

## Bijlage 13 Regio Amsterdam

In deze bijlage staan de uitkomsten van de dialoogsessies ‘taken en rollen’ en beleidscyclus die in de regio hebben plaatsgevonden.

### 1. Dialoogsessie taken en rollen

In de regio Amsterdam hebben 3 SO's, 1 ANIOS, 2 PA's, 1 VIOS (VS in opleiding), 1 GZ-psycholoog en 1 Fysiotherapeut deelgenomen aan de sessie. Deelnemers vonden het waardevol om organisatie overstijgend hierover in gesprek te zijn. Naderhand gaven de deelnemers aan dat de urgentie om gezamenlijk aan de slag te gaan zeer is gevoeld "We zijn in Amsterdam samen met één doel bezig. Elkaar vinden is nodig". Het werd als waardevol gezien om niet alleen vanuit verschillende organisaties maar ook vanuit verschillende rollen (VS/ PA/ SO/ GZP) in gesprek te zijn. De deelnemers gaven aan dat met deze sessie de basis is gelegd om weer meer de samenwerking op te zoeken over de organisaties heen.

#### 1.1 Rollen en taken in de huidige en gewenste situatie

De deelnemers werd gevraagd om inzicht te geven in de gewenste verdeling van taken, waarbij een onderscheid is gemaakt naar verschillende soorten taken. Per functie is hieronder uitgewerkt wat de gewenste verdeling van uren per rol is. Volgens onderstaand schema is vervolgens aangegeven wat het verschil is ten opzichte van de huidige situatie.

MINDER UREN GEWENST

MEER UREN GEWENST

TEVREDEN

In de tabel zijn vervolgens de meest opmerkelijke uitkomsten van de regio beschreven op het niveau van taken en rollen.

Functie	SO	SO	SO	ANIOS	PA	PA	VS (io)
Omvang aanstelling	36	32	36	32	32	32	36
Netwerktaken	4	6	7	5	2	3	5
Regietaken	14	6	18	5	11	16	4
Neventaken	4	8	4	5	2	4	5
Overige taken	0	4	0	0	2	2	0
Kerntaken	14	8	7	17	15	7	20

Soort taak	Uitkomst
Netwerktaken	De meeste deelnemers willen meer tijd besteden aan netwerktaken. De SO die veel tijd hieraan besteedt (7 uur), zou dat echter willen minderen.
Regietaken	Twee SO's geven aan véél meer tijd te willen besteden aan regietaken. De overige deelnemers zouden hier een kleine aanpassing in willen doen (iets meer of iets minder uur).
Neventaken	De tijd die deelnemers aan neventaken willen besteden laat een wisselend beeld zien. De tijd die er nu aan wordt gependend lijkt hier leidend voor. Een te grote belasting op neventaken lijkt niet wenselijk.
Overige taken	Alle deelnemers opteren voor minder of geen overige taken. In de huidige situatie hebben bijna alle deelnemers deze taken wel.
Kerntaken	De tijd die deelnemers aan de kerntaken willen besteden geven een wisselend beeld. Deelnemers geven een ondergrens aan van 20% van de tijd in de gewenste situatie.

### 1.2 Voorwaarden voor de gewenste situatie ten aanzien van rollen en taken

In de regio is vooral veel gesproken over de volgende onderwerpen om te komen tot de gewenste situatie:

- De rolinvulling van de GZ-psycholoog en bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden kan nog duidelijker;
- De rol van VS/PA is alom bekend. Nog meer duidelijkheid over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden zorgt voor meer mogelijkheden voor delegeren;
- Reflectie op eigen handelen (doe ik de juiste taken) is en blijft erg belangrijk;
- De rol van opleidingen is heel erg belangrijk, maar kan beter en ook minder dwingend (te zeer vasthoudend aan bestaande – deels verouderde - opleidingskaders).

In onderstaand schema staan alle gegeven antwoorden verder uitgewerkt.

SO/ GZ psycholoog/ manager	VS/ PA/ basisarts
<b>Wat zijn de voorwaarden om tot deze toekomstige situatie te komen?</b>	
Tijd & ruimte voor psychologie stagiaires.	Basiszorg (verpleegkunde en helpende etc) moet goed op orde zijn.
Voorwaarden voor regietaken SO: PA, VS zouden kerntaken over kunnen nemen.	Goed functionerende teamleiders/managers
Uitzoeken wat de SO/ GZ-psycholoog leuk vindt om te doen (bv expert rol/ superspecialistisch?)	Heldere taakomschrijving/ verdeling
<b>Wat zijn de belemmeringen om tot deze toekomstige situatie te komen?</b>	
Niet genoeg PA, VS (zijn er gewoon niet of hebben een andere plek)	overall personeelstekort.
Te weinig opleidingsuren.	We l zijn zorg is momenteel heel summier.
Voorwaarden om opleider te zijn.	Veel tijd bezig met on-eigenlijke taken (bemoeien we ons met te veel dingen?)
Te schoolse opleiding voor opleider	Taakopvatting over VS en PA is niet helder. Daardoor stagneert opleiden van nieuwe collega's
<b>Wat zijn oplossingen om met deze belemmeringen om te gaan?</b>	
Verbeter de opleiding tot opleider van specialisten ouderengeneeskundige	Ervaring binnenboord houden.
<b>Eyeopeners</b>	
Hoeveelheid netwerk taken verschilt bij een 1ste lijn of intramurale SO	VS & PA zou meer in de transmurale zorg willen betekenen
Neven taken afhankelijk van taakvolwassenheid	Begeleiden van psychologie stagiaires mag alleen door een GZ-psycholoog, terwijl een ervaren psycholoog het ook kan.
Belangrijk om in beeld te hebben op welk taken je invloed hebt.	Er is verschil in wat mensen leuk vinden en in kerntaken
Zelf vaker nee zeggen en duidelijkheid over de verantwoordelijkheden die je hebt	Gebrek aan kennis bij mastepsychologen wordt veroorzaakt door de opleiding
Kerntaken kunnen gedelegeerd worden naar een VS/PA, bij basisarts meer supervisie	

### 1.3 Gebruik van verschillende functies van de SO-functiefamilie

Aan deelnemers is gevraagd wat de huidige en gewenste functieverdeling in de organisatie is. In onderstaande schema's is de gewenste functieverdeling in een organisatie beschreven, met daarbij het aantal medewerkers in deze positie. Volgens onderstaand schema is vervolgens aangegeven wat het verschil is ten opzichte van de huidige situatie.

MINDER MEDEWERKERS GEWENST
MEER MEDEWERKERS GEWENST
TEVREDEN MET HET AANTAL
GEEN MEDEWERKERS GEWENST

Functie	AMS1	AMS2	AMS3	AMS4	AMS5	AMS6	AMS7	AMS8
AIOS	3	3	4	4	2+	3+	2	2
Basisarts	12	10	12	19	11-	18-	4	11
GZ-P	6	5	8	7	4+	6+		4
Orthopedagoog	2							
PA	10	3	7		1+	0+	1	1+
SO	29	12	27	33	9+	29-	3	9
VS	10	3	7	4	4+	4+	2	4+
Verpleegkundige complexe ouderenzorg	10	3		13		12+		
Praktijkverpleegkundige		3		2	3			
Wondverpleegkundige		3						
Masterpsycholoog							4	

In de regio Amsterdam leidt bovenstaande data tot de volgende inzichten:

- Binnen de deelnemende organisaties is een grote verscheidenheid aan functies waar te nemen.
- Een groot gedeelte van de deelnemers wil minder SO's en minder basisartsen.
- Over de hoeveelheid orthopedagogen generalisten zijn de deelnemers tevreden. Een meerderheid is ook tevreden over het aantal AIOS.
- Wens voor meer aandacht en functies in de psychosociale zorg (o.a. inzet van de GZ-psycholoog). Aandacht voor het aantrekken van stagiaires psychologie is bijvoorbeeld te klein, omdat er te veel wordt gefocust op het medische domein.
- In de regio zijn er instellingen met andere functies dan opgenomen in de SO-functiefamilie.

#### 1.4 Voorwaarden voor een andere verhouding binnen de SO-functiefamilie

Met deelnemers is in de dialoogsessies gesproken over de voorwaarden, belemmeringen en oplossingsrichtingen om tot een gewenste situatie te komen. Daar kwamen de volgende punten vooral naar voren:

- Vertrouwen in elkaar is een voorwaarde=
- Naast het medisch model ook focussen op psychosociale zorg
- Regionaal samenwerken kan helpend zijn
- De rol van opleidingen is belangrijk

Alle input staat in onderstaande tabel.

Wat zijn de voorwaarden om tot deze toekomstige situatie te komen?
Meer VS/PA. Kaders taakherschikking, diensten inzet, salaris opleidingsplekken, opleiders inclusief handvat
Wederzijds vertrouwen VS/PA en supervisor
Vertrouwen in verzorgend personeel
Opleidingsplekken VS beter faciliteren. Opleiders VS vanuit de praktijk.
Loopbaanpad flexibel en gezamenlijk in de regio
Nodig om breder te kijken ook naar welzijn.
GZ psycholoog in samenwerking met GV wordt gemist.
Uitdagend werkklimaat en veilig positioneren van verschillende rollen
Wat zijn de belemmeringen om tot deze toekomstige situatie te komen?
Medisch model overheerst
Verschil VS/PA is wezenlijk anders
Ook tekorten bij andere functies dan SO
Minder BA's = hogere dienstbelasting
Nog te beperkte regionale samenwerking in diensten
Financiële waardering van alle functies
Wat zijn oplossingen om met deze belemmeringen om te gaan?
Eye openers
Door korter arbeidsverband basisarts meer overlap in werken/overdracht
GZ-Psycholoog is een goede tandem met de SO
Vanuit de orthopedagoog het niveau van de zorg en het vertrouwen in de zorg bepalen of het werken met een lichtere discipline werkt
Het is onrealistisch om meer SO te willen
Goede supervisie voor VS en PA borgen is belangrijk
De VCO is van grote waarde voor het verlichten van lasten van SO/VS/PA, maar liever met een extra VS of PA
Er wordt veel medisch gedacht, maar er is weinig aandacht voor de psychosociale zorg

In de dialoogsessies is gesproken over een regionale samenwerkingsaanpak als oplossingsrichting. Daarbij zijn onderstaande onderwerpen besproken:

- Samenwerken in regioverband (Expertise- en BehandelNetwerk – EBN):
  - Samen en/of gecombineerd Opleiden
  - EBN - Diensten
  - EBN - DBC's
  - EBN - Personeel delen (nadeel: veel regel, voelt als risico want personeel dat je deelt is minder zichtbaar.
- Stedelijke maatschap oprichten.
  - Nadeel kan zijn dat mensen dat niet willen i.v.m. de verschillen in organisatiecultuur tussen verschillende organisaties
  - Voordeel kan zijn dat mensen het als afwisselend ervaren.
- Op een andere manier organiseren.
  - Organisaties zijn nu "los gebouwde huisjes". Moeten die eerst omvallen? Blanco A4 en opnieuw beginnen?
  - Fusies en reorganisaties van de afgelopen jaren geven onvoldoende antwoord/verbetering/ resultaat.
- Opleidingen meer regionaal inrichten. Niet alleen van SO's. Bereikbaar en flexibeler. VS en PA ook op verschillende locaties/ supervisor.
  - Afkijken bij VG-sector, HA, etc. GGR

### 1.5 Voorlopige conclusies en aanbevelingen

- Er lijkt een gezonde basis voor een regionale verdieping op de ontwikkelingsrichting, de inrichting en organisatie van de SO-functie en de wijze waarop de SO-functie gerelateerde functies nog beter met elkaar gepositioneerd kunnen worden;
- De ontwikkeling van regionale samenwerking waarbij krachtenbundeling voorop staat, biedt kansen;
- De rol en de positie van de GZ-psycholoog ontwikkelt zich in de richting van volwaardige partner.
- De beeldvorming over de verdere modernisering van de SO- en MGZ (Medisch Generalistische Zorg) -behandelfuncties biedt openingen voor een verdere ontwikkeling van een vorm van een regionaal expertise- en behandelnetwerk en daarmee het versterken van netwerkzorg in de regio.

CONCEPT

## 2 Start enquête beleid

In de regio Amsterdam hebben 24 deelnemers aan de enquête deelgenomen, waarvan 50% de functie van specialist ouderengeneeskunde bekleedt. De deelnemers hebben een meer dan gemiddelde belangstelling voor beleid. Ze hebben zeer verschillende mate van ervaring met beleid rondom duurzame medische zorg.

Ten opzichte van de landelijke uitkomsten wordt door de deelnemers aangegeven dat ze minder met beleid te maken hebben gehad. Deelnemers geven aan met name bezig te zijn geweest met beleid rondom de specialist ouderengeneeskunde en taakzuiverheid, taakverschuiving en taakherschikking. Ook de WZD en ketensamenwerking wordt genoemd, zij het wat minder frequent.

Gelijk aan de landelijke uitkomst vinden de deelnemers in de regio Amsterdam flexibiliteit, eigenaarschap, communicatie, netwerken en creativiteit belangrijke competenties ten aanzien van beleidsontwikkeling. Zij geven aan zich beperkt bezig te houden met de ontwikkeling van deze competenties.

Deelnemers voelen zich gemiddeld toegerust, maar ervaren onvoldoende randvoorwaarden om in beleidskwesties een waardevolle bijdrage te kunnen leveren. Toegang tot kennis en kunde over beleidsontwikkeling, begeleiding en coaching in beleidsontwikkeling, netwerkcontacten in beleidscontacten en tijd voor beleidsontwikkeling worden als noodzakelijk beschreven.

## 3 Dialoogsessie beleidscyclus

De dialoogsessie in de regio is gevoerd met 4 SO's en 4 projectleiders/managers (behandelzaken) uit vijf organisaties. De enquête is voorafgaand aan de dialoogsessie door 3 respondenten ingevuld. In bijlage XXX zijn de uitkomsten van de enquête opgenomen. De deelnemers zijn positief over het feit dat deze sessie werd georganiseerd. Ze zien de noodzaak om organisatie-overstijgend problemen op te pakken en te bekijken wat regionaal of in organisaties moet worden gedaan. Het gedeelde beeld tijdens de sessie was dat in de toekomst capaciteit meer regionaal ingezet moet gaan worden.

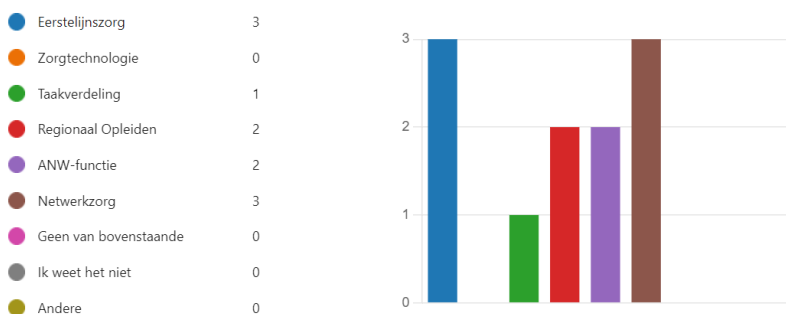
### 3.1 Beleidsterreinen van regionale beleidscyclus

In de regio Amsterdam wordt op meerdere beleidsterreinen regionaal beleid ontwikkeld (zie onderstaande grafiek). Met name regionale beleidsontwikkeling op eerstelijnszorg en netwerkzorg is herkenbaar voor de deelnemers.

**Met opmerkingen [A1]:** @Robbert Nooijen misschien de enquêtes als bijlage hieronder toevoegen, zodat je echt een regiobijlage krijgt. (dit geldt voor alle regio's)

Op welke beleidsthema's wordt binnen jouw regio *regionaal* beleid ontwikkeld? (meerdere antwoorden mogelijk)

[Meer details](#)



In de dialoogsessie is nader ingegaan op een aantal beleidsterreinen:

#### Zorgtechnologie

Deelnemers hebben (nog) geen zicht op de inzet van regionaal beleid op zorgtechnologie. Deelnemers zien wel mogelijkheden in bijvoorbeeld gezamenlijk inkoop en inzet van slimme brillen.

#### Regionaal opleiden

In de regio Amsterdam is (nog) geen structureel regionaal opleidingsbeleid. Wel zijn er twee organisaties die samen één verpleegkundig specialist wilden aannemen voor de opleiding. De status hiervan is onbekend. Deelnemers hebben het idee dat er geen structureel beleid is en enkel wellicht wat ad-hoc initiatieven.

#### ANW-diensten

In de regio Amsterdam besteden organisaties de ANW-diensten uit, maar hierin wordt (nog) niet regionaal opgetrokken.

#### Netwerkgzorg

Bijna alle VVT-organisaties in regio Amsterdam doen mee aan het initiatief NOA<sup>1</sup>. Dit netwerk in de eerste lijn is een samenwerking tussen zorgorganisaties en ketenpartners. De missie van het NOA is het leveren van een waardevolle bijdrage aan de zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie in Amsterdam en Diemen. De doelstelling is om meer huisartsen te ondersteunen bij hun zorg voor kwetsbare ouderen en meer patiënten te voorzien van goede medische en passende zorg, op de juiste plek en het juiste moment en hierbij oog te hebben een optimale kwaliteit van leven.

In de regio is een regionaal overleg van SO's. In dit overleg worden wekelijks de aanvragen voor gedwongen opnamen (RM- rechtelijke machtiging) verdeeld. Ook is voor de Wet Zorg en Dwangextramuraal gezamenlijk een handleiding gemaakt.

Tot slot werken in Amstelveen op eigen initiatief SO's heel nauw samen met huisartsen. Dit loopt goed, wellicht vanwege het eigen initiatief en omdat het een overzichtelijke regio is.

<sup>1</sup> <https://www.noaeerstelij.nl/team/>

### 3.2 Rollen in de beleidsontwikkeling

In de regio Amsterdam wordt door bestuur, management, ondersteunende diensten of professionals het regionaal beleid ter tafel gebracht. Ook het uitwerken ervan wordt gedaan door deze partijen. Met name bestuur en management nemen het besluit om regionaal beleid daadwerkelijk te implementeren, waarna bij de realisatie alle partijen (inclusief zorgkantoor en zorgverzekeraar) worden betrokken. Ditzelfde geldt ook voor de evaluatie en bijsturing.

De ontwikkeling gebeurt dus in samenspraak met veel verschillende partijen. Deelnemers zien als keerzijde hiervan dat het vertragend kan werken. Een aandachtspunt volgens de deelnemers is het betrekken van professionals. Dit zou eerder moeten gebeuren, omdat zij goed weten wat er speelt. Het aandachtspunt is hoe visie en praktijk op elkaar aansluiten. Door elkaar eerder te betrekken kan die aansluiting wellicht beter worden. Binnen Cordaan is dit bijvoorbeeld georganiseerd door een SO deel te laten uitmaken van de directie. Deelnemers vinden dit een meerwaarde voor de aansluiting.

Niet elke SO-professional wil meedenken over beleid, het blijft dus ook zoeken wie hierbij betrokken wil worden. Daarnaast wordt de noodzaak gevoeld om patiëntenzorg voor te laten gaan. Het overnemen van taken van elkaar is voorwaardelijk voor de inzet.

Binnen de regio Amsterdam zouden ook bijvoorbeeld woningbouwcoöperaties (passende huisvesting), huisartsen, etc. nog meer betrokken kunnen worden. Deelnemers in de regio vinden het voorwaardelijk dat een visie wordt vormgegeven waar de regio naartoe wil bewegen.

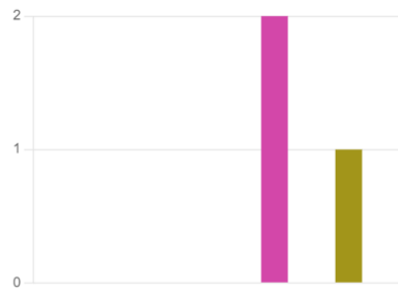
### 3.3 Datagebruik in beleidsontwikkeling

Deelnemers geven aan dat data niet worden gebruikt ter ondersteuning van regionale beleidsontwikkeling.

18. Bij welke beleidsthema's worden ramingsdata gebruikt bij het besluit om beleid regionaal te ontwikkelen? (meerdere antwoorden mogelijk)

[Meer details](#)

● Eerstelijnszorg	0
● Zorgtechnologie	0
● Taakverdeling	0
● Regionaal Opleiden	0
● ANW-functie	0
● Netwerkgzorg	0
● Geen van bovenstaande	2
● Ik weet het niet	0
● Wij gebruiken geen ramingsdata	1
● Andere	0



Deelnemers vinden het gebruik van data nuttig. Data kan worden gebruikt om te bepalen op welk onderwerp regionaal beleid en regionale samenwerking wordt ingezet. Wel zien de deelnemers data als het begin van een gesprek. Data kan helpen bij het opstellen van een businesscase en het bepalen van de regionale inzet. Ook zien deelnemers kansen in het regionaal uitwisselen van de data, omdat zij het als een mogelijkheid zien om regionaal samen te werken.



Om de data uit de OZ-applicatie te gebruiken zou het fijn zijn als de conclusies duidelijker zichtbaar zijn en er in de regio afspraken worden gemaakt hoe de data worden ingevuld.

CONCEPT