

## Bijlage uitkomsten dialoogsessies regio Apeldoorn – Zutphen

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 Apeldoorn – Zutphen hebben 3 SO's, 3 GZ-psychologen en 1 Basisarts deelgenomen aan de dialoogsessie. De sfeer was erg prettig en open. Deelnemers vonden het prettig om met elkaar in gesprek te gaan en te ervaren dat ze niet alleen staan bij de problemen in de werk- en beroepspraktijk waar zij tegenaan lopen. Deelnemers waren enthousiast bezig met de verschillende dialoogvragen. De deelnemers zagen kansen en mogelijkheden om in de kleinere subregio's gezamenlijk de problematiek verder op te pakken.

#### 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	SO	SO	ANIOS	GZP	GZP	GZP
Omvang aanstelling	20	32	32	32	32	28	24
Netwerktaken	2	2	1	0	1	0	0
Regietaken	6	4	12	5	8	1	6
Neventaken	4	6	3	9	4	8	3
Overige taken	0	3	0	9	3	0	0
Kerntaken	8	20	12	28	16	19	15

Opvallend is dat twee deelnemers tevreden zijn met hun huidige taakverdeling. 4 deelnemers zouden slechts kleine aanpassingen willen doen. Twee SO's willen graag minder kerntaken en meer regietaken.

Soort taak	Uitkomst
Netwerktaken	Deelnemers besteden relatief weinig tijd aan netwerktaken en willen dat in de toekomst graag zo houden. De meeste zijn hier dus tevreden over.
Regietaken	De inzet op regietaken laat een wisselend beeld zien. Zowel in de huidige als in de gewenste situatie als in de tijdsinvestering.
Neventaken	Over de inzet van neventaken zijn deelnemers relatief tevreden.
Overige taken	De inzet in overige taken laat een wisselend beeld zien. Sommige willen hier meer tijd aan besteden, sommige minder. De meeste deelnemers (met uitzondering van de basisarts) willen hier wel weinig tijd per week aan besteden (max 3 uur).
Kerntaken	Deelnemers willen een groot deel van de tijd bezig zijn met kerntaken (tussen de 38% en 88%).

## 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:

- Het vastleggen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van functies is een voorwaarde voor taakdelegatie;
- Een medisch secretariaat is een goede interventie om te komen tot de gewenste situatie;
- (Samen)werkende systemen en goede werkplekken zijn belangrijk;
- De opleiding en positionering van de GZ-psycholoog is het onderzoeken waard. Daarnaast zou ook binnen deze vakgroep taakdifferentiatie kunnen worden toegepast.

In onderstaand schema staan alle gegeven antwoorden verder uitgewerkt.

SO	Arts	GZ Psycholoog
<b>Wat zijn de voorwaarden om tot deze toekomstige situatie te komen?</b>		
Taakdelegatie: waar wordt je wel/niet op aangesproken?	Beschermen tegen overschatten VS.	Om als GZ-psycholoog je regie/neven/netwerk taken goed kan uitvoeren, heb je instroom van masterpsychologen nodig, en nieuwe aanwas GZ-psychologen.
Tuchtcollege/IGI: verantwoordelijkheden aanpassen aan taakherschikking.	Taken en verantwoordelijkheden VS is onduidelijk.	Lobby van ouderenzorg is mislukt tav GZ-opleiding
Duidelijke taakfunctie-omschrijvingen VS/PA.	Investeren in goed medisch secretariaat.	
Investeer in goed functioneren medisch secr.	Goede voorzitter vakgroeppoverleg.	
Vergaderdiscipline, goed management.	Investeren in goede infrastructuur (systeem koppelen).	
Veiligheid binnen organisatie	Goede vakgroepmanager.	
	Inzet op ondersteunende diensten (maatschappelijk werk).	
<b>Wat zijn de belemmeringen om tot deze toekomstige situatie te komen?</b>		
Discontinuiteit.	Taken die niet van jou zijn.	De eisen om een psycholoog op te leiden tot GZ-psycholoog zijn zo groot, waardoor het bijna onmogelijk is om subsidie te krijgen. Waardoor er minder GZ-psychologen in ouderenzorg komen.
Tekort aan SO's.	Negatieve sfeer (klagen/problemen) kosten veel tijd.	Capaciteitsuitbreiding komt er niet.
Veel klein vragen tussendoor	Gebrek aan goede werkplekken voor artsenvisite.	Tekorten
	Systemen die niet werken/niet gekoppeld zijn.	
	Slechte overdracht vanuit het ziekenhuis > meerdere conflicterende overdrachten	
<b>Wat zijn oplossingen om met deze belemmeringen om te gaan?</b>		
Duidelijke grenzen stellen.		Meer op de barricade?
Voldoende werkplekken om goed en geconcentreerd te kunnen werken.		Gezamenlijk optrekken tav opleiden etc.
Goede overdrachten ziekenhuis.		Samenwerking tussen artsen en psychologen verbeteren.
Goede koppeling tussen systemen		Positionering GZ-psycholoog
<b>Eyeopeners</b>		
50% supervisie, 50% zelf patiëntenzorg. De verantwoordelijkheid moet duidelijk zijn en goed beschreven. Supervisie of consultatie	Netwerk taken zijn heel belangrijk voor goede kwaliteit van zorg, worden echter snel opzij geschoven (niet patientgericht). Jammer, want belangrijk om te weten waar kennis in de regio zit.	Meer differentiatie aanbrenge binnen de vakgroep psychologie, bv gedragsverpleegkundige
Als verantwoordelijkheden niet helder is voor tuchtcollege dan is het voor SO's onaantrekkelijk om te delegeren.	Neemtaken heel bewust toewijzen, zodat het efficiënt is en onafhankelijk. Dus niet: iedereen WZD functionaris	Meer secretariaële ondersteuning
Veel taken zouden ondersteund kunnen worden door goed medisch secretariaat	WZD-verantwoordelijke (zorg). Systeem koppelen.	Afvragen hoe je zelf je werk in wilt richten
Netwerktaken verdwijnen bijna als eerste bij toename werkdruk	Eigenlijk maken we structureel meer overuren om kerntaken te kunnen doen.	
Meertijd voor "bedside" teaching gewenst	Investeer in medisch secretariaat. Pieperdienst? Medisch secretariaat als triereend tussenpersoon.	
WZD valt regelmatig af bij toename werkdruk		
Investeer in secretariaat. Telefoontjes via secretariaat		

### 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	AZ1	AZ2	AZ3	AZ4	AZ5	AZ6
AIOS	3	5	2	1	1	
Basisarts			4	2	2	1
GZ-P	6	7		5	3	
Orthopedagoog		1				
PA	4					2
SO	6		8	5	5	4
VS	1		2	3	3	
Verpleegkundige complexe ouderenzorg					3	
Praktijkverpleegkundige						3

In de regio Apeldoorn – Zutphen heeft de bovenstaande data geleid tot de volgende inzichten:

- Binnen de deelnemende organisaties is van alle regio's de minste verscheidenheid aan functies waar te nemen.
- Over het algemeen zijn de organisaties redelijk tevreden over de hoeveelheid AIOS, GZP en SO.
- Twee organisaties hebben een wens voor meer VS.

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

Met deelnemers is in de dialoogsessie gesproken over de voorwaarden, belemmeringen en oplossingen om tot een gewenste situatie te komen. In de dialoog kwamen vooral de volgende punten naar voren:

- Belangrijk om de rol van de GZ-psycholoog helder te krijgen
- Een visie op organisatie van de medische dienst is belangrijk
- Meer gebruik maken van VS en PA met duidelijke taken en verantwoordelijkheden

Alle input die is geleverd staat in onderstaande tabel.

<b>Wat zijn de voorwaarden om tot deze toekomstige situatie te komen?</b>
Voorkeur voor organisatie
Relatief veel SO's is afhankelijk van de doelgroep. Op langdurige zorg meer kansen voor VS/PA
Voor coaching een basispsycholoog, voor bijzondere doelgroepen een GZ-psycholoog
Voldoende mankracht
<b>Wat zijn de belemmeringen om tot deze toekomstige situatie te komen?</b>
Beschikbaarheid
Duidelijk tav taken/verantwoordelijkheden
Ontbreken van visie op organisatiestructuur
Tekorten
<b>Wat zijn oplossingen om met deze belemmeringen om te gaan?</b>
Behandelaren moeten in het management om een visie te ontwikkelen en daarnaar toe te werken. Goed profiel opstellen va functionarissen
Netwerk medewerkers gebruiken
Goed management
Meer VS/PA
Meer master/basispsychologen
<b>Eyeopeners</b>
GZ Psycholoog als regiebehandelaar?
GZ Psycholoog is belangrijk voor de kwaliteit van zorg
Status van de GZ Psycholoog in de dienst
Visie is nodig. Hoe wil je de dienst vormgeven?
PA werkt soms zeer solistisch
Niet alle SO's willen meer overstijgend werken
Een AIOS is beter, maar omdat het belastend is weinig inzet
Orthopedagoog is interessant

### 1.5 Voorlopige conclusies en aanbevelingen

- Ook hier lijkt er een gezonde basis 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 geïntegreerd kunnen worden;
- De verdere ontwikkeling van regionale samenwerking waarbij krachtenbundeling voorop staat, biedt kansen, met subregionale samenwerkingskringen als opmaat;
- De rol, plaats en positie van de VS en PA krijgt steeds meer aandacht, op weg naar waardevolle partners van de SO;
- 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, waarbij ook hier de subregio's het meest natuurlijke vertrekpunt lijken te zijn.

## 2. Start enquête beleid

In de regio Apeldoorn-Zutphen is de sub-regionale context van grote invloed op de betrokkenheid bij regionale vraagstukken en/of een regionale beleidsmatige aanpak. De focus ligt nog grotendeels op de instellingsbenadering met op onderdelen een voorzichtige benadering van elkaar in een subregionale setting. Vanuit de regio AZ heeft maar 1 deelnemer geparticipeerd in de enquête waardoor er geen conclusies uit kunnen worden getrokken.

## 3. Dialoogsessie beleidscyclus

De dialoogsessie in de regio Apeldoorn-Zutphen is gevoerd met 2 SO's, 2 VS'en en 3 managers behandeldienst. De enquête voorafgaand aan de dialoogsessie is door 3 respondenten ingevuld. In **bijlage XXX** zijn de uitkomsten van de enquête terug te lezen. Vanwege de grote geografische spreiding is ervoor gekozen om de regio ten aanzien van deze dialoogsessie op te splitsen in drie deelgebieden, Noord-Veluwe, Apeldoorn en Zutphen-Lochem. Alleen in de eerste twee regio's heeft een dialoogsessie plaatsgevonden. In de regio Noord-Veluwe ging deze met name over uitleg en discussie over taakzuiverheid en data en minder over de beleidscyclus. Daarom is in dit verslag ingezoomd op de dialoogsessie van de regio Apeldoorn. Deelnemers deden in deze sessie enthousiast mee aan de dialoog, waarbij meteen duidelijke onderlinge afspraken werden gemaakt wie welk beleidsterrein gaat oppakken met welk doel.

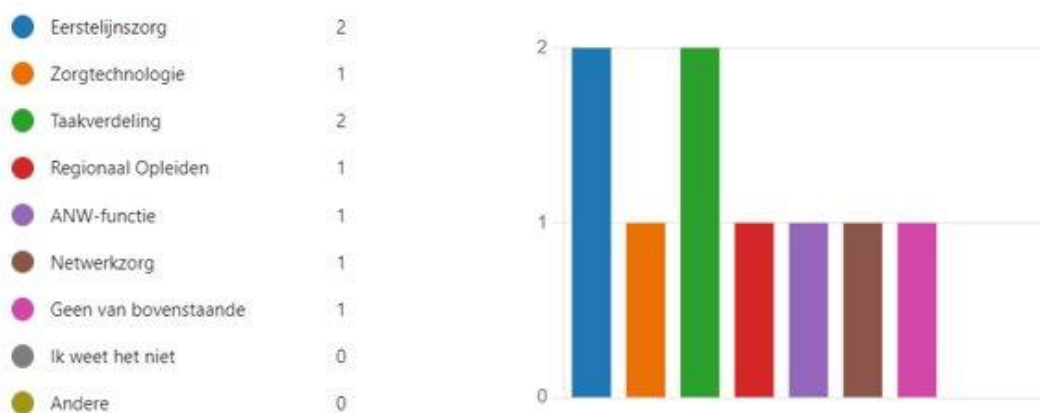
### 3.1 Beleidsterreinen van regionale beleidscycli

In de regio Apeldoorn-Zutphen wordt subregionaal in de regio Apeldoorn op meerdere onderwerpen regionaal beleid ontwikkeld (zie onderstaande grafiek).

4. In deze enquête richten we ons ook op het beeld van beleidsontwikkeling *binnen de regio*, organisatie overstijgend. We verstaan onder regionaal beleid: het beleid dat met meerdere organisaties gezamenlijk voor de regio wordt ontwikkeld die de capaciteit positief beïnvloedt.

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

[Meer details](#)



In de dialoogsessie is door de deelnemers nader ingegaan op een aantal van deze beleidsterreinen.

De deelnemers bespraken de huidige situatie ten aanzien van beleidsontwikkeling in de organisatie en regionaal. Op dit moment zijn de onderstaande beleidsthema's bekend bij de deelnemers.

Beleidsthema	Organisatie	Regionaal
Eerstelijnszorg	MDO eerste lijn Gezondheidscentra Vast team voor 1 <sup>e</sup> lijnsconsulten, waar nodig opdelen expertise	CCPA
Zorgtechnologie	Uitnodiging externen om uitleg te geven over ontwikkelingen	
Taakverdeling	Taakzuiverheid SO/PA/BA/VS Taakverdeling praktijkverpleegkundige Taakverdeling specialistisch vpk	
Regionaal opleiden	Gezamenlijk onderwijs.	Samenwerken andere organisatie voor opleiden VS SO opleiden
ANW	Triage door verpleegkundig team	Dekking triage Verkenning verpleegkundige
Netwerkgzorg	Mantelzorg Casemanagers CVA keten	

Eind juni 2022 is het programma 'Specialist ouderengeneeskunde in toekomstperspectief' in de regio Apeldoorn-Zutphen afgerond. Hieruit zijn uit zeven regionale actielijnen beleidsadviezen geformuleerd met overkoepelend een 'cafetariaplan' met allerlei adviezen over mogelijke vervolgstappen in de regio. De gesprekken over een vervolg zijn zowel bestuurlijk als op directie/managementniveau ten tijde van het publiceren van dit rapport gaande. De regio heeft de wens uitgesproken om klein te beginnen. Op ieder onderwerp wordt regionaal een verantwoordelijke benoemd. De volgende onderwerpen worden in de komende periode opgepakt:

#### **Regionaal opleiden/ kennisnetwerk**

Het kennis/leernetwerk zoals opgezet op <https://sog2025.nl> wordt verkleind naar een samenwerking tussen de organisaties Atlant en ZGA. Van daaruit wordt het netwerk in de regio verder uitgebouwd. Gezamenlijk wordt een aantal onderwijsmomenten georganiseerd en mogelijk accreditatie geregeld.

#### **Taakzuiverheid**

Organisaties gaan eerst intern met eigen vakgroepen een visie formuleren op taakzuiverheid en de ontwikkeling van de medische dienst. Daarin worden de volgende vragen beantwoord:

- Hoe zet je welke professional in?
- Verdeling basisarts, Physician Assistant, verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog
- Regiebehandelaar?
- Hoe ziet de functiemix eruit bij specifieke doelgroepen?
- Wat worden de normen?

De visies worden regionaal vergeleken en getoetst aan het beroepsprofiel om vervolgens een actieplan te maken.

#### **ANW**

De mogelijkheden voor gezamenlijke inkoop van ANW-functie worden onderzocht.

### Regionale capaciteit spelregels

Binnen de regio wordt een visie opgesteld over wanneer (wel en niet) en onder welke voorwaarden medische capaciteit geleverd wordt aan andere instellingen. De regio voelt een gezamenlijke verantwoordelijkheid om zorg te leveren.

### Zorgtechnologie

De regio Apeldoorn-Zutphen zet voorlopig niet in op regionaal beleid ten aanzien van zorgtechnologie.

### 3.2 Rollen in de beleidsontwikkeling

Binnen de regio Apeldoorn-Zutphen wordt regionaal beleid geïnitieerd door bestuur en management. Uitvoering vindt plaats door management, ondersteunende diensten en professionals. Ook geven twee deelnemers van de enquête aan niet te weten wie het regionale beleid uitwerkt. Het besluit voor implementatie ligt bij bestuur en management en soms bij een professional. Iedereen (inclusief zorgverzekeraars en het zorgkantoor) wordt betrokken bij het realiseren van regionaal beleid, ook bij de evaluatie.

### 3.3 Datagebruik in beleidsontwikkeling

Binnen de regio wordt soms data gebruikt bij de inzet van beleidsontwikkeling. Deelnemers vinden het met name nuttig om van elkaar te weten welke cliëntgroepen aanwezig zijn in een instelling, zodat je beter kunt doorverwijzen.

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

[Meer details](#)

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

