

De gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen op specialistische afdelingen

Frank Peters

Nijmegen, 7 mei 2020



Projectnummer: 2019.970

© 2020 KBA Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van KBA Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Samenvatting

Aanleiding voor de inventarisatie

In opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) heeft onderzoeksbureau KBA Nijmegen geïnventariseerd of en hoe op specialistische afdelingen¹ zoals de Intensive Care en Spoedeisende Hulp sprake is van een gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen. Aanleiding daarvoor waren signalen vanuit specialistische afdelingen dat de generieke functieprofielen voor mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen van de NVZ, op de afdelingen niet goed bruikbaar waren.

Doel en vragen

Doel van de inventarisatie was in kaart te brengen of en hoe in algemene ziekenhuizen en universitair medische centra onderscheid wordt gemaakt tussen functieniveaus in specialistische verpleegkundige teams. Met de uitkomsten van de inventarisatie willen NVZ en NFU de (academische) ziekenhuizen verder ondersteunen bij het optimaal inzetten en beter positioneren van de verpleegkundige beroepskolom. De inventarisatie was gericht op het beantwoorden van de volgende kernvragen:

- Worden verpleegkundigen op specialistische afdelingen gedifferentieerd ingezet en speelt het niveau van de initiële beroepsopleiding daarbij een rol?
- Welke factoren bevorderen of belemmeren een gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen op specialistische afdelingen?
- Wat zijn de plannen en verwachtingen van specialistische afdelingen wat betreft het onderscheiden van meerdere verpleegkundige functies?

Respondenten

Aan de inventarisatie hebben zeventien specialistische afdelingen in vijftien algemene ziekenhuizen meegedaan en vier specialistische afdelingen van het acute cluster van vier universitair medische centra. Op de afdelingen zijn interviews afgenomen met in totaal 63 respondenten: verpleegkundigen met een inservice-, mbo- of hbo-verpleegkunde opleiding, leidinggevenden en functionarissen zoals programmamanager, onderwijskundige of opleidingsadviseur. Alle verpleegkundigen met wie is gesproken, waren gespecialiseerd verpleegkundigen. Dat zijn verpleegkundigen die na hun initiële inservice-, mbo- of hbo-verpleegkunde beroepsopleiding een functiegerichte verpleegkundige vervolgopleiding hebben gevolgd om op hun afdeling te kunnen werken. Deze vervolgopleidingen zijn vaak gewaardeerd op NLQF6, vergelijkbaar met hbo-bachelor-niveau. Door die vervolgopleiding is elke gespecialiseerd verpleegkundige voor de patiëntenzorg op de betreffende afdeling, op dezelfde wijze en op hetzelfde niveau geschoold. In de directe patiëntenzorg op deze afdelingen worden alle verpleegkundigen op dezelfde wijze ingezet, ongeacht de initiële beroepsopleiding (inservice, mbo of hbo) die ze hebben gevolgd.

De interviews zijn afgenomen in de periode tussen december 2019 en februari 2020.

¹ Zie paragraaf 1.3 voor de definitie van specialistische teams.

Worden verpleegkundigen gedifferentieerd ingezet?

In de inventarisatie is onderscheid gemaakt tussen *taakdifferentiatie* en *functiedifferentiatie*. Van taakdifferentiatie is sprake als verpleegkundigen in dezelfde functie een deels verschillend takenpakket hebben. Bij functiedifferentiatie gaat het om verschillende soorten verpleegkundige functies binnen de afdeling.

Alle in de inventarisatie betrokken specialistische afdelingen blijken taakdifferentiatie te hebben ingevoerd. Voorbeelden daarvan zijn *rollen* als senior verpleegkundige, practitioner (op de Intensive Care) of dagcoördinator. Ook zijn gespecialiseerd verpleegkundigen naast de directe patiëntenzorg vaak verantwoordelijk voor een bepaald *zorginhoudelijk aandachtsgebied of -veld*, zoals veilig incidenten melden, deskundigheid, het elektronisch patiëntendossier, bij- en nascholing of protocollen. In de directe patiëntenzorg wordt niet gelet op de vooropleiding van een verpleegkundige, blijkt uit de inventarisatie. Bij het toebedelen van specifieke rollen en aandachtsgebieden is dat vaak wel het geval; de meeste leidinggevenden hebben dan voorkeur voor een hbo-opgeleide verpleegkundige of verpleegkundigen met een hbo-werk- en -denkniveau. De ervaring is dat deze verpleegkundigen over de competenties beschikken die voor de specifieke rollen en aandachtsgebieden nodig zijn. Voorbeelden daarvan zijn overstijgend kunnen kijken, verbanden kunnen leggen en literatuuronderzoek doen. Bij de verdeling van rollen en taken wordt door leidinggevenden overigens ook rekening gehouden met iemands voorkeuren, ambities en ervaring.

Functiedifferentiatie was op het moment dat de interviews werden afgenomen, op vier van de bevraagde afdelingen ingevoerd. Op die afdelingen werden, naast de gespecialiseerd verpleegkundige, de volgende functies onderscheiden: verpleegkundige (die geen vervolgopleiding heeft gevolgd), regieverpleegkundige, masterverpleegkundige en medisch hulpverlener. Ook zijn er soms meerdere typen gespecialiseerd verpleegkundigen in een team werkzaam.

Onderscheid maken tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen houdt bij de meeste gespecialiseerde afdelingen in dat er een functie is, of zal worden gecreëerd, die alleen kan worden uitgevoerd door verpleegkundigen die de hbo-V hebben gevolgd of over een hbo-werk- en -denkniveau beschikken. Een voorbeeld van zo'n functie is regieverpleegkundige, die op diverse klinische afdelingen in ziekenhuizen is ingevoerd. Specialistische afdelingen geven aan dat het moet gaan om een functionaris die een voortrekkersrol gaat spelen bij het verbeteren van de zorg en daaraan met het hele team vorm weet te geven.

Belangrijkste redenen voor specialistische afdelingen om zich op functiedifferentiatie te oriënteren, zijn de toenemende complexiteit van zorg en de wens om daar zo goed mogelijk op in te kunnen spelen. Een andere veel genoemde reden is dat men gebruik wil maken van alle competenties die in het verpleegkundig team beschikbaar zijn en verpleegkundigen wil kunnen inzetten waarvoor ze zijn opgeleid. Ten slotte is een overweging om functiedifferentiatie te gaan invoeren, om elke verpleegkundige ontwikkelmogelijkheden en loopbaanperspectief te bieden.

De inventarisatie laat zien dat de meeste specialistische afdelingen positief staan tegenover de invoering van functiedifferentiatie. Het merendeel is bezig om zich daarop te oriënteren of is dat

al aan het voorbereiden. De reden dat functiedifferentiatie op beperkte schaal is ingevoerd op specialistische afdelingen, is dat die nog vooral bezig zijn met de vraag hoe ze dat zouden kunnen vormgeven en invoeren. Daarbij kijken ze onder andere naar de ervaringen van andere afdelingen in het ziekenhuis die daarmee aan de slag zijn. Ook voeren deze afdelingen overleg met andere specialistische afdelingen in het ziekenhuis. Leidinggevenden waarderen de ruimte die ze vanuit het ziekenhuis krijgen om functiedifferentiatie vorm te geven op een wijze die past bij de manier waarop er op de afdeling wordt gewerkt en de behoefte van de afdeling om de zorg verbeteren. Tegelijkertijd is er behoefte aan kaders om dat te kunnen doen.

Wat bevordert of belemmert een gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen?

Er zijn diverse factoren die volgens de respondenten het onderscheiden van verschillende verpleegkundige functies op een afdeling bevorderen. Een deel van de genoemde factoren is overigens niet uniek voor specialistische afdelingen.

- Het beleid om in het hele ziekenhuis functiedifferentiatie te gaan invoeren;
- een centrale aansturing en ondersteuning;
- de mogelijkheid om functiedifferentiatie in te vullen op een wijze die bij de afdeling past;
- iedereen in het team duidelijk maken wat met functiedifferentiatie wordt beoogd;
- verpleegkundigen betrekken in de projectgroep die de vormgeving van functiedifferentiatie voorbereidt en de invoering daarvan begeleidt;
- de tijd nemen en het hele team betrekken bij de veranderingen;
- oog hebben voor hoe individuele verpleegkundigen omgaan met de veranderingen.

Factoren die functiedifferentiatie belemmeren, zijn:

- de onduidelijkheid over de aanleiding voor functiedifferentiatie en de doelen die daarmee worden beoogd;
- onvoldoende zicht hebben op de mogelijkheden van functiedifferentiatie;
- argwaan jegens functiedifferentiatie bij verpleegkundigen als gevolg van de emoties over het wetsvoorstel BIG II en de daarbij voorgestelde overgangsregeling;
- het ontbreken van mogelijkheden om een nieuwe functie, met extra taken en verantwoordelijkheden financieel te waarden;
- de krapte op de arbeidsmarkt, die het werven van verpleegkundigen met hbo bemoeilijkt;
- het ontbreken van kaders om functiedifferentiatie vorm te geven en in te voeren;
- het diploma van de hbo-v als voorwaarde om een bepaalde functie te mogen vervullen, dat geen recht zou doen aan het feit dat verpleegkundigen door jarenlange ervaring en bijscholing over veel meer competenties beschikken dan ze in hun initiële verpleegkundige beroepsopleiding hebben opgedaan;
- weerstand bij artsen tegen functiedifferentiatie, waarmee een enkele afdeling zich zag geconfronteerd.

Wat zijn de plannen en verwachtingen?

De meeste specialistische afdelingen uit de inventarisatie zijn zich momenteel aan het oriënteren op functiedifferentiatie. Daarom mag worden verwacht dat het aantal afdelingen die functiedifferentiatie invoeren, de komende jaren toeneemt. Enkele afdelingen die nu geen onderscheid maken tussen verpleegkundigen met een bepaald opleidings- en ervaringsniveau, zullen dat ook de komende jaren niet doen. Zij zien er de zin niet van in omdat het in hun ogen niets toevoegt aan de huidige kwaliteit van het team, of vanwege de opvatting dat het niveau

van mbo'ers zoals die tegenwoordig worden opgeleid, niet voldoende aansluit bij de toenemende complexiteit van zorg.

Aanbevelingen

1. Actualiseer op termijn en met de ervaringen in de ziekenhuizen de generieke functieprofielen van de mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundige en richt die ook op de behoefte van specialistische afdelingen.
2. Stel de NVZ-leidraad² en NFU-handreiking³ bij zodat duidelijk wordt hoe op een specialistische afdeling op basis van taken en competenties onderscheid kan worden gemaakt tussen verschillende typen verpleegkundige functies.
3. Stel op termijn en met de ervaringen in de ziekenhuizen een landelijk profiel op van de 'regieverpleegkundige'⁴, al dan niet met een variant voor specialistische afdelingen.
4. Ga bij functiedifferentiatie niet alleen uit van de competenties die verpleegkundigen in de initiële verpleegkundige beroepsopleiding hebben opgedaan, maar van alle competenties waarover zij beschikken en die zowel binnen als buiten opleidingen zijn opgedaan. Stimuleer het gebruik van Erkenning van Verworven Competenties (EVC) om die competenties in kaart te brengen en te waarderen.

² Functiedifferentiatie mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Functieprofielen en leidraad voor invoering, <https://live-nvz-api.pantheonsite.io/sites/default/files/2019-05/Functiedifferentiatie%20functieprofielen%20en%20leidraad%20voor%20invoering.pdf>

³ Handreiking Proeftuinen VIP, https://www.nfu.nl/img/pdf/18.288_NFU_Handreiking_proeftuinen_VIP.pdf

⁴ De naam 'Regieverpleegkundige' is een werktitel, zie voor meer informatie voetnoot 7.

Inhoudsopgave

1	Over deze inventarisatie	1
1.1	Aanleiding	1
1.2	Vragen	1
1.3	Toelichting begrippen	2
1.4	Aanpak	3
2	Afdelingen en functies	5
2.1	Kenmerken afdelingen	5
2.2	Verpleegkundige functies	6
3	Taak- en functiedifferentiatie	8
3.1	Voorkomen van taak- en functiedifferentiatie	8
3.2	Vormen van taakdifferentiatie	8
3.3	Vormen van functiedifferentiatie	11
4	Waarom wel of geen functiedifferentiatie?	13
4.1	Argumenten voor functiedifferentiatie	13
4.2	Argumenten tegen functiedifferentiatie	15
5	Wat helpt mee of werkt tegen?	17
5.1	Factoren die functiedifferentiatie bevorderen	17
5.2	Factoren die functiedifferentiatie belemmeren	19
6	Onderscheid mbo-hbo	22
6.1	Werving van niet-gespecialiseerd verpleegkundigen	22
6.2	Patiënt- en niet-patiëntgebonden taken	23
6.3	Competenties	24
6.4	De vervolgopleiding	25
7	Antwoorden en aanbevelingen	26
7.1	Beantwoording van de vragen	26
7.2	Aanbevelingen	32
	Bijlage 1: Beschrijving specialistische afdelingen	35
	Bijlage 2: Kenmerken afdelingen	37
	Bijlage 3: Omvang werkweek naar afdeling	38
	Bijlage 4: Soorten verpleegkundige functies	39
	Bijlage 5: Profiel aandachtsvelder deskundigheid	40

1 Over deze inventarisatie

1.1 Aanleiding

In opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft KBA Nijmegen in de periode 2016-2017 generieke functieprofielen opgesteld voor mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen die op de klinische verpleegafdeling in een algemeen ziekenhuis werken. Deze profielen waren gebaseerd op de nieuwe functieprofielen van verpleegkundigen van zes zogenoemde proeftuinen: afdelingen in ziekenhuizen die probeerden op de werkvloer duidelijk onderscheid te maken tussen verpleegkundigen met een initiële mbo- of een hbo-opleiding. Met de ervaringen die zij daarmee opdeden, is een leidraad ontwikkeld om andere ziekenhuizen te ondersteunen die met functiedifferentiatie aan de slag wilden. Vanuit specialistische ziekenhuisafdelingen kwamen echter signalen dat ze niet met de profielen (i.c. het maken van een onderscheid tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen) uit de voeten konden. Reden daarvoor was dat het niet wenselijk of mogelijk was om in het verpleegkundig team onderscheid te maken tussen functieniveaus gebaseerd op opleidingsachtergrond. Voor de NVZ was dit aanleiding KBA Nijmegen te vragen te inventariseren hoe er op specialistische afdelingen wordt omgegaan met functiedifferentiatie. Omdat ook de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) wilde weten wat de ervaringen in universitair medische centra (umc's) hiermee zijn, zijn ook enkele specialistische afdelingen van umc's in de inventarisatie betrokken.

1.2 Vragen

Doel van de inventarisatie was om in kaart te brengen of en hoe in algemene ziekenhuizen en umc's onderscheid wordt gemaakt in functies in specialistische verpleegkundige teams. En welke factoren dit bevorderen en/of belemmeren. Daarvan zijn de volgende vragen afgeleid:

1. Hoe is het werk op specialistische ziekenhuisafdelingen georganiseerd?
2. In welke mate zijn specialistische afdelingen bekend en bezig met het maken van onderscheid tussen mbo- en hbo- initieel opgeleide verpleegkundigen? Welke opvattingen bestaan daarover?
3. Welke functies komen er op welke afdelingen voor? Hoe zijn de taken naar functies georganiseerd? In welke functies hebben verpleegkundigen welke opleiding(en) en cursussen gevolgd?
4. Wordt onderscheid gemaakt tussen functieniveaus in het verpleegkundige team? Waarom wel of niet? Welke factoren bevorderen en belemmeren de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen?
5. Als er op dit moment geen onderscheid wordt gemaakt tussen verpleegkundige functieniveaus, zal dat dan ook de komende jaren niet gebeuren? Indien niet: zijn er situaties denkbaar dat dit wel gebeurt?
6. In hoeverre zijn de generieke functieprofielen van verpleegkundigen, die door de NVZ en NFU zijn opgesteld, op de afdeling bruikbaar? Als ze niet bruikbaar zijn, is het dan wenselijk om de profielen zodanig bij te stellen, dat ze wel op de afdeling gebruikt zouden kunnen worden? Om wat voor zaken gaat het dan?

1.3 Toelichting begrippen

Specialistische teams en gespecialiseerd verpleegkundigen

Zoals aangegeven heeft deze inventarisatie betrekking op de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen in specialistische teams. Dat zijn multidisciplinaire teams die werkzaam zijn op afdelingen die zich richten op specifieke deelgebieden van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld oncologie) of op specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld kinderen). Onderdeel van het team zijn gespecialiseerd verpleegkundigen, die na hun initiële verpleegkundige beroepsopleiding (mbo, inservice of hbo) een op het deelgebied gerichte verpleegkundige vervolgopleiding hebben gevolgd en beschikken over specifieke deskundigheid en vaardigheden. Sommige gespecialiseerd verpleegkundigen, zoals oncologieverpleegkundigen, mogen voor hun patiënten medicijnen voorschrijven.

Vervolgopleidingen

De vervolgopleiding die een gespecialiseerd verpleegkundige na de initiële opleiding heeft gevolgd om op een specialistische afdeling te kunnen werken, is toegankelijk voor elke verpleegkundige, ongeacht vooropleiding. De looptijd van de opleidingen varieert. Verpleegkundigen beginnen op de specialistische afdeling als verpleegkundige en kunnen meestal na een jaar beginnen met de vervolgopleiding. Dat jaar (vaak aangeduid als 'voorwerk') is voor de verpleegkundige van belang om het werk op de afdeling te leren kennen, zodat ze niet blanco aan de vervolgopleiding beginnen. Voor de leidinggevende is die periode van belang om te kunnen inschatten of de verpleegkundige geschikt is om met de verpleegkundige vervolgopleiding te starten. Het praktijkdeel van de opleiding wordt voornamelijk in het eigen ziekenhuis gevolgd, terwijl er daarnaast een aantal stagedagen bij een andere zorgorganisatie dan een ziekenhuis worden gevolgd. Het theoriedeel wordt verzorgd door het opleidingsinstituut waar de student de opleiding doorloopt.

Een van de voorwaarden om met de vervolgopleiding te kunnen starten, is dat de student in het BIG-register is geregistreerd als verpleegkundige. Dit betekent dat verpleegkundigen die in-service-, mbo- of hbo-opleiding hebben gevolgd in principe aan de vervolgopleiding kunnen deelnemen. De verpleegkundige vervolgopleidingen tot intensivere verpleegkundige, mediumcareverpleegkundige en spoedeisendehulpverpleegkundige, zijn een paar jaar geleden ingeschaald als opleidingen op niveau 6 van het Nederlandse Kwalificatieraamwerk NLQF. Dit niveau is vergelijkbaar met hbo-bachelorniveau. De vervolgopleidingen neonatologieverpleegkundige, kinderverpleegkundige en kinderoncologieverpleegkundige zijn (nog) niet ingeschaald.

Taak-, functie- en beroepsdifferentiatie

Onderscheid maken tussen de inzet van verpleegkundigen kan de vorm hebben van taakdifferentiatie of functiedifferentiatie. Van taakdifferentiatie is sprake als verpleegkundigen in dezelfde functie een deels verschillend takenpakket hebben. Voorbeelden daarvan zijn dat een verpleegkundige naast de reguliere verpleegkundige werkzaamheden als taak heeft de roosters op te stellen, om leerlingen te begeleiden of deelneemt aan een bepaalde werkgroep. Het betreft taken die passen binnen de functieomschrijving, of als het om een nieuwe taak gaat, daarbij kan worden ondergebracht.

Bij functiedifferentiatie gaat het om de inzet van verschillende verpleegkundige functies op de afdeling, elk met verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen dezelfde

beroepsgroep.⁵ Binnen zo'n nieuwe functie worden bestaande en/of nieuwe taken samengebracht tot één takenpakket. Functiedifferentiatie is in het verleden in de zorg onder andere ingezet bij personeelsproblemen vanwege krapte op de arbeidsmarkt en om de zorg te vernieuwen. Volgens Kanters (1999) is een belangrijke opgave daarbij om functies te creëren die aantrekkelijk zijn voor medewerkers '...doordat ze een appèl doen op hun kwalificaties en hun betrokkenheid bij de organisatie vergroten'.⁶

In het wetsvoorstel BIG II was sprake van beroepsdifferentiatie. Doel daarvan was om een nieuw verpleegkundig beroep te introduceren, regieverpleegkundige, waarvan de inhoud in de wet zou worden vastgelegd. Daarmee zouden er twee verschillende verpleegkundige beroepen zijn: verpleegkundige en regieverpleegkundige⁷. Vervolgens zouden bijpassende functies (functiedifferentiatie) in de organisatie gerealiseerd moeten worden. Het wetsvoorstel is inmiddels ingetrokken en afgesproken is dat er geen beroepsdifferentiatie komt. Dit betekent dat organisaties nu zelf invulling kunnen geven aan taak- en functiedifferentiatie. Wel is de titel regieverpleegkundige in gebruik gebleven. Omdat deze inventarisatie betrekking had op de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen op specialistische afdelingen, op de werkvloer dus, wordt in dit verslag alleen onderscheid gemaakt tussen taak- en functiedifferentiatie en blijft beroepsdifferentiatie buiten beschouwing.

1.4 Aanpak

De inventarisatie is uitgevoerd bij zeventien specialistische afdelingen in vijftien algemene ziekenhuizen en vier specialistische afdelingen van het acute cluster in umc's. Op deze afdelingen is in kaart gebracht wat de overwegingen en plannen zijn om wel of geen onderscheid te maken tussen mbo-, inservice- en hbo-opgeleide verpleegkundigen, wat er op dat gebied al gebeurt of naar verwachting gaat gebeuren en welke factoren het maken van zo'n onderscheid bevorderen en belemmeren. Dat gebeurde in drie stappen:

- voorbereiding van de werkzaamheden;
- veldwerk (interviews op 21 specialistische afdelingen);
- verslaglegging.

Stap 1: voorbereiding

Deze eerste stap bestond uit overleg met de NVZ en NFU over de uitvoering van de inventarisatie en de selectie van afdelingen, het opstellen van een topiclijst voor de interviews en het maken van afspraken met de afdelingen die hieraan wilden meewerken. De

5 W. Sermeus et al. (2009). *Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde*. Gent: K.U. Leuven. Geraadpleegd op 5 maart 2020 van <http://docplayer.nl/4408089-Naar-een-nieuwe-blauwdruk-voor-verpleegkunde.html>

6 Kanters, Henk. (1999). Functiedifferentiatie, formatieopbouw en strategische personeelsplanning. In: Pool J & J.K. van Dijk (red.). *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1. Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

7 Om het onderscheid te laten zien tussen de functies van mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen, stelde de stuurgroep van het project 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' begin 2016 voor om mbo-opgeleide verpleegkundigen aan te duiden als basisverpleegkundigen en hbo-opgeleide verpleegkundigen als regieverpleegkundige. Hoewel de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van plan was deze beroepstitels over te nemen, was in het wetsvoorstel BIG II alleen nog sprake van een verpleegkundige en regieverpleegkundige. Voor registratie als regieverpleegkundige zou volgens het wetsvoorstel het diploma van de hbo-V-opleiding vereist zijn, behaald vanaf 2012.

ziekenhuizen en afdelingen zijn in overleg met beide opdrachtgevers geselecteerd. Daarbij is zoveel mogelijk gelet op variatie tussen afdelingen naar specialisme en omvang.

De topiclijst bestond uit drie delen, met vragen over:

- het ziekenhuis, de afdeling en de respondenten, zoals naam ziekenhuis, type afdeling en naam en functie van de respondenten;
- de verpleegkundigen op de afdelingen, zoals aantal, vooropleiding, soorten functies en inschaling;
- de inzet van verpleegkundigen, zoals of dat gedifferentieerd gebeurt of niet, overwegingen daarbij, ervaringen, opvattingen en plannen, en (in de algemene ziekenhuizen) de bruikbaarheid van de generieke functieprofielen van de NVZ of andere functieprofielen, zoals van de V&VN, de beroepsvereniging van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

Voorafgaande aan de interviews ontvingen de respondenten de topiclijst, een korte notie over de opzet van de inventarisatie en het interview en een notitie van de NVZ en NFU met antwoorden op veel gestelde vragen over de inventarisatie.

Stap 2: veldwerk

Het veldwerk bestond uit de afname van één of twee face-to-face interviews op elk van de specialistische afdelingen. In de meeste gevallen vond er één interview plaats met een leidinggevende (waarbij in een aantal gevallen een scholingsmedewerker aanschoof) en twee verpleegkundigen. Het doel van de interviews was:

- nagaan in welke mate de afdeling bekend is met het maken van onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen en in beeld brengen van de opvattingen daarover;
- een zo goed mogelijk beeld krijgen van de werkverdeling tussen verpleegkundigen, de overwegingen daarbij, de ervaringen daarmee en gewenste of voorziene veranderingen van de werkverdeling;
- verkrijgen van een overzicht van factoren die een gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen belemmeren en bevorderen.

In totaal is met 63 respondenten gesproken: zes inservice-opgeleide verpleegkundigen, zeven mbo-opgeleide verpleegkundigen, 25 hbo-opgeleide verpleegkundigen, achttien leidinggevenden en zeven overige functionarissen, zoals programmamanager, onderwijskundige of opleidingsadviseur.

Op verzoek van de NFU zijn de interviews op de vier umc-afdelingen volledig uitgewerkt en ter validering voorgelegd aan de respondenten. In verband met de drukte op de afdelingen vanwege het coronavirus is dat in één geval niet gebeurd.

Stap 3: verslaglegging

In deze fase hebben we verslag gedaan van de uitvoering van de inventarisatie en de vragen beantwoord. Een conceptversie van het verslag is met de opdrachtgevers besproken en bijgesteld. Als er in het verslag een bepaalde afdeling ter sprake komt, wordt niet vermeld of dat een afdeling is van een algemeen ziekenhuis of een universitair medisch centrum. Reden daarvoor is dat er tussen de specialistische afdelingen van beide type ziekenhuizen op hoofdlijnen geen verschil bleek te zijn in de bevindingen van de inventarisatie.

2 Afdelingen en functies

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst kort de belangrijkste kenmerken van de afdelingen die aan de inventarisatie hebben meegedaan. Vervolgens geven we aan welke verpleegkundige functies er op die afdelingen voorkomen.

2.1 Kenmerken afdelingen

De inventarisatie is uitgevoerd bij de volgende specialistische afdelingen:

- Intensive Care
- Medium Care
- Spoedeisende hulp
- Kinderafdeling
- Oncologie
- Chirurgische Oncologie
- Obstetrische High Care

In bijlage 1 staat van elke afdeling een korte typering.

Vanwege de ernst van de aandoeningen waarmee patiënten op specialistische afdelingen te maken kunnen hebben, bieden diverse afdelingen geen stageplekken voor eerstejaars studenten van een zorg- of welzijnsopleiding en kunnen scholieren ook niet een dagje meelopen.

Gelet op het aantal bedden en verpleegkundigen, hebben zowel kleine als grote afdelingen aan de inventarisatie meegedaan (zie bijlage 2). Op alle afdelingen werken verpleegkundigen met een inservice-, mbo- of hbo-opleiding. Waarschijnlijk hangt de gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen op de afdelingen, ten minste voor een deel, samen met het aandeel inservice-opgeleiden. Op de afdeling met het grootse aandeel inservice-opgeleide verpleegkundigen is de gemiddeld leeftijd het hoogst, op de afdeling met het grootste aandeel hbo-opgeleide verpleegkundigen het laagst. Dat heeft te maken met het beëindigen van de inservice-opleiding in 1996. Verpleegkundigen die 25 jaar of langer geleden deze opleiding hebben gevolgd, zijn daarom meestal ouder dan hun collega's met een mbo- of hbo-opleiding.

De gemiddelde werkweek op de specialistische afdelingen ligt rond de 28 uur per week, met 24 uur als kleinste en 30 uur als grootste gemiddelde werkweek. In bijlage 3 staat een overzicht van de werkweek per afdeling.

Een aantal afdelingen heeft de ervaring dat verpleegkundigen de laatste jaren vaker de voorkeur hebben voor kleinere contracten dan voorheen gebruikelijk was. In de krappe arbeidsmarkt waarvan in de zorg sprake is, is het daardoor extra lastig om voldoende verpleegkundigen aan te nemen om aan de formatie te komen die nodig is voor het aantal bedden.

2.2 Verpleegkundige functies

In bijlage 4 staat een overzicht van de verpleegkundige functies per afdeling. Daaruit blijkt dat er zowel specialistische afdelingen zijn met maar één type functie, die van gespecialiseerd verpleegkundige, als afdelingen met verschillende verpleegkundige functies. Zo kennen drie afdelingen de functie van een senior-verpleegkundige. En naast de gespecialiseerd verpleegkundigen, is er op één afdeling sprake van een regieverpleegkundige, hebben twee afdelingen niet-gespecialiseerde verpleegkundigen in dienst die niet de vervolgopleiding gaan volgen en werken op één afdeling ook medisch hulpverleners. De medisch hulpverlener is een relatief nieuw beroep in de gezondheidszorg. Het zijn hbo-opgeleide zorgprofessionals die na hun opleiding bij een ambulancedienst, op de spoedeisende hulp, op een afdeling voor hartfunctieonderzoek, in de operatieve zorg of anesthesie kunnen werken. Sinds 1 januari 2019 zijn medisch hulpverleners BIG-geregistreerd.

Niet-gespecialiseerd verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen zijn ingeschaald in salarisschaal 45, gespecialiseerd verpleegkundigen in schaal 50 of 55 (volgens het FWG-systeem⁸). Gespecialiseerd verpleegkundigen in universitair medische centra zitten in schaal 8b of 9a en in een enkel geval in 9b (volgens Fuwafaz⁹). Andere verpleegkundige functies op de specialistische afdelingen zitten in dezelfde salarisschaal als gespecialiseerd verpleegkundigen. Soms krijgen senior verpleegkundigen er een of twee periodieken bij. Daarnaast wordt er af en toe met bonussen of gratificaties gewerkt. Een voorbeeld daarvan is een afdeling waar de senior verpleegkundigen aan het eind van het jaar een bonus ontvangen van 500 euro.

Volgens een aantal leidinggevenden kan het ontbreken van verdere doorgroeimogelijkheden qua salaris, betekenen dat mensen af zullen zien van het uitvoeren van een functie met meer verantwoordelijkheden of extra taken, zoals regieverpleegkundige. Het gaat dan om leidinggevenden van afdelingen met gespecialiseerd verpleegkundigen in schaal 55, de maximale salarisschaal voor verpleegkundigen. Een van de leidinggevenden hoopt dat hiervoor landelijke afspraken komen, omdat zij verwacht dat verpleegkundigen anders zullen vertrekken naar ziekenhuizen die wel mogelijkheden zien om gespecialiseerd verpleegkundigen hoger te belonen.

De afdelingen met niet-gespecialiseerd verpleegkundigen die ook geen plannen hebben de vervolgopleiding te gaan doen, hebben deze verpleegkundigen aangenomen vanwege het tekort aan gespecialiseerd verpleegkundigen voor die afdeling. Op de kinderafdeling worden ze bijvoorbeeld ingezet voor de zorg aan kinderen die voor een dagopname komen en een kleine operatieve ingreep ondergaan.

Op een spoedeisende hulpafdeling van een algemeen ziekenhuis zijn de medisch hulpverleners (acht op een totaal van 42 verpleegkundigen) volgens de leidinggevende een goede aanvulling op het team. Ze zijn theoretisch erg sterk, maar moeten vergeleken met de spoedeisendehulpverpleegkundigen nog wel 'vliegreuven' maken en een klinische blik ontwikkelen. Derdejaars BMH-studenten¹⁰ komen via een sollicitatiegesprek op de afdeling

8 FWG is de afkorting van Functie Waardering Gezondheidszorg, het functiewaarderingssysteem dat in de algemene ziekenhuizen wordt gebruikt.

9 Fuwafaz is de afkorting van Functiewaarderingssysteem Vereniging Academische Ziekenhuizen.

10 De afkorting BMH staat voor Bachelor Medische Hulpverlening, de beroepsopleiding van medisch hulpverleners.

terecht. Als dat goed gaat, houdt de afdeling de student ook in dienst, waarbij ze een klein contract krijgen om uren te kunnen blijven maken. Ondertussen doen ze dan hun afstudeeropdracht, waarvan de afdeling ook profijt heeft. Als ze hun diploma hebben zijn ze zo echt klaar voor de arbeidsmarkt, vindt de leidinggevende. Als ze na hun opleiding op de afdeling blijven werken, krijgen ze een jonggediplomeerdentraject waarin ze in een jaar op onderdelen worden bijgeschoold om volwaardig op de afdeling mee te kunnen werken. Dat gebeurt omdat ze veel minder praktische en klinische ervaring hebben dan spoedeisendehulpverpleegkundigen. Ze volgen dezelfde verplichte scholingen als een spoedeisendehulpverpleegkundige, maar niet de vervolgopleiding. Ook een leidinggevende van een andere afdeling vindt dat medisch hulpverleners uitstekend theoretisch zijn onderlegd, maar dat ze nog wel moeten leren om in een team te werken.

Diverse respondenten schatten in dat gespecialiseerd verpleegkundigen tachtig tot negentig procent van hun tijd bezig zijn met directe patiëntenzorg.¹¹ Een regieverpleegkundige in opleiding¹² schat dat ze nu zeventig tot tachtig procent patiëntgebonden taken heeft en de rest van haar tijd (20-30%) besteedt aan de taken die ze heeft als regieverpleegkundige op het gebied van verbetertrajecten, coachen en deskundigheidsbevordering.

¹¹ Dat zijn hoge percentages. In onderzoeken uit 2008 en 2014 worden wat dit betreft percentages genoemd van respectievelijk 23 en 57, maar dat betrof niet uitsluitend gespecialiseerd verpleegkundigen. Bronnen:

- Veenendaal, H. van, J. Wardenaar & M. Trappenburg. (2008). Tijd voor administratie of voor de patiënt? In: *Kwaliteit in Zorg*, nr. 2 p. 24-26.
- Elsen, Wouter van den. (2014). *Abvakabo signaleert toenemende werkdruk verpleegkundigen*. Geraadpleegd op 6 maart 2020 van <https://www.zorgvisie.nl/abvakabo-signaleert-toenemende-werkdruk-verpleegkundigen-1521586w/>

¹² Het gaat om een gespecialiseerde verpleegkundige die een verkorte hbo-v opleiding volgt conform de aanpak van de betreffende afdeling.

3 Taak- en functiedifferentiatie

In dit hoofdstuk beschrijven we de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen. Zoals eerder aangegeven, maken we onderscheid tussen taak- en functiedifferentiatie. Van taakdifferentiatie is sprake als verpleegkundigen in dezelfde functie een deels verschillend takenpakket hebben. Bij functiedifferentiatie gaat het om een uitbreiding van soorten verpleegkundige functies binnen de afdeling (zie verder paragraaf 1.3).

3.1 Vóórkomen van taak- en functiedifferentiatie

Uit de inventarisatie blijkt dat op alle specialistische afdelingen taakdifferentiatie is ingevoerd (zie tabel 3.1). Functiedifferentiatie was op het moment dat de interviews werden afgenomen op vier afdelingen ingevoerd. Gelet op de plannen en verwachtingen op dat gebied, zal dat aantal de komende jaren toenemen.

Tabel 3.1 – Specialistische afdelingen en het voorkomen van taak- en functiedifferentiatie

	Taakdifferentiatie	Functiedifferentiatie nu	Functiedifferentiatie in de komende jaren
Intensive Care 1	+	-	+
Intensive Care 2	+	-	-
Intensive Care 3	+	-	-
Intensive Care 4	+	-	+
Intensive Care 5	+	-	-
Intensive Care 6	+	-	+
Intensive Care 7 (in combinatie met MC)+		-	+
Intensive Care 8	+	-	+
Medium Care 1	+	-	+
Medium Care 2	+	-	-
Spoedeisende Hulp 1	+	-	-
Spoedeisende Hulp 2	+	-	+
Spoedeisende Hulp 3	+	+	+
Spoedeisende Hulp 4	+	-	+
Kinderafdeling 1	+	-	+
Kinderafdeling 2	+	-	+
Kinderafdeling 3	+	+	+
Kinderafdeling 4	+	-	+
Obstetrische high care	+	-	+
Oncologie	+	+	+
Chirurgische oncologie	+	+	+

3.2 Vormen van taakdifferentiatie

Bij alle afdelingen die aan de inventarisatie hebben meegedaan is sprake van taakdifferentiatie. Dit houdt in dat bepaalde niet-patiëntgebonden taken zijn toebedeeld aan verpleegkundigen,

die deze taken naast hun reguliere werkzaamheden uitvoeren. Dat gebeurt in de regel per toerbeurt. Vaak zijn bepaalde taken geformaliseerd in rollen, die zowel door inservice-, mbo- als hbo-opgeleide verpleegkundigen worden uitgevoerd. Voorbeelden zijn:

- senior verpleegkundige;
- intensiverepractitioner;
- dagcoördinator, coördinerend verpleegkundige, centraal verpleegkundige, verpleegkundig coördinator;
- ECLS- of ECMO-specialist of -coördinator.
- dagstartcoördinator.

Senior verpleegkundigen zijn gespecialiseerd verpleegkundigen, die naast de reguliere werkzaamheden als verpleegkundige een aantal overstijgende taken hebben (met name coördineren, plannen en organiseren), soms roosters opstellen, commissies aansturen en trekker zijn van verbeterprojecten. Ook wordt van hen verwacht dat ze andere verpleegkundigen motiveren en coachen om dergelijke trajecten op zich te nemen en zich daarvoor verantwoordelijk te voelen. De taken van senior verpleegkundigen kunnen namelijk ook worden uitgevoerd door reguliere gespecialiseerd verpleegkundigen.

Een aantal IC's kent zogenoemde *intensivecarepractitioners*. Dat zijn intensivereverpleegkundige met aanvullende deskundigheid op een bepaald gebied: ventilatie (de ventilationpractitioner), neurologie (neuralpractitioner), nieraandoeningen (renalpractitioner) of circulatie (circulationpractitioner). De practitioner is de schakel tussen het verpleegkundig en medische domein en heeft de zorg voor een of meer patiënten met (dreigende) ontregelingen op zijn of haar deskundigheidsgebied.

Een *dagcoördinator, coördinerend verpleegkundige, centraal verpleegkundige of verpleegkundig coördinator* is een verpleegkundige die als eerste aanspreekpunt op de afdeling fungeert en diverse organisatorische taken heeft. Voorbeelden daarvan zijn de coördinatie van de dagelijkse gang van zaken, het toedelen van patiënten aan collega's, het bewaken van de planning, actie ondernemen als de afdeling vol dreigt te raken, het verzamelen en controleren van registratieformulieren en pauzes verdelen.

ECLS staat voor Extra Corporeal Life Support en is ook wel bekend als Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO). Het is een machine (een pomp) waarmee de werking van het hart en/of de longen tijdelijk kan worden overgenomen. Een *ECMO-specialist of -coördinator* kent de werking van het apparaat en de complicaties die kunnen optreden.

De *dagstartcoördinator* is de verpleegkundige die op de afdeling het korte, dagelijks overleg coördineert aan het begin van de dag. Tijdens dat overleg tussen artsen en verpleegkundigen passeren allerlei praktische en logistieke zaken de revue, zoals de formatie, prestaties van de afgelopen dagen, bepaalde bijzonderheden of knelpunten die moeten worden aangepakt.

Op een van de intensivereafdelingen heeft een deel van de gespecialiseerd verpleegkundigen 'dubbelfuncties', zoals dat op de afdeling wordt genoemd. Dat houdt in dat ze twee dagen per week werkzaam zijn als intensivereverpleegkundige en daarnaast worden

ingezet als bijvoorbeeld donatiefunctionaris¹³, opleidingskundige, kwaliteitsfunctionaris, nazorgverpleegkundige of SIT-coördinator¹⁴. De taken worden voor langere tijd (meerdere jaren) uitgevoerd.

Naast de genoemde rollen is het op alle afdelingen de gewoonte dat verpleegkundigen, alleen of met meerdere collega's, aandacht besteden aan een bepaald thema, aangeduid met aandachtsgebied of -veld. Meestal wordt verwacht dat elke verpleegkundige wel een of meerdere aandachtsgebieden op zich neemt. Een van de afdelingen is daarvan juist afgestapt. Daar worden de niet-patiëntgebonden taken uitsluitend nog op vrijwillige basis uitgevoerd. Sindsdien lopen de commissies en werkgroepen beter. Er zijn tal van aandachtsgebieden of -velden: veilig thuis, veilig incidenten melden, beademing, evidence-based practice, gebruik van het elektronisch patiëntendossier, protocollen maken of bewerken, bij- en nascholing, klinisch redeneren, medicatiebeheer, werken met cytostatica, hygiëne en infectiepreventie (HIP) en het lidmaatschap van overleggen zoals de verpleegkundige (advies)raad, verpleegkundige staf of ondernemingsraad. Van een verpleegkundige die zich op een bepaald aandachtsgebied richt, wordt verwacht dat die steeds op de hoogte is van de nieuwste ontwikkelingen op dat gebied en ervoor zorgt dat het hele team daarover wordt geïnformeerd.

Op de afdeling Chirurgische Oncologie van het Antoni van Leeuwenhoek zijn voor de aandachtsvelden profielen opgesteld, waarin staat beschreven wat wordt verwacht van een verpleegkundige die zich met een bepaald aandachtsveld bezighoudt. Hoofdtactiviteiten voor bijvoorbeeld het aandachtsveld deskundigheid zijn:

- bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie van deskundigheidbevorderend beleid en activiteiten;
- het coachen van werkbegeleiders binnen de afdeling;
- het bijhouden van vakinhoudelijke expertise en vertalen van vakinhoudelijke ontwikkelingen naar de praktijk;
- bijdragen aan het leerklimaat op de afdeling;
- contactpersoon zijn met betrekking tot leren en ontwikkelen.

In bijlage 5 staat een volledige beschrijving van het 'Profiel aandachtsvelder deskundigheid'.

Het uitvoeren van extra taken, wordt op drie manieren gewaardeerd: financieel (via een bonus of extra periodiek), via het toekennen van extra uren daarvoor en of door het laten volgen van scholing.

Net als de rollen worden de taken die met aandachtsgebieden te maken hebben zowel door initieel mbo- als hbo-opgeleide verpleegkundigen uitgevoerd. Wel is op diverse afdelingen de ervaring dat hbo-opgeleide verpleegkundigen of degenen met een hbo werk- en denkniveau, zulke taken gemakkelijker uitvoeren dan verpleegkundigen op mbo-niveau. Vaak worden werkgroepen of commissies voorgezeten door een senior verpleegkundige, practitioner of hbo-opgeleide verpleegkundige, of zit er in een werkgroep of commissie ten minste één hbo'er of iemand met een hbo werk- en denkniveau. Voorbeelden van commissies zijn de commissie Veilig Incidenten Melden of de Pijncommissie, die als doel heeft om op de afdeling de

13 Dit zijn functionarissen die in het ziekenhuis aanspreekpunt zijn voor alles wat te maken heeft met orgaan- en weefseldonatie.

14 SIT staat voor Spoed Interventie Team.

pijnbestrijding te optimaliseren. Op een kinderafdeling die aan de inventarisatie meedeed, bestaat de Pijncommissie uit twee verpleegkundigen (waaronder de senior verpleegkundige), een kinderarts en een pedagogisch hulpverlener. Vanuit dergelijke commissies kunnen voorstellen komen die leiden tot verbetertrajecten, waarbij de senior verpleegkundige als trekker fungeert.

De activiteiten voor een verpleegkundige adviesraad (VAR) of ondernemingsraad (OR), of vanwege de extra taken op de afdeling, worden binnen de werktijd uitgevoerd. Of er komen extra uren voor. Afhankelijk van het aandachtsgebied gaat het om enkele uren tot zo'n drie à vier dagen per maand en worden verpleegkundigen deels uit de zorg gepland. Een van de afdelingen geeft aan dat als er binnen de aanstellingsuren geen tijd is, verpleegkundigen dergelijke werkzaamheden uitvoeren in hun eigen tijd.

Op een van de IC-afdelingen is sprake van het verschuiven van taken van de gespecialiseerd verpleegkundige naar andere beroepen. Het gaat hier om een afdeling spoedeisende hulp waarbij de triage ook wordt uitgevoerd door basisartsen (die daarvoor een aantekening hebben) en de diagnostiek na de triage (bloedafname of een hartfilmpje maken) ook door een doktersassistent. Op een andere IC-afdeling is op een van de units een proef geweest met het afstoten van taken 'aan de onderkant' door IC-verpleegkundigen naar zorgassistenten. Hierdoor konden intensivecareverpleegkundigen zich meer op hun kerntaken richten. De proef was een succes. Het model wordt nu binnen de hele afdeling ingevoerd.

3.3 Vormen van functiedifferentiatie

Uit de tabel in bijlage 4 blijkt dat op vier afdelingen die aan de inventarisatie hebben meegedaan, naast de gespecialiseerd verpleegkundige nog andere verpleegkundige functies voorkomen: niet-gespecialiseerd verpleegkundige, medisch hulpverlener, masterverpleegkundige en regieverpleegkundige. De niet-gespecialiseerd verpleegkundige en medisch hulpverlener (zie ook 2.2) worden ingezet vanwege het tekort aan gespecialiseerd verpleegkundigen, waardoor bedden die anders gesloten zouden moeten worden, open kunnen blijven. De masterverpleegkundige is een gespecialiseerd verpleegkundige die expert is op een bepaald gebied, zoals onderzoek doen. De regieverpleegkundige is een verpleegkundige met extra taken en verantwoordelijkheden op gebieden als kwaliteit, coördinatie, scholing en begeleiding.

Op de afdeling die de functie van regieverpleegkundige heeft ingevoerd, is vereist dat deze verpleegkundige in die functie de hbo-opleiding Verpleegkunde (hbo-V) heeft gevolgd. Verpleegkundigen die niet over zo'n vooropleiding beschikken, volgen een verkort hbo-traject van anderhalf jaar. Op andere afdelingen de functie van regieverpleegkundige invoeren, is sprake van een traject van tweeënhalf jaar. De meeste afdelingen die verwachten over enkele jaren functiedifferentiatie te hebben ingevoerd, denken dat er dan een functie als regieverpleegkundige zal komen, omdat dat op andere afdelingen in hun ziekenhuis ook gebeurt. Ook dan zal vaak de eis zijn dat verpleegkundigen in die functie de hbo-V hebben gevolgd. Er zijn twee afdelingen die de functie van regieverpleegkundige voor iedereen gaan openstellen en via een assessment zullen bepalen welke kandidaten daarvoor geschikt zijn. Zo nodig wordt er een traject op maat aangeboden. Dat is niet per se een (verkorte) hbo-opleiding.

Als gespecialiseerde afdelingen de functie van regieverpleegkundige gaan invoeren, zullen dat er niet veel zijn. Op een kinderafdeling met een afdeling neonatologie bijvoorbeeld, wordt gedacht aan een tot twee regieverpleegkundigen per afdeling. En op de afdeling obstetrische high care, met in totaal 24 verpleegkundigen, zitten er drie verpleegkundigen in een traject om regieverpleegkundige te worden.

Op een van de afdelingen SEH wordt gekeken naar functiedifferentiatie als instrument om mensen met uiteenlopende competenties, op hetzelfde niveau bekwaam en bevoegd te maken. Dat is lastig. Stel dat een ccu-verpleegkundige op de afdeling zou komen te werken. Van deze verpleegkundige kan niet worden gevraagd om zelfstandig een patiënt op te vangen en net zo zorgvuldig in kaart te brengen als iemand die al vijf jaar op de SEH werkt. Maar het is ook niet mogelijk dat zo'n verpleegkundige alleen cardiopatiënten doet. Het is van belang dat de spoedeisendehulpverpleegkundige een brede basiskennis heeft, omdat ze continu moet bedenken welke consequentie de gekozen interventies voor die specifieke patiënt zal hebben. Hierdoor is het lastig om taakgerichte zorg te implementeren: *'Het gaat voortdurend om het brede plaatje.'*

Geen enkele respondent is gelukkig met de naam regieverpleegkundige (zie paragraaf 1.3). Onder meer omdat deze term suggereert dat het om een hiërarchische functie zou kunnen gaan. Nergens zijn plannen om de functie op deze manier in te vullen. Het is juist de bedoeling verpleegkundigen aan te stellen die zich vooral richten op het agenderen en organiseren van verbeteringen. Op een gespecialiseerde afdeling met een groot percentage verpleegkundigen met een hbo-opleiding, merkt een verpleegkundige op dat er met de invoering van een regieverpleegkundige wellicht niet zoveel verandert op de afdeling. In de verschillende werkgroepen is immers al veel aandacht voor kwaliteitsverbetering en innovaties; *'de meeste van ons zijn al een beetje regieverpleegkundige'*.

4 Waarom wel of geen functiedifferentiatie?

Door de respondenten worden diverse argumenten genoemd die functiedifferentiatie op hun afdeling bevorderen of belemmeren. Soms lijken die lijnrecht tegenover elkaar te staan. Dat is bijvoorbeeld het geval bij de afdeling die voorlopig afziet van functiedifferentiatie omdat er niet voldoende hbo-verpleegkundigen kunnen worden aangetrokken. Op een andere afdeling, waar veel oudere inservice-opgeleide verpleegkundigen werken die over een aantal jaren stoppen, wordt functiedifferentiatie juist gezien als manier om meer hbo'ers aan te trekken en zo het team toekomstbestendig te houden. We geven in dit hoofdstuk een korte beschrijving van de meest genoemde argumenten voor en tegen functiedifferentiatie.

4.1 Argumenten voor functiedifferentiatie

▪ Toenemende complexiteit van de zorg

Verschillende respondenten verwachten dat gespecialiseerde verpleegkundigen meer en meer te maken krijgen met patiënten met meerdere aandoeningen, waarbij het zoeken is naar de juiste aanpak en de vereiste kwaliteit van zorg. Bovendien maken de innovaties in de zorg het werk complexer. Routinematig werken, voor zover dat nog aan de orde is, verdwijnt en de onvoorspelbaarheid neemt toe. Dit vraagt om een andere mix van competenties van de verpleegkundigen. Daarom verwacht men dat verpleegkundigen gedifferentieerd moeten worden ingezet, met onderscheid tussen verpleegkundigen met verschillende competenties.

▪ Kwaliteit van zorg verhogen

In het verlengde van de toenemende complexiteit van zorg, ligt het verhogen van de kwaliteit van zorg, waaraan op vrijwel elke specialistische afdeling behoefte bestaat. Functiedifferentiatie wordt gezien als mogelijkheid om de kwaliteit van het werk van verpleegkundigen op de afdeling te verbeteren en daardoor de zorg op een hoger peil te brengen. Het verhogen van de kwaliteit van zorg is een zaak die het hele team aangaat. Dat kan niet worden gerealiseerd door dat bij een paar regieverpleegkundigen te beleggen. Iedereen moet er continu op gespist zijn om te signaleren waar werkprocessen kunnen worden verbeterd én eraan meewerken om die verbeteringen tot stand te brengen. Zogenaemde regieverpleegkundigen hebben daarbij een voortrekkersrol, maar het hele team is er verantwoordelijk voor dat het werk verbetert. In een van de ziekenhuizen nemen alle verpleegkundigen deel aan het programma met een individueel traject om als verpleegkundi-ge of als regieverpleegkundige te werken aan de kwaliteit van zorg. Daarvoor formuleert iedereen voor zichzelf doelen en worden er doelen gesteld die voor het team gezamenlijk gelden.

▪ Beschikbare competenties gebruiken

Gespecialiseerd verpleegkundigen verschillen in de competenties die ze binnen en buiten hun opleiding hebben opgedaan. Functiedifferentiatie maakt het mogelijk om daarvan op de afdeling gebruik te maken. Sommige geïnterviewde verpleegkundigen zijn blij met deze mogelijkheid, omdat er dan tenminste iets gebeurt aan de situatie dat verpleegkundigen verschillend worden opgeleid, maar op dezelfde wijze worden ingezet: *'Als mensen werkelijk verschillend zijn opgeleid, en over verschillende deskundigheden beschikken, waarom zou je dat verschil dan niet doorvoeren?'*

- **Het verpleegkundig beroep professionaliseren**

Functiedifferentiatie blijkt onder meer beschouwd te worden als middel om het verpleegkundig vak te professionaliseren (met ontwikkel- en carrièremogelijkheden), beter gebruik te maken van elkaars competenties, beter en efficiënter samen te werken en daardoor kwaliteit voor de patiënt te kunnen bewerkstelligen. Een van de zorgmanagers spreekt in dit verband de hoop uit dat verpleegkundigen gaan voelen dat zij aan zet zijn om zich te profileren en te ontwikkelen en dat functiedifferentiatie daarbij kan helpen.

- **Ontwikkelmogelijkheden bieden**

Functiedifferentiatie maakt het mogelijk dat verpleegkundigen zich als professional verder kunnen ontwikkelen en hun talenten kunnen gebruiken. Zowel leidinggevenden als verpleegkundigen zelf zijn er veelal van overtuigd dat er veel verpleegkundigen zijn die meer willen. Functiedifferentiatie biedt volgens hen extra mogelijkheden om aan de uiteenlopende voorkeuren en ambities van verpleegkundigen tegemoet te komen, wat bovendien de afdeling ten goede komt. Daarnaast zijn er mogelijkheden om je als verpleegkundige te ontwikkelen via de overstijgende taken en de aandachtsgebieden.

- **Loopbaanperspectief bieden**

Op een specialistische afdeling zijn verpleegkundigen vooral bezig met directe patiëntenzorg. Afgezien van de niet-patiëntgebonden taken, zijn er verder weinig mogelijkheden om je als verpleegkundige in je vak te verdiepen. Verschillende leidinggevenden geven aan dat ze voor verpleegkundigen die dat willen, momenteel weinig te bieden hebben. Een andersoortige verpleegkundige functie zou daarin kunnen voorzien. Doorgroeien naar de functie van verpleegkundig specialist of verplegingswetenschapper betekent *'weg van het bed'*, zoals een verpleegkundige verwoordde, *'voor wie dat niet wil, is er niets anders'*.

- **Behoud van medewerkers**

Dit houdt verband met de vorige twee punten: door het bieden van ontwikkel- en loopbaanmogelijkheden is functiedifferentiatie een middel om verpleegkundigen aan de afdeling te binden, vinden vooral leidinggevenden. Behoud van medewerkers is van belang omdat verschillende afdelingen te maken hebben met onderbezetting (waardoor soms bedden moeten worden gesloten). Ook zijn er afdelingen waarbij de komende jaren veel ervaren inservice-opgeleide verpleegkundigen met werken stoppen, waardoor het extra van belang is om te laten zien dat de afdeling een aantrekkelijke werkplek is voor verpleegkundigen met uiteenlopende competenties en voorkeuren. Ten slotte is behoud van medewerkers van belang omdat het op diverse plaatsen lastig is verpleegkundigen aan te trekken, die geschikt zijn voor het werk op de afdeling.

- **Beter borgen van niet-patiëntgebonden taken**

Niet-patiëntgebonden taken worden op de meeste afdelingen vrijwillig en per toerbeurt uitgevoerd. Dat gebeurt min of meer vrijblijvend. Als er regieverpleegkundigen zouden zijn, zouden dergelijke taken aan hen kunnen worden toegewezen. Zij zijn dan verantwoordelijk voor die taken.

4.2 Argumenten tegen functiedifferentiatie

▪ **Functiedifferentiatie is niet nodig**

Op een enkele afdeling bestaat de indruk dat vooral van buitenaf en omdat er nu eenmaal verpleegkundige beroepsopleidingen op twee niveaus bestaan, wordt aangedrongen op het onderscheiden van soorten verpleegkundige functies. Terwijl dat vanuit het werk op de specialistische afdeling niet nodig of wenselijk is. Er zijn soms wel verschillen merkbaar tussen een mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundige (zie de volgende paragraaf), maar er kunnen ook verschillen zijn die te maken hebben met ervaring, voorkeuren of interesses. Dergelijke verschillen maken het niet noodzakelijk om onderscheid te maken tussen soorten verpleegkundigen. Kern van het werk is de verpleegkundige zorg aan de specifieke patiëntengroep van de afdeling: iedereen moet dat doen en kunnen. Ook wordt aangegeven dat de ziekenhuisbrede invoering van een regieverpleegkundige van bovenaf en op alle afdelingen niet past bij de gespecialiseerde afdeling, die juist behoefte aan maatwerk heeft.

▪ **Complexiteit als onderscheidend kenmerk**

Er is geen enkele respondent die denkt dat het onderscheiden van gradaties in complexiteit van de zorg, op de specialistische afdeling mogelijkheden biedt om onderscheid te maken tussen verschillende functies. De algemene opvatting is dat het werk op een specialistische afdeling per definitie complex is en dat elke verpleegkundige daarmee moet kunnen omgaan. Bovendien is elke gespecialiseerd verpleegkundige wat de directe patiëntenzorg betreft, geschoold op hbo-niveau.

▪ **Hbo-V als voorwaarde**

In het wetsvoorstel BIG II, dat inmiddels is ingetrokken, was sprake van twee verschillende verpleegkundige beroepen: verpleegkundige en regieverpleegkundige. Voor de functie van regie-verpleegkundige zou een hbo-diploma vereist zijn, behaald vanaf 2012. In verschillende ziekenhuizen waar de functie van regieverpleegkundige op een aantal klinische afdelingen is ingevoerd, wordt ook na het intrekken van het wetsvoorstel, vastgehouden aan die voorwaarde. De meeste respondenten vinden dat dit geen recht doet aan de competenties van de verpleegkundigen in specialistische teams. Omdat elke verpleegkundige (afgezien van degenen in opleiding) dezelfde functiegerichte verpleegkundige vervolgopleiding heeft gevolgd (vaak op hbo-niveau gewaardeerd), is de opvatting dat elke verpleegkundige voor het werk op de afdeling op hetzelfde niveau is geschoold. De initiële opleiding doet er volgens de respondenten dan niet meer toe. Ze zou zeker niet doorslaggevend moeten zijn bij de instroom in bepaalde verpleegkundige functies op de afdeling - als die functies al nodig zouden zijn. Opleiding wordt gezien als een startpunt voor een loopbaan als verpleegkundige, waarna verpleegkundigen doorgroeien door ervaring en bijscholing. Zowel waar het gaat om patiëntgebonden als overstijgende taken.

Bezit van het hbo-diploma als eis om voor bepaalde verpleegkundige functies in aanmerking te komen, ervaren sommige verpleegkundigen als miskenning van de competenties die zij door ervaring en verdere scholing hebben verworven. Dat is met name het geval bij verpleegkundigen die geen hbo-opleiding hebben gevolgd, maar wel al jaren werkzaam zijn op een specialistische afdeling. Ter illustratie staat hierna een beschrijving die een inservice-opgeleide verpleegkundige heeft gemaakt van haar opleiding, ervaring en taken. Volgens deze verpleegkundige heeft ze zoveel in de praktijk opgebouwd, dat het haar overbodig lijkt om alsnog een hbo-opleiding te gaan volgen om in aanmerking te kunnen komen voor de functie van regieverpleegkundige.

Opleiding, ervaring en taken van een inservice-opgeleide verpleegkundige

Afgeronde opleidingen:

- 1991: kinderaantekening;
- 2001: opleiding tot lactatiekundige (borstvoedingsdeskundige, post-hbo);
- 2013: HCN (highcare neonatologie, post-hbo).

Bijscholingen:

- 2 x cursus ernstig zieke kind (1991 en 1996);
- 1996-2000: verschillende cursussen t.a.v. methodisch werken/klinisch redeneren, waaronder anamnese volgens Gordon, verpleegdoelen aan de hand van de PESDIE methode (probleem, etiologie, symptomen, doel, interventie en evaluatie), IVV'erschap (individueel verantwoordelijk verpleegkundige). Dit was nog voor de tijd van het elektronisch patiëntendossier, dus alles moest je zelf uitschrijven!
- 2012: evidence based practice, module in opleiding tot lactatiekundige;
- 2019: klinisch redeneren met behulp van ABCDE-methode, SBARR, EWS;
- 2019-2020: cursus voor afnemen van werkplek assessments. (Doorvragen hoe een verpleegkundige alle beschikbare informatie ordent en hoe ze hierop handelt, gebruik makend van verschillende methodieken. Dit alles bedside bij een patiënt.)

Taken op de afdeling:

- (In verleden) als lactatiekundige: een borstvoedingsprotocol opgesteld, E-learning gemaakt, collega's bedside begeleid, begeleiding ouders.
 - (in 2018): Hix keyuser: bij overgang naar een ander elektronisch patiëntendossier, dit in een werkgroep voorbereid en de collega's begeleid hierin tijdens de overgang.
 - Train de trainer: collega's toetsen op het correct uitvoeren van risicovolle en voorbehouden handelingen.
 - VIM: veilig incidenten melden. Samen met collega screen ik de meldingen van gemaakte fouten, overleg hierover met leiding, informeren en attenderen van collega's. Indien verbetertraject nodig is, deze via leiding overdragen aan andere collega (kan niet alles zelf doen).
 - Werkplek assessor (zie puntje bij bijscholing voor verdere uitleg).
-

5 Wat helpt mee of werkt tegen?

Taakdifferentiatie is geen issue op specialistische afdelingen. Het gebeurt op alle afdelingen in de inventarisatie en op uiteenlopende manieren. In deze paragraaf zullen we ons daarom alleen richten op de manier waarop functiedifferentiatie binnen specialistische afdelingen kan worden bevorderd, dan wel belemmerd. We beschrijven alleen de factoren, niet de mate waarin die een rol spelen. Gezien het relatief beperkt aantal specialistische afdelingen in de inventarisatie kon dat niet worden vastgesteld. Alle factoren zijn afkomstig van de respondenten en hebben betrekking op gespecialiseerde afdelingen, zowel van algemene ziekenhuizen als umc's.

5.1 Factoren die functiedifferentiatie bevorderen

Meer een 'meevaller' dan een factor die functiedifferentiatie bevordert, is het intrekken van het Wetsvoorstel BIG II. De presentatie van dat voorstel leidde tot zo veel onrust, onbegrip en emotie bij verpleegkundigen, vooral bij degenen met een inservice- of mbo-opleiding, dat het op veel specialistische afdelingen de afgelopen tijd nauwelijks nog mogelijk was te praten over functiedifferentiatie. De streep door het wetsvoorstel BIG II maakt het weer mogelijk over functiedifferentiatie te spreken, zij het voorzichtig.

- **Beleid om in het hele ziekenhuis functiedifferentiatie in te gaan voeren.**

De meeste leidinggevenden van specialistische afdelingen geven aan dat ze over de invoering van functiedifferentiatie zijn gaan nadenken, omdat dat vanuit het centrale beleid wordt onderschreven en uitgedragen. Centraal bepaalt vaak niet dat functiedifferentiatie wordt ingevoerd en zeker niet hoe dat dan moet gebeuren: afdelingen kunnen zelf bepalen of functiedifferentiatie iets is dat bij het werk op de afdeling past en wat daarvan de mogelijkheden zijn. Zonder dat beleid zouden verschillende leidinggevenden zich waarschijnlijk nu nog niet met functiedifferentiatie bezig hebben gehouden.

- **Centrale aansturing en ondersteuning**

In vrijwel alle ziekenhuizen wordt de invoering van functiedifferentiatie op organisatieniveau geëntameerd, aangestuurd en ondersteund. Meestal is die omslag nog maar net gemaakt. Soms gebeurde dat na een periode waarin daar op elke afdeling apart over werd gedacht en aan gewerkt. Opdracht aan de afdelingen is om te kijken wat de mogelijkheden van functiedifferentiatie op de afdeling zijn en daarmee aan de slag te gaan. In de regel zijn het klinische afdelingen die als eerste met een proeftuin starten. Zij worden daarbij begeleid door stafmedewerkers met de kennis en kunde om de veranderingen te ondersteunen. De ervaringen die op de klinische afdelingen worden opgedaan, vormen input voor de aanpak van functiedifferentiatie op specialistische afdelingen. In verschillende ziekenhuizen is er een speciaal overleg tussen de specialistische afdelingen over de invoering van functiedifferentiatie, waarin wordt bekeken hoe dat op hun afdelingen vorm kan krijgen. Het kijken naar andere afdelingen en overleggen met andere specialistische afdelingen, laat zien dat er behoefte is aan uitwisseling van informatie over zaken als de doelen van functiedifferentiatie, functieprofielen opstellen en invoering van een nieuwe of vernieuwde functies.

- **Afdelingsspecifieke invulling**

Specialistische afdelingen hechten eraan een vorm van functiedifferentiatie te kunnen kiezen die bij hen past, rekening houdend met de beschikbare competenties van het team en competenties die op de afdeling worden vereist. Dat betekent niet dat elke afdeling zelf een nieuw functieprofiel wil ontwerpen. Wel dat men het ziekenhuisbrede profiel, dat vaak al beschikbaar is, wil kunnen toesnijden op de situatie op de afdeling. Meestal overwegen afdelingen niet om taken op het gebied van de directe patiëntenzorg te herstructureren, maar denken ze aan een nieuwe functie waarin de verpleegkundige de trekker is van projecten om de kwaliteit van zorg te verhogen. Een van de IC's wil misschien op de afdeling eerst samen bepalen welke rollen of onderwerpen worden aangepakt. De ervaringen met functiedifferentiatie elders in het ziekenhuis leren dat bij zo'n aanpak op de ene afdeling heel andere verbeterstappen worden gezet dan op de andere afdeling.

- **Duidelijk maken wat met functiedifferentiatie wordt beoogd**

Als gevolg van het wetsvoorstel BIG II zien veel verpleegkundigen functiedifferentiatie als een instrument om onderscheid aan te brengen tussen verpleegkundigen, louter en alleen op grond van de (ooit) gevolgde initiële beroepsopleiding. Dat functiedifferentiatie de mogelijkheid biedt om te kunnen omgaan met tekorten aan verpleegkundigen en de kwaliteit van zorg te verhogen door zo goed mogelijk van ieders competenties gebruik te maken, is door alle emoties over het wetsvoorstel niet aan de orde. Nu het wetsvoorstel van de baan is, vinden verpleegkundigen het zelf van belang dat er op een goede, begrijpelijke manier wordt aangegeven wat functiedifferentiatie inhoudt en beoogt.

- **Verpleegkundigen betrekken in de projectgroep**

Veelal is er in het ziekenhuis een projectgroep ingesteld die de vormgeving van functiedifferentiatie voorbereidt en de invoering daarvan begeleidt. Volgens verpleegkundigen moeten zij in die projectgroep zitting hebben. Uit de gesprekken blijkt dat verpleegkundigen er niet altijd begrip voor hebben dat 'van bovenaf' wordt bedacht dat functiedifferentiatie nodig is, ook door mensen die volgens hen niet weten wat het dagelijkse werk van de verpleegkundige inhoudt. De verwachting van verpleegkundigen is dat de invoering van functiedifferentiatie wordt vergemakkelijkt als verpleegkundigen hebben kunnen meedenken over de invulling en invoering daarvan. *'Dan heb je bij mij al vijftig procent gewonnen'*, aldus een verpleegkundige.

- **De tijd nemen en het hele team betrekken bij de veranderingen**

Functiedifferentiatie is geen kwestie van even een paar verpleegkundigen opleiden tot regieverpleegkundige. Het is een zaak van van het hele team. Een gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen zal alleen kunnen functioneren als het hele team daaraan meewerkt. Functiedifferentiatie vraagt om een cultuurverandering. Iedereen zal aan de nieuwe situatie moeten wennen. Een intensivere practitioner: *'Toen ik practitioner werd, had niemand op de afdeling daar nog van gehoord. Het heeft vijf jaar gekost om alleen al het woord 'practitioner' gewoon te laten klinken. Dat zal met functiedifferentiatie niet anders gaan, helemaal als dat bij voorbaat al een slechte naam heeft'*. Volgens andere respondenten is werken met verschillende verpleegkundige functies een cultuurverandering, waar een paar jaar overheen gaat voordat dat goed loopt. Bovendien is niet altijd van begin af aan duidelijk hoe die verandering zal verlopen en waartoe die leidt. Maar volgens een van de respondenten zijn dat geen redenen om het dan maar niet te doen: *'Begin op kleine schaal, ga eens wat proberen, kijk eens wat past'*.

- **Oog hebben voor het individu**

Invoering van functiedifferentiatie gebeurt onder meer om de kwaliteit van zorg te verhogen. Iedereen moet daaraan bijdragen en dat betekent dat er niet alleen van de regieverpleegkundige, maar van elke verpleegkundige iets wordt verwacht (bijvoorbeeld iets van jezelf vinden). Volgens een van de zorgmanagers zullen verpleegkundigen daaraan moeten wennen. In het veranderproces moet er goed op worden gelet hoe iedereen daar mee omgaat. Als daar oog voor is, en het wordt gezien wanneer iemand het moeilijk heeft of ergens tegenaan loopt en geholpen wordt om daarin een weg te vinden, helpt dat zeker om het proces te doen slagen.

5.2 Factoren die functiedifferentiatie belemmeren

- **Onduidelijkheid over de aanleiding en doelstelling**

Voor diverse specialistische teams is functiedifferentiatie iets dat ergens anders in de organisatie is bedacht, dat zij vervolgens moeten gaan invoeren. Zonder dat duidelijk is waarom dat eigenlijk moet. De indruk bestaat dat de aanleiding om verpleegkundigen gedifferentieerd te gaan inzetten op bestuurlijk niveau wordt besproken en besloten, maar dat die discussie aan de werkvloer voorbijgaat. Alleen het bericht dat de afdeling gebruik moet gaan maken van functiedifferentiatie komt door. Mogelijk zijn het ook de hoog opgelopen emoties over de BIG II die een goed zicht van de gespecialiseerd verpleegkundige op de doelen en mogelijkheden van functiedifferentiatie belemmerden. Op verschillende specialistische afdelingen is het gesprek daarom een tijdje stilgelegd. Het wordt nu voorzichtig weer opgepakt of op een andere manier gepresenteerd, bijvoorbeeld als onderdeel van verpleegkundig leiderschap.

- **Onvoldoende zicht op de mogelijkheden van functiedifferentiatie**

Verschiedende specialistische afdelingen wijzen erop dat een gespecialiseerd verpleegkundige, wat de directe patiëntenzorg betreft, alles moet kunnen. Er zijn nauwelijks taken die iemand zonder specialistische scholing mag uitvoeren. Op die afdelingen is er voor andere functies in het primaire proces nauwelijks werk: je kunt bij een gespecialiseerd verpleegkundige eigenlijk geen taken weghalen en elders onderbrengen. Een punt dat hieraan raakt, is dat een gespecialiseerde afdeling op elk moment van de dag de zorg moet kunnen leveren die van hen wordt gevraagd. Dat betekent dat elke deskundigheid 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Hoe dan toch van functiedifferentiatie gebruik kan worden gemaakt, is de vraag.

- **Ontbreken van kaders**

De vrijheid om een vorm van functiedifferentiatie te kiezen die bij de afdeling past, wordt gewaardeerd. Maar teveel vrijheid helpt ook niet. Als kaders ontbreken (*'We kregen nog geen A4'tje'*), die aangeven wat de mogelijkheden zijn om dat te doen, of een voorbeeld van een nieuw functieprofiel, moet een afdeling van begin af aan alles zelf uitzoeken. Dit geldt zeker voor specialistische afdelingen, waarvoor het vaak zoeken is naar de vormgeving van een nieuwe functie en de invoering daarvan. Lastig om te bepalen zijn de taken die in de nieuwe functie moeten worden ondergebracht en hoeveel verpleegkundigen met het nieuwe profiel er nodig zijn. Afdelingen beginnen wel met het inventariseren van de behoefte van het team en waar de afdeling een verbeteringslag kan maken. Voorbeelden die dan worden genoemd zijn zaken als innoveren, kwaliteit en klinisch redeneren.

Hoewel onder andere behoefte bestaat aan (passende) voorbeelden van verpleegkundige functieprofielen, worden de profielen van de NVZ en NFU niet gebruikt. Verschillende afdelingen kennen die profielen wel, maar oriënteren zich vooral op het profiel van de regieverpleegkundige dat in hun ziekenhuis op andere afdelingen al is ingevoerd. In een aantal ziekenhuizen is daarbij volgens de respondenten wel gebruikgemaakt van de NVZ- of NFU-profielen. Sommige leidinggevenden vinden dat de profielen die in hun ziekenhuis in de proeftuinen op de klinische afdelingen zijn gebruikt, veel meer regie (zoals aansturen en coördineren) bevatten dan op de specialistische afdeling nodig wordt geacht.

▪ **De argwaan jegens functiedifferentiatie**

Het is al een paar keer aan de orde geweest, maar het wetsvoorstel BIG II en de emoties die dat heeft losgemaakt, maakte het de afgelopen periode op de meeste afdelingen voor leidinggevenden vrijwel niet mogelijk functiedifferentiatie op een zakelijke manier te bespreken. Verschillende respondenten die lid zijn van de verpleegkundige (advies)raad hebben ook die ervaring bij besprekingen van het wetsvoorstel met collega-verpleegkundigen. Grootste angst van verpleegkundigen was dat ze door functiedifferentiatie bepaalde taken niet meer zouden mogen uitvoeren en dat onervaren hbo'ers zouden gaan vertellen wat ervaren mbo'ers moeten doen. Door het intrekken van het wetsvoorstel zijn de emoties wat verminderd en kan er voorzichtig aan weer over functiedifferentiatie worden gesproken. Dat betekent niet dat de argwaan geheel van de baan is. Een leidinggevende zegt dat bij functiedifferentiatie verschillen tussen verpleegkundigen worden geformaliseerd. Dat betekent vrijwel altijd dat er een groep is die zich ondergewaardeerd zal vinden. Als dat op een afdeling de grootste groep is krijg je volgens die leidinggevende een heel andere dynamiek, dan wanneer het maar om een paar personen gaat.

▪ **Geen financiële waarderingsmogelijkheden**

Met name op de intensive care en spoedeisende hulp geven leidinggevenden aan dat ze nauwelijks mogelijkheden hebben om bij de invoering van de functie van regieverpleegkundige, verpleegkundigen in die functie anders te belonen dan nu gebeurt. Die extra beloning wordt nodig geacht omdat regieverpleegkundigen overstijgende taken zullen gaan uitvoeren met meer verantwoordelijkheden. Gevreesd wordt dat mensen de functie daardoor minder aantrekkelijk vinden en de invoering van functiedifferentiatie ook minder serieus zullen nemen. Die signalen krijgen ze nu al. De enige mogelijkheden die leidinggevenden nu hebben om mensen te belonen, is het toekennen van uren om overstijgende taken uit te voeren of het laten volgen van scholing.

Een van de leidinggevenden wijst erop dat een functie, zoals regieverpleegkundige, kosten met zich meebrengt, omdat het gaat om een functie aan de bovenkant van het functiegebouw. Om dat financieel recht te trekken, zou je ook aan de onderkant taken moeten afsplitsen. Hoe dat zou moeten is niet duidelijk: *'Als ik al iets had gevonden op het differentiëren aan de onderkant, had ik differentiatie aan de bovenkant al lang doorgevoerd'*.

▪ **De krapte op de arbeidsmarkt**

Tekort aan verpleegkundigen belemmert ook het werven van hbo'ers. Soms zouden afdelingen wel liever (meer) verpleegkundigen met een diploma van de hbo-opleiding Verpleegkunde aantrekken, maar zijn die niet te krijgen. Volgens een van de leidinggevenden kwam de aandacht voor functiedifferentiatie in eerste instantie dan ook voort uit het zoeken naar mogelijkheden om hbo'ers voor het ziekenhuis te behouden, niet vanwege de toenemende complexiteit van zorg.

Ze vindt het ook alleszins begrijpelijk dat hbo-verpleegkundigen willen doen waarvoor ze zijn opgeleid. En daar dan ook voor betaald worden.

▪ **De omvang van het team**

Een factor die gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen niet zozeer belemmert, maar wel lastig maakt, is de ervaring op een kleine afdeling. In de directe patiëntenzorg moet elke gespecialiseerd verpleegkundige in het team hetzelfde kunnen en doen, waardoor geen mogelijkheden worden gezien om taken te verdelen. Bovendien besteden verpleegkundigen het grootste deel van hun tijd aan de directe patiëntenzorg. Voor taakherschikking resteren dan alleen de niet-patiëntgebonden taken. Ook een meer hiërarchische positionering van de functie, zou niet passen bij kleine teams.

▪ **Het diploma van de hbo-v als voorwaarde**

Een nieuwe verpleegkundige functie met als eis dat kandidaten, afgezien van de competenties waarover ze voor die functies al beschikken, bepaalde vooropleiding moeten hebben, kan bij verschillende afdelingen op weinig bijval rekenen. Het belangrijkste bezwaar daartegen is dat dat geen recht doet aan de competenties van de verpleegkundigen in het specialistische team. Het gaat om de competenties waarover verpleegkundigen nú beschikken, is de opvatting. Op welke manier ze die dan ook hebben verworven. Op een van de afdelingen zou de eis dat bijvoorbeeld een regieverpleegkundige recent een hbo-opleiding moet hebben gevolgd, betekenen dat er maar één verpleegkundige direct voor die functie in aanmerking komt, omdat de rest een inservice- of mbo-opleiding heeft gevolgd of een hbo-v-diploma heeft van voor 2012.

▪ **De weerstand bij artsen tegen functiedifferentiatie**

Ook bij artsen blijkt weerstand te bestaan tegen het gedifferentieerd inzetten van verpleegkundigen. *'Verpleegkundigen horen aan het bed'*, was een van eerste dingen die een leidinggevende te horen kreeg toen ze de Medical Board in het ziekenhuis kwam informeren over de plannen om functiedifferentiatie in te voeren: *'Moet je naast alle weerstand die er al is, ook die groep nog eens overtuigen.'*

6 Onderscheid mbo-hbo

In de gesprekken met respondenten van de specialistische teams is ook aan de orde gesteld of en hoe de verschillende vooropleidingen van verpleegkundigen (inservice, mbo of hbo) doorwerken in het werk. En hoewel er op alle afdelingen verpleegkundigen werken met een inservice-, mbo- of hbo-opleiding, ging het in de interviews al snel vooral over de verschillen tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. In deze paragraaf besteden we daarom aandacht aan deze twee groepen verpleegkundigen. Besproken is de rol van de vooropleiding bij de werving van verpleegkundigen, de patiënt- en niet-patiëntgebonden taken, de competenties van verpleegkundigen en de vervolgopleiding.

6.1 Werving van niet-gespecialiseerd verpleegkundigen

Bij het aannemen van nieuwe verpleegkundigen blijken afdelingen in verschillende mate rekening te houden met vooropleiding. Alle varianten komen voor: geen onderscheid, voorkeur voor hbo of mensen met een hbo-werk- en -denkniveau, voorkeur voor een mix van mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen tot en met het aannemen van uitsluitend hbo'ers. Verschillende leidinggevenden geven aan dat ze, gelet op de toenemende complexiteit van de zorg, liever (meer) hbo-opgeleide verpleegkundigen aan willen trekken, maar dat dat door de krappe arbeidsmarkt niet lukt. Er zijn ook afdelingen die enkele jaren geleden vooral hbo'ers aannamen, die bovendien elders al ervaring moesten hebben opgedaan. Omdat ze die niet meer voldoende kunnen krijgen, proberen die afdelingen nu ook (goede) mbo'ers aan te trekken.

Op een van de afdelingen moeten mbo'ers die er willen werken eerst een assessment doen. Daarin wordt bepaald of ze over hbo werk- en denkniveau beschikken. Alleen als dat zo is, worden ze aangenomen. De voorkeur voor hbo'ers kan ook te maken met de bestaande personeelssamenstelling. Zo heeft een van de afdelingen het liefst pas gediplomeerde hbo-verpleegkundigen, omdat op de afdeling nu vooral (oudere) inservice-opgeleide verpleegkundigen werkzaam zijn. Leidinggevenden die geen voorkeur hebben voor mbo-of hbo-opgeleide verpleegkundige, zeggen dat het hen vooral gaat om de ambitie, gedrevenheid en potentie van een sollicitant.

Een van de SEH's maakt geen onderscheid naar verpleegkundige vooropleiding, maar stelt als eis dat een verpleegkundige die op de afdeling wil komen werken eerst elders minimaal twee jaar als gediplomeerd verpleegkundige heeft gewerkt. Het maakt niet uit waar. Dat kan een ziekenhuis zijn, de thuiszorg of de psychiatrie; het gaat erom dat de kandidaat zich heeft ontwikkeld in een verantwoordelijke rol. Op die afdeling is het een pluspunt als iemand al eerder een verpleegkundige vervolgopleiding heeft gedaan. Reden daarvoor is dat de opleiding Spoedeisendehulpverpleegkundige pittig is en verpleegkundigen op de afdeling te maken hebben met een hoge sociale en emotionele belasting. De ervaring is dat verpleegkundigen die al eerder een vervolgopleiding hebben gevolgd, minder moeite hebben met de opleiding Spoedeisendehulpverpleegkundige dan verpleegkundigen zonder vervolgopleiding. *'De overstap kost sowieso al veel energie en als je dan ook weer moet wennen aan het gaan leren, vraagt dat veel van je.'*

Afdelingen die uitsluitend hbo'ers aannemen, zien zich daar naar eigen zeggen toe genoodzaakt omdat ze het niveau van de mbo-opgeleide verpleegkundige onvoldoende vinden voor de specifieke zorg die op deze afdeling geleverd wordt. Dat geldt zowel voor het met succes kunnen deelnemen aan de vervolgopleiding als voor het goed kunnen functioneren op de afdeling. Het niveau van pas gediplomeerde mbo-verpleegkundigen blijft achter bij de toenemende complexiteit van zorg, is de ervaring. Het komt overigens ook wel voor dat tijdens of na het traineeship (de periode waarin startende verpleegkundigen kennismaken met het specialisme) afscheid wordt genomen van een hbo-opgeleide verpleegkundige. Een reden daarvoor kan zijn dat het die verpleegkundige ontbreekt aan competenties als reflecteren of klinisch redeneren. Ook wordt soms geconstateerd dat het niveau ontbreekt om de vervolgopleiding succesvol af te ronden of op de afdeling te kunnen werken.

Tot slot is de ervaring van een van de leidinggevenden, die ook vindt dat het niveau van de mbo-opgeleide verpleegkundige de laatste jaren is afgenomen, dat het niveau van de hbo-instroom de laatste jaren juist hoger is dan voorheen. Het gat dat daardoor ontstaat tussen mbo en hbo-opgeleide verpleegkundigen, wordt volgens deze leidinggevende nu nog opgevangen door de inservice-opgeleide verpleegkundigen (*'vijftigers met dertig jaar ervaring'*). Over een aantal jaren werkt deze groep niet meer.

6.2 Patiënt- en niet-patiëntgebonden taken

Gespecialiseerd verpleegkundigen hebben hun specifieke deskundigheid en vaardigheid om op een specialistische afdeling te werken, verworven via een vervolgopleiding. Vaak is dat een opleiding op NLQF niveau 6, vergelijkbaar met hbo-niveau. Zowel verpleegkundigen die een inservice-, mbo- als hbo-opleiding hebben gevolgd, zijn voor de directe patiëntenzorg daarom op hetzelfde niveau geschoold, zeker waar het gaat om de directie patiëntenzorg. Vrijwel elke respondent vindt dat je aan bed niet kunt zien (en ook niet moet kunnen zien) wat voor vooropleiding een verpleegkundige heeft gevolgd: *'de patiënt merkt geen verschil.'* In de interviews wordt wel geopperd dat de ervaring die mensen na hun opleiding opdoen en hun persoonlijkheid, wellicht een belangrijkere rol spelen dan het niveau van de vooropleiding die iemand heeft gevolgd.

Een enkele verpleegkundige die van een algemene verpleegafdeling komt, vindt dat je daar wel verschil merkt tussen de mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundige (of verpleegkundigen met een hbo-werk- en -denkniveau), maar op de specialistische afdeling niet. Verpleegkundigen geven in de gesprekken vaak aan dat ze meestal niet weten welke beroepsopleiding collega's hebben gevolgd. Omdat elke verpleegkundige op een specialistische afdeling, wat de benodigde specifieke deskundigheid en vaardigheden betreft, op hetzelfde niveau van de vervolgopleiding is geschoold, zal de invoering van functiedifferentiatie niet betekenen dat het werk aan bed verandert, is de verwachting. *'Aan het bed hoef ik niet te coachen en niets uit te leggen'*, geeft een regieverpleegkundige in opleiding aan.

De meeste respondenten zien wel verschillen bij overstijgende taken die met vooropleiding te maken hebben, zoals bij de deelname aan werkgroepen, klinisch redeneren, bevorderen van het EPB-denken en -werken, evalueren en rollen als dagcoördinator of practitioner. Als verschil wordt bijvoorbeeld gewezen op de helicopterview van hbo'ers, dat ze meer oog hebben voor details en de capaciteit hebben om zaken die worden gesignaleerd om te zetten in processen.

Diverse leidinggevenden hebben daarom voor het uitvoeren van niet-patiëntgebonden taken, een voorkeur voor een verpleegkundige met een hbo-achtergrond of hbo-werk- en -denkniveau.

6.3 Competenties

In de directe patiëntenzorg merkt niemand verschil tussen verpleegkundigen met een verschillende vooropleiding. Voor de overstijgende taken is dat een ander verhaal. Het verschil tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen is vooral zichtbaar als het gaat om zaken als het indiceren en organiseren van zorg over de werkvelden heen, evidence-based practice (inclusief het invoeren daarvan), klinisch redeneren, coaching, literatuuronderzoek, praktijkgericht onderzoek en klinisch leiderschap (niet hiërarchisch): hbo'ers worden daar in hun opleiding beter in geschoold en ambiëren dat daarom ook meer dan mbo'ers, is de ervaring. Een inservice-opgeleide verpleegkundige die nu de verkorte opleiding hbo-V volgt (*'niet moeilijk, maar veel'*), merkt door het volgen van die opleiding wel dat er een verschil is, maar geeft aan dat dat niet geldt voor de directe patiëntenzorg. Voorbeelden daarvan zijn dat je breder leert kijken. Daardoor krijg je meer oog voor hoe het er in het ziekenhuis aan toe gaat en voor zaken als het samen werken aan kwaliteitsverbetering. Ook ben je meer bezig met evidence-based practice en doe je kennis op van verschillende modellen: *'dat maakt het werk veel leuker.'*

Verpleegkundigen met hbo-niveau pakken rollen als dagcoördinator en practitioner vaak sneller op, is de ervaring. Voor deze rollen is vaak een overstijgende blik nodig. Als dagcoördinator moet je bijvoorbeeld goed kunnen bepalen hoe het op de hele afdeling loopt; je moet dat goed kunnen overzien. Ook in kwaliteitsprojecten weten verpleegkundigen van hbo-niveau meestal goed de verbanden te leggen, bijvoorbeeld om literatuuronderzoek te verbinden met de praktijk: *'op dat gebied zie je een groot verschil met mbo'ers'*, vindt een leidinggevende.

Een van de leidinggevenden merkt dat hbo-opgeleide verpleegkundigen vanuit hun opleiding hebben meegekregen om problemen die ze signaleren, op te pakken en ermee aan de slag te gaan: *'...die maakt er een PICO-vraag¹⁵ van, bedenkt of er bijvoorbeeld scholing nodig is en schrijft een CAT¹⁶'*. Bij mbo-opgeleide verpleegkundigen is dat minder vanzelfsprekend, is haar ervaring.

Een verpleegkundige van een afdeling oncologie vindt dat het belangrijk is dat verpleegkundigen op de afdeling verbanden kunnen zien: *'We hebben heel veel protocollen, maar het is toch weinig geprotocolleerd werken. De zorg die je verleent moet heel erg op de maat van de patiënt zijn: elke tumor en elke patiënt is uniek. De zorg is voor elke patiënt weer anders en de protocollen zijn daarin leidraad, maar je moet continu bijsturen. Dat niveau moet je wel hebben. Je bent klankbord van de arts en moet goed kunnen beargumenteren wat je ziet. Het niet-pluis-gevoel hebben we hier hoog in het vaandel.'*

Er wordt niet alleen gewezen op de verschillen tussen hbo'ers en mbo'ers maar ook tussen recent en langer geleden gediplomeerde hbo-verpleegkundigen. De recent gediplomeerde hbo-

15 PICO staat voor patiënt/populatie/probleem, interventie, comparison en outcome, en is een methode om een vraag goed te analyseren.

16 CAT betekent Critical Appraised Topic, een methode om literatuur te verzamelen en analyseren.

verpleegkundigen hebben volgens de respondenten in hun opleiding veel meer te maken gehad met reflectieverslagen, gezichtspunten, het managen van de verwachtingen van anderen en dergelijke, dan vroeger in de hbo-opleiding het geval was. *'Recent opgeleide hbo'ers zijn gewend om buiten hun eigen kaders te zoeken en te denken. Bij de oudere hbo'ers merk ik op dat gebied geen verschil met de mbo'ers'.*

6.4 De vervolgopleiding

Als gespecialiseerd verpleegkundigen met een inservice of mbo-opleiding de hbo-V willen gaan volgen, wordt dat op vrijwel alle afdelingen gestimuleerd en gefaciliteerd, tenzij daarvoor geen financiële middelen zijn. Vaak gebeurt dat met het oog op de persoonlijke ontwikkeling van verpleegkundigen (en dan mede als *'satisfier'*, zoals een leidinggevende aangaf, dus met het oog op de werktevredenheid van iemand), maar ook omdat hbo-competenties interessant voor de afdeling zijn. Dat geldt met name voor bepaalde rollen en werkgroepen die er op een afdeling zijn.

Een van de IC's is bezig met het opstellen van een plan om mbo-opgeleide verpleegkundigen in staat te stellen de verkorte hbo-V te gaan volgen. Aanleiding daarvoor is dat de afdeling met veel projecten te maken heeft die op een of andere manier niet goed lopen. Bijvoorbeeld projecten op het gebied van kwaliteit, verpleegtechnisch handelen of evidence-based practice. Zulke projecten krijgen niet de aandacht die ze zouden moeten hebben en brengen daardoor op de werkvloer niet de veranderingen teweeg die met de projecten worden beoogd. Verwacht wordt dat wie de hbo-V heeft gevolgd, beter is toegerust om dergelijke projecten op zich te nemen.

Verschillende leidinggevenden zeggen te merken dat mbo'ers vaak moeite hebben met de vervolgopleiding en dat hbo'ers daar veel gemakkelijker doorheengaan. Vanwege de tekorten waarmee verschillende afdelingen te maken hebben, vinden leidinggevenden dat ze het zich niet kunnen permitteren dat mensen tijdens de opleiding uitvallen. In die gevallen is er een voorkeur om hbo-opgeleide verpleegkundigen aan te nemen.

7 Antwoorden en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk beantwoorden we de vragen die het vertrekpunt waren voor de inventarisatie. Daarna formuleren we een aantal maatregelen en oplossingen die op basis van de inventarisatie mogelijk worden geacht om verder vorm te geven aan functiedifferentiatie op specialistische afdelingen.

7.1 Beantwoording van de vragen

1. *Hoe is het werk op specialistische ziekenhuisafdelingen georganiseerd?*

We beperken ons hierbij tot het werk van de verpleegkundigen. Op alle specialistische ziekenhuizen werken gespecialiseerd verpleegkundigen, die naar schatting van de respondenten tachtig tot negentig procent van hun tijd besteden aan patiëntenzorg. Daaronder vallen alle activiteiten die direct of indirect zijn gericht op de patiënt. De verpleegkundigen zijn gespecialiseerd omdat ze na hun initiële opleiding een op de afdeling gerichte verpleegkundige vervolgopleiding vergelijkbaar aan hbo-bachelorniveau hebben gevolgd. Daardoor beschikken ze over de specifieke deskundigheid en vaardigheden die voor de patiëntenzorg op deze afdelingen nodig zijn. Voorafgaande aan de vervolgopleiding kunnen verpleegkundigen een inservice-, mbo- of hbo-opleiding hebben gevolgd, maar voor de taken aan bed is dat niet van belang: elke gespecialiseerde verpleegkundige kan en doet aan het bed hetzelfde.

Naast de patiëntgebonden taken zijn er niet-patiëntgebonden of overstijgende taken. Vaak zijn die in rollen geformaliseerd. Voorbeelden daarvan zijn de senior verpleegkundige, intensivecarepractitioner en dagcoördinator. Verder is het op de meeste afdelingen de gewoonte dat een verpleegkundige, naast de patiëntenzorg, aandacht besteedt aan een bepaald zorginhoudelijk thema, aangeduid met aandachtsgebied of -veld. Voorbeelden daarvan zijn veilig incidenten melden, evidence-based practice, het elektronisch patiëntendossier, protocollen maken of bewerken, bij- en nascholing, klinisch redeneren en overleggen zoals de verpleegkundige (advies)raad, verpleegkundige staf of ondernemingsraad. Meestal wordt verwacht dat elke verpleegkundige, alleen of met meerdere collega's, een of meerdere aandachtsgebieden op zich neemt.

Anders dan bij de patiëntenzorg, waarvoor elke verpleegkundige op hetzelfde niveau is geschoold, wordt er bij de verdeling van rollen en aandachtsgebieden niet van uitgegaan dat elke verpleegkundige dat even goed kan of in dezelfde mate ambieert. Vaak hebben leidinggevenden een voorkeur voor een verpleegkundige met een hbo-vooropleiding of hbo-werk- en -denkniveau, omdat voor rollen en aandachtsgebieden in de regel competenties nodig zijn waarvoor hbo-opgeleide verpleegkundigen beter zijn toegerust dan mbo-opgeleide verpleegkundigen, vinden de respondenten. Voorbeelden zijn het indiceren en organiseren van zorg over de werkvelden heen, evidence-based practice (inclusief het invoeren daarvan), klinisch redeneren, coaching, literatuur opzoeken, praktijkgericht onderzoek uitvoeren en klinisch leiderschap (niet hiërarchisch).

2. *In welke mate zijn specialistische afdelingen bekend en bezig met het maken van onderscheid tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen? Welke opvattingen bestaan daarover?*

Elke specialistische afdeling in de inventarisatie is bekend met het maken van onderscheid tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. De meeste afdelingen zijn zich aan het oriënteren op hoe dat binnen hun afdeling kan worden vormgegeven en uitgevoerd. Eén afdeling maakt al wel onderscheid tussen mbo- en hbo-initieel opgeleide verpleegkundigen. Deze afdeling onderscheidt naast de gespecialiseerd verpleegkundige de functie van regieverpleegkundige, die alleen kan worden vervuld door verpleegkundigen met een hbo-opleiding. Verpleegkundigen die geen hbo-opleiding hebben gevolgd en wel regieverpleegkundigen willen worden, volgen een verkort traject hbo-Verpleegkunde. Vijf van de dertien afdelingen die nu geen onderscheid maken tussen verpleegkundigen met een bepaald opleidingsniveau, zullen dat ook de komende jaren niet doen (wat de redenen daarvoor zijn, staat in het antwoord op vraag 5).

Onderscheid maken tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen houdt bij de meeste afdelingen in, dat zij zich richten op het creëren van een functie die alleen kan worden uitgevoerd door verpleegkundigen met een hbo-opleiding of met een hbo-werk- en -denkniveau. Dat zal geen functie zijn in de directe patiëntenzorg, maar een functie die zich gaat richten op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Maar daarvoor worden die functionarissen niet als enige verantwoordelijk en daar worden ze ook niet als enige in het team op voorbereid. De kwaliteit van zorg gaat het hele team aan en kan niet worden gerealiseerd door er een aparte functie voor te creëren en het daarbij te beleggen, is de opvatting. Door de complexere zorgvragen, worden extra eisen gesteld aan de verpleegkundige zorg en het hele team moet daarin mee. De regieverpleegkundige¹⁷ moet daarbij een voortrekkersrol gaan vervullen. Op de meeste afdelingen wordt daarom ook met het hele team gekeken naar de mogelijkheden van functiedifferentiatie om met bepaalde onderwerpen aan de slag te gaan en daar samen doelen voor te formuleren. Omdat het verbeteren van zorg de verantwoordelijkheid is van het hele team, zijn er op een van de afdelingen twee scholingstrajecten opgezet waaraan elke verpleegkundige moet deelnemen: een traject voor verpleegkundigen en een traject voor regieverpleegkundigen. Gedachte daarachter is dat alleen samen de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd, en dat elke verpleegkundige vanuit haar plek of rol daaraan meewerkt.

De inventarisatie laat zien dat de meeste specialistische afdelingen positief staan tegenover de invoering van functiedifferentiatie. Het merendeel van de afdelingen is bezig om zich daarop te oriënteren, of is dat al aan het voorbereiden. Veel afdelingen vinden het positief dat er onderscheid gemaakt gaat worden tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen en vinden dat ook noodzakelijk. Dat geldt zowel voor leidinggevenden als verpleegkundigen. Belangrijkste redenen die zij daarvoor geven zijn de toenemende complexiteit van de zorg, de noodzaak om de kwaliteit van zorg verhogen, gebruik willen maken van de beschikbare competenties in het team, professionalisering van het verpleegkundig beroep, ontwikkelmogelijkheden en loopbaanperspectief bieden en behoud van medewerkers. Aanleiding om daarvoor naar de mogelijkheden van functiedifferentiatie te kijken, zijn de ervaringen die op andere afdelingen in het ziekenhuis daarmee al zijn opgedaan. Ook gebeurt dat vanwege de vraag vanuit de

¹⁷ Voor de leesbaarheid gebruiken we deze naam als aanduiding van de nieuwe verpleegkundige functie, omdat dat ook zo gebeurt in ziekenhuizen die al een nieuwe verpleegkundige functie hebben ingevoerd.

ziekenhuisorganisatie om op alle afdelingen in het ziekenhuis na te gaan wat de perspectieven van functiedifferentiatie voor de afdeling zijn. Daarnaast kan het vastgesteld beleid zijn om in het hele ziekenhuis op elke afdeling functiedifferentiatie in te voeren.

Op één van de gespecialiseerde afdelingen die aan de inventarisatie hebben meegedaan, is functiedifferentiatie al ingevoerd en wordt naast de functie van gespecialiseerd verpleegkundige de functie regieverpleegkundige onderscheiden. Dat is ook de functie die andere afdelingen overwegen in te voeren, al is niemand gelukkig met de naam van de functie. Zoals eerder aangegeven, stellen vrijwel alle afdelingen zich namelijk voor een functie te creëren die vooral een rol gaat spelen bij het verhogen van de kwaliteit, geen functie die vooral regietaken heeft.

Een paar specialistische afdelingen zijn niet van plan om gebruik te maken van functiedifferentiatie. Belangrijkste reden is dat zij daar de noodzaak niet van zien. Ze vinden dat ze met de huidige verpleegkundigen al beschikken over de competenties en mogelijkheden om te kunnen anticiperen op de toenemende complexiteit van zorg. Op één afdeling is de krappe arbeidsmarkt in de zorg reden om ten minste de komende jaren nog geen functiedifferentiatie in te voeren.

3. *Welke functies komen er op welke afdelingen voor? Hoe zijn de taken naar functies georganiseerd? In welke functies hebben verpleegkundigen welke opleiding(en) en cursussen gevolgd?*

Op specialistische afdelingen is vrijwel elke verpleegkundige een gespecialiseerd verpleegkundige, die een op het specialisme van de afdeling gerichte vervolgopleiding heeft gevolgd (zie tabel 7.1). Elk van die verpleegkundigen is werkzaam in de directe patiëntenzorg.

Tabel 7.1. – Verpleegkundige functies op de specialistische afdelingen in de inventarisatie

Afdeling	Verpleegkundige functies
Intensive care	Intensivecareverpleegkundige Intensivecarepractitioner
Medium care	Mediumcareverpleegkundige
Spoedeisende hulp	Spoedeisendehulpverpleegkundige Senior spoedeisendehulpverpleegkundige Masterverpleegkundige Medisch hulpverlener
Kinderafdeling	Kinderverpleegkundige Neonatologieverpleegkundige Highcare-neonatologieverpleegkundige Verpleegkundige
Obstetrische high care	Obstetrieverpleegkundige
(Chirurgische) oncologie	Oncologieverpleegkundige Senior oncologieverpleegkundige Regieverpleegkundige Verpleegkundige

Andere functies naast die van gespecialiseerd verpleegkundige zijn senior verpleegkundige, regieverpleegkundige of intensiverepractitioner. Dit zijn geen hiërarchische functies, maar zijn gespecialiseerd verpleegkundigen met een aantal specifieke taken of bepaalde deskundigheid. Twee afdelingen kennen nog de functie van 'gewone' verpleegkundige. Die wordt ingezet om te voorkomen dat vanwege het tekort aan gespecialiseerd verpleegkundigen, bedden moeten worden gesloten.

Gespecialiseerd verpleegkundigen volgen tijdens hun loopbaan scholing om in hun vak bij te blijven of om zich in bepaalde aspecten van het werken te verdiepen. Zoals het omgaan met bepaalde apparatuur, reanimatie, donatie, beademing, begeleiden van stagiaires en leerlingen et cetera. Intensiverepractitioners hebben na de vervolgopleiding intensivereverpleegkundige nog de vervolgopleiding intensiverepractitioner afgerond. De opleiding kent vier uitstroomprofielen: ventilationpractitioner, circulationpractitioner, neuralpractitioner en renalpractitioner. Gespecialiseerd verpleegkundigen op de afdeling Obstetrie high care hebben na de vervolgopleiding Obstetrieverpleegkundige de scholing Obstetrische High Care gevolgd. Kinderoncologieverpleegkundigen ten slotte, hebben na de vervolgopleiding kinderverpleegkundige de vervolgopleiding kinderoncologieverpleegkundige gevolgd.

4. Wordt onderscheid gemaakt tussen functieniveaus in het verpleegkundige team? Waarom wel of niet? Welke factoren bevorderen en belemmeren de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen?

In de verpleegkundige teams op de specialistische afdelingen wordt geen onderscheid gemaakt tussen functieniveaus. Zoals eerder aangegeven zijn gespecialiseerd verpleegkundigen zo'n tachtig tot negentig procent van hun tijd bezig met directe patiëntenzorg, waarvoor elke verpleegkundige op hetzelfde niveau is geschoold. Omdat iedereen in de patiëntenzorg hetzelfde moet doen en kunnen, worden op dat gebied geen functies onderscheiden en daarmee dus ook geen functieniveaus. In de overstijgende taken worden wel verschillende functies onderscheiden, maar die verschillen niet naar niveau.

Vanwege de opvatting dat elke gespecialiseerd verpleegkundige alle patiëntgebonden taken moet kunnen uitvoeren, stellen sommige afdelingen de vraag of functiedifferentiatie wel haalbaar is. Het is voor deze afdelingen niet duidelijk welke taken wél van de functie van gespecialiseerd verpleegkundige zouden kunnen worden afgesplitst. Dat is eens te meer aan de orde op afdelingen waar de niet-patiëntgebonden taken worden beschouwd als onlosmakelijk verbonden met de directie patiëntenzorg.

Er zijn diverse factoren die volgens de respondenten het onderscheiden van verschillende verpleegkundige functies (niet van functieniveaus) bevorderen:

- het beleid om in het hele ziekenhuis functiedifferentiatie in te gaan voeren;
- een centrale aansturing en ondersteuning van afdelingen die functiedifferentiatie willen invoeren;
- de mogelijkheid om de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen in te vullen op een wijze die bij de afdeling past;
- iedereen duidelijk maken wat met functiedifferentiatie wordt beoogd;
- verpleegkundigen betrekken in de projectgroep die de vormgeving van functiedifferentiatie voorbereidt en de invoering daarvan begeleidt;

- de tijd nemen en het hele team betrekken bij de veranderingen;
- er oog voor hebben hoe elk individu het veranderproces doorloopt.

Factoren die functiedifferentiatie belemmeren:

- de onduidelijkheid over de aanleiding voor functiedifferentiatie en de doelen die daarmee worden beoogd;
- onvoldoende zicht hebben op de mogelijkheden van functiedifferentiatie (welke taken kunnen daarin worden betrokken?);
- de argwaan jegens functiedifferentiatie, die een gevolg is van de emoties rond het wetsvoorstel BIG II en de angst daardoor taken kwijt te raken;
- geen mogelijkheden om een nieuwe functie met extra taken en verantwoordelijkheden financieel te waarderen, waardoor functiedifferentiatie niet mogelijk wordt geacht of leidinggevend vrezende dat verpleegkundigen de functie minder aantrekkelijk vinden en de invoering van functiedifferentiatie ook minder serieus zullen nemen;
- de krapte op de arbeidsmarkt, die het werven van hbo'ers niet mogelijk maakt;
- het ontbreken van kaders om functiedifferentiatie vorm te geven en in te voeren;
- het diploma van de hbo-V als voorwaarde om een bepaalde functie te mogen vervullen; dat is vooral op dit moment een belemmerende factor omdat dat geen recht zou doen aan het feit dat verpleegkundigen door jarenlange ervaring en bijscholing over veel meer competenties beschikken dan ze in hun initiële verpleegkundige beroepsopleiding hebben opgedaan;
- de weerstand bij artsen tegen functiedifferentiatie, waarmee een enkele afdeling zich zag geconfronteerd.

5. *Als er op dit moment geen onderscheid wordt gemaakt tussen verpleegkundige functieniveaus, zal dat dan ook de komende jaren niet gebeuren? Indien niet: zijn er situaties denkbaar dat dit wel gebeurt?*

Zoals in het antwoord op vraag 2 aangegeven, zijn de meeste afdelingen zich momenteel aan het oriënteren op hoe functiedifferentiatie op hun afdeling kan worden vormgegeven en uitgevoerd. Verwacht wordt dat deze ontwikkeling de komende jaren zijn beslag krijgt. In dat geval wordt er onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen die wel of geen hbo-opleiding hebben (of door scholing en ervaring beschikken over een vergelijkbaar werk- en denkniveau). Vrijwel overal zal dat gebeuren in de vorm van de introductie van de regieverpleegkundige. Vaak is die functie elders in het ziekenhuis, op klinische afdelingen, al wel ingevoerd. Kerntaak van de regieverpleegkundige op een specialistische afdeling wordt het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het ondersteunen van het team om daaraan gezamenlijk te werken. Taken die daarbij horen liggen op het gebied van het versterken van evidence-based practice, klinisch redeneren, coaching, literatuuronderzoek en praktijkgericht onderzoek uitvoeren. Ook wordt wel overwogen om vooral, of ook, overstijgende taken zoals het werken aan zorginhoudelijke aandachtsgebieden en deelname aan werkgroepen en commissies, bij de nieuwe verpleegkundige functie onder te brengen. Als voordeel wordt gezien dat dergelijke taken dan beter kunnen worden geborgd. Als nadeel dat verpleegkundigen die geen regieverpleegkundige worden en nu naar tevredenheid deze taken uitvoeren ('de krenten uit de pap'), dat straks opeens niet meer mogen doen.

Zes afdelingen die nu geen onderscheid maken tussen verpleegkundigen met een bepaald opleidingsniveau, zullen dat ook de komende jaren niet doen. De redenen daarvoor variëren:

- dat heeft geen zin omdat het niets toevoegt aan de huidige kwaliteit van het team;
- het niveau van mbo-opgeleide verpleegkundige sluit niet aan bij de toenemende complexiteit van zorg op de afdeling (een Intensive Care);
- het is niet duidelijk hoe dat kan worden gefinancierd;
- vanwege de krapte op de arbeidsmarkt kunnen niet voldoende hbo-opgeleide verpleegkundigen worden aangetrokken.

6. *In hoeverre zijn de generieke functieprofielen van verpleegkundigen, die door de NVZ en NFU zijn opgesteld, op de afdeling bruikbaar? Als ze niet bruikbaar zijn, is het dan wenselijk om de profielen zodanig bij te stellen, dat ze wel op de afdeling gebruikt zouden kunnen worden? Om wat voor zaken gaat het dan?*

Verschillende afdelingen kennen de profielen wel, maar oriënteren zich vooral op het profiel van de regieverpleegkundige dat in hun ziekenhuis op andere afdelingen al is ingevoerd. Voor zover kon worden vastgesteld maken de afdelingen daarbij wel eens gebruik van de NVZ- of NFU-profielen, maar bewerkt en toegespitst op het eigen ziekenhuis. Uit de inventarisatie blijkt dat afdelingen die met functiedifferentiatie aan de slag willen, vooral worstelen met de vraag hoe ze dat moeten vormgeven (om welke taken en competenties gaat het) en invoeren. Dat ze 'achterlopen' ten opzichte van de algemene afdelingen in het ziekenhuis, die al wel functiedifferentiatie hebben ingevoerd, vinden de meeste leidinggevenden daarom geen probleem. De ervaringen die elders in het ziekenhuis worden opgedaan, kunnen ze goed gebruiken om antwoord op deze vraag te vinden. Overigens is het wel denkbaar dat wanneer de profielen gebruikt gaan worden, dat niet zonder meer mogelijk is. Zoals eerder beschreven zien specialistische afdelingen geen mogelijkheden om taken in de directe patiëntenzorg af te splitsen. Ook bestaat er geen behoefte aan een nieuwe verpleegkundige functie met taken op het gebied van regie en coördinatie; voor specialistische afdelingen gaat het vooral om taken op het gebied van kwaliteit van zorg.

De inventarisatie laat zien dat op de meeste afdelingen nog geen zicht is op het precieze takenpakket van de regieverpleegkundige. De functiebeschrijvingen van regieverpleegkundigen die elders in het ziekenhuizen zijn opgesteld, kunnen volgens verschillende respondenten niet een-op-een worden overgenomen omdat op specialistische afdelingen in de directe patiëntenzorg geen mogelijkheid wordt gezien om te differentiëren. Bovendien wordt soms gebruikgemaakt van het criterium complexiteit om taken te verdelen, terwijl op een specialistische afdeling elke verpleegkundige wordt geconfronteerd met complexe zorgsituaties en elke verpleegkundige daarmee moet kunnen omgaan, is de opvatting. Dat kan ook, omdat elke verpleegkundige daarvoor ook op hetzelfde niveau is geschoold. Ten slotte wordt erop gewezen dat in de beschrijving van de functie van regieverpleegkundige het voeren van regie en coördineren te zwaar zijn aangezet; op specialistische afdelingen is daar geen behoefte aan.

Zoals eerder aangegeven zijn de meeste gespecialiseerde afdelingen zich nog aan het oriënteren op de mogelijkheden van functiedifferentiatie. Dat gebeurt vrijwel overal met het hele team samen, waarbij niet het uitgangspunt is om per se twee verpleegkundige functies te gaan onderscheiden, maar om te kijken welke verbeterlagen er op de afdeling gemaakt kunnen worden en hoe dat zou moeten. Daarbij wordt ook gekeken naar ervaringen die elders in het ziekenhuis zijn opgedaan en vindt overleg plaats met andere specialistische afdelingen. Dat vertrekpunt past bij de leidraad van de NVZ en de handreiking van de NFU voor het invoeren van functiedifferentiatie. In beide documenten wordt aanbevolen om de beoogde zorg als

vertrekpunt te nemen, evenals de wijze waarop functiedifferentiatie kan bijdragen om dat te realiseren. Andere stappen in de NVZ-leidraad en NFU-handreiking zijn: beschrijf de taken en competenties, maak een plan van aanpak en maak een communicatieplan. Uit de inventarisatie blijkt dat afdelingen vooral worstelen met het onderdeel om taken en competenties voor de te onderscheiden verpleegkundige functies te beschrijven. Dat is een van de factoren die de invoering van functiedifferentiatie belemmert. Om specialistische afdelingen daarbij te ondersteunen, zouden de leidraad en de handreiking aanwijzingen moeten bieden om daaraan op specialistische afdelingen invulling te geven.

7.2 Aanbevelingen

- 1 Actualiseer op termijn en met de ervaringen in de ziekenhuizen de generieke functieprofielen en richt die ook op de behoefte van specialistische afdelingen.** De generieke functieprofielen van de mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundige zijn opgesteld op basis van de ideeën in de proeftuinen over het maken van onderscheid tussen verpleegkundigen met een verschillende vooropleiding. Met die profielen is inmiddels volop ervaring opgedaan. Het is goed denkbaar dat er op onderdelen andere invullingen aan de profielen worden gegeven dan in eerste instantie bedacht. Dergelijke ervaringen kunnen goed worden gebruikt om de profielen aan te scherpen. Tegelijkertijd kan er dan voor worden gekozen de competenties van verpleegkundigen als uitgangspunt te nemen, en niet (uitsluitend) hun vooropleiding. Bovendien kunnen de profielen dan mede worden gericht op de behoefte van gespecialiseerde afdelingen aan een verpleegkundige die zich vooral richt op het verbeteren van de zorg. Op de derde plaats zou in de profielen voor de specialistische afdelingen er rekening mee moeten worden gehouden dat elke gespecialiseerd verpleegkundige voor de directe patiëntenzorg op hbo-niveau is geschoold. Aanscherping van de profielen kan betrekking hebben op de kern van de functie (waarom een regieverpleegkundige?), de taken die bij de functie horen en de competenties waarover iemand met die functie moet beschikken.
- 2 Stel de NVZ-leidraad en NFU-handreiking bij voor wat betreft het maken van onderscheid tussen taken en competenties van mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen.** Op de meeste afdelingen is onduidelijk hoe dat zou moeten. Dat komt vooral doordat elke verpleegkundige de taken in de directe patiëntenzorg, die het overgrote deel vormen van het werk van gespecialiseerd verpleegkundigen, moet kunnen uitvoeren. Diverse afdelingen zijn daarom op zoek naar wat dan wel mogelijk is. Maak gebruik van de ervaringen van specialistische afdelingen die inmiddels al wel aan de slag zijn met functiedifferentiatie. Omdat de *best practices* van de ene afdeling niet per se ook de *best practices* voor een andere organisatie zijn, zou het in de leidraad en handreiking vooral moeten gaan om *best principles*. Dan gaat het over zaken als de ingrediënten van een succesvol veranderproces, cruciale randvoorwaarden, stimulansen, kritische succesfactoren, de aanpak van knelpunten, et cetera. Zo'n opzet laat ruimte voor de afdeling om functiedifferentiatie op zo'n wijze vorm te geven dat het past bij de behoefte van de afdeling. Leg in beide documenten ook goed uit wat het verschil is tussen een gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen, taakdifferentiatie en functiedifferentiatie en de manier waarop opleidingsniveau of werk/denkniveau daarbij een rol kunnen spelen.

- 3 Na het intrekken van het Wetsvoorstel BIG II is door werkgevers, werknemers en VWS afgesproken dat uitwerking van functiedifferentiatie gebeurt in de praktijk en op lokaal niveau. De interviews laten zien dat het in de ziekenhuizen inderdaad zo gebeurt en dat elk ziekenhuis een eigen functieprofiel van de regieverpleegkundige opstelt. Dat eigen profiel wordt vervolgens weer toegesneden op de specialistische afdeling. Soms worden profielen door de specialistische afdeling helemaal zelf opgesteld. Afdelingen waarderen het dat ze zelf invulling kunnen geven aan het gedifferentieerd inzetten van verpleegkundigen, maar tegelijkertijd blijkt er behoefte te zijn aan kaders om dat vorm te geven. Daarnaast is het niet ondenkbaar dat door de variatie in profielen die zal ontstaan, zaken als de uitwisseling van ervaringen met de nieuwe functie of de mobiliteit van verpleegkundigen worden belemmerd. **Daarom de aanbeveling om op termijn met de ervaringen in de ziekenhuizen een landelijk profiel van de regieverpleegkundige op te stellen, al dan niet met een variant voor specialistische afdelingen.** Bij die gelegenheid zou zo mogelijk meteen een passender naam aan de functie kunnen worden gegeven.
- 4 Uit de inventarisatie blijkt dat vrijwel geen enkele respondent zich kan vinden in het toedelen van verpleegkundige functies aan verpleegkundigen, louter op basis van het feit of ze wel of niet beschikken over het diploma van de vereiste vooropleiding. Dat geldt met name voor de huidige situatie, waarin sprake is van een overgang van niet naar wel gebruikmaken van functiedifferentiatie. Het gaat om de competenties van verpleegkundigen, is de opvatting op specialistische afdelingen. Die zijn uiteraard in eerste instantie via een beroepsopleiding verworven, maar worden daarna door jarenlange ervaring en bijscholing uitgebreid. Wellicht komt het door het wetsvoorstel BIG II, dat in diverse ziekenhuizen op klinische afdelingen de eis wordt gehanteerd dat om regieverpleegkundige te worden, een verpleegkundige moet beschikken over een recent behaald diploma van de hbo-V. Het wetsvoorstel is inmiddels van de baan, maar een aantal ziekenhuizen houdt vast aan de voorwaarde dat een regieverpleegkundige over een hbo-bachelordiploma beschikt. Degenen zonder zo'n diploma moeten een verkort hbo-V-traject volgen, vaak een standaardtraject van anderhalf tot tweeënhalf jaar. Gelet op deze situatie, is de aanbeveling om te **stimuleren dat gebruik wordt gemaakt van Erkenning van Verworven Competenties (EVC) om te bepalen of en in welke mate verpleegkundigen zonder of met een verouderd hbo-V-diploma over de competenties beschikken om regieverpleegkundige te worden.** EVC is een methode om de competenties van iemand officieel te erkennen en vast te leggen in een ervaringscertificaat. Met dit certificaat kan iemand bijvoorbeeld bij een opleidingsinstituut vrijstellingen voor een opleiding of een diploma krijgen.

Bijlage 1: Beschrijving specialistische afdelingen

Intensive Care

Op de afdeling Intensive Care worden patiënten behandeld die te maken hebben met levensbedreigende complicaties, bijvoorbeeld als gevolg van een operatie of acute hartproblemen. Vaak moeten bepaalde lichaamsfuncties zoals ademhaling of bloedsomloop, tijdelijk gedeeltelijk of geheel worden ondersteund of overgenomen door medische apparatuur.

Medium Care

Patiënten op de afdeling Medium Care zijn minder ziek dan die van de IC maar wel te ziek om op een verpleegafdeling te verblijven omdat zij continue bewaking en monitoring nodig hebben. De MC is een tussenvoorziening of schakel tussen de IC en de verpleegafdelingen. De MC kan als aparte unit onderdeel uitmaken van de IC-afdeling.

Spoedeisende Hulp

De patiëntenpopulatie op de Spoedeisende Hulp bestaat voornamelijk uit volwassen en oudere patiënten, soms ook kinderen en pasgeboren baby's. Patiënten hebben een grote verscheidenheid aan zorgvragen en verpleegproblemen, op zowel somatisch, psychosociaal en levensbeschouwelijk vlak. Volgens een van de respondenten is het speciale van de SEH dat het tegelijkertijd een polikliniek en kliniek is en fungeert als *'linking pin'* tussen het ziekenhuis, ambulances en huisartsenposten.

Kinderafdeling

Op de Kinderafdeling liggen kinderen van 0 tot 18 jaar. Wat het werken op een kinderafdeling volgens respondenten speciaal maakt is dat kinderen van alles kunnen hebben (dat maakt het werk complex) en je niet alleen met het kind te maken hebt, maar ook met diens ouders en overige familieleden. Als verpleegkundige moet je daarom voortdurend ieders belangen bewaken. Volgens een van de respondenten is het werk op de kinderafdeling zeer stressvol en zwaar (*'je werkt met het kostbaarste bezit van mensen'*) en vergelijkbaar met het werk op een IC of SEH. Kinderafdelingen kunnen met bijvoorbeeld de afdelingen Verloskunde of Neonatologie deel uitmaken van een Vrouw Kind Centrum. Ook zijn er kinderafdelingen met een unit waarin zorg wordt geboden aan zieke of vroeggeboren zuigelingen.

Oncologie

Oncologie is het specialisme dat zich richt op de behandelingen van kanker met behulp van medicijnen, zoals chemotherapie of immuuntherapie met antistoffen. Op de afdeling Oncologie liggen patiënten met kanker, die worden onderzocht en behandeld. Zoals eerder vermeld, mogen oncologieverpleegkundigen voor hun patiënten medicijnen voorschrijven.

Chirurgische Oncologie

Op de afdeling Chirurgische Oncologie liggen patiënten met complexe tumoren, die worden geopereerd.

Obstetrische High Care

Deze afdeling biedt extra gespecialiseerde zorg aan moeders en hun ongeboren kind als er tijdens de zwangerschap complicaties zijn ontstaan. Verpleegkundigen op de afdeling hebben na de vervolgopleiding Obstetrie verpleegkundige nog de scholing Obstetrische High Care gevolgd.

Bijlage 2: Kenmerken afdelingen

Specialistische afdelingen naar aantal bedden en verpleegkundigen¹

Afdeling	Aantal bedden	Aantal verpleegkundigen	Aandeel inservice opgeleid	Aandeel mbo-opgeleid	Aandeel hbo-opgeleid	Gemiddelde leeftijd
Intensive Care 1	10	60	.	.	33 %	.
Intensive Care 2	15	46	35 %	15 %	50 %	42
Intensive Care 3	25	127 ²	.	.	16 %	42
Intensive Care 4	10	45	22 %	33 %	44 %	35
Intensive Care 5	20	72	16 %	18 %	66 %	35
Intensive Care 6	27	135	55 %	17 %	28 %	47
Intensive Care 7 (inclusief MC)	17
Intensive Care 8	50	217	.	63 % ³	37 %	55
Medium Care 1	5	20	.	.	33 %	.
Medium Care 2	12	39 ³	.	.	26 %	38
Spoedeisende Hulp 1	20	43	.	.	.	39
Spoedeisende Hulp 2	.	28
Spoedeisende Hulp 3	22	42	39 %	29 %	31 %	49
Spoedeisende Hulp 4	.	39	.	.	.	44
Kinderafdeling 1	20	37	49 %	14 %	38 %	45
Kinderafdeling 2	21	36	25 %	19 %	56 %	42
Kinderafdeling 3 ⁵	24-28	42	8 %	8 %	84 %	30
Kinderafdeling 4 ⁶	46	80	65 %	15 %	20 %	42
Obstetrische high care	12	24	71 %	4 %	25 %	50
Oncologie	20-23	34	52 %	3 %	45 %	43
Chirurgische oncologie ⁷	103	125 ⁸	.	37 %	53 %	37

1 In dit overzicht zijn verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen in opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundigen die de vervolgopleiding nog moeten gaan volgen, leerling-verpleegkundigen en stagiaires buiten beschouwing gelaten. Een '.' in de tabel wil zeggen dat de gegevens ontbreken, meestal omdat die niet worden geregistreerd of niet konden worden aangeleverd door de drukte op de afdeling vanwege het coronavirus.

2 Exclusief 15 ic-vp die via een detachingsbureau zijn ingehuurd. Dat gebeurt om de minimaal benodigde bezetting te realiseren.

3 Dit is het aandeel inservice- en mbo-opgeleide verpleegkundigen samen.

4 Exclusief 1 verpleegkundige die is ingehuurd. Dat gebeurt om de minimaal benodigde bezetting te realiseren.

5 Inclusief couveuseafdeling.

6 Inclusief een afdeling neonatologie.

7 Inclusief intensivereafdeling.

8 Verpleegkundigen met een inservice-opleiding zijn in het systeem van de afdeling geregistreerd als verpleegkundigen met een mbo-opleiding. Daarnaast is van 9 procent van de verpleegkundigen de opleiding onbekend en heeft 1 procent van de verpleegkundigen een universitaire opleiding gevolgd.

Bijlage 3: Omvang werkweek naar afdeling

Omvang werkweek van verpleegkundigen

Afdeling	Gemiddeld aantal uren per week ¹
Intensive Care 1	.
Intensive Care 2	30
Intensive Care 3	28 ²
Intensive Care 4	29
Intensive Care 5	28
Intensive Care 6	.
Intensive Care 7 (inclusief MC)	.
Intensive Care 8	28
Medium Care 1	.
Medium Care 2	30
Spoedeisende Hulp 1	32
Spoedeisende Hulp 2	.
Spoedeisende Hulp 3	28
Spoedeisende Hulp 4	29
Kinderafdeling 1	28
Kinderafdeling 2	27
Kinderafdeling 3	26
Kinderafdeling 4	24
Obstetrische high care	24
Oncologie	28
Chirurgische oncologie	30

1 Een '.' in de tabel wil zeggen dat de gegevens ontbreken, meestal omdat die niet worden geregistreerd of niet konden worden aangeleverd door de drukte op de afdeling vanwege het coronavirus.

2 Dit is inclusief enkele nul-urencontracten.

Bijlage 4: Soorten verpleegkundige functies

Verpleegkundige functies op specialistische afdelingen ¹

Afdeling	Verpleegkundige functies en functieschaal ²
Intensive Care 1	Intensivecareverpleegkundige - FWG 55
Intensive Care 2	Intensivecareverpleegkundige - FWG 55
Intensive Care 3	Intensivecareverpleegkundige - FWG 55 Intensivecareverpleegkundige / intensivecarepractitioner - FWG 55 + 2 periodieken
Intensive Care 4	Intensivecareverpleegkundige - FWG 55
Intensive Care 5	Intensivecareverpleegkundige - FWG 55
Intensive Care 6	Intensivecareverpleegkundige - Fuwavaz 8b of 9a
Intensive Care 7 (inclusief MC)	Intensivecareverpleegkundige - Fuwavaz 8b Mediumcareverpleegkundige - Fuwavaz 8b
Intensive Care 8	Intensivecareverpleegkundige - Fuwavaz 8b Senior Intensivecareverpleegkundige - Fuwavaz 9a
Medium Care 1	Mediumcareverpleegkundige - FWG 50
Medium Care 2	Mediumcareverpleegkundige - FWG 50
Spoedeisende Hulp 1	Spoedeisendehulpverpleegkundige - FWG 55
Spoedeisende Hulp 2	Spoedeisendehulpverpleegkundige - FWG 55
Spoedeisende Hulp 3	Spoedeisendehulpverpleegkundige / senior verpleegkundige - FWG 55 Masterverpleegkundige - nu FWG 55, wordt FWG 60 Spoedeisendehulpverpleegkundige - FWG 55 Medisch hulpverlener - FWG 55
Spoedeisende Hulp 4	Spoedeisendehulpverpleegkundige - Fuwavaz 9a Senior spoedeisendehulpverpleegkundige - Fuwavaz 9b
Kinderafdeling 2	Kinderverpleegkundige - FWG 50 Neonatologieverpleegkundige - FWG 50
Kinderafdeling 2	Kinderverpleegkundige - FWG 50
Kinderafdeling 3 (inclusief couveuseafdeling)	Kinderverpleegkundige / senior verpleegkundige - FWG 50 Kinderoncologieverpleegkundigen - FWG 50 Highcare-neonatologieverpleegkundige - FWG 50 Verpleegkundige - FWG 45
Kinderafdeling 4	Kinderverpleegkundige - FWG 50 Neonatologieverpleegkundige - FWG 50
Obstetrische high care	Obstetrieverpleegkundige - FWG 55
Oncologie ³	Oncologieverpleegkundige / senior verpleegkundigen - 5 FWG 0 + 2 periodieken extra Regieverpleegkundige - FWG 50 + 1 periodiek extra Oncologieverpleegkundige - 5 FWG 0
Chirurgische oncologie	Oncologieverpleegkundige - FWG 50 Verpleegkundige - FWG 45

1 In dit overzicht zijn verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen in opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundigen die de vervolgopleiding nog moeten gaan volgen, leerling-verpleegkundigen en stagiaires buiten beschouwing gelaten.

2 FWG staat voor Functie Waardering Gezondheidszorg, de systematiek waarmee functies in de algemene ziekenhuizen worden ingeschaald. Fuwavaz staat voor Functiewaarderingssysteem Vereniging Academische Ziekenhuizen.

3 Door de invoering van de functie van regieverpleegkundige op deze afdeling zal de functie van senior verpleegkundige komen te vervallen.

Bijlage 5: Profiel aandachtsvelder deskundigheid

Dit profiel is opgesteld door de afdeling Chirurgische Oncologie van het Antoni van Leeuwenhoek.

Inleiding

In dit document staat het profiel beschreven van de aandachtsvelder (AV) deskundigheid binnen de heelkundige –en medisch oncologische disciplines (HOD-MOD).

Doel

De AV-deskundigheid is erop gericht om het niveau van de medewerker¹⁸ op het gebied van kennis en vaardigheden, leren en ontwikkelen te bevorderen.

Visie van de aandachtsvelder deskundigheid

Overdragen van kennis en continu opleiden om deskundigheid te kunnen uitdragen en vergroten is een visie die in de organisatie wordt nagestreefd, welke door de AV-deskundigheid wordt uitgedragen. De visie van de AV-deskundigheid is gebaseerd op de visie van het AVL-NKI en als volgt gedefinieerd:

De AV-deskundigheid is erop gericht om de deskundigheid van de medewerker van het HOD-MOD te bevorderen door voorwaarden hiertoe te organiseren. Hierbij is een goede samenwerking tussen de AV-deskundigheid binnen het HOD-MOD van essentieel belang waarbij wordt uitgegaan van de onderstaande hoofdactiviteiten, te weten:

1. Bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie van deskundigheid bevorderend beleid en activiteiten;
2. Het coachen van werkbegeleiders binnen de afdeling
3. Het bijhouden van vakinhoudelijke expertise en vertalen van vakinhoudelijke ontwikkelingen naar de praktijk;
4. Bijdragen aan het leerklimaat op de afdeling;
5. Contactpersoon zijn met betrekking tot leren en ontwikkelen.

Hoofdactiviteiten

1. Bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie van deskundigheid bevorderend beleid en activiteiten.
- De AV-deskundigheid levert een bijdrage aan het afdelingsjaarplan voor wat betreft deskundigheid bevorderende activiteiten ten behoeve van het leren en ontwikkelingen.

¹⁸ Onder medewerker wordt verstaan; (oncologie)verpleegkundigen, verzorgenden, afdelingsassistenten, secretaresses en HBO-V stagiaires werkzaam binnen het AVL.

- De AV-deskundigheid levert een bijdrage aan de vorming van beleid op leren en ontwikkelen binnen de afdeling door gevraagd en ongevraagd vanuit de eigen expertise punten aan te voeren bij de teamleiding.
 - Geeft uitvoering aan het deskundigheid bevorderend beleid, neemt hiertoe initiatief.
 - Signaleert leervragen op individueel -en groepsniveau.
 - Organiseert en coördineert deskundigheidsbevordering in individueel- of groepsverband, heeft hierbij aandacht voor planning, uitvoering, evaluatie en borging.
 - Levert een bijdrage aan kwaliteitsverbetering en innovatie.
 - Werkt samen met andere AV-deskundigheid binnen HOD-MOD en de organisatie.
 - Aanvragen van accreditatie in samenwerking met AVL-Academie.
2. Het coachen van de werkbegeleiders binnen de afdeling.
- Is op de inhoudelijk op de hoogte van alle leertrajecten binnen het HOD-MOD.
 - Stemt met de individuele werkbegeleiders af in hoeverre ondersteuning gewenst in hun rol als werkbegeleider.
 - De AV-deskundigheid kan o.a. ondersteunen in alle fasen van leertrajecten, bijv. bij het lezen van verslagen, hoe een proeve in de praktijk aan te pakken, voorbereiding op een beoordeling. De AV-deskundigheid heeft een adviserende rol naar de werkbegeleider.
3. Het bijhouden van vakinhoudelijke expertise en vertalen van vakinhoudelijke ontwikkelingen naar de praktijk.
- Zet vakinhoudelijke kennis om in leersituaties.
 - Draagt bij aan het ontwikkelen en implementeren van deskundigheid bevorderende activiteiten.
4. Bijdragen aan het leerklimaat op de afdeling.
- Signaleert voorwaarden t.a.v. leren op de afdeling.
 - Zet activiteiten in om het leerklimaat te bevorderen.
 - Laat voorbeeldgedrag t.a.v. leren en ontwikkelen zien in de praktijk.
5. Contactpersoon AVL-Academie.
- Contactpersoon tussen de AVL-Academie en de afdeling v.w.b. het aandachtsgebied deskundigheid. Voor wat betreft de investering (inhoudelijk en tijd) tussen centraal en decentrale ontwikkelingen neemt de AV-deskundigheid initiatief tot afstemming met de teamleider met het aandachtsgebied leren en ontwikkelen.
 - Werkt samen met de AVL-academie en de andere AV-deskundigheid binnen HOD en MOD rondom organiseren en afstemming van deskundigheid bevorderende activiteiten.
 - Is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van documenten met betrekking tot deskundigheidsbevordering.

Competenties

Kennis

- Heeft voldoende theoretische en praktische competenties om goed binnen het aandachtsgebied te kunnen functioneren.
- Kennis van verpleging in de oncologie is vereist op HBO- denk en werkniveau.

- Kennis is vereist met betrekking tot werkbegeleiding, didactiek en ontwikkelingen binnen het onderwijs.
- Houdt kennis up-to-date door zelfstandig vakliteratuur bij te houden en relevante (bij)scholing te volgen.

Zelfstandigheid

- Stelt prioriteiten en toont initiatief binnen de organisatorische kaders ten aanzien van het eigen aandachtsgebied.
- Coördineert de activiteiten/werkzaamheden rondom deskundigheid bevordering op de eigen afdeling.
- Is in staat om op afdelingsniveau aan doelen te werken en resultaatgericht te werken, in overleg met de teamleider.

Sociale vaardigheden

- Effectief communiceren om het beleid uit te kunnen dragen.
- Assertiviteit en besluitvaardigheid zijn noodzakelijk om leervragen te signaleren en doelgerichte actie te ondernemen.
- Voorbeeldgedrag tonen in het geven en ontvangen van feedback en professionele ontwikkeling.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

- Geeft gevraagd en ongevraagd advies aan medewerkers.
- Is integer.
- De AV-deskundigheid heeft inhoudelijke verantwoordelijkheid. De teamleider is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de individuele medewerkers.

Uitdrukkingsvaardigheid

- Mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid voor het presenteren en overdragen van kennis van en aan collegae.

Bezwarende werkomstandigheden

- Omgaan met en anticiperen op verstoring van de planning door onverwachte situaties.
- Omgaan met de wisselende rol van afdelingsverpleegkundige en aandachtsvelder.

Overige eisen

- Analytisch vermogen.
- Vermogen en bereidheid om eigen grenzen van kennis en ervaring correct in te schatten.
- Flexibiliteit.
- Creativiteit
- Oplossingsgerichtheid.

Bijeenkomsten

Eén keer per maand komen de AV-deskundigheid van HOD-MOD fysiek bij elkaar. Dit vindt plaats op de vierde dinsdag van de maand. De contactpersoon van de AVL-Academie is hierbij ook aanwezig. Verder wordt er via de mail gecommuniceerd.

Tijdsinvestering

Elke AV-deskundigheid krijgt per maand dagen (UVAR-dagen) ingeroosterd om te kunnen werken aan deskundigheidsbevordering; dit naar rato van de grootte van de afdeling.

In overleg met de teamleiding wordt buiten het individuele POB en de (jaarlijks) toegekende verleturen extra gefaciliteerd t.b.v. het uitvoeren van het aandachtsgebied.