

Verpleegkundigen in regie

**Eindrapportage van twee jaar experimenteren
met functiedifferentiatie in het Reinier de
Graaf Gasthuis**

Januari 2019

Jannine van Schothorst, MSc
Dr. Anne Marie Weggelaar
Dr. Iris Wallenburg
Prof. Antoinette de Bont

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Aanleiding en ontwerp van het onderzoek.....	8
1.1 Inleiding.....	8
1.2 Theoretische inbedding en onderzoeksvraag	9
1.3 Onderzoeksmethode	10
1.4 Leeswijzer	12
2. De ontwikkeling van nieuwe verpleegkundige rollen en de samenstelling van de teams	13
2.1 De ontwikkeling van twee onderscheiden verpleegkundige rollen	13
2.2 Verdere ontwikkeling van verpleegkundige rollen.....	15
2.3 De verschuiving van taken van de senior naar de regie	18
2.4 De positie van pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen	20
2.5 Het bepalen van de functiemix	21
3. Functiedifferentiatie, arbeidstevredenheid en werkdruk.....	25
3.1 Tevredenheid met nieuwe rollen.....	25
3.2 Toegenomen werkdruk	25
3.3 Loopbaanperspectief voor alle verpleegkundigen.....	28
3.4 Wat maakt functiedifferentiatie succesvol?	29
4. Effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg.....	32
4.1 Experimenteren met kwaliteitstaken	32
4.2 Het meten van effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg	35
5. Leerervaringen met betrekking tot een experimentele aanpak	40
5.1. Onzekerheid leidt tot het zetten van kleine stappen.....	40
5.2 Experimenteren is een relationeel proces.....	40
5.3 Implementeren is onderdeel van experimenteren.....	41
5.4 Experimenteren als een 'planned process'	42
5.5 Experimenteren en het ontwikkelen van leiderschap.....	44

6. Discussie & conclusie.....	47
Literatuur.....	52
Bijlage 1	57
Bijlage 2	59

Samenvatting

De organisatie en uitvoering van de verpleegkundige zorgverlening gaat de komende jaren veranderen in Nederland. Na jarenlange pogingen om het onderscheid in opleidingen tot uiting te laten komen in de praktijk, wordt nu de (wettelijke) stap gezet naar functiedifferentiatie: een onderscheid tussen mbo-('verpleegkundige') en hbo-('regie') verpleegkundigen. De landelijk ontwikkelende competentieprofielen moeten vorm en inhoud gaan krijgen in de dagelijkse zorg.

Het Reinier de Graaf Gasthuis deed in samenwerking met de Erasmus Universiteit Rotterdam de afgelopen twee jaar onderzoek naar functiedifferentiatie tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen op vier verpleegafdelingen (proeftuinen). Hierbij stond het vormgeven van de nieuwe functieprofielen in het dagelijks werk van de verpleegkundigen centraal. De volgende onderzoeksvraag stond centraal: *Welke consequenties heeft het - via experimenteren - invoeren van functiedifferentiatie van mbo- en hbo-verpleegkundigen op verpleegkundigen, andere zorgprofessionals, managers, de patiënt en de organisatie van zorgprocessen?*

Het experimenteren met functiedifferentiatie was onderdeel van het leiderschapsprogramma van het Reinier de Graaf Gasthuis, waarin naast functiedifferentiatie, het vergroten van de autonomie en zelfsturing van verpleegkundigen centraal stond. In de proeftuinen waren daarom verpleegkundigen in de lead. Zij werden gecoacht en begeleid door een projectteam, die bestond uit opleidingsadviseurs, personeelsadviseurs en medewerkers van het Bureau verpleegkundige zaken.

De experimenten vonden (stapsgewijs) plaats in vier proeftuinen. Een onderzoeker volgde de experimenten door middel van observaties, interviews en participeerde in relevante overlegmomenten. De onderzoeker was lid van het projectteam en gaf feedback op basis van de onderzoeksbevindingen, zodat tussentijdse bijsturing mogelijk was. Daarnaast is een (verkort) medewerkertevredenheidsonderzoek gedaan om te monitoren wat het effect van de veranderingen is op werktevredenheid en de ontwikkeling van (ervaren) professionaliteit. De

gezamenlijke (onderzoeks)aanpak leidde tot een actief, op leren en verbeteren gericht proces van verpleegkundige zorgverlening en beroepsontwikkeling.

Het onderzoek laat zien dat het onderscheid tussen de rollen van verpleegkundigen en regieverpleegkundigen lastig te maken is op basis van complexiteit van de patiëntenzorg. Regieverpleegkundigen ontwikkelden zich op het gebied van organisatorische taken (zoals het coördineren van patiëntenstromen en managen van de werkdruk bij het team) en op het gebied van kwaliteitszorg (kwaliteitsprojecten, klinische lessen, verbeteracties). Regieverpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het toepassen (en toepasbaar maken) van evidence based practice (klinisch redeneren, aan de hand van PICO's wetenschappelijk bewijs zoeken). Op een drietal afdelingen namen de regieverpleegkundigen de taken van de seniorverpleegkundigen over. Dit leidde tot overlap in functies en een voorstel tot het laten opgaan van de functie van senior in de functie van regieverpleegkundige. Verpleegkundigen richten zich vooral op de individuele zorg aan patiënten.

Het ontwikkelen van de rollen van regieverpleegkundige en verpleegkundige blijkt een emergent proces van (kleine) initiatieven. Door te experimenteren (dat wil zeggen, door uit te proberen en te evalueren) krijgt functiedifferentiatie in de praktijk geleidelijk vorm. Dit onderzoek leverde 15 geleerde lessen op:

De inhoud van de verpleegkundige rollen en teamsamenstelling

1. Het experimenteren met functiedifferentiatie leidde in het Reinier de Graaf Gasthuis tot **twee onderscheiden verpleegkundige rollen**¹. De rol van verpleegkundige: allround, gericht op de directe patiëntenzorg. En de rol van de regieverpleegkundige: allround in de directe patiëntenzorg, coördinator van zorg op afdelingsniveau en verantwoordelijk voor kwaliteitsverbetering op afdeling. De regieverpleegkundige kreeg een meer overstijgende, analytische en verbindende rol.

¹ In de proeftuinen spraken we over de ontwikkeling van nieuwe rollen. Binnen het Reinier de Graaf Gasthuis wordt deze functiedifferentiatie geformaliseerd in functies.

2. De rol van regieverpleegkundige en de **functie van seniorverpleegkundige** werden geïntegreerd, dit zorgde voor een ontwikkeling van de rol van regieverpleegkundige en een logische opbouw van het functiehuis. Een aantal taken van een seniorverpleegkundige kan ook aan verpleegkundigen worden overgedragen. De inzet van seniorverpleegkundigen die geen regieverpleegkundige worden, vraagt om een maatwerk oplossing voor de individuele medewerkers.
3. Voor de inzet van **pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen** is een specifiek inwerktraject nodig, waarin ze minimaal een half jaar ingewerkt worden in de directe patiëntenzorg, zodat ze patiëntenlogistiek en ziektebeelden goed kennen. Daarnaast moeten ze ingewerkt worden in de taken van de regieverpleegkundige. Of dit tegelijkertijd kan moet nog nader onderzocht worden. Mogelijk leidt het gelijktijdig inwerken tot overbelasting bij pas afgestudeerde verpleegkundigen.
4. Op basis van de huidige taakverdeling is minimaal **30% regieverpleegkundigen** nodig. Als het percentage regieverpleegkundigen daalt, is het niet mogelijk om organisatorische en kwaliteitstaken voldoende vorm te geven. Als het percentage van regieverpleegkundigen hoger is, lijkt er sprake te zijn van meer zelforganisatie. Opvallend is dat verpleegkundigen en regieverpleegkundigen de functiemix op hun eigen afdeling als goed ervaren.

Werktevredenheid en werkdruk

5. Uit de enquête en focusgroepen blijkt dat de **tevredenheid met functiedifferentiatie** in de vier proeftuinen verschilt. In de proeftuinen die een jaar langer experimenteerden met functiedifferentiatie, zijn zowel verpleegkundigen als regieverpleegkundigen meer tevreden met hun rol.
6. De **professionalisering van het verpleegkundig beroep** door de functiedifferentiatie leidt tot meer **tevredenheid**. De regieverpleegkundigen zijn tevreden over hun nieuwe rol. Het biedt hen uitdaging en mogelijkheden om competenties te benutten die ze in hun HBO opleiding leerden. Voor de verpleegkundigen is de allround rol in de directe patiëntenzorg belangrijk om voldoende uitdaging te hebben en competenties te kunnen benutten. Verpleegkundigen zijn meer tevreden over hun rol als zij een bijdrage kunnen leveren aan kwaliteitsverbetering.

7. Zowel verpleegkundigen als regieverpleegkundigen ervoeren het afgelopen jaar meer werkdruk. Deze ervaren werkdruk hangt samen met andere factoren dan functiedifferentiatie (personeelskrapte, langdurige griepgolf), met tijdelijke factoren (onzekerheid, groeien in verantwoordelijkheid), en met functiedifferentiatie (toename van taken bij regie en verschuiving van werk(druk) naar verpleegkundigen.
8. De **rol van de leidinggevenden** in het coachen van de teams en het faciliteren van het experimenteren is erg belangrijk. In de proeftuinen speelden leidinggevenden een rol in het bevorderen van zelfsturing, en in het faciliteren van het team bij allerlei praktische keuzes, zoals het aanpassen van typen diensten of het ruimte maken in roosters voor andere taken. Leidinggevenden hebben ondersteuning nodig vanuit de projectorganisatie bij het begeleiden van de transitie, zowel voor het vormgeven van experimenten als voor hun eigen nieuwe rol.
9. De **aandacht voor kwaliteit** is toegenomen in de proeftuinen. Dit komt o.a. tot uiting in het organiseren en ontwikkelen van klinische lessen, bedside teaching en klinisch redeneren. Er wordt geëxperimenteerd met evidence based practice werken, door het opstellen van PICO's en de borging van evidence based practices in het (dagelijks) verpleegkundig werk.
10. De rol van regieverpleegkundigen in het **meten van de effecten** van functiedifferentiatie op **de kwaliteit van zorg** en het sturen op verbeteren van de kwaliteit van zorg op basis van indicatoren, klachten, incidenten enzovoorts kan nog verder uitgebouwd worden. De afdeling kwaliteit kan een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van de teams in het ontwikkelen van deze rol en in het leveren van data.

Experimenteren als methode

11. In het experimenteren met functiedifferentiatie waren de concept functieprofielen het uitgangspunt. Hoe deze profielen zich in de dagelijkse praktijk zouden 'vertalen' naar twee rollen, was aan het begin van het proces nog onduidelijk. In combinatie met het ontwikkelen van meer **zelfsturing** en zelf vormgeven aan het **experimenteren**, leidde dit in eerste instantie tot veel **onzekerheid** bij verpleegkundigen. Met allerlei experimenten werd functiedifferentiatie vormgegeven. Taken verschoven naar de regieverpleegkundige en nieuwe taken en werkwijzen werden in gezamenlijkheid ontwikkeld. **Reflectie en leren** van de experimenten vond plaats in gezamenlijkheid met de andere proeftuinen en voortdurend

werden in iteratie binnen het team taken en werkwijzen aangepast. Naarmate de nieuwe rol zich ontwikkelde en de verandering zichtbaar (c.q. duidelijk) werd, nam de onzekerheid af.

12. Nieuwe werkwijzen werden ingebed in de dagelijkse werkzaamheden. Daarmee werden het **nieuwe routines**. Nieuwe taken of werkwijzen, waarvoor geen routine 'beschikbaar' was, bleken niet 'zomaar' over te nemen van andere afdelingen. Iedere verandering vroeg om aanpassing en heeft ruimte en tijd nodig om zich de taak of werkwijze eigen te maken.
13. Bij experimenteren is er in principe **geen 'strak' implementatieplan** met tijdsplanning. Het implementatieplan is dat je gaat transleren (dingen toepasbaar maken in jouw context), bricoleren (voortdurend aanpassen en bijstellen) en al werkende weg ontdekt hoe dingen het beste aangepakt kunnen worden. Dit veranderproces werd ondersteund door een projectorganisatie die coaching bood. Belangrijk onderdeel van de coaching was een **cycclus van bijeenkomsten** waarin geleerd kon worden - binnen de teams en tussen de teams. Deze bijeenkomsten hielden het experimenteren aan de gang, omdat de regieverpleegkundigen voortdurend nieuwe suggesties kregen om dingen uit te proberen. Gevolg was dat de verpleegkundige rollen zich ook meer **in dezelfde richting** ontwikkelden.
14. Het experimenteren met nieuwe rollen was een **relationeel** proces. Met elke verandering werd er gezamenlijk gezocht naar oplossingen en onderhandeld over de 'ruimte' om anders te werken. Het ging hierbij zowel om ruimte in de dagelijkse praktijk (organisatorisch en patiëntenzorg) als om ruimte binnen het professionele domein (ontwikkeling van het vak). Hoewel het ontwikkelen van een nieuwe rol ook spannend was, was de rode draad in dit samenspel: rechtdoen aan elkaars competenties.
15. In het experimenteren lag de **regie bij het verpleegkundig team**. Hoewel dit in het begin onzekerheid gaf, leidde dit geven van regie ook tot het nemen van verantwoordelijkheid voor het functioneren van de afdeling en het team. Het onderzoek laat zien dat experimenteren de ontwikkeling van **eigenaarschap c.q. persoonlijk leiderschap** bij verpleegkundigen stimuleert.

1. Aanleiding en ontwerp van het onderzoek

1.1 Inleiding

Sinds de jaren '70 worden verpleegkundigen in Nederland opgeleid op mbo- en hbo-niveau. In de dagelijkse verpleegkundige zorg maken we echter nauwelijks onderscheid in de taken en verantwoordelijkheden van mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. In aanvulling daarop zijn én worden grote tekorten van verpleegkundigen verwacht (Peters, de Rijk, & Boumans, 2009; Heinen et al., 2012). Enerzijds door een verminderde instroom, door o.a. het imago van het verpleegkundig beroep. Anderzijds door een grote uitstroom, omdat verpleegkundigen de werkdruk hoog vinden, het salaris laag is (zeker op hbo-niveau) en veel routine taken uitgevoerd moeten worden (AZW, 2018; UWV, 2018).

In 2012 bracht de commissie Meurs in opdracht van de V&VN advies uit over nieuwe beroepsprofielen voor de verpleegkundig specialist en de verpleegkundige (zie o.a. Lambregts, Grootendorst & van Merwijk, 2012). De minister van VWS gaf naar aanleiding van dit advies opdracht voor het ontwerpen van een nieuwe beroepenstructuur voor verpleegkundigen en verzorgenden, als antwoord op een toenemende en veranderende (complexe) zorgvraag en de wens voor een toenemende betrokkenheid van burgers (o.a. met behulp van shared decision making). In deze beroepenstructuur is onderscheid gemaakt tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Ziekenhuizen staan voor de uitdaging om de nieuwe verpleegkundige profielen vorm te geven. Vanaf 2020 worden deze nieuwe functieprofielen, voortkomend uit de nieuwe beroepenstructuur, verankerd in de wet BIG (Terpstra et al., 2015; Wetsvoorstel BIG II, 2017). De aanname is dat functiedifferentiatie bijdraagt aan het behoudt van hbo-opgeleide verpleegkundigen voor de gezondheidszorg (Lambregts & Grotendorst, 2012; Terpstra et al., 2015; Van Vliet et al., 2013).

Vanwege de complexiteit van de invoering van nieuwe functieprofielen, adviseerde de commissie Terpstra om zorginstellingen de ruimte te geven om te experimenteren (Terpstra et al., 2015a). In het najaar van 2016 startte het Reinier de Graaf Gasthuis met functiedifferentiatie in twee proeftuinen. Dit sloot aan bij de visie op de ontwikkeling en positionering van de verpleegkundig beroepsgroep die er binnen het ziekenhuis was (Meijndert, 2014). Dit programma kreeg een vervolg in het programma Verpleegkundig

Leiderschap 2017-2020 (Meijndert, 2017). De proeftuinen breidden zich in januari 2018 uit naar een algemene en gespecialiseerde afdeling (totaal vier proeftuinen). De Erasmus Universiteit Rotterdam (faculteit Erasmus School of Health Policy & Management, ESHPM) begeleidde de proeftuinen vanaf juni 2017 met actieonderzoek. In dit verslag presenteren wij de uitkomsten van twee jaar experimenteren met nieuwe verpleegkundige rollen in het Reinier de Graaf Gasthuis.

1.2 Theoretische inbedding en onderzoeksvraag

In het onderzoek stond de volgende vraag centraal:

Welke consequenties heeft het - via experimenteren - invoeren van functiedifferentiatie van mbo- en hbo-verpleegkundigen op verpleegkundigen, andere zorgprofessionals, managers, de patiënt en de organisatie van zorgprocessen?

In deze paragraaf wordt een korte toelichting gegeven op de inhoud van functiedifferentiatie. Het laat zien dat het onderzoek naar functiedifferentiatie niet alleen gaat over de directe patiëntenzorg, maar ook over de organisatie van de zorg.

Functiedifferentiatie is “het creëren van functies met verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen dezelfde beroepsgroep” (Sermeus et al., 2009:14). Over functiedifferentiatie in de zorg is de afgelopen 15 jaar veel geschreven (Wallenburg, Janssen & de Bont 2016). Zo is er veel bekend over de ontwikkeling en positionering van de verpleegkundig specialist (Dubois & Singh, 2009; Nancarrow & Borthwick, 2005; Wallenburg, Janssen & de Bont, 2016). Echter, over het maken van een onderscheid tussen twee functieprofielen: mbo- en hbo-verpleegkundigen is nog weinig bekend. Noch is er veel onderzoek gedaan naar de uitwerking van functiedifferentiatie op de dagelijkse zorgpraktijk en organisatie van zorg. Onderzoek van Lalleman et al. (2016) laat zien dat functiedifferentiatie niet alleen gevolgen heeft voor de *inhoud* van het verpleegkundig beroep, maar ook de *organisatie* van het verpleegkundig werk en de rol van het management hierin (Dubois & Singh, 2009; Lalleman et al., 2016). Het ‘anders’ inzetten van zorgprofessionals -

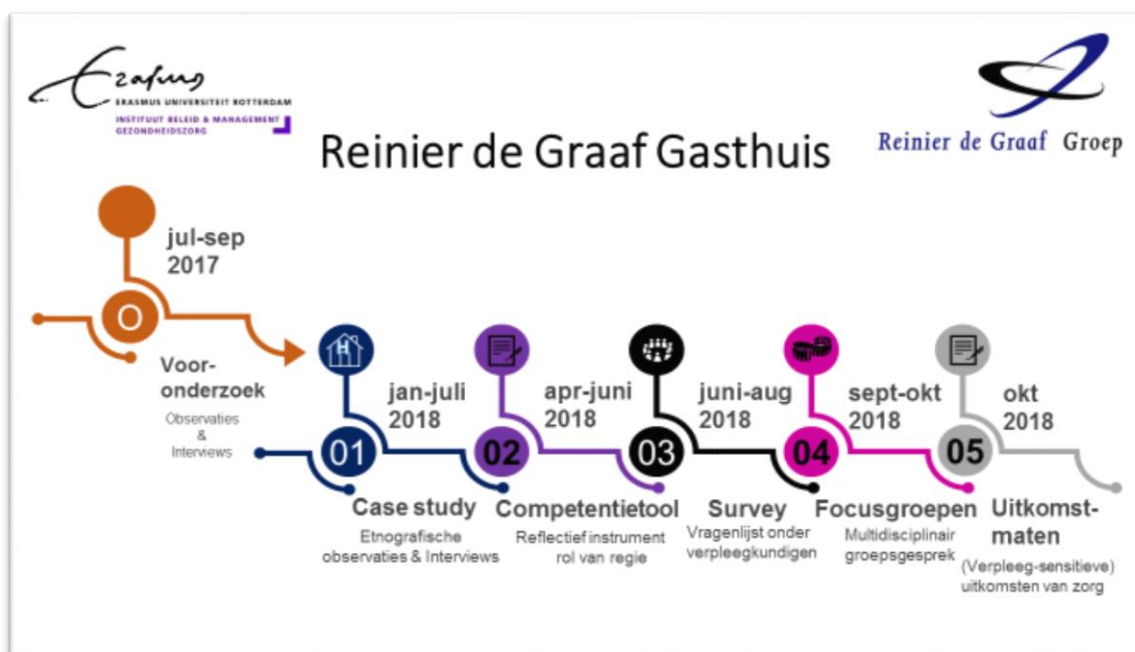
door bijvoorbeeld het toedelen van taken aan een specifieke groep verpleegkundigen - kan gepaard gaan met het vergroten van zelforganisatie en zelfsturing van groepen professionals (Grey, 1999; Oldenhof, 2015). In de proeftuinen van het Renier de Graaf Gasthuis is gekozen voor een aanpak waarbij verpleegkundigen zelf de regie kregen en vanuit de principes van zelforganisatie hun 'nieuwe werkpraktijk' konden vormgeven. Verpleegkundigen gingen experimenteren en 'ontdekten' door actie en reflectie wat voor hen werkte.

De verpleegkundige beroepsuitoefening richtte zich lange tijd vooral op de directe patiëntenzorg, waarbij de individuele professionele relatie tussen verpleegkundige en patiënt centraal stond (Allen, 2018). De laatste jaren is er echter meer aandacht voor de communicatieve en organiserende rol van verpleegkundigen en de invloed hiervan op de organisatie van zorg en zorgprocessen. In de literatuur wordt het (organiserend) verpleegkundig werk omschreven als articulatie werk: het werk dat wordt gedaan "to keep things (back) on track" (Allen, 2015; Star & Strauss, 1999). Verpleegkundigen zijn daarmee 'de smeerolie' van de organisatie. Tegelijkertijd is uit onderzoek bekend dat het werk van verpleegkundigen, en het belang hiervan, deels onzichtbaar blijft – wat een nadelige invloed heeft op de waardering van verpleegkundig werk. Een bekend voorbeeld hiervan is het opmaken van een bed terwijl de verpleegkundige tegelijkertijd een gesprek met de patiënt voert over de thuissituatie, op basis waarvan de verpleegkundige een inschatting maakt wat en welke professional ingezet kan worden ter voorbereiding op ontslag. Dit onzichtbare werk is een centraal kenmerk van verpleegkundig beroep en vormt een basis voor kwaliteit van zorg (Allen, 2015). Echter, het onzichtbare werk is lastig 'te vangen' in formele beschrijvingen zoals functieprofielen en werkafspraken. In het onderzoek naar de invoering van functiedifferentiatie in de proeftuinen is het van belang om juist dit deel van het verpleegkundig werk ook inzichtelijk te maken.

1.3 Onderzoeksmethode

In het onderzoek kozen we voor een actie-en oplossingsgerichte aanpak, op basis van een mix van kwalitatieve (ethnografische observaties, interviews, focusgroepen) en kwantitatief verzamelde onderzoeksmethoden (survey).

In actieonderzoek staat vijf aspecten centraal: (1) een nauwe samenwerking tussen professionals, staf en actieonderzoekers, waardoor er (2) verbinding tussen praktijk en wetenschap ontstaat. Deze verbinding draagt bij aan (3) het vernieuwen en verbeteren van de zorgpraktijk (4) met interventies en (5) door het vergroten van reflectie binnen en tussen teams (Coughlan & Coughlan, 2002). De verschillen en geleerde lessen uit de verschillende proeftuinen worden benut om wetenschappelijke kennis te verzamelen. In figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de data verzameling en data analyse methoden en hun samenhang.



Figuur 1: Weergave van het onderzoeksproces

Het onderzoek startte met een vooronderzoek, om het Reinier de Graaf Gasthuis te voeden met geleerde lessen uit de eerste twee proeftuinen (zie Van Schothorst et al., 2017). Deze geleerde lessen werden vervolgens gebruikt voor het vervolg van de twee proeftuinen en de start in twee nieuwe proeftuinen (in totaal vier proeftuinen). De onderzoeker verzamelde etnografische data, door zowel in het projectteam als in de proeftuinen te participeren. Observaties en (informele) interviews werden gehouden, uitgewerkt en thematisch gecodeerd. Onderdeel van deze casestudy was het ziekenhuis voorzien van reflecties, theoretische inzichten en modellen. Een van de bijdragen was het in gezamenlijkheid met alle betrokken

ontwikkelen van een competentietool. In de zomer van 2018 is een deel van het medewerkertevredenheidsonderzoek uit 2017 in de proeftuinen herhaald (Van Veldhoven et al., 2014 - zie bijlage 1). De uitkomsten zijn besproken in vier focusgroepen, die per team zijn georganiseerd. De focusgroepen bestonden uit minimaal vier deelnemers met een verschillende opleiding: verzorgende (in 1 proeftuin), verpleegkundigen, regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen. Het onderzoekstraject is afgerond met een verkenning van de wetenschappelijke literatuur over verpleeg-sensitieve indicatoren en een verkenning van de mogelijke toepassing ervan binnen de context van het Reinier de Graafziekenhuis.

1.4 Leeswijzer

In het rapport worden de resultaten als volgt gepresenteerd: De ontwikkeling van nieuwe rollen en de gevolgen voor de teams is beschreven in Hoofdstuk 2. Dit hoofdstuk geeft inzicht in het implementatieproces en de wijze waarop de proeftuinen zijn vormgegeven. In hoofdstuk 3 komen de uitkomsten van het verkorte medewerkertevredenheidsonderzoek en de bespreking hiervan in de focusgroepen aan bod. Dit hoofdstuk geeft inzicht in de ervaren uitkomsten en resultaten van de proeftuinen. Hoofdstuk 4 beschrijft op welke wijze het meten van effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg kan worden aangepakt. Hoofdstuk 5 beschrijft de ervaringen met experimenteren, waarna in hoofdstuk 6 tot slot de uitkomsten van het onderzoek worden bediscussieerd en een conclusie is geformuleerd.

2. De ontwikkeling van nieuwe verpleegkundige rollen en de samenstelling van de teams

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de verschillende verpleegkundige rollen zich hebben ontwikkeld in de vier proeftuinen. Daarbij wordt ingegaan op de consequenties voor de verpleegkundige teams. We vatten samen wat we geleerd hebben over een effectieve inzet van de verpleegkundigen rollen en welke factoren een rol spelen in het bepalen van de functiemix tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen.

2.1 De ontwikkeling van twee onderscheiden verpleegkundige rollen

Het experimenteren met functiedifferentiatie in proeftuinen moest leiden tot de ontwikkeling van twee onderscheiden rollen: de rol van verpleegkundige en regieverpleegkundige in het Reinier de Graaf Gasthuis.

De **verpleegkundige** is een allround, vakinhoudelijk verpleegkundig professional, gericht op de directe patiëntenzorg. De ervaren verpleegkundige speelt bovendien een belangrijke rol in het coachen van pas gediplomeerde mbo- en hbo-verpleegkundigen in de directe zorg en ondersteunt bij de verbetering van de kwaliteit van zorg. Een verpleegkundige is opgeleid op mbo niveau, door het volgen van een mbo of inservice opleiding.

Rol van **verpleegkundige**:

- Allround verpleegkundige in de directe patiëntenzorg
- Begeleiding van studenten met zelfde opleidingsniveau.
- Meedenken in dagdagelijkse organisatie van zorg.
- Bijdrage in kwaliteitsverbetering

De **regieverpleegkundige** is een allround, vakinhoudelijk verpleegkundig professional, die naast het verlenen van patiëntenzorg verantwoordelijk is voor coördinatie van zorg op afdelingsniveau. Binnen deze rol is de regieverpleegkundige verantwoordelijk voor bedmanagement (logistiek rondom opname en ontslag van patiënten), het coachen van collega's en het sturen op verdeling/ vermindering van de werkdruk. Daarnaast regisseert de

Rol van **regieverpleegkundige**:

- Allround verpleegkundige in de directe patiëntenzorg
- Coördinator van zorgprocessen op afdelingsniveau
- Begeleiden van studenten met zelfde opleidingsniveau.
- Coördineren van stages
- Coachen van collega's
- Coördinator van en inhoudelijk betrokken bij kwaliteitsverbetering

regieverpleegkundige kwaliteitsverbetering, waarin hij/ zij een inhoudelijke bijdrage levert en collega's stimuleert en ondersteunt in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De regieverpleegkundige heeft een hbo-verpleegkundige opleiding gevolgd.

In de eerste twee proeftuinen verliep de ontwikkeling van deze twee rollen anders dan vooraf verwacht. In 2016 startten twee proeftuinen met de concept functiebeschrijvingen, die landelijk waren ontwikkeld op basis van verpleegkundige CanMEDS

competenties (Terpstra et al., 2015). In deze profielen stond differentiatie tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen op basis van complexiteit van zorg centraal. In de praktijk bleek deze vorm van differentiatie echter problematisch. Enerzijds werden competenties van mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen niet meer volledig benut. Anderzijds bleken er allerlei ongewenste effecten op te treden in de organisatie van de zorg (zie Van Schothorst-van Roekel et al. 2017). Het anders verdelen van taken en verantwoordelijkheden bleek een complex en situationeel bepaald proces te zijn.

In het vervolg van deze eerste twee proeftuinen en de twee extra proeftuinen werd in 2017 gestart met het experimenteren met andere vormen van functiedifferentiatie. De NVZ had op basis van de ervaringen van verschillende ziekenhuizen (waaronder het Reinier de Graaf Gasthuis) nieuwe concept profielen ontwikkeld (NVZ, 2017). Hoewel er concept profielen waren, was het onduidelijk hoe er onderscheid gemaakt moest worden in taken en verantwoordelijkheden in het dagelijks werk op de afdeling. Dit betekende een onzeker en intensief proces voor verpleegkundige teams en de staf. In lijn met de conceptprofielen (NVZ, 2017) gingen (regie)verpleegkundigen in de proeftuinen op zoek naar mogelijkheden in hun dagelijkse werk om onderscheid te maken in taken ten aanzien van de organisatie van de zorg en kwaliteitsverbetering.

Bij de start van de proeftuinen mochten zowel mbo- als hbo-opgeleide verpleegkundigen solliciteren om te experimenteren met de rol van regieverpleegkundige. Renier de Graaf

Gasthuis wilde niemand uitsluiten, omdat nog niet helder was wat de rol van de regieverpleegkundige zou worden in een team en dus welke competenties er nodig waren.

Tijdens het experimenteren werd duidelijk dat de rol van regieverpleegkundige vraagt om een hbo-werk en denkniveau vragen en competenties die aangeleerd worden tijdens een hbo-v opleiding. Hogere eisen worden gesteld aan een analyserende en reflectieve rol, niet alleen in het individuele zorgproces, maar vooral ook op organisatorisch c.q. afdelingsniveau. Ook in de (organisatorische) afstemming met andere disciplines en in het initiëren en implementeren van kwaliteitsverbetering (zie hoofdstuk 4) is hbo-niveau nodig.

Tijdens het experimenteren vroegen de afdelingshoofden om het proces te ondersteunen met een competentietool voor regieverpleegkundigen. Doel van de competentietool was zichtbaar te maken wat de verwachtingen c.q. verantwoordelijkheden waren van de regieverpleegkundige (zie bijlage 2). Deze tool had tot doel het bespreken van de ontwikkeling van de regieverpleegkundige en de inbedding van hun rol in de dagelijkse praktijk. Daarnaast had het tot doel discussies op gang te brengen over benodigde (aanvullende) scholing en begeleiding. Met andere woorden: de competentietool was bedoeld voor gezamenlijke reflectie en niet voor beoordeling.

2.2 Verdere ontwikkeling van verpleegkundige rollen

In het experimenteren met functiedifferentiatie lag de focus in eerste instantie sterk *binnen* het verpleegkundig team. Andere professionals merkten weinig van het experimenteren met nieuwe verpleegkundige rollen. De grenzen met andere domeinen werd in het begin ook nauwelijks geraakt, dan wel ter discussie gesteld. Dit kwam enerzijds door de focus op het verpleegkundig werk, anderzijds doordat de ontwikkeling van verpleegkundige rollen een intensief en complex proces was. Functiedifferentiatie betekent een enorme transitie: professioneel en organisatorisch.

Het experimenteren met nieuwe rollen beïnvloedde ook het werk van andere professionals of het management. Een verschuiving of ontwikkeling binnen een professioneel domein, binnen een complex veld als de gezondheidszorg, raakt namelijk vrijwel altijd andere professionele domeinen. Op verschillende momenten in het experimenteren werd dit

zichtbaar, bijvoorbeeld in een interventie van (regie)verpleegkundigen op de afdeling oncologie om het multidisciplinair overleg (MDO) te verbeteren:

Aanleiding voor het evalueren van het MDO is de ervaring van verpleegkundigen dat het MDO niet efficiënt is. Tevens vonden arts-assistenten het erg veel tijd in beslag nemen. Het was niet helder wie nu welke rol had. (...). Punten om mee te experimenteren: (1) de verpleegkundigen als voorzitter van het MDO, (2) de verpleegkundigen bepaalt van te voren welke patiënten besproken worden tijdens het MDO (niet iedereen wordt meer besproken), (3) de overige disciplines kunnen aangeven als zij nog andere patiënten willen inbrengen, (4) er wordt gekeken of iedereen actief mee doet tijdens het MDO. (...) Tijdens het experimenteren werd gemeten dat het MDO van gemiddeld 60 tot 90 minuten verkort werd tot gemiddeld 35 minuten. Het MDO wordt door verpleegkundigen en andere disciplines als meer efficiënt ervaren. (Verslag evaluatie MDO, januari 2018)

Dit voorbeeld laat zien hoe het experimenteren met nieuwe rollen en taken, soms ook een multidisciplinair karakter krijgt. De ontwikkeling van de rol van (regie)verpleegkundige heeft invloed op het werk van en de samenwerking met andere professionals.

Daarnaast laat het voorbeeld zien dat overkoepelende taken, zoals het voorzitten van een MDO, niet altijd door een regieverpleegkundige worden gedaan. Binnen dit team wordt voorzitten beschouwd als een taak die alle verpleegkundigen kunnen uitvoeren. Op andere afdelingen krijgt dit weer op een andere manier vorm. Het bovenstaande voorbeeld benadrukt de situationaliteit van het invullen en vormgeven van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden. Dit vormgeven komt tot stand op basis van 'onderhandeling' tussen alle betrokkenen over de verschillende domeinen heen. Hieruit blijkt ook dat er geen generiek antwoord is te geven op de vraag wat thuis 'hoort' bij een verpleegkundige of een regieverpleegkundige. Het vraagt om een zorgvuldige afweging over wat in een specifieke context past, iets dat tijdens het experimenteren soms ook duidelijk wordt.

De invoering van functiedifferentiatie is geen project is met een einddatum, maar een doorgaand proces van voortdurende ontwikkeling binnen een team en tussen professionele domeinen. Onder invloed van nieuwe kennis en kunde kunnen er weer nieuwe verschuivingen

plaatsvinden. Een voorbeeld hiervan is een casus op de afdeling longziekten. In de focusgroep vertelden (regie)verpleegkundigen over het spoelen van een thoraxdrain:

Tot op heden kwam er in het weekend een arts-assistent op afdeling om de drain te spoelen. Tijdens een visite, zegt de longarts dat hij er voorstander van is als deze taak zou verschuiven naar het verpleegkundig team, maar dan wel naar de regieverpleegkundige. Hij heeft er vertrouwen in dat regieverpleegkundigen deze verantwoordelijkheid aankan. Hierop ontstaat discussie wie deze taak zou kunnen doen, of dit een taak zou kunnen zijn van een regieverpleegkundige of verpleegkundige. (Samenvatting focusgroep, oktober 2018)

Dit voorbeeld laat zien dat functiedifferentiatie aan de ene kant leidt tot een toenemend vertrouwen bij andere professionals in de deskundigheid en het beoordelingsvermogen van regieverpleegkundigen. Daarmee biedt dit kansen tot verschuiving van taken tussen professionele groepen; in dit geval tussen artsen en verpleegkundigen. Dit voorbeeld maakt ook duidelijk dat een continue afweging nodig is: welke taken horen binnen het profiel van een (regie)verpleegkundige, welke juridische grenzen er zijn en wat de afspraken zijn rondom voorbehouden en risicovolle handelingen. In de verdere ontwikkeling van de verpleegkundige rollen is het van belang dat verpleegkundigen hierover in gesprek gaan en een visie ontwikkelen. De verleiding bestaat om het verpleegkundig domein uit te breiden met taken van andere zorgprofessionals. Het is echter de vraag of het niet belangrijk is om het verpleegkundig vak en vakmanschap voor de eigen professie voorop te zetten.

Taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen kunnen ook verschuiven naar medewerkers zonder een verpleegkundige achtergrond. Een voorbeeld hiervan het verschuiven van ondersteunende taken naar de huishoudelijke dienst of de assist. In het experimenteren met functiedifferentiatie lag de focus vooral op het maken van onderscheid in verpleegkundige rollen. Vanwege het intensieve en complexe veranderproces is er in de proeftuinen beperkt geëxperimenteerd met andere vormen van functiedifferentiatie. In een vervolg op de proeftuinen kan het Reinier de Graaf Gasthuis hiermee verder experimenteren. Aandachtspunt hierbij is wel dat elke verschuiving een transitie betekent, zowel professioneel

als organisatorisch. Dit vraagt opnieuw om een intensief, begeleid traject van experimenteren en reflecteren op (on)gewenste effecten van verschuivingen en aanpassingen hierop.

Een andere onzekerheid in de verdere ontwikkeling van verpleegkundige rollen betreft de opleiding van de mbo-verpleegkundigen. De verwachting is dat de mbo-verpleegkundige anders opgeleid wordt, met meer focus op protocollair werken en minder op klinisch redeneren. Gevolg kan zijn dat regieverpleegkundige een grotere rol en verantwoordelijkheid gaat dragen in de coördinatie en aansturing van de directe patiëntenzorg. Een meer coachende, begeleidende en controlerende rol naar de mbo-opgeleide verpleegkundige kan van de regieverpleegkundige gevraagd gaan worden gezien de complexiteit van de patiëntenzorg. De eerste groep mbo-verpleegkundigen opgeleid in het nieuwe profiel komt in 2020 op de arbeidsmarkt. Dit vraagt van het Reinier de Gasthuis een strategische doordenking of het wenselijk is een nieuwe verschuiving in taken en verantwoordelijkheden te entameren of actief te gaan sturen op het verder bekwaam maken van mbo-opgeleide verpleegkundigen tot het huidige niveau van verpleegkundige.

2.3 De verschuiving van taken van de senior naar de regie

Tijdens het experimenteren met functiedifferentiatie ontstond er overlap tussen de rol van regieverpleegkundige en de rol van seniorverpleegkundige. Er verschoven taken tussen beide groepen en er kwamen nieuwe taken voor iedere groep bij. Dagcoördinatie, beddenoverleg (bedmanagement) en kwaliteitstaken werden stap voor stap onderdeel van het takenpakket van regieverpleegkundigen. Een aantal organisatorische taken -zoals het maken van roosters, het uitvoeren van betalingen, en het bespreken van functioneren van teamleden met het afdelingshoofd- bleven taken van de senior. Vanwege de groeiende overlap in taken tussen senior- en regieverpleegkundige werden de teams aangemoedigd om te experimenteren met het 'opheffen' van de rol van de seniorverpleegkundige en seniortaken te verschuiven naar de regieverpleegkundigen. De aanname is dat het voor de ontwikkeling van een volwaardige regierol het noodzakelijk is om de rol van senior op te heffen. Ook in het functiehuis zou dit een logische opbouw betekenen.

De verschillende proeftuinen kozen een andere invulling. In een van de proeftuinen werden de vacatures voor de rol van senior niet meer ingevuld en waren er tijdens het experiment geen seniorverpleegkundigen meer werkzaam op de afdeling. De seniortaken en -uren werden verdeeld onder de regieverpleegkundigen (inclusief een kleine tijdelijke uitbreiding van uren). Via een logboek hielden ze elkaar op de hoogte van gedane en openstaande taken. Zowel de regieverpleegkundigen als het afdelingshoofd waren tevreden over deze structuur. Een opbrengst van het 'in elkaar schuiven' van de functie van senior- en de regieverpleegkundige was het samenvoegen van organisatorische en kwaliteitstaken op ingeplande 'regiedagen'. Hiermee kreeg de regieverpleegkundige structureel tijd voor kwaliteitstaken, die voorheen gedaan moesten worden op dagen dat de regieverpleegkundige ook verantwoordelijk was voor de directe patiëntenzorg.

In de andere proeftuinen lag het verschuiven van de taken van de senior naar de regie gevoeliger. Voor een aantal seniorverpleegkundigen (met een mbo-opleiding) betekende het mogelijk het verlies van hun functie, voor anderen verlies van verworven rechten (zoals vaste doordeweekse dagdiensten) en/of verlies van hun specifieke positie tussen team en afdelingshoofd. Vooral voor mbo-opgeleide seniorverpleegkundigen, die geen hbo-opleiding (meer) willen volgen, is het verdwijnen van hun seniorfunctie een verlieservaring, wat het experimenteren met verschuiving van taken bemoeilijkte. Voor alle betrokkenen (senior, regie, verpleegkundige en afdelingshoofd) leverde dit emoties op vanuit persoonlijke voorkeuren voor hun taken/rol en de zorg voor individuele mensen. Regieverpleegkundigen geven aan moeite te hebben met het 'afnemen' van taken van hun collega's, die daardoor hun baan verliezen. Op één afdeling werken de seniorverpleegkundige en regieverpleegkundige nog 'naast' elkaar. Het verdwijnen van de rol van seniorverpleegkundige had ook consequenties voor afdelingshoofden: zij raakten hun ondersteuning en back-up in de organisatie en het team kwijt. Een aantal afdelingshoofden had zorgen over hun werkbelasting. In één proeftuin gingen regieverpleegkundigen senior-taken overnemen, zoals HR- en administratieve taken. Belangrijkste reden om dit te doen was de wens van het afdelingshoofd een klein team te hebben om vertrouwelijke informatie over individuele medewerkers mee te bespreken.

De verschuiving van taken van senior- naar de regieverpleegkundige is nog niet helemaal uitgekristalliseerd in de proeftuinen. In de evaluatie van dit experiment vroegen (regie)verpleegkundigen expliciete aandacht voor het zoeken naar maatwerkoplossingen voor seniorverpleegkundigen. Respondenten benoemen het belang van hun deskundigheid en inzet voor het team, zowel voor als tijdens het experimenteren. De wijze waarop Reinier de Graaf Gasthuis omgaat met de seniorverpleegkundigen zal het draagvlak voor mogelijk functiedifferentiatie beïnvloeden.

Ondanks deze vraagstukken leeft in alle teams de gedachte dat het opheffen van de functie van de seniorverpleegkundige een logische stap is. Enerzijds voor de ontwikkeling van een 'integrale' rol van regieverpleegkundige in de directe patiëntenzorg, de coördinatie van dagelijkse processen, organisatorische taken en kwaliteitswerk. Anderzijds voor een logische opbouw van het functiehuis, waarin de seniorverpleegkundige en regieverpleegkundige in de huidige vorm als het ware naast elkaar bestaan.

In de komende tijd is verder experimenteren met het samenvoegen van deze functies of een andere verdeling van taken binnen het team nodig om de rol en taken van de regieverpleegkundige in te bedden in nieuwe structuren. Opvallend is dat - met uitzondering van het maken van roosters - de meeste teams niet hebben gekozen om seniortaken te verschuiven naar verpleegkundigen. Als argument werd meestal aangevoerd dat het gemakkelijker is om senior-taken te combineren en bij een beperkt aantal personen te beleggen en zo te zorgen voor continuïteit. De vraag is of spreiden van verantwoordelijkheden die behoren bij bepaalde administratieve senior-taken ook niet passen bij gespreid leiderschap binnen teams en kansen biedt voor de ontwikkeling van verpleegkundigen.

2.4 De positie van pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen

Pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen leiden in de proeftuinen tot twee vragen: (1) is het mogelijk om hbo-verpleegkundigen direct na diplomering aan te nemen als regieverpleegkundige? (2) hoe zorgt Reinier de Graaf Gasthuis ervoor dat zij een aantrekkelijke werkgever is voor pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen? In de focusgroepen geven alle verpleegkundigen (mbo, hbo en pas afgestudeerd hbo) aan dat een pas afgestudeerde hbo-verpleegkundige zich moet inwerken in de directe patiëntenzorg. Enerzijds om de

patiëntenpopulatie (ziektebeelden, verpleegkundige handelingen, patiënten proces) en organisatie (werkwijzen, systemen en mensen) goed te leren kennen, zodat je als regieverpleegkundige collega's kunt adviseren/ondersteunen. Anderzijds is overzicht, kennis van organisatorische processen en kennis van het functioneren van het team nodig om te weten welke beslissingen regieverpleegkundigen moeten nemen in de coördinatie van zorg. Voorbeelden hiervan zijn een rol in het beddenoverleg (bedmanagement), patiënttoewijzing aan collega's, en zorgen voor verdeling van de werkdruk. Daarnaast kost het volgens de (regie)verpleegkundigen enige tijd om kennis op te bouwen over de kwaliteit van zorg en eventuele knelpunten op de afdeling. Dit vinden verpleegkundigen van belang voor het kiezen van thema's voor kwaliteitsverbetering en coaching van collega's. Ten slotte noemen de respondenten het risico dat pas gediplomeerde hbo-verpleegkundigen overspoeld worden met taken en verantwoordelijkheden als zij direct starten in de rol van regieverpleegkundige.

In alle teams wordt verwacht dat pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen minimaal een half jaar nodig hebben om zich in te werken. Daarna kunnen ze – bij gebleken geschiktheid - ingewerkt worden als regieverpleegkundige. Tegelijkertijd bleek in de proeftuinen dat pas gediplomeerde hbo-verpleegkundigen kennis en vaardigheden inbrengen die (nog) niet aanwezig is in de teams. De pas gediplomeerde hbo-verpleegkundigen hebben vooral een voorsprong in Evidence Based Practices (EBP), zoals klinisch redeneren, gestructureerd overdragen en literatuuronderzoek aan de hand van een PICO (Patient/ population/ problem, Intervention, Comparison, Outcome). In de focusgroepen bleek dat hun kennis over EBP nog niet (optimaal) benut wordt in de teams en dat EBP een sterke relatie kan hebben met specifieke kwaliteitstaken. Regieverpleegkundigen kunnen een belangrijke rol vervullen om EBP te stimuleren en te ontwikkelen bij hun collegae.

2.5 Het bepalen van de functiemix

De differentiatie in verpleegkundige rollen leidt tot de vraag: 'Wat is een ideale verhouding van het aantal verpleegkundigen en regieverpleegkundigen op een verpleegafdeling in een algemeen ziekenhuis?' Deze vraag is relevant vanuit het perspectief van de organisatie omdat bij een onjuiste verhouding onnodige kosten gemaakt worden, of het nadelig uitwerkt op de kwaliteit van zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat zeven aspecten van invloed zijn op de functiemix:

1. **Landelijk beleid.** De rol van regieverpleegkundige vraagt om competenties die gekoppeld zijn aan een hbo-opleiding. Twee ontwikkelingen zijn nog gaande: (1) het is nog niet duidelijk of het hebben van een hbo-opleiding (BN 2020) automatisch leidt tot de titel en functie van regieverpleegkundige en (2) de minister van VWS heeft een commissie ingesteld die uitspraak moet doen of (en welke) gespecialiseerde, CZO-erkende vervolgopleiding gelijkgesteld wordt aan een hbo-opleiding. Deze twee aspecten bepalen de toegang tot een regierol en het aantal verpleegkundigen dat per 2020 beschikbaar is voor deze rol functie. Een (ziekenhuis)organisatie kan hierin ook een eigenafweging maken, maar deze aspecten bepalen wel het speelveld en de kansen op de arbeidsmarkt.
2. **De inhoud van de verschillende verpleegkundige beroepsprofielen.** Op dit moment is de verpleegkundige allround en volledig inzetbaar in elke patiëntsituatie. Regieverpleegkundigen richten zich ook op onvoorspelbare situaties (profiel NVZ, 2017). Echter, dit onderscheid is nog niet uitgekristalliseerd. Daarnaast zijn de competenties onduidelijk van mbo-opgeleide verpleegkundigen, die vanaf 2020 op de arbeidsmarkt komen. Het is onduidelijk of zij ook volledig zelfstandig inzetbaar zijn in elke patiëntsituatie zoals in het huidige beroepsprofiel voor verpleegkundigen. Ook hier kan het ziekenhuis een eigen beleid ontwikkelen gericht op (interne) scholing. Indien dit niet het geval is zal een grotere rol van de regieverpleegkundige wordt verwacht en heeft dit gevolgen voor de functiemix.
3. **Teamkarakteristieken,** zoals de taakvolwassenheid van verpleegkundigen, spelen een belangrijke rol. Hoe meer (ervaren) verpleegkundigen een rol kunnen vervullen in het begeleiden van studenten, in het coachen van pas afgestudeerde collega's, in het doen van oudste diensten in de avond of nacht, en in het bijdragen in kwaliteit verbeterprojecten, hoe minder regieverpleegkundigen nodig zijn. Daarnaast speelt het aantal hbo-studenten op afdeling een rol bij kwaliteitsprojecten, zeker vanuit hun ervaring met EBP. Ook de uitgangspunten rondom het opleiden van hbo verpleegkundigen is van invloed op de functiemix. Op de meeste afdelingen wordt ernaar gestreefd dat hbo-studenten door hbo-verpleegkundigen worden begeleid. Terwijl er ook mogelijkheden

zijn voor begeleiding door verpleegkundigen in de directe patiëntenzorg of leerunits kansen bieden.

4. **De kwaliteit van de geleverde zorg.** Op afdelingen waar een inhaalslag nodig is ten aanzien van kwaliteit van zorg, zijn (tijdelijk) meer regieverpleegkundigen nodig. Regieverpleegkundigen hebben een taak in het coachen van collega's, in teamontwikkeling en in de coördinatie van - en inhoud geven aan verbeterprojecten.
5. **Differentiaties in zorgaanbod** op de afdeling. Op afdelingen waar sprake is van specifieke units (bijvoorbeeld een geriatrische unit of dagbehandeling) in combinatie met klinische capaciteit, is behoefte aan meer regieverpleegkundigen om de coördinatie van zorg goed te regelen en te sturen op de werkdruk. Daarnaast bleek dat op sommige afdelingen sprake is van pieken in de werkdruk en taken als regisseur in patiëntprocessen. Op deze afdelingen is het wenselijk om op bepaalde dagen twee regieverpleegkundigen als dagcoördinator te hebben en/of ook in avond een regieverpleegkundige werkzaam te laten zijn.
6. **Veranderingen in het vakgebied/ nieuw op te pakken kwaliteitsthema's.** De mate waarin er grote veranderingen worden verwacht in een vakgebied (nieuwe ontwikkelingen of externe regelgeving) is van invloed op het aantal regieverpleegkundigen dat nodig is om hier vorm, inhoud en leiding aan te geven binnen het team.

De financiële situatie beïnvloedt op twee manieren de functiemix. Uit het experimenteren is een verandering van taken en verantwoordelijkheden gebleken, waardoor de regieverpleegkundige anders ingeschaald zal worden. Dit betekent hogere loonkosten en daarmee mogelijk een beperking van het aantal regieverpleegkundigen per team. Daarnaast is de inschaling voor de regieverpleegkundigen zelf ook een belangrijk aspect. Hoewel regieverpleegkundigen hun nieuwe rol als uitdagend ervaren, en intrinsiek gemotiveerd zijn, voelen ze ook de veranderde verantwoordelijkheid en de toegenomen werkdruk. Dit vraagt volgens hen om extra beloning. Daarnaast speelt in een van de proeftuinen een toegenomen inzet van regieverpleegkundigen in de dagdienst (coördinatie van zorg en regiedagen) met financiële consequenties door een afname van onregelmatigheidstoeslag. Beide consequenties kunnen de wens om regieverpleegkundige te worden negatief beïnvloeden.

Opvallend is dat (regie)verpleegkundigen de eigen teamsamenstelling de ideale functiemix vinden. Een verklaring hiervoor is dat ze op basis van de functiemix van het eigen team hun werk hebben ingericht. Een andere verklaring is dat het situationeel bepaald moet worden, waarbij de bovenstaande zeven aspecten meegenomen worden. De meeste respondenten geven aan dat een functiemix van 70% verpleegkundigen en 30% regieverpleegkundigen een minimum is. Met 30% regieverpleegkundigen kan de dagcoördinatie rondom patiëntenzorg ingevuld worden en vindt een coördinerende en initiërende rol in kwaliteitsverbetering plaats. Daalt het aantal regieverpleegkundigen onder dit niveau, dan gaat dat vooral ten koste van kwaliteitstaken. De tijd en aandacht van regieverpleegkundigen gaat dan vooral naar coördinatie van patiëntenzorg (dagcoördinatie) en organisatorische taken (roosteren en administratie). In één van de teams was de verdeling tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen 50%-50%. Opvallend is dat dit team veel kenmerken van zelfsturing liet zien en het afdelingshoofd vooral coachend aanwezig was. Dit roept de vraag op of meer regieverpleegkundigen leidt tot toename van zelforganisatie en de mogelijkheid voor een grotere span-of-attention van afdelingshoofden. Omdat er sprake is van één casus is hiervoor aanvullend onderzoek nodig.

3. Functiedifferentiatie, arbeidstevredenheid en werkdruk

In dit hoofdstuk wordt de uitkomsten over functiedifferentiatie in de proeftuinen beschreven. De uitkomstenmaten zijn resultaat van de studie. Op basis van het onderzoek hebben we vastgesteld wat relevante uitkomst maten zijn voor de betrokkenen. Deze zijn: tevredenheid met de rol, ervaren werkdruk en loopbaanperspectief. De effecten op de kwaliteit van zorg worden in het volgende hoofdstuk beschreven.

3.1 Tevredenheid met nieuwe rollen

Tijdens het experimenteren was er onzekerheid over de inhoud van de nieuwe rollen/functies en eventuele verandering van verhoudingen binnen het team. Ook waren er gevoelens van verlies. Bij de verpleegkundigen door het differentiëren naar complexiteit van zorg en bij seniorverpleegkundigen doordat taken overgenomen werden door de regieverpleegkundige. Toch leidde het experimenteren met functiedifferentiatie ook tot tevredenheid met de nieuwe functiemix en zagen regieverpleegkundigen vooral de kansen die hun nieuwe rol gaf. Dit bleek zowel uit gesprekken met (regie)verpleegkundigen, het resultaten van het verkorte MTO als de focusgroepen. Bij de verpleegkundigen is er (meer) tevredenheid over het nieuwe beroepsprofiel als zij allround verpleegkundige kunnen zijn en op afdeling betrokken zijn bij organisatorische vragen en kwaliteitsverbetering. Samen verantwoordelijkheid dragen – hoewel met onderscheiden rollen - is hierin belangrijk voor de verpleegkundigen. Uit de gesprekken met de regieverpleegkundigen blijkt dat zij meer tevreden zijn, omdat zij hun competenties beter kunnen benutten. Vooral het coachen van collega's, het (zelf) organiseren van zorg en het verbeteren van de kwaliteit van zorg op afdeling noemen zij als belangrijke nieuwe taken. Regieverpleegkundigen vinden dit enerzijds intensief en ervaren meer verantwoordelijkheid, anderzijds benoemen zij dit als boeiende en uitdagende taken.

3.2 Toegenomen werkdruk

In de zomer van 2018 is een deel van het medewerkertevredenheidsonderzoek uit 2017 in de proeftuinen herhaald (Van Veldhoven et al., 2014 - zie bijlage 1). De respons is gemiddeld

53% (Proeftuin A 58%, B 51%, C 64%, D 41%.) De verdeling van respondenten is representatief voor de rol c.q. functie die zij vervullen in de proeftuinen.

Uit de verkorte MTO blijken verschillen in de beoordeling van de hoeveelheid werkzaamheden en werkdruk per afdeling. Vanwege het kleine aantal respondenten in sommige subgroepen is het niet betrouwbaar om een onderscheid te maken tussen verpleegkundigen, regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen.

Tabel 1: Percentage respondenten per proeftuin (A, B, C, D) dat positief (bevestigend) scoort op de vragen in het MTO t.a.v. werktempo en werkhoeveelheid in 2017 en 2018								
	A2017	A2018 N=15	B2017	B2018 N=19	C2017	C2018 N=23	D2017	D2018 N=15
Ik heb teveel werk te doen	43,8	60	81	78,9	51,9	60,9	73,7	80
Ik moet extra hard werken om iets af te krijgen.	43,8	53,3	52,4	63,2	44,4	60,9	63,2	66,7
Ik moet me haasten.	31,3	33,3	57,1	73,7	29,6	43,5	63,2	53,3
Ik heb te maken met een achterstand in mijn werkzaamheden.	18,8	13,3	19	42,1	18,5	17,4	26,3	20
Ik heb problemen met het werktempo.	0	0	19	15,8	7,4	4,3	10,5	6,7
Ik heb problemen met de werkdruk	12,5	6,7	38,1	52,6	25,9	17,4	26,3	26,7

Tabel 1 geeft het percentage respondenten weer dat met 'altijd of vaak' geantwoord heeft. Vooral in proeftuin B en C zijn de percentages hoger zijn dan in 2018 en is de perceptie over werkdruk dus negatiever is geworden². Op de mate waarin de respondenten *problemen* hebben met de werkdruk is alleen in proeftuin B negatiever gescoord.

Tabel 2 geeft de schaalscore weer. Dit is een gestandaardiseerde score tussen 0 en 100. Een schaalscore is het resultaat van het meest negatieve antwoord op elke vraag in de schaal. Hoe hoger de schaalscore, hoe negatiever de 'beoordeling' van respondenten. Als we kijken naar de schaalscores per team dan zien we verschillen in de beleving van de werkdruk *tussen* de teams. Dit beeld komt overeen met de beleving van de deelnemers aan de focusgroepen.

² Het databestand en de berekening van schaalscores van het MTO uit 2017 is niet openbaar beschikbaar. Daarom is vergelijking van de uitkomsten tussen 2017 en 2018 (op schaalniveau) niet mogelijk.

Tabel 2: Schaalscore 'werktempo en werkhoeveelheid' per team in 2018.

	A2018	B2018	C2018	D2018
Werktempo en werkhoeveelheid	39,3	53,8	40,3	46,3

In de focusgroepen werden twee aspecten genoemd die van invloed waren op de werkdruk. Allereerst was het voor een aantal teams moeilijk om te experimenteren met nieuwe rollen door krapte in de personele bezetting (team B en D). Wisselingen in de teams door vertrek van collega's, inwerken van nieuwe collega's en ziekte waaronder de langdurige griep in het voorjaar van 2018 gaven meer werkdruk. Regieverpleegkundige proberen binnen hun mogelijkheden de werkdruk zoveel mogelijk te verdelen, maar ervoeren dat zij weinig konden doen om de werkdruk te verminderen of beter te verdelen:

'De werkdruk is sowieso hoog. (...) Als ik regie ben, dan weet ik wat er op afdeling speelt, dan is het gemakkelijker om te schuiven met mensen, dan zeg ik: 'Joh, daar hebben ze het heel erg druk, zou jij daarheen kunnen?' (...) Dan verdeel je de werkdruk een beetje, maar of die nu per definitie lager wordt door zo'n verschil van functie, dat denk ik niet.'

(Focusgroep afdeling A, september 2018)

Daarnaast vertelden regieverpleegkundigen dat de werkdruk is toegenomen door de uitbreiding van hun taken. Ook verpleegkundigen geven aan vaker patiënten van collega's over te nemen, vanwege een toename van het aantal overleggen. Dit heeft niet alleen met de proeftuinen voor functiedifferentiatie te maken, maar komt ook door het begeleiden van studenten. De ervaren werkdruk hangt dus samen met andere factoren dan functiedifferentiatie (personeelskrapte, langdurige griepgolf), met tijdelijke factoren (onzekerheid, groeien in verantwoordelijkheid), en met functiedifferentiatie (toename van taken bij regie en verschuiving van werk(druk) naar verpleegkundigen. De tijdelijke factoren zijn van belang om rekening mee te houden in het experimenteren in andere proeftuinen. De ervaren werkdruk door een toename van taken is vooral belangrijk bij de verdere ontwikkeling en inbedding van de rol van regieverpleegkundige en het faciliteren van regieverpleegkundigen bij het vormgeven van deze rol c.q. functie.

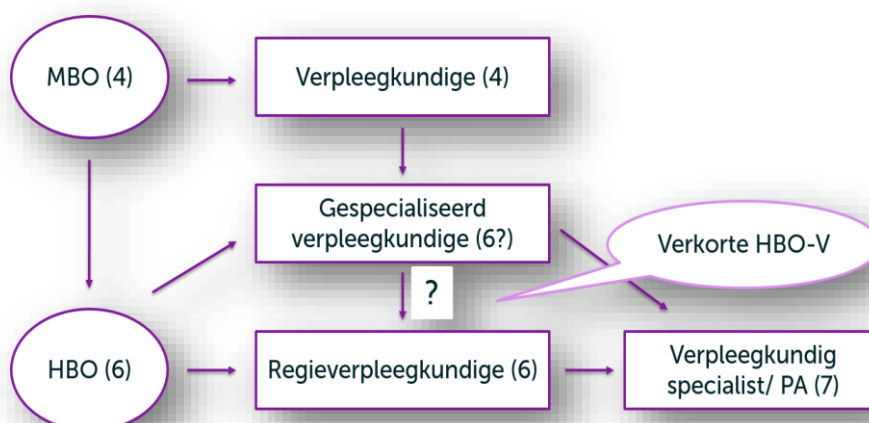
3.3 Loopbaanperspectief voor alle verpleegkundigen

In het verkorte MTO zien we verschillen tussen teams in de beoordeling van de loopbaanmogelijkheden in 2018 ten opzichte van 2017.

Tabel 3: Percentage respondenten per proeftuin (A, B, C, D) dat positief scoort op de vragen in het MTO t.a.v. loopbaanmogelijkheden in 2017 en 2018

	A2017	A2018	B2017	B2018	C2017	C2018	D2017	D2018
Mijn baan biedt mij financiële groeimogelijkheden.	46,7	20	6,3	15,8	26,9	21,7	42,9	60
Mijn huidige baan vergroot mijn kansen en mogelijkheden op de arbeidsmarkt.	60	66,7	18,8	21,1	46,2	56,5	42,9	73,3
Mijn baan biedt mij mogelijkheden tot promotie.	46,7	26,7	6,3	10,5	26,9	17,4	35,7	46,7

Bij de bespreking van deze resultaten in de focusgroepen geven verpleegkundigen aan dat onzekerheid is of mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen met een specialistische (CZO-erkende) vervolgopleiding ook gezien worden als hbo opgeleide verpleegkundigen. Zij vinden dat dit een rol speelt in hun loopbaanmogelijkheden en kansen op de arbeidsmarkt. In een van de focusgroepen werd genoemd dat mbo-opgeleide verpleegkundigen bang zijn dat hun kansen afnemen op de arbeidsmarkt, omdat er vaker in een vacature gevraagd wordt naar een hbo opgeleide verpleegkundige. Tegelijkertijd geven de deelnemers in alle focusgroepen aan dat er voldoende doorgroeimogelijkheden zijn voor alle verpleegkundigen. Iedere verpleegkundige die bereid is aanvullende scholing te volgen kan doorgroeien. Onderstaand schema laat zien welke mogelijkheden er zijn volgens de respondenten.



Figuur 2: Schematische weergave van het loopbaanperspectief van verpleegkundigen met verwijzing naar het functieniveau (NLQF) tussen de haakjes.

Als er een aanvullende opleiding nodig is tot regieverpleegkundige dan gaat de voorkeur uit naar een verkort traject. Dit verkorte traject wordt al 2 jaar ingezet in het RdGG, in samenwerking met Hogeschool Avans+. Daarnaast hebben de huidige hbo-opgeleide verpleegkundigen behoefte aan aanvullende scholing in de vorm van modules t.a.v. Evidence Based Practices (EBP), klinisch redeneren en kwaliteitsmanagement. In de afgelopen onderzoeksperiode is het Reinier de Graaf ziekenhuis met deze modules gestart. In het nieuwe profiel Bachelor of Nurses 2020 zijn deze modules onderdeel van de opleiding.

3.4 Wat maakt functiedifferentiatie succesvol?

Uit de observaties, interviews, focusgroepen en survey blijkt een aantal aspecten bij te dragen aan een succesvolle ontwikkeling van functiedifferentiatie.

1. **De duur van het experiment.** Functiedifferentiatie is een majeure en ingrijpende verandering, zowel voor de professionals zelf (onderscheid binnen het beroep en in het team), als voor de organisatie van het verpleegkundig werk (nieuwe werkwijzen, taakverdeling en routines). Uit de gesprekken en observaties blijkt dat de (regie)verpleegkundigen die langer experimenteren positiever zijn over functiedifferentiatie. Vanuit het onderzoek kunnen we dit verklaren door (1) de gevoelsmatig lange aanlooptijd die de verpleegkundigen nodig hadden om te experimenteren. De onzekerheid en onduidelijkheid over de nieuwe taken en verantwoordelijkheden maakte dat (regie)verpleegkundigen in het begin tijd nodig hadden om na te denken hierover, voordat zij konden starten met het uitproberen van een interventie. Daarnaast zagen we (2) dat de onzekerheid over de verschillen in rollen afnam naarmate de tijd verstreek. Met de verschillende experimenten werd namelijk de nieuwe rol(verdeling) stap voor stap meer duidelijk. Ten slotte werd (3) door het ingebed raken van (nieuwe) taken en verantwoordelijkheden de nieuwe rolverdeling 'routine'. Hiermee raakten de nieuwe rollen geaccepteerd. Dit ontwikkelde gedurende het experiment.

2. **Teamwork.** Uit de focusgroepen blijkt dat vooral verpleegkundigen meer tevreden zijn over functiedifferentiatie als er sprake is van teamwork. Met teamwork wordt een gezamenlijke verantwoordelijkheid, het (mogen) meedenken in het organiseren van de zorg op afdelingsniveau en het kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg bedoeld. Verpleegkundigen die bijvoorbeeld een rol in kwaliteitswerkgroepen hadden, of bijdroegen aan kwaliteitschecks op afdeling waren meer tevreden. Ondanks verschillende rollen in dit soort processen van verpleegkundigen en regieverpleegkundigen, leidde dit niet tot ontevredenheid. Uit één case blijkt dat waar de inbreng van de verpleegkundigen gering is, zij minder tevreden zijn over functiedifferentiatie.
3. **De visie op functiedifferentiatie.** In één van de proeftuinen leeft de gedachte dat het hele verpleegkundige team 'beter' moet worden door functiedifferentiatie, en dat het verbeteren van de kwaliteit van het verpleegkundig werk een gezamenlijke inspanning is. In dit team is de tevredenheid met functiedifferentiatie hoog. In een andere proeftuin leeft de gedachte dat de regieverpleegkundige de verpleegkundige (in de toekomst) gaat ondersteunen of instrueren in de directe patiëntenzorg. Functiedifferentiatie leidt in deze proeftuin tot het ontstaan van twee groepen, die naast elkaar moeten gaan functioneren. In deze laatste proeftuin lukte het tot op heden niet goed om onderscheidende beroepsprofielen te ontwikkelen. Deze verschillende opvattingen over het beoogde doel van functiedifferentiatie, of desgewenst visie op functioneren van verpleegkundige teams, beïnvloeden het experimenteren en daarmee het proces van 'implementeren en ook de uitkomsten van functiedifferentiatie (werkdruk, tevredenheid).
4. Een ander aspect is **leiderschap**. Functiedifferentiatie is meer succesvol in teams waar afdelingshoofden coachend en faciliterend aanwezig zijn. Volgens (regie)verpleegkundigen betekent coachen "ruimte geven aan zowel verpleegkundigen als regieverpleegkundigen, en tegelijkertijd steunen als het nodig is" (regieverpleegkundige afdeling C). Zij geven aan dat het steunend is als het afdelingshoofd 'weet wat er gebeurt', zodat de (regie)verpleegkundigen bij het afdelingshoofd terecht kunnen als het nodig is. Tegelijkertijd moet het afdelingshoofd het experimenteren aan het team overlaten en het experimenteren faciliteren met

randvoorwaarden. Bijvoorbeeld door uren beschikbaar te stellen voor kwaliteits- en administratieve taken en/ of te zorgen voor dag-coördinatoren. Dit leiderschap draagt bij aan de ontwikkeling van functiedifferentiatie én de ontwikkeling van leiderschap binnen de teams.

5. Ten slotte lijkt het opgaan van de functie van **seniorverpleegkundige** in de functie van regieverpleegkundige van belang voor de ontwikkeling van nieuwe rollen. Uit de observaties en interviews blijkt dat taken van de regie- en seniorverpleegkundige overlappen, bijvoorbeeld in een rol in het beddenoverleg, of in kwaliteitstaken. In de meeste proeftuinen hadden seniorverpleegkundigen tijd om structureel andere (verpleegkundige) taken te doen. De regieverpleegkundigen hadden dit in eerste instantie niet, waardoor het lastig bleek om nieuwe taken te ontwikkelen. In de proeftuinen waar geen seniorverpleegkundigen meer werkzaam waren, bleek het overdragen van taken en de beschikbare tijd van de seniorverpleegkundigen bij te dragen aan de ontwikkeling van de rol van de regieverpleegkundige en werden regietaken structureel onderdeel van de (week)taak van de regie. Regietaken vallen zo minder snel tussen wal en schip.

4. Effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg

Dit hoofdstuk beschrijft hoe functiedifferentiatie heeft bijgedragen aan een toegenomen aandacht voor kwaliteit. De rol van de (regie)verpleegkundigen in kwaliteitsverbetering is hierin van belang. De duur van het onderzoek was te beperkt om effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg te meten. In § 4.2 wordt vanuit de literatuur inzicht gegeven in de mogelijkheden om effecten op de kwaliteit van zorg te meten. Dit leidt tot een aantal aanbevelingen voor het Renier de Graaf Gasthuis.

4.1 Experimenteren met kwaliteitstaken

Uit zowel de observaties, interviews, het verkorte medewerker tevredenheidsonderzoek (MTO), als de focusgroepen blijkt dat de aandacht voor kwaliteitsverbetering sterk is toegenomen tijdens het experimenteren met functiedifferentiatie.

Tabel 3: Percentage respondenten per proeftuin (A, B, C, D) dat positief scoort op de vragen in het MTO t.a.v. kwaliteit in 2017 en 2018

	A2017	A2018	B2017	B2018	C2017	C2018	D2017	D2018
Wij zijn erop gericht een product van hoge kwaliteit aan onze klanten (zowel intern als extern) te leveren.	86,7	100	58,8	57,9	84,6	100	64,3	100
Er wordt aantoonbaar gewerkt aan kwaliteitsverbetering.	80	100	76,5	42,1	92,3	95,7	71,4	93,3
De kwaliteit van de medewerkers is goed afgestemd op de te verrichten zaken.	80	100	35,3	36,8	57,7	87	50	86,7
In deze organisatie mag niets ten koste gaan van de kwaliteit.	53,3	86,7	17,6	26,3	42,3	78,3	21,4	73,3

In drie van de vier proeftuinen is een forse stijging te zien van de perceptie van verpleegkundigen over de mate waarin er aandacht voor kwaliteit van zorg en kwaliteitswerk. Ook de uitkomsten uit interviews en observaties onderschrijven dat er meer aandacht is voor kwaliteit(verbetering). De regieverpleegkundigen zijn coördinator van kwaliteitswerkgroepen. Daarnaast organiseren zij (in bijna alle proeftuinen structureel) themamaanden en klinische lessen en andere vormen van onderwijs. Zij blijven vooral in de rol van regisseur en laten de uitvoering over aan anderen; ze maken ook gebruik van de expertise van andere disciplines.

In de proeftuinen werden inwerkprogramma's ontwikkeld waarin meer aandacht is voor bedside teaching en klinische redeneren voor verpleegkundigen. Dit zijn allemaal voorbeelden van de wijze waarop regieverpleegkundigen hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van verpleegkundig vakmanschap. Veel van deze activiteiten vonden echter 'off-track' plaats, d.w.z. buiten de directe patiëntenzorg en binnen van te voren georganiseerde kaders (zie o.a. Renolen et al., 2018). We zagen op één afdeling ook de eerste stappen naar meer 'on-track' kwaliteitswerk. Op deze afdeling werd geëxperimenteerd met het inbouwen van kwaliteitswerk in de dagelijkse werkzaamheden en rondom patiëntenzorg. Op deze afdeling experimenteerden de verpleegkundigen met vrijgekomen tijd door het inzetten van apothekersassistenten (dagelijks zijn daardoor twee verpleegkundigen een uur extra beschikbaar). Om te voorkomen dat deze tijd 'verloren' gaat in de waan van alle dag experimenteerden verpleegkundigen met klinisch redeneren, bedside teaching, klinische lessen, presentaties van studenten, klacht of probleem analyseren, PICO maken of het bespreken van een moreel dilemma. Het blijft echter lastig om het 'off-track' kwaliteitswerk structureel vorm te geven en daarmee te zorgen voor borging. Regieverpleegkundigen vinden het lastig om tijdens een dienst patiëntenzorg over te dragen aan collega's. Enerzijds vanwege de werkdruk die dit genereert bij collega's, anderzijds vanwege de zorgvraag en taken die nog moeten gebeuren in hun eigen dienst. Dit leidde ertoe dat op bijna alle afdelingen gewerkt wordt met 'regiedagen': dagen waarop de regieverpleegkundigen niet ingepland stonden in de patiëntenzorg en waarin zij om de beurt organisatorische - en kwaliteitstaken oppakten.

Een voorbeeld van de bijdrage van regieverpleegkundigen aan kwaliteitswerk was de analyse van pijn na tonsillectomie, naar aanleiding van een klacht van een patiënt (zie kader op de volgende pagina). Dit voorbeeld laat zien welke rol regieverpleegkundigen samen met hun collega verpleegkundigen kunnen spelen in het verbeteren van de kwaliteit. (Regie)verpleegkundigen waren enthousiast over de invloed die ze uit konden oefenen op de kwaliteit van zorg. Deze rol blijkt nog kwetsbaar en dient verder ontwikkeld en ingebed te worden. Bijvoorbeeld door het scholen van regieverpleegkundigen in het gebruik van PICO's en EBP, en door on-track kwaliteitswerk te stimuleren.

Pijn na tonsillectomie

Een regieverpleegkundige vertelt: 'Bij patiënten met een tonsillectomie werd de pijn na OK niet consequent gemeten met de pijnscore. 22 patiënten gingen met een pijnscore van 7 of hoger met ontslag. Hier is een klacht over geweest. De vraag is: 'Hoe kan het dat patiënten zo'n hoge pijnscore hebben?' Ze deed vervolgens dossieronderzoek naar pijnscores, pijnstilling en acties van verpleegkundigen en raadpleegde protocollen.

Uit dit onderzoek bleek dat er verschillen zijn in pijnstilling bij dezelfde ingreep, controles na OK niet consequent gedaan worden, pijnstilling na een hoge pijnscore te laat gegeven wordt, het geven van ijswater (volgens protocol) geen onderdeel is van het activiteitenplan, en onvoldoende duidelijk is in de patiëntenfolder wat de patiënt zelf kan doen om pijn te verminderen.

De regieverpleegkundige heeft het volgende voorgesteld qua aanpak: advies aan KNO-artsen om één beleid te maken voor pijnstilling zodat dit voor verpleegkundigen duidelijker is; een veiligheidskruis bijhouden en alle pijnscores hoger dan 4 noteren; het tonsillectomie activiteitenplan is aangepast; er is een voorstel gedaan voor aanpassing van de folder; er komt een overleg met de pijnconsulent over de aanpak op afdeling; een klinische les over voorlichting t.a.v. pijnstilling [in het algemeen en bij bijv. dementerende ouderen]. De kwaliteitswerkgroep en 'aandachtvelders' waren hierbij betrokken zodat zij verbeteringen konden overnemen, en zorgen konden dragen voor borging. De resultaten zijn opgestuurd naar de kwaliteitsmedewerker die het advies vervolgens deelde met de KNO-artsen.

De regieverpleegkundige geeft als reflectie: We hadden 48 patiënten in een maand tijd met een hoge pijnscore, daarvan heb ik er nu 20 geëvalueerd. In totaal ben ik er wel 24 uur mee bezig geweest denk ik. (Samenvatting observatieverslag werkgroep overleg, 28-05-2018)

Kwaliteitswerk zoals hierboven beschreven³ vraagt om een 'omgeving' waarin verpleegkundigen vakinhoudelijke vragen formuleren, en waarin tijd c.q. ruimte is om die vraag te beantwoorden aan de hand van wetenschappelijke literatuur (zie o.a. Newhouse, 2007). De regiedagen ondersteunden structureel werken aan organisatorische taken en kwaliteitsverbetering. De vraag is echter of het kwaliteitswerk structureel onderdeel wordt van

³ Een veiligheidskruis zoals genoemd in de casus is een kalender in kruisvorm, met de dagen van de maand erop, waarin het team het aantal incidenten of fouten bijhoudt per gekozen indicator (Janssen & Hersbach, 2012).

het werk van de (regie)verpleegkundige, of dat door de regiedagen kwaliteitswerk gezien wordt als 'extra' – niet verpleegkundig – werk (ibid.). Dit blijft een belangrijk aandachtspunt de komende tijd, vooral in de borging van de rol van de regieverpleegkundige.

Ook de KNO-observatie laat zien dat kwaliteitsverbetering multidisciplinair is en dat het werk van de regieverpleegkundige over professionele grenzen heen gaat (zie § 2.2). In de verdere ontwikkeling van nieuwe verpleegkundige rollen is het van belang om breder te kijken naar de rol van de (regie)verpleegkundige in de samenwerking met andere disciplines en de verschuivingen die interdisciplinair optreden in de organisatie van de zorg.

4.2 Het meten van effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg

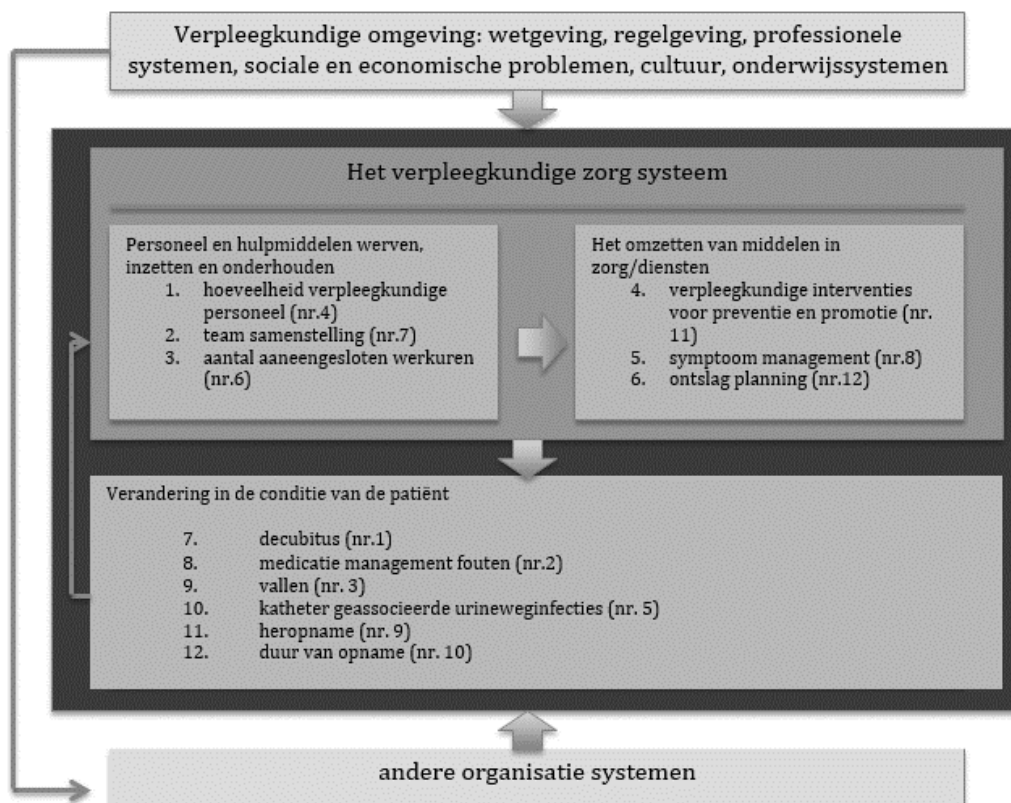
Een belangrijke vraag in het proces van functiedifferentiatie is: 'Welke effecten heeft functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg, en hoe kunnen die effecten gemeten worden?' In deze paragraaf beschrijven we: (1) relevante uitkomstmaten voor verpleegkundige zorg vanuit de literatuur; (2) andere manieren om het effect van functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg te meten.

4.2.1. Relevante uitkomstmaten voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg

Kwaliteit van zorg kan gemeten worden aan de hand van indicatoren. Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg en heeft een signalerende functie om de zorg te evalueren, te volgen en te verbeteren, om zo de kwaliteit van zorg te verhogen (Colsen & Casparie, 1995). Er zijn verschillende 'typen' indicatoren, zoals structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren (Donabedian, 1988). Een structuurindicator geeft kwaliteitsinformatie over de organisatie van de zorgverlening. De beschikbaarheid van verpleegkundig personeel en de samenstelling van verpleegkundige teams zijn voorbeelden van structuurindicatoren. Een procesindicator geeft informatie over (de kwaliteit van) het zorgproces. Een voorbeeld hiervan is de wachttijd voor intake van een patiënt. Een uitkomstindicator geeft informatie over het resultaat van een de zorg of behandeling. Een voorbeeld hiervan is het meten van complicaties na een behandeling.

Weggelaar et al. (2015) voegen aan deze indeling de interventie indicatoren toe. Een voorbeeld van een interventie indicator is het (tijdig) toedienen van pijnmedicatie na een hoge pijnscore (ibid.). In het Reinier de Graaf Gasthuis worden de landelijke ‘verplichte’ indicatoren vooral gevolgd. Dit zijn vooral procesindicatoren, bijvoorbeeld óf verpleegkundigen een pijnscores afnemen, maar niet wat de pijnscores waren (en of dat volgens de standaard is) en welke interventies de verpleegkundigen (en andere professionals) deden.

Dubois (2013; 2017) vertaalde de indeling van Donabedian in twaalf verpleegkundige zorgindicatoren, verdeeld in drie categorieën: (1) het werven, inzetten en onderhouden van personeel en hulpmiddelen, (2) het omzetten van deze middelen in zorg en diensten en (3) het veroorzaken van veranderingen in de conditie van de patiënt (Verhoeven & Van Oostveen, 2018).



Figuur 3: Twaalf geprioriteerde verpleegkundig-gevoelige prestatie-indicatoren van Dubois (2017), uit Verhoeven en Van Oostveen (2018).

Indicatoren die de kwaliteit van de verpleegkundige zorg meten, worden verpleeg-sensitieve indicatoren genoemd (Stalpers, 2015; Doran, 2003; Maas et al., 1996). Voorbeelden van verpleeg-sensitieve ziekenhuiszorg indicatoren zijn: decubitus, pijn, ligduur, heropnames en zorgzwaarte (V&VN, 2017). De Inspectie voor de Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) gebruikt vier verpleeg-sensitieve indicatoren voor het beoordelen van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg: pijn, decubitus, delier en ondervoeding. Uit onderzoek blijkt echter dat het lastig is om een verband aan te tonen tussen verpleegkundige zorg en uitkomsten op kwaliteit van zorg (zie o.a. Aiken et al., 2002; Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2014; Hall et al., 2003; Stalpers et al., 2013). Toch is een aantal onderzochte 'bewezen' effecten wel interessant om te noemen. Onderzoeken laten bijvoorbeeld zien dat bij een toename van het aantal patiënten dat een verpleegkundige verpleegt, de kwaliteit van zorg daalt. Ook leidt een hoge werkdruk tot hogere sterfte, meer medicatiefouten en valincidenten (Verhoeven & Van Oostveen, 2018). Er is echter nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van de samenstelling van verpleegkundige teams en de onderlinge taakverdeling op de uitkomstmaten van zorg (Hall et al., 2003).

In ons onderzoek zagen we hoe verpleegkundigen in hun werk vooral gericht zijn op de uitvoering van patiëntenzorg, informatie verzamelen en doorspelen naar andere zorgprofessionals, en het coördineren en stroomlijnen van het zorgproces. In dit proces registreren verpleegkundigen een aantal kwaliteitsaspecten; zo worden verpleeg-sensitieve indicatoren zoals pijn, delier, ondervoeding en decubitus geregistreerd in het Elektronisch Patiënten Dossier. Registreren leidt echter niet automatisch tot verbetering van de kwaliteit van zorg.

Het inbedden van het gebruik van (verpleeg-sensitieve) indicatoren in kwaliteitswerk, zowel on- als off-track, moet nog verder uitontwikkeld worden binnen het Reinier de Graaf Gasthuis. Oostveen et al. (2014) geven advies hoe dat het beste vormgegeven kan worden:

- (1) laat managers (en verpleegkundigen zelf!) nadenken over wat ze willen weten
- (2) bepaal wat het doel is van het gebruik van deze indicatoren voor alle betrokkenen,
- (3) bepaal hoe indicatoren moeten worden weergegeven en zorg voor een infrastructuur hiervoor (zoals een periodieke rapportage en/of een dashboard).

Verhoeven & Van Oostveen (2018) benoemen dat verpleegkundigen hieraan invulling kunnen geven, maar beschrijven niet hoe ze dat in het dagelijks werk kunnen doen. Dit vraagt dus nog om verder experimenteren in het vervolg van de proeftuinen. Belangrijk aandachtspunt voortkomend uit de focusgroepen is dat het maken van kwaliteitsrapportages een taak is van de ondersteunende afdeling kwaliteit. De manager en een medewerker van de afdeling kwaliteit geven aan dat er 'mooie' rapportages gemaakt worden, maar dat het de vraag is wie daar vervolgens iets mee doet. Zij zijn voorstander van meer regie over - en het gebruik van de kwaliteitsgegevens door de verpleegkundige teams zelf. Meer inzicht in kwaliteitsdata kan (regie)verpleegkundigen helpen om focus aan te brengen in relevante kwaliteitsthema's en het bepalen van interventies (zie ook Melnyk et al., 2010). Dit betekent volgens hen verbeteren van (1) analyse van indicatoren en bepalen van interventies, (2) protocollen en richtlijnen opstellen en aanpassen, (3) de actuele werkwijze onderzoeken en (4) het gebruik van EBP hierin integreren. De regieverpleegkundigen gaven in verschillende gesprekken gedurende het onderzoek aan dat zij graag de kwaliteit van verpleegkundige zorg willen verbeteren en de effecten van hun werk zichtbaar willen maken, maar zij worstelen met de vraag *hoe*. Zij merken hoe ingewikkeld het is om een verband te leggen tussen functiedifferentiatie – de veranderende rol in bijvoorbeeld coördinatie en kwaliteit van zorg - en uitkomsten van zorg. Een bijdrage van bureau Verpleegkundige Zaken, met expertise op het gebied van verpleegkundig onderzoek en scholing EBP draagt hieraan bij.

4.2.2 Andere manieren om kwaliteit te meten

De kwaliteit van zorg kan vanuit verschillende perspectieven beoordeeld worden: vanuit het professionele perspectief (bijvoorbeeld naar uitkomsten van zorg), vanuit het organisatorische perspectief (bijvoorbeeld naar toegankelijkheid of ligduur), en vanuit het patiëntperspectief (bijvoorbeeld naar korte opnameduur of zorg afgestemd op behoefte) (Havenaar et al., 2002). Patiënten kunnen andere eisen stellen aan de kwaliteit van zorg, of andere aspecten inbrengen die voor hen van belang zijn. Er zijn steeds meer initiatieven waarin patiënten betrokken worden bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Van den Bovenkamp (2010) laat zien dat het lastig is om beoordelingen van patiënten te vertalen naar kwaliteitsverbetering. Ook is het onder woorden brengen van de verpleegkundige kwaliteit van zorg voor patiënten

niet zo eenvoudig. Daarnaast wordt er in tevredenheidsmetingen vaak in het algemeen gevraagd naar ervaringen met personeel, zonder specifiek in te gaan op de rol van de verpleegkundige in het zorgproces.

Er zijn vragenlijsten die kunnen helpen bij de beoordeling van de kwaliteit van het verpleegkundig werk vanuit het patiëntperspectief, zoals de PJHQ (Ruben et al., 1990) en de PSNCQQ (Laschinger et al., 2005). Hiermee wordt de beoordeling van de patiënt over het verpleegkundig werk specifieker. Er is echter geen vertaling en validatie voor deze vragenlijsten in de Nederlandse setting. Ook wordt in de vragenlijst geen onderscheid gemaakt in verpleegkundige rollen, zoals we die in Nederland proberen in te voeren.

Binnen een aantal proeftuinen is geëxperimenteerd met het kort cyclisch meten van patiëntervaringen. Deze korte vragenlijsten kunnen de teams zelf samenstellen: open meer algemene vragen, een vraag naar een specifiek onderwerp en een rapportcijfer. Uit de gesprekken met deze teams blijkt dat zij dezelfde ervaring hebben als Van den Bovenkamp (2010) beschrijft: patiënten vinden het lastig om specifiek te zijn over de verpleegkundige zorg. Als experiment zouden de verpleegkundige teams items uit de PJHQ of PSNCQQ kunnen vertalen en gebruiken om meer inzicht te krijgen in de ervaren kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

5. Leerervaringen met betrekking tot een experimentele aanpak

Dit hoofdstuk beschrijft een aantal ervaringen met experimenteren als aanpak voor de beoogde verandering. We laten zien dat experimenteren vooral een relationeel en onzeker proces is, waarbij nieuwe manieren van werken en routines gaandeweg en stapsgewijs ingebed raken. We bespreken eveneens het belang van team-leren en het opbouwen van competenties.

5.1. Onzekerheid leidt tot het zetten van kleine stappen

De onzekerheid over de ontwikkeling van de regieverpleegkundige en de invoering van functiedifferentiatie leidde tot het zetten van kleine stappen zoekend naar de juiste richting. Allerlei activiteiten en werkwijzen werden uitgetoetst met als doel een passend onderscheid te maken in taken en verantwoordelijkheden tussen verpleegkundigen, regieverpleegkundigen en het management. Iteratief werd binnen het team bepaald, wat niet werkte, wat bijstelling behoefte en wat breder ingezet kon worden. Het was een proces van uitproberen, evalueren en bijstellen. Hiermee groeide ogenschijnlijk verschillende losse kleine experimenten uit tot volwaardige (weliswaar soms nog niet helemaal uitgekristalliseerde) verpleegkundige functiedifferentiatie (zie ook Plowman et al, 2007).

5.2 Experimenteren is een relationeel proces

Het experimenteren (uitproberen, evalueren, bijstellen van activiteiten) in de verpleegkundige teams op basis van hun eigen wensen en inzichten (principes van zelforganisatie) bleek vooral een relationeel proces. Verpleegkundigen waren continue op zoek naar een functiedifferentiatie die recht doet aan de competenties van zowel mbo-, inservice- als hbo-opgeleide verpleegkundigen. Een actieve uitvoerende rol van mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen in kwaliteitswerkgroepen of het geven van klinische lessen zijn hier voorbeelden van. Regieverpleegkundigen gebruikten de pasverworven 'ruimte' om in gezamenlijkheid hun eigen rol te ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn het herhaaldelijk evalueren met alle regieverpleegkundigen van hun 'regisseursfunctie' of het stapsgewijs overnemen van het beddenoverleg van de seniorverpleegkundige.

We zagen dat het belangrijk is dat regieverpleegkundigen de ruimte krijgen om met elkaar te leren en ontwikkelen, zonder dat er direct allerlei invloed van buiten de groep komt of ingrijpen van management. Een voorbeeld daarvan was het besluit van regieverpleegkundigen om hun experiment waarin ze 's ochtends een uur besteedden aan het 'regisseren' van patiëntprocessen (nog) niet uitgebreid te evalueren met verpleegkundigen. Op deze manier beschermden ze de kwetsbare ontwikkeling van een nieuwe rol.

5.3 Implementeren is onderdeel van experimenteren

Tijdens het experimenteren werden nieuwe werkwijzen ontwikkeld, die – als ze bleken te werken - onderdeel worden van de dagelijkse praktijk. Nieuwe verpleegkundige rollen ontwikkelen zich in de proeftuinen onder andere door het 'gebruiken', aanpassen en uitbreiden van bestaande routines (zie ook Feldman, 2000). Een voorbeeld is het eerder genoemde bedmanagement of de organisatie van klinische lessen door regieverpleegkundigen. Bij experimenteren gaan 'leren en doen' samen (Clegg et al, 2005; Ellström, 2001). Al doende leren én al lerende doen. Zo raakten nieuwe routines ingebed in bestaande 'patronen' en werkzaamheden.

Daarnaast bleek al snel dat ieder experiment een eigen 'mini-implementatieplan' nodig heeft. Dit 'mini-implementatieplan' werd op afdelingsniveau gemaakt. Tijdens de regievergaderingen werd afgesproken welke voorbereiding nodig was, wie wat zou doen, hoe het team betrokken zou worden, wanneer er gestart werd, en wanneer en hoe er geëvalueerd werd.

Door leren en doen aan elkaar te verbinden in de dagelijkse praktijk, wordt tijdens het experiment zoveel meer gedaan dan alleen het uitvinden wat werkt (de inhoud). Een experiment levert ook draagvlak op voor de verandering, inzicht in de manier waarop de verandering ingebed moet worden in de dagelijkse werkzaamheden, kennis over de neveneffecten enzovoorts. Experimenteren zorgt daarmee ook voor een implementatieproces.

Kortom, door langdurig met elkaar te experimenteren worden activiteiten (onderdeel van bestaande) routines. De ontwikkeling en inbedding van het nieuwe onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen was in de proeftuinen nog fragiel en kwetsbaar. Veel van de uitontwikkelde activiteiten en rollen vragen nog om formele besluitvorming. Ook

zijn niet alle veranderingen in alle proeftuinen al uitontwikkeld of verspreid naar andere proeftuinen. Zo is het samenvoegen van de functie van senior- en regieverpleegkundige nog niet op alle afdelingen tot stand gekomen. Aandacht voor de verdere borging in de praktijk is van belang.

5.4 Experimenteren als een 'planned process'

Experimenteren is een iteratief en reflectief proces, waarbij de uitkomst in grote mate onbekend is. Het is daarom niet mogelijk om een implementatieplan te maken en dat vervolgens uit te voeren. Wat wel kon, was het ontwerpen van een projectorganisatie en het ontwerpen van een 'proces' of structuur van verschillende bijeenkomsten (zie Meijndert, 2017). Zo werd het experiment in het Reinier de Graaf Gasthuis voorbereid en ondersteund door een projectgroep en werden de teams begeleid en gecoacht door docenten beroepsopleidingen en een functionaris van Bureau verpleegkundige zaken (BVZ). Daarnaast was er een structuur opgezet van verschillende typen bijeenkomsten voor het bespreken, delen en reflecteren. Op teamniveau stuurden de regievergaderingen dit leren en reflecteren in het team aan. Op organisatieniveau deelden de regieverpleegkundigen van de vier proeftuinen hun ervaringen tijdens pitches. De voortgang van het experimenteren en de richting waarin rollen zich ontwikkelden werd besproken in de projectvergaderingen onder leiding van BVZ, zodat ook signalen voor elkaar qua ondersteuning en begeleiding werden opgepakt. Het management werd periodiek geïnformeerd in stuurgroep vergaderingen. Dit 'geplande proces' met de bijeenkomsten bleek goed te werken als motor voor de proeftuinen. De (gezamenlijke) overlegmomenten boden ankerpunten om het experimenteren gaande te houden en zorgden voor momenten van reflectie, samen leren en richting bepalen (gezamenlijke afstemming over invulling van rollen).

Het duurde één tot twee maanden voordat de regievergaderingen binnen de teams structureel onderdeel werden de proeftuinen aanpak. Deze overlegmomenten werden door de regieverpleegkundigen zelf gepland. Het was een bewuste keuze om deze rol bij het team te leggen als onderdeel van een veranderproces waarin de regieverpleegkundigen in hun (nieuwe) rol verantwoordelijkheid namen voor het veranderproces.

5.4.1 Aandachtspunten bij het experimenteren als proces

Het experimenteren als 'planned proces' levert een aantal aandachtspunten voor het vervolg op:

1. Een aandachtspunt is de mate van betrokkenheid en inspraak van verpleegkundigen in het proces van experimenteren. Hoewel ze aangemoedigd werden om mee te doen, en ook bij de verschillende bijeenkomsten aanwezig te zijn, bleek het vaak praktisch niet haalbaar. Er kon maar een beperkt aantal collega's van afdeling uit de dagelijkse zorg weg. Dit waren dan meestal de regieverpleegkundigen, vanwege hun rol in het ontwikkeltraject en de focus op de nieuw te ontwikkelen rol. De rol van de verpleegkundigen werd vooral door de regieverpleegkundigen bewaakt door het creëren van inspraak. Een voorbeeld hiervan is het ophangen van flap-overs in de teampost, waar alle (regie)verpleegkundigen positieve en negatieve ervaringen op konden schrijven om dit vervolgens mee te nemen (en terug te koppelen) in het vervolg.
2. De regieverpleegkundigen ervoeren de pitches in de beginfase als waardevol: het was leerzaam en behulpzaam in het onzekere proces van experimenteren. De regieverpleegkundigen van de proeftuinen presenteerden aan de hand van een sjabloon aan elkaar welke interventies ze gekozen hadden en hoe dat verliep. Ze deelden ervaringen zoals de onzekerheid en het 'moeilijke' werk in het creëren van ruimte voor een nieuwe rol. De pitches waren ook behulpzaam in het delen en opdoen van ideeën voor interventies, zoals de stapsgewijze ontwikkeling van een structurele (dagelijkse) rol van regieverpleegkundigen in de coördinatie van zorg op afdeling. Na verloop van tijd bleek de toegevoegde waarde van de pitches voor de regieverpleegkundigen af te nemen. Er ontstond herhaling in het noemen van knelpunten en oplossingen per afdeling. In de focusgroepen gaven ze aan dat er meer behoefte was aan diepgang: het meer 'ontrafelen' van een aanpak/ rol of knelpunt.
3. In de pitches werden ook knelpunten besproken, die moeilijk 'oplosbaar' waren en die bleven bestaan. In sommige situaties leek de ontwikkeling van de regieverpleegkundige hierdoor te stagneren. Dit veronderstelt dat tussentijdse besluitvorming op 'hardnekkige' knelpunten nodig is om de een doorgaande ontwikkeling te stimuleren c.q. te faciliteren. Een goed voorbeeld hiervan is het tussentijdse voorstel om te experimenteren met de overdracht van taken van de senior- naar de regieverpleegkundige. Dit roept de vraag

op, waar besluitvorming moet liggen, binnen een projectorganisatie of binnen de lijn. In de casus van de seniorrol werd het voorstel gedaan vanuit de projectorganisatie. Besluitvorming vond uiteindelijk plaats binnen de lijnorganisatie. Ondanks de bezwaren die er in eerste instantie waren tegen het opheffen van de seniorrol, bleek dit voorstel positief uit te werken voor de ontwikkeling van de rol van regieverpleegkundige en passend binnen het functiehuis.

4. Tijdens het proces van experimenteren werd duidelijk welke rol het afdelingshoofd heeft in het experimenteren en bevorderen van regie bij de verpleegkundige teams (zie ook § 3.4). Zij zijn belangrijk in het stimuleren, steunen en faciliteren van de verpleegkundige teams. Dit kan voor afdelingshoofden een leerproces zijn, waarvoor in het traject begeleiding en coaching op maat nodig en aangeboden is.

5.5 Experimenteren en het ontwikkelen van leiderschap

Experimenteren met functiedifferentiatie ging niet alleen over het ontwerpen van twee verschillende verpleegkundige rollen en het invoeren ervan in de verpleegkundige praktijk. Vanuit de (project)organisatie werd het experimenteren met functiedifferentiatie ingezet als middel in een veranderproces, gericht op het nemen van verantwoordelijkheid en eigen regie door verpleegkundigen. Het ging om het ontwikkelen van leiderschap en professionalisering van het verpleegkundig beroep en het tonen van leiderschap in (de ontwikkeling van) de kwaliteit van het verpleegkundig werk. Daarom lag de regie nadrukkelijk bij de verpleegkundige teams en werden de teams uitgedaagd om zelf te komen met ideeën en interventies en kregen zij ruimte om te experimenteren met taken en rollen waarin zij mogelijkheden zagen, op basis van hun kennis van het verpleegkundig beroep en het veld (zie Kuipers, 1998 over zelforganisatie). De regievergaderingen bleken van groot belang voor het nemen van regie door (regie)verpleegkundigen: ze werden hierin zelf verantwoordelijk voor de keuze van interventies, de ‘onderhandeling’ binnen het team, en de uitvoering.

Naast onzekerheid over het proces van experimenteren (zoals beschreven in §5.1), was er ook onzekerheid bij de regieverpleegkundigen over de invulling van hun nieuwe rol en het nemen van regie. In §5.4 is beschreven hoe zij in dit proces continu ondersteund werden d.m.v. coaching. Desondanks gaven regieverpleegkundigen in een aantal teams (die nog maar

kort experimenteren met functiedifferentiatie) aan dat ze meer behoefte hadden aan ondersteuning. Een verrassende uitkomst gezien de intensieve begeleiding die de teams hebben ontvangen, zowel van de docenten beroepsopleidingen, als van de functionaris van BVZ. Een verklaring hiervoor is dat leden van buiten de groep (docenten, functionaris BVZ) niet meer als externe ondersteuning werden gezien maar als onderdeel van het team. Een andere verklaring is de ontwikkeling van leiderschap die stapsgewijs gaat. Ook dit is een onzeker proces waarin een team moet leren om zelf verantwoordelijkheid en regie te nemen.

Het geven van regie verpleegkundigen functioneerde enerzijds als erkenning van de professionaliteit en organisatiekwaliteit van verpleegkundigen. Anderzijds stimuleerde het regieverpleegkundigen in het nemen van regie en het tonen van leiderschap, zoals blijkt uit de volgende quote:

‘Als regieverpleegkundige ben je niet de leider van de afdeling, maar je bent toch wel het aanspreekpunt voor het afdelingshoofd, voor de baliesecretaresse (...), ik vind persoonlijk dat je daar zelfverzekerder door wordt.’ (Focusgroep, september 2018)

en in de dag evaluatie op de afdeling oncologie:

De verpleegkundigen bespreken de plaats waar de medicijnkarren staan. Ze staan op één plek en de verpleegkundigen willen graag dat de twee karren verdeeld over de afdeling staan, omdat ze vaak heen en weer lopen voor medicatie. Voorwaarde is een afgesloten ruimte (naast een afgesloten medicijnkar). In de dag evaluatie is discussie welke ruimte hier dan voor geschikt is. Voor en nadelen worden afgewogen. Er blijft wat discussie. Uiteindelijk zegt de dagcoördinator: ‘We hebben er met elkaar goed over nagedacht, we gaan het zo doen.’ (Observatieverslag, maart 2018)

Deze quotes laten zien hoe regieverpleegkundigen (klinisch) leiderschap ontwikkelden tijdens het experimenteren: het nemen van verantwoordelijkheid en besluitvaardigheid dichtbij de dagelijkse praktijk (zie ook Halcomb et al, 2008; Edmonstone, 2009; Honour, 2013). Regieverpleegkundigen leerden verantwoordelijkheid te nemen door te doen. Hierbij wordt wel

een kanttekening gemaakt dat aanvullende scholing waardevol zijn kan om verder te groeien in leiderschap.

Regieverpleegkundigen merkten in het experimenteren dat ze invloed hadden op hun eigen beroepspraktijk en in staat waren veranderingen tot stand te brengen. Er ontstond enthousiasme en behoefte om een stap verder te gaan. Een voorbeeld hiervan is ontwikkeling van de rol van dagcoördinator. Toen deze invulling ingebed was, vroegen verschillende regieverpleegkundigen zich af: 'Is dit het nu?' Dit leidde tot een verdere ontwikkeling van de rol van regieverpleegkundige. De genoemde voorbeelden laten ook zien dat de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap een proces is, dat kwetsbaar is, en de komende jaren een blijvende stimulans nodig heeft. Het verdient aanbeveling om na te denken over de invulling van deze taak, bijvoorbeeld in een coachende rol van het afdelingshoofd, bij het beëindigen van een projectorganisatie.

6. Discussie & conclusie

In dit afsluitende hoofdstuk vatten we de belangrijkste bevindingen samen en beschrijven we de aspecten die van belang zijn voor de verdere ontwikkeling van functiedifferentiatie én van het verpleegkundig beroep. Ook benoemen we een aantal kanttekeningen bij uitkomsten van het onderzoek.

1. Het experimenteren maakte onzichtbaar werk van verpleegkundigen zichtbaar (zie o.a. Allen, 2015). Als een nieuwe taak routine wordt, kan die taak opnieuw onzichtbaar worden (Star & Strauss, 1999). Het werk van de regieverpleegkundige is inmiddels ook deels onzichtbaar werk. In de proeftuinen kwam de vraag van verpleegkundigen wat de regieverpleegkundigen nu eigenlijk deden. Terwijl dagcoördinatie, bedside teaching en kwaliteitsverbetering initiëren nieuwe taken waren, zijn zij na een jaar van experimenteren al ingebed in het dagelijks werk en tot een routine verworden. Dit bewustzijn van onzichtbaar werk van regieverpleegkundigen is van belang voor de (h)erkenning van de rol van de regieverpleegkundige.
2. Experimenteren en ruimte geven aan professionals betekent dat er een andere uitkomst kan zijn van de invulling van rollen dan verwacht. Het experimenteren met differentiatie naar complexiteit is daar het sterkste voorbeeld van. Ook in de vier proeftuinen ontwikkelden de rollen zich gedeeltelijk anders dan beschreven in de concept functieprofielen van de NVZ. Twee aspecten uit de profielen zijn in de proeftuinen beperkt aan de orde geweest: de rol van de regieverpleegkundige in *onvoorspelbare* situaties (i.t.t. complexe situaties) en het wel of niet afwijken van bestaande protocollen door regieverpleegkundigen. Het verdient aanbeveling om deze aspecten te bediscussiëren binnen de teams.
3. Verschuiving in rollen binnen een complex veld als de gezondheidszorg raakt vrijwel altijd andere professionele domeinen. In het experimenteren zagen we dat er op onderdelen 'onderhandeld' werd met andere professionals, bijvoorbeeld met artsen over de rol van de (regie)verpleegkundige in het MDO (zie § 2.2). Ook experimenteren met bijvoorbeeld

anders opgeleide professionals (assist, apothekersassistent) werd beperkt gedaan. Dit had ook te maken met de focus op de rolverdeling tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen. Deze vorm van functiedifferentiatie is een ingrijpende transitie. In de verdere ontwikkeling is het goed om na te denken over mogelijkheden in andere vormen van differentiatie, maar ook in samenwerking en afstemming over professionele domeinen heen, bijvoorbeeld met artsen, fysiotherapie, en bijvoorbeeld de inzet van de verpleegkundig specialist of physician assistant op de verpleegafdeling en de gevolgen hiervan voor het verpleegkundig werk.

4. De voorbeelden in §2.2 laten zien welke belangrijke rol (regie)verpleegkundigen kunnen spelen in de verbetering van de interdisciplinaire samenwerking en de organisatie van de zorg en welke verschuivingen er nog mogelijk zijn. Tegelijkertijd laten deze voorbeelden het belang zien van voldoende reflectie op keuzes en een (gedeelde) visie op de inhoud van het verpleegkundig beroep, als hulpmiddel bij het maken van keuzes in functiedifferentiatie en taakverschuiving van en naar andere groepen.
5. In de ontwikkeling van de nieuwe rollen zijn de taken van de seniorverpleegkundigen in bijna alle proeftuinen naar de regieverpleegkundige gegaan. Dit is gedaan vanuit een praktisch oogpunt: de regieverpleegkundige heeft structureel tijd voor overstijgende taken. Het is echter de vraag of een aantal organisatorische taken niet ook of beter verdeeld kunnen worden binnen het team, zoals in een zelforganiserend team gebeurt. Hiermee wordt het verpleegkundig potentieel beter benut. Het risico van praktische, organisatorische taken bij de regie is de focus op operationele taken, waarbij arbeidsintensieve taken zoals het opzetten van kwaliteitsverbetering – opnieuw - blijft liggen.
6. Experimenteren met nieuwe rollen ging samen met het geven van meer regie aan de teams. Er ontstond een beweging van een meer reactieve, ondersteunende en 'accepterende' houding van verpleegkundigen naar een meer proactieve en regisserende houding, waarin verpleegkundigen regie nemen over de organisatie en de kwaliteit van

(verpleegkundige) zorg en leiderschap tonen. Deze beweging is 'pril' en zal de komende jaren gestimuleerd en gefaciliteerd moeten worden om de ontwikkeling van de verpleegkundige professie te bevorderen.

7. De ontwikkeling van verpleegkundige rollen raakt niet alleen andere professionele groepen in de verdeling van professioneel werk. Het raakt ook andere groepen in het organisatorische werk, onder andere onder invloed van eigen regie c.q. zelforganisatie. Dit kan een verschuiving geven in het werk van afdelingshoofden die interessant maar tegelijk ook bedreigend kan zijn voor professionals in deze rol. Een verdere ontwikkeling van verpleegkundige rollen en zelforganisatie vraagt om een doordenking van de rol van het afdelingshoofd.
8. In de proeftuinen lag de focus op de ontwikkeling van competenties van elke (regie)verpleegkundige t.a.v. kwaliteitsverbetering. Bijvoorbeeld in het beheersen van klinisch redeneren, opstellen van een PICO en gebruik van EBP. Een belangrijke vraag voor het vervolg is wat (regie)verpleegkundigen op hun afdeling zelf gaan doen in het kader van kwaliteitsverbetering (decentraal) en welke kennis meer centraal georganiseerd en aangeboden kan worden, om ook effectief en efficiënt om te gaan met verpleegkundige tijd en capaciteit. Hierbij kan gedacht worden aan het inzetten van verplegingswetenschappers ter ondersteuning van verpleegkundige teams (interne concentratie), of het benutten van kennis van beroepsverenigingen (externe concentratie).
9. Om aan kwaliteitsverbetering te kunnen werken is inzicht nodig in de geleverde kwaliteit. Experimenteren met het delen van informatie tussen staf en lijn, en het geven van regie aan (regie)verpleegkundigen hierin kan een belangrijke nieuwe impuls geven aan de rol van regieverpleegkundigen en de teams in kwaliteitsverbetering op de eigen afdeling. Ook hier is de vraag belangrijk: wat hebben (regie)verpleegkundigen nodig om regie te kunnen voeren over kwaliteitsverbetering op afdeling, en welke taken of ondersteuning kan belegd worden bij de staf.

10. Tijdens het experimenteren is de competentietool voor regieverpleegkundigen ontwikkeld om de inhoud van de nieuwe rol inzichtelijk te maken. Het instrument kan op verschillende manieren gebruikt worden: als richtinggevend in de ontwikkeling van nieuwe rollen, als reflectie-instrument tijdens het experimenteren, en als handvat voor een gesprek tussen afdelingshoofd en regieverpleegkundigen over de invulling van de nieuwe rol. Evaluatie van het gebruik en de functie van het instrument heeft nog niet plaatsgevonden.
11. De ruimte om te experimenteren heeft grenzen. In ons onderzoek zagen we dat die ruimte begrensd wordt door bijvoorbeeld tijd en door de noodzaak om tot gezamenlijke besluitvorming te komen. De ruimte wordt ook op een 'natuurlijke' manier begrensd, omdat bij experimenteren leren en doen samengaan (Ellström, 2001). Tijdens het experimenteren raken nieuwe taken en rollen ingebed. Hierop wordt voortgeborduurd in de ontwikkeling waardoor er begrenzing ontstaat. Vooral het tijdsaspect en gezamenlijke besluitvorming leidden tot het actief ingrijpen in het experimenteren en begrenzen, bijvoorbeeld in de casus van de seniorverpleegkundige. De vraag die dit opriep in de proeftuinen is hoe 'vrij' experimenteren eigenlijk is. Bij een aantal betrokkenen leidde dit tot teleurstelling. Uit het onderzoek blijkt dat vooral in de beginfase er veel open ruimte ervaren wordt. Die ruimte neemt stapsgewijs af; door keuzes die gemaakt worden en door de beperkte beschikbaarheid van tijd. Enerzijds is meer onderzoek nodig om hier meer inzicht in te krijgen, anderzijds kan deze ervaring gebruikt worden in het bespreken van verwachtingen in nieuwe proeftuinen.

Conclusie

Het experimenteren met functiedifferentiatie in de proeftuinen heeft geleid tot de ontwikkeling van twee onderscheiden rollen, van verpleegkundige en regieverpleegkundige. Verpleegkundigen zijn tevreden over de allround rol die ze vervullen in de directe patiëntenzorg en zijn meer tevreden als zij in samenwerking binnen het team een bijdrage kunnen leveren aan bijvoorbeeld coaching en kwaliteitsverbetering. Regieverpleegkundigen ervaren meer uitdaging en plezier in hun nieuwe rol, hoewel een toename van taken en verantwoordelijkheden kan leiden tot meer ervaren werkdruk. Het onderzoek laat zien dat

(regie)verpleegkundigen een belangrijke rol kunnen vervullen in het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking, de organisatie en de kwaliteit van zorg.

Het experimenteren met functiedifferentiatie ging niet alleen over de ontwikkeling van twee verschillende verpleegkundige rollen. Het experimenteren met nieuwe rollen ging impliciet over professionalisering van het verpleegkundig beroep en de ontwikkeling van leiderschap. Daarmee is de ontwikkeling van de verpleegkundige rollen en het leiderschap geen afgerond traject, maar een doorgaand en intensief proces. Deze ontwikkeling zal de komende jaren ondersteund en gefaciliteerd moeten worden op management- en organisatieniveau.

Literatuur

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*.
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). *Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments*. *Care* (Vol. 49).
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van Den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Online)*.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Griffiths, P., & Sermeus, W. (2014). Staffing and education of nurses and hospital mortality in Europe-Authors' reply. *Lancet*.
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare*.
- Allen, D. (2018). Translational Mobilisation Theory: A new paradigm for understanding the organisational elements of nursing work. *International Journal of Nursing Studies*.
- AZW. (2018). *AZW Actueel, Actuele ontwikkelingen Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*. Geraadpleegd op <file:///C:/Users/Nikki/Downloads/AZW+Actueel+januari+2018.pdf>
- Bisseling, E.M., Havenaar, J.M., Heemskerk, B. (2002). Kwaliteit Quo Vadis? Kwaliteit van zorg als onderzoeksparadigma binnen de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 44(3), 173-182.
- Clegg, S. R., Kornberger, M., & Rhodes, C. (2005). Learning/becoming/organizing. *Organization*. <https://doi.org/10.1177/1350508405051186>
- Colsen, P.J.A. & Casparie, A. (1995). Indicatorregistratie. Een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact* 50, 297-299.
- Coughlan, P., & Coughlan, D. (2002). Action research for operations management. *International journal of operations & production management* 22(2), 220-240.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260(12), 1743-1748.
- Dubois, C. A., & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: Towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*.

- Dubois, C.A., D'Amour, D., Pomey, M., Girard, F. & Brault, I. (2013) Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: A systematic and interpretive review. *BMC nursing* 2013 12(1), 7.
- Dubois, C.A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., Lavoie-Tremblay, M., Matthieu, L., Karemere, H., & Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing* 73(12), 3154-3167.
- Edmonstone, J. (2009). Clinical leadership: the elephant in the room. *International journal of health and planning and management*, 24, 290-305. Doi: 10.1002/hpm.959
- Ellström, P. E. (2001). Integrating learning and work: Problems and prospects. *Human Resource Development Quarterly*.
- Grey, C. (1999). 'We are all managers now'; 'we always were': on the development and demise of management. *Journal of Management Studies* 36 (5), 561-585.
- Halcomb, E.J., Davidson, P.M., & Patterson, E. (2008). Promoting leadership and management in Australian general practice nursing: what will it take? *Journal of nursing management*, 16(7), 846-852
- Heinen, M.M., Van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I.S., Moreno Casbas, T., Ball, J. & Schoonhoven, L. (2013). Nurses intentions to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies* 50(2), 174-184.
- Honour, M. (2013). Elevating Nursing Leadership at the Bedside. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(3), 127-130.
- Hall, L. M., & Doran, D. (2003). *Nurse Staffing, Care Delivery Model, and Patient Care Quality*. *J Nurs Care Qual* (Vol. 19).
- Janssen, I.P.H. & Hersbach, J. (2012). Meer met minder: lean op de verpleegafdeling. Productive ward leidt tot minder verspilling en meer tijd voor directe patiëntenzorg. *Kwaliteit in zorg* (5), 42-44.
- Kamerstukken II, 29282, nr. 192*. (2014, 16 april). Geraadpleegd op 16 januari 2019, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29282-192.html>.
- Kuipers, H. (1989). *Zelforganisatie als ontwerpprincipe*. Eindhoven. Retrieved from <https://pure.tue.nl/ws/files/4428867/kuipers1989.pdf>
- Lalleman, P. C. B., Smid, G. A. C., Lagerwey, M. D., Shortridge-Baggett, L. M., & Schuurmans, M. J. (2016). Curbing the urge to care: A Bourdieusian analysis of the effect of the caring disposition on nurse middle managers' clinical leadership in patient safety practices.

International Journal of Nursing Studies.

- Lambregts, J., Grotendorst, A & Van Merwijk, C. (red.) (2012). *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & verzorgenden 2020 Deel 1*. Utrecht.
- Laschinger, H. S., Hall, L. M. G., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: An actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). *The Seven Steps of Evidence-Based Practice Ask the Authors on January 22!* (Vol. 110). Retrieved from www.ajnonline.com
- Meijndert, Y. (2014). *Verpleegkundig programma; "Verpleegkundigen als verbindende factor"*. Delft: Reinier de Graaf Gasthuis, publicatie in eigen beheer.
- Meijndert, Y. (2017). *Plan van aanpak proeftuin 2018-2019. Onderdeel van het project Zorgteam 2020*. Delft: Reinier de Graaf Gasthuis, publicatie in eigen beheer.
- Meijndert, Y. (2017). *Programma Verpleegkundig Leiderschap 2017-2020*. Delft: Reinier de Graaf Gasthuis, publicatie in eigen beheer.
- Nancarrow, S. A., & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health and Illness*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x>
- Newhouse, R. P. (2007). Creating infrastructure supportive of evidence-based nursing practice: Leadership strategies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.
- NVZ. (2017). Generieke functieprofielen. Geraadpleegd op 16 januari 2016, van https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/36927/NVZ_functieprofielen.pdf.
- Oldenhof, L. (2015). *The multiple middle: managing in healthcare*. (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Oulton, J. A. (2006). The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3_suppl), 34S-39S.
- Peters, V. P., De Rijk, A. E., & Boumans, N. P. (2009). Nurses' satisfaction with shiftwork and associations with work, home and health characteristics: a survey in the Netherlands. *Journal of advanced nursing*, 65(12), 2689-2700.
- Plowman, D. A., Baker, L. T., Beck, T. E., Kulkarni, M., Solansky, S., & Travis, D. (2007). Radical change accidentally: the emergence and amplification of small change. *Academy of Management Journal* (Vol. 50).
- Renolen, Å., Høye, S., Hjälmhult, E., Danbolt, L. J., & Kirkevold, M. (2018). "Keeping on track"—Hospital nurses' struggles with maintaining workflow while seeking to integrate

- evidence-based practice into their daily work: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*.
- Rubin, H.R., Ware, J.E. & Hays, R.D. (1990). The PJHQ Questionnaire: Exploratory Factor Analysis and Empirical Scale Construction. *Medical care* 28(9), S22-S29.
- Sermeeus, W., Schoukens, P., Holtzer, L., Moons, P., Peeters, G., Peeters, M., ... Van Vlaanderen, W. G. K. (2009). *Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde*. Leuven. Retrieved from <http://docplayer.nl/4408089-Naar-een-nieuwe-blauwdruk-voor-verpleegkunde.html>
- Stalpers, S., De Brouwer, J.M., Kaljouw, M.J. & Schuurmans, M.J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals; a systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies* 52(4), 817-835.
- Star, S. L., & Strauss, A. (1999). *Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work*. *Computer Supported Cooperative Work* (Vol. 8).
- Terpstra, D., Van den Berg, A., Van Mierlo, C., Zijlstra, H., Landman, J., Schuurmans, M., & Kempff, M. (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging: rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*. Retrieved from http://www.nfu.nl/img/pdf/Rapport_toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging.pdf
- Terpstra et al. 2015. Aanbiedingsbrief bij eindrapportage Toekomstbestendige beroepen Verpleging en Verzorging. (n.d.).
- UWV. (2018). *Zorg, Factsheet Zorg*. Geraadpleegd op https://www.uwv.nl/overuwv/Images/Factsheet_Zorg.pdf
- Van den Bovenkamp, H.M., Trappenburg, M.J. & Grit, K.J. (2010). Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *Health Expectations* 13, 73-85.
- Van Schothorst-van Roekel, J., Weggelaar-Jansen, A.M., & Wallenburg, I. (2017). *Verpleegkundige functiedifferentiatie in het Reinier de Graaf ziekenhuis*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Van Oostveen, C., Smeulders, M. & Vermeulen, H. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practices* 1, 14-16.
- Van Veldhoven, M., Prins, J., Van der Laken, P., & Dijkstra, L. (2014). *VBAA 2.0. Update van de standaard voor vragenlijstonderzoek naar werk, welbevinden en prestaties*. Amsterdam: SKB.

- Van Vliet, K., Spieker, P., Kaljouw, M, Grotendorst, A. (red.). (2013). *Innovatie zorgberoepen en opleidingen*. Diemen.
- Verhoeven, M. & Van Oostveen, C. (2018). Verpleeg sensitieve indicatoren voor excellente zorg! *Nurse academy, editie 1*. Geraadpleegd op 16 januari 2016, van https://www.nurseacademy.nl/leermodules/leermodules_artikel/t/verpleegsensitieve_indicatoren_voor_excellente_zorg.
- Wallenburg, I., M. Janssen, A., de Bont. 2016. Taakherschikking pakt overal anders uit. *Medisch Contact* 10, 34-36.
- Wetsvoorstel BIG II, versie internetconsultatie*. (2017, 21 december). Geraadpleegd op 16 januari 2019, van <https://www.internetconsultatie.nl/bigii/document/3264>.

Bijlage 1

Verkort medewerkertevredenheidsonderzoek

Bron: SKB. (2014). VBBA2.0. *Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid. De gouden standaard voor vragenlijstsonderzoek naar werk, welbevinden en prestaties*. Amsterdam: SKB.

Items	Schaal (met standaard antwoord categorieën: altijd – vaak – soms – nooit)
	Afwisseling in het werk
Q3_1	Mijn werk vereist creativiteit.
Q3_2	Mijn werk is gevarieerd.
Q3_3	Mijn werk vraagt een eigen inbreng.
Q3_4	Ik heb in mijn werk voldoende afwisseling.
	Werktempo en werkhoeveelheid
Q4_1	Ik heb te veel werk te doen.
Q4_2	Ik moet extra hard werken om iets af te krijgen.
Q4_3	Ik moet me haasten.
Q4_4	Ik heb te maken met een achterstand in mijn werkzaamheden.
Q4_5	Ik heb problemen met het werktempo.
Q4_6	Ik heb problemen met de werkdruk.
	Complexiteit in het werk
Q5_1	Ik vind mijn werk ingewikkeld.
Q5_2	Ik heb moeite met mijn werk, omdat het in de loop der tijd steeds ingewikkelder is geworden.
Q5_3	Ik moet werk doen dat te moeilijk voor mij is.
	Verandering in de taak
Q6_1	Ik vind het moeilijk om mij aan te passen aan veranderingen in mijn taken.
Q6_2	Het veranderen van mijn taken geeft problemen.
Q6_3	Het veranderen van mijn taken heeft negatieve gevolgen voor mij.
	Energie tijdens het werk
Q7_1	Aan het begin van mijn werkdag heb ik volop energie.
Q7_2	Tijdens mijn werk voel ik me fit.
Q7_3	Op mijn werk bruis ik van energie.
Q7_4	Tijdens het laatste deel van mijn werkdag kan ik me nog goed concentreren.
Q7_5	Het laatste deel van de werkdag vliegt voorbij.
	Herstel na het werk
Q8_1	Ik vind het moeilijk om me te ontspannen aan het einde van een werkdag.
Q8_2	Aan het einde van een werkdag ben ik echt op.
Q8_3	Mijn baan maakt dat ik me aan het eind van een werkdag nogal uitgeput voel.
Q8_4	Het kost mij moeite om me te concentreren in mijn vrije uren na het werk.

Q8_5	Ik kan weinig belangstelling opbrengen voor andere mensen, wanneer ik zelf net thuis ben gekomen.
Q8_6	Als ik thuis kom moeten zij mij even met rust laten.
	Inspiratie door direct leidinggevende
Q9_1	Mijn direct leidinggevende maakt me enthousiast voor mijn werkopdrachten.
Q9_2	Mijn direct leidinggevende geeft zelf het goede voorbeeld.
Q9_3	Mijn direct leidinggevende geeft me het gevoel dat mijn werk ertoe doet.
Q9_4	Ik merk bij mijn direct leidinggevende een duidelijke visie op mijn mogelijkheden in de toekomst.
	Inspraak
Q10_1	Ik kan met mijn direct leidinggevende praten over problemen op het werk.
Q10_2	Ik kan meebeslissen over dingen die met mijn werk te maken hebben.
Q10_3	Ik kan met mijn direct leidinggevende voldoende overleggen over mijn werk.
Q10_4	Ik heb rechtstreeks invloed op beslissingen van mijn afdeling.
	Kwaliteit
Q11_1	Wij zijn er op gericht een product van hoge kwaliteit aan onze klanten (zowel intern als extern) te leveren.
Q11_2	Er wordt aantoonbaar gewerkt aan kwaliteitsverbetering.
Q11_3	De kwaliteit van de medewerkers is goed afgestemd op de te verrichten taken.
Q11_4	In deze organisatie mag niets ten koste gaan van de kwaliteit.
	Leermogelijkheden
Q12_1	Leermogelijkheden - Ik leer nieuwe dingen in mijn werk.
Q12_2	Leermogelijkheden - Mijn baan biedt mij mogelijkheden voor persoonlijke groei en ontwikkeling.
Q12_3	Leermogelijkheden - Mijn werk geeft mij het gevoel dat ik er iets mee kan bereiken.
	Loopbaanmogelijkheden
Q13_1	Loopbaanmogelijkheden - Mijn baan biedt mij financiële groeimogelijkheden.
Q13_2	Loopbaanmogelijkheden - Mijn huidige baan vergroot mijn kansen en mogelijkheden op de arbeidsmarkt.
Q13_3	Loopbaanmogelijkheden - Mijn baan biedt mij mogelijkheden tot promotie.
	Plezier in het werk
Q14_1	Plezier in het werk - Ik vind mijn werk nog steeds boeiend, elke dag weer.
Q14_2	Plezier in het werk - Ik doe mijn werk omdat het moet, daarmee is alles wel gezegd.
Q14_3	Plezier in het werk - Na zo'n vijf jaar heb je het in dit werk wel gezien.
Q14_4	Plezier in het werk - Ik heb plezier in mijn werk.
Q14_5	Plezier in het werk - Ik moet telkens weerstand bij mijzelf overwinnen om mijn werk te doen.

Bijlage 2

Competentietool regieverpleegkundige in het Reinier de Graafziekenhuis

Jannine van Schothorst – van Roekel MSc, Marieke de Hoogh, Eelco Korpershoek (juli 2018)

Inleiding

Deze competentietool beschrijft taken die passen bij het beroeps- en functieprofiel van de regieverpleegkundige. De thema's en de bijbehorende verantwoordelijkheidsgebieden zijn in deze tool vertaald naar concrete activiteiten. De competentietool geeft alleen een beschrijving van de specifieke taken van de regieverpleegkundige. De thema's en verantwoordelijkheidsgebieden die overeenkomen met het profiel van verpleegkundige, zijn niet in deze tool opgenomen. Het is mogelijk dat er in deze tool taken staan beschreven die de huidige verpleegkundigen ook uitvoeren, van de regieverpleegkundige wordt echter een initiërende en bewakende rol verwacht.

Het profiel van de regieverpleegkundige is nieuw en volop in ontwikkeling. Dit instrument kan gezien worden als een groeidocument en hulpmiddel in het verder nadenken over en experimenteren met functiedifferentiatie.

Het instrument kan op verschillende manieren gebruikt worden:

- 1) Als zelfbeoordelingsinstrument voor regieverpleegkundigen: om de persoonlijke ontwikkeling ten aanzien van de regierol weer te geven en hierover bijvoorbeeld in gesprek te gaan met de verantwoordelijk leidinggevende.
- 2) Als reflectief instrument voor de teams om te discussiëren over de rol van verpleegkundige en regieverpleegkundige.
- 3) In de proeftuinen kan het instrument gebruikt worden om te inventariseren en te bespreken hoe en in welke mate functiedifferentiatie binnen het team is gerealiseerd, en waar nog mogelijkheden liggen voor de ontwikkeling van de regierol. Op basis van deze gesprekken kan het instrument ook aangepast en aangevuld worden.
- 4) Afdelingen die willen starten met functiedifferentiatie kunnen het instrument gebruiken als richtlijn
- 5) Afdeling P&O kan, indien noodzakelijk, het instrument gebruiken voor en RdGG specifiek functieprofiel voor regieverpleegkundigen.

Leeswijzer

De competentietool is ingedeeld in thema's. Bij elk thema staan een aantal verantwoordelijkheidsgebieden en taken. De regieverpleegkundige kan de niveaus van Miller gebruiken om aan te geven in hoeverre hij/ zij in staat is om de regietaken vorm te geven en in samenspraak met het afdelingshoofd aangeven wat hij/ zij nodig heeft verder te ontwikkelen.

Thema	Verantwoordelijkheidsgebied (wat)	Activiteiten (hoe) en taken	CanMeds	Reflectie op basis van niveaus van Miller
Verpleegkundige zorg	Overziet en coördineert de verpleegkundige zorg op afdelingsniveau	Regie in de rol van dag/ avondcoördinator: - helikopterview over de afdeling - o afstemmen van de zorg(zwaarte/ werkdruk) binnen het team - o oplossen van roosterproblemen op basis van de weeklijst/ ziektevervanging - o leiden van dag start/ dag evaluatie - coördineren van patiëntenstromen - o afdeling vertegenwoordigen in het beddenoverleg en de uitkomst afstemmen op de afdeling - afstemmen van de zorg met andere disciplines op afdelings-/ doelgroepen niveau - o bewaakt de voorbereiding en is procesbegeleider bij het MDO - o is betrokken bij het afstemmingsoverleg op afdeling met medisch specialisten/ hoofd vakgroep	1. Vakinhoudelijk handelen; 2. Communicatie; 3. Samenwerken; 7. Professionaliteit en kwaliteit.	
Ondersteunen van studenten en collega's	Instrueert en coacht studenten op mbo en hbo niveau	- Leest, begeleidt en beoordeelt leerplannen en opdrachten; - Feedback en instructies geven; - Uitspreken en onderbouwen van de beoordeling.	Vakinhoudelijk handelen; 2. Communicatie; 3. Samenwerken; 4. Kennis en Wetenschap; 7. Professionaliteit en kwaliteit.	

	Bewaakt en coördineert het inwerkproces van de nieuwe medewerker/ beginnend beroepsbeoefenaar:	- Is aanspreekpunt voor nieuwe medewerker - Voert begeleidingsgesprekken; - Coacht de nieuwe medewerker; - Bewaakt mogelijkheden voor bedside teaching; - Adviseert het hoofd ten aanzien van voortgang van het inwerkproces en bij proeftijdbeoordeling.	1. Vakinhoudelijk handelen; 2. Communicatie; 3. Samenwerken; 4. Kennis en Wetenschap; 7. Professionaliteit en kwaliteit.	
	Coacht verpleegkundigen op mbo en hbo niveau	Stimuleert en ondersteunt collega's om op patiënt niveau gebruik te maken van: - Klinisch redeneren; - Evidence-based practice; - Bedside teaching; en neemt in onvoorspelbare zorgsituaties indien nodig de regie.	1. Vakinhoudelijk handelen; 2. Communicatie; 3. Samenwerken; 4. kennis en wetenschap; 7. Professionaliteit en kwaliteit.	
Initieert en bewaakt kwaliteit van zorg	Initieert en bewaakt de kwaliteit van de verpleegkundige zorg op afdelingsniveau	- Is coördinator van en werkt mee in kwaliteitswerkgroepen. - Levert een bijdrage aan interprofessionele kwaliteitsverbetering (projecten met (para)medici voor patiëntgroepen op afdeling). - Is verantwoordelijk voor kwaliteit bevorderende activiteiten, zoals: - o Organiseert checks op afdeling met collega's (a.h.v. protocollen of verbeterpunten uit de dagstart/ evaluatie).	1. Vakinhoudelijk handelen; 2. Communicatie; 3. Samenwerken; 4. kennis en wetenschap; 6. Organisatie; 7. Professionaliteit en kwaliteit.	

		○ Stimuleert het bespreken van artikelen uit tijdschriften zoals Nursing, TVZ, IJNS. ○ Initieert en bewaakt de bespreking en verwerking van TPI's. ○ Levert een bijdrage aan het organiseren en/ of uitvoeren van audits. ○ Initieert en bewaakt het organiseren van themamaanden en onderwijsmomenten (zoals klinische lessen, casuïstiekbesprekingen) en levert hier een evidence based bijdrage aan. ○ Stimuleert het bespreken van patiënt situaties aan de hand van passende modellen.		
	Werkt mee en geeft inhoudelijke begeleiding aan praktijkgericht hbo-onderzoek binnen het ziekenhuis.	- Hbo studenten begeleiding bij hun onderzoek. - Ontwerpt een voorstel voor het opzetten van een praktijkgericht onderzoek.	1. Vakinhoudelijk handelen; 4. Kennis en wetenschap; 7. Professionaliteit en kwaliteit.	
	Werkt mee aan wetenschappelijke studies binnen de afdeling en in het zorgpad.	- Werkt mee aan verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek onder begeleiding van een verplegingswetenschapper en/of verpleegkundig specialist.	1. Vakinhoudelijk handelen; 4. Kennis en wetenschap; 7. Professionaliteit	

			en kwaliteit.	
Organisatie en beleid	Lever een bijdrage aan de ontwikkeling van afdelingsbeleid	- Bewaakt het opstellen van het rooster - Is betrokken bij het opstellen van het bijscholingsplan voor het team - Lever een bijdrage aan het documentbeheer zoals inwerkboekje nieuwe medewerkers, informatieboekje voor stagiaires, e.d.; - Denkt mee in het opstellen van het afdelingsjaarplan. - Monitort procedures/ werkprocessen van de afdeling. - Volgt ICT ontwikkelingen en bevordert het gebruik ervan.	2. Communicatie; 3. Samenwerken; 4. Kennis en wetenschap; 5. Maatschappelijk handelen; 6. Organisatie; 7. Professionaliteit en kwaliteit.	

Literatuur

Managementmodellensite. (gedownload 16-07-2018). <https://managementmodellensite.nl/driehoek-miller/#.W0xjtNUzZ3Q>

Miller, G.E. (1990). 'The assessment of clinical skills/ competence/ performance'. *Academic Medicine* 65(9):S63-S67.

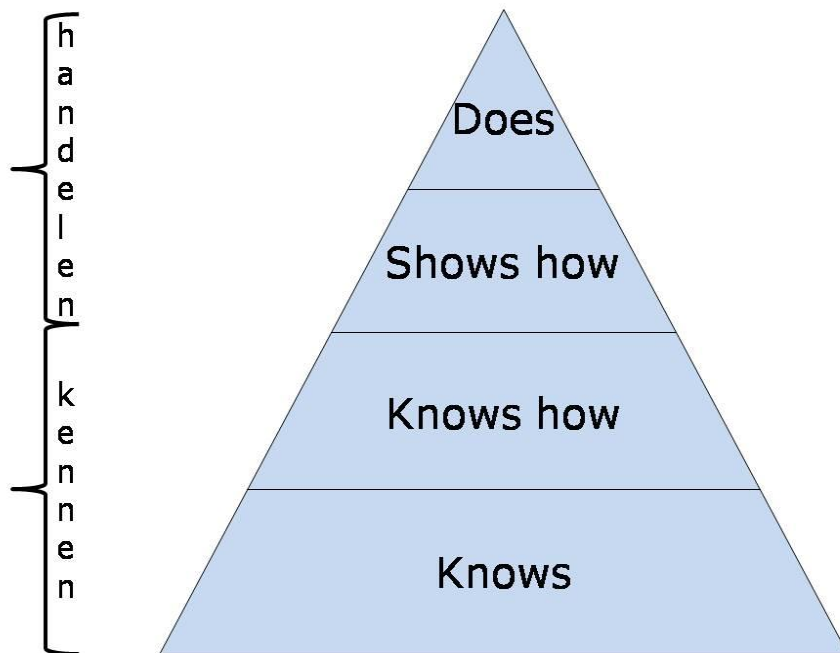
NVZ. (2017). *Generieke functieprofielen*. Utrecht: Nederlandse vereniging van ziekenhuizen.

Stuurgroep 2015. 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. Utrecht: onder redactie van V&VN.

Niveaus van Miller

Miller (1990) heeft 4 niveaus van bekwaamheid beschreven voor beroepsbeoefenaars.

Ze kunnen als volgt worden weergegeven:



Does (niveau 4)

Het bovenste niveau in de driehoek betreft het zelfstandig handelen in de complexe praktijk van alledag. Daarbij wordt een beroep gedaan op een geïntegreerd geheel van kennis, vaardigheden, houdingen en persoonlijke eigenschappen.

Shows how (niveau 3)

Op dit derde niveau laat de beroepsbeoefenaar zien dat hij kan handelen in een gesimuleerde omgeving, onder meer op basis van zijn kennis. Het gaat hier dus om kennen en handelen (cognitie en gedrag).

Knows how (niveau 2)

Op het volgende niveau gaat het erom of de beroepsbeoefenaar weet hoe hij die kennis moet gebruiken bij het uitvoeren van zijn probleemoplossende taken.

Knows (niveau 1)

Het onderste niveau wordt gevormd door de kennis waarover een beroepsbeoefenaar moet beschikken om zijn taken uit te kunnen voeren zoals van hem wordt verwacht.

(Managementmodellensite, 2018)

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management Bayle building Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E vanschothorst@eshpm.eur.nl / weggelaar@eshpm.eur.nl / wallenburg@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm