

# Proeftuinen nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen

## Projectplan

<b>Auteur:</b>	A.A. Bijl en C.R. de Cloe
<b>Contactgegevens:</b>	<a href="mailto:a.a.bijl@amc.uva.nl">a.a.bijl@amc.uva.nl</a> / 020 56 66617 <a href="mailto:c.r.decloe@amc.nl">c.r.decloe@amc.nl</a> / 020 56 68106
<b>Datum:</b>	17-7-2017
<b>Versie:</b>	1.8
<b>Status:</b>	vastgesteld

Inhoud .....	2
1. Inleiding .....	3
1.1 Doel van dit document .....	3
1.2 Versiebeheer .....	3
1.4 Verspreiding.....	3
2 Project .....	4
2.1 Aanleiding .....	4
2.2 Projectdoel.....	4
2.3 Scope en kader .....	5
2.4 Projectorganisatie.....	6
3 Fasering & Begroting.....	7
3.1 projectfasering.....	7
3.2 projectbegroting .....	8
4 Bijlagen .....	9
- Complexiteitsmeting (VUmc)	
- Zorgzwaartemeting	
- Concept werkprofielen (vanuit NFU)	
- Capaciteitsmodel (volgt nog)	

## 1. Inleiding

### 1.1 Doel van dit document

Het doel van dit projectplan is een helder beeld te schetsen van het project en de te produceren producten/ diensten en gewenste resultaten.

In het projectplan wordt omschreven:

- wat het projectdoel is;
- waarom het belangrijk is om dit doel te bereiken;
- wie betrokken zijn bij het managen van het project;
- wat hun verantwoordelijkheden zijn;
- hoe en wanneer de activiteiten zullen worden uitgevoerd.

### 1.2 Versiebeheer

Versie	Datum	Auteur	Status
1.1	10 maart 2017	Astrid Bijl	Concept
1.2	13 april 2017	Astrid Bijl/ Anne-Rose de Cloe	Concept
1.3	19 april 2017	Astrid Bijl/ Anne-Rose de Cloe	Concept
1.4	12 mei 2017	Astrid Bijl/ Anne-Rose de Cloe	Concept
1.5	1 juni 2017	Astrid Bijl/ Anne-Rose de Cloe	Concept
1.6	9 juni 2017	Gerda Berkhout/Liesbeth Kaptein	Concept
1.7	7 juli 2017	Anne-Rose de Cloe	Def. Concept
1.8	17 juli 2017	Anne-Rose de Cloe	Vastgesteld plan

### 1.3 Verspreiding

Dit document wordt verzonden aan de volgende personen:

Naam	Functie	
Marian Mens	Vrz project / secretaris RvB	18-4-2017
Anouk Hoeben, Anne van Uden	Wergroep Proeftuinen	19-4-2017
Projectgroep		20-4-2017 / 1 juni 2017
Deelnemers informatiebijeenkomst		9 juni 2017
Stuurgroep		7 juli 2017 ( plan vastgesteld)

### 1.4 Bronvermelding

Voor het opstellen van dit projectplan is (met instemming) gebruikgemaakt van de aanpak en het projectplan 'Proeftuinen Basis- en regieverpleegkundigen' van 1-12-2016 van het RadboudUMC.

Verder wordt bij de uitvoering van de proeftuinen -met name bij het gebruik van (meet)instrumenten- dankbaar gebruikgemaakt van door andere organisaties ontwikkelde instrumenten en modellen. Indien van toepassing staat dit in de tekst aangegeven.

Het AMC zal vanuit dit project ook weer de opgedane kennis en ervaringen beschikbaar stellen.

### 2.1 Aanleiding

Eind 2016 zijn in het AMC de voorbereidingen gestart voor het nieuwe project 'Implementatie nieuwe verpleegkundige profielen'. Een project dat valt binnen een landelijke invoeringstraject van nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen en tot in 2020 zal doorlopen.

Op dit moment leiden de MBO- en HBO verpleegkundige opleidingen op voor verschillende profielen terwijl op werkvloer en in wet (BIG) dit onderscheid niet terug komt. Het oude beroepsprofiel uit 1999 sluit daarbij niet meer aan bij de steeds complexer wordende zorgvraag, waarvoor een breder scala aan competenties nodig is. Landelijk zijn daarom nieuwe beroepsprofielen in ontwikkeling voor twee deskundigheidsgebieden: verpleegkundige en regieverpleegkundige. Hierbij behoudt de verpleegkundige de huidige bevoegdheden en werkt aan het bed vooral binnen situaties met een voorspelbare zorgvraag. De regieverpleegkundige doet deze werkzaamheden ook en zet daarnaast aanvullende kennis en kunde in aan het bed, kan werken met onvoorspelbaarheid en in complexe zorgsituaties en is daarbij regisseur van het hele zorgproces. In aansluiting op deze landelijke wijzigingen zijn (in NFU-verband) nieuwe werkprofielen ontwikkeld.

Vanuit de projectgroep 'Implementatie nieuwe verpleegkundige profielen' is de opdracht gegeven aan de werkgroep 'proeftuinen' om in het AMC proeftuinen voor toekomstbestendige verpleegkundige beroepsgroepen in te richten.

Met de proeftuinen wordt beoogd inzicht te krijgen in onderstaande thema's:

- De mate waarin de complexiteit (met name de (on)voorspelbaarheid) van een patiëntengroep een factor is bij inrichting van een afdeling;
- Herdefiniëring van de benodigde verpleegkundige functies en toekomstige functiemix;
- Evenwichtige en toekomstbestendige opbouw van het verpleegkundig team;
- De vereiste (extra) ontwikkeling van competenties van de regie verpleegkundigen;
- Matching van medewerkers in de nieuwe functies;
- De impact op organisatorische aspecten als roosters/ratio's, afstemming andere afdelingen etc.
- Aantrekkelijke werk- en leeromgeving voor verpleegkundigen;
- Algemene aanpak voor implementatietraject;
- Rol en positie van studenten in functiemix/ wijzigingen.

De verwachting is dat deze proeftuinen daarbij bijdragen aan:

- Een toekomstbestendige opbouw van een verpleegkundig team; rekening houdend met zowel de complexiteit van de zorgvraag als de beschikbaarheid van verpleegkundigen op de arbeidsmarkt.
- Kennis over mate waarin aanpassingen nodig zijn in stagebegeleiding van de nieuwe lichte studenten;
- Horizontale en verticale ontwikkelingsmogelijkheden, waardoor verpleegkundigen van de verschillende niveaus breder inzetbaar zijn;
- Inzicht in de bruikbaarheid van instrumentarium voor o.a. strategische en kwalitatieve personeelsplanning;
- Standaardisering van het gebruik van een zorgzwaarte instrument. (ambitieuw; kan dit? Hoe zit het met validatie?)

### 2.2 Projectdoel

Het implementeren van de twee beroepsprofielen beoogt excellente planning en uitvoering van de verpleegkundige patiëntenzorg te combineren met de optimalisatie van klinisch redeneren, een onderzoekende houding, toepassing van Evidence Based Practice (EBP) en een verbreding van de coördinerende regiefunctie. En daarbij zowel de patiëntenzorg als de inzet van medewerkers naar een hoger peil te brengen ('juiste mens op juiste plek').

Dit (deel)project bestaat uit het uitvoeren van proeftuinen ter ondersteuning van deze veranderingen bij de afdelingen Cardio Thoracale Chirurgie, Neurocentrum en Algemene Interne.

Het eerste doel van dit project is het uitwerken en onderzoeken van toepasbaar instrumentarium voor het in kaart brengen van de zorgcomplexiteit van patiënten. Het tweede doel is inzicht verkrijgen in de optimale samenstelling van de verpleegkundige functies in relatie tot deze patiëntkenmerken. Belangrijke stap daarbij is

het in de praktijk uitwerken van het onderscheid tussen de verpleegkundige en regieverpleegkundigen. Uitgangspunt hiervoor zijn de recent verschenen concept werkprofielen die in NFU-verband zijn ontwikkeld. Naast deze twee functies wordt de proeftuinen-afdelingen de ruimte geboden ook de inzet van zorgassistenten en verzorgenden mee te nemen.

Een derde doel tot slot is te komen tot een algemene aanpak voor andere afdelingen, zodat zij ook in staat zijn om in hun afdelingen te komen tot de juiste samenstelling van verpleegkundige functies.

De proeftuin is een succes:

- als een afdeling tot een meest optimale functiemix komt die aansluit op de complexiteit van zorg, rekening houdend met de huidige situatie maar ook met toekomstige (verwachte) ontwikkelingen.
- als de uitkomst antwoord geeft op de vraag hoe de verpleegkundige zorg kwalitatief (de juiste expertise bij de juiste patiënt) en effectief (op tijd bij alle patiënten beschikbaar) het best georganiseerd kan worden.
- als de betreffende afdeling de concept profielen zodanig toepast zoals vooraf is beoogd.
- bij aanwezigheid van draagvlak en betrokkenheid bij de medewerkers van de verpleegafdeling.

Het project omvat:

- Het ontwerpen van het implementatietraject 'proeftuinen';
- Het uitvoeren van dit traject bij drie afdelingen;
- Het evalueren van de proeftuinen en het implementatietraject (evaluatierapport).

Concreet resultaat van dit project is een evaluatierapport met adviezen over de te hanteren functiemix en de op de werkvloer getoetste verdeling van werkzaamheden op basis van de concept profielen.

Voor de daadwerkelijke uitvoering van de proeftuinen kunnen onderstaande handvatten worden ingezet:

- Complexiteitsmeting (waarschijnlijk model VUmc)
- Concept profielen, eventueel aangevuld met taakbeschrijvingen. Bij de start worden met alle betrokkenen de doelen en grenzen van en tussen de functies vastgesteld.
- Model voor functiemix (capaciteits- / zorgzwaartemodel): manier waarop vastgesteld kan worden welke functie mix passend is.
- Werkwijze/draaiboek ten behoeve van de matching van medewerkers in de nieuwe profielen en voor de ondersteuning van het team functioneren.

Een belangrijke onderdeel voor de uitvoering van deze proeftuinen is de betrokkenheid van de medisch specialisten bij de inzet van de medewerkers op deze nieuwe profielen. De wijze waarop en hoe deze groep betrokken gaat worden zal in overleg met de betrokken WPM's van de afdelingen vastgesteld worden en is opgenomen in het implementatieplan.

Verder zijn er een aantal andere criteria van belang bij de uitvoering van de proeftuin. Het gaat dan om de borging van patiëntveiligheid, patiënt- en medewerkerstevredenheid en continuïteit van zorg. Alhoewel het geen apart doel is, zal waar mogelijk de kans worden aangegrepen om deze zaken te verbeteren. Hierbij kan je denken aan het realiseren van meer tijd aan het bed en minder verstoringen; beide zaken die bijdragen aan het verhogen van patiëntveiligheid.

### **2.3 Scope en kader**

De scope van dit project is gericht op het ontwerp, implementatie en evaluatie van de proeftuinen bij drie genoemde afdelingen. Het project heeft betrekking op de verpleegkundige, verzorgenden, zorgassistenten en aanwezige studenten, en heeft een effect op de uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk. Vanuit de NFU zijn ook een aantal criteria en voorwaarden meegegeven voor het inrichten van de proeftuinen. Deze zijn integraal verwerkt in dit projectplan.

Bij de vaststelling van het projectplan houden we rekening met de volgende aspecten/kaders:

1. De complexiteit van zorg in relatie tot de inzet van het aantal en kwalificatieniveau van de verpleegkundigen worden nadrukkelijk in beeld gebracht;

2. Er wordt ervaring opgedaan met twee onderscheidende verpleegkundige profielen en een andere inzet van verpleegkundigen met verschillende kwalificatieniveaus;
3. Waar mogelijk/wenselijk wordt ook ervaring opgedaan met de inzet van verzorgenden en zorgassistenten;
4. De individuele verpleegkundigen en de teams worden ondersteund bij het ontwikkelen van competenties door middel van gerichte scholing/coaching;
5. De hoofdverpleegkundigen versterken elkaar d.m.v. intervisie en krijgen relevante expertise aangeboden op het gebied van verandermanagement;
6. De voortgang, activiteiten en uitkomsten worden nadrukkelijk afgestemd met de NFU voor o.m. de vertaling naar functieprofielen;
7. Er vindt afstemming plaats met de opleidingsinstituten rondom de impact van de nieuwe profielen en herinrichting op opleiding en stages;
8. De uitvoering per proeftuin wordt grondig geëvalueerd ten behoeve van een algemene AMC implementatie. De evaluatie zal gebeuren aan de hand van de vooraf opgestelde criteria.
9. Het project richt zich uitsluitend op de uitvoering en evaluatie van de proeftuinen conform de projectopdracht. De verdere uitrol AMC breed is niet opgenomen in dit projectplan.

## **2.4 Projectorganisatie**

De huidige projectorganisatie van het overkoepelende project 'Implementatie nieuwe verpleegkundige profielen' bestaat uit de volgende deelnemers:

- Marian Mens, voorzitter (secretaris RvB)
- Anne-Rose de Cloe, projectleider (adviseur HR Expertise)
- Jeanet Steenbruggen (Verpleegkundig bestuurder divisie H en D F)
- Gerda Berkhout ( Verpleegkundig bestuurder divisie C E)
- Astrid Bijl (Hoofdverpleegkundige Cardio Thoracale Chirurgie, divisie A1)
- Liesbeth Kaptein (Hoofdverpleegkundige Urologie/Vaatchirurgie, divisie B)
- Ingeborg Goes (Verpleegkundig bestuurder divisie A)
- Anouk Hoeben (Opleidingscoördinator divisie A1)
- Yvette van Heerden (Opleidingscoördinator divisie D F)
- Anne van Uden (HR adviseur divisie A)
- Jacqueline Aben (HR adviseur divisie B)
- Tecla Boonstra/Bianca Olofsen/Stefan Schell (OR)

De werkgroep Proeftuinen is samengesteld uit de projectgroep en is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het in dit document beschreven project 'Proeftuinen' en bestaat uit:

- Astrid Bijl, trekker (Hoofdverpleegkundige Cardio Thoracale Chirurgie, divisie A1)
- Anne van Uden (HR adviseur divisie A)
- Anouk Hoeben (Opleidingscoördinator divisie A1)
- Anne-Rose de Cloe (adviseur HR Expertise)

## **2.5 Relaties met andere projecten**

De proeftuinen hebben een relatie met werkdrukonderzoek en -trajecten die vanuit het project Duurzame Inzetbaarheid worden uitgevoerd in een aantal verschillende (verpleeg)afdelingen. Verder hebben de proeftuinen natuurlijk een relatie met het Alliantie traject.

### 3. Projectfasering en -begroting

#### 3.1 Projectfasering



Er is gekozen voor een decentrale aanpak waar de betreffende afdelingen zelf de voorwaarden scheppen voor de uitvoering van de proeftuinen. De werkgroep voorziet de afdelingen van instrumenten en kaders waarbinnen gewerkt kan worden. Dat is opgenomen in de voorbereidingsfase.

In de voorbereidingsfase moeten alle randvoorwaardelijke aspecten 'ontworpen' zijn zodat in de implementatiefase de juiste 'tools' beschikbaar zijn. Een klein projectteam moet per afdeling samengesteld worden en een vastgesteld implementatieplan beschikbaar hebben. De betreffende hoofdverpleegkundige is samen met de overkoepelend projectleider, verantwoordelijk voor de uitvoering van het traject in zijn/haar afdeling. Ter ondersteuning start er in deze fase een intervisietraject voor de hoofdverpleegkundigen waarin nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan de veranderkundige aspecten.

Per afdeling dient een klein kernteam geformeerd te worden die samen de uitvoering van de proeftuin oppakken en trekken. Hierin hebben o.m. de betreffende WPM-arts, HR- en opleidingsadviseurs, zitting. Ter ondersteuning van de ontwikkeling (competenties) van de individuele verpleegkundigen en teams wordt in de proeftuin gerichte scholing/coaching ingezet. In de voorbereidingsfase zal dit verder uitgewerkt moeten worden.

Tijdens deze opstartfase wordt ook een 0-meting uitgevoerd ten behoeve van de evaluatie. Vanwege de beperkte omvang van de 3 afdelingen worden er geen kwantitatieve metingen gedaan, maar zijn de 0-meting en 1-meting gericht op een kwalitatieve meting gericht op de bijdrage van deze twee concept werkprofielen aan de kwaliteit van zorg voor patiënt en effecten op de medewerker. In de besluitfase wordt advies gevraagd aan diverse stakeholders en relevante partijen. Als dit besluit positief is kan gecommuniceerd worden richting de betrokken afdelingen en breed in de organisatie. Daarna kan de startfase ingezet worden. Deze fase start met de organisatieaspecten die geïnventariseerd moeten worden alsmede een bijeenkomst die georganiseerd moet worden om de betreffende afdeling te informeren over de opzet van de proeftuin en de concept profielen toe te lichten. De uitwerking van de werkprofielen naar taakbeschrijvingen wordt samen met de betreffende afdelingen gedaan om daarmee draagvlak voor de uitvoering te vergroten. Op basis van de profielen en taakbeschrijvingen kan de inrichting van de proeftuinen plaatsvinden en dit markeert het vertrekpunt van de proeftuin. Vooraf stellen de afdelingen vast wanneer dit project voor hun 'geslaagd' is. Dit is bepalend voor de evaluatie.

Daarna kan de proeftuin daadwerkelijk starten en de 1- meting (na de start) kan uitgevoerd worden. In de laatste fase moeten de evaluaties plaatsvinden en de bevindingen in een rapport vevat worden. De overkoepelende werkgroep is inmiddels ingericht en gestart met de voorbereidingen. Na besluitvorming kan de startfase ingezet worden en dit ramen we op ca. 4 maanden in, mede vanwege de kerstvakantie. De evaluatie zal naar verwachting in de laatste maanden van 2018 plaatsvinden. Een belangrijke relatie ligt hier rondom de meting en de landelijke evaluatie van de proeftuinen.

Onderstaande figuur geeft de globale planning.

2017								2018												2019							
mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	juli	aug	sept	okt	nov	dec	jan	febr	mrt					
	1			3				4																			
			2						5																		
																	6										
1 = voorbereiding 4 = voorbereiding nieuwe werkwijze afdeling																											
2 = besluitfase 5 = uitvoering nieuwe werkwijze																											
3 = opstartfase 6 = evaluatie en rapportage																											

### 3.2 Projectbegroting

#### Baten

Het is (nog) onbekend of en hoe dit project baten zal ontvangen. Kwalitatieve opbrengst van dit project is: een evaluatierapport Proeftuinen met daarin adviezen over de te hanteren functiemix gerelateerd aan patiëntengroepen en een op de werkvloer getoetste en als zodanig uitgevoerde concept profielen.

#### Kosten

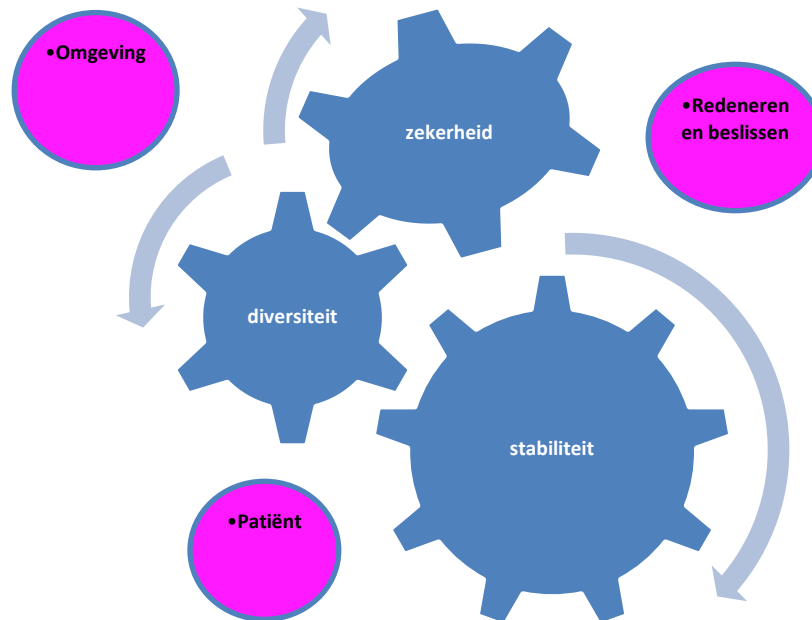
De kosten van dit project zijn hoofdzakelijk uren van zorgpersoneel, leidinggevend en projectteams en adviseurs. In de implementatieplannen die per afdelingen worden opgesteld dient een globale inschatting te komen van de te verwachten uren en eventuele andere kosten. Overige kosten zullen zitten in kosten die samenhangen met bijeenkomsten (zaalhuur, catering, ed) en communicatie. Verder brengt het intervisietraject voor de hoofdverpleegkundigen kosten met zich mee omdat voorzien wordt in externe begeleiding.

Voor de ureninzet is geen dekking beschikbaar en zal derhalve uit de bestaande formatie moeten komen op de afdelingen en huidige projectgroep. Voor de overige te verwachten uitvoeringskosten zullen ook zoveel mogelijk gedragen moeten worden door de afdelingen. Voor het intervisietraject wordt separaat dekking gezocht.

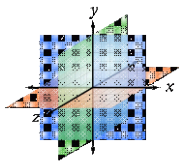


## 1. Bijlage: Voorstel complexiteitsindicator (VUmc)

Project MBO-HBO functie differentiatie, concept versie 5, Melina van Gunsteren en Jettie Vreugdenhil, 9-6-2017



*Complexiteit* is een lastig, omstreden en noodzakelijk begrip. Complexiteit zegt iets over interacties, verbanden, diversiteit, moeilijkheid en wordt onderscheiden van zorgintensiteit en zorgzwaarte. Complexiteit is te classificeren (hoog, laag, meer, minder) maar niet te kwantificeren. Verpleegkundige complexiteit van zorg is driedimensionaal en wordt bepaald door de omgeving, de patiënt, en de gevraagde redeneervaardigheden. Dit is een kunstmatig onderscheid, want in de praktijk is volop interactie tussen deze drie soorten complexiteit.



Hier onder volgen 3 sets van indicatoren. Gezamenlijk kunnen de waarden van deze indicatoren de complexiteit van de zorgenheid karakteriseren.

### Het invullen:

-indicator 1 en 3 door HZE, teamleider en een (senior) verpleegkundige (retrospectief, terugkijkend); indicator 1 wordt onafhankelijk van elkaar ingevuld, indicator 3 in overleg.

-indicator 2 door alle verpleegkundigen in één dienst (moment opname)

'Bij de koffie' wordt het instrument uitgelegd aan verpleegkundigen, HZE en teamleider. Aan het einde van de dienst worden de formulieren opgehaald.

Voor de verwerking is een invul excel formulier gemaakt.

### Indicator 1. Complexiteit van de context en de werkplek

De complexiteit van de context waarin de VUmc verpleegkundige werkt, wordt aan de hand van 17 kenmerken bepaald.

Kenmerken UMC werkplek	nooit	soms	meestal	altijd
1. Hoe vaak worden de grenzen van medische behandelmogelijkheden verkend?				
2. Hoe vaak wordt patiëntenzorg gecombineerd met onderwijs en opleiden?				
3. Hoe vaak wordt patiëntenzorg gecombineerd met onderzoek?				
4. Hoe vaak is het patiëntenbestand grotendeels veranderd in een opvolgende dienst? (turnover, heropnames, ligduur, aanpassen behandelplan, etc.)				
5. Hoe vaak is verpleegkundig leiderschap nodig voor coördinatie en continuïteit van zorg?				
6. Hoe vaak wordt hoog-technologische, vernieuwende zorg en behandeling toegepast?				
7. Hoe vaak is sprake van lange communicatielijnen? (lengte van de keten en hoeveelheid overdrachten)				
8. Hoe vaak delen verpleegkundigen kennis met anderen (consult, advies, opleiden)?				
9. Hoe vaak is feedback geven moeilijk omdat het behandelteam uit onbekende collega's bestaat?				
10. Hoe vaak is stress, veroorzaakt door werkomstandigheden, <i>niet</i> door verpleegkundigen zelf te beïnvloeden?				
11. Hoe vaak moeten prioriteiten in de organisatie van het werk bijgesteld?				
12. Hoe vaak komt ethische problematiek voor?				
13. Hoe vaak is het verloop van een dienst onzeker en onvoorspelbaar?				
14. Hoe vaak zijn middelen, tijd, consult en advies moeilijk te organiseren?				
15. Hoe vaak is de kwaliteit van zorg, behandeling en samenwerking onzeker?				
16. Hoe vaak liggen de zorgvragen buiten de deskundigheid en competenties van het team?				
17. Hoe vaak hebben de opgenomen patiënten meer dan 15 verschillende medische opname diagnoses? (de zorgbreedte)				

### Indicator 2. Complexiteit van de patiënt

De verpleegkundige complexiteit van de patiënt wordt met 11 kenmerken bepaald.

Alle verpleegkundigen van een dagdienst van een 'normale' door-de-weekse dag vullen aan het einde van de dienst deze schaal in. Zij scoren de patiënten die zij verzorgd hebben. De verpleegkundige geeft aan voor hoeveel van de -b.v. 4- toegewezen patiënten een kenmerk aanwezig is.

Stabiliteit van de zorgsituatie

Gezondheidstoestand en gedrag is stabiel, wisselt beperkt <b>1</b>	Gezondheidstoestand en gedrag wisselen maar zijn voorspelbaar <b>2</b>	Gezondheidstoestand en gedrag zijn sterk wisselend en onvoorspelbaar <b>1</b>
--	--	---

Deze indicator zegt niets over zorgzwaarte, drukte en intensiteit.

## Complexiteit toegewezen patiënten

	minder	<- Kenmerken van complexiteit->	meer
1. <b>Stabiliteit van de zorgsituatie</b>	Gezondheidstoestand en gedrag is stabiel, wisselt beperkt <input type="checkbox"/>	Gezondheidstoestand en gedrag wisselen maar zijn voorspelbaar <input type="checkbox"/>	Gezondheidstoestand en gedrag zijn sterk wisselend en onvoorspelbaar <input type="checkbox"/>
2. <b>Planbaarheid van de zorgsituatie</b>	Meer dan 3 dagen vooruit te plannen; effecten van zorg en behandeling zijn bekend <input type="checkbox"/>	In grote lijnen planbaar; planning van de zorg moet dagelijks aangepast worden <input type="checkbox"/>	Voortdurend en ad hoc zijn aanpassing van de zorgplanning nodig; effecten van zorg en behandeling zijn onbekend <input type="checkbox"/>
3. <b>Kans op risicovolle situaties</b>	Gering <input type="checkbox"/>	Aanwezig <input type="checkbox"/>	Zullen zich vrijwel zeker voordoen <input type="checkbox"/>
4. <b>Co morbiditeit en meervoudige problematiek (sociaal, cultureel, gedragsproblemen)</b>	Eén of twee aandoeningen of problemen die elkaar nauwelijks beïnvloeden <input type="checkbox"/>	Maximaal twee aandoeningen of problemen die elkaar beïnvloeden <input type="checkbox"/>	Er zijn drie of meer aandoeningen of problemen die elkaar beïnvloeden en versterken <input type="checkbox"/>
5. <b>Coördinatie van de multidisciplinaire samenwerking</b>	Behandelteam is beperkt van omvang en de samenwerking verloopt volgens bekende routines <input type="checkbox"/>	Behandelteam is groot, samenwerking moet gepland worden <input type="checkbox"/>	Behandelteam is groot, wisselend en samenwerking moet georganiseerd worden <input type="checkbox"/>
6. <b>Ziekte-inzicht</b>	De patiënt heeft voldoende ziekte-inzicht: kan veranderingen signaleren en hierop adequaat reageren <input type="checkbox"/>	De patiënt heeft beperkt ziekte-inzicht: kan veranderingen signaleren, maar is onvoldoende in staat hierop adequaat te reageren <input type="checkbox"/>	De patiënt heeft (vrijwel) geen ziekte-inzicht: kan veranderingen zelf niet signaleren, heeft voortdurend verscherpt toezicht nodig <input type="checkbox"/>
7. <b>Behoeft aan voorlichting en instructie</b>	Patiënt en naasten hebben behoefte aan informatie over gangbare procedures inclusief het ontslaggesprek <input type="checkbox"/>	Patiënt en naasten hebben behoefte aan instructie en voorlichting gericht op zelfmanagement <input type="checkbox"/>	Patiënt en naasten met lage gezondheidsvaardigheden hebben behoefte aan instructie en voorlichting gericht op zelfmanagement <input type="checkbox"/>
8. <b>Gemotiveerdheid</b>	Gemotiveerd, of eenvoudig te motiveren tot het volgen van behandeling <input type="checkbox"/>	De motivatie voor het volgen van de behandeling wordt door angst en/of onzekerheid beperkt <input type="checkbox"/>	De patiënt is niet of nauwelijks gemotiveerd en niet of nauwelijks te motiveren tot het volgen van de behandeling <input type="checkbox"/>
9. <b>Begeleiding van naasten en mantelzorg</b>	Geen extra begeleiding van naasten en mantelzorg nodig <input type="checkbox"/>	Naasten en mantelzorgers behoeven aandacht en inspanning tijdens bezoeken en geplande gesprekken <input type="checkbox"/>	Naasten en mantelzorg behoeven voortdurend aandacht en inspanning (participeren in de zorg, rooming in) <input type="checkbox"/>
10. <b>Communicatie (taal, spreken, gebaren, luisteren, zien)</b>	Communicatie verloopt onbelemmerd <input type="checkbox"/>	Communicatie wordt bemoeilijkt door emoties en stress en vraagt om extra zorg <input type="checkbox"/>	Beperkte communicatie, er is voortdurend aandacht en zorg voor nodig <input type="checkbox"/>
11. <b>Besluiten nemen</b>	De patiënt of vertegenwoordiger kan zelfstandig participeren in de besluitvorming <input type="checkbox"/>	De patiënt of vertegenwoordiger kan zijn wensen aangeven maar heeft begeleiding nodig bij het kiezen uit opties <input type="checkbox"/>	De patiënt of vertegenwoordiger geeft aan niet in staat te zijn om samen met de behandelaar keuzes te maken en besluiten te nemen <input type="checkbox"/>

### Indicator 3. Complexiteit van redeneren

Onderscheidend hierbij is of er sprake is van routine en of gebruik gemaakt kan worden van ervaring, of dat situaties vaak om nieuw gedrag en procedures vragen.

Deze schaal wordt ingevuld door HZE/TL en 1 of 2 verpleegkundigen, in overleg. Verdeel 100% over 3 kolommen.

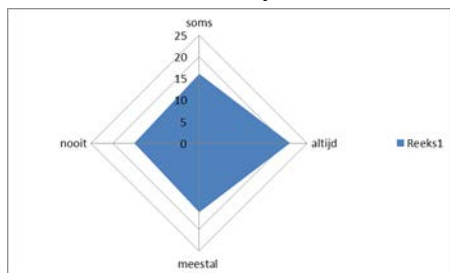
#### Redeneren en beslissen

Welke percentage mix geeft het beste de zorg weer?		
<p><b>Vanuit standaarden denken en werken</b> De problematiek van de patiënten herhaalt zich. Er is routine in gegevens verzamelen en interpreteren, redeneren en handelen. Het redeneren gebeurt binnen getrainde standaarden. Het gaat om toepassen van generalistische en specialistische vakkennis om keuzes te maken uit een aantal voorgegeven opties</p>	<p><b>Improviseren</b> De problematiek van de patiënten is bijzonder, of urgent en de standaarden zijn niet toereikend. De zorgsituaties zijn onoverzichtelijk en de informatie is veelomvattend, ongeordend of ontbrekend. Het gaat om toepassen van generalistische en specialistische vakkennis om verschillende mogelijkheden in diagnose, oorzaak, en handelen af te wegen of het combineren van standaarden.</p>	<p><b>Ontwerpen</b> De problematiek van de patiënten is zeldzaam of urgent en risicovol. De zorgsituaties zijn onoverzichtelijk en de informatie is ontbrekend of elkaar tegensprekend. Creatief denken is nodig, kennis uit verschillende bronnen wordt gebruikt om hypothesen over oorzaken en gevolg te formuleren. Voor de niet-standaardsituaties worden eigen oplossingen gevonden en overgedragen aan collega's. Passende zorg wordt ontworpen.</p>
<b>...% van de patiënten</b>	<b>...% van de patiënten</b>	<b>----% van de patiënten</b>

### Verwerken en presenteren

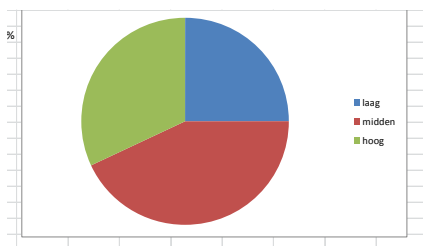
#### Indicator 1.

Voor de scores van de lijsten in excel in, tabblad context.



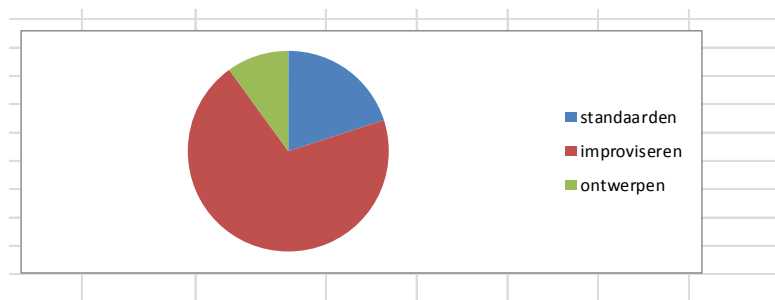
#### Indicator 2.

Tel alle scores op van de 11 items in de 3 kolommen, van alle verpleegkundigen. Voer ze in op het excelblad patiënt



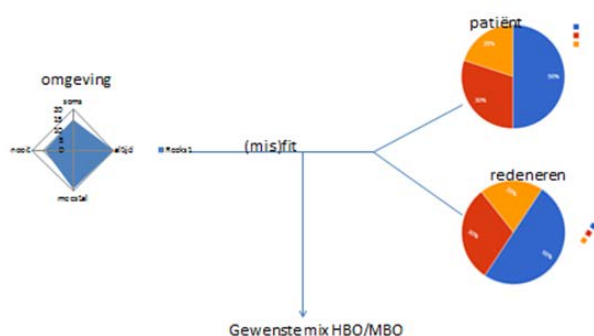
### Indicator 3.

Voer de gevonden % in excel, tabblad redeneren



### Conclusie

Deze 3 indicatoren leveren 3 plaatjes op, maar helaas geen gewenste mix van HBO en MBO verpleegkundigen.



Als het plaatje van de 1<sup>e</sup> schaal voornamelijk rechts onder is, en als 'ontwerpen' van de 3<sup>e</sup> schaal veel voorkomt is waarschijnlijk een hoger % HBO verpleegkundigen nodig. De ervaring van andere ziekenhuizen is dat de werkzame, ervaren MBO verpleegkundigen de meest complexe patiënten (2<sup>e</sup> schaal) uitstekend verplegen. Als de ZE hoog scoort op patiënten complexiteit dan kan deze uitkomst eventueel gebruikt worden om het wervingsbeleid te bepalen.

### Lijst van scorende medewerkers

functie	Werkervaring in het specialisme in jaren	MBO/HBO

### Implementatie

1. Uitproberen op VVAT en VCCH;
2. Aanpassen indicator 1 is bijgesteld (item 10, 15 en 16)
3. Excelformulier aanpassen
4. Uitproberen op IC en poli MDL
5. Uitrollen, met hulp van de praktijkopleider van de ZE
6. Valideringsplan (Rasch, voor indicator 1 en 2) maken
7. T.z.t uitbreiden met het aantal verpleegkundige diagnoses per ZE (4<sup>e</sup> indicator).

<sup>1</sup> De items zijn gebaseerd op het verslag en de samenvatting van de door NFU georganiseerde invitational conference op 27-1-2016

<sup>1</sup> Voor de formulering van items is gebruik gemaakt van <https://www.amphia.nl/~media/Files/AMPHIA%20Handboek%20Proeftuin.ashx>, geraadpleegd op 24-4-2017 [www.hva.nl/binaries/content/assets/.../canmeds-verpleegkunde-2016---02.pdf](http://www.hva.nl/binaries/content/assets/.../canmeds-verpleegkunde-2016---02.pdf), geraadpleegd op 24-4-2017

<sup>1</sup> Voor de formulering van items is gebruik gemaakt van [www.hva.nl/binaries/content/assets/.../canmeds-verpleegkunde-2016---02.pdf](http://www.hva.nl/binaries/content/assets/.../canmeds-verpleegkunde-2016---02.pdf), geraadpleegd op 24-4-2017

## 2. Bijlage : Voorstel Zorgzwaartemeting

Binnen G3Z en F7Z is een vertaling gemaakt naar een gevalideerd zorgzwaarte systeem. Voorstel is om dit instrument te gebruiken om de zorgzwaarte in kaart te brengen en verpleegkundige inzet die daarbij hoort. Afhankelijk van het gemiddelde percentage met zorgzwaarte 3 en 4 kan men een inschatting maken hoeveel verzorgende er op de afdeling in de dagdienst ingezet worden.

# I Zorgzwaarte punten systeem

Groep	Zorgcategorie 1	Zorgcategorie 2	Zorgcategorie 3
<i>ADL (Wassen, kleden, eten, etc.)</i>	Zelfstandig 0	Gemiddelde hulp (rug en/of voeten wassen, eten klaarzetten, etc.) 2	Veel hulp en/of volledige verzorging (wassen, helpen met eten) 3
<i>Emotionele ondersteuning</i>	Normaal 0	Licht / matig 4	Veel / intensief 6
<i>Communicatie</i>	Doof en/of blind, zelfst. ---	Doof en/of blind, niet zelfstandig 2 Taalbarrière 3	---
<i>Decubitus-score</i>	Score = 21	Score 15-20	Score = 14
<i>Drains e.d.</i>	---	1 Thoraxdrainpot op waterslot 2 1-2 golf/redonse drains 2	=2 Thoraxdrainpotten op waterslot =1 Thoraxdrainpot op zuigen =3 golf/redonse drains 4 3
<i>Isolatie maatregelen</i>	---	Standaardisolatie (blauw) 2 Barrière-verpleging (geel) 2 Strikte isolatie, contact (rood) 4	Strikte isolatie, respiratoir (groen) 6 Strikte isolatie, contact & respiratoir (groen / rood) 6
<i>Infusiewijze</i>	Waaknaalden 0	CVL, PAC, CVVH, epiduraalkath. 2	---
<i>IV-medicatie</i>	Continue (1x/24u) 0	= 4dd giften totaal 2	= 5dd giften totaal 4
<i>Longen</i>	Niet O <sub>2</sub> afhankelijk en =2liter O <sub>2</sub> 0	O <sub>2</sub> afhankelijk en/of > 2liter O <sub>2</sub> 2	Nebulizer 3
	CPAP ---	Trachea-canule (zonder uitzuigen) 2 Nasaal uitzuigen 2	Uitzuigen via trachea-canule 4 ---
	=4dd vernevelen 0	=5dd vernevelen 1	---
	=2dd controles 0	3 of 4dd controles 2	=5dd controles 4
<i>Metingen (structureel)</i>	Glucose dagcurve =1dd 0	Glucose dagcurve 4dd 2	Glucose dagcurve =5dd 4
	---	= 2dd venapunctie 2	---
	VB < 24u of na MC 0	VB à 24u 1	VB à 12u of minder 3
	Eigen vochtlijst 0	Diurese bijhouden 1	---
	Dagelijks wegen 0	Wegen mbv weegstoel 2	---
	Wegen mbv tilift 0	---	---
<i>Mobiliteit</i>	Zelfstandig 0	Gemiddelde hulp (1pers) 2	Veel hulp/volledig afhankelijk (2pers) 3
	Mobiliseert 0	Bedrust + toilet 2	Sta- of hanglift 4 Strikte bedrust 4
<i>Organisatie</i>	---	Polizorg opname 2	---
	---	Normale opname, spoedopname 2	Overname MC / IC / CCU / VK 4
	---	Ontslag, overplaatsing extern 2	Overplaatsing intern 3
	---	Dag van ingreep (Cath-kamer, BEP-kamer, VK, OK) Dit is incl. bedrust en cò's 2	---
<i>Telemetrie</i>	---	G3-Zuid telemetrie/observatie 2	---
	---	CCU telemetrie / bewaking 4	---
<i>Pacemaker</i>	---	Uitwendige pacemaker / draden 2	---
<i>Uitscheiding</i>	Geen / incidentele incontinentie van def/uri 0	Soms incontinent def/uri 2	Veel incontinent def/uri 3
	CAD / uri-tip 0	Supra-Pubis cath 2	---
	Patënt kathetiseert zelf 0	Eenmalig katheteriseren 2	Structureel katheteriseren 4
	---	=4dd Blaasspoelen 2	=5dd Blaasspoelen 3
	Stoma; zelfstandig 0	Stoma; (volledige) hulp 2	---
	---	Dialyse 2	---
	---	CAPD; zelfstandig 2	CAPD; (volledige) hulp 4
<i>Verwardheid</i>	Geen 0	Licht, weinig-matig controle nodig 4	Veel; veel controle nodig, o.a. bij fixatie, weglopen, agressie 6
<i>Voeding (speciaal)</i>	---	Sonde- of IV-voeding 2	---
<i>Wondzorg</i>	1 x/dag, <10 min. / keer 0	1-2 x/dag, =10 min. /keer 2	3 x/dag, =10 min. / keer 3
	VAC 0	VAC-wissel 3	---

\* Gearceerde items worden automatisch minimaal volgens hun zorgcategorie als zorgzwaarte gescoord

0 – 5 pnt	gescoord → Zorgzwaarte 1	23 – 29 pnt	gescoord → Zorgzwaarte 4
6 – 12 pnt	gescoord → Zorgzwaarte 2	= 30pnt	gescoord → Zorgzwaarte 5
13 – 22 pnt	gescoord → Zorgzwaarte 3		

© O.T. van der Veen, v.l.a. G3-Zelf

### **3. Bijlage: Concept werkprofielen UMC regie verpleegkundige / UMC verpleegkundige (vanuit NFU)**

#### **Leeswijzer**

In het kader van de vervolgaanpak met betrekking tot toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging (Terpstra II) heeft een NFU-werkgroep een mbo-werkprofiel verpleegkundige en een hbo-werkprofiel regieverpleegkundige opgesteld. Hierbij is naast het rapport Terpstra I gekeken naar de opbrengst van de invitational conference op 27 oktober 2016, waarbij centraal stond wat patiënten(zorg) in een umc kenmerkt, en wat dit voor verpleegkundigen betekent.

De werkprofielen zijn conceptprofielen voor de proeftuinen om functiedifferentiatie tussen twee soorten verpleegkundigen in een umc scherp te krijgen en in de praktijk te brengen.

De werkprofielen moeten nadrukkelijk worden gelezen in relatie tot de context van de beroepsuitoefening in een umc. Daarbij is gekeken naar de toekomst, en kernbegrippen hierbij zijn topreferente patiëntenzorg, ketens en netwerkvorming. Zorg wordt niet langer geleverd in afgescheiden stukjes, maar in relatie tot het totaal.

Naast een algemene beschrijving zijn twee casussen nader uitgewerkt, waarbij wordt ingegaan op de complexiteit en de samenwerkingsrelatie tussen verschillende zorgverleners, waaronder de regieverpleegkundige en verpleegkundige.

De opgestelde werkprofielen van regieverpleegkundige en verpleegkundige richten zich op de nieuwe beroepsuitoefening in de patiëntenzorg. Mogelijke taken op het terrein van opleiding en onderzoek zijn daarin niet meegenomen. De focus ligt erop om de werkprofielen toe te passen in proeftuinen, waarbij bezien wordt hoe op een afdeling tot een werkbare en goede mix kan worden gekomen van twee soorten uitvoerende verpleegkundigen. Er is voor gekozen om dit niet te verbreden naar overige zorgverleners.

Bijgevoegde werkprofielen zijn niet in beton gegoten. Aanpassing van de werkprofielen volgt op basis van de bevindingen in de praktijk. De omschrijving van de taken zal vervolgens worden opgenomen in nieuwe en volledige functiebeschrijvingen. Hierover zal ook overleg plaatsvinden tussen de NFU en de werknemersorganisaties.

Het kader heeft nog een verdere uitwerking van de wijze van meten in de vorm van een leidraad. Als de proeftuinen van start gaan is een kwartaalrapportage wenselijk over bijvoorbeeld de uitkomsten, lessen die geleerd zijn, problemen, vragen en dilemma's. De verdere uitwerking van de functiemix n.a.v. de proeftuinen betreft een volgende fase.

## Werkprofielen UMC Regie verpleegkundige / UMC Verpleegkundige

### **Algemeen**

Verpleegkundigen richten zich op het verbeteren van het huidig en toekomstige functioneren van patiënten en naasten in relatie tot gezondheid, ziekte, gedrag en kwaliteit van leven, met respect voor de autonomie van de patiënt, en eigen regie. Zij observeren en bewaken patiënten 24/7.

### **Begrippen**

Complexiteit van (verpleegkundige) zorg wordt gedefinieerd als de mate waarin verpleegkundigen in hun werkzaamheden te maken hebben met routines of juist onvoorspelbaarheid. Hoogcomplexiteit is nauwelijks planbaar, ook niet voor andere hulpverleners. Het vraagt om kritische observaties, klinische redeneringen en voortdurende evaluaties van het ingezette beleid, hoge mate van organisatie en coördinatie.

## Umc-regieverpleegkundige

### **Gezondheidsbevordering en zelfmanagement**

- Bespreekt met de patiënt evt met zijn naasten wat hij of zij naast de reden van opname belangrijk vindt als onderdeel van zijn zorgpad ) in het bevorderen van zijn gezondheid (dan wel: de ondersteuning van zijn functioneren met behoud van zoveel mogelijk eigen regie (lichamelijk, psychisch, sociaal) en stemt, in overleg met het MDO, het verpleegkundig beleid hierop af;
- Leert de patiënt, indien mogelijk, hoe om te gaan met zijn ziekte, aandoeningen of beperkingen om eigen regie te kunnen (blijven) voeren, richt zich daarbij op de patiënt en zijn naasten ook met het oog op het verdere traject van de patiënt
- Analyseert en managet risico's en geeft de activiteiten aan dan wel ontwikkelt programma's / interventies om leefstijl en gezond gedrag bij patiënten te beïnvloeden; heeft oog voor de belastbaarheid van de mantelzorger
- Maakt o.a. aan de hand van een toetsingskader binnen het zorgteam proactief bespreekbaar hoe de patiënt nog verantwoord en naar tevredenheid thuis kan functioneren.

### **Coördinatie en organisatie van zorg**

- Regisseert en coördineert, mede vanuit de behoeftebepaling van, en in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en evt. naasten de te realiseren geïntegreerde geïndividualiseerde, zorg mede in afstemming met andere disciplines geeft daarbij de rollen en bijdragen aan van patiënt en diens naasten, (wijk)verpleegkundigen en evt. nog andere bij de zorg betrokken zorgprofessionals;
- Zorgt voor geïntegreerde zorgverlening door deelname in het multi-/disciplinaire overleg

### **Planning en uitvoering van zorg**

- Stelt op basis van de anamnese, klinisch redeneren en evidence-based-practice de geïndividualiseerde verpleegkundige zorg vast, gericht op het handhaven of herstellen van het functioneren van de patiënt (lichamelijk, psychisch, sociaal) en geeft hier zelf uitvoering aan of draagt zorg voor uitvoering. Anticipeert op alle stappen van het zorgpad met als doel de patiënt zo snel mogelijk uit het UMC te kunnen ontslaan.
- Geeft in het bijzonder ook uitvoering aan specifieke verpleegkundige zorg waarvoor (nog) geen richtlijnen, professionele standaarden of protocollen aanwezig zijn en/of in klinisch hoog complexe onzekere situatie.

### **Regievoering, samenwerking en afstemming in de ketenzorg**

- Verleent consultatie aan huisarts, wijkverpleegkundigen en andere paramedische zorgverleners bij patiënten in de thuissituatie of die elders herstellen van een operatie of die een (vaak chronische) ziekte hebben, of bij gehandicapten en ouderen op basis van specifieke expertise, individueel of groepsgericht;
- Overlegt met en adviseert artsen, (wijk)verpleegkundigen en paramedici over inrichting, integratie en uitvoering van gespecialiseerde verpleegkundige zorg binnen het geïndividualiseerde zorgtraject;
- Adviseert zowel patiënt als artsen, (wijk)verpleegkundigen en paramedici over specifieke ziekte gerelateerde medisch-inhoudelijke en verpleegkundige zorgaspecten, zowel individueel als collectief op voorlichtingsbijeenkomsten;



- Begeleidt de (wijk)verpleegkundige(n) bij het bieden van individuele ondersteuning aan de patiënt en naasten, de uitvoering van de verpleegkundige zorg en het veiliger/doelmatiger maken van het medicatieproces en –beleid (verantwoord medicijngebruik);
- Ondersteunt patiënt/naasten in voorkomende gevallen betreffende indicatiestelling voor langdurige intensieve zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- Reikt patiënt, naasten en (wijk)verpleegkundigen informatie en effectieve oplossingen aan voor een goed, veilig en doelmatig medicijngebruik en andere hulpmiddelen (o.a. thuisbeademing, sondevoeding thuis enz.);
- Wijst en instrueert patiënten, naasten, artsen, (wijk)verpleegkundigen en paramedici met betrekking tot e-health toepassingen en mogelijkheden van nascholing o.a. middels e-learning;
- Evalueert de verpleegkundige zorg met (wijk)verpleegkundigen en stelt zorgplannen bij.

#### **Professionalisering en kwaliteitszorg**

- Zorgt voor inbedding van de verpleegkundige zorg in het geheel van de behandeling; bewaakt en bevordert kwaliteit en continuïteit;
- Neemt initiatieven tot kwaliteitsmetingen om samen met het team interventies te verbeteren;
- Maakt morele en ethische vragen bespreekbaar, bevordert het innemen van een vragende en onderzoekende houding en roept, zo nodig, een moreel beraad bijeen;
- Ontwikkelt (werk)materialen (folders, brochures, informatie op websites met patiëntenvoorlichting) en maakt specifieke kennis en expertise over zorg van specifieke ziekte-/zorgcategorieën toegankelijk voor zorgprofessionals.

## **UMC-verpleegkundige**

### **Gezondheidsbevordering en zelfmanagement**

- Bouwt een vertrouwensband met de patiënt en naasten op om de zorg zo goed mogelijk te kunnen individualiseren en zaken bespreekbaar te kunnen maken;
- Leeft zich in de situatie van de patiënt in om de zorg vanuit diens behoeften te individualiseren;
- Stemt de zorg af met de patiënt; geeft informatie en voorlichting;
- Instrueert de patiënt en naasten met betrekking tot de mogelijkheden van zelfmonitoring en zelfdiagnose (o.a. ICT-toepassingen/gebruik op afstand).

### **Planning en uitvoering van zorg**

- Stelt de verpleegkundige diagnoses, stelt een zorgplan op, legt dit voor aan en bespreekt dit met de regieverpleegkundige en voert de zorg aan de hand van verpleegkundige standaarden en protocollen uit;
- Verricht begeleidende, verzorgende en verpleegtechnische handelingen ter ondersteuning van de behandeling en begeleidt de patiënten en diens naasten op professionele wijze;
- Ondersteunt de patiënt bij zelfzorg, helpt bij lichamelijke verzorging (mocht dit nodig zijn), geeft injecties, legt infusen aan, dient medicijnen toe en verzorgt wonden, en stemt hierbij indien de situatie hierom vraagt af met de regieverpleegkundigen.
- Stimuleert de zelfredzaamheid van patiënten om hen (weer) zo zelfstandig mogelijk te maken; neemt waar nodig de persoonlijke verzorging/zelfzorg van de patiënt over;
- Draagt bij aan optimale sociale en psychische omstandigheden voor de patiënt; let in het bijzonder ook op patiëntveiligheid.

### **Coördinatie van zorg**

- Geeft in (zorg)teamverband ondersteuning aan patiënten zowel gedurende de opname-/ behandelsituatie in het umc als in voorkomende gevallen in delen van de zorgketen of in de thuissituatie;
- Waarschuwt op basis van klinisch redeneren de regieverpleegkundige dan wel arts bij crisissituaties of wanneer daar anderszins aanleiding toe bestaat bijv. bij plotselinge optredende wijzigingen (verslechtering) in de gezondheidssituatie van de patiënt of bij complicaties, tijdig de regieverpleegkundige en behandelend arts en in geval van thuissituaties/'zorg op afstand' de wijkverpleegkundige, huisarts evenals umc-regieverpleegkundige en behandelend arts van het umc;
- Onderhoudt contact met de verschillende zorgverleners en andere verpleegkundigen van het zorgteam en verzorgt de verpleegkundige verslaglegging en andere administratieve zaken.

### **Professionalisering en kwaliteitszorg**

- Signaleert morele en ethische vragen, maakt deze bespreekbaar en/of bespreekt deze met de regieverpleegkundige.

## Context beschrijving 'voor de proeftuinen'

*(Regie)verpleegkundigen in een UMC werken in een veranderende context die van invloed is op hun functie-uitoefening. Enerzijds zijn de medische mogelijkheden bijna grenzeloos, vindt zorg in een keten plaats en anderzijds verandert de kijk op het begrip gezondheid.*

*Lag voorheen de focus op het medisch model, behandelen en genezen van ziekten en aandoeningen, nu gaat het veel meer om belemmeringen in het functioneren zoveel mogelijk op te heffen en om in samenspraak met de patiënt eigen regie en veerkracht te bevorderen. Niet alleen ziekte zorgt voor belemmeringen in het functioneren, maar ook omgevingsfactoren en persoonlijke factoren, die anderzijds van invloed zijn op het herstelproces. Factoren waar verpleegkundigen van oudsher op gericht zijn. 'Shared decision-making' met de zorgvrager wordt het uitgangspunt bij besluitvorming over behandelingen. Informatie moet zo gebracht worden dat patiënten voor- en nadelen goed begrijpen om keuzes te kunnen maken, die eigen regie en veerkracht bevorderen. Klinisch redeneren is de basis van verpleegkundig handelen, gecombineerd met Evidence Based Practice (EBP). Integratie van wetenschappelijk onderzoek, vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen en multidisciplinaire samenwerking zijn de leidende principes in de klinische besluitvorming.*

*Medische mogelijkheden en ontwikkelingen gaan verder zoals op het gebied van transplantatie, immunotherapie, de behandelingen van zeldzame ziekten. Deze behandelingen vinden alleen in UMC's plaats. UMC's zijn gefocust op complexe medische aandoeningen. In de spin-off daarvan krijgen ook (regie)verpleegkundigen te maken met behandelingen met nog een onbekend beloop waarbij vaak meerdere (vitale) orgaanfuncties in het geding kunnen zijn. Observatie, bewaking en de interpretatie van deze signalen van patiënten zijn essentieel. Ook hebben zij te maken met nieuwe technieken die zijn toegepast waar nog geen protocollen voor zijn en nog geen evidence is. Technische mogelijkheden als e-health, sensortechnologie, domotica en robotica beïnvloeden zowel de medische mogelijkheden als de mogelijkheden om patiënten te bewaken en te ondersteunen, ook op afstand. Naast het 'wat' is ook het 'hoe' een belangrijk facet van de verpleging. In de complexe wereld van het een UMC vormt zij de menselijke maat en zorgt zij ervoor dat patiënten zich als mens geborgen en gezien weten.*

*Onder invloed van regelgeving van zorgverzekeringen en technische mogelijkheden*

*wordt de opnameduur verder verkort. In de UMC's ligt deze nu gemiddeld op 4-5 dagen. Dan gaan patiënten terug naar het algemene ziekenhuis, naar huis of naar een andere vorm van zorg. Als algemeen uitgangspunt geldt dat de intramurale professionele zorg zo snel mogelijk afgebouwd moet worden en dat de patiënt met zo min mogelijk verschillende zorgverleners geconfronteerd moet worden. (Thuis wat kan, elders wat moet.) Dit stelt hoge eisen aan de overdracht en de consultfunctie van (regie)verpleegkundigen voor collega's in andere delen van de keten, veelal extramuraal. Om eigen regie te kunnen voeren, moeten patiënten in de korte tijd tijdens het verblijf in het ziekenhuis veel leren. Dat is niet voor alle patiënten gemakkelijk. Naast dat 25% van onze populatie 65plussers zijn, gekenmerkt door een grote verscheidenheid aan comorbiditeit en kwetsbaarheid, telt ons land meer dan een miljoen laaggeletterden. Niet alleen de patiënt zelf maar ook de naasten hebben aandacht nodig om dit alles te kunnen verwerken. Verpleegkundigen moeten de informatieverstrekking hierop aanpassen, door het passende taalniveau en juiste moment te gebruiken.*

*De kennis op het gebied van gezondheid en aandoeningen is inmiddels zo uitgestrekt dat het onmogelijk is voor één soort professional om alles te weten/overzien. Ook binnen een professie is sprake van verschillende aandachtsvelden, hetgeen niet ten koste mag gaan van generalistische kennis over de patiënt. De toekomst staat in het teken van inter- en multidisciplinair samenwerken waarbij de verpleging zorgt voor de 24/7-continuïteit, als eerste aanspreekpunt van de patiënt. Vanuit die positie, om patiënten en hun naasten verder te ondersteunen, stellen zij zich op als belangenbehartiger van de patiënt.*

*Aandacht gaat uit naar preventie: (regie)verpleegkundigen zijn zich ervan bewust welke problemen/bependingen op bio-psykosociaal gebied bij patiënten kunnen ontstaan ten gevolge van de aandoeningen en/of behandeling al dan niet met geneesmiddelen en proberen deze samen met de patiënt voor te zijn. Dit vraagt om onderzoek naar nieuwe interventies.*

*Juist omdat de veranderingen in de zorg zo snel gaan, is het van belang om het onderwijs en praktijk dicht bij elkaar te brengen en vorm te geven aan een 'leven lang leren'. Om te zorgen dat er ook in de toekomst voldoende goed toegeruste (regie)verpleegkundigen zijn, is er een belangrijke rol voor (regie)verpleegkundigen weggelegd in het onderwijs zowel voor studenten als beroepsgenoten.*

### ***'Insult tijdens douchen'***

Dhr. J.de V, 35 jaar, wordt met spoed opgenomen op de interne afdeling van het UMC. Hij heeft een insult gehad tijdens het douchen en is gevonden door zijn zus die toevallig langs kwam. Hij heeft nooit eerder een insult gehad. Hij wordt naar het plaatselijke algemene ziekenhuis gebracht waar besloten wordt hem te verwijzen naar het UMC waar hij zijn behandelaars heeft. Omdat de neurologieafdeling geen plaats heeft en hij bekend is op de longafdeling met een longtransplantatie bij cystic fibrosis (CF), wordt hij daar opgenomen. Als complicatie van de CF heeft hij diabetes en levercirrose en vermoedelijk door de immunosuppressiva heeft hij al een tijd lang zeer lage trombocyten.

Als hij op de afdeling komt, is hij aanspreekbaar. Gelet op de redelijk stabiele situatie neemt de verpleegkundige de patiënt op. Zij gaat de anamnese afnemen. Ze overweegt op basis van haar kennis (risico op herhaling van het insult) voor te stellen de patiënt een waakinuus te geven en zegt dit tegen de patiënt. De patiënt laat weten erg moeilijk te prikken te zijn door jarenlang prednison-gebruik. Hij heeft een port-a-cath gehad, maar door een trombose in zijn armen is deze niet meer bruikbaar. Ze besluit de anesthesie te vragen een infuus aan te komen leggen en geeft dit alvast door aan de regieverpleegkundige omdat ze nog midden in het gesprek met de patiënt zit. De verpleegkundige blijft bij de patiënt. Hij blijkt alleen te wonen en zich over het algemeen wel te kunnen redden. Zijn moeder is jaren geleden overleden. Zijn vader begint wat vergeetachtig te worden. Behalve een zus heeft hij nog een broer. Sinds kort is hij zonder werk. Hij komt regelmatig op de transplantatiepoli bij de verpleegkundig specialist. Zij controleert dan zijn algemene conditie, laat zijn long- en nierfunctie controleren en zijn bloedwaarden. Hij gebruikt veel medicatie i.v.m. zijn CF en transplantatie. Eenmaal per jaar komt hij bij de longarts.

De patiënt kan zich niet herinneren wat er die ochtend is gebeurd. Verder zegt hij zich erg misselijk te voelen. Hij blijkt flink onder zijn gewicht te zitten. Hij heeft ook weinig spiermassa. Het valt de verpleegkundige op dat hij tijdens het gesprek flinke hoestbuien heeft en benauwd is. Ook lijkt hij af en toe afwezig. Zij doet de controles van zijn vitale functies. Zijn zuurstofsaturatie blijkt aan de lage kant te zijn en hij heeft lichte koorts. Omdat ze de situatie niet vertrouwt, gaat ze naar de regieverpleegkundige en noemt, op basis van haar observaties gecombineerd met haar kennis, als voorlopige diagnoses: dyspnoe, ernstig hoesten, verstoord bewustzijn en ondervoeding. Ze vindt hem ook wat angstig.

Gelet op het acute aspect besluiten de regieverpleegkundige en de verpleegkundige een bloedsuiker te bepalen. De regieverpleegkundige heeft inmiddels de verpleegkundig specialist gebeld en de medicijnlijst van dhr. J. de V opgevraagd. Omdat hij ook wel medicatie van de huisarts krijgt, is tevens zijn thuisapotheek gebeld om een compleet overzicht te krijgen. Deze lijst wordt voorgelegd aan de apotheker en de arts-assistent longziekten. Deze is inmiddels gearriveerd om de patiënt na te kijken. Hij krijgt de resultaten van de controles overhandigd, inclusief de bloedsuiker, die ook aan de lage kant blijkt te zijn. Verder onderzoek wordt aangevraagd. Op indicatie van de regie verpleegkundige wordt besloten zuurstof toe te dienen. Zij overweegt ook een sonde in te brengen om hem glucose toe te kunnen dienen voor het geval zijn bloedsuiker verder verlaagt, want het lukt hem niet om iets te eten. Op basis van haar kennis besluit ze dit niet te doen. Hij heeft lage thrombo's en een sonde zou bloedingen kunnen veroorzaken. Hij heeft nog steeds geen infuus. Ze besluit om de anesthesist tot spoed te manen en vraagt de verpleegkundige de patiënt te vergezellen bij de diverse onderzoeken. Enerzijds ter bewaking anderzijds ook om hem gerust te stellen. Als zij daarvan terug is, maakt de verpleegkundige het verpleegplan. Zij overlegt zekerheidshalve met de regieverpleegkundige hoe vaak de patiënt gecontroleerd moet worden en welke observaties er nog meer nodig zijn. De komende dagen zal zij als zij dienst heeft voor hem zorgen.

Uiteindelijk blijkt dhr. J.de V. een flinke longontsteking te hebben, een kleine hersenbloeding te hebben doorgemaakt en ontregeling van zijn diabetes te hebben. Hij moet gedurende vier weken antibiotica intraveneus krijgen en gerevalideerd worden. In afwachting van verdere diagnostiek plant de regieverpleegkundige een multidisciplinair overleg in. Er zijn veel disciplines betrokken: de verpleegkundige die hem het meest verzorgt, arts-assistent longarts en supervisor, hematoloog, neuroloog, verpleegkundig specialist, diabetesverpleegkundige, diëtiste, fysiotherapeut en maatschappelijk werk. De regieverpleegkundige heeft deze in overleg met J.de V. ingeschakeld i.v.m. zijn woonsituatie. Zij heeft daar inmiddels contact over gehad met de huisarts die ook zijn twijfels blijkt te hebben. J. de V. is veel alleen en heeft niet veel energie, ook niet om te koken. Zijn moeder is overleden, zijn vader licht dementerend. De huisarts vindt ook dat de hoeveelheid medicatie die hij gebruikt zoveel is, dat hij hierin begeleid moet worden. Nu hij zonder werk is, ligt eenzaamheid ook op de loer. Hij moet meer calorieën gaan gebruiken door

bijvoeding en zijn insuline moet hierop worden afgestemd. Hij moet meer bewegen o.l.v. van een fysiotherapeut om meer spiermassa te krijgen. De hersenbloeding is waarschijnlijk het gevolg van de lage thrombo's. Omdat al eerder een mislukte poging is gewaagd hier iets aan te doen door van medicatie te veranderen, wordt besloten, ondanks de risico's nu verder geen actie te ondernemen. Op verzoek van de regieverpleegkundige is dhr. J. de V zelf bij het MDO aanwezig.

In het MDO wordt samen met hem besloten tot overplaatsing naar het regionale ziekenhuis als hij goed ingesteld is op de extra voeding en de foto van zijn longen verbetering vertoont. De regieverpleegkundige neemt contact op met het regionale ziekenhuis. Samen met haar collega in de periferie regelt ze zijn overdracht en in onderling overleg regelt zij alvast de thuiszorg voor medicatiebegeleiding,

persoonsalarmering en maaltijdservice. De arts-assistent zorgt voor de medische overdracht. J.de V. kan zelfstandig blijven wonen. Desgevraagd door de regieverpleegkundige blijkt hij voorlopig geen auto te mogen rijden wat hij heel erg vindt. De regieverpleegkundige vraagt de maatschappelijk werkende bij zijn gemeente naar taximogelijkheden te vragen. Zij weet dat hij i.v.m. zijn lage afweer als gevolg van de immunosuppressiva niet in het openbaar vervoer mag. In zijn eigen buurt kan hij een revalidatieprogramma volgen en begeleiding krijgen voor zijn diabetes. Ook die afspraken worden gepland. Tot slot spreekt ze met zijn zus af dat zij en haar broer regelmatig bij hem op bezoek gaan, op vaste dagen. Zij maakt een afspraak met de verpleegkundig specialist waar de patiënt regelmatig komt, om dit alles door te spreken zodat zij straks bij de policonroles kan verifiëren hoe het gaat.

### **'... oudere patiënt met ernstige aangezichtspijn ....'**

*Dhr. R. wordt opgenomen op de afdeling neurochirurgie. Het is een overname uit een algemeen ziekenhuis aan de andere kant van het land. Door een ernstige vorm van trigeminusneuralgie waarvoor hij al jaren door verschillende specialisten is behandeld, kon hij door de pijn niet meer eten of drinken en was in een slechte algemene conditie opgenomen. Dhr. R. is 78 jaar, heeft verder geen lichamelijke aandoeningen. Is echter wel bekend met ernstige fobische klachten en terugkerende depressiviteit. Hij heeft flink veel medicatie tegen de pijn en zijn angsten. Een daarvan is de angst om van huis weg te zijn. De verpleegkundige neemt de patiënt op. Het valt haar op dat hij erg nerveus is. Zijn vrouw, die bij de opname aanwezig is, ziet er wat gelaten uit. Ze is ongerust en heeft al veel met haar man meegemaakt, maar vindt het moeilijk om te begrijpen wat hij precies heeft, ook op psychisch gebied. Ze praat er liever niet over. Zij zal in een hotel verblijven tijdens de opname van haar man. De verpleegkundige bespreekt met de regieverpleegkundige dat het wellicht beter is om de man op een éénpersoonskamer te plaatsen om hem rust te gunnen en te zorgen dat zijn vrouw geregeld langs kan komen. Zij geeft de indrukwekkende medicatielijst aan de regieverpleegkundige. De medicatie wordt geverifieerd en er wordt een afbouwschema opgesteld voor de pijnmedicatie postoperatief. Als de operatie slaagt, is hij van zijn pijn af. De operatie (Janette-procedure) verloopt goed. De dagelijkse zorg postoperatief wordt gedaan door een verpleegkundige. In haar terugrapportage aan de regieverpleegkundige vertelt ze dat er geen problemen zijn, ondanks zijn gecompliceerde (psychische) voorgeschiedenis. Hij ligt de hele dag wat stil voor zich uit te kijken en zegt niet veel. Zijn vrouw komt regelmatig langs, maar veel praten ze niet. De regieverpleegkundige vertrouwt het niet helemaal. Op basis van haar observatie en klinisch redeneren, constateert ze dat dhr. R. een stil delier heeft en waarschuwt ze de geriater.*