

Businesscase Implementatietraject Taakherschikking Icare JGZ

Ermanda Feddema

Icare Jeugdgezondheidszorg

Blankenstein 400
Postbus 900
7940 KE Meppel

Telefoon (0522) 27 90 00
Fax (0522) 27 90 01
Internet www.icare.nl

KvK 41020244 Noord-Nederland



Icare JGZ is partner van het CJG.



23 december 2012

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Huidige situatie	3
1.2	Wenselijke situatie	4
1.3	Doelstelling van het project	4
1.4	Aanleiding voor het schrijven van deze businesscase	4
2	Analyse kosten en baten	5
2.1	Implementatiekosten	5
2.1.1	Eenmalige kosten	5
2.1.2	Vaste kosten	5
2.2	Baten	6
2.3	Uitgangspunten	6
3	Risicomanagement	7
4	Conclusie	9
5	Borgingsplan	9
6	Verzilveringsplan	10
	Bijlage I: Implementatie kosten	11
	Berekening implementatiekosten	11
	Regio Noord Veluwe	11
	Regio Noord Veluwe	12
	Regio Flevoland	12
	Regio West Veluwe	12
	Regio Drenthe	13
	Totale implementatiekosten	14
	Bijlage II: Implementatiekosten voor de regio's die per 2014 over gaan naar de GGD	15
	Regio Drenthe	15
	Regio IJssel Zwartewater	16
	Bijlage III Relatie aantal contactmomenten arts t.o.v de benodigde formatie in een kosten neutrale situatie	17

1 Inleiding

1.1 Huidige situatie

In Nederland doen zich verschillende ontwikkelingen voor die vragen om een andere inrichting van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Ten eerste heeft de JGZ te maken met een veranderende vraag van de klant met meer aandacht voor psychosociale problematiek, ten tweede verandert door opleiding de competenties van medewerkers. Veel artsen zijn opgeleid tot jeugdarts en hebben in hun opleiding nieuwe vaardigheden opgedaan, maar voeren hun werk nog op dezelfde wijze uit als voorheen. Tenslotte maakt de JGZ vanaf 2011 in elke gemeente deel uit van een Centrum voor Jeugd en Gezin waarin verschillende organisaties samenwerken om ouders en jongeren te ondersteunen in hun vragen rondom opgroeien en opvoeden. De dienstverlening van de JGZ is te midden van deze ontwikkelingen niet essentieel veranderd.

Om de inrichting van de JGZ aan te laten sluiten bij de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), bij competenties van jeugdartsen en bij de toegenomen aandacht voor psychosociale problematiek, is Icare JGZ gestart met onderzoek naar de haalbaarheid van taakherschikking in de JGZ. Dit onderzoek en daarvan afgeleid deze businesscase, beperkt zich tot taakherschikking van arts naar verpleegkundige.

In de periode december 2010 t/m juni 2012 heeft op de teamlocaties Zwolle west en Elburg/'t Harde de pilot "Naar een passende dienstverlening voor klant en medewerker" plaats gevonden. Tijdens deze pilot werd onderzoek gedaan naar een andere werkwijze op het consultatiebureau. De opzet van de veranderde werkwijze was de centrale positie van de verpleegkundige nog meer te versterken. Zij voert in deze werkwijze het grootste deel van de consulten uit, met de daarbij behorende geprotocolleerde medische handelingen. Artsen zien kinderen voornamelijk op indicatie en gaan bezig met de ontwikkeling van nieuwe taken, passend bij hun competenties en ontwikkelingen in het maatschappelijke veld van de zorg voor jeugd. De onderzoeksperiode is inmiddels afgerond en de resultaten zijn bekend.

Naast deze pilot, waar met name gekeken is naar het type professional die het contactmoment uitvoert (taakherschikking) vinden er op dit moment ook experimenten plaats in het Icare werkgebied waarbij specifiek aandacht is voor het afstemmen van de inhoud en frequentie van de zorg op de specifieke situatie van het kind/gezin (flexibilisering contactmomenten). Deze businesscase richt zich op de implementatie van taakherschikking.

1.2 **Wenselijke situatie**

Gezien de resultaten van het onderzoek¹ naar de pilot “Een passende dienstverlening voor klant en medewerker” is het advies van de stuurgroep om deze werkwijze Icare breed uit te rollen. Bij de uitrol zal gebruik worden gemaakt van de opgedane pilot ervaringen. Dit betekent dat het scholings- en begeleidingstraject op een aantal zaken wordt aangepast. Bij de implementatie van taakherschikking is het wenselijk om per regio te onderzoeken of flexibilisering van contactmomenten en taakherschikking met elkaar geïntegreerd kunnen worden.

Verschillende gemeenten in het werkgebied van Icare JGZ hebben besloten de jgz 0-4 jaar bij de GGD onder te brengen. Ons advies is de implementatie te starten in de regio's waar, op dit moment, geen overname plannen zijn.

1.3 **Doelstelling van het project**

Het doel van de implementatie van taakherschikking, waar wenselijk in samenhang met flexibilisering contactmomenten, is om de jeugdgezondheidszorg meer aan te laten sluiten bij de vraag van de klant, bij de competenties van de medewerkers, en bij de CJG ontwikkelingen. Een nevendoelelstelling is in te spelen op het dreigend artsentekort in de nabije toekomst.

1.4 **Aanleiding voor het schrijven van deze businesscase**

Om zicht te hebben of de benodigde investeringen voor de implementatie van de veranderde werkwijze afwegen tegen de baten heeft het MT JGZ aan de stuurgroep van de pilot “Naar een passende dienstverlening voor klant en medewerker” de opdracht gegeven tot het schrijven van een businesscase.

¹ Verslag onderzoeksresultaten t.b.v. MT 20-09-2012

2 Analyse kosten en baten

In dit hoofdstuk worden de implementatiekosten en de opgeleverde kwalitatieve baten beschreven. De weergave van de implementatiekosten beperkt zich tot de gemeenten waar vooralsnog geen sprake is van overname van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar naar de GGD.

2.1 Implementatiekosten

Op grond van de ervaringen uit de pilot is het advies om bij verdere uitrol rekening te houden met minimaal de hierna genoemde kosten. In bijgevoegde bijlage worden per regio de begrootte implementatiekosten weergegeven.

2.1.1 Eenmalige kosten

Voor verpleegkundigen

- Teambuilding sessies voorafgaand aan het scholingstraject
 - 2 dagdelen
- Scholing “Pluis niet Pluis in de front office van de JGZ”
 - 10 dagdelen
- Training “on the job”
 - 2 dagdelen
- Praktijkstage (op artsenbureaus waar minder kinderen dan regulier gepland worden en de interactie tussen verpleegkundige en arts gecoacht wordt)
 - 20 dagdelen
- Intervisie²
 - 4 keer á 2 uur
- Materiaal t.b.v. de medische handelingen

Voor artsen

- Teambuilding sessies voorafgaand aan het scholingstraject
 - 2 dagdelen
- Training praktijk begeleider
 - 2 dagdelen
- Intervisie
 - 4 keer á 2 uur

2.1.2 Vaste kosten

Tot de vaste kosten voor de groep verpleegkundigen wordt gerekend:

- de opwaardering van verpleegkundigen in FWG 50
- toename van het aantal fte verpleegkundigen met 32%.

Hier tegen over staat (via natuurlijk verloop) een afname van het aantal fte artsen met 44%. Dit maakt dat na de implementatie de werkwijze kosten neutraal kan worden uitgevoerd.

² Per regio besluiten in hoeverre de aangegeven intervisie uren van artsen en verpleegkundigen binnen de reguliere intervisie uren vallen.

2.2 Baten

De opgeleverde baten zijn van kwalitatieve aard. Op grond van de ervaringen in de pilot levert taakherschikking de volgende baten op:

- Er ontstaat een meer effectieve dienstverlening (door dat verpleegkundigen een deel van de artsentaken op zich nemen kunnen artsen ingezet worden op taken passend bij hun competenties en bij ontwikkelingen in het maatschappelijke veld)
- Verpleegkundigen hebben competenties verworven om een aantal onderdelen van het lichamenlijk onderzoek uit te voeren in alle reguliere consulten tussen 2 maanden en 4 jaar.
- Artsen worden ingezet op taken passend bij hun competenties.
- Er wordt ingespeeld op het verwachte artsen tekort in de nabije toekomst.
- De continuïteit van de dienstverlening wordt verhoogd.

2.3 Uitgangspunten

Bij de weergegeven kosten en baten zijn de volgende zaken als vertrekpunt genomen:

- Toewijzingspercentage van 70% van de kinderen. M.a.w. 70% van de zuigelingen/peuters wordt voor alle consulten gezien door de verpleegkundige, 30% blijft in het reguliere schema. Dit is de reële praktijk van dit moment in de pilot-gebieden.
- Uitbreiding van 32% fte verpleegkundigen, in de berekening van de scholingskosten wordt uitgegaan van 10% extra verpleegkundigen i.v.m. de aanwezige overformatie.
- Afname, via natuurlijk verloop, van het aantal artsen bij kosten neutrale werkwijze: 44% fte.
- Bureauvoering van twee gelijktijdige bureaus. Door het accommodatiebeleid voor de toekomst zodanig vorm te geven dat de uitvoering van drie gelijktijdige bureaus mogelijk is kan kostenbesparing, voor met name de grote plaatsen, plaatsvinden. Een bijkomend aandachtspunt zijn de vereiste competenties van de assistent om 3 gelijktijdige bureaus uit te kunnen voeren en de consequentie hiervan voor de FWG inschaling.
- Inschaling van de verpleegkundige in FWG 50 en van de arts in FWG 60.
- Fysieke aanwezigheid van een arts tijdens een verpleegkundig bureau met geprotocolleerde medische handelingen is geen vereiste.

3 Risicomanagement

Aan de implementatie en de uiteindelijke uitvoering van de nieuwe werkwijze zijn een aantal risico's verbonden. In onderstaand overzicht wordt aangegeven welke risico's worden onderkend en de daarbij mogelijk te nemen maatregelen.

Risico	Maatregel
Onvoldoende draagvlak binnen de teams.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Goede communicatie met medewerkers. ▪ Voldoende tijd beschikbaar van zowel regiomanager, leidinggevende en regionale beleidsadviseur ▪ Per regio een startbijeenkomst met aftrap door de directie.
Bezwaren bij artsen tegen de invoering van de nieuwe werkwijze,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teambuildingsbijeenkomsten waarbij de reeds 'ervaren' artsen vanuit de pilot vragen en onduidelijkheden kunnen wegnemen.
Na afloop van het trainingstraject zijn de verpleegkundige en arts niet in staat om in de nieuwe werkwijze hetzelfde aantal kinderen te zien per zittingen dan in de reguliere werkwijze gebruikelijk is.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In de training aandacht besteden aan het leren op de juiste momenten de juiste dingen te doen. ▪ Praktijkstage hierop aanpassen. ▪ Wijze van consultatie door arts aanpassen.
Artsen hebben mogelijk onvoldoende vaardigheden om te coachen. Verpleegkundigen vragen niet om consultatie van de arts.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teambuilding bijeenkomsten voorafgaande aan het trainingstraject. ▪ Getrainde praktijkbegeleiders. ▪ Intervisie bijeenkomsten na afloop van het trainingstraject.
Uitval van verpleegkundigen die na afloop van het trainingstraject niet instaat zijn om volgens de nieuwe werkwijze te werken.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Managers hebben in beeld voor welke medewerkers de uitvoering van de nieuwe werkwijze een risico vormt en stuurt hierop. ▪ Intervisie/coaching ▪ Bij de werving van nieuwe verpleegkundigen, worden medewerkers geselecteerd op de vereiste competenties voor de nieuwe werkwijze.
Cb-assistenten die niet in staat zijn om 3 gelijktijdige bureaus uit te voeren.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Managers hebben in beeld voor welke medewerkers de uitvoering van de nieuwe werkwijze een risico vormt en stuurt hierop. ▪ Intervisie/coaching ▪ Gezien het feit dat de uitvoering van 3 gelijktijdige bureaus op een beperkt aantal locaties mogelijk is kan er geschoven worden met medewerkers zodat een ieder op een passende locatie werkzaam is. ▪ Bij de werving van nieuwe assistenten meenemen de competentie om 3 gelijktijdige bureaus te kunnen managen.
Artsen hebben niet de competenties om aanvullende taken uit te voeren.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Managers hebben in beeld voor welke medewerkers de uitvoering van de nieuwe

	<p>werkwijze een risico vormt en sturen hierop.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deze artsen inzetten op de uitvoering van bureaus ▪ Artsen begeleiden bij hun zoektocht naar de invulling van andere taken ▪ Bij de werving van nieuwe artsen meenemen de eisen voor de nieuwe werkwijze.
Onvoldoende opgeleide verpleegkundigen om ingezet te worden bij vervang. Dit risico geldt met name in het begin van het uitrol traject.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aandacht voor een goede invalpool met opgeleide verpleegkundigen, die voldoende mogelijkheden hebben om de nieuwe vaardigheden te onderhouden. ▪ Stagiaires die mee hebben gedraaid met de nieuwe werkwijze betrekken in de invalpool.
Decentrale adviseurs en managers met een te grote werkbelasting om de implementatie binnen hun regio goed te begeleiden. Onvoldoende sturing vergoot de kans op overschrijding van middelen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manager en regioadviseur stellen samen dat de implementatie van taakherschikking prioriteit heeft boven ander taken. Gedurende een half jaar wordt de regioadviseur voor minimaal 8 uur vrijgesteld voor het implementatietraject.
Desinvestering, door medewerkers op te leiden die na het implementatietraject minder dan 2 jaar een dienstverband hebben gezien hun leeftijd.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De manager gaat met de medewerkers van 62+ in gesprek om samen te bepalen of de medewerker opgeleid gaat worden of dat er andere alternatieven voorhanden liggen.
Gedwongen ontslagen i.v.m. afname van 44% fte artsen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gedwongen ontslagen worden voorkomen door: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actieve sturing van de manager op inzet van de arts op gefinancierde werkzaamheden. (bijv. inzet in een andere regio, inzet bij de GGD, betaalde deelname aan het veiligheidsplan van de raad van kinderbescherming, betaalde deelname aan onderzoek). ▪ Geen nieuwe artsen aannemen, geen tijdelijke contracten verlengen. ▪ Het aantal contactmomenten bij artsen stapsgewijs afbouwen³, aansluitend bij de aanwezige formatie in een gemeente/regio.

³ In bijlage III staat de relatie tussen het aantal contactmomenten van de arts met de benodigde formatie van verpleegkundige en arts weergegeven.

4

Conclusie

Door een veranderde behoefte van ouders en kinderen, veranderde competenties van medewerkers en een dreigend te kort van artsen in de JGZ is er vraag naar een werkwijze binnen de jeugdgezondheidszorg die op deze veranderingen aansluit⁴. Uit de pilot is gebleken dat “taakherschikking” een werkwijze is die aansluit bij de genoemde veranderingen.

Door te investeren in een veranderde werkwijze sluit Icare JGZ aan bij de hier genoemde maatschappelijke ontwikkelingen en zorgt zij voor het inzetten van competenties op de juiste plek. De investeringskosten voor het totale Icare werkgebied (met uitzondering van de locaties die per 1-1-2014 overgaan naar de GGD) bedragen €721.768,-⁵. Ervan uitgaande dat de regioadviseurs de mogelijkheid hebben om binnen hun dienstverband de implementatie te begeleiden in samenspraak met de regiomanagers.

Het voorstel is om de complete implementatie over 2 jaar uit te spreiden. Het advies is om het implementatietraject te starten in West Veluwe in verband met de daar aanwezige overformatie verpleegkundigen en in Noord Veluwe gezien het feit dat een deel van de teams in de pilot hebben meegedraaid. Voor 2014 kan de implementatie vervolgens plaats vinden in Flevoland en de 4 gemeenten in Drenthe. Voor de financiering van de implementatietrajecten worden de volgende financieringsvormen voorgesteld:

- 2013
 - 1% vanuit het Espria innovatiefonds €200.000,-
 - Projectgelden €251.128,-
- 2014
 - 1% vanuit het Espria innovatiefonds €100.000⁶,-
 - Projectgelden €170.640,-

Het advies is om in de onderhandelingen met de GGD-en in Drenthe en IJsselzwartewater mee te nemen de mogelijkheid om vanuit Icare JGZ de teams te scholen op de werkwijze taakherschikking. In bijgevoegde bijlage staan de implementatiekosten voor de genoemde GGD-en weergegeven.

5

Borgingsplan

Om de kwaliteit van de implementatie te borgen worden de volgende acties uitgezet:

- Opstellen van een implementatie draaiboek
- Handboek werkwijze wordt herzien n.a.v. de ervaringen van de pilot.
- Medewerkers uit de pilotperiode worden nauw betrokken bij de implementatie trajecten.
- Regioadviseur en regiomanager maken duidelijke afspraken t.a.v. ieders rol in het begeleidingstraject.

⁴ Pilotplan “Naar een passende dienstverlening voor klant en medewerker”, juni 2010

⁵ Bijlage Implementatie kosten

⁶ I.v.m. de overname van ± de helft van Icare JGZ door de GGD is het bedrag van de innovatiefonds gehalveerd.

- De regioadviseur heeft de mogelijkheid om tijd vrij te maken voor de begeleiding van de teams in haar regio.

6 Verzilveringsplan

De in paragraaf 2.2 weergegeven baten kunnen verwacht worden een half tot één jaar na start van het trainingstraject van de nieuwe werkwijze.

Bijlage I: Implementatie kosten

Berekening implementatiekosten

Regio Noord Veluwe

Team Elburg en Oldebroek

Teams zijn geschoold in pilotfase

Team Ermelo, Harderwijk, Nunspeet en Putten

Verpleegkundigen		Totaal
Aantal incl. 10% uitbreiding	11 + 1	
Kosten per georganiseerde scholing	26.678,-	26.678,-
kosten per verpleegkundige (uren, catering, medisch materiaal)	5.760,-	69.119,-
Totaal kosten verpleegkundigen		€95.797,-
Artsen		Totaal
Aantal artsen	11	
Kosten per georganiseerde scholing	1.500,-	1.500,-
Kosten per arts (uren, catering)	1.085,-	11.935,-
Totaal kosten artsen		€13.435,-

Totaal implementatiekosten Noord Veluwe €109.232,-

Regio Flevoland

Team Dronten, Lelystad en Zeewolde

Verpleegkundigen		Totaal
Aantal incl. 10% uitbreiding	15 + 2	
Kosten per georganiseerde scholing	26.678,-	26.678,-
kosten per verpleegkundige (uren, catering, medisch materiaal)	5.760,-	97.919,-
Totaal kosten verpleegkundigen		€124.598,-
Artsen		Totaal
Aantal artsen	12	
Kosten per georganiseerde scholing	1.500,-	1.500,-
Kosten per arts (uren, catering)	1.085,-	13.020,-
Totaal kosten artsen		€14.520,-

Totaal implementatiekosten Flevoland €139.118,-

Regio West Veluwe

Team Ede, Wageningen, Barneveld, Nijkerk en Scherpenzeel

Verpleegkundigen	Totaal
------------------	--------

Aantal incl. 10% uitbreiding	38 + 4	
Kosten per georganiseerde scholing (3x)	26.678,-	80.033,-
kosten per verpleegkundige (uren, catering, medisch materiaal)	5.760,-	241.918,-
Totaal kosten verpleegkundigen		€321.951,-
Artsen		Totaal
Aantal artsen	17	
Kosten per georganiseerde scholing	1.500,-	1.500,-
Kosten per arts (uren, catering)	1.085,-	18.445,-
Totaal kosten artsen		€19.945,-

Totaal implementatiekosten West Veluwe €341.896,-

Regio Drenthe

Van de 12 gemeenten zullen gaan 4 gemeenten niet mee naar de GGD per 1 januari 2014. Voor deze 4 gemeenten worden de implementatiekosten weergegeven.

Team Tynaarlo, Aa en Hunze, Meppel en Coevorden

Verpleegkundigen		Totaal
Aantal incl. 10% uitbreiding	15 + 2	
Kosten per georganiseerde scholing	26.678,-	26.678,-
kosten per verpleegkundige (uren, catering, medisch materiaal)	5.760,-	97.919,-
Totaal kosten verpleegkundigen		€124.597,-
Artsen		Totaal
Aantal artsen	5	
Kosten per georganiseerde scholing	1.500,-	1.500,-
Kosten per arts (uren, catering)	1.085,-	5.425,-
Totaal kosten artsen		€6.925,-

Totaal implementatiekosten Drenthe €131.522,-

Totale implementatiekosten

De implementatiekosten van de genoemde regio's brengen een totaal kosten plaatje mee van €721.768,-

Regio	Kosten
West Veluwe	€341.896,-
Noord Veluwe	€109.232,-
Flevoland	€139.118,-
Drenthe (4 gemeenten)	€131.522,-
Totaal	€ 721.768,-

Voor de projectbegeleiding wordt uitgegaan dat deze plaats vindt door de regioadviseur en de regiomanager. Vanzelf spreken heeft dit consequenties voor de overige taken van de regioadviseur. Om het traject goed te begeleiden kan op grond van de ervaringen uit de pilot worden geconcludeerd dat 8 uur projectbegeleiding per regio gedurende het eerste 6 maanden een minimaal vereiste is.

Bijlage II: Implementatiekosten voor de regio's die per 2014 overgaan naar de GGD

In de gesprekken met de GGD Drenthe en IJssel Zwartewater kan de volgende informatie als ondersteuning worden gebruikt.

Regio Drenthe

Berekening van de implementatiekosten indien GGD Drenthe bij de jeugdgezondheidszorgteams 0-4 jaar van 8 gemeenten taakherschikking wil implementeren om zo tot een uniforme werkwijze in Drenthe te komen.

Gemeente Assen, Midden Drenthe, Noordenveld, Emmen, Borger-Odoorn, Hoogeveen, De Wolde, Westerveld.

Verpleegkundigen		Totaal
Aantal incl. 10% uitbreiding	37 + 4	
Kosten per georganiseerde scholing (3x)	26.678,-	80.033,-
kosten per verpleegkundige (uren, catering, medisch materiaal)	5.760,-	236.158,-
Totaal kosten verpleegkundigen		€ 316.191,-
Artsen		Totaal
Aantal artsen	21	
Kosten per georganiseerde scholing (2x)	1.500,-	3.000,-
Kosten per arts (uren, catering)	1.085,-	22.785,-
Totaal kosten artsen		€ 25.785,-

Totaal implementatiekosten Drenthe €341.976,-

Regio IJssel Zwartewater

Berekening van de implementatiekosten indien GGD IJsselland bij de jeugdgezondheidszorgteams 0-4 jaar taakherschikking wil implementeren om zo tot een uniforme werkwijze in IJssel Zwartewater te komen. Dit aangezien bij een deel van de teams de implementatie al heeft plaats gevonden.

Verpleegkundigen		Totaal
Aantal incl. 10% uitbreiding	24 + 3	
Kosten per georganiseerde scholing (2x)	26.678,-	53.355,-
kosten per verpleegkundige (uren, catering, medisch materiaal)	5.760,-	149.759,-
Totaal kosten verpleegkundigen		€ 203.113,-
Artsen		Totaal
Aantal artsen	13	
Kosten per georganiseerde scholing	1.500,-	1.500,-
Kosten per arts (uren, catering)	1.085,-	14.105,-
Totaal kosten artsen		€ 15.605,-

Totaal implementatiekosten IJssel Zwartewater €218.718,-

Bijlage III Relatie aantal contactmomenten arts t.o.v de benodigde formatie in een kosten neutrale situatie