



De inzet van de HBO-verpleegkundige Gerontologie en Geriatrie in de ouderenzorg

Een maatschappelijke *business case*

Marleen Goumans & Evelyn Finnema
Lectoraat Samenhang in de Ouderenzorg
Hogeschool Rotterdam

Rotterdam, juni 2010

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	Pg. 3 – 5
1. Inleiding	Pg. 6
1.1. <i>Wat is een maatschappelijke Business Case?</i>	Pg. 6
1.2. <i>De inzet van HBO-verpleegkundigen geriatric en gerontologie in de ouderenzorg</i>	Pg. 7
1.3. <i>Belang van een HBO-VGGER</i>	Pg. 7
1.4. <i>Gevolgde werkwijze</i>	Pg. 7 – 8
1.5. <i>Leeswijzer</i>	Pg. 8
2. Cliëntperspectief (CP)	Pg. 9 – 10
3. Business Model	Pg. 11
3.1. <i>Aannames in het business case model</i>	Pg. 11 – 12
3.2. <i>Voorbeelden van de inzet van HBO-vers in de ouderenzorg</i>	Pg. 12 – 14
3.3. <i>De HBO-VGGER in de ouderenzorg</i>	Pg. 14
3.4. <i>De HBO-verpleegkundige in de ouderenzorg</i>	Pg. 15
3.5. <i>Kernkwaliteiten en rollen</i>	Pg. 15 – 16
3.6. <i>Werkzaamheden van een HBO-verpleegkundige in de ouderenzorg</i>	Pg. 16
3.7. <i>De waarde van de werkzaamheden van de HBO-verpleegkundige</i>	Pg. 16 – 17
3.8. <i>Positionering van de HBO-verpleegkundige</i>	Pg. 17 – 18
3.9. <i>Conclusies</i>	Pg. 18
4. Organisatorische case (OC)	Pg. 19
4.1. <i>Meerjarig perspectief</i>	Pg. 19 – 20
4.2. <i>Twee modellen</i>	Pg. 20 – 21
4.3. <i>Aantallen VVG-ers per afdeling, team en organisatie</i>	Pg. 21
4.4. <i>Financiële situatie</i>	Pg. 21 – 22
4.5. <i>Ontwikkeling kostenopbouw 2011 – 2015</i>	Pg. 23
4.6. <i>Ontwikkeling in financiële effecten</i>	Pg. 23 – 29
4.7. <i>Conclusies</i>	Pg. 29
5. Maatschappelijke case (MC)	Pg. 30 – 34
6. Maatschappelijke Business Case (mBC): Slotbeschouwing	Pg. 35
Referenties	Pg. 36
Bijlage 1	Pg. 37

Samenvatting

Dit document beschrijft een 'maatschappelijke *Business Case* (mBC)'. In opdracht van de stuurgroep van het project HBO verpleegkundige Gerontologie en Geriatrie (VGG) is onderzocht wat de waarde is van een VGGer in de ouderenzorg. Er blijkt behoefte te zijn aan deze HBO functie om leemtes op het terrein van complexe zorg, innovatie en kwaliteitsontwikkeling van zorg en begeleiding en inhoudelijke regie en coördinatie op te vangen (Gloudemans, 2009). Tegelijkertijd is er aarzeling om HBO-vers aan te stellen en/of voor hen een inhoudelijke functie te creëren die past bij de verworven competenties. Het ontbreken van inzicht in de betekenis en (meer)waarde van een HBO-verpleegkundige is een belangrijke reden voor het niet of beperkt aanstellen. Er is echter een kentering zichtbaar (Vilans, 2009). Aangezien er slechts een beperkt aantal VGGers in de ouderenzorg werkzaam is, zijn bij het maken van deze businesscase ervaringen met reeds bestaande verpleegkundige functies op HBO niveau binnen de sector leidend geweest. De case is samengesteld op basis van interviews en literatuurstudie.

De VGGer onderscheidt zich van andere verpleegkundigen en verzorgenden door met meer diepgang de complexe zorgvragen van de oudere cliënt tegemoet te treden. De VGGer houdt het overzicht op snel veranderende situaties, onderneemt gepaste activiteiten en past gerichte interventies toe, zowel aan huis als in diverse beschermde als beschutte (tijdelijk) woonvormen en geriatrische revalidatiecentra. De VGGer denkt pro-actief en verleent zorg vanuit het levensloopperspectief van de oudere. Zij zal in haar zorgverlening afwegingen en keuzes moeten maken tussen de autonomie van de oudere en ingrijpen in de situatie. Het accent van de functie ligt op het snijvlak van de medische-, psychosociale-, psychiatrische en psychogeriatrische complexe verpleegkundige activiteiten waar specifieke kennis en kunde voor nodig is. Daarnaast heeft de VGGer persoonlijk contact met de oudere en zijn sociale omgeving. Zij biedt emotionele ondersteuning, past gerichte interventies toe en helpt bij het vinden van de juiste zorg op de juiste plek. Individuele zorg, trajectbegeleiding en continuïteit van zorg zijn belangrijke elementen van haar zorgverlening.

Vanuit het perspectief van de cliënt is het de ervaring en verwachting dat de waarde voor de cliënt ligt bij:

- een beter zorgproces (structuur, inhoud, kwaliteit)
- het krijgen van een goed antwoord op complexe/samenhangende zorgvragen (goede signalering en adequaat verpleegkundig optreden, nauw overleg met specialist ouderengeneeskunde en paramedisch dienstverleners)
- afstemming met en oor/oog hebben voor mantelzorgers.

De inzet van HBO-vers als inhoudelijk medewerker resulteert (naar ervaring van de geïnterviewden) in een aantal dingen die van positieve waarde zijn voor de organisatie:

- Er is sprake van cultuurbeïnvloeding: primaire proces centraal;
- Kwaliteitsverbetering (zorgplannen, diagnostiek, signaleren);
- Vermindering van fouten/herstelwerkzaamheden, dit levert tijdswinst op en daarmee geld;
- Andere medewerkers in het team groeien in hun rol en kunnen meer;
- Er ontstaat rust en duidelijkheid door de inhoudelijke en organisatorische kennis die aan het team wordt toegevoegd (bv kennis over gedragingen bij dementerende ouderen en hoe daar mee om te gaan);

- Deskundige zorgverlening in complexe situaties;
- Leerlingenbegeleiding van HBO-v studenten is geen probleem én inhoudelijk interessanter voor de studenten want rolmodel(len) aanwezig (meer)(tijds)winst);
- Innovatief vermogen afdelingen/teams stijgt en daarmee het innovatieve vermogen van de organisatie;
- Mogelijke taakherschikking met specialist ouderengeneeskunde (Prismant, 2009);
- Vermindering ziekteverzuim (teams houden elkaar in de gaten, teamleden helpen elkaar);
- Minder leidinggevenden (leidinggevende uren) nodig omdat deskundigheid in teams toeneemt;
- Opleidingsvragen worden voor een deel ter hand genomen in het team/afdeling (klinische lessen, deskundigheidbevordering, inzet wetenschappelijk en beroepsinhoudelijke kennis);
- Kans op verbinden, leren, werken en innoveren neemt toe, goed voor medewerkerstevredenheid, goed voor de oudere.

Het is de opvatting dat de waarde van een VGGer het hoogst is in situaties waarin er sprake is of kan zijn van complexe zorgvragen of gecombineerde zorgvragen. Dit is het geval bij geriatrische revalidatiezorg, ziekenhuisverplaatste zorg of bij psychogeriatrische zorg en bij zorg voor kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen (bv psychiatrische, psychosociale en somatische aandoeningen tegelijkertijd). Het is in deze situaties dat de VGGer alle rollen volledig zal benutten. Het is daarentegen niet gezegd dat er ook geen toegevoegde waarde is voor een VGGer in andere zorgsituaties. Te denken valt aan situaties waarin het organiseren van de zorg (inhoudelijk (zoals vraaggericht werken met beschikbare middelen) en logistiek (slimme organisatie)) centraal staat en de situaties waarin de verpleegkundige tamelijk solistisch werkt zoals een wijkverpleegkundige.

Belangrijke voorwaarden om deze waarde ook te behalen zijn het hanteren van een passende visie en strategie als ouderenzorgorganisatie. VGG komen het beste tot hun recht in inhoudelijke functies in het primaire proces, dicht bij de teams. De meeste winst is te behalen overdag en door de week door betere organisatie van de zorg en door verbetering van kwaliteit van zorg.

I

Het zal ouderenzorgorganisatie vanuit een 0-situatie (is situatie zonder inzet VGGers) zo'n vijf jaar duren om een optimale situatie te creëren. In zo'n optimale situatie variëren de additionele kosten van minimaal 11.000 euro tot maximaal 57.000 euro op jaarbasis per in te zetten VGGer ten opzichte van de 0-situatie

Om de mogelijke financiële effecten van de inzet van VGGers in de ouderenzorg aan te tonen zijn een aantal scenario's uitgewerkt:

Scenario 1 Een aanstelling in een team of afdeling dat vooral ziekenhuisverplaatste zorg of geriatrische revalidatie biedt.

Scenario 2 Een aanstelling als wijkverpleegkundige of coördinerend wijkverpleegkundige.

Scenario 3 Inzet van verpleegkundige als praktijkverpleegkundige in een verpleeghuis.

Scenario 4 Inzet als coördinerend verpleegkundige in een verzorgingshuis.

Uit de afzonderlijke scenario's komen gunstige kwalitatieve en financiële resultaten naar voren.

Opvallend is dat, in tegenstelling tot de aannames, de VGGer zeer goed rendeert in de verzorgingshuissetting. In alle scenario's is het financieel gunstig om in de aanstelling van een VGGer te investeren. De VGGer brengt in alle gevallen efficiencywinst met zich mee. De winst is

het hoogste wanneer er sprake is van vervanging van een verpleegkundige of EVVer door een VGGer in plaats van het additioneel toevoegen van een VGGer. Naast een maatschappelijk rendement is er in een aantal gevallen ook sprake van een efficiencywinst voor de desbetreffende organisatie.

Gevoelsmatig weten veel ouderenzorgaanbieders dat het substitueren van HBO-verpleegkundigen en verpleegkundigen met verzorgenden en eerst verantwoordelijk verzorgenden gevolgen heeft gehad. Gevolgen die niet alleen terug te vinden zijn in de kwaliteit van de zorgverlening, maar ook in arbeidsplezier van werknemers en tevredenheid van klanten. In deze maatschappelijke *businesscase* is aangetoond dat een zekere mate van diversiteit in de personele samenstelling grote gevolgen heeft voor de kwaliteit van de inhoud en organisatie van de zorg. Dit is op basis van literatuur en interviews aangetoond voor meerdere settingen. Er is ruimte voor HBO opgeleide professionals in de ouderenzorg. Met name professionals die naast hun HBO-v capaciteiten en competenties aantoonbaar kennis hebben van geriatrie en gerontologie. Deze professionals levert in teamverband maar ook in zelfstandige zorginhoudelijke functies een substantiële bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg. Deze maatschappelijke *businesscase* toont dat aan.

De investeringen die per team, per organisatie of landelijk gepaard gaan met het aanstellen van deze VGgers in de ouderenzorg zorgen allemaal voor aanzienlijke (maatschappelijke) baten en financiële opbrengsten. Bij het bepalen of het investeren in de opleiding of aanstelling van een VGGer in de ouderenzorg staat het geld verdienen niet voorop. Er kan niet enkel gekeken worden naar de geldstromen die de VGGer gaat genereren. Het gaat vooral om het maatschappelijke resultaat van de investering.

Bij het bouwen van de maatschappelijke *businesscase* hebben we gebruik gemaakt van aannames gebaseerd op theorie en praktijkervaringen bij ouderenzorgaanbieders. Om deze aannames te toetsen in de verschillende werksituaties waar een VGGer terecht kan komen, zijn aanbevelingen voor de tweede fase van het project VGG het:

- volgen en in kaart brengen waar en in welke functie de VGgers gaan werken;
- formuleren van uniforme meetbare criteria waarmee de impact en de gerelateerde opbrengsten van de VGGer in de verschillende functies in kaart worden gebracht;
- onderzoeken van deze praktijksituaties gedurende de projectduur om zo tot een op onderzoek gefundeerde onderbouwing te komen.

Een voorwaarde hiervoor is dat het werkveld een stap zet in het organiseren en aanbieden van inhoudelijke verpleegkundige functies op HBO niveau. De HBO-raad, Actiz en de hogescholen hebben met het ontwikkelen van het competentieprofiel VGG en het realiseren van het uitstroomprofiel VGG een belangrijke bijdrage geleverd. Doorontwikkeling en verder stimuleren is aan de orde in het vervolgproject VGG.

Het is onze verwachting dat deze maatschappelijke *businesscase* de ouderenzorgaanbieders voldoende inzichten en argumenten geeft om voor hun eigen organisatie het experiment aan te gaan.

Inleiding

Dit document beschrijft een 'maatschappelijke *Business Case* (mBC)' over de inzet van HBO-vers Geriatrie en Gerontologie in de Ouderenzorg.

De afgelopen twee jaar heeft Actiz samen met de HBO-raad en negen HBO-V's het project HBO verpleegkundige Gerontologie en Geriatrie (VGGer) uitgevoerd. Het hoofddoel was het geven van een impuls aan het branchespecifiek opleiden en inzetten van HBO verpleegkundigen in de VVT-branche, volgens de differentiatie HBO VGGer. Verwacht wordt dat deze functionaris de kwaliteit van de zorg aan vooral kwetsbare ouderen op een hoger plan brengt. Er is nog maar beperkt ervaring opgedaan met het opleiden en inzetten van deze VGGER in het werkveld. De aandacht voor de inzet van VGgers in de ouderenzorg sluit aan bij de doelstelling van het Nationaal programma Ouderenzorg, zorgen voor een toekomstbestendige zorg juist voor de kwetsbare groep ouderen. Het sluit ook aan bij inzichten die zijn verworven over taakverschuiving (o.a. RIVM, 2009) van artsen naar verpleegkundigen. Het levert bovendien een bijdrage aan het nadenken over toekomstbestendige en kwalitatief hoogwaardige ouderenzorg, ook wanneer er sprake is van een toenemend aantal ouderen en een toenemend aantal kwetsbare ouderen en relatief steeds minder beschikbaar personeel.

Het doel van dit document is om vanuit verschillende perspectieven een totaalbeeld van de inzet van HBO-vers Geriatrie en Gerontologie in de Ouderenzorg te beschrijven. Actiz heeft deze beschrijving verzocht om bij het vervolg van het project HBO-VGG (2010-2012) over inzichten te beschikken van een mogelijk organisatieconcept van de inzet van de VGGer en de kosten en baten.

Bij het maken van deze maatschappelijke *Business Case* is gebruik gemaakt van het format zoals ontwikkeld door Ernst en Young voor het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg (Felius van, 2009).

1.1 **Wat is een maatschappelijke Business Case?**

Een mBC is een *gestructureerde kosten-baten afweging* waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen. In deze mBC wordt een aantal jaren vooruit gekeken naar een volwassen inzet van VGGer in de ouderenzorg. Hierbij wordt de 'investering' afgezet tegen de te verwachten maatschappelijke baten. Zo heeft de maatschappij bijvoorbeeld baat bij de kwaliteitsimpulsen die de HBO-VGGer kan brengen of baat bij de overheveling van de voor de specialist ouderengeneeskunde oneigenlijke taken naar een HBO verpleegkundige. Deze baten worden geschat en gekwantificeerd door te werken met onderzoek, literatuur, aannames en ervaringsdeskundigen uit de VVT branche werkzaam met en voor ouderen.

Aangezien het aantal HBO-VGgers dat al werkzaam is in de ouderenzorg nagenoeg nihil is, is bij het maken van deze businesscase gekeken naar al bestaande verpleegkundige functies op HBO niveau binnen de sector. Uitgangspunt is hierbij dat deze functies tevens ingevuld kunnen worden door de VGGer. Bij het onderbouwen van de *businesscase* maken we gebruik van de ervaringen die de ouderenzorgorganisaties tot nu toe hebben opgedaan.

Op basis van deze mBC krijgen stakeholders en potentiële financiers een zo breed en concreet mogelijk inzicht in het functioneren en de effecten van de inzet van VGGer in de Ouderenzorg. Naarmate het vervolgproject, 2010-2012, vordert en er meer VGGer in een op hen toegesneden functie daadwerkelijk in de ouderenzorg werkzaam zijn, is het mogelijk een aantal aannames verder aan te scherpen.

In de volgende paragraaf volgt een beschrijving van de VGGer.

1.2 De inzet van HBO-verpleegkundigen geriatric en gerontologie in de ouderenzorg

Diverse partijen willen een impuls geven aan het branchespecifiek opleiden én inzetten van HBO-verpleegkundigen in de VVT branche, volgens de differentiatie HBO-VGG (Mulder, 2009). Negen HBO-V's, de HBO-raad, A+O VVT en Actiz organisatie van zorgondernemers hebben daartoe een project ingericht dat na een pilotfase (2005-2007), een eerste fase (2007-2009) nu een tweede fase in gaat (2010-2012). Resultaten van de pilotfase en eerste fase zijn dat:

- Er een beroeps competentieprofiel HBO-VGG is gerealiseerd en geactualiseerd.
- Het aantal stageplaatsen op HBO-niveau is uitgebreid.
- Er een begin is gemaakt met het realiseren van de benodigde infrastructuur en randvoorwaarden nodig voor het opleiden en inzetten van VGGers.
- Er is verkend hoe een doorstroomtraject van niveau 4 naar niveau 5 inhoudelijk, organisatorisch en financieel gerealiseerd zou kunnen worden.
- Er 77 HBO-VGGers zijn opgeleid.
- Een aanzet is gemaakt met het benoemen van mogelijke rollen voor VGGers in de VVT en inzichtelijk is gemaakt wat het vergt van zorgorganisaties om deze functionaris ook daadwerkelijk als 'nieuwe functie' een plek te geven in de organisatie.
- Bekendheid en draagvlak is vergroot via nieuwsbrief, brochure en bijeenkomsten.

1.3 Belang van een HBO-VGGER

Uit gesprekken tussen onderwijs, HBO-Raad, Actiz en werkgevers uit de ouderenzorg blijkt dat het werkveld van de ouderenzorg wel degelijk behoefte heeft aan HBO-verpleegkundigen. Maar dan wel met specifieke kennis van de kwetsbare oudere en ouderdom gerelateerde ziektes, en met specifieke kennis van de sector. Er is sprake van leemtes in de sector met betrekking tot competenties die nodig zijn voor de uitvoering van hoog complexe zorg, innovatie en kwaliteitsontwikkeling van zorg en begeleiding en voor de inhoudelijke regie en coördinatie (Gloude-mans, 2009). Tegelijkertijd is geconstateerd dat er aarzeling is bij ouderenzorgorganisaties om HBO-vers aan te stellen en/of voor hen een functie te creëren die past bij de competenties die hij of zij heeft verworven. Deze aarzeling wordt ingegeven door het ontbreken van daadwerkelijk inzicht in de betekenis en (meer)waarde van een HBO-verpleegkundige. Ook speelt mee dat de uren verpleging en verzorging zoals verbonden aan de Zorg Zwaarte Pakketten voor de intramurale zorg als beperkend worden gezien om relatief dure krachten in te zetten. Het vergt visie en beleid en een passende manieren van organiseren, vanuit de directie van de zorgorganisaties en de branche om ook daadwerkelijk een banenaanbod op niveau te realiseren.

1.4 Gevolgde werkwijze

Om deze mBC op te kunnen stellen hebben we allereerst een literatuurstudie gedaan naar de rol van de HBO-ver in de ouderenzorg. Daarin is ook meegenomen de rapportages en bevindingen gerelateerd aan het project HBO-VGG. In de voorbereidingsfase is ook het symposium bezocht waarin de tweede fase van de HBO-VGG project werd afgerond (den Bosch, oktober 2009). Via sleutelfiguren uit het VGG project is geprobeerd te achterhalen waar de uitgestroomde VGGers momenteel werkzaam zijn. Dit bleek niet (eenvoudig) te achterhalen

aangezien er geen systematische registratie op plaatsvindt. Actiz heeft namen aangeleverd van ouderenzorgaanbieders waarin HBO-vers werken op inhoudelijke verpleegkundige functies op HBO-v niveau. Bij zes verschillende aanbieders is een interview afgenomen met in totaal 9 mensen over wat voor hen de waarde is van HBO-vers in hun dagelijkse praktijk.

1.5 Leeswijzer

De maatschappelijke *Business Case* kent een logische opbouw waarin vijf onderling verbonden perspectieven samenkomen tot één gedeelde kosten-baten afweging van de inzet van de VGGer in de ouderenzorg. De structuur van deze opbouw is in onderstaande figuur weergegeven:

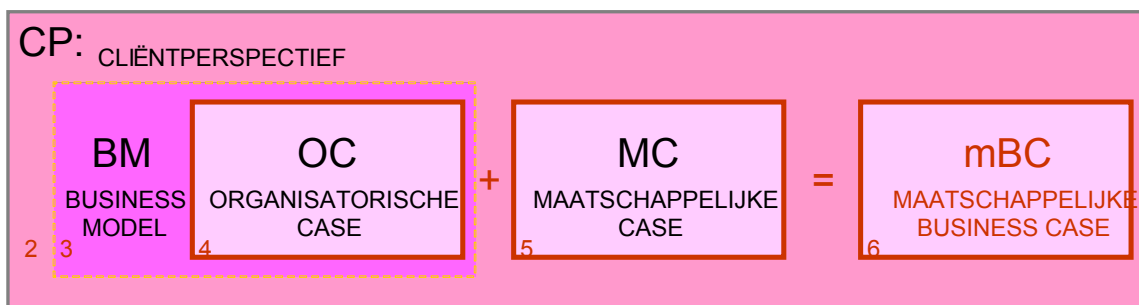


Fig1. de mBC: kosten-baten afweging waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen

Hoofdstuk 2 begint met de beschrijving van een VGGer vanuit de ogen van de oudere. De vraag die dit hoofdstuk beantwoordt is hoe een VGGer de behoeften van de cliënt vervult en hoe zij waarde creëert bij het verlenen van diensten aan cliënten. Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens het *Business Model*: wat is een VGGer wel, wat is het niet en waar wordt de waarde gecreëerd? Hier zijn de diensten en producten beschreven, de doelgroep, de minimale basisvereisten om de inzet van VGGer in de ouderenzorg te realiseren en de kritieke succesfactoren. De organisatorische casus, die in Hoofdstuk 4 aan bod komt, maakt een vertaling van de inzet van de VGGer in een kosten baten-afweging op afdelings- of teamniveau en organisatieniveau.

De Maatschappelijke Case weegt in Hoofdstuk 5 de inzet van VGGer in de ouderenzorg vanuit het perspectief van de maatschappij. Het afsluitende Hoofdstuk 6 brengt het bedrijfseconomisch nut (H4) en het maatschappelijk nut (H5) samen. Dit hoofdstuk bevat de conclusies over de levensvatbaarheid van de inzet van VGGer in de ouderenzorg.

2 Cliëntperspectief (CP)

De groep ouderen die vooral baat heeft bij de inzet van een HBO-VGGer is de groep ouderen met geriatrische problemen, waarbij kenmerkend is (Mast en van Vliet, 2007):

- verwevenheid van medisch-biologische, psychische en sociale factoren;
- meerdere (verweven) ziekten/aandoeningen tegelijkertijd;
- polifarmacie;
- a-typische presentatie van ziekten
- verminderde reservefunctie

De verwevenheid tussen deze kenmerken vraagt om maatwerk. Ook is er een groeiende groep ouderen die een complexe zorgvraag heeft. De combinatie van geriatrische en/of psychiatrische stoornissen en/of ziektes kan een complex beeld geven dat bij onvoldoende expertise tot misverstanden over de juiste zorgvraag kan leiden. Belangrijk is dat de oudere gesteund wordt in het zich (telkens weer) aanpassen aan de nieuwe situatie/evenwicht en het vinden van manieren om daar mee om te gaan (de Lange, 2004). Soms vraagt het leven met een aandoening meer vermogen dan een oudere (op dat moment) heeft. Dan moet de VGGer heel gericht kijken welke interventie nodig is om uiteindelijk toch op een evenwicht uit te komen.

Vanuit het perspectief van de cliënt is het de ervaring en de verwachting dat de waarde voor de cliënt ligt bij:

- een goed (beter) gestructureerd en gestroomlijnd zorgproces: helder wat er wanneer gebeurt; zo efficiënt mogelijk; je kunt er als cliënt van op aan en het is te bevatten/begrijpen;
- het plaatsten van de kwaliteit van de geleverde zorg in een bredere context van kwaliteit van leven (*'Hoe gaat het met u?' 'Wat hebt u nu nodig?' 'Kunt u mij iets vertellen over uw leven?'*);
- evaluatiemomenten met de verpleegkundige (zowel op aangeven van de cliënt als door de verpleegkundige) waarin ze met elkaar spreken over 'hoe het gaat';
- kwaliteitsimpulsen: verbeteringen en toepassen van nieuwe kennis en methoden
- het signaleren van gezondheidsrisico's;
- complexe samenhangende en/of specialistische zorgvragen worden door de verpleegkundige gesignaleerd en daar waar mogelijk ook beantwoord;
- een uitstekend overleg tussen HBO-ver en de specialist ouderengeneeskunde of huisarts zodat een consult op geëigende momenten plaatsvindt;
- een uitstekend overleg tussen HBO-ver en de paramedische dienstverleners, zodat hun expertise op geëigende momenten ingezet kan worden;
- het hebben van oog en oor voor partners en mantelzorgers en/of vrijwilligers die bij de cliënt betrokken zijn;
- het passend maken van de professionele zorg bij de zorg en ondersteuning die geboden worden door de partner en (andere) mantelzorgers of vrijwilligers.

Indirect merkt de cliënt ook de invloed van de HBO-VGGer doordat deze de teamleden waar hij of zij met werkt zal:

- coachen en begeleiden;
- helpen bij het optimaliseren van het zorgproces;
- ondersteunen bij het verzorgen en begeleiden van cliënten;
- het ondersteunen van verzorgenden en waar nodig verpleegkundigen bij het maken van een zorg(leef)plan;

- het bieden van deskundigheidsbevordering, o.a. door het geven van onderwijs, (vaardigheids)training en casuïstiekbespreking op de werkvloer;
- het introduceren van nieuwe kennis en methoden in het team.

Hierdoor wordt het team krachtiger en zal een deel van de waarden die beschreven staan bij de HBO-VGGer ook zelf voor en met de cliënt in praktijk kunnen brengen.

3 Business Model

In dit hoofdstuk staan de bouwstenen centraal van een mogelijke organisatievorm voor de HBO-VGGer. We baseren het *business* model op de voorbeelden die er al zijn in praktijk en proberen dit te abstraheren naar een overkoepelend model. Bij verdere ontwikkeling van de HBO-VGGer is het mogelijk de bouwstenen nader aan te scherpen, nieuwe keuzes te maken en zo te komen tot een stabiel en volwassen organisatiemodel zoals deze er over vijf jaar, in 2013 uitziet.

3.1 Aannames in het business model

Vragen waarop het business model een antwoord op biedt zijn de volgende: wat doet een HBO-VGGer, hoe worden deze diensten geboden en wat is nodig om dit te organiseren?

Het *business*model is gestoeld op een aantal aannames:

- Het aantal ouderen neemt toe, bij ouderen is vaker sprake van co-morbiditeit en complexiteit, dus het aantal ouderen dat behoefte hebben aan hoog complexe zorg zal toenemen.
- In de ouderenzorg is een roep om innovatie en kwaliteitsontwikkeling en vraag naar inhoudelijke regie en coördinatie (Gloudemans, 2009 p. 4).
- Volgens Schuurmans (2010) is ruim de helft van de vragen aan de specialist ouderengeneeskunde oneigenlijk (want kunnen ook door verpleegkundigen beantwoord worden) en/of onnodig (want te maken met het herstellen van fouten). HBO-verpleegkundigen kunnen door het overnemen van deze onnodige vragen of door het voorkomen van onnodige vragen, de specialist ouderengeneeskunde ontzien danwel in staat stellen om zich te richten op medische diagnostiek, behandeling en advies.
- Driekwart van het verplegend en verzorgend personeel in ouderenzorg is verzorgende (niveau 2 en 3) daarnaast is ongeveer 20 procent verpleegkundige (niveau 4). In de zorg aan huis is ongeveer 6 procent HBO opgeleid, en in de intramurale zorg is dit 1 procent (Regiomarge, 2008). Wat een HBO-verpleegkundige kan toevoegen zijn elementen waar de verzorgenden en verpleegkundigen niet (zelfstandig) aan toe komen of minder beheersen: innovatie, regie, coaching, multidisciplinariteit, zoeken naar samenhang, gesprekspartner zijn van medici en paramedici, diagnostiek en analyse van complexe situaties, onderzoeksresultaten toepassen, onderzoeken uitvoeren, kwaliteitsimpulsen uitdelen.
- De HBO-vers die in de ouderenzorg werken hebben diverse banen. Voor het merendeel werken ze niet in de directe zorgverlening, maar in kwaliteit, beleid of leidinggevende functies. Er is een kentering zichtbaar (zie Vilans 2009).
- Er is geen sprake van een massale toestroom vanuit de HBO-v naar de ouderenzorg. Daar zijn een aantal redenen voor aan te dragen:
 - a. de HBO-ver verkoopt zichzelf niet goed;
 - b. in de opleiding wordt de kennis over ziekten en aandoeningen bij ouderen en zorg voor ouderen niet uitvoerig behandeld;
 - c. amper sprake van duale opleidingen HBO-v in de ouderenzorg (i.t.t. ziekenhuizen);
 - d. ouderenzorg presenteert zich niet als aantrekkelijke werkgever (inhoud en arbeidsvoorwaarden);
 - e. bovendien investeert de ouderenzorg over het algemeen weinig in kennisontwikkeling en in het bijhouden van kennis (een van de competenties van een HBO-ver).

Aan b. wordt gewerkt door het HBO-VGG profiel en de verpleegkundige specialisatie geriatrie. Dat er aan d. gewerkt wordt valt onder andere te lezen in de brochure van Vilans (2009). Aan e. wordt gewerkt via het instellen van leerwerkafdelingen en zorginnovatiecentra zoals bij de Wever (zie kader 1).

Kader 1

Zorginnovatiecentra en leerwerkafdelingen

Een zorginnovatiecentrum is een manier om leren, werken en innoveren nauw met elkaar te verweven binnen de praktijk van alle dag. Op een zorginnovatiecentrum, bijvoorbeeld een afdeling van een geriatrische revalidatie unit, is er sprake van bijna een 'een op een situatie' van leerlingen van alle niveaus en personeel. Alle werknemers en stagiaires/leerlingen zijn gelijk in de zin dat alle inbreng, alle ideeën, gewaardeerd worden en op waarde worden geschat, ongeacht wie het inbrengt. Er is een open en constructief werk- leerklimaat. De uitspraken 'zo doen wij dat hier niet' of 'dat gaat hier niet werken' wordt in zo'n centrum niet in de mond genomen. Pas na toepassing en evaluatie van suggesties, verbeteringen en aanpakken kan er sprake zijn van een beoordeling. Iedereen, dus ook eerste jaars stagiaire, kan de dagleiding toegewezen krijgen (al dan niet met *coaching*).

Deze manier van werken zorgt ervoor dat nieuwe kennis uit het onderwijs en onderzoek in de praktijk wordt toegepast en vice versa dat studenten en leerlingen praktijkgestuurd leren. Teams stimuleren zichzelf om te verbeteren en te innoveren op alle vlakken, er is sprake van een uitdagende werksituatie (grote aantrekkingskracht zowel op personeel als op leerlingen en studenten) en een positieve spiraal. Ook is er sprake van een nauwe verbinding van opleiding en instelling. Docenten vanuit de opleidingen zijn verbonden aan het innovatiecentrum, medewerkers vanuit de instelling verzorgen onderwijs op de opleiding.

Een leerwerkafdeling werkt vergelijkbaar al is de component innovatie en verbetering hier minder zichtbaar en is de verhouding studenten/leerlingen en medewerkers minder gelijk verdeeld.

3.2 Voorbeelden van de inzet van HBO-vers in de ouderenzorg

HBO-ver in verpleeghuis De Hazelaar (de Wever)

In verpleeghuis De Hazelaar is een gemiddeld aantal van 10 procent HBO-vers van het totale aantal verzorgenden en verplegenden een hanteerbaar gemiddelde. Op zorginnovatiecentra verbonden aan revalidatie afdelingen is het mogelijk drie of vier HBO-vers in verschillende functies te hebben, zoals zorgcoördinatoren, senior verpleegkundigen of afdelingshoofd. Deze groep coacht afdelingsmedewerkers om de zorgcoördinatoren kwalificatieniveau 3 en 4 in het maken van betere zorg(leef)plannen. Een revalidatie afdeling kent ongeveer 40 cliënten.

De Wever kent ook een HBO-verpleegkundige in de functie van gedragsspecialist voor de psychogeriatrische zorg. Deze is verbonden aan een aantal afdelingen.

De specialisten ouderengeneeskunde ervaren binnen De Wever op deze afdelingen een substantieel hogere kwaliteit van zorg, betere zorgplannen, betere afstemming, betere signalering en diagnostiek dan op afdelingen of teams waar de HBO-ver geen onderdeel van uitmaakt.

HBO-ver als meewerkend teamleider zorg aan huis (Laurens)

In Zorg aan Huis werkt een meewerkend teamleider niveau 5 of senior niveau 4 (lieft in doorstroomtraject naar niveau 5). Deze persoon coacht een team van 8 tot 10 medewerkers (niveau 4, 3 en 2). De teamleider biedt specialistisch verpleegkundige zorg (aandachtsvelders). Deze specifieke deskundigheid kan de teamleider inzetten bij meerdere teams wanneer er een lage vraagfrequentie is naar deze specialisatie. Bij een hoge vraagfrequentie leert de teamleider deze specialisatie aan andere teams/medewerkers en biedt coaching en zo nodig supervisie bij de toepassing ervan. Het team kan door de aanwezigheid van de HBO-ver laag tot hoog complexe zorg bieden. Het team is zelf verantwoordelijk voor de vakinhoudelijke kwaliteit, de verbeteringen, de financiën, de planning en medewerkertevredenheid, dit betekent dat de HBO-ver alle rollen toe kan passen.

HBO-ver als wijkverpleegkundige of wijkverpleegkundig consulent (CarintReggelandGroep)

Medio 2010 is de CarintReggelandGroep gestart met het benoemen van twee specifieke HBO functies voor verpleegkundigen: Wijkverpleegkundige en wijkverpleegkundig consulent. In de gehele organisatie zijn HBO-vers werkzaam, maar de CarintReggelandGroep wil de rol van wijkverpleegkundige niveau 5 expliciet benoemen. De wijkverpleegkundige richt zich op complexe zorgvragen bij ouderen in de thuissituatie en coördineert en stemt af rondom de individuele oudere. De consulent ondersteunt een aantal teams, bij ingewikkelde vragen, bij zeer complexe situaties, brengt zorginnovatie tot stand en is ook in staat de belangen van de oudere, het team en de organisatie met elkaar in verband te brengen.

Behoeftte aan HBO-vers bij Cordaan

Er zijn wel HBO-v opgeleide verpleegkundigen bij Cordaan werkzaam maar er is geen HBO beleid ten aanzien van de inzet van HBO-verpleegkundigen in het primaire proces. Er wordt een behoefte onderzoek gestart in samenwerking met de hogeschool van Amsterdam en het AMC om te kunnen duiden wat de kwantitatieve en kwalitatieve vraag is naar HBO-vers.

Het huidige beleid is vooral gericht op het behouden van niveau 4 verpleegkundigen en deze laten doorstromen naar niveau 5. De werving van HBO-vers wordt herstart na resultaten van het onderzoek.

Cordaan geeft aan dat het aantal hoger opgeleide verpleegkundigen in Amsterdam beduidend lager is dan in de omgeving van Amsterdam. Zij gaan er vanuit dat het lastig is om hoger opgeleid verpleegkundig personeel te vinden en/of te interesseren om in de stad te gaan werken.

Behoeftte aan VGGers bij Argos

Binnen de verpleeghuyszorg van de Argos Zorggroep wordt vooral gewerkt met niveau 4 verpleegkundigen. Deze hebben allemaal een interne opleiding genoten om te kunnen werken volgens en met het Argosmodel van revalidatiezorg en specialistische zorg voor mensen met dementie.

Argos geeft aan zeker behoefte te hebben aan verpleegkundigen met een HBO achtergrond. Echter een basisvereiste is dat ze methodisch kunnen werken en agogische kennis, onderzoekskennis en kennis van geriatrie en gerontologie bezitten. Argos verwacht veel van de VGG opleiding/uitstroomvariant.

Het ligt voor de hand om zittende werknemers niveau 4 aan te bieden of te stimuleren een HBO-VGG opleiding te volgen. Dit vanuit loopbaanontwikkeling (binden en boeien van medewerkers)

en vanwege het feit dat deze mensen direct inzetbaar zijn (kennen Argos en de werkwijze van Argos al).

De VGGer bij Trivium Meulenberg

Ten tijde van het pilotproject HBO-VGG hebben bij Trivium Meulenberg vier studenten stage gelopen. Twee van deze studenten hebben een baan binnen Trivium Meulenberg geaccepteerd. Een van hen werkt bij/voor de vakgroep verpleging. Deze vakgroep is een afspiegeling van alle verpleegkundigen binnen Trivium Meulenberg (niveau 4 en ANP).

Het (verder) ontwikkelen van personeel en het bieden van loopbaankansen is onderdeel van het beleid. Een uiting daarvan is het aanbieden aan niveau 3 verzorgenden om door te stromen naar niveau 4 verpleegkundige en om aan niveau 4 verpleegkundigen aan te bieden de stap te zetten naar niveau 5. Trivium Meulenberg verwacht hier meer van dan van het extern aantrekken/werven van hoger opgeleide verpleegkundigen.

Trivium Meulenberg verwacht van HBO-vers een kwaliteitsimpuls en vermindering van fouten. Ze constateert dat inzetten op HBO-v opgeleide verpleegkundigen nodig is niet alleen vanwege intern beleid maar ook vanwege externe ontwikkelingen. In de regio is op korte termijn een tekort voorzien in specialisten ouderengeneeskunde. Nu al leidt Trivium Meulenberg ANP-ers op om taken bijvoorbeeld op het terrein triage over te nemen. Samenwerking en afstemming met de ANP in de huisartsenpraktijk is een ander voorbeeld.

Trivium Meulenberg is van mening dat het bij een inzet van HBO-vers niet gaat om de discussie 'op welke medewerker je dan kunt bezuinigen' het is zinniger om te bedenken welke vragen je in die situatie beter kunt beantwoorden cq welke meerwaarde of kwaliteit je dan kunt bieden ten opzichte van de situatie zonder HBO-vers.

3.3 De HBO-VGGer in de ouderenzorg

Het competentieprofiel HBO-VGG zegt het volgende over de kenmerken van een VGGer: De VGGer onderscheidt zich van andere verpleegkundigen en verzorgenden door met meer diepgang de complexe zorgvragen van de oudere cliënt tegemoet te treden. De VGGer houdt het overzicht op snel veranderende situaties, onderneemt gepaste activiteiten en past gerichte interventies toe, zowel aan huis als in diverse beschermde als beschutte (tijdelijk) woonvormen en geriatrische revalidatiecentra. De VGGer denkt pro-actief en verleent zorg vanuit het levensloopperspectief van de oudere. Zij zal in haar zorgverlening afwegingen en keuzes moeten maken tussen de autonomie van de oudere en ingrijpen in de situatie. Het accent van de functie ligt op het snijvlak van de medische-, psychosociale-, psychiatrische en psychogeriatrische complexe verpleegkundige activiteiten waar specifieke kennis en kunde voor nodig is.

Daarnaast heeft de VGGer persoonlijk contact met de oudere en zijn sociale omgeving. Zij biedt emotionele ondersteuning, past gerichte interventies toe en helpt bij het vinden van de juiste zorg op de juiste plek. Individuele zorg, trajectbegeleiding en continuïteit van zorg zijn belangrijke elementen van haar zorgverlening.

3.4 De HBO-verpleegkundige in de ouderenzorg

Zoals eerder vermeld was er op moment van het uitvoeren van de businesscase niet traceerbaar óf en waar VGGers werkzaam in de ouderenzorg zijn; de aanname is dat dit niet tot nauwelijks het geval is. Wél zijn er HBO-vers werkzaam in de ouderenzorg. We zijn vooral geïnteresseerd in functies waarin alle HBO-v competenties tot hun recht komen en die zeer nauw verweven zijn met het uitvoerende zorgproces. Dit zijn namelijk functies die een VGGer zou kunnen vervullen. De volgende inhoudelijk verpleegkundige functies op HBO-v niveau zijn in de praktijk waargenomen:

- (Meewerkend) teamleider
- Gespecialiseerd verpleegkundige
- Casemanager
- Praktijkverpleegkundige
- Dagverpleegkundige
- Senior verpleegkundige
- Zorgcoördinator
- Wijkverpleegkundige
- Wijkverpleegkundig consulent

De wijkverpleegkundige functie is een van de oudste functies waarin HBO-vers in de ouderenzorg werkzaam zijn. Dit vanuit de veronderstelling en de ervaring dat juist in de thuissituatie waarin je als professional heel zelfstandig en besluitvaardig moet kunnen opereren, er een groot beroep gedaan wordt op de verantwoordelijkheid, vakinhoudelijke kennis en vaardigheden van de professional. In de jaren 80 en begin 90 van de vorige eeuw is ten gevolge van veranderingen in de indicering van de zorg het aantal HBO verpleegkundigen in de thuiszorg en wijkzorg sterk gereduceerd. Momenteel is er weer een roep om HBO opgeleide verpleegkundigen in deze situatie. Juist vanwege een erkenning en herkenning van de kwaliteitseisen die het werken aan huis van mensen vraagt.

Verder bestaan de functies van kwaliteitsmedewerker en zorgmanager. Beide zijn functies die direct te maken hebben met het zorgproces, maar de rol binnen de daadwerkelijke zorgverlening is beide deze functies nihil.

Uit de interviews bleek dat het hebben van een HBO-v diploma alleen onvoldoende is om (meteen) goed te functioneren in de ouderenzorg. Kennis van geriatrie en gerontologie en methodisch kunnen werken is een vereiste. Als mensen deze kennis niet bezitten duurt het een jaar voordat ze 'echt' productief zijn (zie ook hoofdstuk vijf). De benodigde kennis wordt momenteel door interne scholing en door ervaring opdoen in de praktijk van alle dag verworven. De VGGer zou hiermee dus aansluiten bij de kennis- en ervaringslink van algemeen opgeleide HBO-vers.

3.5 Kernkwaliteiten en rollen

De VGGer vervult zoals alle HBO verpleegkundigen vijf rollen, zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar en past deze rollen toe op drie domeinen: zorg, organisatie van zorg en het beroep verpleegkundige. Het domein zorg is onderverdeeld in zorg voor zieke ouderen, gehandicapte ouderen en stervende ouderen, individuele en collectieve preventie en gezondheidsvoorlichting (gvo). Het domein organisatie van zorg is onderverdeeld in zorgprogrammering, zorgbeleid en kwaliteitszorg. Het domein beroep is geoperationaliseerd in

deskundigheidsbevordering en beroepsinnovatie. Ook de context, de zorgaanbieder, de oudere zelf en de setting (verpleeghuis, kleinschalige woonvorm, thuis) zorgen voor een specifieke inkleuring van de rollen.

Om deze rollen goed te kunnen uitvoeren, zijn de volgende kwaliteiten belangrijk:

- coachende vaardigheden;
- weet hoe wetenschappelijke en vakinhoudelijke kennis in te zetten;
- heeft intelligente (methodische) manier van werken;
- laat zich sturen door normen en waarden van de oudere;
- verbinden van medische discipline, verzorgenden en andere betrokken hulpverleners en oudere en zijn of haar sociaal systeem;
- weet in alles de behoeften en beleving van de oudere centraal te stellen;
- heeft geduld en toont interesse en heeft respect voor alle zorgafhankelijke ouderen;
- communicatief vermogen (kan luisteren, uitleggen, aanpassen);
- heeft agogische kwaliteiten.

3.6 Werkzaamheden van een HBO-verpleegkundige in de ouderenzorg

In paragraaf 3.4 zijn een aantal rollen van de VGGer beschreven. Uitgaande van HBO-ers in functies die door de VGGer uitgevoerd/ingevuld zou kunnen worden, blijken de volgende werkzaamheden belangrijk te zijn:

- verbeteren en stroomlijnen van het zorgproces;
- kwaliteitsimpulsen (dossier verbetering, opkrikken deskundigheid individuen en team, voorkomen van fouten cq voorkomen/verminderen van 'herstelwerkzaamheden', verbetering zorgproces, inbrengen van (wetenschappelijk, vakinhoudelijke) kennis);
- introductie van innovaties en continue gericht op verbeteren en innovatie;
- coaching en begeleiding van verzorgenden en verpleegkundigen;
- bieden van specialistische verpleegkundige zorg;
- stellen van een verpleegkundige diagnose (Andela, 2009, p. 157);
- afstemmen van professionele zorg op klantbehoefte en mogelijkheden klant en zijn of haar sociale netwerk;
- contact onderhouden/opnemen met andere professionals werkzaam voor de klant en/of sociale netwerk ('spin in het web');
- zoeken naar efficiency (hoe besparingen te realiseren, hoe overhead te reduceren);
- overzicht bewaken, coördinatie in de breedste zin van het woord;
- verantwoordelijkheidsgevoel stimuleren;
- corrigeren op gedrag indien nodig;
- zorgen voor vermindering van 'gedoe';
- organiseren van (zeer) complexe zorgsituaties (samenhang der dingen).

3.7 De waarde van de werkzaamheden van de HBO-verpleegkundige

De inzet van HBO-ers als inhoudelijk medewerker resulteert (naar ervaring van de geïnterviewden) in een aantal dingen die van positieve waarde zijn voor de organisatie:

- Er is sprake van cultuurbeïnvloeding: primaire proces centraal;
- Kwaliteitsverbetering (zorgplannen, diagnostiek, signaleren);

- Vermindering van fouten/herstelwerkzaamheden, dit levert tijdswinst op en daarmee geld;
- Andere medewerkers in het team groeien in hun rol en kunnen meer;
- Er ontstaat rust en duidelijkheid door de inhoudelijke en organisatorische kennis die aan het team wordt toegevoegd (bv kennis over gedragingen bij dementerende ouderen en hoe daar mee om te gaan);
- Deskundige zorgverlening in complexe situaties;
- Leerlingenbegeleiding van HBO-v studenten is geen probleem én inhoudelijk interessanter voor de studenten want rolmodel(len) aanwezig (meer)(tijdswinst);
- Innovatief vermogen afdelingen/teams stijgt en daarmee het innovatieve vermogen van de organisatie;
- Mogelijke taakherschikking met specialist ouderengeneeskunde (Prismant, 2009);
- Vermindering ziekteverzuim (teams houden elkaar in de gaten, teamleden helpen elkaar);
- Minder leidinggevenden (leidinggevende uren) nodig omdat deskundigheid in teams toeneemt;
- Opleidingsvragen worden voor een deel ter hand genomen in het team/afdeling (klinische lessen, deskundigheidbevordering, inzet wetenschappelijk en beroepsinhoudelijke kennis);
- Kans op verbinden, leren, werken en innoveren neemt toe, goed voor medewerkertevredenheid, goed voor oudere.

Het is de opvatting dat de waarde van een VGGer het hoogst is in situaties waarin er sprake is of kan zijn van complexe zorgvragen of gecombineerde zorgvragen. Dit is het geval bij geriatrische revalidatiezorg, ziekenhuisverplaatste zorg of bij psychogeriatrische zorg en bij zorg voor kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen (bv psychiatrische, psychosociale en somatische aandoeningen tegelijkertijd). Het is in deze situaties dat de VGGer alle rollen volledig zal benutten. Het is echter niet gezegd dat er ook geen toegevoegde waarde is voor een VGGer in andere zorgsituaties. Te denken valt aan situaties waarin het organiseren van de zorg (inhoudelijk (zoals vraaggericht werken met beschikbare middelen) en logistiek (slimme organisatie)) centraal staat en de situaties waarin de verpleegkundige tamelijk solistisch werkt zoals een wijkverpleegkundige.

Samengevat is de waarde van de inzet van een VGGer uit te drukken in kwaliteitswinst en tijdswinst. Beiden vertegenwoordigen een economische waarde.

3.8 Positionering van de HBO-verpleegkundige

De HBO-ver komt het beste uit de verf in het hart van het zorgproces. Dit vanuit de redenering dat als er in de kleinst organisatorische eenheid, een team of afdeling, 'winst' moet worden gemaakt, dan moet de HBO-ver ook daadwerkelijk onderdeel van deze eenheid uitmaken. Als de HBO-ver geen deel uitmaakt van een team of afdeling is het lastig om verandering of verbeteringen te realiseren.

Door dicht in het team te zitten kan de HBO-ver zien wat het team bewust bekwaam doet en wat onbewust onbekwaam. De doelstelling is om vooral het onbewust onbekwaam niveau te verschuiven allereerst naar bewust onbekwaam. Vanuit deze positie is het mogelijk het team of afdeling te begeleiden naar beter presteren (ongeacht het onderwerp).

De grootste winst wordt overdag geboekt en dan nog voornamelijk door de week. Begeleiding gaat uiteraard ook in het weekeinde door, maar een aantal aspecten die de HBO-ver in kan brengen zoals innovatie, kennis uit onderzoek, afstemming en overleg zijn in het weekend minder aan de orde.

In de wijkzorg is de HBO-ver gekoppeld aan een of meerdere thuiszorgteams (afhankelijk van het organisatiemodel van de thuiszorgorganisatie). Veelal wordt gekozen voor het model van (meewerkend) teamleider, waarin de HBO-ver ook daadwerkelijk klantcontact heeft en/of ingezet wordt bij specialistische verpleegkundige zorgvragen of handelingen.

In de herstelgerichte zorg is de HBO-ver gekoppeld aan een team dat verantwoordelijk is voor een door de organisatie vastgesteld aantal mensen die tijdelijk bij de organisatie verblijven om te herstellen (vaak (meervoudig) complex) van een aandoening of ziekenhuisopname.

De constatering in de media dat de ouderenzorg met minder handen hetzelfde werk moet doen, hoeft niet te leiden tot de conclusie dat dus alle 'dure personeel' eruit moet. Integendeel. Uit de interviews blijkt dat anders organiseren en gericht inzet van hoger geschoold personeel juist winst oplevert (zie ook Prismant, 2009). De ouderenzorgorganisaties die werken met HBO-vers hebben gedifferentieerde teams samengesteld en vaak ook een platte organisatiestructuur. In een enkel geval zijn er minder kwaliteitsfunctionarissen in dienst, vanuit de optiek dat de medewerkers in de teams onder invloed van de HBO-ver de beste kwaliteitsfunctionarissen zijn. Ook leeft de veronderstelling dat opleidingsvragen aan centrale opleiders zullen verminderen.

3.9 Conclusies

Gegeven de demografische ontwikkelingen in combinatie met functies en kwaliteiten van de VGGer is er waarde te behalen in termen van kwaliteit van leven van de kwetsbare ouderen nu en in de toekomst. Er zijn binnen de ouderenzorg diverse functies gecreëerd waar een VGGer waarde aan kan toevoegen vanwege de benodigde kennis van de ouder wordende mens en de ziekten die daarbij voorkomen. Naast de algemene HBO-v kwaliteiten is deze kennis een noodzakelijk vereiste om meteen waarde toe te kunnen voegen aan de zorg voor de oudere. De HBO-ver moet, om als HBO-ver van waarde te kunnen zijn zichtbaar zijn in het primaire proces. Dat wil zeggen onderdeel uitmaken van een team of afdeling. Het grootste risico of de grootste vraag is of de samenleving de roep om vraaggerichte zorg en het bijdragen aan kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen ook blijft ondersteunen in tijden dat het economisch minder gaat. Dat er (kwaliteits) winst geboekt gaat worden bij het inzetten van de HBO-ver blijkt uit dit hoofdstuk. De organisatorische case zal moeten uitwijzen of een investering in een VGGer op organisatieniveau (of zelfs op afdelingsniveau) ook financieel rendeert.

4. Organisatorische case (OC)

Het *business* model krijgt in dit hoofdstuk de vertaling in een kosten-baten afweging op afdelings- en organisatieniveau. Allereerst introduceren we twee modellen waarin een organisatie vanuit een situatie zonder VGGers in een aantal jaren toegroeit naar een optimale situatie. Bij deze modellen geven de bijkomende investeringen aan. Om een inzicht te geven in de mogelijke financiële rendementen die de VGGer in verschillende werkomgevingen zou kunnen opleveren, zijn er vier scenario's geschetst.

4.1 Meerjarig perspectief

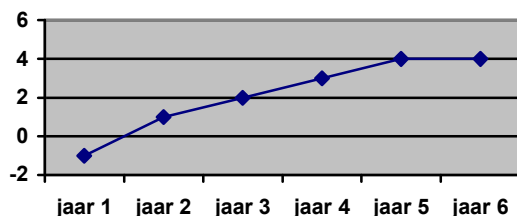
Iedere HBO-ver is bij afstuderen een beginnende beroepsbeoefenaar en 1 jaar na afronding van de opleiding een zelfstandig opererende beroepsbeoefenaar. Het eerste jaar is een zogeheten investeringsjaar. Vanaf jaar 2 gaat de HBO-ver de rol vervullen die hem/haar is toebedeeld. Op dat moment zijn de opbrengsten van de HBO-ver hoger dan de kosten. Het is de aanname dat de VGGer zich ook in de praktijk zal moeten ontwikkelen, maar dat de tijd met enkele maanden gereduceerd kan worden vanwege de specifieke kennis die er al is over ouderenzorg, de ouder wordende mens en ziekten bij ouderdom.

De HBO-ver zal na gemiddeld 5 jaar een andere baan zoeken.

De herintredende HBO-ver zal eerder renderen dan een pas afgestudeerde HBO-ver, maar zal toch ook 2 tot 4 maanden nodig hebben om de werkzaamheden passend bij de cultuur en regels van de organisatie uit te voeren. In het minst gunstigste geval is deze HBO-ver na 6 maanden renderend. Hoe lang deze persoon zal blijven is ongewis, maar de kans dat deze persoon langer dan 5 jaar in eenzelfde functie blijft is groter dan bij een pas startende beroepsbeoefenaar. Indien ouderenzorgorganisaties net zoals ziekenhuizen zouden overgaan tot het bieden van duale stages vanaf jaar 3, dan neemt de organisatie de kosten die er zijn na het eerste jaar na afstuderen al eerder voor haar rekening en is de kans op een renderende en taakvolwassen HBO-ver passend bij de organisatie sneller te realiseren. Een aanname is dat dit ≤ 6 maanden na afstuderen.

Daarnaast is er capaciteit nodig om duale studenten of pas in dienst tredende afgestudeerden te begeleiden. Werkt een organisatie 1 jaar of meer met dit model, dan is er altijd capaciteit om te begeleiden (want HBO-vers in dienst), dus de kwaliteit van de stages en opdrachten zal

Rendement van de pas afgestudeerde HBO-ver



toenemen en de stages leveren aan beide kanten (studenten en afdeling/organisatie) meer rendement op. HBO-v stages zonder HBO-v begeleiding kunnen voor korte termijn successen zorgen, maar leveren de organisatie uiteindelijk weinig waarde.

Als een ouderenzorgorganisatie zich richt op 3 en 4^e jaars HBO-v is er de mogelijkheid om eigen werknemers te creëren. Hetzelfde geldt voor doorstroom van niveau 4 naar niveau 5 via maatwerktrajecten en assessment van eerder verworven competenties (waar ook subsidies voor zijn).

Een HBO-ver die op een afdeling of binnen een team gaat werken waar nog geen HBO-ver werkt, kan al heel snel zien wat er moet gebeuren. Maar veranderingen/verbeteringen gaan langzaam. Het duurt tenminste 2 jaar voordat er zichtbare kwaliteitsslagen in een team zijn gemaakt. Op individueel cliëntniveau kan deze kwaliteitsverbetering al eerder zichtbaar zijn.

4.2 Twee modellen

We hebben twee modellen gemaakt die laten zien op welke wijze in de tijd een zorgorganisatie kan werken aan het in dienst nemen van een VGGer en welke rendementen dit grosso modo in de tijd oplevert. Een indicatie voor de bijbehorende investeringen en een financiële vertaling van de rendementen staan beschreven in de volgende paragrafen van dit hoofdstuk

Model 1: blanco start en nog geen HBO-vers op afdeling

Jaar 1	aannemen 2 VGGers, toevoegen aan afdeling
Jaar 1	tweede helft, VGGer fungeert volwaardig
Jaar 1	tweede helft, kwaliteit individuele zorg bij ouderen stijgt
Jaar 2	vijf 3 ^e jaars stagiaires VGGER aannemen, gecoacht door VGGER
Jaar 2	rendement uit stages stijgt
Jaar 2	kwaliteit van individuele zorg bij ouderen stijgt
Jaar 3	kwaliteit team stijgt
Jaar 3	drie stagiaires blijven voor hun afstudeertraject
Jaar 3	betere zorgorganisatie
Jaar 4	hogere inschaling VGGER
Jaar 4	kwaliteit team stijgt
Jaar 4	zorg efficiënter en effectiever georganiseerd
Jaar 4	een van de stagiaires krijgt een baan
Jaar 5	kwaliteit van team stijgt
Jaar 5	nieuwe VGGER fungeert volwaardig
Jaar 6	eerst aangenomen VGGER gaat zich verder specialiseren
Jaar 6	andere VGGER gaat naar andere zorgorganisatie

Verder zie jaar 2, waarbij elk jaar stagiaires instromen, niet iedereen krijgt echter een baan aangeboden, dit is afhankelijk van vraag (doorstroom en vervanging). Het model rondom herintreders is nagenoeg gelijk aan bovenstaande, met als uitzondering dat de aanname is dat herintreders na minder dan een half jaar volwaardig fungeren.

Model scholen bestaande niveau 4 medewerkers

Jaar 1	niveau 4 minder productieve uren want naar school
Jaar 1	tweede helft van het jaar aannemen 3e jaars HBO-V stagiaires, krijgen redelijk op niveau begeleiding van rolmodellen
Jaar 2	niveau 4 meer kwaliteit bij een minder aantal productieve uren vanwege studie
Jaar 2	kwaliteit zorg bij individuele oudere stijgt

- Jaar 2 rendement uit stages stijgt
- Jaar 3 niveau 4 is VGGER met meer kwaliteit
- Jaar 3 hogere inschaling afgestudeerde VGGER
- Jaar 3 kwaliteit team stijgt en kwaliteit organisatie stijgt
- Jaar 3 een van de stagiaires studeert bij team af
- Jaar 4 zorg efficiënter en effectiever georganiseerd
- Jaar 4 de stagiaire krijgt een baan
- Jaar 5 tijdens eerst helft van jaar 5 fungeert nieuwe VGGER volwaardig
- Jaar 6 hoger inschaling eerste VGGER

In jaar 8 kan het zijn dat de eerste VGGER een andere baan zoekt binnen dezelfde organisatie of weggaat, deze wordt vervangen door niveau 4 of door VGGER regulier onderwijs. Verder zie jaar 2, waarbij elk jaar stagiaires instromen, niet iedereen krijgt echter een baan aangeboden, dit is afhankelijk van vraag (doorstroom en vervanging).

4.3 Aantal VGGers per afdeling, team en organisatie

Vanuit de verpleegkundige theorie is de *span of control* van zeven cliënten met complexe zorgvraag per verpleegkundige het maximale aantal. Dit zou betekenen dat in teams of op afdelingen waar sprake is van complexe zorgsituaties er relatief meer VGGers in dienst genomen kunnen worden dan in andere situaties om te kunnen spreken van renderende inzet. In het rapport van GlouDEMANS wordt uitgegaan van een geëxtrapoleerd getal van 8 VGGers op 250 medewerkers in een organisatie (1:98). De uitspraken van organisaties laten wél een grote variatie zien in verwachtingen en aannames die zij hanteren ten aanzien van het aantal VGGers die zij denken te kunnen gaan inzetten.

Uit de interviews die wij hebben gehouden voor deze *business case* blijkt dat in de zorg aan huis één HBO-ver op een team van 8 tot 10 medewerkers renderend is. In de revalidatiezorg zijn 1 a 2 HBO-vers in reguliere teams of afdelingen van 20 medewerkers een genoemd aantal. Op afdelingen waar sprake is van een leerwerk klimaat of zorginnovatiecentrum kunnen wel 3 tot 4 HBO-vers deel uitmaken van het team. Streefcijfer is ongeveer 10 procent van het totaal aantal medewerkers in deze situatie.

4.4 Financiële situatie.

In deze paragraaf geven we aan welke investeringen er genomen moeten worden om een VGGer aan te stellen.

Tabel 5.1: salarisindicatie VGGer in relatie tot ander zorgverleners

Niveau	Schaal	Bruto max. jaarsalaris (CAO VVT 2008-2010)	Afgerond bruto jaarsalaris incl. toeslagen (+/- 50%)
3	35	27.819	42.000
3 EVV	40	30.694	46.000
4	40	30.694	46.000
5	45	33.724	51.000

5 TL	50	38.304	57.000
------	----	--------	--------

Bron: CAO VVT 2008-2010 en ervaringsgegevens VVT aanbieders

We gaan ervan uit dat een VGGer na opleiding ingeschaald wordt in schaal 45; dit zou marktconform zijn ten opzichte van andere werkgevers zoals het ziekenhuis. Na 1 of 2 jaar werkervaring zit de VGGer op inschaling 50.

Bij herintreders en teamleiders is het gangbaar om te starten met inschaling in schaal 50. Als het nodig is vanwege werkverleden en andere banen om iemand te waarderen met schaal 55, dan zijn er ouderenzorgorganisaties die dat doen. Daarbij dient wel aangetekend dat dit meteen de eindschaal is.

Als de VGGer *additioneel* aangesteld wordt, zal dit afgerond max. 57.000 euro per jaar extra aan vaste kosten met zich meebrengen per VGGer.

Als zittende HBO-vers de opleiding tot VGGer volgen zijn daaraan verbonden de eenmalige opleidingskosten, eventueel vervangingskosten en mogelijk een opschaling van schaal 45 naar schaal 50 wat 6.000 euro per jaar extra aan vaste kosten betekent. Vervangingskosten bij opleiden niveau 5, 12 uur per week ($51.000: 12/36$) = 17.004 euro.

Als niveau 4 doorstroomt tot VGGer, dan max. 11.000 euro extra aan vaste kosten en eenmalig opleidings- en eventueel vervangingskosten tijdens tweejarige opleiding per VGGer.

Vervangingskosten bij opleiding niveau 4, 12 uur per week ($46.000: 12/36$) = 15.333 euro per jaar tijdens opleiding.

Als VGGer aangesteld wordt in plaats van niveau 4 of niveau 3 EVV, dan 11.000 euro maximaal extra per jaar per VGGer.

Deze investeringen moeten opwegen tegen de baten die de VGGer oplevert.

Tabel 4.2 Extra Investerings in jaar 1 (dus boven op reguliere uitgaven)

	Additioneel	Doorstromen Niveau 4 tot VGGer	Opleiden niveau 5 tot VGGer	In plaats van
Salaris	Max. 57.000 euro	Nvt	Nvt	Max. 11.000 euro
Vervangingskosten	Nvt	Max. 15.333 euro	Max. 17.004 euro	Nvt
Opleidingskosten	Nvt	onbekend	onbekend	Nvt
Subsidie (Maatwerk en EVC traject)	Nvt	Via belasting (325,00 euro) en sectorfondsen	Nvt	Nvt

4.5 Ontwikkeling kostenopbouw 2011 – 2015

Tabel 4.3: Extra Investerings in jaar 2 (dus boven op reguliere uitgaven huidige situatie)

	Additioneel	Doorstromen Niveau 4 tot VGGer	Opleiden niveau 5 tot VGGer	In plaats van
Salaris	Max. 57.000 euro	Nvt	Max. 6.000 euro	Max. 11.000 euro
Vervangingskosten	Nvt	Max. 15.333 euro	Nvt	Nvt
Opleidingskosten	Nvt	onbekend	Nvt	Nvt
Subsidie (Maatwerk en EVC traject)	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt

Tabel 4.4: Extra Investerings in jaar 3 (dus boven op reguliere uitgaven huidige situatie)

	Additioneel	Doorstromen Niveau 4 tot VGGer	Opleiden niveau 5 tot VGGer	In plaats van
Salaris	Max. 57.000 euro	Max. 5.000 euro	Max 6.000 euro	Max. 11.000 euro
Vervangingskosten	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt
Opleidingskosten	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt
Subsidie (Maatwerk en EVC traject)	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt

Vanaf jaar 4 gaat het om jaarlijks extra investeringen in salaris. Tot er besloten wordt om een extra VGGer aan te stellen dan wel te constateren dat er een VGGer vervangen moet worden.

4.6 Ontwikkeling in financiële effecten

De investering die gepaard gaat met het aanstellen van een of meer VGGer zal zich op basis van inschattingen vanuit de interviews terug verdienen cf hoofdstuk 3 op de volgende parameters:

45% van de investering verdient zich terug in betere zorgverlening ('kwaliteit van zorg'):

- Groei in team qua kennis, inzichten, vaardigheden, deskundigheid;
- Hoogwaardige signalering en uitvoering hoogcomplexere zorg;
- Verbetering van zorg(leef)plannen;
- Specialist ouderengeneeskunde en behandelaars hebben inhoudsdeskundige gesprekspartner die werkzaamheden overneemt;
- Meer rendement van stagiaires (door aanbieden van betere begeleiding en rolmodellen);
- Betere verbinding van zorg met andere levensdomeinen rekening houdend met levensloop oudere (samenhang in de zorg op inhoud).

55% van de investering verdient zich terug in betere organisatie van de zorg ('efficiency'):

- Hoog complexe zorg snellere doorlooptijd, minder correcties (herstel van fouten);
- Specialist ouderengeneeskunde kan tijd besteden aan eigen werkzaamheden (medische diagnostiek, behandeling en advies);
- Betere stroomlijning en afstemming (samenhang in de zorg op organisatieniveau);
- Hogere arbeidssatisfactie en minder ziekteverzuim;

- Toename zelforganiserend vermogen van het team (inhoudelijk, financieel, organisatorisch): afname kosten overhead (kwaliteit, opleiding, leidinggeven).

Bovenstaande is een aanname naar aanleiding van de interviews dat deze VGGer zichzelf ruimschoots terugverdient bij een volwassen taakuitoefening.

Nu is niet goed te achterhalen óf en zo ja waar een VGGer in dienst is genomen. In het geval waar we een VGGer in dienst hebben getraceerd, is niet bijgehouden wat de winst is of zou kunnen zijn. Daarom nemen we de praktijkvoorbeelden uit hoofdstuk 3 van inhoudelijk werkzame HBO-vers in de ouderenzorg als basis om de financiële baten van deze situatie in kaart te brengen als ware het VGGers. Dit moet uiteraard extra onderzocht worden, maar hier dient het als onderbouwing van een toekomstig scenario van de VGGer in de ouderenzorg.

Enkele scenario's

Om de mogelijke financiële effecten van de inzet van VGGer in de ouderenzorg aan te tonen hebben we een aantal scenario's uitgewerkt. De scenario's gaan uit van het eerste model jaar 5, aangezien in dat jaar sprake is van een optimale werking van het model. De vraag die beantwoord moet worden per scenario is wat het oplevert ten opzichte van de situatie waarin geen sprake is van inzet van een VGGer. We proberen om de gegevens te extrapoleren naar de consequenties voor de organisatie en voor het specifieke type zorgverlening in Nederland (H5).

A. Scenario 1

Een aanstelling in een team of afdeling dat vooral ziekenhuisverplaatste zorg of geriatrische revalidatie biedt. Het gaat hier om doelgroepen die normaliter een indicatie voor zorg voor drie maanden en minder ontvangen (ZZP 9). We gaan uit van de 2 VGGers op een afdeling van 34 cliënten.

B. Scenario 2

Een aanstelling als wijkverpleegkundige of coördinerend wijkverpleegkundige.

C. Scenario 3

Inzet van verpleegkundige als praktijkverpleegkundige in een verpleeghuis.

D. Scenario 4

Inzet als coördinerend verpleegkundige in een verzorgingshuis.

Ad A. uitwerking scenario 1

Stel dat een betere kwaliteit en organisatie van de zorg (bijvoorbeeld minder complicaties, betere verpleegkundige diagnostiek en tijdige signalering, minder medicatiefouten, minder valincidenten of ondervoeding; maar ook meer rendement van team en stagiaires) op een revalidatie unit van een verpleeghuis zou dat mogelijk resulteren in een effectievere behandeling (dus aantal verblijfsdagen per cliënt daalt) of beter rendement (in dezelfde tijd meer resultaat per cliënt). We nemen als voorbeeld een revalidatie afdeling voor mensen met een CVA waar de gemiddelde revalidatieduur met 5% daalt en een revalidatie afdeling voor mensen met een trauma zoals herstel van een gebroken heup waar de gemiddelde revalidatieduur ook met 5% daalt.

Tabel 4.5: Financiële baten per team bij 5% daling revalidatieduur t.g.v. betere kwaliteit en organisatie zorg.

	CVA	Trauma
Verblijf	50 dagen (Tangram, 2007)	43 dagen (Tangram, 2007)
Verblijf bij reductie 5% ligduur	47,5 dagen	40,85 dagen
Besparing bij afdeling van 34 plaatsen	34 x 2,5 = 85 dagen	34 x 2,15 = 73 dagen
Besparing per jaar per afdeling in dagen	652 dagen (= 85 x (365/47,5)) (= 13 mensen extra die geholpen kunnen worden binnen)	653 dagen (73 x (365/40,85)) (= 16 mensen extra die geholpen kunnen worden)
Besparing per jaar per afdeling in euro's	(192,49 + 26,17) x 652 = 142.566 euro	192,49 x 653 = 125.676 euro

Uitgaande van een maximale additionele investering van 114.000 euro op jaarbasis wanneer twee VGGers boventallig worden aangesteld en een maximale additionele investering van 22.000 euro wanneer twee VGGers aangesteld worden in plaats van een niveau 4 verpleegkundige of EVV-er valt te concluderen dat in scenario 1: Voor een herstelafdeling CVA elke euro investering in een VGGer een rendement van tenminste 1,25 euro en maximaal 6,48 euro oplevert. Voor een herstelafdeling traumatologie levert elke euro investering in een VGGer een rendement tenminste 1,10 euro en maximaal 5,70 euro. Dit is een beredeneerd rendement om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

Uitwerking scenario 2

Stel betere verpleegkundige diagnostiek, een tijdige signalering van complexe samenhangende problemen en betere (verpleegkundige) zorg in de thuissituatie leidt per thuiszorgteam met 1 VGGer per team van 8 medewerkers tot het voorkómen van 1 onnodige (d.w.z. te voorkomen) ziekenhuisopname van 5 dagen per klantengroep van gemiddeld 34 klanten per groep. Bij een gemiddeld klantencontact van 3 maanden voor deze klantengroep, zou dit neerkomen op 4 onnodige opnamen per jaar. De thuiszorgorganisatie heeft 30 teams.

Tabel 4.6: Financiële baten per team en voor de gehele organisatie bij minder onnodige ziekenhuisopnames ten gevolge van betere zorg in complexe situaties.

1 onnodige opname	1000* x 5 dagen 5.000 euro
-------------------	-------------------------------

Per jaar per team	20.000 euro
Per jaar voor deze organisatie	600.000 euro

* het is afhankelijk van de observaties en diagnostische handelingen die tijdens opnameduur verricht worden wat het dBC tarief zal zijn, wij zijn uitgegaan van een dBC van 1000 euro per dag (Bron: www.nza.nl).

Casus BuurtZorg Nederland (Maatschappelijke *Businesscase* Buurtzorg, 2009)

In 2009 heeft buurtzorg Nederland in het kader van het programma 'Transities in de langdurende zorg' een *business case* laten maken van het concept Buurtzorg.

Kenmerkend aan Buurtzorg Teams is dat er gewerkt wordt met een mix aan medewerkers, met 1 of meer HBO-vers op een team van 8 a 9 medewerkers. Het team waarop de *businesscase* is gebaseerd werkte voor cliënten die drie maanden of minder in zorg zijn. Conform de hierboven beschreven *businesscase* kwam het er op neer dat de waarde van een Buurtzorg Team uiteindelijk zit in efficiënter werken (hogere productiviteit, lagere overhead en lager verzuim) en effectiever werken (met dezelfde tijd meer mensen kunnen helpen zonder daarbij aan kwaliteit van zorg afbreuk te doen) (Buurtzorg Nederland, 2009). Het is niet gezegd dat dit toe te schrijven is aan de inzet van de HBO-ver alleen, het is een combinatie van personele (kwaliteit) en organisationele factoren (deels ook toe te schrijven aan kwaliteit van personeel).

Tabel 4.7: Efficiency buurtzorgteam vs benchmark vergelijkbare teams

	Buurtzorg team	Benchmark
Verzuim%	2,5%	6,3%
Verloop%	10%	15%
Overhead%	11,6%	25,8%
Productiviteits%	57,5%	50,9%

Tabel 4.8: Effectiviteit zorgverlening buurtzorgteam vs benchmark vergelijkbare teams

	Buurtzorg team	Benchmark
% levering geïnd. uren per cliënt	37,5%	70%
Doorlooptijd per cliënt	11,00 dagen	20,4 dagen
Uren per cliënt	5,10	4,40

Tabel 4.9: Financiële baten Buurtzorgteam en organisatie op jaarbasis t.o.v. teams en organisaties die vergelijkbare diensten leveren

	Team	Gehele organisatie
Minder uren per cliënt per jaar	206.301 euro	5.915.000 euro
Besparing doorlooptijd	56.397 euro	1.617.000 euro
Afname ongeplande	3.290 euro	94.325 euro

crisiszorg		
Hogere productiviteit	46.033 euro	1.319.837 euro
Lagere overhead	59.941 euro	1.718.626 euro
Lager verzuim en verloop	36.224 euro	1.038.616 euro
TOTAAL baten	371.962 euro	10.664.778 euro

(bron: maatschappelijke business case Buurtzorg Nederland, 2009)

Uitgaande van een maximale additionele investering van 57.000 euro op jaarbasis wanneer een VGGer boventallig wordt aangesteld en een maximale additionele investering van 11.000 euro wanneer een VGGer aangesteld wordt in plaats van een niveau 4 verpleegkundige of EVV-er valt te concluderen dat in scenario 2:

Per thuiszorgteam met 1 VGGer per 8 teamleden een euro investering in een VGGer een rendement levert van minimaal 0,35 euro en maximaal 1,82 euro.

Dit is een berekend rendement om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

Bij Buurtzorg Nederland levert een euro investering in een VGGer per thuiszorgteam van 8 a 9 teamleden een rendement van minimaal 6,50 euro en maximaal 33,80 euro.

Dit is een berekend rendement om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

Ad C. Uitwerking scenario 3

Verschuiving van taken van specialist ouderengeneeskunde naar praktijkverpleegkundigen of *Nurse practitioners* in een verpleeghuis (Bron: Prismant 2009). Bij *nurse practitioners* kan de tijds winst door taakherschikking gemiddeld 58% en bij praktijkverpleegkundigen 52%, bij andere vormen zoals verpleegkundige team is er sprake van een tijds winst van gemiddeld 6% maar amper sprake van taakherschikking. Alleen bij *nurse practitioners* is er ook daadwerkelijk sprake van substitutie van specialisten ouderengeneeskunde voor *nurse practitioners* (bv invullen van vacante posities), in de andere gevallen vindt geen substitutie plaats.

Tabel 4.10: efficiencywinst per specialist ouderengeneeskunde bij inzet praktijkverpleegkundige

Arts met aanstelling 1,0 fte aanstelling kan bij 52% tijds winst per maand	1,5 x zoveel (complexe) niet overdraagbare medische handelingen uitvoeren
Efficiency winst per maand per arts	0,52 x 7.013,52 = 3.647,03 euro ((FWG 75) bron CAO VVT 2008-2010)
Efficiencywinst op jaarbasis	12 x 3.647,03 = 43.764,36 euro

Een investering in een praktijkverpleegkundige levert 52% tijdswinst op bij een specialist ouderengeneeskunde, wat op jaarbasis 43.764,36 euro is. Een risico daarbij (RIVM, 2009) is dat er een zeker verdringingseffect op kan treden, de beschikbare tijd van de arts wordt anders ingezet wat wél kan leiden tot betere kwaliteit maar ook tot hogere kosten. Wanneer de praktijkverpleegkundige ingezet wordt om (delen van) beschikbare vacature ruimte op te vullen is de kans op efficiënter/productiever werken aannemelijk.

Uitgaande van een maximale additionele investering van 57.000 euro op jaarbasis wanneer een VGGer boventallig wordt aangesteld en een maximale additionele investering van 11.000 euro wanneer een VGGer aangesteld wordt in plaats van een niveau 4 verpleegkundige of EVV-er valt te concluderen dat in scenario 3:

Elke euro die geïnvesteerd wordt in een VGGer een minimaal rendement is van 0,77 euro en maximaal 3,98 euro oplevert.

Dit is een beredeneerd rendement om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

Ad D. uitwerking scenario 4

Een VGGer houdt twee keer per week een 2 uur durend verpleegkundig spreekuur op de begane grond van een verzorgingshuis waar 100 mensen wonen. Daarnaast is de VGGer belangrijk bij signalering van mogelijk complexe en/of meervoudige zorgvragen, signalering van mogelijk vroege stadia van cognitieve achteruitgang, terugdringen van medicatiefouten, terugdringen valincidenten, invoeren van innovatie, gesprekspartner voor artsen en familie.

Uitgaande van de resultaten van scenario 3 levert dit scenario tenminste een tijdsbesparing van 30% voor de huisartsen en/of specialisten ouderengeneeskunde die dit verzorgingshuis bezoeken. Wij verwachten tenminste voor 5% van de inwoners geen onnodige ziekenhuisopname ten gevolge van fouten of gemiste vroegsignalering en tenminste voor 5% van de bewoners uitstel van verpleeghuisopname.

Tabel 4.11: Efficiencywinst bij inzet VGGer in verzorgingshuis

Opbrengsten	Efficiencywinst in Euro's op jaarbasis voor het verzorgingshuis
30% minder huisartsbezoek in verzorgingshuis (uitgaande van gemiddeld tenminste 2 bezoeken per persoon per jaar)	$0.3 \times 37,22 \times 200 = 2.233,20$ euro (bron NZA, 2010)
5% van de inwoners niet in ziekenhuis	$5 \times 5 \times 700 = 17.500$ euro
5% van de inwoners uitstel van opname in verpleeghuis (dementie)	$5 \times 162,32 \times 365 = 296.234$ euro
Totaal	315.967,20 euro

Uitgaande van een maximale additionele investering van 57.000 euro op jaarbasis wanneer een VGGer boventallig wordt aangesteld en een maximale additionele investering van 11.000 euro wanneer een VGGer aangesteld wordt in plaats van een niveau 4 verpleegkundige of EVV-er valt te concluderen dat in scenario 4:

Voor elke euro die geïnvesteerd wordt in de aanstelling van een VGGer het minimaal een rendement oplevert van 5,54 euro en maximaal 28,72 euro.

Dit is een beredeneerd rendement om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

4.7 Conclusies

In dit hoofdstuk is op basis van de inzichten verkregen uit de interviews en literatuur een aantal aannames beschreven die de kwalitatieve en kwantitatieve baten beschrijven van de inzet van een VGGer in de ouderenzorg.

Uit de afzonderlijke scenario's die elk de VGGer een andere plek geven in de ouderenzorg volgt dat het niet alleen kwalitatief betere resultaten oplevert. Opvallend is dat in tegenstelling tot de aannames de VGGer zeer goed rendeert in de verzorgingshuissetting. In alle scenario's is het financieel gunstig om in de aanstelling van een VGGer te investeren. De VGGer brengt in alle gevallen efficiencywinst met zich mee. De winst is het hoogste wanneer er sprake is van vervanging van een verpleegkundige of EVVer door een VGGer in plaats van het additioneel toevoegen van een VGGer. In de meerderheid van de scenario's is er naast maatschappelijk rendement ook sprake van een efficiencywinst voor de desbetreffende organisatie. Uitzonderingen hierop zijn het eerste voorbeeld uit scenario twee en scenario vier, hier gaat het alleen om een maatschappelijk rendement.

5. Maatschappelijke case (MC)

In dit hoofdstuk aandacht voor de impact die een VGGer heeft op de buitenwereld in termen van een 'maatschappelijk rendement of maatschappelijk nut'.

Dat er behoefte is aan meer dan een regulier opgeleide HBO verpleegkundigen blijkt uit de gehouden interviews. Er is behoefte aan specifieke kennis over ouderen, ziekten en aandoeningen bij ouderdom. Juist omdat bij oudere mensen het veel vergt van medewerkers om goed in te schatten wat er aan de hand is of kan zijn. Dus ouderenzorgorganisaties hebben baat, zo hebben we in de vorige paragraaf aangetoond, om een VGGer aan te stellen. In een aantal gevallen is de baat voor de eigen organisatie, maar in alle gevallen draagt de ouderenzorgorganisatie bij aan een maatschappelijke baat. De vraag is ook welke andere partijen baat hebben bij de inzet van een VGGer.

Allereerst de thuiswonende ouderen zelf. Door de inzet van VGGer in de ouderenzorg is het mogelijk om het streven van 'zo gewoon mogelijk oud worden, ook met/bij gebreken' dichterbij te brengen. Als het aantal ouderen toeneemt, zal ook het aantal kwetsbare ouderen toenemen (het percentage hoeft overigens niet te verschuiven). Vooral voor deze laatste doelgroep is specifieke kennis van geriatrie en gerontologie onontbeerlijk. Tevens is het nodig om deze kennis in te zetten bij preventieve activiteiten bij de groep ouderen die (nog) niet kwetsbaar zijn. Het is daarom nodig om de kwaliteit van de zorg en ondersteuning op peil te krijgen en houden. Deze *business case* laat zien dat VGGer daarin een zeer belangrijke rol in spelen. De aanname is dat er door inzet van VGGer in de zorg aan huis ook kwetsbare mensen langer in een door henzelf gekozen woning en woonomgeving kunnen blijven wonen. Voor de revalidatie geldt dat het proces van revalideren versneld en/of verbeterd kan worden door de inzet van VGgers en daarmee een snelle(re) terugkeer naar huis mogelijk is.

Inhoudelijk hebben ouderenzorgorganisaties en ziekenhuizen een samenhangend verhaal te pakken bij het investeren in VGgers. Traditioneel zijn ziekenhuizen de grootste afnemers van afgestudeerde HBO-vers en daarmee is het ziekenhuis op de arbeidsmarkt een concurrent. Maar er zijn naast individuele voordelen voor ziekenhuizen zijn er ook samenwerkingsvoordelen te behalen bij inzet van een VGG:

- Ouderenzorg vindt ook plaats in ziekenhuizen. Immers de leeftijdsopbouw in ziekenhuizen (zeker in algemene ziekenhuizen) laat zien dat een groot percentage 65 jaar en ouder is.
- Doorstroom vanuit ziekenhuis naar revalidatie unit of afdeling ziekenhuisverplaatste zorg of zorg aan huis zal versnellen als het ziekenhuis merkt dat het te maken krijgt met een deskundig team en met specifiek geriatrische kennis en HBO opgeleide mensen. Dit schept vertrouwen en geeft een indicatie af voor de te verwachten kwaliteit.
- Om de handelingsbekwaamheid van HBO opgeleide medewerkers, mogelijk ook van verpleegkundigen, *up to date* te houden zou het in sommige gevallen aan te bevelen zijn om de mogelijkheid van een gecombineerde aanstelling uit te zoeken (bv 12 uur ziekenhuis en 24 uur revalidatie unit van een verpleeghuis)

Een andere interessante samenwerkingspartner is de eerstelijnsgezondheidszorg, de huisarts en de behandelaars die in gezondheidscentra of in separate praktijken opereren. Het vermogen om te innoveren en te verbinden van de VGGer kan ook daar ingezet worden. In de kring

rondom een thuiswonende individuele oudere en zijn of haar sociale netwerk ligt de uitdaging om juist in complexe situaties de meest passende vorm van zorg en ondersteuning te bieden. Zonder dat het hele sociale systeem ontwricht wordt. Een terugkeer van de wijkverpleegkundige zoals we die in de vorige eeuw kenden, een wijkverpleegkundige die signaleert en verbindt en ook voorlichting, informatie en advies geeft is daarop de reactie (cf project de Zichtbare Schakel, www.zonmw.nl). De VGGer als wijkverpleegkundige is de linking-pin tussen de ouderenzorg en de eerstelijnszorg.

Tot slot, de ouderenzorg kampt al jaren met een negatief imago, zeker onder studenten. Het zou niet aantrekkelijk en niet interessant zijn om er te gaan werken; het niveau is 'te laag' en de doelgroep 'niet aansprekend'. Meer aandacht vanaf jaar 1 binnen de HBO-v voor de ouder wordende mens en de implicaties die dat heeft voor de rollen die een HBO-ver heeft is belangrijk. Een uitstroom variant ouderenzorg is dan ook een logisch sluitstuk. Aangezien de ouderenzorg niet zoekt naar de grote aantallen, draagt een curriculum herziening met in alle jaren aandacht voor ouderen, samen met het samenbrengen van leren, werken en innoveren (stages nieuwe stijl cf zorginnovatiecentrum) bij aan het bij elkaar brengen van de HBO-ver en de ouderenzorg.

Tabel 5.1: Maatschappelijke baten t.g.v. diensten VGGer

Maatschappelijke baat	Ten gevolge van volgende diensten VGGer	Doelstelling
A. Ouderenzorg heeft geen imago probleem meer voor HBO-v student	Betere stages in alle jaren opleiding: begeleiding op maat, rolmodellen aanwezig en leren/werken/innoveren) combineren (en beter curriculum en bestaan uitstroomvariant VGGER)	In 2015 2400 VGGers werkzaam in de ouderenzorg (Bron: Gloude-mans, 2009)
B. Ook kwetsbare ouderen wonen in zelf gekozen woonomgeving mét kwaliteit van zorg en ondersteuning: -afstemming en samenhang zorg en ander levensdomeinen -afstemming huisarts-wijkverpleegkundige -samenhang eerstelijnsvoorzieningen en voorzieningen uit de intramurale ouderenzorg -vermindering onnodige opname in ziekenhuis of verpleeghuis	Goede afstemming Kwaliteit van team Kennis van complexe zorgsituaties	Eenzaamheid daalt met 5% 5% minder klachten 5% uitstel opname in verpleeghuizen 5% minder onnodige ziekenhuisopnames
C. Doorstroom ziekenhuis naar verpleeghuis en thuis versnelt vanwege kwaliteitstoename en betrouwbaarheid	Kwaliteit van team Goede afstemming/verbinding Kennis van complexe zorgsituaties	Duur revalidatie met 5% korter Tijds-winst specialist ouderengeneeskunde met 52%
D. Hogere klanttevredenheid	Goede afstemming, snellere vroegsignalering, preventie medicatiefouten, vermindering valincidenten, goede	5% minder onnodige ziekenhuisopname 5% uitstel

	communicatie naar klant en mantelzorg, verbetering signalering en verpleegkundige behandeling oa depressie en cognitieve achteruitgang en complexe zorgvragen, betere coaching verzorgenden	verpleeghuisopname
E. Vermindering zorgconsumptie	Goede afstemming, snellere vroegsignalering, preventie medicatiefouten, vermindering valincidenten, goede communicatie, verbetering signalering en verpleegkundige behandeling depressie en cognitieve achteruitgang	5% minder onnodige ziekenhuisopnames 30% minder huisarts consult in verzorgingshuizen 52% efficiencywinst bij specialist ouderengeneeskunde 5% uitstel verpleeghuisopnames
F. Verbetering werknemerstevredenheid (verloop daalt, ziekteverzuim daalt, werkplezier neemt toe)	Door betere signalering oa van depressie en cognitieve problemen, betere coaching van verzorgenden op aanpak/omgaan met deze problemen	5% minder uitkering ten gevolge van ziekte 5% hogere productiviteit

Deze maatschappelijke baten vertegenwoordigen allemaal ook een zekere economische waarde. De criteria die we hanteren om de economische baat uit te drukken komen nagenoeg allemaal terug in de scenario's uit het vorige hoofdstuk.

Om een idee te geven van de maatschappelijke baten wanneer alle aanbieders conform deze scenario's zouden werken, worden deze in het vervolg van dit hoofdstuk als een denkbeeldige situatie beschreven. Het moge duidelijk zijn dat de scenario's niet volledig zijn en dat er doelstellingen en/of criteria zullen zijn die nog meer of andere baten of verliezen ten gevolge van de inzet van een VGGer zullen opleveren.

Maatschappelijke baat scenario 1

Stel dat alle revalidatie units in Nederland voor CVA en Traumatologie zouden werken met 2 VGGers per afdeling. Een extrapolatie van de gegevens uit scenario 1 en de aannames die daaraan ten grondslag liggen naar Nederland leidt tot de volgende situatie:

Het aantal verblijfsdagen per jaar voor CVA is 438.805 (Bron ETC Tangram 2008). Een reductie van 5% verblijfsdagen zou neerkomen op een maatschappelijke baat van $438.805 \times 5\% = 21.940,25$ dagen. $21.940,25 \text{ dagen} \times (192,49 + 26,17 \text{ euro per dag}) = 4.797.455 \text{ euro}$.

Het aantal verblijfsdagen per jaar voor Traumatologie is 431.777 (Bron ETC Tangram 2008).

Een reductie van 5% verblijfsdagen zou neerkomen op een maatschappelijk baat van $431.777 \times 5\% = 21.590,25$ dagen. $21.590,25 \text{ dagen} \times 192,49 \text{ euro per dag} = 4.155.907 \text{ euro}$.

De totale maatschappelijke baat zou zijn 8.953.362 euro op jaarbasis.

De maatschappelijke kosten die daar tegenover staan zijn:

per afdeling zijn er op jaarbasis 12.412 verblijfsdagen (34 cliënten x 365 dagen), we gaan in het rekenvoorbeeld uit van 2 VGGers per afdeling. Dus voor CVA gaat het om $((438.805 - 21.940) / 12.412 = 33,5$ afdelingen, dus 67 VGGers. Voor Traumatologie gaat het om $(431.777 - 21.590) / 12.412 = 33$ afdelingen, dus 66 VGGers.

De investering die gepaard gaat met het aanstellen van 133 VGGers is maximaal 7.582.000 euro (bij additionele aanstelling) en minimaal 1.463.000 euro (bij aanstellen in plaats van EVVer).

Maatschappelijke baten – maatschappelijke kosten: $8.953.362 - 7.582.000 = 1.371.362$ euro minimaal.

Maatschappelijk baten – maatschappelijke kosten: $8.953.362 - 1.463.000 = 7.490.362$ euro maximaal.

Dit zijn beredeneerde baten om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

Maatschappelijke baat scenario 2

Stel dat alle thuiszorgorganisaties in Nederland voor de cliënten die 3 maanden of minder in zorg zijn zouden werken met 1 VGGer per team. Een extrapolatie van de gegevens uit scenario 2 en de aannames die daaraan ten grondslag liggen naar Nederland leidt tot de volgende situatie:

Het aantal klanten in zorg in de thuiszorg is op jaarbasis 276.240 (bron continue benchmark VVT), daarvan is 71% 3 maanden of minder in zorg, dat zijn 196.258 mensen op jaarbasis.

Uitgaande van het scenario dat er per 34 mensen 1 onnodige ziekenhuisopname van 5 dagen wordt voorkomen, is dat op jaarbasis $196.258/34 = 5.772$ minder ziekenhuisopnames. Dat komt neer op een maatschappelijke baat van $5.772 \times 1000^* \text{ euro} \times 5 = 28.610.000$ euro op jaarbasis.

*het dagtarief voor een opname in het ziekenhuis is afhankelijk van de dBC.

De maatschappelijke kosten die daar tegenover staan:

uitgaande van het feit dat 1 VGGer 4 x 34 = 136 klanten in zijn of haar team heeft op jaarbasis (bij een doorlooptijd van 3 maanden per klantengroep), zijn er $198.258/136 = 1458$ VGGers die aangesteld kunnen worden. Dit is een investering van maximaal 83.106.000 (bij additionele aanstelling) en minimaal 16.038.000 (bij aanstelling in plaats van EVV-er).

Maatschappelijke baten – maatschappelijke kosten: $28.610.000 - 83.106.000 = - 54.496.000$ euro minimaal

Maatschappelijke baten – maatschappelijke kosten: $28.610.000 - 16.038.000 = 12.572.000$ euro maximaal.

Dit zijn beredeneerde baten om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

In het geval van BuurtZorg Nederland is 2009 een Maatschappelijke Business Case verschenen (Transitieprogramma Langdurende Zorg, 2009), daaruit blijkt dat de Buurtzorg Nederland methode voor BuurtZorg Nederland uitkomt op een efficiencywinst ten opzichte van reguliere thuiszorg organisaties van 10.664.788 euro. Een theoretische doorrekening van de methodiek voor Nederland (dus alle thuiszorgorganisaties cf BuurtZorg Nederland concept), zou neerkomen op een maatschappelijke baat van 1.930.285.077 euro op jaarbasis.

Dit is een beredeneerde baat om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

Maatschappelijke baat scenario 3

Stel dat alle verpleeghuizen in Nederland kiezen voor de inzet van praktijkverpleegkundigen. Een extrapolatie van de gegevens uit scenario 3 en de aannames die daaraan ten grondslag liggen naar Nederland leidt tot de volgende situatie:

De inzet van praktijkverpleegkundigen in verpleeghuizen levert per specialist ouderengeneeskunde een baat op van 43.764,36. Nederland telt 470 verpleeghuizen (bron

RIVM, 2009) en ongeveer 1550 specialisten ouderengeneeskunde (Bron: Verenso). We gaan voor de berekening uit van gemiddeld 1 fte specialist ouderengeneeskunde per verpleeghuis. Een intensieve samenwerking tussen deze specialisten ouderengeneeskunde en de praktijkverpleegkundigen zou neerkomen op een maatschappelijke baat van $470 \times 43.764,36 = 20.569.244$ euro.

De maatschappelijke kosten die daar tegenover staan zijn:
de investeringen die gepaard gaan met het aanstellen van de 470 VGGers in de verpleeghuizen, maximaal 26.790.000 (bij additionele aanstelling) en minimaal 5.170.000 (bij aanstelling in plaats van EVV-er).

Maatschappelijke baten – maatschappelijke kosten: $20.569.244 - 26.790.000 = -6.220.756$ euro minimaal.

Maatschappelijke baten – maatschappelijke kosten: $20.569.244 - 5.170.000 = 15.399.244$ euro maximaal.

Dit zijn beredeneerde baten om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

Maatschappelijke baat scenario 4

Stel dat alle verzorgingshuizen in Nederland per 100 bewoners een VGGer aanstellen. Een extrapolatie van de gegevens uit scenario 4 en de aannames die daaraan ten grondslag liggen naar Nederland leidt tot de volgende situatie:

De inzet van een VGGer in een verzorgingshuis levert in een verzorgingshuis met 100 bewoners 315.967,20 euro aan maatschappelijke baat (zo'n 3.160 euro per bewoner).

Nederland kent 1.131 verzorgingshuizen van verschillende groottes (bron RIVM, 2009) en gemiddeld wonen 160.000 ouderen in een verzorgingshuis. Gloudemans (2009) gaat uit van een gemiddelde van 1 VGGer op 53 bewoners. Met 1 VGGer per 100 bewoners hanteren we dus een voorzichtig scenario. Met 160.000 ouderen levert dat een maatschappelijke baat van $315.967 \times 1600 = 505.547.200$ euro.

De maatschappelijke kosten die daar tegenover staan zijn:
1.600 VGGers die werkzaam zijn in een verzorgingshuis vergen een investering van maximaal 91.200.000 (bij additionele aanstelling) en 17.600.000 (bij aanstelling in plaats van EVV-er).

Maatschappelijke baten – maatschappelijke kosten: $505.547.200 - 91.200.000 = 414.347.200$ euro minmaal.

Maatschappelijke baten- maatschappelijke kosten: $505.547.200 - 17.600.000 = 487.947.200$ euro maximaal

Dit zijn beredeneerde baten om de potentie van het scenario te schetsen waarbij de aannames en kengetallen nader onderzocht moeten worden.

6. Maatschappelijke *Business Case*: Slotbeschouwing

Gevoelsmatig weten veel ouderenzorgaanbieders dat het substitueren van HBO-verpleegkundigen en verpleegkundigen met verzorgenden en eerst verantwoordelijk verzorgenden gevolgen heeft gehad. Gevolgen die niet alleen terug te vinden zijn in de kwaliteit van de zorgverlening, maar ook in arbeidsplezier van werknemers en tevredenheid van klanten. In deze maatschappelijke *businesscase* is aangetoond dat een zekere mate van diversiteit in de personele samenstelling grote gevolgen heeft voor de kwaliteit van de inhoud en organisatie van de zorg. Dit is op basis van literatuur en interviews aangetoond voor meerdere settingen. Er is ruimte voor HBO opgeleide professionals in de ouderenzorg. Vooral professionals die naast hun HBO-v capaciteiten en competenties aantoonbaar kennis hebben van geriatrie en gerontologie. Deze professionals levert in teamverband maar ook in zelfstandige zorginhoudelijke functies een substantiële bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg. Deze maatschappelijke *businesscase* toont dat aan.

De investeringen die per team, per organisatie of landelijk gepaard gaan met het aanstellen van deze VGGers in de ouderenzorg zorgen allemaal voor aanzienlijke (maatschappelijke) baten en financiële opbrengsten. Bij het bepalen of het investeren in de opleiding of aanstelling van een VGGer in de ouderenzorg staat het geld verdienen niet voorop. Er kan niet enkel gekeken worden naar de geldstromen die de VGGer gaat genereren. Het gaat vooral om het maatschappelijke resultaat van de investering.

Hoe je het ook wendt of keert in alle gevallen levert de inzet van de VGGer in de ouderenzorg zowel in kwalitatief als in financieel opzicht iets op. Het maatschappelijk rendement is aanzienlijk te noemen. In de meeste gevallen verdient de investering zich maatschappelijk terug en in aantal gevallen ook per team of ouderenzorgorganisatie.

Bij het bouwen van de maatschappelijke *businesscase* hebben we gebruik gemaakt van aannames gebaseerd op theorie en praktijkervaringen bij ouderenzorgaanbieders. Om deze aannames te toetsen in de verschillende werksituaties waar een VGGer terecht kan komen, zijn aanbevelingen voor de tweede fase van het project VGG het:

- volgen en in kaart brengen waar en in welke functie de VGGers gaan werken;
- formuleren van uniforme meetbare criteria waarmee de impact en de gerelateerde opbrengsten van de VGGer in de verschillende functies in kaart worden gebracht;
- onderzoeken van deze praktijksituaties gedurende de projectduur om zo tot een op onderzoek gefundeerde onderbouwing te komen.

Een voorwaarde hiervoor is dat het werkveld een stap zet in het organiseren en aanbieden van inhoudelijke verpleegkundige functies op HBO niveau. De HBO-raad, Actiz en de hogeschole hebben met het ontwikkelen van het competentieprofiel VGG en het realiseren van het uitstroomprofiel VGG een belangrijke bijdrage geleverd. Doorontwikkeling en verder stimuleren is aan de orde in het vervolgproject VGG.

Het is onze verwachting dat deze maatschappelijke *businesscase* de ouderenzorgaanbieders voldoende inzichten en argumenten geeft om voor hun eigen organisatie het experiment aan te gaan.

Referenties

- Actiz (2009). *Reactie op CVZ notitie: verpleging in de eigenomgeving; ZVW en AWBZ*. Utrecht.
- Andela, R. (2009). *Frailty in the clinical practice of nursing care*. Proefschrift RijksUniversiteit Groningen.
- Bloemendaal, I. e.a. (2009). *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis*. Utrecht: Prismant.
- Buurtzorg Nederland (2009). *Maatschappelijke Business Case (mBC). Buurtzorg Nederland*.
- CVZ (2009). *Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ*. Diemen: CVZ.
- ETC Tangram en PHEG LUMC (2008). *Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit*. Leusden/Leiden: ETC Tangram
- Felius van, P. (2009). *Toolbox maatschappelijke business Case (mBC)*. Transitieprogramma in de Langdurende zorg. Utrecht: Ernst en Young.
- Functiebeschrijvingen de Weever (2008).
- Gloudemans, M. (2009). *Kiezen of delen? De behoefte aan HBO Verpleegkundigen Gerontologie, Geriatrie (HBO-VGG) in de VVT branche*. Waalwijk: bureau Gloudemans.
- Kraakman, T., Kienhuis, M., Schumacher J. (2009). *HBO-verpleegkundigen in de ouderenzorg. Inspirerende voorbeelden uit de praktijk*. Utrecht: Vilans
- Mast, J., Vliet van, M. (2007). *HBO competentieprofiel HBO-verpleegkundige gerontologie, Geriatrie, herziene versie*. Utrecht: Vilans/Actiz/HBO-raad.
- Mulder, A. (2009) Branchespecifiek opleiden HBO-verpleegkundigen Gerontologie- Geriatrie (VGG). 2^e fase. September 2007- september 2009. Evaluatierapport. Utrecht: Actiz/HBO-raad/A+O VVT.
- Pool, A., Schumacher, J. (2006). *Rollen en competenties van de HBO-verpleegkundige in het verpleeghuis Vernieuwing van professionele verpleeghuiszorg*. Utrecht: Lemma/NIZW.
- Rinsum van, A. (2010). *Projectplan Zichtbare Schakel Rotterdam*. Rotterdam: Oser.
- RIVM (2010). *Zorgbalans 2010: De prestaties van de Nederlandse Zorg*. Bilthoven: RIVM.
- Schuurmans, M. (2010). *Oratie uitgesproken bij aanvaarding leerstoel Verpleging aan de universiteit Utrecht*.

www.rivm.nl nationale atlas volksgezondheid, vtv en zorgbalans 2010.

www.azwinfo.nl regiomarge 2008 en 2009

www.verenso.nl

Bijlage 1

Voor het maken van deze businesscase zijn gesprekken gevoerd met:

Dhr. van Summeren, manager zorg en behandeling, De Weever Tilburg

Mw. Brouwers, Manager Zorg aan Huis, Laurens Rotterdam

Mw. Rocha Fortes, teamleider Zorg aan Huis, Laurens Rotterdam

Dhr. van der Wielen, directeur zorg en Mw. Verstappen directeur PO&O, Cordaan Amsterdam

Mw. van der Ent, praktijkopleider, CarintReggelandGroep Enschede

Dhr. Zajdenband, Divisiemanager verpleeghuiszorg, Argos Zorggroep Schiedam

Dhr. Kroeze en dhr. IJland, Trivium Meulenbelt zorg, Borne