



RAPPORT

De effecten van sociale innovaties in de zorg

70695 - 30 april 2024

Christiane Hofman, Anouk van den Broek, Rosanne van Seben (Berenschot)

Patrick de Wilde, Wim Spit (Ecorys)

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Hoofdstuk 1	11
Inleiding.....	11
1.1 Aanleiding en context	11
1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen onderzoek	12
1.3 Scope en definities.....	13
1.4 Plan van aanpak en onderzoeksmethoden	14
1.5 Leeswijzer	17
Hoofdstuk 2.....	18
Het effect van de sociale innovaties op zorgcapaciteit	18
2.1 Casus 1a – Taakherschikking van huisarts naar VS of PA	18
2.2 Casus 1b – Taakherschikking van medisch specialist of anios naar VS of PA	27
2.3 Casus 2 – Jobcarving in de langdurige zorg	35
2.4 Casus 3 – Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners	44
Hoofdstuk 3.....	51
Effecten op behoud, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg	51
3.1 Casus 1 – Taakherschikking van huisarts, medisch specialist en anios naar VS of PA	51
3.2 Casus 2 – Jobcarving in de langdurige zorg	63
3.3 Casus 3 – Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners	68
Hoofdstuk 4.....	72
Knelpunten en mogelijke beleidsopties voor opschaling	72
4.1 Casus 1a – Taakherschikking van huisarts naar VS of PA	72
4.2 Casus 1b – Taakherschikking van medisch specialist of anios naar VS of PA	80
4.3 Casus 2 – Jobcarving in de langdurige zorg	81
4.4 Casus 3 – Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners	85
Bijlage 1. Onderzoeks-verantwoording.....	91

Samenvatting

Aanleiding en doel van het onderzoek

De houdbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg staan onder druk. De zorgvraag stijgt en het is niet realistisch om te verwachten dat het aantal zorgverleners in dezelfde mate groeit. Naast het anders organiseren van zorg en meer aandacht voor preventie, is het van belang efficiënter te gaan werken met de beschikbare (personele) zorgcapaciteit. Sociale innovaties gericht op het vernieuwen van arbeidsorganisaties en arbeidsrelaties kunnen hierbij helpen.

Het doel van dit onderzoek is om de mogelijke baten van sociale innovaties in beeld te brengen. Het onderzoek focust hierbij op drie geselecteerde toepassingen van sociale innovaties, te weten:

1. Taakherschikking a) van huisarts naar verpleegkundig specialist of physician assistant (VS/PA), en b) van medisch specialist (MS) naar VS/PA en van arts-assistent niet in opleiding (de anios) naar VS/PA in de heelkunde.
2. Jobcarving in de langdurige zorg, waarbij een functie wordt gecreëerd voor afdelingsassistenten in a) de verpleeghuiszorg (VHZ) en b) de gehandicaptenzorg (GHZ).
3. Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners.

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen:

1. **Het theoretisch maximale effect van sociale innovaties op de zorgcapaciteit.** Het doel van sociale innovaties is om het zorgproces efficiënter te organiseren en daarmee capaciteit onder zorgpersoneel waar een tekort aan is, vrij te spelen. Een eerste stap van het onderzoek is daarmee om te berekenen hoeveel zorgcapaciteit er in potentie vrijkomt met de sociale innovaties. Hiertoe brengen wij in kaart welke taken kunnen worden overgenomen en hoeveel tijd dit bespaart van degene van wie de taken worden overgenomen. Hierbij richten we ons op het potentieel en houden we nog geen rekening met de vraag of volledige inzet van de sociale innovatie realistisch en/of wenselijk is. Bovendien is het belangrijk te vermelden dat het in de praktijk sterk per zorginstelling of ziekenhuis, patiëntgroep, vakgroep en professional zal verschillen welke taken kunnen worden overgenomen. De zorgcapaciteit die de sociale innovatie daarmee oplevert in fte en het aantal fte dat ervoor nodig is dit te bewerkstelligen zijn daarmee nadrukkelijk een globale inschatting.
2. **Het effect van sociale innovaties op behoud van personeel, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg.** Als het gaat om het behoud van personeel gebruiken we redenen van uitstroom (hoge werkdruk en gebrek aan doorgroeimogelijkheden) als uitgangspunt, waarbij in kaart wordt gebracht in welke mate de sociale innovatie kan bijdragen aan het wegnemen van deze redenen. Het effect op arbeidspotentieel betreft de vraag of met de sociale innovatie onbenut arbeidspotentieel (werklozen en onbenutte deeltijdwerkers) geactiveerd kan worden. Doelmatigheid gaat over de vraag of er sprake is van een kostenbesparing met de sociale innovatie. Kwaliteit van zorg gaat over de mate waarin de sociale innovatie bijdraagt aan betere kwaliteit van zorg ten opzichte van de vorige situatie.
3. **Knelpunten en beleidsopties voor opschaling.** Op basis van huidige inzet van de VS/PA, afdelingsassistenten en samenwerking met informeel zorgverleners, brengen we in kaart in welke mate het potentieel al benut wordt. Vervolgens richten we ons op knelpunten die opschaling in de weg staan en op mogelijke beleidsopties voor de overheid om verdere opschaling te stimuleren.

Resultaten van het onderzoek

Casus 1: taakherschikking van huisarts, medisch specialist en arts-assistent naar VS/PA

1. Het theoretisch maximale effect op zorgcapaciteit van taakherschikking naar VS/PA

Voor wat betreft de huisartsenzorg geldt dat zowel een VS als PA een breed spectrum aan patiëntgebonden taken kan overnemen. Hoewel de inzet van de VS/PA in de praktijk varieert, gaan we er, op basis van de beroepsprofielen, van uit dat de VS zich over het algemeen toelegt op een bepaald deskundigheidsgebied en dat de PA breder wordt ingezet. Binnen de heelkunde kunnen VS'en en PA's taken overnemen op de (poli)kliniek, OK en tijdens ANW-diensten. Gecorrigeerd voor aspecten als overleg en begeleiding, laten we in onderstaande tabel zien hoeveel zorgcapaciteit in potentie minimaal en maximaal beschikbaar kan komen bij de huisarts, medisch specialist en anios met taakherschikking naar de VS/PA.

Tabel 1. Zorgcapaciteit die in potentie beschikbaar komt bij taakherschikking in huisartsenzorg en heelkunde.

	Huisarts - VS	Huisarts - PA	MS - VS	MS - PA	Anios - VS	Anios - PA
Potentiële zorgcapaciteit	19% - 39%	55% - 70%	1% - 2%	1% - 1%	13% - 16%	78% - 95%

2. Het effect van taakherschikking op behoud, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit

De inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk heeft mogelijk tot gevolg dat huisartsen minder werkdruk ervaren, doordat zij taken kunnen overhevelen naar de VS/PA. Onderzoek laat zien dat jaarlijks 344 huisartsen uitstromen, waarvan 117 door een hoge werkdruk. Het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan is dat jaarlijks 139 VS'en/PA's instromen in de eerste lijn, die in theorie 106 huisartsen kunnen ondersteunen. Als met deze inzet wordt voorkomen dat deze huisartsen uitstromen, kan dat voor circa 30% (106 van 344) tot 90% (106 van 117) meer behoud zorgen.

Het effect op het behoud van medisch specialisten met inzet van de VS/PA is lastig in kaart te brengen. Over het geheel genomen lijkt de uitstroom van medisch specialisten vooralsnog namelijk geen knelpunten op te leveren en over de mogelijke vertrekredenen is ook weinig bekend. Voor aniossen geldt dat zij steeds minder in het ziekenhuis willen werken en het is mogelijk dat als door taakherschikking de werkdruk afneemt, meer van hen in het ziekenhuis willen (blijven) werken. Op basis van de huidige aantallen aniossen die een te hoge werkdruk ervaren of een burn-out hebben en het aantal dat op basis van het instroomadvies door een VS/PA ondersteund kan worden, ligt de mogelijke bijdrage van taakherschikking aan behoud van aniossen tussen 8% en 14%.

Momenteel zijn er jaarlijks circa 2.153 vertrekkende hbo-verpleegkundigen die lijken te vertrekken met als belangrijkste reden gebrek aan loopbaan- en ontwikkelmogelijkheden. Door verpleegkundigen de mogelijkheid te bieden om in opleiding te gaan en door te groeien naar een rol als VS/PA, kan wellicht deze vertrekreden worden beperkt. Op basis van het huidige instroomadvies van het Capaciteitsorgaan komen er jaarlijks 762 VS'en/PA's in totaal bij, wat betekent dat dit voor maximaal 35% meer behoud zou kunnen zorgen (762 van 2.153).

Het is onwaarschijnlijk dat het opschalen van de inzet van de VS/PA bijdraagt aan het activeren van onbenut arbeidspotentieel. Werkloze VS'en en PA's op zoek naar een baan als VS/PA zullen namelijk geen onderdeel zijn van de groep onbenut arbeidspotentieel. De voorliggende vraag is of er bij opschaling wel voldoende VS'en/PA's beschikbaar zijn. Het effect op doelmatigheid lijkt minimaal, aangezien de zorgverzekeraar één prijs voor het hele traject betaalt. Daarbij maakt het niet uit wie de zorg levert: een huisarts, specialist, VS of PA. Volgens experts zijn patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg minimaal hetzelfde met de inzet van de VS/PA ten opzichte van wanneer die zorg door de arts wordt geleverd.

3. Het gerealiseerde effect van taakherschikking, knelpunten en beleidsopties voor opschaling

Op basis van het aantal fte VS/PA dat nodig is om het totaal potentieel te benutten en het aantal fte dat nu werkzaam is, laat onderstaande tabel zien hoeveel van het potentieel benut wordt in de huisartsenzorg. Deze cijfers laten zien dat er in de huisartsenzorg minimaal 91% en maximaal 95% aan VS bij moet komen om de volledige potentie te benutten. Voor wat betreft de PA is dat minimaal 97% en maximaal 98%.

Tabel 2. Benodigd en huidig aantal fte VS/PA in de huisartsenzorg.

	Benodigd aantal fte (min – max)	Huidig aantal fte	Percentage benut (min – max)
Huisarts – VS	2.886 – 5.772	260	5%-9%
Huisarts – PA	6.285 – 8.081	160	2%-3%

Knelpunten rondom opleidingscapaciteit, financiële knelpunten en onbekendheid met wat de VS/PA kan betekenen in de huisartsenpraktijk, lijken opschaling in de weg te staan. In onderstaande tabel staan deze knelpunten en – waar relevant – mogelijke beleidsopties die kunnen helpen om deze knelpunten voor opschaling weg te nemen, weergegeven.

Tabel 3. Knelpunten ten aanzien van opschaling van taakherschikking naar VS/PA en mogelijke beleidsopties.

Knelpunt	Toelichting en mogelijke beleidsopties voor opschaling taakherschikking in de eerste lijn
1. Beperkt aantal opleidingsplaatsen voor VS'en/PA's staat opschaling in de weg	Het Capaciteitsorgaan adviseert dat het aantal opleidingsplaatsen voor de PA van 250 naar 286 wordt bijgesteld voor 2026 en voor de VS van 370 naar 474. Om de potentie van taakherschikking in de eerste lijn te verzilveren, is echter een groter aantal VS'en/PA's nodig aankomende jaren. Daarnaast vormt de benodigde investering voor huisartsenpraktijken een drempel voor het bieden van opleidingsplaatsen in de eerste lijn, ondanks de bestaande subsidie- en stimuleringsregeling voor het opleiden van de VS/PA. Voor het opschalen van de inzet van de VS/PA zien wij drie aanknopingspunten voor beleidsopties gericht op het vergroten van de opleidingscapaciteit van de VS/PA: 1. Vergroot de opleidingscapaciteit voor de VS/PA in algemene zin. 2. Stimuleer de opleidingscapaciteit voor de VS/PA in de eerste lijn door het uitbreiden van de subsidieregeling. 3. Stimuleer de opleidingscapaciteit voor de VS/PA in de eerste lijn met bekostiging vanuit de segment 3-prestatie.
2. Onvoldoende bekendheid over de inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk	Onbekendheid over de mogelijkheden rondom inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk leidt tot beperkte inzet. De overheid kan bijdragen aan het creëren van bekendheid rondom taakherschikking als onderdeel van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn (TAZ) en het daaraan gerelateerde Actie Leer Netwerk.

Knelpunt	Toelichting en mogelijke beleidsopties voor opschaling taakherschikking in de eerste lijn
3. Concurrentie op basis van salariëring van de VS/PA zorgt voor opdrijvend effect	Een tekort aan VS'en/PA's kan leiden tot onderlinge concurrentie op de prijs voor het inhuren van een VS/PA onder huisartsen en daarmee een opdrijvend effect. Hoewel het beroep hier mogelijk aantrekkelijker door wordt en de instroom kan toenemen, is de verwachting dat het de opschaling van VS'en/PA's op langere termijn negatief kan beïnvloeden omdat de businesscase minder gunstig wordt. Tegelijkertijd valt dit buiten de invloedssfeer van de overheid en biedt dit geen richting om hier beleidsopties voor op te stellen.
4. Doelmatigheid van taakherschikking naar de VS/PA in beperkte mate inzichtelijk	De zorgverzekeraar contracteert de zorg en die betaalt één prijs voor het hele traject. Daarbij maakt het niet uit wie de zorg levert: een huisarts, specialist, VS of PA. Daarmee heeft taakherschikking naar de VS/PA binnen de huidige financieringssysteem met huidige tarieven geen effect op de doelmatigheid van zorg op macroniveau. In de medisch specialistische sector geldt sinds 2023 een registratieverplichting waarmee de kwaliteitscode van de beroepsbeoefenaar verplicht vermeld wordt bij de zorgactiviteit. Het valt aan te bevelen dat deze registratieverplichting ook op huisartsen van toepassing wordt, om zo meer zicht te krijgen op de inzet van taakherschikking in de eerste lijn. Theoretisch zou gepleit kunnen worden voor het aanpassen van de tarieven op het moment dat tegen lagere loonkosten dezelfde zorg wordt geleverd. Dit kan echter pas op het moment dat er voldoende VS'en/PA's zijn en het (nu al) naar beneden aanpassen van de tarieven zou daarmee niet het gewenste effect bewerkstelligen.

In onderstaande tabel staat weergegeven welk percentage van het potentieel van taakherschikking in de heilkunde benut wordt. Volgens experts wordt taakherschikking naar de VS/PA binnen de MSZ niet meer als innovatie gezien, maar als gangbare zorg. Daarmee worden weinig knelpunten genoemd in de opschaling. Ook het Capaciteitsorgaan constateert dat er in toenemende mate sprake is van taakherschikking naar de VS/PA in de MSZ. Hiermee rekening houdend, adviseerde het Capaciteitsorgaan een jaarlijks benodigd aantal instromers van 139 PA en 180 VS-AGZ in de MSZ, waarbij de verwachting is dat bij gelijkblijvende trends het huidige tekort aan VS/PA binnen enkele jaren wordt ingelopen.

Tabel 4. Benodigd en huidig aantal fte VS/PA in de heilkunde.

	Benodigd aantal fte (min – max)	Huidig aantal fte	Percentage benut (min – max)
MS – VS / Anios -VS	31 – 62 / 139 – 178	140	58% - 82%
MS – PA / Anios – PA	15 – 29 / 821 – 999	100	48% - 65%

Casus 2: jobcarving in de langdurige zorg

1. Het theoretisch maximale effect van jobcarving op zorgcapaciteit

Voor wat betreft de verpleeghuissector komt uit het onderzoek naar voren dat afdelingsassistenten met name welzijnstaken kunnen overnemen van verzorgende IG en helpenden. Daarnaast kunnen ze ondersteunen bij een klein deel van de zorgtaken. Wanneer een assistent wordt ingezet in de GHZ, is dat met name om ondersteuning te bieden bij de uitvoering van de begeleidende taken, activiteiten met bewoners en huishoudelijke werkzaamheden. Op basis van deze taken, en rekening houdend met begeleiding, staat in onderstaande tabel weergegeven hoeveel zorgcapaciteit in potentie vrijkomt met de inzet van een afdelingsassistent in de VHZ en GHZ.

Tabel 5. Zorgcapaciteit die in potentie beschikbaar komt door jobcarving en daarbij inzet van afdelingsassistent.

	Verzorgenden IG – VHZ	Helpenden – VHZ	Verzorgenden IG – GHZ	Begeleiders – GHZ
Potentiële zorgcapaciteit	10% - 12%	16% - 23%	5% - 9%	18% - 35%

2. Het effect op behoud, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg

Voor jobcarving geldt dat het theoretisch zou kunnen bijdragen aan het behoud van personeel door bijvoorbeeld bij te dragen aan werkdrukvermindering onder verzorgenden, helpenden en begeleiders. Werkdruk blijkt echter niet een van de belangrijkste vertrekredenen om de VHZ of GHZ te verlaten; belangrijker zijn de werksfeer, de manier van aansturing en uitdagingen in de werkzaamheden. De inzet van jobcarving lijkt weinig bij te kunnen dragen aan het wegnemen van deze redenen. Of jobcarving een positief effect heeft op het behoud van personeel in deze sectoren valt dus niet hard te maken.

Jobcarving is bij uitstek geschikt om onbenut arbeidspotentieel te activeren, helemaal wanneer het zich richt op mensen die zonder diploma aan de slag kunnen in de zorg. Om de potentie in de VHZ en GHZ te benutten, is respectievelijk tussen de 10 en 13 duizend fte en 17 en 34 duizend fte aan assistenten nodig. Uitgaande van een gemiddelde van 0,6 fte per contract, komt dat neer op circa 17 à 22 duizend banen in de VHZ en 28 à 57 duizend banen in de GHZ. Deze plekken zouden theoretisch gevuld kunnen worden met mensen die nu werkloos zijn. Door jobcarving mogelijk te maken en te stimuleren, wordt daarmee zinvol en duurzaam werk gecreëerd voor mensen die weinig alternatieven hebben, inclusief zijinstromers en statushouders.

Ook voor deze casus is het moeilijk om de doelmatigheid in kaart te brengen, omdat geen afzonderlijke kostprijzen gelden voor de geleverde zorg door een afdelingsassistent, verzorgende, helpende of begeleider. Aangegeven wordt dat als er duidelijke afspraken zijn over welke taken worden uitgevoerd door de afdelingsassistent en als die taken goed aansluiten bij iemands niveau, de kwaliteit van zorg gelijk zal blijven. Een risico van jobcarving is echter wel dat belangrijke contactmomenten, en daarmee hechting tussen verzorgenden/helpenden/begeleiders en cliënten, verloren gaan. De afdelingsassistent neemt deze hechting over en het risico bestaat dat informatie in de overdracht tussen afdelingsassistenten en helpenden/verzorgenden verloren gaat, wat de kwaliteit van zorg zou verminderen.

3. Het gerealiseerde effect, knelpunten voor opschaling en beleidsopties

Er bestaan geen exacte cijfers waarmee berekend kan worden hoeveel potentieel van jobcarving in de VHZ en GHZ al wordt benut. Hoewel op basis van functietitels een inschatting gemaakt kan worden van het aantal afdelingsassistenten dat al werkzaam is in deze sectoren, geeft dit een overschatting van de mate waarin daadwerkelijk sprake is van jobcarving. Dat komt omdat afdelingsassistenten vaak ook op andere manieren worden ingezet waarbij zij juist een aanvullende rol hebben ten opzichte van verzorgenden, helpenden en begeleiders in plaats van dat zij bestaande taken overnemen in een nieuwe functie. De interviews bevestigen dat er nog veel ruimte is voor opschaling van jobcarving, waarbij een aantal knelpunten wordt gezien. Deze staan samen met mogelijke beleidsopties in tabel 6 weergegeven.

Tabel 6. Knelpunten ten aanzien van de opschaling van jobcarving en mogelijke beleidsopties.

Knelpunt	Toelichting en mogelijke beleidsopties
1. Beperkte kennis en negatieve beeldvorming staan opschaling van jobcarving in de weg	Beperkte ervaring met en kennis over de mogelijkheden rondom jobcarving worden gezien als belangrijkste knelpunt voor wat betreft de opschaling ervan. Daarnaast wordt vaak nog te veel gedacht vanuit beperkingen en wordt ervan uitgegaan dat mensen zonder diploma taken niet mogen uitvoeren. Gevolg van de beperkte kennis over de mogelijkheden is bovendien ook dat als die intentie er is, organisaties veelal zelf het wiel uit moeten vinden ten aanzien van wat mogelijkheden zijn. Het valt aan te bevelen dat de koepelorganisaties helderheid creëren ten aanzien van het beroepsprofiel dat ontstaat middels jobcarving in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg. Daarnaast valt het aan te bevelen om vanuit de overheid meer bekendheid te creëren rondom de mogelijkheden van jobcarving in de langdurige zorg, bijvoorbeeld in de vorm van een actieplan of campagne.
2. Financiële knelpunten rondom benodigde investering	De investering die het vraagt om jobcarving op organisatieniveau op te tuigen, zowel in middelen als in capaciteit en organisatiekracht, vormt voor veel instellingen een belangrijk knelpunt. Om de opschaling van jobcarving in de langdurige zorg te stimuleren, kan het wenselijk zijn een subsidie- of stimuleringsregeling in te voeren. Daarbij zou voortgebouwd kunnen worden op het actieplan 'Dichterbij dan je denkt'¹, wat eerder al effectief bleek in de opschaling van jobcarving. Daarnaast biedt de Stimuleringsregeling Innovatie TAZ-WOZO² mogelijk een kans om naast digitale innovaties, ook sociale innovaties te subsidiëren.
3. Knelpunten rondom het behalen van deelcertificaten	Jobcarving richt zich, in het geval van de afdelingsassistent, in principe op mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt en is bedoeld om mensen zonder zorgdiploma in te zetten in de zorg. Tegelijkertijd worden problemen rondom het behalen van deelcertificaten gezien als een knelpunt voor opschaling. Met een deelcertificaat kunnen mensen beter worden ingezet omdat zij meer taken op zich kunnen nemen. Bovendien wordt het voor mensen aantrekkelijker om als afdelingsassistent te gaan werken omdat zij een kans aangeboden krijgen zich door te ontwikkelen. Het aanbieden van de mogelijkheid om deelcertificaten te halen, draagt daarmee bij aan opschaling omdat het voor meer mensen interessant wordt. Mogelijkheden om deelcertificaten te bekostigen van het SectorplanPlus-TAZ 2023-2024 lijken onbekend en het creëren van meer bekendheid hieromtrent lijkt wenselijk.

Casus 3: samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners

1. Het theoretisch maximale effect van samenwerking met informeel zorgverleners op zorgcapaciteit

Om zicht te krijgen op een theoretisch maximaal effect van samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners op de zorgcapaciteit, hebben wij in kaart gebracht welke taken niet per definitie door een formele zorgverlener hoeven worden uitgevoerd, maar in theorie kunnen worden uitgevoerd door informeel zorgverleners. Op basis hiervan schatten wij in dat theoretisch 11% tot 13% van de zorgcapaciteit van verzorgenden en 17% tot 25% van helpenden beschikbaar kan komen door informeel zorgverleners in de VHZ. In de wijkverpleging en het ziekenhuis komt 10% van de huidige capaciteit potentieel beschikbaar wanneer informeel zorgverleners taken uitvoeren die niet per definitie door een verpleegkundige gedaan hoeven te worden. Tegelijkertijd is het niet realistisch en wenselijk dit daadwerkelijk van informeel zorgverleners te verwachten. Zo is het mantelzorgpotentieel niet toereikend en is nu al een aanzienlijk deel van de mantelzorgers overbelast (zie tabel 7 met knelpunten).

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/06/08/bijlage-ii-eindrapport-evaluatie-actieplan-dichterbij-dan-je-denkt>.

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/12/05/kamerbrief-over-voorhangbrief-stimuleringsregeling-innovatie-taz-wozo>.

2. Het effect op behoud, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg

Praktijkvoorbeelden geven signalen dat de goede samenwerking met het informele netwerk mogelijk een positief effect heeft op behoud van medewerkers, maar het is onbekend hoe groot dit effect is. Wel is het zo dat bij een goede samenwerking met het netwerk, zorgverleners erop kunnen vertrouwen dat iemand genoeg aandacht krijgt, waardoor zij zelf minder knelpunten ervaren met de beperkte tijd en aandacht die zij hebben, en het werkplezier mogelijk toeneemt.

Het effect op het arbeidspotentieel is minder relevant voor deze casus. Er wordt met de samenwerking met informeel zorgverleners namelijk geen onbenut arbeidspotentieel aangeboord. Ook is het minder passend de samenwerking met informeel zorgverleners vanuit doelmatigheid te benaderen en een kostenbesparing te berekenen door een vergelijking te maken tussen de kosten van een 'gratis' informeel zorgverlener en de kosten van een formele zorgverlener. Wel laten relevante praktijkvoorbeelden een kostenbesparing zien doordat zorg voorkomen of uitgesteld wordt. Ook lijkt een goede samenwerking tussen de formele en informeel zorgverlener de kwaliteit van zorg ten goede te komen.

3. Het gerealiseerde effect, knelpunten voor opschaling en beleidsopties

Het is de vraag of het realistisch en wenselijk is om de samenwerking met informeel zorgverleners te benaderen vanuit een capaciteitsvraagstuk. Ook is het de vraag welke taken informeel zorgverleners kunnen overnemen van formele zorgverleners. Veel meer moet de samenwerking met informeel zorgverleners worden ingezet vanuit een duurzame, preventieve insteek. Volgens experts zijn Zorgzame Buurten hierbij onmisbaar. Het gaat hierbij om initiatieven die vanuit verschillende domeinen (burgers, welzijn, zorg en wonen) ontstaan en zich richten op het samen leven in de buurt met een heterogene populatie (jongeren, ouderen, mensen met verschillende opleidingsniveaus, etc.). Het credo van Zorgzame Buurten luidt: 'zorg wordt geleverd als die nodig is, maar het vertrekpunt zijn burgers, hoe ze wonen en leven'.

Het belangrijkste knelpunt waar deze initiatieven tegenaan lopen, zijn problemen met wet- en regelgeving en het vinden van structurele financiering. Andere knelpunten voor samenwerking met het informele netwerk zijn een beperkt mantelzorgpotentieel en een risico op overbelasting, alsook onvoldoende kennis over mogelijkheden en maatschappelijke opvattingen over zorg.

Tabel 7. Knelpunten t.a.v. samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners en mogelijke beleidsopties.

Knelpunt	Toelichting en mogelijke beleidsopties
1. Structurele, domeinoverstijgende bekostiging ontbreekt om samenwerking tussen informele en formele zorg vanuit de wijk op te zetten	Het belangrijkste knelpunt ten aanzien van de opschaling van Zorgzame Buurten en samenwerking met informeel zorgverleners, zijn problemen met wet- en regelgeving en het vinden van structurele financiering. Er wordt veelal gewerkt met een dorpsondersteuner die als belangrijke schakel dient en waarvoor bekostiging moeilijk rond komt. In dat kader wordt veelal gesproken van schottenproblematiek, waarbij financiering vanuit verschillende budgetten (Wlz, Wmo, Zvw) moet komen. Het Ministerie van VWS kan een leidende rol in nemen in de transitie die nodig is om tot structurele financiering te komen en daarmee de opschaling van Zorgzame Buurten en de inzet van een dorpsondersteuner. Hoewel sinds november 2023 de regeling specifieke uitkering domeinoverstijgend samenwerken (SPUK DOS) geldt, is deze geldstroom niet structureel. Onderzocht moet worden hoe na afloop van deze regeling structurele financiering van domeinoverstijgende samenwerkingen kan worden vastgelegd, inclusief een betaaltitel voor een functie als dorpsondersteuner.

Knelpunt	Toelichting en mogelijke beleidsopties
2. Beperkt mantelzorgpotentieel en risico op mantelzorgoverbelasting	Momenteel zijn er per 85-jarige 8,7 potentiële mantelzorgers van 50 tot 65 jaar beschikbaar. Dit neemt tot en met 2040 af naar 3,9. Ongeveer 9% van de mantelzorgers is overbelast en één op de drie combineert een betaalde baan met zorgtaken. De extra druk die nu al op mantelzorgers komt te liggen, wordt door betrokken partijen als zorgwekkend en onhoudbaar gezien. Om de druk op de mantelzorgers te verlichten en overbelasting te voorkomen, is het van belang mantelzorgers te ondersteunen. Aanvullend op bestaande initiatieven vanuit WOZO en de Mantelzorgagenda van de Rijksoverheid, kan hierbij gedacht worden aan een mantelzorgvergoeding, vergelijkbaar met doorbetaling bij ouderschapsverlof. Om aan de (informele) zorgvraag te kunnen blijven voldoen, is het ook van belang om meer vrijwilligers aan te trekken en niet alleen in te zetten op het directe netwerk van de zorgbehoevende. Hiertoe moeten mogelijkheden voor mensen zonder betaalde baan maar met vrijwilligerspotentieel verruimd worden (bijvoorbeeld door het vervallen van de sollicitatieplicht en het toestaan van een hogere vrijwilligersvergoeding en een vergoeding voor mensen met recht op een uitkering).
3. Onvoldoende kennis over mogelijkheden en maatschappelijke opvattingen over zorg staan informele zorg in de weg	Volgens experts lijkt het zorgsysteem nog onvoldoende klaar te zijn om de transitie te maken naar gelijkwaardige samenwerkingen met informeel zorgverleners en te denken vanuit welzijn en kwaliteit van leven in plaats van het vermijden van risico's. Om duidelijkheid te creëren ten aanzien van wat wel en niet door informeel zorgverleners mag worden uitgevoerd, is het nodig tot een gezamenlijke definitie te komen. Het Ministerie van VWS kan hierbij een leidende en faciliterende rol op zich kan nemen om veldpartijen er samen toe te zetten tot deze integrale visie te komen.

HOOFDSTUK 1

Inleiding

1.1 Aanleiding en context

De houdbaarheid en toegankelijkheid van de zorg staan onder druk. Door dubbele vergrijzing en stijgende zorgkosten is het een steeds groter wordende uitdaging kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te leveren. Bovendien laten recente cijfers van het Prognosemodel Zorg en Welzijn zien dat het verwachte personeelstekort in Nederland onverminderd groot is en na 2025 alleen maar verder zal toenemen.³ In 2033 verwacht men tekorten van circa 190 duizend medewerkers, met daarbij de grootste tekorten in de verzorging, verpleging en thuiszorg (VVT). Voor wat betreft de beroepsgroepen zijn de verwachte tekorten in absolute aantallen het grootst bij helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen.⁴

De realiteit laat zien dat de beroepsbevolking de stijgende zorgvraag niet kan bijbenen. Hoewel op dit moment per saldo de instroom nog altijd groter is dan de uitstroom, stijgt het aantal werknemers dat uitstroomt uit de zorg- en welzijnssector de afgelopen jaren harder. Tussen het eerste kwartaal van 2022 en het eerste kwartaal van 2023, stopten 155 duizend werknemers, terwijl de uitstroom van bijna twee jaar eerder nog op 119 duizend lag.⁵ Pensionering maakt maar een klein deel uit van deze stijging in uitstroom. Vertrek naar een andere bedrijfstak komt daarentegen het vaakst voor als reden. De algehele arbeidsmarktkrapte in combinatie met een hoge werkdruk en gebrek aan inspraak en ontwikkelmogelijkheden maakt dat zorgmedewerkers overstappen naar andere sectoren.^{4,6,7}

Het is niet realistisch om te verwachten dat het aantal zorgverleners in dezelfde mate groeit met de zorgvraag. Een andere koers is nodig om de zorg toekomstbestendig te maken. In dit kader spelen het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) een belangrijke rol. Het IZA omvat een werkagenda om met alle zorgpartijen toe te werken naar meer passende, preventiegerichte, duurzame en gedigitaliseerde zorg; met het GALA wordt met ondersteuning vanuit het publieke of sociale domein ingezet op een gezonde leefstijl en het voorkomen van zorg.^{8,9} Met het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) wordt ingezet op de omslag naar een nieuwe norm voor de ouderenzorg: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.¹⁰

³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Prognosemodel Zorg en Welzijn; <https://www.prognosemodelzw.nl>.

⁴ <https://open.overheid.nl/documenten/bc2de994-6c54-4660-9d69-0ef33a8fba06/file>.

⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/34/opnieuw-meer-werknemers-in-zorg-en-welzijn-ondanks-grotere-uitstroom#:~:text=Bij%20de%20meest%20recente%20meting,werknemers%20uit%20zorg%20en%20welzijn>.

⁶ Van uitstroom naar behoud in de sector zorg en welzijn, Nivel 2023.

⁷ Regiobeeld.nl.

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2023/02/06/meer-aandacht-meer-geld-en-slimme-samenwerking-voor-gezondheid-en-preventie>.

¹⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/07/04/nieuw-programma-ouderenzorg-meer-digitaal-meer-thuis-en-meer-eigen-regie>.

Naast het anders organiseren van zorg en meer aandacht voor preventie, is het van belang in te zetten op een combinatie van het aantrekken van (nieuwe groepen) potentiële zorgverleners en het bevorderen van behoud van zorgverleners. Daarnaast is het noodzaak om efficiënter te gaan werken met de (personele) zorgcapaciteit die wel beschikbaar is. Hiertoe is het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn (TAZ) opgesteld.¹¹ Naast behoud van personeel en ruimte voor leren en ontwikkelen, wordt door middel van dit programma ingezet op technologische en sociale innovaties, om zo medewerkers meer tijd en ruimte te bieden en het zorgproces efficiënter te organiseren.

Sociale innovaties die gaan over het vernieuwen van de arbeidsorganisatie en arbeidsrelaties kunnen hierbij helpen.¹² Deze vorm van innovatie, bijvoorbeeld in de vorm van taakherschikking of taakverschuiving tussen verschillende zorgprofessionals, is erop gericht om samen met medewerkers vormen te vinden om het werk zo optimaal mogelijk te organiseren. Het implementeren en opschalen van dergelijke innovaties gaat gepaard met de nodige uitdagingen. Voor een deel heeft dit vaak te maken met de bekostiging, maar vaak ook omdat de innovatie om investeringen vooraf vraagt. Bovendien geldt dat er überhaupt nog weinig zicht is op arbeidsmarktgerelateerde effecten en doelmatigheidseffecten op macroniveau.

1.2 Doelstellingen en onderzoeksvragen onderzoek

Het doel van het onderzoek is om de mogelijke baten van sociale innovaties in beeld te brengen. Het onderzoek focust op de potentiële en gerealiseerde effecten van drie geselecteerde toepassingen van sociale innovaties op behoud van personeel, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Daarnaast worden beleidsopties voor het opschalen en uitbreiden van de drie geselecteerde toepassingen geïnventariseerd en de potentiële opbrengsten daarvan in kaart gebracht. Deze doelstellingen vertalen zich in de volgende onderzoeksvragen die we met dit onderzoek beantwoorden:

1. Wat zijn de potentiële en gerealiseerde effecten van drie geselecteerde toepassingen van sociale innovaties?
 - a. Wat is de potentiële bijdrage aan behoud, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg van drie geselecteerde toepassingen van sociale innovaties?
 - b. Wat zijn de daadwerkelijk gerealiseerde bijdragen?
 - c. Hoe kunnen de opbrengsten worden opgeschaald?
 - d. Aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om de volledige potentiële bijdrage te verzilveren en welke succes- en faalfactoren zijn daarbij van belang?
2. Welke beleidsopties rondom sociale innovaties zijn beschikbaar voor een volgend kabinet en welk potentieel bieden deze om krapte op de zorgarbeidsmarkt te verlichten en doelmatigheid te verhogen?

¹¹ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-1ea7057bf45f353ddcda38919fce283472236783/pdf>.

¹² <https://www.kennisbanksocialeinnovatie.nl/over-ons/>.

1.3 Scope en definities

We volgen in dit onderzoek als definitie voor sociale innovatie de definitie van de Kennisbank Sociale Innovatie: 'Sociale innovatie is een vernieuwing in de arbeidsorganisatie en in arbeidsrelaties die leidt tot verbeterde prestaties van de organisatie, meer werkplezier en ontplooiing van talenten'.¹³

Taakherschikking en taakverschuiving zijn bekende voorbeelden van sociale innovaties. De diversiteit van taakherschikking in de zorg is groot en er worden diverse definities van gehanteerd.¹⁴ Voor dit onderzoek hanteren we de breed toegepaste definitie van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS): 'taakherschikking is het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden, tussen verschillende beroepen'.¹⁵ Taakverschuiving oftewel taakdelegatie daarentegen gaat over het in opdracht uitvoeren van werkzaamheden door niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals, die voorheen alleen door de bevoegde professionals werden uitgevoerd.¹⁶ Taakverschuiving is een meer dynamisch en continu proces en valt buiten de scope van huidig onderzoek.

Waar bij taakherschikking en taakverschuiving de taken centraal staan, zijn er ook varianten van sociale innovaties waarbij juist de functie centraal staat. Een voorbeeld hiervan is jobcarving, waarbij taken van een bepaalde functie worden 'afgesneden', om die taken vervolgens samen te voegen tot een nieuwe functie. Een meer ingrijpende vorm hiervan is functiecreatie, waarbij eenvoudige taken uit het pakket van medewerkers die daarvoor overgekwalificeerd zijn, worden samengevoegd tot een nieuwe functie.¹⁷ Hoewel jobcarving en functiecreatie op elkaar lijken (en beide termen door elkaar heen worden gebruikt), gaat jobcarving dus om het anders indelen van bestaand werk om dit geschikt te maken voor één werknemer en gaat functiecreatie om het anders inrichten van arbeidsprocessen, zodat hoger geschoold personeel beter kan worden ingezet voor het werk waarvoor ze zijn opgeleid.¹⁸

De drie vormen van sociale innovaties die centraal staan binnen het onderzoek zijn:

1) taakherschikking, 2) jobcarving en 3) samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners. We lichten eerst deze casussen toe, om in hoofdstuk 2 een uitgebreidere omschrijving te geven van wat de sociale innovatie in de praktijk inhoudt.

Casus 1. Taakherschikking naar de verpleegkundig specialist of physician assistant in de huisartsen- en medisch specialistische zorg

De eerste casus waar we ons op focussen is taakherschikking in de huisartsenzorg en medisch specialistische zorg (specifiek de heelkunde).

Wij richten ons specifiek op het herschikken van taken naar de verpleegkundig specialist (VS) of physician assistant (PA) in de medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Voor wat betreft de medisch specialistische zorg geldt dat taakherschikking naar de VS of PA al vrij gebruikelijk is. Dat geldt zeker voor de heelkunde, het specialisme waar wij specifiek op focussen binnen het onderzoek. Taakherschikking van de huisarts naar de VS of PA is nog minder gebruikelijk, maar ook daar geldt dat de VS of PA taken kan overnemen van de huisarts, zodat de huisarts zich kan richten op andere (zorg)vragen.¹⁹

¹³ [Over Ons \(kennisbanksocialeinnovatie.nl\)](https://overons.kennisbanksocialeinnovatie.nl/).

¹⁴ <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003844.pdf>.

¹⁵ Taakherschikking in de gezondheidszorg (2002) Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS).

¹⁶ <https://zorgmasters.nl/extdocs/Beroepskader-Taakherschikking-NVA-NAPA-11-2017.pdf>

¹⁷ <https://www.hoewerktnederland.nl/onderwerpen/dichterbij-dan-je-denkt/zoek-je-talent/jobcarving>.

¹⁸ <https://vnq.nl/artikelen/functiecreatie-en-jobcarving>.

¹⁹ <https://stichtingkoh.nl/taakherschikking>.

Casus 2. Jobcarving in de langdurige zorg

De tweede sociale innovatie waar wij ons binnen dit onderzoek op focussen, is jobcarving. Jobcarving is het afsplitsen van taken of werkzaamheden van bestaande functies, om die vervolgens samen te voegen tot een nieuwe duurzame functie. Met jobcarving kunnen expliciet functies worden gecreëerd die een werkplek bieden aan mensen met afstand tot de arbeidsmarkt. Op deze manier worden banen gecreëerd die, voor wat betreft de zorgsector, juist ook voor mensen zonder zorgopleiding geschikt zijn.²⁰ Er zijn in de praktijk verschillende voorbeelden van jobcarving in de langdurige zorg te vinden, waarbij de benaming voor dezelfde ontstane functie varieert van bijvoorbeeld woonhulp of huiskamermedewerker tot zorgondersteuner of afdelingsassistent.²¹

Voor deze casus hanteren wij de term afdelingsassistent en focussen we ons op het afsplitsen van taken van een verzorgende of helpende naar de afdelingsassistent binnen de langdurige zorg. Hierbij maken we onderscheid tussen de ouderen- en gehandicaptenzorg.

Casus 3. Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners

Voor de derde casus richten wij ons op de samenwerking van formele zorgverleners met informeel zorgverleners vanuit het sociale netwerk rondom de patiënt of cliënt. De toenemende druk op formele zorg maakt namelijk dat de samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners en de beweging van 'zorgen voor' naar 'samen zorgen dat' steeds belangrijker worden. Informeel zorgverleners zijn mantelzorgers, vrijwilligers en mensen die deel uitmaken van het sociale netwerk van de hulpbehoevende.²²

De verwachting is dat het inzetten van sociale netwerken in verschillende sectoren nuttig kan zijn. Informele zorg vanuit het sociale netwerk van de patiënt/cliënt kan nu al veel vormen aannemen, zoals emotionele ondersteuning, persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulp en hulp bij de administratie. Voor het afbakenen van deze casus onderzoeken we of hier (in theorie) taken aan kunnen worden toegevoegd die nu door formele zorgverleners worden uitgevoerd. Hierbij richten we ons op de wijkverpleging, langdurige (verpleeghuis)zorg en ziekenhuiszorg, waarbij we in eerste instantie kijken wat het theoretische effect is op de zorgcapaciteit, om vervolgens in te gaan op de vraag in hoeverre dit realistisch en wenselijk is om te verwachten binnen de samenwerking met informeel zorgverleners.

1.4 Plan van aanpak en onderzoeksmethoden

1.4.1 Plan van aanpak

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen is het onderzoek opgebouwd uit drie onderdelen:

- 1) het in kaart brengen van het potentiële effect van de sociale innovaties op de zorgcapaciteit,
- 2) het in kaart brengen van de effecten van de sociale innovaties op het behoud van personeel, het arbeidspotentieel, de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg, en 3) het in kaart brengen van het gerealiseerde effect en de mogelijke beleidsopties voor opschaling en de effecten daarvan.

²⁰ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-0653d06b-d4ec-4c18-bac8-32aa5071e152/pdf>.

²¹ <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/jobcarving-aanpak-personeelstekorten>.

²² <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/informeel-zorg#:~:text=Informeel%20zorg%20is%20zorg%20en,Mantelzorgers>.

1. Het in kaart brengen van het potentiële effect van de sociale innovaties op de zorgcapaciteit

Het doel van sociale innovaties is om het zorgproces efficiënter te organiseren en daarmee capaciteit onder zorgpersoneel waar een tekort aan is, vrij te spelen. Een eerste stap van het onderzoek is daarmee om te berekenen hoeveel zorgcapaciteit er in potentie vrijkomt met de inzet van desbetreffende sociale innovatie. Om dit te berekenen, brengen wij in kaart welke taken worden overgenomen met de inzet van de sociale innovatie en hoeveel tijd dit bespaart van degene van wie de taken worden overgenomen. Hier gaat het bijvoorbeeld om de vraag welke taken een VS/PA kan overnemen van een huisarts en hoeveel procent dit is van het totale takenpakket van de huisarts (casus 1a). Vervolgens extrapoleren we dit naar de totale beroepsgroep, om zo het theoretisch maximale effect van de sociale innovatie op de zorgcapaciteit te berekenen. Zo wordt voor casus 1a bijvoorbeeld in kaart gebracht hoeveel capaciteit er onder huisartsen theoretisch kan worden vrijgespeeld met de inzet van de VS/PA.

Bij dit onderdeel richten we ons op het potentieel en houden we nog geen rekening met de vraag of volledige inzet van de sociale innovatie realistisch en/of wenselijk is. Bovendien is het belangrijk te vermelden dat het om een globale, grove inschatting gaat, waarbij wij ons zoveel mogelijk baseren op bestaand onderzoek en, als dat niet beschikbaar is, op input van experts. In de praktijk zal het echter sterk per zorginstelling of ziekenhuis, patiëntgroep, vakgroep en professional verschillen welke taken kunnen worden overgenomen. De zorgcapaciteit die de sociale innovatie daarmee oplevert in fte en het aantal fte dat ervoor nodig is om dit te bewerkstelligen, zijn daarmee nadrukkelijk een inschatting.

2. Het in kaart brengen van het effect van de sociale innovaties op behoud, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg

Naast het effect op de zorgcapaciteit, brengen we in kaart wat het potentiële effect van de sociale innovatie is op het behoud van personeel, het arbeidspotentieel, de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg. Hierbij worden de volgende definities gehanteerd:

- **Behoud van personeel.** De vraag die hierbij centraal staat, is in hoeverre de sociale innovatie bijdraagt aan het behoud van personeel. Redenen van uitstroom, zoals een hoge werkdruk en gebrek aan doorgroeimogelijkheden, vormen hierbij het uitgangspunt, om vervolgens de koppeling te maken in welke mate de sociale innovatie kan bijdragen aan het wegnemen van deze oorzaken van uitstroom onder zorgpersoneel. Zo is de verwachting bijvoorbeeld dat een deel van de huisartsen uitstroomt vanwege een hoge werkdruk. Taakherschikking naar de VS/PA kan mogelijk een bijdrage leveren aan het wegnemen van die werkdruk en daarmee een bijdrage leveren aan het behoud van huisartsen.
- **Arbeidspotentieel.** Onbenut arbeidspotentieel bestaat volgens de definitie van het CBS uit personen zonder betaald werk, waarbij het gaat om personen die recent naar werk hebben gezocht én hiervoor op korte termijn beschikbaar zijn (werklozen) en personen die recent naar werk hebben gezocht maar hiervoor niet op de korte termijn beschikbaar zijn, of personen die juist wel beschikbaar zijn, maar niet hebben gezocht (semiwerklozen).²³

²³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen/onbenut-arbeidspotentieel>.

Een andere mogelijkheid waarmee de sociale innovatie effect kan hebben op het arbeidspotentieel in de zorg is via het zijinstromen van personeel. Het CBS definieert een zijinstromer als 'een werknemer die op het peilmoment ingestroomd is binnen de zorg en welzijn, bij het begin van deze werknemersbaan ouder is dan 25 en nooit eerder in loondienst in zorg en welzijn gewerkt heeft'.²⁴ Hierbij kan ook gekeken worden naar mensen van buiten de EU met een medische achtergrond die potentieel in Nederland aan het werk kunnen en naar statushouders. Tot slot is er een groep onbenutte deeltijdwerkers. Dit zijn mensen die nu in deeltijd werken, maar die wel meer zouden willen werken en hiervoor op korte termijn beschikbaar zijn. Het onbenutte arbeidspotentieel bestond in het vierde kwartaal van 2023 uit 1,2 miljoen mensen.²⁵

- **Doelmatigheid.** Doelmatigheid gaat over de vraag in hoeverre kosten veranderen door de inzet van de sociale innovatie, en dus of hetzelfde doel bereikt kan worden met inzet van minder middelen. Door bijvoorbeeld de kosten van een consult met de VS/PA te vergelijken met de kosten van een huisartsconsult (casus 1a), maken we inzichtelijk in hoeverre de sociale innovatie bijdraagt aan doelmatigheid van zorg.
- **Kwaliteit van de zorg.** Onder kwaliteit van zorg gaan we in op de vraag in hoeverre de nieuwe situatie, dus de situatie met sociale innovatie, bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg ten opzichte van de oude situatie. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om verbeterde patiëntbeleving en/of patiënttevredenheid, continuïteit van zorg en betere uitkomsten van zorg voor de patiënt.

Indien mogelijk worden de effecten van de sociale innovaties op deze aspecten gekwantificeerd. Wanneer er onvoldoende basis is om deze effecten te kwantificeren, maken we een inschatting van een boven- en ondergrens of maken we de keuze om de richting van het effect (positief/negatief) op te nemen in plaats van de omvang en het effect kwalitatief te beschrijven.

3. Het inventariseren van knelpunten en beoordelen van beleidsopties voor verdere opschaling

Na het in kaart brengen van het theoretisch maximale effect op de zorgcapaciteit en de effecten op het behoud van personeel, het arbeidspotentieel, de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg, maken we de vertaalslag naar de praktijk. Daarbij maken we inzichtelijk hoeveel ruimte er nog is voor opschaling en welke beleidsopties kunnen bijdragen aan die opschaling.

Deze analyse bestaat allereerst uit het inventariseren in hoeverre de sociale innovaties al geïmplementeerd zijn in de praktijk (bijvoorbeeld voor casus 1a hoeveel VS'en/PA's al werkzaam zijn in de huisartsenzorg). Op basis van het verschil tussen het theoretisch maximale potentieel en de mate waarin de sociale innovatie al geïmplementeerd is, wordt inzichtelijk hoe groot het effect is dat nog verzilverd kan worden.

Vervolgens maken we een analyse van knelpunten en belemmeringen die opschaling in de weg staan, om dan de link te maken met oplossingsrichtingen en mogelijke beleidsopties die daarop kunnen inspelen. Van deze beleidsopties maken we inzichtelijk wat daarvoor nodig is en in welke mate de verwachting is dat ze knelpunten wegnemen.

²⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/48/er-komen-meer-werknemers-in-de-zorg-dan-er-weggaan/zij-instromer>.

²⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-beroepsbevolking/werkloos#:~:text=Ook%20werklozen%20behoren%20hiertoe.,het%20derde%20kwartaal%20van%202023>.

1.4.2 Onderzoeksmethoden

Voor het in kaart brengen van het effect van de sociale innovaties op de zorgcapaciteit, het effect op het behoud, het arbeidspotentieel, de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg, en het inventariseren en beoordelen van beleidsopties, hebben we gebruikgemaakt van een combinatie van onderzoeksmethoden, die we hierna noemen. Tussentijds vonden validatiesessies plaats met de begeleidingscommissies, waarvan één commissie bestond uit verschillende brancheorganisaties en één commissie werd samengesteld uit een vertegenwoordiging van verschillende rijksdepartementen (zie bijlage 1).

- **EffectenArena's.** We startten het onderzoek met het organiseren van een zogeheten EffectenArena per casus. De EffectenArena is een analyse-instrument om op kwalitatieve wijze effecten (gevolgen) van een aanpak (interventie, programma, project of beleidswijziging) in beeld te brengen. In een interactieve werksessie met betrokken partijen (zie bijlage 1) werden gezamenlijk de effecten van de sociale innovatie geïnventariseerd. Concreet werd hierbij ingegaan op hoe de innovatie eruitziet en hoe deze wordt vormgegeven in de praktijk, welke concrete acties worden ondernomen en wat de effecten zijn van de sociale innovaties in de praktijk.
- **Deskstudie.** Aan de hand van de resultaten van de EffectenArena's werd een start gemaakt met het rekenmodel. Met behulp van deskstudie inventariseerden we vervolgens welke beschikbare en relevante kengetallen over onder meer aantallen zorgprofessionals (huisartsen, medisch specialisten, verzorgenden et cetera) er zijn. Ook zochten we naar informatie over taken die in praktijk worden overgenomen met de inzet van de sociale innovaties. Informatie haalden we zo veel mogelijk uit bestaande bronnen, van wetenschappelijke literatuur en onderzoeksrapporten, tot bijvoorbeeld bestaande databases. Ook hebben we met behulp van deskstudie een overzicht gemaakt van knelpunten en mogelijke beleidsopties voor opschaling.
- **Diepte-interviews.** Niet alle kengetallen konden worden ingevuld aan de hand van bestaande documentatie. Hiertoe namen we diepte-interviews af om tot schattingen te komen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een schatting van het aandeel taken dat door de sociale innovatie kan worden overgenomen en de tijdsbesparing die dat oplevert. Daarnaast gebruikten we de interviews als middel om de resultaten uit de deskstudie te valideren. Ook vroegen we naar randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om de volledige potentiële bijdrage te verzilveren en welke succes- en faalfactoren daarbij van belang zijn. In totaal is met twintig experts gesproken door middel van diepte-interviews (zie bijlage 1).
- **Werksessies.** Om verder zicht te krijgen op randvoorwaarden, succes- en faalfactoren, hebben we werksessies georganiseerd met professionals en organisaties die ervaring hebben met de toepassing van de sociale innovatie. In deze sessies toetsten we de lijst met knelpunten en katalysatoren en vroegen we naar mogelijke beleidsopties. De focus lag op de vraag wat de deelnemers denken nodig te hebben om een toepassing te kunnen introduceren. Hoewel we ons ervan bewust zijn dat de toepassing van innovaties ook sterk afhankelijk is van veranderprocessen binnen organisaties, richten we ons voor de doelstellingen van dit onderzoek op externe factoren waar de overheid invloed op heeft (zoals regelgeving, opleiding, financiering) die kunnen bijdragen aan de introductie of opschaling van een sociale innovatie.

1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk gaan we per casus in op het theoretisch maximale effect van de sociale innovaties op de zorgcapaciteit. In hoofdstuk 3 gaan we in op de effecten van de sociale innovaties op het behoud van personeel, het arbeidspotentieel, de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg. In hoofdstuk 4 inventariseren we knelpunten voor opschaling en beoordelen we mogelijke beleidsopties.

HOOFDSTUK 2

Het effect van de sociale innovaties op zorgcapaciteit

In dit hoofdstuk werken we per casus toe naar het theoretisch maximale effect van de sociale innovaties op de zorgcapaciteit. Hierbij beschrijven we allereerst per casus welke problemen er spelen op de arbeidsmarkt voor die specifieke sector. Vervolgens beschrijven we wat de inzet van de sociale innovatie inhoudt en op welke manier de innovatie zorgcapaciteit vrijspeelt bij andere zorgprofessionals. Op basis daarvan rekenen we uit hoe groot het maximale effect op de zorgcapaciteit potentieel is. We houden hierbij nog geen rekening met de vraag of volledige inzet van de sociale innovatie realistisch en/of wenselijk is. Bovendien is het belangrijk te vermelden dat het in de praktijk sterk per zorginstelling of ziekenhuis, patiëntgroep, vakgroep en professional zal verschillen welke taken kunnen worden overgenomen en geeft de uitwerking in dit hoofdstuk een globale inschatting van het effect van de sociale innovaties op zorgcapaciteit.

2.1 Casus 1a – Taakherschikking van huisarts naar VS of PA

2.1.1 Een groeiend tekort aan huisartsen

Ondanks de groei van het aantal werkzame huisartsen, staat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk. Huisartsen ervaren een hoge werkdruk.²⁶ Het achterblijven van de benodigde instroom in de opleiding leidt ertoe dat het aanbod van huisartsen in de toekomst onvoldoende toe zal nemen.²⁷ Uit het Prognosemodel Zorg en Welzijn blijkt dat, rekening houdend met nieuw beleid, het tekort aan personeel in de branche huisartsen en gezondheidscentra in totaal zal oplopen van 1.400 in 2024 tot 5.900 in 2033.²⁸

Een andere ontwikkeling die de afgelopen jaren zichtbaar is binnen de huisartsenzorg, is dat veel jonge huisartsen ervoor kiezen om als zzp'er te werken. Als gevolg van de hoge werkdruk en extra verantwoordelijkheden die een praktijkhouder heeft, willen veel jonge huisartsen geen praktijkhouder worden en groeit het werken als zzp-huisarts aan populariteit. Daarbij is het financieel aantrekkelijker om als zzp'er avond-, weekend- en nachtdiensten (ANW-diensten) te draaien dan in loondienst het geval is, en is het mogelijk om de eigen ureninzet te bepalen, verspreid over verschillende praktijken. Met de groei van het aantal zzp'ers committeren huisartsen zich daarmee minder aan een vaste patiëntenpopulatie, wat effect heeft op de patiëntwaardering, efficiëntie en doelmatigheid van zorg, maar ook op het duurzame werkplezier van huisartsen zelf.²⁹

²⁶ [Zes oplossingsrichtingen voor organisatie toekomst huisartsenzorg - NHG](#).

²⁷ [Capaciteitsplan-2024-2027-Integraal-overzicht-DEF.pdf \(capaciteitsorgaan.nl\)](#).

²⁸ [file \(overheid.nl\)](#) Prognosemodel Zorg en Welzijn.

²⁹ [Koers op huisartsen in loondienst | medischcontact](#).

Kortom, de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg staan onder druk. Nu al krijgen huisartsenpraktijken openstaande vacatures niet altijd meer gevuld, hebben huisartsen die met pensioen gaan er moeite mee om een opvolger te vinden en is de bezetting van ANW-diensten te krap. Dit kan er vervolgens toe leiden dat huisartsenpraktijken patiëntenstops moeten invoeren.³⁰

Om het hoofd te bieden aan het gebrek aan huisartsen en daarmee de krapte aan zorgcapaciteit, worden verschillende vormen van taakherschikking toegepast binnen de huisartsenzorg. Zo is de inzet van de praktijkondersteuner (POH) ter versterking van de capaciteit in huisartsenpraktijken de afgelopen jaren sterk gegroeid.³¹ Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek dat een op de vijf POH'ers aangeeft de behoefte te hebben binnen vijf jaar te stoppen met de functie,³² waarbij redenen als een hoge werkdruk en gebrek aan waardering en carrièreperspectief met name mee lijken te spelen.³³

Een vorm van taakherschikking die nog minder ingebed is in de huisartsenzorg, is taakherschikking van de huisarts naar de VS of PA. Ondanks positieve ervaringen met de inzet van een VS of PA in de medisch specialistische zorg, lijkt de inzet in de eerstelijnszorg achter te blijven.^{34,35} Binnen deze casus onderzoeken we wat het potentiële effect is van de inzet van de VS/PA op de zorgcapaciteit van de huisarts.

2.1.2 Wat betekent de inzet van taakherschikking naar de VS of PA in de huisartsenpraktijk?

Om zicht te krijgen op de taken die kunnen worden overgenomen van de huisarts door een VS of PA, schetsen wij eerst een beeld van hoe de huisartsenzorg is georganiseerd en welke zorg door wie wordt geleverd in een gangbare huisartsenpraktijk.

Zorgprofessionals en hun taken in de huisartsenpraktijk

De huisartsenzorg vervult een belangrijke rol binnen het Nederlandse zorgstelsel. De huisarts is een eerste aanspreekpunt voor vragen over lichamelijke en psychische gezondheid en vervult een poortwachtersfunctie voor de tweede lijn. De werkzaamheden die een huisarts uitvoert, kunnen worden onderverdeeld in directe patiëntgebonden tijd, indirecte patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd^{36,37}:

- **Directe patiëntgebonden tijd** betreft spreekuurtijd (consulten, e-mails en telefoontjes met patiënten), visites en ketenzorg en griepvaccinaties. Gemiddeld besteden huisartsen 60% aan directe tijd.
- **Indirecte patiëntgebonden tijd** gaat om activiteiten die het gevolg zijn van of samenhangen met een directe patiëntgebonden activiteit, zoals reistijd naar patiënten, registratie van patiëntgegevens of het schrijven van verwijsbrieven en overleg over patiënten. Gemiddeld besteden huisartsen 20% aan indirecte tijd.

³⁰ LHV Infographic, huisartsentekorten in Nederland 2022 [infographic-huisartsentekorten-2022.pdf](https://www.lhv.nl/infographic-huisartsentekorten-2022.pdf) (lhv.nl).

³¹ [1004466.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004466.pdf) (nivel.nl).

³² <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004466.pdf>.

³³ <https://www.nvvp.nl/nieuws/zorgwekkende-uitstroom-onder-poh-vraagt-om-aandacht>.

³⁴ Interview Zorgvisie over PA en VS in eerstelijnszorg | Platform Zorgmasters.

³⁵ <https://www.napa.nl/de-physician-assistant-is-een-aanwinst-voor-de-huisartsenzorg/#:~:text=De%20NAPA%20Dvakgroep%20PA%20huisartsgeneeskunde,PA's%20waarvan%209%20in%20opleiding>.

³⁶ Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen (nivel.nl).

³⁷ [1004425.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004425.pdf) (nivel.nl).

- **Niet-patiëntgebonden taken** betreffen activiteiten die niet te koppelen zijn aan patiëntenzorg, waaronder werkoverleg en bestuurlijke vergaderingen, nascholing en het bijhouden van vakliteratuur, activiteiten vanuit de rol als huisartsopleider, overleg met samenwerkingsverbanden en als praktijkhouder activiteiten als praktijkaccreditering en activiteiten als werkgever. Gemiddeld besteden huisartsen 20% aan niet-patiëntgebonden taken.³⁸

Naast de huisarts (en eventuele huisartsen in opleiding en coassistenten) werken over het algemeen de volgende professionals in een huisartsenpraktijk:

- **Doktersassistent:** verantwoordelijk voor triage van de hulpvraag, het bieden van zelfzorgadvies, het plannen van consulten en het ondersteunen van de huisarts.
- **Praktijkondersteuner (POH):** POH'ers worden vaak ingezet voor vraagverheldering, screening en doorlopende begeleiding van patiënten. De POH biedt zorg nadat de patiënt een consult heeft gehad bij de huisarts. Naast algemene POH'ers zijn er specifieke aandachtsgebieden: de POH-GGZ, PVH, POH-ouderen, POH-jeugd, POH-somatiek.
- **Praktijkmanager:** verantwoordelijk voor managementtaken op het gebied van financieel management, personeelsbeleid, facilitair en ICT-beheer, digitalisering, innovaties en kwaliteit. Hierdoor kunnen de zorgverleners in de praktijk zich focussen op het verlenen van zorg aan de patiënt. NB Niet in alle huisartsenpraktijken wordt met een praktijkmanager gewerkt.

Naast deze zorgprofessionals bestaat sinds relatief korte tijd ook de ontwikkeling dat VS'en/PA's werkzaam zijn in huisartsenpraktijken. Om in kaart te brengen welke taken kunnen worden overgenomen van de huisarts door deze zorgprofessionals, geven we eerst een omschrijving van beide beroepen.

De verpleegkundig specialist (VS)

Verpleegkundig specialisten zijn oorspronkelijk hbo-opgeleide, BIG-geregistreerde verpleegkundigen, die tevens een tweejarige en in sommige gevallen driejarige Master Advanced Nursing Practice hebben voltooid.³⁹ Na afronding van de master, is de verpleegkundig specialist een zelfstandig behandelaar met een zelfstandige bevoegdheid.⁴⁰ Verpleegkundig specialisten werken dan ook vanuit een zelfstandige behandelrelatie met patiënten en werken zowel individueel als in multidisciplinair verband.

Verpleegkundig specialisten werken generalistisch, maar hebben ook eigen aandachtsgebieden en expertisegebieden.⁴⁰ Vanwege deze combinatie van generalistische en specialistische zorgverlening, wordt de verpleegkundig specialist een T-shaped-beroepsbeoefenaar genoemd, waarbij de specialistische kennis en vaardigheden in hun eigen expertise naar het verticale deel van de T verwijst en de vaardigheden en competenties om zich te verbinden aan mensen uit andere disciplines, het horizontale deel van de T betreft. De verpleegkundig specialist is ingeschreven in een van de twee specialisatieregisters van de Wet BIG (artikel 14): de VS AGZ (algemene gezondheidszorg) en VS GGZ (geestelijke gezondheidszorg).⁴¹

³⁸ [Infographic-Uitkomsten-Peiling-administratieve-verplichtingen-augustus-2023.pdf \(lhv.nl\)](#).

³⁹ [Over de verpleegkundig specialist | V&VN VS \(venvnvs.nl\)](#).

⁴⁰ V&VN 2019, beroepsprofiel VS [1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf \(cstor.eu\)](#).

⁴¹ [Wet BIG: registers voor beroepsbeoefenaren met bijzondere deskundigheid | V&VN \(venvn.nl\)](#).

Binnen de huisartsenzorg werken met name VS AGZ.⁴² Elke VS AGZ heeft een generieke basis in de algemene gezondheidszorg, en legt zich binnen een aandachtsgebied toe op een expertisegebied. Expertisegebieden zijn niet gereguleerd in de Wet BIG. De VS AGZ in de huisartsenzorg richt zich met name op gezondheidsvoorlichting en preventie, en op de diagnostiek en behandeling van alledaagse en veelvoorkomende klachten.

De physician assistant (PA)

De physician assistant heeft een hbo-diploma in de gezondheidszorg en minimaal twee jaar werkervaring, gevolgd door een masteropleiding tot PA (MPA). De masteropleiding tot PA duurt tweeënhalf jaar en is duaal. Dit houdt in dat studenten tijdens de opleiding tegelijkertijd werken en leren. Zij hebben een fulltime aanstelling bij een gezondheidszorginstelling en de opleiding is sterk gericht op de beroepspraktijk.⁴³

De PA is een medische zorgprofessional die zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid geneeskundige zorg biedt aan patiënten binnen een medisch specialisme.⁴⁴ De werkzaamheden van een PA lopen uiteen van eenvoudige basiszorg tot medisch specialistische zorg, met taken als het onderzoeken, diagnosticeren, indiceren, behandelen en begeleiden van patiënten. Daarnaast houdt de PA zich bezig met aspecten als kwaliteitsverbetering, het geven van onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en innovatie van zorg.

Taakherschikking van huisarts naar VS/PA

De werkzaamheden van een VS en PA kunnen in de huisartsenpraktijk sterk overlappen. Ook in de Handleiding Functiewaardering Huisartsenzorg (FWHZ) komt deze overlap terug, waarin de beschreven kenmerken en doelen van beide functies sterk overeenkomen.⁴⁵ Het belangrijkste onderscheid dat gemaakt kan worden, is dat de VS over het algemeen specialistischer te werk gaat en verpleegkundige zorg integreert met het medische aspect. De PA werkt vaak vanuit een brede, medische achtergrond en kan in de volle breedte worden ingezet in de huisartsenpraktijk.⁴⁶

In de FWHZ-handleiding komt dit onderscheid terug in de manier waarop de 'behandeling' die een VS of PA geeft, is uitgewerkt. Zo wordt omschreven dat de VS 'alle voorkomende klachten behandelt en specialistische verpleegkundige zorg geeft voor alle doelgroepen en alle leeftijden, binnen het desbetreffende deskundigheidsgebied vanuit een brede ervaring met huisartsgeneeskundige zorg'. De PA daarentegen 'behandelt alle voorkomende klachten en levert zorg voor alle doelgroepen en alle leeftijden vanuit een brede ervaring met huisartsgeneeskundige zorg', waarbij dus minder nadruk wordt gelegd op een eventueel specifiek aandachtsgebied. En waar bij de VS wordt aangegeven dat deze verpleegkundige/medische adviezen geeft en verpleegkundige en medisch-technische handelingen initieert en uitvoert, geldt voor de PA dat diens adviezen zich puur richten op het medische aspect en het uitvoeren van medisch-technische handelingen.

Om een algemeen beeld te schetsen van de potentie van taakherschikking houden we in de uitwerking van de taken die de VS en de PA kunnen overnemen van een huisarts in de volgende paragrafen rekening met dit onderscheid, waarbij we ervan uitgaan dat de VS zich in principe dus meer toelegt op een deskundigheidsgebied dan de PA. Tegelijkertijd is het belangrijk om op te merken dat in de praktijk het werk van VS'en vaak lijkt op dat van een PA, en een PA op diens beurt zich juist ook kan inzetten voor een specifieke doelgroep of een specifiek aandachtsgebied.

⁴² [Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde bewaakt kwaliteit beroepsuitoefening | V&VN \(venvn.nl\)](#).

⁴³ [Opleiding tot Physician Assistant - NAPA](#).

⁴⁴ [NAPA Beroepsprofiel Physician-Assistent-dec-2023.pdf](#).

⁴⁵ <https://www.lhv.nl/product/handreiking-functiewaardering-huisartsenzorg/>.

⁴⁶ [Verschil tussen VS en PA - Stichting KOH](#).

Voor beide beroepen geldt bovendien dat de vooropleiding en de eerdere werkervaring van grote invloed zijn op de uiteindelijke werkzaamheden in de praktijk en verschilt het sterk per persoon en praktijk hoe de VS of PA wordt ingezet en voor welke taken. Onderstaande uitwerking van taken die in potentie kunnen worden overgenomen door de VS/PA geeft daarmee een gemiddeld beeld weer, dat in de praktijk sterk kan verschillen.

Taakherschikking van huisarts naar VS

Naar het exacte percentage taken of de exacte tijd die een VS kan overnemen van de huisarts, lijkt weinig eerder onderzoek te zijn gedaan. Het Capaciteitsorgaan bracht in kaart dat de VS 70% van diens tijd besteedt aan taken die voorheen werden uitgevoerd door de huisarts. De andere 30% omvat onder andere taken die voorheen niet werden uitgevoerd, bijvoorbeeld ten aanzien van kwaliteitsverbetering.⁴⁷ Om het effect van de vrijgespeelde zorgcapaciteit bij de huisarts te berekenen, is het echter nodig te redeneren vanuit de huisarts en de taken die vanuit de huisarts gezien herschikt kunnen worden naar de VS.

Als we kijken naar de taken die een VS over kan nemen van de huisarts, komt uit de interviews naar voren dat de VS vaak breed wordt ingezet bij minder complexe of veelvoorkomende zorgvragen, zoals klachten gerelateerd aan de luchtwegen, KNO-gerelateerde klachten, huidproblemen, of voor diabeteszorg. Dit wordt bevestigd in de FWHZ-handleiding, waarin staat dat de VS spreekuur houdt met enkelvoudige ingangsklachten.⁴⁸ Volgens het Nivel vormen de meest voorkomende gezondheidsproblemen samen 16,4% van het totaal aantal consulten in de huisartsenpraktijk.⁴⁹

Naast het behandelen van dergelijke ingangsklachten, legt een VS AGZ zich vaak toe op een bepaald expertisegebied of type patiëntpopulatie, en wordt ingezet voor de behandeling van specifieke, specialistische klachten binnen dit expertisegebied. Ook in de FWHZ-handleiding komt dit terug, waarbij wordt aangegeven dat de VS spreekuur houdt vanuit een specifiek deskundigheidsgebied en specialistische kennis en ervaring. Een veelgehoord voorbeeld van zo'n expertisegebied is de ouderenzorg: een groep die, kijkend naar het aantal 75-plussers, gemiddeld 9,2% van de huisartsenpopulatie vormt.⁵⁰ Omdat de meest voorkomende gezondheidsproblemen ook voorkomen bij ouderen en we deze niet dubbel willen rekenen, corrigeren we de 9,2% met de eerdergenoemde 16,4%, wat neerkomt op 7,7% extra consulten op moment dat een VS ouderen als expertisegebied heeft (namelijk 83,6% overige klachten van 9,2%).

Op basis hiervan kan geredeneerd worden dat circa 25% (16,4% en 7,7% bij elkaar opgeteld) van de patiëntzorg in theorie minimaal kan worden overgenomen door de VS. Naarmate de ervaring toeneemt, zal een VS echter steeds complexere zorgvragen oppakken en breder en op hetzelfde niveau als de huisarts gaan opereren.⁵¹ In de handleiding FWHZ wordt daarbij ook uitgegaan van twee functieprofielen: de VS-A en de VS-B.

Om dit onderscheid en deze groeiende potentie mee te nemen, werken we in het rekenmodel met een bandbreedte van minimaal 25% tot maximaal 50% van het totaal aan patiëntgebonden tijd dat de VS potentieel kan overnemen. Aangezien een VS volledige verantwoordelijkheid neemt voor de eigen patiënten, gaat het hierbij zowel om directe als indirecte patiëntgebonden tijd, de administratie, het eventueel doorverwijzen en voorschrijven van medicatie.

⁴⁷ Eindrapport Alumnionderzoek Verpleegkundig specialisten (capaciteitsorgaan.nl).

⁴⁸ <https://www.lhv.nl/product/handreiking-functiewaardering-huisartsenzorg/>.

⁴⁹ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004432.pdf>.

⁵⁰ <https://www.nivel.nl/nl/resultaten-van-onderzoek/zorg-verleend-de-eerste-lijn-aard-en-omvang/zorg-bij-huisarts/patientkenmerken>.

⁵¹ V&VN 2019, beroepsprofiel VS [1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf](https://cstor.eu/1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf) (cstor.eu).

Tabel 8. Percentage activiteiten dat de VS kan overnemen van de huisarts.

Activiteit huisarts	Percentage dat door taakherschikking overgenomen kan worden door VS
Directe patiëntgebonden tijd	25-50%
Indirecte patiëntgebonden tijd	25-50%

Volgens het beroepsprofiel van de VS bestaat de ideale werkverdeling uit 70% (directe en indirecte) patiëntenzorg en 30% uit ander type taken.⁵² Naast patiëntgebonden tijd, spendeert de VS tijd aan niet-patiëntgebonden taken. In de interviews wordt echter aangegeven dat dit vaak extra taken zijn ten behoeve van kwaliteitsverbetering, die voorheen niet door de huisarts worden gedaan. Als we bovendien kijken naar het type taken van de huisarts dat onder niet-patiëntgebonden taken valt, is veruit het grootste deel van die taken niet geschikt om te herschikken naar de VS. Activiteiten als nascholing, bijhouden van vakliteratuur en activiteiten die horen bij het werk als werkgever of ondernemer, zal de huisarts namelijk zelf blijven uitvoeren, ongeacht of er een VS in de praktijk is.

Taakherschikking van huisarts naar PA

De PA kan in principe alle patiëntengroepen, ziektebeelden en aandoeningen die zich voordoen in de huisartsgeneeskunde beoordelen en behandelen.^{53,54} In de praktijk stellen een PA en de huisarts samen vast welke bijdrage de PA aan het zorgproces levert en daarmee kan de inzet verschillen tussen praktijken. Uitgangspunt hierbij is volgens het beroepsprofiel wel dat een PA in principe alle diagnostische, therapeutische, medisch-technische en prognostische handelingen verricht die gebruikelijk zijn binnen de huisartsgeneeskunde en waarin de PA bekwaam is.

Ook voor de PA bracht het Capaciteitsorgaan in kaart hoe groot het percentage is dat de PA besteedt aan taken die voorheen door de huisarts werden gedaan. Het Capaciteitsorgaan geeft hierbij aan dat 90% van de taken die een PA uitvoert, taken betreft die voorheen door de huisarts werden gedaan.⁵⁵ Maar ook voor de PA geldt dat andersom geredeneerd geen cijfers beschikbaar zijn; oftewel het percentage taken dat de huisarts kan herschikken naar de PA is niet bekend.

Op basis van het beroepsprofiel, de handleiding FWHZ en de input van experts in de interviews, komen we tot een inschatting van het percentage taken dat door de PA kan worden overgenomen van de huisarts. Een van de respondenten, zelf werkzaam als PA in een huisartsenpraktijk, gaf aan dat zij een-op-een taken overneemt van de huisarts en daarmee 100% van de patiëntgebonden tijd kan overnemen. Andere experts gaven aan dat de PA in een huisartsenpraktijk 75% van de patiënten zelfstandig kan zien en de geschatte bandbreedte aan patiëntgebonden taken die deze over kan nemen, werd ingeschat op 70-90%, afhankelijk van de behoefte binnen de praktijk.

⁵² V&VN 2019, beroepsprofiel VS [1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf](https://cstor.eu/1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf) (cstor.eu).

⁵³ [NAPA Beroepsprofiel Physician-Assistent-dec-2023.pdf](https://napa.nl/wp-content/uploads/2023/03/2022-Handreiking-Taakherschikking-Huisarts-en-Physician-Assistent-definitief-getekend.pdf).

⁵⁴ <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2023/03/2022-Handreiking-Taakherschikking-Huisarst-en-Physician-Assistent-definitief-getekend.pdf>.

⁵⁵ [Eindrapport Alumnionderzoek Physician Assistant \(capaciteitsorgaan.nl\)](https://eindrapport.alumnionderzoek.physicianassistant.nl).

Als we naar het beroepsprofiel van de PA kijken en ons baseren op de interviews, geldt dat de PA de potentie heeft om een groot deel van de patiëntgebonden taken volledig over te nemen van de huisarts. Ook in de FWHZ-handleiding wordt aangegeven dat de PA 'alle voorkomende klachten behandelt en zorg levert voor alle doelgroepen en alle leeftijden, vanuit een brede ervaring met huisartsgeneeskundige zorg'. Tegelijkertijd wordt wel rekening gehouden met eventuele doorverwijzingen naar de huisarts indien de diagnose/behandeling buiten het eigen specialistische deelgebied ligt van de PA.

Alleen taken met betrekking tot lijkschouwen en euthanasie zijn theoretisch gezien patiëntgebonden taken die de PA niet mag uitvoeren. Gecorrigeerd voor deze taken (die wel maar minder dan 1% van de taken van een huisarts omvatten⁵⁶) en het feit dat bepaalde patiënten buiten het expertisegebied en daarmee de bekwaamheid van de PA kunnen vallen, gaan we ervan uit dat in potentie 70% tot 90% van de patiëntgebonden taken van een huisarts kunnen worden overgenomen door een PA. Daarnaast is het ook belangrijk om te benoemen dat een PA bijvoorbeeld geen praktijkhouder mag zijn, wat ook betekent dat de PA nooit de volledige zorg van een huisarts kan overnemen.

Om dezelfde reden als genoemd bij de VS, focussen we op taakherschikking in het kader van patiëntgebonden tijd, maar corrigeren we voor het feit dat de PA een deel van de tijd zal besteden aan niet-patiëntgebonden taken.

Tabel 9. Percentage taken dat de PA kan overnemen van de huisarts.

Activiteit huisarts	Percentage dat door taakherschikking overgenomen kan worden door VS
Directe patiëntgebonden tijd	70-90%
Indirecte patiëntgebonden tijd	70-90%

2.1.3 Wat is het effect van taakherschikking naar de VS of PA in de huisartsenpraktijk?

Om te berekenen welke capaciteit er bij huisartsen bespaard kan worden door taakherschikking naar VS of PA, gaan we uit van de genoemde bandbreedtes (in tabel 8 en 9) per type taak van de huisarts. We gaan er daarbij van uit dat de VS en de PA deze taken uitvoeren met een vergelijkbare efficiëntie als de huisarts, zoals werd bevestigd tijdens de interviews. Wel houden we rekening met de extra tijd die de huisarts en de VS/PA nodig hebben voor overleg en begeleiding. Op basis van de interviews is dit één uur per fte VS/PA per week (hierin is het aantal benodigde fte VS/PA leidend omdat de VS/PA de begeleiding nodig heeft om taken van huisartsen over te nemen). Dit tellen we op bij de uren die de VS/PA besteedt om taken van huisartsen over te nemen. We brengen het uur dat huisartsen per fte VS/PA per week besteden in mindering op de totale capaciteit die bij hen in potentie vrijkomt door inzet van de VS/PA.

⁵⁶ Schatting op basis van verdiepende interviews, onderbouwd met het aantal euthanasiegevallen per jaar ten opzichte van het aantal huisartsen (jaarverslag RTE 2022), gecombineerd met het aantal sterfgevallen per jaar ten opzichte van het aantal huisartsen (CBS Statline kerncijfers overledenen).

Op basis van deze uitgangspunten kunnen we berekenen dat op het niveau van de huisartsenpraktijk de VS in staat is om binnen een bandbreedte van minimaal 704 en maximaal 1.409 uren aan directe en indirecte patiëntgebonden taken over te nemen van huisartsen. Omgerekend op landelijk niveau, op basis van het totaal aantal huisartsen van 11.754⁵⁷, komt dit uit op een totale extra capaciteit voor huisartsen van afgerond minimaal 3,44 miljoen uren (1.968 fte) en maximaal 6,88 miljoen uren (3.937 fte).⁵⁸ Indien we rekening houden met één uur per week voor overleg en begeleiding per fte huisarts en VS, dan kost het de huisarts minimaal 90.546 uren (52 fte) en maximaal 181.093 uren (104 fte) aan overleg met en begeleiding van de VS. De netto capaciteit die huisartsen potentieel besparen door inzet van de VS komt daarmee uit op afgerond minimaal 3,35 miljoen uren (1.917 fte) en maximaal 6,70 miljoen uren (3.833 fte).

Voor de PA komt dit uit op een bandbreedte van minimaal 1.972 uren en maximaal 2.536 uren aan directe en indirecte patiëntgebonden taken die overgenomen kunnen worden van huisartsen op praktijkniveau. Omgerekend naar landelijk niveau, op basis van het totaal aantal fte aan huisartsen, komt dit uit op een totale potentiële netto capaciteitsbesparing van huisartsen van afgerond minimaal 9,38 miljoen uren (5.366 fte) en maximaal 12,06 miljoen uren (6.900 fte). Hierbij corrigeren we voor één uur per week per fte die de huisarts besteedt aan overleg met en de begeleiding van de PA.

We hebben berekend dat door taakherschikking van de huisarts naar VS, er bij huisartsen minimaal 19% en maximaal 39% van hun huidige capaciteit potentieel beschikbaar komt. Dit betreft minimaal 1.917 fte en maximaal 3.833 fte van de huidige 9.842 fte huisartsen. Door taakherschikking van de huisarts naar PA komt er minimaal 55% en maximaal 70% van hun huidige capaciteit potentieel beschikbaar. Dit betreft minimaal 5.366 fte en maximaal 6.900 fte.

Om de potentiële capaciteit van PA's en VS'en te realiseren, zijn er een aantal belangrijke randvoorwaarden en afhankelijkheden. Hier wordt verder op ingegaan in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Om dit te realiseren en indien we rekening houden met 30% van de tijd die de VS besteedt en 10% van de tijd die de PA besteedt aan andere werkzaamheden, zijn er minimaal 5,04 miljoen uren (2.886 fte) en maximaal 10,09 miljoen uren (5.772 fte) benodigd aan VS of minimaal 10,99 miljoen uren (6.285 fte) en maximaal 14,13 miljoen uren (8.081 fte) benodigd aan PA.

Onderstaande tabel geeft aan welke hoofdindicatoren gebruikt zijn in het rekenmodel om tot deze percentages en het aantal fte's te komen.

Tabel 10. Input en uitkomsten van rekenmodel casus 1a.

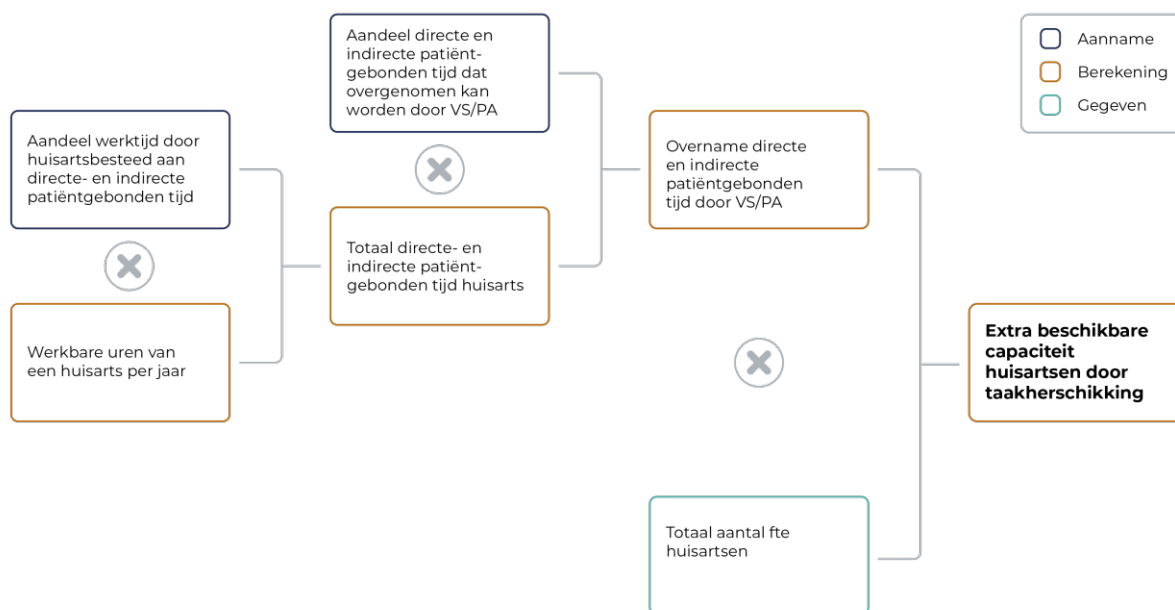
Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte huisartsen	9.842 fte	Onderzoek Nivel (2020)
Percentage tijd door huisartsen besteed aan directe- en indirecte patiëntgebonden tijd	80%	Onderzoek Nivel (2022)
Percentage directe en indirecte patiëntgebonden tijd dat overgenomen kan worden door VS	25-50%	Literatuur en interviews met experts
Percentage directe en indirecte patiëntgebonden tijd dat overgenomen kan worden door PA	70-90%	Literatuur en interviews met experts

⁵⁷ [1004340.pdf \(nivel.nl\)](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf).

⁵⁸ We komen tot deze aantallen door gebruik te maken van kengetallen zoals blijkt uit onderzoek van Nivel, namelijk 9.842 fte aan huisartsen en 4.885 huisartspraktijken in Nederland. Hierbij gaan we ervan uit dat één fte gelijk is aan 1.748 uren (46 werkweken in een jaar van 38 uur per week). Zie hier: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004166.pdf>.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van huisartsen door inzet van VS	1.917-3.833 fte (19-39%)	Berekening
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van huisartsen door inzet van PA	5.366-6.900 fte (55-70%)	Berekening
Benodigde fte inzet van VS (inclusief overleg en begeleiding)	2.886-5.772 fte	Berekening
Benodigde fte inzet van PA (inclusief overleg en begeleiding)	6.285-8.081 fte	Berekening

In de figuur hierna geven we schematisch weer hoe het rekenmodel is opgebouwd. We vermenigvuldigen het percentage van de werktijd dat huisartsen besteden aan directe en indirecte patiëntgebonden tijd met de totale werktijd van huisartsen om tot het totaal van de werktijd te komen dat huisartsen besteden aan directe en indirecte patiëntgebonden tijd. Het percentage van deze werkzaamheden dat de VS/PA kan overnemen, vermenigvuldigen we hiermee om te komen tot de totale tijd die de VS/PA kan overnemen van huisartsen. Dit betreft de capaciteit die bij huisartsen beschikbaar komt door inzet van de VS/PA.



Figuur 1. Schematische weergave van het rekenmodel taakherschikking naar VS/PA in de huisartsenpraktijk.

2.2 Casus 1b – Taakherschikking van medisch specialist of anios naar VS of PA

2.2.1 Tekorten in de medisch specialistische zorg

Ook de medisch specialistische zorg (MSZ) staat door personeelstekorten onder druk. Hierbij gaat het met name om tekorten aan verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, maar ook is er in toenemende mate sprake van onvervulde vacatures voor wat betreft basisartsen in het ziekenhuis.⁵⁹ Voor medisch specialisten geldt op dit moment dat geen tekorten worden ervaren en hoewel het Capaciteitsorgaan een groei adviseert van 20% fte in 2040, gaat het om een afgevlakte groei gezien de beperkte groei ruimte die nodig is voor de MSZ.⁶⁰

Er zijn weinig onderzoeken die de omvang van de tekorten aan basisartsen in kaart brengen. Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) heeft een peiling gedaan naar anios-bezetting in Nederlandse ziekenhuizen.⁶¹ Op basis van deze rondvraag concludeert het NTvG dat de tekorten aan basisartsen zich met name voordoen binnen de interne geneeskunde, neurologie en heelkunde, zowel perifeer als academisch. Zo blijkt uit de peiling dat in 21 van de 22 ziekenhuizen die met aniossen werken, er op minimaal één van de gepeilde afdelingen een tekort was aan aniossen. Daarbij spreekt het NTvG van een tekort wanneer er minder aniossen werkzaam zijn dan volgens de geïnterviewde artsen noodzakelijk is voor goede zorg. In deze peiling haalde het NTvG bovendien inzichten op over knellende dienstroosters, hoge werkdruk voor 'achterblijvers' en oplopende wachttijden voor patiënten. Gevolg hiervan is dat medisch specialisten op meerdere plekken bijspringen wanneer de dienstbelasting te hoog wordt voor de basisartsen of wanneer dienstroosters niet rond te krijgen zijn.

Binnen de MSZ wordt in afgelopen jaren in toenemende mate gewerkt met de VS/PA en voorzien wordt dat (regionale) tekorten in combinatie met toenemende complexiteit van zorg de komende jaren een drijvende kracht blijven achter de taakherschikking naar de VS/PA. Wanneer de keuze voor een VS/PA eenmaal gemaakt is, werkt dit vaak naar tevredenheid en betreft het een toekomstbestendige positie.⁶² Het gaat dus niet om tijdelijke invulling van vacatures voor artsen.

Deze casus onderzoekt hoe groot het potentiële effect van taakherschikking van medisch specialist of basisarts naar VS/PA is op de totale zorgcapaciteit. Omdat de manier waarop taakherschikking kan worden ingezet erg kan verschillen per specialisme, bakenen we deze casus af door op de heelkunde te focussen, een sector waarin het al vrij gebruikelijk is om met een VS/PA te werken.

2.2.2 Wat betekent de inzet van taakherschikking naar de VS of de PA binnen de heelkunde?

Om zicht te krijgen op de taken die kunnen worden overgenomen door de VS/PA van de basisarts en medisch specialist, schetsen we allereerst hoe de heelkunde is opgebouwd.

⁵⁹ <https://dejongespecialist.nl/2022/arts-assistententekort-bedreigt-vitaliteit-en-opleiding/>.

⁶⁰ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2022/10/221017_Deel-I_Deelrapport-1-MS_versie-DEF.pdf.

⁶¹ NTvG Nummer 22 2023 | NTvG.

⁶² [Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-9a-Physician-Assistant.pdf \(capaciteitsorgaan.nl\)](#).

Rollen en taken van de medisch specialist en de basisarts

Binnen de heilkunde worden patiënten zowel poliklinisch als klinisch behandeld door een multidisciplinair team aan zorgprofessionals. De medisch specialist (in dit geval de chirurg) is hierbij de hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor de behandeling van een patiënt. Onder de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist werken basisartsen (ook wel arts-assistenten genoemd) als behandelend arts op de poli, in de kliniek (als zaalarts), in diensten en op de OK of SEH. Er zijn twee type basisartsen: de arts in opleiding tot specialist (aios) en de arts niet in opleiding tot specialist (anios).

Aangezien een aios vanuit opleidingsdoeleinden veelal op de OK staat ingepland en taken uitvoert met als doel te leren en medisch specialist te worden, lenen deze taken zich minder voor taakherschikking naar de VS/PA. We focussen ons dan ook op de taken die de VS/PA potentieel kan overnemen van de medisch specialist en anios.

De inzet van de PA/VS binnen de heilkunde

Voortbouwend op de profielschetsen in paragraaf 2.1.2 worden ook binnen de heilkunde de VS en de PA ingezet voor een breed scala aan taken.

Taakherschikking van medisch specialist en anios naar VS en PA

Er is vrij veel onderzoek gedaan naar de inzet van de VS/PA in de MSZ. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om onderzoek naar het effect van taakherschikking op kwaliteit van zorg en de financiële effecten van taakherschikking.⁶³ Ook is onderzocht welke taken een VS/PA uitvoert en welk aandeel daarvan taken betreft die voorheen door een arts werden uitgevoerd. Hier komen wisselende cijfers uit naar voren.

Uit eerder onderzoek van bijvoorbeeld Regioplan uit 2022, blijkt naar schatting dat een PA gemiddeld 84% van diens tijd besteedt aan taken die voorheen door een arts werden uitgevoerd; voor een VS is dat 76%.^{64,65} Op basis van een uitgebreide activiteitenanalyse in Nederlandse ziekenhuizen werd inzichtelijk gemaakt dat 62% van de taken die een PA uitvoert, taken betreft die voorheen door een arts werden gedaan en nu op autonome wijze worden uitgevoerd door de PA. Voor een VS is dat 55%.⁶⁶ De overige tijd gaat naar additionele taken of taken die plaatsvinden onder supervisie van de arts.

Om inzichtelijk te maken wat het potentiële effect is van taakherschikking naar de VS/PA op de zorgcapaciteit van de medisch specialist en de anios, is het echter nodig andersom te redeneren. Dat betekent dat inzichtelijk moet worden gemaakt welk percentage taken de VS/PA kan overnemen van het takenpakket van respectievelijk de medisch specialist en anios. Voor zover bekend is dit niet eerder onderzocht.

In de interviews wordt aangegeven dat het lastig te duiden is hoeveel taken een VS/PA kan overnemen van een medisch specialist of basisarts. Zo verschilt het per ziekenhuis en afdeling; in sommige vakgroepen wordt de VS/PA enkel ingezet op de polikliniek, waarbij bij andere vakgroepen de inzet juist in de klinische setting plaatsvindt. Maar ook verschil in achtergrond en werkervaring maakt dat de VS/PA op verschillende wijzen wordt ingezet. Een 'gemiddeld' takenpakket dat de VS/PA kan overnemen is daarmee lastig te duiden.

⁶³ <https://doelmatigheidsanalyse-pa-vs.nl/content/achtergronden/informatie-literatuur/>.

⁶⁴ [Eindrapport Alumnionderzoek Physician Assistant \(capaciteitsorgaan.nl\)](#).

⁶⁵ [Eindrapport Alumnionderzoek Verpleegkundig specialisten \(capaciteitsorgaan.nl\)](#).

⁶⁶ <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0423-z>.

Eerder onderzoek van het Radboudumc naar de doelmatigheid van de inzet van de VS/PA in de MSZ bevestigt dit beeld. In dat onderzoek werd geconcludeerd dat 'de PA of de VS niet een-op-een vergeleken moet worden met andere functies, omdat er ook veel andere en aanvullende taken worden gedaan'.⁶⁷ Hoewel dit in de praktijk maatwerk oplevert, laten de beroepen zich daarmee lastig profileren.⁶⁸

Om toch tot een inschatting te komen van de taken die een VS/PA kan overnemen, maken we allereerst inzichtelijk hoe het totaalpakket aan patiëntgebonden taken (direct en indirect) van een medisch specialist en anios en de bijbehorende tijdsindeling eruit ziet.⁶⁹ Hiervoor hebben we vacatures van verschillende ziekenhuizen vergeleken en voorbeelden van weekroosters geanalyseerd.⁷⁰ Overeenkomende omschrijvingen in deze vacatures betreffen de inzet van de anios als zaalarts op de klinische afdelingen en op de polikliniek. Ook wordt het meedraaien in het dienstrooster voor avond-, nacht- en weekenddiensten genoemd als onderdeel van het takenpakket. De medisch specialist is afwisselend bezig met polikliniek, OK, superviserende ANW-diensten en supervisie. De procentuele tijdsverdeling op basis van deze bronnen (zie tabel 11 hierna), zijn vervolgens gevalideerd in de interviews.

Tabel 11. Overzicht van procentuele tijdsverdeling over patiëntgebonden taken voor de medisch specialist en anios.

Patiëntgebonden taken	Procentuele tijdsverdeling van deze taken voor medisch specialist heelkunde	Procentuele tijdsverdeling van deze taken voor anios
Polikliniek	20%	10%
Kliniek (in rol van zaalarts)	n.v.t. ⁷¹	55%
OK	40%	5%
ANW-diensten	20%	30%
Supervisie	20%	n.v.t.

Vervolgens hebben we respondenten gevraagd welk type taken (potentieel) kunnen worden overgenomen door de VS/PA. Daarbij wordt aangegeven dat dat met name gaat om polikliniek, kliniek (de rol van zaalarts) en mogelijk ANW-diensten. Hierbij wordt de VS vanuit diens verpleegkundige achtergrond met name ingezet op specialistische en geprotocolleerde poli's. De PA, vanuit een breder medisch profiel, neemt vaker een rol in de kliniek als zaalarts op zich. Voorbeelden van de huidige inzet van de VS/PA in de MSZ bevestigen dat beeld.⁷²

⁶⁷ <https://doelmatigheidsanalyse-pa-vs.nl/content/algemeen/conclusie/>.

⁶⁸ <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/taakherschikking-pakt-overal-anders-uit>.

⁶⁹ Voor wat betreft de medisch specialist houden we rekening met een deel niet-patiëntgebonden tijd (nascholing, bestuur en beleid); bij de anios gaan we er vanuit dat die tijd verwaarloosbaar is eventueel in vrije uren plaatsvindt voor wat nascholing betreft).

⁷⁰ Bijvoorbeeld: <https://www.startalsarts.nl/vervolgopleidingen/heelkunde/>.

⁷¹ Hoewel in sommige gevallen de medisch specialist bij een tekort aan basisartsen zaal draait, gaan we ervan uit dat dat in principe niet tot hun takenpakket behoort.

⁷² <https://doelmatigheidsanalyse-pa-vs.nl/content/doelmatige-inzet-pa-en-vs/best-practices/best-practices/>.

Hoewel respondenten dus aangaven het moeilijk, zo niet onmogelijk, te vinden om in te schatten welk percentage taken kan worden overgenomen door de VS/PA, hebben wij op basis van hun input, de eerdergenoemde onderzoeken (bijvoorbeeld het onderzoek van Regioplan en het onderzoek van het Radboudumc) en praktijkvoorbeelden (op basis van vacatureteksten en roosters) getracht per type patiëntgebonden taak hiervan een inschatting te maken:

- **Polikliniek.** In het 'Consensusdocument Taakherschikking Heelkunde' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, blijkt dat de VS/PA inzetbaar is voor zelfstandige spreekuren, preoperatieve consulten en postoperatieve consulten.⁷³ Het gaat hierbij veelal om specialistische en geprotocolleerde consulten van beperkte complexiteit die passen binnen de eigen deskundigheid. Bovendien is een deel van deze spreekuren en consulten in veel gevallen nieuwe zorg om de kwaliteit van zorg te verbeteren, en geen vorm van taakherschikking. Op basis hiervan en rekening houdend met het feit dat poliklinische werkzaamheden met name binnen de functieomschrijving van de VS passen, maken we de grove inschatting dat de VS 10% tot 20% van de poliwerkzaamheden van de medisch specialist kan overnemen. Voor de PA gaan we er op basis van de interviews en functieomschrijving van uit dat deze minder ingezet wordt om politaken over te nemen van de medisch specialist en komen we op een percentage van 5% tot 10%. Uitgaande van de in principe gelijkwaardige functie van de anios en de VS/PA met betrekking tot politaken, gaan we ervan uit dat de VS en de PA 80% tot 100% van deze taken kunnen overnemen van de anios.
- **Kliniek.** Voor de kliniek wordt aangegeven dat de PA een-op-een de rol van zaalarts kan overnemen van de anios, hetgeen verschillende praktijkvoorbeelden bevestigen.⁷⁴ Hier geldt dus dat 100% van deze taken kan worden overgenomen. De werkzaamheden van de PA zijn zowel van toepassing op de algemene (dag)verpleegafdeling als op de gedifferentieerde heelkundige afdeling. De PA is daarbij verantwoordelijk voor de gehele klinisch-medische zorg.⁷⁵ Hoewel het niet geheel is uit te sluiten, lijkt de functie van VS zich vanuit de verpleegkundige achtergrond en het werken rondom een specifiek aandachtsgebied minder te lenen voor het bredere, medisch gerichte werk als zaalarts, aldus respondenten in de interviews. Op basis van deze aanname nemen we de rol van zaalarts voor een klein percentage mee van 5% voor de VS.
- **OK.** De VS/PA heelkunde is bevoegd om enkele voorbehouden handelingen te verrichten en daarnaast te assisteren bij complexe heelkundige handelingen.⁷⁵ In sommige, specifieke gevallen kan het dus aan de orde zijn dat de VS/PA kleine chirurgische ingrepen op de OK kan uitvoeren. Het zal in dat geval ook gaan om een VS of PA met een specifiek aandachtsgebied die zich specialiseert in een specifieke ingreep. Hierbij zal het gaan om taken die worden overgenomen van de anios en het assisteren van de medisch specialist. Op basis hiervan gaan we ervan uit dat zowel de VS als de PA geen OK-werkzaamheden zal overnemen van de medisch specialist, maar beiden wel 5% van die van de anios.

⁷³ <https://heelkunde.nl/themas/documenten/document?documentregistrationid=16809988>.

⁷⁴ Bijvoorbeeld: <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/geslaagde-proef-de-zaalarts-is-een-physician-assistant>.

⁷⁵ <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2023/03/2022-Handreiking-Taakherschikking-Huisarst-en-Physician-Assistant-definitief-getekend.pdf>.

- **ANW-diensten.** Hoewel de nadruk ligt op de inzet van de VS en PA in de (poli)kliniek, wordt ook genoemd dat de VS en de PA mee kunnen draaien in het ANW-dienstenrooster van de anios. Momenteel gebeurt dit echter nog mondjasmaat en het zal, op basis van ervaring en competenties, sterk verschillen per VS en PA in hoeverre deze kan worden ingezet voor ANW-diensten. In ieder geval is het een rol die meer past bij het bredere, medische profiel van de PA dan bij de VS. Omdat exacte inschattingen ontbreken van het percentage ANW-diensten dat kan worden overgenomen, werken we op basis van inschattingen van respondenten met bandbreedtes om de potentiële inzet van de VS en de PA voor wat betreft ANW-diensten mee te nemen. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat er wettelijk gezien geen beperkingen zijn aan het inzetten van de PA-heelkunde in de dienst, mits er mogelijkheid is tot overleg met de chirurg.⁷⁵ Daarmee gaan we uit van een maximale potentie van 100% voor PA's, maar houden we rekening met een ondergrens van 50% vanwege het feit dat niet iedere PA (direct) voldoende ervaring en expertise heeft om de diensten volledig over te nemen van de anios.

Op basis van hiervoor genoemde beschrijvingen komen we tot onderstaande percentages taken die de VS en de PA kunnen overnemen van respectievelijk de medisch specialist en anios. Let wel dat het grootste deel in de MSZ taakherschikking van de anios betreft en maar een kleiner deel taakherschikking van de medisch specialist. Dit wordt bevestigd door Delphisessies en multidisciplinaire focusgroepen van het Capaciteitsorgaan, waarin werd geconcludeerd dat herschikte taken naar de VS en de PA soms van de medisch specialist komen, maar vaker van de anios.⁷⁶ Ook hier geldt echter dat het in de praktijk sterk zal verschillen per ziekenhuis, maar ook per VS en PA welke taken precies kunnen worden herschikt.

Tabel 12. Overzicht van taken die kunnen worden overgenomen van de medisch specialist en anios door VS of PA.

Patiëntgebonden taken	Taken die VS kan overnemen van medisch specialist	Taken die PA kan overnemen van medisch specialist	Taken die VS kan overnemen van anios	Taken die PA kan overnemen van de anios
Polikliniek	10-20%	5-10%	80-100%	80-100%
Kliniek (in rol van zaalarts)	n.v.t.	n.v.t.	5%	100%
OK	n.v.t.	n.v.t.	5%	5%
ANW-diensten	n.v.t.	n.v.t.	5-10%	50-100%
Supervisie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

⁷⁶ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2022/10/221017_Deel-I_Deelrapport-1-MS_versie-DEF.pdf.

2.2.3 Wat is het effect van taakherschikking in de medisch specialistische zorg?

Taakherschikking van medisch specialist naar VS/PA

Om te berekenen welke capaciteit er bij de medisch specialist bespaard kan worden door taakherschikking naar VS/PA, gaan we op basis van bovenstaande uit van de genoemde percentages gekoppeld aan de taken die worden overgedragen. We gaan er daarbij wel van uit dat de medisch specialist tijd kwijt is aan begeleiding en waar nodig aansturen van de VS en PA. Hierbij gaan we uit van één uur per dienst van de VS en PA per fte, wat wil zeggen dat wanneer een VS/PA bijvoorbeeld acht uur poli draait deze in totaal voor één uur gesuperviseerd wordt door de specialist.

Daarnaast houden we rekening met het feit dat de VS en de PA gemiddeld meer tijd nodig hebben voor de uitvoering van dezelfde taken in vergelijking met de medisch specialist.⁷⁷ Ook houden we rekening met het feit dat een deel van de tijd van de medisch specialisten naar niet-patiëntgebonden taken gaat, zoals nascholing en bestuur of beleid (namelijk 27%).⁷⁸

Op basis van deze uitgangspunten kunnen we berekenen dat er een potentiële netto capaciteitsbesparing mogelijk is van minimaal 491 uren en maximaal 983 uren door inzet van de VS en minimaal 248 uren en maximaal 496 uren door inzet van de PA op het niveau van een ziekenhuis bij de medisch specialist. Omgerekend op landelijk niveau, op basis van het aantal medisch specialisten binnen de heelkunde, komt de netto potentiële capaciteitsbesparing bij medisch specialisten uit op minimaal 33.898 uren (19,39 fte) en maximaal 67.796 uren (38,78 fte) door inzet van de VS en op minimaal 17.127 uren (9,80 fte) en maximaal 34.254 uren (19,60 fte) door inzet van de PA.

Door taakherschikking van de medisch specialist naar de VS komt er minimaal 1% en maximaal 2% van de huidige capaciteit van de medisch specialist potentieel beschikbaar (dit betreft minimaal 19,39 fte en maximaal 38,78 fte van de huidige 1.564 fte medisch specialisten in de heelkunde⁷⁹). Voor de PA is dit afgerond minimaal 1% en maximaal 1% van de huidige capaciteit (minimaal 9,80 fte en maximaal 19,60 fte van 1.564 fte medisch specialisten in de heelkunde). Belangrijk om hierbij te vermelden is dat dit de potentiële capaciteit betreft, die randvoorwaarden en afhankelijkheden kent om dit daadwerkelijk te kunnen realiseren. Zo zijn er op landelijk niveau minimaal 54.081 uren (31 fte) en maximaal 108.162 uren (62 fte) VS nodig en minimaal 25.440 uren (15 fte) en maximaal 50.880 uren (29 fte) PA om dit potentieel te realiseren.

Tabel 13 geeft aan welke hoofdindicatoren gebruikt zijn in het rekenmodel om tot deze percentages en het aantal fte's te komen.

⁷⁷ Zo blijkt namelijk uit onderzoek van het Capaciteitsorgaan dat een deel van de PA's (43%) en VS'en-AGZ (62%) meer tijd aan dezelfde taken besteedt dan een arts. Deze PA's en VS'en-AGZ besteden gemiddeld respectievelijk 31% en 33% meer tijd aan deze taken.

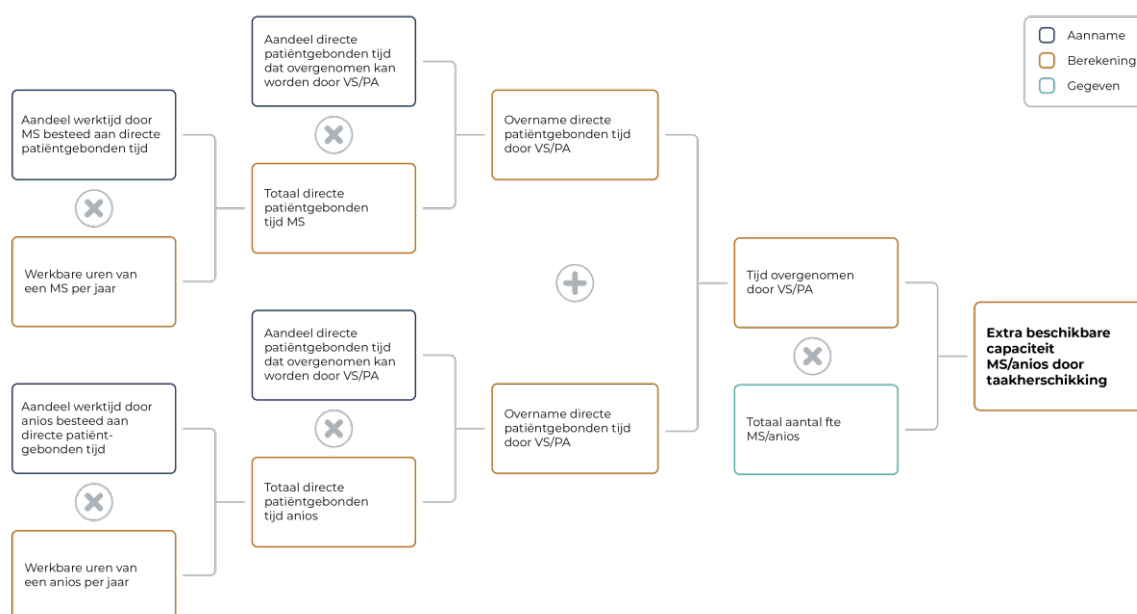
⁷⁸ <https://www.knmq.nl/download/knmq-medisch-profielenboek-heelkunde-chirurgie>.

⁷⁹ Zie hier: [Basisberoep en specialisme](#) | [Over het BIG-register](#) | [BIG-register \(bigregister.nl\)](#).

Tabel 13. Input en uitkomsten rekenmodel casus 1b.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte medisch specialisten	1.564 fte	BIG-register (2023)
Percentage tijd door medisch specialisten besteed aan directe en indirecte patiëntgebonden tijd	73%	KNMG (1999) ⁸⁰
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van medisch specialisten door inzet van VS	19,39-38,78 fte (1-2%)	Berekening
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van medisch specialisten door inzet van PA	9,80-19,60 fte (1-1%)	Berekening
Benodigde fte inzet van VS (inclusief begeleiding en aansturing door MS)	31-62 fte	Berekening
Benodigde fte inzet van PA (inclusief begeleiding en aansturing door MS)	15-29 fte	Berekening

In de figuur hierna geven we schematisch weer hoe het rekenmodel is opgebouwd. We vermenigvuldigen het percentage van de werktijd dat medisch specialisten besteden aan directe patiëntgebonden tijd met de totale werktijd, om tot het totaal van de werktijd te komen dat medisch specialisten besteden aan directe patiëntgebonden tijd. Het percentage van deze werkzaamheden dat de VS/PA kan overnemen, vermenigvuldigen we hiermee, om te komen tot de totale tijd die de VS/PA kan overnemen. Dit betreft de capaciteit die bij medisch specialisten beschikbaar komt door inzet van de VS/PA.



Figuur 2. Schematische weergave van het rekenmodel taakherschikking naar de VS/PA in de medisch specialistische zorg.

⁸⁰ Een recentere bron over het onderscheid tussen patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd lijkt niet beschikbaar. Tegelijkertijd is er geen reden om aan te nemen dat dit sterk veranderd is over afgelopen jaren.

Taakherschikking van anios naar VS/PA

Om te berekenen welke capaciteit er bij de anios bespaard kan worden door taakherschikking naar de VS/PA, gaan we op basis uit van de genoemde percentages gekoppeld aan de taken die worden overgedragen. Voor wat betreft de anios gaan we ervan uit dat het om een gelijkwaardige inzet gaat en dat de anios de VS/PA niet hoeft te begeleiden op het moment dat die taken overneemt. We gaan er daarbij wel van uit dat de PA/VS voor het uitvoeren van taken van de anios meer tijd nodig zal hebben.⁸¹

Op basis van deze uitgangspunten kunnen we berekenen dat er een potentiële netto capaciteitsbesparing mogelijk is van minimaal 2.930 uren en maximaal 3.750 uren door inzet van de VS en minimaal 18.341 uren en maximaal 22.326 uren door inzet van de PA op het niveau van een ziekenhuis bij de anios. Omgerekend op landelijk niveau, op basis van het aantal aniossen binnen de heerkunde, komt de netto potentiële capaciteitsbesparing bij de anios uit op minimaal 202.166 uren (116 fte) en maximaal 258.773 uren (148 fte) door inzet van de VS en op minimaal circa 1,26 miljoen uren (724 fte) en maximaal circa 1,54 miljoen uren (881 fte) door inzet van de PA.

Door taakherschikking van anios naar de VS komt er minimaal 13% en maximaal 16% van de huidige capaciteit van de anios potentieel beschikbaar (dit betreft minimaal 116 fte en maximaal 148 fte van de huidige 925 fte anios⁸²). Voor de PA is dit minimaal 78% en maximaal 95% van de huidige capaciteit (minimaal 724 fte en maximaal 881 fte van 925 fte anios). Belangrijk om hierbij te vermelden is dat dit de potentiële capaciteit betreft, die randvoorwaarden en afhankelijkheden kent om dit daadwerkelijk te kunnen realiseren. Zo zijn er op landelijk niveau minimaal 243.530 uren (139 fte) en maximaal 311.718 uren (178 fte) VS nodig en minimaal 1,43 miljoen uren (821 fte) en maximaal 1,75 miljoen uren (999 fte) PA om dit potentieel te realiseren. De mate waarin deze potentie benut wordt en of het realistisch/wenselijk is dit verder op te schalen, wordt toegelicht in de volgende hoofdstukken.

Tabel 14. Input en uitkomsten rekenmodel casus 1b.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte anios	925 fte	Inschatting
Percentage tijd door anios besteed aan directe en indirecte patiëntgebonden tijd	100%	KNMG (1999)
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van anios door inzet van VS	116-148 fte (13-16%)	Berekening
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van anios door inzet van PA	724-881 fte (78-95%)	Berekening
Benodigde fte inzet van VS (inclusief begeleiding en aansturing door MS)	139-178 fte	Berekening
Benodigde fte inzet van PA (inclusief begeleiding en aansturing door MS)	821-999 fte	Berekening

⁸¹ Zo blijkt namelijk uit onderzoek van het Capaciteitsorgaan dat een deel van de PA's (43%) en VS'en-AGZ (62%) meer tijd aan dezelfde taken besteedt dan een arts. Deze PA's en VS'en-AGZ besteden gemiddeld respectievelijk 31% en 33% meer tijd aan deze taken.

⁸² Dit aantal betreft een inschatting van het aantal fte anios dat werkzaam is in de heerkunde, op basis van het aantal fte medisch specialisten dat werkzaam is in de heerkunde ten opzichte van het totaal aantal medisch specialisten.

In figuur 2 geven we schematisch weer hoe het rekenmodel is opgebouwd. We vermenigvuldigen het aandeel van de werktijd dat anios besteden aan directe patiëntgebonden tijd met de totale werktijd om tot het deel van de werktijd te komen dat anios besteden aan directe patiëntgebonden tijd. Het aandeel van deze werkzaamheden dat VS/PA kunnen overnemen vermenigvuldigen we hiermee om te komen tot de totale tijd die VS/PA kunnen overnemen. Dit betreft de capaciteit die bij anios beschikbaar komt door inzet van de VS/PA.

2.3 Casus 2 – Jobcarving in de langdurige zorg

2.3.1 Een groeiend tekort aan zorgcapaciteit in de langdurige zorg

Ook de langdurige zorg kampt met stijgende personeelstekorten. Het personeelstekort in de verpleging en verzorging (V&V) ligt nu al op 10.300 werknemers en het is de verwachting dat dit tekort oploopt tot bijna 52.000 in 2031. In de gehandicaptenzorg (GHZ) zijn momenteel tekorten van 7.000 medewerkers en de verwachting is dat dit stijgt naar 23.000 personen in 2033.⁸³

In 2022 waren er circa 75.000 mensen die gebruikmaakten van GHZ met verblijf; 125.000 mensen kregen zorg met verblijf in de verpleging en verzorging (V&V).⁸⁴ Met de toenemende vergrijzing is de verwachting dat voor wat betreft de tweede groep, het aantal mensen dat een verpleegzorgplek nodig heeft in 2040 rond de 260.000 komt te liggen.⁸⁵ Ook de zorgvraag in de intramurale GHZ neemt afgelopen jaren gestaag toe.⁸⁶

Met een groeiend personeelstekort kan niet worden voorzien in deze stijgende zorgvraag. Nu al is het tekort een belangrijke reden voor het onvoldoende in staat zijn om de volledige verpleeghuiscapaciteit te benutten en het kabinet kondigde eerder plannen aan om de deze te bevriezen op 130.000 plekken.⁸⁷ Tegelijkertijd staan nu al zo'n 21.000 mensen op de wachtlijst voor een plek in het verpleeghuis.⁸⁸ Het aantal mensen met een Wlz-indicatie dat wacht op een GHZ-plaats lag begin 2024 op 1.372.⁸⁹

Binnen deze casus onderzoeken we wat het potentiële effect is van jobcarving op de zorgcapaciteit in de langdurige zorg. Specifiek onderzoeken we de mogelijkheden om de capaciteit van verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG) en helpenden/begeleiders te vergroten middels inzet van de afdelingsassistent, waarbij een deel van de taken die verzorgenden en helpenden/begeleiders uitvoeren, wordt afgesplitst en samengevoegd tot een nieuwe functie voor afdelingsassistenten.

Hierbij focussen we op de inzet van de afdelingsassistent in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg.

⁸³ Uitgaande van het scenario Nieuw Beleid.

⁸⁴ <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-wlz-zorg-in-natura>.

⁸⁵ <https://www.sirm.nl/publicaties/reken-je-niet-rijk->.

⁸⁶ [Monitor zicht op gehandicaptenzorg 2020 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Reken-je-niet-rijk-Analyse-impact-bevriezen-verpleeghuiscapaciteit-WOZO-definitief.pdf).

⁸⁷ <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Reken-je-niet-rijk-Analyse-impact-bevriezen-verpleeghuiscapaciteit-WOZO-definitief.pdf>.

⁸⁸ <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2023-03/Infographic%20De%20weg%20naar%20het%20verpleeghuis%20mrt23.pdf>.

⁸⁹ <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/binaries/content/assets/zorgcijfersdatabank/wachtlijstinformatie-wlz/peildatum-01-01-2024---tabellen-toegankelijkheid-wlz.pdf>.

2.3.2 Jobcarving in de praktijk: welke taken kan een afdelingsassistent overnemen in een verpleeghuis?

Om zicht te krijgen op de taken die kunnen worden overgenomen door afdelingsassistenten is het nodig eerst inzichtelijk te maken wat voor type zorg wordt geleverd in de langdurige zorg en welke taken normaliter worden uitgevoerd door verzorgenden en helpenden.

Zorgprofielen en de opbouw van zorgpersoneel in de verpleeghuissector

Voor de sector verpleging en verzorging (V&V) bestaan zes zorgprofielen, die variëren van beschut wonen met intensieve begeleiding tot beschermd wonen met zeer intensieve zorg. De zorgprofielen verschillen in de gemiddelde scores van de beperkingen, de aard van de psychiatrische problematiek en de aard van het begeleidingsdoel.⁹⁰ De verschillende zorgprofielen kennen verschillende vormen van zorgaanbod en daarmee een ander soort inzet van zorgpersoneel. Voor wat betreft de ouderenzorg geldt vaak een focus op verzorging, verpleging, intensieve zorg en dagbesteding.

Als we kijken naar hoe het zorgpersoneel is opgebouwd in de langdurige ouderenzorg, is naast de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en psychologen de personele inzet als volgt opgebouwd⁹¹:

- Hbo- en mbo-verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de verpleegkundige diagnostiek en voorbehouden verpleegtechnische handelingen (denk aan het meten van vitale functies, medicatie en wondverzorging);
- De verzorgende IG (individuele gezondheidszorg) neemt vaak de coördinatie van zorg en het maken van zorgleefplannen op zich en ondersteunt bij eenvoudige verpleegtechnische handelingen. De verzorgende IG kan doorstromen naar de functie van Eerst Verantwoordelijke Verzorgster (EVV), die de zorgverlening aan en aantal cliënten coördineert en de continuïteit van zorg waarborgt.⁹²
- Helpenden ondersteunen bij verzorgende en huishoudelijke taken;
- Activiteitenbegeleiders nemen de coördinatie van individuele en groepsgerichte activiteiten gericht op welbevinden op zich.

Het opleidingsniveau van een verzorgende IG is mbo-niveau 3. Een verzorgende IG richt zich op het uitvoeren van welzijnstaken en verzorgende taken zoals het wassen en aankleden van cliënten. Bovendien is een verzorgende IG bevoegd om kleine verpleegkundige handelingen te verrichten zoals het toebrengen van injecties, katheteriseren en het aanbrengen van maagsondes.⁹³

Om in kaart te brengen welke taken kunnen worden overgenomen van verzorgenden IG en helpenden door een afdelingsassistent, onderscheiden we grofweg twee verschillende type taken: zorggerelateerde taken en welzijngerelateerde taken. Op basis van de interviews gaan we ervan uit dat verzorgenden IG circa 90% van hun werktijd besteden aan zorgtaken en 10% aan welzijnstaken. Onder zorgtaken verstaan we taken als coördinatie van zorg, het maken van zorgleefplannen, verzorgende taken en de eenvoudige verpleegtechnische handelingen. Onder welzijnstaken scharen we taken als het begeleiden en ondersteunen van dagelijkse bezigheden en sociale activiteiten, huishoudelijke taken zoals het klaarmaken en aanbieden van maaltijden en het geven van aandacht en een luisterend oor aan bewoners.

⁹⁰ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2022-07-01/0#BijlageA>.

⁹¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-798534.pdf>.

⁹² <https://www.tmi.nl/verpleging/verzorgende-ig/>.

⁹³ <https://www.actiz.nl/mbo-certificaten>.

Het opleidingsniveau van een helpende is mbo-niveau 2. Een helpende richt zich met name op het verlenen van individuele basiszorg, het ondersteunen bij wonen en welbevinden en het voorbereiden van ondersteunende begeleiding en zorg.⁹³ We gaan ervan uit dat helpenden circa 60% van hun werktijd besteden aan verzorgende taken en 40% aan welzijnstaken.

Tabel 15. Percentage werktijd dat verzorgenden IG en helpenden besteden aan zorg- en welzijngerelateerde taken.

Taken	Verzorgenden IG	Helpenden
Zorggerelateerde taken	90%	60%
Welzijngerelateerde taken	10%	40%

Jobcarving in de praktijk: taken die door de afdelingsassistenten kunnen worden overgenomen in een verpleeghuis

Uit interviews met zorgprofessionals over de inzet van afdelingsassistenten, komt consequent naar voren dat met name welzijnstaken kunnen worden overgenomen door de afdelingsassistent. Afdelingsassistenten zijn veelal aanwezig in de huiskamers, waar zij eten en drinken aanbieden, een oogje in het zeil houden en aandacht kunnen geven aan een bewoner op het moment dat iemand onrustig wordt. Het uitvoeren van zorgtaken zoals individuele basiszorg of kleine verpleegkundige handelingen is, door het ontbreken van een zorgdiploma, volgens de zorgprofessionals niet aan de orde.

Dit wordt bevestigd door de Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg, waarin wordt aangegeven dat afdelingsassistenten (in de Monitor genaamd zorgassistenten) vaak mensen zijn met een afstand tot de arbeidsmarkt die niet worden ingezet voor zorggerelateerde taken, maar van meerwaarde zijn voor het bieden van aandacht aan en rust onder bewoners, hetgeen ook werkdrukverlagend is voor helpenden en verzorgenden IG.⁹⁴

Het feit dat afdelingsassistenten zelf geen zorggerelateerde taken uitvoeren, betekent echter niet dat zij niet kunnen ondersteunen bij deze taken. Zo wordt in de interviews aangegeven dat afdelingsassistenten ondersteuning kunnen bieden bij opruim- en schoonmaakwerkzaamheden, zoals het legen van incontinentiemateriaal, bedden verschonen, opbergen van linnen- en wasgoed en wegbrengen van vuilnis. Dit zijn taken die niet onder welzijnstaken vallen, maar taken die randvoorwaardelijk zijn om zorgtaken uit te kunnen voeren en op die manier tijd besparen voor de helpenden en verzorgenden in de uitvoering van zorgtaken.

Naar het exacte percentage taken of tijd die een afdelingsassistent kan overnemen van verzorgenden en helpenden lijkt geen eerder onderzoek te zijn gedaan. In de interviews met zorgprofessionals is daarom gevraagd een inschatting te geven van het percentage welzijngerelateerde taken dat door de afdelingsassistent kan worden overgenomen van verzorgenden en helpenden. Deze inschatting wordt geraamd tussen de 20% en 40% en deze percentages omvatten dus bovengenoemde taken als het bieden van aandacht en rust onder bewoners en bijvoorbeeld het aanbieden van eten en drinken. De opruim- en schoonmaakwerkzaamheden die randvoorwaardelijk zijn voor het uitvoeren van zorgtaken, komt volgens zorgprofessionals neer op circa 10% tot 15% van de zorgtaken van respectievelijk de verzorgenden en helpenden.

⁹⁴ <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1718-monitor-personeelssamenstelling-verpleeghuiszorg.pdf>.

Tabel 16. Percentage taken dat de afdelingsassistent kan overnemen van verzorgenden IG en helpenden.

Taken	Van verzorgenden IG	Van helpenden
Zorggerelateerde taken	10%	15%
Welzijn gerelateerde taken	20-40%	20-40%

2.3.3 Effect van jobcarving op zorgcapaciteit in de verpleeghuiszorg

Om te berekenen welke capaciteit er bij verzorgenden en helpenden bespaard kan worden door jobcarving, gaan we uit van de bandbreedtes genoemd in tabel 16. We gaan ervan uit dat afdelingsassistenten de nieuwe functies even efficiënt uitvoeren als verzorgenden en helpenden. De taken zijn dus na jobcarving een-op-een uitwisselbaar en uit te voeren door afdelingsassistenten. Wel houden we rekening met de extra tijd (een half uur per fte afdelingsassistent per dienst) die verzorgenden en helpenden nodig hebben voor het begeleiden, coachen en controleren van de afdelingsassistenten.

Uitgaande van het totaal aantal fte verzorgenden IG (53.369) en helpenden (22.084)⁹⁵ die werkzaam zijn in verpleeghuizen in Nederland (zie tabel 17) en op basis van bovenstaande inschatting van het minimale en maximale aandeel taken dat kan worden overgenomen, schatten wij in dat de netto capaciteit die na jobcarving vrijkomt, bestaat uit minimaal 9,62 miljoen uren (5.504 fte) en maximaal 11,37 miljoen uren (6.504 fte) van verzorgenden IG en uit minimaal 6,15 miljoen uren (3.520 fte) en maximaal 9,05 miljoen uren (5.176 fte) helpenden.⁹⁶

Doordat er door middel van jobcarving zorg- en welzijnstaken worden uitgevoerd van verzorgenden IG door afdelingsassistenten, komt er minimaal 10% en maximaal 12% van de huidige capaciteit van verzorgenden IG potentieel beschikbaar (dit betreft minimaal 5.504 fte en maximaal 6.504 fte van de huidige 53.369 fte verzorgenden IG⁹⁷). Bij helpenden is dit minimaal 16% en maximaal 23% van de huidige capaciteit (minimaal 3.520 fte en maximaal 5.176 fte van 22.084 fte helpenden). Belangrijk om hierbij te vermelden is dat dit de potentiële capaciteit betreft, die randvoorwaarden en afhankelijkheden kent om dit daadwerkelijk te kunnen realiseren. Zo zijn er op landelijk niveau minimaal 10.226 fte en maximaal 13.238 fte afdelingsassistenten nodig om dit potentieel te realiseren.⁹⁸

Onderstaande tabel geeft aan welke hoofdindicatoren gebruikt zijn in het rekenmodel om tot deze percentages en het aantal fte's te komen.

Tabel 17. Input en uitkomsten rekenmodel casus 2.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte verzorgenden IG	53.369 fte	ActiZ (2022)
Totaal aantal fte helpenden	22.084 fte	ActiZ (2022)

⁹⁵ <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2022-11/Rapport-personele-kengetallen.pdf>.

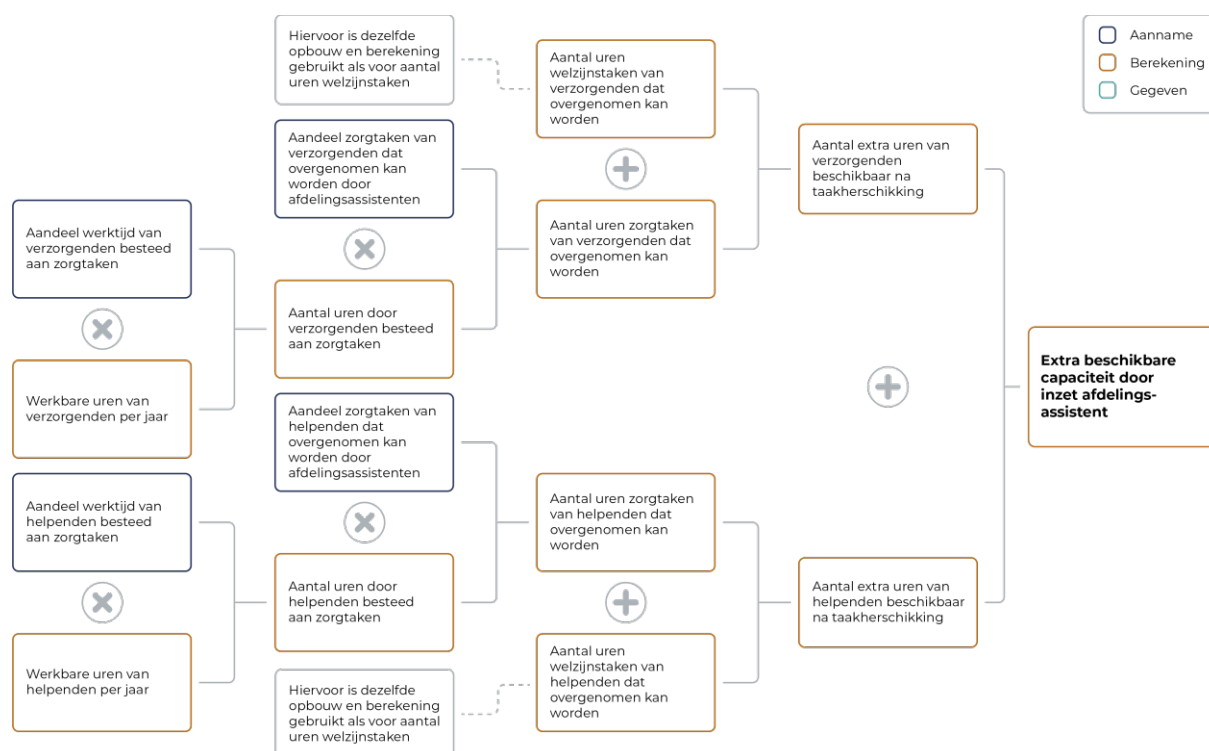
⁹⁶ We noemen deze totalen uren en fte de netto capaciteit omdat dit het resultaat is van de totale capaciteit die beschikbaar komt, waar we de tijdsinvestering van verzorgenden IG en helpenden voor het begeleiden, coachen en controleren van afhalen.

⁹⁷ Zie hier: <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2022-11/Rapport-personele-kengetallen.pdf>.

⁹⁸ Bij het berekenen van de netto capaciteit die vrijkomt bij verzorgenden en helpenden en de capaciteit die dit afdelingsassistenten kost, zijn we ervan uitgegaan dat afdelingsassistenten bij alle diensten werkzaamheden kunnen overnemen. We gaan er dus van uit dat afdelingsassistenten evenveel werkzaamheden kunnen overnemen bij ANW-diensten als bij reguliere diensten.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Percentage tijd door verzorgenden IG besteed aan zorg- en welzijnstaken	90% en 10%	Inschatting o.b.v. beschrijving Mbo-certificaten (ActiZ 2024)
Percentage tijd door helpenden besteed aan zorg- en welzijnstaken	60% en 40%	Inschatting o.b.v. beschrijving Mbo-certificaten (ActiZ 2024)
Percentage zorg- en welzijnstaken dat kan worden overgenomen van verzorgende IG	10% en 20 tot 40%	Literatuur en interviews met experts
Percentage zorg- en welzijnstaken dat kan worden overgenomen van de helpende	15% en 20 tot 40%	Literatuur en interviews met experts
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van verzorgenden IG door inzet van afdelingsassistenten	5.504-6.504 fte (13-16%)	Berekening
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van helpenden door inzet van afdelingsassistenten	3.520-5.176 fte (78-95%)	Berekening
Benodigde fte inzet van afdelingsassistenten (inclusief begeleiding en coaching)	10.226-13.238 fte	Berekening

In de figuur hieronder geven we schematisch weer hoe het rekenmodel is opgebouwd. We vermenigvuldigen het percentage van de werktijd die verzorgenden en helpenden besteden aan zorg- en welzijnstaken met de totale werktijd om tot het totaal van de werktijd te komen die verzorgenden en helpenden besteden aan zorg- en welzijnstaken. Het percentage van deze werkzaamheden die assistenten kunnen overnemen, vermenigvuldigen we hiermee om te komen tot de totale tijd die assistenten kunnen overnemen. Dit betreft de capaciteit die bij verzorgenden en helpenden beschikbaar komt door inzet van assistenten.



Figuur 3. Schematische weergave Rekenmodel 'Jobcarving'.

2.3.4 Jobcarving in de praktijk: welke taken kan een afdelingsassistent overnemen in de gehandicaptenzorg?

Zorgprofielen en de opbouw van zorgpersoneel in de gehandicaptenzorg

Binnen de gehandicaptensector wordt zorg geboden aan een zeer diverse groep mensen; van mensen met een verstandelijke beperking of volwassenen met niet aangeboren hersenletsel, tot mensen met een ernstige meervoudige beperking of verstandelijke beperking en psychiatrische problemen.⁹⁹ Het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) onderscheidt vier sectoren: Verstandelijk Gehandicapt, Licht Verstandelijk Gehandicapt, Lichamelijk Gehandicapt en Zintuiglijk Gehandicapt (met onderscheid tussen visueel, en auditief en communicatief). Deze vier sectoren zijn vervolgens onder te verdelen in 24 zorgprofielen, variërend van wonen met begeleiding en verzorging tot wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging.¹⁰⁰

In de gehandicaptenzorg ligt de focus met name op ondersteuning, begeleiding en omgang met gedrag, met daarbij een groot verschil tussen groepen die intensieve begeleiding nodig hebben en groepen die dat minder nodig hebben. Er wordt gewerkt met een mix van artsen verstandelijk gehandicapt (AVG), begeleiders, gedragswetenschappers, verpleegkundigen en verzorgenden en paramedici.¹⁰¹ Het aandeel groeps- en woonbegeleiders is met 53% het grootst.¹⁰²

⁹⁹ <https://www.vgn.nl/system/files/2023-10/BCP%20Begeleider%20in%20de%20gehandicaptenzorg%20versie%2005122022%20def.pdf>.

¹⁰⁰ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2022-07-01/0#BijlageA>.

¹⁰¹ <https://www.werkenindegehandicaptenzorg.nl/carrieremogelijkheden/beroepen-in-de-gehandicaptenzorg>.

¹⁰² <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn/3-kenmerken-branches-zorg-en-welzijn>.

Begeleiders ondersteunen mensen met een beperking op een manier die zoveel mogelijk aansluit bij de individuele wensen, voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt. Onderstaande tabel geeft, op basis van het beroepscompetentieprofiel 'Begeleider Gehandicaptenzorg', een overzicht van taken die begeleiders binnen verschillende domeinen op zich nemen.¹⁰³ NB, er lijken geen bronnen beschikbaar die een inschatting maken van de tijdsverdeling van deze taken en ook in de interviews wordt aangegeven dat taken in elkaar overlopen en het lastig is daar percentages aan te hangen.

Tabel 18. Taken van begeleiders binnen verschillende domeinen van gehandicaptenzorg.

Domeinen	Voorbeelden van taken
Lichamelijk welbevinden	Helpen bij lichamelijke verzorging, letten op gezondheid en leefstijl, organiseren van activiteiten zoals sporten, wandelen en gezond eten.
Psychisch welbevinden	Risico's herkennen en veranderingen in het psychisch welbevinden signaleren, de cliënt ondersteunen bij organiseren van hulp vanuit eigen netwerk.
Interpersoonlijke relaties	Ondersteunen bij het opbouwen van relaties en organiseren van situaties waarbij mensen in contact komen met anderen.
Deelname aan de samenleving	Regelen van bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, contact faciliteren met naaste woonomgeving.
Materieel welzijn	Zorgen voor een prettige, aantrekkelijke en schone woonomgeving, inclusief de spullen die daarvoor nodig zijn.

Verzorgenden gehandicaptten vertegenwoordigen met 10% de op een na grootste groep medewerkers in de gehandicaptenzorg. Net als in de verpleeghuiszorg gaat het hierbij om verzorgenden individuele zorg (IG) met een mbo-diploma niveau 3, die zich al dan niet gespecialiseerd hebben als verzorgende gehandicaptenzorg.¹⁰⁴

In de gehandicaptenzorg richt een verzorgende zich, net als de begeleider, op het ondersteunen van cliënten met een verstandelijke of lichamelijke beperking bij het huishouden of de dagelijkse verzorging. Daarnaast adviseert een verzorgende IG cliënten over hoe zij in het dagelijks leven met hun beperkingen om kunnen gaan en voeren zij verpleegtechnische handelingen uit, zoals het geven van injecties of verzorgen van katheters.^{105,106}

¹⁰³ <https://www.vgn.nl/system/files/2023-10/BCP%20Begeleider%20in%20de%20gehandicaptenzorg%20versie%2005122022%20def.pdf>.

¹⁰⁴ <https://www.arbeidsmarktgehandicaptenzorg.nl/wp-content/uploads/2023/11/Sectoranalyse-2023.pdf> (1% is verzorgende IG, 10% is verzorgende gehandicaptenzorg of medewerker gehandicaptenzorg).

¹⁰⁵ <https://www.tmi.nl/verpleging/verzorgende-ig/>.

¹⁰⁶ <https://www.zorgkruis.nl/vakgebieden/begeleiders-helpende-verzorgende-ig-verpleegkundige>.

Jobcarving in de praktijk: taken die door de afdelingsassistenten kunnen worden overgenomen in de gehandicaptenzorg

Op moment dat een assistent (ook wel zorgondersteuner of assisterend begeleider genoemd) wordt ingezet in een gehandicapteninstelling, is dat met name om ondersteuning te bieden bij de uitvoering van de begeleidende taken, activiteiten met bewoners en huishoudelijke werkzaamheden, zo blijkt uit de interviews, voorbeelden uit de praktijk en het eerdergenoemde beroepscompetentieprofiel.^{107,108} Los van enige ondersteuning bij persoonlijke en uiterlijke verzorging, gaat het dus niet zozeer om zorginhoudelijke taken, maar taken die – als we kijken naar tabel 18 – met name gerelateerd zijn aan interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving en materieel welzijn. Het onderscheid tussen welzijnstaken en zorgtaken is daarmee minder relevant om te bepalen welk percentage taken de assistent kan overnemen in de GHZ.

De assisterend begeleider werkt samen met anderen of onder toezicht van andere begeleiders. Hoewel de assisterend begeleider zelf verantwoordelijk is voor de manier waarop de taken worden uitgevoerd, is de assisterend begeleider niet verantwoordelijk voor wát deze uitvoert. Die verantwoordelijkheid ligt bij de begeleiders of verzorgenden IG.

Er zijn geen cijfers beschikbaar met betrekking tot het percentage taken dat een assistent kan overnemen van een begeleider en/of verzorgende. In de interviews is aan respondenten gevraagd een inschatting te geven. Op basis van bovenstaande beschrijving van het type taken dat kan worden overgenomen en de inschattingen die respondenten maken, komen wij op de inschatting dat een afdelingsassistent 5% van de taken van een verzorgende kan overnemen op afdelingen met intensieve groepen cliënten en 10% op afdelingen met minder intensieve groepen. De assistent kan namelijk niet ingezet worden voor verpleegtechnische en verzorgende handelingen die een verzorgende uitvoert, maar wel voor taken die randvoorwaardelijk zijn (taken gerelateerd aan persoonlijke en uiterlijke verzorging). Van de begeleider kan minimaal 20% van de taken bij intensieve groepen worden overgenomen door een afdelingsassistent. Bij minder intensieve groepen en op het moment dat de inzet van de assistent goed georganiseerd is en maximaal benut wordt, kan 40% van de werktijd 'vrijgespeeld' worden van de begeleider (zie tabel 19).

Tabel 19. Percentage taken dat een afdelingsassistent kan overnemen van de verzorgende en begeleider in de gehandicaptenzorg.

	Percentage taken dat afdelingsassistent kan overnemen
Verzorgenden IG	5-10%
Begeleiders	20-40%

We gaan ervan uit dat assistenten de nieuwe functies even efficiënt uitvoeren als verzorgenden en begeleiders. De taken zijn dus na jobcarving een-op-een uitwisselbaar en uit te voeren door assistenten. We corrigeren voor de extra tijd die verzorgenden en begeleiders nodig hebben voor het begeleiden, coachen en controleren van de assistenten. Voor wat betreft de begeleider gaan we uit van één uur per persoon per dienst; voor de verzorgende gaat het om minder taken en dus ook om minder begeleiding: 0,5 uur.

¹⁰⁷ <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/actueel/nieuws/krapte-op-de-arbeidsmarkt>.

¹⁰⁸ <https://www.zorgvisie.nl/s-heeren-loo-schaft-diploma-eisen-voor-sollicitanten-af-motivatatie-is-voldoende/>.

2.3.5 Effect van jobcarving op zorgcapaciteit in de gehandicaptenzorg

Uitgaande van het totaal aantal fte verzorgenden IG (14.766) en begeleiders (71.143)^{109,110} die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg in Nederland (zie tabel 20) en op basis van bovenstaande inschatting van het aandeel taken bij intensieve en minder intensieve groepen die kunnen worden overgenomen, schatten wij in dat de netto capaciteit die na jobcarving vrijkomt, bestaat uit minimaal 1,2 miljoen uren (692 fte) en maximaal 2.4 miljoen uren (1.384 fte) van verzorgenden IG en minimaal uit 21 miljoen uren (12.450 fte) en maximaal 44 miljoen uren (24.900 fte) van begeleiders.

Doordat er door middel van jobcarving taken worden uitgevoerd van verzorgenden IG door afdelingsassistenten, komt er minimaal 5% en maximaal 9% van de huidige capaciteit van verzorgenden IG potentieel beschikbaar (dit betreft 692-1.384 fte van de huidige 14.766 fte verzorgenden IG). Bij begeleiders is dit 18% tot 35% van de huidige capaciteit (12.450-24.900 fte van 71.143 fte begeleiders). Belangrijk is ook hier om te vermelden is dat dit de potentiële capaciteit betreft, die randvoorwaarden en afhankelijkheden kent om dit daadwerkelijk te kunnen realiseren. Zo zijn er op landelijk niveau minimaal 16.792 fte en maximaal 33.583 fte afdelingsassistenten nodig om dit potentieel te realiseren.¹¹¹

Onderstaande tabel geeft aan welke hoofdindicatoren gebruikt zijn in het rekenmodel om tot deze percentages en het aantal fte's te komen.

Tabel 20. Input en uitkomsten rekenmodel casus 2.

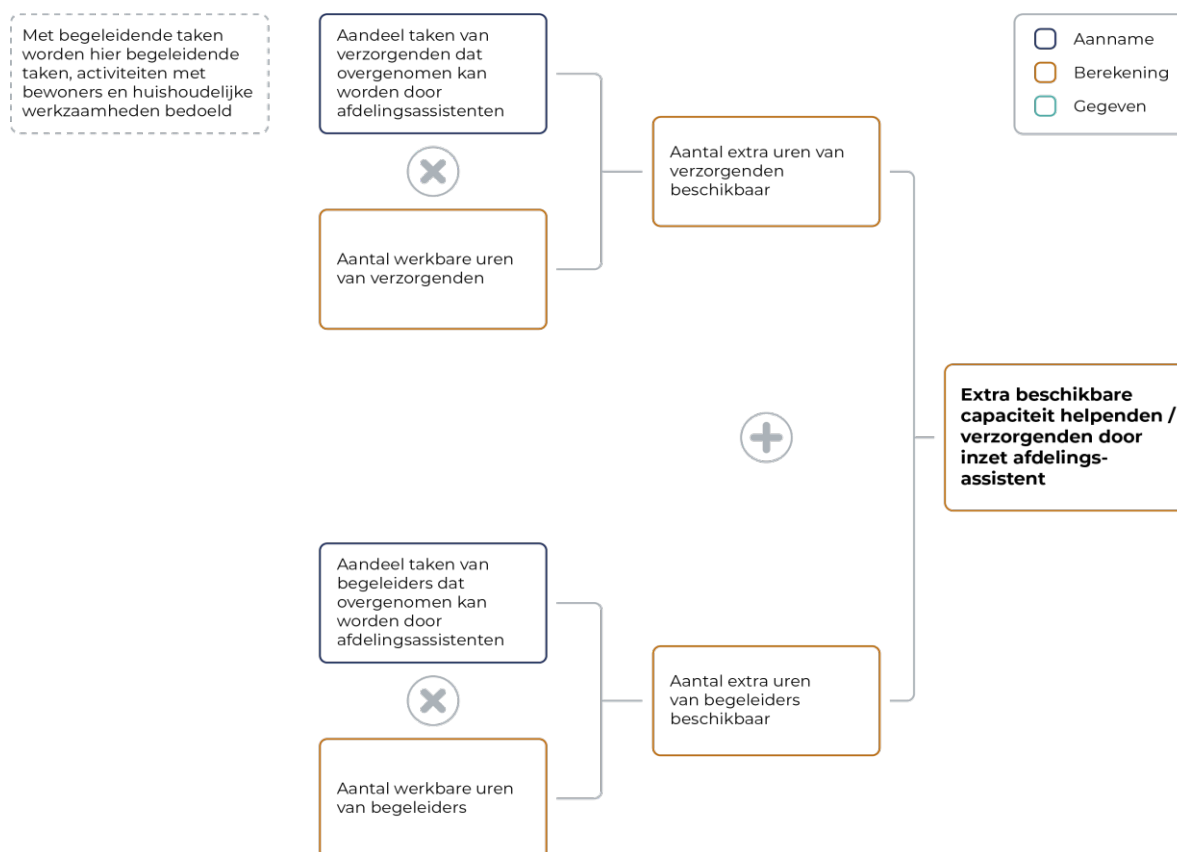
Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte verzorgenden IG	14.766 fte	AZW (2023)
Totaal aantal fte begeleiders	71.143 fte	AZW (2023)
Percentage tijd dat kan worden overgenomen van verzorgende IG	5 tot 10%	Literatuur en interviews met experts
Percentage tijd dat kan worden overgenomen van begeleiders	20 tot 40%	Literatuur en interviews met experts
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van verzorgenden IG door inzet van afdelingsassistenten	692-1.384 fte (5-9%)	Berekening
Netto fte (en percentage) capaciteitsbesparing van begeleiders door inzet van afdelingsassistenten	12.450-24.900 fte (18-35%)	Berekening
Benodigde fte inzet van afdelingsassistenten (inclusief begeleiding en coaching)	16.792-33.583 fte	Berekening

¹⁰⁹ <https://www.arbeidsmarktgehandicaptenzorg.nl/wp-content/uploads/2023/11/Sectoranalyse-2023.pdf>.

¹¹⁰ Tot de branche gehandicaptenzorg worden huizen, dagverblijven en ondersteuning van gehandicapten gerekend. Onderscheid tussen wel of geen Wlz of wel of geen verblijf wordt zelden nader gespecificeerd. Deeltijdverblijf kan ook vanuit de Wlz betaald worden, zie hier: <https://www.hetcak.nl/zorg-vanuit-de-wlz/>. Zodoende gaan we uit van fte's in die hele branche, zie ook: <https://www.firmfocus.biz/NL/BI/branche/huizen-en-dagverblijven-voor-verstandelijk-gehandicapten-872>.

¹¹¹ Bij het berekenen van de netto capaciteit die vrijkomt bij verzorgenden en begeleiders en de capaciteit die dit afdelingsassistenten kost, zijn we ervan uitgegaan dat afdelingsassistenten bij alle diensten werkzaamheden kunnen overnemen. We gaan er dus van uit dat afdelingsassistenten evenveel werkzaamheden kunnen overnemen bij ANW-diensten als bij reguliere diensten.

In de figuur hieronder geven we schematisch weer hoe het rekenmodel is opgebouwd. We vermenigvuldigen het percentage van de taken van verzorgenden en begeleiders dat overgenomen kan worden door afdelingsassistenten met de totale werktijd van verzorgenden en begeleiders. Hiermee komen we tot de totale tijd die assistenten kunnen overnemen. Dit betreft de capaciteit die bij verzorgenden en begeleiders beschikbaar komt door inzet van assistenten.



Figuur 4. Schematische weergave rekenmodel 'Jobcarving'.

2.4 Casus 3 – Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners

2.4.1 Personeelstekorten in de langdurige zorg, wijkverpleging en medisch specialistische zorg

Zoals eerder beschreven, kampen alle zorgsectoren met groeiende arbeidstekorten. De grootste tekorten worden verwacht in de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en medisch specialistische zorg. Uitgaande van nieuw beleid wordt met het Prognosemodel geschat dat de tekorten in deze sectoren respectievelijk oplopen tot 51.900, 27.400 en 37.100 werknemers.¹¹²

¹¹² <https://open.overheid.nl/documenten/bc2de994-6c54-4660-9d69-0ef33a8fba06/file>. Hierbij hebben we het tekort voor universitair medische centra en ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg bij elkaar opgeteld.

Het tekort aan personeel vormt een grote bedreiging voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: de verwachting is dat het aantal verpleeghuisplekken zal bevriezen¹¹³ en ook in de thuiszorg lijkt het personeelstekort zich te vertalen naar minder aanbod. Nu al krijgen mensen in sommige gevallen minder zorg dan oorspronkelijk geïndiceerd.^{114,115} Ook in de medisch specialistische sector wordt het tekort aan zorgprofessionals als grootste bedreiging gezien voor de toegankelijkheid van zorg.¹¹⁶

De toenemende tekorten aan zorgprofessionals maken dat de samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners steeds belangrijker wordt. Deze informeel zorgverleners kunnen mantelzorgers, vrijwilligers of iemand uit het sociale netwerk van de zorgbehoevende zijn. De verwachting is dat het betrekken van het sociale netwerk van de cliënt of patiënt in verschillende sectoren van nut kan zijn om de zorg houdbaar te houden.

Om zicht te krijgen op een theoretisch, maximaal effect van de samenwerking met informeel zorgverleners op de zorgcapaciteit, richten we ons met deze casus allereerst op de taken die informeel zorgverleners in theorie kunnen overnemen van formele zorgverleners. Dat doen we voor de verpleeghuiszorg, de wijkverpleging en medisch specialistische zorg. Op de vraag in hoeverre dat realistisch en wenselijk is, gaan we in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 verder in.

2.4.2 Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners

Verpleeghuiszorg

Uit een recent onderzoek van MantelzorgNL en de Patiëntenfederatie blijkt dat veel mantelzorgers al een deel van de taken in verpleeghuizen op zich nemen. Twee derde van de mensen met een naaste in het verpleeghuis neemt taken op zich en meer dan de helft van die mensen besteedt daar meer dan drie uur per week aan.¹¹⁷ Taken die mantelzorgers op zich nemen, omvatten onder andere welzijnsgelateerde taken zoals buiten wandelen, maar ook (ondersteuning bij) zorggerelateerde taken als wassen, helpen met de toiletgang en medicatie toedienen.

Om te kunnen berekenen wat het theoretische effect is op de capaciteit, is de vraag hoe groot het aandeel taken van verzorgenden en helpenden is dat (theoretisch) door informeel zorgverleners kan worden overgenomen. Hoewel het bovenstaande inzichtelijk maakt welk type taken informeel zorgverleners doen binnen de verpleeghuiszorg, lijken cijfers hierover te ontbreken en ook in de interviews wordt door respondenten aangegeven dat het lastig is om aan te geven hoe groot het percentage is dat informeel zorgverleners aan taken kan overnemen van de formele zorgverleners. Volgens hen laat de inzet van informeel zorgverleners zich niet makkelijk vertalen naar het vrijspelen van capaciteit onder zorgpersoneel en gaat het veel meer om de vraag hoe op gelijkwaardige manier met elkaar kan worden samengewerkt.

¹¹³ <https://www.sirm.nl/docs/Publicaties/Reken-je-niet-rijk-Analyse-impact-bevriezen-verpleeghuiscapaciteit-WOZO-definitief.pdf>.

¹¹⁴ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/wijkverpleging/kerncijfers-wijkverpleging>.

¹¹⁵ <https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/2023/01/Rapportage-ervaringen-met-verpleging-en-verzorging-in-thuissituatie.pdf>.

¹¹⁶ <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/medisch-specialisten-personeelstekort-grootste-probleem-voor-de-zorg>.

¹¹⁷ <https://www.mantelzorg.nl/nieuws/verpleeghuizen-kunnen-niet-meer-zonder-naasten-van-bewoners/>.

Om toch tot een inschatting te komen voor wat betreft het aandeel taken van verzorgenden en helpenden in verpleeghuizen dat theoretisch kan worden overgenomen door informeel zorgverleners, volgen we de lijn zoals beschreven onder casus 2. Theoretisch gaat het namelijk om een vergelijkbaar type taken als de taken die een afdelingsassistent kan overnemen van een verzorgende of helpende. Binnen casus 2 gingen we uit van 10% van de zorgtaken van verzorgenden en 15% van de zorgtaken van helpenden die kunnen worden overgedragen naar assistenten en 20% tot 40% van de welzijnstaken.

We gaan er hierbij van uit dat informeel zorgverleners eenmalig uitgebreide instructie krijgen van verzorgenden of helpenden over hoe ze zorg aan hun familielid of kennis moeten verlenen en dat zij daarna vooral op incidentele basis helpen en op basis van achterwacht als dat nodig is. We gaan hierbij uit van een half uur per informeel zorgverlener dat door verzorgenden en helpenden wordt besteed aan instructie. Dit half uur heeft echter een verwaarloosbaar effect op de netto capaciteit die beschikbaar komt bij verzorgenden en helpenden.

Wijkverpleging

Wijkverpleging omvat alle zorg voor mensen in de eigen leefomgeving.¹¹⁸ Wijkverpleging wordt in de meeste gevallen bekostigd vanuit de Zvw, maar is ook mogelijk vanuit de Wlz (bijvoorbeeld in de vorm van een 'volledig pakket thuis'). Voor ondersteuning bij zelfredzaamheid en de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) waarbij geen sprake is van een geneeskundige context, geldt dat zorg vanuit de Wmo wordt ingezet. Hoewel de termen vaak door elkaar heen gebruikt worden, gaat het in dat geval om thuiszorg en niet om wijkverpleging.

Wijkverpleegkundigen zijn hbo-opgeleide verpleegkundigen en werken samen met helpenden, verzorgenden (IG) en mbo-geschoolde verpleegkundigen in de wijk. Taken die onder wijkverpleging vallen en door verpleegkundigen en verzorgenden worden uitgevoerd, omvatten onder andere wondverzorging, stomazorg, katheteriseren, hulp bij wassen en aankleden en het coördineren van zorg.¹¹⁹

Uit eerder onderzoek blijkt dat taken die informeel zorgverleners in de thuissituatie uitvoeren, uiteenlopen van huishoudelijke en praktische hulp, tot gezelschap en emotionele ondersteuning.¹²⁰ Daarnaast kunnen informeel zorgverleners ook verzorgende en verpleegkundige taken op zich nemen, zoals medicatie toedienen of injecteren, het inbrengen van een sonde en wondverzorging.¹²¹ Volgens berekeningen van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gaat 9% van de tijd die een mantelzorger besteedt naar verpleegkundige hulp.¹²²

¹¹⁸ <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/>.

¹¹⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wijkverpleging-zvw>.

¹²⁰ https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/2021/03/NL5300-35818-Maatschappelijke-Waarde-Mantelzorg_def.pdf.

¹²¹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/prive-situatie-medisch-handelen#:~:text=U%20mag%20als%20u%20niet,om%20de%20zogenaamde%20voorbehouden%20handelingen>.

¹²² <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/12/09/blijvende-bron-van-zorg>.

Om zicht te krijgen op het theoretisch maximaal potentieel aan zorgcapaciteit dat door de samenwerking met informeel zorgverleners kan worden vrijgespeeld onder wijkverpleegkundigen, is het echter nodig te redeneren vanuit de tijd van de wijkverpleegkundige. Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) deed recent onderzoek naar het verdelen van de schaarste in de wijkverpleging en onderzocht daarbij welk deel van de zorg zou kunnen worden uitgevoerd door helpenden of informeel zorgverleners in plaats van de wijkverpleegkundige. Volgens het ZiNL zal dat met name gelden voor cliënten die laagcomplexere zorg nodig hebben in een stabiele situatie. Op dit moment is dat met 35% van het totaal aantal uren wijkverpleging de grootste cliëntgroep binnen de wijkverpleging. Hierbij is het volgens het ZiNL aannemelijk dat de zorg die zij krijgen met name ADL-zorg betreft; zorg die theoretisch kan worden overgenomen door een informele zorgverlener.

Ervan uitgaande dat circa 50% van de cliënten hiervoor in aanmerking komt, 80% van de zorgtaken voor cliënten met een laagcomplexere zorgvraag kan worden overgenomen door informeel zorgverleners en 20% van de zorgtaken uitgevoerd blijft worden door wijkverpleegkundigen, berekent het ZiNL dat theoretisch 10% van het totaal aantal uur wijkverpleging kan worden overgenomen door informeel zorgverleners.¹²³ Ook hier gaan we ervan uit dat de tijd die wijkverpleegkundigen besteden aan instructie over de te verlenen zorg aan informeel zorgverleners een half uur per informeel zorgverlener is. Dit half uur heeft echter een verwaarloosbaar effect op de netto capaciteit die beschikbaar komt bij wijkverpleegkundigen.

Medisch specialistische zorg

Als we inzoomen op de taken van verpleegkundigen in ziekenhuizen lopen deze, afhankelijk van het niveau van de verpleegkundige, uiteen van basiszorg (wassen, aankleden en verschonen), tot wondverzorging en verpleegtechnische handelingen zoals het geven van injecties, inbrengen van een sonde, infuus of katheter. Daarnaast nemen verpleegkundigen vaak een rol op zich bij het begeleiden van patiënten in het omgaan met de ziekte en de behandeling en het coördineren van het gehele zorgproces rondom de patiënt.¹²⁴

Ook in ziekenhuizen wordt de samenwerking met informeel zorgverleners onderzocht en er zijn voorbeelden waarbij familie actief wordt betrokken in zorgactiviteiten op een verpleegafdeling.^{125,126,127,128} Familieleden vervullen hierbij bijvoorbeeld taken bij het mobiliseren van patiënten en helpen bij het eten en andere ADL-taken. Indien de informeel zorgverlener ervoor openstaat, kan deze ook helpen bij taken als injecteren, een infuus aanbrengen en wondzorg.

In de interviews wordt benadrukt dat het doel van het betrekken van familieleden in het ziekenhuis met name is om de kwaliteit van zorg te verbeteren en niet zozeer vanuit het oogpunt capaciteit te besparen onder verpleegkundigen. Zo kan het betrekken van informeel zorgverleners bijdragen aan het eerder met ontslag gaan van patiënten en de overgang van ziekenhuis naar huis vergemakkelijken, maar directe tijdsbesparing onder verpleegkundigen moet volgens respondenten geen indicator zijn voor het meten van het effect.

¹²³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2023/11/02/advies---verdelen-van-schaarste-in-de-wijkverpleging>.

¹²⁴ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004248.pdf>.

¹²⁵ <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-mantelzorger-als-verpleegkundige>.

¹²⁶ <https://www.hva.nl/urban-vitality/gedeelde-content/nieuws/2019/2023/08/familie-betrekken-in-het-ziekenhuis.html>.

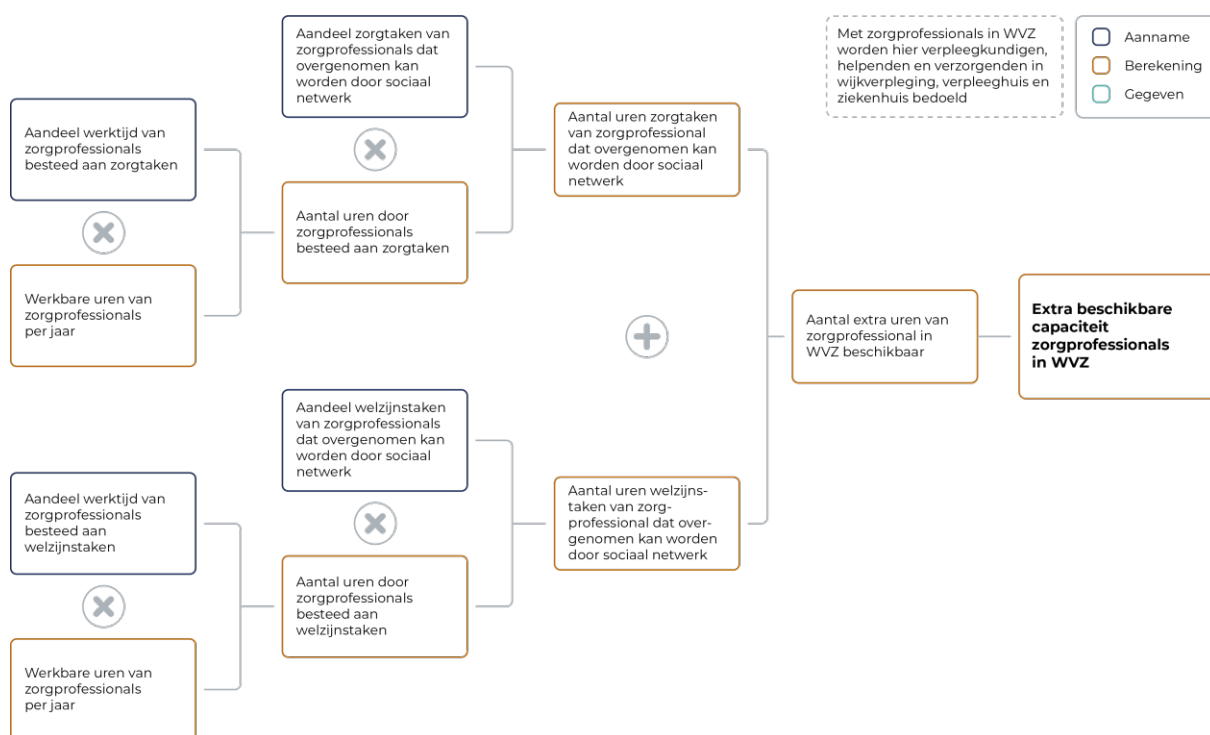
¹²⁷ <https://www.antoniusziekenhuis.nl/nieuwsoverzicht/mission-impossible-laet-het-onmogelijke-werkelijkheid-worden>.

¹²⁸ <https://www.zorgvisie.nl/mantelzorgers-in-het-ziekenhuis-een-goed-idee-mits-vrijwillig/>.

Tegelijkertijd wordt in interviews wel erkend dat de taken die informeel zorgverleners kunnen uitvoeren, taken zijn die anders worden uitgevoerd door een verpleegkundige.¹²⁸ Om in te schatten hoe groot dit aandeel theoretisch is, gaan we ervan uit dat het met name om ondersteuning gaat in het verzorgmoment. Net als voor de wijkverpleging zal dit met name gelden voor patiënten die laagcomplex zorg nodig hebben in een stabiele situatie. Omdat cijfers en onderzoek naar percentages ontbreken, maken we voor deze casus de vergelijking met wijkverpleging en gaan we ook hierbij uit van 10% taken die theoretisch kunnen worden overgenomen door informeel zorgverleners. Ook hier gaan we ervan uit dat zorgprofessionals een half uur besteden aan instructie over de te verlenen zorg per informele zorgverlener. Dit half uur heeft echter een verwaarloosbaar effect op de netto capaciteit die beschikbaar komt bij verpleegkundigen.

2.4.3 Het effect van informele zorg op de zorgcapaciteit

Onderstaande figuur geeft schematisch weer hoe het rekenmodel voor de samenwerking met informeel zorgverleners voor alle drie de sectoren is opgebouwd, om deze vervolgens per sector toe te lichten. Voor elke sector is de rekenwijze steeds hetzelfde. We vermenigvuldigen het percentage van de relevante taken van zorgprofessionals dat overgenomen kan worden door informeel zorgverleners met de totale werktijd van zorgprofessionals. Hiermee komen we tot de totale tijd die informeel zorgverleners kunnen overnemen. Dit betreft de capaciteit die bij zorgprofessionals in de verschillende sectoren beschikbaar komt door samenwerking met informeel zorgverleners.



Figuur 5. Schematische weergave rekenmodel inzet informeel zorgverleners.

Langdurige zorg

Uitgaande van het totaal aantal fte verzorgenden IG (53.369) en helpenden (22.084)¹²⁹ die werkzaam zijn in de verpleeghuiszorg in Nederland (zie tabel 21) en op basis van bovenstaande inschatting van het aandeel taken dat kan worden overgenomen door informeel zorgverleners, schatten wij in dat de capaciteit die vrijkomt bestaat uit minimaal 10,26 miljoen uren (5.871 fte) en maximaal 12,13 miljoen uren (6.938 fte) van verzorgenden IG en uit minimaal 6,56 miljoen uren (3.754 fte) en maximaal 9,65 miljoen uren (5.521 fte) van helpenden. Hiermee komt er minimaal 11% en maximaal 13% van de huidige capaciteit van verzorgenden IG potentieel beschikbaar (minimaal 5.871 fte en maximaal 6.938 fte van de huidige 53.369 fte verzorgenden IG). Bij helpenden is dit minimaal 17% en maximaal 25% van de huidige capaciteit (minimaal 3.754 fte en maximaal 5.521 fte van 22.084 fte helpenden).

Tabel 21. Input en uitkomsten rekenmodel casus 3 – verpleeghuiszorg.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte verzorgenden IG	53.369 fte	ActiZ (2022)
Totaal aantal fte helpenden	22.084 fte	ActiZ (2022)
Percentage tijd besteed door verzorgenden IG dat overgenomen kan worden door informeel zorgverleners	10% en 20 tot 40%	Berekening
Percentage tijd besteed door helpenden dat overgenomen kan worden door informeel zorgverleners	15% en 20 tot 40%	Berekening
Fte (en percentage) capaciteitsbesparing van verzorgenden IG door samenwerking met informeel zorgverleners	5.871-6.938 fte (11-13%)	Berekening
Fte (en percentage) capaciteitsbesparing van helpenden door samenwerking met informeel zorgverleners	3.754-5.521 fte (17-25%)	Berekening

Wijkverpleging

Uitgaande van het totaal aantal fte zorgprofessionals in de wijkverpleging (80.000, zie tabel 22)¹³⁰ en op basis van bovenstaande inschatting van het aandeel taken dat kan worden overgenomen door informeel zorgverleners, schatten wij in dat de capaciteit die vrijkomt bestaat uit 13,98 miljoen uren (8.000 fte). Hiermee komt er 10% van de huidige capaciteit van zorgprofessionals in de wijkverpleging potentieel beschikbaar (8.000 fte van de huidige 80.000 fte).

Tabel 22. Input en uitkomsten rekenmodel casus 3 – wijkverpleging.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte zorgprofessionals wijkverpleging	80.000 fte	ZIN (2023)
Percentage tijd besteedt door zorgprofessionals dat overgenomen kan worden door informeel zorgverleners	10%	ZIN (2023)

¹²⁹ <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2022-11/Rapport-personele-kengetallen.pdf>.

¹³⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2023/11/02/advies---verdelen-van-schaarste-in-de-wijkverpleging>.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Fte (en percentage) capaciteitsbesparing van zorgprofessionals door samenwerking met informeel zorgverleners	8.000 fte (10%)	Berekening

Medisch specialistische zorg

Uitgaande van het totaal aantal fte verpleegkundigen in de medisch specialistische zorg (64.300, zie tabel hieronder)¹³¹ en op basis van bovenstaande inschatting van het aandeel taken dat kan worden overgenomen door informeel zorgverleners, schatten wij in dat de capaciteit die vrijkomt bestaat uit 11,21 miljoen uren (6.415 fte). Hiermee komt er 10% van de huidige capaciteit van verpleegkundigen in de medisch specialistische zorg potentieel beschikbaar (6.415 fte van de huidige 64.300 fte).

Tabel 23. Input en uitkomsten rekenmodel casus 3 – medisch specialistische zorg.

Indicator	(Ken)getal	Onderbouwing
Totaal aantal fte verpleegkundigen medisch specialistische zorg	64.300 fte	CBS (2021)
Percentage tijd besteedt door verpleegkundigen dat overgenomen kan worden door informeel zorgverleners	10%	Radboudumc (2024)
Fte (en percentage) capaciteitsbesparing van zorgprofessionals door samenwerking met informeel zorgverleners	6.415 fte (10%)	Berekening

Het benodigd aantal informeel zorgverleners

Bovenstaande berekeningen laten zien hoeveel fte aan zorgcapaciteit theoretisch kan worden overgenomen door samen te werken met informeel zorgverleners in de langdurige zorg, wijkverpleging en ziekenhuiszorg. Aangezien we ervan uitgaan dat informeel zorgverleners evenveel tijd nodig hebben en de begeleidingstijd verwaarloosbaar is, is eenzelfde aantal 'fte' informele zorg nodig om dit potentieel te realiseren. Daarnaast geldt dat informeel zorgverleners over het algemeen specifiek aan één persoon zorg verlenen, terwijl een standaard afdeling in de langdurige zorg gemiddeld zes à zeven bewoners heeft,¹³² wijkverpleegkundigen gemiddeld zes cliënten per fte verzorgen,¹³³ en ook in het ziekenhuis de verhouding gemiddeld één verpleegkundige per zeven patiënten is op een standaard verpleegafdeling.¹³⁴ Hiermee rekening houdend komen we op een totaal aantal informeel zorgverleners van tussen de 153 tot 170 duizend dat nodig is om de totale capaciteitsbesparing in de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en ziekenhuizen te realiseren.

¹³¹ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83738NED/table?dl=A2B19>.

¹³² <https://www.trimbos.nl/docs/af1718-monitor-personeelssamenstelling-verpleeghuiszorg.pdf>.

¹³³ <https://icthealth.nl/nieuws/virtuele-thuiszorg-12-meer-clienten-helpen-per-fte/#:~:text=Het%20aantal%20cli%C3%ABnten%20per%20voltijdgaan,naar%206%2C34%20in%202021>.

¹³⁴ <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/bezuinigen-op-verpleegkundigen-niet-zonder-gevaar>.

HOOFDSTUK 3

Effecten op behoud, arbeidspotentieel, doelmatigheid en kwaliteit van zorg

In het vorige hoofdstuk hebben we in kaart gebracht wat het theoretisch maximale potentiële effect van de sociale innovaties is op de zorgcapaciteit. In dit hoofdstuk geven we per casus een beschrijving van de doorwerkingseffecten van de sociale innovaties op het behoud van personeel, het arbeidspotentieel, de doelmatigheid van zorg en de kwaliteit van zorg.

In paragraaf 1.4.1 is beschreven welke definities gehanteerd worden voor deze vier doorwerkingseffecten. Het effect van het behoud van personeel werken we uit door in kaart te brengen in hoeverre de sociale innovatie uitstroom kan tegengaan. Het effect op het arbeidspotentieel gaat om de mate waarin de sociale innovatie 1) (semi)werklozen, 2) zijinstromers, 3) mensen van buiten de EU met medische achtergrond en statushouders, en 4) onbenutte deeltijdwerkers kan activeren. Doelmatigheid gaat over de vraag in hoeverre de zorgkosten veranderen. Kwaliteit van zorg gaat over de mate waarin de sociale innovatie bijdraagt aan betere kwaliteit van zorg ten opzichte van de vorige situatie.

Waar mogelijk geven we een (grote) schatting van het kwantitatieve effect van de sociale innovaties op deze aspecten. Op basis van de opgehaalde informatie in dit onderzoek blijkt echter dat deze effecten zich moeilijk laten kwantificeren. Om die reden werken we voornamelijk met scenarioanalyses. Waar ook dat niet mogelijk is, geven we een kwalitatieve beschrijving van de effecten.

3.1 Casus 1 – Taakherschikking van huisarts, medisch specialist en anios naar VS of PA

3.1.1 Het effect van taakherschikking op behoud van personeel

Als het gaat om het effect op behoud van personeel, heeft taakherschikking in potentie zowel effect op de beroepsgroep waarvan taken herschikt worden, als de beroepsgroep waar taken naartoe gaan. We beschrijven het potentiële effect van taakherschikking naar de VS/PA op het behoud van huisartsen, medisch specialisten, basisartsen en verpleegkundigen.

Uitstroom onder huisartsen en het effect van taakherschikking op behoud

Naast het stimuleren van voldoende instroom in de huisartsenzorg, is het van belang dat zo min mogelijk huisartsen uitstromen. Van de nu werkzame huisartsen (circa 10.000 fte) wordt geschat dat over tien jaar 28% is uitgestroomd.¹³⁵ Een groot deel hiervan is te verklaren door pensionering, maar een deel stroomt uit vanwege andere redenen. In vergelijking met eerdere ramingen zijn er relatief meer huisartsen die vijftien jaar na het behalen van hun einddiploma uitstromen. Met stijgende tekorten in de huisartsenzorg, is het belangrijk om te kijken of taakherschikking kan bijdragen aan het beperken van uitstroom, en dus aan het behoud van huisartsen.

Uit onderzoek weten we dat redenen van uitstroom vaak te maken hebben met werkdruk.¹³⁶ Andere genoemde redenen zijn een gebrek aan ontwikkelmogelijkheden¹³⁷ en een mismatch tussen wensen en mogelijkheden (zoals de indeling van werkuren).¹³⁸ Uit CBS-onderzoek uit 2022 blijkt dat binnen de branches in de zorg en welzijn het aandeel met stressvol werk het grootst was bij werknemers in ziekenhuizen en bij werknemers in de huisartsenzorg en gezondheidscentra (38%).¹³⁹ Ook uit onderzoek van Nivel uit 2022 blijkt dat 82% van de huisartsen een hoge werkdruk ervaart¹⁴⁰, tegenover 49,4% van de werkenden in de totale branche huisartsenzorg en gezondheidscentra.¹⁴¹ Een derde (34%) van de huisartsen die zijn uitgestroomd uit de sector huisartsenzorg geeft aan dat de hoge werkdruk hiervan een van de oorzaken was.

De werkdruk wordt deels veroorzaakt door de tekorten aan huisartsen. Personeelstekorten hebben een negatief effect op het werkplezier van personeel dat momenteel werkzaam is binnen de huisartsenzorg. Door de personeelstekorten ervaren professionals binnen de huisartsenzorg een hoge werkdruk, wat van invloed is op de aantrekkelijkheid van het vak. De tekorten en de verhoogde werkdruk als consequentie daarvan, leiden dus tot een vicieuze cirkel, waarin tekorten en behoud elkaar negatief beïnvloeden.

De inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk heeft mogelijk tot gevolg dat huisartsen minder werkdruk ervaren, doordat zij taken kunnen overhevelen naar de VS/PA, zo blijkt uit onderzoek van het Radboudumc uit 2020.¹⁴² Daarnaast zagen geïnterviewden ook nog mogelijke effecten voor meer werkplezier, waaraan onder andere het samenwerken in een groter team, de mate waarin de VS/PA een sparringpartner kan zijn en continuïteit biedt in de praktijk, kunnen bijdragen. Op deze manier kan inzet van de VS/PA dus zowel op het terrein van werkdruk als op het terrein van werkplezier bijdragen. Tegelijkertijd bestaat wel ook de angst dat het vooral gaat om het toedelen van de leuke taken, waardoor de 'krenten uit de pap' naar de VS/PA gaan in plaats van naar de huisarts, aldus ook hetzelfde onderzoek van het Radboudumc.¹⁴³

¹³⁵ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde-DEF-12-januari.pdf>.

¹³⁶ nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004425.pdf.

¹³⁷ [Kenmerken van vertrekkende medewerkers in Zorg en Welzijn bieden waardevolle aanknopingspunten voor strategisch personeelsbeleid | Nivel](#).

¹³⁸ [azw-infographic-arbeidsmarkt-huisartsenzorg.pdf \(azwinfo.nl\)](#).

¹³⁹ [Werkdruk en arbeidstevredenheid in de zorg | CBS](#).

¹⁴⁰ <https://www.nivel.nl/nl/resultaten-van-onderzoek/cijfers-arbeidsmarkt-regionale-huisartsenzorg>.

¹⁴¹ <https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/>.

¹⁴² <https://zorgmasters.nl/extdocs/2020-juli-de-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant-in-de-huisartsenzorg.pdf>.

¹⁴³ <https://zorgmasters.nl/extdocs/2020-juli-de-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant-in-de-huisartsenzorg.pdf>.

Ook kan het vrijspelen van capaciteit onder huisartsen ervoor zorgen dat zij meer tijd kunnen investeren in ontwikkelmogelijkheden, een van de redenen die werd aangemerkt voor vertrek uit de sector. Geïnterviewden gaven echter wel ook aan dat vrijgespeelde capaciteit onder huisartsen naar verwachting weer zal worden ingezet voor ander werk en daarmee niet tot een werkdrukvermindering zal leiden.

We verwachten, door de vermindering van ervaren werkdruk en het verhogen van het werkplezier, dat taakherschikking van de huisarts naar de VS/PA in potentie tot meer behoud kan leiden. Hiervoor zagen we al dat 34% van de vertrokken medewerkers hoge werkdruk als een van de uitstroomredenen aangeeft. Twee derde van de huisartsen geeft ook aan mogelijk vroegtijdig te willen stoppen als gevolg van te hoge werkdruk.¹⁴⁴ Op basis van het eerdergenoemde gaan we ervan uit dat de sociale innovatie van taakherschikking naar de VS/PA mogelijk bijdraagt aan het voorkomen van een deel van deze uitstroom.

Cijfers voor de mogelijke bijdrage op behoud ontbreken, maar op basis van bovenstaande cijfers kunnen we wel tot een inschatting komen. Zo kunnen we uitgaan van een jaarlijkse uitstroom van 344 huisartsen (waarbij we de fte hebben terugerekend naar aantal huisartsen op basis van 80% parttime-factor), waarvan 117 door een hoge werkdruk (2,8% per jaar, waarvan 34% door werkdruk) (zie onderstaande tabel). Op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan, gaan we uit van 69 VS'en en 70 PA's die jaarlijks instromen in de eerste lijn (het aantal VS/PA dat al is ingezet in de eerste lijn laten we buiten beschouwing omdat we ons op het potentiële toekomstige behoud richten).¹⁴⁵ Op basis van de resultaten van hoofdstuk 2, betekent dat met deze aantallen jaarlijks 46 huisartsen worden ontlast met de inzet van een VS en 60 met de inzet van PA. Deze 46 + 60 huisartsen zijn berekend op basis van de bevinding dat per VS 0,66 huisarts en per PA 0,85 huisarts wordt ontlast.

Als we dit vervolgens relateren aan het totaal aantal huisartsen, kan bij niet-gerichte inzet van de VS/PA, taakherschikking potentieel bijdragen aan 1% meer behoud (106 van 11.754). Als de VS/PA gericht wordt ingezet bij huisartsen die dreigen uit te stromen, loopt dit echter op tot 31% meer behoud (106 van 344). Wordt de VS/PA nog gericht ingezet, namelijk bij huisartsen die door een hoge werkdruk dreigen uit te stromen, kan dit theoretisch voor mogelijk bijna 91% minder uitstroom zorgen bij huisartsen die door werkdruk uitstromen. Het is lastig te zeggen waar het exacte percentage ligt, maar deze cijfers laten in ieder geval zien dat taakherschikking naar de VS/PA kan bijdragen aan een relevant aandeel extra behoud van huisartsen, met name op het moment dat het gericht wordt ingezet.

Tabel 24. Percentages potentiële bijdrage aan behoud van huisartsen door inzet VS/PA.

	Aantal / percentage
Aantal huisartsen	11.754
Verwachte uitstroom per jaar (2.8%), waarvan door werkdruk (34%)	344, waarvan 117 door werkdruk
Aantal VS/PA dat per jaar instroomt op basis van advies Capaciteitsorgaan	69 VS 70 PA
Aantal huisartsen dat met taakherschikking ontlast wordt op basis van instroomadvies	46 huisartsen met inzet VS 60 huisartsen met inzet PA

¹⁴⁴ [Tweederde huisartsen wil eerder stoppen vanwege werkdruk - De Publieke Tribune - HUMAN](#).

¹⁴⁵ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-9-PA-VS-AGZ-DEF-12-jan-23.pdf>.

	Aantal / percentage
Mogelijke bijdrage VS/PA aan tegengaan uitstroom indien niet-gerichte inzet (106 huisartsen van totaal 11.754)	1%
Mogelijke bijdrage VS/PA aan tegengaan uitstroom indien gericht op huisartsen die dreigen uit te stromen (106 van 344)	31%
Mogelijke bijdrage VS/PA aan tegengaan uitstroom indien gericht huisartsen die dreigen uit te stromen door hoge werkdruk (106 van 117)	91%

Uitstroom onder medisch specialisten en het effect van taakherschikking op behoud

Eenzelfde redeneerlijn kunnen we volgen voor medisch specialisten. Er zijn in 2021 ongeveer 22.257 fte medisch specialisten werkzaam (25.880 werkzame medisch specialisten vermenigvuldigd met het gemiddelde fte van 0,86). De uitstroom over tien jaar wordt geraamd op 31%.¹⁴⁶ Het grootste gedeelte betreft ook hier pensioen. Over het geheel genomen lijkt de uitstroom van medisch specialisten vooralsnog geen knelpunten op te leveren en over de mogelijke vertrekredenen van medisch specialisten is ook nog weinig bekend. Wel heeft het Capaciteitsorgaan aangegeven hier de komende jaren extra onderzoek naar te gaan uitvoeren, omdat er tot nu toe weinig data over beschikbaar zijn.

De loopbaanmonitor onder medisch specialisten geeft wel indicatie voor mogelijke vertrekredenen.¹⁴⁷ Zo geeft een deel van de respondenten (41%) aan eerder dan de AOW-leeftijd met pensioen te willen gaan om het rustiger aan te doen. 26% van de medisch specialisten is (zeer) ontevreden over de werkdruk en 28% is ontevreden over de invloed die zij hebben binnen de organisatie.

Voor medisch specialisten is het lastiger dan bij huisartsen om in kaart te brengen of taakherschikking mogelijk bijdraagt aan behoud van medisch specialisten, maar dat is ook minder een issue. Er is zelfs sprake van een gespannen arbeidsmarkt waarbij jonge klare chirurgen geen baan kunnen vinden, met minder opleidingsplaatsen voor de chirurgie als deel van de oplossing.¹⁴⁸ Alsnog zou het herschikken van taken naar de VS/PA wel kunnen zorgen voor verhoogd werkplezier en behoud van medisch specialisten. Echter, aangezien het aandeel van taken dat de VS/PA kan overnemen slechts beperkt is, zoals blijkt uit hoofdstuk 2, verwachten we niet dat taakherschikking van medisch specialist naar VS/PA een effect heeft op het behoud van medisch specialisten.

¹⁴⁶ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2022/10/221017_Deel-I_Deelrapport-1-MS_versie-DEF.pdf.

¹⁴⁷ [Rapportage Loopbaanmonitor Medisch Specialist 2022.pdf \(demedischspecialist.nl\)](https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/nieuwsartikel/minder-opleidingsplaatsen-chirurgen-is-deel-van-oplossing).

¹⁴⁸ <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/nieuwsartikel/minder-opleidingsplaatsen-chirurgen-is-deel-van-oplossing>.

Uitstroom onder basisartsen en het effect van taakherschikking op behoud

Het totaal aantal aniossen was in 2022 15.529.¹⁴⁹ Bijna de helft van deze groep (48%) geeft aan nog een opleiding te willen volgen en is daarmee minder relevant voor het vraagstuk van behoud op de langere termijn, omdat zij waarschijnlijk toch zullen 'uitstromen' naar een andere functie (aios). Behoud van basisartsen in de zorg en met name in de MSZ lijkt in toenemende mate een probleem te vormen.¹⁵⁰ Cijfers van het CIBG¹⁵¹ laten zien dat veel jonge basisartsen (tot 40 jaar) momenteel niet ingeschreven staan voor een vervolgopleiding. 4.500 jonge artsen zijn zelfs uitgeschreven uit het BIG-register. Ook komt uit onderzoek naar voren dat een hoge werkdruk in de MSZ veel voorkomt. Dit blijkt uit het tweejaarlijkse onderzoek van De Jonge Specialist naar de werkomstandigheden van basisartsen.¹⁵² Uit de meest recente enquête, in 2022 ingevuld door 1.703 basisartsen, blijkt dat 44% van hen de werkdruk te hoog vindt en dat 35% ontevreden is over de werk-privébalans. Het percentage basisartsen met burn-outklachten steeg van 14% in 2020 tot 24% in 2022. Als we specifiek kijken naar aniossen die in het ziekenhuis willen werken, blijkt uit een recente peiling van het NTVG dat aniossen steeds minder vaak bereid zijn om in het ziekenhuis te werken.¹⁵³ Uit de peiling blijkt een trend waarbij afgestudeerde basisartsen streven naar een meer gebalanceerd leven en daarbij überhaupt twijfelen aan een carrièrevervolg binnen de muren van het ziekenhuis.

Er lijkt dus een groeiend tekort te zijn van basisartsen die in een ziekenhuis willen werken. Of taakherschikking dit kan voorkomen, is lastig te zeggen. Maar het kan mogelijk zijn als door taakherschikking de werkdruk en het aantal ANW-diensten afneemt. Taakherschikking door de VS/PA wordt wel als een van de oplossingen gezien, maar ook hier geldt dat cijfers ontbreken.¹⁵³

Als we op basis van het bovenstaande uitgaan van 8.075 aniossen waarbij het relevant is om in te zetten op behoud, en dezelfde redenatielijnen volgen als voor de huisartsen, komen we uit op een mogelijke bijdrage van 3% (zie tabel 25). Bij gerichte inzet op artsen die een hoge werkdruk ervaren of een burn-out hebben, is dat tussen de 8% en 14%. Kanttekening hierbij is dat we echter niet weten hoe groot het aantal uitstromers exact is, maar verwacht kan worden dat zeker een deel van deze artsen dreigt uit te stromen. In dat geval laten de percentages zien dat de inzet van een VS/PA mogelijk wel een relevante bijdrage kan leveren aan het verminderen van de werkdruk en het voorkomen van burn-outs, en daarmee potentieel ook het behoud van aniossen.

Tabel 25. Percentages potentiële bijdrage aan behoud van aniossen door inzet VS/PA.

	Aantal / percentage
Aantal aniossen totaal	15.529
Relevant aantal aniossen (namelijk aantal dat niet zal uitstromen door opleiding)	8.075
Aantal aniossen dat werkdruk te hoog vindt (44%) / privé/werkbalans niet goed vindt (35%)	3.553 / 2.826
Aantal aniossen dat een burn-out heeft	1.938
Aantal VS/PA dat op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan instroomt	139 VS 180 PA

¹⁴⁹ [1004304.pdf \(nivel.nl\)](#).

¹⁵⁰ [Beeldvorming maakt artsenvak onaantrekkelijk: zonde! | medischcontact](#).

¹⁵¹ <https://www.bigregister.nl/>.

¹⁵² <https://dejongespecialist.nl/wp-content/uploads/2022/10/rapport-nationale-anios-enquete-gezond-en-veilig-werken-2022.pdf>.

¹⁵³ <https://www.ntvg.nl/artikelen/zorgwekkend-aniossen-tekort-ziekenhuizen>.

	Aantal / percentage
Aantal aniossen dat daarmee ontlast wordt	115 met inzet VS 158 met inzet PA
Mogelijke bijdrage VS/PA aan tegengaan uitstroom indien niet gericht (273 van 8.075)	3%
Mogelijke bijdrage VS/PA aan tegengaan uitstroom indien gericht op aniossen die werkdruk te hoog of privé/werkbalans niet goed vinden (273 van 2.826 tot 3.553)	8% tot 10%
Mogelijke bijdrage VS/PA aan tegengaan uitstroom indien gericht op aniossen met burn-out (273 van 1.938)	14%

Uitstroom onder verpleegkundigen en het effect op behoud van verpleegkundigen

Om te bepalen of taakherschikking van bepaalde functiegroepen (zoals aniossen, huisartsen en medisch specialisten) naar de VS/PA effect heeft, is het belangrijk om bij deze beroepsgroepen voldoende aanwas te hebben. Hier gaan we verder op in in hoofdstuk 4. Maar ook bij verpleegkundigen spelen uitdagingen van uitstroom en is het behouden van voldoende medewerkers een belangrijk aandachtspunt. Wellicht kunnen verpleegkundigen behouden worden voor de zorg als zij meer doorgroeimogelijkheden krijgen en aan de slag kunnen als VS/PA op verschillende plekken in de zorg.

Per 1 maart 2024 zijn er 207.054 BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam in Nederland.¹⁵⁴ Het betreft hier zowel mbo- als hbo-opgeleide verpleegkundigen. 65% van de verpleegkundigen in 2019 was hbo-opgeleid. Als we datzelfde percentage toepassen op de genoemde 207.054 verpleegkundigen, gaan we uit van 134.585 hbo-opgeleide verpleegkundigen.

De uitstroom uit het beroep voor de komende jaren voor zorgprofessionals inclusief verpleegkundigen wordt geschat op 3,3% van de werkzame fte onder de 59 jaar (waarbij de verschillende verpleegkundige beroepen een wat hogere uitstroomverwachting hebben). Hier is dus al rekening gehouden met de groep met de leeftijd van 60+ die met name uitstroomt vanwege pensionering.¹⁵⁵ Het gaat hier met name om specifieke groepen verpleegkundigen (zoals IC- en SEH-verpleegkundigen). In ander onderzoek wordt de uitstroom onder een bredere groep verpleegkundigen in kaart gebracht, waarbij onderscheid in leeftijdscategorieën is gemaakt. Te zien is dat de uitstroom onder jonge verpleegkundigen hoger ligt dan onder oudere verpleegkundigen (11% in de groep 25 tot 35 jaar; 8% in de groep 35 tot 45 jaar).¹⁵⁶

¹⁵⁴ [Registratiecijfers | Over het BIG-register | BIG-register \(bigregister.nl\)](#).

¹⁵⁵ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2022_2025-Deelrapport-8-FZOAVP-DEF-12-jan-23.pdf.

¹⁵⁶ [avans---wise-up-rapport--oorzaken-van-uitstroom-van-recent-afgestudeerden.pdf](#).

De instroom in het beroep verpleegkundige is vooralsnog hoger dan de uitstroom, maar met oplopende tekorten is het belangrijk om te bezien wat er gedaan kan worden om verpleegkundigen in de zorg te behouden. Een van de mogelijkheden is om hen te laten doorontwikkelen naar VS of PA. Dit voorkomt mogelijk uitstroom uit het beroep. Beperkte ontwikkelmogelijkheden worden namelijk genoemd als één van de belangrijkste redenen om te vertrekken. Zo blijkt uit een onderzoek in de regio Utrecht dat hbo-verpleegkundigen ontwikkelmogelijkheden het vaakst als vertrekreden noemden (33%), en ook beduidend vaker dan de andere beroepsgroepen.¹⁵⁷ Ook de werkinhoud werd als belangrijke vertrekreden genoemd. Eerder uitgevoerd landelijk onderzoek laat een vergelijkbaar beeld zien: uitdaging in de werkzaamheden, loopbaanmogelijkheden en opleidingsmogelijkheden werden als belangrijke vertrekredenen genoemd (respectievelijk 20%, 17% en 13%). Ook de manier van werken en de aansturing (19%) en de werk-privé balans werden genoemd (15%).¹⁵⁸

Als een verpleegkundige de mogelijkheid krijgt om in opleiding te gaan en door te groeien naar een rol als VS/PA, kan wellicht een aantal van deze vertrekredenen teniet worden gedaan en kan het zorgen voor behoud van een deel van de verpleegkundigen voor de zorgsector. Dit wordt bevestigd vanuit onderzoek dat stelt dat het bieden van carrièrekansen belangrijk is om mensen voor de zorg te behouden en dat werk als VS/PA een beter carrièreperspectief biedt voor mensen die al in de zorg werken.¹⁵⁹

We gaan uit van een gemiddelde uitstroom van 8% in een jaar (een gemiddelde schatting op basis van bovenstaande cijfers). Als we ervan uitgaan dat 20% van de uitstromers vertrekt vanwege een gebrek aan loopbaan- of ontwikkelmogelijkheden (dit percentage is het gemiddelde van bovengenoemde percentages die horen bij vertrekredenen als het gebrek aan uitdaging in de werkzaamheden en gebrek aan ontwikkel-, opleidings- en loopbaanmogelijkheden, en opleidingsmogelijkheden, namelijk 13%, 17%, 20% en 33%), dan komen we uit op 2.153 hbo-verpleegkundigen die vertrekken vanwege deze redenen. Op basis van het huidige instroomadvies van het Capaciteitsorgaan komen er jaarlijks 762 VS'en/PA's in totaal bij¹⁶⁰, wat betekent dat dit voor circa 35% meer behoud zou zorgen (762/2.153) op het moment dat deze mensen anders uitstromen omdat ze die kans om door te leren niet krijgen.

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat een deel van de verpleegkundigen ook te maken heeft met een hoge ervaren werkdruk, wat ook reden kan zijn om te willen vertrekken. Met het inzetten op meer taakherschikking naar de VS/PA wordt daar geen verandering in verwacht. En ook als men wel de stap van verpleegkundige naar VS/PA maakt, zal een deel van de VS/PA zelf weer uitstromen. Zo wordt verwacht dat 25% van de PA's en 29% van de VS'en over tien jaar zijn uitgestroomd.¹⁶⁰

¹⁵⁷ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004400.pdf>.

¹⁵⁸ <https://regioplus.nl/wp-content/uploads/2020/12/Doorlopend-uitstroomonderzoek-2020.pdf>.

¹⁵⁹ [pdf \(overheid.nl\)](https://overheid.nl).

¹⁶⁰ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-9-PA-VS-AGZ-DEF-12-jan-23.pdf>.

3.1.2 Het effect van taakherschikking op arbeidspotentieel

Het effect van taakherschikking op het activeren van (semi)werklozen

Het is onwaarschijnlijk dat het opschalen van de inzet van de VS/PA bijdraagt aan het activeren van het onbenutte arbeidspotentieel. Werkloze VS'en/PA's op zoek naar een baan als VS/PA zullen namelijk geen onderdeel zijn van het arbeidspotentieel dat nu onbenut is en de vraag is eerder of er bij opschaling wel voldoende VS'en/PA's beschikbaar zijn (zie ook hoofdstuk 4). Naar schatting zijn er op dit moment al zeven moeilijk vervulbare vacatures per honderd werkzame VS'en-AGZ en vier moeilijk vervulbare vacatures op iedere honderd werkzame PA's.¹⁶¹

Het effect van taakherschikking op zijinstroom

Gezien de eisen om in opleiding te komen tot VS/PA, is er bij taakherschikking naar de VS/PA bovendien geen sprake van zijinstroom.¹⁶² Zo is het voor de opleiding tot VS nodig om al als BIG-geregistreerde verpleegkundige (met hbo-v-opleiding) minimaal twee jaar werkervaring te hebben. Voor de PA geldt dat deze een vierjarige hbo-opleiding achter de rug moet hebben in de gezondheidszorg en minimaal twee jaar werkervaring als zorgprofessional. Vaak zijn dat verpleegkundigen, paramedici, operatieassistenten, huidtherapeuten, bewegingswetenschappers of anesthesiemedewerkers.¹⁶³

Het effect van taakherschikking op de inzet van mensen van buiten de EU

In één van de interviews werd aangegeven dat de opleiding tot VS/PA wel een mogelijkheid biedt voor mensen die buiten de EU een geneeskundeopleiding hebben gevolgd. Het is voor hen vaak niet mogelijk om als arts aan het werk te gaan in Nederland maar zij zouden potentieel wel de opleiding tot VS/PA kunnen volgen in Nederland om toch aan het werk te kunnen in de zorg. Voordat deze mensen echter beschikbaar zijn, moeten zij wel eerst een opleiding volgen. Van direct zijinstromen is dus geen sprake.

Cijfers over deze mensen zijn niet beschikbaar. In het BIG-register staan bijvoorbeeld alleen artsen met een erkend diploma geregistreerd. Hierdoor is het niet mogelijk is om het effect op het arbeidspotentieel te beoordelen, maar volgens experts in de interviews zijn dit geen grote aantallen en zou het effect op het arbeidspotentieel daarmee verwaarloosbaar zijn. Dit wordt bevestigd door het Capaciteitsorgaan, dat aangeeft dat de instroom van PA en VS-AGZ vrijwel uitsluitend komt van in Nederland nieuw opgeleide zorgprofessionals er dat er geen sprake lijkt te zijn van structurele zijinstroom vanuit het buitenland.¹⁶⁴

¹⁶¹ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-9-PA-VS-AGZ-DEF-12-jan-23.pdf>.

¹⁶² <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/taakherschikking-waar-liggen-de-grenzen>.

¹⁶³ <https://www.napa.nl/de-physician-assistant-is-een-aanwinst-voor-de-huisartsenzorg/#:~:text=De%20NAPA%20vakgroep%20PA%20huisartsgeneeskunde,PA's%20waarvan%209%20in%20opleiding>.

¹⁶⁴ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-9-PA-VS-AGZ-DEF-12-jan-23.pdf>.

Het effect van taakherschikking op het activeren van onbenutte deeltijdwerkers

Voor wat betreft het activeren van onbenutte deeltijdwerkers, geldt dat de deeltijdfactor van gemiddeld 0,88 voor de VS en 0,92 voor de PA in de MSZ, hoger ligt dan de gemiddelde deeltijdfactor van 0,76 voor alle FZO-beroepen en ambulanceverpleegkundigen.^{165,166} Dit zou erop kunnen wijzen dat verpleegkundigen en mensen met een FZO-beroep mogelijk meer gaan werken op moment dat zij VS/PA worden. Tegelijkertijd kan het ook zo zijn dat de mensen die al meer uren werkten juist degenen zijn die gemotiveerd zijn om VS/PA te worden. Met een deeltijdfactor van 0,67 en 0,76 voor respectievelijk de VS en PA in de eerste lijn, lijkt sowieso niet te gelden dat de inzet van de VS/PA effect heeft op het activeren van onbenutte deeltijdwerkers, omdat zij dus niet meer gaan werken op moment dat ze VS/PA worden.

3.1.3 Het effect van taakherschikking op doelmatigheid van zorg

Beperkt effect op doelmatigheid vanwege zelfde kostprijzen

Theoretisch gezien kan taakherschikking van arts naar VS of PA bijdragen aan het reduceren van de kostenstijging en op die manier bijdragen aan de doelmatigheid van zorg. Een VS of PA verdient immers minder dan een huisarts of medisch specialist. Tegelijkertijd contracteert de zorgverzekeraar de zorg en betaalt die één prijs voor het hele traject. Daarbij maakt het niet uit wie de zorg levert: een huisarts, specialist, VS of PA.¹⁶⁷ De 'winst' voor het feit dat de VS/PA tegen lagere salariskosten een consult uitvoert, ligt daarmee nu bij de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis; zij kunnen namelijk slimmer omgaan met hun budgetten door de inzet van de VS/PA.¹⁶⁸ Hierbij is het echter lastig te zeggen of dat tot winst leidt voor het ziekenhuis, of dat het betekent dat meer diensten worden verleend binnen hetzelfde budget. In het laatste geval zou taakherschikking naar de VS/PA wel een effect hebben op doelmatigheid van zorg.

In eerdere onderzoeken wordt ook opgemerkt dat de inzet van de VS/PA weinig tot niet in de kostprijs wordt meegenomen.¹⁶⁹ Ook blijkt uit een eerdere doelmatigheidsanalyse van de inzet van de VS/PA dat medisch specialisten bijvoorbeeld denken dat de VS/PA geen eigen diagnose-behandelcombinatie (DBC) mag openen. En wanneer bekend is dat dat wel kan, bestaat de angst dat wanneer een PA of VS wordt geregistreerd er gekort zal worden door de zorgverzekeraar.¹⁷⁰

Wel is in het kader van taakherschikking een aanpassing doorgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in de registratieverplichting (artikel 23 lid 3 van de regeling medisch-specialistische zorg) die in 2023 van toepassing is gegaan. Daarmee moet de zorgactiviteit worden vastgelegd op de kwaliteitscode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd.¹⁷¹ Dit geldt voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren, oftewel de medisch specialist, PA en VS. Vooralsnog geldt echter dat het niet verplicht is om de kwalificatiecode mee te sturen op de nota naar de zorgverzekeraar. Het doel is hiermee dan ook niet zozeer gericht op doelmatigheid of kostenbesparingen, maar om meer zicht te krijgen op de ontwikkeling van beleid rondom taakherschikking en het delen van *best-practice*-voorbeelden met het veld.¹⁷²

¹⁶⁵ https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2022_2025-Deelrapport-8-FZOAVP-DEF-12-jan-23.pdf.

¹⁶⁶ <https://capaciteitsorgaan.nl/capaciteitsplan-2024-2027-deelrapport-9-physician-assistant-en-verpleegkundig-specialist-algemene-gezondheidszorg/>.

¹⁶⁷ <https://zorgmasters.nl/faq/>.

¹⁶⁸ <https://zorgmasters.nl/extdocs/2020-juli-de-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant-in-de-huisartsenzorg.pdf>.

¹⁶⁹ <https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/blg-878303.pdf>.

¹⁷⁰ <https://doelmatigheidsanalyse-pa-vs.nl/content/algemeen/conclusie/>.

¹⁷¹ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren/taakherschikking>.

¹⁷² <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/kwalificatiecode-wat-is-het-doel-van-de-registratieverplichting>.

Theoretische effect op doelmatigheid op basis van kostprijzen

Om toch tot een doelmatigheidsanalyse van taakherschikking te komen, ontwikkelde Platform Zorgmasters het instrument 'Doelmatigheidsanalyse voor de PA of VS binnen de medisch specialistische zorg'. Met dit instrument is de inzet van de verschillende beroepsgroepen, (namelijk de VS, PA, de MS en de a(n)ios) omgezet in kosten om zo de doelmatigheid kwantitatief te kunnen uitdrukken, waarbij ervoor gekozen is te richten op de directe personele kosten per beroepsgroep.¹⁷³ Daarmee is per uur tot de volgende kostprijzen gekomen¹⁷⁴:

- **VS/PA:** € 56-€ 68 (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde kostprijs van € 62);
- **MS:** € 126-€ 131 (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde kostprijs van € 128,50);
- **Anios:** € 56.

Uitgaande van het theoretisch maximaal effect zoals berekend in hoofdstuk 2 kan inzichtelijk worden gemaakt met welke theoretische kostenbesparing taakherschikking in de MSZ gepaard gaat.

Voor een huisarts is met deze doelmatigheidsanalyse geen kostprijs berekend. Ervan uitgaande dat de huisarts circa 66% verdient van wat de medisch specialist verdient, gaan we uit van een kostprijs van tussen de € 84 en € 87 per uur voor de huisarts (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde kostprijs van € 85,50).¹⁷⁵

Effecten op doelmatigheid van de inzet van de VS/PA in de huisartsenzorg

In paragraaf 2.1.3 hebben we berekend dat huisartsen door de inzet van VS potentieel minimaal 3,35 miljoen uren en maximaal 6,70 miljoen uren aan capaciteit besparen. Met de inzet van de PA is dat minimaal 9,38 miljoen uren en maximaal 12,06 miljoen uren. Om dit te realiseren zijn er minimaal 5,01 miljoen uren en maximaal 10,01 miljoen uren benodigd aan VS of minimaal 10,96 miljoen uren en maximaal 14,09 miljoen uren benodigd aan PA. In tabel 26 is weergegeven wat hiervan de effecten zijn op de doelmatigheid op basis van bovengenoemde kostprijzen. De inzet van de VS in de huisartsenzorg leidt tot een toename van de zorgkosten met minimaal € 23,92 miljoen en maximaal € 47,85 miljoen. De inzet van de PA in de huisartsenzorg leidt tot een afname van de zorgkosten met minimaal € 122,64 miljoen en maximaal € 157,68 miljoen.

Tabel 26. Effecten op doelmatigheid van de inzet van VS of PA in de huisartsenzorg.

Effecten van de inzet van VS en PA	Omvang in uren	Omvang in euro's
Potentiële netto capaciteitsbesparing huisartsen door inzet van VS	3,35 – 6,70 miljoen uren	€ 286,44 – € 572,89 miljoen
Benodigde inzet van VS	5,01 – 10,01 miljoen uren	€ 310,37 – € 620,73 miljoen
Besparing door inzet van VS		€ -23,92 – € -47,85 miljoen

¹⁷³ <https://doelmatigheidsanalyse-pa-vs.nl/content/achtergronden/informatie-literatuur/>.

¹⁷⁴ <https://doelmatigheidsanalyse-pa-vs.nl/content/extdocserv/achtergronden/E1-Uitwerking-kostprijzen-per-beroepsgroep.pdf>.

¹⁷⁵ <https://www.werkenbijartsenzorg.nl/huisarts-in-loondienst#:~:text=Er%20zijn%20duidelijke%20richtlijnen%20wat,8000%2C%2D%20bruto%20per%20maand>.

Effecten van de inzet van VS en PA	Omvang in uren	Omvang in euro's
Potentiële netto capaciteitsbesparing huisartsen door inzet van PA	9,38 – 12,06 miljoen uren	€ 802,04 – € 1.031,20 miljoen
Benodigde inzet van PA	10,96 – 14,09 miljoen uren	€ 679,40 – € 873,52 miljoen
Besparing door inzet van PA		€ 122,64 – € 157,68 miljoen

Effecten op doelmatigheid van de inzet van de VS/PA in de medisch specialistische zorg

In paragraaf 2.2.3 hebben we berekend dat medisch specialisten door de inzet van VS potentieel minimaal 33.898 uren en maximaal 67.796 uren aan capaciteit besparen. Met de inzet van de PA is dat minimaal 17.127 uren en maximaal 34.254 uren. Om dit te realiseren zijn er minimaal 54.081 uren en maximaal 108.162 uren benodigd aan VS of minimaal 25.440 uren en maximaal 50.880 uren benodigd aan PA.

Verder hebben we in paragraaf 2.2.3 berekend dat de aniossen door de inzet van VS potentieel minimaal 202.166 uren en maximaal 258.773 uren aan capaciteit besparen. Met de inzet van de PA is dat minimaal 1,27 miljoen uren en maximaal 1,54 miljoen uren. Om dit te realiseren zijn er minimaal 243.530 uren en maximaal 311.718 uren benodigd aan VS of minimaal 1,43 miljoen uren en maximaal 1,75 miljoen uren benodigd aan PA. In tabel 27 is weergegeven wat hiervan de effecten zijn op de doelmatigheid op basis van bovengenoemde kostprijzen.

De inzet van de VS in de medisch specialistische zorg ter vervanging van werkzaamheden van de medisch specialist leidt tot een afname van de zorgkosten met minimaal € 1,00 miljoen en maximaal € 2,01 miljoen. De inzet van de PA in de medisch specialistische zorg ter vervanging van werkzaamheden van de medisch specialist leidt tot een afname van de zorgkosten met minimaal € 0,62 miljoen en maximaal € 1,25 miljoen. De inzet van de VS in de medisch specialistische zorg ter vervanging van werkzaamheden van anios leidt tot een toename van de zorgkosten met minimaal € 3,78 miljoen en maximaal € 4,84 miljoen. De inzet van de PA in de medisch specialistische zorg ter vervanging van werkzaamheden van anios leidt tot een toename van de zorgkosten met minimaal € 18,05 miljoen en maximaal € 21,97 miljoen. Tegelijkertijd is het belangrijk te vermelden dat dit moet worden gezien als productiviteitsverhoging en dat dit budget niet kortweg vrijgespeeld wordt met de inzet van VS/PA.

Tabel 27. Effecten op doelmatigheid van de inzet van VS of PA in de MSZ.

Effecten van de inzet van VS en PA	Omvang in uren	Omvang in euro's
Potentiële netto capaciteitsbesparing MS door inzet van VS	33.898 – 67.796 uren	€ 4,36 – € 8,71 miljoen
Benodigde inzet van VS	54.081 – 108.162 uren	€ 3,35 – € 6,71 miljoen
Besparing van MS door inzet van VS		€ 1,00 – € 2,01 miljoen
Potentiële netto capaciteitsbesparing MS door inzet van PA	17.127 – 34.254 uren	€ 2,20 – € 4,40 miljoen
Benodigde inzet van PA	25.440 – 50.880 uren	€ 1,58 – € 3,15 miljoen
Besparing van MS door inzet van PA		€ 0,62 – € 1,25 miljoen

Effecten van de inzet van VS en PA	Omvang in uren	Omvang in euro's
Potentiële netto capaciteitsbesparing anios door inzet van VS	202.166 – 258.773 uren	€ 11,32 – € 14,49 miljoen
Benodigde inzet van VS	243.530 – 311.718 uren	€ 15,10 – € 19,33 miljoen
Besparing van anios door inzet van VS		€ -3,78 – € -4,84 miljoen
Potentiële netto capaciteitsbesparing anios door inzet van PA	1,27 – 1,54 mln uren	€ 70,87 – € 86,27 miljoen
Benodigde inzet van PA	1,43 – 1,75 mln uren	€ 88,92 – € 108,24 miljoen
Besparing van anios door inzet van PA		€ -18,05 – € -21,97 miljoen

3.1.4 Het effect van taakherschikking op de kwaliteit van zorg

Volgens experts zijn patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg minimaal hetzelfde met de inzet van de VS/PA ten opzichte van wanneer die zorg door de huisarts wordt geleverd. De VS/PA biedt, in tegenstelling tot een waarnemer die door tekorten ook steeds vaker wordt ingezet, bovendien een vast gezicht in de huisartsenpraktijk, waardoor continuïteit van zorg toeneemt. Zo leert de VS/PA de zorgbehoefte van een patiënt beter kennen en kan bovendien gefocust worden op aspecten als preventie en zelfmanagement, met mogelijk een positief effect op zorggebruik tot gevolg. Ook uit eerder onderzoek van het Radboudumc uit 2020 blijkt dat patiënten zeer tevreden zijn met de inzet van de VS/PA en geen of weinig verschil ervaren met zorg van de huisarts.¹⁷⁶ Doordat de VS/PA vaak ook een bepaald expertisegebied op zich neemt en daarmee bepaalde klachten veel ziet, wordt tevens een bijdrage aan kwaliteitsverbetering gezien. Tot slot wordt in de interviews aangegeven dat de inzet van de VS/PA voor betere afstemming en taakverdeling binnen de praktijk zorgt.

Ook in de MSZ komt de inzet van de VS/PA de kwaliteit van de zorg ten goede volgens experts. In tegenstelling tot de wisseling van basisartsen, vormen VS'en/PA's ook hier een continue factor waardoor zij beter een band kunnen opbouwen met de patiënt en zich tevens kunnen focussen op aspecten als preventie en zelfmanagement. Uit onderzoek blijkt dat de VS/PA een patiënt meer informatie verschaft, omdat patiënten meer vragen aan de VS/PA stellen dan aan een medisch specialist. Medisch specialisten geven daarnaast ook aan dat het aanstellen van een VS/PA bijdraagt aan kwaliteit van zorg.¹⁷⁷ VS'en/PA's voelen zich bovendien vaak meer verbonden met werkplek dan aniossen omdat zij waarschijnlijk veel langer op dezelfde plek blijven werken dan de anios. Die verbondenheid aan een werkplek zorgt ervoor dat mensen willen investeren in de kwaliteit van zorg. Ook hier geldt dat de VS/PA met een aandachtsgebied handelingen vaak herhaalt, wat de kwaliteit ten goede komt.

¹⁷⁶ <https://zorgmasters.nl/extdocs/2020-juli-de-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant-in-de-huisartsenzorg.pdf>.

¹⁷⁷ <https://zorgmasters.nl/geen-categorie/geert-van-den-brink-pa-en-vs-moeten-weten-welke-waarde-ze-toevoegen/>.

3.2 Casus 2 – Jobcarving in de langdurige zorg

3.2.1 Het effect van jobcarving op behoud van personeel in de langdurige zorg

In 2020 bedroeg de totale uitstroom 13,4% van het totaal aantal medewerkers in de VVT-branche; in de gehandicaptenzorg was dat 12,9%. Hoewel een deel hiervan mensen betreft die met pensioen gaan, geldt dat respectievelijk 7,3% en 8,6% van het totaal aantal medewerkers in de VVT en GHZ in 2020 hun loopbaan buiten de zorg en welzijn vervolgden.¹⁷⁸

Ook hier geldt dat jobcarving theoretisch zou kunnen bijdragen aan het behoud van personeel door bijvoorbeeld bij te dragen aan werkdrukvermindering. In interviews wordt genoemd dat met de inzet van een afdelingsassistent meer focus kan ontstaan op kerntaken bij degenen waarvan taken worden overgeheveld naar een nieuwe functie. Meer focus leidt vervolgens tot minder werkdruk en meer werkplezier, is de redenatie. Bovendien komt de bezetting beter rond, wat werkdrukverlagend werkt. Anderzijds worden 'leuke' momenten zoals koffie drinken met een cliënt overgenomen door een afdelingsassistent, waardoor het werkplezier mogelijk af zou nemen. Dit zou potentieel een negatief effect op behoud hebben.

Uit het uitstroomonderzoek van RegioPlus uit 2020 blijkt echter dat werkdruk/werkstress niet één van de belangrijkste vertrekreden is om de VVT of gehandicaptenzorg te verlaten. De manier van aansturing, de werksfeer, uitdaging in de werkzaamheden, loopbaanmogelijkheden en de werk-privébalans zijn daarentegen wel belangrijke redenen om de sector te vertalen.¹⁷⁹ Dit zijn factoren waarbij het niet hard kan worden gemaakt of jobcarving daaraan kan bijdragen, omdat eerder onderzoek ontbreekt en ook in de interviews wordt aangegeven dat dat lastig te zeggen is. Alleen voor wat betreft uitdaging in de werkzaamheden zou gesteld kunnen worden dat dit toeneemt doordat de zorgtaken die overblijven complexer van aard zijn. Hiermee wordt een groter beroep gedaan op het verantwoordelijkheidsgevoel van helpenden, verzorgenden en begeleiders en krijgen zij meer begeleidende en instruerende taken. Uit de interviews komt dit tegelijkertijd juist als belemmerende factor naar voren, die bijdraagt aan een toenemende werkdruk.

Of jobcarving een positief effect heeft op behoud van personeel in de VVT en GHZ valt op basis van het bovenstaande dus niet hard te maken.

3.2.2 Het effect van jobcarving op arbeidspotentieel

Jobcarving is daarentegen bij uitstek wel geschikt om een onbenut arbeidspotentieel aan te boren. Met jobcarving kunnen immers functies worden gecreëerd die een werkplek bieden aan mensen met afstand tot de arbeidsmarkt. Dat geldt ook voor de functie van afdelingsassistent, waarbij mensen zonder (zorg)diploma middels jobcarving wel aan de slag kunnen in de zorg.

¹⁷⁸ https://abfresearch.nl/app/uploads/2022/06/infographic_actiz_2.pdf.

¹⁷⁹ [Doorlopend-uitstroomonderzoek-2020.pdf \(regioplus.nl\)](#).

Effect van jobcarving op het activeren van (semi)werklozen

In juli 2023 waren 362 duizend mensen van vijftien tot 75 jaar werkloos. Dat is 3,6% van de beroepsbevolking.¹⁸⁰ In hoofdstuk 2 hebben we berekend dat tussen 10 en 13 duizend fte nodig zijn in de verpleeghuiszorg en tussen de circa 17 en 34 duizend fte in de gehandicaptenzorg om de potentiële zorgcapaciteit onder helpenden, verzorgenden en begeleiders vrij te spelen. Uitgaande van gemiddeld 0,6 fte dat een assistent zou werken komt dat neer op circa 17 à 22 duizend banen in de verpleeghuissector en 28 à 57 duizend banen in de gehandicaptensector. Los van het deel dat al benut is (zie hoofdstuk 4), geldt dat deze plekken theoretisch gevuld kunnen worden met mensen die werkloos zijn.

Binnen de groep werklozen is echter veel diversiteit. Het kan gaan om mensen met of zonder arbeidsbeperking, ouderen, jongeren, mensen met uiteenlopende uitkeringsrechten, niet-uitkeringsgerechtigden en mensen met uiteenlopende opleidingsniveaus.¹⁸¹ De vraag is hoeveel van deze mensen zich kunnen en willen inzetten als afdelingsassistent.

Aangezien het om mensen zal gaan die geen diploma nodig hebben, lijkt dit, in ieder geval op het eerste gezicht, goed te kunnen en wordt voor een kleine groep werklozen middels jobcarving de mogelijkheid geopend aan het werk te gaan. Door jobcarving mogelijk te maken en te stimuleren, wordt daarmee zinvol en duurzaam werk gecreëerd voor mensen die weinig alternatieven hebben.

Effect van jobcarving op zijnstroom

Dat geen diploma nodig is voor de functie van afdelingsassistent, betekent ook dat mensen die graag in de zorg zouden willen werken in principe makkelijk kunnen zijnstromen vanuit andere sectoren. Volgens het Actie Leer Netwerk, zouden 250.000 werkende Nederlanders overwegen een overstap te maken naar een andere sector en in de zorg willen werken.¹⁸² Mogelijk dat de functie van afdelingsassistent een goede opstap biedt voor deze mensen om die overstap daadwerkelijk te maken. Voor hoeveel mensen dat geldt en hoe groot het effect van jobcarving daarmee is op zijnstroom is op basis van de resultaten van dit onderzoek lastig te zeggen. Respondenten geven aan dat hier mogelijk een effect zal optreden, maar kunnen dit effect niet kwantificeren en eerder onderzoek hiernaar ontbreekt.

Effect van jobcarving op de inzet van mensen van buiten de EU

Voor wat betreft het effect van jobcarving op de inzet van mensen van buiten de EU, zou de functie van afdelingsassistent een interessante ingang kunnen bieden voor statushouders om in de zorg aan het werk te gaan. Tussen 2014 en 2022 kregen bijna 215.000 mensen een verblijfsvergunning en van deze statushouders had 45% halverwege 2022 een baan.¹⁸³ Net als voor de groep (semi)werklozen geldt dat de banen die ontstaan middels jobcarving voor een kleine groep statushouders die nog niet werkt mogelijk een opening biedt om aan het werk te gaan.

¹⁸⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/33/werkloosheid-in-juli-toegenomen>.

¹⁸¹ <https://open.overheid.nl/documenten/83751903-0e9d-4bff-823d-c2d5a9dfd81d/file>.

¹⁸² <https://www.actieleernetwerk.nl/lefgozer-overstappen-naar-de-ouderenzorg/>.

¹⁸³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/15/steeds-meer-statushouders-hebben-betaald-werk>.

3.2.3 Het effect van jobcarving op doelmatigheid van zorg

Net als voor casus 1 geldt ook hier dat het lastig is om de doelmatigheid van de sociale innovatie in kaart te brengen, omdat er geen afzonderlijke kostprijzen gelden voor de geleverde zorg door een afdelingsassistent of door een verzorgende, helpende of begeleider. We gaan daarom uit van de bruto jaarsalarissen (voor een fulltime dienstverband) welke we ophogen met 30% sociale lasten en premies die werkgevers afstaan om tot de totale kosten te komen.¹⁸⁴

Bruto jaarsalarissen in de langdurige zorg¹⁸⁵, inclusief 30% sociale lasten en premies, komen neer op:

- **Verzorgende IG FWG 35-40**¹⁸⁶: € 37.180,00 – € 53.387,10 (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde van € 45.283,55);
- **Helpende FWG 25**: € 34.222,50 – € 44.582,20 (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde van € 39.402,35);
- **Assistent FWG 15**: € 31.974,80 – € 39.630,50 (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde van € 35.802,65).

Bruto jaarsalarissen in de gehandicaptenzorg,¹⁸⁷ inclusief 30% sociale lasten en premies komen neer op:

- **Verzorgende FG 35-40**¹⁸⁸: € 47.674,90;
- **Begeleider FG 45**: € 47.674,90 – € 66.552,20 (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde van € 57.113,55);
- **Assistent FG 5**: € 33.039,50 – € 40.441,70 (bij onderstaande berekeningen hanteren we een gemiddelde van € 36.740,60).

Uitgaande van het theoretisch maximale effect zoals berekend in hoofdstuk 2 kan inzichtelijk worden gemaakt met welke theoretische kostenbesparing jobcarving in de langdurige zorg en de gehandicaptenzorg gepaard gaat.

Effecten op doelmatigheid van inzet assistenten in verpleeghuishouding

In paragraaf 2.3.3 hebben we berekend dat verzorgenden IG door de inzet van afdelingsassistenten potentieel minimaal 5.504 fte en maximaal 6.504 fte aan capaciteit besparen. Voor helpenden is dat minimaal 3.520 fte en maximaal 5.176 fte. Om dit te realiseren zijn er minimaal 10.226 fte en maximaal 13.238 fte benodigd aan afdelingsassistenten. In onderstaande tabel is weergegeven wat hiervan de effecten zijn op de doelmatigheid op basis van bovengenoemde bruto jaarsalarissen inclusief 30% sociale lasten en premies. De inzet van afdelingsassistenten in de verpleeghuishouding leidt tot een afname van de zorgkosten met minimaal € 21,77 miljoen en maximaal € 24,54 miljoen.

¹⁸⁴ Het percentage sociale lasten nemen we als gemiddelde, in werkelijkheid zal dit percentage verschillen per werknemer.

¹⁸⁵ <https://www.fnv.nl/getmedia/40b7bba6-4a46-420b-a828-e62666417d8f/1728-verpleeg-verzorgingshuizen-thuiszorg-en-jeugdgezondheidszorg-vvt-cao-01-01-2022-tm-31-12-2024-v13112023.pdf?ext=.pdf&dt=20240104095221>.

¹⁸⁶ FWG staat voor Functie Waardering Gezondheidszorg, waarbij de cijfers de functiegroep aangegeven.

¹⁸⁷ <https://www.vgn.nl/system/files/2023-12/Salaristabellen%20CAO%20Gehandicaptenzorg.pdf>.

¹⁸⁸ In de CAO Gehandicaptenzorg wordt gesproken van functiegroepen.

Tabel 28. Effecten op doelmatigheid van de inzet van afdelingsassistenten in de verpleeghuiszorg.

Effecten van de inzet van afdelingsassistenten	Omvang in fte	Omvang in euro's
Potentiële netto capaciteitsbesparing verzorgenden IG door inzet van afdelingsassistenten	5.504 – 6.504 fte	€ 249,23 – € 294,54 miljoen
Potentiële netto capaciteitsbesparing helpenden door inzet van afdelingsassistenten	3.520 – 5.176 fte	€ 138,68 – € 203,94 miljoen
Benodigde inzet van afdelingsassistenten	10.226 – 13.238 fte	€ 366,13 – € 473,94 miljoen
Besparing door inzet van afdelingsassistenten		€ 21,77 – € 24,54 miljoen

Effecten op doelmatigheid van inzet assistenten in gehandicaptenzorg

In paragraaf 2.3.5 hebben we berekend dat verzorgenden IG door de inzet van afdelingsassistenten potentieel minimaal 692 en maximaal 1.384 fte aan capaciteit kunnen besparen. Voor begeleiders is dat minimaal 12.450 fte en maximaal 24.900 fte. Om dit te realiseren zijn er minimaal 16.792 en maximaal 33.583 fte benodigd aan afdelingsassistenten. In onderstaande tabel is weergegeven wat hiervan de effecten zijn op de doelmatigheid op basis van bovengenoemde bruto jaarsalarissen inclusief 30% sociale lasten en premies. De inzet van afdelingsassistenten in de gehandicaptenzorg leidt tot een afname van minimaal € 127,13 miljoen en maximaal € 254,26 miljoen.

Tabel 29. Effecten op doelmatigheid van de inzet van afdelingsassistenten in de gehandicaptenzorg.

Effecten van de inzet van afdelingsassistenten	Omvang in fte	Omvang in euro's
Potentiële netto capaciteitsbesparing verzorgenden IG door inzet van afdelingsassistenten	692 – 1.384 fte	€ 33,00 – € 65,99 miljoen
Potentiële netto capaciteitsbesparing begeleiders door inzet van afdelingsassistenten	12.450 – 24.900 fte	€ 711,06 – € 1.422,129 miljoen
Benodigde inzet van afdelingsassistenten	16.792 – 33.583 fte	€ 616,93 – € 1.233,87 miljoen
Besparing door inzet van afdelingsassistenten		€ 127,13 – € 254,26 miljoen

3.2.4 Het effect van jobcarving op kwaliteit van zorg

Om iets over het effect van jobcarving op de kwaliteit van zorg te zeggen, is het belangrijk te benoemen dat er twee situaties te onderscheiden zijn. De situatie waarin de assistent wordt ingezet voor extra ondersteuning en het uitvoeren van taken die anders niet gedaan worden. En de situatie waarbij de assistent volledig wordt ingezet om taken over te nemen van helpenden, verzorgenden en begeleiders om zorgcapaciteit vrij te spelen.

Voor wat betreft de eerste situatie geldt dat in de interviews wordt aangegeven dat met de inzet van afdelingsassistenten kan worden bijgedragen aan het welzijn van de cliënten, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt. Er is sprake van meer gefocuste aandacht dan de aandacht die verzorgenden of helpenden over het algemeen kunnen bieden door het bredere takenpakket dat zij hebben. Tegelijkertijd wordt dan wel vaak uitgegaan van 'extra' taken gericht op welzijn, zoals het hebben van activiteiten, spelletjes of extra verzorging (denk aan iemands nagels lakken) en het effect daarvan op kwaliteit. In het verlengde daarvan wordt in interviews opgemerkt dat een afdelingsassistent zo kan worden ingezet dat die continu aanwezig is, bijvoorbeeld in de woonkamer van cliënten. Op die manier draagt de assistent ook bij aan de veiligheid van cliënten; er is namelijk altijd iemand aanwezig die een oogje in het zeil houdt. Experts geven dan ook aan dat families afdelingsassistenten over het algemeen erg waarderen.

Ook in de Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg van het Trimbosinstituut wordt met name op de inzet van de assistent gereflecteerd vanuit het perspectief van de eerste situatie. Hoewel in deze monitor wordt aangegeven dat de assistent kan worden ingezet om taken over te nemen van zorgmedewerkers, wordt aangegeven dat de assistent van toegevoegde waarde is omdat er meer aandacht is voor bewoners en meer hulp is tijdens piekmomenten. Hoewel de assistent hierbij op indirecte wijze wel werkdruk kan wegnemen bij het zorgpersoneel, wordt hier dus niet uitgegaan van de situatie waarbij de afdelingsassistent zich richt op het uitvoeren van taken die anders bij het zorgpersoneel zouden liggen.¹⁸⁹

Of jobcarving in het geval van de tweede situatie, waarbij taken van de verzorgende, helpende of begeleider samenkomen in een nieuw takenpakket van de afdelingsassistent en de afdelingsassistent dus helemaal niet wordt ingezet voor aanvullende (welzijns)taken, een positief effect heeft op kwaliteit van zorg, valt daarmee lastig te zeggen. Wel wordt aangegeven dat als er duidelijke afspraken zijn over welke taken worden uitgevoerd door de afdelingsassistent en die taken goed aansluiten bij iemands niveau, de kwaliteit van zorg gelijk zal blijven. Een risico van jobcarving is echter dat belangrijke informatiemomenten verloren gaan voor verzorgenden/helpenden. Het drinken van en kopje koffie met een cliënt kan dienen als informatiemoment en draagt bij aan het opbouwen van een band met een cliënt. Deze hechting is belangrijk, zeker bij cliënten met gedragsproblematiek in de gehandicaptenzorg. Met jobcarving neemt een afdelingsassistent deze hechting over en bestaat het risico dat de informatie in de overdracht tussen afdelingsassistenten en helpenden/verzorgenden verloren gaat, wat de kwaliteit van zorg zou verminderen.

¹⁸⁹ <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1718-monitor-personeelssamenstelling-verpleeghuiszorg.pdf>.

3.3 Casus 3 – Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners

3.3.1 Het effect van samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners op behoud van personeel

In hoofdstuk 2 hebben we in kaart gebracht wat het potentiële effect van de samenwerking met informeel zorgverleners kan zijn op zorgcapaciteit op moment dat zij taken overnemen van wijkverpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in de langdurige zorg en verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg. Het is lastig te zeggen of de zorgcapaciteit die op dat moment zou vrijkomen, bijdraagt aan het behoud van formele zorgverleners in de wijkverpleging, de langdurige zorg en de ziekenhuiszorg. De verwachting is namelijk dat de capaciteit die vrijkomt, niet direct tot verlichting van de werkdruk zal leiden, maar gebruikt zal worden voor andere taken en werkzaamheden. Daarmee neemt de werkdruk niet af, zo wordt in de interviews aangegeven.

Bovendien is het de vraag of het realistisch en wenselijk is om de samenwerking met informeel zorgverleners op deze manier, namelijk gericht op het verminderen van werkdruk, te benaderen. Uiteindelijk is de verwachting dat informeel zorgverleners wel taken kunnen overnemen van formele zorgverleners, maar in de praktijk gebeurt dat met name vanuit een ontwikkeling waarbij *samenwerking* tussen formele en informeel zorgverleners in het netwerk van de patiënt/cliënt steeds belangrijker wordt. Het uitgangspunt is hierbij een gelijkwaardige samenwerking, met oog voor ieders rol, grenzen en deskundigheid. In een aantal interviews wordt genoemd dat juist deze samenwerking met het sociale netwerk van de cliënt of patiënt, met name in de wijk en in het verpleeghuiszorg, wel tot meer werkplezier kan leiden onder zorgpersoneel. Bij een goede samenwerking met het sociale netwerk kunnen zorgverleners erop vertrouwen dat iemand genoeg aandacht krijgt, waardoor zij zelf minder in de knel komen te zitten met de beperkte tijd en aandacht die zij hebben. Bovendien krijgen zorgverleners een beter beeld van de client of patiënt, waardoor zij beter kunnen inspelen op iemands wensen en behoeften.¹⁹⁰

Om de samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners te faciliteren en stimuleren wordt op verschillende plekken geëxperimenteerd met de inzet van zogeheten leefcoaches of buurtverbinders. Een voorbeeld hiervan is Community Care in Dongen (van zorgaanbieder Maria-oord), waar een leefcoach wordt ingezet die met de patiënt/cliënt en diens naasten meedenkt en coördineert, zodat de patiënt/cliënt langer thuis kan blijven wonen.¹⁹¹ Daarnaast regelt de leefcoach de hulp die mensen nodig hebben, zoals thuiszorg, maar verleent deze ook informele hulp door een relatie met de cliënt en diens netwerk aan te gaan. Bij Maria-oord is sprake van hoge werknemerstevredenheid, met een positief effect op de verzuimcijfers. Zo heeft de organisatie twee keer een oorkonde ontvangen voor het laagste ziekteverzuim in Nederland.¹⁹² Het valt te verwachten dat deze hoge werknemerstevredenheid tevens effect heeft op behoud van personeel.

Een ander voorbeeld is de woongemeenschap 'Wij zijn Zuiderschans', waar vrijwillige buurtverbinders wonen in een gemeenschap met ouderen met en zonder zorgvraag, die zich, ondersteund door een communitycoach en zorgmedewerkers, inzetten voor het verbinden van ouderen. Dit initiatief zorgt voor minder verzuim door meer werkplezier en minder werkdruk, minder inzet van zorgpersoneel door de inzet van 'Butterfly verbinders' en minder personeelsverloop door verbetering van het imago van ouderenzorg.¹⁹³

¹⁹⁰ https://www.eerstekamer.nl/overig/20210226/domeinoverstijgend_samenwerken_in/document.

¹⁹¹ <https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/community-care-dongen/>.

¹⁹² <https://mariaoord.nl/maria-oord-laagste-verzuimcijfers-in-ouderenzorg-nederland/>.

¹⁹³ <https://www.waardigheidentrots.nl/uit-de-praktijk/vrijwilligers-wonen-tussen-ouderen-met-zorgvraag>.

Kortom, de voorbeelden van Community Care Dongen en Wij zijn Zuiderschans geven wel signalen dat de inzet van informele zorg mogelijk een positief effect heeft op behoud van medewerkers, maar het lastig is te zeggen of de zorgcapaciteit die met deze sociale innovatie kan vrijkomen, bijdraagt aan het behoud van formele zorgverleners in de wijkverpleging, in de langdurige zorg en in de ziekenhuiszorg.

3.3.2 Het effect van samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners op arbeidspotentieel

Arbeidspotentieel is minder relevant voor deze casus. Er wordt met het betrekken van het sociale netwerk niet direct onbenut arbeidspotentieel aangeboord. Het gaat immers om de inzet van onbetaald werk en deze sociale innovatie heeft als doel vrijwilligers te faciliteren om informele zorg te verlenen. Het is daarbij wel een belangrijke vraag of het realistisch en wenselijk is de samenwerking met informeel zorgverleners te benaderen vanuit een capaciteitsvraagstuk. Hoewel de bereidheid om te willen zorgen is gestegen in de afgelopen jaren en de mate waarin men bereid is vrijwilligerswerk te doen mogelijk toeneemt, vormen beschikbaarheid van informeel zorgverleners en het risico op overbelasting een probleem.¹⁹⁴ Op dit knelpunt wordt verder ingegaan in paragraaf 4.4.2.

Bij de eerdergenoemde praktijkvoorbeelden wordt wel een mogelijk effect op het arbeidspotentieel gesignaleerd. Er worden nieuwe functies gecreëerd om de samenwerking tussen formele en informele zorg in het netwerk van de patiënt/cliënt te bewerkstelligen. Deze nieuwe functies kunnen mogelijk nieuwe mensen (zonder zorgdiploma) aantrekken om aan de slag te gaan in de zorg. Daarmee zou mogelijk onbenut arbeidspotentieel kunnen worden aangeboord.

3.3.3 Het effect van samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners op doelmatigheid van zorg

Het is voor deze casus minder passend om kostenbesparing te berekenen door een vergelijking te maken tussen kosten van een 'gratis' informeel zorgverlener en kosten van een formele zorgverlener. In algemene zin is een mantelzorger goedkoper dan de inzet van een formele zorgverlener en berekeningen laten zien dat de inzet van mantelzorgers een waarde oplevert van tussen de € 16 tot € 22 miljard, die de maatschappij nu niet kwijt is.¹⁹⁵ Dit bedrag is opgebouwd uit de ureninzet die mantelzorgers besteden aan zorg en overige kosten zoals reiskosten en die de maatschappij nu dus bespaart. Dit zijn kosten die zich lastig laten vergelijken met de kosten van formele zorg, waardoor het dus lastig is om de doelmatigheid in kaart te brengen.

¹⁹⁴ https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004474_0.pdf.

¹⁹⁵ <https://www.mantelzorg.nl/nieuws/waarde-van-mantelzorg-is-22-miljard-per-jaar/>.

Wel bieden de eerdergenoemde praktijkvoorbeelden die zich richten op samenwerken met informeel zorgverleners enige inzicht in mogelijke effecten op de doelmatigheid. Bij Community Care in Dongen is gebleken dat opname in het verpleeghuis gemiddeld met acht maanden wordt uitgesteld, wat een besparing van gemiddeld € 38.400 per cliënt oplevert.¹⁹⁶ Bij het project Sociaal Arrangeren zorgt de samenwerking tussen de ouderen, de mantelzorgers en de professionals voor het verbeteren van de zelfredzaamheid van de ouderen en voor een vermindering van de zorgvraag. Uit de pilot is gebleken dat zowel de mantelzorgers als de zorgprofessionals minder belasting ervaren.¹⁹⁷ Uit een maatschappelijke kosten-batenanalyse blijkt daarnaast dat iedere geïnvesteerde euro in het initiatief van woongemeenschap Wij zijn Zuiderschans een besparing van € 2,64 oplevert. Deze besparing komt voort uit minder verzuim, minder inzet van personeel en minder personeelsverloop.¹⁹⁸ Ook werd in een interview genoemd dat de Knarrenhofjes¹⁹⁹, een voorbeeld van een zorgzame gemeenschap, zo'n €1.000 per bewoner aan kostenbesparing oplevert omdat formele zorg kan worden uitgesteld.

Voor wat betreft het samenwerken met mantelzorgers in het ziekenhuis werd in interviews aangegeven dat een mogelijk neveneffect is dat het aantal uren wijkverpleging dat nodig is na ontslag, omlaag kan. Geïnterviewden geven aan dat er minder uren aan wijkverpleging nodig zijn wanneer mantelzorgers ingezet worden in ziekenhuizen bij het ondersteunen van hun naasten. Deze signalen geven aanleiding voor vervolgonderzoek, dus hier zijn tot op heden geen cijfers over bekend.

Kortom, verschillende initiatieven illustreren het mogelijke effect dat de samenwerking met sociale netwerken kan hebben op doelmatigheid van zorg. Tegelijkertijd geven respondenten aan dat meer (actie)onderzoek nodig is naar de werkzame elementen van dergelijke samenwerkingen en het potentiële effect op doelmatigheid van zorg op macroniveau. Momenteel zijn er meerdere initiatieven waarbij kostenbesparing geconstateerd is, maar is het nog te vroeg om een conclusie te verbinden aan het effect van de inzet van formele zorg op doelmatigheid.

In de toekomst zal het berekenen van het effect op doelmatigheid naar verwachting wel mogelijk zijn. In een interview werd opgemerkt dat er momenteel onderzoek wordt gedaan naar het effect van een Zorgzame Gemeenschap. Verder zal op den duur mogelijk het effect van doelmatigheid getoetst kunnen worden door een vergelijking te maken tussen zorggebruik (bijvoorbeeld op basis van CBS-data) in dorpen mét en dorpen zonder Zorgzame Buurten.

3.3.4 Het effect van samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners op kwaliteit van zorg

In de interviews wordt aangegeven dat met de samenwerking met informeel zorgverleners kan bijgedragen aan het welzijn van de cliënten, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt. De mantelzorger is over het algemeen goed op de hoogte van de wensen en behoeften van de cliënt/patiënt, zeker als deze ondersteund wordt door bijvoorbeeld een leefcoach. Een goede samenwerking tussen de formele en informeel zorgverlener komt daarmee de kwaliteit van zorg ten goede.

¹⁹⁶ [Community Care Dongen: echt naar cliënt én netwerk kijken \(waardigheidentrots.nl\)](https://waardigheidentrots.nl/).

¹⁹⁷ [4669 Sterker Factbook SociaalA v9.indd \(actieleernetwerk.nl\)](#).

¹⁹⁸ [Kosten-batenanalyse-buurtverbinders.pdf \(actieleernetwerk.nl\)](#).

¹⁹⁹ <https://knarrenhof.nl/>.

Voor wat betreft de inzet van sociale netwerken in de thuissetting in de vorm van een leefcoach geldt dan ook dat het echt een meerwaarde biedt voor de kwaliteit van zorg, omdat de ondersteuning thuis beter geregeld kan worden en er betere afstemming plaatsvindt tussen verschillende zorgverleners. De inzet van het informele netwerk wordt daarnaast verhoogd. Door het gesprek te voeren mét cliënten in plaats van over cliënten, ervaren zij bovendien meer regie, wat positief bijdraagt aan de kwaliteit van leven.²⁰⁰ Ook bij het project Sociaal Arrangeren worden positieve effecten gezien op de kwaliteit van zorg. De samenwerking zorgt ervoor dat professionals van elkaar leren en dat er korte lijntjes ontstaan, waardoor de zorg goed afgestemd wordt.²⁰¹

²⁰⁰ <https://www.waardigheidentrots.nl/uit-de-praktijk/community-care-dongen>

²⁰¹ <https://www.actieleernetwerk.nl/wp-content/uploads/2022/06/sterker-factbook-mrt-2023.pdf>.

HOOFDSTUK 4

Knelpunten en mogelijke beleidsopties voor opschaling

In hoofdstuk 2 hebben we in kaart gebracht wat het theoretisch maximale potentiële effect is van de sociale innovaties op de zorgcapaciteit. Vervolgens hebben we in hoofdstuk 3 gekeken wat de potentiële doorwerkingseffecten zijn op het behoud van personeel, het arbeidspotentieel, de doelmatigheid van zorg en de kwaliteit van zorg.

In dit hoofdstuk brengen we in kaart in hoeverre het potentieel ten aanzien van de capaciteit van de sociale innovaties al benut wordt. Vervolgens kijken we naar knelpunten die opschaling in de weg staan en gaan we in op beleidsopties voor opschaling. Hierbij richten we ons specifiek op beleidsopties voor de overheid. Hoewel beleid van zorginstellingen ook effect kan hebben op de opschaling van de innovaties, valt dit buiten de scope van dit onderzoek.

4.1 Casus 1a – Taakherschikking van huisarts naar VS of PA

4.1.1 Aandeel taakherschikking dat al benut wordt

In totaal waren er volgens het Capaciteitsorgaan in 2022 3.150 VS-AGZ werkzaam, waarvan er 390 in de eerste lijn werkten.²⁰² Voor het aantal PA's geldt dat er 1.600 PA's met een BIG-registratie werkzaam waren in de zorg, waarvan 210 in de eerste lijn.²⁰³

In hoofdstuk 2 hebben we berekend hoeveel fte VS/PA er nodig is om een deel van de werkzaamheden van huisartsen over te nemen om het volledige potentieel van taakherschikking in de eerste lijn te benutten. In onderstaande tabel staat het benodigde aantal fte, het huidige aantal fte en daarmee het percentage van het potentieel dat benut wordt, weergegeven.

Tabel 30. Benodigd aantal fte van de VS/PA voor overname werkzaamheden huisarts (minimaal – maximaal).

	Benodigd aantal fte	Huidig aantal fte	Percentage benut
Verpleegkundig specialist	2.886 – 5.772	260 fte	5%-9%
Physician assistant	6.285 – 8.081	160 fte	2%-3%

Tabel 30 laat zien dat er minimaal 91% en maximaal 95% aan VS bij moet komen om de volledige potentie te benutten. Voor de PA is dat minimaal 97% en maximaal 98%. Hier is minimaal 2.886 fte en maximaal 5.772 fte aan VS voor nodig, en minimaal 6.285 fte en maximaal 8.081 fte aan PA.

²⁰² [Eindrapport Alumnionderzoek Verpleegkundig specialisten \(capaciteitsorgaan.nl\)](https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2022/08/20049-Eindrapport-Alumnionderzoek-PA-Regioplan-1juli22.pdf).

²⁰³ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2022/08/20049-Eindrapport-Alumnionderzoek-PA-Regioplan-1juli22.pdf>.

4.1.2 Knelpunten voor opschaling en mogelijke beleidsopties

Uit bovenstaande berekening blijkt dat er nog veel ruimte is voor verdere opschaling van VS/PA in de huisartsenzorg. Knelpunten rondom opleidingscapaciteit, financiële knelpunten en onbekendheid met wat de VS/PA kan betekenen in de huisartsenpraktijk, lijken opschaling echter in de weg te staan. In onderstaande tabel staan deze knelpunten en – waar relevant – mogelijke beleidsopties die kunnen helpen om deze knelpunten weg te nemen. Deze lichten we hierna verder toe.

Tabel 31. Knelpunten die opschaling van VS/PA in huisartsenzorg in de weg staan en mogelijke beleidsopties om deze knelpunten weg te nemen.

Knelpunt	Mogelijke beleidsopties
1. Beperkt aantal opleidingsplaatsen voor VS/PA staat opschaling in de weg	a) Vergroot de opleidingscapaciteit voor VS/PA in algemene zin b) Stimuleer de opleidingscapaciteit voor VS/PA in de eerste lijn door uitbreiden subsidieregeling c) Stimuleer de opleidingscapaciteit voor VS/PA in de eerste lijn met bekostiging vanuit de segment 3-prestatie
2. Onvoldoende bekendheid over de inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk	Vergroot de bekendheid rondom taakherschikking
3. Concurrentie op basis van salariëring van VS/PA zorgt voor opdrijvend effect	<i>Dit knelpunt biedt geen aanknopingspunten voor beleidsopties</i>
4. Doelmatigheid van taakherschikking naar VS/PA in beperkte mate inzichtelijk	<i>Dit knelpunt biedt geen aanknopingspunten voor beleidsopties</i>

1. Beperkt aantal plaatsen voor opleiding tot VS/PA staat opschaling in de weg

Het grootste knelpunt ten aanzien van opschaling van taakherschikking naar de VS/PA in de huisartsenpraktijk is dat er onvoldoende mensen opgeleid zijn tot VS/PA. Zoals eerder genoemd, is het nu al een probleem om openstaande vacatures voor VS'en en PA's op te vullen.²⁰⁴ Bovendien moet ook onder deze beroepsgroep rekening worden gehouden met een percentage dat weer uitstroomt; het Capaciteitsorgaan gaat ervan uit dat 25% van de PA's en 29% van de VS'en over tien jaar zijn uitgestroomd.²⁰⁴ Redenen voor uitstroom worden hierbij overigens niet benoemd en eerder onderzoek dat zich specifiek richt op uitstroom van VS/PA lijkt (nog) beperkt. Ook kwam uitstroom van VS/PA niet terug als belangrijk knelpunt voor opschaling in de interviews en werden geen aanknopingspunten gegeven voor beleidsopties gericht op behoud. Wel laat de ruimte voor opschaling zien dat in ieder geval ingezet moet worden op het verhogen van de instroom.

²⁰⁴ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-9-PA-VS-AGZ-DEF-12-jan-23.pdf>.

Rekening houdend met het percentage VS/PA dat ook weer uitstroomt, met een toenemende taakherschikking naar VS/PA en de sterke toename in zorgvraag die in de eerste lijn gezien wordt, adviseerde het Capaciteitsorgaan een jaarlijks benodigd aantal instromers van 70 PA en 69 VS-AGZ in de eerste lijn.²⁰⁴ Op basis van deze benodigde instroom en de instroom die in andere sectoren van de VS en PA nodig wordt geacht, adviseert het Capaciteitsorgaan dat het aantal opleidingsplaatsen voor de PA van 250 naar 286 wordt bijgesteld voor 2026. Voor de VS moet het aantal opleidingsplaatsen opgehoogd worden van 370 naar 474. In de Beslisnota van het Ministerie van VWS over het Capaciteitsplan 2024-2027 is al toegezegd dat dit stapsgewijs zal gebeuren vanaf studiejaar 2025-2026.²⁰⁵

Om de potentie van taakherschikking in de eerste lijn te verzilveren, is echter een veel groter aantal VS/PA nodig de aankomende jaren. Met de geraamde instroom op circa 70 VS/PA duurt het immers nog jaren voordat het aantal benodigde VS/PA kan worden ingezet om het potentieel te verzilveren in de eerste lijn. Uit interviews komt dan ook naar voren dat de raming van het Capaciteitsorgaan als conservatief wordt gezien.

Opleidingsplaatsen op de hogescholen alleen zullen echter niet voldoende zijn om opschaling van VS/PA in de eerste lijn te stimuleren. Juist in huisartsenpraktijken is namelijk ook een gebrek aan opleidingsplekken. Dat heeft allereerst te maken met de onbekendheid onder huisartsen ten aanzien van de inzet van VS/PA. Vanuit de hogescholen wordt gevraagd dat praktijkhouders een visie hebben waar zij naartoe willen met hun praktijk en de VS/PA en die is vaak nog onvoldoende helder. Deze visie heeft bijvoorbeeld betrekking op een bepaalde patiëntpopulatie waar de VS/PA op kan worden ingezet. Zonder deze visie is de opleiding stuurloos en is er kans op vertraging en uitval. Bovendien zijn huisartsen nu vaak te laat met het aanvragen doordat zij een dergelijke visie niet tijdig opstellen. Hierdoor vissen ze achter het net voor wat betreft het opleiden van VS/PA in de huisartsenpraktijk, aldus één van de experts.

Een tweede aspect dat een belangrijke drempel vormt voor huisartsen, is de investering die het van een praktijk vraagt om een VS/PA op te leiden in de praktijk.²⁰⁶ Waar de tweede lijn een grotere buffer heeft, vraagt het voor kleinschaligere huisartsenpraktijken een relatief grote investering, zowel in tijd als in kosten.

Sinds 2004 bestaat voor de VS en PA een subsidieregeling voor de opleiding tot nurse practitioner (MANP) en een subsidieregeling voor de opleiding tot physician assistant (MPA). In 2006 werden deze samengevoegd tot één regeling. Op moment dat iemand de hele opleiding doorloopt, bedraagt het maximumbedrag dat door het Ministerie van VWS wordt toegekend € 45.000 voor de VS en € 56.250 voor de PA. Dit bedrag is bedoeld voor de zorgwerkgever bij wie de student de opleiding volgt en een tegemoetkoming in de kosten die de werkgever maakt omdat studenten een deel van hun aanstelling besteden aan het volgen van de opleiding, maar wel salaris ontvangen. Ook ontvangt de zorgwerkgever een stagevergoeding van de hogeschool en een vergoeding voor de begeleiding. In aanvulling op deze subsidieregeling is er vanuit het project 'Versterking opleiding VS en PA Huisartsenzorg' voor huisartsen een stimuleringssubsidie.²⁰⁷ Deze is bedoeld om huisartsen een extra impuls te geven om VS/PA op te leiden en verder tegemoet te komen in de benodigde kosten.²⁰⁸

²⁰⁵ [file \(overheid.nl\)](https://open.overheid.nl/documenten/ronl-17e6927a37d5faacd14e79ea6fba335e19f27058/pdf).

²⁰⁶ <https://zorgmasters.nl/extdocs/2020-juli-de-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant-in-de-huisartsenzorg.pdf>.

²⁰⁷ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-17e6927a37d5faacd14e79ea6fba335e19f27058/pdf>.

²⁰⁸ <https://stichtingkoh.nl/taakherschikking/stimuleringssubsidie-2024/stimuleringssubsidie-2024>.

Ondanks de subsidieregeling en de stimuleringsubsidie is de businesscase voor het opleiden van een VS/PA door de huisarts echter nog steeds niet sluitend.²⁰⁷ De benodigde investering wordt pas op de lange termijn terugverdiend op het moment dat de VS/PA volledig ingezet kan worden en een grote bijdrage kan leveren aan de omzet van de praktijk. De tegemoetkoming vanuit de subsidieregeling, de vergoeding van de hogeschool en de bijdrage uit het project van de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), is voor sommige huisartsen echter niet voldoende en de gevraagde investering aan de voorkant vormt in sommige gevallen een te grote belemmering om de VS/PA op te leiden. Er bestaan zelfs voorbeelden van huisartsenkoepels die gestopt zijn met het aanbieden van de opleiding omdat het te veel investering zou vragen.²⁰⁹

Voor het opschalen van de inzet van de VS/PA zien wij op basis van het bovenstaande drie aanknopingspunten voor beleidsopties gericht op het vergroten van de opleidingscapaciteit van VS/PA.

A) Beleidsoptie: vergroot de opleidingscapaciteit voor VS/PA in algemene zin

Wij bevelen aan om het aantal opleidingsplaatsen voor VS/PA verder uit te breiden dan nu is toegezegd door de minister op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan. Tegelijkertijd moet wel rekening worden gehouden met de vraag in hoeverre snellere opschaling van het aantal opleidingsplekken realistisch is. Nu al wordt er niet in één keer, maar stapsgewijs toegewerkt naar het voorkeursadvies omdat hiervoor ruimte moet worden gezocht binnen de begroting van het Ministerie van OCW. Ook worden de benodigde financiële middelen nu gecompenseerd door de ruimte die ontstaat met het inkrimpen van het aantal geneeskundeplekken.²¹⁰ Gezien de groeiende wachtlijsten voor de opleiding, kan in ieder geval verwacht worden dat de plekken die ontstaan direct zullen worden opgevuld²¹¹ en dat elke extra afgeronde opleiding vervolgens zal bijdragen aan de instroom van extra VS/PA.

B) Beleidsoptie: stimuleer de opleidingscapaciteit voor VS/PA in de eerste lijn door uitbreiden subsidieregeling

Los van de vraag of het aantal opleidingsplaatsen op de hogescholen kan worden opgeschaald, is het belangrijk in ieder geval in te zetten op het creëren van voldoende opleidingsplekken in de eerste lijn. Zo kunnen voldoende VS'en/PA's in opleiding specifiek opgeleid worden in de eerste lijn. Het valt daarom te overwegen de subsidieregeling en specifiek de stimuleringsubsidie voor huisartsen verder uit te breiden en zo volledig tegemoet te komen aan de investering die het van huisartsen vraagt. Uit de derde evaluatie van de subsidieregeling is gebleken dat deze doeltreffend en doelmatig is en het valt te verwachten dat verdere uitbreiding direct leidt tot een hoger aantal opleidingsplekken in de huisartsenpraktijk en daarmee opschaling van taakherschikking naar VS/PA in de eerste lijn.²¹²

²⁰⁹ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-17e6927a37d5faacd14e79ea6fba335e19f27058/pdf>.

²¹⁰ [file \(overheid.nl\)](https://open.overheid.nl/documenten/ronl-17e6927a37d5faacd14e79ea6fba335e19f27058/pdf).

²¹¹ <https://zorgmasters.nl/uitgelicht/grote-belangstelling-voor-opleidingen-pa-en-vs/#:~:tekst=Bij%20meer%20reserveringen%20dan%20plaatsen,studenten%20op%20de%20wachtlijst%20stonden>.

²¹² <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-17e6927a37d5faacd14e79ea6fba335e19f27058/pdf>.

C) Beleids optie: stimuleer de opleidingscapaciteit voor VS/PA in de eerste lijn met bekostiging vanuit de segment 3-prestatie

Een andere optie is om te kijken of middels het derde segment van de bekostiging van de huisartsenzorg (resultaat beloning en zorgvernieuwing) vanuit de zorgverzekeraar meer gestuurd kan worden op de opschaling van de inzet van de VS/PA. Segment 3 biedt namelijk ruimte voor contractafhankelijke resultaatbeloning en innovatie voor praktijkhoudende huisartsen en zorggroepen. Eerder werd de segment 3-prestatie 'Meer tijd voor de patiënt' al geïntroduceerd om de inzet van ondersteunend personeel zoals de VS/PA te stimuleren. En ook in eerder onderzoek wordt genoemd dat individuele afspraken met zorgverzekeraars in segment 3 voor aanvullende inkomsten kunnen zorgen om de inwerkperiode van de VS/PA te compenseren.²¹³

Dit lijkt echter nog niet uitvoerig te gebeuren en momenteel zou veel geld voor segment 3 blijven liggen. Zorgverzekeraars zouden namelijk (te) hoge eisen stellen aan innovatievoorstellen en vragen huisartsen een businessplan aan te leveren waardoor zij niet aan een projectvoorstel beginnen. Op moment dat deze eisen worden versoepeld wanneer een huisarts segment 3 wil gebruiken voor het opleiden van een VS/PA, kunnen hier mogelijk meer huisartsen gebruik van gaan maken. Het geld is namelijk beschikbaar.²¹⁴

Effect van beleidsopties gericht op het creëren van opleidingscapaciteit

Het doorrekenen van het effect van beleidsopties gericht op meer opleidingscapaciteit is lastig, omdat het zal afhangen van het de mate waarin het aantal opleidingsplaatsen daadwerkelijk zal toenemen, in algemene zin maar specifiek ook voor de eerste lijn. Wel kan verwacht worden dat bij iedere extra opleidingsplaats die gecreëerd wordt in de eerste lijn, deze tot extra VS/PA-capaciteit en daarmee tot opschaling van taakherschikking in de huisartsenzorg en dus lagere kosten leidt (zoals berekend in paragraaf 3.1.). Dit kan vervolgens tot een hogere kwaliteit van zorg leiden, alsook tot minder uitstroom onder huisartsen. De kosten die daar tegenover staan, omvatten kosten van de opleiding en de kosten van de begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk.

Wat het zou betekenen op het moment dat de instroom op basis van bovengenoemde beleidsopties verdubbelt ten opzichte van het huidige instroomadvies, staat in tabel 32 weergegeven: het huidige aantal VS/PA, het aantal dat op basis van het huidige instroomadvies verwacht kan worden en het aantal op het moment dat deze instroom verdubbelt. Op basis van deze cijfers staat in tabel 33 vervolgens weergegeven hoe groot percentage van de potentie nu wordt benut, hoe groot percentage over tien jaar benut zal zijn op basis van het huidige instroomadvies en hoe groot dat percentage is bij een verdubbeling van de instroom.

Tabel 32. Overzicht van huidig aantal VS/PA, aantal VS/PA over tien jaar bij huidig instroomadvies en bij een verdubbeling van deze instroom.

	Aantal VS	Aantal VS in fte	Aantal PA	Aantal PA in fte
VS/PA nu werkzaam in de eerste lijn	390	260	210	160
Totale instroom in tien jaar o.b.v. huidig advies	690	460	700	467
Totaal aantal werkzaam over tien jaar (gecorrigeerd voor de uitstroom)	810	540	646	445

²¹³ <https://zorgmasters.nl/extdocs/2020-juli-de-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant-in-de-huisartsenzorg.pdf>.

²¹⁴ <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/02/Artikel-bekostiging-HLA-feb-2022.pdf>.

	Aantal VS	Aantal VS in fte	Aantal PA	Aantal PA in fte
Verdubbeling totale instroom in tien jaar door uitvoering beleidsopties	1.380	920	1.400	933
Totaal aantal werkzaam over tien jaar bij verdubbeling instroom (gecorrigeerd voor de uitstroom)	1.328	885	1.143	776

Tabel 33. Percentage van de potentie gerealiseerd o.b.v. huidig aantal fte, aantal fte over tien jaar bij huidig instroomadvies en bij een verdubbeling van de instroom.

	VS minimaal	VS maximaal	PA minimaal	PA maximaal
Benodigd aantal fte om potentie te benutten	2.886	5.772	6.285	8.081
Percentage nu gerealiseerd o.b.v. huidig aantal fte	9%	5%	3%	2%
Percentage gerealiseerd over tien jaar o.b.v. nu geadviseerde instroom	19%	9%	7%	6%
Percentage gerealiseerd over tien jaar o.b.v. een verdubbeling van de instroom t.o.v. huidig advies	31%	15%	12%	10%

2. Onvoldoende bekendheid over de inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk

Naast dat onvoldoende bekendheid over wat de VS/PA kan betekenen in de huisartsenpraktijk invloed heeft op het aantal praktijken dat een opleidingsplek biedt, bemoeilijkt onbekendheid ook de inzet van al afgestudeerde VS/PA in de huisartsenpraktijk.²¹⁵ Onbekend maakt onbemind volgens experts en huisartsen lijken nog onvoldoende geneigd een VS/PA in te zetten in de huisartsenpraktijk. In een onderzoek uit 2017 naar factoren die de inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk beïnvloeden, kwam ook al naar voren dat onduidelijkheid en kennistekort over de rol van de VS/PA in de praktijk met name van invloed waren op de beperkte inzet²¹⁶, iets wat momenteel dus nog steeds aan de orde lijkt te zijn.

Met betrekking tot kennistekorten werd in één van de interviews als voorbeeld gegeven dat nog steeds veel huisartsen denken dat zij eindverantwoordelijk blijven voor de zorg die de VS/PA levert. Als BIG-geregistreerde zorgprofessional mag de VS/PA echter zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoeren en valt de VS/PA zelf onder het tuchtrecht op moment dat het misgaat. In de interviews wordt aangegeven dat de VS/PA alleen een ontlasting kan zijn voor de huisarts als het ook zo gezien wordt; de huisarts moet kunnen loslaten en overdragen. Bovendien kan onbekendheid leiden tot grote verschillen in het type en de complexiteit van de werkzaamheden en de manier van inzet van de VS/PA, waardoor een deel van de potentie van de VS/PA dus onbenut blijft. Voor wat betreft dergelijke onduidelijkheden over de mogelijkheden rondom de inzet van de VS/PA en bijbehorende verantwoordelijkheden, is de verwachting dat het nieuwe functieprofiel in de handleiding Functiewaardering Huisartsenzorg zal bijdragen aan het creëren van duidelijkheid over de rol van de VS/PA.²¹⁷

²¹⁵ Interview Zorgvisie over PA en VS in eerstelijnszorg | Platform Zorgmasters.

²¹⁶ <https://a.storyblok.com/f/87251/x/20a61d0534/rapport-versterking-opleiding-vs-en-pa-huisartsenzorg.pdf>.

²¹⁷ <https://www.lhv.nl/product/handreiking-functiewaardering-huisartsenzorg/>.

Overigens is het opvallend dat in het recent verschenen rapport 'Naar Toekomstbestendige Organisatie Huisartsenzorg' van de NHG, taakherschikking naar de VS/PA niet als een expliciete oplossingsrichting wordt genoemd om de toekomst van goede huisartsenzorg te waarborgen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld taakherschikking naar de apotheker voor medicatiebewaking. Hoewel wordt opgemerkt dat in regio's waar opvolging van huisartsen een probleem vormt, zich modellen ontwikkelen waarbij sprake is van meer delegatie van taken naar verpleegkundigen en de VS/PA²¹⁸, wordt niet expliciet geadviseerd de mogelijkheid van taakherschikking van de VS/PA te gebruiken als oplossingsrichting. Ook in de interviews werd aangegeven dat vanuit huisartsen(koepels) met name wordt gekeken naar de inzet van de VS/PA vanuit 'nood breekt wet' en niet zozeer vanuit de kansen die het biedt. Daarmee lijkt het opschalen van de inzet van de VS/PA niet op landelijk niveau gestimuleerd te worden. Tot slot werd opgemerkt dat het een 'groot gemis' is dat de rol van de VS/PA helemaal geen plek heeft gekregen in het IZA.

Beleids optie: vergroot de bekendheid rondom taakherschikking

Het valt aan te bevelen om meer bekendheid te creëren rondom taakherschikking naar VS/PA in de huisartsenpraktijk en de mogelijkheden die dat biedt. Hierbij is het van belang dat al vanuit de geneeskundeopleiding en huisartsenopleiding meer aandacht komt voor taakherschikking. Dit is echter een verantwoordelijkheid die bij het veld ligt en waar de overheid geen invloed op kan uitoefenen.

Wel kan de overheid bijdragen aan het creëren van bekendheid rondom taakherschikking naar VS/PA in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld als onderdeel van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn (TAZ) en het daaraan gerelateerde 'Actie Leer'-netwerk. Zo kan het bijvoorbeeld helpen best practices uit te wisselen over de inzet van de VS/PA in de huisartsenpraktijk, waarbij mogelijk een vliegwieleffect op gang kan worden gebracht en goede voorbeelden doen volgen. Hoe groot het effect hiervan exact is op opschaling, valt echter lastig te kwantificeren, alleen al omdat we niet weten hoe groot aandeel van het aantal afgestudeerde VS'en/PA's nu niet in de eerste lijn gaat werken als gevolg van onbekendheid rondom de mogelijkheden.

3. Concurrentie op basis van salariering van VS/PA zorgt voor opdrijvend effect

In interviews wordt genoemd dat een tekort aan VS'en/PA's kan leiden tot onderlinge concurrentie op de prijs voor het inhuren van een VS/PA onder huisartsen. In het eerdergenoemde onderzoek van het Radboudumc uit 2020 werd dit opdrijvende effect op salarissen ook genoemd als knelpunt.²¹⁹ Hoewel het beroep hier mogelijk aantrekkelijker door wordt en de instroom kan toenemen, is de verwachting van experts dat het de opschaling van VS/PA op langere termijn negatief kan beïnvloeden omdat de businesscase voor de inzet van een VS/PA minder gunstig wordt en daarmee minder huisartsen een VS/PA in dienst zullen nemen.

Daarnaast wordt opgemerkt dat het salaris van een VS/PA in de eerste lijn over het algemeen lager ligt dan in de tweede lijn, hetgeen ook opgemerkt is in het onderzoek van het Radboudumc. Er bestaan geen cijfers die dit bevestigen of die inzichtelijk maken hoe groot dit verschil gemiddeld is, maar het zou wel effect kunnen hebben op het aantal VS'en/PA's die in de eerste lijn willen werken. Tegelijkertijd geldt ook hier dat wanneer dit betekent dat het salaris voor de VS/PA in de eerste lijn omhoog gaat, dit de businesscase dan weer negatief kan beïnvloeden.

²¹⁸ <https://www.nhg.org/wp-content/uploads/2024/03/Rapport-Naar-Toekomstbestendige-Organisatie-Huisartsenzorg.pdf>.

²¹⁹ <https://zorgmasters.nl/extdocs/2020-juli-de-verpleegkundig-specialist-en-physician-assistant-in-de-huisartsenzorg.pdf>.

Een landelijke richtlijn voor salariering van de VS/PA ontbrak lange tijd, maar sinds augustus 2023 is de functiebeschrijving van de VS/PA opgenomen in de Handreiking FWHZ (functiewaardering huisartsenzorg) van de Cao Huisartsenzorg. Hiermee is er helderheid gekomen voor wat betreft de inschaling van de VS/PA, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen twee niveaus.²²⁰ De verwachting is dat dit een duidelijke richtlijn geeft voor huisartsenpraktijken hoe de VS/PA moet worden ingeschaald en de ontstane concurrentie terugdringt. Wat het effect hiervan precies is, zal in de aankomende periode moeten blijken en extra of nieuwe beleidsopties in dit kader lijken op dit moment niet nodig.

Overigens zal dit effect alleen gelden voor VS'en/PA's die in loondienst aan het werk gaan in de huisartsenpraktijk. Het tegengaan van het opdrijvende effect onder VS'en/PA's die werkzaam zijn als zzp'er zal hiermee niet worden weggenomen. Tegelijkertijd is dit niet iets waar de overheid invloed op kan uitoefenen en biedt dit geen richting om hier beleidsopties voor op te stellen. Omdat dit onderzoek zich richt op beleidsopties voor de Rijksoverheid wordt hier dan ook geen aanbeveling gedaan voor een beleidsoptie.

4. Doelmatigheid van taakherschikking naar VS/PA in beperkte mate inzichtelijk

Zoals al beschreven in paragraaf 3.1.3 contracteert de zorgverzekeraar de zorg en betaalt die één prijs voor het hele traject. Daarbij maakt het niet uit wie de zorg levert: een huisarts, specialist, VS of PA.²²¹ Daarmee heeft taakherschikking naar de VS/PA binnen de huidige financieringssystematiek en met de huidige tarieven geen effect op de doelmatigheid van zorg op macroniveau. In de MSZ geldt sinds 2023 de eerdergenoemde registratieverplichting vanuit de NZa, waarmee de kwaliteitscode van de beroepsbeoefenaar verplicht vermeld wordt bij de zorgactiviteit.²²² Het valt aan te bevelen dat deze registratieverplichting ook voor de huisartsen gaat gelden om zo meer zicht te krijgen op de inzet van taakherschikking in de eerste lijn. Op het moment dat geregistreerd wordt wie de zorg levert, krijgen huisartsenpraktijken en ziekenhuizen bovendien zelf ook meer zicht op de declarabele productie van de VS/PA, wat helpt bij het goed inzetten van budgetten en het opstellen van een goede businesscase voor de inzet van de VS/PA.

Ook zou er theoretisch gepleit kunnen worden voor het aanpassen van de tarieven op het moment dat tegen lagere loonkosten dezelfde zorg wordt geleverd. Dit kan echter pas op het moment dat er voldoende VS'en/PA's zijn om de doelmatigheidswinst te behalen. Het (nu al) naar beneden aanpassen van de tarieven zou daarmee tot weerstand leiden en niet het gewenste effect bewerkstelligen. Bovendien blijkt uit eerder onderzoek al dat de angst bestaat dat met de inzet van de VS/PA gekort zal worden door zorgverzekeraars omdat het beeld ontstaat dat DBC's ook goedkoper kunnen, omdat de VS'en/PA's op papier goedkopere krachten zijn.²²³ Op het moment dat daar meer op gestuurd gaat worden, kan dat dus mogelijk een negatieve bijdrage leveren aan de opschaling van VS/PA. NB Als hierbij tegelijkertijd het aantal handelingen en daarmee de omzet per jaar wel omhoog gaat, kan dit deze negatieve prikkel deels opheffen.

Los van de aanbeveling om tevens een registratieverplichting te laten gelden in de huisartsenzorg en het monitoren van de daadwerkelijke registratie, biedt dit knelpunt op dit moment geen aanleiding voor nieuwe beleidsopties en kunnen hier dan ook geen aanbevelingen voor worden gedaan.

²²⁰ <https://www.lhv.nl/nieuws/geactualiseerde-functiebeschrijvingen-vs-en-pa/>.

²²¹ <https://zorgmasters.nl/faq/>.

²²² <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren/taakherschikking>.

²²³ <https://doelmatigheidsanalyse-pa-vs.nl/content/algemeen/conclusie/>.

4.2 Casus 1b – Taakherschikking van medisch specialist of anios naar VS of PA

4.2.1 Hoeveel potentieel wordt nu al benut

Van de in totaal 3.150 VS-AGZ, werken er momenteel 1.960 in de tweede lijn, wat neerkomt op 1.720 fte. In de heekunde is nu 140 fte aan VS'en werkzaam.²²⁴ Van het aantal PA's werkt momenteel 1.210 in de medisch specialistische zorg, wat neerkomt op 1.110 fte.²²⁵ Daarvan was in 2021 100 fte werkzaam in de heekunde.²²⁶

In hoofdstuk 2 hebben we berekend hoeveel fte VS/PA er nodig is om een deel van de werkzaamheden van medisch specialisten en anios'en over te nemen. In onderstaande tabel staat weergegeven wat het benodigde aantal fte en het huidige aantal fte in de heekunde is en, op basis daarvan, het percentage dat benut wordt.

Tabel 34. Benodigd aantal fte VS/PA om de werkzaamheden van medisch specialist en anios over te nemen.

	Benodigd aantal fte overname werkzaamheden medisch specialist	Benodigd aantal fte overname werkzaamheden anios	Huidig aantal fte	Percentage dat benut wordt
Verpleegkundig specialist	31 – 62	139 – 178	140	58%-82%
Physician assistant	15 – 29	821 – 999	100	48%-65%

4.2.2 Weinig knelpunten voor opschaling taakherschikking in MSZ

Hoewel bovenstaande laat zien dat er theoretisch nog ruimte is voor opschaling, wordt in de interviews aangegeven dat taakherschikking naar de VS/PA binnen de MSZ niet meer als innovatie wordt gezien, maar als gangbare zorg. Daarmee worden ook weinig knelpunten genoemd ten aanzien van de opschaling.

Ook het Capaciteitsorgaan constateert dat er in toenemende mate sprake is van taakherschikking naar de VS/PA in de MSZ. Hiermee rekening houdend, adviseerde het Capaciteitsorgaan een jaarlijks benodigd aantal instromers van 139 PA en 180 VS-AGZ in de MSZ.²²⁵ Met de eerdergenoemde uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen in de MSZ is de verwachting dat bij gelijkblijvende trends het huidige tekort aan VS/PA binnen enkele jaren wordt ingelopen.

Bovendien geldt, zoals beschreven in paragraaf 3.1.1, dat er geen tekort is aan medisch specialisten. Ook aan basisartsen is in algemene zin geen tekort, maar moet vooral ingezet worden op het op peil houden van basisartsen die in het ziekenhuis willen werken.

Kortom, er lijkt geen aanleiding te zijn voor beleidsopties ten aanzien van het bevorderen van taakherschikking naar VS/PA in de MSZ. Gelet op knelpunten rondom opschaling van taakherschikking in de eerste lijn lijkt het logischer daarop te richten.

²²⁴ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2022/08/20049-Eindrapport-Alumnionderzoek-VS-Regioplan-5juli.pdf>.

²²⁵ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-9-PA-VS-AGZ-DEF-12-jan-23.pdf>.

²²⁶ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2022/08/20049-Eindrapport-Alumnionderzoek-PA-Regioplan-1juli22.pdf>.

4.3 Casus 2 – Jobcarving in de langdurige zorg

4.3.1 Hoeveel potentieel wordt nu al benut

In hoofdstuk 2 hebben we berekend hoeveel fte afdelingsassistenten er nodig is om het potentieel aan zorgcapaciteit te realiseren onder verzorgenden, helpenden en begeleiders in verpleeghuiszorg en de GHZ. Dit staat weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 35. Benodigd aantal fte in de verpleeghuiszorg (VHZ) en GHZ.

	Benodigd aantal fte in VHZ	Benodigd aantal fte in GHZ
Afdelingsassistent	10.226 – 13.238	16.792 – 33.583

Hoewel er wel publicaties bestaan met voorbeelden van zorgorganisaties waarbij afdelingsassistenten wel worden ingezet naar aanleiding van jobcarving, bestaan er geen exacte cijfers waarmee berekend kan worden hoeveel potentieel op die manier al benut wordt.²²⁷ Wel kunnen we op basis van functietitels een inschatting maken van het theoretische potentieel aan zorgcapaciteit dat al gerealiseerd is, maar dit geeft een overschatting van de mate waarin daadwerkelijk sprake is van jobcarving.

Zo is in de GHZ het aandeel assistenten nu 6% van de gemiddeld 68 fte per instelling. Er zijn 1.974 instellingen, waarmee het totaal aantal fte aan assistenten dat momenteel werkzaam is in de gehandicaptenzorg uitkomt op 8.054 fte.²²⁸ De capaciteit die momenteel al benut wordt, ligt daarmee tussen de 52% en 76%. In de Monitor Personeelssamenstelling Verpleeghuiszorg van het Trimbos²²⁹ wordt de afdelingsassistent (ook wel: zorgassistent, woonzorgassistent) aangeduid met een functieprofiel van niveau 1. Uit de rapportage Personele Kengetallen van ActiZ blijkt dat gemiddeld 10,9% fte in 2021 in de verpleeghuiszorg naar de personele inzet van niveau 1 ging, wat neerkomt op 15.602 fte.²³⁰

Dit is dus echter alleen gebaseerd op basis van functietitels en zoals ook al beschreven in paragraaf 3.2.4, is het belangrijk te benoemen dat de assistent momenteel in veel gevallen wordt ingezet om aanvullende taken uit te voeren ten opzichte van wat helpenden en verzorgenden doen, gericht op welzijn en het bieden van meer aandacht aan bewoners. In de monitor van het Trimbos blijkt dit uit de voorbeelden die worden gegeven, waarbij wordt aangegeven dat er bijvoorbeeld meer hulp is tijdens piekmomenten met de inzet van een afdelingsassistent.²²⁹ Het gaat hierbij dus niet om jobcarving gericht op het overnemen van taken van verzorgenden en helpenden. Het gerealiseerde effect van jobcarving op de zorgcapaciteit zal daarmee in werkelijkheid veel lager liggen. Ook in de interviews wordt aangegeven dat er nog veel ruimte wordt gezien voor verdere opschaling van jobcarving en dat hierbij een aantal knelpunten in de weg staat.

4.3.2 Knelpunten voor opschaling

Ten aanzien van het opschalen van jobcarving in de verpleeghuiszorg en GHZ geldt dat beperkte kennis en negatieve beeldvorming, financiële knelpunten rondom benodigde investeringen en knelpunten rondom het behalen van mbo-deelcertificaten in de weg staan.

²²⁷ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-0653d06b-d4ec-4c18-bac8-32aa5071e152/pdf>.

²²⁸ <https://www.arbeidsmarktgehandicaptenzorg.nl/wp-content/uploads/2023/11/Sectoranalyse-2023.pdf>.

²²⁹ <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1718-monitor-personeelssamenstelling-verpleeghuiszorg.pdf>.

²³⁰ [Rapport-personele-kengetallen.pdf \(actiz.nl\)](#).

Tabel 36. Knelpunten en mogelijke beleidsopties ten aanzien van opschaling van jobcarving in de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg.

Knelpunt	Mogelijke beleidsopties
1. Beperkte kennis en negatieve beeldvorming staan opschaling van jobcarving in de weg	Vergroot de bekendheid rondom de mogelijkheden van jobcarving
2. Financiële knelpunten rondom benodigde investering	Stimuleer het opschalen van jobcarving in de langdurige zorg door verder voort te bouwen op bestaande subsidie- of stimuleringsregelingen
3. Knelpunten rondom het behalen van deelcertificaten	<i>Dit knelpunt biedt geen aanknopingspunten voor beleidsopties</i>

1. Beperkte kennis en negatieve beeldvorming staan opschaling van jobcarving in de weg

Beperkte ervaring met en kennis over de mogelijkheden rondom jobcarving worden gezien als belangrijkste knelpunt voor wat betreft de opschaling ervan. In de interviews wordt aangegeven dat men in veel gevallen nog onvoldoende achter de ontwikkeling staat en dat positievere beeldvorming ten aanzien van de mogelijkheden van jobcarving nodig is. Hierbij is het ook van belang rekening te houden met eventuele weerstand van helpenden en verzorgenden omdat voor hen de 'leuke momenten' worden weggenomen, wat het werk mogelijk minder leuk en interessant maakt. Daarnaast wordt vaak nog te veel gedacht vanuit beperkingen en wordt ervan uitgegaan dat mensen zonder diploma taken niet mogen uitvoeren, aldus verschillende respondenten. Het niet mogen uitvoeren van taken geldt echter alleen voor voorbehouden handelingen. Los daarvan is vrij veel mogelijk, mits de wil er is om te innoveren, aldus één van de respondenten die in haar organisatie jobcarving heeft geïntroduceerd. Gevolg van de beperkte kennis over de mogelijkheden is bovendien ook dat als die wil er is, organisaties veelal zelf het wiel uit moeten vinden ten aanzien van wat mogelijkheden zijn.

Beleids optie: vergroot de bekendheid rondom de mogelijkheden van jobcarving

Het valt aan te bevelen dat door de koepelorganisaties helderheid wordt gecreëerd ten aanzien van het beroepsprofiel dat ontstaat middels jobcarving in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg. Dat begint allereerst bij een eenduidige benaming voor het beroep. Als het gaat over jobcarving wordt gesproken van de inzet van een afdelingsassistent, woonhulp, zorgassistent, welzijnsassistent, etc. Daarnaast is het belangrijk duidelijkheid te creëren over wat een assistent wel en niet mag, waarbij moet worden uitgegaan van hetgeen wel kan en van 'bekwaam is inzetbaar'. Hoewel het niet aan de overheid is om met een dergelijk beroepsprofiel te komen, kan hier wel op gestuurd worden door de koepelorganisaties te attenderen op de nut en noodzaak ervan.

Daarnaast valt het aan te bevelen om vanuit de overheid meer bekendheid te creëren rondom de mogelijkheden van jobcarving in de langdurige zorg, bijvoorbeeld in de vorm van een actieplan of campagne. Eerder liep in 2022-2023 al het actieplan 'Dichterbij dan je denkt' van het Ministerie van SWZ, waarbij jobcarving één van de wervingsroutes was waarop werd ingezet om op korte termijn de krappe arbeidsmarkt te benutten en extra mensen die nu langs de kant staan naar werk of een leertraject te begeleiden.²³¹ Voor het actieplan werd in totaal € 40 miljoen beschikbaar gemaakt en uit de evaluatie van Regioplan van 2023 bleek dat het actieplan heeft bijgedragen aan het creëren van naamsbekendheid ten aanzien van lokale initiatieven en de uniformering van gebruikte terminologie²³², hetgeen voor jobcarving in de langdurige zorg dus ook nodig is.

Naast een actieplan dat volgt op 'Dichterbij dan je denkt', geldt ook voor jobcarving dat meer bekendheid kan worden gecreëerd via het 'Actie Leer'-netwerk en door het delen van best practices. Nu is slechts één voorbeeld van jobcarving te vinden op de website van het netwerk²³³ terwijl meer aandacht bij kan dragen aan een verdere opschaling van jobcarving. Hierbij is het bovendien belangrijk dat verzorgenden en helpenden goed worden meegenomen en dat gehoor wordt gegeven aan eventuele knelpunten die zij ervaren omdat het mogelijk hun baan minder leuk maakt.

Hoewel beperkte kennis en negatieve beeldvorming als belangrijk knelpunt voor opschaling worden gezien, is het lastig in te schatten in welke mate dit knelpunt jobcarving momenteel concreet (in aantallen) de weg staat. Daarmee is het bepalen van een orde van grote van het effect van deze beleidsoptie tevens lastig en kan een potentieel effect ervan niet gekwantificeerd worden.

2. Financiële en organisatorische knelpunten rondom benodigde investering

Een ander knelpunt ten aanzien van de opschaling van jobcarving in de langdurige zorg is de investering die het vraagt om het op te tuigen, zowel in middelen als in capaciteit en organisatiekracht. In de interviews kwam naar voren dat dit als drempel gezien wordt door zorginstellingen om ermee aan de slag te gaan. Zorginstellingen zullen dan ook geneigd zijn pas aan de slag te gaan met jobcarving op het moment dat zij een tekort hebben aan personeel, om zo hun zorgcapaciteit en kwaliteit van zorg op peil te houden.

Beleids optie: stimuleer het opschalen van jobcarving in de langdurige zorg door verder voort te bouwen op bestaande subsidie- of stimuleringsregelingen

Om de opschaling van jobcarving in de langdurige zorg te stimuleren, is het wenselijk een subsidie- of stimuleringsregeling in te voeren. Ook hier geldt dat voortgebouwd kan worden op het actieplan 'Dichterbij dan je denkt', waarbij per plaatsing via (onder andere) jobcarving € 1.500 subsidie beschikbaar was voor een werkgever om benodigde kosten te dekken.

Daarnaast zou gekeken kunnen worden naar de mogelijkheden vanuit de programma's TAZ en WOZO. Zo loopt wel de Stimuleringsregeling Innovatie TAZ-WOZO, maar deze is puur gericht op digitale en hybride processen en het ondersteunen van organisaties om daarmee te transformeren.²³⁴ Het valt aan te bevelen dat ook niet-digitale innovaties, zoals sociale innovaties als jobcarving, worden opgenomen als onderdeel van deze stimuleringsregeling.

²³¹ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-502efaab5ef29f91a458198794f14c7be98aa276/pdf>.

²³² <https://open.overheid.nl/documenten/83751903-0e9d-4bff-823d-c2d5a9dfd81d/file>.

²³³ <https://www.actieleernetwerk.nl/bornholm-samenleren-jobcarving/>.

²³⁴ <https://open.overheid.nl/documenten/5d34998e-b697-4068-9902-cc2b73f18a1e/file>.

Hoewel het vinden van mensen voor de functie van afdelingsassistent overigens niet expliciet als knelpunt genoemd is in de interviews, kan het voor een organisatie tot slot lastig zijn om het onbenutte arbeidspotentieel dat ingezet kan worden voor jobcarving te vinden (zie paragraaf 3.2.2). Ook hier geldt dat men zou kunnen voortbouwen op het actieplan 'Dichterbij dan je denkt'. Naast dat het actieplan succesvol was in het creëren van bekendheid en duidelijk rondom jobcarving, bleek het actieplan namelijk ook doeltreffend in het bij elkaar brengen van werkgevers en werkzoekenden.

Ook zou hierbij gekeken kunnen worden naar de inzet van statushouders. Zoals beschreven in paragraaf 3.2.2, geldt dat de circa 17 à 22 duizend banen in de verpleeghuissector en 28 à 57 duizend banen in de gehandicaptensector gecreëerd kunnen worden met jobcarving, die mogelijk opening kunnen bieden aan een kleine groep statushouders om aan het werk te gaan. Via het Actie Leer Netwerk zijn al voorbeelden te vinden waarbij statushouders middels een intensief leerwerktraject worden ingezet in de zorg.²³⁵ In 2023 werd door het toenmalige kabinet bekend gemaakt dat € 37,5 miljoen wordt uitgetrokken om meer statushouders aan het werk te helpen.²³⁶ Mogelijk zou een specifiek deel van dit budget gebruikt kunnen worden voor het aan het werk helpen van statushouders in de zorgsector door hen aan een baan te helpen die middels jobcarving ontstaat.

3. Knelpunten rondom het behalen van deelcertificaten

Hoewel jobcarving in principe gericht is op mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt en bedoeld om mensen zonder zorgdiploma in te zetten in de zorg, worden problemen rondom het behalen van deelcertificaten gezien als een knelpunt voor opschaling. Voor veel mensen die in aanmerking komen voor jobcarving is een volledig mbo-diploma te moeilijk (door vakken als Nederlands, Engels en burgerschap). Het behalen van een deelcertificaat, bijvoorbeeld het mbo-certificaat Individuele Basiszorg Verlenen²³⁷, biedt een uitgelezen kans om op een relevant gebied wel door te leren. Zo kunnen mensen die middels jobcarving aan het werk gaan beter worden ingezet omdat zij meer taken op zich kunnen nemen. Bovendien wordt het voor mensen aantrekkelijker om als afdelingsassistent te gaan werken omdat zij op deze manier een kans aangeboden krijgen zich door te ontwikkelen. Het aanbieden van de mogelijkheid om deelcertificaten te halen, draagt daarmee bij aan opschaling omdat het voor meer mensen interessant wordt aan het werk te gaan als afdelingsassistent. Tot slot kan het mogelijk bijdragen aan het voorkomen van werkloosheid van deze personen. Het geeft immers de mogelijkheid om met een beperkte kwalificatie werk te doen.

²³⁵ <https://www.actieleernetwerk.nl/traject-kansrijk-statushouders-aan-de-slag-binnen-de-gehandicaptenzorg/>.

²³⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/07/11/kamerbrief-uitwerking-plan-van-aanpak-statushouders-aan-het-werk>.

²³⁷ <https://www.aventus.nl/opleidingen/mbo-certificaat-individuele-basiszorg-verlenen-c0039-llo>.

Het knelpunt bestaat volgens geïnterviewden uit het feit dat het behalen van deelcertificaten niet-bekostigd onderwijs betreft. Dat betekent dat het goedkoper is voor zorginstellingen om een volledige mbo-opleiding te bekostigen voor medewerkers (bijvoorbeeld de opleiding tot helpende). Om toch het behalen van deelcertificaten mogelijk te maken, gaat hier momenteel veel zorggeld naartoe, aldus respondenten in de interviews die binnen hun organisatie jobcarving proberen in te zetten. Tegelijkertijd kan het behalen van deelcertificaten momenteel bekostigd worden vanuit het SectorplanPlus-TAZ 2023-2024, hetgeen op basis van de interviews niet goed bekend lijkt in het veld.²³⁸ Deze subsidieregeling loopt overigens eind dit jaar af, maar de verwachting is dat er vervolg op zal worden gegeven. Los van het creëren van meer bekendheid rondom de al bestaande mogelijkheden via het SectorplanPlus-TAZ en de opvolger daarvan, biedt dit knelpunt dan ook geen aanknopingspunten voor verdere beleidsopties.

4.4 Casus 3 – Samenwerking tussen formele en informeel zorgverleners

4.4.1 Hoeveel potentieel wordt nu al benut

In hoofdstuk 2 hebben we berekend dat er een totaal van 153 tot 170 duizend informeel zorgverleners 'nodig' zijn om de potentiële capaciteitsbesparing in de langdurige zorg, wijkverpleging en ziekenhuiszorg te realiseren. Dit hebben we gedaan door in kaart te brengen welke taken niet per definitie uitgevoerd hoeven te worden door formele zorgverleners, maar in theorie kunnen worden uitgevoerd door informeel zorgverleners. Het betreffen daarmee taken die in principe nu nog niet (structureel) worden uitgevoerd door informeel zorgverleners, maar door wijkverpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in de verpleeghuiszorg en verpleegkundigen in het ziekenhuis.

Nederland telt momenteel circa 5 miljoen mantelzorgers, waarvan 825.000 mensen langdurige en intensief zorg verlenen aan een naaste, wat wil zeggen langer dan drie maanden en meer dan acht uur per week.²³⁹ Delen van de taken die deze mensen op zich nemen, zijn waarschijnlijk taken die anders door een zorgprofessional worden uitgevoerd op het moment dat de informeel zorgverlener dat niet doet, zoals persoonlijke verzorging, het klaarzetten en toedienen van medicijnen en verpleegkundige zorg. Omdat hierover echter geen exacte aantallen bestaan, is het lastig te berekenen hoeveel van het potentieel daarmee al benut wordt. Bovendien zijn veel andere taken, zoals begeleiding bij administratieve zaken, begeleiding bij vervoer en het vervoer zelf, emotionele steun en toezicht (een oogje in het zeil houden), taken die bijdragen aan iemands kwaliteit van leven. Deze taken borgen een mate van (kwaliteit van) zorg of ondersteuning die nu niet door professionals geleverd worden.

²³⁸ <https://portal2022.sectorplanplus.nl/>.

²³⁹ https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004474_0.pdf.

4.4.2 Knelpunten voor opschaling

Zoals ook beschreven in paragraaf 3.3 is het de vraag of het realistisch en wenselijk is om de samenwerking met informeel zorgverleners te benaderen vanuit een capaciteitsvraagstuk. Ook is het de vraag welke taken informeel zorgverleners kunnen overnemen van formele zorgverleners. Volgens experts moet de samenwerking met informeel zorgverleners dan ook ingezet worden vanuit een duurzame, preventieve insteek. Ook de V&VN omschrijft dat de vraag centraal moet staan hoe de (wijk)verpleegkundige de cliënt en de naaste betrokkenen kan ondersteunen om het samen thuis vol te houden, en niet een vraag die gesteld wordt vanuit de wil om te bezuinigen of te zorgen dat de verpleegkundige taken kan overdragen aan het netwerk.²⁴⁰ Zo kunnen mensen die nu nog geen informele zorg leveren, aangespoord worden dat wel te gaan doen voor een bepaald aantal uren en voelen informeel zorgverleners zich ook voldoende toegerust om die zorg met plezier kunnen leveren.²⁴¹

De manier waarop samenwerking met informeel zorgverleners volgens experts moet worden gefaciliteerd, is door in te zetten op Zorgzame Gemeenschappen, ook wel Zorgzame Buurten. Daarnaast moet ingezet worden op het vergroten van het mantelzorgpotentieel, het risico op mantelzorgoverbelasting worden weggenomen en is het van belang dat duidelijk wordt gecreëerd over wat informeel zorgverleners wel en niet mogen. Deze knelpunten en bijbehorende beleidsopties staan in onderstaande tabel weergegeven en lichten we hierna verder toe.

Tabel 37. Knelpunten en mogelijke beleidsopties voor opschaling van samenwerking tussen informeel en formele zorgverleners.

Knelpunt	Mogelijke beleidsopties
1. Structurele, domeinoverstijgende bekostiging ontbreekt om samenwerking tussen informele en formele zorg vanuit de wijk op te zetten	Zet in op structurele financiering en structureel beleid om domeinoverstijgende samenwerking mogelijk te maken
2. Beperkt mantelzorgpotentieel en risico op mantelzorgoverbelasting	Creëer maatschappelijk bewustzijn, zet in het op het aantrekken van vrijwilligers en het ondersteunen van mantelzorgers
3. Onvoldoende kennis over mogelijkheden en maatschappelijke opvattingen over zorg staan informele zorg in de weg	Creëer duidelijkheid ten aanzien van wat informeel zorgverleners wel en niet mogen

1. Structurele, domeinoverstijgende bekostiging ontbreekt om samenwerking tussen informele en formele zorg vanuit de wijk op te zetten

Volgens experts zijn Zorgzame Buurten onmisbaar om de zorg toekomstbestendig te maken en de samenwerking met informeel zorgverleners op duurzame wijze te faciliteren. Het gaat hierbij om initiatieven die vanuit verschillende domeinen (burgers, welzijn, zorg en wonen) ontstaan en zich richten op het samen leven in de buurt met een heterogene populatie, bestaande uit jongeren, ouderen, mensen met verschillende opleidingsniveaus en mensen met en zonder hulpvragen. Het credo van Zorgzame Buurten luidt: 'zorg wordt geleverd als die nodig is, maar het vertrekpunt zijn burgers, hoe ze wonen en leven. De kracht van iedereen wordt zoveel mogelijk benut en mensen helpen elkaar waar het kan'.²⁴²

Het belangrijkste knelpunt waar deze initiatieven echter tegenaan lopen, zijn problemen met wet- en regelgeving en het vinden van structurele financiering.²⁴³ Hoewel de initiatieven zich terug lijken

²⁴⁰ <https://www.venvn.nl/media/dniju40t/meng3-mantelzorg-voorop-p7-9.pdf>.

²⁴¹ <https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/informele-zorg-andere-manier-van-samenleven>.

²⁴² [Zorgzame buurten trotseren het systeem \(vilans.nl\)](https://www.vilans.nl/zorgzame-buurten-trotseren-het-systeem).

²⁴³ <https://www.vilans.nl/wat-doen-we/loket-voor-zorgzame-buurten>.

te verdienen (zie paragraaf 3.3.3) vraagt het opzetten van een initiatief wel een investering aan de voorkant. Zo wordt vaak gewerkt met een dorpsondersteuner, buurtassistent of dorpregisseur die als belangrijke schakel fungeert tussen verschillende zorgprofessionals en de informeel zorgverlener en die de zorg coördineert. Een betaaltitel voor deze functie ontbreekt, hetgeen leidt tot 'van-het-kastje-naar-de-muurgedrag' wanneer gezocht wordt naar financiering. In dat kader wordt veelal gesproken van schottenproblematiek, waarbij financiering vanuit verschillende budgetten (Wlz, Wmo, Zvw) moet komen. In interviews wordt aangegeven dat het bovendien sterk kan verschillen hoe gemeenten hierin staan, waarbij het zelfs voorkomt dat de financiering en samenwerking met de gemeente het ene jaar wel goed gaat, maar bij een nieuw college van burgemeester en wethouders wordt stopgezet.

Beleids optie: zet in op structurele financiering en structureel beleid om domeinoverstijgende samenwerking mogelijk te maken

Om de samenwerking met informeel zorgverleners op duurzame wijze te verankeren en schottenproblematiek weg te nemen (zodat bijvoorbeeld een dorpsondersteuner gefinancierd kan worden), is het van belang de opschaling van Zorgzame Buurten vanuit overheid structureel te verankeren. Het Ministerie van VWS kan een leidende rol in nemen in deze transitie en de integrale benadering die nodig is stimuleren middels structurele financiering en structureel beleid.

Hoewel sinds 21 november 2023 de regeling specifieke uitkering domein-overstijgend samenwerken (SPUK DOS) geldt, is deze geldstroom niet structureel. Met het doel om 'domein-overstijgende samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren te stimuleren, teneinde de zorg thuis te verbeteren zodat de vraag naar zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet langdurige zorg kan worden uitgesteld of voorkomen'²⁴⁴, is het wel een stap in de goede richting. Zo kunnen bijvoorbeeld de meerkosten die gemaakt worden bij de uitvoering van een 'experiment waarbij een cliënt onder begeleiding staat van een centraal persoon', oftewel de dorpsondersteuner, vergoed worden vanuit deze regeling. Tegelijkertijd gaat het voor wat betreft de gehele subsidie om een relatief klein bedrag (€ 26,7 miljoen), alleen voor het jaar 2024, waarbij de tweede aanvraagronde al in het eerste kwartaal van 2024 sluit (en een volgende nog niet is aangekondigd).

In het verlengde van deze regeling valt dan ook aan te bevelen nu al te onderzoeken en vast te leggen hoe na afloop van deze regeling structurele financiering van domeinoverstijgende samenwerkingen kan worden vastgelegd. De NZa heeft getracht een domeinoverstijgende betaaltitel te maken die de samenwerking tussen financiers en zorgaanbieders in het sociaal domein, Wlz en Zvw faciliteert. Dit bleek juridisch onmogelijk, waarbij de NZa stelde dat ze de technische details van dit knelpunt niet kon geven.²⁴⁵ Het valt aan te bevelen dat de overheid onderzoekt of de juridische knelpunten kunnen worden weggenomen om in de toekomst wel tot domeinoverstijgende financiering te komen, inclusief betaaltitel voor een functie als dorpsondersteuner.

²⁴⁴ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0045527/2023-11-21>.

²⁴⁵ <https://www.zorgvisie.nl/nza-domeinoverstijgende-betaaltitel-is-juridisch-niet-mogelijk/>.

2. Beperkt mantelzorgpotentieel en risico op mantelzorgoverbelasting

Momenteel zijn er per 85-jarige 8,7 potentiële mantelzorgers van 50 tot 65 jaar beschikbaar. Dit mantelzorgpotentieel neemt tot en met 2040 echter af naar 3,9.²⁴⁶ Daarnaast is ongeveer 9% van de mantelzorgers overbelast en één op de drie mantelzorgers combineert een betaalde baan met zorgtaken.²⁴⁷ In het RVS-rapport 'Anders leven en zorgen' wordt aangegeven dat een deel van de mantelzorgers niet (meer) kan werken, omdat het mantelzorgen veel tijd vraagt. Hierdoor leveren zij in op zowel inkomsten als carrièreperspectieven.²⁴⁸

Hoewel de bereidheid om te willen zorgen is gestegen in de afgelopen jaren, vormen de beschikbaarheid van informeel zorgverleners en het risico op overbelasting dus een probleem.²⁴⁹ De extra druk die nu al op mantelzorgers komt te liggen, wordt door de Patiëntenfederatie Nederland en MantelzorgNL bovendien als zorgwekkend en onhoudbaar gezien.²⁵⁰

Beleidsoptie: creëer maatschappelijk bewustzijn, zet in het op het aantrekken van vrijwilligers en het ondersteunen van mantelzorgers

Om de druk op de mantelzorgers te verlichten en overbelasting te voorkomen, is het van belang om mantelzorgers te ondersteunen. Via het WOZO-programma worden stappen in de goede richting gezet ten aanzien van de transitie naar zorg thuis en het ondersteunen van het informele netwerk van ouderen.²⁵¹ Ook is vanuit de VNG bijvoorbeeld een 'Adviesteam Mantelzorg' opgezet, waarbij middels 75 pilots geëxperimenteerd werd met een decentralisatie-uitkering die gemeenten in de gelegenheid stelt om hun eigen beleidskeuzes te maken voor een verbetering in de toegang tot het aanbod voor mantelzorgers.²⁵²

Ook heeft de Rijksoverheid een Mantelzorgagenda opgesteld voor 2023 – 2026 om mantelzorgers beter te ondersteunen. Onderdeel van deze agenda is om het combineren van betaald werk en mantelzorgen te faciliteren. Daarnaast zet deze agenda in op verbinding en samenwerking met (het netwerk van) de mantelzorger, en op individuele ondersteuning.²⁵³ In de Mantelzorgagenda krijgt het flexibiliseren van mantelzorgverlof al aandacht.²⁵³ Mensen die zorgen met werk combineren ondervinden zoals hierboven omschreven vaak druk van deze combinatie. Momenteel is doorbetaling bij langdurig mantelzorgverlof afhankelijk van de cao. Het valt daarom aan te bevelen om een vergoeding in te voeren voor mantelzorgers die professionele zorg vervangen. Deze vergoeding kan vergelijkbaar zijn met doorbetaling bij ouderschapsverlof (gedurende negen weken een uitkering tot 70% van het dagloon). Met een dergelijke vergoeding kan de financiële druk van het mantelzorgen verlicht worden.

²⁴⁶ <https://www.regiobeeld.nl/zorgaanbod?regioIndeling=Pv&zorgaanbiederType=ha&vergrijzingzorgsectorRegio=Pv22&jaarOpties=2022®io=Pv22#mantelzorgPotentieel>.

²⁴⁷ <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/12/09/blijvende-bron-van-zorg>.

²⁴⁸ <https://www.raadrsvs.nl/documenten/publicaties/2022/05/19/anders-leven-en-zorgen>.

²⁴⁹ https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004474_0.pdf.

²⁵⁰ <https://backend.mantelzorg.nl/app/uploads/sites/3/2023/03/2023-12-Brief-Plenaire-debat-WOZO.pdf>.

²⁵¹ <https://www.actiz.nl/wat-merken-zorgorganisaties-van-het-wozo-programma>.

²⁵² <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-1122402.pdf>.

²⁵³ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/documenten/rapporten/2023/06/30/mantelzorgagenda-2023-2026>.

Daarnaast is het belangrijk (verder) in te zetten op *reablement*, oftewel herstelgerichte ondersteuning en zorg, waarbij de hulpbehoevende en de informeel zorgverlener samen de benodigde handvatten aangereikt krijgen bij het vergroten van zelf- en samenredzaamheid. Uitgangspunt van reablement is het uitstellen van afhankelijkheid van formele zorg en ondersteuning. Het inzetten op en het creëren van bekendheid met reablement is één van de actielijnen van het WOZO en in het kader daarvan zet ZonMw in opdracht van het Ministerie van VWS een programma op gericht op reablement. Concreet is er € 3,2 miljoen gereserveerd om lokale pilots en een leertraject te starten, een eenduidige wijze van monitoring en effectevaluatie op te zetten en landelijke kennisdeling te organiseren en coördineren.²⁵⁴ De verwachting is dat bij het succesvol opzetten van dit programma de samenwerking met informeel zorgverleners op positieve wijze gestimuleerd kan worden.

Om aan de (informele) zorgvraag te kunnen blijven voldoen, is het ook van belang om meer vrijwilligers aan te trekken en niet alleen in te zetten op het directe netwerk van de zorgbehoevende. Hiertoe moeten mogelijkheden voor mensen zonder betaalde baan maar met vrijwilligerspotentieel, verruimd worden om eenvoudige hulp te bieden en om zich als vrijwilliger in te kunnen zetten. Dit kan bijvoorbeeld door de sollicitatieplicht te laten vervallen en een hogere vrijwilligersvergoeding en een vergoeding voor mensen met recht op een uitkering toe te staan. Deze mensen kunnen helpen bij eenvoudige taken in de langdurige zorg, zoals koffie drinken, het maken van een praatje en lichte ondersteuning. Een andere mogelijkheid is om mensen met een uitkering recht te geven op de mogelijkheid een eenvoudige baan in de zorg aan te nemen. Zij kunnen bijvoorbeeld ingezet worden voor huishoudelijke taken (zoals strijken, wassen en boodschappen doen), maar ook voor sociale contacten.

3. Onvoldoende kennis over mogelijkheden en maatschappelijke opvattingen over zorg staan informele zorg in de weg

Tot slot is volgens experts de cultuur binnen het zorgdomein een knelpunt als het gaat om de samenwerking met informeel zorgverleners, ook in de het kader van Zorgzame Buurten. Het wordt benoemd dat het zorgsysteem nog onvoldoende klaar lijkt te zijn om de transitie te maken naar gelijkwaardige samenwerkingen binnen gemeenschappen en te denken vanuit welzijn en kwaliteit van leven in plaats van het vermijden van risico's.²⁵⁵ Zorgorganisaties zien vaak risico's in plaats van kansen, en zorgmedewerkers vinden het soms lastig om verantwoordelijkheden over te dragen aan informeel zorgverleners.²⁵⁶ De overheersende maatschappelijke opvatting is dat zorg door een professional moet worden geleverd en ook informeel zorgverleners zelf hebben vaak onvoldoende vertrouwen, kennis of kunde om bepaalde taken uit te voeren.

²⁵⁴ <https://www.zonmw.nl/nl/programma/reablement>.

²⁵⁵ <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/zorgzame-buurten-trotseren-het-systeem>.

²⁵⁶ <https://www.vilans.nl/kennis/grenzen-verkennen-in-samenspel-tussen-in-en-formele-zorg>.

Beleidsoptie: creëer duidelijkheid ten aanzien van wat informeel zorgverleners wel en niet mogen

Om duidelijkheid te creëren ten aanzien van wat wel en niet door informeel zorgverleners mag worden uitgevoerd, is het nodig tot een gezamenlijke definitie te komen. Deze oproep werd eerder ook al door het Sociaal en Cultureel Planbureau gedaan.²⁵⁷ Ook hier geldt dat het Ministerie van VWS een leidende en faciliterende rol op zich kan nemen om veldpartijen er samen toe te zetten tot deze integrale visie te komen. Onlangs is door Waardigheid en trots voor de toekomst de notitie 'Grenzen verleggen – anno 2024' gepubliceerd, waarin de juridische en wettelijke aspecten van informele zorg worden toegelicht. Dit kan dienen als basis voor een dergelijke visie. Ook kan de informatie uit deze notitie middels een campagne onder de aandacht worden gebracht bij zowel zorgorganisaties als burgers, om kennis over dit onderwerp te verspreiden en misvattingen te voorkomen.

Naast het creëren van duidelijkheid over wat wel en niet mag, kan ook verbreding worden opgezocht ten aanzien van welke taken informeel zorgverleners mogen uitvoeren. Hiertoe bevelen we aan om richtlijnen op te stellen die de exclusiviteit van voorbehouden handelingen voor professionals doen verminderen, bijvoorbeeld voor medicatietoediening, palliatieve terminale zorg en revalidatiezorg. De zorg en ondersteuning die niet door een formele zorgverlener uitgevoerd hoeven te worden, kunnen op deze manier door informeel zorgverleners uitgevoerd worden. Indien nodig dienen zij scholing te ontvangen voor het uitvoeren van de handelingen. Het is verder van belang dat er een formele zorgverlener betrokken blijft bij de cliënt en de informeel zorgverleners in een coördinerende rol. Hierdoor kan ruimte ontstaan voor het uitvoeren van handelingen door informeel zorgverleners. Hoewel het aan het veld is om dergelijke richtlijnen op te stellen, kan de overheid hier wel een faciliterende en leidende rol in nemen.

²⁵⁷ <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/09/28/meer-integrale-visie-op-mantelzorg-nodig>.

Bijlage 1.

Onderzoeks- verantwoording

B.1.1 Begeleidingscommissie

Het onderzoek werd begeleid door twee begeleidingscommissies: een externe begeleidingscommissie bestaande uit brancheorganisaties en een commissie vanuit het Rijk. Vanuit het Rijk is er een begeleidingscommissie samengesteld met vertegenwoordiging van de verschillende departementen die betrokken zijn bij de Kennisagenda Betaalbaarheid en Arbeidsmarkt.

Aan de externe begeleidingscommissie hebben de volgende partijen deelgenomen:

- ActiZ
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen (NVZ)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- De Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

B.1.2 Respondenten

Onderstaande tabel geeft een overzicht van deelnemers aan de EffectenArena's, diepte-interviews en werksessies.

Organisatie	Functie
ActiZ	Senior beleidsadviseur
Amsterdam UMC	Associate professor
Centrale Huisartsenpost Almelo	Directeur federatie eerstelijnszorg Almere
Cordaan	Domeinmanager wijk en dagbesteding
Deventer Ziekenhuis	Chirurg
ESHPM	Hoogleraar management en organisatie van ouderenzorg
FMS	Senior adviseur
Fontys	Lector

Organisatie	Functie
HAN	Lector
HAN/CWZ	Associate lector/verpleegkundig decaan
HAN/Platform Zorgmasters	Onderzoeker/opleidingscoördinator Master Physician Assistant
Huisartsenpraktijk	Huisarts
Huisartsenpraktijk	Verpleegkundig specialist
Huisartsenpraktijk	Physician assistant
Libertas Leiden	Wijkverpleegkundige
MantelzorgNL	Beleidsmedewerker
Maria-Oord (Community Care Dongen)	Raad van Bestuur
NAPA	Physician assistant, bestuurslid
NAPA	Physician assistant, bestuurslid
NLZVE/Austerlitz Zorgt	Mede-initiatiefnemer
Noorderbreedte	Projectmanager en teamleider
OLVG	Verpleegkundig specialist SEH, bestuurslid V&VN
Reinaerde	Leidinggevende
Sevagram	HR adviseur
SSFH	Beleidsmedewerker sociaal fonds huisartsenzorg
SSFH	Projectleider duurzame inzetbaarheid
Stichting KOH	Projectleider taakherschikking
SZR	Manager HR en ontwikkelen
V&VN	College Specialismen Verpleegkunde
VGN	Senior beleidsadviseur Arbeidszaken
Vilans	Senior adviseur familie- en netwerkparticipatie
VU	Bijzonder hoogleraar organisatie en beleid van zorg
VU	Hoogleraar gezondheidseconomie en dementie

Organisatie	Functie
VU	Professor gezondheidseconomie
Zuyderland	Hoofd P&O



WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al 85 jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen, is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

Berenschot B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG UTRECHT
Postbus 8039, 3503 RA UTRECHT
030 2 916 916
www.berenschot.nl