

Bijlage uitkomsten dialoogsessies regio Flevoland

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

Van de 14 deelnemers was er 1 SO, 4x VS, 1x VIOS (VS in opleiding), 1 PA, 1 GZ-psycholoog, 4x manager/directeur behandeling, 1x programmaleider DMZ Flevoland, 1x programmaondersteuner DMZ Flevoland, 1x Raad van Bestuur/penvoerder DMZ Flevoland, aanwezig. Deelnemers vonden het prettig om elkaar weer te ontmoeten en kennis met elkaar uit te wisselen. De sfeer was plezierig en open. Omdat er in de regio al veel gedeeld en samengewerkt wordt is er wel behoefte om nog meer concrete stappen te nemen. De sessie was in het kader van elkaar ontmoeten, weten waar we staan vooral ook waardevol. De conclusie werd getrokken dat het thema taakherschikking al goed op de kaart staat.

1.1 Rollen en taken in de huidige en gewenste situatie

Aan de deelnemers is 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 in de gewenste situatie. 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	GZP	PA	VS	VS	VS
Omvang aanstelling	24	24	32	36	28	32
Netwerktaken	3	2	1	5	1	1
Regietaken	4	6	4	5	1	2
Neventaken	3	3	1	14	8	1
Overige taken	1	1	0	0	0	6
Kerntaken	13	12	26	12	18	23

Opvallend is dat nagenoeg iedereen meer uren zou willen besteden aan de kerntaken. De 3 Verpleegkundig Specialisten lijken redelijk tevreden met de taakverdeling.

Soort taak	Uitkomst
Netwerktaken	De tijd die deelnemers willen besteden aan netwerktaken laat een wisselend beeld zien.
Regietaken	Deelnemers willen graag iets meer tijd aan regietaken besteden of zijn hier tevreden over. De meeste deelnemers willen hier na de kerntaken de meeste tijd aan besteden.
Neventaken	De tijd die deelnemers aan neventaken willen besteden laat een wisselend beeld zien.
Overige taken	Alle deelnemers opteren voor minder of geen overige taken. In de huidige situatie hebben bijna alle deelnemers deze taken wel.

Kerntaken	Deelnemers willen een groot deel van de tijd bezig zijn met kerntaken (tussen de 33% en 81%).
------------------	---

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:

- Meer VS/PA met duidelijke kaders voor taakherschikking en vertrouwen.
- Opleiden is belangrijk.
- Minder nadruk op het medische model.
- Financiële herwaardering voor functies inclusief ondersteuning.
- In de rol en positioneren van de GZ-psycholoog functiefamilie liggen kansen.

In onderstaand schema staan alle gegeven antwoorden verder uitgewerkt.

Wat zijn de voorwaarden om tot deze toekomstige situatie te komen?
Meer VS/PA
Kaders taakherschikking
Diensteninzet
Salaris
Opleidingsplekken
Opleiders inclusief handvat
Uitdagend en veilig werkklimaat
Positioneren van verschillende rollen
Wederzijds vertrouwen VS/PA en supervisor
Vertrouwen in verzorgend personeel
Breder kijken ook naar welzijn
Wat zijn de belemmeringen om tot deze toekomstige situatie te komen?
Medisch model overheerst
Verschi VS/PA is wezenlijk anders
Ook tekorten bij andere functies dan SO
Minder basisartsen = hogere dienstbelasting
Financiële herwaardering van alle functies
Meer ondersteuning
Nog te beperkte regionale samenwerking in diensten
Wat zijn oplossingen om met deze belemmeringen om te gaan?
Eyeopeners (uit overeenkomsten en verschillen)
Voor SO en GZP moeilijk om kerntaken over te dragen, omdat de functies er wel zijn maar niet beschikbaar / te weinig kennis
GZ Psycholoog meer regietaken = kerntaak
Kerntaak GZ Psycholoog is opleiden
Netwerken in de eerste lijn door GZ Psycholoog
Delegeren van sommige kerntaken GZ Psycholoog naar basispsycholoog en verpleegkundige
Orthopedagoog en GZ Psycholoog inwisselbaar
VS-GGZ ook in de VVT ook voor scholing andere VS'en
Maatwerk: schaarste noopt tot aanpassing
Passie/ambitie mede bepalend voor taakverdeling/taakkeuze
Beroep SO verandert sterk, vind ik dat wel leuk?
SO: meer loslaten op basis van vertrouwen - regiebehandelaarschap naar VS/PA
SO als soort van consultant, VS meer kerntaken?

“Eyeopeners” (bijzonder inzichten van de deelnemers) met betrekking tot verschillen en overeenkomsten per taak:

- Algemeen:
 - Passie en ambitie is medebepalend voor taakverdeling en taakkeuze
- Netwerktaken:
 - Persoonlijke voorkeuren, ambities, zijn afhankelijk van werkveld (1, 2^e lijn)
 - Zijn afhankelijk van eigen netwerk
 - GZP: Meer netwerken in de wijk wenselijk/ nodig
- Regietaken:
 - Naast SO ook door anderen, m.n. GZP
- Neventaken:
 - Opleiden, maar is wellicht bij psycholoog ook kerntaak
 - Persoonlijk voorkeur speelt mee
- Overige taken:
 - Geen eye openers benoemd
- Kerntaken:
 - GZP: Opleiden
 - Kerntaken GZP ook delegeren naar basispsycholoog en VPK

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 onderstaand schema 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	FL1	FL2	FL3	FL4
AIOS	1	1	1	
Basisarts	1	1	1	
GZ-P	3	2	3	1
Orthopedagoog	1		2	
PA	3	2	1	1
SO	8	2	3	3
VS	7	2	3	1

In de regio Flevoland heeft dit geleid tot de volgende inzichten:

- Binnen drie van de 4 deelnemende organisaties is een grote verscheidenheid aan functies waar te nemen.
- Over de hoeveelheid SO en PA zijn de deelnemers redelijk tevreden.
- Van de andere functies zou het aantal medewerkers in de functie hoger mogen.

1.4 Voorwaarden voor een andere verhouding binnen de SO-functiefamilie

Met deelnemers is gesproken over de voorwaarden, belemmeringen en oplossingen om tot een gewenste situatie te komen. De volgende punten kwamen daarbij naar voren:

Algemeen

- Maatwerk, schaarste noopt tot aanpassing van inzet van functies
- Eenduidigheid van termen nodig (regiebehandelaar, hoofdbehandelaar)
- Verschillen in inzet van functies per organisatie
- Gespecialiseerde VPK-ouderenzorg linken aan medische dienst

AIOS

- AIOS en ANIOS samenvoegen in verdeling van taken
- Doel: SO uiteindelijk in loondienst, haalbaarheid echter twijfelachtig
- Twijfels of doorgaan met opleiden überhaupt nog zinvol is, als ze toch niet blijven
- Opleiden, enthousiasmeren >> kweekvijver SO's

Basisarts

- Behoeft altijd begeleiding
- Investing tot op heden niet succesvol gebleken
- Afscheid van functie nemen
- Investeren in coassistenten in plaats van basisartsen
- Nodig voor opleiding tot SO
- Opleiden, enthousiasmeren >> kweekvijver SO's

GZ-psycholoog

- GZ-psycholoog mag orthopedagoog generalist opleiden, niet andersom
- Samenwerken met/binnen verschillende organisaties
- Aanvullen met VS-GGZ, ook ten behoeve van scholing van andere VS'en
- Samenwerken
- GZ-familie/ gedragskundigen-familie

Orthopedagoog

- Redelijk inwisselbaar met GZP, maar OG m.n. op PG-GZ breder
- Aanvullen met VS-GGZ, ook ten behoeve van scholing van andere VS'en

Physician Assistant

- Veel overeenkomst met VS, meer medisch
- Naast elkaar met VS en opleiding integreren >> PA meer VPK-blik
- Inwisselbaar met VS ingezet, verschillend qua opleiding
- Schouwen regelen

Specialist Ouderengeneeskunde

- Vooral opleiden, inzetten voor complexe zorg, buiten richtlijn, consultant
- Beroep verandert sterk, blijft het nog leuk?
- Moeten meer loslaten op basis van vertrouwen >> VS en PA als regiebehandelaar
- Vraag waarom SO's loondienst verlaten behoeft antwoord
- % SO moet ten opzichte van PA, VS en GZP omlaag (10%)
- Regionale SO-dienst die verschillende organisaties bedient

Verpleegkundig Specialist

- Veel overeenkomsten met PA
- Naast elkaar met PA en opleiding integreren >> VS meer dingen vanuit PA-opleiding overnemen

- Inwisselbaar met PA ingezet, verschillend qua opleiding
- Schouwen regelen
- Kerntaken van SO overnemen
- Verbinding met zorgteams bewaken

Verpleegkundige complexe ouderenzorg

- Geen 'eyeopeners' benoemd, functie is niet bekend/ komt niet voor

Voorwaarden om tot toekomstige situatie te komen:

- Regelgeving schouwen wijzigen
- Salariëring meer gelijkrekken
- VP-niveau 6 meer inzetten op de 5 rollen (regisseur, coach, zorgverlener, ontwerper, beroepsbeoefenaar)
- Perspectief medische dienst

Belemmeringen met betrekking tot toekomstige situatie:

- Regelgeving
- Te weinig instroom SO's

Oplossingen:

- In gesprek met VWS
- Nieuw curriculum tijdens opleiding
- Vroegtijdig voorlichting over beroep SO
- In opleiding en extern imago SO verbeteren

Huidige initiatieven voor taaktoedeling:

- Alle 4 organisaties zijn hier individueel en in gezamenlijkheid volop mee bezig.

Verder benoemd:

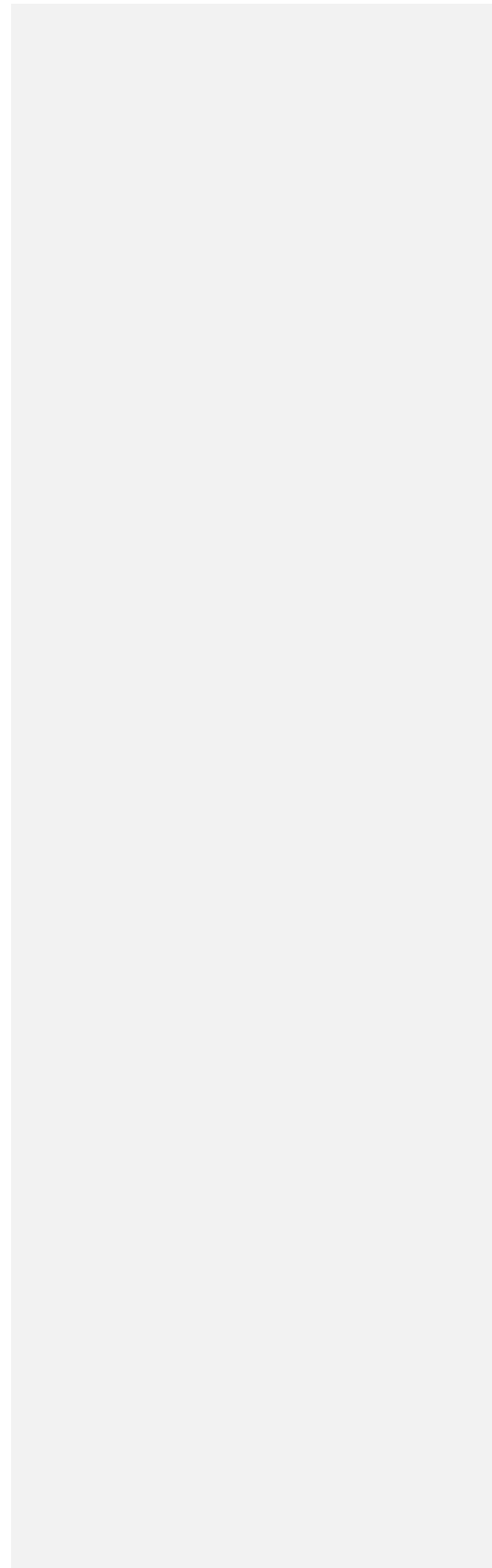
- Geneeskunde opleiding: meer ouderenzorg
- GZ-opleiding: meer ouderenzorg
- Huisarts weer in het verpleeghuis voor minder complexe zorg, aangezien de SO in 1e lijn complexe casuïstiek behandelt?
- Is in het rcDMZ project de GZ-psycholoog voldoende meegenomen? Is de beroepsvereniging in de stuurgroep vertegenwoordigd?

1.5 Voorlopige conclusies en aanbevelingen

- Er lijkt een gezonde basis en natuurlijk moment voor een regionale verdieping op de ontwikkelingsrichting, de inrichting en organisatie van de SO-functie en de wijze waarop de SO-gerelateerde functies nog beter met elkaar gepositioneerd kunnen worden;
- De verdere ontwikkeling van regionale samenwerking biedt kansen, waarbij krachtenbundeling voorop staat en waarbij succesvol regionaal opleiden stimulerend werkt;
- De regio heeft regionaal opleiden concreet vorm en inhoud gegeven ten aanzien van de GZ-psychologen en er worden concrete stappen gezet om ook de opleiding tot SO verder te regionaliseren.
- 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.

2 Start enquête beleid

CONCEPT



In de regio Flevoland hebben 15 deelnemers aan de enquête deelgenomen, waarvan 40% van de deelnemers 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 meer met beleid te maken hebben gehad. Deelnemers hebben dan met name te maken gehad met (regionale) beleidsontwikkeling rondom:

- WZD en ketensamenwerking;
- Specialist ouderengeneeskunde en taakzuiverheid, taakverschuiving en taakherschikking;
- Beleid rondom SO met GZ psycholoog als regiehouder voor mentaal welbevinden;
- Vernieuwd opleiden in multidisciplinaire verbanden;
- Beleid rondom de ontwikkeling van een gecombineerde opleidingsgroep / plaats;
- Toekomstige behoeften en wensen van bewoners/cliënten;
- Organisatieontwikkeling ouderenzorg;
- Professioneel leiderschap voor zorgprofessionals in de ouderenzorg;
- Regionaliseringsactiviteiten in de regio.

Gelijk aan de landelijke uitkomst vinden de deelnemers in de regio Flevoland flexibiliteit, eigenaarschap, communicatie, netwerken en creativiteit belangrijke competenties ten aanzien van beleidsontwikkeling. De deelnemers geven aan dat ze bezig zijn met de ontwikkeling van competenties op het gebied van eigenaarschap en communicatie.

Deelnemers voelen zich nog overwegend nog niet zo goed toegerust en 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

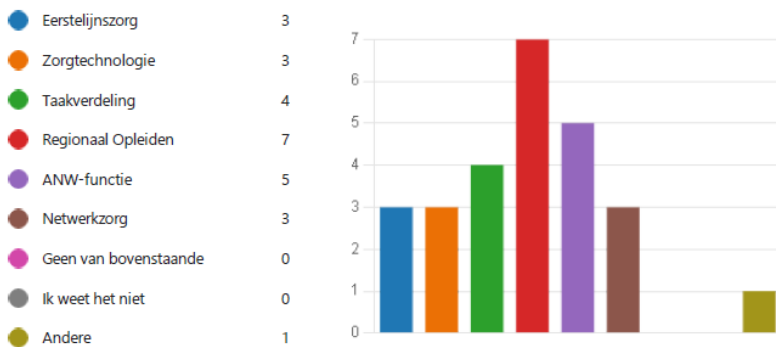
De dialoogsessie in de regio Flevoland is gevoerd met 3 SO's, en 5 beleidsadviseurs. De enquête is voorafgaand aan de dialoogsessie door 6 respondenten ingevuld. In bijlage XXX zijn de uitkomsten van de enquête zichtbaar. Vanwege een extra check op het instrument zijn twee vragenlijsten extra ingevuld. Deze konden echter niet meer verwijderd worden. Tijdens de dialoogsessie bleek dat de antwoorden wel representatief zijn. De deelnemers hebben in een open dialoog kennis en standpunten met elkaar uitgewisseld. Het gesprek over beleidsontwikkeling liet zien dat er nog kansen liggen in verdere samenwerking, bijvoorbeeld op het gebied van inzetten van technologie en benutten van elkaars kennis en ervaring. De sfeer was plezierig en het ontmoeten van elkaar werd als bijzonder positief ervaren.

Met opmerkingen [AS1]: zie opmerking Amsterdam

3.1 *Beleidsterreinen van regionale beleidscycli*

In de regio Flevoland wordt op meerdere onderwerpen regionaal beleid ontwikkeld (zie onderstaande grafiek). Met name het regionaal opleiden is erg herkenbaar in de regio.

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



In de dialoogsessie is nader ingegaan op een aantal beleidsterreinen:

Zorgtechnologie

Het beleid op het gebied van zorgtechnologie wordt op dit moment los van elkaar in de organisaties ontwikkeld. Wel is sprake van uitwisseling en elkaar vinden in het netwerk, maar niet van samen beleid ontwikkelen. De deelnemers zien hier wel kansen. Thema's zijn dan bijvoorbeeld het werken met Google Glasses/begeleiding op afstand, innovatieplatform, etc.

Eerstelijnszorg

De deelnemers zien nog kansen in het afstemmen van werkprocessen, zorgpaden en het toewerken naar één loket voor de cliënt. Deelnemers geven aan dat individuele organisaties een goede samenwerking met de huisarts hebben gerealiseerd, maar regionaal is er meer mogelijk. Hierbij valt te denken aan een verdere aansluiting bij het programma medische generalistische zorg. Ook het slimmer inzetten van expertise in de keten over de domeinen heen is een kans. Het beeld hierbij is dat de generalistische zorg door de huisarts wordt geboden, de specialistische door de specialist ouderengeneeskunde, vanuit het principe *'ondersteunen en niet overnemen'*

Taakherschikking

In de regio wordt regionaal beleid ontwikkeld op dit thema. Wel zien de deelnemers mogelijkheden om dit te verdiepen. Er zijn goede ervaringen met de inzet van praktijkverpleegkundigen, maar ook in combinatie met inzet van HBO-verpleegkundigen worden kansen gezien. Twee organisaties in Lelystad hebben een verdergaande samenwerking in supervisie en waarneming, dit zou verder in de regio kunnen worden uitgebreid. Daarnaast zien deelnemers kansen in het verder afstemmen van werkprocessen, waardoor je makkelijker kunt invallen en waarnemen.

Regionaal opleiden

In de regio wordt veel samengewerkt op het gebied van regionaal opleiden. Zo zijn er diverse initiatieven in het gezamenlijk regionaal opleiden van GZ-psychologen (GOP Flevoland), SO's (ROSO)

en VS en PA. De deelnemers zien kansen in het bieden van scholing, lesgeven op de opleidingsinstituten aan PA's en VS-en en (basis)artsen. Daarnaast liggen kansen in het versterken van aantrekkelijk werkgeverschap en daarmee het stimuleren van de magneetfunctie voor de regio. Ideeën hierbij zijn het ontwikkelen van een gezamenlijke website en gezamenlijke campagnes. Ook kan regionaal opleiden worden verdiept door het bundelen van expertise en budgetten samenvoegen ten behoeve van bijvoorbeeld loopbaanpaden, traineeships en begeleiding. Deelnemers zouden elkaar graag verder ontmoeten, kennis en expertise delen, casuïstiek bespreken en intervisie organiseren op dit onderwerp.

Overige regionale samenwerking

Volgens de deelnemers kan binnen de regio verder worden ingezet op profilering. De regio is actief, maar dat wordt onvoldoende zichtbaar gemaakt. Een positionering als aantrekkelijke regio wordt gezien als een kans. Een onderzoek welke employee benefits interessant en passend zijn: aangepaste werktijden als je verder weg woont (regio Amsterdam of Zwolle dan beter binnen bereik), auto of OV-jaarkaart, (deels) thuiswerken/afstandswerken, het bieden van scholingen en coaching en het bieden van kansen om op verschillende plekken je te mogen ontwikkelen, breed in de gehele regio binnen verschillende cliëntengroepen en expertisegerieden (gedeeld werkgeverschap) zijn enkele voorbeelden.

Daarnaast worden door de deelnemers ook mogelijkheden gezien in het oprekken van normen, waaronder de norm voor aanrijtijden (met Verenso) en het gesprek met het zorgkantoor over regiogelden voor verdere ontwikkeling en innovatie, met als doel om passende en duurzame (medische) zorg aan de cliënten in de regio te kunnen blijven bieden

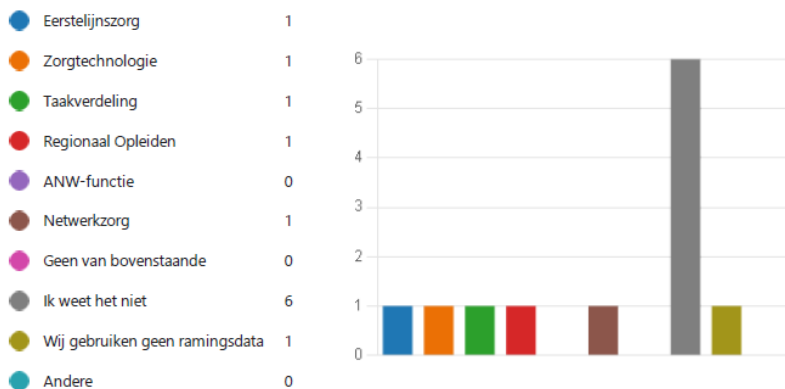
3.2 Rollen in de beleidsontwikkeling

In de regio Flevoland kunnen voorstellen voor beleidsontwikkeling vanuit nagenoeg alle disciplines komen. De uitwerking van regionaal beleid wordt vooral door de ondersteunende diensten gedaan, soms met een professional. Het besluit ten aanzien van de implementatie ligt bij bestuur en management, soms met betrokkenheid van een professional. In de relatie worden alle partijen betrokken (ook de zorgverzekeraar en het zorgkantoor). De professionals spreken uit dat zij graag een grotere mate van invloed zouden hebben op de diverse terreinen van beleidsontwikkeling. Deelnemers van de dialoogsessie vinden ondersteuning vanuit staf en management bij de ontwikkeling van beleid wenselijk.

Bij het verkrijgen van een positie in beleidsontwikkeling voor een medisch professional is het enerzijds van belang om deze plek te krijgen van bestuur en management en anderzijds om deze vanuit medisch leiderschap op te eisen. Dit vraagt om een goed samenspel tussen alle partijen.

3.3 Datagebruik in beleidsontwikkeling

Binnen de regio Flevoland is bij de meerderheid niet bekend of ramingsdata worden gebruikt bij het besluit om beleid in de eigen organisatie en de regio te ontwikkelen. De actuele data zijn besproken en het nut van het benutten van deze data wordt zeker gezien.



In de dialoogsessie zijn de resultaten van de OZ-applicatie gedeeld. De analyse laat zien dat de opgave groot is voor zowel de SO als ook de andere functies binnen de functie familie. Het gezamenlijk opleiden van VS'en en PA's is een belangrijk onderdeel van ROSO-Flevoland.

De OZ-applicatie levert twee ramingsscenario's op. Het eerste is een voorspelling op basis van demografische ontwikkelingen (demografisch scenario), het tweede een voorspelling op basis van de voorspelling van de invuller (experts scenario). Opvallend is dat er een aanzienlijk verschil is tussen het demografische en experts scenario. De urgentie in het experts scenario is nog groter.

In de regio is de beleidskeuze gemaakt om minder basisartsen op te nemen in de functiemix. Uit de cijfers blijkt dat dit moet worden heroverwogen omdat dit de SO's van de toekomst zijn.