

# Verpleegkundige functiedifferentiatie in het Reinier de Graaf ziekenhuis

Tussenrapportage van een jaar experimenteren in  
proeftuinen.

Jannine van Schothorst – van Roekel MSc  
Dr. Anne Marie Weggelaar – Jansen  
Dr. Iris Wallenburg

Oktober 2017

## Inhoudsopgave

1	Aanleiding en inleiding.....	2
2	Methode van onderzoek.....	3
2.1	Vervolgonderzoek .....	3
3	Een schets van de proeftuinen .....	4
4	Differentiatie op grond van complexiteit van zorg .....	5
4.1	Het gebruik van de complexiteitsmeter.....	5
4.2	De keuze voor een ander verpleegstelsel .....	6
4.3	Gevolgen voor de basis- en regieverpleegkundigen .....	6
4.4	Onverwachte gevolgen voor de roosterplanning.....	7
5	De regieverpleegkundige als coördinator van zorg .....	9
6	De rol van de regieverpleegkundige in kwaliteitsverbetering .....	11
7	Ervaringen van de betrokkenen in de proeftuinen.....	13
7.1	Introductie van de regieverpleegkundigen .....	13
7.2	Ontwikkelperspectief voor basisverpleegkundigen .....	13
7.3	Ontwikkelbehoefte bij regieverpleegkundigen.....	14
7.4	De rol van de seniorverpleegkundige .....	14
7.5	De betrokkenheid van afdelingshoofden bij de proeftuinen.....	14
7.6	De betrokkenheid van docenten bij de proeftuinen .....	15
8	Het implementatieproces.....	17
8.1	De selectie van regieverpleegkundigen .....	17
8.2	De rol van de projectgroep .....	18
8.3	Het zoeken van een balans tussen zelforganisatie en formele sturing.....	18
9	Conclusie .....	20
10	Discussie .....	22
	Literatuur .....	24
	Bijlage 1: Complexiteitsmeter afdeling 3F.....	25

# 1 Aanleiding en inleiding

In 2017 startte het Reinier de Graaf ziekenhuis met het programma 'Verpleegkundig Leiderschap' (Meijndert, 2017a). Dit programma richt zich op de positionering en ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep. Met het programma wil het Reinier de Graaf Ziekenhuis zich voorbereiden op maatschappelijke ontwikkelingen en de hervorming van de verpleegkundige beroepsgroep. Dit programma sluit aan bij een landelijke discussie over een toekomstbestendige beroepsstructuur in de verpleging en verzorging in Nederland, en de ontwikkeling van nieuwe beroepsprofielen voor de basis- (MBO) en regie- (HBO) verpleegkundigen (Mistiaen et al. 2011; Van der Velden et al. 2011; Kaljouw en Van Vliet, 2015; Terpstra, 2015).

Onderdeel van het programma Verpleegkundig Leiderschap is het project 'Zorgteam 2020', waarin in het Reinier de Graaf Ziekenhuis geëxperimenteerd wordt met functiedifferentiatie. Vanaf 2024 is de functiedifferentiatie van verpleegkundigen wettelijk verankerd in de wet BIG. Ziekenhuizen staan door deze wijzigingen voor de uitdaging om functiedifferentiatie van verpleegkundigen vorm en inhoud te geven. Nieuwe functieprofielen onderscheiden een basis ('mbo') verpleegkundige en een regie ('hbo') verpleegkundige (Stuurgroep 2015). De basisverpleegkundige heeft een ander profiel dan de huidige mbo-verpleegkundigen. De regieverpleegkundige wordt geüpgraded ten opzichte van de huidige hbo (vooral hbo-v en specialistisch) verpleegkundigen. De invoering van de nieuwe functieprofielen vraagt om een herinrichting van de verpleegkundige zorgverlening in ziekenhuizen, waarbij onderscheid gemaakt moet worden in opleidingsniveau en bijbehorende taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen. De komende jaren moeten nieuwe functiemixen ontstaan op de verschillende (verpleeg)afdelingen. Dit heeft niet alleen consequenties voor verpleegkundigen, maar ook voor de organisatiestructuur en het middelmanagement (Lalleman et al. 2016). Verschillende Nederlandse ziekenhuizen experimenteren daarom met de invulling van de functie van basis<sup>1</sup>- en regieverpleegkundige.

Op het moment van deze evaluatie is het project in het Reinier de Graaf Ziekenhuis een jaar actief, en zijn er sinds 9 maanden op twee afdelingen proeftuinen. Dit evaluatierapport beschrijft de eerste ervaringen met deze proeftuinen en geeft daarmee inzicht in het verloop van de proeftuinen en de invulling van functiedifferentiatie bij verpleegkundigen. In de evaluatie stonden de volgende vragen centraal:

1. Wat zijn de (leer)ervaringen opgedaan in de proeftuinen met betrekking tot het experimenteren met nieuwe verpleegkundige rollen?
2. Wat zijn de gevolgen van de veranderingen in de proeftuinen voor de verschillende verpleegkundige(n) rollen, voor betrokken professionals en managers?
3. En wat kan het ziekenhuis hieruit leren voor de vervolgfase?

Na een korte beschrijving van de gekozen methode (§2), geven we in §3 een schets van de proeftuinen. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, gaan we in op de volgende aspecten van functiedifferentiatie: het experiment met differentiatie op grond van complexiteit van zorg (§4), het experiment met de regieverpleegkundige als coördinator van zorg (§5) en als kwaliteitsbevorderaar (§6). Vervolgens beschrijven we in §7 de ervaringen van betrokkenen bij de proeftuinen. De leerervaringen met betrekking tot het implementatieproces worden beschreven in §8. Dit evaluatieverslag sluit af met een conclusie (§9) en een discussie (§10).

---

<sup>1</sup> Op afdeling 3F is ervoor gekozen om de term basisverpleegkundige niet meer te gebruiken, omdat de term onvoldoende de deskundigheid en ervaring van inservice en ervaren MBO verpleegkundigen weergeeft. Voor de leesbaarheid van het rapport wordt de term basisverpleegkundige wel gebruikt. Als er onderscheid gemaakt moet worden op grond van bekwaamheid, wordt dit toegelicht in de tekst.

## 2 Methode van onderzoek

Voor dit evaluatieonderzoek is op beide afdelingen één dagdeel geobserveerd om een beeld te krijgen in de werkwijze op de afdeling en samenwerking tussen de verschillende medewerkers. Daarnaast zijn er 21 respondenten geïnterviewd, verdeeld over de:

- HBO-/ regieverpleegkundigen,
- MBO-/ inservice-opgeleide basisverpleegkundigen,
- seniorverpleegkundigen,
- ziekenverzorgenden<sup>2</sup>,
- afdelingshoofden,
- docenten,
- (para) medische professionals.

Om richting te geven aan de interviews en ruimte te laten voor invulling door de respondenten, zijn semigestructureerde interviews gehouden met gebruikmaking van een topiclist (Mortelmans, 2009). Interne en externe documenten over experimenteren met functiemix zijn gebruikt om de topiclist samen te stellen. Deze documenten zijn vermeld in de literatuurlijst. De topics zijn met de projectgroep besproken en op basis van hun commentaar aangepast. Topiclist staat beschreven in het onderzoeksplan (Van Schothorst, 2017).

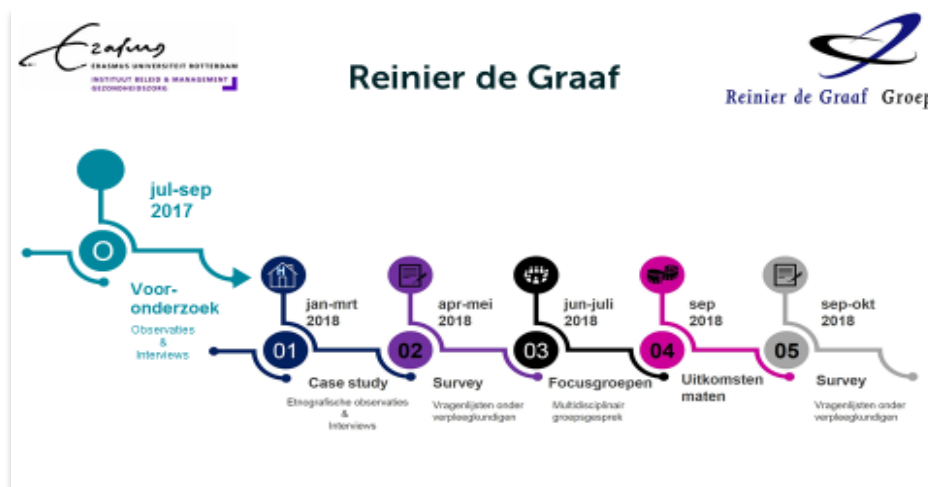
De interviews zijn uitgewerkt in transcripten. Transcripten zijn geanalyseerd volgens de methode van open en axiaal coderen, zodat er thema's ontstaan en op basis daarvan conclusies getrokken kunnen worden (Mortelmans, 2009).

### 2.1 Vervolgonderzoek

Deze evaluatiestudie is een voorstudie in een groter actie-georiënteerd onderzoek naar functiedifferentiatie in het Reinier de Graaf Ziekenhuis, vanuit de onderzoeksvraag:

***Hoe vindt functiedifferentiatie in combinatie met het vergroten van het zelfsturend vermogen van het verpleegkundig team in de zorgpraktijk plaats, en met welke consequenties voor het verpleegkundig werk, andere zorgprofessionals, managers en de patiënt? Wat leren we hieruit over een effectieve inzet van functiedifferentiatie?***

Het onderzoek bestaat naast de voorstudie uit vijf deelprojecten:



<sup>2</sup> Sinds september 2017 werkt er nog één ziekenverzorgende op afdeling 4H. In dit rapport is deze rol buiten beschouwing gelaten.

### 3 Een schets van de proeftuinen

Het afgelopen jaar experimenteerden de afdelingen longziekten (3F) en vaat- en traumachirurgie (4H) met de invulling van de functie van basis- en regieverpleegkundigen. Afdeling 3F werd gekozen, vanwege het hoge percentage HBO-verpleegkundigen (60%) en de aanwezigheid van een leerunit. Op afdeling 4H is 26% HBO-verpleegkundige, en daarmee een afspiegeling van de niet-gespecialiseerde afdelingen in het ziekenhuis (Meijndert, 2017b). Beide afdelingen wilden graag meedoen als proeftuin, om invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van het (landelijk) beleid. Voor afdeling 4H is het beschermen en blijven benutten van de competenties van MBO-verpleegkundigen een belangrijke drijfveer.

In de proeftuinen is ervoor gekozen om zelforganisatie als uitgangspunt te nemen voor het experimenteren met functiedifferentiatie. De verpleegkundige teams zijn 'aan zet' bij het maken van keuzes voor interventies waarmee ze willen experimenteren.

De experimenten in de proeftuinen werden voorbereid in - en begeleid door - een werkgroep per afdeling. De projectgroep bestaat uit de projectleider, de afdelingshoofden, staffunctionarissen (o.a. docenten & hoofd P&O), en een vertegenwoordiging van de afdeling.

De manier waarop draagvlak en betrokkenheid op de afdelingen werd gecreëerd verschilt. Op afdeling 3F zijn er meer regieverpleegkundigen, die allemaal betrokken werden in discussies. Per themadiscussie keken ze wie er als MBO- of inservice-verpleegkundige mee wilde doen. Twee seniorverpleegkundigen vervulden een rol als kartrekker. Op afdeling 4H waren drie seniorverpleegkundigen de kartrekkers. Zij bereidden de plannen voor en werkten ze uit. De overige verpleegkundigen werden vooral betrokken in concrete (kwaliteitswerkgroepen) of in brainstormsessies met het hele team. De begeleiding door de docenten was vooral gericht op de regieverpleegkundigen in de proeftuinen.

Bij de start van de proeftuinen hield een selectiecommissie sollicitatiegesprekken voor de functie van regieverpleegkundige. De selectiecommissie bestond uit het hoofd P&O, een van de docenten, een seniorverpleegkundige en een extern adviseur.

Beide proeftuinen experimenteerden met drie vormen van functiedifferentiatie: differentiatie op basis van complexiteit van zorg, differentiatie in de coördinatie van zorg op afdelingsniveau en differentiatie in de bijdrage aan kwaliteitsverbetering. Het experimenteren met deze vormen functiedifferentiatie leidde tot de volgende verschillen tussen de 'oude' werkwijze en de huidige werkwijze in de teams:

'Oude werkwijze'	'Nieuwe werkwijze'
<ul style="list-style-type: none"><li>• Toewijzing van acht patiënten aan twee verpleegkundigen</li><li>• Seniorverpleegkundige met organisatorische en kwaliteitstaken</li><li>• Afdelingshoofd die leiding geeft aan het verpleegkundig team</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toewijzing van vier patiënten aan één verpleegkundige</li><li>• Seniorverpleegkundige met organisatorische en kwaliteitstaken</li><li>• Regieverpleegkundige als coördinator van zorg op de afdeling (stip) met kwaliteit bevorderende taken</li><li>• Afdelingshoofd die leiding geeft aan het verpleegkundig team</li></ul>

## 4 Differentiatie op grond van complexiteit van zorg

### 4.1 Het gebruik van de complexiteitsmeter

Op afdeling 3F<sup>3</sup> startte de proeftuin met differentiatie op basis van complexiteit van zorg. Doel was patiënten met een laag- en midden-complexe zorgvraag toewijzen aan basisverpleegkundigen en patiënten met een hoog-complexe zorgvraag toewijzen aan regie verpleegkundigen. De complexiteit van de zorgvraag werd bepaald met een zelfontwikkelde complexiteitsmeter (bijlage 1) met aandacht voor onder andere voorspelbaarheid van zorg, zelfredzaamheid van de patiënt, zorgintensiviteit, verpleegtechnische handelingen en multidisciplinariteit.

Het gebruik van complexiteitsmeter leverde dagelijks discussie op over de vragen: bij welke categorie hoort deze patiënt en op basis van welke overwegingen?

De complexiteitsmeter was niet echt valide, want als twee [verpleegkundigen] onafhankelijk de complexiteitsmeter invulden over één patiënt, was die helemaal verschillend. [regie/ seniorverpleegkundige]

De meeste patiënten werden als hoog-complex gescoord, met als gevolg dat er meer regieverpleegkundigen nodig zouden zijn. Sommige complex bevonden patiënten bleken echter meer zorg intensieve patiënten te zijn. Daarnaast wijzigt de gezondheidstoestand van de cliënt regelmatig en soms onverwacht, zelfs binnen één verpleegkundige dienst. Dit betekende dat er dan eigenlijk een wisseling van basis- naar regieverpleegkundige plaats zou moeten vinden. Omdat dit niet wenselijk is voor de continuïteit van zorg en als niet patiëntgericht wordt ervaren door de respondenten, werd dit alleen incidenteel gedaan.

Het differentiëren met behulp van de complexiteitsmeter blijkt - ondanks de inzet van de verpleegkundigen en bijstellingen op de meter - niet goed te werken. Naarmate de verpleegkundigen langer met de complexiteitsmeter werkten, ontstond er steeds meer onvrede over deze manier van differentiëren bij alle verpleegkundigen. Deze onvrede gaat vooral over de gevolgen van de score voor de werkzaamheden en inzet van de basisverpleegkundige.

Door heel die periode heb ik zoiets van: Nee, dat is het niet! Dat maakt niet het verschil.' bijvoorbeeld uit een complexiteitsmeter kwam meestal dat een palliatief iemand (...) hoog-complex is. Waarom zou een regieverpleegkundige wel iemand kunnen verzorgen die stervende is en een basisverpleegkundige niet? Die kan net zo goed die zorg leveren! [regie/ seniorverpleegkundige]

De huidige groep basisverpleegkundigen zijn ervaren inservice- en MBO-opgeleide verpleegkundigen. Zowel basis- als regieverpleegkundigen vinden dat de huidige basisverpleegkundigen zeer bekwaam zijn in het bieden van wat met de complexiteitsmeter gezien werd als complexe zorg. Op grond van deze ervaringen besluit afdeling 3F het gebruik van de complexiteitsmeter af te schaffen.

Op de vraag of het verder ontwikkelen van de complexiteitsmeter als classificatie instrument nieuwe mogelijkheden zou kunnen bieden in het differentiëren naar complexiteit van zorg, antwoordt een aantal verpleegkundigen dat ze dat de moeite waard vinden. Zij verwachten dat

---

<sup>3</sup> Op afdeling 4H boog een werkgroep zich over differentiatie op grond van complexiteit en kozen ze, vanwege een beperkt aantal HBO-verpleegkundigen in het team, om niet te differentiëren naar complexiteit van patiëntenzorg.

door de komst van MBO-verpleegkundigen 'nieuwe stijl' differentiatie naar complexiteit nodig is, omdat deze verpleegkundigen minder competenties hebben voor het verplegen van complexe patiënten.

## 4.2 De keuze voor een ander verpleegstelsel

Bij de start van de proeftuinen was de aanname dat een ander verpleegstelsel nodig zou zijn om patiënten op grond van complexiteit beter toe te kunnen wijzen aan basis- en regieverpleegkundigen. Voorheen waren twee verpleegkundigen verantwoordelijk voor acht patiënten. Beide teams kozen voor het stelsel van toewijzing van vier patiënten aan één verpleegkundige. Minder complexe patiënten konden hierdoor gemakkelijker gekoppeld worden aan de basisverpleegkundigen, en voor de regieverpleegkundigen zouden vier complexe patiënten meer dan voldoende zijn als caseload.

De verdeling van hoe gaan we dan de poppetjes op een afdeling neerzetten. Ik meen ook dat de gedachte erachter zat dat als je natuurlijk in je eentje op vier complexe mensen staat, dat dat ook wel genoeg is en je voor de patiënt meer een gezicht bent en je minder dossiers hoeft te lezen en je het ook beter aankan. [afdelingshoofd]

Zowel basis- als regieverpleegkundigen ervaren het nieuwe verpleegstelsel als positief: de verantwoordelijkheid voor vier in plaats van acht patiënten geeft meer overzicht in het eigen werk en daarmee meer rust. Daarnaast is door de individuele verantwoordelijkheid voor de patiënten minder afstemming nodig tussen twee collega's. De verpleegkundigen overleggen aan het begin van de dienst onderling of ze elkaars hulp nodig hebben bij de verzorging van bepaalde patiënten.

De aanname dat het nieuwe verpleegstelsel tot een betere match tussen de deskundigheid van de verpleegkundige en de zorgzwaarte van de patiënt leidt, is niet objectief te staven, omdat de complexiteitsmeter niet goed werkte.

## 4.3 Gevolgen voor de basis- en regieverpleegkundigen

In §4.1 zagen we dat classificatie van patiënten met behulp van de complexiteitsmeter dagelijks tot discussie leidde. Deze discussie ging niet alleen over de validiteit van het instrument, maar vooral ook over de consequentie van het op deze manier toewijzen van patiënten. De – vaak ervaren – basisverpleegkundigen mogen niet meer voor een relatief grote groep hoog-complexe patiënten zorgen. Dit ervaren zij als een degradatie van hun bekwaamheid en verschraving van hun beroep.

Dus ja en toen werden het alleen maar COPD patiënten die je verzorgde en mensen met een pneumonie en er waren ook de jonge jongens met een drain. Die mochten we ineens niet meer doen (...) Dan word je wereldje wel heel klein en dat vonden we niet leuk. Dat hebben we ook aangegeven van 'weet je voor die tijd konden we het ook, dus hoezo kunnen we het nu niet meer?' [inservice verpleegkundige]

Het bieden van complexe zorg hoort wat de ervaren verpleegkundigen betreft bij een 'volwaardig' verpleegkundig beroep. Daarnaast ervaren zij dat de uitdaging in het werk minder wordt. Zij raken 'onderbelast'. Voor de regieverpleegkundigen is het overigens ook de vraag of dit de juiste manier van differentiëren is. Onderstaande quote laat zien dat complexiteit samenhangt met ervaring en verworven deskundigheid en minder met genoten opleiding en positie.

Complexiteit is hier elke keer toch gedoe over (...) op een gegeven moment ben je gewoon deskundig op een bepaald gebied en ga dan nog maar eens differentiëren op je afdeling. (...) als ik morgen op de GE [gastro-enterologie] ga denken "wat is het hier complex wat een complexe zorg..." (...) maar als ik dat allemaal weet dan is het voor mij niet meer complex want ik weet wat ik kan verwachten! Dus het heeft zo te maken met de patiënt, hoe die is in zijn gedrag en wat erbij komt kijken en mij als persoon. Met mijn competenties en kennis en vaardigheden, dus hoe ga je nou een... voor mij is een infuus niet complex. [regieverpleegkundige]

De differentiatie in patiënttoewijzing had ook voor de regieverpleegkundigen gevolgen. Het aantal pas afgestudeerde HBO-verpleegkundigen in de regierol is groot. Aan hen werden de meest complexe patiënten toegewezen. Gevolg was dat zij een hoge werklast kregen en werkdruk ervoeren. Zij voelden zich juist soms onzeker bij het bieden van deze complexe zorg, en wilden graag een beroep doen op hun meer ervaren collega's. Door de verlieservaring bij deze ervaren basisverpleegkundigen was er echter weerstand bij hen om hun collega's in deze situaties te helpen.

Er was heel veel weerstand (...) Alle hakken in het zand, mogelijkerwijs, en dat ze dachten van 'zoek het nou maar uit, als het zo moet, hoeft het niet!' [regieverpleegkundige 4H]

De basis- en regieverpleegkundigen ervoeren daarnaast een knelpunt in het bespreken van complexe situaties. De afspraak was dat de basisverpleegkundige met een regieverpleegkundige overlegt in een complexe situatie of bij complexe handelingen. De basis- en regieverpleegkundigen ervoeren het beiden als onnatuurlijk dat de basisverpleegkundige toestemming moest vragen voor verpleegtechnische handelingen die voorheen zelfstandig en bekwaam uitgevoerd werden.

#### **4.4 Onverwachte gevolgen voor de roosterplanning**

Door de functiedifferentiatie naar complexiteit van zorg ontstonden er ook knelpunten in de roosterplanning. Vooral de toenemende inflexibiliteit, bijvoorbeeld in het ruilen van diensten leidde tot ontevredenheid in het team:

Als je een dienst wilde ruilen of een weekend van dienst wilde ruilen dan mocht je dat alleen maar doen met iemand van je eigen kringetje. (...) Dus met andere woorden: iedereen ging lopen mopperen. [inservice verpleegkundige]

Tijdens de proeftuin waren in een van beide teams vijf regieverpleegkundigen zwanger, die bijna gelijktijdig hun verlofperiode ingingen. Dit leidde tot een tekort aan regieverpleegkundigen, die nodig zouden zijn volgens het gehanteerde complexiteitsmodel.

Een ander onverwacht knelpunt ontstond in het invullen van de oudste diensten. Pas afgestudeerde basisverpleegkundigen werden niet meer ingezet in de complexere patiëntenzorg waardoor zij niet meer als 'allround' verpleegkundigen werden ingewerkt en leerden functioneren. Hierdoor ontstonden, vooral in de avond- nacht-, en weekenddiensten, roosterproblemen.

Het afdelingshoofd stond tijdens het experiment voor de keuze: het sluiten van bedden, of alsnog de basisverpleegkundigen inzetten in de complexe zorg. Het sluiten van bedden was geen optie, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van zorg en de inkomsten van het ziekenhuis. De keuze werd vervolgens gemaakt om de basisverpleegkundigen opnieuw in te zetten in de hoog-complexe zorg, en daarmee de differentiatie op basis van complexiteit van zorg los te laten.



Conclusie: Ondanks de inspanningen, heeft de functiedifferentiatie op basis van complexiteit van zorg in de proeftuin niet gewerkt. Een aantal oorzaken is hiervoor aan te wijzen:

- Het gebruik van de complexiteitsmeter leidde tot veel discussie. Enerzijds omdat het instrument niet valide was, anderzijds vanwege de uitkomsten: veel patiënten werden op basis van de complexiteitsmeter als hoog-complex beoordeeld en daarmee toegewezen aan de regieverpleegkundigen.
- De roosterplanning en beschikbaarheid van de regieverpleegkundigen is van invloed op differentiatie op basis van complexiteit van zorg.
- De kennis, kunde en ervaring van (inservice- en ervaren MBO-opgeleide) basisverpleegkundigen werd onvoldoende benut. Dit leidde tot ontevredenheid en 'onderbelasting' bij deze groep verpleegkundigen.
- Pas afgestudeerde regieverpleegkundigen hadden behoefte aan ondersteuning door ervaren basisverpleegkundigen in het bieden van de complexe zorg.
- De verpleegkundigen in de proeftuinen zijn tevreden over het nieuwe verpleegstelsel. Het geeft hen duidelijkheid in de verantwoordelijkheid voor patiënten en rust en overzicht over de werkzaamheden.

## 5 De regieverpleegkundige als coördinator van zorg

De regieverpleegkundigen van beide afdelingen zochten, na het stoppen met het werken met de complexiteitsmeter, naar een andere vorm van functiedifferentiatie. Passend bij de Generieke functieprofielen (NVZ 2017) en de CanMEDS-rollen (Lambregts et.al. 2016).kozen zij voor een specifiekere rol in de coördinatie van zorg op de afdeling en werken aan kwaliteitsverbetering. Op beide afdelingen werd voorheen in de dagdienst al gewerkt met ‘de stip’<sup>4</sup>. ‘De stip’ coördineert de dagstart, waarin de verpleegkundigen de te verwachten knelpunten bespreken, geplande overlegmomenten benoemen en mogelijke verbeterpunten onder de aandacht brengen. Aan het einde van de dagdienst zit ‘de stip’ de dag-evaluatie voor. Voor de dag-evaluatie is op afdeling 4H een kort vragenlijstje ontwikkeld, met vragen over werktevredenheid, elkaar hulp bieden en ervaren knelpunten. De rol van stip was vóór de pilot een taak van de seniorverpleegkundige. Beide teams kozen ervoor om de rol van ‘de stip’ aan de regieverpleegkundige toe te wijzen. Extra taak voor de regieverpleegkundige als stip werd de aanwezigheid in het beddenoverleg (samen met het afdelingshoofd). In dit beddenoverleg worden de patiëntenstromen van het hele ziekenhuis besproken. Door de aanwezigheid van de regieverpleegkundige bij het beddenoverleg kan zij beter anticiperen op de te verwachte werkdruk. De regieverpleegkundige kan een goede afweging en planning maken op basis van het beeld dat hij of zij ’s morgens krijgt van de verpleegintensiviteit van patiënten, het aantal lege bedden en het aantal opnames. In het beddenoverleg maken de regieverpleegkundigen en afdelingshoofden ook afspraken met andere afdelingen over de overname van patiënten. Gedurende de dag probeert de regieverpleegkundige overzicht te houden over de werkzaamheden van de aanwezige verpleegkundigen; ze vraagt bijvoorbeeld een aantal keer per dag naar de werkdruk of stemt de pauzes af. Op basis van haar bevindingen overlegt ze over bijvoorbeeld het bijspringen door collega’s.

Omdat de stip voorheen zelf ook vier ‘eigen’ patiënten verzorgde, had deze verpleegkundige niet altijd de gelegenheid om bij collega’s de werkdruk na te vragen. Op afdeling 4H is daarom in september 2017 begonnen met een experiment waarbij ‘de stip’ ingepland staat voor alle opnames, en zo ’s morgens de handen meer vrij heeft om te coördineren. De eerste ervaring is positief, omdat de collega’s het fijn vinden dat er een aanspreekpunt is.

De respondenten geven aan tevreden te zijn met de beslissing om de rol van ‘stip’ te koppelen aan de rol van regieverpleegkundige. De geïnterviewde seniorverpleegkundigen bevestigen dat beeld. De regieverpleegkundigen zelf ervaren ‘de stip’ als een goede mogelijkheid om invulling te geven aan hun regierol. Zij zien ook nog kansen voor verdere verdieping van de rol van stip, bijvoorbeeld in het meekijken met een collega als een patiënt onverwacht verslechtert, het even bijspringen in de zorgverlening, ad hoc zaken oppakken, of bij de artsensites aanwezig zijn. Uit de evaluatie van de stipfunctie blijkt ook dat verpleegkundigen het soms lastig vinden om hulp te vragen aan de regieverpleegkundige, omdat ze dat als een ‘brevet van onvermogen’ ervaren. De komende maanden willen de teams werken aan het tijdiger bij ‘de stip’ aangeven als ze een piek ervaren in de werkbelasting, zodat de stipdienst kan bijsturen door collega’s te vragen taken over te nemen. Dit kan ten goede komen aan de patiëntenzorg en het werkplezier van de verpleegkundige.

Uit de interviews en observaties blijkt dat nog niet duidelijk is wat collega’s onderling afstemmen en regelen, en waarvoor de regieverpleegkundige het aanspreekpunt is. Dit kan verder verkend worden in het vervolg van de proeftuinen.

---

<sup>4</sup> Op afdeling 3F wordt dit de ‘groene stip’ genoemd.

De rol van stip beperkt zich tot de dagdienst; het is nog onderwerp van discussie of de regieverpleegkundige in de avond- en nachtdienst eenzelfde rol zouden moeten vervullen.

In het vervullen van de regierol in de coördinatie van de zorg en aansturing van de collega's hebben de regieverpleegkundigen behoefte aan meer handvatten. Vragen als: 'wanneer spreek ik mijn collega's aan; hoe doe ik dat; wanneer neem ik de leiding'; spelen hierbij een rol. De regieverpleegkundigen gaan een fase in van het nemen van (nieuwe) verantwoordelijkheid en willen dit ook uitstralen, maar ervaren zelf dat soms de competenties hiervoor nog verder ontwikkeld moeten worden.

Conclusie: In de proeftuinen is de rol van 'de stip' toegewezen aan de regieverpleegkundige. De taken van 'de stip' zijn voorzitten van dag-start en dag-evaluatie, beoordelen van de werkdruk en het herverdelen van taken. Extra 'stip-taak' is het beddenoverleg, waardoor 'de stip' beter zicht krijgt op de te verwachten werkdruk.

De regieverpleegkundigen en de teams ervaren hun rol als 'stip' als een goede ontwikkeling. Voor de regieverpleegkundige betekent het een nadere invulling van hun rol in het regisseren van de patiëntenzorg en voor het team is het fijn dat er een duidelijk aanspreekpunt is. Op afdeling 4H wordt momenteel geëxperimenteerd met het beperkt inplannen van 'de stip' in de patiëntenzorg, zodat er meer tijd is voor coördinatie en afstemming. De eerste ervaringen zijn positief.

Vier aspecten m.b.t. de rol van de stip/ regie vragen nadere uitwerking:

1. Voor wie en wat is 'de stip' aanspreekpunt en welke taken worden onderling afgestemd? Welke taken of rol kan de stip nog meer vervullen?
2. Verpleegkundigen kunnen tijdiger aangeven als ze een piek ervaren in de werkbelasting, zodat taken herverdeeld kunnen worden, de patiëntenzorg eerder afgerond is en de werkbelasting voor verpleegkundigen beter verdeeld is.
3. De regieverpleegkundige vervult een rol als coördinator in de dagdienst. Onduidelijk is of er behoefte is aan eenzelfde rol voor de regie in de avond- en nachtdiensten, en hoe deze ingevuld kan worden.
4. Regieverpleegkundigen hebben behoefte aan handvatten om leiding te geven aan het team in de rol van 'stip'.

## 6 De rol van de regieverpleegkundige in kwaliteitsverbetering

Naast de rol van coördinator van zorg, hebben regieverpleegkundigen ook een specifieke rol gespeeld in de kwaliteitsverbetering op de afdeling, aansluitend bij de nieuwe functieprofielen en de CanMEDS-rollen. Regieverpleegkundigen hebben een verantwoordelijkheid gekregen in het coördineren en initiëren van kwaliteitswerkgroepen, het bewaken van de voortgang en het inbrengen van wetenschappelijke kennis in de kwaliteitswerkgroepen (Evidence Based Practice). De basisverpleegkundigen leveren een bijdrage in de kwaliteitswerkgroepen, vaak in samenwerking met de regieverpleegkundigen.

Afdeling 3F staat aan het begin van het vormgeven van deze rol. Afdeling 4H is bij de start van de proeftuin direct met deze taak voor de regieverpleegkundigen begonnen. In het begin was het vooral een zoektocht hoe de regieverpleegkundigen kwaliteitszorg konden organiseren.

Nou, ons idee was, als we het hele team moeten meekrijgen moeten we iedereen in zijn geheel in zijn kracht zetten. (...) Als je dat langzaam doet blijft het elke keer gedoe (...) en wij dachten we gaan alle aandachtsgebieden die er bestaan hergroeperen, clusteren in een overkoepelend thema en op dat thema zetten we een regieverpleegkundige. Die gaat eens kijken wat daar nou evidence-based is of patient-centered care of value-based care, weet ik het allemaal niet, en die gaat dan dat groepje aansturen. Zij heeft de initiërende rol, en die anderen moeten een beetje laten zien dat ze een bijdrage leveren, het hoeft niet initiërend. [regieverpleegkundige]

Het opnieuw inrichten van de aandachtsgebieden en opstarten van nieuwe werkgroepen lag gevoelig, vanwege bestaande afspraken gemaakt met medewerkers, waar het afdelingshoofd niet vanaf wilde wijken. Gekozen werd voor het behouden van kwaliteitswerkgroepen en daarin de regieverpleegkundige een regisserende rol te geven. In eerste instantie waren de regieverpleegkundigen vooral actief en trokken zij het 'eigenaarschap' naar zich toe. Dit leidde tot ontevredenheid van zowel regie- als basisverpleegkundigen. Sindsdien zijn de basisverpleegkundigen meer actief betrokken bij een verbeteronderwerp.

Er was een kwaliteitswerkgroep opgericht. Dat bestond dan uit regieverpleegkundigen die dan een onderwerp centraal stelde. Eens per 10 weken zou dan een nieuw onderwerp onder de loep genomen worden. (...) Ze hadden een spel ontwikkeld, waarin elke verpleegkundige 's ochtends een kaartje meekreeg, zo van: dit is jouw opdracht en observeer of mensen bijvoorbeeld handschoenen dragen, of om vragen te stellen, of er stond bijvoorbeeld een vraag op die ze moesten uitzoeken en aan het eind van de dag weer moesten terugkoppelen. Dat was heel leuk, maar het nadeel daarvan was dat het echt het feestje was van de regieverpleegkundige en de basisverpleegkundigen leunden heerlijk achterover, want ze hoefden niks te doen en er werd ook geen beroep op hun gedaan. [docent]

De bijdrage van de basisverpleegkundigen hangt sterk af van de persoonlijke interesse. Sommige verpleegkundigen zeggen: 'Laat mij maar aan het bed staan, dat is mijn ding. Ik heb het ook nooit geleerd om kwaliteitsinformatie goed op te zoeken.' Anderen voelen zich gestimuleerd en uitgedaagd om een bijdrage te leveren.

Collega's die nooit iets deden die zeggen: 'Mag ik een casus inbrengen?'. Dus het gebeurt. Positief! Dat zegt nog niks tussen het onderscheid tussen MBO en HBO, het is fijn dat we met z'n allen bezig zijn, dat is goed...[regieverpleegkundige]

Kwaliteitsverbetering vraagt tijd in de voorbereiding, bespreking en uitvoering van werkzaamheden. Op de afdeling is het een worsteling om tijd voor kwaliteitswerk vrij te maken, omdat patiëntenzorg altijd meer prioriteit heeft. Op dit moment is er één keer per week een moment gepland voor het werken aan een eigen onderwerp, het bespreken van kwaliteitsthema's of het houden van een klinische les. Voorbeelden van onderwerpen zijn: infectiepreventie, begeleidingsgesprek bij mamma care, het inbrengen van een patiëntencasus, het maken van een PICO, of een les over collumfracturen.

Elke donderdag begint de avonddienst een half uurtje eerder, die lezen zich in, die gaan om 3 uur op de afdeling en dan kunnen er 4 mensen bij een klinische les zijn, of een casus bespreken, of een PICO. We proberen echt de evidence-based practice, en hoe kan je bewust je zorg verbeteren, hoe kan je zelf in je blaadjes zoeken naar een PICO en hoe kan je, al is het op Google, iets zoeken, daar zijn we erg mee bezig en ik denk dat dat in het algemeen wel geslaagd is. [regieverpleegkundige]

De praktijk wijst uit dat coördinatie nodig is in de planning van de kwaliteitswerkgroepen en in het daadwerkelijk bespreken van kwaliteitsthema's met elkaar. De uitkomst of verbeteraanpak wordt op intranet, via de mail en in de dag-start gedeeld. De borging in dagelijkse routines en in protocollen is een punt van aandacht volgens de respondenten.

De regieverpleegkundigen willen heel graag regie nemen in de ontwikkeling van hun beroep en in de ontwikkeling van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Ze willen af van voorgeschreven regels en lijstjes.

We hebben een inwerkboekje, waar serieus instaat: van 7 uur tot 5 over 7 doen we dit van 10 voor 8 doen we dat tot half 4 toe. Hoe humeurig word je daarvan? Je hebt nergens ruimte om wat te doen (...) als er dan wordt verwacht dat je zelf kritisch nadenkt. (...) je kan nooit zelf eens een afspraak maken met iemand want dat komt nooit uit, (...) ja wat gaan we doen dan? Hoe wil je iets dan gaan neerzetten? [regieverpleegkundige]

In de proeftuinen is de opgave om kwaliteitswerk vorm te geven als onderdeel van de dagelijkse routine op een verpleegafdeling, zodat niet alle beschikbare tijd alleen besteed wordt aan directe patiëntenzorg.

Conclusie: In de proeftuinen is het uitgangspunt dat alle verpleegkundigen een bijdrage leveren aan kwaliteitszorg. Er wordt gedifferentieerd in rollen. De regieverpleegkundige coördineert, initieert en bewaakt de voortgang van de kwaliteitswerkgroepen, en brengt evidence-based practice werkwijze in. De basisverpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitswerkgroepen en aan bijvoorbeeld klinische lessen. De differentiatie in rollen en het werken aan kwaliteitsverbetering vraagt op een aantal punten om verdere ontwikkeling:

- Het werken in kwaliteitswerkgroepen daagt een deel van de basisverpleegkundigen uit om hieraan bij te dragen. Een deel van de basisverpleegkundigen focust liever op de directe patiëntenzorg. Kunnen basisverpleegkundigen hier een keuze in maken? Of kunnen rollen anders verdeeld worden?
- Evidence Based Practice zit in een pioniersfase. De opbrengst ervan is nog onvoldoende zichtbaar in de praktijk.
- Borging van kwaliteitsverbeteringen vraagt om extra aandacht.
- Kwaliteitszorg is niet ingebed in de dagelijkse routines van verpleegkundigen op de afdeling. Het is een worsteling om tijd vrij te maken om te werken aan kwaliteitsbevordering. Hoe kan binnen de huidige formatie structureel gewerkt worden aan kwaliteitsthema's? En hoe worden hierin de taken verdeeld tussen regie- en basisverpleegkundigen?

## 7 Ervaringen van de betrokkenen in de proeftuinen<sup>5</sup>

### 7.1 Introductie van de regieverpleegkundigen

Het experimenteren met verschillende verpleegkundige rollen heeft gevolgen voor de verhoudingen in het team. De functiedifferentiatie maakt inzichtelijk dat er verschillen bestaan en ook ontstaan in deskundigheid en de inzet van verpleegkundigen. De selectiegesprekken voor regieverpleegkundigen en de differentiatie naar complexiteit zijn hier voorbeelden van. In eerste instantie leidde dit tot weerstand in het team tegen de proeftuin en de functie van regieverpleegkundigen. De regieverpleegkundigen ervaarden deze weerstand als lastig. Zij voelden zich verantwoordelijk voor het 'verkopen' van functiedifferentiatie aan hun collega's.

Inmiddels is de proeftuin een breder gedragen experiment en bestaat er meer draagvlak voor het maken van onderscheid in diverse functies. De opstelling van de regieverpleegkundigen droeg in belangrijke mate bij aan het verkrijgen van dit draagvlak. Regieverpleegkundigen zijn doelbewust op zoek gegaan naar mogelijkheden en kansen voor de verschillende groepen verpleegkundigen. Dit leidde onder andere tot het afschaffen van de functiedifferentiatie naar complexiteit van zorg en tot het stimuleren van een bijdrage van basisverpleegkundigen aan kwaliteitsprojecten. Regieverpleegkundigen en afdelingshoofden geven in de interviews aan dat ze het belangrijk vinden dat door functiedifferentiatie het team als geheel groeit. Doel is immers gericht op betere kwaliteit van zorg voor de patiënt.

### 7.2 Ontwikkelperspectief voor basisverpleegkundigen

Een deel van de basisverpleegkundigen is bezorgd over het ontwikkelperspectief in hun functie. Zij vragen zich af waar op de langere termijn voor hen de uitdaging in zit. Ook zouden zij graag overstijgende taken uitvoeren. Op dit moment zien de basisverpleegkundigen vooral het volgen van een HBO-opleiding als ontwikkelperspectief.

Ik wil gewoon doorgroeien (...) ik vind het gewoon heel interessant om mee te denken, om mee te bewegen en om dadelijk die capaciteiten te hebben om mee te kunnen denken, doordat je meer evidence-based en meer klinisch redeneren leert, en dat je wel een wetenschappelijk onderzoek, dat je weet hoe je dat soort dingen moet aanpakken en dat je op HBO niveau leert denken. Daar zit ik nu nog niet, en ik mis, ik heb voor mijn gevoel wel af en toe het gevoel dat ik iets mis, en het zou wel fijn zijn dat ik dan veel meer kan bijdragen zeg maar. [basisverpleegkundige]

In de verdere ontwikkeling van de proeftuinen is het volgens de respondenten belangrijk om basisverpleegkundigen actief te laten nadenken over hun eigen rol en ontwikkelperspectief. Mogelijkheden die genoemd zijn: verantwoordelijkheid voor overstijgende (organisatorische) taken, het begeleiden van leerlingen of stagiaires, of een specialistische verpleegkundige rol op afdeling.

Op beide afdelingen wordt ook geëxperimenteerd met junior-senior verpleegkundigen, waarbij de seniorverpleegkundige taken delegeert aan de junior.

Dus die junior-senior, die kon ik dan dingen delegeren van 'wil jij de dossiers checken, wil je in de gaten hadden dat alles goed gaat?' [seniorverpleegkundige afdeling]

---

<sup>5</sup> Een van de onderzoeksvragen gaat over gevolgen voor andere professionals, bijvoorbeeld artsen en paramedici. De experimenten raken momenteel echter vooral de verpleegkundige teams en hebben andere disciplines onvoldoende beeld gekregen van de rol van regieverpleegkundige. In dit rapport zijn andere professionals om die reden buiten beschouwing gelaten.

### **7.3 Ontwikkelbehoefte bij regieverpleegkundigen**

Binnen de groep HBO-verpleegkundigen zijn twee groepen te onderscheiden. De eerste groep zijn pas afgestudeerde HBO-ers die zich in eerste instantie willen bekwaamen in bijvoorbeeld complexe patiëntenzorg. Zij worden ingezet als basisverpleegkundige en ontwikkelen zich naar de rol van regieverpleegkundige. Sommige net afgestudeerde HBO-verpleegkundigen draaien wel mee in de overleggen van de regieverpleegkundigen in de proeftuin. De teams vragen zich af hoe de inzet van pas afgestudeerde HBO-verpleegkundigen zich in de toekomst gaat ontwikkelen. Zijn afgestudeerde HBO-verpleegkundigen dan ook direct regieverpleegkundige? Met andere woorden: is de opleiding leidend voor de functie? En is hierbij een inwerk- of ontwikkeltraject op de afdeling nodig? Of is de bekwaamheid voor de uitoefening van bepaalde taken op afdeling leidend? Landelijk is hierover nog discussie, onder ander in relatie tot de inschrijving van verpleegkundigen in het BIG-register (Terpstra 2015). Ook binnen de proeftuinen is hierover nog geen uitspraak gedaan. Een besluit hangt sterk samen met gebondenheid aan landelijke afspraken.

De meer ervaren HBO-verpleegkundigen zijn blij met de functiedifferentiatie. Bij hen leeft ook de vraag hoe ze de functie van regieverpleegkundige meer vorm kunnen geven dan tot nu toe in de proeftuinen gelukt is.

### **7.4 De rol van de seniorverpleegkundige**

De seniorverpleegkundigen ondersteunen het afdelingshoofd met organisatorische - en kwaliteitsbevorderende taken. Dit zijn taken zoals roosteren, ziektevervangingsregelen, het bijdragen aan functioneringsgesprekken, het verwerken van formulieren voor Meldingen Incidenten Cliënten (MIC), meedenken over kwaliteitsindicatoren en verpleegkundige dossiers beoordelen op kwaliteit. De regieverpleegkundige focust op verbetering van de dagelijkse patiëntenzorg door coördinatie van zorg en het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Volgens de respondenten is het functieprofiel van regie- en seniorverpleegkundige op papier bijna identiek, maar worden de rollen in de praktijk verschillend ingevuld. Daarnaast geven de seniorverpleegkundigen in de interviews aan dat hun rol per afdeling verschilt. Echter, in de interviews noemen de seniorverpleegkundigen van beide afdelingen dezelfde taken.

Ondanks de verschillen in focus en praktische invulling tijdens proeftuinen pleit een grote groep verpleegkundigen voor het samenvoegen van beide rollen. Zij zijn van mening dat de rol van regieverpleegkundige meer 'body' nodig heeft in de coördinatie van de patiëntenzorg en kwaliteitszorg. Zij verwachten dat taken efficiënter en effectiever ingevuld kunnen worden als niet-patiëntgebonden uren beschikbaar komen voor regieverpleegkundigen. Aandachtspunt is dat de regieverpleegkundige vooral beschikbaar blijven voor de directe patiëntenzorg, terwijl de seniorverpleegkundige de afgelopen jaren steeds meer taken is gaan overnemen van het afdelingshoofd. Het gevaar is dat patiëntgebonden uren op deze manier 'onzichtbaar' opgaan aan managementtaken. In de afgelopen jaren is namelijk een verschuiving merkbaar van taken van het centrummanagement naar de afdelingshoofden, die daardoor taken delegeren naar de seniorverpleegkundigen. Een deel van de seniorverpleegkundigen pleit voor het gescheiden houden van deze rollen, mede om ontwikkelmogelijkheden te houden voor basisverpleegkundigen.

### **7.5 De betrokkenheid van afdelingshoofden bij de proeftuinen**

Door de keuze om in de proeftuinen te werken met de principes van zelforganisatie en het verpleegkundig team de verantwoordelijkheid te geven voor de invulling van de rol van

regieverpleegkunde, hadden de afdelingshoofden geen specifieke rol in de proeftuinen. Enerzijds ervaren de afdelingshoofden dit als positief; het is een mooie kans om teamleden tot ontplooiing te laten komen. Anderzijds ervaren zij het soms als lastig, omdat bepaalde keuzes in de proeftuinen gevolgen hebben waarvoor zij (zich) eindverantwoordelijk voelen/ zijn. Een voorbeeld hiervan is de selectie van regieverpleegkundigen. De bedoeling was dat zij geen rol zouden spelen in de sollicitatieprocedure. Echter, tijdens de selectieprocedure zijn afdelingshoofden wel een rol gaan spelen door invloed uit te oefenen op de uitkomsten van de selectiegesprekken. Daarnaast spelen de afdelingshoofden ook een rol in het motiveren en creëren van bewustwording bij het team. Een voorbeeld hiervan is het steunen van 'de stip' bij de dag-evaluatie. De regieverpleegkundigen geven aan dat het soms nodig is dat het afdelingshoofd interenieert, bijvoorbeeld in situaties waarin een beslissing moet worden genomen en de teamleden verschillende opvattingen hebben. De regieverpleegkundigen hebben op dat moment behoefte aan iemand met 'doorzettingsmacht' en hiërarchisch leiderschap. Het is de vraag of dit te maken heeft met de ontwikkeling van de regieverpleegkundigen in hun nieuwe rol, of dat de ontwikkeling naar zelforganisatie meer aandacht vraagt of dat een vorm van formeel leiderschap op onderdelen nodig is/blijft. De invloed van het afdelingshoofd legt ook soms bloot dat een afdelingshoofd een bepaalde ontwikkeling niet steunt, waardoor het geen doorgang vindt. Een voorbeeld hiervan is het herontwerp van de kwaliteitswerkgroepen zoals besproken in paragraaf 6. Ondanks dat de afdelingshoofden geen formele rol hebben in de ontwikkeling van de proeftuinen spelen zij een informele, maar niet onbelangrijke rol.

'Wat ik ook merkte tijdens de brainstormsessie (...) dat de mensen die daar zaten opeens heel kritisch waren, maar ook feedback gaven aan hun eigen leidinggevende, zo van: maar nee dat kan toch niet of nee daar zijn we het niet mee eens. Dus je ziet ook dat er een andere dynamiek ontstaat.' [docent]

Zoals in de vorige alinea beschreven, is er bij de regieverpleegkundigen behoefte aan meer kennis en coaching op hun persoonlijke leiderschap zodat zij gedeelde besluitvorming en het regisseren van dagelijkse patiëntenzorg goed vorm kunnen geven.

## **7.6 De betrokkenheid van docenten bij de proeftuinen**

Een docent van de afdeling beroepsopleidingen ondersteunde de proeftuinen. De docenten maakten deel uit van de projectgroep(vergaderingen) en maakten daarnaast afspraken met – vooral - de regieverpleegkundigen, om hen te ondersteunen. De docenten beschrijven hun rol als: ondersteunend, coachend, adviserend en vooral volgend op de behoefte van het team. Ze ondersteunden de teams met (de voorbereiding van) brainstormsessies, de regieverpleegkundigen op afdeling, in het vormgeven van de interventies, en met materiaal:

We hebben wat handreikingen gedaan en wat literatuur van: je kan daar es kijken of je kan het op die manier oppakken, maar uiteindelijk hebben ze daar zelf keuzes ingemaakt. [docent]

De docenten wisten bij de start van de proeftuinen niet goed wat van hen verwacht werd.

Vooraf was het nog niet heel duidelijk wat mijn rol dan zou zijn en wat dan bijvoorbeeld de rol van [de projectleider] is. Maar we [docenten] merkten gaandeweg dat wij daar wel meer behoefte aan hebben van wat ligt nou wel bij ons en wat is mijn rol. [docent]



Conclusie: Het experimenteren met verschillende rollen heeft gevolgen voor de verhoudingen in het team. Dit leidde in eerste instantie vooral bij basisverpleegkundigen tot weerstand. Inmiddels is de proeftuin een breder gedragen experiment en bestaat er meer draagvlak voor het maken van onderscheid in diverse functies. De opstelling van de regieverpleegkundigen en de steun van de afdelingshoofden droeg in belangrijke mate bij aan het verkrijgen van dit draagvlak. De docenten ondersteunden de teams in het vormgeven van de proeftuin.

Een aantal aspecten vraagt in de vervolgfase om aandacht:

- Ontwikkelmogelijkheden voor de basisverpleegkundigen en een actieve bijdrage aan de ontwikkeling van hun eigen rol.
- Doorontwikkeling van de rol van de regieverpleegkundige.
- De verhouding tussen de rol van senior- en regieverpleegkundigen, en eventueel een experiment met een andere verdeling van de werkzaamheden van de seniorverpleegkundige.
- Aandacht voor het vinden van een balans tussen de betrokkenheid van het afdelingshoofd en de zelforganisatie van het verpleegkundig team.
- Verheldering van de rol en mogelijkheden van de docenten in de proeftuinen.

## 8 Het implementatieproces

### 8.1 De selectie van regieverpleegkundigen

Voor de selectie van regieverpleegkundigen zijn selectiegesprekken gehouden door het hoofd P&O, een docent, een seniorverpleegkundige en een extern adviseur. Alle verpleegkundigen uit het team, zowel inservice-, MBO- als HBO-verpleegkundigen, die belangstelling hadden voor de rol van regie konden solliciteren. Als basis voor de gesprekken werd het opgestelde competentieprofiel van regieverpleegkundige gebruikt. De selectiecommissie nam deze taak serieus en voerde een stevig sollicitatiegesprek. Echter de verwachting in beide teams was dat het 'even een gesprekje' zou zijn, wat tot gevolg had dat kandidaten het gesprek als zeer onprettig ervaarden.

Het werd inderdaad een beetje ingezet van joh het is een gesprekje en even kijken wat je motivaties zijn. Puntje bij paaltje voelde het wel daadwerkelijk als een sollicitatiegesprek (...) dus ik zat daar niet zo gemakkelijk als dat ik hier nu zit. Ik begreep ook wel van sommige collega's dat ze daar wel geïntimideerd door waren en daardoor ook niet zo goed uit de verf kwamen. Collega's waarvan ik op de vloer denk die kunnen gemakkelijk die functie aan werden niet gekozen. [citaat regieverpleegkundige]

Een aantal kandidaten, voornamelijk met een MBO-opleiding, werd op grond van de gesprekken afgewezen. De afdelingshoofden waren het niet bij alle kandidaten eens met het advies van de selectiecommissie. De gedachte overheerst dat door de manier van gespreksvoering de kandidaten niet konden laten zien over welke competenties ze beschikken.

En als je dan drie weken later met diezelfde persoon [sollicitant] in gesprek bent waar dan een van de degenen bij zit die ook de sollicitatie heeft gedaan, en die zegt binnen 5 minuten (...): 'Als ik ze zo had gezien tijdens het gesprek had ze zeker de regie kunnen doen', ja dat doet zeer. Dat geeft aan hoe slecht de sollicitatieprocedures zijn geweest, want in een sollicitatieprocedure wil je alles uit de mensen halen, en als jij MBO-verpleegkundige bent en je hebt nooit evidence-based gewerkt, kan je ook geen antwoord geven op 'hoe ga je evidence-based werken?' want dat ga je juist leren! (...) Dat zou ik nooit meer zo doen [citaat afdelingshoofd].

Gevolg van de onvrede in het team over de sollicitatieprocedure is dat afdelingshoofden kansen c.q. ruimte creëren voor een aantal verpleegkundigen, waarvan zij denken dat ze in staat zijn om de rol van regieverpleegkundige te vervullen. Deze interventie is succesvol: er komt een aanvullend traject voor een deel van de afgewezen verpleegkundigen.

Ik weet dat sommige collega's daar heel boos over zijn geweest en dat dat niet goed was voor de sfeer in het team. Dat is uiteindelijk wel recht gezet en zijn die collega's uiteindelijk wel naar regie gezet, omdat ze een gesprek hebben gehad met het afdelingshoofd [citaat regieverpleegkundige].

Hoewel de selectiegesprekken als vervelend ervaren zijn, vinden de respondenten de sollicitatiegesprekken belangrijk. Het markeerde de veranderingen op de afdeling. Belangrijk is dat verwachtingen van te voren worden gemanaged en verpleegkundigen zich beter kunnen voorbereiden. Aandachtspunten die ook door respondenten genoemd zijn: zakelijke klimaat tijdens de gesprekken en gevoel beoordeeld te worden op competenties die nog ontwikkeld moeten worden.

## 8.2 De rol van de projectgroep

In de proeftuinen waren de verpleegkundige teams 'in de regie' bij het maken van keuzes voor interventies waarmee ze wilden experimenteren. Beide afdelingen werkten met een eigen projectgroep, waarin plannen voorbereid en ervaringen besproken werden. De projectleider was de linking-pin tussen de twee projectgroepen en speelde een belangrijke rol in de start van de proeftuinen als aanjager en organisator. Zij benaderde de afdelingen actief om mee te doen aan de proeftuinen en zorgde voor de projectstructuur, bestaande uit projectgroepen op de afdeling en een stuurgroep.

De projectgroep werkte bij de start van de proeftuinen aan de voorbereiding van een aantal interventies, zoals de complexiteitsmeter en het in kaart brengen van verschillende verpleegsystemen (De Hoogh 2015). De projectleider en docenten spelen een belangrijke rol hierin en faciliteren de projectgroepen. De resultaten van deze werkzaamheden werden gebruikt als input voor de eerste brainstormsessies met de teams over de vormgeving van de proeftuinen. In mei 2017 werd een tweede brainstormsessie onder leiding van de docenten georganiseerd, omdat de ontwikkelingen in de proeftuinen lijken te stagneren. In deze sessie worden de nieuwe generieke functieprofielen van de NVZ besproken. Omdat deze profielen concreter zijn dan de CanMEDS-rollen, besluiten de teams om deze te gaan gebruiken als leidraad voor de verdere invulling van de rol van basis- en regieverpleegkundige.

De NVZ had die generieke functie profielen uitgebracht en dat is wel gebaseerd op die CanMEDS-rollen, maar die taken die zijn wat praktischer en die spreken wat meer ook voor de verpleegkundigen. Ik heb ze tijdens die middag ook de keus gegeven hoe gaan we verder? (...) en dus zijn we overgestapt op de taken (...) Dus we zullen in het vervolg ook veel minder hebben over de CanMEDS-rollen en veel meer over taken. [docent]

Daarnaast hebben de teams gebrainstormd over de behoefte aan scholing voor de regieverpleegkundigen. Op basis van de brainstorm kregen de regieverpleegkundigen de opdracht om een plan van aanpak te maken. Op afdeling 4H is het plan van aanpak gemaakt (Loosen & Markus 2017) en is gestart met het experimenteren met een aantal van de beschreven interventies. Op afdeling 3F is dit plan van aanpak er nog niet.

## 8.3 Het zoeken van een balans tussen zelforganisatie en formele sturing

De ontwikkeling van regieverpleegkundigen binnen de proeftuinen was een ontwikkelproject, waarbij niet vooraf precies duidelijk was wat het eindresultaat zou zijn. Dit geeft onzekerheid bij alle betrokkenen, omdat niemand precies weet 'hoe het moet', maar wordt ook als heel positief ervaren. De respondenten geven aan dat de mogelijkheid om als team het eigen pad uit te stippelen en te kijken wat écht werkt en leidt tot betere patiëntenzorg inspirerend is.

Ik denk inderdaad wel, als ik zo kijk, dat de start heel langzaam is gegaan (...) vooral omdat je geen lijnen had en omdat je niet wist waar je moest kleuren zeg maar, dan start het gewoon heel langzaam op en nu heb ik het idee dat het nu pas op gang komt (...) en dan ben je bijna een jaar verder, dus het is gewoon een heel groot, moeilijk project en niemand weet eigenlijk wat ze precies moeten doen en hoe en wat en hoe je mensen meekrijgt in je team want je moet het samen doen. [basisverpleegkundige]

Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat het lastig om tijd vrij te maken voor zo'n ontwikkeltraject. Een ontwikkeltraject veronderstelt dat medewerkers zelf vorm kunnen geven aan hun verandering. Daarvoor is tijd nodig om te reflecteren en plannen te maken.

Sommige verpleegkundigen ervaren een gebrek aan richting en ondersteuning. Dit gaf hen een gevoel van 'ronddobberen'. Dit gevoel wordt (h)erkend door een van de docenten:

Zelf denk ik dat we de regieverpleegkundigen soms een beetje teveel hebben laten zwemmen misschien, of dat ze dat gevoel hebben gehad. Ik denk dat we daar soms wat meer in hadden mogen faciliteren (...) qua ondersteuning en scholing, een beetje coaching. [docent]

Alle betrokkenen zoeken naar een goede balans in termen van afstand c.q. zelforganisatie (ruimte en tijd geven), en invloed uitoefenen op het team (bijvoorbeeld door dingen aan te jagen). Een van de docenten geeft een mooi voorbeeld hiervan:

Yvonne wordt echt gezien als de aanjager. Die zegt af en toe van: "Ja er moet meer in beweging komen", of die prikkelt wat van: nou misschien moeten jullie weer een extra rol gaan oppakken, waardoor de verpleegkundigen op de werkvloer zoiets hadden van: "Ja wacht eens even. Dat kan toch niet. We mogen het zelf wel zeggen, maar we worden anderzijds ook wel geduwd". [docent]

Een aantal respondenten geeft aan dat de aandacht voor het experiment wat verslapt is in het laatste half jaar en dat er behoefte is aan ondersteuning om de proeftuin verder vorm te geven.

Conclusie: De sollicitatieprocedure om regieverpleegkundigen te selecteren sloot niet aan op de verwachtingen van de sollicitanten. Dit leidde tot onvrede bij sollicitanten en bijstelling van het afdelingshoofd. Sollicitatiegesprekken moeten behouden blijven, maar verwachtingen beter gemanaged.

Het uitgangspunt in de proeftuinen is zelforganisatie: de verpleegkundige teams maken zelf de keuzes voor interventies. Tegelijkertijd vervult de projectgroep een belangrijke rol in de ontwikkeling van de proeftuinen, en de uitwerking, planning en voortgang van interventies.

De volgende aandachtspunten ten aanzien van de implementatie worden genoemd:

- Verder experimenteren met het zoeken naar de juiste balans tussen aanjagen van de ontwikkeling en ruimte geven voor zelforganisatie.
- Voldoende contactmomenten tussen projectleider, docenten, regieverpleegkundigen en afdelingshoofd zijn van belang om voldoende voortgang te houden in het proces.
- Regieverpleegkundigen hebben behoefte aan meer ondersteuning bij de keuze voor interventies en coaching ten aanzien van hun nieuwe rol.

## 9 Conclusie

Dit rapport beschrijft de ervaringen van twee afdelingen (3F en 4H) van het Reinier de Graaf Ziekenhuis met het experimenteren met nieuwe verpleegkundige rollen in een proeftuin. De volgende vragen stonden hierbij centraal:

1. Wat zijn de (leer)ervaringen opgedaan in de proeftuinen met betrekking tot het experimenteren met nieuwe verpleegkundige rollen?
2. Wat zijn de gevolgen van de veranderingen in de proeftuinen voor de verschillende verpleegkundige(n) rollen, voor betrokken professionals en managers?
3. En wat kan het ziekenhuis hieruit leren voor de vervolgfase?

De beschrijving van de ervaringen leidt tot de volgende conclusies:

- (1) Functiedifferentiatie op basis van complexiteit van zorg bleek, ondanks de inspanningen van het team, niet haalbaar. Dit had te maken met een niet-valide complexiteitsmeter, waardoor een grote groep patiënten als hoog-complex werd gescoord. Deze werden toegewezen aan de regieverpleegkundige, wat leidde tot knelpunten in de roosterplanning. Bovendien werd met deze vorm van differentiëren onvoldoende een beroep gedaan op de kennis, kunde en ervaring van (inservice- en ervaren MBO-opgeleide) basisverpleegkundigen. Dit leidde tot ontevredenheid en 'onderbelasting' bij deze groep verpleegkundigen, terwijl de pas afgestudeerde regieverpleegkundigen behoefte hadden aan ondersteuning door ervaren collega's in het bieden van de complexe zorg. Het verpleegstelsel dat gekozen was in het kader van differentiatie naar complexiteit bleek goed te werken. De individuele verantwoordelijkheid voor vier patiënten geeft de verpleegkundigen duidelijkheid, rust en overzicht.
- (2) De teams zijn tevreden over de toewijzing van de rol van 'stip' aan de regieverpleegkundige, als coördinator van zorg op afdeling. Wel verdient deze rol een nadere uitwerking: voor wie en wat is 'de stip' aanspreekpunt en welke taken worden onderling afgestemd? Welke taken of rol kan de stip nog meer vervullen? Ook is het van belang dat verpleegkundigen tijdiger aangeven als ze een piek ervaren in de werkbelasting, zodat taken herverdeeld kunnen worden. Hierdoor kan de patiëntenzorg eerder afgerond en de werkbelasting voor verpleegkundigen beter verdeeld worden. Daarnaast vervult de regieverpleegkundige een rol als coördinator in de dagdienst. Onduidelijk is of er behoefte is aan eenzelfde rol voor de regie in de avond- en nachtdiensten, en hoe deze ingevuld kan worden. tenslotte geven de regieverpleegkundigen aan behoefte te hebben aan handvatten om leiding te geven aan het team in de rol van 'stip'.
- (3) De regieverpleegkundige kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de verpleegkundige zorg op afdeling. De regieverpleegkundige coördineert, initieert en bewaakt de voortgang van de kwaliteitswerkgroepen, en brengt evidence-based knowledge in. De basisverpleegkundige levert een bijdrage aan de kwaliteitswerkgroepen en aan bijvoorbeeld klinische lessen. De differentiatie in rollen en het werken aan kwaliteitsverbetering vraagt op een aantal punten een betere inbedding:
  - a. Het werken in kwaliteitswerkgroepen daagt een deel van de basisverpleegkundigen uit om hieraan bij te dragen. Een deel van de basisverpleegkundigen focust liever op de directe patiëntenzorg. Kunnen

- basisverpleegkundigen hier een keuze in maken? Of kunnen rollen anders verdeed worden?
- b. De inbreng van EBP zit in een pioniersfase. De opbrengst ervan is nog onvoldoende zichtbaar in de praktijk. Ook wordt kwaliteitsverbetering nog onvoldoende geborgd in de dagelijkse routines en protocollen.
  - c. Kwaliteitszorg is niet ingebed in de dagelijkse routines van verpleegkundigen op de afdeling. Het is een worsteling om tijd vrij te maken om te werken aan kwaliteitsbevordering. Hoe kan binnen de huidige formatie structureel gewerkt worden aan kwaliteitsthema's? En hoe worden hierin de taken verdeeld tussen regie- en basisverpleegkundigen?
  - d. In het experiment lag de nadruk meer op kwaliteitsverbetering door scholing van het team en minder op kwaliteitsverbetering in het primaire proces.
- (4) Functiedifferentiatie heeft gevolgen voor de teams. Bij de start van de proeftuinen leidde dit tot weerstand. Tijdens het experiment is in de teams draagvlak ontstaan, mede door de inzet van de regieverpleegkundigen en de afdelingshoofden. Belangrijke aandachtspunten voor de verschillende betrokkenen zijn:
- a. Ontwikkelmogelijkheden voor de basisverpleegkundigen en een actieve bijdrage aan de ontwikkeling van hun eigen rol.
  - b. Doorontwikkeling van de rol van de regieverpleegkundige.
  - c. De verhouding tussen de rol van senior- en regieverpleegkundigen, en eventueel een experiment met een andere verdeling van de werkzaamheden van de seniorverpleegkundige.
  - d. Aandacht voor het vinden van een balans tussen de betrokkenheid van het afdelingshoofd en de zelforganisatie van het verpleegkundig team.
  - e. Verheldering van de rol en mogelijkheden van de docenten in de proeftuinen.
- (5) De projectleider heeft een belangrijke rol gespeeld in het aanjagen van de proeftuinen en het opstarten en ondersteunen van de projectgroepen. De docenten vervullen deze rol voor de regieverpleegkundigen en de teams. Het implementatieproces is het zoeken van een balans tussen aanjagen en ruimte geven aan de teams. Voldoende contactmomenten zijn nodig om het tempo vast te houden. Een belangrijk aspect bij de start van de proeftuinen was de selectie van regieverpleegkundigen. Hoewel deze gesprekken tot veel weerstand leidden, geven de geïnterviewden aan dat deze gesprekken wel nodig zijn. Zij geven tips voor het vervolg.

Kort samengevat: In de proeftuinen is er gebouwd aan de basis: de teams kregen de ruimte om door middel van zelforganisatie te experimenteren met verschillende vormen van taakherschikking. Het experimenteren heeft geleid tot draagvlak in de teams voor verpleegkundige functiedifferentiatie. Tegelijkertijd is helder dat de teams nog aan de basis staan: de experimenten hebben nog niet geleid tot een definitieve vorm, die bruikbaar is in het ziekenhuis. De conclusies en aanbevelingen kunnen gebruikt worden als bouwstenen in het verder ontwerpen van verschillende vormen van taakherschikking.

## 10 Discussie

De bevindingen in deze tussenevaluatie leiden tot de volgende aanbevelingen:

- Complexiteit van zorg kan verschillend gedefinieerd worden: gaat het om complexe verpleegtechnische handelingen, voorspelbaarheid van het ziektebeloop ('volgt de patiënt het zorgpad') of (arbeids)intensieve zorg? Het vervolgen van deze discussie kan leiden tot een andere manier van patiënttoewijzing en tot een herontwerp van de complexiteitsmeter.
- In het voorgaande verpleegstelsel van het verplegen in tweetallen was de aanwezigheid van allerlei informele correctiemogelijkheden, zodat er geen fouten of foute routines ontstonden. De vraag is of met de verdeelsleutel van één verpleegkundige voor vier patiënten deze onmerkbare verbetering van de kwaliteit van zorg verloren gaat. Het is wenselijk om te verkennen welke nieuwe routines nodig zijn of inmiddels zijn ontstaan.
- In beide teams leeft de behoefte om zowel basis- als regieverpleegkundigen een rol te geven in de kwaliteitswerkgroepen. Het is interessant om te verkennen of andere vorm van betrokkenheid van basisverpleegkundigen bij kwaliteitswerk leidt tot evenveel draagvlak voor veranderingen en betere borging van kwaliteitsverbetering. De vraag is hoe hiervoor tijd vrij gemaakt kan worden zonder dat dit leidt tot vermindering van de inzetbaarheid in patiëntenzorg (door hen uit te plannen).
- In de proeftuinen was de kwaliteitsverbetering vooral gericht op scholing van de teamleden. In het vervolg kan er meer aandacht besteed worden aan verbetering van de kwaliteit in het primaire proces. Hierbij kan gedacht worden aan kwaliteitsverbetering door klinisch redeneren, ketenzorgoptimalisatie, invoering van zorgpaden, maken van behandelplannen enz.
- De rol van 'de stip' voor regieverpleegkundigen vraagt verdere doordenking en invulling, mogelijk gekoppeld aan kwaliteitswerk, het vervullen van een oudste dienst, het vervullen van een consultfunctie in het primaire proces en het coachen van jonge collega's of stagiaires.
- Het eventueel experimenteren met het anders invullen van de taken van de seniorverpleegkundige. De vraag is hoe zelforganisatie van het gehele team kan bijdragen hieraan. Een discussie over welke taken uitdaging kunnen bieden voor basisverpleegkundigen, en welke taken voorbehouden zijn aan de regieverpleegkundigen kan gevoerd worden op basis van de functieprofielen (Terpstra 2015).
- Zelforganisatie vraagt mogelijk om een andere rol van de leidinggevende en een andere manier waarop besluiten in het team tot stand komen. Verdere invulling van de rol van de afdelingshoofden in het experimenteren met zelforganisatie is nodig. Hun rol is momenteel met name informeel. Het is de vraag of deze niet meer geformaliseerd moet worden in het vervolg op de proeftuinen.
- De rol van de docenten kan in de proeftuinen duidelijker neergezet worden. Het is aan te bevelen om de docenten gericht in te zetten voor scholing van de teamleden,

bijvoorbeeld door het aanbieden van modules voor regieverpleegkundigen. Voorbeelden van thema's zijn: leiderschap, EBP, klinisch redeneren, voorzitten van een MDO, dossiervoering, shared decision making en capaciteitsmanagement. In plaats van een coachende rol in de teams, zouden de docenten zich meer kunnen richten op coaching en scholing van de afdelingshoofden.

- Het verdient aanbeveling om de projectstructuur opnieuw te beoordelen. Niet duidelijk is hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn tussen stuurgroep, projectgroep, werkgroepen en teams. Daarnaast leidt de huidige projectstructuur onvoldoende tot uitwisselen van ervaringen van de verschillende teams. Het is aan te bevelen om uitwisseling in de komende tijd te creëren en te stimuleren.
- Om de proeftuin goed vorm te geven hebben verpleegkundigen tijd nodig voor reflectie en het maken van plannen.
- Het profiel van de toekomstige MBO opgeleide verpleegkundige kan tot ander vormen van functiedifferentiatie leiden. Voor zover mogelijk is het van belang hierop voor te sorteren, in overleg met bijvoorbeeld de MBO-opleidingen.



## Literatuur

Hoogh, de M. 2015. *Inventarisatie en advies verpleegsystemen 2020. Onderdeel van het project 'zorgteam 2020'*. Delft: Reinier de Graaf ziekenhuis, document in eigen beheer.

Kaljouw, M. & Van Vliet, K. 2015. *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

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*, 36, 179-188.

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C, van. 2016. *Bachelor of Nursing. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Loosen, S., & Markus, M. 2017. *Proeftuin 4H. Plan van aanpak proeftuin afdeling 4H oktober 2017 t/m oktober 2018*.

Meijndert, Y. 2017(a). *Programma Verpleegkundig Leiderschap 2017-2020*. Delft: Reinier de Graaf ziekenhuis, document in eigen beheer.

Meijndert, Y. 2017(b). *Evaluatie proeftuin. Onderdeel project zorgteam 2020*. Delft: Reinier de Graaf ziekenhuis, document in eigen beheer.

Mistiaen, P., Kroezen, M., Triemstra, M., & Francke, A.L. 2011. *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging*. Utrecht: NIVEL.

Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

NVZ. 2017. *Generieke functieprofielen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Plan van aanpak Project 'Zorgteam 2020'. 2016. Intern document Reinier de Graaf ziekenhuis.

Schothorst – van Roekel, J. van. 2017. *Evaluatie/ voorstudie 'Experimenteren met functiemix: functiedifferentiatie in RdGG*. Rotterdam: Erasmus universiteit.

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

Van der Velden, L.F.J., Francke, A.L. & Batenburg, R.S. 2011. *Vraag- en aanbodontwikkeling in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen*. Utrecht: NIVEL.

## Bijlage 1: Complexiteitsmeter afdeling 3F

	1	2	3	4
Voorspelbaarheid zorgsituatie	>3 dagen te voorspellen	Voor 2 a 3 dagen in	Frequente herziening van de zorg. Om de 1 a 2 dagen herzien	Constante herziening van zorg. Binnen 1 dag herzien
Stabiliteit zorgsituatie	stabiel	Wisselend, maar voorspelbaar	Onvoorspelbaar	Sterk wisselend en onvoorspelbaar
Kans op risicovolle situatie	Geen kans	Geringe kans	Grote kans	Vrijwel zeker kans op
Meervoudige problematiek, aandoeningen beïnvloeden elkaar	1 ziektebeeld, aandoening of verstoring	2 ziektebeelden, aandoeningen, verstoringen die elkaar niet beïnvloeden	2 ziektebeelden, aandoeningen, verstoringen die elkaar enigszins beïnvloeden	2 ziektebeelden, aandoeningen, verstoringen die elkaar sterk beïnvloeden
Multidisciplinariteit (vp en behandelend arts niet mee tellen)	Geen andere hulpverleners	1 of 2 andere hulpverleners	3 of 4 andere hulpverleners	Meer dan 4 hulpverleners
Verpleegtechnische interventies	Geen verpleegtechnische interventies nodig	Enkele verpleegtechnische interventies nodig	Meerdere verpleegtechnische interventies nodig	Veel verpleegtechnische interventies nodig
Communicatie mogelijkheden patiënt: - Spreken - Schrijven - Gebaren - Luisteren - Zien	Volledig adequaat	Middels 3-4 indicatoren	Middels 1-2 indicatoren	Volledig inadequaar
Intensiviteitszorg ; De mate waarin de zorgverlener intensive zorg verleent. Omtrent structuur en behoefde aan begeleiding.	De patiënt heeft geen intensieve zorg	De patiënt heeft incidenteel intensieve zorg	De patiënt heeft 1 tot 2 keer intensieve zorg	De patiënt heeft meer dan 2 keer intensieve zorg
Ziekte-inzicht	De patiënt heeft volledige inzicht in de eigen gezondheidssituatie en kan veranderingen signaleren.	De patiënt heeft inzicht in de eigen gezondheidssituatie, maar heeft hulp nodig bij het signaleren van veranderingen.	De patiënt heeft beperkt inzicht in de eigen gezondheidssituatie en heeft hulp nodig bij het signaleren van veranderingen.	De patiënt heeft geen inzicht in de eigen gezondheidssituatie en signaleert veranderingen niet zelfstandig.
Gemotiveerdheid	De patiënt is sterk gemotiveerd tot het volgen van een behandeling.	De patiënt is afwisselend gemotiveerd en ongemotiveerd tot	De patiënt is beperkt gemotiveerd tot	De patiënt is niet gemotiveerd tot het volgen van een behandeling.

		het volgen van een behandeling.	het volgen van een behandeling.	
Begeleiding mantelzorgers	De mantelzorgers behoeven geen begeleiding van de zorgverlener.	De mantelzorgers behoeven normale aandacht en inspanning van de zorgverlener.	De mantelzorgers behoeven extra aandacht en inspanning van de zorgverlener.	De mantelzorgers behoeven voortdurende aandacht en inspanning van de zorgverleners.
Gebruik van verpleegtechnische hulpmiddelen	Niet noodzakelijk	Eenvoudige hulpmiddelen zijn nodig (bv dekenboog, tillift)	Complexe hulpmiddelen zijn nodig (bv. NPPV, infuus, Drainage, optiflow)	Meerdere middelen zijn nodig (eenvoudige en complexe hulpmiddelen)
Behoefte emotionele ondersteuning aan de patiënt en naasten	Normale aandacht en inspanning	Extra aandacht en inspanning	Grote aandacht en inspanning	Alle aandacht en inspanning
ADL zelfstandigheid van de patiënt <ul style="list-style-type: none"> <li>- In/uit bed komen</li> <li>- Aan/uitkleden</li> <li>- Gebruik maken toilet</li> <li>- Zichzelf lichamelijk verzorgen</li> <li>- Eten en drinken</li> <li>- Zichzelf verplaatsen</li> </ul>	Zelfstandig	Voldoet aan 4 of 5 ADL indicatoren	Voldoet aan 1, 2 of 3 ADL indicatoren	Volledig afhankelijk
Niet plus gevoel	1 punt extra			

Score t/m 27 punten is laag-midden complex

Score vanaf 28 punten is midden- hoog complex

#### Bronnenlijst:

Stichting Consortium Beroepsonderwijs, handleiding examens MBO-Verpleegkundige, serie 2014

Meningen van verpleegkundigen en verzorgenden over de complexiteit van zorg, Factsheet Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden, april 2007

Digitaal programma, Onze lieve vrouwen ziekenhuis (OLVG) te Amsterdam, afdeling verloskunde / kraam

3f; Eva Vogel, Jill Zwolle, Maryam Mohammadi, Demi Warnas