

Onderbouwing verdeelsleutel FTE Hersenletselverpleegkundige Thuis Rotterdam Stroke Service

Toelichting

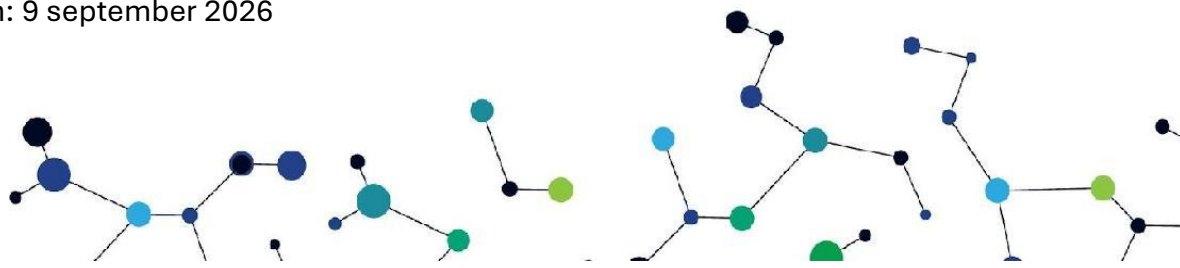
In deze notitie is de functiebenaming *CVA nazorgverpleegkundige* gewijzigd naar *Hersenletselverpleegkundige Thuis*. Deze nieuwe benaming sluit beter aan bij de huidige werkzaamheden en de bredere doelgroep van mensen met hersenletsel. De inhoud van de notitie is verder ongewijzigd, tenzij anders vermeld.

Tekst en opmaak:

Dr. Bianca Buijck

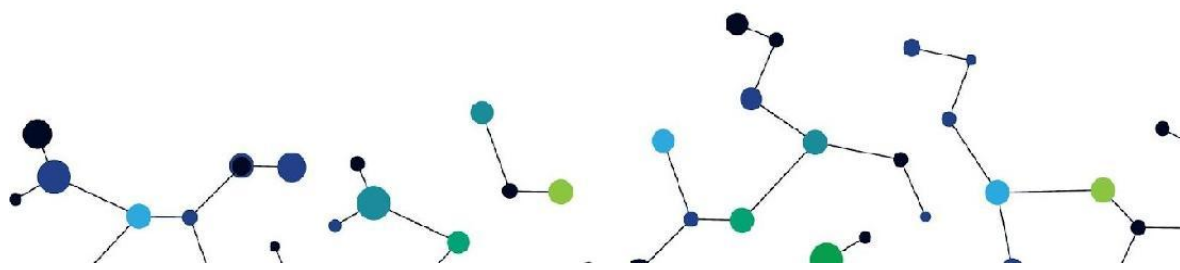
9 september 2026

Evaluatie datum: 9 september 2026



Inhoud

Inleiding	2
1. Doel	4
2. Analyse praktijkdata	4
3. Bandbreedte en duiding.....	4
4. Interpretatie.....	5
5. Conclusie	5
6. Advies voor toepassing	6
7. Samenvatting.....	6

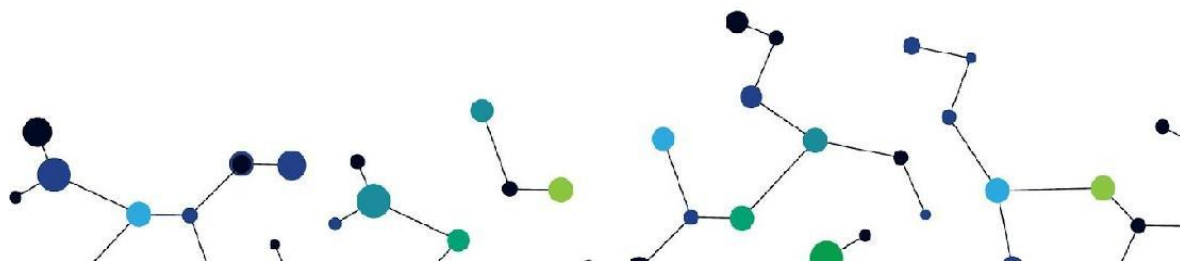


Inleiding

In de dagelijkse praktijk van de hersenletsel nazorg en vergelijkbare verpleegkundige zorgvormen neemt de werkdruk niet alleen toe door het aantal cliënten, maar vooral door de inhoudelijke complexiteit van de zorgvraag. Traditionele formatieberekeningen, die primair uitgaan van aantallen cliënten per FTE, doen hierdoor onvoldoende recht aan de daadwerkelijke tijdsinvestering die nodig is voor kwalitatief goede en continue zorgverlening.

Deze notitie heeft tot doel een realistische en toepasbare verdeelsleutel te formuleren voor de benodigde formatie in relatie tot het aantal cliënten. Daarbij wordt expliciet uitgegaan van praktijkdata en de feitelijke inhoudelijke belasting van het werk, waaronder huisbezoeken, coördinatie, ketensamenwerking en complexe zorgsituaties. Samengevat, de productieve en niet-productieve tijd.

Door inzicht te geven in variatie in caseload, intensiteit van zorgcontacten, de invloed van complexiteit en ketensamenwerkingsprocessen wordt een onderbouwd kader geboden voor capaciteitsplanning. Dit kader maakt het mogelijk om formatie niet alleen kwantitatief, maar vooral kwalitatief te onderbouwen, passend bij de daadwerkelijke zorgvraag in de praktijk.



1. Doel

Het vaststellen van een realistische en toepasbare verdeelsleutel voor de benodigde formatie (FTE) in relatie tot het aantal cliënten, gebaseerd op praktijkdata en inhoudelijke belasting van het totale werk.

2. Analyse praktijkdata

Op basis van verschillende caseloads binnen de praktijk (met variatie in contracturen, aantal cliënten en zwaarte van de casuïstiek) ontstaat het volgende beeld:

- Caseload varieert tussen ± 130 en 210 cliënten per FTE
- Gemiddelde ligt rond ± 170 cliënten per FTE
- Gemiddeld aantal huisbezoeken per cliënt $n=3$

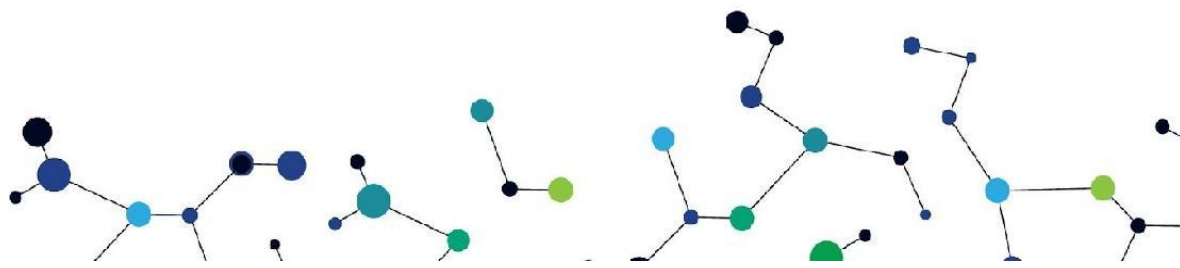
Omgerekend naar een verdeelsleutel:

- $\pm 0,6$ FTE per 100 cliënten (gemiddeld)

3. Bandbreedte en duiding

De benodigde inzet per cliënt is niet uniform en wordt beïnvloed door meerdere factoren:

- Complexiteit van casuïstiek (multi-problematiek, kwetsbare doelgroepen)
- Aantal en frequentie van huisbezoeken
- Mate van zelfredzaamheid van cliënten
- Kwaliteit van samenwerking in de keten
- Extra coördinatie- en afstemmingsactiviteiten in de keten



Hierdoor ontstaat de volgende bandbreedte:

Situatie	Benodigde FTE per 100 cliënten
Relatief laag complex	0,45 – 0,55 FTE
Gemiddelde caseload	± 0,6 FTE
Hoog-complexe caseload	0,7 – 0,8 FTE

4. Interpretatie

Een lagere inzet (rond 0,45 FTE) is alleen passend in situaties met:

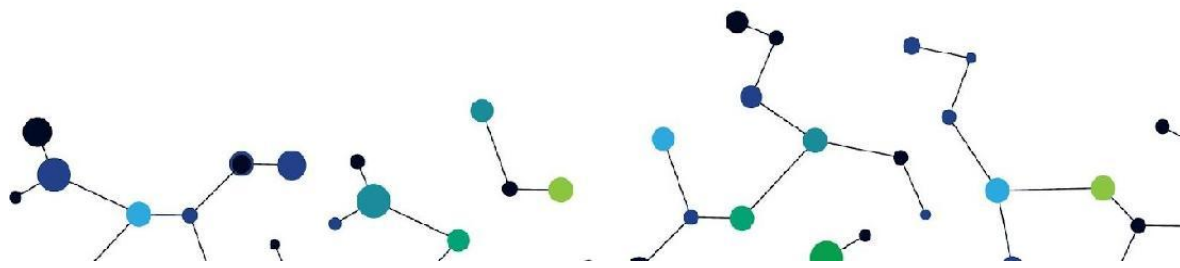
- beperkte complexiteit
- weinig huisbezoeken
- goed functionerende ketensamenwerking

In de meeste praktijksituaties is dit niet representatief.

5. Conclusie

Een realistische en onderbouwde verdeelsleutel is:

- Gemiddeld: 0,6 FTE per 100 cliënten
- Bij hogere complexiteit: 0,7 – 0,8 FTE per 100 cliënten
- Uit de capaciteitsberekening van verschillende organisaties blijkt dat de beschikbare directe tijd grotendeels wordt opgeslokt door nieuwe aanmeldingen.
- Een substantieel deel van de uren wordt ingenomen door contacten in het netwerk: bijvoorbeeld contact huisartsen, collega's e.a. zogenaamde niet-productieve werkzaamheden.
- Na aftrek van intake-uren resteert per verpleegkundige gemiddeld slechts 5,4 uur per week voor vervolcontacten, waaronder 2e en 3e huisbezoeken en overige zorgmomenten.



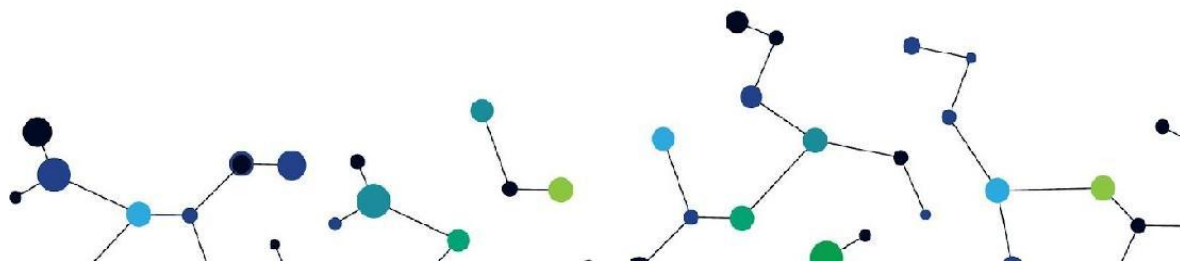
- De berekening laat zien dat de formatie voldoende ruimte moet bieden voor continuïteit en kwaliteit van zorg.
- Hiermee wordt bevestigd dat een inzet van minimaal 0,6 FTE per 100 cliënten noodzakelijk is, met opschaling naar 0,7–0,8 FTE bij hogere complexiteit en instroom.

6. Advies voor toepassing

- Hanteer 0,6 FTE per 100 cliënten als basisnorm
- Differentieer naar boven bij:
 - toename van complexiteit
 - intensieve huisbezoeken
 - knelpunten in de keten
- Gebruik deze verdeelsleutel voor:
 - formatieplanning
 - capaciteitsvraagstukken
 - onderbouwing richting management en beleid

7. Samenvatting

De benodigde formatie per aantal cliënten is sterk afhankelijk van de inhoudelijke zwaarte van het werk. Een norm van 0,6 FTE per 100 cliënten, met een bandbreedte naar 0,7–0,8 FTE bij hogere complexiteit, biedt een realistische en toepasbare basis voor sturing en planning. Het gaat hier om een combinatie van productieve en niet productieve tijd.



FTE per 100 cliënten

0,8 ┤ ■ Hoog complex

0,7 ┤ ■ (veel huisbezoeken / ketenissues)

0,6 ┤ ■ ← BASISNORM

0,5 ┤ ■

0,4 ┤ ■ Laag complex

type caseload →

Kernboodschap:

- Midden (0,6) = realistische standaard
- Naar rechts = meer complexiteit → meer FTE nodig
- Naar links = alleen bij eenvoudige caseloads haalbaar

