zie ook tabel 3.1 en 3.2).

In tabel 4.1 is aangegeven welke combinaties van professionals we hebben aangetroffen op deze terreinen in de bezochte verpleeghuizen. In de eerste 'combinatie' worden de medische taken en de specialistische verpleegkundige taken uitsluitend door de specialist ouderengeneeskunde uitgevoerd. In de combinaties 2, 3 en 4 zijn er taken van de arts verschoven naar NP's, praktijkverpleegkundigen of gespecialiseerde verpleegkundigen. In een beperkt aantal verpleeghuizen is de inzet van verschillende professionals naast de arts gecombineerd. In het schema geldt dit voor combinatie 5 en 6.

Tabel 4.1 Combinaties van professionals met een rol als hoofdbehandelaar of medebehandelaar\*

Aangetroffen combinaties	Specialist ouderengeneeskunde	Nurse practitioner	Praktijk verpleegkundige	Gespecialiseerd verpleegkundige
1	X			
2	X	X		
3	X		X	
4	X			X
5	X	X	X	
6	X	X		X

\* Hier zijn alleen de professionals meegenomen die we meerdere keren hebben aangetroffen in de bezochte verpleeghuizen.

Twee verpleeghuizen hebben zowel NP's als praktijkverpleegkundigen in dienst. Eén verpleeghuis combineert de inzet van een NP met een gespecialiseerd verpleegkundige. In geen van de bezochte verpleeghuizen worden alle taken uit paragraaf 4.1.1. verschoven. Aan het eind van dit hoofdstuk presenteren we een voorbeeld van een instelling waar relatief veel taakverschuiving plaatsvindt (kader 4.1).

#### *Maximale taakverschuiving bij de verpleegkundige zorg*

Maximale taakverschuiving op dit terrein betekent dat artsen zo weinig mogelijk worden ingeschakeld om deze taken uit te voeren. Wie deze taken wel uitvoert hangt af van de visie van betrokkenen. Sommige betrokkenen vinden dat verzorgenden een belangrijke rol horen te hebben bij de uitvoering van verpleegtechnische handelingen. Deze verpleeghuizen investeren op structurele wijze in scholing en bijscholing van de verzorgenden.

Een andere visie op taakverschuiving is dat betrokkenen liever hebben dat taken structureel belegd worden bij verpleegkundigen. Dit kan betekenen dat er voldoende verpleegkundigen zijn om alle verpleegtechnische handelingen uit te voeren.

#### *Maximale ondersteuning*

Maximale taakverschuiving bij de ondersteuning richt zich vooral op de administratieve ondersteuning en het voorkomen van verstoringen tijdens het werk.

#### *De rol van de specialist ouderengeneeskunde*

De specialist ouderengeneeskunde krijgt bij maximale taakverschuiving meer een regievoerende, aansturende en coachende rol. Hij doet de meer complexe zorg bij multiproblematiek en polifarmacie, en blijft zijn eigen cliënten zien. Verder fungeert hij als achterwacht voor de ondersteuners. Dat betekent dat hij de dagelijkse medische zorg aan bepaalde groepen cliënten heeft gedelegeerd naar medebehandelaars (meestal nurse practitioners), waarbij hij beslist over de diagnosestelling, het inzetten van de behandeling en eventuele medicatie. Belangrijk is dat de ondersteuners kunnen terugvallen op de arts in lastige situaties.

## 4.2 Minimale taakverschuiving

#### *Minimale taakverschuiving bij de medische zorg*

Bij minimale taakverschuiving worden er geen medische taken verschoven en zijn er ook geen professionals aanwezig die een deel van de medische zorg van de arts overnemen.

### *Minimale taakverschuiving bij de verpleegkundige zorg*

Verpleeghuizen verschillen in de wijze waarop de uitvoering van de verpleegkundige zorg en de medisch technische verrichtingen zijn georganiseerd (zie ook paragraaf 3.5.1). Minimale taakverschuiving betekent in dit verband dat de arts relatief veel verpleegtechnische en medisch technische handelingen uitvoert<sup>9</sup>. Dit gebeurt in de onderstaande situaties:

- verzorgenden zijn of voelen zich niet bekwaam voor het uitvoeren van verpleegtechnische en medisch technische handelingen;
- weinig of geen beschikbare verpleegkundigen;
- ontbreken van verpleegkundige afdelingshoofden of teamleiders;
- weinig verpleegkundigen die bekwaam zijn of zich bekwaam voelen voor het uitvoeren van verpleegtechnische en medisch technische handelingen.

In geen van de verpleeghuizen die participeerden in onderhavig onderzoek was de arts structureel veel tijd bezig met deze handelingen. Dit geldt ook voor de artsen die het belangrijk vinden om bekwaam te blijven om deze handelingen uit te voeren en de artsen die als visie hebben dat ze zoveel mogelijk zelf taken bij de cliënt willen uitvoeren.

In de verpleeghuizen uit onze onderzoekspopulatie zonder ondersteuning waren de verpleegtechnische taken belegd bij de verzorgenden en de EVVers (waarvan sommigen met verpleegkundige achtergrond). Sommige verpleeghuizen voeren hierop een zeer actief opleidingsbeleid.

### *Minimale ondersteuning*

Bij minimale ondersteuning heeft de arts veel administratieve taken en wordt hij veel gestoord door bijvoorbeeld telefoontjes en pieperoproepen.<sup>10</sup>

Samenvattend kunnen we stellen dat maximale in relatie tot minimale taakverschuiving vooral wordt bepaald door de verschuiving van medische taken en specialistische verpleegtechnische taken. Deze taken vormen een substantieel deel van het takenpakket van de arts. Taakverschuiving bij de algemene verpleegtechnische handelingen en in de ondersteunende zin is hierbij aanvullend.

---

<sup>9</sup> Hoewel de hier bedoelde taken wel onderdeel uitmaken van het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde (NVVA/NVSG, 2005), is er veel discussie over de vraag of de uitvoering van deze taken wel bij de arts horen. Ook in de Nota Takenpakket lijkt er eerder sprake van een verantwoordelijkheid voor de indicatie, te onderscheiden van de uitvoering.

<sup>10</sup> Signalering van de onderzoekers van onderhavig onderzoek is dat de artsen zeer bereikbaar zijn, zowel voor interne oproepen als voor externen. De onderzoekers werden via de receptie meestal vlot doorverbonden naar de artsen, ook als de artsen met hun ronde of visites bezig waren.

#### Kader 4.1 Casus ' Maximale taakverschuiving bij de medische zorg'

**Organisatorische setting:** Het concern biedt zorg in 13 locaties, verdeeld over enkele regio's, totaal meer dan 1.000 cliënten. Er zijn 2 artsenvakgroepen.

**Personele formatie:** De artsenvakgroep die onderdeel uitmaakt van dit onderzoek bestaat uit 5 specialisten ouderengeneeskunde (3,33 fte) en 1 NP (0,9 fte). Daarnaast zijn er 2 praktijkverpleegkundigen (samen 1,1 fte) die niet in de vakgroep zitten, maar wel onderdeel uitmaken van de medische dienst.

Verder zijn er verpleegkundigen op de revalidatieafdeling, verpleegkundige afdelingshoofden en verpleegkundige teamleiders (die als wooncoördinator werken) en ANW-hoofden voor de verpleegtechnische zorg. Een laborante doet de ECG's en het bloedprikken.

**Organisatie van de medische zorg:** De afdelingen, kleinschalige woningen en de verzorgingshuizen zijn verdeeld over de NP en de artsen. Daarbij hebben ze grotendeels dezelfde taken. De NP heeft alleen de psychogeriatrische woningen/units, aansluitend bij haar affiniteit. De arts en NP doen op de meeste woningen grotendeels dezelfde werkzaamheden. Het gaat dan om:

- MDO's voorzitten;
- opname en onderzoek;
- dossier spreekuur en visites;
- acute zorg.

De praktijkverpleegkundigen doen overdag de verpleegtechnische en de specialistische zorg op de hoofdlocatie, behalve op de revalidatieafdeling die eigen verpleegkundigen heeft. De belangrijkste taken van de praktijkverpleegkundigen zijn:

- specialistische verpleegkundige zorg (wondenrondes, diabetesspreekuur, COPD, infusen);
- voorbereiden artsenronde waarbij punten worden geïnventariseerd en zo mogelijk afgerond;
- alle verpleegtechnische handelingen: oren uitspuiten, bladderscans, tracheastoma's, pegsondes;
- medicatie bij defecatiebeleid;
- verantwoordelijkheid voor decubitusmatrassen, morfinepompen, medicatievoorraad, noodkoffer;
- commissies en werkgroepen van allerlei aard (bijvoorbeeld protocollen, normen verantwoorde zorg, medicijndistributie).



## 5. Effecten van taakverschuiving bij de medische zorg vanuit verpleeghuizen

Taakverschuiving heeft in de bezochte verpleeghuizen geleid tot verschillende effecten. Dit hoofdstuk gaat in op die effecten waarbij de derde onderzoeksvraag centraal staat:

*Wat zijn de consequenties van taakverschuiving in termen van kwaliteit en substitutie?*

De eerste paragraaf gaat in op de consequenties van de taakverschuiving voor de tijdsbesteding van de specialisten ouderengeneeskunde. Die zijn van bijzonder belang omdat hiermee -vanuit de empirie- een inschatting kan worden gemaakt van de potentiële substitutie-effecten van structurele taakverschuiving, de hoofddoelstelling van dit onderzoek.

Naast tijdwinst en substitutie-effecten signaleren de respondenten ook andere effecten van de taakverschuiving, vooral gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Deze worden beschreven in de tweede paragraaf.

### 5.1 Effecten voor de tijdsbesteding van de arts

In alle interviews met specialisten ouderengeneeskunde en ondersteuners is gevraagd hoeveel tijd de inzet van ondersteuners oplevert voor de artsen. In deze paragraaf beschrijven we welke resultaten deze vraag heeft opgeleverd. Daarbij drukken we de tijdwinst uit in een percentage. Dit percentage geeft aan welk deel van de tijd van de ondersteunende professional tijdwinst oplevert voor de artsen. Een substitutiepercentage van 50%, bijvoorbeeld van een praktijkverpleegkundige, betekent dan dat de tijdwinst voor de artsen 50% is van de tijd die de praktijkverpleegkundige werkt. Als zij een contract heeft van 32 uur per week levert zij dus een tijdwinst van 16 uur (50% x 32 uur) op voor de artsen. Tegelijkertijd betekent het dat als zij niet zou werken, er 0,44 fte extra aan artsenformatie nodig zou zijn (16 uur tijdwinst gedeeld door 36 uren fte).

Dit betekent overigens niet dat de betreffende praktijkverpleegkundige ook 16 uur bezig is met artsentaken. Een voorbeeld maakt dit duidelijk. Praktijkverpleegkundigen stellen dat zij gemiddeld 1,5 tot 2 uur per week bezig zijn met wondzorg op een verpleegafdeling met 30 cliënten. De artsen geven aan dat dit hun gemiddeld 1 uur per week tijd scheelt. Het verschil in de tijdsbestedingen zit in kwaliteit: structurele aandacht en coaching van de verzorgenden bij de verzorging van de wond.

Enkele kanttekeningen bij de resultaten zijn op zijn plaats. De vraag welke tijdwinst geboekt wordt voor de specialist ouderengeneeskunde blijkt een lastige. Uit eerder kwalitatief onderzoek (Grunveld e.a., 2004 en Essen e.a., 2006) blijkt dat schattingen van tijdwinst soms zeer moeizaam of niet tot stand komen. Complicerende factoren daarbij zijn: de mate waarin artsen gewend zijn aan de huidige situatie, de visie op welke taken 'des dokters' zijn en wat oneigenlijke taken en uitbreiding van de populatie van cliënten. Of het bij het verschuiven van de verpleegtechnische en medisch-technische taken om substitutie gaat of om 'terugdelegeren' is een steeds terugkerende discussie geweest. De vraag die de onderzoekers daarbij steeds gesteld hebben, is wie de taken moet uitvoeren bij afwezigheid van de betreffende professional.

In onderhavig onderzoek is het in een beperkt aantal verpleeghuizen voorgekomen dat respondenten niet of nauwelijks tot een (globale) schatting van de tijdwinst zijn gekomen. De onderzoekers hebben daar, soms samen met de respondenten, een inschatting gemaakt. Hierbij is gebruik gemaakt van informatie uit het specifieke verpleeghuis zelf maar ook uit andere bronnen:

- informatie uit het verpleeghuis, zoals de specifieke deeltaken die worden overgedragen naar anderen en de totale omvang van het gedelegeerde takenpakket;
- informatie uit andere, vergelijkbare cases waarin men tot een schatting van de tijdwinst is gekomen;
- kennis uit eerdere onderzoeken over de tijd die gemoeid is met de uitvoering van specifieke deeltaken van de specialist ouderengeneeskunde.

Bij dit laatste is gebruik gemaakt van het onderzoek van Frijns en Kruit (2002) naar het zorgproces en de -functies van specialisten ouderengeneeskunde met als doel de gewenste personele artsenformatie te bepalen (bijlage 3).

Hoewel de inschattingen van de tijdwinst voor de artsen dus aan een aantal beperkingen onderhevig zijn geweest, hebben we per groep ondersteuners kunnen vaststellen wat de bandbreedte van de tijdwinst is. De resultaten zijn samengevat in tabel 5.1.

Tabel 5.1 Tijdwinst en substitutie-effecten door taakverschuiving

	Substitutiewaarde professionals			Substitutie-effecten	
	min	max	gem.	taakverschuiving	formatie-uitruil
Nurse practitioner <sup>(1)</sup>	40%	88%	58%	X	meestal
Praktijkverpleegkundige	35%	72%	52%	X	soms
Verpleegkundig team	3%	10%	6%	x	niet
Doktersassistenten	4%	42%	32%	x	niet

<sup>(1)</sup> Hierbij zijn alleen de NP's betrokken waar sprake was van een enigszins heldere taakafbakening.

X: veel verschoven taken, x: weinig verschoven taken.

In onderstaande paragrafen worden de tijdwinst en substitutiewaarde verder toegelicht.

### 5.1.1 Tijdwinst bij inzet van een nurse practitioner

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven zijn er verschillende manieren waarop de NP wordt ingezet. De tijdwinst verschilt per variant. Hierna volgt een beschrijven per variant.

#### Variant 1

Maximale tijdwinst voor de specialist ouderengeneeskunde ontstaat in situaties met de NP als medebehandelaar, waar de NP zelfstandig de medische zorg op een aantal afdelingen runt met de arts als achterwacht.

Substitutie in de vorm van taakverschuiving bestaat hier uit:

- medische zorg bieden op 'eigen' afdeling (onder supervisie);
- medische zorg bieden op afdeling van de arts bij afwezigheid van de arts;
- kwaliteitsbeleid (commissies, werkgroepen);
- verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (coach).

Hier is de substitutiewaarde van de NP voor de artsen tussen de 50% en 88%.

De variatie wordt vooral verklaard door de mate waarin supervisie en consultatie nodig zijn. In een van deze verpleeghuizen worden bijna alle cases nabesproken met de arts, in een ander huis vindt voornamelijk informele supervisie plaats en kan de arts steeds meer taken overdragen aan de NP.

### *Variant 2*

Ook wanneer de NP en de specialisten ouderengeneeskunde gezamenlijk de medische zorg op de afdelingen uitvoeren, vindt er substitutie plaats. Ook hier fungeert de NP als medebehandelaar. De belangrijkste taken hierbij zijn:

- medische zorg bieden op gezamenlijke afdelingen (onder supervisie);
- medische zorg bieden bij afwezigheid van de arts;
- kwaliteitsbeleid (commissies, werkgroepen);
- voorbereiden van de visites van de arts;
- verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (coach).

Hier schat men de tijdwinst in tussen 45% en 75%. Variatie lijkt hier vooral voort te komen uit de tijd dat NP en arts samen op de afdeling zijn. Daarnaast speelt het al dan niet zelfstandig deelnemen van de NP aan het schrijven van zorg- en behandelplannen en MDO een rol te spelen.

### *Variant 3*

Ook in de verpleeghuizen waar het takenpakket van de NP is ingevuld als een meer ondersteunende functie, neemt de NP verschillende taken over van de arts:

- medische zorg bieden bij afwezigheid van de arts;
- kwaliteitsbeleid (commissies, werkgroepen);
- specialistische zorg (o.m. wond-, decubitus-, diabeteszorg);
- voorbereiden van de visites van de arts;
- triage bij afwezigheid van de arts;
- verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (coach).

De geschatte tijdwinst voor de specialist ouderengeneeskunde ligt hier lager dan in de hiervoor genoemde varianten, tussen de 20% en 50%. Het laagst is de geschatte tijdwinst in de verpleeghuizen waar nog geen duidelijke afbakening van het takenpakket heeft plaatsgevonden en waar voorsnog geen draagvlak is voor de inzet van de NP. Ook de ingeschatte prognose van de mogelijke tijdwinst is daar laag (20%), wat verklaarbaar is uit het feit dat nog onvoldoende zicht bestaat op de meerwaarde die de NP kan hebben.

Uit bovenstaande komt naar voren dat de succesvolle inzet van de NP als medebehandelaar een tijdwinst voor de specialist ouderengeneeskundige kan opleveren van 45% tot 88%, bij inzet als expert en regisseur van het expertgebied van 20% tot 50%. De omvang van de tijdwinst hangt af van de volgende factoren:

- manier waarop de NP wordt ingezet ('zelfstandig' runnen van afdelingen of samen met de arts, of specifieke taken);
- expertise en ervaring van de NP en benodigde tijd voor supervisie en consultatie;
- mate waarin de NP specialistische verpleegkundige zorg levert (wondzorg, diabetes);
- mate waarin de NP ook andere taken van de arts overneemt, zoals kwaliteitsbeleid (commissies en werkgroepen) en scholing;
- mate waarin de NP voor een bepaald deel van haar tijd is vrijgesteld voor het werken aan kwaliteitsbeleid;
- mate waarin de NP nieuwe taken uitvoert of taken waar de arts niet aan toe kwam (kwaliteitsbeleid, scholing en coaching van verpleegkundigen en verzorgenden, begeleiden van niet functionerende afdeling).

Een belangrijke vraag is of deze tijdwinst voor de artsen ook daadwerkelijk heeft geleid tot substitutie van personele formatie. In tweederde van de hier beschreven verpleeghuizen met een NP is dit het geval, in de zin dat niet ingevulde, vacante artsenformatie is opgevuld door formatie aan NP's. Dit is gebeurd op basis van de (geschatte) substitutiewaarde van de NP of op basis van

een salariskostenomrekening. Gemiddeld was dit 58%. In minder dan een derde van de verpleeghuizen is de NP (nog) boventallig.

### 5.1.2 Tijdwinst door de inzet van praktijkverpleegkundigen

Ook de inzet van een praktijkverpleegkundige lijkt een substantiële tijdswinst op te kunnen leveren voor de specialisten ouderengeneeskunde. Taken die bijdragen aan de tijdswinst zijn:

- kwaliteitsbeleid (commissies, werkgroepen);
- specialistische zorg (o.m. wond-, decubitus-, diabeteszorg);
- voorbereiden van de visites van de arts;
- triage bij afwezigheid van de arts;
- verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (coach).

De substitutiewaarde van de praktijkverpleegkundigen uit dit onderzoek varieert tussen de 35% en 72%. Bij de meeste praktijkverpleegkundigen wordt deze waarde geschat omstreeks de 40%, gemiddelde is 52%.

De verschillen in de substitutiewaarden zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op het specifieke takenpakket van de praktijkverpleegkundige. De belangrijkste factoren die de omvang van de tijdswinst beïnvloeden zijn:

- het aantal cliënten waarbij de praktijkverpleegkundige wordt ingezet voor verpleegkundige specialistische zorg. Dit varieert van 60 tot meer dan 300 cliënten per fte praktijkverpleegkundige. De praktijkverpleegkundigen met de hoogste substitutiewaarde besteden een belangrijk deel van hun tijd aan wondzorg.
- het aandeel van de tijd van de praktijkverpleegkundige dat is gereserveerd is voor kwaliteitszorg en de mate waarin zij bijvoorbeeld in commissies zit als vervanging van de arts of als aanvullend op de arts;
- aandeel andere medisch ondersteunende taken zoals triage, voorrondes lopen en hand- en spandiensten. Sommige praktijkverpleegkundigen bepalen telefonisch of een arts moet komen, anderen bereiden de visite van de arts voor en sommigen voeren de triage uit bij afwezigheid van de arts.
- het aandeel van de tijd dat de praktijkverpleegkundige bezig is met verpleegtechnische zorg, waar anderen dan de arts een rol in zouden kunnen hebben. In de verpleeghuizen waar tijdswinsten van 72% en 67% worden gerealiseerd, is dit aandeel klein. Uitgangspunt bij de tijdschatting is geweest of de arts deze taken zou moeten overnemen bij afwezigheid van de praktijkverpleegkundige. In een deel van de situaties is dat het geval, omdat er overdag onvoldoende bekwame verpleegkundigen/verzorgenden beschikbaar zijn of omdat de praktijkverpleegkundige er pas wordt bijgehaald als de verzorgenden en verpleegkundigen er niet uit zijn gekomen.

In de meeste verpleeghuizen met een praktijkverpleegkundige lijkt geen uitruil te hebben plaatsgevonden tussen artsformatie en formatie voor praktijkverpleegkundigen. Een van de uitzonderingen hierop is het verpleeghuis met de hoogste substitutiewaarde (72%). Hier heeft men na discussie en onderhandelingen vastgesteld dat 25 uur praktijkverpleegkundige uitruilbaar is met 18 uur arts.

### **5.1.3 Tijdwinst bij inzet van verpleegkundige teams, anw-hoofden en andere verpleegkundigen en verzorgenden**

De verpleegkundige teams kunnen gedurende 24 uur per dag opgeroepen worden. Zij verschillen hierin van NP's en praktijkverpleegkundigen die veelal alleen tijdens kantooruren werken. De hoofdtaken van de verpleegkundige teams en anw-hoofden zijn:

- verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (coach);
- verpleegtechnisch en medisch-technisch handelen (uitvoering);
- triage bij afwezigheid van de arts (vooral tijdens avond-, nacht- en weekeinddienst).

Niet alle taken die het verpleegkundig team uitvoert kunnen daadwerkelijk als taakverschuiving van de arts worden gezien. Overigens speelde bij de inschatting van de tijdwinst ook een rol dat artsen inmiddels gewend zijn aan ondersteuning van een verpleegkundig team.

Het merendeel van de instellingen met verpleegkundige teams schat de tijdwinst in op één tot drie uur per arts per week. Deze tijdwinst zit met name in de verpleegtechnische handelingen die voorheen door de arts uitgevoerd werden, de wondzorg en soms de triagefunctie. De tijdwinst varieert daarmee van 3% tot 10%. De inzet van een verpleegkundig team heeft nergens geleid tot formatievermindering voor de artsen.

Eén specialist ouderengeneeskunde ervaart geen tijdwinst. Deze arts voert zelf de nodige verpleegtechnische handelingen uit en wil dit ook blijven doen.

Eén verpleeghuis heeft een pilot uitgevoerd rondom taakverschuiving. Hier is bijgehouden hoeveel tijdwinst er daadwerkelijk ontstaat door de inzet van een team van coördinerend verpleegkundigen. De resultaten uit deze pilot sluiten aan bij de eerder genoemde tijdschattingen van 1 tot 3 uur per arts per week. In kader 5.1 aan het eind van dit hoofdstuk staat de pilot beschreven.

Geen van de artsen houdt bij het inschatten van de tijdwinst rekening met de inzet van verpleegkundige team (of de anw-hoofden) in de weekenden, avonden en nachten. Zij geven wél aan dat de inzet van de verpleegkundige teams ertoe leidt dat zij minder vaak buiten kantooruren opgeroepen worden, maar zij zien dit niet als tijdwinst (daarvoor is het teveel bestand beleid).

Voor de gespecialiseerde verpleegkundige die deel uitmaakte van ons onderzoek geldt dat zij de wondverzorging volledig overneemt van de artsen. De tijdwinst die zij oplevert voor de artsen is naar schatting 40% van haar werkuren als wondverpleegkundige. Voor de inzet van deze verpleegkundige is artsenformatie ingeleverd.

### **5.1.4 Tijdwinst bij inzet van een doktersassistente**

Bij de doktersassistenten is de variatie in takenpakketten en de verhouding tussen het aantal artsen en doktersassistenten zeer groot. Hierdoor varieert ook de ingeschatte tijdwinst nogal, namelijk van 3% tot 61%.

Hierbij speelt, net zoals bij de verpleegkundigen in de vorige paragraaf, ook een rol in welke mate het bij de verschoven taken om substitutie gaat of om het terugbrengen van oneigenlijke taken. Er heeft geen substitutie van formatie plaatsgevonden.

### **5.1.5 Tijdwinst bij inzet van andere professionals**

De PA, zoals beschreven in paragraaf 3.7.1 is qua substitutie volledig vergelijkbaar met de NP. Van de tijdwinst die andere professionals opleveren voor de specialist ouderengeneeskunde, is geen inschatting te maken. De gegevens zijn daarvoor te beperkt. Algemene uitspraken die ge-

daan zijn over de inzet van andere artsen, is dat zij een substitutiewaarde hebben van 85% tot 95%, mede afhankelijk van of zij kunnen meedraaien in de bereikbaarheidsdiensten. Een specialist ouderengeneeskunde in opleiding telt voor 50% mee.

## 5.2 Taakverschuiving en de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg

Bijna alle respondenten zijn van mening dat de kwaliteit van zorg is toegenomen door de taakverschuiving naar de verschillende professionals. In geen van de verpleeghuizen waar taakverschuiving heeft plaatsgevonden is echter onderzoek gedaan naar de kwaliteit van zorg. Toch is de stellige overtuiging van de meeste geïnterviewden dat de cliënten profijt hebben van de taakverschuiving. Dit geldt ook voor respondenten die aanvankelijk, bij de start van de taakverschuiving, (enigszins) terughoudend waren over de inzet van de nieuwe professionals en de nieuwe werkwijzen. Hoewel we in dit onderzoek dus uitsluitend de meningen van de professionals kunnen presenteren, gaat van de unanimiteit van deze meningen een grote kracht uit. Bovendien sluit de aard van de kwaliteitswinst in hoge mate aan bij resultaten uit onderzoek naar vergelijkbare vormen van taakverschuiving in andere zorgbranches (o.m. de inzet van NP's en praktijkondersteuners/verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk; Houweling, 2005). Uit dit onderzoek blijkt dat door de inzet van diabetesverpleegkundigen de kwaliteit van de zorg minstens gelijk blijft, maar dat de cliënttevredenheid toeneemt.

Ook in onderhavig onderzoek wijzen meerdere respondenten erop dat de cliënten en hun familie tevreden zijn over de werkwijze na taakverschuiving. Zij vinden het prettig dat er meer tijd voor ze is. Kanttekening die hierbij wordt geplaatst is dat het in de beginfase soms extra tijd en uitleg vraagt vooral naar de familie van cliënten.

*Als de familie het systeem eenmaal snapt zijn ze er ook tevreden mee. Alleen de cliëntenraad moet bij tijd en wijle overtuigd worden dat de kwaliteit van de zorg op deze manier voldoende gewaarborgd is (c1).*

In tabel 5.2 is de ervaren kwaliteitswinst samengevat. Daarbij valt op dat er grote overeenkomsten zijn in de aard van de kwaliteitswinst bij verschillende professionals. Dit komt omdat verschillende professionals een brugfunctie vervullen tussen de verzorgenden en de artsen, waardoor een aantal knelpunten worden opgelost. Ook hebben de nieuwe professionals meestal meer tijd op de werkvloer tot hun beschikking

Tabel 5.2 Kwaliteitswinst door de inzet van andere professionals

	NP	pvpk	vpk-team	vpk	da
laagdrempeliger voor verzorgenden en cliënten	x	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	
meer tijd en aandacht voor cliënten	<b>X</b>	<b>X</b>	x	x	x
betere zorg door scholing en training on the job	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	
continuïteit van zorg bij afwezigheid arts	<b>X</b>	<b>X</b>	x	x	
zorgblik als toevoeging op medische blik	<b>X</b>	<b>X</b>	x		
zorginbreng in de artsenvakgroep	<b>X</b>				
impuls voor het kwaliteitsbeleid	x	<b>X</b>	x	x	
minder storingen voor de arts			<b>X</b>	<b>X</b>	x
X=vaak genoemd, x= soms genoemd					

Kwaliteitswinst door inzet van andere ondersteuners, zoals het medisch secretariaat, basisartsen, artsen in opleiding en PA's zijn niet opgenomen in het schema, omdat het hier telkens om slechts één casus gaat.

Hieronder wordt de kwaliteitswinst verder toegelicht, aan de hand van de ervaren effecten op cliëntgerichtheid, toegankelijkheid, effectiviteit en veiligheid van de zorg.

### 5.2.1 Cliëntgerichtheid

Uit de interviews komt als algemeen beeld naar voren dat de cliëntgerichtheid is toegenomen. De NP, de praktijkverpleegkundige en andere verpleegkundigen hebben meer tijd en meer gerichte aandacht voor de cliënten. De volgende verbeteringen zijn geconstateerd:

- De zorg is laagdrempeliger geworden door de taakverschuiving. NP's en (praktijk)verpleegkundigen staan dicht bij de cliënten, waardoor cliënten meer durven te vragen en zij hun onzekerheden vaker uiten. Een arts zegt hierover: *'Voor de cliënt is dit prettiger. Cliënten vragen liever iets aan de 'zuster': Het is altijd een beladen situatie als de dokter komt' (a4).*
- De arts wordt hierdoor minder vaak onnodig opgeroepen, zodat hij meer tijd heeft om te besteden aan cliënten met complexe problematiek.
- Er is meer structuur in de medische zorg aangebracht. Vooral op het gebied van specialistische verpleegtechnische taken, zoals wond- en diabeteszorg heeft de NP of verpleegkundige meer tijd om de taken op structurele basis uit te voeren. Een arts zegt daarover: *'De praktijkverpleegkundigen kunnen het domweg beter' (a3).*
- De continuïteit van de medische zorg is toegenomen. NP's en (praktijk)verpleegkundigen zijn meer aanwezig op de werkvloer en nemen waar bij afwezigheid van de arts. Specifiek voor de NP als medebehandelaar geldt dat zij meer continuïteit biedt dan basisartsen, omdat deze laatsten eerder van baan veranderen.
- De bekwaamheid van verzorgenden op de werkvloer neemt toe, doordat er veel meer coaching on the job plaatsvindt. Als meest vertrouwde persoon voor de cliënten kunnen zij hierdoor betere zorg leveren.

Uit de interviews komt daarnaast naar voren dat de integratie van NP's en praktijkverpleegkundigen in de artsenvakgroep als zeer waardevol beoordeeld. Zij brengen hun verpleegkundige achtergrond en hun praktische kennis over de zorgverlening op de werkvloer in. Dit leidt tot een meer integrale kijk op de zorg aan cliënten.

Het feit dat de NP en (praktijk)verpleegkundigen protocollair werken, terwijl de arts doorgaans meer ervaring inbrengt en kan onderbouwen wanneer er van het protocol moet worden afgeweken, leidt tot inhoudelijke discussies over de zorgverlening die volgens de respondenten grote meerwaarde hebben en de kwaliteit van de zorg verhogen.

De kwaliteitswinst bij de inzet van doktersassistenten en een medisch secretariaat wordt vooral bereikt doordat administratieve taken en eenvoudige zorgtaken worden overgenomen van de arts. Hierdoor heeft deze meer tijd om ongestoord te kunnen werken.

### 5.2.2 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de medische zorg is volgens de respondenten verbeterd door de taakverschuiving. Meer specifiek zijn de volgende verbeteringen benoemd:

- Door de inzet van de laagdrempeliger NP en (praktijk)verpleegkundigen vragen de verzorgenden sneller om hulp, waardoor eventuele medische condities eerder worden gesignaleerd. Hierdoor komt het minder vaak voor dat de arts te laat wordt ingeschakeld.
- Doordat NP's en (praktijk)verpleegkundigen meer aanwezig zijn op de werkvloer, is hun bereikbaarheid groter waardoor sneller medische zorg beschikbaar is.

### 5.2.3 Effectiviteit

Is de effectiviteit van de medische zorg toegenomen? Hoewel ook hier geen evaluatieonderzoek naar is gedaan, zien de respondenten verschillende positieve effecten op de gezondheid en het welzijn van de cliënten. De gerichte aandacht voor bijvoorbeeld wond-, decubitus- en fixatiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen hebben hun vruchten afgeworpen. De indruk bestaat dat er minder wonden zijn en dat er minder vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet hoeven te worden. Enkele citaten illustreren dit:

*De NP heeft een actieve rol in het fixatiebeleid. Afgelopen tijd is hier veel aandacht aan besteed. Dit is een heel traject geweest om samen met verzorgenden op de afdelingen te kijken hoe zaken anders kunnen. Resultaat is wel dat er nauwelijks meer gebruik wordt gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen (c2).*

*Er is zeker sprake van kwaliteitswinst door inzet van wondverpleegkundige. Het decubitusbeleid is aangepast door haar komst. Doordat zij alleen maar met wondbehandeling bezig is en daarin volledig is gespecialiseerd, heeft zij er veel meer verstand van dan menig arts. Ook heeft zij er veel meer tijd en aandacht voor, omdat het haar enige taak is. Dit heeft positieve effecten op het voorkomen van wonden (e3).*

De inbreng van NP's en praktijkverpleegkundigen in de artsenvakgroep leidt tot meer aandacht voor de consequenties van medisch beleid op de werkvloer. In een enkel geval heeft dit bijvoorbeeld tot andere beslissingen geleid over nieuwe methoden en materialen.

*Onlangs is een nieuwe pegsonde geïntroduceerd die een aantal voordelen heeft, maar wel ingewikkelder te hanteren is. Mede door de inbreng van de NP is toen veel kritischer gekeken naar de uitvoerbaarheid op de werkvloer. Uiteindelijk is toen besloten om niet tot invoering over te gaan. De hectiek op de werkvloer zou het voor de verzorgenden erg lastig maken om deze nieuwe pegsonde te hanteren. Door het aantal verschillende stappen dat moest worden doorlopen zou de kans op fouten te groot worden (b7).*

Ook op de werkvloer leidt de samenwerking tussen de arts en de professionals met een verpleegkundige achtergrond tot positieve effecten. Als zij samen met de arts visite lopen, doorzien zij beter welke consequenties het medische beleid en de instructies van de arts hebben voor de verzorging. Eventuele belemmeringen voor de uitvoering van het medische beleid worden daarvoor eerder weggenomen. Een praktijkverpleegkundige zegt hierover:

*Ik voed de arts ook op en zeg 'leg uit waarom je wilt dat iets gebeurt, pas als ze het snappen doen ze het' (a1).*

Als positief wordt ook ervaren dat door de taakverschuiving de verschillende professionals beter worden ingezet. Ieder doet meer waarvoor hij of zij opgeleid is. De arts besteedt meer tijd aan de cliënten met complexe problematiek.

Dat minder cliënten onnodig de arts zien, wijst op nog een ander voorbeeld van toegenomen effectiviteit. Het zorgt er immers voor dat cliënten niet onnodig gemedicaliseerd worden en levert als zodanig een bijdrage aan normalisatie en welzijn.

#### 5.2.4 Veiligheid

Een belangrijke vraag bij verticale taakverschuiving is altijd of de veiligheid van de cliënt niet in het geding is. Taken worden uitgevoerd door lager opgeleide professionals. Dit zou kunnen leiden tot grotere risico's. De effecten van taakverschuiving die de respondenten waarnemen wijzen geenszins op een toename van risico's. Verschillende argumenten wijzen eerder op het tegendeel.

Meer aanwezigheid op de werkvloer zorgt voor een eerdere signalering van mogelijke medische klachten. Een praktijkverpleegkundige vertelt:

*Ik kijk bij wassen naar de wonden en zie dan bijvoorbeeld dat cliënten gewassen worden met badschuim. Dat leidt tot droge, jeukende huid. Ik kan dan direct ingrijpen (a1).*

*Een bewoner klaagt over pijn bij het opstaan. De NP gaat 's ochtends om half 8 kijken, dat kan de arts niet zo gemakkelijk doen (c3).*

*Mevrouw snurkt zo lekker. Dat blijkt een enorme hypo te zijn! (a3)*

Ook de grotere aandacht voor kwaliteitsbeleid zorgt voor veiliger zorg volgens meerdere respondenten. Veelal bestaan er wel allerlei protocollen, maar die worden lang niet altijd gelezen en nageleefd. De NP of (praktijk)verpleegkundige fungeren als aanjager, zowel voor de ontwikkeling als voor de uitvoering van protocollen.

*Als een vocht- en voedingslijst bijvoorbeeld niet volledig wordt ingevuld, zit de NP daar direct bovenop en stuurt de verzorging zo aan dat zij deze taak beter oppakken. Zo nodig begeleidt en coacht ze de verzorgenden daarbij (c6).*

*NP: op een afdeling heb ik de verzorging geleerd hoe ze moeten omgaan met smetten. Het prevalentiepercentage nam daardoor af op deze afdeling. Later fuseerde de afdeling met een andere afdeling en nam het aantal smetten weer toe. Ik ben er toen weer bijgeroepen om samen met de verzorgenden te zorgen de prevalentie weer terug te dringen. Ik leer ze wat ze moeten doen, maar neem de taken niet over (b4).*

Een arts plaatst hierbij de kanttekening dat het soms goed is om, in verband met de kwaliteit van leven van de cliënten, van het protocol af te wijken en cliënten wat meer ruimte te bieden. Dat is iets waar de NP en (praktijk)verpleegkundigen in moeten groeien. Hij zegt hierover:

*Met deze populatie van oude mensen, moet je ook van het protocol kunnen afwijken. Je moet je daarbij afvragen wat de doelstellingen zijn van het ingezette beleid. Als het om kwaliteit van leven gaat, dan is het voorkomen van hypo's (bij diabetes) prioriteit, te hoge waarden af en toe zijn niet zo erg. Om dan te beslissen dat de cliënt best af en toe een gebakje mag, heb je overzicht nodig en moet je niet star vasthouden aan het protocol (d4).*

Daarnaast is er door de taakverschuiving aanmerkelijk meer aandacht voor scholing en training on the job voor verzorgenden. Dit geldt zowel voor formele scholing als voor coaching en bed-

side teaching. Veel verzorgenden voelen zich niet bekwaam om allerlei verpleegtechnische handelingen uit te voeren. Door de taakverschuiving zijn er meer professionals beschikbaar die hen kunnen ondersteunen bij de uitvoering. Prettige bijkomstigheid is dat zij zo hun bekwaamheid weer kunnen verwerven.

### **5.2.5 Overige effecten**

Naast de effecten op de kwaliteit van de zorg, zien sommige respondenten ook neveneffecten. De meeste hiervan zijn consequenties voor de professionals zelf.

Enkele positieve neveneffecten:

- De arbeidstevredenheid van de verschillende professionals neemt toe, doordat iedereen kan doen waar hij of zij het beste in is. Kwaliteiten van de afzonderlijke professionals worden beter benut, waardoor het werk interessanter en uitdagender blijft en er minder kans is op verloop (2a).
- Know-how van de verzorgenden neemt toe, door meer scholing en coaching. Hierdoor blijft hun werk boeiender (2a).
- De flexibiliteit van de arts neemt toe, omdat hij goede achtervang heeft (a2).

Enkele nadelen die zijn genoemd:

- De arts wordt minder bekwaam op een aantal verpleegtechnische en medisch technische handelingen, doordat hij deze minder vaak uitvoert (a5, d4).
- De arts heeft minder contact met cliënten en familie (b6).

## Kader 5.1 Resultaten uit pilot naar inzet verpleegkundig team

In dit verpleeghuis stond men door uitbreiding van het aantal cliënten en locaties voor de vraag hoe deze extra vraag naar medische zorg in te vullen: door extra artsformatie of door een aantal taken van de artsen door andere functionarissen te laten uitvoeren zodat de artsen een hogere caseload aan zouden kunnen? Onder meer door het landelijk tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is toen gekozen voor de inzet van coördinerend verpleegkundigen (verpleegkundigen niveau 5) die zouden gaan fungeren als praktijkondersteuner. Voorafgaand aan de pilot werkten deze verpleegkundigen uitsluitend avond-, weekeind- en nachtdiensten. Deze praktijkondersteuners zouden onder meer de uitvoering van verpleegtechnische handelingen op zich nemen. Tot dan toe lag deze taak bij de teamleiders. Het kwam echter regelmatig voor dat door drukte en afwezigheid, de artsen deze taak toch op zich namen.

In april 2009 is een pilot gestart op initiatief van twee artsen. In de pilot is gemonitord hoeveel tijdwinst de praktijkondersteuners opleverden voor de artsen en de teamleiders. De tijdbesteding van de praktijkondersteuners is gemeten. Daarnaast hebben de artsen en de teamleiders ingeschat hoeveel tijd zij kwijt waren aan een aantal taken die de praktijkondersteuner zou overnemen. Dit is zowel voorafgaand aan de inzet van de praktijkondersteuner gebeurd (0-meting) als naderhand (effectmeting). Daarbij is gewerkt met het instrument arbeidsinnovatie van TNO (te vinden op <http://www.arbprod.arbeidtools.nl>). Dit instrument vraagt verschillende groepen naar hun ervaringen met tijdsinvestering, arbeidsproductiviteit en kwaliteit van zorg. De belangrijkste resultaten zijn als volgt:

- inzet van 32,5 uur coördinerend verpleegkundige (tijdens kantoortijden) leidt tot 14 uur tijdwinst per week voor de artsen (2,15 uur per fte arts per week). Daarnaast is er 15 uur tijdwinst per week voor de gezamenlijke teamleiders;
- de winst voor de artsen is vooral toe te schrijven aan zorgvragen en medische vragen, activiteiten rond opnames en het overnemen van de artsenspieper door de praktijkondersteuners;
- de artsen worden veel minder gestoord, omdat de artsenspieper bij de verpleegkundige is. De geschatte tijd die de artsen besteden aan pieperoproepen en het beantwoorden van telefoontjes is afgenomen met meer dan 90%. De artsen hoeven nauwelijks meer naar buitenlocaties (reistijd) voor het verrichten van verpleegtechnische handelingen;
- de medewerkertevredenheid van de artsen, de teamleiders en de coördinerend verpleegkundigen is toegenomen.
- verbetering van cliëntenzorg: doorlopende beschikbaarheid van de verpleegkundige maakt dat behandelingen gemakkelijker kunnen worden ingezet waarbij de continuïteit van professioneel toezicht gewaarborgd is. Hierdoor is ook de signalering van zorgproblemen toegenomen.



## 6. Beleidsvorming en randvoorwaarden voor taakverschuiving

Niet alle bezochte instellingen kiezen voor taakverschuiving. Als zij hier wel voor kiezen, verschillen zij in hun keuze van de specifieke professional die zij willen inzetten bij de medische of verpleegkundige zorg. Dit roept de vraag op wat de belangrijkste beweegredenen hierbij zijn en welk beleid hieraan ten grondslag ligt. In dit hoofdstuk geven we antwoord op de vierde onderzoeksvraag.

*Onder welke omstandigheden doen de verschillende vormen van taakverschuiving zich voor? Welke voorwaarden zijn hierbij van belang?*

We beschrijven achtereenvolgens de aanleidingen voor taakverschuiving, de beleidsmatige keuzes die men daarbij gemaakt heeft en de noodzakelijke randvoorwaarden. We sluiten dit hoofdstuk af met een beschrijving van de verdere mogelijkheden die de respondenten zien voor verantwoorde taakverschuiving en de grenzen die zij hieraan stellen.

### 6.1 Aanleidingen voor taakverschuiving

In de interviews is gevraagd wat de aanleiding is geweest om tot taakverschuiving over te gaan. Tabel 6.1 laat zien dat de aanleidingen voor de inzet van de verschillende professionals verschillen van elkaar.

Tabel 6.1 Aanleidingen voor taakverschuiving naar andere professionals

	NP	pvpk	vpk.team	da
Ontlasten van de arts		X	X	X
Minder oneigenlijke taken voor de arts			X	X
Behoefte aan filter/triagefunctie		X	X	
Formatietekort	X			
Kwaliteitsverbetering		X		
Extramuralisering en kleinschaligheid				
Innovatie/Concurrentiepositie	X			

Bijna alle verpleeghuizen uit onze steekproef met een NP hebben hiervoor gekozen omdat zij werden geconfronteerd met een (soms ernstig) formatietekort binnen de artsenvakgroep<sup>11</sup>. In een beperkt aantal cases zien we dat ook andere overwegingen een rol hebben gespeeld. In enkele cases wordt 'opleiden' zeer belangrijk gevonden. Men wil de eigen medewerkers kansen bieden zich verder te ontwikkelen en wil innovatief zijn met opleiden. Deze organisaties werken vaak nauw samen met opleidingsinstituten. Initiatieven van die opleidingsinstituten, op zoek

<sup>11</sup>Volgens de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact is er sinds eind 2008 sprake van een afname van het aantal vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde. De formatietekorten in de door ons bezochte instellingen waren soms van recente datum, soms van wat langer gelden. Hierbij spelen regionale verschillen een rol, maar ook de afstand tot de opleidingsplaatsen is van invloed en de mate waarin artsen uit de instelling een rol spelen bij de opleiding.

naar nieuwe studenten voor de opleiding tot NP, waren daar een belangrijke trigger. In enkele gevallen kwam het initiatief vanuit verpleegkundigen die al werkzaam waren in de organisatie. Daarnaast heeft een enkele instelling gekozen voor de inzet van een NP vanuit concurrentieoogpunt. Men wilde de NP opleiden en detacheren naar huisartsenpraktijken om zo de band met huisartsen in de regio te versterken. In één verpleeghuis is de NP specifiek ingezet om een brugfunctie te vervullen tussen verzorgenden en artsen.

Voor de inzet van praktijkverpleegkundigen was de ontlasting van de specialist ouderengeneeskunde de belangrijkste aanleiding. Het invullen van de triagefunctie en de uitvoering van (specialistische) verpleegkundige handelingen stonden hierbij centraal. Achtergrond daarbij was dat de artsen teveel oneigenlijke taken moeten uitvoeren, door de afwezigheid van verpleegkundigen, de hoge werkdruk en minder scholing van verzorgenden. Beoogd werd dat de praktijkverpleegkundigen naast hun filterfunctie een coachende en sturende rol richting de verzorging konden invullen. Bij een deel van de praktijkverpleegkundigen was ook de behoefte aan een kwaliteitsimpuls (specialistische verpleegkundige zorg, protocolontwikkeling) een aanleiding. Dit laatste geldt ook voor de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen.

Ook de inzet van een verpleegkundig team was vooral gericht op het ontlasten van de artsen en het uitvoeren van triage. Daarmee werden veel oneigenlijke taken bij de arts weggehaald. In één van de verpleeghuizen is het verpleegkundige team ingezet om onnodige opnames van bewoners in het ziekenhuis te voorkomen. Door het verpleegkundige team te scholen in het werken met infusen hoefden bewoners minder vaak het verpleeghuis te verlaten voor ziekenhuisverblijf, waardoor veel onrust werd voorkomen en het verpleeghuis zich kon profileren.

Hoewel de ondersteuning door doktersassistenten in dit onderzoek inhoudelijk divers is, was de belangrijkste drijfveer om te gaan werken met doktersassistenten het ontlasten van de arts door meer ondersteuning te bieden bij administratieve taken en oneigenlijke taken over te nemen (oren uitspuiten, ECG's maken, labonderzoeken). Ook de inzet van het medisch secretariaat als telefonische voorwacht was gericht op de verdere ontlasting van de arts.

## **6.2   Beleid en beslissingen rond taakverschuiving**

Welke beslissingen en algemene managementkaders zijn van belang bij het delegeren van taken van specialisten ouderengeneeskunde naar andere professionals?

Uit de interviews komt naar voren dat er meestal geen expliciet concernbeleid is dat gericht is op taakverschuiving bij de medische zorg. Toch staat de keuze voor taakverschuiving doorgaans niet los van het algemene beleid. Naast de eerder genoemde visie op opleiden en innovatie speelt ook een rol welke visie men heeft op de kerntaken van verschillende professionals. Hoe men denkt over deze kerntaken verschilt tussen de verpleeghuizen zoals uit onderstaande citaten blijkt.

*Uitgangspunt is dat de dokter op een werkdag zo veel mogelijk medische adviezen geeft. Het kost veel tijd om beleid te maken rond behandeling en levenseinde van cliënten. Dat is complex, de familie heeft hier vaak moeite mee. Er moet veel over gepraat worden en de arts moet daar dus tijd voor hebben. (a1)*

*Uitgangspunt voor het inzetbeleid is om taken daar te laten waar ze thuis horen. Katheteriseren van mannen, pegsondes, voedingspompen, hypodermoclyse, bladderscan horen bij ons niet bij de artsentaken. (b7, a5)*

*Men is van oudsher gewend veel tijd te kunnen besteden aan cliënten. Daar hoort bij dat je als goede dokter alles doet. Dat betekent ook dat je bekwaam moet blijven op de verpleegtechnische en medisch technische handelingen. (e6)*

Taakverschuiving bij de medische zorg wordt meestal geïnitieerd en uitgewerkt in de dienst Begeleiding en Behandeling of in de artsenvakgroep. Uiteindelijke beslissingen worden vervolgens genomen in het MT, die goed onderbouwde en financieel haalbare plannen doorgaans overneemt. In enkele verpleeghuizen is het initiatief tot de taakverschuiving gekomen vanuit de directie. Voor een succesvolle implementatie is dan wezenlijk of vervolgens draagvlak is gezocht (en gevonden) bij de artsen (zie ook paragraaf 5.3).

Factoren die een rol spelen bij de keuze om wel of niet over te gaan tot taakverschuiving zijn:

- Mate waarin een probleem wordt ervaren bij de huidige taakverdeling. Tekort aan artsen blijkt een sterke impuls tot de inzet van NP's. Dit geldt voor meerdere aanleidingen (zie vorige paragraaf). Veel van de verpleeghuizen die geen taakverschuiving toepassen, geven aan dat daar voorsnog geen noodzaak toe is geweest. Voor hen staat dit overigens los van de vraag hoe zij de verpleegtechnische zorg kunnen en willen regelen.
- Heersende visie op de kerntaken van de arts. In instellingen waar men vindt dat medisch technische en verpleegtechnische handelingen horen tot de kerntaken van de arts, is men terughoudend met het delegeren van taken.
- Visie op de taakinhoud van verzorgenden. Enkele verpleeghuizen vinden dat een verzorgende of EVV zoveel mogelijk de verpleegtechnische handelingen moet uitvoeren, zodat de EVV een uitdagend takenpakket houdt. Door taakverschuiving naar andere ondersteuners worden de 'krenten uit de pap' gevist.
- Vertrouwen dat artsen hebben in de kwaliteit van de professionals die taken kunnen overnemen.

Bij geen van de respondenten lijken financiële motieven een rol te hebben gespeeld bij de keuze voor taakverschuiving.

Of de keuze voor taakverschuiving en de inzet van andere professionals vervolgens op locatie- of concernniveau wordt vormgegeven hangt onder meer af van hoe de artsen zijn georganiseerd in het concern. In de bezochte verpleeghuizen is de taakverschuiving na een aanloopperiode concernbeleid geworden of is men bezig met de vormgeving van concernbeleid. Fusies vormen hier zowel een belemmerende als een stimulerende rol. Fusies zorgen aan de ene kant voor onrust, omdat visies verenigd moeten worden. Aan de andere kant bieden zij volgens beleidsmakers een kans om beleid tegen het licht te houden en te innoveren.

Ook de keuze van de specifieke professional die taken gaat overnemen wordt doorgaans zeer bewust gemaakt (zie ook paragraaf 5.1). Een aantal verpleeghuizen heeft vooral de keuze voor een NP, een praktijkverpleegkundige en een basisarts tegen elkaar afgewogen. Keuzecriteria die daarbij gehanteerd zijn:

- Welk(e) probleem/problemen willen we oplossen?
- Kunnen we het probleem met bestaande mensen oplossen?
- Is er behoefte aan een medebehandelaar of aan een ondersteuner?
- Gaat het om puur medische taken of ook verpleegkundige?
- Behoeft aan een generalist of een specialist?

- Moet de triagefunctie worden ingevuld?
- Moet de professional zelfstandig bevoegd zijn voor het uitvoeren van medische taken?
- Welke rol moet worden ingevuld in het kwaliteitsbeleid?
- Hoe belangrijk is ervaring?
- Moeten er diensten kunnen worden gedraaid?
- Hoe belangrijk is continuïteit?

Enkele citaten illustreren welke afwegingen de artsen en beleidsmakers maken:

*We hebben bewust gekozen voor de inzet van een praktijkverpleegkundige. De NP staat het dichtst bij het medische deel, maar de artsen waren van mening dat er op een lager verpleegkundig niveau nog genoeg te delegeren was. Voor het medische stuk vallen ze liever terug op basisartsen en artsen in opleiding. Deze hebben meer bevoegdheden, hebben minder toezicht nodig en draaien mee in de diensten. (a5)*

*We hebben gekozen voor een NP, omdat er iemand nodig was die medische taken kon overnemen. In eerste instantie zijn vacatures ingevuld door basisartsen maar daar was het verloop hoog, omdat zij niet voldoende affiniteit met de ouderenzorg hebben. De NP's blijven, kunnen 90% van wat de basisartsen doen en kunnen een brug slaan naar de verzorging. (b6)*

*Binnen de vakgroep is besloten om 'gaten' binnen de organisatie niet meteen in te vullen met een nieuw poppetje, maar om eerst te kijken of die gaten binnen de organisatie beter ingevuld kunnen worden. Bijvoorbeeld door eerst een goed systeem van EVV-ers te creëren en te investeren in scholing. (d6)*

### **6.3 Factoren die een rol spelen bij succesvolle taakverschuiving**

Wanneer eenmaal gekozen is voor de introductie van taakverschuiving naar een bepaalde professional, zijn er verschillende randvoorwaarden die stimulerend of juist belemmerend zijn voor een succesvolle taakverschuiving. Deze worden hieronder verder toegelicht.

#### **6.3.1 Beleid en organisatie**

*Draagvlak bij het hoger management*

Dit impliceert dat de beleidsmakers de meerwaarde van de taakverschuiving zien en deze uitdragen. NP's, praktijkverpleegkundigen, maar ook verpleegkundigen ontlene hieraan steun om hun eigen positie te verwerven.

*In het begin is er weerstand op alle niveaus. Dokters denken 'Hoe moeten we dit organiseren?', 'Tot waar kun je gaan?', 'Gaat ze niet op mijn stoel zitten?', Verzorgenden en afdelingsverpleegkundigen denken: 'Zij komt alle leuke dingen van ons afpikken', of 'Wanneer bel ik nu haar en wanneer de arts?' De inzet van een NP geeft anderen soms het gevoel dat ze naar beneden worden gehaald. (b1)*

Alvorens tot implementatie kan worden overgegaan is van belang dat de ambities met taakverschuiving synchroon lopen bij de directie of MT en de artsenvakgroep.

### *Positionering van de NP/praktijkverpleegkundige*

Om goed te kunnen functioneren achten de respondenten het van belang dat professionals die medische taken overnemen ook tot de dienst Behandeling en Begeleiding horen en hierdoor aangestuurd worden. Dit accentueert het feit dat zij de artsen ondersteunen en voorkomt dat zij worden opgeslokt door verzorgende en verpleegkundige taken. Voor de NP's die als medebehandelaar fungeren is daarnaast essentieel dat zij onderdeel zijn van de artsenvakgroep.

### *Afspraken over financiering*

De continuïteit van de taakverschuiving is afhankelijk van de financiering. Daarover zijn heldere afspraken nodig. In enkele verpleeghuizen is transparant uitonderhandeld waaruit de taakverschuiving betaald wordt. Er zijn uren ten laste gekomen van de artsen, maar soms ook van de zorg. In een aantal gevallen zijn plannen tot taakverschuiving afgeketst doordat men er niet uit kwam. In een aantal verpleeghuizen wordt de NP gefinancierd uit een innovatiepot. Die financiering is eindig, zodat ook daar in een later stadium structurele financieringsafspraken nodig zijn.

### *Goede introductie in de instelling*

Het succes van de invoering staat of valt hiermee.

Het beginnen met een pilot in een beperkte omgeving, gecombineerd met een goede PR naar alle stakeholders en een gedegen evaluatie is door één verpleeghuis als belangrijke randvoorwaarde genoemd.

## **6.3.2 Samenwerking**

### *Acceptatie, draagvlak en steun van de artsen*

Ten eerste moeten de artsen openstaan voor de nieuwe functie en bereid zijn om taken te delegeren. Voor de NP geldt dat deze toegevoegd dient te worden aan de vakgroep, zodat hij en de artsen gelijkwaardige gesprekspartners zijn en op hetzelfde niveau kunnen functioneren. Doelinstrijd moet daarbij worden voorkomen. Zodra de NP moet gaan concurreren met de arts gaat het mis. Verder moet de sfeer in het artsteam goed zijn, men moet elkaar feedback kunnen geven en in grote lijnen hetzelfde denken over de inzet van de nieuwe professional.

### *Draagvlak en acceptatie bij verpleging en verzorging*

Nieuwe professionals worden in eerste instantie vaak als bedreiging gezien. De kunst is om de verzorging en verpleging te laten inzien dat deze nieuwe professionals niet 'de krenten uit de pap komen vissen'. Goede informatievoorziening moet ervoor zorgen dat zij het voordeel van de twiifel krijgen. Een juiste opstelling, coaching en bed side teaching zijn belangrijk bij het winnen van vertrouwen. Met het overnemen van taken wordt het wantrouwen gevoed.

## **6.3.3 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden**

### *Duidelijke taakomschrijving*

Hierdoor weten artsen, verzorgenden en anderen wat ze kunnen verwachten van de 'nieuwe' professional. Een heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden is daarbij essentieel, vooral bij de grenzen van de verantwoordelijkheden. Deze moeten duidelijk maken welke taken 'des dokters' blijven en welke taken altijd door de arts gecontroleerd blijven worden. Dit is ook van belang in het kader van aansprakelijkheid.

### *Eenduidige protocollen en richtlijnen aan de hand waarvan de taken worden uitgevoerd*

Niet overal zijn deze protocollen en richtlijnen aanwezig, artsen gaan er soms zelf verschillend mee om. Vooral bij de medische zorg zijn hier lacunes. De protocollen moeten er zijn, maar de

NP's moeten er ook toegang toe hebben.

*Zowel de NP als arts hebben beschikking over een formularium met daarin alle uitleg over ziekten, ziektebeelden en de bijbehorende protocollen. Dit zogenaamde formularium is een dynamisch boekje dat is ontwikkeld door de artsen van de vakgroep. (c1,b3)*

*Goede protocollering van de medische zorg is nodig om een eenduidige manier van werken te waarborgen door professionals. Dan kun je als NP (of arts) op iedere willekeurige locatie binnen de zorggroep een bepaalde standaard verwachten. (b5)*

*Er zijn vooralsnog geen duidelijke organisatieprotocollen voor de medische zorg. Nu werkt de ene arts met NHG-standaarden, de andere met NVVA-richtlijnen, weer een ander met een mix. Er is geen consensus binnen de organisatie. Dat maakt het werken voor een NP in deze situatie wel lastig. (b8)*

Protocollen voor de verpleegtechnische zorg:

*Steeds als zich iets nieuws voordoet, bijvoorbeeld bij de morfinepomp, of de eerste keer dat er een cliënt is met cytostatica, pakken de praktijkverpleegkundigen dit op. Zij scholen en coachen de verzorgenden en verpleegkundigen op de werkvloer. (c5)*

*Bij inzet van een verpleegkundige als voorwacht voor de arts, werkt de verpleegkundige met protocollen. Met die protocollen kan de verpleegkundige ook een deel van de geprotocolleerde zorg doen. (e5)*

#### **6.3.4 Leren en ontwikkeling**

*Tijd van de arts voor begeleiding en supervisie*

De ontwikkeling van de NP is een groeiproces, waarbij ze steeds meer overzicht krijgt en steeds meer medische taken uitvoert, eerst onder supervisie, later zelfstandig(er). In dat leerproces is het van belang dat de arts de ondersteuner het voortouw laat nemen, stimuleert, corrigeert en coacht. De taakverschuiving kan op deze wijze steeds verder worden uitgebouwd.

*Vertrouwen van artsen in de gedelegeerde uitvoering van medische taken moet groeien. In het begin weet je weinig van elkaar, dus je moet samenwerken om daar verandering in te brengen. Bijvoorbeeld algemeen lichamelijk onderzoek kan lastig zijn. Kun je dat overlaten aan de NP? Hier kom je alleen achter door dingen samen te doen, mee te kijken. Zo krijg je meer vertrouwen. Lastige buik idem: Wat voel jij, wat voelt zij. (b1)*

*Organisatie van de supervisie en back-up*

De NP en de (praktijk)verpleegkundigen moeten te allen tijde kunnen terugvallen op de arts.

*Persoonlijke kwaliteiten van de nieuwe professional*

Naast een gedegen opleiding spelen de persoonlijke kwaliteiten van de ondersteuner een belangrijke rol. Binnen een instelling wordt aangegeven dat als de ondersteuner niet voldoende kritisch zelfreflecterend vermogen heeft, de overheveling van taken van de arts naar de ondersteuner minder ver doorgevoerd zal worden. Daarnaast vraagt het omgaan met weerstanden veel tactisch inzicht en tactisch handelen van de NP.

*Persoon van de NP is belangrijk bij de aanpak van aanvankelijke weerstanden. Zij moet zichzelf helder neerzetten, niet overnemen/afpakken, maar 'samen' en ondersteunen. Niet op de stoel van de dokter gaan zitten, zich niet laten aanleunen dat bewoners en/of familie je dokter noemen, dat ook niet willen zijn. (b7)*

### **6.3.5 Belemmeringen**

Uit de interviews komen verschillende factoren naar voren die een succesvolle invoering van taakverschuiving in de weg hebben gestaan. Deze knelpunten zijn bij de inzet van een NP:

- draagvlak voor een NP binnen de organisatie is onvoldoende;
- draagvlak bij artsen in het begin onvoldoende door onbekendheid;
- artsen willen geen taken afstoten;
- ontbreken van noodzaak voor NP holt draagvlak uit;
- taakomschrijving NP ontbreekt nog;
- financiering is niet structureel geregeld;
- NP is niet opgenomen in het artsenteam;
- verpleegkundigen die gestopt zijn met de NP-opleiding; Zij konden zich onvoldoende losweten uit hun bestaande werk;
- kwaliteit van de NP is onvoldoende;
- geen overleg over inzet NP tussen management en artsen;
- eenzame positie van de NP;
- NP wil geen taken doen die zij niet 'des NP's' vindt;
- beschikbaarheidsdiensten moeten nu door minder artsen worden gedraaid;
- bestuurder denkt dat invoering 'zo maar' gaat en creëert geen randvoorwaarden.

Knelpunten bij de inzet van een praktijkverpleegkundige:

- weerstanden bij de afdelingsverzorgenden en -verpleegkundigen;
- artsen laten moeilijk taken los;
- onduidelijke positie praktijkverpleegkundige

Knelpunten bij de inzet van vpk-team:

- weerstanden bij de afdelingsverzorgenden en -verpleegkundigen;
- ontbreken van draagvlak bij manager en RvB;
- te weinig uren om taken gedaan te krijgen;
- cultuur is anti-taakverschuiving;
- arts wil taken niet delegeren.

## **6.4 Verdere mogelijkheden en grenzen**

### **6.4.1 Uitbreiding van taakverschuiving**

In de verpleeghuizen die al (positieve) ervaringen hebben met taakverschuiving ziet men, op een enkeling na, meer mogelijkheden tot taakverschuiving. Respondenten zien vooral mogelijkheden om taken van henzelf over te dragen aan andere zorgprofessionals. Dit geldt zowel voor artsen, als voor NP's en praktijkverpleegkundigen. Het gaat dan vooral om administratieve taken zoals het uittypen van brieven aan familie en om verpleegtechnische handelingen zoals katheters inbrengen, oren uitspuiten en ECG's maken.

In verpleeghuizen waar alleen een verpleegkundig team is ter ondersteuning, denkt men voor de toekomst vooral aan uitbreiding van specialistische taken voor het verpleegkundigteam en triage.

Meer specifiek zien enkele verpleeghuizen de volgende uitbreidingsmogelijkheden:

- Een verpleeghuis met een praktijkverpleegkundige wil een NP aanstellen om meer behandeltechnische substitutie te laten plaatsvinden. Daarnaast heeft men plannen om meer gespecialiseerde verpleegtechnische zorg, zoals diabetes en COPD, te laten uitvoeren door de praktijkverpleegkundige. Bij probleemgedrag kan de NP samen met de psycholoog een belangrijk deel van het werk van de arts overnemen. Vooral dit laatste scheelt veel tijd.
- Een verpleeghuis waar al een NP is, wil men dit aantal uitbreiden en de NP naast intramurale specialistische taken ook extramuraal inzetten. Ook de inzet van de NP bij bereikbaarheidsdiensten wordt overwogen.

De instellingen waar tot nu toe weinig taakverschuiving plaatsvindt, zien voor de toekomst vooral mogelijkheden in een betere ondersteuning van de arts door het medisch secretariaat. Enkel van hen willen ook dat triage wordt uitgevoerd door het medisch secretariaat. De inzet van een NP of een praktijkverpleegkundige wordt, een uitzondering daargelaten, alleen overwogen indien er grote tekorten aan artsen komen. Zo lang men keuze heeft, kiest men voor de arts. Dit komt overeen met de uitkomsten uit onderzoek van Van der Windt (2007). Daaruit bleek dat bijna de helft van de verpleeghuizen (46%) geen NP of verpleegkundigen met een specifieke functieomschrijving in dienst had en hier ook geen plannen toe had.

Als men wel overweegt een NP of (praktijk)verpleegkundige aan te stellen, is dat omdat er een noodzaak ontstaat. Men voorziet een artsentekort of verwacht dat de arts steeds meer extern zal gaan werken. De NP moet dan op de hoofdlocatie de continuïteit van zorg waarborgen. Een belemmering bij de keuze voor een NP is overigens dat men weinig kennis heeft over de NP en niet weet over welke competenties zij beschikt.

#### **6.4.2 Grenzen aan taakverschuiving**

Waar men de grens aan taakverschuiving ziet, hangt sterk samen met de overwegingen bij het al dan niet kiezen voor taakverschuiving, zoals visie op de kerntaken van de arts. Toch geldt hier dat deze grenzen vaak niet hard zijn. Respondenten die vinden dat de arts ook alle medisch-technische en verpleegtechnische handelingen moet blijven doen, realiseren zich dat dit in het kader van personeelstekorten en toenemende zorgvraag waarschijnlijk niet haalbaar zal zijn. Wat blijft staan voor de meeste respondenten is een aantal grenzen op inhoudelijk en organisatorisch terrein.

Inhoudelijk is er een aantal onoverdraagbare taken die 'des dokters' blijven. Hierbij gaat het om het stellen van diagnoses, inzetten van behandelingen, het inzetten van medicatie, het in overleg met familie en cliënt vaststellen van het beleid bij het levenseinde en het vaststellen van het overlijden van cliënten. Dit betekent ook dat er voldoende artsen moeten blijven om deze taken uit te voeren.

Daarnaast is er een aantal organisatorische grenzen, zoals de regionale spreiding en de omvang van de organisatie. Deze factoren zijn van invloed op de omvang van de artsenvakgroep. Omvang van de organisatie is vooral van belang voor de vraag of er voldoende empooi is voor een verpleegkundig team voor de 24-uurs zorg. Omdat dit team boventallig is, moet de organisatie groot genoeg zijn om een dergelijk team optimaal te kunnen benutten. Eén verpleeghuis lost dit vraagstuk op door het verpleegkundig team ook extramuraal in te zetten.

Voor de inzet van praktijkverpleegkundigen en NP's is ook het aantal artsen van belang. Zij moeten supervisie bieden en het hoofdbehandelaarschap houden van de cliënten die door de NP worden verzorgd.

Belangrijker is nog dat er voldoende artsen overblijven die de bereikbaarheidsdiensten kunnen draaien. Eén van de beleidsmakers geeft aan dat de grens bereikt is als artsen eenmaal per week een avond- en nachtdienst moeten draaien, en eenmaal per twee maanden een weekeinddienst. Een ander verpleeghuis is gestart met de inzet van NP's in de weekeinden om zo de ureninzet van de artsen tijdens de weekeinden naar beneden te brengen. Ook wordt er nagedacht over de inzet van NP's in de bereikbaarheidsdiensten<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Overigens geldt vanaf 1 januari 2009 voor de specialisten ouderengeneeskunde dat zij per jaar minstens 50 uren avond-, nacht- en weekeinddiensten moeten verrichten, als voorwaarde voor herregistratie.



## 7. Toekomstverwachtingen

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke toekomstige ontwikkelingen de artsen en de managers verwachten in de medische zorg voor ouderen en welke initiatieven of plannen de verpleeghuizen zijn gestart. Daarbij gaan we ook in op de consequenties die dit eventueel heeft voor taakverhuiving naar verschillende professionals. De vijfde onderzoeksvraag staat hiermee centraal:

*Welke toekomstverwachtingen heeft men voor de medische zorg vanuit de verpleeghuizen?*

### 7.1 Algemene toekomstverwachtingen

Algemene toekomstverwachting van de respondenten is als volgt samen te vatten:

*Het aantal ouderen neemt toe, evenals de levensverwachting. Hierdoor zal er niet genoeg capaciteit zijn om alle kwetsbare ouderen intramuraal op te nemen. Mensen zullen dan ook steeds langer thuis willen blijven en alleen maar naar een kleinschalige woonvorm of verpleeghuis gaan als het echt niet meer anders kan. Bij voorkeur blijven zij zelfstandig wonen en kopen hun eigen zorg in, ook de medische zorg. Verpleeghuizen blijven bestaan voor cliënten met multiproblematiek en polifarmacie en voor die cliënten die zeer intensieve medische en/of verpleegkundige zorg nodig hebben. De medische zorg aan ouderen zal daarom steeds meer geleverd moeten worden buiten de muren van verpleeg- en verzorgingshuis. De combinatie van een grotere zorgvraag met een toenemend tekort aan artsen baart zorgen. De verwachting is dat verdere taakverhuiving noodzakelijk zal zijn.*

Deze veranderingen hebben consequenties voor de inzet en het takenpakket van de arts en anderen. In de volgende paragrafen gaan we meer specifiek in op de verwachte veranderingen, uitgesplitst naar intramurale en extramurale zorg.

### 7.2 Intramurale medische zorg

#### 7.2.1 Veranderingen

Hoewel de intramurale zorg zal veranderen, zal zij zeker blijven bestaan. Dat is het beeld dat uit de interviews naar voren komt. Volgens sommige respondenten schetst de overheid het perspectief dat de intramurale zorg grotendeels zal verdwijnen en dat thuis- en mantelzorg deze zorg zullen overnemen. Zij doen dit als onrealistisch van de hand. Zij zien het als onmogelijk qua menskracht, onbetaalbaar en losgezongen van de maatschappelijke werkelijkheid.

Dit neemt niet weg dat de respondenten wel degelijk verwachten dat de intramurale zorg in het verpleeghuis zal veranderen. De verwachte veranderingen zijn:

- De intramurale zorg wordt kleinschaliger georganiseerd en het aantal locaties waar zorg wordt verleend neemt toe.
- De zorg wordt specialistischer, waarbij er ook een verschuiving in cliëntengroepen optreedt.
- Het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts worden diffuser.

Kleinschaligheid zal volgens de respondenten gerealiseerd worden in grootschalige instellingen, in verband met financiële haalbaarheid, de beschikbaarheid van voldoende faciliteiten en de gewenste kwaliteit van zorg. Enkele instellingen hebben door nieuw- en verbouw al een situatie van kleinschaligheid bereikt met kleine wooneenheden binnen een grootschalige organisatie.

Naast de veranderingen in de organisatie van de zorg verwachten artsen en managers ook inhoudelijke veranderingen. Hoewel de verschillende cliëntengroepen hetzelfde blijven, zal een deel van hen steeds vaker op buitenlocaties wonen of extramuraal verblijven. Intramuraal blijven vooral de complexe cliënten met multiproblematiek, specifieke doelgroepen, revalidatiecliënten en psychogeriatrische cliënten over. Deze laatsten zullen overigens vaak niet in de hoofdlocatie verblijven maar op buitenlocaties.

Doordat de intramurale zorg steeds specialistischer zal worden en de gerichtheid op specifieke cliëntengroepen zal toenemen, zal verdieping nodig zijn. Hierdoor is meer tijd nodig voor zorginnovatie.

Verder is de verwachting van enkele artsen en managers dat de functie van reactivering in het verpleeghuis zal worden uitgebreid en versterkt. Meer plaatsen zijn nodig voor kortdurende (acute) opnames, vanuit de thuissituatie. Maar ook om ziekenhuispatiënten na een kortdurend verblijf op te vangen voordat ze naar het verzorgingshuis of naar huis gaan.

Tenslotte verwachten enkele managers en artsen dat door de samenwerking het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts diffuser zal worden en vaker in elkaar zal overlopen. Een voorbeeld hiervan is dat huisartsen ook medische zorg kunnen leveren in (kleinschalige) locaties en dat specialisten ouderengeneeskunde op consult kunnen gaan bij extramurale cliënten.

### **7.2.2 Consequenties voor taakverschuiving**

Door de kleinschalige organisatie en de toename van het aantal locaties, neemt de behoefte aan een vooruitgeschoven post toe. Deze kan als het ware de ogen van de arts zijn. Algemene verwachting is dan ook dat door deze ontwikkeling taakverschuiving zal toenemen.

*Op een grote afdeling zijn er altijd wel medewerkers aanwezig met specifieke verpleegtechnische vaardigheden, aandachtvelders, etc. Op de kleinschalige units valt dat weg en zal er eens te meer behoefte zijn aan een vooruitgeschoven post voor de arts. Dit biedt mogelijkheden voor een NP. (a3)*

*De zorgorganisatie wordt onoverzichtelijker door kleinschaligheid, waardoor je als arts het overzicht verliest. Ook de verzorgenden en helpenden hebben door de kleinschaligheid meer en andere dingen aan hun hoofd. Bijvoorbeeld: samen koken en alles wat daarbij komt kijken. Accent ligt op wonen en welzijn. Als arts kun je niet meer alle huisjes langslopen. Zonder een vooruitgeschoven post neemt het gevaar dat de somatische zorg ondergesneeuwd raakt dan zeker toe. (a5)*

Meer taakverschuiving brengt ook een verandering met zich mee voor de rol van de arts. De arts houdt de regie- en coördinatiefunctie bij de medische zorg, maar zijn uitvoerende rol neemt af. Daarvoor in de plaats komt er meer accent op zijn rol als supervisor, coach en begeleider. Niet alle artsen zijn enthousiast over deze veranderingen. Zij passen niet bij het beeld dat zij hebben van hun vak. Anderen zijn juist positief omdat zij door taakverschuiving meer tijd kunnen vrijspelen voor innovatie en extramurale zorg, waar zij nu onvoldoende aan toe komen.

*De arts krijgt door de kleinschaligheid meer een managementfunctie, waarin hij mensen begeleidt en aanstuurt. Dan komt er ook ruimte om beleidsmatige zaken zorginnovatie op te pakken. Zelf zou hij zich graag richten op het verbeteren van de palliatieve zorg, en het opzetten van een Parkinsonafdeling. (c1)*

*Hierdoor kunnen artsen weer meer toekomen aan hun core business en ontstaat er ruimte voor de extramurale zorg. (a3)*

De professionals die volgens de respondenten een deel van de medische en verpleegtechnische zorg kunnen overnemen zijn: de NP<sup>13</sup>, de praktijkverpleegkundige, het verpleegkundig team, de basisarts en de psycholoog. Inzet van deze professionals kan er volgens een deel van de managers toe leiden dat een belangrijk deel van de intramurale zorg kan worden overgedragen. De specialist ouderengeneeskunde fungeert dan als achtervang en zal zijn tijd veel meer verdelen over de intramurale en de extramurale zorg.

Genoemde concrete vormen van taakverschuiving die zouden kunnen plaatsvinden zijn:

- psycholoog als hoofdbehandelaar van pg-bewoners, misschien samen met een NP;
- NP die de medische zorg levert op kleinschalige woonvormen, met de arts als achtervang;
- inzetten van revalidatiearts, orthopeed;
- zorg intern door basisartsen en NP/PA;
- huisarts als hoofdbehandelaar op decentrale wooneenheden.

### **7.3 Extramurale medische zorg**

Algemeen is de verwachting dat de specialist ouderengeneeskunde in de toekomst meer naar buiten zal gaan, vooral omdat steeds meer kwetsbare ouderen thuis blijven wonen. Verschillende onderzoeken wijzen er echter op dat deze extramuralisering van de zorg tot nu weinig plaatsvindt. Het aantal specialisten ouderengeneeskunde dat op regelmatige basis geconsulteerd wordt door de huisarts is laag (Dam e.a., 2007). Uit onderzoek van Verijdt en Van der Windt (2009) blijkt dat de arts gemiddeld 3,7 uur per week besteedt aan cliënten vanuit zijn rol als medebehandelaar/consulent, waarvan 2,6 uur aan aanvullende zorg in het verzorgingshuis en dagbehandeling, waaraan de arts al van oudsher medische zorg levert.

Onderhavig onderzoek bevestigt het bovenstaande beeld. De artsen uit ons onderzoek leveren structureel medische zorg aan cliënten van de dagbesteding en cliënten die aanvullende zorg krijgen in het verzorgingshuis (ZZP3 en 4), maar worden slechts af en toe als consulent ingeschakeld door de huisarts. Dit neemt echter niet weg dat er eveneens inspirerende voorbeelden van extramurale initiatieven in de wijk en structurele samenwerking met huisartsen zijn. Ook bestaan soms vergevorderde projectplannen en voorstellen op dit terrein. In de volgende paragraaf beschrijven we de lopende initiatieven en plannen. Ook de meeste verpleeghuizen waar (nog) geen concrete plannen zijn, onderschrijven de noodzaak om zich meer op de extramurale cliënt te gaan richten. Belemmeringen en randvoorwaarden die zij daarbij tot nu toe ondervinden staat beschreven in paragraaf 7.4.

---

<sup>13</sup> Vier managers die een NP in dienst hebben, hebben een inschatting gemaakt van hoe de verhouding tussen het aantal NP's en het aantal artsen eruit zal zien in de toekomst. Twee van hen schatten de verdeling op 60%-40%, één van hen wil per arts twee NP's (76%-33%). Hij schat in dat zij dan met z'n drieën voor 200 cliënten de medische zorg kunnen bieden. De vierde schat in dat met twee NP's alle geprotocolleerde zorg in zijn organisatie geleverd wordt. De verhouding is dan 37%-63%.

### 7.3.1 Lopende initiatieven en (vergevorderde) plannen

In bijlage 5 staan de lopende initiatieven beschreven. Hieronder volgt een samenvatting.

#### *Mobiele geriatrische teams*

Deze teams gaan op verwijzing van de huisarts bij kwetsbare ouderen thuis langs voor onderzoek en screening. Zij nemen de anamnese af en brengen in kaart wat nodig is om deze ouderen langer thuis te kunnen laten wonen. In de voorbeelden uit ons onderzoek wordt dit gedaan door geriatrische verpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen. Zij bereiden een diagnose voor en stellen een voorlopig behandelplan op dat met de arts wordt kortgesloten en vastgesteld, waarna zo nodig andere disciplines ingeschakeld worden.

#### *Casemanagement*

Een aantal verpleeghuizen biedt casemanagement en wachtlijstbegeleiding aan. Maatschappelijk werkers en verpleegkundigen hebben hierbij doorgaans een rol. Vanuit één verpleeghuis wordt een mobiel geriatrische team getrokken door de geriatrische verpleegkundige. Deze begeleidt de cliënt. Voorheen deed deze verpleegkundige ook de coördinatie van de zorg. Omdat zij echter steeds meer tijd bezig was met coördinatie zijn hiervoor inmiddels coördinatoren aangesteld.

#### *Verskillende vormen van screeningspoli's*

Enkele verpleeghuizen bieden -in samenwerking met ziekenhuizen en/of ggz- screeningspoli's aan. Hier worden mensen op verwijzing van huisartsen of specialisten gescreend. Het kan hierbij gaan om mensen die leiden aan geheugen- of concentratieproblemen (alle leeftijden), maar ook om mensen waarvan men het vermoeden heeft dat zij lijden aan dementie, mensen met meer- of eenvoudige somatische problemen of combinaties hiervan. Over het algemeen zijn vanuit het verpleeghuis de artsen betrokken bij deze screeningspoli's, naast specialisten uit het ziekenhuis, zoals neurologen, klinisch geriaters en orthopeden.

#### *Opzet van eerstelijnsbehandelcentra*

Enkele verpleeghuizen zijn gestart met het vormgeven van een eerstelijnsbehandelcentrum, direct gekoppeld aan de verpleeg- of verzorgingshuislocatie. Vanuit deze centra levert de huisarts huisartsenzorg aan cliënten in de wijk en in het verzorgingshuis, en kan de specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd worden. Deze initiatieven sluiten meestal aan bij al bestaande activiteiten vanuit de verpleeghuizen op het terrein van patiëntvolgende zorg en ketenzorg. Fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en psychologen blijven dan betrokken bij de verdere behandeling van ouderen die de revalidatieafdeling of transferafdeling hebben verlaten. Voor ergotherapeuten, fysiotherapeuten en psychologen werkt dit al in de praktijk. Consultatie van de specialist ouderengeneeskunde gebeurt sporadisch.

#### *Verpleegkundige zorg in de thuissituatie*

Vanuit enkele verpleeghuizen worden de verpleegkundigen uit het verpleegkundig team ingezet in de thuiszorg. Andersom gebeurt overigens ook: thuiszorgverpleegkundigen die worden opgeroepen in het verpleeghuis. Ook biedt een verpleeghuis personenalarmering.

#### *Spreekuren in de huisartsenpraktijk*

In enkele verpleeghuizen houdt de specialist ouderengeneeskunde spreekuren voor kwetsbare ouderen met multiproblematiek in een huisartsenpraktijk. Dit gebeurt in het kader van de module ouderenzorg, waardoor een huisarts meer capaciteit mag inzetten en meer betaald krijgt. Zo kan

hij zelf meer tijd besteden aan de ouderen, maar ook de cliënt op het gezamenlijke spreekuur laten komen. Voor de cliënt is dat laagdrempeliger dan een bezoek te moeten brengen aan een verpleeghuis.

In een ander verpleeghuis zijn er concrete plannen om te starten met pilots op dit gebied.

#### *Medische zorg aan verzorgingshuisbewoners*

In een enkel geval biedt de specialist ouderengeneeskunde ook medische zorg aan de andere verzorgingshuisbewoners die niet op afdelingen voor aanvullende zorg zitten. Dit is zo overeengekomen en wordt betaald vanuit ZZP-gelden. Uit onderzoek van Bolscher (2002) blijkt dat er een duidelijke kwaliteitswinst geboekt wordt wanneer de specialist ouderengeneeskunde de regie over de medische zorg van deze bewoners voert. Enkele artsen en managers uit onderhavig onderzoek verwachten echter juist dat deze zorg door de specialist ouderengeneeskunde zal afnemen, omdat hiervoor te weinig financiering is vanuit de ZZP's.

De plannen die bij de verpleeghuizen op stapel staan sluiten nauw aan bij de hiervoor genoemde al lopende initiatieven. Sommige instellingen sluiten daarvoor aan bij landelijke en regionale initiatieven. Het gaat dan bijvoorbeeld om een stimuleringsaanpak voor casemanagement, vanuit een van de zorgkantoren of om subsidies vanuit het landelijke Dementieprogramma.

Ook consultatie en advies voor kwetsbare ouderen, zowel bij somatische als bij cognitieve problemen en dementie, wordt ontwikkeld.

Eén van de artsen wil naast zorg ook andere diensten aanbieden, die gericht zijn op de meer praktische problemen waar ouderen in de thuissituatie tegenaan kunnen lopen. Als voorbeeld noemt deze arts een klussenbus, die lampen in portieken vervangt, dakpannen recht legt en andere klussen uitvoert die een 80-jarige niet zo gemakkelijk kan doen.

Voor de samenwerking met de huisartsen geldt dat er meerdere initiatieven zijn om de contacten te verbeteren. Hoewel concrete samenwerking in de meeste verpleeghuizen uit ons onderzoek nog in de kinderschoenen staat, onderschrijven zowel artsen als managers de noodzaak hiertoe. In enkele huizen zijn in het verleden initiatieven ondernomen en samenwerkingen gestart. Deze hebben geen stand gehouden, vooral door het ontbreken van enkele randvoorwaarden (zie paragraaf 7.4).

Andere mogelijkheden die de respondenten hebben genoemd:

- spreekuren in een huisartsenpraktijk, of een gezamenlijke groepspraktijk;
- vormen van een maatschap samen met huisartsen;
- opstarten van een Consultatiebureau voor ouderen, waar gescreend wordt en adviezen worden gegeven;
- detacheren van een NP naar de huisartsenpraktijk om diabetesbeleid op te zetten (of andersom);
- meer medische taken in het verzorgingshuis, ter voorkoming van ziekenhuisopnames.

### **7.3.2 Consequenties voor taakverschuiving**

Omdat er nog relatief weinig uitvoeringspraktijk is, kunnen de consequenties van extramuralisering voor taakverschuiving niet worden bepaald. In de lopende initiatieven is vanaf het begin gekozen voor de inzet van de arts of anderen.

Wel is duidelijk dat verpleegkundigen een grote rol kunnen hebben bij de mobiele geriatrische teams in de wijk. Dit geldt voor de NP, de praktijkverpleegkundige, geriatrische verpleegkundigen

en verpleegkundigen uit de thuiszorg, zo blijkt uit de succesvolle praktijkvoorbeelden. Zij kunnen dan het tijdrovende werk doen, zoals huisbezoeken, waarbij de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk blijft voor de diagnose en het behandelplan, en zo nodig kan worden ingeschakeld. Acceptatie van de NP of verpleegkundige door de huisarts is hierbij een belangrijke randvoorwaarde.

## 7.4 Belemmeringen en randvoorwaarden

Meerdere respondenten zijn van mening dat de ontwikkelingen bij de extramuralisatie erg traag gaan. De verwachtingen dat het veel gemakkelijker zou worden om ook bij extramurale zorg als hoofdbehandelaar op te treden en dat een 'volledig pakket thuis' snel mogelijk zou zijn, zijn niet uitgekomen. Als redenen voor deze stagnatie worden genoemd:

- geen vragen vanuit de huisarts;
- specialisten ouderengeneeskunde hebben te weinig tijd. Zij worden te zeer in beslag genomen door interne taken. Illustratief hierbij is dat bijna de helft van de bezochte verpleeghuizen te maken heeft (gehad) met personeelstekorten bij de artsen;
- onvoldoende draagvlak bij de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts;
- Ontbreken van randvoorwaarden waardoor initiatieven zijn gesneuveld. Hierbij wordt vooral het financieringsvraagstuk genoemd als achterliggende oorzaak;
- extramuralisering van cliënten blijft ook achter.

Bovenstaande belemmeringen spelen nog steeds een rol bij verdere extramuralisering. We lichten deze hieronder toe, maar beginnen met enkele meer inhoudelijke randvoorwaarden.

### *Signalering van kwetsbare ouderen moet verbeteren*

De signalering van kwetsbare ouderen moet verbeteren, zowel vanuit de thuiszorg, als vanuit huisartsen en ziekenhuizen. Als ouderen langer thuis blijven wonen, alleen of met een thuissituatie die niet is opgewassen tegen de problematiek, wordt de afhankelijkheid van signaleerders groot. Een van de respondenten zegt daarover:

*Huisartsen zien de cliënten vaak te fragmentarisch. Initiatief komt veel vaker van verpleegkundigen uit de thuiszorg, het ziekenhuis, de ggz. Ook bij hen moet de specialist ouderengeneeskunde of de geriatrische wijkteams meer in beeld komen. In dit verband is het ook niet genoeg om uitsluitend vraaggericht te werken. Een zekere bemoeizorg blijft nodig. (a1)*

### *Mantelzorg en maatschappelijke cohesie is van belang voor goede extramurale ouderenzorg*

De ouderenzorg is meer afhankelijk van de maatschappelijke cohesie dan van de technische mogelijkheden in de zorg. Een familielid dat een oogje in het zeil houdt is belangrijker dan alle mogelijke technische snufjes. Er zou meer dagelijkse controle moeten zijn, maar dat is mensenwerk. Dan is er of meer mantelzorg of meer personeel nodig.

### *Meer technologie*

Verder is gesignaleerd dat er meer technologie nodig is voor thuiswonenden, zodat zij zich langer zelf kunnen redden en ook gemakkelijker zelf hulp kunnen inroepen.

### *Heroriëntatie op de zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van bestaande deskundigheid*

De deskundigheid van de huidige professionals moet ook ten goede komen van de thuiswonende cliënten. Dat vraagt om flinke aanpassingen. Werken in thuissituaties verschilt fundamenteel van

werken in een instelling. Tegelijkertijd moet meer vanuit de klant gedacht worden, waarbij denken in mogelijkheden in plaats van beperkingen centraal zou moeten staan. (c6).

#### *Draagvlak bij de betrokken partijen*

Als een van de belangrijkste belemmeringen voor extramuralisering komt uit interviews naar voren dat het draagvlak hiervoor zowel bij de specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsen onvoldoende is.

- Deze artsen hebben gekozen voor het werken in een intramurale setting.
- Veel van hen zijn niet ondernemend ingesteld (zij hebben gekozen voor werken in loondienst).
- De artsen hebben moeite met het loslaten van intramurale zorgtaken, zodat zij tijd vrijspelen voor de extramurale zorg. Dit vraagt om een andere organisatie van de zorg intern, die bijna noodzakelijkerwijs gepaard gaat met taakverschuiving. Een deel van de artsen ziet verdergaande vormen van taakverschuiving als uitholling van hun beroep.

Ook bij de huisartsen ontbreekt soms draagvlak voor samenwerking, zo blijkt uit de interviews. Onderstaande uitspraken zijn wat dit betreft illustratief. Hierbij moet wel gezegd worden dat verschillende specialisten ouderengeneeskunde en hun managers hier een kentering zien plaatsvinden. De gevoelde noodzaak om tot samenwerking te komen neemt toe vanuit het belang van de thuiswonende kwetsbare oudere.

*Oudere huisartsen willen alles zelf doen, jongere willen wel samenwerken. De tijd gaat deze belemmering vanzelf oplossen. (a3)*

*Dorpsdokters denken dat ze alles zelf kunnen. Het komt regelmatig voor dat adviezen die de specialist geeft vanuit het MDO door de huisarts volledig worden genegeerd. (b1)*

*Huisartsen zijn soms bang dat ze hun patiënt kwijtraken. De procedure bij een consult en screening moet dus helder zijn. De patiënt gaat samen met de screeningsresultaten terug naar de huisarts. (b7)*

*Er zijn nog genoeg huisartsen die de visie hebben 'de ouderdom komt nu eenmaal met gebreken'. Tegelijkertijd gebeurt het in één van onze regio's af en toe dat de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar wordt gevraagd. (c5)*

*Toen de NVVA (nu Verenso) de mogelijkheid had om mee te doen aan een pilot over samenwerking met de huisartsen, wilden de huisartsen helaas niet. Gelukkig gaat de samenwerking met een aantal huisartsen steeds gemakkelijker. (d5)*

*De huisarts is zichzelf ook aan het ontwikkelen en heeft soms een praktijkondersteuner in dienst gericht op ouderen waardoor de beslissing om door te verwijzen lastiger kan worden. Het blijft blijikbaar moeilijk om in te schatten dat er een crisissituatie dreigt die tot opname zal gaan leiden. De huisarts is dan gemakkelijk te laat. (a1)*

#### *Financiering*

Soms hebben verpleeghuizen eerder initiatieven ondernomen tot samenwerking met huisartsen, maar deze zijn gestrand door het ontbreken van (voldoende) financiering. Financiering is volgens de respondenten (artsen en managers) niet afgestemd op het leveren van extramurale zorg, kaders vanuit AWBZ en Zorgverzekeringen zijn onduidelijk en lang niet alle verpleeghuizen weten wat de mogelijkheden zijn. Recent verschenen publicaties hierover hebben weliswaar voor een aantal verpleeghuizen enige helderheid geboden en stimulerend gewerkt.

Opmerkingen die zijn gemaakt over de financiering:

- Momenteel is het nog niet mogelijk voor de specialist ouderengeneeskunde om in de 1<sup>e</sup> lijn te werken, omdat de arts nog steeds niet volgens de zorgverzekeringswet mag werken. Hij krijgt zijn werk dus domweg niet betaald. (a3)
- Wil je casemanagement van de grond krijgen dan moet in elk geval de financiering simpler. Daarnaast moet je natuurlijk ook voldoende mensen vinden om het uit te voeren. (a2)
- De consultfunctie is nu geregeld, tenminste als je hierover afspraken hebt gemaakt met het zorgkantoor. Voorheen was dat niet zo, initiatieven zijn mede daardoor gestrand. (c1, a3)
- Steeds meer taken gaan van het ziekenhuis naar het verpleeghuis (bijvoorbeeld screening). Dat betekent ook kostenverplaatsing, waar het verpleeghuis bij de huidige financiering het geld niet voor heeft. (b6)
- Momenteel kan zowel de specialist ouderengeneeskunde als de psycholoog zes keer per jaar langsgaan bij extramurale cliënten met een pg-indicatie. Alle ziektekostenverzekeraars betalen dit. Maar het is de vraag hoe lang dit zo blijft. (b7)
- Het kost erg veel tijd om contracten te krijgen bij zorgverzekeraars. (c2)

Een van de verpleeghuizen noemt als belangrijke randvoorwaarde voor het verder vormgeven van extramurale zorg dat de financieringsstromen organisatorisch en administratief moeten worden gescheiden.

#### *Arbeidsmarkt*

Een andere belangrijke rem op verdere extramuralisering is arbeidsmarktgerelateerd. Het aanbod aan specialisten ouderengeneeskunde blijft achter bij de vraag. Voor de toekomst verwachten verschillende respondenten dat de tekorten zullen blijven bestaan of verder toenemen. Specialistengeneeskunde zullen hieraan hun handen vol zullen hebben aan de intramurale zorg. Dat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde per 1/10/09 opnieuw niet vol is, baart zorgen.

Uit de interviews komt het imago van het vak naar voren als belangrijke oorzaak van de tekorten en de achterblijvende instroom. Daarnaast zou in de geneeskundige opleiding te weinig aandacht zijn voor medische zorg aan ouderen.

#### *Overige belemmeringen*

Andere externe belemmeringen (steeds genoemd vanuit één verpleeghuis), zijn:

- Opleidingen spelen te weinig in op de komende ontwikkelingen. (b7)
- Actievere rol van beroeps- en belangenverenigingen is gewenst. Kortom, de ouderenzorg moet zich meer op de kaart gaan zetten. Hier ligt een rol voor de arts zelf, voor Verenso, voor een van de LAD (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband). (b8) Dit geldt ook voor ActiZ: In een recente publicatie over ouderenzorg in de 1<sup>e</sup> lijn ontbreekt de specialist ouderengeneeskunde volledig. (b7)
- Er ontbreekt een stimulans vanuit de wetenschap. (b7)
- Als artsen meer extramuraal gaan werken kunnen ze ook steeds lossere komen te staan van het verpleeghuis. Dat kan een probleem opleveren met de registratievoorwaarden van Verenso. Hierin wordt nu nog een minimum aantal verpleeghuiscliënten als voorwaarde voor registratie gesteld. (a2)
- De specialist ouderengeneeskunde zou ook een gezaghebbende rol moeten hebben bij het CIZ. Dit om te voorkomen dat er wachtlijsten ontstaan, bijvoorbeeld bij revalidatie, doordat plaatsen bezet worden door cliënten die elders horen. (b8)

## 8. Potentie van taakverschuiving in de verpleeghuiszorg

In dit hoofdstuk gaan we in op wat de potentiële substitutie-effecten van taakverschuiving in de verpleeghuiszorg zijn. Daarmee formuleren we een antwoord op de zesde onderzoeksvraag:

*Wat is de potentie van taakverschuiving in de verpleeghuiszorg?*

Het Capaciteitsorgaan wil de potentiële substitutie-effecten van taakverschuiving kunnen betrekken bij toekomststramingen voor het aantal specialisten ouderengeneeskunde en de gewenste instroom in de opleiding. Om te bepalen met welke taakverschuiving (substitutie) het Capaciteitsorgaan rekening moet houden, zijn in principe twee benaderingen mogelijk:

- Een normatieve benadering waarbij de wenselijkheid van bepaalde taakverdelingen bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis beschouwd wordt.
- Een empirische benadering waar op basis van de beschikbare informatie over de taakverdeling in de praktijk wordt geëxtrapoleerd naar de branche als totaal.

Deze benaderingen worden uitgewerkt in paragrafen 8.1 en 8.2. De bevindingen uit onderhavig onderzoek vormen hierbij het uitgangspunt. Als belangrijkste noemen we de volgende:

- Inzet van de verschillende professionals levert substantiële tijdswinst op voor de arts. Dit geldt vooral voor nurse practitioners en praktijkverpleegkundigen.
- Uitsluitend voor de nurse practitioner geldt dat er naar aanleiding van deze tijdswinst ook substitutie van formatie plaatsvindt. Bij de andere professionals gebeurt dit slechts sporadisch<sup>14</sup>.
- Kwaliteitswinst (volgens de respondenten) is een zeer belangrijk neveneffect.
- Taakverschuiving wordt volgens de respondenten onontkoombaar in de toekomst, door meer inzet van de specialist ouderengeneeskunde bij extramurale cliënten en door de organisatorische veranderingen in de intramurale zorg (kleinschaligheid).

Hieronder volgt een eerste uitwerking van de twee benaderingen die kunnen leiden tot een vaststelling van het potentiële substitutie-effect van taakverschuiving. In paragraaf 8.3 komen we terug op de potentie van taakverschuiving.

### 8.1 Normatieve benadering

Bij de normatieve benadering gaat het om de vraag wat men vindt dat minimaal door een arts gedaan moet worden. Daar kan aan toegevoegd worden: wat vindt men wenselijk dat door een arts gedaan wordt? Daarbij is, zowel vanuit arbeidsmarkt- als vanuit cliëntperspectief, ook de vraag aan de orde of dit voor alle cliënten geldt. Zeer wezenlijk daarbij is de vraag hoe de expertise van de specialist ouderengeneeskunde het meest effectief kan worden ingezet, zowel bij intramurale als bij extramurale cliënten.

De vaststelling zelf is normatief, dus niet direct uit onderzoek af te leiden. Relevante bouwstenen vanuit dit onderzoek zijn onder meer:

- huidige taken van artsen overdragen naar andere professionals;

---

<sup>14</sup> Mogelijke uitzonderingen hierop zijn de inzet van physician assistants en gespecialiseerd verpleegkundigen. De eerste wordt nog weinig ingezet in de ouderenzorg. In onderhavig onderzoek betreft het één casus (inzet op een revalidatieafdeling), te weinig om conclusies op te baseren. Dit laatste geldt ook voor de gespecialiseerde verpleegkundige.

- effecten (volgens professionals) daarvan op de tijdsbesteding van de arts, maar ook op de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van cliënten;
- de afbakening tussen de taken van de arts en van andere professionals;
- overwegingen bij de keuze van een bepaalde professional met de specifieke competenties;
- voorwaarden waaronder de taakverschuiving kan plaatsvinden;
- draagvlak bij de beroepsgroepen voor de verdere implementatie van taakverschuiving.

Bij de vaststelling van de gewenste of benodigde taakverschuiving kunnen verschillende perspectieven worden gekozen, zoals de cliënt, beroepsgroep of de financiën. De onderzoeksresultaten kunnen eveneens worden geplaatst in het kader van de discussienota over taakherschikking waarin wordt opgeroepen tot maximale taakherschikking, zowel vanuit een kwaliteits- als een doelmatigheidsperspectief (NVVA, 2005). In deze nota wordt onderscheid gemaakt tussen niet-delegeerbare taken, delegeerbare taken, deelbare taken en taken die niet in het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde voorkomen of behoren voor te komen.

## 8.2 Empirische benadering

Bij de empirische benadering is het uitgangspunt: wat vinden we in de praktijk? Welke configuraties komen we nu tegen? Als we uitgaan van het idee van 'early adapters' kunnen we deze voorlopers als norm nemen voor de branchebrede toekomst<sup>15</sup>. Daarbij moet van de cases in het onderzoek worden beoordeeld óf en in welke mate deze cases als norm voor de toekomst kunnen gelden.

Elk van de in dit rapport beschreven vormen van taakverschuiving levert tijdwinst op voor de artsen en kan leiden tot substitutie. Dit kan in de vorm zijn van een expliciete uitruil van formatie, maar ook door een hogere caseload aan cliënten bij de artsen. In de huidige praktijk vindt echter alleen bij de inzet van de nurse practitioner daadwerkelijke formatie-uitruil plaats.

In de volgende subparagrafen gaan we in op de substitutie-effecten van de verschillende professionals.

### 8.2.1 Potentiële substitutie-effecten van de nurse practitioner

Uit hoofdstuk 5 komt naar voren dat de nurse practitioner de meeste tijdwinst oplevert voor de specialist ouderengeneeskunde. Bij deze professional vindt in de praktijk ook vrij structureel formatie-uitruil met de artsenformatie plaats. Dit komt ook doordat de nurse practitioners meestal zijn ingezet bij een tekort aan artsen. Zij vullen de daardoor ontstane formatieruimte in.

In dit onderzoek zijn 13 verpleeghuizen bezocht die een NP in dienst hebben. Tabel 8.1 biedt een overzicht van enkele kengetallen van de bezochte instellingen ten opzichte van landelijke gegevens. Uitgangspunt bij de gepresenteerde kengetallen is de samenstelling van de medische vakgroep, die de medische zorg levert in het bezochte verpleeghuis.

---

<sup>15</sup> We richten ons daarbij noodzakelijkerwijs op de intramurale zorg. Over de extramurale zorg zijn zeer beperkt gegevens beschikbaar gekomen in dit onderzoek. Onderzoek van Verijdt en Van der Windt laat zien dat het momenteel niet om een substantieel deel van de tijd gaat dat artsen hier momenteel mee bezig zijn (1,1 uur per week exclusief aanvullende zorg en dagbehandeling).

Tabel 8.1 Personele kengetallen van de bezochte instellingen met NP's.

	13 organisaties met NP's	Landelijk*
<b>Specialisten Ouderengeneeskunde</b>		
- aantal	85	1476
- fte's	76,7 fte	1.232 fte
- omvang dienstverband	90%	83%
<b>Nurse Practitioners</b>		
- aantal	29	39
- fte's	25,5 fte	33,5 fte
- omvang dienstverband	88%	86%
Verhouding fte's NP/arts	0,33	0,03
* Bronnen: Artsen: Prismant (2009), NP's: schatting Prismant op basis van Groeneveld (2009)		

We onderstrepen hierbij nogmaals dat in onderhavig onderzoek een gerichte steekproef is getrokken. Het grote verschil tussen de verhouding fte's NP/arts in de 13 organisaties met NP (0,33) en het landelijke aandeel (0,03) hoeft dan ook niet te verbazen. Voor de gehele steekproef (van 38 instellingen) was deze verhouding NP/arts overigens 0,13.

In tabel 8.2 staan de onderzoeksresultaten over de substitutiewaarde van de NP's samengevat. Hierbij hebben we alleen de NP's meegenomen die worden ingezet als medebehandelaar, en relatief zelfstandig of samen met de arts een verpleegafdelingen runnen (n=10). Op deze wijze wordt een zo scherp mogelijke afgrenzing met de taakverschuiving naar praktijkverpleegkundigen bereikt. De cijfers wijken hierdoor echter enigszins af van die in tabel 5.1.

Tabel 8.2 Minimale en maximale substitutie door NP's als medebehandelaar, als norm voor de branchebrede toekomst, toegepast op landelijke cijfers

	Onderzoeksresultaten		Toepassing op huidige branchecijfers (1232 <sup>1</sup> fte specialisten ouderengeneeskunde)		
	Substitutiewaarde NP	Getalsverhouding: fte NP / fte arts	Fte artsen	Fte NP's	Aantal NP's <sup>2</sup>
minimaal	45%	20%	1.130	226	263
maximaal	88%	47%	871	409	476
gemiddeld	61%	34%	1.019	347	403

<sup>1</sup> Bron: Prismant: Ramingsmodel voor het Capaciteitsorgaan, 2009.

<sup>2</sup> Uitgaande van een gemiddeld contract van 0,86 (Schatting Prismant op basis van Groeneveld, 2009)

In tabel 8.2 zijn de substitutie-effecten uit het onderzoek (eerste twee kolommen) samengevat. De substitutiewaarde van de NP als medebehandelaar varieert van 45% tot 88%, met een gemiddelde van 61%. De verhouding tussen het aantal NP's en het aantal artsen varieert tussen de 20% en 47%, met een gemiddelde van 34%.

In de tabel zijn deze cijfers, die de bandbreedte aangeven van de gevonden substitutie-effecten, toegepast op de huidige branchecijfers. Daarbij is berekend hoe de verdeling tussen artsen en NP's eruit zou zien, als alle artsen op deze wijze zouden samenwerken met NP's. Bij een gemiddelde substitutiewaarde van de NP van 61% en een getalsverhouding tussen NP's en artsen van 34%, zijn er dan 347 fte NP's extra nodig. Uitgaande van de gemiddelde omvang van het dienstverband (Groeneveld, 2009) van 86% komt dat uit op 403 NP's. Dit is inclusief de huidige 39 NP's

(Groeneveld, 2009). Het benodigde aantal fte's artsen neemt dan af van 1.232 naar 1.019 fte (inclusief ongeveer 19 fte die naar schatting nu al wordt gesubstitueerd), in aantallen van 1.476 naar 1.220 (bij een gemiddeld artsencontract van 83%).

In tabel 8.2 is ook te zien dat in het verpleeghuis waar relatief de meeste NP's werkzaam zijn, de verhouding NP/arts 47% is. Dit 'maximum' kan gehanteerd worden als grens voor wat voorlopig maximaal haalbaar lijkt (vanuit de praktijk) qua getalsverhouding.

In bovenstaande berekeningen is de beschikbare informatie uit dit onderzoek geëxtrapoleerd naar de branche als totaal. Het gaat hier om een extrapolatie op basis van 'standgegevens'. Hierbij is geen rekening gehouden met meer normatieve overwegingen van wenselijkheid en haalbaarheid. Ook is geen rekening gehouden met de ontwikkeling van het benodigde aantal artsen over de jaren.

In tabel 8.3 nemen we die ontwikkeling van het benodigde aantal artsen<sup>16</sup> mee en werken we enkele mogelijke invoeringstrajecten met verschillende scenario's van verticale substitutie uit (0,5%, 0,75% of 1% per jaar). In tabel 8.3 is te zien dat geen van deze scenario's leidt tot een afname van het absolute aantal fte's aan specialisten ouderengeneeskunde. Zelfs bij een verticale substitutie van 1% per jaar is in 2029 1.276 fte specialisten ouderengeneeskunde nodig, een groei van 44 fte ten opzichte van 2009 (1.232).

In de tabel wordt duidelijk wat de consequenties zijn van verdere invoering van verticale substitutie, zowel op het benodigde aantal artsen als op het aantal NP's (in fte's).

---

<sup>16</sup> Prismant, Ramingsmodel specialisten ouderengeneeskunde voor het Capaciteitsorgaan, lage combinatievariant met doorgaande trend, exclusief verticale substitutie

Tabel 8.3 Toekomstige verdeling artsen en NP's bij verschillende ontwikkelingen aantallen specialisten ouderengeneeskunde (in fte's)

Jaren	Benodigd aantal fte's artsen <sup>1</sup> bij verschillende % verticale substitutie			Consequenties op de benodigde fte's NP <sup>2</sup> van verschillende % verticale substitutie		
	0,5%	0,75%	1%	0,5%	0,75%	1%
2010	1.243	1.243	1.243	0	0	0
2011	1.253	1.250	1.247	10	15	21
2012	1.263	1.256	1.250	21	31	42
2013	1.272	1.262	1.252	32	48	64
2014	1.280	1.267	1.254	43	64	86
2015	1.290	1.274	1.257	54	81	108
2016	1.300	1.280	1.260	66	99	132
2017	1.309	1.285	1.261	78	117	156
2018	1.317	1.290	1.262	90	135	180
2019	1.325	1.294	1.262	102	153	205
2020	1.332	1.297	1.262	115	172	230
2021	1.338	1.299	1.260	128	192	255
2022	1.344	1.301	1.258	141	211	281
2023	1.349	1.303	1.256	154	231	308
2024	1.354	1.303	1.252	167	251	334
2025	1.370	1.315	1.259	182	273	364
2026	1.385	1.325	1.265	197	296	395
2027	1.400	1.335	1.270	213	320	426
2028	1.413	1.343	1.273	229	344	458
2029	1.425	1.351	1.276	245	368	491

<sup>1</sup> Bron: Prismant, Ramingsmodel specialisten ouderengeneeskunde voor het Capaciteitsorgaan, lage combinatievariant met doorgaande trend, exclusief verticale substitutie

<sup>2</sup> Uitgangspunten hierbij: substitutiewaarde NP is 0,61(dit onderzoek)

Uit de tabel is af te lezen dat bij een jaarlijkse verticale substitutie van 0,5%, in 2029 1.425 fte specialisten ouderengeneeskunde nodig zijn. Om deze minder sterke groei in het aantal fte artsen op te vangen is dan 245 fte aan NP's nodig. Bij een jaarlijks substitutiepercentage van 0,75% en 1% bedraagt dit aantal NP's respectievelijk 368 fte en 491 fte. In aantallen is dat 296, 443 en 591 NP's, uitgaande van een gemiddeld contractpercentage van 83%, zoals uit onderhavig onderzoek naar voren is gekomen<sup>17</sup>.

In 2029 is in het scenario met 1% verticale substitutie een getalsverhouding tussen de NP's en artsen bereikt van 38%. Dit is hoger dan de gemiddelde verhouding uit ons onderzoek van 34%, maar lager dan het door ons aangetroffen maximum van 47% (zie tabel 8.2) Enkele respondenten uit ons onderzoek zijn van mening dat in de toekomst in verhouding aanmerkelijk meer NP's kunnen worden aangesteld. Gemiddeld komen deze vier managers op een verdeling van ongeveer één NP op één arts (verhouding 100%).

<sup>17</sup> Kanttekening bij het benodigde aantal fte NP's is dat het hier alleen gaat om de NP's die nodig zijn door taakverschuiving vanuit de specialisten ouderengeneeskunde. Daarnaast is er mogelijk nog verdere behoefte aan NP's, bijvoorbeeld bij de verdere extramuralisering van de medische zorg voor kwetsbare ouderen.

## 8.2.2 Potentiële substitutie-effecten van de praktijkverpleegkundige

Ook de praktijkverpleegkundige neemt in de bezochte instellingen de arts veel taken uit handen. In tegenstelling tot de NP vindt er bij de praktijkverpleegkundige in de meeste gevallen geen uitruil met artsenformatie plaats. Hierbij speelt een rol dat zij doorgaans niet worden ingezet vanwege een tekort aan artsenformatie, zoals dit bij de NP's geldt.

In dit onderzoek zijn zeven verpleeghuizen bezocht die een praktijkverpleegkundige in dienst hebben. In tabel 8.4 staan enkele kengetallen van de bezochte instellingen ten opzichte van landelijke gegevens. De gegevens van één verpleeghuis ontbreken. De landelijke gegevens zijn een extrapolatie op basis van recent uitgevoerd tijdbestedingsonderzoek (Verijdt en van der Windt, 2009) en eerder uitgevoerd onderzoek naar medische diensten van verpleeghuizen (van der Windt, 2007).

Tabel 8.4 Personele kengetallen van de bezochte instellingen met praktijkverpleegkundigen

	Organisaties met praktijkverpleegkundigen	Landelijk*
<b>Specialisten Ouderengeneeskunde</b>		
- aantal	42	1476
- fte's	26,5 fte	1.232 fte
- omvang dienstverband	63%	83%
<b>Praktijkverpleegkundigen</b>		
- aantal	12	238 <sup>18</sup>
- fte's	6,9 fte	138
- omvang dienstverband	58%	58%
Verhouding fte's PVPK/arts	0,26	0,11
* Bronnen: Artsen, Prismant (2009), Praktijkverpleegkundigen: schattingen op basis van Verijdt en van der Windt (2009) en dit onderzoek <sup>16</sup> .		

In tabel 8.5 staan, vergelijkbaar met tabel 8.2 over de NP's, de onderzoeksresultaten over de substitutiewaarde van de praktijkverpleegkundigen (eerste twee kolommen) en de toepassing hiervan op de branchecijfers gepresenteerd.

De gemiddelde substitutiewaarde van de praktijkverpleegkundige is 52%. Gemiddeld genomen verhoudt het aantal fte's praktijkverpleegkundige zich tot het aantal fte arts als ongeveer 1 staat tot 4 (26%).

Ook hier hebben we de gemiddelde situatie in de instellingen met praktijkondersteuners in ons onderzoek geëxtrapoleerd naar alle verpleeghuizen/specialisten ouderengeneeskunde.

<sup>18</sup> Volgens Verijdt en Van der Windt (2009) wordt 16,1% van de specialisten ouderengeneeskunde ondersteund door een praktijkverpleegkundige. Geëxtrapoleerd naar het totale aantal artsen, betekent dit 16,1% \* 1476 artsen = 238 praktijkverpleegkundigen. Vermenigvuldigd met de gemiddelde omvang van het dienstverband uit onderhavig onderzoek zou dit betekenen: 238 praktijkverpleegkundigen \* 58% = 138 fte.

Tabel 8.5 Minimale en maximale substitutie door praktijkverpleegkundigen (pvpk) als norm voor de branchebrede toekomst, toegepast op landelijke cijfers

	Onderzoekresultaten		Toepassing op branchecijfers (1232 <sup>1</sup> fte specialisten ouderengeneeskunde)		
	Substitutiewaarde pvpk	Getalsverhouding: fte pvpk / fte arts	Fte artsen <sup>2</sup>	Fte pvpk	Aantal pvpk <sup>3</sup>
minimaal	35%	13%	1.178	153	263
maximaal	72%	40%	956	383	660
gemiddeld	52%	26%	1.085	282	486

<sup>1</sup>Bron: Prismant, 2009.

<sup>2</sup>De kolom met het aantal fte aan artsen dat nodig zou zijn, suggereert dat er substitutie optreedt in de vorm van formatie-uitruil. In de praktijk komt dit echter slechts sporadisch voor.

<sup>3</sup>Uitgaande van een gemiddeld contract van de praktijkverpleegkundige van 0,58 (tabel 8.4)

Als alle verpleeghuizen/specialisten ouderengeneeskunde de verticale taakverschuiving naar praktijkverpleegkundigen zouden overnemen, is een aantal van 282 fte praktijkverpleegkundigen nodig, overeenkomend met 486 personen. Dit kan leiden tot een substantiële vermindering van de werklust van de artsen. Hoewel in de tabel ook de consequenties voor de artsenformatie zijn berekend, was er in de door ons bezochte praktijksituaties doorgaans geen formatie-uitruil met de artsen.

### 8.2.3 Potentiële substitutie-effecten van de overige professionals

De substitutie-effecten van de inzet van de andere professionals uit dit onderzoek zijn minder substantieel in vergelijking met die van de nurse practitioner en de praktijkverpleegkundige. Een uitzondering hierop is de inzet van een physician assistant (PA). In onze onderzoekspopulatie kwam deze professional slechts eenmaal voor, te weinig om conclusies op te baseren. Ook in de branche als geheel lijkt de PA -terecht of onterecht- nauwelijks een rol te spelen. De PA in ons onderzoek werkt als 'zaalarts' op twee reactiveringafdelingen (neurologie en orthopedie) en op de dagbehandeling somatiek en heeft alleen medische taken. Qua substitutie is de PA vergelijkbaar met de NP.

Zowel verpleegkundigen als doktersassistenten nemen weliswaar taken over van de specialist ouderengeneeskunde, maar dit leidt doorgaans niet tot substitutie van formatie. Daar komt bij dat er overlap is met taakverschuiving naar praktijkverpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt vooral voor de uitvoering van verpleegtechnische en medisch-technische handelingen.

Ook bij de doktersassistenten is de overlap met taakverschuiving naar andere professionals groot (medisch secretaressen, verzorgenden en verpleegkundigen).

## 8.3 Potentie van verticale taakverschuiving

Kijkend naar de tijdwinst die de inzet van verschillende professionals oplevert, kan elke van de in dit rapport beschreven vormen van taakverschuiving in potentie leiden tot substitutie, uitruil van formatie of een hogere caseload bij de artsen. In de huidige praktijk wordt echter alleen bij de inzet van de nurse practitioner daadwerkelijk overgegaan tot substitutie van formatie. Dit betekent dat vooralsnog alleen deze inzet van invloed kan zijn op de behoefteramingen aan specialisten ouderengeneeskunde van het Capaciteitsorgaan.

Zoals beschreven, zijn er twee benaderingen om de potentie van taakverschuiving vast te stellen en tot invulling van het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan te komen: de normatieve en de empirische benadering.

Voor de normatieve benadering geeft het onderzoek de nodige bouwstenen en informatie. De vaststelling zelf is normatief, dus niet direct uit dit onderzoek af te leiden. Deze kan verder worden uitgewerkt los van dit onderzoek.

De empirische benadering levert twee perspectieven op de potentie van taakverschuiving:

1. Met een empirische benadering is in dit hoofdstuk de beschikbare informatie over de taakverdeling in de praktijk geëxtrapoleerd naar de branche als totaal. Uitgaande van de gemiddelde verhouding tussen het aantal nurse practitioners en het aantal artsen van 34% en een gemiddelde substitutiewaarde van de NP van 61%, is er 347 fte NP nodig. Met 345 fte NP's worden alle specialisten ouderengeneeskunde ondersteund door een NP als medebehandelaar, vergelijkbaar met de verpleeghuizen met een NP als medebehandelaar uit de onderzoekspopulatie.
2. Voor zover de hierboven geschetste situatie vanuit verschillende perspectieven als wenselijk zou worden gezien, is het een lange termijn perspectief, waarbij veldpartijen zich moeten uitspreken over de wenselijkheid en haalbaarheid van deze ontwikkelingen en een bijbehorend tijdspad waarlangs deze zouden kunnen plaatsvinden. Mogelijke tijdspaden zijn in dit hoofdstuk uitgewerkt op basis van de onderzoeksbevindingen en enkele gegevens over de ontwikkeling van de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde. Bij een substitutie van 0,5% per jaar, uitgaande van 1575 fte artsen die nodig zijn in 2029, zijn er 245 fte NP's nodig. Het aantal artsen hoeft dan minder snel te groeien namelijk, naar 1425 fte. Bij een substitutie van 1% per jaar zou het gaan om 1276 fte specialisten ouderengeneeskunde en 491 fte NP's. Beide scenario's vragen om een forse verhoging van de instroom in de opleiding tot nurse practitioner/ Verpleegkundig Specialist Chronische zorg.

Om tot concrete cijfers voor het ramingsmodel te komen is van belang om in te schatten wat haalbaar is voor de branche en voor de professionals die de taakverschuiving moeten implementeren. Verwacht men een branchebrede invoering of stopt de vernieuwing halverwege?

Bij zowel de normatieve als de empirische benadering is tenslotte een inschatting van het tijdspad nodig waarlangs men veronderstelt dat de verandering kunnen plaatsvinden.

## Gebruikte literatuur

Bolscher, A. Gedeelde zorg, medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen, RIGO, Amsterdam, 2002.

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

Essen, G. van, M. Derks, A. Bloemendaal. Praktijkervaringen met taakherschikking in de zorgsector, Utrecht, MOBG, 2006.

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

Goudriaan, G. De verzorging van morgen: positie van de verzorgende in een veranderende context, AVVV, Utrecht 2006.

Groeneveld, M. Nurse Practitioners in het verzorgings- en/of verpleeghuis. Masterthese voor de opleiding MANP aan de Hogeschool te Rotterdam, 2009.

Grunveld, J.E., Taakdelegatie bij verpleeghuisartsen, Prismant, Utrecht, 2004.

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

Houweling, S.T. Taakdelegatie in de eerste- en tweedelijns diabeteszorg; resultaten van de DISCOURSE-studies, 2005

IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2007: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. IGZ 2007.

Kenbeek, J. en Rademakers, J. Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst. MOBG, Utrecht, 2006.

NVVA/NVSG. Nota Takenpakket Verpleeghuisarts/Sociaal Geriater. NVVA/NVSG, Utrecht, 2003.

NVVA, Taakverschuiving voor verpleeghuisarts/sociaal geriater, Visie NVVA, 21 januari 2005.

Pepels, R. en Wiewel, R. Efficiënte praktijkervaring via taakherschikking, NVVA/ Prismant, 2005.

Prismant. Cijfers uit het ramingsmodel specialisten ouderengeneeskunde voor het Capaciteitsorgaan. Utrecht, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.

VBOC – AVVV Verpleegkundige toekomst in goede banen: samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. Utrecht, mei 2006.

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

Vulto, M. en Koot, J. Medische ouderenzorg in de toekomst. STG/Health Management Forum, Leiden, 2007.

Windt, W. van der. Notitie: Verpleeghuisartsen - aantal werkzamen en vacatures. Prismant, Utrecht, 2007.

Windt, W. van der. Vraag en aanbod van verpleeghuisartsen. Raming tot 2022 en de hiervoor gebuikte bronnen. Prismant, Utrecht, 2005.

## Bijlage 1 Participerende verpleeghuizen

### **Instelling**

Accolade Zorggroep, verpleeghuis de wijngaard  
Argos zorggroep, verpleeghuis Francois Haverschmidt (FH)  
Ariëns zorgpalet, verpleeghuis De Eschpoort  
Axion Continu, verpleeghuis Albert van Koningsbruggen  
Careyn, verpleeghuis de vier ambachten  
Carint Reggelandgroep, onderdeel Carint  
Carint Reggelandgroep, onderdeel Reggeland  
Zorggroep Cicero, zorgcentrum Schuttershof  
De Wever, zorg- en behandelcentrum Jozefzorg  
De Zorgboog, verpleeghuis Keyserinnedael  
Florence Zorg, verpleeghuis Westhoff  
Humanitas, verpleeghuis Hannie Dekhuijzen  
Ijsselheem, verpleeg- en reactiveringscentrum Myosotis  
Land van Horne, verpleeghuis St. Martinus  
Meandergroep, verpleeghuis Lückerheide  
Omring, verpleeghuis Nicolaas  
Respect Zorggroep Scheveningen, verpleeghuis Bosch en Duin  
Rivas Zorggroep  
Saxenburghgroep, zorgcentrum Clara Feyoena Heem  
Stichting De Bilthuysen, verpleeghuis De Biltse Hof  
Stichting Oranje Nassau's Oord, verpleeghuis de Lingehof  
Stichtse Warande  
Stromen Op Maatgroep, verpleeg- en verzorgingshuis/Woonzorgcombinatie Meerweide  
Stromen Op Maatgroep, woonzorgcentrum De Vijf Havens  
SVRZ, verpleeghuis Ter Valcke  
Valent, verpleeghuis de Wilbert  
Van Neynselgroep  
Verpleeghuis Zevenaar  
Vivium Zorggroep, verpleeghuis Naarderheem  
Vivre  
WoonZorgcentra Haaglanden, WZH Sammersbrug  
Zonnehuisgroep Amstelland, verpleeghuis Zonnehuis  
Zorgcentrum Oranjehaave  
Zorggroep Groningen, verpleeghuis Maartenshof  
Zorggroep Solis, verpleeg- en revalidatiecentrum PW Janssen  
Zorggroep Westerkwartier, verpleeghuis Zonnehuis Zuidhorn  
Zuwe Zorgcentrum

### **Plaats**

Bosch en Duin  
Schiedam  
Enschede  
Utrecht  
Spijkenisse  
Hengelo  
Almelo  
Brunssum  
Tilburg  
Helmond  
Rijswijk  
Rotterdam  
Kampen  
Weert  
Kerkrade  
Lutjebroek  
Scheveningen  
Gorinchem  
Hardenberg  
Bilthoven  
Bemmel  
Zeist  
  
Rotterdam  
Rotterdam  
Goes  
Katwijk  
Den Bosch  
Zevenaar  
Naarden  
Maastricht  
Den Haag  
Amstelveen  
Breda  
Groningen  
Deventer  
Zuidhorn  
Woerden



## Bijlage 2 Steekproeftrekking

Doel van het onderzoek was een goed krijgen van de bandbreedte waarbinnen de artsen ouderenzorg hun taken herschikken. Hiervoor hebben we 38 instellingen geselecteerd uit het onderzoek naar tijdbesteding van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters van Verijdt en Van der Windt (2009). Uit dit onderzoek is een doelgerichte steekproef getrokken onder de artsen die aangaven deel te willen nemen aan vervolgonderzoek. We hebben hierbij rekening gehouden met het type ondersteuning dat de artsen hadden, de grootte van de organisaties en de landelijke spreiding. Ook werden artsen die minder dan 20 uur per week werkten niet meegenomen in het onderzoek, omdat de onderzoekers verwachtten dat artsen met een groter contract meer zicht hebben op de gang van zaken binnen de gehele zorgorganisatie.

De specialisten ouderengeneeskunde zijn verdeeld in vijf categorieën, afhankelijk van het type ondersteuning dat zij kregen. De categorieën waren:

- ondersteuning van zowel (praktijk)verpleegkundigen als van NP's
- ondersteuning van alleen NP's
- ondersteuning van alleen (praktijk)verpleegkundigen
- ondersteuning door anderen dan NP's of (praktijk)verpleegkundigen
- geen ondersteuning

Wanneer er sprake was van ondersteuning door een verpleegkundige of NP, is de categorie 'ondersteuning door anderen' buiten beschouwing gelaten. Het kon dus voorkomen dat een arts naast ondersteuning van een NP en/of (praktijk)verpleegkundige ook ondersteund wordt door 'anderen'.

Doordat het steekproefbestand gebaseerd was op functie en niet op werkomgeving, kwam het met enige regelmaat voor dat meerdere specialisten ouderengeneeskunde van eenzelfde verpleeghuis vertegenwoordigd waren in het steekproefbestand. Op een enkele, zeer grote organisatie na, zijn geen artsen van dezelfde organisatie geïnterviewd. In totaal is twee maal een verpleeghuis geselecteerd dat tot eenzelfde concern behoorde als een ander geselecteerde instelling.

Representativiteit van de steekproef

Landelijke spreiding. De instellingen zijn bij de steekproeftrekking op categorie ondersteuning en postcode gesorteerd. Vervolgens is per eerste cijfer van de postcode een instelling gekozen. Deze procedure werd herhaald totdat voldoende instellingen waren geselecteerd per categorie. Interviews hebben dan ook door het hele land plaats gevonden, waardoor een beeld van taakverschuiving over door het hele land verkregen is. Daarbij is ook gemonitord of er voldoende instellingen werden geselecteerd uit grote steden. In onderstaande afbeelding zijn de locaties van de geïnterviewde instellingen weergegeven.



Variatie in grootte van de instellingen. In de vragenlijst van Verijdt en Van der Windt (2009) is gevraagd naar het aantal locaties van de organisatie waarbij de arts werkzaam was. De opgegeven aantallen zijn gecategoriseerd in: 1 tot 4 locaties, 5 tot 8 locaties, 9-12 locaties en 12 of meer locaties. Na selectie op postcode is vervolgens gelet op een goede spreiding in grootte van de instellingen binnen de categorie van ondersteuners. De geïnterviewde instellingen zijn gelijkmatig verdeeld over de vier categorieën.

Instellingen per categorie. Bij het uitvoeren van de interviews bleek dat een deel van de specialisten ouderenzorg eigenlijk in een andere categorie bleek te vallen dan volgens het steekproefbestand bekend was. Er waren meerdere artsen die aangaven geen ondersteuning te hebben, terwijl zij dit wel bleken te hebben. Sommige artsen hadden aangegeven alleen ondersteund te worden door een NP, maar zij bleken óók verpleegkundige ondersteuning te hebben. Doordat de steekproeftrekking gefaseerd is uitgevoerd, is hiervoor zoveel mogelijk gecorrigeerd. Daarnaast bleek het aantal artsen met (ook) andere ondersteuners behoorlijk groot, waardoor deze groep, mede op advies van de stuurgroep, groter is geworden.

In tabel B1.1 is weergegeven hoe de artsen verdeeld zijn over de verschillende groepen. Allereerst is het aantal er groep in het steekproefbestand weergegeven. In de derde kolom is weergegeven hoe de benaderde specialisten ouderengeneeskunde daadwerkelijk verdeeld waren over de groepen en in de laatste kolom zijn alle vormen van ondersteuning bij de specialisten ouderenzorg weergegeven in de kolom. Hierbij kan het voorkomen dat één arts drie keer in de kolom voorkomt, bijvoorbeeld als deze ondersteund wordt door een NP, een verpleegkundige en een doktersassistent.

Tabel B1.1 Verdeling van artsen over ondersteuningsgroepen

Specialisten ouderengeneeskunde	N-bestand (Verijdt en Van der Windt, 2009)	N steekproef
Geen ondersteuning	92	7
Ondersteuning anderen	53	9
Ondersteuning alleen praktijkverpleegkundigen	73	8
Ondersteuning alleen NP's	10	8
Ondersteuning (praktijk)-verpleegkundigen en NP's	6	6
Totaal	234	38

Naast selectie uit het databestand van Verijdt en Van der Windt (2009) zijn ook vier instellingen benaderd die ook in eerdere onderzoeken reeds zijn bezocht (Essen e.a., 2006 en Grunveld, 2004).

### **Sociaal geriater niet meegenomen in onderzoek**

Sociaal geriater en verpleeghuisartsen heten per 15 juli 2009 specialist ouderengeneeskunde. Om deze reden zijn ook de sociaal geriater benaderd voor dit onderzoek. Negen sociaal geriater waren bereid deel te nemen aan vervolgonderzoek (Verijdt en Van der Windt, 2009). Vijf hiervan zijn geselecteerd en benaderd voor het onderzoek. Zij waren echter allen werkzaam in ggz-instellingen of RIAGGs. Dit onderzoek richt zich echter op de medische zorg in verpleeghuizen, waardoor de sociaal geriater niet tot de doelgroep van dit onderzoek behoren. Zij zijn daarom niet verder meegenomen in dit onderzoek.



## Bijlage 3 Tijdbesteding naar kernactiviteiten

Bron: Van der Windt, 2005

In onderstaande tabel staan de uren die de specialisten ouderenzorg bezig zijn met hun kernactiviteiten uitgesplitst naar de belangrijkste zorgfuncties.

Dit onderzoek biedt goede aanknopingspunten, omdat men voor de verschillende cliëntengroepen is nagegaan hoeveel inzet in tijd deze cliënten van een specialist ouderengeneeskunde vergen. Men onderscheidde reactivering somatiek, chronische somatische zorg, psychogeriatric, dagbehandeling en substitutie. De onderbouwing van de benodigde tijd is deels normatief, deels empirisch.

Tabel B3.1 Tijdbesteding naar kernactiviteiten specialisten ouderenzorg

	Reactivering somatiek 30 cliënten	Chronische zorg somatiek 30 cliënten	Psychogeriatric 30 cliënten	Dagbehandeling 30 cliënten	Substitutie 12 cliënten
visites 5x per week	5 x 1½ = 7½ uur	5 x ¾ = 3¾ uur	5 x ¾ = 3¾ uur	5 x 20 minuten = 1½ uur	
visites 3x per week	n.v.t	3 x 1 = 3 uur	3 x 1 = 3 uur	3 x ½ = 1½ uur	
wondenronde	1 uur	1 uur	1 uur		
MDO	1 uur	½ uur	½ uur	1 uur	¼ uur
Opnames	2 p. week = 3 uur	10 per jaar = ¾ uur	10 per jaar = ¾ uur	1 uur	¼- ½ uur
ontslagen	2 p. week = 1 uur	½ uur	½ uur	¼ uur	
Papieren visite	½ uur	½ uur	½ uur		½ uur
Terminale zorg	½ uur	½ uur	¾ uur		
gesprekken cliënten en familie	1- 2 uur	1- 2 uur	1- 2 uur	½ - ¾ uur	¼ uur
Totaal	15½-16½ uur	8½ -9½ uur	8¾ -9¾ uur	4¼ -4½ uur	1½ uur

Bron: Frijns en Kruit, 2002

Deze gegevens die afkomstig zijn van één verpleeghuisorganisatie, zijn getoetst op beschikbare landelijke gegevens over de verhouding tussen verschillende cliëntengroepen.

Bewerking van het materiaal van Frijns en Kruit (2002), waarbij rekening is gehouden met:

- beroepsgebondenactiviteiten (bijna 20%)
- ziekteverzuim en verlof (18%)<sup>19</sup>

<sup>19</sup> De auteurs zelf voeren deze factor niet op.

Dit levert voor een vijftal cliëntencategorieën die van de verschillende functies gebruikmaken het volgende op.

Tabel B3.2 De inzet van specialisten ouderengeneeskunde bij verschillende cliëntencategorieën

	Aantal fte's specialisten ouderengeneeskunde per 100 cliënten	Aantal cliënten per specialist ouderengeneeskunde	Landelijke aantallen cliënten	Totaal fte's landelijk
Reactivering somatiek	1,97	51	6100	120,0
Chronische zorg	1,11	90	18300	202,4
Psychogeriatric	1,14	88	31600	359,3
Dagbehandeling	0,55	181	3700	20,5
Substitutie	0,46	217	10000	46,1
Totaal	1,16	86	69700	748,3

Bewerking: Frijs en Kruit (2002), Prismant.

Bovenstaande bronnen hebben in samenhang met elkaar geleid tot het vaststellen van een globale tijdwinst voor de specialist ouderengeneeskunde.

## Bijlage 4 Beroepen en opleidingen

### **Praktijkverpleegkundige**

De praktijkverpleegkundige werkt sinds 2005 in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Zij is een verpleegkundige die de HBO-opleiding tot verpleegkundige heeft gevolgd (of de MBO-opleiding en daarnaast over aanvullende competenties beschikt). De post-HBO opleiding tot praktijkverpleegkundige duurt één jaar. Er zijn momenteel vier hogescholen die deze opleiding verzorgen voor de verpleeghuisartspraktijk, naar analogie van de 'praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk'.

De opleiding is er op gericht dat de praktijkverpleegkundige de verpleegtechnische en medische behandeling bij specifieke cliëntengroepen kan overnemen van de arts. Het gaat dan bijvoorbeeld om cliënten met diabetes, astma/COPD of decubitus. Een ander belangrijk accent in de opleiding ligt op het coachen van andere professionals bij de zorgverlening.

### **Nurse practitioner/ verpleegkundig specialist**

De nurse practitioner (NP) is een relatief nieuw beroep in de gezondheidszorg. De NP is een verpleegkundige die na de vierjarige HBO-opleiding tot verpleegkundige en een aantal jaren praktijkervaring een tweejarige HBO-Mastersopleiding heeft gevolgd. Na afronding is de NP Master in Advanced Nursing Practice en kan de NP zich laten registreren als verpleegkundig specialist (zie hieronder). Er zijn momenteel acht hogescholen die nurse practitioners opleiden.

De NP's zijn geschoold om zelfstandig te werken in het grensgebied van het medische en het verpleegkundige domein. Zij voeren zowel medische als verpleegkundige taken uit. Centraal in het onderwijs staan diagnostiek, behandeling en preventie van veel voorkomende gezondheidsproblemen. De meeste nurse practitioners werken in de ziekenhuizen en de huisartsenpraktijken. Daar is de nurse practitioner vooral gekoppeld aan specifieke groepen patiënten, zoals hartfalenpatiënten of diabetespatiënten, waaraan zij geprotocolleerde medische en verpleegkundige zorg bieden. Het werkdomein van de nurse practitioner in de ouderenzorg is nog in ontwikkeling. In de ouderenzorg komt dit beroep nog relatief weinig voor.

### **Verpleegkundig specialist<sup>20</sup>**

In 2009 zijn de eerste verpleegkundig specialisten ingeschreven. De Verpleegkundig Specialist (VS) is een verpleegkundig expert die na de vierjarige HBOV-opleiding tot verpleegkundige en minimaal twee jaar werkervaring een tweejarige HBO-Masters-opleiding heeft gevolgd. Dit geldt voor de hiervoor beschreven NP die zich dan ook als Verpleegkundig Specialist kan laten registreren. In de toekomst kunnen ook andere geaccrediteerde Masteropleidingen die aan de gestelde voorwaarden voldoen voor erkenning in aanmerking komen. Inmiddels is de (beschermde) titel Verpleegkundig Specialist erkend voor vijf verpleegkundig specialismen. Dit zijn: preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg, alle bij somatische aandoeningen, en geestelijke gezondheidszorg.

De VS heeft eigen patiënten, gaat een zelfstandige behandelovereenkomst aan (binnen het eigen deskundigheidsgebied, waarbij zij zelfstandig en autonoom beslist over uit te voeren interventies).

---

<sup>20</sup> Hoewel de Verpleegkundig Specialist als zodanig niet voorkomt in dit onderzoeksrapport hebben de onderzoekers gemeend deze titel in verband met toekomstige ontwikkelingen wel op te moeten nemen.

**Physician assistant**

De physician assistant (PA) is sinds 2000 een nieuw beroep op HBO-masters niveau. De PA heeft een basisopleiding in de gezondheidszorg op HBO-niveau en werkervaring in de gezondheidszorg. De opleiding tot PA staat open voor verpleegkundigen, maar ook voor andere HBO-professionals in de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten, diëtisten, anesthesie-assistenten, etc.

De Mastersopleiding duurt 2,5 jaar. Verschillende hogescholen bieden de opleiding aan.

De PA's maken onderdeel uit van het medisch domein en ondersteunen de artsen door medische taken voor een brede categorie cliënten binnen één specialisme zelfstandig uit te voeren. PA's voeren doorgaans geen verpleegkundige taken uit.

PA's werken vooral in het ziekenhuis en zijn dan verbonden aan een medisch specialisme, of zij werken in een huisartsenpraktijk. In de verpleeghuiszorg wordt de PA tot nu toe zelden ingezet.

## Bijlage 5 Lopende initiatieven extramurale zorg

*Vanuit dit centrum kunnen ouderen onderzocht, behandeld en nadien begeleid worden. Geriatisch verpleegkundigen gaan op bezoek bij cliënten thuis of in het verzorgingshuis, meestal op aanvraag van de huisarts. Zij nemen de anamnese af, schakelen andere disciplines in, zijn beschikbaar voor telefonisch consult ('filter'- en triage-rol), hebben afstemming met het RIO en bereiden de indicatiestelling voor. Zij overleggen met de specialist ouderengeneeskunde die de diagnose, eventuele medicatie en het behandelplan vaststelt. De geriatisch verpleegkundigen hebben een belangrijke taak in de coördinatie van zorg en behandeling, vooral als er meerdere hulpverleners bij de cliënt over de vloer komen. Zij fungeren als casemanager. (e7)*

*Een mobiel geriatisch team (MGT) met als doel om ouderen langer thuis te laten wonen. Hier neemt de praktijkverpleegkundige uit het verpleeghuis het voortouw. De praktijkverpleegkundige werkt 12 uur per week voor dit team. Doel is ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. De praktijkverpleegkundige is de spin in het web. Zij gaat naar ouderen toe en kijkt wat nodig is om te ondersteunen of te verlichten. Daarbij kan het gaan om het regelen van een traplift, of het ontlasten van de mantelzorg door het regelen van dagbesteding, wat maar nodig is. Hierbij moet praktijkverpleegkundige proberen cliënt te overtuigen van de goede bedoelingen, er komt een hoop praatwerk en overtuigingskracht bij kijken.*

*De praktijkverpleegkundige stelt een behandelplan op en bespreekt dit met een arts, vervolgens schakelt ze de specialist in die nodig is. Er wordt geen vergadering belegd om dit te bespreken, maar ze gaat direct aan de slag. Er is begroot op 1 cliënt per week, maar de praktijkverpleegkundige is bedolven onder aanvragen voor screening. Ze is daarom meer gaan werken en werkt ze nu 12 uur per week voor het MGT.*

*Voorals bij mensen met cognitieve achteruitgang, die nog net zelfstandig kunnen leven omdat hun systeem al jaren op dezelfde wijze functioneert, is het moeilijk om een voet tussen de deur te krijgen. Elke verandering in hun systeem kan leiden tot ernstige ontregeling. (a1)*

*Spreekuren in de huisartsenpraktijk, al dan niet samen met de huisarts, voor kwetsbare ouderen met multiproblematiek. (a2)*

*Volgens de beleidsmaker (in overleg met arts) is de toekomst dat de specialist ouderengeneeskunde hun expertise meer nadrukkelijk inzetten in de 1<sup>e</sup> lijn. Er zijn momenteel gesprekken gaande met huisartsen om te gaan meedraaien in de eerstelijnszorg, en bij cliënten die thuis wonen en in verzorgingshuizen. Er zullen in 2010 twee of drie pilots van start gaan. (d3)*

*Consulten in geheugenpoli. De geheugenpoli is een samenwerkingsverband met het ziekenhuis (neurologie), en is voor alle leeftijden tot 70 jaar. Elke week zijn er gemiddeld zes cliënten. De specialist ouderengeneeskunde krijgt daar geen vergoeding voor. Het is een investering om eventueel toekomstige bewoners binnen te halen. Er worden consulten gegeven over complexe zorg thuis. Het is een polikliniek voor mensen die lijden aan enige vorm van geheugen- en concentratiestoornis, ongeacht hun leeftijd. Zkh Y werkt op deze polikliniek samen met de specialisten ouderengeneeskunde van het Zorgcentrum X. De afdeling geriatrie van Y heeft al langer een geheugenpolikliniek. Deze is vooral bedoeld voor mensen ouder dan 75 jaar. Tijdens één bezoek wordt de patiënt gezien door een neuroloog van Y, een specialist ouderengeneeskunde van X en een geheugenverpleegkundige. In-*

dien nodig wordt een klinisch geriater van Y betrokken. Ook psychologisch onderzoek, MRI- of laboratoriumonderzoek en/of een EEG, een hersenfilm, kunnen tot de onderzoeksmogelijkheden horen. Patiënt én familie krijgen binnen twee weken na dit onderzoek schriftelijk de uitslag, voorzien van een advies. (a3)

Consulten in een geriatisch centrum. Het geriatisch centrum is ontstaan uit screening PG/dementiediagnostiek door de psycholoog en arts in het verpleeghuis Z. Bij de huidige vorm is ook een klinisch geriater betrokken, en het zorgkantoor, dat betaalt op declaratiebasis. Het centrum is opgezet door het een regionaal platform, en is gevestigd in het ziekenhuis. Gemiddeld zijn er vier cliënten per week. (a3)

In samenwerking met het Ziekenhuis biedt de Zorggroep een volledige ouderen-screening aan in het Geriatisch Adviescentrum. Mensen kunnen hier in één dag in kaart worden gebracht. Het gaat dan niet alleen om dementie, maar ook om somatiek en combinaties (het betekent dat er ook neurologen, orthopeden bij zijn betrokken, bijv. 'Waarom gaat het lopen zo moeilijk?' en/of 'Is moeder dement?'). De zorggroep biedt (nog) geen casemanagement. De thuiszorgpoot is nog in ontwikkeling. (a5)

Verder ondersteunt het verpleegkundig team veel zorg binnen de thuiszorg, extramuraal. Zij zijn daar 75% van de tijd mee bezig en zijn daardoor minder beschikbaar intramuraal. Zij doen palliatieve zorg, infusen, wonden, veel in opdracht van de huisarts of specialist. Omdat de thuiszorg vooral 's avonds geen bekwame mensen voor bepaalde taken heeft, ondersteunt zij die.

Inzet bij palliatieve thuiszorg bestaat uit pijnbestrijding en bediening van apparaten. Hierbij is het verpleegkundig team de schakel tussen de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de cliënt. Soms komt het voor dat de huisarts maar één keer per week komt kijken bij een terminale patiënt, dan trekt het verpleegkundig team aan de bel, de arts blijft verantwoordelijk. (a2)

Daarnaast ziet de specialist ouderengeneeskunde ook extramuraal cliënten, zo zit deze arts een halve dag per week bij een huisartsenpraktijk. Dit is in het kader van de module ouderenzorg. Als een huisarts die module aanvraagt, mag hij ook meer capaciteit inzetten en krijgt hij meer betaald. Zo kan hij zelf meer tijd besteden aan de ouderen, maar ook de cliënt op het gezamenlijke spreekuur laten komen. Dit is voor de cliënt laagdrempeliger dan naar een verpleeghuis te moeten of de specialist ouderengeneeskunde op bezoek te krijgen. Op de vraag waarom het hier wel lukt en op andere plaatsen niet, wijst ze op de zeer goede relaties die de artsen hebben met de lokale eerstelijnsvoorziening. De lokale bekendheid van de specialisten ouderengeneeskunde is groot. Mogelijk speelt hierbij ook een rol dat ze ook een thuiszorgpoot hebben. (a2)

In een enkel geval biedt de specialist ouderengeneeskunde ook medische zorg aan de andere verzorgingshuisbewoners. Dit is zo overeengekomen en wordt betaald vanuit ZZP-gelden.

Personenalarmering voor thuiswonenden die hierbij aangesloten zijn (a7).