

# Aufgabenverteilung, Delegation und Substitution: Chancen und Risiken *Über Skill-Mixes und Skill-Mixing in den Niederlanden*

Prof. Dr. Ronald Batenburg

Netherlands Institute for Health Services Research  
(NIVEL) and Raboud University Nijmegen

Beitrag zum 16. Deutschen Kongress für  
Versorgungsforschung, Berlin  
Freitag 6. Oktober, 2017



# Skill-Mixes stellt die Aufgabenverteilung, Delegation und Substitution dar

Ein Skill-Mix ist *“die Kombination oder Bündelung von Arbeitnehmern aus verschiedenen Gruppen, die in jedem Arbeitsbereich beschäftigt sind.”*

Im Kontext der Gesundheitsversorgung, kann sich das auf folgendes beziehen:

- Unterschiede zwischen Berufsgruppen wie Pflegende und Ärzte oder zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems oder
- eine Mischung innerhalb einer Berufsgruppe, z.B. zwischen verschiedenen Pflegeanbietern mit unterschiedlichen Ausbildungsniveau und Lohnarten

Buchan J & O'May F (2000). Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals, *Human Resources Development Journal*, Vol. 4, Issue 2

# Wie analysiert und versteht man Skill\*- Mixes und Skill-Mixing ?

1. Struktureller – quantitativer Ansatz (Skill-Mixes)
  - die aktuellen beruflichen und/oder ausbildenden Strukturen von Gesundheitspersonal (“Verhältnisse”)
  - Änderungen dieser Strukturen im Laufe der Zeit (Entwicklung)
  - Spezifikation dieser Strukturen auf verschiedenen Ebenen (National, Regional, Sektoral)
2. Akteur / Prozess – qualitativer Ansatz (Skill-Mixing)
  - Institutionelle / rechtliche Änderungen der Rollen von medizinischen Fachkräften
  - Praktische / experimentelle Änderungen der Rollen von medizinischen Fachkräften

\*Skill = Fähigkeit / Kompetenz

# Ansatz 1: eine strukturelle-quantitative Analyse der Skill-Mixes in den Niederlanden

## Startpunkt:

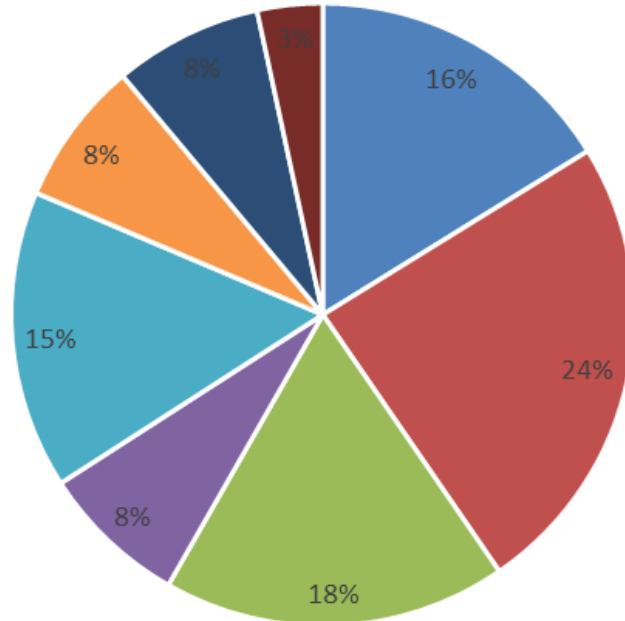
Chancen und Risiken von Veränderungen des Skill-Mixes (z.B. Aufgabenverteilung, Delegation und Substitution) sind hoch abhängig von aktuellen / bestehenden Skill-Mixes

## Leitfrage:

- Welche Strukturen des Skill-Mixes können auf der Makro- / Meso- / Mikroebene in den Niederlanden beobachtet werden?
- Und welche Veränderungen des Skill-Mixes können wir im zeitlichen Verlauf beobachten?

# Der aktuelle Skill-Mix des gesamten niederländischen Gesundheitspersonals

The Dutch health workforce by occupation (N=1,173,140)



- lower level care or (para)medical occupation
- middle level care occupation
- middle level paramedic occupation
- middle level social occupation
- higher level care or (para)medical occupation
- higher level social occupation
- academic level care or (para)medical occupation
- academic level social occupation

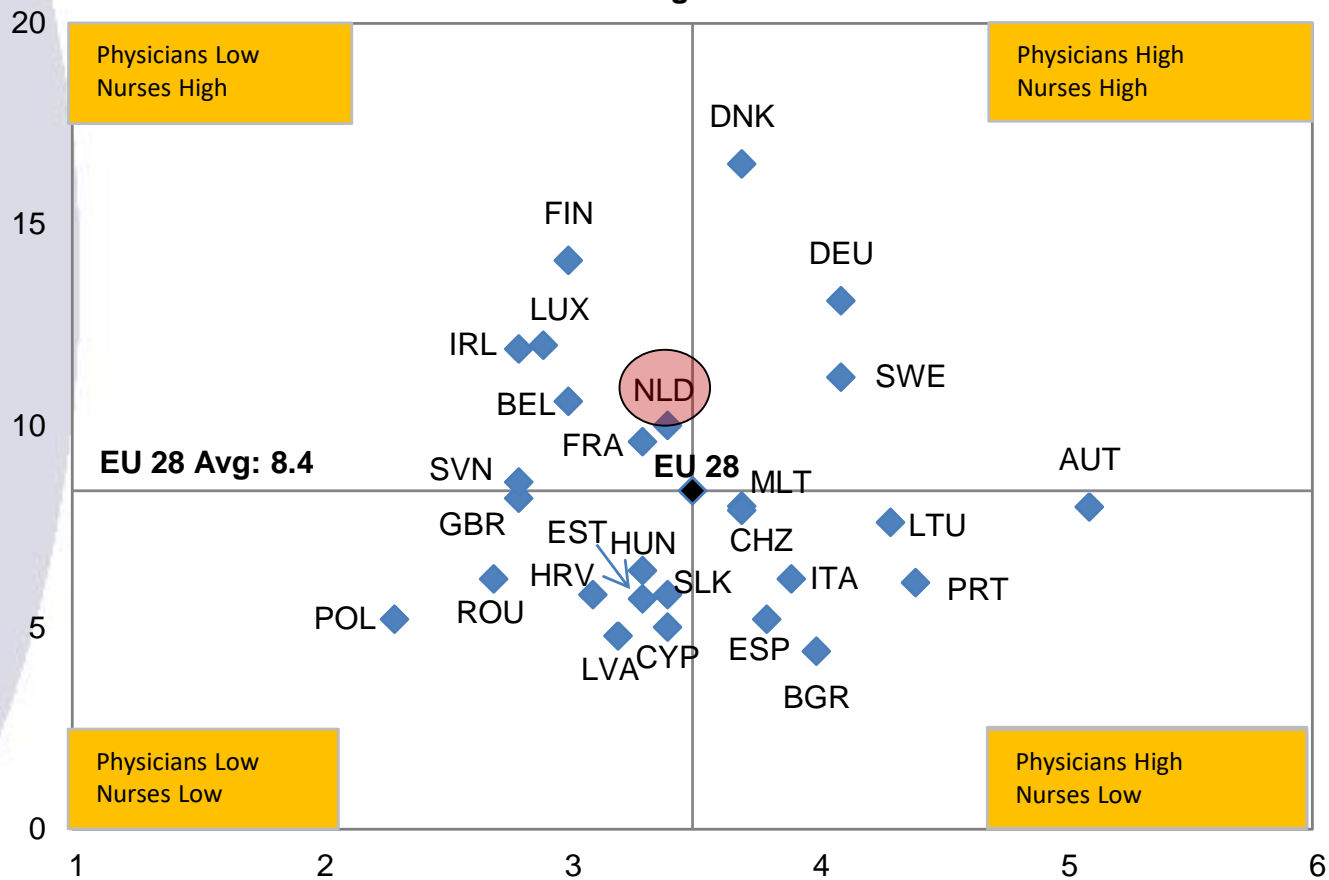
## Grundkenntnisse:

60% Ausübung untere/mittlere Ebene einer Beschäftigung  
24% Pflege, 8% Mediziner (ratio 3:1)

# In Bezug auf das Pflege / Arzt-Verhältnis ist die Niederlande “durschnittlich”

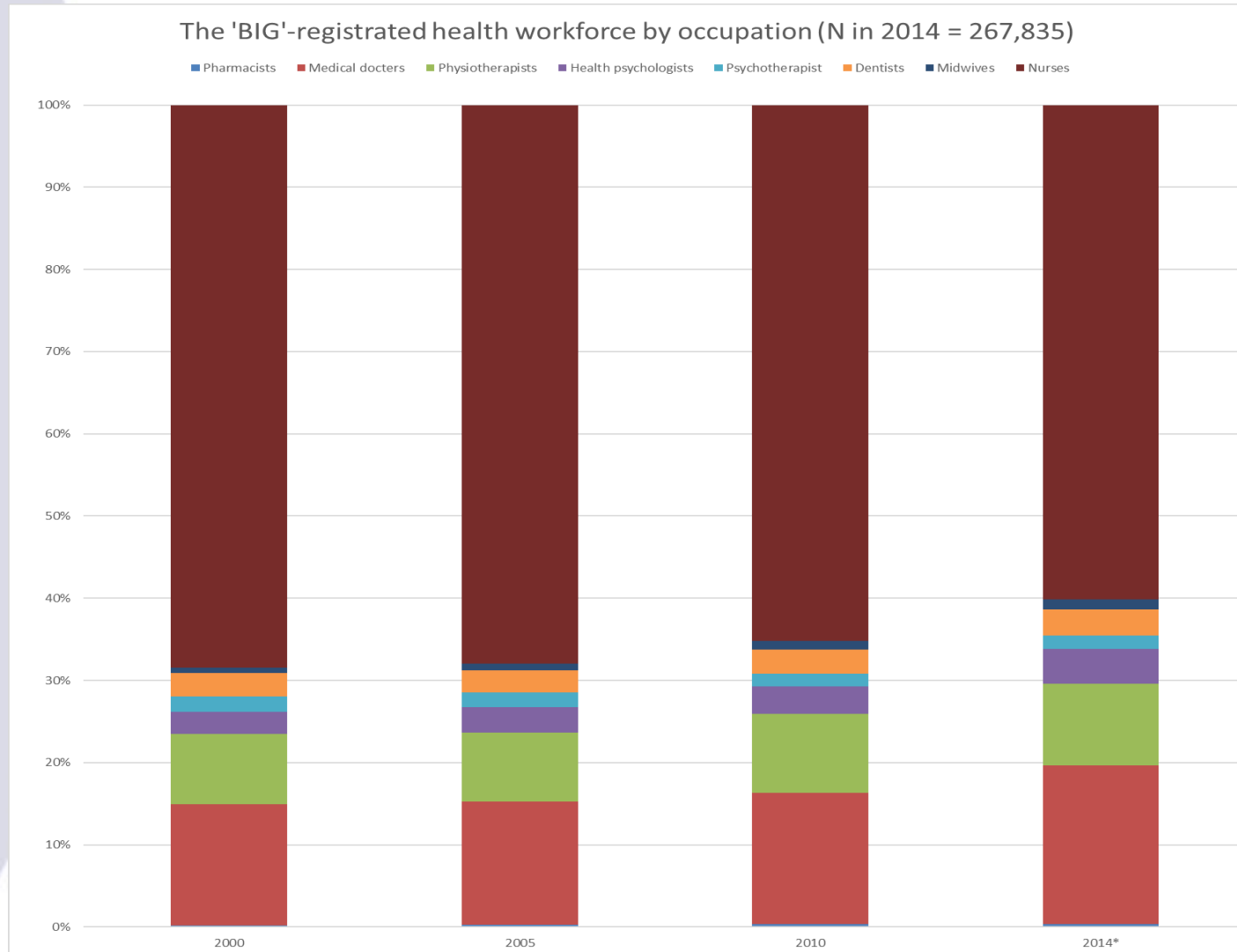
Practising nurses per 1 000 population, 2014

EU 28 Avg: 3.5

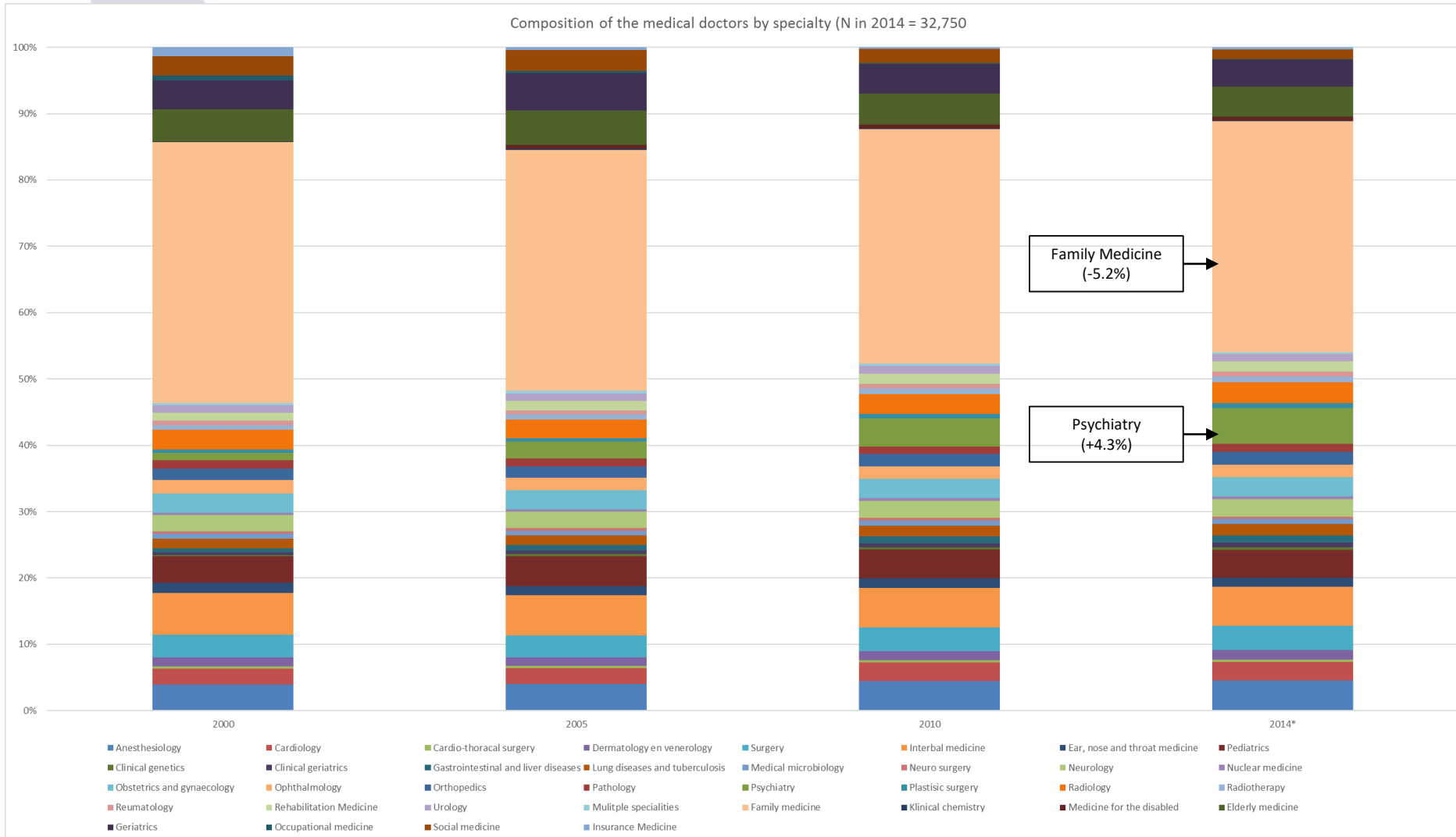


Practising doctors per 1 000 population, 2014

# Veränderungen des Skill-Mix der Niederländischen Arbeitskräfte (registriert im Individual Health Care Professions Act), 2000-2014

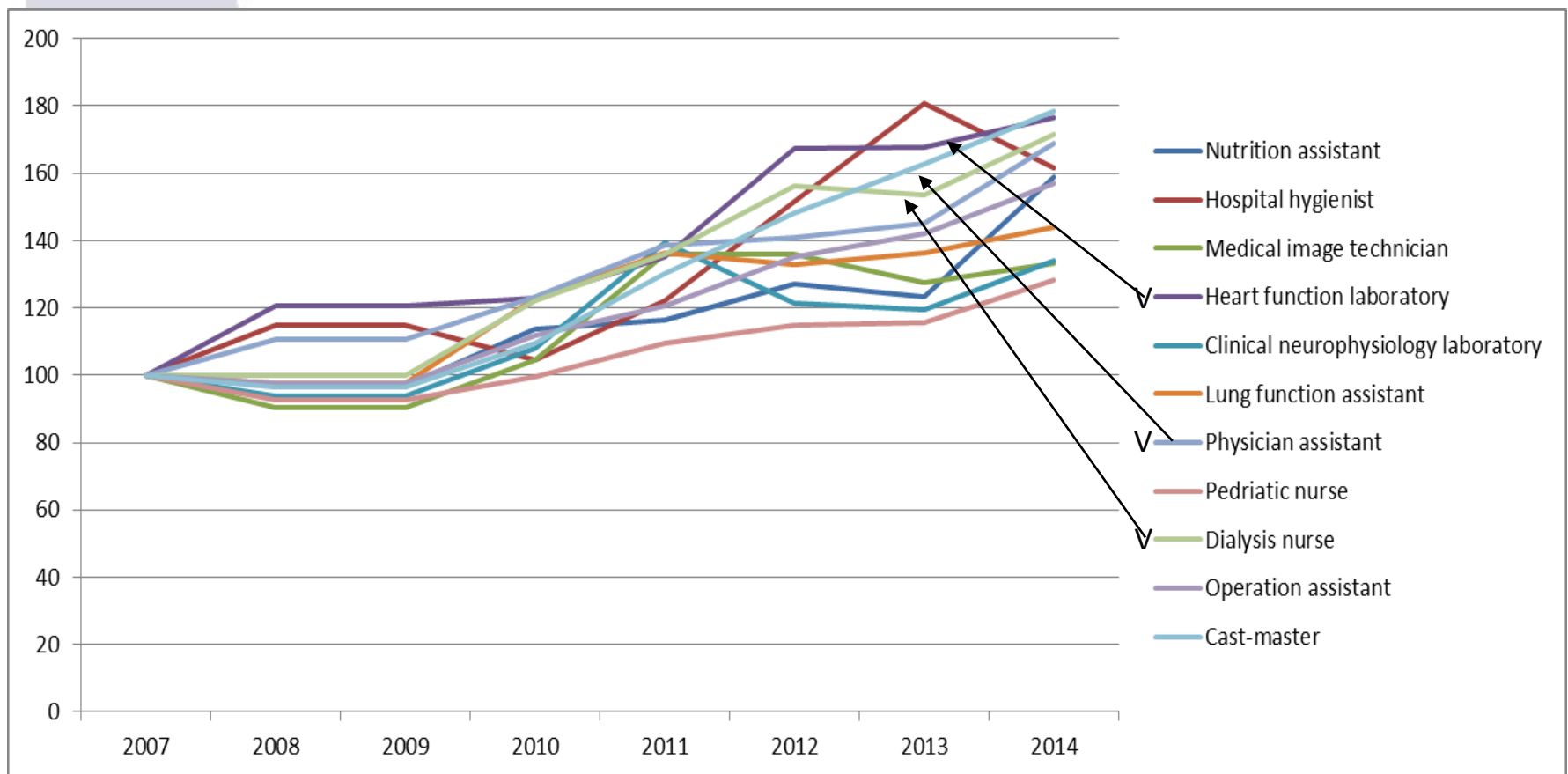


# Veränderungen des Skill-Mix der Niederländischen medizinischen Fachpopulation (2000-2014)

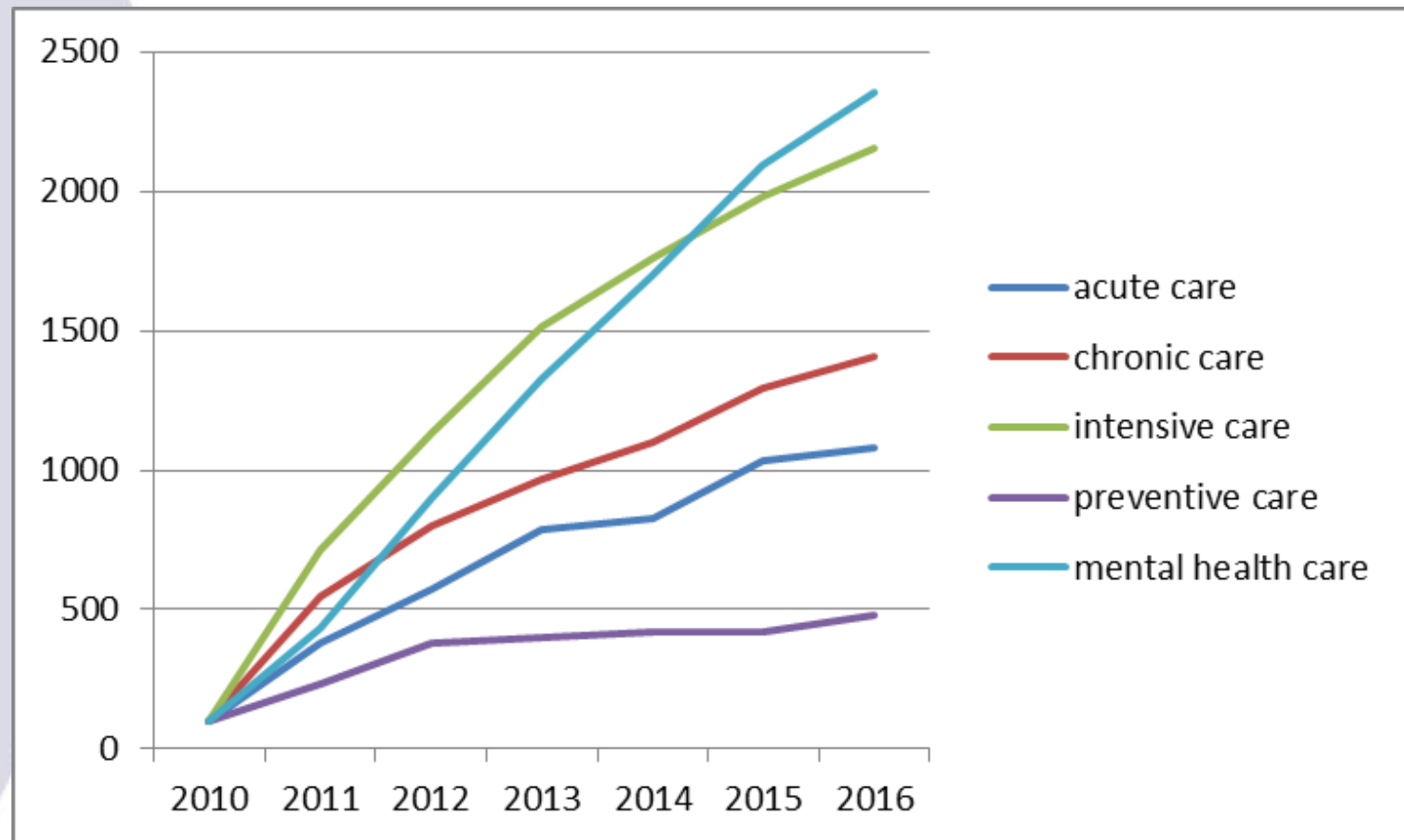




# Andere Skill-Mix Änderungsindikatoren (1): das Wachstum der krankenhausspezifischen Berufe in Niederländischen Krankenhäusern

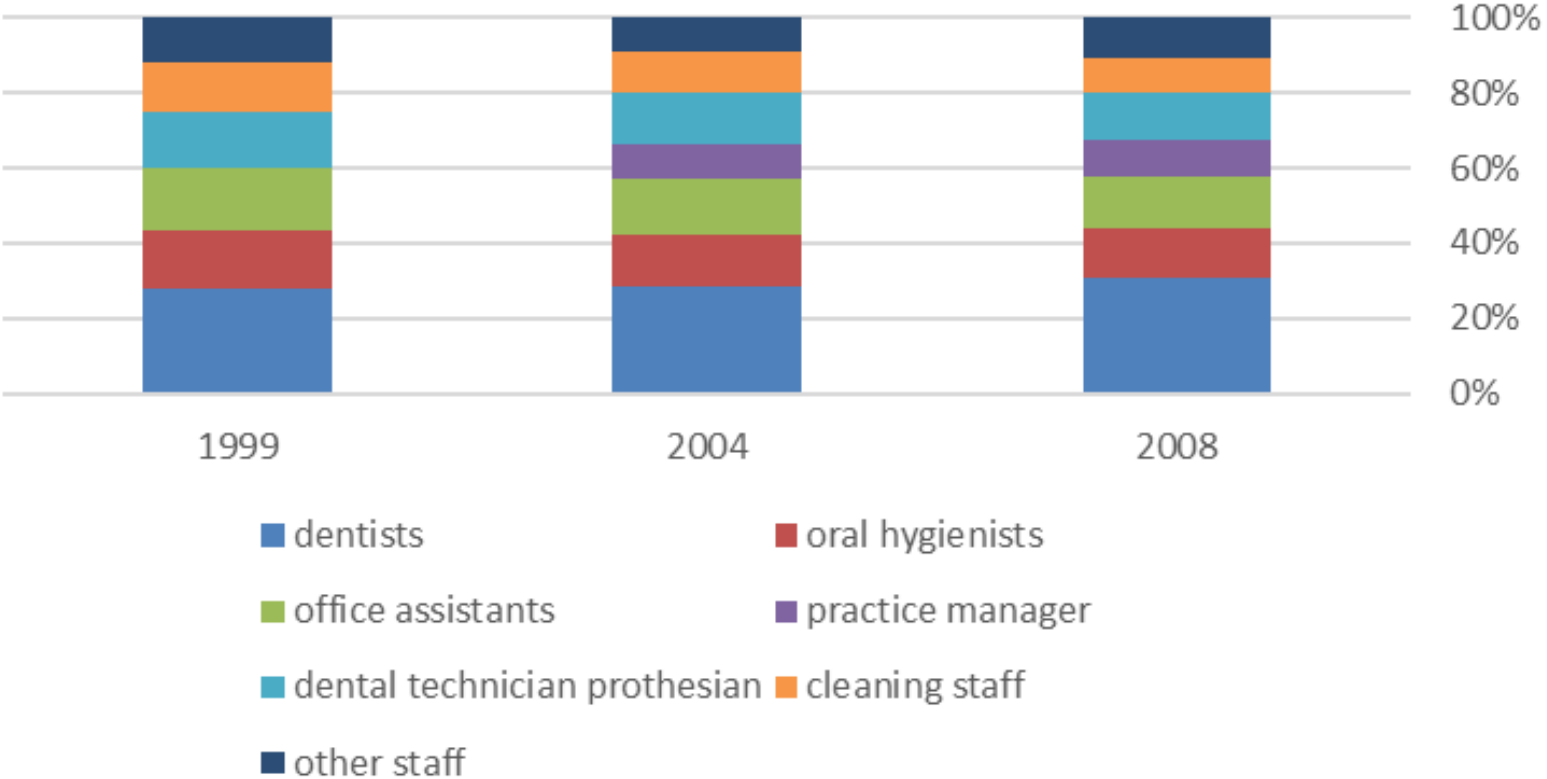


# Andere Skill-Mix Änderungsindikatoren (2): Wachstum von Pflegespezialisten

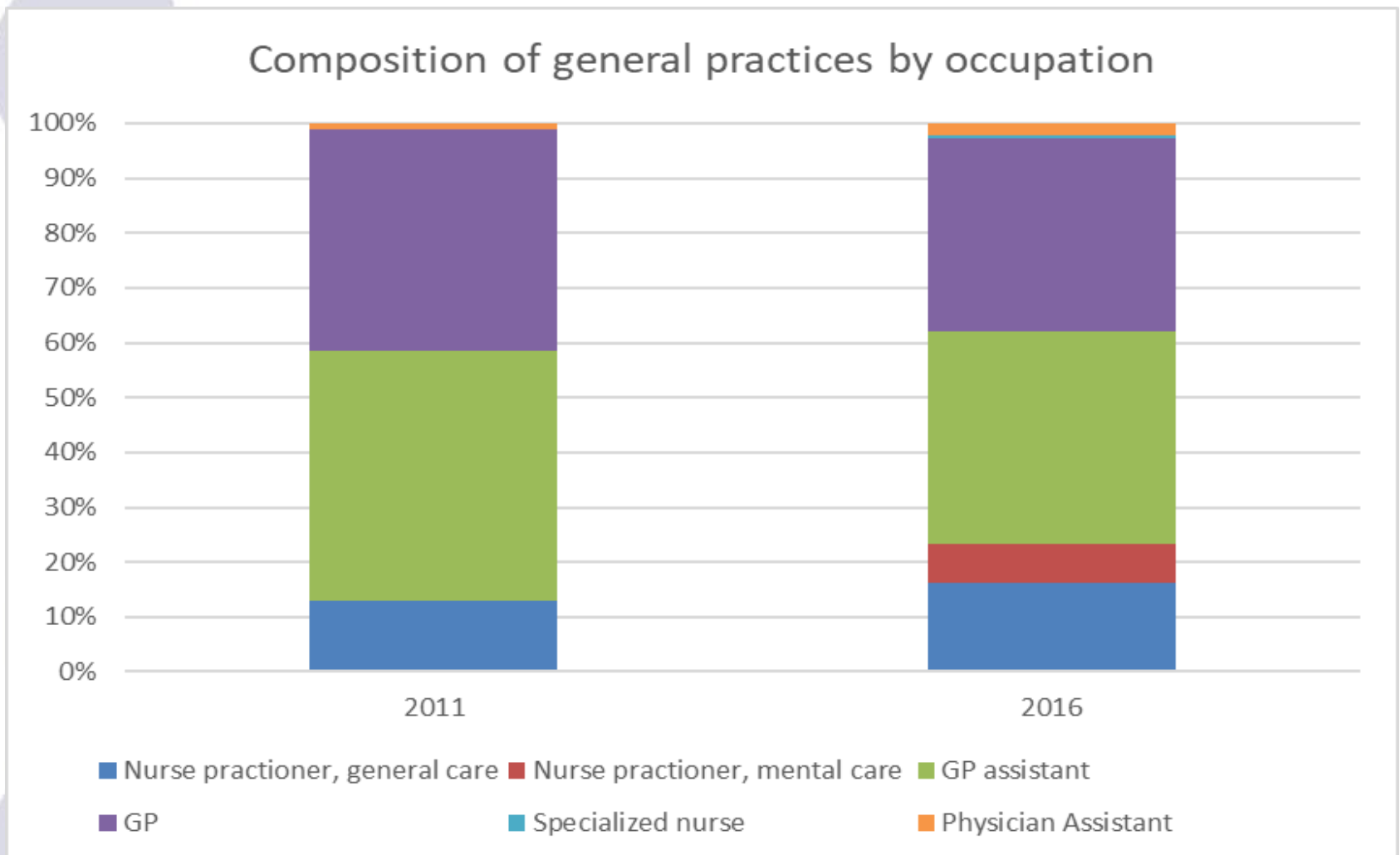


# Skill-Mix Veränderungen auf organisatorischer Ebene: Zahnarztpraxen, 1999-2008

Composition of dentist practices by occupation



# Skill-Mix Veränderungen auf organisatorischer Ebene: Allgemein Hausarztpraxis, 2011-2016



# Ansatz 2: ein Akteur / Prozess-Ansatz zur Skill-Mix Veränderung in den Niederlanden

## Startpunkt:

Chancen und Risiken von Veränderungen des Skill-Mixes (z.B. Aufgabenverteilung, Delegation und Substitution) sind hoch abhängig von der Initiative von Akteuren und der Notwendigkeit von (System-) Änderungen

## Leitfrage:

- Welche institutionellen / rechtlichen Initiativen sind zu beobachten?
- Welche praktischen / experimentellen Initiativen können beobachtet werden?

# Institutionelle Initiativen: Anpassung des “Individual Health Care Professions Act (1)”

Initiated as ‘experiment’ since:	2012	2014	2017	2017
Allowed to independently:	nurse specialists	nurses	physician assistants	clinical technicians
execute surgical procedures	v		v	v
execute endoscopies	v		v	v
execute ccatheterization	v		v	v
give injections	v		v	v
execute punctures	v		v	v
execute elective cardioversion	v		v	v
apply ddefibrillation	v		v	v
prescribe restricted medication:	v		v	v
- blood glucose regulators	v	v		
- antidiarrhoica	v	v		
- anti-emetic	v	v		
- benzodiazepines	v	v		
- laxation	v	v		
- pain relief and secretion blockers	v	v		
- inhalation medication	v	v		
use radioactive/ionizing instruments				v
execute lithotripsy				v

# Institutionelle Initiative: Anpassung “Individual Health Care Professions Act (2)”

	Initiated as ‘experiment’ since:	2017	2017
Allowed to independently:		oral hygienists	bachelor medical assistants
treat of primary cavities		v	
apply anesthesia		v	
make X-rays for ionizing solo and bitewings		v	
Give subcutaneous, intramuscular or intravenous injection			v
Execute cauterisation and insert gavage or infusion			v
Execute venipuncture			v
Execute elective cardioversion			v
apply defibrillation			v
intubate or extubate trachea			v
apply drainage puncture in tension pneumothorax			v

# Praktische Initiativen (1)

Zahlreiche Projekte und Programme seit 2000, initiiert von Krankenversicherungen, Kommunalverwaltungen, Gesundheitsdienstleistern, Fachleuten, um:

- Verbesserung der interprofessionellen und / oder interorganisationalen Zusammenarbeit (z.B: HIV-Team in Krankenhäusern, Sozialteams in der Primärversorgung)
- Verbesserung der Patientenversorgung von einer “positiven Gesundheitsversorgungs”-Ansatz (z.B. soziale Netzwerke in der Jugendhilfe, Selbstverwaltung in der Alten / häuslichen Pflege)
- Reduzierung der Kosten durch Gatekeeper und Substitution einer spezialisierte Versorgung zur Primärversorgung (z.B. Augenoptiker in der Augenpflege, Logopäden im Krankenhaus / Altenpflege)



# Praktische Initiativen(2)

Eine Beispiele für krankheitsorientierte Projekte:

- “Better In Better Out”
- CVA Netzwerk
- Follow-up Nachsorge von Krebspatienten
- Netzwerk Depression und Angst
- Netzwerk Handtherapie
- **Neuro revalidation** zu Hause
- Gemeinsame primäre / spezialisierte Beratung

Einige Beispiele für patientenorientierte Projekte:

- Gebrächliche ältere Menschen
- Primäre Geburtshilfe
- Übergewichtige Kinder
- Move2B fit

# Einige allgemeine Schlussfolgerungen(1)

- Skill-Mix Änderungen sind das Ergebnis von Aufgabenverteilung, Delegation und Substitution... aber:
- Skill-Mix Änderungen sind in den Niederlanden schwer zu beobachten, trotz:
  - des Wachstums “neuer” Berufe
  - Änderungen der Organisation in der Primärversorgung
  - Anpassung des “Individuale Health Care Professions Act”, Regierungspolitik
  - Praktische / experimentelle, sektorale / regionale patientenorientierte Initiativen

# Einige allgemeine Schlussfolgerungen (2)

- Lokale / spezifische Projekte zur Umgestaltung von Skill-Mixes entstehen früher und schneller als institutionelle Entwicklungen zur Unterstützung oder Legalisierung von Aufgabenverteilung, Substitution und Delegation
- Dennoch, lokale / spezifische Projekte erfahren, dass Skill-Mix Innovationen behindert werden durch:
  - Unterschiede in der Finanzierung von Gesundheitsberufen / Sektoren
  - Ungewissheit, Aufgaben zu delegieren und zu verlagern, wenn die rechtliche Verantwortung nicht neu definiert wird
  - “Unwissenheit züchtet Verachtung”: Erfahrung und Vertrauen kommen langsam, neue Berufe müssen sich selbst beweisen



Vielen Dank!

R.Batenburg@nivel.nl

[www.nivel.eu/ronald\\_batenburg](http://www.nivel.eu/ronald_batenburg)