

1/12/2016



RADBOUDUMC

PROJECTPLAN PROEFTUINEN BASIS- EN REGIEVERPLEEGKUNDIGEN

Definitief | Projectgroep Proeftuinen

Datum	Ons kenmerk	Pagina
01 december 2016	161102_projectplan	2 van 18

Van
Projectgroep Proeftuinen

Datum	Ons kenmerk	Pagina
01 december 2016	161102_projectplan	2 van 18

Onderwerp
Projectplan proeftuinen basis- en regieverpleegkundigen

Status	Versie
concept	12

Akkoord opdrachtnemer (projectleider)
Naam en handtekening

J. van Lieshout

Datum
9-12-2016

Akkoord opdrachtgever
Naam en handtekening

G. Driessen

Datum
9-12-2016

Inhoudsopgave

1	Versiebeheer	3
1	Achtergrond	4
1.1	Opdrachtgever en -omschrijving	4
1.2	Doelstelling en producten	4
1.3	Scope en kader	5
1.4	Projectfasering	6
1.5	Relaties met andere projecten	8
2	Projectbegroting	9
2.1	Baten	9
2.2	Kosten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3	Bijlagen	11

1 Versiebeheer

Versiebeheer

Versie	Datum	Status	Aanpassing
8	07-07-2016	Concept	Initiatiefdocument
9	23-09-2016	Concept	Beslisdocument 'projectplan'
10	02-11-2016	Definitief	Tijdspad aangepast, opmerkingen VAR
11	28-11-2016	Definitief	Details aangepast
12	1-12-2016	Definitief	Details aangepast

Distributie

Versie	Functie	Naam / Verzendlijst
9	VAR/HR	VAR /HR
10	Projectgroep	Projectgroep
11	Projectgroep	Projectgroep
12	VAR/OR/HRM	Diversen

1 Achtergrond

Anticiperend op de toenemende complexiteit, technologische ontwikkelingen en veranderende, interne en externe samenwerkingsverbanden, is in Nederland een wijziging in de beroepenstructuur van het verpleegkundig beroep in gang gezet met aangepaste opleidingen en bevoegdheden binnen de wet BIG. Landelijk zijn beroepsprofielen ontwikkeld voor de basisverpleegkundige en de regieverpleegkundige. Volgend op deze wijzigingen is een ontwikkeling en vertaling richting een nieuw functieprofiel nodig.

De VAR heeft de RvB geadviseerd om proeftuinen voor toekomstbestendige verpleegkundige beroepsgroepen in te richten. Deze proeftuin moet inzicht geven in de factoren die van belang zijn om toekomstbestendige verpleegkundige beroepsgroepen in het Radboudumc in te richten en in lijn liggen met de strategische doelstellingen en de JCI-accreditatie.

De proeftuinen moeten inzicht geven in de onderstaande thema's:

- Samenstelling van de verpleegkundige toekomstige functiemix;
- Herdefiniëring van de benodigde verpleegkundige functies;
- Evenwichtige en toekomstbestendige opbouw van het verpleegkundig team;
- Aantrekkelijke werk- en leeromgeving voor verpleegkundigen.

De verwachting is dat deze proeftuinen bijdragen aan:

- Een onderbouwde en gedragen visie op een toekomstbestendig verpleegkundig team;
- Een opleidingsplan met horizontale en verticale ontwikkelingsmogelijkheden, waardoor verpleegkundigen van de verschillende niveaus breder inzetbaar zijn;
- Instrumentarium voor strategische en kwalitatieve personeelsplanning op afdelings- en ziekenhuisniveau.

De RvB heeft de opdracht gegeven om de proeftuinen in te richten voor de implementatie van de nieuw vastgestelde beroepsprofielen voor mbo basisverpleegkundigen en voor hbo regieverpleegkundigen (hierna te noemen basisverpleegkundige en regieverpleegkundige). Deze ontwikkeling moet een significante bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg, door bijvoorbeeld een scherp onderscheid aan te brengen tussen de twee beroepsprofielen, zodat volstrekt helder is wat men mag en kan verwachten door een gerichte inzet van verpleegkundige zorg die aansluit bij het opleidingsniveau van de verpleegkundige zorgprofessionals.

1.1 Opdrachtgever en -omschrijving

De Raad van Bestuur van het Radboudumc heeft besloten om het instrument proeftuinen in te zetten en te faciliteren om daarmee een onderscheid tussen de functies van basis- en regieverpleegkundigen helder neer te zetten, en te onderzoeken hoe dit kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

1.2 Doelstelling en producten

Binnen het Radboudumc gaan zowel de afdeling Heelkunde als de afdeling Medische Oncologie aan de slag om middels proeftuinen onderzoek te doen naar een optimale samenstelling van de verpleegkundige formatie op zowel mbo- als hbo-niveau. Hieraan voorafgaand moet worden

vastgesteld wat het exacte onderscheid wordt tussen de basisverpleegkundige - en regieverpleegkundigen. Een ander doel is om door middel van deze aanpak tot een blauwdruk aanpak te komen voor andere afdelingen, zodat zij op basis van deze methodiek in staat zijn ook een goede populatie verpleegkundigen te koppelen aan hun afdeling.

De proeftuin is een succes als een afdeling een dusdanige functiemix heeft samengesteld die aansluit op de complexiteit van zorg, rekening houdend met de huidige situatie maar ook met toekomstige (verwachte) ontwikkelingen. Daarnaast is het project een succes als de afdeling en team de gezamenlijk vastgestelde functieprofielen¹ ook als zodanig uitvoeren en een gerichte inzet en competentiegroei plaatsvindt zoals vooraf beoogd. De uitkomsten en effecten op de kwaliteit van zorg zullen nadrukkelijk betrokken worden in de (kwantitatieve) metingen.

De proeftuin omvat:

1. Het ontwerpen van het implementatietraject 'proeftuinen';
2. Het uitvoeren van dit traject door de teams bij de twee afdelingen Heelkunde en Medische Oncologie;
3. Het evalueren van de proeftuin en het implementatietraject (evaluatierapport).

Concreet resultaat van deze proeftuin is een evaluatierapport proeftuinen met daarin adviezen over de te hanteren functiemix, opleidingstrajecten en een op de werkvloer getoetste en als zodanig uitgevoerde functieprofielen van basis- en regieverpleegkundigen.

Ten behoeve van de implementatie zullen handvatten opgeleverd worden om de proeftuinen op een goede manier te ondersteunen:

- Complexiteitsmeting: het vaststellen van complexiteit van patiëntengroepen²
- Functiemix: de manier waarop vastgesteld kan worden welke functie mix passend is (capaciteitsmodel)
- Functieprofielen (traject waarbij de functieprofielen vastgesteld worden³)
- Opleidingstraject waarmee de individuele competenties alsmede het teamfunctioneren op de nieuw vast te stellen functiebeschrijvingen worden aangesloten⁴.

Een belangrijke voorwaarde voor de uitvoering van dit project is de betrokkenheid van de Medisch Specialisten bij de inzet van de medewerkers op deze nieuwe functieprofielen. De wijze waarop en hoe deze groep betrokken gaat worden zal in overleg met de betrokken Chef de Policlinique van beide afdelingen vastgesteld worden en is opgenomen in het projectplan.

1.3 Scope en kader

De scope van de projectgroep is gericht op het ontwerp, implementatie en evaluatie van de proeftuinen bij twee afdelingen (heelkunde en medische oncologie). Dit project heeft betrekking op de verpleegkundige beroepsgroepen in het Radboudumc en heeft een effect op de uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk. Bij de vaststelling van het plan houden we rekening met de volgende aspecten/kaders:

¹ *We richten ons in dit project op de lokaal vast te stellen functieprofielen gebaseerd op de landelijke beroepsprofielen.*

² *Bijlage 3a geeft het model zoals tot op heden wordt voorgesteld*

³ *Conform de landelijk gehanteerde CANMEDS- profielen*

⁴ *Bijlage 3b geeft het door ons voorgestelde (voorlopige) conceptmethode weer*

1. We gaan ervaring opdoen in de proeftuin waarbij we met twee onderscheidende functieprofielen en een andere inzet van verpleegkundigen met verschillende kwalificatieniveaus gaan werken;
2. We gaan nadrukkelijk de complexiteit van zorg in relatie tot de inzet van het aantal en kwalificatieniveau van de verpleegkundigen in beeld brengen;
3. We gaan nadrukkelijk de voortgang, activiteiten en uitkomsten afstemmen met de NFU/NVZ rondom het thema vertaling beroepsprofielen naar functieprofielen;
4. We gaan nadrukkelijk afstemmen met de Radboudumc Health Academy rondom de consequenties van de herinrichting op opleiding en stages⁵;
5. Onderzoek RN4Cast en de conclusies die daaraan zijn verbonden; de visie op *excellente zorg* en de nieuwe uitgangspunten voor gezondheidszorg zoals geformuleerd door Huber⁶ vormen daar waar relevant een kader voor de uitvoering van de proeftuinen;
6. De functieprofielen moeten dusdanig beschreven worden zodat er een functietypering opgesteld kan worden.

Het project richt zich uitsluitend op de implementatie en evaluatie van de proeftuinen conform de projectopdracht. De eventuele verdere uitrol is niet opgenomen in dit projectplan.

1.4 Projectorganisatie en leden

De huidige projectorganisatie bestaat uit een projectgroep en een werkgroep. De projectgroep bestaat uit de volgende personen:

- Anne Boerboom-Koehorst (Coördinator Praktijkonderwijs Medische Oncologie)
- Jacco van Hulst (Zorgmanager Medische Oncologie)
- Jean-Pierre van Bergen (Zorgmanager Heelkunde)
- Marjon van Loveren (Stafmedewerker Heelkunde)
- Barbara Reynders-Tol (Senior HR-Adviseur)
- Suzanne van Mackelenberg (HR-Adviseur)
- Celia Leenders (Senior Opleider Radboud Health Academy)
- Arjan Kouwen (Adviseur PVI)
- Alwin Vos (Adviseur PVI)
- Jannie van Lieshout (Projectleider)

De werkgroep bestaat uit een selectie van de projectgroep en zijn belast met de inhoudelijke opstart en inregeling van het project:

- Anne Boerboom-Koehorst (Coördinator Praktijkonderwijs Medische Oncologie)
- Marjon van Loveren (Stafmedewerker Heelkunde)
- Barbara Reynders-Tol (Senior HR-Adviseur)
- Suzanne van Mackelenberg (HR-Adviseur)
- Arjan Kouwen (Adviseur PVI)
- Alwin Vos (Adviseur PVI)

⁵ Bijlage 3c geeft het door ons voorgestelde (voorlopige) kader voor het opleidingsplan weer

⁶ Machteld Huber: 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.'

De detailbegroting is door Tom Barten (Controller) in samenspraak met de betreffende zorgmanagers opgesteld. Bij de uitvoering is nadrukkelijk afgestemd met afdeling HR van het Radboudumc en de Radboud Health Academy die een rol gaan spelen bij de te ontwikkelen leertrajecten voor de verpleegkundigen en regieverpleegkundigen. De verder invulling van een stuurgroep / klankbordgroep moet (zodanig) nog plaatsvinden.

1.5 Projectfasering

Op basis van rapporten van eerdere proeftuinen en gesprekken met de projectgroep stellen we een fasering voor die gevolgd kan worden om het project in de juiste volgorde te ontwerpen. Het kan tevens dienen als globale basis voor de implementatie. Qua aanpak is gekozen voor een decentrale aanpak waar afdelingen zelf de voorwaarden scheppen voor de implementatie. Wel zal de werkgroep daar waar mogelijk de teams voorzien van instrumenten en kaders waarbinnen gewerkt kan worden. Dat is opgenomen in de voorbereidingsfase. Beide afdelingen zullen via hetzelfde plan te werk gaan.

Onderstaand figuur geeft de door ons voorgestelde fasering weer. In de voorbereidingsfase moeten alle randvoorwaardelijke aspecten 'ontworpen' zijn zodat in de implementatiefase de juiste 'tools' beschikbaar zijn. De projectorganisatie moet samengesteld zijn en een vastgesteld implementatieplan beschikbaar hebben. Tijdens deze opstartfase wordt ook een 0-meting uitgevoerd ten behoeve van de evaluatie en wordt het opleidingsplan definitief vastgesteld. Voor deze meting betrekken we medewerkers en patiënten⁷. Op basis van verkennende gesprekken is geconstateerd dat een kwantitatieve meting op basis van twee proeftuinen niet mogelijk is en daarmee zullen we met de 0-meting en 1-meting gericht zijn op een kwalitatieve meting gericht op de bijdrage van deze twee functieprofielen aan de kwaliteit van zorg voor patiënt en effecten op de medewerker.

In de besluitfase wordt advies gevraagd aan diverse stakeholders en relevante partijen. Aan de afdelingsleiding(en) en de Raad van Bestuur zal worden gevraagd een 'go' te geven voor dit project. Als dit besluit positief is kan gecommuniceerd worden richting de betrokken afdelingen en breed in de organisatie. Daarna kan opgestart worden en de startfase ingezet worden. Dit start met de organisatieaspecten die geïnventariseerd moeten worden alsmede themabijeenkomsten die georganiseerd worden om functieprofielen vast te stellen. Deze functieprofielen worden samengesteld door de afdelingen en teams zelf om daarmee draagvlak voor de uitvoering en afdelingen te vergroten. We dragen daarmee bij aan door de afdeling(en) en medewerkers gedragen functieprofielen. Op basis van deze vastgestelde functieprofielen kan de inrichting van de proeftuinen plaatsvinden en dit markeert het vertrekpunt van de proeftuin.

Vooraf stellen teams vast wanneer dit project voor hun 'geslaagd' is. Omdat dit bepalend is voor de evaluatie en omdat dit gerelateerd is aan het zorgteam als geheel, verdient dit aanvullend aandacht. Vervolgens wordt op individuele basis geïnventariseerd welke competenties men heeft en hoe deze relateren aan de functieprofielen. Vastgesteld moet worden wat men nodig heeft om de beoogde profielen als zodanig in de praktijk te kunnen uitvoeren en worden mogelijk trainingen. Zodra iedereen getraind is, kan de proeftuin daadwerkelijk starten en de 1- meting (na de start) kan uitgevoerd worden. In de laatste fase (nog vast te stellen welk termijn dit betreft) moeten de evaluaties plaatsvinden en de bevindingen in een rapport vervat worden.

⁷Uit te werken in een onderzoeksopzet

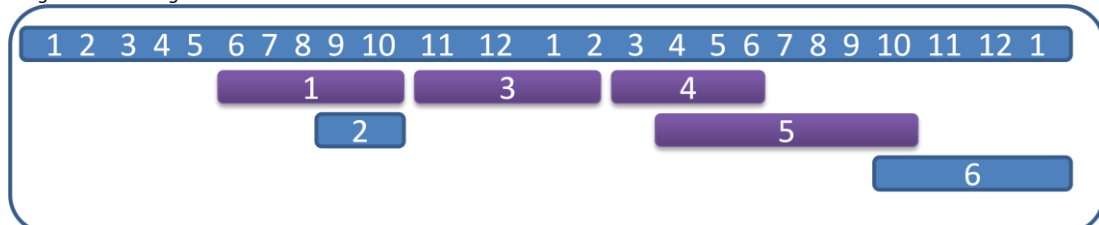
Figuur 1. Projectfasering



De startfase wordt ingezet in oktober/november van dit jaar en hierbij verwachten we een doorlooptijd van **18-19 maanden** na besluitvorming. Dit is afhankelijk van de vakantieperiode en besluitvorming. Het projectteam is inmiddels ingericht en operationeel. Men is gestart met de voorbereidingen en de ontwikkeling. Na besluitvorming kan fase 3 ingezet worden en dit ramen we op 4 maanden in, mede vanwege vakantieperiodes. Fase 5 gaat in nadat de roostercyclus (3 maand) is aangepast.

In fase 6 moet de evaluatie plaatsvinden. Een belangrijke relatie ligt hier rondom de meting en de landelijke evaluatie van de proeftuinen. Onderstaande figuur geeft de globale planning.

Figuur 2. Planning



1.6 Relaties met andere projecten

Op voorhand zijn er drie projecten die een relatie hebben met dit project. Ten eerste het project Bachelor Nursing 20/20 dat gericht is op leerrendementen van hbo verpleegkundigen in het

praktijkonderwijs. De wijze waarop men praktijkleren inzet is van belang en kan versterkend werken voor de proeftuin.

Een ander project die een relatie heeft is het project 'veiligheid kent geen tijd' rondom de inzet van Avond- Nachthoofden. Hier ligt de relatie met de capaciteit en functies die aanwezig zijn. Zoals geformuleerd in de uitgangspunten in dit projectplan zijn de door hen geformuleerde uitgangspunten één van de basiselementen voor de vast te stellen functiemix. Binnen dit project zullen we waar relevant aansluiten en verbinden met dit project.

Het derde project dat een rol speelt is het project 'themativering'. Omdat het niet wenselijk is dat dit project gelijktijdig loopt met de proeftuin kan pas in januari 2017 gestart worden met de proeftuinen.

2 Projectbegroting

2.1 Baten

Het is (nog) onbekend of en hoe dit project baten zal ontvangen.

Op basis van de hier bijgevoegde urenbegroting is het voorstel om de afdelingen tegemoet te komen in de uren die ten koste gaan van de directe zorg. Beide afdelingen hebben te kennen gegeven dat deze tegemoetkomingen een *vereiste* zijn om deel te kunnen nemen.

Kwalitatieve opbrengst van dit project is: een evaluatierapport Proeftuinen met daarin adviezen over de te hanteren functiemix, opleidingstrajecten en een op de werkvloer getoetste en als zodanig uitgevoerde functieprofielen van basis- en regieverpleegkundigen.

2.2 Kosten

Kosten zijn uren inzet van zorgpersoneel, leidinggevenden, projectteams en adviseurs. Deze kosten zijn op basis van een urenraming in kaart gebracht. We gaan uit van de voorbereidende werkzaamheden, de 0- en 1-meting, 3 bijeenkomsten voor de implementatie, 1 tussentijdse bijeenkomst, individuele gesprekken, evaluatie en rapportage en zijn uitgegaan van een projecttermijn van 18-19 maanden (rekening houdend met vakantieperiodes), na besluitvorming. Afhankelijk van het besluit door RvB, afdelingen en teams zal zo snel mogelijk gestart worden met het project.

In onderstaande tabel is een samenvatting van de verwachte kosten opgenomen.

Tabel 1. De geraamde uren inzet*

Totale kosten project Proeftuinen		
Omschrijving	Kosten	Uren inzet
Verpleegafdeling (Verletkosten verpleegkundigen)	€ 65.790	1.672
Afdelingskosten (Overige inzet)	€ 17.026	295
Uren PVI, IQ, HR	€ 24.020	292
Opleiding door RHA (obv prijsindicatie RHA)	€ 11.500	
Overige kosten (locaties, catering e.d.)	€ 4.000	
Totale begrote kosten	€ 122.336	2.259
Af: Eigen bijdrage afdelingen (Overige inzet)	€ 17.026	
Benodigde financiering	€ 105.310	
Inclusief 15 % stelposten/onvoorzien	€ 121.106	

*een gedetailleerde begroting van de uren en kosten is op aanvraag beschikbaar bij Arjan Kouwen (06-36544330).

We ramen de uren inzet tot op heden voor het gehele project op 2.259 uur (exclusief uren opleiding door RHA).

De uren van de inzet uit de afdelingen zijn door de afdelingen zelf vastgesteld (ramingen gemaakt en geaccordeerd door afdelingsleiding). Het grootste aantal uren betreft de training van verpleegkundigen van beide afdelingen. Het is een raming omdat vooraf moeilijk vast te stellen is wat o.a. de mix uiteindelijk gaat worden en hoeveel training op individuele basis echt nodig is. De uren van PVI, IQ en RHA zijn stelposten.

De totale geraamde kosten van de detailbegroting zijn € 122.336. De afdelingen investeren zelf tijd in het project; zij dragen zelf de kosten van inzet van de opleidingsadviseurs in de project- en werkgroep en inzet management en medisch specialisten in totale project.

Het bedrag aan benodigde financiering op basis van de detailbegroting komt met aftrek van eigen bijdrage afdelingen uit op € 105.310.

Gezien de onzekerheden in begroting voor omvang opleiding, de stelposten van meerdere partijen en onvoorzien kosten is het voorstel een marge van 15% te hanteren voor de benodigde financiering. Inclusief deze 15% is de gevraagde financiering € 121.106.

Datum
01 december 2016

Ons kenmerk
161102_projectplan

Pagina
11 van 18

3 Bijlagen

3a Voorstel complexiteitsmeting

Proces

De werkgroep heeft in de voorbereiding meerdere instrumenten⁸ voor het meten van complexiteit bestudeerd en uitgetoetst. Nadien is met consensus gekozen voor onderstaand model. Op een aantal kleine punten is dit model aangepast om de bruikbaarheid te vergroten.

Op basis van de bestaande (vast te stellen) patiëntengroepen op de afdeling zal in kaart gebracht moeten worden aan de hand van een scorelijst waarmee vastgesteld kan worden in welke mate de patiënten in vier van de gedefinieerde complexiteitscategorieën zullen vallen. Op basis van deze mate van complexiteit kan dan vastgesteld worden welke mix van complexiteit een afdeling heeft. Op basis hiervan kan vervolgens bepaald worden welke verpleegkundige inzet er nodig is bij de desbetreffende patiënten. De in te vullen lijst zal in de periode voorafgaand aan de proeftuin getest worden bij een groep patiënten en ingevuld door verschillende zorgprofessionals.

Het begrip “complexiteit” omvat zowel *casecomplexity* als *patient complexity*⁹ die beiden geïnventariseerd zullen worden.

Case complexity (eerste 5 items uit het complexiteitssysteem)

- De ziekte: de mate van complexiteit van de medische problemen;
- De persoon met de ziekte; meer of minder complexe zorgvragers en meer of mindere mate van (gezondheids)geletterdheid¹⁰;
- De populatie waarvoor zorg wordt verleend: de mate van complexiteit van populaties;
- De context (waaronder het zorgsysteem) waarin zorg wordt verleend: de mate van complexiteit van de context.

Patiënt complexity (items 5 t/m 10 uit het complexiteitssysteem)

- Gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal;
- Problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen, waardoor het beeld gecompliceerd is;
- Een wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid;
- Onvoorspelbaarheid, onzekerheid over het verloop;
- Tempo waarin veranderingen optreden is hoog;
- Routines en richtlijnen “passen” niet;
- Grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende zorgverleners;
- Lage (gezondheid) geletterdheid;
- Grote impact van al dan niet handelen van de zorgverlener op de patiëntveiligheid.

⁸ Scorekaart complexiteit, zoals opgenomen in bijlage 3 van het rapport “Excelleren op beide niveaus; proeftuin verpleegkundige functieprofielen mbo hbo” van het Amphia Ziekenhuis en Complexiteit van praktijksituaties, leertaak 1 uit de Werkbegeleiders handleiding, module 4 Klinisch redeneren, 18 januari 2016, HAN en het rapport ‘toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging’.

⁹ Beschrijving “case complexity” en “patiënt complexity” uit het rapport “toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging”

¹⁰ Om de regie over zijn zorgproces te kunnen nemen heeft de zorgvrager vaardigheden nodig om informatie tot zich te nemen. Als het opnemen van informatie wordt beperkt door bijvoorbeeld gebrek aan digitale vaardigheden, het niet of beperkt beheersen van de Nederlandse taal en leesvaardigheid, een beperkt cognitief en/of zintuiglijke beperkingen, dan beïnvloedt die de zorgvraag.

Voor het bepalen van de mate van complexiteit is onvoorspelbaarheid (één van) de belangrijkste factoren. Naarmate de voorspelbaarheid toeneemt, wordt de zorgsituatie als minder complex beoordeeld. In zo'n situatie zijn de problemen verwacht en is de oplossingsrichting bekend¹¹.

Bepalen van complexiteit

↓Beïnvloedende factoren complexiteit	1	2	3	4
Gradaties →				
Stabiliteit van de zorgsituatie - Patiënt - Behandeling	Stabiel	Wisselend, maar voorspelbaar	Onvoorspelbaar	Sterk wisselend en onvoorspelbaar
Voorspelbaarheid van de zorgsituatie	>3 dagen te voorspellen	Voor 2 à 3 dagen grove planning te maken	Frequente herziening van de zorg, om de 1 à 2 dagen	Constance herziening van de zorg, binnen 1 dag herzien
Kans op risicovolle situatie	Geen kans	Geringe kans	Grote kans	Vrij wel zeker kans op risicovolle situatie
Coördinatie met andere zorgverleners (buiten verpleegkundigen en behandelende zaalartsen/PA's)	Geen andere hulpverleners	1 of 2 andere hulpverleners	3 of 4 andere hulpverleners	Meer dan 4 andere hulpverleners
Gebruik van verpleegtechnische hulpmiddelen	Niet noodzakelijk	Eenvoudige hulpmiddelen zijn nodig (hulpmiddelen tbv ADL)	Complexe hulpmiddelen zijn nodig (bijv infuus of drain)	Meerdere complexe middelen zijn nodig
ADL zelfstandig van de patiënt - In en uit bed komen - Aan-/uitkleden - Gebruik maken toilet - Wassen/douchen	Zelfstandig	Heeft op 1 of 2 onderdelen hulpmiddelen of ondersteuning nodig	Heeft op 3 of 4 onderdelen hulpmiddelen of ondersteuning nodig	Heeft bij 5 of meer onderdelen hulpmiddelen of ondersteuning nodig

¹¹ Bron: Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling vanuit V&VN, *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging*, December 2015.

<ul style="list-style-type: none"> - Eten en drinken - Zich verplaatsen 				
Behoeftte emotionele ondersteuning aan patiënt en/of naasten	Normale aandacht en inspanning	Extra aandacht en inspanning	Grote aandacht en inspanning (zo nodig ondersteund door andere discipline)	Alle aandacht en inspanning (zo nodig ondersteund door andere discipline)
Mate van adequate communicatie tussen verpleegkundigen en patiënt en/of naasten <ul style="list-style-type: none"> - Spreken - Schrijven - Gebaren - Luisteren - Zien 	Volledig adequaat	Adequaat mogelijk ondersteund door hulpmiddelen	Inadequaat door ontbreken hulpmiddelen of onjuist gebruik	Volledig inadequaat
Patiënt heeft meerdere ziektebeelden, aandoeningen en verstoringen die elkaar beïnvloeden	1 gezondheidsprobleem	2 of meer gezondheidsproblemen die elkaar niet beïnvloeden	2 of meer gezondheidsproblemen die elkaar enigszins beïnvloeden	2 of meer gezondheidsproblemen die elkaar sterk beïnvloeden
Vermogen tot zelfmanagement	Patiënt is in staat tot zelfmanagement	Patiënt is in staat tot zelfmanagement met ondersteuning van naasten	Patiënt is gedeeltelijk in staat tot zelfmanagement met ondersteuning van een professional	Patiënt is niet in staat tot zelfmanagement
Context				
Mate van betrokkenheid van systeem rondom een patiënt	Mantelzorg aanwezig en beschikbaar en ondersteunend	Mantelzorg aanwezig en beperkt beschikbaar of ondersteunend	Mantelzorg beperkt aanwezig en weinig beschikbaar of ondersteunend	Geen mantelzorg aanwezig of niet beschikbaar of ondersteunend

Evt nog iets over werkomgeving??				
----------------------------------	--	--	--	--

De minimale score voor patiënten is 10, de maximale score is 40.

Bij een score van 10 tot 15 is er sprake van een *laag* complexe zorgsituatie.

Bij een score van 15 tot 20 is er sprake van een *laag- midden* complexe zorgsituatie.

Bij een score van 20 tot 25 is er sprake van een *midden- complexe* zorgsituatie.

Bij een score van 25 of hoger is er sprake van een *hoog* complexe zorgsituatie¹².

¹² Bron: Rapport Amphia Ziekenhuis. *Excelleren op beide niveaus, proeftuin verpleegkundige functieprofielen mbo hbo*. Juli 2015

3b Voorstel Scholing Proeftuinen (concept)

Inleiding

Om te komen tot een succesvolle proeftuin zal een stuk scholing en begeleiding bij het proces voor zowel de verpleegkundigen als het team noodzakelijk zijn.

In dit voorstel een proces beschrijving van hoe dit aangepakt zou kunnen worden.

Voorstel

Nadat de functieprofielen zijn vastgesteld zal elke verpleegkundige betrokken bij de proeftuin de 2 profielen toegestuurd krijgen.

Elke verpleegkundige geeft zelf aan met welke profiel hij/ zij zou willen werken tijdens de proeftuin

- Basis verpleegkundige
- Regie verpleegkundige

Samen met de leidinggevende en staf mw scholing invullen bespreken van Functionele analyse (10 stappen, uitgewerkt in een stappenplan)

Vooraf vind er een gesprek met leidinggevende (0,5 uur) plaats met als doel om gezamenlijk overeenstemming te krijgen over het functieprofiel waarmee iemand gaat werken. Het vervolggesprek heeft als doel om te bespreken waar de scholingsbehoefte ligt. Gespreksduur 1-1 ½ uur per medewerker.

Uiteindelijk zullen de medewerker en leidinggevende samen een besluit nemen in welk profiel iemand gaat functioneren. Hierbij wordt uiteraard ook rekening gehouden met de gewenste functiemix. De eindbeslissing ligt bij de leiding van de betreffende afdeling.

Competenties per beroepsprofiel

Verwachting is dat er met name vraag zal zijn bij Basisverpleegkundigen, niet zozeer in competenties op zich, maar in rolconflicten/ samenwerking met regieverpleegkundigen.

Invzet in scholing kan met name gericht zijn op:

- Interprofessioneel samenwerken / Conflicthantering
- Feedback geven en ontvangen (Vorm: intervisie)

Er zal naar aanleiding van de individuele gesprekken met medewerkers gekeken worden welke onderwerpen definitief in de scholing opgenomen moeten worden.

Voor regieverpleegkundigen verwachten we de meeste inhoudelijke vragen bij de volgende competenties.

Basis verpleegkundige	Regie verpleegkundige
A Ondersteunen zelfmanagement	A Ondersteuning zelfmanagement
B Vpk diagnose volgens standaard en richtlijn	B Vpk diagnose en indiceren obv klinisch redeneren
C Op- en bijstellen van zorgplan	C Regie door organisatie en coördinatie van inter- en multidisciplinaire zorg

D Observeren/ registreren/ signaleren gezondheidstoestand met zn escalatie	
E Preventie	D Preventie
F Toepassen van evidence bases	E Kwaliteitsdenken/evidence based/ onderzoek en innovatie
G Voorbehouden en risicovolle handelingen op basis van functionele zelfstandigheid	F Zelfstandige bevoegdheid voorbehouden/risicovolle handelingen

Bron: Toekomstbestendige beroepen in verpleging en verzorging

Hiervoor kan in samenwerking met een derde partij (bijvoorbeeld HAN of de Health academy) wellicht een theorie programma ontwikkeld worden, waarbij koppeling aan Can Meds rollen wordt gemaakt.

Tijdinvestering:

Basisverpleegkundigen

Conflicthantering	4 uur
Intervisie	2 uur/ 6 weken
Voortgangsgesprekken	1 uur/ 4 weken
Eindevaluatie met LG	1 uur

Regieverpleegkundigen

Theorie	16 uur
Intervisie	2 uur/ 6 weken
Voortgangsgesprekken	1 uur/ 4 weken
Eindevaluatie met LG	1 uur

Naast het formele begeleiding- en scholingsprogramma is natuurlijk training on the job van belang. Hierin zal de LG/ Stafmedewerker op de werkvloer bespreekbaar maken wat opvalt/ ondersteunen waar nodig.

Team proeftuinen

Omdat verplegen een teamsport is en dus de proeftuinen ook door het team gedragen moeten worden is het belangrijk hier specifiek aandacht aan te besteden. Daarbij is de rol van de leidinggevende natuurlijk ook van belang.

Om een team te coachen kun je gebruik maken van de 5 succesfactoren (Marijke Lingsma). Omdat met de proeftuinen de context dusdanig veranderd kun je spreken van een nieuw team (ontwikkelniveau 1).

Belangrijk is dat het team een eigen gezamenlijke meetlat/ doelstelling formuleert. Hier zullen ze dan ook eerder eigenaarschap over tonen (verantwoordelijk in zijn).

Evaluatie van de functieprofielen

Eindevaluatie met vpk

Proces	Eigen leerproces
Product	Eigen leerdoelen en persoonlijke beleving functieprofielen (evt nader uitwerken)

Eindevaluatie in het team

Proces	Proces teamleren op werkvloer en tijdens bijeenkomsten
Product	Teamdoelstellingen (Functieprofielen/ complexiteit/ mix)

Gegevens van individuele evaluaties en team evaluatie worden verzameld en geanalyseerd (stafmdw beide afdelingen).

Terugkoppeling naar de teams in teamoverleg met voorstel voor aanpassing van zowel proces als product.