

Behandeling. binnen de ouderenzorg



Eindrapportage bevindingen

datum	Mei 2025
opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
contact	Dageraad Advies Jeroen Rommets, Sterre ten Berge en Roy Roelvink

INHOUD

Managementsamenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Doel onderzoek en rapportage	6
1.3 Leeswijzer	7
2 Onderzoeksopzet	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Onderzoekskader en activiteiten	8
2.3 Deelnemende instellingen	11
2.4 Sfeer	13
2.5 Disclaimer	13
2.6 Foto	14
3 Inrichting en sturing	15
3.1 Inrichting, planvorming en besturing	15
3.2 Inzet en verdeling van middelen	16
4 Organisatie behandeldienst	21
4.1 Behandelaren	21
4.2 Vakgroepen	30
4.3 Ondersteuning	31
5. Doelgroep en inzet	34
5.1 Cliënten	34
5.2 Inzet behandelaren per cliënt	37
6 Werkwijzen	43
6.1 Leidende principes en richtlijnen	43
6.2 Regiebehandelaarschap	44
6.3 Visites	45
6.4 MDO	47
6.5 ANW-zorg	48
6.6 Tijdsbesteding	50
6.7 Samenwerking	53
7 Totaalbeeld uitdagingen en perspectief	61
7.1 Inleiding	61
7.2 Uitdagingen	61
7.3 Optimaliseren	64
7.4 Totaalbeeld	65
7.5 Reflecties klankbordgroep	68

MANAGEMENTSAMENVATTING

Aanleiding en doelstelling

De directie Langdurige Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft opdracht gegeven tot een verdiepend onderzoek naar de behandeling binnen de ouderenzorg. De aanleiding is de wens om meer grip en inzicht te krijgen in hoe deze behandelingen georganiseerd zijn, welke variatie bestaat en wat dat betekent voor kwaliteit, doelmatigheid en toekomstbestendigheid. Het rapport is tot stand gekomen op basis van kwantitatieve en kwalitatieve informatie, aangeleverd door 21 zorginstellingen.

Onderzoeksvraag en werkwijze

Het onderzoek beoogt een waarde vrije ‘foto’ te schetsen van de huidige situatie: hoe de behandelcomponent organisatorisch en inhoudelijk is ingericht, welke werkprocessen en samenwerkingen bestaan en welke ontwikkelperspectieven worden gezien. Er is gewerkt met gestructureerde interviews, data-analyse en een slotsessie met deelnemende instellingen.

Bevindingen

Inrichting en sturing

De onderzochte instellingen variëren in omvang, ligging en context. In de praktijk heeft een beweging plaatsgevonden van een traditioneel medisch model naar een meer welzijnsgerichte benadering. Belangrijke thema's zijn taakherschikking, versterking van samenwerking en financiële houdbaarheid. Veelal ligt de nadruk op financiële sturing en verantwoording en in beperkte mate op inhoudelijke verantwoording via bijvoorbeeld concrete key performance indicators (kpi's).

Organisatie van behandel diensten

De behandelteams zijn multidisciplinair en bestaan uit o.a. specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, psychologen en paramedici. De inzet verschilt per doelgroep. Er zijn verschillen in taakverdeling, aansturing en vakgroepsstructuur. Regiebehandelaarschap heeft binnen vrijwel alle instellingen een centrale rol, de invulling daarvan is divers. Ondersteunende functies variëren in mate van beschikbaarheid en voor wat betreft de taken van de ondersteuning.

Doelgroep en inzet

Het onderzoek richt zich op cliënten met een Wlz-indicatie die intramuraal verblijf en behandeling ontvangen van één aanbieder, met een focus op psychogeriatrische en somatische problematiek. Er zijn verschillen in de inzet van behandelaren per cliënt, mede door variatie in zorgzwaarte, organisatie model en historie.

Werkwijzen

Binnen de behandel diensten worden werkvormen zoals multidisciplinair overleg (MDO), visites en ANW-zorg (Avond-, Nacht- en Weekendzorg) breed toegepast. De mate van samenwerking tussen behandelaren, zorgteams en andere organisaties verschilt.

Uitdagingen en optimalisatie

De instellingen signaleren een aantal uitdagingen:

- Toenemende complexiteit van de zorgvraag.
- Groeiende personeelstekorten in een aantal behandel disciplines.
- Deskundigheid van de zorgteams staat soms onder druk.
- Onzekerheid over de toekomst van Wlz-financiering.
- Complexiteit ketensamenwerking en versnippering van zorg.

De ontwikkeling van extramuralisering zet de intramurale zorg onder druk, terwijl de cliëntenpopulatie complexer wordt. Dit vraagt om andere vormen van zorgverlening, samenwerking en inzet van technologie.

Conclusie en perspectief

De onderzochte instellingen tonen betrokkenheid, reflectievermogen en bereidheid tot verbetering. In lijn met de uitdagingen zijn er perspectieven. De behandelcomponent binnen de ouderenzorg is daarmee volop in ontwikkeling, met een brede erkenning van de noodzaak tot samenwerking en gezamenlijke verdere inhoudelijke verdieping, met aandacht voor de uitvoerbaarheid en werkbaarheid in de praktijk.

1 INLEIDING

De directie Langdurige Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft opdracht gegeven tot het opzetten en uitvoeren van dit onderzoek gericht op de behandeling binnen de ouderenzorg. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de aanleiding tot dit onderzoek en het doel van de rapportage. Tot slot wordt een leeswijzer geboden voor het doornemen van de rapportage.

1.1 AANLEIDING

De aanleiding voor dit onderzoek is de behoefte aan meer inzicht in de Wlz-behandeling binnen ouderenzorginstellingen. Behandeling vormt een essentieel onderdeel van de zorg aan ouderen, maar hoe deze behandeling er in de praktijk precies uit ziet, is momenteel niet geheel duidelijk. Wat is de kern van behandeling in verpleeghuizen? Welke variatie bestaat er tussen instellingen? Hoe werken behandelaren samen, en welke vormen van collectieve en individuele zorg worden geboden aan verschillende cliëntgroepen? Het beantwoorden van deze vragen biedt niet alleen een duidelijker beeld van de huidige praktijk, maar ondersteunt ook het bredere gesprek over de toekomst van de ouderenzorg. Denk bijvoorbeeld aan de discussie over wat ‘passende behandeling’ inhoudt – zowel vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg voor cliënten als vanuit het oogpunt van een verantwoorde inzet van schaarse middelen. Ook draagt het onderzoek bij aan het nadenken over de rol van intramurale behandeling in verhouding tot de huidige beweging richting meer extramurale zorg. Hoewel het ministerie van VWS erkent dat meer zicht op behandeling ook in andere zorgsectoren wenselijk is, richt dit onderzoek zich bewust specifiek op de ouderenzorg. Deze focus houdt het onderzoek behapbaar en sluit aan bij de urgentie die demografische ontwikkelingen in deze sector met zich meebrengen. Tegelijkertijd kunnen de uitkomsten van dit onderzoek waardevolle aanknopingspunten bieden voor toekomstige verkenningen in andere delen van de langdurige zorg.

1.2 DOEL ONDERZOEK EN RAPPORTAGE

Om adequaat mee te kunnen denken over de toekomstgerichte uitdagingen ten aanzien van de behandelcomponent binnen de ouderenzorg is kwalitatief en kwantitatief inzicht in hoe de behandeling nu is georganiseerd nodig. De variatie en de verklaringen daarvoor zijn essentieel. Met de collectieve opgaven voor de toekomst zijn instellingen soms in samenwerking, maar vaak ook (nog) zelfstandig, aan het worstelen. Een eenduidig en gezamenlijk zicht hierop vormt een vertrekpunt om de behandelcomponent duurzaam en toekomstbestendig te kunnen organiseren. Het doel van het onderzoek en deze rapportage is om een duidelijk, gedetailleerd en waardevrij kwalitatief en kwantitatief beeld (foto) weer te geven van de Wlz-behandeling voor cliënten in de ouderenzorg die verblijven op plekken met behandeling. Dit onderzoek heeft zowel inhoudelijke als organisatorische aspecten van de behandeling inzichtelijk gemaakt en verklaringen gegeven voor de variatie die daarin bestaan. De resultaten van het onderzoek dienen als basis om van hieruit de dialoog over de toekomst, de uitdagingen en de ambities te kunnen voeren en eventuele vervolgstappen in overleg met beroepsorganisaties en zorgaanbieders te bepalen. De rapportage bevat in lijn met de opdrachtformulering géén handvatten, kaders of strategieën hoe om te kunnen gaan met de geïdentificeerde uitdagingen. Hier lijkt wel behoefte aan te bestaan bij verschillende organisaties.

1.3 LEESWIJZER

Deze rapportage is als volgt opgebouwd: In de inleiding worden de aanleiding en het doel van het onderzoek en de rapportage toegelicht. Hoofdstuk 2 beschrijft de onderzoeksopzet, inclusief de uitgevoerde activiteiten en de deelnemende organisaties. Tevens wordt hier aangegeven op welke wijze en in welke vorm deze organisaties hebben bijgedragen aan het onderzoek. Vanaf hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de stand van zaken binnen de behandeldiensten. Eerst wordt de inrichting en sturing van de behandeldiensten beschreven. Hoofdstuk 4 richt zich op de organisatie van de behandeldiensten, waaronder de inzet van behandelaren. In hoofdstuk 5 staat de doelgroep centraal, inclusief de aard en omvang van de inzet per cliënt. Hoofdstuk 6 gaat in op specifieke werkwijzen binnen de behandeldiensten. In hoofdstuk 7 worden de belangrijkste uitdagingen en toekomstperspectieven samengevat en wordt een totaalbeeld geschetst. Ook is hierin een korte reflectie van de klankbordgroep opgenomen. In de bijlage is aanvullende informatie opgenomen over: de inhoud van behandel functies, richtlijnen, tijdsverdeling per functie en een overzicht van voorkomende functies binnen de behandeldiensten van de deelnemende instellingen.

2 ONDERZOEKSOPZET

2.1 INLEIDING

Elk individu heeft een eigen zorgvraag in de zin van benodigde ondersteuning en wensen om het leven zo goed mogelijk invulling te kunnen geven. De ouderenzorg kent een grote variëteit aan indicaties die gekoppeld worden aan cliënten om de zorgwaarde te indiceren en middelen en diensten – zoals behandeling – aan hen beschikbaar te stellen. Dit onderzoek richt zich specifiek op cliënten die intramuraal verblijf en behandeling ontvangen van één aanbieder; dus op een plek waarvoor behandeling is ingekocht (vanaf nu ‘doelgroep’ genoemd). In eerste aanleg ligt daarbij de focus op de cliënten binnen deze doelgroep met psychogeriatrische en somatische problematiek.

Behandeling in de Wlz valt uiteen in twee delen, te weten ‘specifiek’ en ‘algemeen’. Specifieke behandeling is de behandeling die hoort bij de grondslag (aandoening, ziekte of handicap) op grond waarvan de indicatie voor de Wlz afgegeven is. Algemene behandeling is alle andere behandeling: behandeling die iedereen in zijn of haar even zo nu en dan nodig heeft, en die niet samen hangt met de ziekte die de grondslag voor indicatie vormt.

Hoe één en ander bekostigd wordt, hangt vervolgens af van de leveringsvorm van de Wlz-zorg.

- Specifieke behandeling wordt altijd, ongeacht de leveringsvorm, bekostigd uit de Wlz.
- Als de cliënt verblijf en behandeling ontvangt van één zorgaanbieder, wordt ook de algemene behandeling vergoed uit de Wlz. De zorgaanbieder biedt de cliënt de benodigde behandeling aan.
- Als de cliënt geen verblijf met behandeling van één en dezelfde aanbieder ontvangt, valt de algemene behandeling onder de Zvw. Dit laatste betreft bijvoorbeeld de situaties van VPT, MPT, PGB of verblijf-zonder-behandeling. In die gevallen wordt de specifieke behandeling wel uit de Wlz bekostigd. Voor plekken of organisaties waarvoor geen behandeling (= specifieke) is ingekocht, bestaat de mogelijkheid alsnog via H-codes te declareren – maar ook daarover moet wel een afspraak met het zorgkantoor zijn.

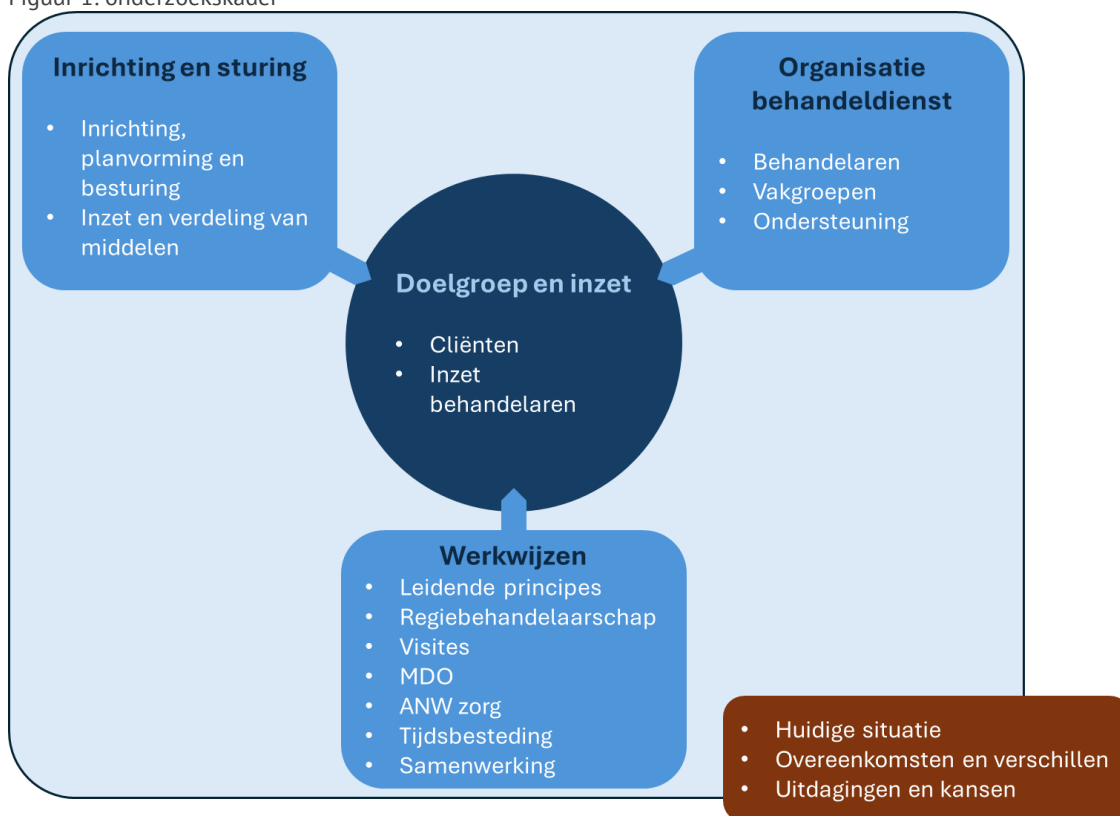
Zoals is aangegeven is er behoefte aan een kwalitatief en kwantitatief beeld van de organisatie van behandeling binnen de ouderenzorg. Dit overzicht biedt inzicht in de algemene inrichting van behandelteams: met welke disciplines wordt gewerkt, welke doelgroepen cliënten worden behandeld, en hoe functies, taken en rollen zijn verdeeld. Daarnaast wordt gekeken naar de organisatorische en samenwerkingsverbanden waarin behandelaren opereren, de aansturing, de tijdsbesteding en de belangrijkste thema's, kansen en knelpunten die spelen. Kortom: een helder beeld van hoe behandeling binnen de ouderenzorg is georganiseerd, dit in relatie tot de zorgvraag.

Voor het opstellen van dit overzicht zijn diverse zorginstellingen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Met deze instellingen zijn gesprekken gevoerd en zij hebben relevante documenten en data aangeleverd. Deze input, aangevuld met publiek beschikbare gegevens en documentatie, vormt de basis voor de voorliggende rapportage.

2.2 ONDERZOEKSKADER EN ACTIVITEITEN

Het hieronder weergegeven onderzoekskader heeft richting gegeven aan de opzet, inhoud en uitvoering van het onderzoek.

Figuur 1: onderzoekskader



De inrichting en besturing beschrijven hoe de behandelcomponent feitelijk is georganiseerd en vormgegeven, en op welke wijze de inzet en verdeling van middelen plaatsvinden. Onder de organisatie van de behandeldienst vallen de behandelaren, vakgroepen en ondersteunende functies zoals deze binnen de behandeldiensten zijn ingericht. De doelgroep betreft de cliëntengroep waarvoor de behandeldiensten actief zijn, evenals de inzet van de verschillende behandel disciplines per cliënt. De werkwijzen geven inzicht in hoe binnen de behandeldiensten wordt gewerkt, onder meer aan de hand van veelvoorkomende werkvormen en methoden. Van elk van deze onderdelen is de huidige situatie in kaart gebracht, waar relevant en beschikbaar aangevuld met feitelijke gegevens. Waar mogelijk worden verklaringen gegeven voor geconstateerde verschillen en variabelen tussen instellingen. Ook wordt een doorkijk gemaakt naar de toekomst, inclusief de kansen en uitdagingen waar instellingen thans voor staan.

Onderstaand zijn de belangrijkste activiteiten weergegeven die in het kader van dit onderzoek zijn uitgevoerd:

1. Opstellen van de onderzoeksopzet.
2. Benaderen van (potentiële) deelnemende instellingen, onder andere met een toelichtend document ('the why'), gevolgd door telefonische opvolging.
3. Voeren van een startgesprek bij interesse in deelname, doorgaans met de verantwoordelijke voor de behandeldienst. Tijdens dit gesprek zijn het doel van het onderzoek en de verwachte bijdrage nader toegelicht.
4. Uitvoeren van de eerste gespreksronde met de deelnemende instellingen onder andere met een aantal behandelaren, gericht op het ophalen van informatie.
5. Verwerken van de opbrengsten uit gespreksronde 1 en de ontvangen data.
6. Verzamelen en analyseren van publiek toegankelijke en relevante documenten en gegevens.
7. Uitvoeren van de tweede gespreksronde met de deelnemende instellingen, gericht op verdieping van de thema's en validatie van eerder verzamelde informatie.
8. Opstellen van de conceptrapportage.

9. Organiseren van een slotbijeenkomst, onder andere ter duiding van de conceptresultaten.
10. Verwerken van ontvangen input op de conceptrapportage en afronden tot een definitieve rapportage.

Afstemming met VWS en klankbordgroep

Naast bovengenoemde stappen heeft periodiek afstemming met VWS plaatsgevonden. In de oriëntatie op de vraagstelling is daarnaast door het ministerie van VWS een klankbordgroep samengesteld. Deze klankbordgroep is benaderd om mee te denken over de onderzoeksopzet, het deelnemersveld en mee te kijken met de uitvoering van het onderzoek en waar nodig bij te sturen vanuit het perspectief van de beroepsgroepen. In de klankbordgroep zijn diverse beroepsverenigingen, die werkzaam zijn binnen de behandelcomponent, vertegenwoordigd.

Bijdrage deelnemende instellingen

Door deel te nemen aan het onderzoek leverden instellingen langs drie lijnen een waardevolle bijdrage:

1. Het beschikbaar stellen van beleidsdocumenten (zoals missie, visie, strategie, taakherschikking, processen) en data (rondom personele samenstelling, cliëntaantallen, e.d.).
2. Het voeren van meerdere gesprek(ken) tussen (een delegatie van) behandelaren en andere functionarissen die werken bij of voor de behandeldienst van de instelling en de onderzoekers.
3. Deelname aan een collectieve bijeenkomst waarbij de resultaten zijn gedeeld en gezamenlijk zijn geduid.

Ter beantwoording van de vraagstelling zijn verschillende invalshoeken en diverse methodologieën toegepast. Er is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve op data gebaseerde methoden, als kwalitatieve en intersubjectieve methoden.

Documenten en data

De deelnemende instellingen hebben o.a. de volgende data/bronnen, al dan niet deels, aangeleverd.

- Functies behandeldienst en aantal fte (in dienst en ingehuurd).
- Gedeelte van de fte behandelaren werkzaam voor de doelgroep.
- Aantal cliënten per ZZP-indicatie van de instelling.
- Taak- / functieomschrijvingen.
- Missie / visie.
- Interne en externe richtlijnen.

Interviews

In het kader van het onderzoek hebben twee gespreksrondes plaatsgevonden met de deelnemende instellingen. Tijdens het eerste bezoek zijn één of meerdere (groeps)gesprekken gevoerd. Voor deze eerste gespreksronde is, op basis van de onderzoeksvragen en input uit de klankbordgroepsessies, een topiclijst opgesteld. De volgende thema's stonden hierin centraal:

- Opbouw behandeldienst
- Te onderscheiden behandeldisciplines
- Inhoud behandeling en taken
- Deel van de behandeldiscipline dat werkt voor de doelgroep en het deel dat werkt voor andere doelgroepen
- Tijdsbesteding in direct- en indirect cliëntgebonden zorg en niet cliëntgebonden zorg
- Samenwerking intern binnen de behandeldiscipline en met teams zorg & welzijn
- Regiebehandelaarschap en de wijze waarop hier invulling aan wordt gegeven
- Overlegvormen (o.a. MDO, visites)
- Ondersteuning en ondersteuningsvormen
- Samenwerking extern ondermeer regionaal, op het gebied van behandeling en in de keten
- Uitdagingen voor de toekomst

Op basis van de analyse van de eerste gespreksronde is vastgesteld op welke onderwerpen verdere verdieping nodig was om de onderzoeksresultaten te verrijken. Tijdens deze verdiepende gesprekken lag de nadruk op het nader verkennen en kwantificeren van specifieke thema's. Zo is aan de deelnemende instellingen gevraagd hoe zij eventuele knelpunten in de behandeling binnen de ouderenzorg ervaren. Dit aan de hand van een indeling in vier categorieën (variërend van 'geen probleem' tot 'stevig probleem'). Een vergelijkbare indeling is gehanteerd voor mogelijke optimalisatiegebieden, waarbij zowel het potentieel (kwaliteit van zorg en/of efficiency) als de realiseerbaarheid per gebied is besproken en gecategoriseerd. Daarnaast is tijdens deze gesprekken de aangeleverde onderzoeksdata gevalideerd. Op basis daarvan kunnen brede en onderbouwde uitspraken worden gedaan over onderwerpen zoals de organisatie en invulling van het regiebehandelaarschap, de mate waarin sectorbrede uitdagingen als problematisch worden ervaren, de aanwezige ontwikkelpotentie binnen behandeldiensten, en de verdeling van tijd over (in)direct cliëntgebonden en niet-clientgebonden activiteiten.

Verwerking en weergave verzamelde data

De door de deelnemende instellingen aangeleverde data is verwerkt en waar nodig bewerkt om deze onderling zo goed mogelijk vergelijkbaar te maken. Zowel op het gebied van cliëntaantallen als medewerkergegevens. In dit rapport worden op meerdere onderdelen gemiddelde waarden gepresenteerd over de gehele onderzoekspopulatie, gericht op de doelgroep. In de meeste gevallen betreft het ongewogen gemiddelden, waarbij elke instelling even zwaar meetelt. Hiermee wordt voorkomen dat enkele grotere instellingen het totaalbeeld onevenredig beïnvloeden. In diverse overzichten worden ook de afzonderlijke uitkomsten per instelling weergegeven. Ter waarborging van de anonimiteit heeft elke instelling een willekeurig nummer gekregen tussen 1 en 20. In grafieken worden de resultaten dan ook gepresenteerd onder deze nummers; alleen de betreffende instelling weet welk nummer haar gegevens vertegenwoordigt. Op deze manier kunnen instelling-specifieke inzichten worden gedeeld zonder dat sprake is van herleidbaarheid voor anderen. Met betrekking tot uitdagingen is aan instellingen gevraagd aan te geven in welke mate deze spelen. Voor een aantal mogelijke optimalisatiegebieden is daarnaast gevraagd om het verwachte potentieel en de haalbaarheid te scoren. Op basis van deze scores zijn gemiddelde waarden berekend (ook hier ongewogen) en is tevens de spreiding van de uitkomsten weergegeven.

Slotsessie met de deelnemende instellingen

Om de bevindingen uit het onderzoek te bespreken en duiden, zijn alle deelnemende instellingen uitgenodigd voor een slotsessie in het kader van het onderzoek. Tijdens deze sessie zijn de bevindingen uit het onderzoek gedeeld en op interactieve wijze geduid. De opbrengst hiervan is in hoofdstuk 7 meegenomen.

2.3 DEELNEMENDE INSTELLINGEN

In het onderzoek is onder andere onderzocht hoe zorginstellingen in de praktijk hun behandelcomponent hebben georganiseerd en hoe deze behandeling wordt uitgevoerd. Om te komen tot een representatieve groep deelnemende instellingen, hebben de onderzoekers vooraf een lijst met potentiële deelnemers gedeeld met het Ministerie van VWS. Deze lijst is samengesteld op basis van het netwerk van de onderzoekers, opgebouwd vanuit tientallen jaren ervaring in de VVT-sector, zowel op het gebied van consultancy als onderzoek. Bij de selectie is rekening gehouden met regionale spreiding, variatie in organisatiewijze en verschillen in de omvang van de instellingen. De voorgestelde lijst is afgestemd met zowel de opdrachtgever als de klankbordgroep, waarna deze is aangevuld. Vervolgens zijn alle instellingen op de lijst door het Ministerie van VWS per e-mail geïnformeerd over het onderzoek en de bijbehorende motivatie. Kort daarna zijn de instellingen door de onderzoekers benaderd voor een nadere toelichting op de onderzoeksaanpak, het beoogde resultaat en de belangen van de verschillende betrokken partijen. Uiteindelijk hebben 21 instellingen deelgenomen aan het onderzoek. Slechts een beperkt aantal instellingen dat benaderd

is, heeft besloten niet deel te nemen. Oorspronkelijk was het doel om 15 instellingen te betrekken. Vanwege de grote interesse en de verwachte meerwaarde voor de onderzoeksresultaten is besloten alle 21 geïnteresseerde instellingen te laten participeren. Onderstaand is een overzicht opgenomen van de desbetreffende deelnemende instellingen.

Figuur 2: overzicht deelnemende instellingen

Deelnemende instellingen		Spreiding van de deelnemende instellingen over Nederland
Avoord Etten Leur	Kwadrant Groep Drachten	
Brabantzorg Oss	Meander Groep Zuid Limburg Landgraaf	
Brentano Amstelveen	Oosterlengte Winschoten	
Coloriet Lelystad	Parago Arnhem	
DeReigershoeve Heemskerk	Patyna Sneek	
Dignis Groningen	Saxenburgh Hardenberg	
Florence Rijswijk	Sensire Varsseveld	
Stichting Humanitas Rotterdam	Talma Urk Urk	
Inovum Loosdrecht	TanteLouise Bergen op Zoom	
Interzorg Assen	Zorggroep Drenthe Assen	
Kennemerhart Haarlem		

De deelnemende instellingen zijn, zoals in bovenstaand figuur weergegeven, geografisch behoorlijk verspreid over heel Nederland. Daarnaast is bij de samenstelling van de onderzoeksgroep nadrukkelijk gestreefd naar diversiteit op meerdere vlakken. Zo nam onder andere een behandeldienst met een regionale functie deel, die behandeling verzorgt voor meerdere VVT-instellingen. Verder omvat de groep zowel instellingen die vrijwel alle behandeling extern inkopen als instellingen die volledig eigen behandelcapaciteit inzetten. Ook is sprake van variatie in omvang (klein tot groot), ligging (stedelijk en landelijk), en identiteit (instellingen met een religieuze of andere levensbeschouwelijke grondslag én instellingen zonder uitgesproken identiteit). Van de 21 instellingen heeft één organisatie uitsluitend deelgenomen aan de eerste gespreksronde; vanwege interne prioriteiten kon deze instelling geen verdere bijdrage leveren aan de tweede ronde.

2.4 SFEER

Aan het onderzoek namen betrokken en gemotiveerde instellingen deel. Deze deelnemers toonden grote betrokkenheid bij hun cliënten, medewerkers en het bredere vakgebied. Zij dachten actief mee over een succesvolle uitvoering van het onderzoek, leverden tijdig de benodigde data en documentatie aan, en bereidden de gesprekken zorgvuldig voor. Ondanks de uitdagende timing – onder andere als gevolg van de drukte rond de eindejaarsperiode – waren de deelnemers bereid om actief en binnen de gevraagde termijnen bij te dragen. De bereidheid en motivatie om kennis te delen was groot, evenals de nieuwsgierigheid naar de uitkomsten van het onderzoek. De deelnemers onderkennen het belang van inzicht in hoe andere instellingen de behandelcomponent organiseren. Ook leeft breed de behoefte aan een dialoog met het Ministerie van VWS om gezamenlijk te kijken hoe maatschappelijke ontwikkelingen richting de verdere toekomst het hoofd geboden kan worden. Enige reserves bij de deelnemers kunnen worden opgemaakt ten aanzien van wat er met de uitkomsten van het onderzoek zal gaan gebeuren. Zo is bijvoorbeeld meerdere keren gevraagd of de inzichten gebruikt gaan worden voor bijvoorbeeld het normeren van behandelcomponenten of het kunnen beoordelen van de (on)mogelijkheden voor verdergaande bezuinigingsmaatregelen.

2.5 DISCLAIMER

Representativiteit; Aan dit onderzoek hebben 21 instellingen deelgenomen. Gezien het totaal van circa 500 instellingen binnen de ouderenzorg met Wlz-behandeling, is het onderzoek daarmee niet representatief voor de gehele sector. Dat is echter ook geenszins het doel van dit onderzoek. De opzet is gericht op het creëren van een momentopname ("foto") van de organisatorische en inhoudelijke inrichting van de behandelcomponent binnen de ouderenzorg met Wlz-behandeling.

Validiteit en betrouwbaarheid; De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek zijn bevorderd door een duidelijke afbakening van de onderzoeksvraag, een zorgvuldige opzet van de onderzoeksmethodiek, een bewuste selectie van respondenten (op basis van functies e.d.), en een gestructureerde aanpak van dataverzameling en -analyse. Voor de gesprekken is gewerkt met een vooraf opgestelde topiclijst, wat heeft bijgedragen aan een consistente en gerichte dataverzameling. De gespreksverslagen zijn gecodeerd en vervolgens geanalyseerd om de validiteit verder te versterken. De door de instellingen aangeleverde gegevens zijn tijdens gesprekken gevalideerd, maar niet gecontroleerd bijvoorbeeld op basis van brondata.

Niet normatief; De onderzoeksresultaten zijn met uiterste zorg weergegeven zonder moreel oordeel, normatieve stellingname of voorschrift over wat wenselijk of juist zou zijn. De rapportage beschrijft de huidige situatie zoals die is aangetroffen, en niet hoe deze idealiter zou moeten zijn. De conclusies en bevindingen zijn zoveel mogelijk objectief geformuleerd en dienen als beschrijvende weergave van de praktijk.

2.6 FOTO

In de hoofdstukken 3 tot en met 6 wordt de 'foto' gepresenteerd zoals die is opgesteld van de kwalitatieve en kwantitatieve organisatie van de behandeling binnen de ouderenzorg. Deze weergave betreft een beschrijving geclusterd volgens het onderzoekskader. Per onderdeel wordt inzicht gegeven in de gemene delers en de variatie die is aangetroffen tussen de deelnemende instellingen. Waar mogelijk worden deze bevindingen ondersteund met onderliggende data. Verklaringen voor de geconstateerde verschillen en variaties zijn zo zorgvuldig mogelijk geformuleerd. Tevens worden de belangrijkste uitdagingen en het aanwezige potentieel benoemd. Om vergelijkingen binnen het brede onderzoeksveld mogelijk te maken, zijn onderdelen van de foto – zoals functies – gecategoriseerd. Alleen op deze wijze is het mogelijk om de resultaten van de deelnemende instellingen met elkaar te kunnen vergelijken. Op deze manier worden overeenkomsten en verschillen binnen het onderzoeksveld op feitelijke wijze zichtbaar.

3 INRICHTING EN STURING

3.1 INRICHTING, PLANVORMING EN BESTURING

Organisatie-inrichting

Binnen instellingen wordt de behandeldienst doorgaans organisatiebreed ingericht, veelal als een centrale dienst onder leiding van een hoofd en/of één of meerdere managers behandeldienst (of functietitels van gelijke strekking). De verdeling van verantwoordelijkheden binnen deze diensten varieert. In sommige instellingen wordt onderscheid gemaakt tussen medische en bedrijfsvoeringsverantwoordelijkheid. In bepaalde gevallen zijn deze verantwoordelijkheden in één functie verenigd; in andere situaties is sprake van duaal management. Daarbij is de eerstverantwoordelijk geneeskundige verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medische zorg, terwijl de manager behandeldienst zich richt op onder meer bedrijfsvoering, planning en organisatie. In de meeste gevallen wordt het management gevormd door één of meerdere managers, met of zonder behandel- of zorginhoudelijke achtergrond. De structuur van de behandeldienst verschilt per organisatie en kent grofweg de volgende varianten:

- Centrale aansturing: De behandeldienst functioneert als een geïntegreerde eenheid onder leiding van één of meerdere (zorginhoudelijk of niet zorg-inhoudelijke) managers.
- Gespecialiseerde subafdelingen: De behandeldienst is onderverdeeld in aparte onderdelen, bijvoorbeeld Medisch en Algemeen, of Medisch, Psychosociaal en Paramedisch. Deze subafdelingen worden aangestuurd door (zorginhoudelijke of niet-zorginhoudelijke) leidinggevenden.

Daarnaast zijn er varianten waarbij managers niet alleen verantwoordelijk zijn voor de interne aansturing van de behandeldienst, maar deze ook vertegenwoordigen in het directie- of bestuursteam van de instelling.

Behandelaren worden meestal ingezet op één of meerdere locaties, of binnen één of meerdere (sub)regio's. Sommige behandelaren hebben vaste locaties, anderen werken locatieoverstijgend. Dit is mede afhankelijk van de werkbelasting en de beschikbare fte per behandeldiscipline. Binnen veel instellingen zijn vakgroepen ingericht waarin behandelaren van eenzelfde discipline samenwerken. Behandelaren worden in sommige gevallen ook doelgroepoverstijgend ingezet, bijvoorbeeld voor eerstelijnsverblijf en andere doelgroepen.

Planvorming

Jaarplannen en een gedeelde visie op zorg en behandeling vormen bij veel instellingen een belangrijk kader voor de inrichting en werkwijze van de behandeldienst. In hoofdlijnen is bij meerdere organisaties de ontwikkeling zichtbaar of gerealiseerd van een traditioneel medisch model naar een meer welzijnsgerichte benadering. Hierbij ligt de nadruk op principes als 'zo lang mogelijk comfortabel leven', waarbij bewust niet altijd gekozen wordt voor het maximaal benutten van technische behandelopties of het kunstmatig verlengen van het leven. Voorbeelden van speerpunten uit visie- en jaarplannen van behandeldiensten zoals deze in het onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn onder andere:

- Verduidelijking van samenwerkingsafspraken tussen specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten.
- Taakherschikking en herinrichting van werkprocessen.
- Meer focus op coaching en minder op directe behandeling en begeleiding.

- Verschuiving van normgericht (vaste normen per behandelaar per cliënt, meer procedure en protocol) naar cliëntgericht (cliëntspecifieke behoefte en hulpvraag) werken.
- Specialisatie binnen de behandeldienst, bijvoorbeeld gericht op dementie met zeer complex probleemgedrag.
- Ontwikkeling van deskundigheid op het gebied van reablement.
- Toewerken naar één centrale organisatie voor behandeling in de regio.
- Versterking van de aanspreekcultuur.
- Streven naar een financieel gezonde bedrijfsvoering.

Het onderzoek laat echter ook zien dat visievorming en planontwikkeling niet bij alle instellingen even ver zijn gevorderd. In sommige gevallen is er (nog) geen concrete visie of jaarplan beschikbaar voor de behandeldienst, of is deze slechts ten dele uitgewerkt. Daarnaast komt het voor dat een visie wel op papier staat, maar dat de implementatie nog moet worden opgestart of zich in een beginstadium bevindt. Instellingen geven bovendien aan dat bepaalde inhoudelijke vraagstukken – zoals de gewenste mate van medicalisering – wel degelijk leven binnen de organisatie, maar dat hierop nog geen eenduidige of gezamenlijke expliciete antwoorden zijn geformuleerd..

Sturing

De sturing en verantwoording met betrekking tot de behandeldienst vindt voornamelijk plaats op het niveau van financiën, productiviteit en begroting. Inhoudelijke verantwoording (feitelijk meetbaar zoals bijvoorbeeld met KPI's) krijgt in veel gevallen relatief beperkt aandacht. In sommige instellingen is deze inhoudelijke verantwoording belegd bij de eerstverantwoordelijk arts en/of gedragskundige, die op directieniveau kunnen rapporteren en verantwoording afleggen. Dat inhoudelijke verantwoording minder expliciet zichtbaar is, betekent zeker niet dat kwaliteit geen aandacht krijgt. Zo vervult de regiebehandelaar een centrale rol in het initiëren, monitoren en borgen van de inzet van behandelaars. Daarnaast vinden er bijvoorbeeld intercollegiale vormen van overleg, afstemming en consultatie plaats. Binnen vakgroepen sturen vakgroepvoorzitters hun collega's functioneel en inhoudelijk aan, hoewel dit zelden gepaard gaat met een formele hiërarchische positie. Tot slot zijn er enkele instellingen waar (elementen van) zelforganisatie en zelfsturing binnen de behandeldienst zijn geïmplementeerd.

Variatie en verklaringen

De variaties in inrichting, planvorming en sturing van behandeldiensten lijken grotendeels voort te komen uit verschillen in organisatieomvang, de aard van de doelgroepen, beschikbare budgetten en formatie, evenals uit historisch gegroeide werkwijzen. Wanneer een bepaalde praktijk goed bevalt en bestendig is, is er weinig reden om hier verandering in aan te brengen. Het aantal instellingen dat momenteel aangeeft te worstelen met de inrichting, planvorming of sturing van de behandeldienst lijkt beperkt. Doorontwikkeling op de bestaande weg vindt veel plaats.

3.2 INZET EN VERDELING VAN MIDDELEN

In aansluiting op de missie, visie en doelstellingen van de organisatie hebben formatiebepaling en begroting directe invloed op de wijze waarop de behandeldienst wordt ingericht. De kernvraag daarbij is: hoe vertaalt dit zich naar de inzet van tijd en middelen, en welke overwegingen spelen hierin een rol? Het bepalen van de formatie en het opstellen van de begroting voor behandeldiensten in de ouderenzorg is een complexe opgave. Deze is afhankelijk van diverse factoren, zoals cliëntindicaties (zorgprofielen/ZZP's), historische data, beschikbare financiële ruimte en strategische keuzes van de organisatie. De praktijk laat een breed palet aan benaderingen en methodieken zien. Instellingen hanteren uiteenlopende invalshoeken bij het vaststellen van formatie en budget, vaak in onderlinge combinatie. Hieronder worden enkele veelvoorkomende benaderingen kort toegelicht.

1. Historisch gebaseerde begroting

Sommige instellingen baseren hun begroting op historische gegevens. Deze aanpak biedt stabiliteit en herkenning, maar sluit niet altijd aan bij de actuele en toekomstige zorgvraag. Dit risico is met name aanwezig bij veranderende cliëntprofielen, zoals een toenemende zorgzwaarte of concentratie van specifieke doelgroepen op bepaalde locaties. Instellingen die deze benadering hanteren, zijn vaak actief bezig met het verzamelen van nieuwe data of het zoeken naar interne of externe ijkpunten om hun begrotingsmethodiek te actualiseren.

2. Financieel beschikbare ruimte als uitgangspunt

Een veelvoorkomende benadering is het bepalen van de formatie op basis van de beschikbare financiële middelen. Hierbij wordt eerst vastgesteld hoeveel budget er beschikbaar is vanuit de totaal beschikbare middelen, waarna de financiële middelen en de hieruit voortvloeiende formatie van behandelingen wordt bepaald. Dit kan echter leiden tot knelpunten wanneer de zorgvraag groter is dan de beschikbare middelen. Ook kan hier de aansluiting op de verdeling van de zorgzwaarte op de verschillende locaties qua doelgroepen onder druk komen te staan.

3. Indicatiegestuurde formatiebepaling

Een aantal instellingen hanteert een model waarbij de formatie direct wordt afgeleid uit de cliëntindicaties. De gelden ten behoeve van de behandelcomponent zijn niet geoormerkt. Wel wordt bijvoorbeeld gekeken naar de zorgzwaartepakketten (ZZP's) en wordt de bijbehorende behandelcomponent hiervan afgeleid. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het tarief van een ZZP met behandeling te verminderen met het tarief van dezelfde ZZP zonder behandeling. Het verschil is gesplitst in een looncomponent en een materiele component. De looncomponent wordt dan als basis gebruik voor het bepalen van de financiële ruimte. Veelal wordt een percentage van deze looncomponent als uitgangspunt voor het budget gebruikt. Dit model biedt de mogelijkheid tot een cliëntgerichte benadering en sluit aan bij de geïndiceerde zorgvraag. Met deze manier van formatiebepaling wordt ervan uitgegaan dat de zorgzwaarte in de praktijk correspondeert met de inzet van middelen op basis van de indicatie.

4. Urenbegroting versus geldbegroting

Een aantal instellingen stappen over van een geldbegroting naar een urenbegroting. Dit geeft meer inzicht in de daadwerkelijke inzet en biedt mogelijkheden om de inzet van behandelingen beter te monitoren en bij te sturen. Urenbegrotingen lijken het bovendien makkelijker te maken om tekorten of overschotten tijdig te signaleren.

5. Lumpsumbegroting met discretionaire besteding

In sommige instellingen wordt een lumpsumbedrag toegekend aan de behandeldienst, dat vervolgens naar eigen inzicht verdeeld wordt over disciplines en locaties. Deze methode biedt flexibiliteit en vergroot de invloed van behandelingen op de inzet van zorg, maar kent ook risico's. Door het ontbreken van een vaste verdeelsleutel kunnen discussies ontstaan over de rechtvaardigheid en transparantie van de besteding. Vanuit cliëntperspectief ontstaan immers verschillen tussen de beschikbaarheid van behandeling op de ene locatie of de andere locatie van de instelling, ongeacht dat er sprake is van een gelijke indicatie.

6. Gebruik van normtijden en spelregels

Een aantal instellingen werkt met normtijden per cliënt of standaarduren per week. Dit zorgt voor duidelijkheid en voorspelbaarheid in de inzet. Tegelijkertijd kan deze benadering beperkt flexibel zijn bij wisselende of complexe zorgvragen.

Ongeacht de gekozen methodiek is de inzet van behandelingen in de praktijk vrijwel altijd cliëntgericht. Meerdere instellingen geven aan dat behandelingen soms ook zorg leveren aan cliënten die op een plek zonder behandeling verblijven of zonder dat daar een vorm van financiering tegenover staat. Binnen de instellingen wordt doorgaans geen onderscheid gemaakt tussen de

financiering van de behandeldienst en de financiering van specifieke behandelaren. Tot slot worden formatie en begroting in sommige gevallen beïnvloed door afspraken met zorgverzekeraars of de organisatie van eerstelijnszorg. Contractuele afspraken met zorgkantoren kunnen een aanzienlijke impact hebben op de beschikbare middelen voor behandeldiensten.

Variatie en verklaringen

De formatiebepaling en begroting van behandeldiensten binnen de ouderenzorg kent diverse benaderingen, elk met eigen voor- en nadelen. De keuze voor een specifieke methodiek is afhankelijk van de context van de organisatie, de beschikbare middelen en de strategische doelstellingen. Binnen veel instellingen is zichtbaar dat er steeds meer wordt gezocht naar een optimale balans tussen flexibiliteit, doelmatigheid en kwaliteit. Voor veel organisaties is het opstellen van een passende formatie en begroting voor de behandeldienst een actueel en complex vraagstuk. Er leeft een duidelijke behoefte aan inzicht in hoeveel financiële middelen en fte's hiervoor beschikbaar (zouden moeten) zijn. Tijdens het onderzoek is dan ook regelmatig gevraagd hoe andere zorginstellingen hiermee omgaan en of er benchmarkgegevens beschikbaar zijn die kunnen bijdragen aan het onderbouwen van keuzes rondom de verdeling van capaciteit en middelen.

Uitdaging, potentieel en ambities

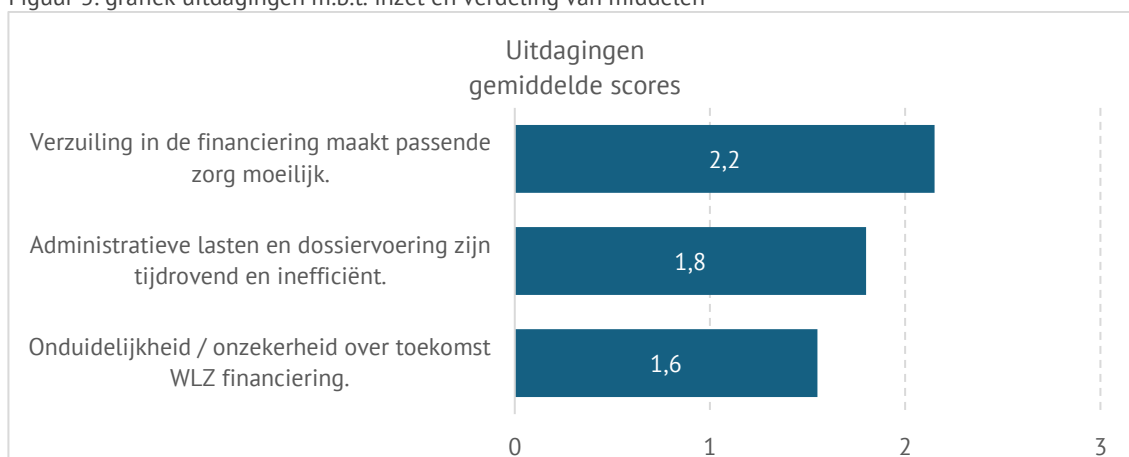
Bij een aantal instellingen wordt aangegeven dat de begroting van de behandeldienst structureel niet kostendekkend is. In sommige gevallen wordt vooraf geaccepteerd dat er sprake zal zijn van een aanzienlijk verlies, in een enkel geval zelfs oplopend tot een miljoen euro. Daarnaast worden Wlz-middelen soms ingezet voor het bekostigen van andere, onvoldoende gefinancierde zorgvormen, zoals ELV, zorg zonder behandeling en zorg in de wijk.

De inzet van behandelaren is bij veel organisaties in ontwikkeling. Mede als gevolg van schaarste aan personeel en middelen wordt in toenemende mate gewerkt met taakherschikking en/of taakherinrichting – zowel binnen behandeldisciplines, tussen behandelaren en zorgteams en taak, als tussen formele en informele zorg. Bij taakherschikking betreft het overhevelen van taken en bevoegdheden binnen een wettelijk kader. In sommige gevallen heeft dit geleid tot een aangepaste disciplinemix of tot verschuivingen in begroting en inzet. Deze veranderingen zijn vaak complex en gaan niet zonder de nodige uitdagingen. Veel zorgkantoren kopen namelijk niet voor 100 % behandeling in, waardoor in één hetzelfde huis, op één en dezelfde gang, in één en dezelfde huiskamer, cliënten kunnen verblijven van wie sommige alle behandeling van de organisatie (en de Wlz) ontvangen, en anderen onder de huisarts vallen. Het is aan zorgorganisaties om hun behandeldiensten zelf in te richten. Behandelaren worden daarmee in de praktijk soms ook ingezet voor mensen die formeel op een plek zonder behandeling zitten. De bekostiging van behandeling en zorg via Wlz en de Zorgverzekeringswet wordt daarmee veelal als versnipperd en complex ervaren. Dit leidt tot inefficiënties en ongelijkheid in de toegang tot zorg. Financieringsstromen sluiten daarmee niet altijd aan bij de aard van het ziektebeeld of de daadwerkelijke zorgvraag. Hoewel dit onderzoek zich specifiek richt op cliënten met psychogeriatrische of somatische zorgprofielen mét behandeling, blijkt dat in de praktijk dit onderscheid niet altijd strikt wordt gehanteerd.

Bovendien leidt de complexiteit van financiering tot extra administratieve lasten. Het aanvragen van zorgprofielen en het toepassen van de Wet zorg en dwang vergt bijvoorbeeld veel tijd. Wanneer het aanvragen van zwaardere zorgprofielen wel extra administratieve handelingen vragen, maar niet resulteren in meer middelen of tijd voor zorgteams, roept dit vragen op over de prikkelwerking: in hoeverre worden teams daadwerkelijk gestimuleerd om proactief te signaleren en te handelen?

De deelnemende instellingen is gevraagd een aantal uitdagingen te beoordelen op de mate waarin zij deze momenteel en met het oog op de toekomst als problematisch ervaren. De aspecten die betrekking hebben op financiering en administratieve lasten zijn als volgt beoordeeld:

Figuur 3: grafiek uitdagingen m.b.t. inzet en verdeling van middelen



0= geen probleem, 1= gematigd probleem, 2= probleem, 3= stevig probleem
Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Verzuiling c.q. schotten in de financiering is door de deelnemende instellingen het vaakst aangeduid als een probleem. Deze uitdaging scoorde het hoogst van alle bevroegde onderwerpen. Instellingen geven aan dat de gefragmenteerde financieringsstructuur het leveren van passende zorg aanzienlijk bemoeilijkt. Enkele toelichtingen vanuit de praktijk:

- “De financieringsschotten zouden zoveel mogelijk moeten verdwijnen.”
- “Het is vaak zoeken naar de juiste indicatie of financieringsbron. De structuur is complex en sluit onvoldoende aan op de realiteit, omdat indicaties zijn ingericht op enkelvoudige problematiek.”
- “Complexe casussen vereisen afstemming tussen meerdere partijen, maar deze voor coördinatie benodigde tijd wordt niet gefinancierd.”
- “Indicaties worden op afstand toegekend, terwijl de cliëntpopulatie en zorgvraag sterk variëren. Er is een gebrek aan maatwerk.”
- “Hoewel we inzetten op langer thuis wonen, sluit de financiering hier vaak onvoldoende op aan.”
- “Er wordt veel zorg geleverd in de eerstelijns die niet of nauwelijks declarabel is.”
- “Netwerkgorg zou ruimer gefaciliteerd moeten worden.”
- “Er ontbreekt een duidelijke norm in de verpleeghuiszorg waarop de behandelcapaciteit is gebaseerd, evenals een richtlijn voor de inzet van behandel disciplines.”
- “De pilot ‘Verpleegkundig Specialist in de wijk’ is zeer succesvol, maar financieel niet structureel haalbaar. Het huidige financieringssysteem dwingt ons terug in verouderde werkwijzen.”

Administratieve lasten en dossiervoering zijn beoordeeld tussen gematigd probleem en probleem. Instellingen noemen met name de toenemende bewijslast en de inefficiëntie van systemen. Veelal worden zorg- en behandeldossiers in verschillende applicaties bijgehouden, wat leidt tot gebrekkige gegevensuitwisseling en noodzaak tot handmatige overzetting. Dit is foutgevoelig en kost veel tijd. Ondanks digitalisering blijft een gebrek aan onderlinge systeemkoppelingen binnen de zorgketen een knelpunt.

Onzekerheid over de toekomst van de Wlz-financiering is eveneens beoordeeld tussen gematigd probleem en probleem. Deelnemers wijzen op de politieke onzekerheid en frequente bezuinigingsdiscussies als belemmerend voor het maken van structureel beleid. Terwijl de zorgvraag toeneemt, wordt de beleidsruimte ingeperkt door wisselend politiek draagvlak en beperkte financiële zekerheid.

Het is de vraag of genoemde problemen en de wil om deze op te lossen c.q. te reduceren een ingrijpende stelselwijziging nodig heeft. Een deelnemende instelling wees in die context op het document ‘Specialist ouderengeneeskunde 2030 - handelingsperspectieven en positionering’ van Verenso waarin het volgende is genoemd over de financiering en het stelsel: “Als Verenso zijn we van mening dat een grote stelselwijziging niet de problemen van kwetsbaren in de samenleving

noch het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zal oplossen. Voor Verenso staat het belang van de kwetsbare patiënt en diens behandeling centraal; vanuit dat perspectief zal moeten worden geredeneerd. Veel problemen die er nu zijn, zouden binnen het huidige stelsel moeten kunnen worden opgelost. Denk bijvoorbeeld aan zaken als:

- Het oormerken van de behandelcomponent binnen de Wlz zodat de artsen de regie krijgen op de behandelgelden waardoor patiëntgerichter en efficiënter kan worden gewerkt.
- Het voor alle artsen makkelijker te maken om medische zorg buiten de muren van de instelling eenvoudiger te declareren.
- De mogelijkheid te onderzoeken om de Wlz-indicatie pas te effectueren als het verpleeghuis/instelling/kleinschalige woonvorm wordt betrokken (d.w.z. thuis alleen werken met GZSP).
- Het reduceren van onnodige administratieve handelingen.”

4 ORGANISATIE BEHANDELDIENST

4.1 BEHANDELAREN

Binnen de Wlz vervullen diverse (para)medische disciplines een essentiële rol in het ondersteunen van cliënten bij hun dagelijks functioneren en gezondheid. De zorg richt zich primair op het behouden, en waar mogelijk verbeteren, van het bewegend functioneren, de zelfredzaamheid, communicatie en algehele gezondheid. Daarbij ligt de nadruk op preventie en vroegtijdige signalering van problematiek. Deze zorg wordt geleverd door professionals die handelen op basis van evidence-based practice, binnen geldende wettelijke kaders, en met een ethische benadering waarin respect voor de autonomie en behoeften van de cliënt centraal staat.

Binnen de instellingen wordt een breed palet aan behandelaren ingezet. De functies die hierbij worden onderscheiden zijn afhankelijk van factoren zoals de doelgroep, de zorgbehoefte, de visie op zorg en behandeling, en de beschikbare middelen. Voor dit onderzoek zijn de functies binnen de behandelinstellingen van de deelnemende instellingen geclusterd in de volgende vijf functiecategorieën:

1. Medisch.
2. Paramedisch.
3. Psychosociaal.
4. Overige zorg.
5. Ondersteuning.

In onderstaande tabel worden deze functiecategorieën weergegeven, inclusief de bijbehorende (geüniformeerde) functies.

Figuur 4: tabel functiecategorieën en geüniformeerde functies

Functiecategorie	(geüniformeerde) Functie Al dan niet In Opleiding
1. Medisch	Specialist ouderengeneeskunde
	Arts
	Verpleegkundig specialist
	Physician assistant
2. Psychosociaal	GZ Psycholoog
	Psycholoog
	Maatschappelijk werker
	Psychomotorisch therapeut
	Psychosociaal overig
3. Paramedisch	Fysiotherapeut
	Ergotherapeut
	Bewegingsagoog
	Logopedist
	Diëtist

4. Overig zorg	(Para)medisch assistent
	Consulent / coach
	Doktersassistent
	Geestelijk verzorger
	Muziektherapeut
	Therapeut
	Verpleegkundige
5. Ondersteuning	Administratief Medewerker
	Ondersteuning overig
	Management assistent / secretaresse
	Manager behandeldienst

Het indelen van functies in de genoemde categorieën is tot op zekere hoogte arbitrair en geen exacte wetenschap. Bepaalde functies kunnen, afhankelijk van de context, in meerdere categorieën thuishoren. Dit is mede afhankelijk van de specifieke inrichting binnen een instelling en de taken die aan de functie zijn verbonden. Zo wordt een functie als doktersassistent in de ene organisatie primair administratief en secretariael ingezet, terwijl deze in een andere context ook zorgondersteunende handelingen verricht, zoals het uitspuiten van oren. Eveneens verschilt de classificatie van een beweegagoog: bij sommige instellingen wordt deze als 'paramedisch' aangeduid, terwijl andere instellingen deze onder 'overige zorg' scharen. In de bijlage is van een aantal veelvoorkomende behandelfuncties een beknopte beschrijving opgenomen van de belangrijkste taken, gebaseerd op de door de instellingen aangeleverde functiebeschrijvingen en informatie uit de verschillende gesprekken. Daarnaast bevat de bijlage een totaaloverzicht van alle functies die binnen de behandeldiensten van de deelnemende instellingen voorkomen. Daarbij is vermeld aan welke uniforme functie (ten behoeve van het onderzoek) deze zijn gekoppeld en binnen welke functiecategorie deze zijn ingedeeld.

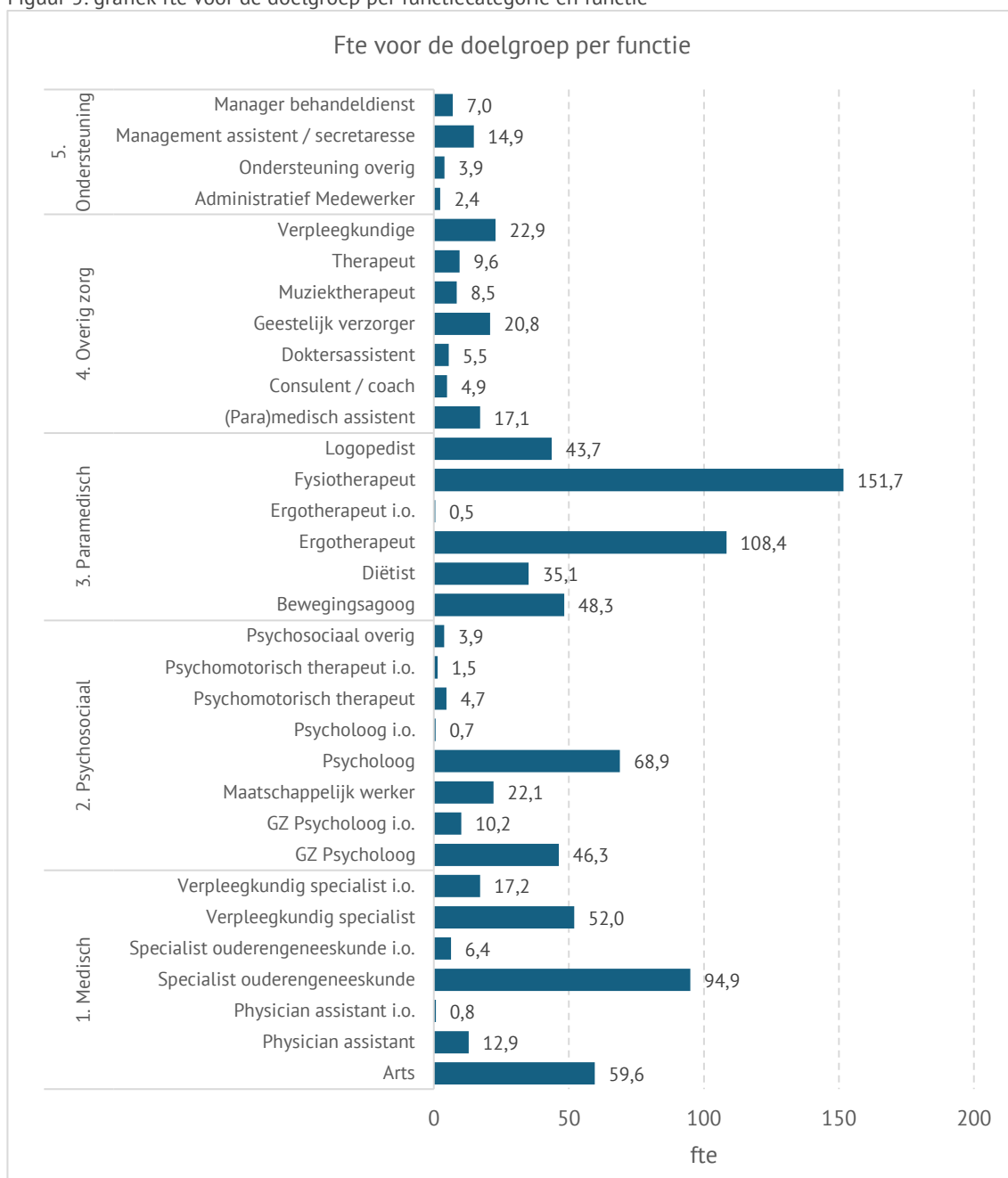
Disciplinemix

Feiten en cijfers

Elke deelnemende instelling heeft personeelsdata aangeleverd met betrekking tot het aantal fte's binnen de behandeldienst (peildatum: december 2024), uitgesplitst naar functie en naar type arbeidsbetrekking (medewerkers in loondienst en personeel niet in loondienst – PNIL). Daarnaast is gevraagd welk deel van deze fte's per functie daadwerkelijk werkzaam is voor de doelgroep van dit onderzoek. In vrijwel alle gevallen betreft dit een inschatting en geen exact meetbare verhouding. De resultaten van deze inschattingen zijn gebruikt om het aantal fte's per functie voor de betreffende doelgroep te berekenen, waarop de hiernavolgende analyses zijn gebaseerd.

In onderstaande grafiek wordt het totaal aantal fte's per functie bij de participerende instellingen weergegeven, voor zover deze inzet betrekking heeft op de doelgroep van het onderzoek.

Figuur 5: grafiek fte voor de doelgroep per functiecategorie en functie



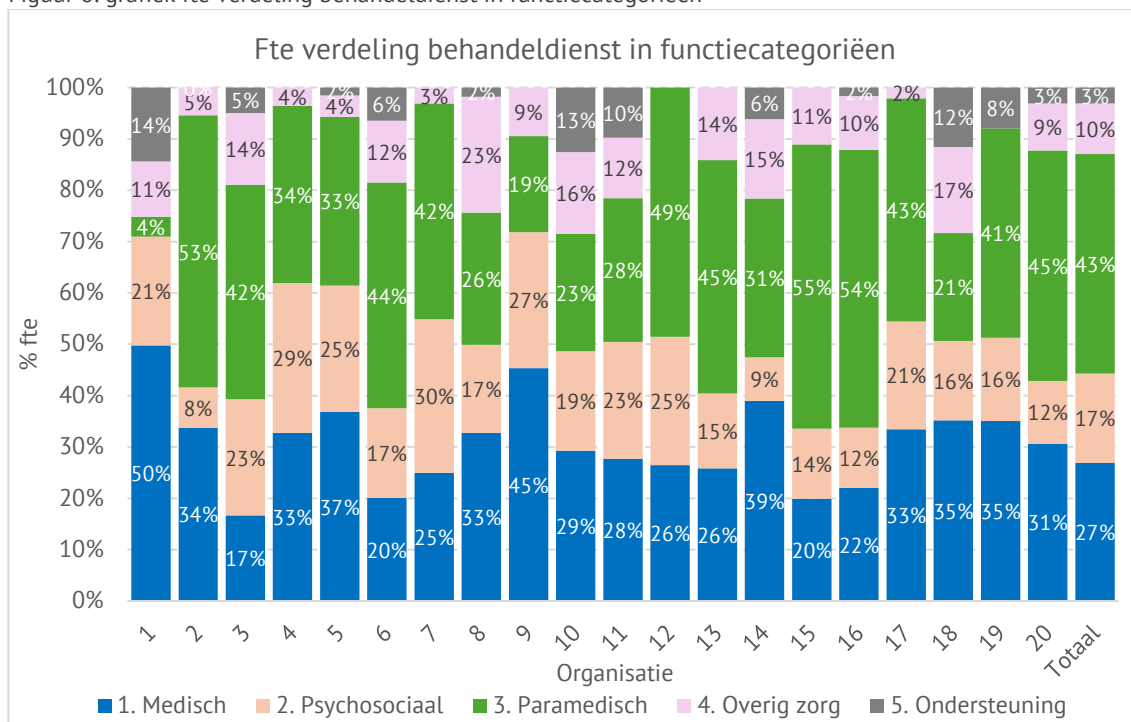
De functies met het hoogste aantal fte's binnen de groep van deelnemende instellingen (meer dan 25 fte) zijn, in aflopende volgorde van omvang:

- Fysiotherapeut.
- Ergotherapeut.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Psycholoog.
- Arts.
- Verpleegkundig specialist.
- Bewegingsagoog.
- GZ psycholoog.
- Logopedist.
- Diëtist.

Deze top 10 aan veel voorkomende behandel functies is in de bijlage generiek beschreven. Deze beschrijvingen zijn gemaakt op basis van de uit de gesprekken opgehaalde informatie en door deelnemende instellingen aangeleverde functiebeschrijvingen.

Onderstaande figuur toont de procentuele verdeling van fte's over de verschillende functiecategorieën binnen de behandel diensten van de twintig deelnemende instellingen. Elke instelling heeft hiervoor een uniek instellingsnummer (1 t/m 20). De weergegeven cijfers betreffen uitsluitend de fte's die zijn ingezet voor de doelgroep van dit onderzoek. Daarnaast is het totaal gemiddelde van alle deelnemende instellingen opgenomen (Totaal).

Figuur 6: grafiek fte verdeling behandel dienst in functiecategorieën

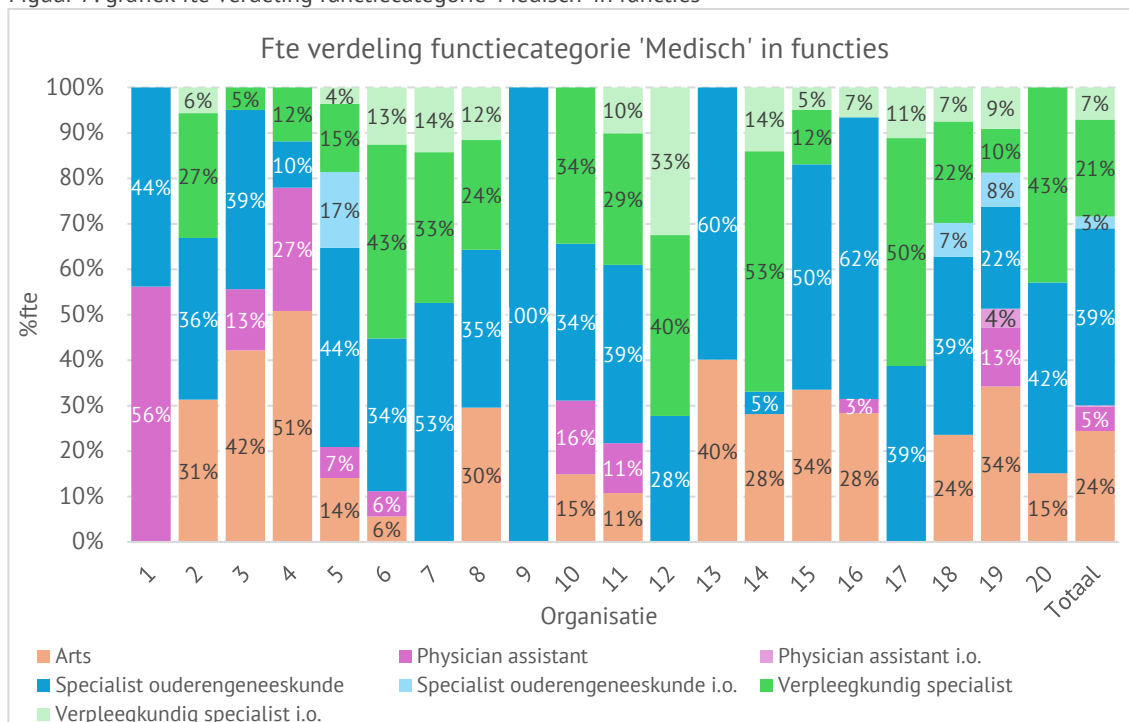


De onderlinge verhoudingen van de functiecategorieën laten een divers beeld zien binnen de behandel diensten. In vrijwel alle organisaties vormt de paramedische categorie het grootste aandeel in de behandel dienst. De medische functies nemen gemiddeld het op één na grootste aandeel in, met een aanzienlijke variatie tussen de organisaties. De psychosociale functies laten een relatief stabiel aandeel zien over de meeste organisaties, al varieert dit van 8% tot 30%. De categorieën 'Overig zorg' en 'Ondersteuning' zijn het kleinst. Er is een duidelijke spreiding zichtbaar in hoe de formatie over disciplines verdeeld is, wat mogelijk samenhangt met visie, doelgroep of organisatieomvang. De grafiek onderstreept de diversiteit in inrichting van behandel diensten, waarbij de balans tussen medische, psychosociale en ondersteunende functies sterk kan verschillen.

Van de drie grootste functiecategorieën, te weten Medisch, Psychosociaal en Paramedisch zijn onderstaand de verschillende functiemixen weergegeven.

Functiecategorie Medisch

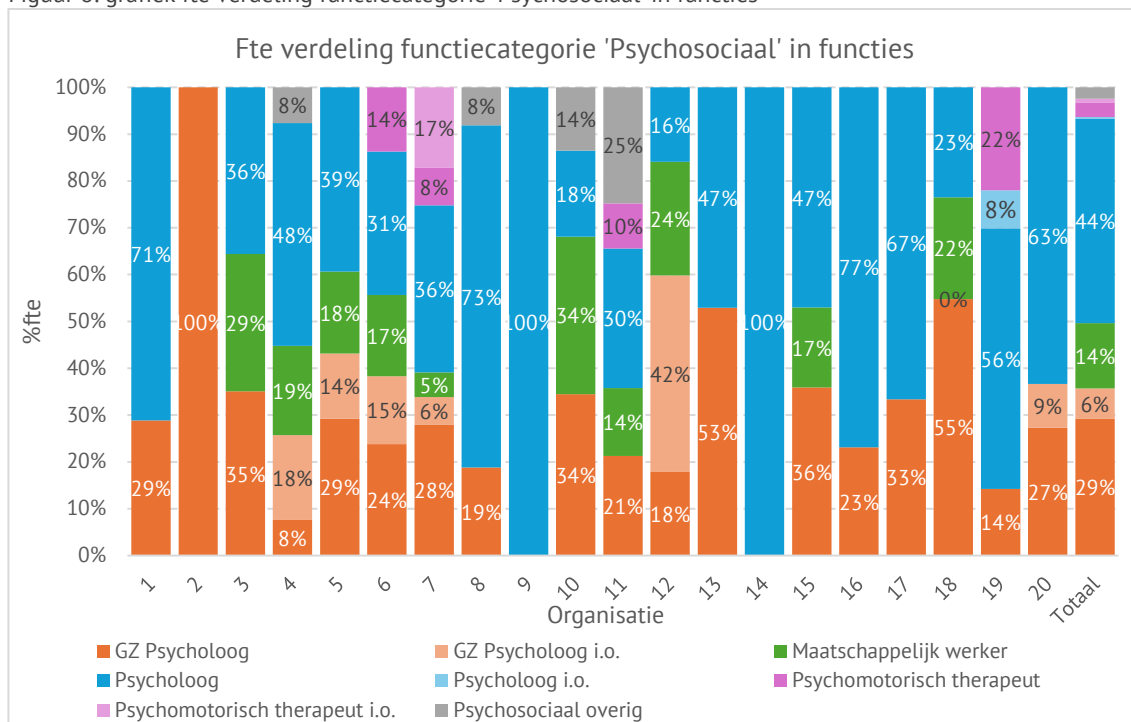
Figuur 7: grafiek fte verdeling functiecategorie 'Medisch' in functies



De grafiek laat zien dat niet alle instellingen alle onderscheiden medische functies inzetten. Alleen de specialist ouderengeneeskunde is bij alle deelnemende instellingen vertegenwoordigd. De meeste instellingen maken daarnaast ook gebruik van verpleegkundig specialisten en artsen. In situaties waarin meerdere medische functies worden ingezet, worden deze doorgaans als complementair aan elkaar beschouwd. Daarnaast draagt dit bij aan het hebben en houden van voldoende medische capaciteit. Het opleiden van verpleegkundig specialisten is binnen veel instellingen gangbaar. Gemiddeld is er één verpleegkundig specialist in opleiding op iedere drie gediplomeerde verpleegkundig specialisten.

Functiecategorie Psychosociaal

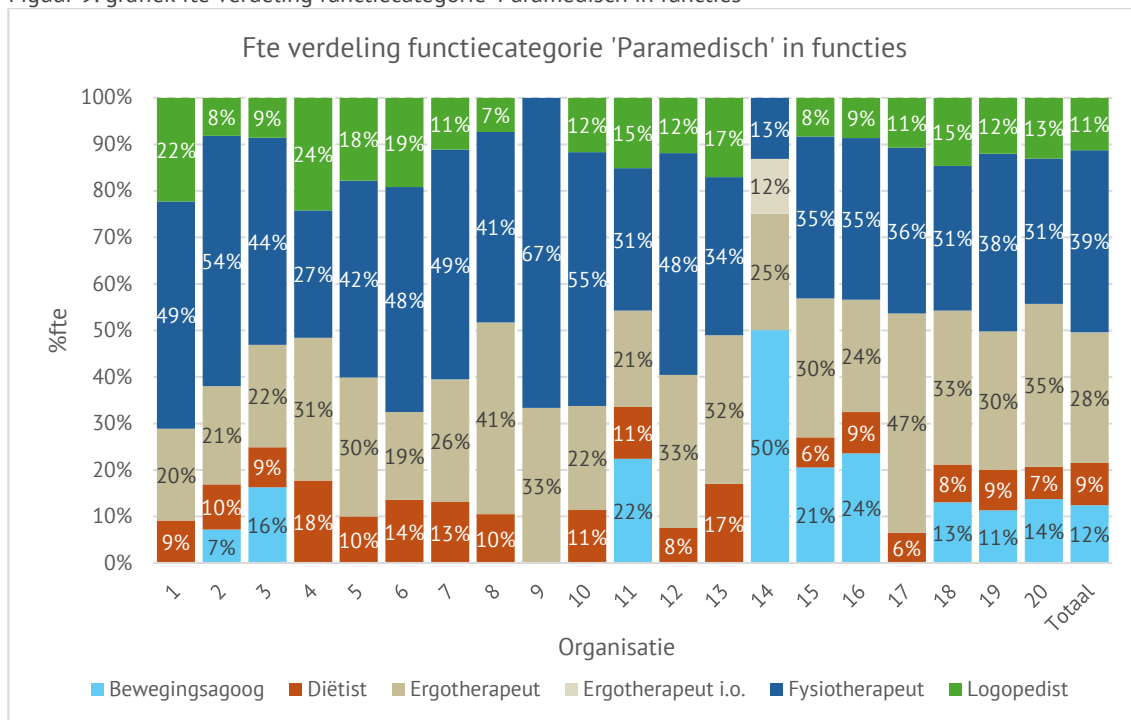
Figuur 8: grafiek fte verdeling functiecategorie 'Psychosociaal' in functies



De psychosociale functiecategorie bestaat voornamelijk uit GZ psychologen (al dan niet in opleiding) en (basis)psychologen.

Functiecategorie Paramedisch

Figuur 9: grafiek fte verdeling functiecategorie 'Paramedisch' in functies



Hoewel de exacte aantallen binnen de functiemix per instelling verschillen, is de inzet van paramedische functies over het algemeen goed vergelijkbaar. Alle deelnemende instellingen zetten ergotherapeuten en fysiotherapeuten in. In de meeste gevallen geldt dit ook voor logopedisten en diëtisten.

Variatie en verklaringen

De discipline- en functiemix die op een locatie wordt ingezet, is onder andere afhankelijk van de doelgroep en de historisch gegroeide situatie van de betreffende locatie. Het onderzoek laat zowel verschillen in inzet tussen instellingen als tussen locaties binnen dezelfde instelling zien. Sommige organisaties hanteren geen vaste normen. In dergelijke gevallen wordt personeel ingezet op basis van de directe zorgvraag, zonder toepassing van verdeelsleutels of percentageverdelingen. Andere instellingen streven naar normuren per vakgebied voor een betere aansluiting bij de doelgroep en beschikbare middelen. Deze benadering wordt vaak ingegeven door de wens om doelmatig te werken zonder concessies te doen aan kwaliteit. Naast de betaalbaarheid van de inzet speelt ook de vraag of de benodigde formatie daadwerkelijk ingevuld kan worden binnen de huidige arbeidsmarkt. De veranderende zorgvraag, zoals de verschuiving van lichamelijke naar meer welzijnsgerichte zorg, heeft eveneens invloed op de invulling van de disciplinemix. Daarnaast speelt bijvoorbeeld de geografische spreiding van locaties een rol. Verschillende instellingen heroverwegen momenteel hun disciplinemix. Deze herziening wordt vaak ingegeven door veranderende cliëntproblematiek of beperkte middelen, met als doel hierbij beter aan te sluiten op de actuele zorgbehoefte. Tegelijkertijd worstelen instellingen met de vraag in hoeverre normering kan bijdragen aan betere zorg, zonder de flexibiliteit te verliezen die nodig is om in te spelen op individuele situaties.

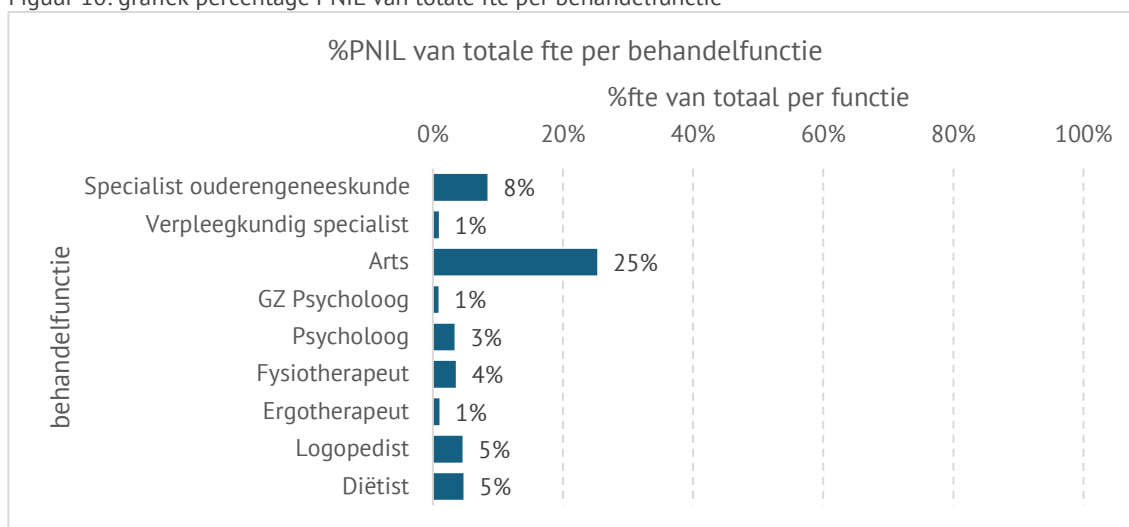
Bij de inrichting van de disciplinemix spelen diverse factoren een rol:

- Organisatieomvang: de schaalgrootte beïnvloedt de mate van inzet en contractvormen per discipline en functie.
- Financiële kaders: hoewel begrotingen en formatieruimte belangrijk zijn, worden ze door veel instellingen als richtinggevend en ondersteunend in plaats van leidend beschouwd.
- Cliëntbehoefte: de zorgvraag van cliënten is vaak het uitgangspunt bij het bepalen van de benodigde inzet.
- Multidisciplinaire samenwerking: een effectieve disciplinemix vereist goede samenwerking tussen verschillende vakgebieden.
- Leidende principes: visie op regiebehandelaarschap en verschuivingen in zorgvisie, zoals meer nadruk op welzijn, vragen om een aangepaste inzet van behandelaars.
- Logistieke factoren: geografische spreiding van locaties en bereikbaarheid beïnvloeden de inzet en verdeling van personeel.
- Historische inzet: bestaande functiestructuren worden vaak voortgezet bij vervanging in geval van uitstroom.
- Arbeidsmarktsituatie: de beschikbaarheid van specifieke behandelaars binnen de eigen organisatie en de bredere arbeidsmarkt beïnvloedt de uiteindelijke inzet.

PNIL

Er is geen specifieke discipline die structureel wordt ingehuurd; inhuur vindt doorgaans voornamelijk plaats bij personele tekorten. Verschillende instellingen hebben de ambitie om het gebruik van ingehuurde zorgprofessionals, waaronder behandelaars, terug te dringen. Dit is mede ingegeven door gewijzigde wet- en regelgeving rond zzp-contractering. Bij kleinere instellingen speelt daarnaast het waarborgen van professionaliteit en continuïteit een rol in de keuze voor inhuur. Behandelaars die slechts beperkt nodig zijn – zoals tandheelkundig specialisten – zijn doorgaans niet in loondienst. In onderstaande grafiek is het aandeel PNIL weergegeven als percentage van het totaal aantal fte per behandel functie.

Figuur 10: grafiek percentage PNIL van totale fte per behandel functie

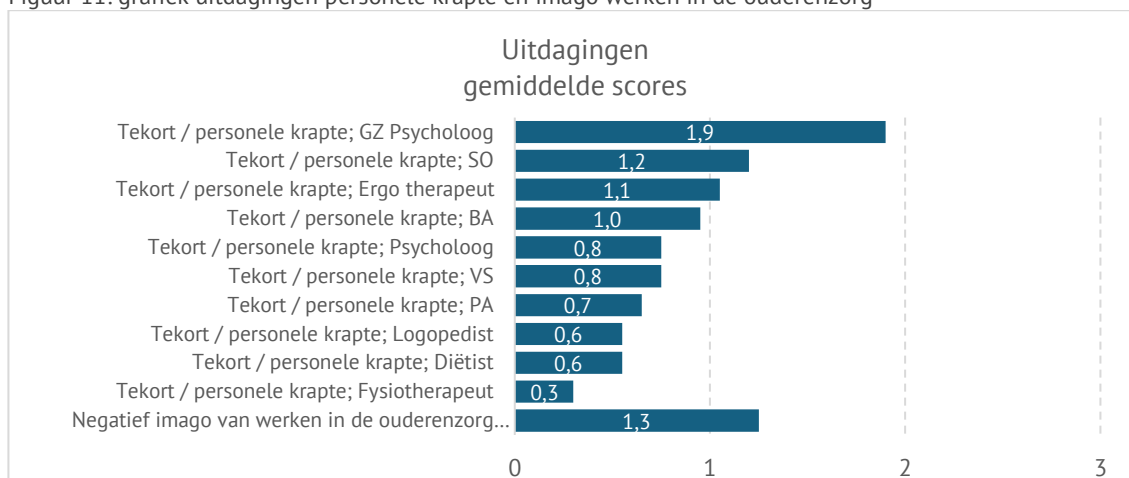


Uitdaging, potentieel en ambities

Uitdagingen

De deelnemende instellingen is gevraagd per behandel functie aan te geven in welke mate zij tekorten en personele krapte ervaren als een probleem. Onderstaande weergave toont de resultaten van deze beoordeling per functie.:

Figuur 11: grafiek uitdagingen personele krapte en imago werken in de ouderenzorg



0= geen probleem, 1= gematigd probleem, 2= probleem, 3= stevig probleem
Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

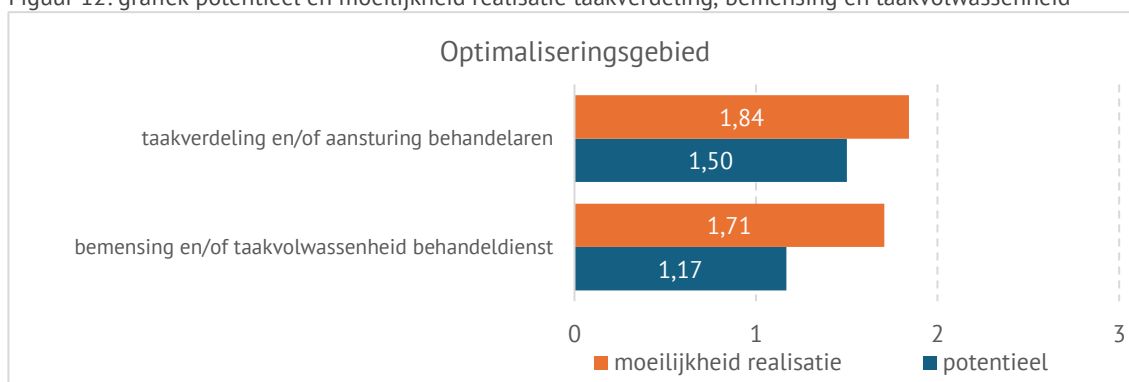
Over het algemeen wordt met name het tekort aan GZ-psychologen als problematisch ervaren. Het werven van GZ-psychologen binnen de ouderenzorg is al geruime tijd een uitdaging, mede vanwege het beperkte aanbod op de arbeidsmarkt. Verschillende instellingen signaleren een aanhoudend tekort, terwijl tegelijkertijd de werkdruk toeneemt en de complexiteit van de cliëntproblematiek groeit. In veel gevallen blijkt het via reguliere wervingskanalen niet mogelijk om voldoende GZ-psychologen aan te trekken. Om die reden zetten steeds meer organisaties in op het zelf opleiden van GZ-psychologen, vaak in samenwerking met andere VVT-instellingen. Hoewel dit een positieve ontwikkeling is, vraagt het opleiden van eigen professionals tijd en kent het diverse uitdagingen. Zo blijven niet alle opgeleide GZ-psychologen na afronding van hun opleiding werkzaam binnen de organisatie of de sector. Daarnaast is het zelfstandig aanbieden van een opleidingstraject niet altijd haalbaar vanwege het beperkte aantal opleidingsplaatsen, onvoldoende begeleidingscapaciteit en

beschikbare contracturen. Het gedeeltelijk negatieve imago van het werken in de ouderenzorg als behandelaar vormt een onmiskenbare factor van de uitdaging.

Optimaliseringsgebieden

Vanuit de gesprekken met de instellingen zijn gebieden vastgesteld waar mogelijkheden liggen voor verbetering van de behandeldienst danwel de geleverde zorg. In een vervolgesprek is aan de deelnemende instellingen gevraagd per optimaliseringsgebied aan te geven in welke mate zij hier binnen hun instelling het potentieel inschatten en hoe haalbaar zij het realiseren ervan achten. Op beide aspecten zijn scores gegeven op een 4 puntenschaal. Ten aanzien van potentieel loopt de schaal van 0 geen potentieel tot 3 hoog potentieel. Ten aanzien van realiseerbaarheid van 0 n.v.t. tot 3 moeilijk. Onderstaande resultaten hebben specifiek betrekking op optimaliseringsgebieden die verband houden met de taakverdeling, aansturing, bemensing en taakvolwassenheid (mate van professionaliteit) van de behandeldienst:

Figuur 12: grafiek potentieel en moeilijkheid realisatie taakverdeling, bemensing en taakvolwassenheid



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2 = gemiddeld, 3 = moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Zichtbaar is dat beide optimaliseringsgebieden worden gescoord tussen gematigd potentieel en potentieel. Voor beiden geldt ook dat de realiseerbaarheid tussen makkelijk en gemiddeld ligt. Uit de toelichtingen blijkt dat de taakverdeling en aansturing van behandelaren binnen de ouderenzorg een dynamisch proces is dat continu verbeterd wordt. Doorgaans is er binnen de instellingen al een basis is gelegd voor een efficiëntere taakverdeling, maar wordt er nog ruimte ervaren voor verdere verfijning. Eerder doorgevoerde taakherschikkingen hebben al gezorgd voor een nieuwe verdeling van taken, maar er bestaan nog overlappingen en knelpunten die verbetering behoeven.

Heel specifiek, maar frequent aangegeven binnen het onderzoek is dat het als suboptimaal wordt ervaren dat een lijkschouw op dit moment op grond van de Wet op de lijkbezorging (Wlb) door een arts moet worden uitgevoerd en niet (via taakdelegatie of -herschikking) kan worden uitgevoerd door een VS of PA. Wanneer dit ook door de VS of PA uitgevoerd zou kunnen worden dan zou dit een optimalisering zijn. Dit vraagt echter een aanpassing van de Wlb.

Er is ook gematigd potentieel ten aanzien van de bemensing en taakvolwassenheid van de behandelteams. Het streven naar verbetering blijft een constante factor binnen de deelnemende organisaties. Genoemd is bijvoorbeeld dat de inzet van psychologen kan bijdragen aan de taakvolwassenheid van teams. Ook de groei van zelfstandigheid binnen bepaalde functies, zoals verpleegkundig specialisten, speelt een belangrijke rol. Daarnaast is er binnen veel organisaties een beweging gaande om de inzet van behandelinstellingen door te ontwikkelen naar de extramurale zorg. Dit vraagt om een geheel nieuwe manier van werken, waarin behandelaren zich niet alleen richten op intramurale cliënten, maar ook breder worden ingezet in de eerstelijnszorg. Dit biedt kansen,

maar vraagt ook een herziening van taakverdeling en verantwoordelijkheden. De mate waarin het potentieel van behandelaren al wordt benut, verschilt. In sommige organisaties is het beschikbare personeel al zo goed als volledig ingezet, terwijl elders nog groeimogelijkheden zijn. Tegelijkertijd spelen praktische uitdagingen mee, zoals de beperkte beschikbaarheid van professionals.

4.2 VAKGROEPEN

Vakgroepen vervullen een belangrijke rol binnen veel behandeldiensten in de verpleeghuiszorg. Hoewel de invulling en organisatie per instelling of locatie kan variëren, vormen vakgroepen een essentieel kader voor samenwerking, kennisdeling en afstemming binnen en tussen disciplines.

Vakgroepen bestaan doorgaans uit professionals van een specifieke discipline of uit geclusterde disciplines. Ze worden bijvoorbeeld ingericht op functieniveau (zoals fysiotherapeuten of logopedisten), maar kunnen ook breder worden samengesteld. Zo bestaan er medische vakgroepen waarin specialisten ouderengeneeskunde, basisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants samenwerken. Paramedische vakgroepen kunnen bestaan uit fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, bewegingsagogen en paramedisch assistenten. Ook psychosociale disciplines, zoals GZ-psychologen, basispsychologen en maatschappelijk werkers, worden vaak in vakgroepen georganiseerd. Sommige instellingen kennen gespecialiseerde vakgroepen, bijvoorbeeld voor vaktherapieën zoals muziektherapie.

Vakgroepen worden meestal geleid door een vakgroepvoorzitter, doorgaans zonder formele hiërarchische positie. De omvang van de behandeldienst is mede bepalend voor de vormgeving van vakgroepen. In kleinere organisaties komt het voor dat een vakgroep slechts uit één of twee personen bestaat; in die gevallen worden deze vaak ondergebracht in een andere, verwante vakgroep. In andere instellingen wordt minder gewerkt met vakgroepen en functioneren behandelaren als onderdeel van één team, zonder aparte voorzitters.

Ook de fysieke organisatie van vakgroepen varieert. Sommige werken vanuit een centrale locatie, terwijl anderen verspreid zijn over verschillende woonzorglocaties. Daarnaast nemen behandelaren in bepaalde gevallen deel aan regionale of landelijke vakgroepen, waar bredere vakinhoudelijke ontwikkelingen centraal staan.

Vakgroepoverleggen zijn een vast onderdeel van de overlegstructuur en afgestemd op de behoeften van de specifieke discipline. De frequentie varieert, meestal tussen eens per twee tot vier weken. Hoewel deze overleggen als belangrijk worden gezien voor kwaliteitsbewaking en inhoudelijke afstemming, geven sommige behandelaren aan onder tijdsdruk te overwegen deze minder frequent bij te wonen. Tegelijkertijd wordt breed erkend dat vakgroepbijeenkomsten op langere termijn bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Variatie en verklaringen

De inrichting en werkwijze van vakgroepen binnen de ouderenzorg variëren per organisatie. Factoren zoals de omvang van de instelling, de aanwezige hiërarchische structuur, de frequentie van overleg en de samenstelling van de vakgroepen bepalen in belangrijke mate de vormgeving. Ondanks deze verschillen vervullen vakgroepen in alle gevallen een essentiële rol in de afstemming van zorg, kennisdeling en multidisciplinaire samenwerking..

Uitdaging, potentieel en ambities

De organisatievorm van instellingen kan ertoe leiden dat vakgroepleden op verschillende locaties elkaar minder als directe collega's beschouwen, wat de onderlinge samenwerking kan beïnvloeden. In de praktijk ligt de focus daardoor vaak op samenwerking binnen de eigen locatie, los van disciplinaire grenzen. De werking van vakgroepen kent diverse uitdagingen, waaronder het vinden

van een evenwicht tussen tijd voor overleg en directe cliëntzorg. Vakgroepen vormen een belangrijk platform voor professionele ontwikkeling, kennisdeling en zorginhoudelijke vernieuwing. Dit vraagt echter tijd, die in de praktijk vaak als schaars wordt ervaren. Met name in kleinere locaties of in situaties met veel in- en uitstroom van behandelaren kan de continuïteit en kwaliteit van vakgroepen hierdoor onder druk komen te staan.

4.3 ONDERSTEUNING

Behandelaren binnen behandeldiensten beschikken in sommige gevallen over ondersteuning, al dan niet door henzelf georganiseerd. De aard en omvang van deze ondersteuning varieert sterk: van beperkte ondersteuning tot meer uitgebreide vormen. Voorbeelden van gehanteerde ondersteuningsvormen zijn:

Secretariële en administratieve ondersteuning

Bij een groot aantal instellingen is een medisch secretariaat aanwezig dat een belangrijke rol speelt in het ontlasten van behandelaren. De ondersteuning varieert per organisatie, maar omvat doorgaans de volgende taken:

- Planning en correspondentie: Het beheren van agenda's, plannen van afspraken, voorbereiden van dossiers en verzorgen van correspondentie, zoals ontslagbrieven en laboratoriaaanvragen.
- Notulering en coördinatie: Ondersteuning bij het organiseren van overleggen, het notuleren van bijeenkomsten (zoals zorgleefplanbesprekingen) en het voorbereiden van themagerichte overleggen.
- Operationele werkzaamheden: Praktische ondersteuning zoals het scannen en verwerken van medische dossiers, het plannen van opnames en het coördineren van logistieke taken rondom hulpmiddelen.

De precieze taken en inzet van het medisch secretariaat verschillen per instelling.

Doktersassistenten

In een aantal instellingen vervullen doktersassistenten een belangrijke ondersteunende rol binnen de behandeldienst. Hun werkzaamheden omvatten onder andere het uitvoeren van eenvoudige medische handelingen, zoals bloedafname, het uitspuiten van oren, het afnemen van kweken en het verrichten van telefonische triage. Daarnaast worden doktersassistenten veelvuldig ingezet voor het opvragen van medische gegevens, de voorbereiding van consulten en administratieve taken, waaronder het bijhouden van medische dossiers en het verwerken van medicatie in elektronische systemen.

(Para)medische ondersteuning

Sommige instellingen maken gebruik van paramedisch assistenten ter ondersteuning van behandelaren binnen disciplines zoals ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Zij bieden directe of indirecte zorgondersteuning, leveren bijdragen aan behandelplannen en onderhouden contact met naasten van cliënten. Daarnaast voeren zij praktische taken uit, zoals het bestellen van hulpmiddelen of het ondersteunen bij diagnostische procedures.

Variatie en verklaringen

Er bestaan aanzienlijke verschillen in de mate en wijze waarop de ondersteuning van behandelaren is ingericht en georganiseerd. De variatie betreft zowel het type ondersteuning dat beschikbaar is als de taken die deze ondersteuning omvat. Een belangrijke bepalende factor is de omvang van de organisatie en de behandeldienst. In kleinere behandeldiensten is doorgaans weinig sprake van taakdifferentiatie qua ondersteuning; behandelaren voeren daar het volledige takenpakket zelf uit. In grotere behandeldiensten wordt ondersteuning vaker expliciet en afzonderlijk georganiseerd. Het grotere volume maakt het in die gevallen ook organisatorisch en financieel aantrekkelijker om ondersteunende functies herkenbaar te positioneren. Opvallend is dat de aanwezige ondersteuning

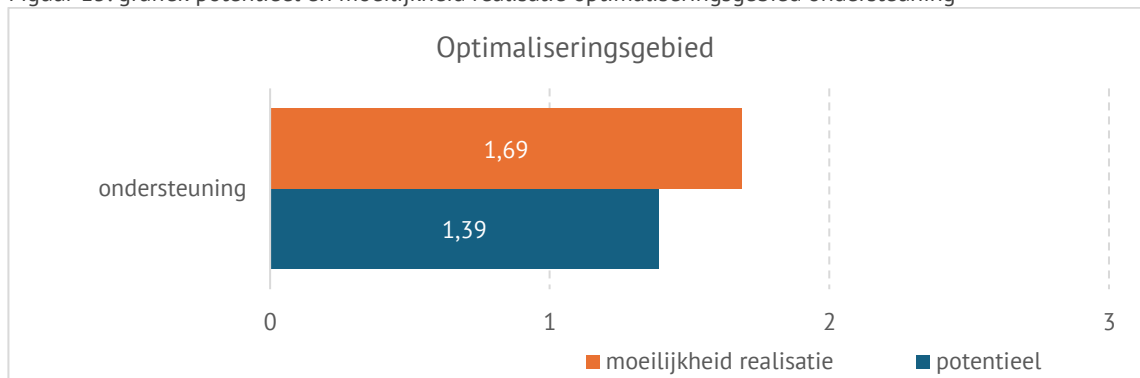
doorgaans sterker is gericht op de medische disciplines dan op de paramedische of psychosociale disciplines. Voor dit verschil is geen eenduidige verklaring aan te wijzen.

Uitdaging, potentieel en ambities

De ondersteuning van behandeldiensten in verpleeghuizen varieert tussen instellingen en biedt potentie voor verbetering, vooral gezien de stijgende werkdruk bij behandelaren. Deze ondersteuning wordt als essentieel gezien, maar de efficiëntie en afstemming kunnen vaak verbeterd worden. Hoewel secretariële ondersteuning wordt gewaardeerd, wordt op sommige plekken gesignaleerd dat de bestaande werkverdeling niet optimaal is. Taken die beter door het secretariaat uitgevoerd zouden kunnen worden, zoals het afhandelen van telefoontjes of het beheer van agenda's, worden in de huidige situatie soms door behandelaren zelf gedaan. Daarnaast zijn medische secretariaten vaak grotendeels voorbehouden aan medici en minder aan ondersteuning van paramedici. Paramedische en doktersassistenten kunnen waardevolle ondersteuning bieden, maar vrij regelmatig worden deze taakgebieden nu uitgevoerd door verpleegkundigen of behandelaren zelf. Het optimaliseren van het gebruik ondersteuning kan behandelaren ontlasten en hen in staat stellen zich te focussen op hun kerntaken. Heldere afspraken over taken en verantwoordelijkheden en gerichte investeringen in opleiding en positionering van ondersteunend personeel, kunnen bijdragen aan een efficiëntere en effectievere inzet van de ondersteuningsstructuur.

De deelnemende instellingen is gevraagd te beoordelen in hoeverre ondersteuning potentie biedt voor verbetering van de behandeldienst en de geleverde zorg, en hoe haalbaar deze verbetering wordt geacht. Onderstaande resultaten geven inzicht in de score van optimaliseringsmogelijkheden gerelateerd aan ondersteuning.

Figuur 13: grafiek potentieel en moeilijkheid realisatie optimaliseringsgebied ondersteuning



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2= gemiddeld, 3= moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

De resultaten laten zien dat instellingen over het algemeen een gematigd tot potentieel zien op het gebied van ondersteuning, waarbij de realisatiegraad als makkelijk tot gemiddeld moeilijk wordt ingeschat. In de toelichtingen van individuele instellingen zijn uiteenlopende aandachtspunten genoemd ten aanzien van het verbeteren van ondersteuning. Deze gelden niet voor alle instellingen, maar geven een breder beeld van kansen en knelpunten. Een aantal genoemde bevindingen:

- In veel gevallen worden administratieve of niet-behandelspecifieke taken nog volledig door behandelaren uitgevoerd. Dit leidt tot tijdsdruk en een inefficiënte inzet van capaciteit. Door deze taken te verschuiven naar ondersteunend personeel, ontstaat ruimte voor behandelaren om zich meer te richten op hun kerntaken.
- De taken waar het om gaat zijn divers. Zo vraagt de extramurale zorg om een meer efficiënte en flexibele planning vanuit secretariaten.

- De ondersteuning bij medische beoordelingen is bij sommige instellingen goed georganiseerd, maar bij anderen nog onderbelicht.
- Ook in het gebruik van het elektronisch patiëntendossier – met name bij nieuwe opnames en de beschikbaarheid van informatie – is volgens meerdere instellingen nog verbetering mogelijk.
- Administratieve processen kunnen op verschillende vlakken efficiënter worden ingericht. Een voorbeeld hiervan is het verbeteren van de triage, wat de behandelaren zou kunnen ontlasten.
- Een belemmerende factor bij de verdere ontwikkeling van ondersteuning is het gebrek aan financiële ruimte om extra backofficecapaciteit te realiseren.
- Het toepassen van technologie wordt als kansrijk gezien, al vraagt dit om nadere verkenning van de haalbaarheid en implementatiemogelijkheden.

Verder geven verschillende instellingen aan behoefte te hebben aan betere afstemming en duidelijke taakafspraken tussen behandelaren en ondersteunend personeel. In een deel van de instellingen zijn verantwoordelijkheden onvoldoende scherp belegd, wat leidt tot miscommunicatie en verminderde efficiëntie. Zo worden doktersassistenten en paramedisch assistenten in sommige gevallen nog onvoldoende benut, terwijl er potentieel is om hun rol te vergroten en zodoende de behandelcapaciteit te versterken.

5. DOELGROEP EN INZET

5.1 CLIËNTEN

Diverse cliëntgroepen

In veel instellingen ligt de nadruk van de geboden behandeling op de doelgroepen psychogeriatric en somatiek. Daarnaast is er inzet op behandeling voor cliënten binnen de eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Deze leveringsvormen zorgen ervoor dat zowel langdurige als kortdurende zorgvragen kunnen worden ondersteund. Sommige instellingen richten zich op enkele doelgroepen, terwijl anderen een meer divers palet bedienen, bijvoorbeeld vanuit een regiofunctie. Binnen de behandeling wordt doorgaans qua inzet geen strikt onderscheid gemaakt tussen doelgroepen. Het uitgangspunt is wat nodig is voor de cliënt, waarbij behandeling op maat wordt geboden. Ook worden specifieke cliëntdoelgroepen onderscheiden, bijvoorbeeld op basis van hun aandoening en zorgvraag, zoals bijvoorbeeld Korsakov en Huntington. Financieringsstromen lopen, zoals eerder aangegeven, doorgaans niet gelijk aan ziektebeelden en zorgvraag.

Behandeling in de wijk

Behandelaren worden soms ook ingezet in de wijk en t.b.v. volledig pakket thuis (VPT) en andere patiëntgroepen die thuis wonen zonder Wlz-indicatie. Dit wordt gezien als een voorland van intramurale Wlz-zorg. De vraag naar behandeling in de wijk groeit, mede omdat ouderen langer thuis moeten blijven wonen. In deze context fungeert de huisarts als regiebehandelaar, wat uitdagingen geeft in de samenwerking met behandeldiensten. Dit leidt tot meer complexe zorg- en behandelvragen. Het opzetten van pilots, zoals een VS in de wijk, ondersteunt deze doelgroep door intensieve samenwerking met huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Financiering

Hoewel financiering van zorg uiteraard een belangrijk aspect is, wordt deze niet als leidend ervaren bij het bepalen van de inhoud van behandelingen. Het gaat primair om het bieden van kwalitatieve zorg, die aansluit bij de behoeften van de doelgroep. Ook spelen meer strategische overwegingen een rol bij het bepalen van het wel of niet bedienen van de diverse cliëntgroepen.

Complexiteit en multi problematiek

De zorgvraag binnen zowel de intramurale als de extramurale setting wordt steeds complexer. Eenvoudige zorgvragen komen nauwelijks meer voor, ook niet bij cliënten voor wie geen behandeling is ingekocht / op een plek zonder behandeling. Naast de pathologie spelen ook complexe familieomstandigheden een rol, wat een extra belasting voor de behandeldiensten betekent. Ook is de gemiddelde ligduur in de afgelopen periode korter geworden naar in sommige gevallen een half jaar. De belasting van de behandelaren is veelal het grootst bij opname en op het eind van de ligduur (vertrek of overlijden), waarmee de inzetintensiteit is toegenomen.

Al deze ontwikkelingen vragen om strategische keuzes in de inzet van tijd en middelen, waarbij de samenwerking met huisartsen en eerstelijnszorgpartners in toenemende mate een cruciale rol speelt. Dit verschilt in de praktijk, ondermeer per regio.

Doelgroep

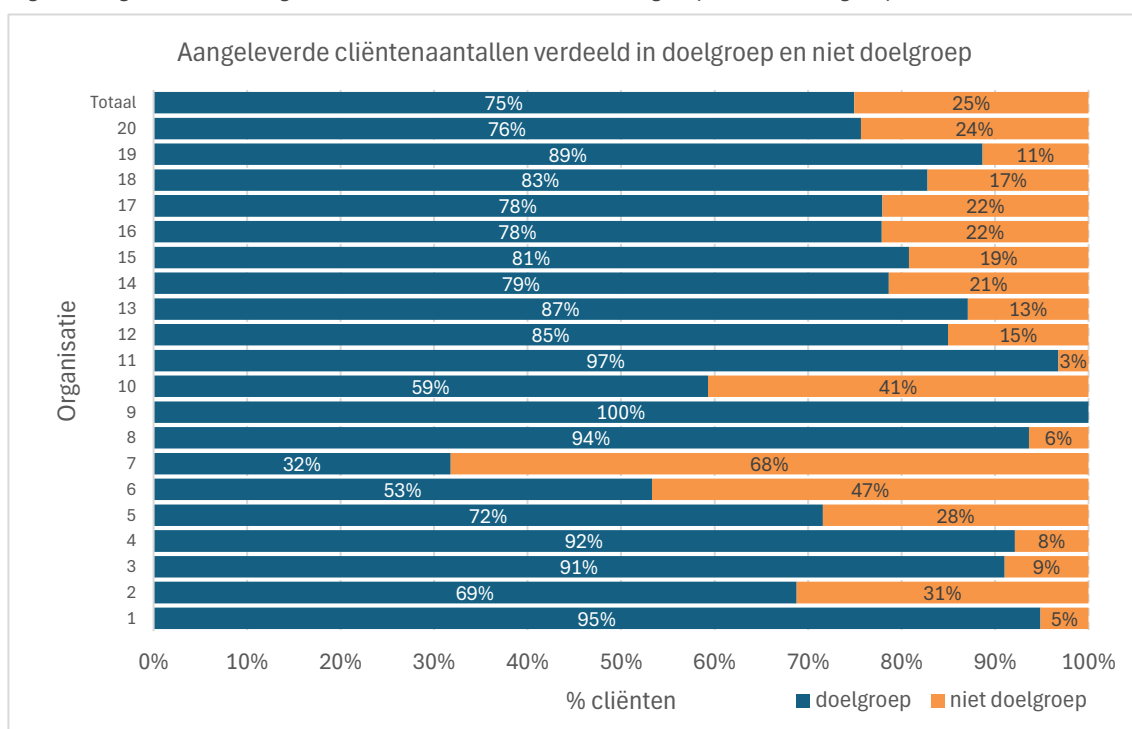
Het onderzoek richt zich zoals aangegeven op cliënten binnen de WLz op plekken met behandeling met psychogeriatrische en somatische problematiek. Voor het onderzoek is de doelgroep afgebakend op de volgende Verpleging en verzorging (v&v) indicaties met behandeling (BH) en dagbesteding (DB):

- Z043: ZZZ 4VV incl.BH incl.DB
- Z053: ZZZ 5VV incl.BH incl.DB
- Z063: ZZZ 6VV incl.BH incl.DB
- Z073: ZZZ 7VV incl.BH incl.DB
- Z083: ZZZ 8VV incl.BH incl.DB
- Z097: ZZZ 9VVb incl.BH incl.DB
- Z103: ZZZ 10VV incl.BH incl.DB

Onderdeel van deze indicaties zijn ook cliënten met specifieke ziektebeelden zoals Korsakov en Huntington.

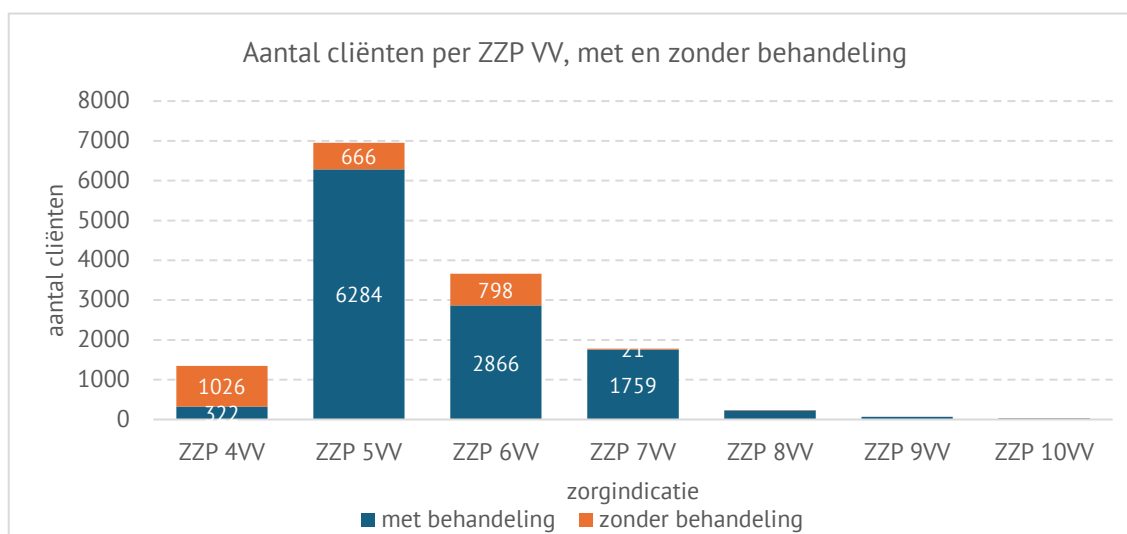
Onderstaande grafiek toont de verdeling van het aantal cliënten binnen de deelnemende instellingen, uitgesplitst naar cliënten die binnen de doelgroep van dit onderzoek vallen en cliënten die daarbuiten vallen. Hieruit blijkt dat vrijwel alle deelnemende instellingen ook zorg verlenen aan cliëntgroepen die buiten de afbakening van dit onderzoek vallen.

Figuur 14: grafiek verdeling cliëntenaantallen verdeeld in doelgroep en niet doelgroep



Naast cliënten met behandeling verblijven binnen de instellingen ook cliënten met een intramurale WLz V&V-indicatie voor wie geen behandeling is ingekocht / op een plek zonder behandeling, waarbij eveneens sprake kan zijn van een psychogeriatrische en/of somatische zorgvraag. Om dit inzichtelijk te maken, is onderstaande grafiek opgenomen. Deze toont de verdeling van ZZZ's 4 tot en met 10, uitgesplitst naar cliënten met en zonder behandeling. Hiermee wordt een deel van het oranje segment ('niet-doelgroep') uit de voorgaande grafiek nader toegelicht.

Figuur 15: grafiek aantal cliënten per ZZP VV



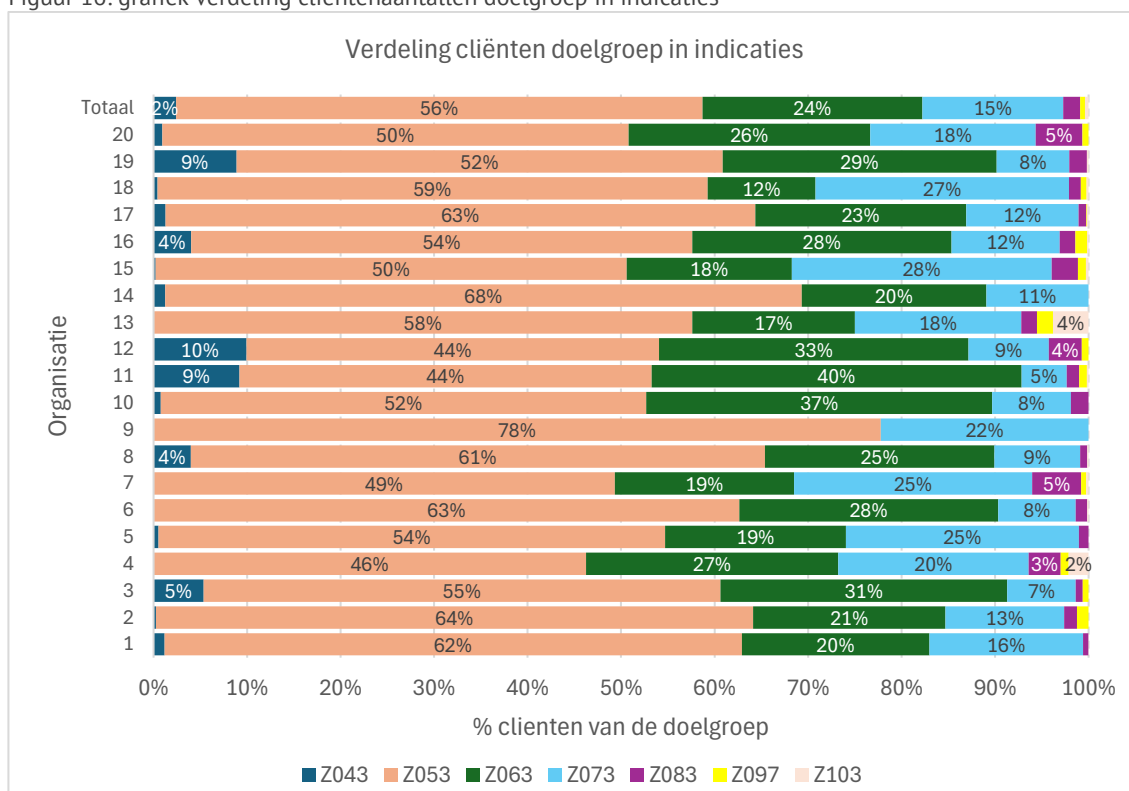
Het overige deel van de cliënten dat buiten de doelgroep van dit onderzoek valt, beschikt over andere indicaties, zoals onder meer:

- Eerstelijnsverblijf (ELV, bekostigd uit de Zvw).
- Volledig Pakket Thuis (VPT).
- Lichamelijk gehandicapt (LG-indicatie).
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ-indicatie).
- En overige indicaties buiten de afbakening van dit onderzoek.

Cliëntopbouw doelgroep

Onderstaand overzicht toont de cliëntopbouw binnen de doelgroep, zoals deze is aangeleverd door de deelnemende instellingen.

Figuur 16: grafiek verdeling cliëntenaantallen doelgroep in indicaties



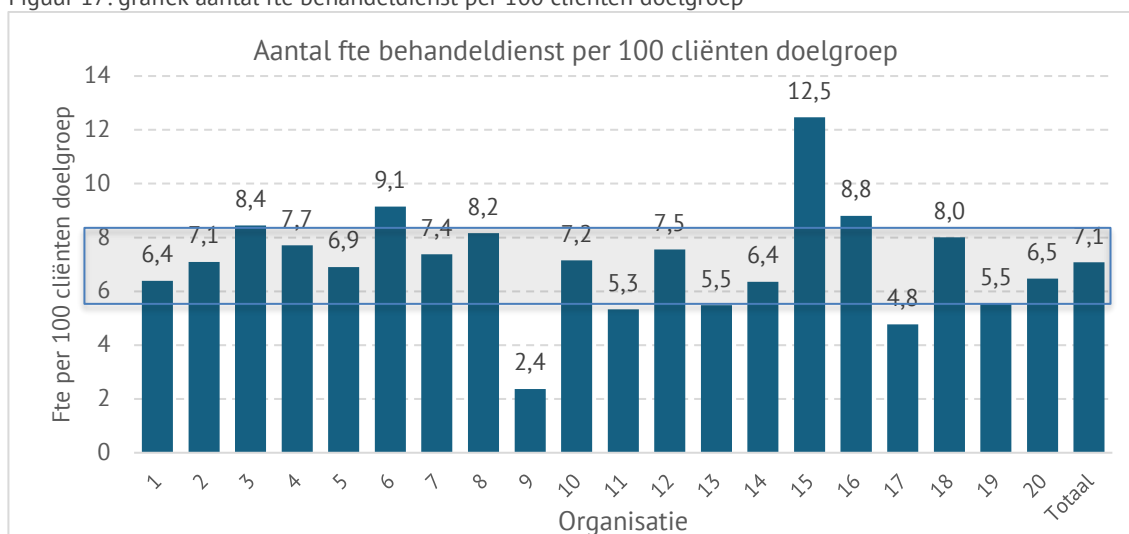
Hoewel de cliëntopbouw per instelling verschilt, zijn er duidelijke overeenkomsten zichtbaar. Binnen de doelgroep is ZZP Z053 bij alle deelnemende instellingen de meest voorkomende indicatie. Daarnaast komt ZZP Z073 bij alle instellingen voor, en ZZP Z063 bij alle, op één na. De overige ZZP's zijn niet bij alle instellingen vertegenwoordigd en dit betreffen kleinere aantallen.

5.2 INZET BEHANDELAREN PER CLIËNT

Om de behandeldiensten onderling te kunnen vergelijken, is de inzet van behandelaars uitgedrukt per 100 cliënten binnen de doelgroep. Hierbij is uitgegaan van de inschatting van de deelnemende instellingen over welk percentage van de fte's per functie binnen de behandeldienst daadwerkelijk wordt ingezet voor deze specifieke doelgroep. Deze inschattingen vormen de basis voor de daaropvolgende analyses.

Onderstaande weergave toont het aantal fte's, inclusief PNIL, binnen de behandeldienst per 100 cliënten uit de doelgroep.

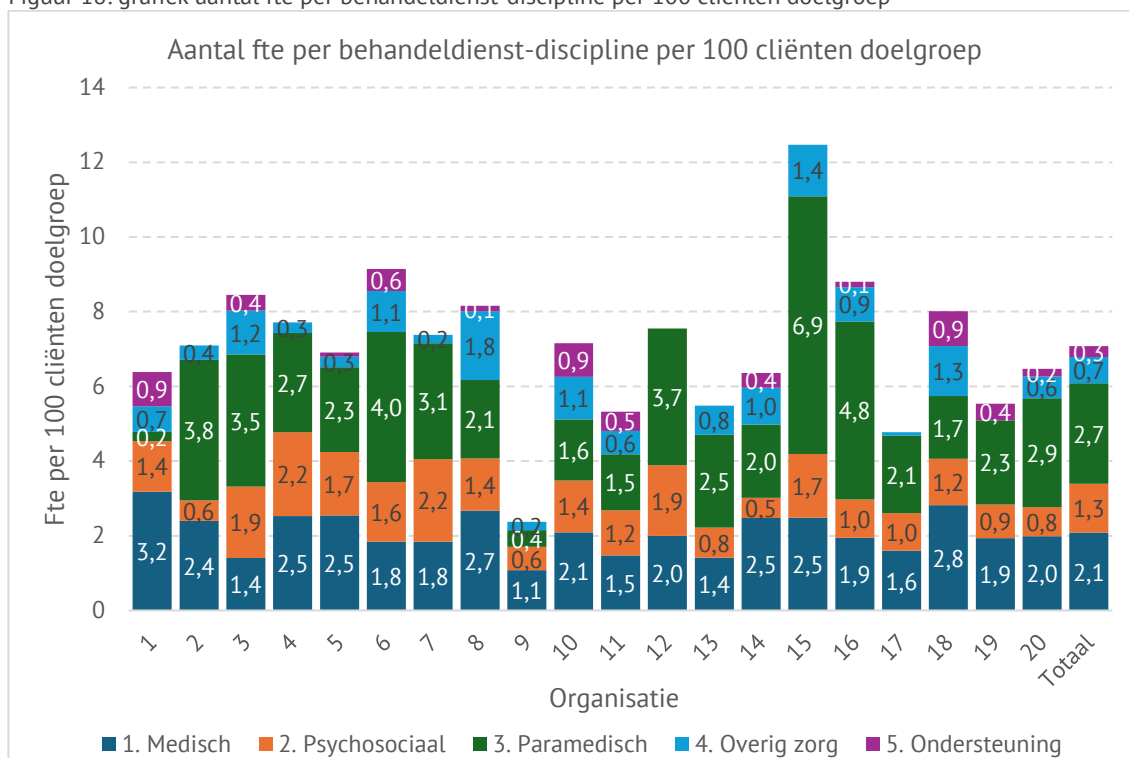
Figuur 17: grafiek aantal fte behandeldienst per 100 cliënten doelgroep



Wanneer de uiterste waarden buiten beschouwing worden gelaten, blijkt de variatie in de omvang van de ingezette fte's binnen de behandeldienst relatief beperkt.

Onderstaand overzicht toont de inzet van fte's, uitgesplitst naar functiecategorieën binnen de behandeldienst.

Figuur 18: grafiek aantal fte per behandeldienst-discipline per 100 cliënten doelgroep



Het aantal fte's per functiecategorie per 100 cliënten laat een gevarieerd beeld zien tussen de verschillende instellingen. Gemiddeld wordt binnen de onderzoekspopulatie per 100 cliënten uit de doelgroep de volgende inzet gedaan:

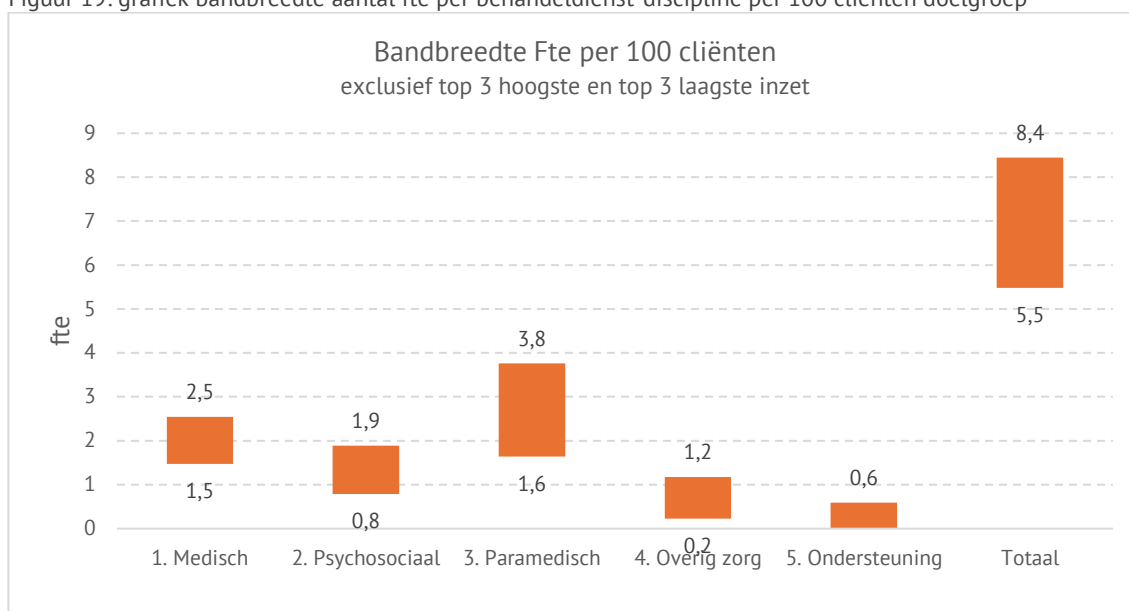
- 2,1 fte op 100 cliënten voor medische functies.

Dit komt overeen met 48 cliënten per fte van de totale functiecategorie (excl. 'in opleiding' 52).

- 1,3 fte op 100 cliënten voor psychosociale functies
Dit komt overeen met 77 cliënten per fte van de totale functiecategorie (excl. 'in opleiding' 84).
- 2,7 fte op 100 cliënten voor paramedische functies
Dit komt overeen met 37 cliënten per fte van de totale functiecategorie.
- 1,0 fte op 100 cliënten voor overige zorg- en ondersteunende functies
Dit komt overeen met 101 cliënten per fte van de totale functiecategorie.

De bandbreedte van de inzet per 100 cliënten is in onderstaande grafiek per discipline en voor het totaal weergegeven. Hierbij zijn de drie hoogste en drie laagste waarnemingen buiten beschouwing gelaten om een evenwichtiger beeld te geven.

Figuur 19: grafiek bandbreedte aantal fte per behandelingsdiscipline per 100 cliënten doelgroep



Zichtbaar is dat de bandbreedte op totaalniveau tussen de 5,5 fte en 8,4 fte behandelaren per 100 cliënten bedraagt.

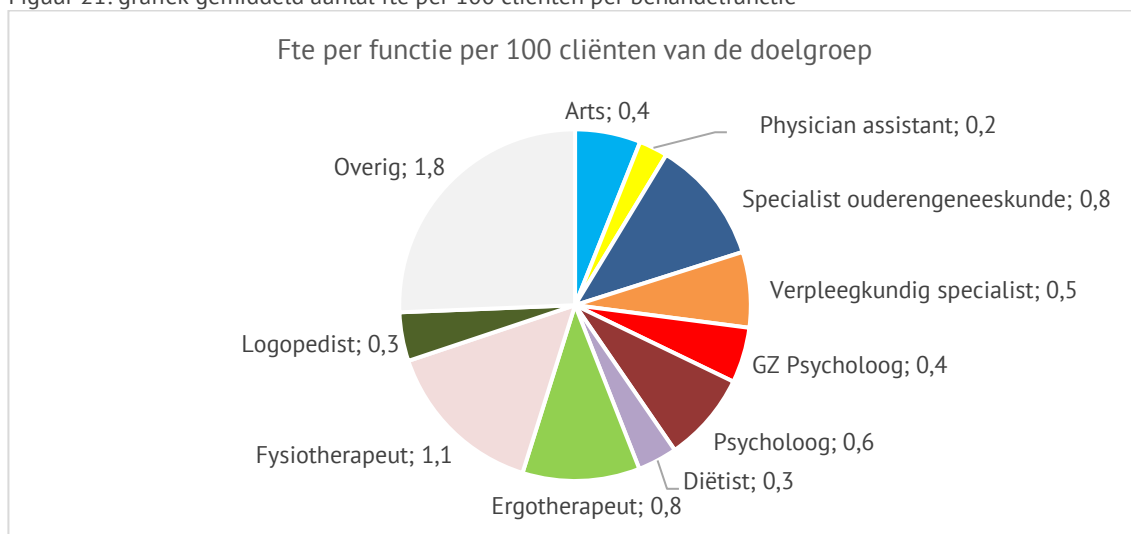
Bij nadere uitsplitsing van de inzet van behandelaren naar functieniveau ontstaat het volgende beeld. Gemiddeld wordt binnen de onderzoekspopulatie per 100 cliënten uit de doelgroep de volgende fte's ingezet per functie:

Figuur 20: tabel gemiddeld aantal fte per 100 cliënten per behandelingsfunctie

Functie	Fte per 100 cliënten
(basis) Arts	0,4
Physician assistant	0,2
Specialist ouderengeneeskunde	0,8
Verpleegkundig specialist	0,5
GZ Psycholoog	0,4
Psycholoog	0,6
Diëtist	0,3
Ergotherapeut	0,8
Fysiotherapeut	1,1
Logopedist	0,3
Overig	1,8
Totaal	7,1

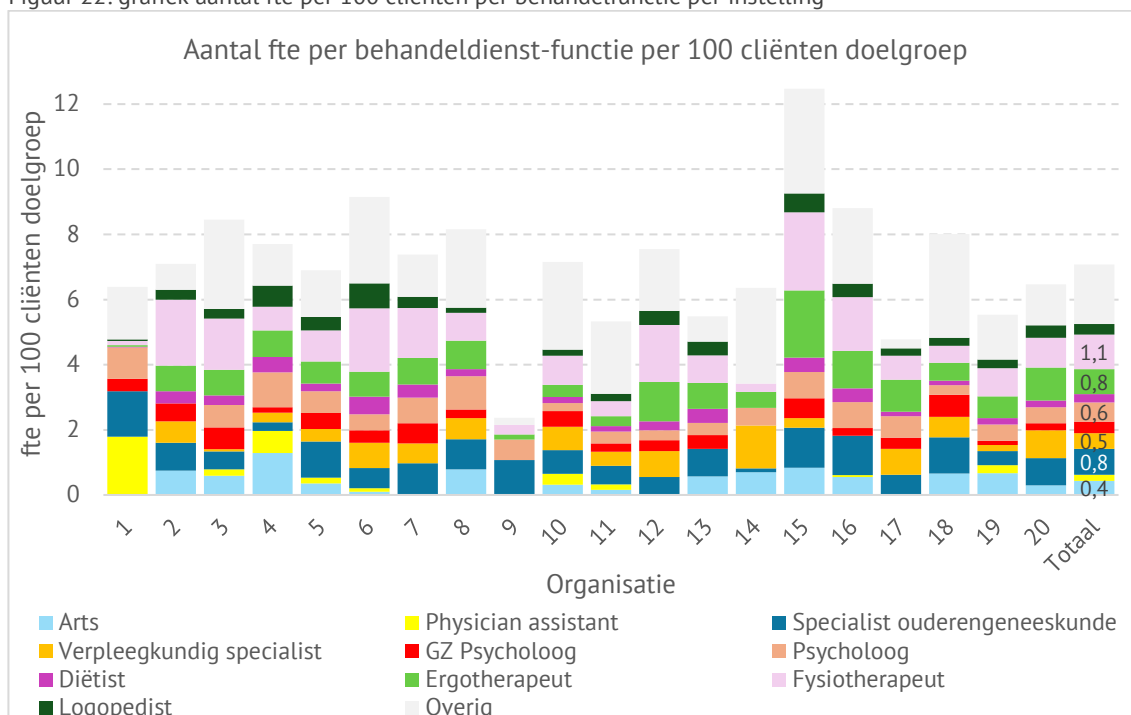
Onderstaande grafiek toont het gemiddelde aantal fte's per functie, zoals deze worden ingezet per 100 cliënten binnen de doelgroep.

Figuur 21: grafiek gemiddeld aantal fte per 100 cliënten per behandel functie



Onderstaande grafiek toont de inzet van het aantal fte per functie binnen de behandeldienst, uitgedrukt per 100 cliënten, per deelnemende instelling en voor het totaal.

Figuur 22: grafiek aantal fte per 100 cliënten per behandel functie per instelling



Variatie en verklaringen

De fte-inzet van behandeldiensten per 100 cliënten laat een gevarieerd beeld zien, zowel op het niveau van functiecategorieën als op het niveau van individuele functies. Deze variatie doet zich voor tussen instellingen en kan slechts ten dele worden verklaard; een eenduidige of allesomvattende verklaring ontbreekt. Er zijn echter meerdere factoren die deze verschillen in inzet kunnen beïnvloeden, waaronder:

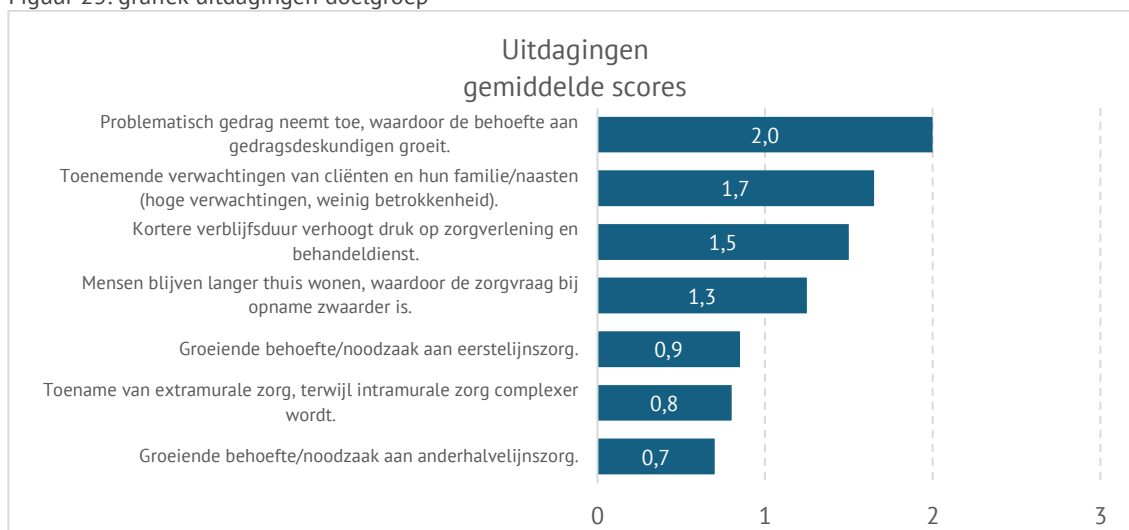
- Diversiteit in cliëntenpopulatie en indicaties: Verschillen in zorgzwaarte, type aandoeningen en specifieke behandelvragen beïnvloeden de benodigde inzet per functie.
- Regionale verschillen en arbeidsmarktsituatie: Beschikbaarheid van behandelaren en regionale marktwerking kunnen impact hebben op de formatie-inzet.
- Kwaliteitsambitie en zorginhoudelijke keuzes: Instellingen kunnen verschillende kwaliteitsnormen en zorgvisies hanteren, wat resulteert in uiteenlopende inzet per discipline.
- Organisatorische werkwijzen: Verschillen in taakverdeling, inzetmodellen en mate van taakdifferentiatie beïnvloeden de inzetstructuur.
- Financiële kaders en budgettaire ruimte: Beschikbare middelen bepalen mede de omvang van de inzet en de mogelijkheid tot ondersteuning.
- Historisch gegroeide structuren: Bestaande afspraken, personele inrichting en tradities kunnen nog steeds doorwerken in de huidige inzet.
- Verschillen in inschatting van inzet per doelgroep: De gegevens zijn mede gebaseerd op inschattingen van instellingen over het deel van de fte's dat daadwerkelijk voor de doelgroep wordt ingezet, wat uiteraard subjectieve variatie kan veroorzaken.

Deze combinatie van factoren maakt dat het beeld per instelling in ieder geval sterk kan verschillen. Het onderstreept het belang van interpretatie van de specifieke context bij het duiden van verschillen in inzet van de behandeldienst.

Uitdaging, potentieel en ambities

De deelnemende instellingen is gevraagd aan te geven in welke mate zij ontwikkelingen in de zorg en de veranderende zorgvraag als een uitdaging ervaren. Onderstaande resultaten geven hiervan een overzicht:

Figuur 23: grafiek uitdagingen doelgroep



0= geen probleem, 1= gematigd probleem, 2= probleem, 3= stevig probleem
Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Enige context op de hierboven gescoorde voornaamste uitdagingen.

Problematisch gedrag

Toenemend problematisch gedrag wordt gezien als probleem en complicerende factor voor de inzet van behandelaren. Hierbij gaat het ondermeer om cliënten die instromen met psychiatrische en soms verslavingsproblematiek. Daarnaast speelt dat in de breedte en in bredere zin probleemgedrag toeneemt en de kwaliteit van zorgteams niet overal meegroeit of zelfs afneemt. In een aantal gevallen is aangegeven dat zorgteams nog onvoldoende antwoord hebben op onbegrepen c.q.

onacceptabel gedrag. Dit vraagt van behandelaren regelmatig instructie en training aan de zorgteams. De behoefte aan gedragskundigen neemt toe, maar deze zijn schaars.

Toenemende verwachtingen van cliënten en familie/naasten

De verwachtingen van cliënten en hun familie of naasten ten aanzien van de zorg blijven gelijk of nemen toe. In sommige gevallen wordt verondersteld dat sprake is van een 'all inclusive' zorgaanbod, terwijl de beschikbare capaciteit en middelen in werkelijkheid beperkt zijn. Dit staat haaks op de maatschappelijke ontwikkeling waarbij een grotere rol van informele zorg wordt verwacht, terwijl tegelijkertijd de complexiteit van de zorg toeneemt. Zorgverleners zijn doorgaans sterk intrinsiek gemotiveerd om zorg van hoge kwaliteit te leveren. Deze toewijding botst echter regelmatig met de grenzen van de beschikbare capaciteit. Het managen van verwachtingen van familie en naasten vormt dan ook een steeds belangrijker onderdeel van het takenpakket van zorgteams en behandeldiensten.

Kortere verblijfsduur en mensen blijven langer thuis

De verblijfsduur van cliënten wordt over het algemeen steeds korter. Doordat zij langer thuis moeten blijven, stromen zij in op een later moment in het ziekteproces en komen daarmee binnen met een zwaardere zorgvraag. De inzet van de behandeldienst is meer intensief rond het moment van in- en uitstroom van de cliënten. Daardoor zijn er meer intensieve momenten en neemt de druk op de behandeldienst toe.

6 WERKWIJZEN

6.1 LEIDENDE PRINCIPES EN RICHTLIJNEN

De inhoud van het werk binnen de behandeldienst wordt op diverse manieren ingevuld. Hierbij maken behandelaren gebruik van protocollen, leidende principes, handreikingen en eigen inzicht op basis van hun ervaring.

Binnen de Wlz wordt de behandeling van ouderen uitgevoerd op basis van diverse richtlijnen die door verschillende beroepsgroepen worden gehanteerd. Deze richtlijnen waarborgen de kwaliteit en eenduidigheid van zorg en worden opgesteld door ondermeer beroepsverenigingen en kennisinstituten. Professionals gebruiken doorgaans de richtlijnen die specifiek bij hun beroepsgroep horen. Daarnaast worden multidisciplinaire richtlijnen vaak gebaseerd op ondermeer de richtlijnen van Vilans en bijvoorbeeld Verenso. In de bijlagen is een overzicht opgenomen van de richtlijnen per beroepsgroep zoals deze door de leden van de klankbordgroep zijn aangegeven.

Van zorgprofessionals wordt verwacht dat zij de vastgestelde en geautoriseerde richtlijnen opvolgen, tenzij er gemotiveerde redenen zijn om hiervan af te wijken. In de praktijk kan worden nagegaan welke richtlijnen verplicht zijn en hoe de naleving hiervan wordt gemonitord, bijvoorbeeld door interne audits, vakgroepoverleggen of visitaties van de behandeldienst. Verder ontwikkelen instellingen diverse werkafspraken, protocollen en procesbeschrijvingen om de externe richtlijnen en zorgvisie binnen de instelling uitvoerbaar te maken.

Richtlijnen worden doorgaans ontwikkeld door werkgroepen die systematisch literatuuronderzoek uitvoeren en aanbevelingen formuleren op basis van wetenschappelijke onderbouwing. Na afronding worden zij geautoriseerd door de betreffende beroepsgroep(en), wat de betrouwbaarheid en toepasbaarheid versterkt. Actualisatie vindt plaats op vaste momenten of wanneer nieuwe wetenschappelijke inzichten of praktijkervaringen daartoe aanleiding geven.

Een veelgenoemde handreiking in het kader van regiebehandelaarschap is de Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg, opgesteld door Verenso, V&VN en NAPA. Deze wordt binnen diverse instellingen als leidraad gebruikt.

Zorgvisie

Sommige instellingen maken vanuit hun zorgvisie een vertaling naar leidende principes voor de uitvoering van behandeling. Voorbeelden van dergelijke principes zijn:

- Werken volgens het reablement-principe.
- Behoud van zorgvoorzieningen in de regio.
- Het ondersteunen van het gewone, alledaagse leven.
- Belevingsgericht en persoonsgericht werken.
- Een fijne dag centraal stellen.

De mate waarin deze leidende principes daadwerkelijk worden toegepast, is sterk afhankelijk van de (lokale) organisatiecultuur. Deze speelt een cruciale rol bij de uitvoering en borging in de praktijk.

6.2 REGIEBEHANDELAARSCHAP

Regiebehandelaarschap in de ouderenzorg verwijst naar een rol waarbij een zorgprofessional verantwoordelijk is voor het coördineren en bewaken van de behandeling en zorg van ouderen, binnen een multidisciplinair team. Deze rol is cruciaal in de ouderenzorg vanwege de complexiteit van zorgvragen bij oudere cliënten, die vaak te maken hebben met multimorbiditeit, cognitieve achteruitgang en psychosociale uitdagingen. Deze rol is in Nederland omschreven in de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', waarin de term 'hoofdbehandelaar' is vervangen door 'regiebehandelaar'. Hiermee wordt expliciet ruimte geboden aan niet-artsgebonden professionals, zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants, om deze rol te vervullen naast bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde.

De toewijzing van cliënten aan regiebehandelaren vindt doorgaans plaats in onderling overleg. De verdeling kan gebaseerd zijn op verschillende criteria, waaronder locatie, regio, doelgroep, specifieke zorgbehoeften of praktische overwegingen zoals werkdrukverdeling en beschikbare capaciteit.

Een veelvoorkomende rolverdeling met betrekking tot het regiebehandelaarschap is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Verpleegkundig specialisten, physician assistants en basisartsen vervullen in de praktijk veelal de rol van primair regiebehandelaar.
- GZ-psychologen worden in sommige instellingen als regiebehandelaar ingezet, met name bij cliënten met een psychosociale zorgvraag. Soms is dit binnen pilots of in een opstartfase.
- Bovengenoemde regiebehandelaren kunnen, indien nodig, terugvallen op de specialist ouderengeneeskunde voor consultatie en ondersteuning.
- Basisartsen vervullen de rol van regiebehandelaar doorgaans onder supervisie van een SO.
- In complexe zorgsituaties neemt de specialist ouderengeneeskunde vaker de rol van regiebehandelaar op zich (hetgeen niet betekent dat andere regiebehandelaren bij complexe zorgsituaties geen regiebehandelaar kunnen zijn).
- Huisartsen treden op als regiebehandelaar bij cliënten zonder behandelindicatie.

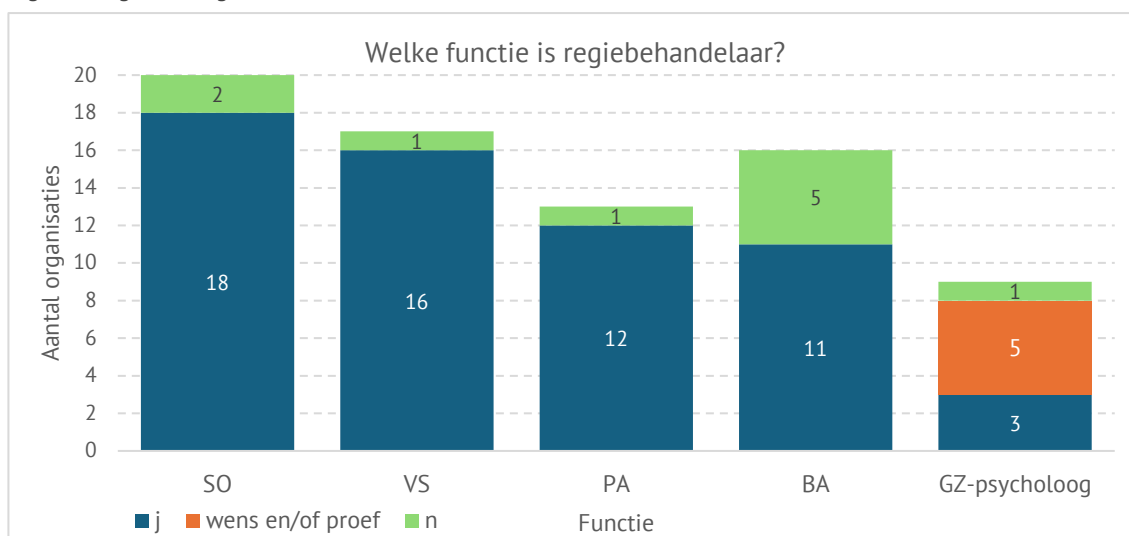
Hoewel er geen formele richtlijnen bestaan, wordt in de praktijk vaak gewerkt met richtlijnen zoals die van Verenso, bijvoorbeeld één specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar per 90 cliënten in de chronische zorg. Binnen sommige instellingen hebben verpleegkundig specialisten, physician assistants en basisartsen een kleinere intramurale caseload voor het regiebehandelaarschap dan SO's. Een veelgenoemde verhouding is 1 fte SO per 90 cliënten en 1 fte VS/PA per 72 cliënten, al komen in de praktijk ook lagere aantallen voor. De omvang en samenstelling van de caseload kunnen per situatie sterk variëren.

In de meeste instellingen worden andere behandelaren functioneel aangestuurd c.q. ingezet via de regiebehandelaar. In enkele gevallen is het echter mogelijk dat behandelaren direct benaderd worden, zonder tussenkomst van de regiebehandelaar. Sommige instellingen hanteren duidelijke afspraken over wanneer de SO geconsulteerd moet worden of wanneer supervisie (in geval van basisarts) vereist is. In andere organisaties is dit minder formeel geregeld en wordt het overgelaten aan de professionele inschatting van de regiebehandelaar.

Feiten en cijfers

Onderstaande weergave toont bij welke functies het regiebehandelaarschap is belegd binnen de deelnemende instellingen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat niet alle genoemde functies in iedere instelling aanwezig zijn.

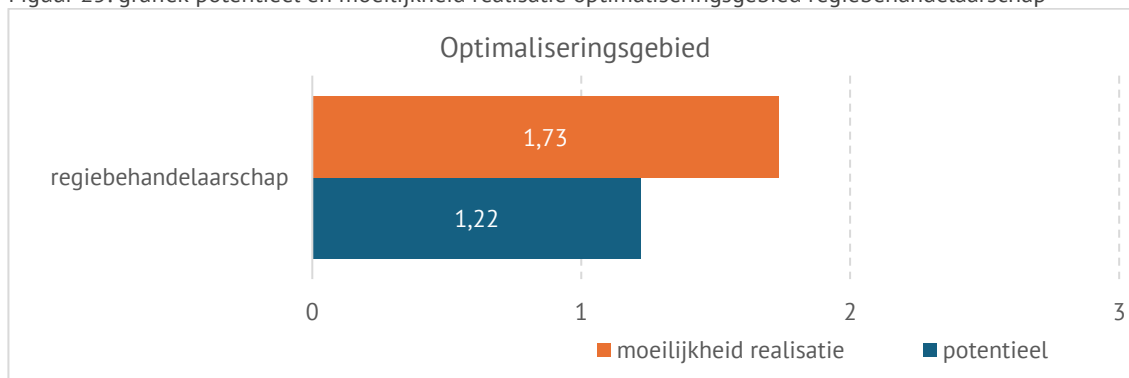
Figuur 24: grafiek regiebehandelaren



Uitdaging, potentieel en ambities

De deelnemende instellingen is gevraagd te beoordelen in welke mate het regiebehandelaarschap potentie biedt voor het optimaliseren van de behandeldienst en de geleverde zorg, evenals hoe eenvoudig of complex zij de realisatie van verbeteringen op dit vlak inschatten. Onderstaande resultaten geven hiervan een overzicht.

Figuur 25: grafiek potentieel en moeilijkheid realisatie optimaliseringsgebied regiebehandelaarschap



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2= gemiddeld, 3= moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerde verdeling van de scores.

Het potentieel is gematigd, maar de realiseerbaarheid is gemakkelijk tot gemiddeld. Het optimalisatiepotentieel wordt met name gezien in de mogelijkheid dat GZ-psychologen de rol van regiebehandelaar (gaan) vervullen bij cliënten met overwegend psychosociale problematiek.

6.3 VISITES

Een visite betreft doorgaans een bezoek van de regiebehandelaar aan een zorgafdeling, gericht op het bespreken van zorg- en behandelvragen met betrekking tot cliënten op die afdeling. Het doel van visites is het waarborgen van kwalitatief hoogwaardige en persoonsgerichte zorg. Dit wordt gerealiseerd door het systematisch monitoren van de gezondheidstoestand van cliënten, het evalueren van ingezette behandelingen en interventies, en het ondersteunen van zorgteams in hun

dagelijkse praktijk. Visites dragen bij aan het tijdig signaleren van veranderingen in zorgbehoefte, het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking en het gezamenlijk – met cliënt en betrokkenen – komen tot passende zorgafspraken. Voor spoedvragen is doorgaans directe telefonische bereikbaarheid van een arts of triagedienst beschikbaar, terwijl niet-acute vragen worden meegenomen in geplande visites. Er bestaan verschillende typen visites en overleggen. Bij reguliere visites bezoekt de regiebehandelaar de locatie of het zorgteam om cliënten en hun zorgsituaties te bespreken met vertegenwoordigers van het team. De cliënt zelf is daarbij meestal niet aanwezig, tenzij de situatie hierom vraagt. Daarnaast kennen sommige organisaties specifieke gedragsvisites, gericht op cliënten met onbegrepen gedrag. Deze worden vaak multidisciplinair uitgevoerd, met deelname van onder andere een GZ-psycholoog en leden van het zorgteam. Vrijwel alle deelnemende instellingen maken gebruik van visites. In algemene zin zijn de deelnemende instellingen positief over de toegevoegde waarde van visites en over de wijze waarop deze zijn georganiseerd en uitgevoerd. Wel is in sommige gevallen aangegeven dat de voorbereiding van visites door zorgteams nog verbeterd kan worden.

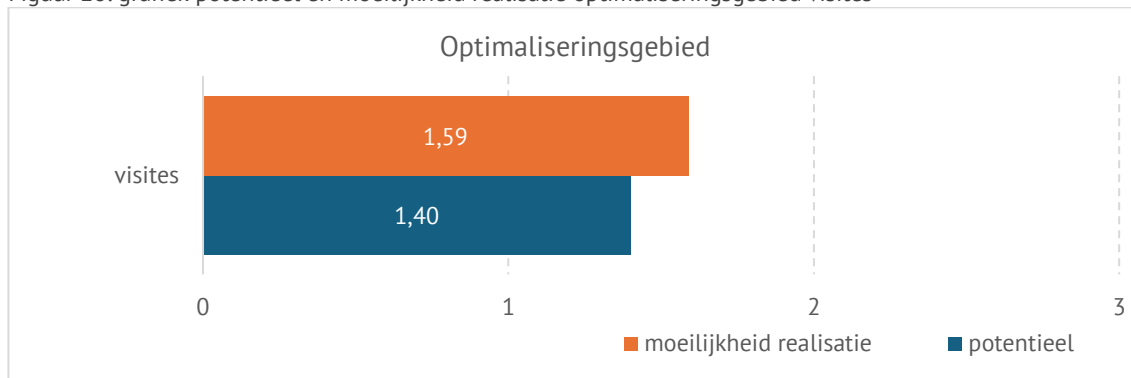
Spreekuren

Naast visites werken sommige instellingen met spreekuren. Hierbij wordt een cliënt, via het zorgteam of de behandelaar, aangemeld voor bespreking. Tijdens het spreekuur wordt de casus besproken, waarbij zorgvraag en benodigde behandelinterventies op elkaar worden afgestemd. Bij een aantal instellingen zijn deze spreekuren structureel volgeboekt, wat duidt op een hoge vraag en intensief gebruik van dit overlegmoment.

Uitdaging, potentieel en ambities

De deelnemende instellingen is gevraagd te beoordelen in welke mate visites potentie bieden voor het optimaliseren van de behandeldienst en de geleverde zorg, en hoe eenvoudig of complex zij de realisatie van verbeteringen op dit vlak inschatten. Onderstaande resultaten geven hiervan een overzicht.

Figuur 26: grafiek potentieel en moeilijkheid realisatie optimaliseringsgebied visites



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2 = gemiddeld, 3 = moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Het optimaliseren van visites heeft gematigd potentieel tot potentieel en de realiseerbaarheid is gemakkelijk tot gemiddeld. Er wordt potentieel gezien in het terugbrengen van het aantal visites, onder andere door kritisch te kijken naar de frequentie en noodzaak. Daarnaast wordt overwogen om – waar passend – een model toe te passen waarbij de cliënt de arts bezoekt, vergelijkbaar met de werkwijze in de huisartsenzorg. Ook in de voorbereiding en organisatie van visites door de zorgteams ligt ruimte voor verbetering. Hoewel het voor de hand ligt, wordt benoemd dat het daadwerkelijk implementeren en borgen van gemaakte afspraken en vastgesteld beleid nog meerwaarde kan opleveren.

6.4 MDO

Omschrijving

Het multidisciplinaire overleg (MDO) is een overleg tussen verschillende zorgprofessionals (zoals artsen, verpleegkundigen en andere behandelaren) om de zorg en behandeling van een cliënt te bespreken en af te stemmen. Het MDO is een belangrijk aspect in de organisatie en uitvoering van de ouderenzorg. Binnen het MDO wordt immers de zorg rondom de cliënt besproken met verschillende disciplines, met als doel het opstellen, evalueren en bijstellen van het zorg- en behandelplan.

De frequentie van MDO's varieert. Sommigen organiseren minimaal één MDO per cliënt per jaar, zoals wettelijk vereist. Over het algemeen vindt het eerste MDO plaats binnen zes weken na opname/inhuizen. Er zijn varianten waarin cliënten tweemaal per jaar worden besproken, terwijl sommige instellingen kiezen voor een flexibele benadering waarbij het MDO naar behoefte wordt gepland. Ook komen instellingen voor, waarin reguliere MDO's zijn afgeschaft en vervangen door alternatieve overlegvormen.

De samenstelling van het MDO verschilt per situatie en zorgvraag. Gebruikelijk is de aanwezigheid van de regiebehandelaar, de teamvertegenwoordiging en afhankelijk van de zorgbehoefte andere behandelaren zoals psychologen, fysiotherapeuten of ergotherapeuten. Waar gewenst is de familie of vertegenwoordiger van de cliënt aanwezig. In sommige varianten wordt de cliënt zelf betrokken bij het overleg. Dit is echter uitzonderlijk. In ieder geval worden de uitkomsten teruggekoppeld aan familie of (vertegenwoordiger van de-) cliënt. De keuze om paramedici standaard of naar behoefte uit te nodigen hangt vaak af van de complexiteit van de zorg en noodzakelijke specifieke expertise. Sommige overleggen richten zich primair op medische en verpleegkundige aspecten, terwijl andere meer gericht zijn op psychosociale ondersteuning en persoonlijke wensen van de cliënt. Deelnemende instellingen waarderen familiebetrokkenheid voor de kwaliteit en volledigheid van de zorg, maar signaleren soms dat dit ten koste kan gaan van de diepgang in de bespreking van behandeltechnische details.

Variatie en verklaringen

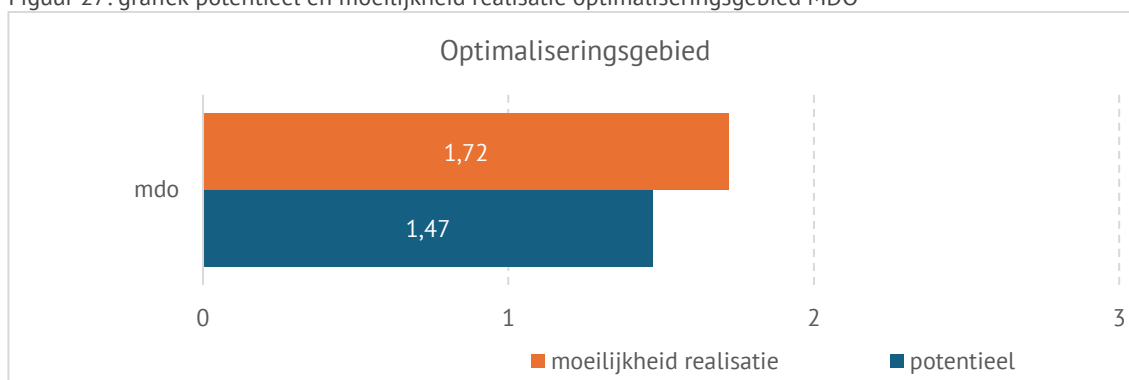
Zoals eerder benoemd, varieert de wijze waarop instellingen invulling geven aan de MDO-structuur. Deze invulling is afhankelijk van meerdere factoren, waaronder:

- De aard van de doel- en cliëntgroepen.
- De verblijfsduur van cliënten en de variatie in zorgfasen.
- De specifieke zorgvraag van individuele cliënten.
- De betrokken behandel disciplines.
- De mate van taakvolwassenheid (mate van professionaliteit) van het zorgteam.
- De ervaren effectiviteit en tevredenheid met het huidige MDO-proces.
- De beschikbaarheid van tijd en middelen binnen de organisatie.

Uitdaging, potentieel en ambities

De deelnemende instellingen is gevraagd om aan te geven in welke mate zij potentieel zien in de MDO's om de behandeldienst en de geleverde zorg te optimaliseren, en hoe eenvoudig of complex zij de realisatie van verbeteringen op dit gebied inschatten. Onderstaande resultaten geven hiervan een overzicht.

Figuur 27: grafiek potentieel en moeilijkheid realisatie optimaliseringsgebied MDO



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2 = gemiddeld, 3 = moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Het optimalisatiepotentieel van MDO's wordt op meerdere vlakken herkend. Zo wordt overwogen om de standaardfrequentie van twee MDO's per jaar terug te brengen naar één keer per jaar of uitsluitend op indicatie, afhankelijk van de zorgbehoefte. Ook wordt in bepaalde situaties mogelijkheden gezien om het aantal aanwezige behandelaren en andere zorgprofessionals te beperken, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van het overleg. Daarnaast ligt er potentieel in het strakker en efficiënter voorbereiden en uitvoeren van MDO's, zowel door behandelaren als door zorgteams. Tot slot is de wens tot participatie van familie genoemd als relevante factor, die zowel bijdraagt aan de meerwaarde van het MDO als aan de noodzaak om het overleg goed te structureren. De realiseerbaarheid wordt over de hele linie als makkelijk tot gemiddeld betiteld.

6.5 ANW-ZORG

In de ouderenzorg is tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW) de inzet van bereikbaarheidsdiensten noodzakelijk. Gedurende deze periodes kunnen triagisten bij urgente zorgvragen de dienstdoende professional inschakelen. Veelvoorkomende onderwerpen tijdens ANW-diensten zijn onder meer: koorts (al dan niet in combinatie met pijn), hoesten, onbegrepen gedrag, valincidenten (soms met trauma), medicatievragen waarbij snelle interventie nodig is (zoals bij acute bloeddruk- of glucosedalingen), vraagstukken rondom Advance Care Planning (zoals comfortzorg of palliatieve sedatie) en lijkschouw.

Variatie en verklaringen

De wijze waarop instellingen de avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) organiseren, varieert. In grote lijnen zijn vier modellen te onderscheiden:

1. Volledig interne organisatie

Een aantal instellingen kiest ervoor de ANW-zorg volledig met eigen medewerkers in te vullen. Deze keuze is vaak ingegeven door het streven naar continuïteit en grip op de kwaliteit van zorg. Een belangrijk voordeel is dat medewerkers vertrouwd zijn met de cliënten en interne processen. Tegelijkertijd brengt dit model ook uitdagingen met zich mee, zoals een hoge roosterdruk en moeite met het bezetten van diensten, met name tijdens de specifieke nacht- en weekenduren.

2. Volledige uitbesteding

Andere instellingen besteden de ANW-zorg volledig uit aan externe dienstverleners. Deze expliciete keuze wordt vaak gemaakt om specifiek de werkdruk voor eigen personeel te verlagen. Externe partijen verzorgen doorgaans zowel de telefonische triage als de fysieke inzet. Hoewel dit verlichting kan bieden, leidt deze aanpak soms tot knelpunten, zoals beperkte beschikbaarheid of continuïteit

bij externe aanbieders. Daarnaast brengt volledige uitbesteding doorgaans (veel) hogere kosten met zich mee.

3. Hybride modellen

Verskillende instellingen hanteren een hybride model, waarbij zowel interne als externe capaciteit wordt ingezet. Dit biedt flexibiliteit en maakt het mogelijk om roostertekorten gericht op te vangen. In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld interne inzet tijdens avonden doordeweeks, gecombineerd met uitbesteding in weekenden of nachten. Een dergelijke aanpak vraagt om zorgvuldige afstemming om overlap, onduidelijkheden en hiaten in bereikbaarheid te voorkomen.

4. Regionale samenwerkingen en netwerken

Steeds meer instellingen zoeken samenwerking in regionaal verband. Door krachten te bundelen ontstaat schaalvoordeel, wat leidt tot efficiëntere inzet van professionals en verlichting van de werkdruk. Deze samenwerkingen variëren van gezamenlijke triagepunten en achterwachtdiensten tot bredere afspraken over gedeelde inzet van behandelaren. In sommige regio's is de samenwerking beperkt tot telefonische bereikbaarheid, terwijl andere regio's streven naar integrale netwerkzorg in ANW-uren.

Bepalende factoren voor de keuze van het model

De keuze voor een specifiek organisatiemodel hangt samen met verschillende factoren, waaronder:

- De omvang van de organisatie en de behandelteams
- De geografische spreiding van locaties en regio's
- Beschikbare interne capaciteit binnen de behandel dienst

Daarnaast speelt ook de samenstelling van het behandelteam een rol. Instellingen met een overwegend oudere populatie aan behandelaren geven aan hen niet langer te willen belasten met ANW-diensten. Tegelijkertijd wordt het niet hoeven draaien van ANW-diensten in sommige gevallen ingezet als aantrekkelijke arbeidsvoorwaarde in het kader van werving en behoud van medisch personeel.

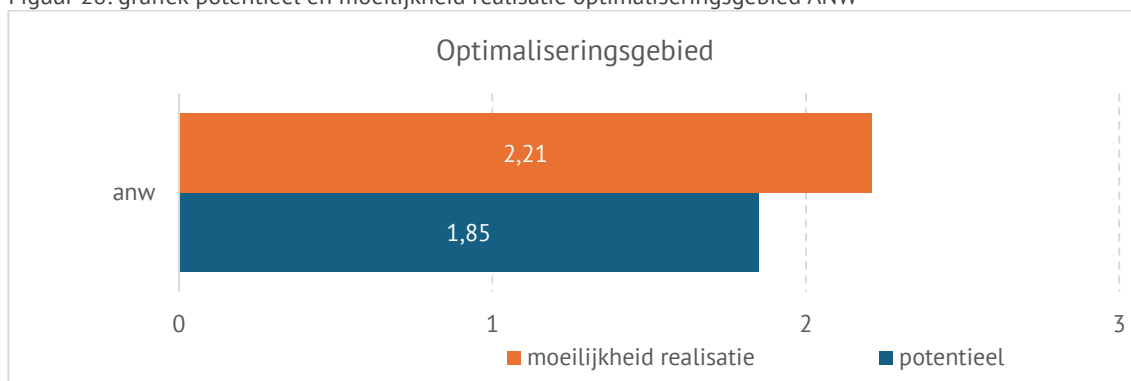
Uitdaging, potentieel en ambities

De behoefte aan ANW-zorg kan intensief zijn, terwijl de beschikbare formatie aan behandelaren – met name specialisten ouderengeneeskunde en in mindere mate verpleegkundig specialisten – niet altijd toereikend is om aan de benodigde dienstplanning te voldoen. Dit speelt met name bij kleinere instellingen of organisaties met een beperkte behandel dienst qua omvang. Wanneer meerdere partijen betrokken zijn bij de ANW-zorg, is een veilige en technisch goed ingerichte toegang tot cliëntinformatie een essentieel aandachtspunt. Ongeacht het gekozen organisatiemodel ervaren vrijwel alle instellingen een toenemende werkdruk tijdens ANW-uren, met name tijdens nachtdiensten en weekenden. Dit heeft direct effect op de inzetbaarheid en fitheid van medewerkers gedurende de reguliere dagdiensten. In situaties van volledige uitbesteding blijkt het voor externe partijen niet altijd mogelijk om alle diensten structureel te bezetten, waardoor instellingen alsnog genooddakt zijn intern bij te springen. Het gebruik van digitale triagesystemen en verpleegkundige voorwachten neemt toe. Deze systemen helpen bij het adequaat filteren van urgente hulpvragen en dragen bij aan het ontlasten van artsen. Sommige instellingen kiezen bewust voor volledige uitbesteding om werkdruk te verlagen, terwijl anderen ervoor kiezen de ANW-zorg intern te organiseren om de kwaliteit van zorg en regie in eigen hand te houden. Er is steeds meer aandacht voor het beperken van nachtelijke inzet om de werk-privébalans te verbeteren en het werkplezier van medewerkers te vergroten. Een uniforme aanpak bestaat niet; instellingen maken afwegingen op basis van lokale context, beschikbaar personeel en financiële mogelijkheden. Regionale samenwerkingsverbanden en hybride modellen winnen daarbij aan populariteit, omdat zij een werkbare balans bieden tussen flexibiliteit, efficiëntie en continuïteit van zorg.

De deelnemende instellingen is gevraagd om te beoordelen in welke mate de organisatie van de ANW-zorg potentie biedt voor het optimaliseren van de behandel dienst en de geleverde zorg, en

hoe eenvoudig of complex zij de realisatie van verbeteringen op dit terrein inschatten. Onderstaande resultaten geven hiervan een overzicht.

Figuur 28: grafiek potentieel en moeilijkheid realisatie optimaliseringsgebied ANW



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2= gemiddeld, 3= moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Op het vlak van de organisatie van ANW zorg wordt potentieel onderkend, waarbij wordt aangegeven dat de realiseerbaarheid van de verbetering gemiddeld tot moeilijk is. Het verbeterpotentieel wordt voornamelijk gezien in regionale samenwerking met andere partijen. Hier wordt op veel fronten ook hard aan gewerkt. Enerzijds ingegeven doordat als gevolg van uitbesteding bijvoorbeeld kosten buitenproportioneel worden. Juist ook omdat de problematiek is toegenomen. In de avond/nacht wordt een stevige wissel getrokken op ondermeer de artsen. Hierdoor stoppen oudere collega's sneller met deze diensten. De inzet van ZZP'ers wordt bemoeilijkt door wet- en regelgeving. Door in toenemende mate een beroep te doen op verpleegkundigen als tussenschakel met de arts wordt een (te) groot beroep op artsen voorkomen. Wisselingen helpen niet, wat de zoektocht naar continuerende constructies verklaart.

6.6 TIJDSBESTEDING

Tijdens de gesprekken met behandelaren van verschillende instellingen is de verdeling van hun tijdsbesteding besproken, onderverdeeld in drie categorieën:

- direct patiëntgebonden zorg (behandelaar is aanwezig bij de patiënt of de groep van patiënten). Zorg en ondersteuning die direct aan een cliënt wordt verleend, zoals medische behandeling en therapeutische begeleiding. De zorgprofessional is hier in de fysieke nabijheid van de client.
- indirect patiëntgebonden zorg (behandelaar werkt voor de patiënt(-engroep), zonder dat de patiënt daarbij is. Werkzaamheden die bijdragen aan de behandeling voor cliënten, maar niet direct in contact met de cliënt worden uitgevoerd, zoals MDO, cliëntgerichte begeleiding / training zorgteam, cliënt overleg behandelaren.
- niet patiëntgebonden zorg, zowel medisch (bv. infectieziektepreventiebeleid) als niet-medisch (bv. managementtaken). die niet gekoppeld zijn aan een specifieke cliënt, zoals medisch/paramedisch/psychosociaal beleid maken, vergaderingen, vakgroep overleggen, werkgroepen, algemene administratie en managementtaken.

Uit de gesprekken bleek dat niet alle instellingen een dergelijke onderverdeling in tijdsbesteding kunnen of willen hanteren. Bij vrijwel geen van de deelnemende instellingen wordt de tijdsbesteding systematisch geregistreerd op basis van de eerder beschreven categorieën. De tijdsverdelingen die wel zijn verstrekt, zijn dan ook grotendeels gebaseerd op globale inschattingen. Meerdere instellingen gaven aan moeite te hebben met het maken van scherp onderscheid tussen direct en

indirect cliëntgebonden tijd. Soms bleek onderscheid maken inhoudelijk niet mogelijk, in andere gevallen is aangegeven dat zij dit geen waardevol onderscheid vonden. Daarnaast viel op dat de vraag naar tijdsverdeling door sommige respondenten werd geïnterpreteerd als normatief, waarbij impliciet werd uitgegaan van een wenselijke verhouding – bijvoorbeeld een hogere mate van directe cliëntgebonden tijd als positief uitgangspunt.

Feiten en cijfers

Voor de meest voorkomende behandelfuncties – en de functies die tijdens de gesprekken vertegenwoordigd waren – is gevraagd naar de verdeling van de tijdsbesteding over de drie hoofdcategorieën. Zoals eerder aangegeven, hebben niet alle instellingen een tijdsverdeling opgegeven. Onderstaande grafiek toont per veelvoorkomende functie het aantal instellingen dat een indicatie heeft gegeven van de tijdsinzet.

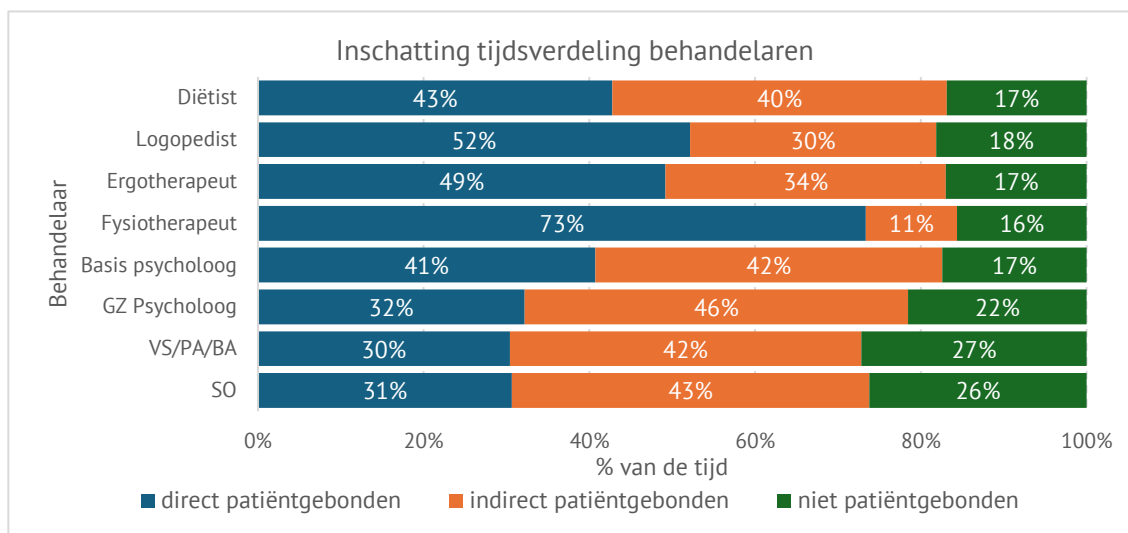
Figuur 29: grafiek aantal organisaties per functie dat verhouding tijdsbesteding heeft aangegeven



Een belangrijke verklaring voor het beperkte aantal tijdsinschattingen per functie is dat gesprekspartners zich voornamelijk hebben uitgesproken of zich hebben durven uit te spreken over hun eigen functie, en niet over die van andere beroepsgroepen. Hierdoor is uitsluitend voor de functie van specialist ouderengeneeskunde bij een meerderheid van de deelnemende instellingen een tijdsverdeling opgegeven. Voor de overige functies geldt dat slechts een deel – vaak minder dan de helft – van de instellingen hierover een indicatie heeft verstrekt. Dit roept de vraag op in hoeverre er voor de groep deelnemende instellingen representatieve uitspraken kunnen worden gedaan over de tijdsbesteding van de verschillende behandelfuncties. In ieder geval moeten de uitkomsten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Onderstaande grafiek toont de verdeling van de tijdsbesteding over de drie categorieën.

Figuur 30: grafiek inschatting tijdsverdeling behandelaren



Opvallend is dat met name de fysiotherapeut relatief veel directe cliëntgebonden werkzaamheden verricht. Dit sluit aan bij het inhoudelijke beeld dat tijdens de gesprekken is geschetst. In de bijlage is per functie de tijdsverdeling weergegeven zoals aangegeven door de afzonderlijke deelnemende instellingen.

Variatie en verklaringen

De inschattingen met betrekking tot de verdeling van de werktijd over de drie categorieën worden beïnvloed door verschillende factoren, waaronder:

- De inrichting en samenstelling van de behandeldienst;
- De aard van de doel- en cliëntgroepen;
- De zorgvraag en zorgfase van individuele cliënten;
- De specifieke behandeldiscipline;
- Persoonlijke verschillen binnen dezelfde behandeldiscipline;
- De mate van taakvolwassenheid (mate van professionaliteit) binnen het team.

In enkele gevallen wordt geëxperimenteerd met beleidsmatige uitgangspunten en normenkaders, bijvoorbeeld een richtlijn van 6,5 uur cliëntgebonden (direct en indirect) en 1,5 uur niet-clientgebonden tijd per werkdag. Opvallend is dat cliëntgebonden tijd in sommige situaties wordt aangeduid als 'productieve tijd', terwijl – afhankelijk van het gehanteerde referentiekader – niet-clientgebonden werkzaamheden eveneens productieve waarde kunnen hebben. Hierin wordt de normatieve interpretatie van de verschillende typen tijdsbesteding herkend.

Gemiddeld besteden behandelaren, bij de instellingen die de tijdsverdeling hebben aangegeven, ongeveer 20% van hun werktijd aan niet-clientgebonden taken. Deze omvatten onder andere:

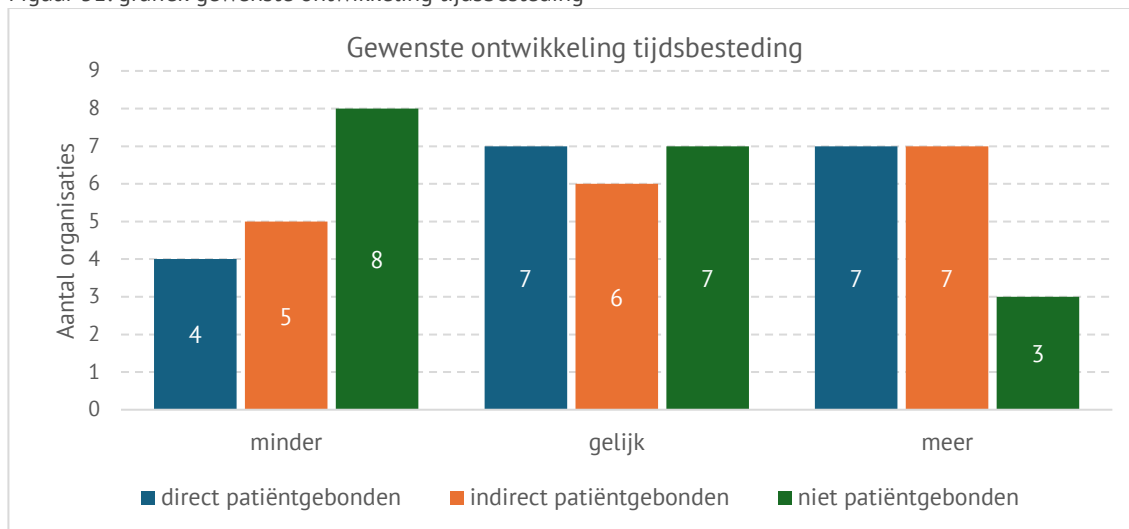
- Het ontwikkelen van medisch, paramedisch of psychosociaal beleid.
- Deelname aan vergaderingen, vakgroepoverleggen en werkgroepen.
- Training en coaching van zorgteams en collega-behandelaren.
- Het instrueren van mantelzorgers en informele zorgverleners.
- Administratieve en managementtaken.

Hoewel deze activiteiten relatief veel tijd vergen, worden zij door behandelaren als essentieel en waardevol beschouwd voor het borgen van de kwaliteit van zorg en het versterken van de samenwerking tussen zorgprofessionals en behandelaren.

Uitdaging, potentieel en ambities

Tijdens de gesprekken is ook gevraagd naar de wenselijkheid van de huidige tijdsverdeling en de gewenste ontwikkeling daarvan, met het oog op toekomstige zorgverlening. Onderstaand is de richting weergegeven die door de gesprekspartners als wenselijk is benoemd ten aanzien van de verdeling van de tijdsbesteding.

Figuur 31: grafiek gewenste ontwikkeling tijdsbesteding



In algemene zin wordt de huidige verdeling tussen directe, indirecte en niet-cliëntgebonden zorg niet als onwenselijk ervaren. Wel geven behandelaren aan de voorkeur te hebben voor een vermindering van de tijdsbesteding aan arbeidsintensieve indirecte werkzaamheden, in het bijzonder op de volgende terreinen:

- Administratieve werkzaamheden.
- Verslaglegging.
- Aanvragen van indicaties.

Dit geeft aan wat de gepercipieerde meerwaarde ('het nut') is van de genoemde arbeidsintensieve indirecte werkzaamheden.

6.7 SAMENWERKING

De behandeling binnen de ouderenzorg komt in alle gevallen tot stand op basis van samenwerking. Bij de uitvoering van het werk met cliëntgebonden contact gaat het over de samenwerking tussen behandelaren, zorgteams, cliënten, familie en mantelzorgers en met aanpalende disciplines. De wijze waarop deze samenwerking tot stand komt en geborgd is komt voort uit diverse overlegstructuren en de inrichting van (regionale) samenwerkingsprocessen.

Samenwerking intern

De interne samenwerking gaat doorgaans over de samenwerking binnen de behandeldienst en tussen de zorgteams en de behandeldienst. De zorg voor kwetsbare ouderen vereist nauwe en multidisciplinaire samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen, paramedici). Dit is essentieel om de juiste zorg op maat te bieden aan cliënten met verschillende zorgbehoeften. Deze samenwerking wordt ondersteund door de systemen waarin de verleende zorg en adviezen worden geregistreerd. Opvallend is dat er niet (altijd) in hetzelfde systeem wordt geregistreerd, waardoor relevante informatie niet (altijd) gelezen wordt. Ingehuurde krachten kunnen in voorkomende gevallen niet in systemen en cliëntdossiers en kunnen dan afhankelijk zijn van een beperkte mondelinge en/of schriftelijke overdracht.

Vaak vindt de samenwerking plaats via zogeheten korte lijnen, waarmee bedoeld wordt dat informatie over cliënten en de samenwerking op informele wijze tussen zorgprofessionals wordt uitgewisseld. Kenmerkend is dat in veel zorginstellingen de samenwerking voor de hiërarchie lijkt te gaan. Dit blijkt uit de benaderbaarheid en beschikbaarheid van de behandelaren.

Er worden ook geformaliseerde overleggen georganiseerd, zoals een MDO, kernteamoverleg, zorgteamoverleggen, leefplanoverleggen, etc. waar verschillende afdelingen meer of minder op cliëntniveau samenwerken. De wijze waarop deze overleggen plaatsvinden qua frequentie, aangeschoven disciplines, voorbereiding etc. is binnen veel instellingen een punt van aandacht, omdat men verwacht efficiënter te kunnen gaan werken als hier een aanpassing op wordt gedaan. Het nut is groot, de benodigde tijdsbesteding ook.

De samenwerking met de zorgteams vraagt door de toename van de complexiteit en zorgzwaarte steeds meer van behandelaren qua coaching en instructie. In de breedte van het onderzoek wordt geconstateerd dat de geboden kwaliteit vanuit de zorgteams in veel instellingen terug lijkt te lopen. Hieraan liggen verschillende gepercipieerde oorzaken ten grondslag die vaak te maken hebben met schaarste: gebrek aan financiën, verzuim, openstaande vacatures, veel in- en uitstroom en een hoge mate van inzet van PNIL. Veel wisselingen van gezichten zorgen ervoor dat sommige zorgmedewerkers de cliënt onvoldoende kennen. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van de zorgverlening. Ook wordt aangegeven dat afname van het kwaliteitsniveau van de zorgteams ook leidt tot het minder opvolgen van adviezen en instructies, met alle gevolgen van dien.

Samenwerking extern

Bij brede organisatorische vraagstukken of op het gebied van vakontwikkeling werken behandelaren ook vaak samen. Doorgaans reikt deze samenwerking dan verder dan de eigen organisatie. Regionale samenwerking vindt steeds meer plaats en is zichtbaar op diverse niveaus. Een aantal voorbeelden hiervan zijn, samenwerking op:

- Cliëntniveau: hier betreft het afstemming over cliënten met bijvoorbeeld huisartsen, of artsen in een ziekenhuis omtrent een behandeling of over de verstrekking van middelen. De wederzijdse betrokkenheid wordt hierbij gewaardeerd, maar wordt ook als belemmerend ervaren. Wanneer iedereen wat van een bepaalde casus of vraagstuk moet vinden duurt de afstemming vaak lang en dit wordt dan als inefficiënt ervaren.
- Taakniveau: hier betreft het bijvoorbeeld het regionaal en gezamenlijk organiseren van bepaalde taken om efficiëntie en effectiviteit te bevorderen. Voorbeelden zijn een gezamenlijke behandel dienst, het gezamenlijk verlenen van de ANW-zorg en loketfuncties waar zorg coördinatie vanuit gaat.
- Niveau van ketenontwikkeling: hier worden krachten gebundeld om problemen die in de keten ervaren worden het hoofd te bieden, zoals arbeidsmarkttekorten. Deze samenwerking komt bijvoorbeeld tot uiting in initiatieven en pilots op gebied van opleiden (ondermeer GZ psychologen, ergotherapeuten).
- Niveau van disciplines: de ontwikkeling van de disciplines binnen de behandelcomponent die breder zijn dan de organisatie gaat bijvoorbeeld over nieuwe technieken, het toepassen van middelen en nieuw ontwikkelde kennis en methoden. Landelijk zijn er bijvoorbeeld diverse beroepsverenigingen en vakgroepen die dienen als kenniscentrum, behandelrichtlijnen ontwikkelen en opstellen en die zorgdragen voor het aanbieden van gerichte cursussen, nascholing en themabijeenkomsten.

Op 2 september 2024 is het Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) ondertekend op het ministerie van VWS. Met dit Convenant borgen ActiZ, InEen, LHV, NVAVG, Verenso, VGN en ZN de beschikbaarheid en toegankelijkheid van MGZ voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg (Wlz). Het initiatief voor dit convenant is genomen tegen de achtergrond van ontwikkelingen als toenemende vergrijzing, groeiende zorgvraag, tekorten aan artsen en andere professionals in de zorg- en welzijnssector. Dit convenant biedt een kader voor regionaal samenwerkende partijen om

tot passende afspraken te komen. Zodanig dat MGZ voor alle Wlz-cliënten toegankelijk en beschikbaar is. En zodanig dat artsen, professionals, zorgorganisaties, zorgkantoren en zorgverzekeraars werkende en (financieel) haalbare samenwerkingsafspraken kunnen maken. De afspraken in het convenant zijn de basis voor concrete afspraken tussen zorgaanbieders en professionals in de regio. Iedere regio is vrij om voor die regio de meest passende oplossingen te ontwikkelen of te behouden. De verder beoogde werkwijze en hoe daar samen te komen wordt nog ingevuld.

Variatie en verklaringen

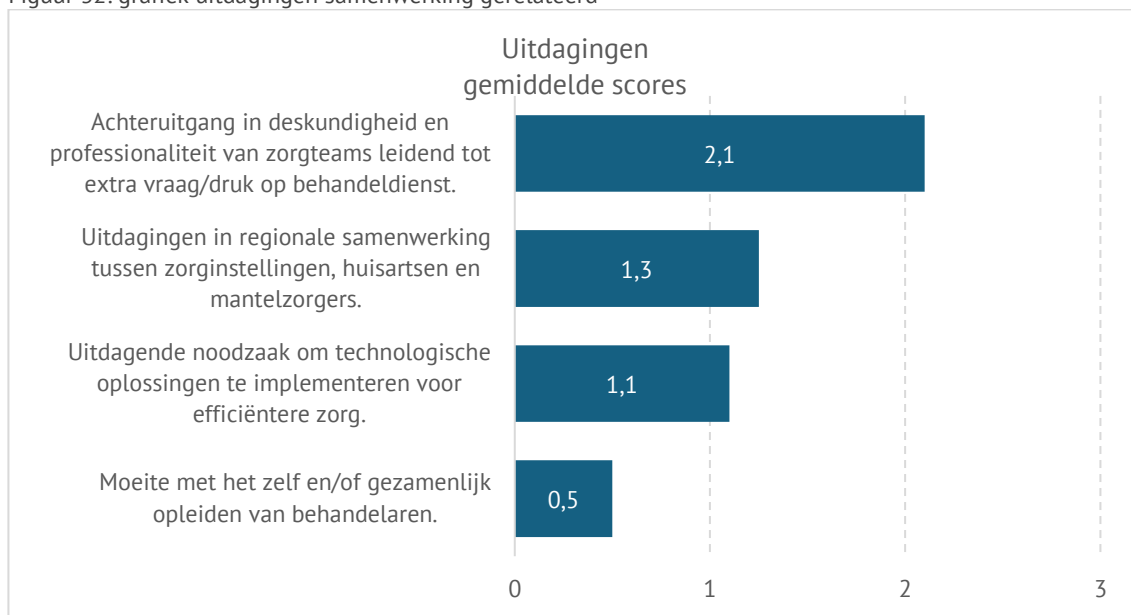
Het is niet eenvoudig om eenduidig te verklaren waarom de samenwerking op de ene plek beter gaat dan op de ander. Een paar dingen vallen op. De mate waarin instellingen te maken hebben met een stabiel(er) personeelsbestand, zowel aan de kant van de behandeldienst als aan de kant van de zorgteams, zorgt doorgaans voor een betere en duurzame samenwerking en wederzijdse communicatie. Dit geldt ook voor de mate van taakvolwassenheid (mate van professionaliteit) van de zorgteams, de aanwezigheid van een eenduidige schakel tussen zorgteams en behandelaren en de mate waarin er met behulp van scholing en training geïnvesteerd wordt in medewerkers. Ook de relatie met cliënten, familie en naasten werkt door in de interne samenwerking tussen behandelaren en zorgteams.

In de samenwerking met externen, regionaal, in de keten, met scholingsinstituten e.a. gaat het veelal om zaken als een gezamenlijk belang wat bepalend is voor de aard en het succes van de samenwerking. Wat ook van invloed is, zijn de financiële stromen en (on)duidelijkheid over wie wat vergoed krijgt en wat betaalt. Als dit onvoldoende duidelijk is, belemmert dit de samenwerking. Onderling vertrouwen, elkaar wat gunnen, maar ook urgentie om oplossingen te realiseren zijn hierbij helpend. Doorgaans kan geconstateerd worden dat interpersoonlijke relaties erg belangrijk zijn voor succesvolle samenwerkingen. Meer nog dan geformaliseerde strategische allianties.

Uitdaging, potentieel en ambities

De deelnemende instellingen is gevraagd aan te geven in welke mate onderstaande thema's, die voornamelijk gericht zijn op samenwerking, een uitdaging vormen voor de effectiviteit van de behandeling in de ouderenzorg. Onderstaande resultaten geven hiervan een overzicht:

Figuur 32: grafiek uitdagingen samenwerking gerelateerd



0= geen probleem, 1= gematigd probleem, 2= probleem, 3= stevig probleem
Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Opvallend was dat in nagenoeg alle gesprekken dit een veel voorkomend en dominant thema lijkt te zijn wanneer gesproken wordt over uitdagingen en de herkenbaarheid ervan op de werkvloer. Geconstateerd kan worden dat met name de achteruitgang in deskundigheid en professionaliteit van zorgteams leidt tot extra vraag/druk op de behandeldienst.

Behandelaren en zorgteams

Ondanks alle inspanningen om adequaat en plezierig samen te werken, worden in de samenwerking verschillende knelpunten ervaren. De afstand tussen de behandeldiensten en de zorglocaties is een genoemd aspect die bepalend is voor de gepercipieerde samenwerking. Een veelvoorkomend probleem op het gebied van interne communicatie is bijvoorbeeld de versnippering van zorg door eilandjesvorming, waarbij vakgroepen en/of zorglocaties te veel op zichzelf werken. Dit kan leiden tot gebrekkige communicatie en minder integrale zorg. Op kleinere locaties kan bijvoorbeeld de binding met behandelaren minder sterk zijn door hun beperkte fysieke aanwezigheid. Ook ontbreekt het soms aan uniformiteit in werkwijzen, werkprocessen en procedures, wat verstorend kan werken in de samenwerking.

Naast de genoemde knelpunten zijn er ook diverse goede voorbeelden van samenwerking. Teams die als taakvolwassen worden beschouwd en bijvoorbeeld zelfstandig kunnen triageren, ontlasten behandelaren en bevorderen een efficiënte zorgverlening. Korte communicatielijnen, zowel informeel als formeel, dragen bij aan snellere besluitvorming en betere afstemming. Vaste behandelteamstructuren, waarin behandelaren elkaar goed kennen en regelmatig overleggen, blijken de kwaliteit van de samenwerking te verbeteren. Het werken met domeinen in plaats van gescheiden vakgroepen lijkt in sommige instellingen succesvol, omdat dit de integraliteit en wendbaarheid van de zorg bevordert. Een goede onboarding en begeleiding van nieuwe medewerkers, dragen bij aan een snellere integratie en betere samenwerking.

In veel instellingen is de samenwerking georganiseerd rondom centrale functies zoals de EVV'er, regieverpleegkundige of coördinerend verpleegkundige. Deze rollen dienen vaak als schakel tussen de zorgteams en behandelaren. In sommige gevallen zijn triageteams of senior verpleegkundigen ingezet om medische vragen te filteren, waardoor behandelaren pas bij complexe of spoedeisende situaties worden ingeschakeld. Deze structuur wordt over het algemeen als efficiënt ervaren, omdat het de werkdruk bij behandelaren verlaagt en onnodige consultaties voorkomt. Er zijn echter ook situaties waarin het ontbreken van een duidelijk aanspreekpunt tot problemen leidt. Teams zonder vaste coördinator of duidelijke triageprocedures schakelen behandelaren soms te vroeg of juist te laat in. Hierdoor kan onnodige belasting ontstaan of escaleren situaties door een gebrek aan tijdige interventie.

De kwaliteit en stabiliteit van zorgteams varieert sterk. In veel instellingen wordt geconstateerd dat de kwaliteit van de zorgteams de afgelopen jaren achteruit is gegaan, mede door hoog personeelsverloop en het vertrek van ervaren medewerkers. Dit heeft geleid tot een lager kennisniveau, waardoor zorgteams vaker en soms onnodig beroep doen op behandelaren. Maar er zijn ook instellingen, waar bewust wordt gewerkt met vaste teams zonder flexkrachten of externe inhuur. Hier lijkt de samenwerking beter te verlopen, omdat medewerkers de bewoners goed kennen en daardoor beter kunnen inschatten wanneer het noodzakelijk is om een behandelaar in te schakelen. Een opvallende constatering is dat een lagere mix in opleidingsniveaus binnen teams soms leidt tot een verminderde opvolging van adviezen. Teams met veel onervaren medewerkers of een laag opleidingsniveau nemen adviezen van behandelaren niet altijd direct over, wat de effectiviteit van behandelingen kan belemmeren. Scholing van zorgteams en behandelaren blijkt een belangrijke factor in het verbeteren van de samenwerking. In verschillende instellingen nemen zorgmedewerkers en behandelaren gezamenlijk deel aan trainingen. Dit bevordert het wederzijds begrip en verandert de aard van de vragen die behandelaren ontvangen. Zorgteams leren beter

zelfstandig problemen op te lossen en maken minder vaak onnodig gebruik van de behandelcomponent.

De beschikbaarheid van behandelaren en de wijze waarop zij worden ingezet, verschillen per instelling. Sommige instellingen streven naar vaste behandelaren per locatie om continuïteit te waarborgen. Dit wordt over het algemeen als positief ervaren: vaste behandelaren kennen de bewoners beter, wat de samenwerking met zorgteams vergemakkelijkt. In andere gevallen worden behandelaren op basis van vraag en beschikbaarheid ingezet, wat kan leiden tot minder voorspelbaarheid en lagere efficiëntie. Een terugkerend knelpunt is het inschakelen van behandelaren bij gedragsproblematiek. Hoewel teams steeds vaker zelf stappen ondernemen om problemen op te lossen, komt het voor dat er pas hulp wordt ingeschakeld als het geduld op is. Dit kan behandelaren onder druk zetten, zeker wanneer direct actie wordt verwacht na een periode van afwachten.

Behandelaren/zorgteams en cliënten/familie/naasten

De relatie tussen zorgteams, behandelaren en familieleden speelt een belangrijke rol in de samenwerking. In meerdere instellingen wordt ervaren dat familieleden hoge of onrealistische verwachtingen hebben. Wanneer zorgteams moeite hebben om deze verwachtingen te managen, leidt dit tot spanningen en extra werkdruk voor behandelaren. Scholing en coaching gericht op het communiceren met families kunnen dit probleem deels ondervangen. Naast familie-invloeden spelen externe factoren, zoals armoede onder bewoners en onder medewerkers, een rol in de zorgverlening. Dit beïnvloedt niet alleen de dagelijkse zorgpraktijk, maar kan ook gevolgen hebben voor de betrokkenheid en het welzijn van zorgpersoneel.

Binnen de ouderenzorg wordt steeds meer ingezet op een intensieve samenwerking tussen cliënten, hun naasten en zorgprofessionals. Er is een groeiende aandacht voor het behoud van bestaande zorgnetwerken en het ondersteunen van mantelzorgers, de informele zorg. Instellingen proberen medewerkers bewust te maken van het belang om niet alleen te zorgen voor cliënten, maar vooral te zorgen dat zij zoveel mogelijk zelfredzaam blijven. Dit vraagt om een verschuiving in de zorgvisie, waarbij het in stand houden van bestaande sociale structuren een belangrijk uitgangspunt is. Mantelzorgers worden gestimuleerd actief betrokken te blijven bij de zorg van hun naaste, bijvoorbeeld door hen eenvoudige hulpmiddelen aan te reiken, zoals wandelroutes of ontmoetingsplekken, om onderlinge banden te versterken. Hierdoor ontstaat er een samenwerking tussen client, de informele zorg en de behandelaren. Bij de opname van een cliënt wordt vaak een kennismakingsgesprek gehouden met het zorgteam, de cliënt en diens naasten. Dit gesprek dient niet alleen om elkaar beter te leren kennen, maar ook om te verkennen welke rol familieleden of mantelzorgers willen en kunnen blijven vervullen. In veel gevallen wordt dit gesprek vanuit een zorgvisie gevoerd, waarin de vraag centraal staat hoe de samenwerking tussen informele en formele zorg optimaal kan worden ingericht, los van capaciteitsdruk of personeelstekorten.

Er zijn ook uitdagingen. Veel cliënten hebben te maken met eenzaamheid. Soms is het informele zorgnetwerk beperkt of ontbreekt dit zelfs. Daar waar naasten wel aanwezig zijn, wordt regelmatig gemeld dat zij veeleisender worden en hogere verwachtingen hebben van de instelling. Doordat de cliënt een steeds groter wordende zorgvraag heeft bij opname, is het informele zorgnetwerk soms uitgeput en voelt zij zich minder in staat om zorgtaken uit te blijven voeren. Dit leidt soms tot moeizame gesprekken en situaties waarin zorgteams een balans moeten vinden tussen het tegemoetkomen aan wensen en het managen van realistische verwachtingen. In bepaalde regio's valt op dat familieleden zeer betrokken zijn, wat enerzijds positief is, maar anderzijds kan resulteren in spanningen wanneer verwachtingen niet overeenkomen met de mogelijkheden van de geboden behandeling.

Daarnaast wordt er steeds vaker ingezet op het vergroten van de regie van cliënten en hun naasten, vooral in de laatste levensfase. Het idee hierbij is dat mensen zelf keuzes kunnen maken over hun

zorg en het verloop van deze levensfase. Tegelijkertijd ervaren behandelaren dat sommige familieleden moeilijk omgaan met de veranderende rol van de behandeling; men verwacht soms nog een 'hotelservice' waarbij alle taken uit handen worden genomen, terwijl de focus juist ligt op gezamenlijkheid en het benutten van aanwezige netwerken. Communicatie vormt hierbij een terugkerend aandachtspunt. Het aangaan van open en duidelijke gesprekken over wederzijdse verwachtingen blijkt essentieel, maar niet altijd eenvoudig. Er is behoefte aan ondersteuning en training in communicatievaardigheden, zeker wanneer het gaat om lastige gesprekken met veeleisende cliënten of familieleden. Instellingen erkennen dit en zien communicatie als een thema dat instellingsbreed aandacht heeft.

Een bijkomende zorg is de maatschappelijke verwachting die instellingen ervaren. Zorgprofessionals ervaren druk om taken over te nemen die eerder tot de verantwoordelijkheid van de familie behoorden. Dit leidt tot spanningen en vraagt van instellingen dat zij een duidelijke visie ontwikkelen en uitdragen over de rol van informele zorg en de grenzen van professionele zorg. De samenwerking tussen cliënten, hun naasten en zorgprofessionals is volop in ontwikkeling en kent diverse vormen. Hoewel de intentie om samen te werken breed wordt gedeeld, blijven communicatie, verwachtingsmanagement en mantelzorgondersteuning grote uitdagingen. Tegelijkertijd zijn er veel inspirerende voorbeelden waarin cliënten en hun netwerk op een positieve manier worden betrokken bij de zorg, met als doel een zo prettig mogelijke verblijfservaring en een betere kwaliteit van leven.

Samenwerking in de regio en in de keten

Regionale samenwerking kent mooie voorbeelden waarbij instellingen gezamenlijk voorzieningen organiseren, zoals triagediensten of de inzet van behandelaren. Dit bevordert efficiency en kan leiden tot kostenbesparing en betere bereikbaarheid van behandelaars. Bij brede organisatorische vraagstukken of op het gebied van vakontwikkeling werken behandelaren ook vaak samen en reikt deze samenwerking doorgaans verder dan de eigen instelling. Externe samenwerkingsverbanden, zoals met beroepsverenigingen en vakgroepen (inclusief huisarts) worden vaak op regionaal of bovenregionaal niveau opgezet. Dit om nieuwe technieken en methoden, scholing en specifieke deskundigheid te ontwikkelen. Ook wordt kennis gedeeld en worden gezamenlijke initiatieven bevorderd. Netwerken dragen bij aan snellere overdrachten, betere afstemming tussen verschillende zorgaanbieders en meer overzicht voor verwijzers zoals huisartsen.

Externe samenwerkingen met onderwijsinstellingen zijn en blijven essentieel voor de toekomst van de ouderenzorg. Deze samenwerkingen zorgen ervoor dat toekomstige zorgprofessionals beter voorbereid zijn op de praktijk en versterken de aansluiting tussen theorie en zorgpraktijk. Deze betreffen bijvoorbeeld: stages en opleidingsplekken voor studenten in zorgberoepen zoals ergotherapie en psychologie, gezamenlijke opleidingsprogramma's om de instroom van gekwalificeerd personeel te bevorderen, initiatieven gericht op praktijkgericht leren en kennisuitwisseling tussen instellingen en opleiders.

De overdracht van zorg tussen ziekenhuizen en instellingen is een belangrijke vorm van externe samenwerking. Hierin zijn onder andere de volgende initiatieven zichtbaar:

- Pilotprojecten gericht op het versnellen van de zorgoverdracht van ziekenhuis naar verpleeghuis of thuiszorg.
- Structurele samenwerkingen met ziekenhuizen om patiënten eerder en beter voorbereid over te nemen.
- Afspraken over afstemming bij complexe casussen om dubbel werk en vertraging te voorkomen.

Externe samenwerking met huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners speelt een cruciale rol in de ouderenzorg. Belangrijke aspecten hiervan zijn:

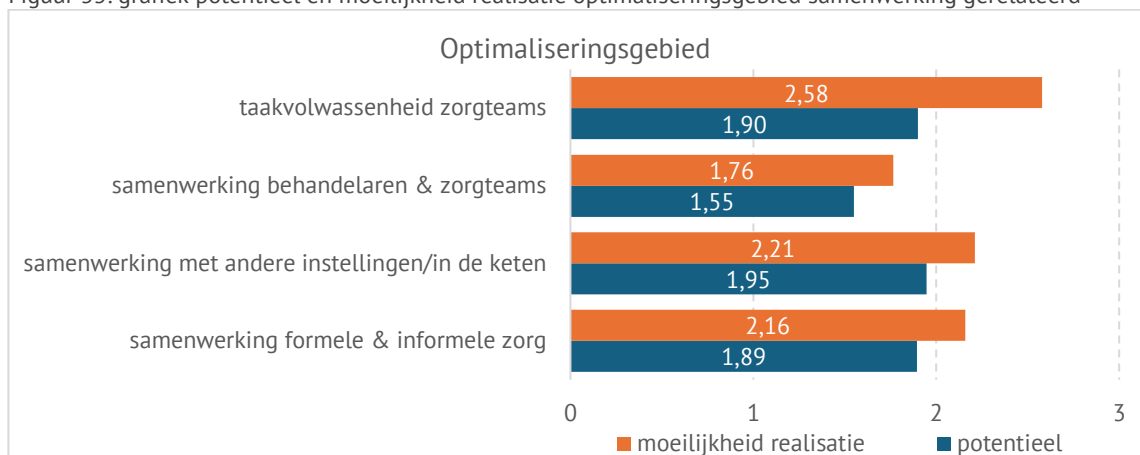
- Afstemming over medische zorg en behandeling na ontslag uit het ziekenhuis.
- Gezamenlijke zorgplannen en multidisciplinaire overleggen.

- Verbetering van communicatie en verwijsp procedures om onnodige wachttijden te voorkomen.
- Verschillen in informatievoorziening leiden soms tot scheve zorgverdelingen.
- Fysieke afstanden maken directe samenwerking soms lastig, vooral in landelijke gebieden.
- Variaties in werkwijzen en verwachtingen kunnen samenwerking bemoeilijken.
- Beperkte financiering of uiteenlopende regels belemmeren langdurige samenwerking.

Externe samenwerking in de ouderenzorg kent daarmee diverse vormen en variaties, die bijdragen aan betere zorgtoegang, efficiëntere zorgovergangen en versterkte kennisdeling. Hoewel er steeds meer wordt samengewerkt, blijven knelpunten bestaan op het gebied van communicatie, transparantie, en financiering. Investerings in duidelijke afspraken, gezamenlijke opleidingsinitiatieven en coördinatiepunten zijn essentieel om de samenwerking met externe partijen verder te optimaliseren.

De deelnemende instellingen zijn gevraagd te beoordelen in welke mate de verschillende samenwerkingsvormen en de taakvolwassenheid (mate van professionaliteit) van zorgteams potentieel bieden om de behandeldienst en de geboden zorg te optimaliseren en hoe makkelijk of moeilijk het realiseren van verbetering op dat gebied is. Onderstaande resultaten geven hiervan een overzicht.

Figuur 33: grafiek potentieel en moeilijkheid realisatie optimaliseringsgebied samenwerking gerelateerd



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2= gemiddeld, 3= moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zie hoofdstuk 7 voor een gedetailleerder verdeling van de scores.

Het vergroten van de taakvolwassenheid (mate van professionaliteit) van zorgteams biedt potentieel tot stevig potentieel op het gebied van de kwaliteit van zorg en de efficiency van de zorg. Wel is de realiseerbaarheid vrij moeilijk. Bijdragen aan het versterken van de taakvolwassenheid van zorgteams kan bijvoorbeeld door opleiden, investeren in de bezetting van de teams, het oplossen van capaciteitsproblemen en het indammen van turbulentie qua in- en uitstroom van zorgteams.

Ook de samenwerking met andere instellingen/in de keten en de samenwerking tussen formele en informele zorg hebben potentieel en zijn gemiddeld realiseerbaar. De samenwerking binnen de regio, maar ook in de wijk, laat nog mogelijkheden onbenut. Er is sprake van inefficiënties en onnodige kosten doordat instellingen soms opnieuw het wiel uitvinden in plaats van bestaande structuren en wetgeving, optimaal te benutten. Er spelen diverse belangen, en het ontbreekt soms aan mandaat om veranderingen door te voeren.

Ketendenken is niet altijd of overal voldoende geïntegreerd in de manier van denken en werken, waardoor de samenwerking tussen organisaties in de regio niet altijd soepel verloopt. Dit bemoeilijkt

een efficiënte overdracht en een geïntegreerde aanpak. Meer ketendenken en externe samenwerking vraagt om tijd en wederzijds begrip, iets wat in de praktijk soms lastig blijkt vanwege werkdruk en een interne gerichtheid binnen instellingen. Onbekendheid met wie waarvoor verantwoordelijk is en verzuiling van zorgstromen en organisaties maken de samenwerking extra complex. Hoewel er kansen liggen om de ouderenzorg ketenbreed effectiever te organiseren, blijft het een uitdaging om concrete stappen te zetten en structurele verbeteringen door te voeren. Dit vraagt om een gezamenlijke inspanning en een gedeelde visie tussen de verschillende partijen in de keten.

Hoewel informele zorg een waardevolle aanvulling kan zijn, komt de samenwerking niet vanzelf tot stand. De houding en cultuur binnen zorgorganisaties spelen hierbij een rol, evenals de verwachtingen die de maatschappij heeft van formele en informele zorg.

7 TOTAALBEELD UITDAGINGEN EN PERSPECTIEF

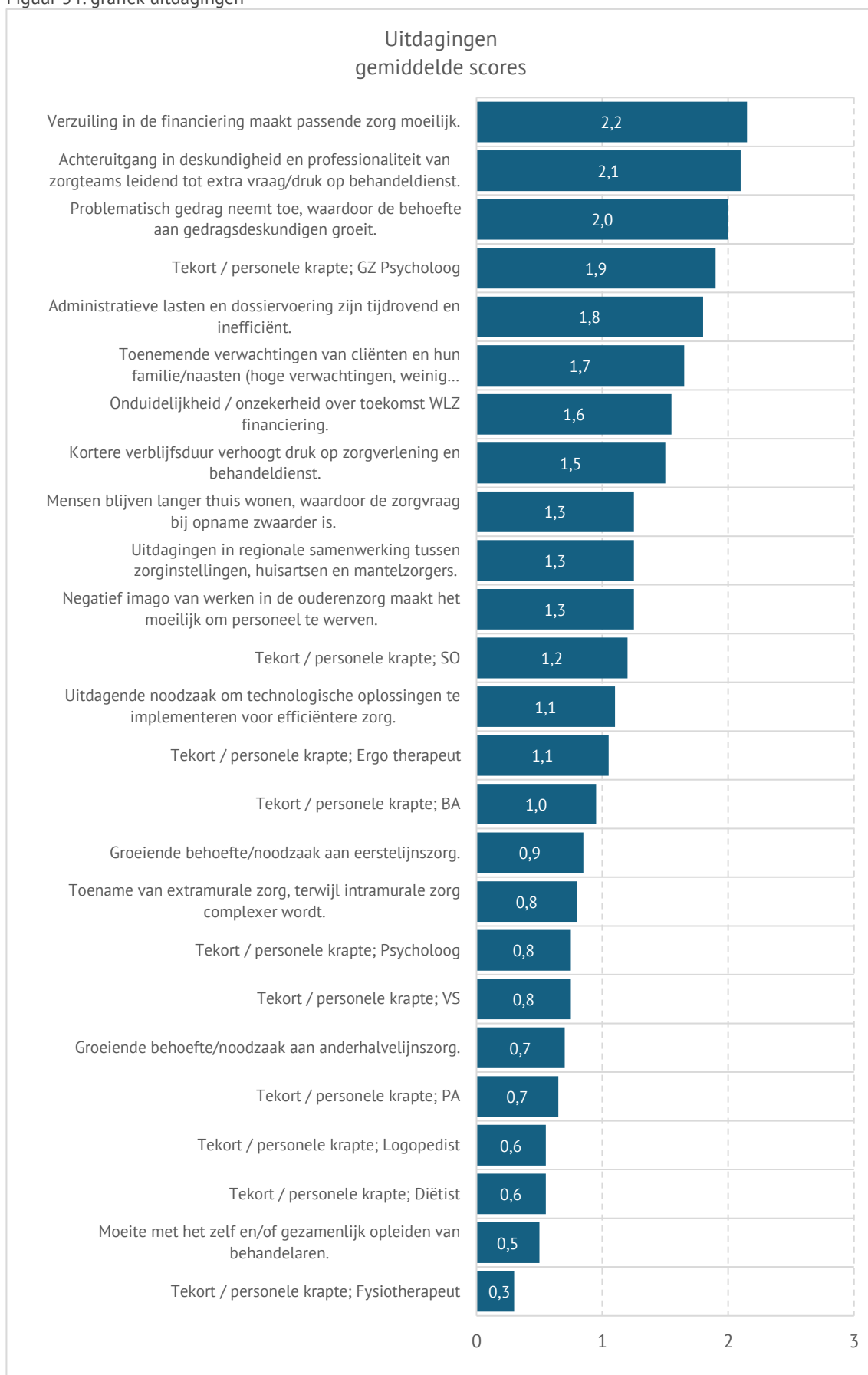
7.1 INLEIDING

In de voorgaande hoofdstukken is per onderwerp beschreven welke uitdagingen zijn geïdentificeerd en welke mogelijkheden worden gezien voor het optimaliseren van de behandeling. In dit hoofdstuk worden de uitdagingen en perspectieven samengebracht en wordt een totaalbeeld geschetst.

7.2 UITDAGINGEN

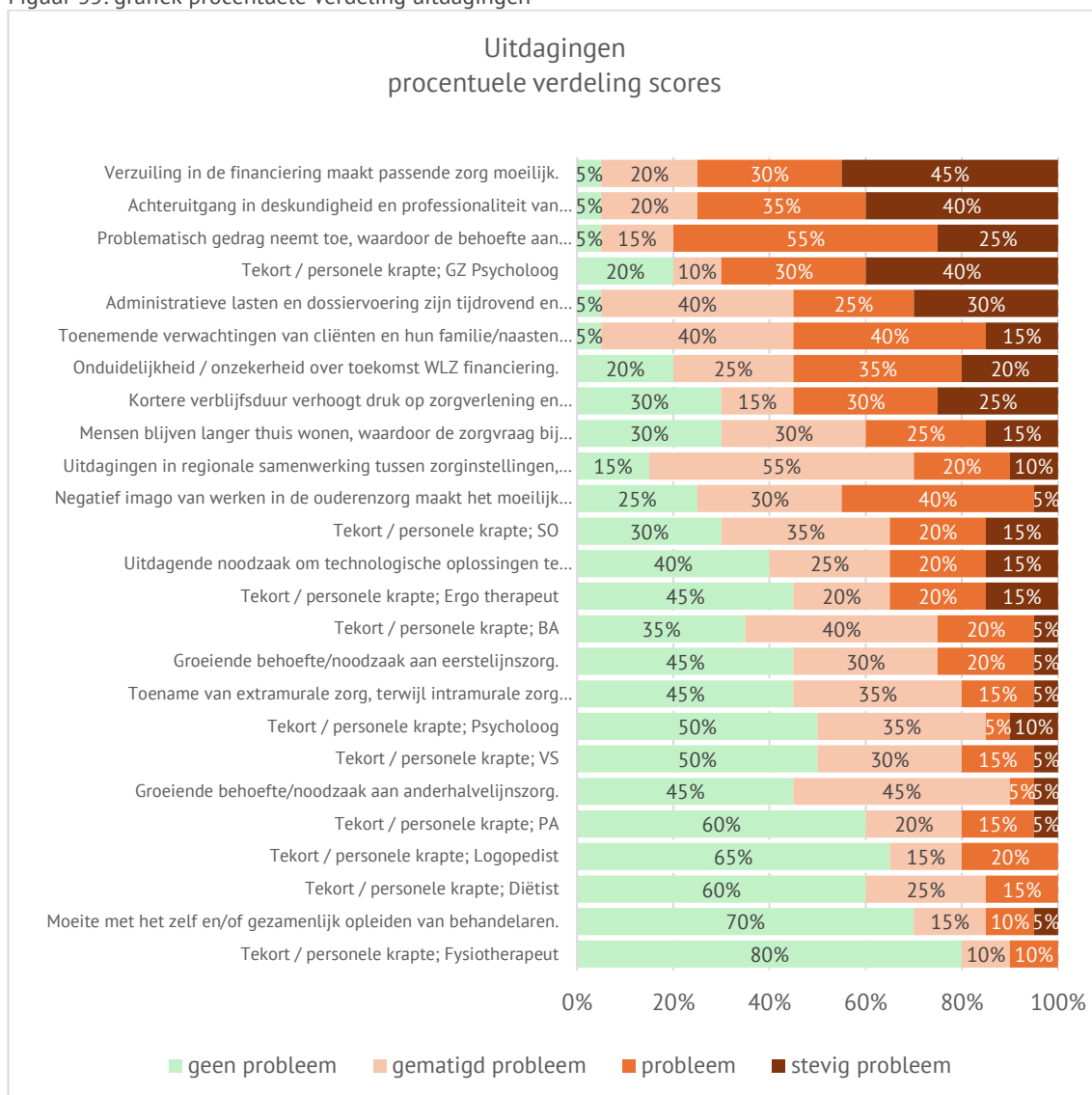
De deelnemende instellingen is gevraagd aan te geven in welke mate een aantal uitdagingen een probleem vormt. In de voorgaande hoofdstukken zijn de scores per onderwerp weergegeven. Hieronder zijn de scores van de instellingen van alle uitdagingen opgenomen.

Figuur 34: grafiek uitdagingen



Hieronder is een overzicht opgenomen van de scoreverdeling van de deelnemende instellingen, met betrekking tot de mate waarin de vraagstukken als probleem worden ervaren.

Figuur 35: grafiek procentuele verdeling uitdagingen

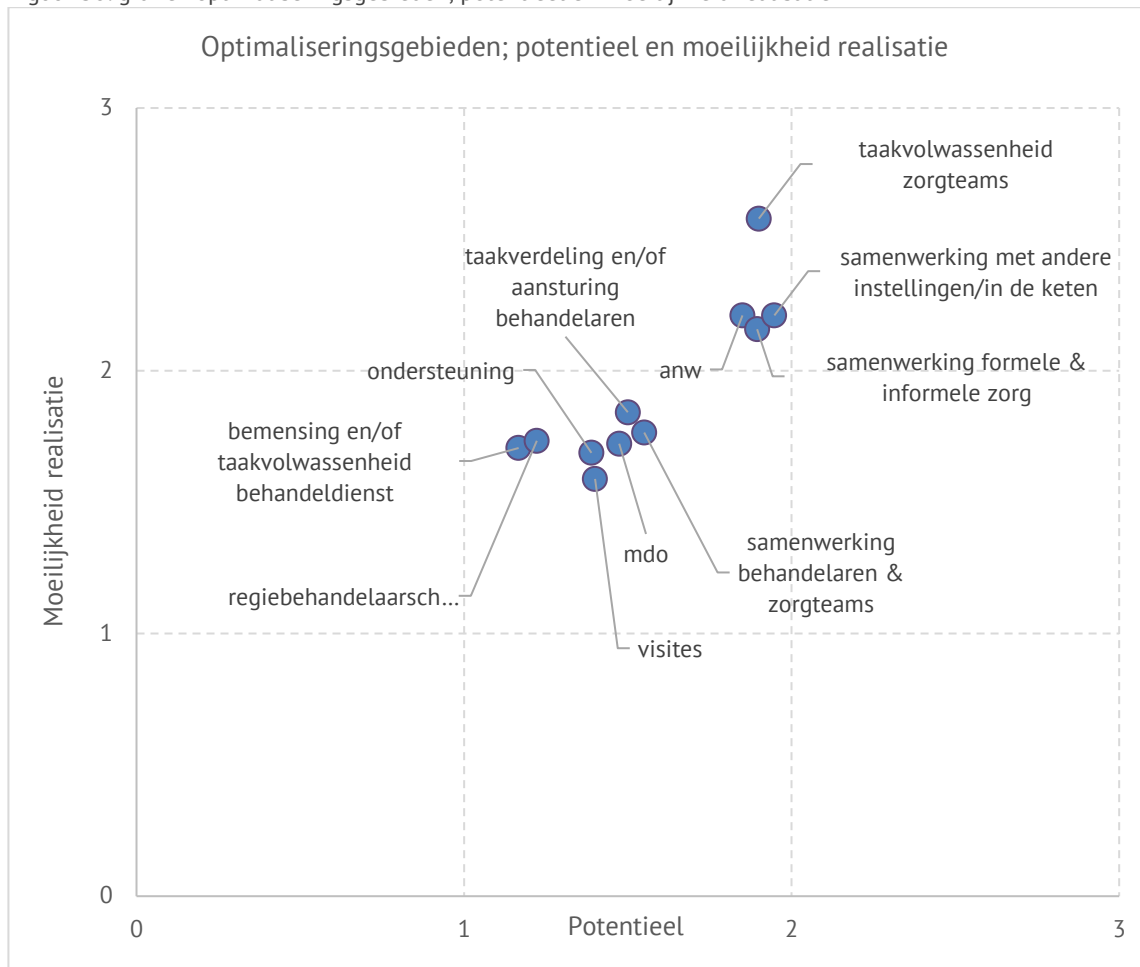


In de huidige situatie worden een aantal uitdagingen, in meer of mindere mate, problematisch ervaren. Tegelijkertijd is zichtbaar dat de mate waarin uitdagingen spelen, per instelling verschillen. Er zijn overeenkomsten, zoals dat alle instellingen, op 1 na, de verzuiling in de financiering, de achteruitgang in deskundigheid en professionaliteit van zorgteams, en de toename van het problematische gedrag een gematigd tot stevig probleem vinden. Er bestaan ook verschillen in de mate waarin de uitdagingen een probleem vormen richting de toekomst. Zo wordt bijvoorbeeld de noodzaak om technologische oplossingen te implementeren door 3 instellingen als stevig probleem gezien en door 8 instellingen niet als problematische uitdaging beschouwd.

7.3 OPTIMALISEREN

De deelnemende instellingen zijn gevraagd te beoordelen in welke mate de verschillende onderwerpen potentieel bieden om de behandeldienst en de geboden zorg te optimaliseren en hoe makkelijk of moeilijk het realiseren van verbetering op dat gebied is. Onderstaande resultaten geven hiervan een totaaloverzicht.

Figuur 36: grafiek optimaliseringsgebieden, potentieel en moeilijkheid realisatie



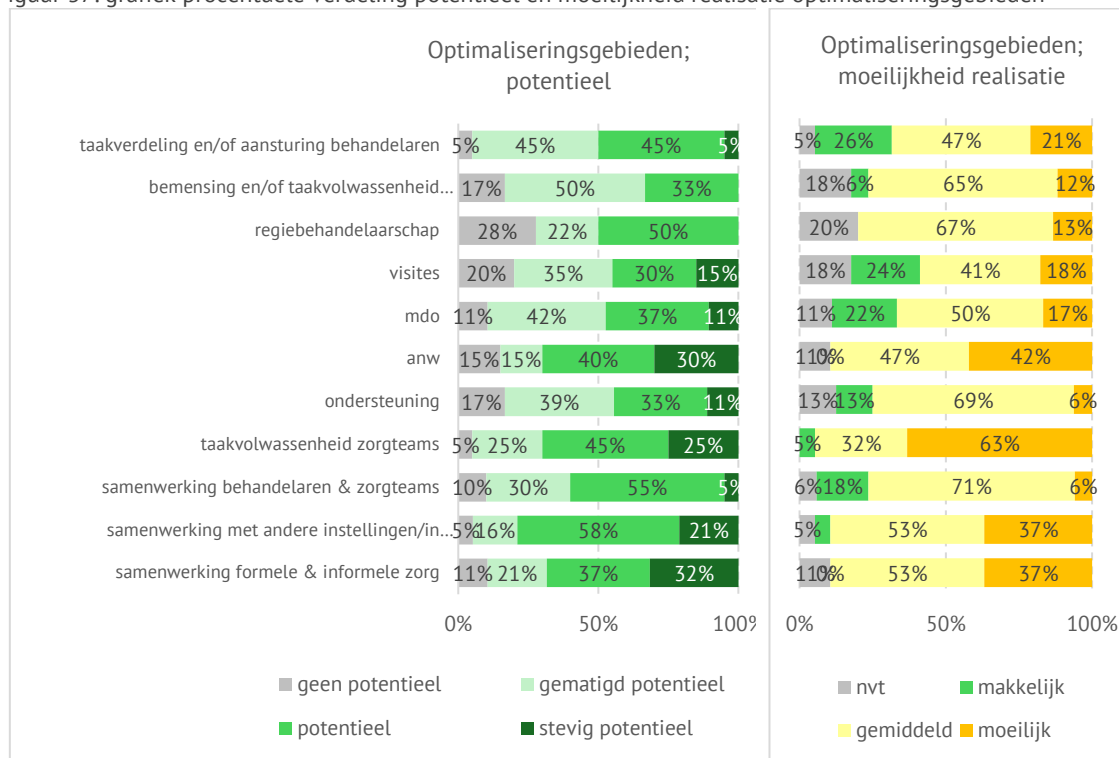
Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2 = gemiddeld, 3 = moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Zichtbaar is dat het grootste potentieel zit in de taakvolwassenheid (mate van professionaliteit) van de zorgteams, de samenwerking met andere instellingen/keten en in samenwerking tussen formele en informele zorg. Ook de organisatie van de ANW-zorg biedt kansen tot optimalisatie. Geen van de mogelijke optimalisaties wordt echter als eenvoudig realiseerbaar beschouwd. Er worden ook gebieden onderscheiden waar (kleinere) verbeteringen te bereiken zijn, die iets eenvoudiger te realiseren zijn. Dan gaat het bijvoorbeeld over visites, MDO's en ondersteuning van de behandeldienst.

Onderstaand is de verdeling van de scores van de deelnemende instellingen opgenomen over de mate waarin optimaliseringsgebieden potentieel hebben en realiseerbaar zijn.

Figuur 37: grafiek procentuele verdeling potentieel en moeilijkheid realisatie optimaliseringsgebieden



Moeilijkheid realisatie: 0 = nvt, 1 = makkelijk, 2= gemiddeld, 3= moeilijk

Potentieel: 0 = geen potentieel, 1 = gematigd potentieel, 2 = potentieel, 3 = stevig potentieel

Uit de grafieken blijkt dat de instellingen uiteenlopende scores hebben gegeven voor zowel het potentieel als de moeilijkheidsgraad van realisatie. Hieruit volgt dat er duidelijke verschillen zijn tussen de instellingen in hun visie op waar verbeteringen mogelijk zijn.

7.4 TOTAALBEELD

Met dit onderzoek is een verdiepend beeld ontstaan van de behandelcomponent binnen 21 instellingen in de ouderenzorg. Deze zogenoemde 'foto' laat de huidige organisatie, inzet en werkwijze van behandeling zien. Daarnaast heeft het onderzoek een eerste zicht gegeven op de uitdagingen die bij de aan het onderzoek participerende instellingen onderkend worden. Uitdagingen die voor een deel al spelen in het heden, maar ook uitdagingen die zich richting de toekomst naar alle waarschijnlijkheid in meer en/of mindere mate gaan aandienen. In gezamenlijkheid is verder verkend wat mogelijke perspectieven en beelden hiervan zijn. Op basis van inzichten vanuit de instellingen en een gezamenlijke dialoog hierover, is een beeld ontstaan dat niet alleen de grote variatie binnen de sector illustreert, maar ook de gemene delers blootlegt.

De behandelcomponent in de ouderenzorg is volop in ontwikkeling en sterk afhankelijk van lokale contexten. Een gemene deler is de inzet van behandelteams die met grote betrokkenheid cliënten met complexe zorgvragen ondersteunen. Behandelaren werken vanuit uiteenlopende visies en organisatiemodellen, maar altijd met het welzijn en de kwaliteit van leven van de cliënt als uitgangspunt. De behandelinzet is vaak cliëntgericht georganiseerd, met een sterk beroep op samenwerking binnen én buiten de organisatie. In vakgroepen, via multidisciplinaire overleggen en

in samenwerking met zorg- en welzijnsteams wordt dagelijks gezocht naar passende behandelstrategieën. Ook wordt de verbinding met de keten nadrukkelijk opgezocht. Tegelijkertijd laat het onderzoek bij de instellingen zien dat wordt ervaren dat de inzet onder druk staat. Er worden uitdagingen ervaren die in de praktijk van ruim twintig instellingen en daarmee ook breder in de ouderenzorg spelen. Ontwikkelingen en uitdagingen die naar voren zijn gekomen betreffen bijvoorbeeld de ontwikkelende vraag binnen de ouderenzorg, de toename van de complexiteit van behandelvraagstukken, onder meer als gevolg van de langere levensverwachtingen met een toename van meerdere chronische aandoeningen. Groeiende personeelstekorten bij veel instellingen binnen de ouderenzorg, een groot verloop binnen de zorgteams en schaarste aan middelen. Dit zijn nagenoeg zekere ontwikkelingen die het hoofd geboden moeten worden.

De instellingen ervaren dat dit alles naar alle waarschijnlijkheid zal leiden tot verder toenemende druk op de behandelkundige inzet en de efficiency daarvan. De schaarste aan diverse gespecialiseerde zorgprofessionals zal naar verwachting ook in de komende jaren toenemen. Dit terwijl onderkend wordt dat zij juist meer nodig zijn om innovatie te realiseren en de uitdagingen het hoofd te bieden. Extramuralisering van de zorg vormt het fundament van de beoogde landelijke transitie, maar hoe dit er precies uit moet komen te zien, is voor alle partijen nog niet duidelijk. Harder werken en efficiency vormen in ieder geval niet alleen de sleutel richting een bestendige toekomst.

Onderkend wordt dat beproefde en bewezen werkwijzen en rol- en taakverdelingen uit het verleden, herijkt zullen moeten worden. Hierbij gaat het om rol- en taakverdelingen tussen zorgteams en behandelaren en tussen de diversiteit aan behandelaren. Ook vanzelfsprekendheden zullen ter discussie gesteld moeten gaan worden: is deze aanpak houdbaar, heeft dit (bewezen) nut, waar draagt dit aan bij, wordt ervoor gekozen om hiervoor beperkt beschikbare middelen in te zetten, hoe vertaalt zich dit in rendement?

De wijze waarop vanuit de historie het werk is georganiseerd lijkt binnen de beschikbare middelen moeilijk houdbaar, zeker in relatie tot de ontwikkeling van de zorgvraag. Inzet van (veel) meer middelen is niet opportuun. Geld is niet maximaal beschikbaar voor de zorg en ook de beschikbaarheid van mensen en andere middelen is begrensd door ondermeer het aanbod. Toch kan een praktische heroriëntatie op de organisatie van de huidige behandeling binnen de ouderenzorg, volgens de participerende instellingen, nog wel soelaas bieden. Het laaghangend fruit om potentieel te bereiken qua behandeling en efficiency is doorgaans al lang geoogst. De meer taaie en veranderkundige opgaven blijven nu nog over. Ook wordt op dit vlak samenwerking met anderen belangrijk, niet alles kan immers binnen de eigen cirkel worden opgelost of voorkomen. De aan het onderzoek participerende instellingen lijken hiertoe maximaal bereid en vragen VWS en andere systeempartijen hoe hier gezamenlijk invulling aan te geven.

Een belangrijk perspectief geldt ook voor de afstemming en samenwerking tussen formele en informele zorg. Niet alleen de sector van de ouderenzorg, maar ook de maatschappij verandert immers. In deze tak van zorg komen veel ontwikkelingen bij elkaar. Demografisch is sprake van verdergaande vergrijzing en ontgroening. Met een kleinere beroepsbevolking zal gezorgd moeten worden voor een groeiend deel van de bevolking. In tal van sectoren ontstaat verdere krapte op de arbeidsmarkt en er is sprake van concurrentie tussen verschillende sectoren. Veel werk zal slimmer uitgevoerd kunnen worden met ondermeer behulp van technologie. Technologie die in veel gevallen nog ontwikkeld en vooral geïmplementeerd moet worden. Mensen zullen langer thuis moeten blijven wonen omdat de zorgcapaciteit niet het in hetzelfde tempo zal toenemen. Daarmee wordt een appèl gedaan op toenemende zelfredzaamheid en ondersteuning en informele zorg vanuit familie en naasten. Niet alleen thuis, maar ook wanneer de cliënt wordt opgenomen binnen de ouderenzorg. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden is er een toenemende noodzaak tot een integrale benadering, waarbij verschillende disciplines c.q. zorgprofessionals met de informele zorg in de keten samenwerken. Wanneer verwachtingen van cliënten, familie en naasten ten aanzien van

de ouderenzorg en de behandeling daarbinnen gelijk blijven met de afgelopen jaren of soms zelfs toenemen, dan gaat dit op z'n zachtst gezegd wringen. Dit geldt soms ook voor de verwachtingen van de zorgprofessionals en de behandelaren zelf. Wanneer zij uit blijven gaan van maximale beschikbaarheid en kwaliteit van zorg in plaats van het optimale, dan gaat dit ook niet bijdragen aan een realistisch toekomstbeeld van zorgvraag versus zorgaanbod. Dit vraagt enerzijds een maatschappelijke en fundamentele dialoog over de verwachtingen die we kunnen en mogen hebben van de zorg en de beschikbaarheid van zorg. Anderzijds vraagt dit ook nauwgezette afstemming van wat een cliënt bij en na opname in de ouderenzorg in realistische zin mag verwachten en wat dit vraagt in de samenwerking tussen de cliënt zelf, de familie en naasten en de zorgprofessionals en behandelaren. Het managen van de verwachtingen richting de toekomst, zowel landelijk als op cliëntniveau, lijkt noodzakelijk. Dit vraagt niet alleen een andere oriëntatie van ondermeer zorgprofessionals, dit lijkt ook te vragen om andere competenties die hen in staat stellen om deze verwachtingen ook in duurzame zin af te stemmen en af te spreken. Vanuit instellingen wordt aangegeven dat zij in dit proces geholpen kunnen worden door landelijke initiatieven en communicatie uitingen (campagnes, voorlichting e.d.) die dit lokale proces kunnen ondersteunen.

Door instellingen wordt onderkend dat veel van de uitdagingen niet alleen binnen de grenzen van de organisatie aangegaan kunnen worden. Samenwerking binnen de organisatie en tussen de organisatieonderdelen, maar ook binnen de keten en met andere regionale instellingen wordt als noodzakelijke factor ervaren voor succes. Dat dit soms weerbarstig is met de praktijk lijkt een feit. Adequate samenwerking vraagt vertrouwen, gezamenlijk urgentiebesef, het los kunnen laten van vertrouwde en beproefde concepten. Ook moeten vaak in gezamenlijkheid risico's worden aangegaan en is lef nodig omdat uitkomsten versus inspanningen nog niet geheel voorspelbaar zijn. De tijd van marktwerking binnen de zorg lijkt al lang achter ons te liggen, maar soms worden restanten ervan nog waargenomen binnen het veld. Ook bestaan er complicerende en bemoeilijkende factoren zoals verkokering van de financieringsstromen e.d. Instellingen geven aan dat zij het als welkom ervaren wanneer hier (ook) naar wordt gekeken. Minder complexiteit wanneer het gaat om inkoop van behandeling door de zorgkantoren lijkt daarbij een belangrijke behoefte.

Ondanks de uitdagingen is er sprake van optimisme, richting en realisme. Het onderzoek laat zien dat instellingen volop nadenken over hoe de behandelzorg te optimaliseren. Daarbij worden verschillende perspectieven gedeeld die richting geven aan het vervolg. Dit geeft optimisme, perspectief en realisme:

- Optimisme in de zin van dat er bij de instellingen breed hoop en richting bestaat ten aanzien van kansen om de zorg en behandel dienst te optimaliseren.
- Perspectief in de zin van een overwegend realistisch beeld aan welke knoppen er dan gedraaid moet worden, danwel in welke richting interventies gepleegd moeten worden.
- Realisme in de zin van dat zicht bestaat op de kosten/baten-verhouding ofwel hoeveel moeite gaat iets kosten om een positieve ontwikkeling te realiseren. Onderkend wordt dat adequate vormen van zorgverlening en behandeling veelal realiseerbaar zijn binnen de thans bestaande randvoorwaarden.

De inzet en energie van de deelnemende instellingen, de bereidheid tot zelfreflectie én de wens tot kennisdeling en samenwerking, vormen een krachtig startpunt voor het vervolg. Het rapport biedt geen blauwdruk of eindbeeld, maar wel een fundament om met elkaar het gesprek te voeren over een toekomstbestendige behandelcomponent binnen de ouderenzorg die blijvend recht doet aan de mens, aansluit bij de maatschappelijke opgaven en uitvoerbaar is voor de professionals van morgen.

7.5 REFLECTIES KLANKBORDGROEP

De leden van de klankbordgroep hebben het conceptrapport ontvangen en deze is tijdens een sessie gezamenlijk besproken. Overwegend reageerde de klankbordgroep positief op het conceptrapport. Het rapport werd gewaardeerd om zijn duidelijke en toegankelijke weergave van de huidige stand van zaken rond professionele behandelinzet binnen ouderenzorgorganisaties. Er werd gesproken van een “gedegen, overzichtelijk en toegankelijk verhaal”, met een realistische “foto” van de praktijk.

Tegelijkertijd is er inhoudelijke feedback gegeven met betrekking tot het nut en de bruikbaarheid van het rapport voor de praktijk. Hieronder de belangrijkste punten:

Behoeftes aan handelingsperspectief

Hoewel het rapport geen normen beoogt te formuleren (conform eerdere afspraken), mist men concrete handvatten voor organisaties. Er is behoefte aan:

- Een samenvattend overzicht van de belangrijkste uitdagingen rondom passende en duurzame behandelinzet inclusief een strategie of denkrichting hoe hiermee om te gaan, mogelijk gebaseerd op bestaande praktijkkeuzes.
- Inzicht in welke keuzes valide en betaalbaar zijn binnen bestaande financieringsstructuren.

Financiering en beleidskaders

Een belangrijk thema was de complexiteit van de financiering:

- Zorgkantoren en verzekeraars hebben via de inkoop een sterke invloed op de organisatie en bekostiging van behandeling. Hier wordt in het rapport niet uitgebreid op ingegaan.
- De veelheid aan schotten binnen de financieringsstromen leiden tot onduidelijkheid en belemmeringen.

Datakwaliteit en representativiteit

- Er is opgemerkt dat de data selfreported zijn, wat tot een disclaimer moet leiden.
- De representativiteit van de 21 deelnemende organisaties moet duidelijk in ogenschouw genomen worden.
- Aandacht voor het ontbreken van data van sommige instellingen (zoals tijdsinzet) is belangrijk, evenals het zichtbaar maken van de waarde en beperkingen van de gegevens.

Verduidelijkingen en nuanceringen

- Formuleringen rondom indicaties en cliëntgroepen (zoals met en zonder behandeling) dienen gecorrigeerd te worden en consistent te worden toegepast.

Signaleren van bredere problematieken

Er is aandacht gevraagd voor bredere contextuele factoren zoals:

- Het belang van valide benchmarkgegevens bij capaciteitskeuzes.
- De toenemende complexiteit van regiebehandelaarschap, zeker bij overname door verpleegkundig specialisten.

Verdere aandachtspunten

- Overweeg een kwalitatieve terugkoppeling op ontbrekende of inconsistente data (zoals bij tijdsinzet).
- Wees terughoudend met kwantitatieve uitspraken op basis van beperkte respons (bijv. over cliëntgebonden tijd).
- Verwijs waar mogelijk naar actuele afspraken (zoals ANW-convenant) en beleidsdocumenten.