

Wat heb je in huis?

Een inventarisatie van en adviesrapport inzake het
verpleegkundig functiehuis van Medisch Spectrum Twente



C.W.G. Geerts
M.A. Holtkamp
M.A.M. Lenferink
L.A.H. Wilharms

Wat heb je in huis?

Een inventarisatie van en adviesrapport inzake het
verpleegkundig functiehuis van Medisch Spectrum Twente

Bachelor scriptie
3 juli, 2015

Christel Geerts s1374273
Marte Holtkamp s1343939
Mellen Lenferink s1322125
Lotte Wilharms s1269305
Gezondheidswetenschappen
Faculteit Behavioural, Management and Social sciences (BMS)
Universiteit Twente, Enschede

Eerste begeleider
Dr. H.G.M. Oosterwijk
Tweede begeleider
Prof. Dr. W.H. van Harten
Universiteit Twente, Enschede

Externe begeleiders
Drs. M.A.C. Holtslag
MScN. P. Lubberhuizen
Medisch Spectrum Twente, Enschede

UNIVERSITEIT TWENTE.



Samenvatting

INLEIDING: De Nederlandse gezondheidszorg is onderhevig aan demografische, sociaal-maatschappelijke, technologische, economische en politieke veranderingen. Om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden dienen nieuwe zorgconcepten ontwikkeld te worden. Deze zorgconcepten stellen de rol van de verpleegkundige, met de nadruk op haar opleidingsniveau, steeds meer centraal.

METHODE: De onderzoeksvraag *“Op welke wijze dient MST – met alle achtergrondmotieven in acht genomen – haar verpleegkundig functiehuis in te richten en welke rol speelt de opleidingsachtergrond van verpleegkundigen hierin?”* is beantwoord door middel van beschrijvend onderzoek. Vervolgens is middels kwantitatief onderzoek het huidige verpleegkundig functiehuis geïnventariseerd. Tenslotte is door middel van kwalitatief onderzoek beschreven hoe MST met de bouw en inrichting van de nieuwbouw inspringt op de veranderende zorgvraag en op welke wijze het verpleegkundig functiehuis opnieuw kan worden vormgegeven. Met betrekking tot de vormgeving van het verpleegkundig functiehuis zijn interviews gehouden met het Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch en de Gelderse Vallei te Ede.

RESULTATEN: Inventarisatie van het huidige verpleegkundig functiehuis wees uit dat de verschillende opleidingsniveaus als volgt zijn vertegenwoordigd: 17% mbo, 37% in-service en 45% hbo verpleegkundigen. Tevens beschikt 0,3% van de verpleegkundigen over een hbo-master diploma. Uit de vragenlijsten is naar voren gekomen dat er op de verpleegafdelingen geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende opleidingsniveaus wat betreft taken en verantwoordelijkheden. De resultaten van het kwalitatief onderzoek zijn als volgt: de bouw en inrichting van het ziekenhuis zijn vormgegeven middels het principe van een healing environment, dit uit zich tevens in het feit dat op de verpleegafdelingen enkel eenpersoonkamers zijn gesitueerd. De verpleegafdelingen zijn dynamisch vormgegeven middels een vlekkenplan dat fungeert als een harmonicamodel. Dit stelt aanvullende eisen aan het verpleegkundig personeel op het gebied van transfer, flexibiliteit en omgang met complexiteit en variëteit.

CONCLUSIE: Ten aanzien van de vormgeving en inrichting van het verpleegkundig functiehuis van MST in de nieuwbouw is een adviesrapport opgesteld. Deze advisering richt zich op het volgende: allereerst dient te worden ingezet op het creëren van een hbo context binnen de verpleegafdelingen. Hiertoe dient ziekenhuisbreed een quotum gesteld te worden wat betreft de minimale hoeveelheid hbo verpleegkundigen per verpleegafdeling. Vervolgens hebben verpleegafdelingen de mogelijkheid dit percentage te verhogen op basis van de zorgcomplexiteit binnen de afdeling. Tevens dienen de verpleegafdelingen inrichting te geven aan de inzet van verpleegkundigen binnen het vlekkenplan. Hiertoe zijn twee mogelijkheden te onderscheiden, namelijk patiënttoewijzing of teamverband. Ten slotte dient bij implementatie van functiedifferentiatie door MST rekening gehouden te worden met het maken van onderscheid in salariering en omgang met weerstand.

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt de bachelorscriptie dat het eindproduct vormt van onze studie Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Deze bachelorscriptie is tot stand gekomen in de periode van april 2015 tot juli 2015. Er is in opdracht van Medisch Spectrum Twente onderzoek gedaan naar het verpleegkundig functiehuis in de nieuwbouw.

Echter hadden wij deze scriptie niet in ons eentje kunnen schrijven. Wij willen dan ook graag een aantal mensen bedanken. Ten eerste willen wij dr. H.G.M. Oosterwijk bedanken voor alle feedbacksessies die nooit korter dan twee uur waren. Als eerste begeleider heeft hij ons van input voorzien en geholpen met de richting van het verslag. Ook willen wij onze tweede begeleider prof. dr. W.H. van Harten bedanken voor de tijd die hij genomen heeft om ons te voorzien van feedback.

Daarnaast willen wij de Stafdienst Kwaliteit en Veiligheid van Medisch Spectrum Twente bedanken voor het beschikbaar stellen van onze opdracht. In het bijzonder willen we M. Holtslag en P. Lubberhuizen bedanken voor hun begeleiding vanuit MST.

Ten slotte willen wij Rob, Manon, Jelco en Willem-Jan bedanken voor hun steun en vertrouwen. Ook willen wij onze families bedanken voor de goede steun en waardevolle tips.

Veel leesplezier gewenst.

Christel Geerts, Marte Holtkamp, Mellen Lenferink en Lotte Wilharms

Enschede, juli 2015

Inhoud

Samenvatting.....	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	7
Leeswijzer	9
2. Methode	10
2.1 Design	10
2.2 Onderzoeksubiecten	10
2.3 Dataverzameling.....	10
2.4 Data analyse	11
2.5 Relevantie onderzoek.....	12
3. Beïnvloedingsfactoren omtrent de bouw en inrichting van een ziekenhuis.....	13
3.1 Ontwikkelingen op het gebied van zorgvraag.....	13
3.1.1 Demografische ontwikkelingen	13
3.1.2 Sociale ontwikkelingen	15
3.2 Politiek en marktwerking	17
3.3 De invloed van technologie op aanbodontwikkeling	18
3.3.1 Technologische innovatie.....	18
3.3.2 Efficiëntie en ligduur	19
3.3.3 Krimpande workforce.....	20
3.3.4 Informatiebeschikbaarheid	20
3.4 Verpleegkundig functiehuis.....	20
3.4.1 Het Nederlandse educatiesysteem	21
3.4.2 Huidige opleidings- en beroepsprofielen	21
3.4.3 De vraag naar nieuwe opleidings- en beroepsprofielen	24
3.4.4 Nieuwe opleidings- en beroepsprofielen	26
3.5 Veranderende zorgvraag en -aanbod.....	28
4. Achtergrondmotieven vertaald in een veranderend ziekenhuislandschap	30
4.1 Ziekenhuislandschap	30
4.2 Healing environment.....	30
4.2.1 Gebouw	31
4.2.2 Aandoeningsspecifieke behandelcentra	32
4.2.3 Verpleegafdelingen	33
4.3 Hospitality.....	33
5. Doorgevoerde veranderingen inrichting nieuwbouw MST	34

5.1 Van oudbouw naar nieuwbouw	34
5.2 Afdelingen gebonden aan vakgroepen naar aandoeningsgerichte eenheden	35
5.3 Van vaste afdelingen naar dynamische afdelingen.....	36
5.4 Van verpleegkamers naar eenpersoonskamers	36
6. Het effect van het vernieuwde zorgconcept en ziekenhuislandschap op verpleegkundigen.....	37
6.1 Toename variëteit en complexiteit	37
6.2 Hogere zelfstandigheid van patiënten	37
7. Inventarisatie van het verpleegkundig functiehuis van MST	39
7.1 Huidige opleidingsniveau totale verpleegkundigen	39
7.2 Huidige opleidingsniveau verpleegafdelingen	40
8. Adviesrapport inzake de inrichting van het functiehuis van MST in de nieuwbouw	43
9. Conclusie	48
10. Discussie en aanbevelingen.....	50
11. Bibliografie.....	52
Bijlagen	56
Bijlage 1: Vragenlijst en inventarisatielijst teamhoofden MST	56
Bijlage 2: Samenvatting interview T. Holwerda, Gelderse Vallei	60
Bijlage 3: samenvatting interview E. Kluijtmans, Jeroen Bosch Ziekenhuis	61
Bijlage 4: samenvatting interview A.R. Oosterbroek, ROC van Twente	63
Bijlage 5: Beroeps- en opleidingsniveau verpleegkundigen.....	65
A Kerncompetenties hbo verpleegkundige	65
B CanMEDS-rollen	67
Bijlage 6: respons van de afdelingen	69
A Afdelingen met respons	69
B Afdelingen zonder respons.....	70

1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is voortdurend onderhevig aan verandering. Er is sprake van een situatie waarbinnen demografische, sociaal maatschappelijke en culturele factoren, alsmede technologische, economische en politieke factoren onderling met elkaar samenhangen en soms ook botsen. Deze ontwikkelingen zijn namelijk niet opzichzelfstaand; ze vullen elkaar aan, maar kunnen ook tegenstellend zijn. Om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden dient men in te spelen op deze veranderingen, waardoor soms een totale heruitvinding van de zorg verwacht wordt. Echter wordt er soms vergeten dat de zorg zichzelf niet kan sturen of heruitvinden. De zorg is namelijk geen zelfsturende factor: het is een product van het samenspel tussen alle betrokken actoren.

De inrichting van een ziekenhuis is de afgelopen eeuwen sterk veranderd. Toen anderhalve eeuw geleden het besmettingsgevaar centraal kwam te staan, speelden de opvattingen van Florence Nightingale een belangrijke rol bij de herinrichting van ziekenhuizen. Door ziekenhuizen te adviseren om patiënten in grote zalen op een zekere afstand van elkaar te leggen met openstaande ramen werd het besmettingsgevaar verminderd. Tevens zorgde deze inrichting van ziekenzalen voor een verbeterd overzicht op de patiënten voor de verpleging. Inmiddels is men anderhalve eeuw verder en worden er weer nieuwe eisen gesteld aan de inrichting van een ziekenhuis. Een aantal decennia geleden waren het vooral de medisch specialisten die inhoud gaven aan de inrichting van een ziekenhuis. De ziekenhuizen waren vormgegeven als een medische fabriek, waarbij de verschillende vakgroepen bij elkaar gesitueerd waren en de patiënt van afdeling naar afdeling werd gestuurd. Tegenwoordig spelen andere elementen een belangrijke rol. Hierbij kan worden gedacht aan logistieke, facilitaire en organisatorische overwegingen en de mening van patiënten.

Ook het financiële aspect is van toenemend belang. Het Nederlandse zorgsysteem is de afgelopen jaren steeds duurder, meer gespecificeerd en complexer geworden. Dit komt mede door de demografische en technologische ontwikkelingen. De dubbele vergrijzing is zeer duidelijk aanwezig: in de samenleving neemt namelijk zowel het aantal ouderen (65+) als de gemiddelde levensverwachting toe. Deze toegenomen levensverwachting kan onder andere verklaard worden door technologische vooruitgang, waardoor voorheen ongeneeslijke ziekten nu goed behandeld kunnen worden (Giesbers, Verweij & Beer, 2013). De dubbele vergrijzing heeft tot gevolg dat de vraag naar zorg zal stijgen en de zorgkosten steeds meer zullen toenemen. Tevens heeft een overgrote meerderheid van de ouderen één of meerdere chronische aandoeningen, wat resulteert in een complexere zorgvraag. Daarnaast heerst de verwachting dat, samenhangend met de krimp van de beroepsbevolking, een krimp zal plaatsvinden in het aanbod van medisch geschoold personeel (V&V2020, 2012). De toenemende zorgvraag in combinatie met de te verwachten schaarste van medisch personeel heeft als gevolg dat er in de toekomst een kloof dreigt te ontstaan tussen de vraag naar zorg en het beschikbare zorgaanbod.

Om de Nederlandse gezondheidszorg betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden heeft de overheid ervoor gekozen in 2006, door afschaffing van het ziekenfonds, concurrentie binnen de gezondheidszorg toe te laten (Meijer, Douven & Berg, 2010). Hierdoor ontstond marktwerking. Het principe van marktwerking heeft tot gevolg dat ziekenhuizen onderling moeten concurreren, waarbij er een hogere kwaliteit van zorg tegen een lagere prijs wordt verwacht. Tevens heeft marktwerking tot gevolg dat er van de patiënten verwacht wordt dat zij zich meer als consument op gaan stellen. Ziekenhuizen dienen zich daarom te onderscheiden van elkaar, waarbij veel ziekenhuizen het patiënten-perspectief centraal zijn gaan stellen.

De hedendaagse ontwikkelingen in de samenleving vragen om een aanpassing binnen ziekenhuizen. Zowel de inrichting van het ziekenhuis als de wijze waarop de zorg verleend wordt dient in te spelen op huidige ontwikkelingen, waarbij het patiënten-perspectief in ogenschouw genomen moet worden. Er is een verschuiving zichtbaar van vakgroepgerichte zorg naar aandoeningsgerichte zorg. Hierbij wordt een afdeling samengesteld die volledig gericht is op het behandelen van patiënten met dezelfde soort aandoeningen. De specialismen betrokken bij dezelfde aandoening bevinden zich dan op één afdeling, waardoor patiënten niet meer van hot naar her worden gestuurd en meer rekening wordt gehouden met onzekerheid en stress onder patiënten.

Medisch Spectrum Twente (MST) verhuist in januari 2016 naar het nieuwe ziekenhuis, waarbij de inrichting moet voldoen aan de veranderende zorgvraag. De nieuwbouw is vormgegeven middels nieuwe principes waarbij zowel efficiëntie als patiëntgerichte zorg naar voren moet komen. Veranderingen op de verpleegafdelingen zijn een uitdaging voor het verpleegkundig personeel. De verpleegafdelingen zullen niet meer gekenmerkt worden door een vaste afdeling met een vast aantal bedden, maar in plaats daarvan wordt er gewerkt middels het harmonicamodel. Het aantal bedden kan meegroeien of -krimpen met de vraag op een bepaalde afdeling, wat de verpleegafdelingen flexibel maakt. Dit stelt andere eisen aan het verpleegkundig personeel: zij moeten nu namelijk inzetbaar zijn op een grotere variëteit aan patiënten.

Het huidige functiehuis bestaat uit verpleegkundigen met uiteenlopende opleidingsniveaus, namelijk mbo, in-service of hbo. De opleidingen verschillen in competenties, maar resulteren in de praktijk tot hetzelfde beroepsprofiel betreffende titel, functie, verantwoordelijkheid en waardering (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). Met de komst van nieuwe beroepsprofielen voor mbo- en hbo verpleegkundigen wordt het belang benadrukt voor het maken van onderscheid tussen mbo- en hbo verpleegkundigen om in de toekomst voldoende en verantwoorde zorg te kunnen waarborgen (V&V2020, 2012).

Het samenvallen van de ontwikkelingen rondom de vormgeving van de nieuwbouw en de komst van de nieuwe beroepsprofielen zijn voor MST een geschikt moment om te achterhalen hoe het verpleegkundig functiehuis in de nieuwbouw ingericht dient te worden. De centrale vraag van ons onderzoek luidt dan ook als volgt:

“Op welke wijze dient MST – met alle achtergrondmotieven in acht genomen – haar verpleegkundig functiehuis in te richten en welke rol speelt de opleidingsachtergrond van verpleegkundigen hierin?”

Deze vraag zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Welke achtergrondmotieven zijn betrokken bij de veranderende zorgvraag?
2. Welke rol spelen deze achtergrondmotieven bij de vormgeving van het ziekenhuislandschap?
3. In hoeverre verschilt de nieuwbouw van MST van de oudbouw?
4. Welke invloed heeft de nieuwbouw op de inrichting van het verpleegkundig functiehuis van MST?
5. Wat is de huidige verdeling tussen mbo en hbo verpleegkundigen in het verpleegkundig functiehuis van MST?
6. Welke aanbevelingen dient MST in overweging te nemen bij de opbouw en inrichting van haar nieuwe verpleegkundig functiehuis in de nieuwbouw?

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat beschreven hoe dit onderzoek is vormgegeven.

In hoofdstuk 3 wordt inzicht gegeven in de achtergrondmotieven die betrokken zijn bij de veranderende zorgvraag. Achtereenvolgens worden demografische, sociale, politieke en technologische ontwikkelingen besproken en zal ingegaan worden op het verpleegkundig functiehuis en de daarbij horende opleidings- en beroepsprofielen.

In hoofdstuk 4 zal behandeld worden hoe de achtergrondmotieven vervolgens leiden tot een verandering in het ziekenhuislandschap.

De vertaalslag van het veranderende ziekenhuislandschap naar de nieuwbouw van MST zal nader besproken worden in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 6 gaat in op de effecten van het vernieuwde zorgconcept en het veranderde ziekenhuislandschap voor de verpleegkundigen.

In hoofdstuk 7 wordt de inventarisatie van het huidige verpleegkundig functiehuis van MST uiteengezet.

Hoofdstuk 8 biedt ten slotte inzicht in het adviesrapport inzake de inrichting van het functiehuis van MST in de nieuwbouw. De volgende speerpunten zullen hier stap voor stap besproken worden: het functieprofiel, inrichting van het functiehuis, de inzet van verpleegkundigen binnen het vlekkenplan, salariëring, omgang met weerstand en bijscholing.

In hoofdstuk 9 en 10 wordt respectievelijk de conclusie geformuleerd en worden de discussie en aanbevelingen uiteengezet.

Wanneer men enkel geïnteresseerd is in de inventarisatie van het verpleegkundig functiehuis en het adviesrapport zijn voornamelijk hoofdstuk 7 en 8 van belang.

2. Methode

2.1 Design

Om de onderzoeksvraag met de daarbij behorende deelvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van een combinatie van beschrijvend en explorerend onderzoek. Door middel van kwantitatief beschrijvend onderzoek is gekeken naar hoe het huidige functiehuis van MST is ingericht. Hieruit is het percentage hbo en mbo verpleegkundigen geïnterviewd. Daarnaast is er door middel van kwalitatief explorerend onderzoek inzicht verkregen op de volgende punten: ten eerste is gekeken op welke wijze MST met haar nieuwbouw inspringt op de ontwikkelingen binnen de zorg en welke veranderingen dit voor de verpleegkundigen met zich meebrengt. Vervolgens is gekeken naar een geschikte verdeling omtrent de verpleegkundige opleidingsniveaus op de verpleegafdelingen binnen de nieuwbouw van MST. Op basis van deze uitkomsten is een adviesrapport opgesteld met betrekking tot de bemensing van het functiehuis waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende opleidingsniveaus van de verpleegkundigen.

2.2 Onderzoeksobjecten

Dit onderzoek richt zich op de verpleegkundigen van MST met een afgerond mbo, in-service of hbo diploma. Hierbij is enkel het verpleegkundig diploma van belang. Eventuele aanvullende, niet-verpleegkundige opleidingen worden niet meegenomen in de overwegingen. Ook zijn de MANP-verpleegkundigen, dit zijn de Master Advanced Nursing Practice (hbo-master) opgeleide verpleegkundigen, niet meegenomen in het onderzoek.

Het advies is enkel geschreven voor de algemene verpleegafdelingen van MST. De poliklinieken, dagbehandeling zijn vanwege een te korte ligduur of het ontbreken hiervan geëxcludeerd. Het Vrouw Kind Centrum (VKC) – met uitzondering van de afdeling urologie -, de intensive care, medium care, de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en de spoedeisende hulp zijn ook buiten beschouwing gelaten bij het schrijven van het advies. Voor deze afdelingen geldt dat er zeer gespecialiseerde zorg geleverd wordt, waardoor er dus verpleegkundigen met aanvullende competenties en opleidingen werken. Deze afdelingen verschillen dus dermate van de algemene verpleegafdelingen dat zij worden niet meegenomen in het adviesrapport.

2.3 Dataverzameling

de dataverzameling van dit onderzoek is vergaard door middel van deskresearch, het houden van interviews, het afnemen van vragenlijsten en het invullen van inventarisatielijsten. Deze inventarisatielijsten zijn vervolgens gekoppeld aan de verpleegkundige kostenplaatsen van MST, aan de hand waarvan de respons berekend kon worden.

Door middel van deskresearch is er getracht verschillende achtergronden die invloed hebben op de veranderingen in de zorg in beeld te brengen. Daarnaast is inzicht verkregen in het onderwijsstelsel van de verpleegkundige opleidingen en de veranderde beroepsprofielen in Nederland.

De interviews zijn gehouden met T. Holwerda (hoofd zorginnovatie Ziekenhuis Gelderse Vallei) en E. Kluijtmans (HR adviseur Jeroen Bosch Ziekenhuis). Zowel de Gelderse Vallei en het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn begonnen met het toepassen van functiedifferentiatie op het gebied van mbo en hbo verpleegkundigen. Middels de interviews is getracht inzicht te verkrijgen in de oorzaken die de functiedifferentiatie tot stand hebben gebracht. Vervolgens is geïnformeerd naar het verloop van het proces, waarbij in het bijzonder is gevraagd naar knelpunten als salariëring, weerstand, bijscholing en het gebruik van quota en andere percentages. Ten slotte is geïnformeerd naar advies inzake de nieuwbouw van MST. Ook is een interview gehouden met A.R. Oosterbroek (docent verpleegkunde en curriculumontwikkelaar). Dit interview heeft inzicht gegeven over de inhoud van de mbo opleiding

verpleegkunde. Ook is gevraagd naar de visie van mevrouw Oosterbroek betreffende de eventuele kloof tussen de mbo opleiding en de werkvloer. Ook Saxion Hogescholen te Enschede is benaderd. De keuze voor deze twee scholen berust op de verwachting dat zij de grootste instroom van verpleegkundigen in MST leveren. Contact met het Amphia ziekenhuis in Apeldoorn en Saxion Hogescholen in Enschede heeft niet geleid tot daadwerkelijk informatie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het Amphia ziekenhuis op korte termijn een rapport publiceert over hun visie op functiedifferentiatie binnen Amphia. Dit rapport valt niet binnen het tijdsbestek van dit onderzoek, maar kan voor MST in de toekomst van toegevoegde waarde zijn.

De vragenlijsten en inventarisatielijsten zijn per mail naar alle teamhoofden van MST gestuurd. Door middel van de vragenlijst werd getracht te weten te komen of er op de afdelingen reeds functiedifferentiatie door de teamhoofden wordt toegepast. De vragenlijst is te vinden in bijlage 1. De inventarisatielijsten waren erop gericht te achterhalen wat het verpleegkundig opleidingsniveau van de verpleegkundigen per afdeling is. De keuze voor deze inventarisatielijsten is gebaseerd op het feit dat deze informatie niet in het HRM-bestand stond vermeld. De teamhoofden kregen ten aanzien van deze lijsten twee keuzes aangeboden: zij konden de lijst zelf invullen en terugmailen, of zij konden de lijsten printen, door de verpleegkundigen zelf laten invullen en na twee weken laten ophalen. Ook de inventarisatielijst is te vinden in bijlage 1.

Ten slotte heeft de afdeling HRM een bestand beschikbaar gesteld met daarin de kostenplaatsen van de verpleegkundigen, gesorteerd op personeelsnummer. Aangezien dit bestand wel de afdeling, maar niet het opleidingsniveau vermeldde, is dit bestand voornamelijk gebruikt voor het berekenen van de respons van de inventarisatielijsten.

De deelvragen worden in de hoofdstukken 3 tot en met 8 uitgewerkt. Hieronder is een tabel opgenomen waaruit blijkt welke vorm van dataverzameling de basis is voor het schrijven van desbetreffend hoofdstuk.

	DESK RESEARCH	INTERVIEW	VRAGEN- EN INVENTARISATIELIJST	BESTAND HRM
HOOFDSTUK 3 'BEÏNVLOEDINGSFACTOREN'	X			
HOOFDSTUK 4 'ZIEKENHUISLANDSCHAP'	X			
HOOFDSTUK 5 'VERTAALSLAG MST'	X			
HOOFDSTUK 6 'VERPLEEGKUNDIGEN'	X	X		
HOOFDSTUK 7 'INVENTARISATIE'			X	X
HOOFDSTUK 8 'ADVIESRAPPORT'		X	X	X

2.4 Data analyse

De verkregen data uit de interviews zijn in verschillende stappen geanalyseerd. Ten eerste werd het interview bij afname, na toestemming van de geïnterviewde, opgenomen. Deze opnames werden getranscribeerd en gecodeerd. Hiervan werd een samenvatting gemaakt en deze is ter controle naar de geïnterviewde gestuurd. Na het verkrijgen van een akkoord van de geïnterviewde werd de informatie van het interview, verkregen uit de getranscribeerde tekst, verweven in de desbetreffende hoofdstukken. De samenvattingen van de afgenomen interviews zijn te vinden in de volgende bijlagen:

- Bijlage 2: interview T. Holwerda van Gelderse Vallei te Ede
- Bijlage 3: interview E. Kluijtmans van Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch
- Bijlage 4: interview A.R. Oosterbroek van ROC Twente

De ingevulde inventarisatielijsten zijn geanalyseerd door middel van Excel. Hierbij is per verpleegkundige één van de volgende vier opleidingsniveaus geselecteerd: mbo, in-service, hbo of hbo-master (MANP-verpleegkundige). Op basis van de ingevulde inventarisatielijsten en het kostenplaatsbestand is de respons berekend.

2.5 Relevantie onderzoek

Het onderwerp van dit onderzoek is binnen de ziekenhuiswereld een hot topic. De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de daaruit afgevaardigde stuurgroep Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 (V&V2020) hebben de nieuwe beroepsprofielen voor 2020 opgesteld, waarin geschreven wordt over een onderscheid tussen de mbo en hbo verpleegkundige. Dit leidde tot veel ophef, omdat de mbo verpleegkundige “zorgkundige” genoemd zou worden en daarmee niet meer BIG-geregistreerd zou zijn. Van deze naam is afgezien, maar de vernieuwde beroepsprofielen hebben wel geleid tot het voornemen tot functiedifferentiatie voor verpleegkundigen binnen ziekenhuizen. Meerdere ziekenhuizen in Nederland zijn al begonnen met deze functiedifferentiatie, hierdoor kunnen de andere ziekenhuizen niet achter blijven.

Daarnaast heeft recent onderzoek uitgewezen dat de mortaliteit op een verpleegafdeling afneemt wanneer er een hoger percentage hbo geschoolde verpleegkundigen werkt (Aiken et al., 2014). De nieuwe beroepsprofielen, het onderzoek van Aiken et al. en de veranderende zorgvraag hebben er toe geleid dat functiedifferentiatie binnen het verpleegkundig functiehuis noodzakelijk is. Wanneer er sprake is van functiedifferentiatie, wordt er ook verwacht dat er een financiële differentiatie in de vorm van salariering is voor de verpleegkundigen. Momenteel hebben mbo en hbo verpleegkundigen hetzelfde loon. Het doorvoeren van differentiatie zowel op het gebied van functie als op het gebied van salariering heeft een grote impact op het organisatorische en financiële beleid van een ziekenhuis.

3. Beïnvloedingsfactoren omtrent de bouw en inrichting van een ziekenhuis

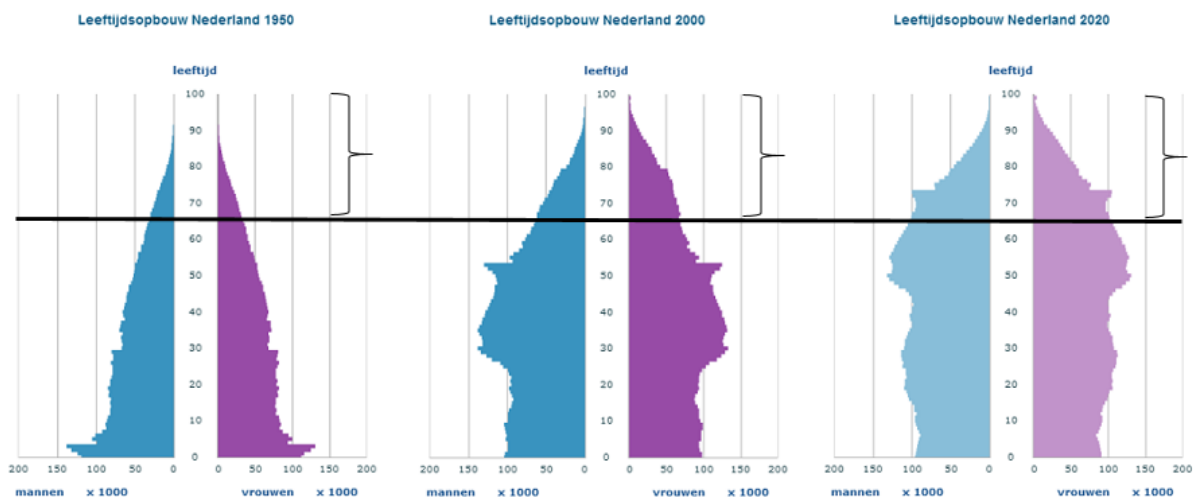
De wijze waarop een ziekenhuis is gebouwd en ingericht vormt een spiegel van de tijd. Deze bouwconstructie en inrichting is gebaseerd op principes die ten tijde van de bouw leidend waren binnen de gezondheidszorg. Deze leidende principes ontwikkelen zich grotendeels over een langere periode en worden beïnvloed door onder andere ontwikkelingen op het gebied van zorgvraag, -aanbod en overheidsmaatregelen. Dergelijke beïnvloedingsfactoren zullen achtereenvolgens besproken worden.

3.1 Ontwikkelingen op het gebied van zorgvraag

De Nederlandse gezondheidszorg staat onder grote druk. Veranderingen in de demografie en sociaaleconomische vooruitgang zorgen dat het huidige beleid rond de gezondheidszorg op scherp staat. Doordat de Nederlandse bevolking in snel tempo vergrijsst en ontgroent en het aantal mensen met comorbiditeiten toeneemt, zal de vraag naar zorg toenemen en zal men een ander type zorg vragen dan voorheen. Tevens stelt de patiënt zich door een voortschrijdende individualisatie en mondigheid steeds meer op als een consument. Dit is van grote invloed op de wijze waarop ziekenhuizen hun aanbod aanbieden en heeft dus invloed op de inrichting van het ziekenhuislandschap.

3.1.1 Demografische ontwikkelingen

Door veranderingen in de demografie van Nederland neemt de complexiteit van zorg toe. De demografie van een land beschrijft hoe de bevolking is opgebouwd en verandert over de tijd. Demografische ontwikkelingen zijn van invloed op onder andere gezondheid en ziekte, preventie en zorggebruik (Nationale Atlas Volksgezondheid, z.d.).



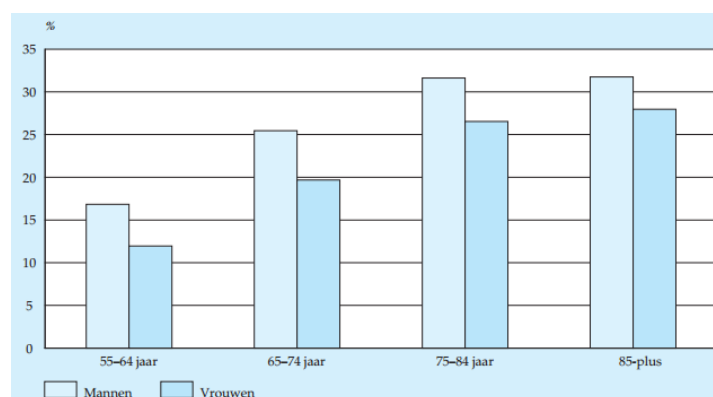
Figuur 1: Leeftijdsopbouw in Nederland in de periode 1950 tot 2020 (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2015)

Onder vergrijzing verstaat men de veranderde verhouding van het aantal 65-plussers ten opzichte van het aantal jongeren. Hierbij neemt de hoeveelheid 65-plussers toe ten opzichte van het aantal jongeren. In Nederland is sprake van dubbele vergrijzing. Dit houdt in dat behalve de hoeveelheid ouderen in de samenleving ook de gemiddelde leeftijdsverwachting van mensen toeneemt. Dit feit blijkt duidelijk uit figuur 1: waar in 1950 bijna niemand ouder werd dan tachtig jaar, is er in 2020 een duidelijke hoeveelheid personen ouder dan negentig jaar. De vergrijzing in Nederland blijft de komende 25 jaar versneld toenemen. Het CBS verwacht dat het aantal 65-plussers tot 4,7 miljoen zal

toenemen in 2041. Ter vergelijking: in 2012 was het aantal 65-plussers slechts 2,7 miljoen. De levensverwachting is mede toegenomen doordat technologische ontwikkelingen steeds meer kansen bieden op behandeling en genezing van ziektes die vroeger niet behandelbaar waren. (Giesbers, Verweij & Beer, 2013) Wanneer men de dubbele vergrijzing van Nederland neemt en hieraan ook nog de ontgroening toevoegt, ontstaat een situatie die erg complex is voor de Nederlandse samenleving. Onder ontgroening verstaat men een dalend geboortecijfer (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ], 2011).

Vergrijzing is nadelig voor de economie van een land, omdat door vergrijzing het aantal pensioengerechtigden toeneemt ten opzichte van de personen in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar: de beroepsbevolking. Het is echter de beroepsbevolking die moet voldoen aan een deel van de pensioengelden van de gepensioneerden, wat kortgezegd inhoudt dat een kleiner deel van de bevolking betaalt voor een groter bedrag aan pensioengelden. Wanneer men de gevolgen van vergrijzing op economisch gebied wil duiden speelt het begrip 'grijze druk' een belangrijke rol. Onder de grijze druk verstaat men het aantal personen van 65 jaar of ouder als percentage van de beroepsbevolking. Verwacht wordt dat de grijze druk zal toenemen van 27% in 2012 naar 51% in 2040. (Giesbers, Verweij & Beer, 2013). Dit houdt in dat er in 2040 slechts twee werkenden per gepensioneerde zijn, terwijl dit aantal in 2012 nog op vier werkenden per gepensioneerde lag.

Eén van de belangrijkste gevolgen van de toenemende vergrijzing is een toename van de vraag naar zorg (Hellenthal, 2012). Deze toename zal onder andere aangewakkerd worden door het feit dat de gezonde levensverwachting van mensen - het aantal jaren dat mensen in goede gezondheid doorbrengen - niet zo hard stijgt als de toename van de totale levensverwachting. Hierdoor brengen mensen gemiddeld een hoger aantal jaren in slechte gezondheid door dan voorheen (Europese Commissie, 2009). De toename van de vraag naar zorg wordt tevens veroorzaakt door de toename van multi- en comorbiditeit in de vergrijste bevolking, zoals blijkt uit figuur 2.



Figuur 2: Percentage mannen en vrouwen met multimorbiditeit in Nederland per leeftijdsgroep
(Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2007)

Er wordt gesproken van een chronische aandoening wanneer er sprake is van een irreversibele aandoening waarbij geen uitzicht is op volledig herstel en vaak sprake is van een langdurige ziekteduur. Ongeveer 70% van de 65-plussers in Nederland heeft een chronische aandoening. Nog eens 63% van die groep heeft te maken met meer dan één chronische aandoening, waardoor sprake is van multimorbiditeit of comorbiditeit (Gijsen, Oostrom & Schellevis, 2014). Bij multimorbiditeit is er sprake van meer dan één chronische aandoening, waarbij deze verschillende chronische aandoeningen volledig los van elkaar kunnen staan, zoals het hebben van diabetes en artrose. Men spreekt van comorbiditeit wanneer een chronisch zieke patiënt te maken krijgt met een extra aandoening behorende bij de reeds aanwezige chronische aandoening, de index-ziekte genoemd

(Schellevis, 2006). Een voorbeeld hiervan is de aanwezigheid van obesitas en diabetes mellitus type II. Multi- en comorbiditeit kan complexe situaties opleveren in de gezondheidszorg. Patiënten met chronische aandoeningen maken namelijk veel en langdurig gebruik van zorg en komen daarnaast in contact met verschillende zorgverleners (Bos, Danner, Haan & Schadé, 2000). Hierbij dient opgemerkt te worden dat een patiënt met multi- en comorbiditeit over het algemeen een nog groter beroep doet op de gezondheidszorg. Verschillende onderzoeken hebben het belang van een goed georganiseerd zorgpad voor chronische aandoeningen, multi- en comorbiditeiten onderstreept. Een zorgpad is slechts gericht op één afzonderlijke chronische aandoening, dus wanneer er sprake is van multi- of comorbiditeit doorloopt de patiënt verschillende zorgpaden. Deze zorgpaden kunnen langs elkaar heen lopen of zelfs botsen, waardoor niet het maximale gezondheidseffect voor de patiënt behaald kan worden (Fortin, Soubhi, Hudon, Bayliss & Akker, 2007) (Medisch Contact, 2009).

Samenvattend kan gezegd worden dat demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing en multi- en comorbiditeit zorgen voor een toename van de zorgvraag en complexiteit van zorg en bijbehorende zorgkosten. Om aan deze zorgvraag te blijven voldoen en deze zorgkosten te kunnen blijven bekostigen is een nieuwe inrichting van zorg gewenst. Hierbij dient de zorg op een zo efficiënt mogelijke wijze aan de patiënt te worden aangeboden, waardoor zowel rekening wordt gehouden met het beoogde gezondheidseffect als de bijkomende zorgkosten.

3.1.2 Sociale ontwikkelingen

Individualisering en consumentisme

Door het wegvallen van de zuilensamenleving in de 20^e eeuw spelen samenlevingsverbanden zoals kerkgemeenschappen een steeds onbeduidendere rol in het leven van burgers, ook wel maatschappelijke fragmentatie genoemd (Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP], 2004). Hierdoor is de samenleving de laatste decennia sterk geïndividualiseerd, waardoor een cultuur zichtbaar is die gelijkheid, gericht op het persoonlijk belang, aanmoedigt. Mensen maken op veel verschillende terreinen keuzes over hun leven die relatief los staan van de keuzes van andere mensen (SCP, 2004). Men heeft in toenemende mate zelf de regie in handen over diens leven, waarbij er minder rekening gehouden wordt met de naaste omgeving. Burgers zijn veeleisender, zelfstandiger en willen zich niet langer schikken naar collectieve systemen (RVZ, 2011).

De individualisering wordt onder andere versterkt door een toename van welvaart. De Nederlandse samenleving wordt namelijk steeds rijker. Studies van het Centraal Planbureau laten zien dat de welvaart naar verwachting de komende jaren zal blijven stijgen (Centraal planbureau, 2010). De toename van het welvaartsniveau heeft als gevolg dat burgers steeds meer en luxere goederen en diensten consumeren. Hierdoor is het leven van de gemiddelde burger van alle gemakken voorzien en wordt een ongemak dan ook niet meer zomaar geaccepteerd. "Mensen hebben een toenemende behoefte aan een gevarieerd aanbod aan mogelijkheden, zullen beschikbaar aanbod kritischer beoordelen op kwaliteit en hebben zo nodig in toenemende mate voldoende eigen middelen om een alternatief te creëren of te kopen." (RVZ, 2011).

Er wordt verwacht dat men niet meer terug wil naar de zorg zoals die in de jaren zeventig geboden werd. Toen was het normaal dat een operatie leidde tot een weekopname, tegenwoordig is de opnameduur vaak veel korter en kan men vaak dezelfde dag nog naar huis. Het is echter de vraag of de situatie waarin patiënten dezelfde dag nog naar huis worden gestuurd altijd even wenselijk is, rekening houdend met de onzekerheid en stress die patiënten ervaren. Door individualisatie profileert een patiënt zich steeds meer als consument binnen gezondheidsinstellingen. Zorginstellingen zullen hier op in moeten springen door ook vanuit een individualistische invalshoek naar de verschillende patiënten te kijken. De patiënten zullen in toenemende mate een centrale rol

moeten krijgen, waarbij er vanuit het perspectief en de wensen van de individuele patiënt wordt gekeken naar het behandelproces. De 'one size fits all' benadering van vroeger is niet langer van toepassing (Schuurmans & Lambregts, 2012). Dit leidt tot een discrepantie in de wijze waarop men de zorg wenst vorm te geven. Vanuit bekostigingssystemen en toenemende vereisten op het gebied van kwaliteit en veiligheid juicht men protocollering en het opstellen van richtlijnen toe, terwijl vanuit het proces van individualisering wordt opgemerkt dat protocollaire zorg niet aansluit op de individuele wensen van patiënten.

Mondigheid (en de grenzen daarvan)

De klassieke verdeling tussen patiënt en arts, waarbij de arts een tamelijk paternalistische houding ten opzichte van de patiënt aanneemt, is langzaam aan het verdwijnen. Dit wordt met name veroorzaakt door een verandering in de houding van de patiënt: deze wordt verondersteld steeds mondiger te worden, onder andere veroorzaakt door de individualisering van de samenleving. Uit een onderzoek van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) onder verpleegkundigen kwam naar voren dat 78% van de verpleegkundigen van mening is dat de mondigheid onder patiënten toegenomen is. Daarnaast komt naar voren dat niet alleen de *patiënten* mondiger worden, maar ook de *naasten* van patiënten (NIVEL, 2004).

Een mondige patiënt wordt omschreven als: 'iemand met het vermogen zelfstandig te beslissen en te oordelen over de eigen zorg en dat ook kan verwoorden' (NIVEL, 2004). Zo stelt Van der Jagt (2003) dat er van de patiënten steeds meer wordt verwacht dat zij zich proactief opstellen en hogere eisen stellen aan de geboden zorg. Daarnaast beweert hij dat de autoriteit van de zorgverlener niet langer eenvoudig geaccepteerd mag worden en dat de geboden zorg onderworpen moet worden aan een kritische blik. Door onder andere de toegenomen informatiebeschikbaarheid op het internet zijn de patiënten vaak al goed geïnformeerd voordat ze bij de arts komen. Volgens Schuurmans en Lambregts (2012) zorgt dit ervoor dat de patiënten dan niet alleen met vragen bij de zorgverlener komen, maar vaak ook al eventuele antwoorden, diagnoses en oplossingen hebben. Dit resulteert in een behandelplan dat in overleg tussen arts en patiënt wordt opgesteld, waardoor de verwachte therapietrouw verbetert.

Toch is de mondigheid van patiënten niet altijd even duidelijk aanwezig als soms wordt gesteld. Onderzoek van het Rathenau Instituut uit 2014 laat een ander beeld van de mondige patiënt zien. Zij stellen de vraag of patiënten voldoende ruimte krijgen om zelf beslissingen te nemen en invloed uit te oefenen op de zorg in ziekenhuizen. Het ziekenhuis is voor de patiënt een ongewone omgeving waarin gevoelens van angst, wanhoop en stress volop aanwezig zijn. Sommige patiënten voelen een sterke drang om zelf de regie over het zorgproces te hebben, terwijl anderen dat helemaal niet willen. Tevens is het mogelijk dat het ziekenhuis niet voorziet in de vraag van de patiënt om de eigen regie te behouden. Sommige zorgaanbieders gaan namelijk nog uit van het professional gecentreerde perspectief, waarbij de zorgprofessionals handelen vanuit medische standaarden en richtlijnen. Hierdoor wordt de patiënt al snel minder mondig dan veronderstelt wordt. Het Rathenau Instituut beargumenteert dan ook dat het beeld van de mondige patiënt bijstelling behoeft.

De media en de overheid stellen echter wel dat patiënten de laatste jaren mondiger zijn geworden. Met name de overheid doet hierbij een steeds groter beroep op deze mondigheid. Zij ziet mondigheid als een voorwaarde voor het realiseren van vraaggestuurde zorg en kwaliteitsverbetering. Belangenorganisaties van patiënten hebben echter, in overeenstemming met het Rathenau Instituut, kritiek op deze handelswijze van de overheid. Zij stellen dat patiënten ondersteuning nodig hebben om op gelijkwaardig niveau met de zorgverlener te kunnen komen. Daarnaast zijn medische beroepsgroepen ook terughoudend over de rol van de mondige patiënt. Zij

vragen zich af over welke aspecten van zorg patiënten mondig *kunnen* en *moeten* zijn. Bovendien zijn patiënten vaak bang dat ze worden weggezet als lastig en veeleisend, waardoor ze een tekort aan zorg zouden kunnen krijgen. Kortom, de vraag heerst hoe reëel de gedachte van een mondig patiënt in werkelijkheid is.

Onderzoek van NIVEL (2004) toont daarentegen aan dat vanuit de zorginstellingen in toenemende mate een positieve houding ontstaat ten opzichte van de mondig patiënt. 61% van de verpleegkundigen en verzorgenden zorgt liever voor een mondig patiënt, omdat zij hun problemen beter verwoorden waardoor het medisch personeel op een efficiëntere en effectievere manier zorg kan verlenen. Bovendien worden deze patiënten actief betrokken in het keuzeproces rondom hun behandelproces, krijgen ze meer informatie van professionals en worden ze vaker serieus genomen. Ruim 38% van de verpleegkundigen en verzorgenden is zelfs van mening dat onvoldoende mondigheid bij patiënten de zorg belemmert.

Omgang met mondig patiënten vraagt om communicatieve vaardigheden van de zorgverleners. Vaardigheden als vraag- en probleemverheldering, overdracht van informatie, conflicthantering en omgang met emoties, fouten en klachten zijn methoden die ervoor zorgen dat zorgverleners op de juiste manier met de veronderstelde toegenomen mondigheid om kunnen gaan (van der Jagt, 2003).

3.2 Politiek en marktwerking

De politiek en het overheidsbeleid zijn van grote invloed op de wijze waarop de zorg haar taken kan en mag uitvoeren. Sinds 1983 staat in de Nederlandse Grondwet vastgelegd dat de overheid een bevorderingsplicht heeft wat betreft de volksgezondheid. Dit betekent dat de overheid zich actief moet inzetten om de volksgezondheid te bevorderen. Dit betekent echter ook dat goede gezondheid niet afgedwongen kan worden: men kan de overheid niet aansprakelijk stellen bij een slechte gezondheid. De verschillende politieke invloeden die Nederland de afgelopen eeuw heeft gekend hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van het beleid rondom de gezondheidszorg. Behalve politieke invloeden zijn ook economische invloeden van groot belang. De economische crisis die sinds 2008 in Europa woedt is niet van positieve invloed geweest op de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Vergaande bezuinigingen op het overheidsbeleid tastten ook het beschikbare budget voor gezondheidszorg aan, waardoor een steeds kleiner deel van de zorgkosten vanuit de overheid gedekt werden.

Kostenreductie wordt bewerkstelligd door de invoering van de prestatiebekostiging, het creëren van marktwerking en het overdragen van risicoverantwoordelijkheid naar verzekeraars en zorgaanbieders (RVZ, 2011). Prestatiebekostiging van ziekenhuizen houdt in dat ziekenhuizen vanuit de overheid een bepaalde vergoeding krijgen die samen hangt aan een bepaalde diagnose. Het ziekenhuis moet dan met dit bedrag alle bijbehorende behandelingen aan de patiënt verstrekken. Dit noemt men ook wel een zorgproduct, eerder een DBC-DOT genoemd¹. Door het verstrekken van zorgproducten aan ziekenhuizen, motiveert de overheid deze ziekenhuizen de kwaliteit van de behandeling te verbeteren, terwijl het totale behandelproces op een zo efficiënt mogelijke wijze wordt ingericht (Rijksoverheid, z.d.).

Behalve kostenreductie pleit de overheid ook voor een toename van kwaliteit en veiligheid binnen de gezondheidszorg. Dit uit zich met name in het feit dat zorginstellingen aan steeds meer wet- en regelgeving dienen te voldoen en onder scherp toezicht van zorginspecties staan. Een manier voor kwaliteitsverhoging en kostenreductie is het creëren van marktwerking. Door het ontstaan van concurrentie dienen zorgaanbieders zich te onderscheiden van de rest door een hoge kwaliteit tegen

¹ Hierbij staat DBC voor Diagnose-Behandel Combinatie, en DOT voor DBC's Op weg naar Transparantie

lage kosten aan te bieden. Marktwerving stimuleert zorginstellingen zo efficiënt mogelijk te werk te gaan. Efficiëntie kan vergroot worden door technologische innovatie en kan bovendien het antwoord zijn op de verwachte krimp van de beroepsbevolking, waardoor tevens een krimp in de hoeveelheid medisch personeel zal ontstaan. Men kan stellen dat het creëren van marktwerving van grote invloed is op de ontwikkeling van het aanbod van zorg.

3.3 De invloed van technologie op aanbodontwikkeling

Het zorgaanbod van ziekenhuizen wordt beïnvloed door vele factoren. Zo leidt voortschrijdende technologische innovatie tot efficiëntie door nieuwe behandelmethoden die meerdere patiënten tegelijkertijd sneller en beter kunnen behandelen, waardoor onder andere de ligduur verkort wordt. Tevens kan de vervanging en/of ondersteuning van medisch personeel door technologie het antwoord zijn op de krimpende workforce. Daarnaast leidt technologische innovatie tot een grotere informatiebeschikbaarheid voor de patiënt. De invloed van technologische innovatie op het aanbod van zorg zal van verschillende kanten belicht worden.

3.3.1 Technologische innovatie

Technologie beheerst steeds meer ons leven. Bijna iedereen beschikt over een internetverbinding en een groot deel van de bevolking heeft dagelijks een smartphone tot zijn beschikking. Waar de ouderen van nu maar langzaam wennen aan deze veranderingen, zullen de ouderen van de toekomst zijn opgegroeid met deze technologie. Het is echter de vraag of zij de technologische innovaties van de toekomst kunnen beheersen. Technologie wint telkens aan terrein in de gezondheidszorg en wordt in toenemende mate ingezet binnen onder andere de chronische gezondheidszorg. Ouderen kunnen middels hun iPad op consult bij de behandelend arts en hoeven hiervoor niet naar het ziekenhuis af te reizen: handig voor de patiënt, efficiënt voor de behandelend arts. Technologie ontwikkelt zich op een aantal gebieden. Zo komt er door innovatie behalve meer apparatuur ook apparatuur die beter, kleiner, sneller en preciezer is. Door innovatie op medisch technologisch gebied worden steeds meer behandelmethoden mogelijk gemaakt. Betere zorgverlening wordt dagelijks gerealiseerd door nieuwe medicatie, behandeltechnieken, apparatuur en hulpmiddelen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2012). Het eindpunt van de stijging op technologisch vlak is nog lang niet bereikt. Toepassing van technologie wordt gezien als een van de belangrijkste oplossingen om in de nabije toekomst de stijgende vraag naar zorg, gecombineerd met de afname van het aantal zorgverleners, te kunnen handhaven.

De precieze gevolgen van alle technologische ontwikkelingen zijn nog grotendeels onbekend. Wetenschappelijke vooruitgang is namelijk niet op zichzelf staand, maar ingebed in maatschappelijke ontwikkelingen. De RVZ beschrijft in haar rapport over de veranderingen in het ziekenhuislandschap in 2020 enkele richtingen (RVZ, 2011):

- 1 Technologische ontwikkelingen zullen tot gevolg hebben dat ziekte eerder opgespoord kan worden, waardoor men steeds eerder kan beginnen met behandelen. Hierbij kan gedacht worden aan behandeling voordat de ziekte zich daadwerkelijk openbaart in het lichaam;
- 2 Diagnostiek zal door kleinere en goedkopere diagnostische apparatuur en de toename van 'intelligent devices' verschuiven van de tweede lijn naar de eerste lijn en uiteindelijk steeds meer naar de consument;
- 3 Behandelingen zullen meer afgestemd worden op de patiënt, waarbij meer rekening gehouden moet worden met persoonlijke factoren en multimorbiditeit;
- 4 De rol van de patiënt en arts en de verhouding tussen hen verandert. De houding van de patiënt verandert van een passieve naar een actieve rol. Door kennis over de eigen ziekte zal de patiënt een actievere rol innemen in het behandelingsproces.

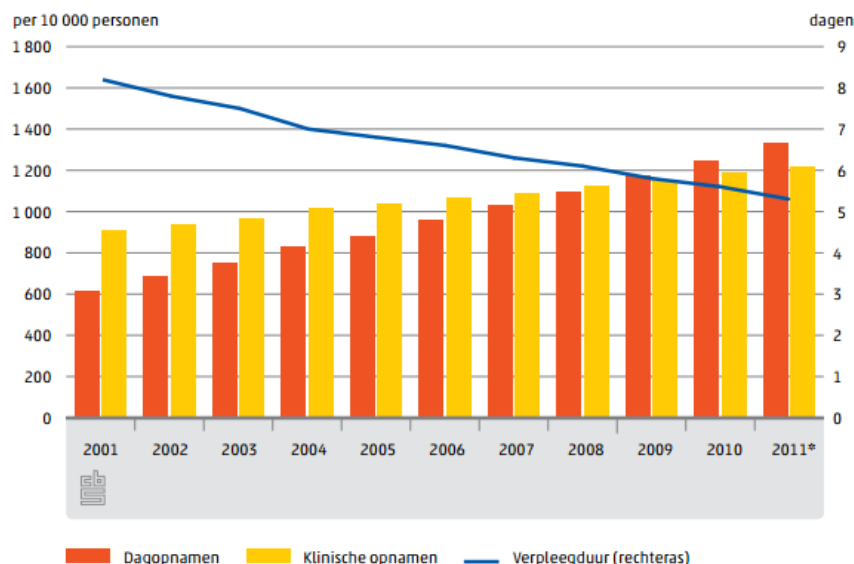
Tevens wordt door innovatie steeds meer gebruik gemaakt van 'minimal invasive surgery', waarbij slechts kleine delen van de patiënt worden opengemaakt voor een operatie. Dit leidt tot betere uitkomsten, zoals een verkorte verpleegduur, verbeterde cosmetische uitkomsten, minder postoperatieve pijn en complicaties door infecties (Hünerbein, Gretscher, Rau & Schlag, 2003).

Er wordt vaak verondersteld dat nieuwe innovaties de zorg goedkoper maken. Toch is hier sprake van een paradoxale situatie. Technologische innovaties dragen namelijk bij aan de mogelijkheid om meer mensen te behandelen en te verzorgen tegen minder complicaties. Dit heeft als gevolg dat meer mensen kiezen voor een bepaalde behandeling, waardoor het totale aantal behandelingen als gevolg van technologische innovatie toeneemt. Wanneer de kosten per behandeling door deze technologische innovatie dus verlaagd worden, kan het totaalbedrag aan behandelingen uiteindelijk alsnog hoger uitvallen, indien de kostenreductie van de innovatie niet opweegt tegen de hoeveelheid extra behandelingen die de innovatie met zich meebrengt (Ministerie van VWS, 2012).

Kostenbesparing kan behalve door goedkopere behandelingen ook optreden in de vorm van het voorkomen van behandelingen. Dit wordt ten eerste veroorzaakt door de mogelijkheid patiënten op afstand te monitoren: zo wordt voorkomen dat zij onnodig naar het ziekenhuis komen. Ten tweede kan een verbetering van diagnostische middelen zorgen voor eerdere detectie van aandoeningen, waardoor duurdere behandelingen in een later stadium van de ziekte worden voorkomen (Peeters, Wiegers, de Bie & Friele, 2013).

3.3.2 Efficiëntie en ligduur

Door technologische innovatie worden behandelingen efficiënter uitgevoerd, met minder complicaties voor de patiënt. Hierdoor is het voor een kleiner deel van de behandelde patiënten noodzakelijk opgenomen te worden in het ziekenhuis. Terwijl technologische innovatie ook een toename in het aantal ziekenhuisbehandelingen teweegbrengt, is het aantal zorgdagen het afgelopen decennium gelijk gebleven: de gemiddelde daling in de ligduur houdt de toename van het aantal behandelingen in evenwicht, zoals blijkt uit figuur 3 (CBS, 2013).



Figuur 3: Ziekenhuiscare: dag opnamen, klinische opnamen en gemiddelde verpleegduur (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2013)

De toename van het aantal dagbehandelingen en de verkorting van de gemiddelde ligduur zoals ook uit figuur 3 blijkt leidt tot een overheidsbeleid dat gericht is op het creëren van een beddenreductie. Nieuwe ziekenhuizen zijn dus kleiner en beschikken over een lager beddenaantal dan voorheen. Dit houdt kortgezegd in dat enkel de patiënten met een ernstigere zorgindicatie opgenomen worden in het ziekenhuis, waardoor de gemiddelde zorgintensiteit per patiënt verhoogd wordt. Dit leidt tot een hogere werkdruk voor de verpleegkundigen en een vereiste verhoging van kennis en vaardigheden, waardoor kritisch gekeken moet worden naar het type verpleegkundige op deze plek.

3.3.3 Krimpende workforce

Doordat de grijze druk tot 2040 zal toenemen, daalt de beroepsbevolking in relatie tot de 65-plussers. Dit heeft als gevolg dat, net als in alle andere sectoren, minder mensen werkzaam zullen zijn in de gezondheidszorg. Wanneer men dit samen met de toenemende vergrijzing beoordeelt, komt men tot de conclusie dat men in de toekomst zal kampen met een tekort aan medisch specialisten. De wijze waarop ziekenhuizen hun zorg aanbieden zal hier op moeten anticiperen. Grofweg twee mogelijkheden staan hierbij centraal:

- Technologie als ondersteunend middel: door technologie in te zetten als ondersteuning van medisch personeel wordt de werkdruk van medisch personeel lager, waardoor meer patiënten in korte tijd behandeld kunnen worden. Denk hierbij aan teleconsultatie, waarbij medisch personeel en patiënten contact hebben via een webcam; en digitale monitoring van patiënten in het ziekenhuis.
- Technologie als vervangend middel: door technologie in te zetten als vervanging van het medisch personeel, is minder medisch personeel nodig voor de behandeling van patiënten. Denk hierbij aan slimme apparatuur, zoals een morfinepomp die zelf, in afstemming met medisch personeel en patiënten, de juiste hoeveelheid morfine toedient.

3.3.4 Informatiebeschikbaarheid

Toen in 2006 de nieuwe zorgverzekeringswet werd ingevoerd door de Nederlandse overheid, had men een actieve, mondige patiënt voor ogen die met behulp van beschikbare kwaliteitsinformatie over de verschillende zorginstellingen bewust zou kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Nederland kent dan ook veel verschillende (digitale) informatiedatabases met informatie over zorgaanbieders op zeer diverse gebieden, zoals kwaliteit en veiligheid van zorg, sterftecijfers, wachttijden, prijzen en vergoedingen. In de praktijk blijkt echter dat een chronische zieke patiënt of een patiënt met acute klachten toch kiest voor het ziekenhuis dat het meest voor de hand ligt (Victoor & Rademakers, 2015). Zorggebieden waar wel bewust voor wordt gekozen aan de hand van informatiedatabases bevinden zich in de electieve zorg: de hulpeloosheid van de patiënt ten opzichte van de zorgaanbieder is hier tamelijk minder aanwezig dan bij chronisch of acuut zieke patiënten.

3.4 Verpleegkundig functiehuis

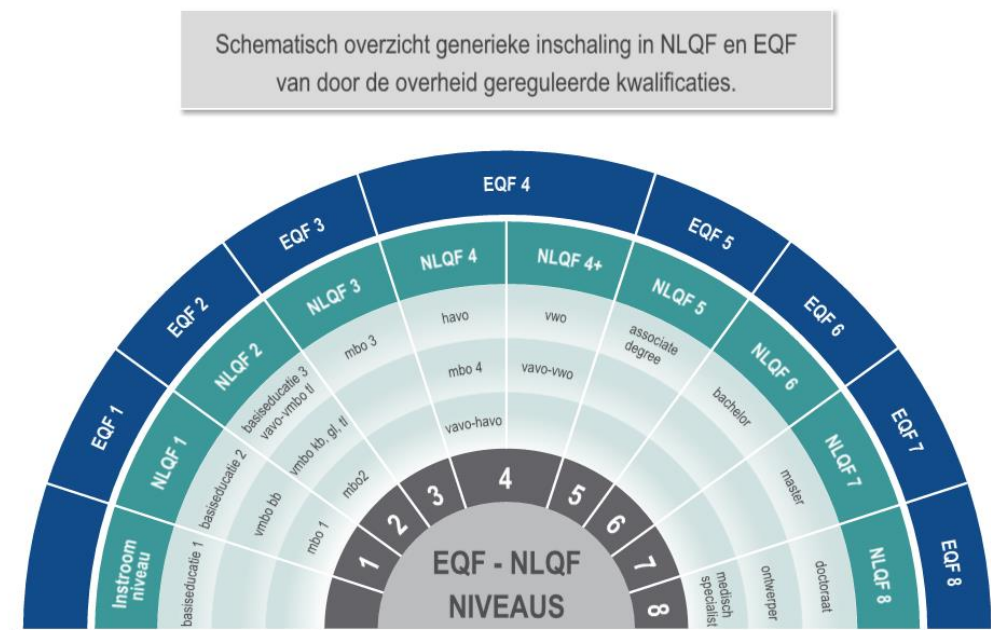
Organisaties met veel werknemers werken vaak met een functiehuis. In een functiehuis wordt het geheel aan functies in een organisatie beschreven. Functieprofielen zijn een beschrijving van taken, verantwoordelijkheden en competenties van een bepaalde functie (Geurden, 2012). Wanneer bekend is over welke competenties de medewerkers beschikken, kunnen zij gericht ingezet worden met meer specialistische taken en kan zelfontwikkeling gestimuleerd worden.

Bij zorginstellingen circuleert de vraag of het gehanteerde functiehuis toekomstbestendig is. Om dit vraagstuk nader te bekijken is een verdieping in de opleidings- en beroepsprofielen nodig. Hiertoe zal ook het Nederlandse educatiesysteem bekeken moeten worden.

3.4.1 Het Nederlandse educatiesysteem

Het Nederlandse educatiesysteem bestaat uit een enorme hoeveelheid opleidingen, niveaus en aanbieders. Zo zijn er zorgkundige, economische, juridische, sociale, maatschappelijke en technische opleidingen, allemaal op verschillende niveaus en bij verschillende aanbieders.

Het zogenaamde Europese Kwalificatieraamwerk, het EQF-niveau, is een raamwerk die moet zorgen voor harmonisatie van de verschillende opleidingsniveaus van de Europese Unie. Het is vervolgens de taak aan elk land om dit raamwerk zelf invulling te geven. Nederland doet dit volgens het Nederlands Kwalificatieraamwerk (NLQF). Dit raamwerk wordt gebruikt voor de inschaling van alle mogelijke kwalificaties die in Nederland te behalen zijn. Hierbij zegt het raamwerk weinig over de geleverde inspanning en de inhoud van de studie, maar wordt vooral gekeken naar wat iemand kan en weet nadat het leerproces is afgerond. Het grootste voordeel van het NLQF is dan ook dat het onvergelykbare opleidingen vergelijkbaar maakt. (NLQF, z.d.) Het NLQF bestaat uit acht niveaus en één instroomniveau.



Figuur 4: Schematisch overzicht generieke inschaling van door de overheid gereguleerde kwalificaties (NLQF, z.d.)

3.4.2 Huidige opleidings- en beroepsprofielen

De opleidingen worden momenteel ingevuld door de opleidingsprofielen die opgesteld zijn in 1996. Deze opleidingsprofielen zijn opgesteld door de Commissie Kwalificatiestructuur en is in samenwerking met koepelorganisaties voor de beroepsgroep, onderwijsinstellingen en werkgevers onder verantwoordelijkheid van het ministerie VWS en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) tot stand gekomen. Dit hoofdstuk is opgezet aan de hand van het eindrapport van de Commissie Kwalificatiestructuur (1996).

Het huidige opleidingsprofiel voor verpleging en verzorging kan onderverdeeld worden in vijf opleidingsniveaus:

<i>Opleidingsniveau Aanduiding</i> (NLQF)	
5	Verpleegkundige 1 ^e niveau (hbo)
4	Verpleegkundige 2 ^e niveau (mbo niveau 4)
3	Verzorgende (mbo niveau 3)
2	Helpende (mbo niveau 2)
1	Zorghulp (mbo niveau 1)

In deze rapportage wordt er alleen gefocust op de huidige opleidingsniveaus 4 en 5. Met deze opleidingsniveaus wordt er onderscheid gemaakt tussen twee niveaus die aangeduid worden als verpleegkundige. Verpleegkundigen organiseren en coördineren de zorg rondom de patiënt. Contact met de patiënt wordt hierbij gezien als één van de belangrijkste onderdelen van hun werk. Verder worden de verpleegkundigen geacht zelfstandig het verpleegkundig proces uit te kunnen voeren. Dit verpleegkundig proces heeft een cyclisch karakter en kent de volgende fasen: anamnese, diagnosestelling, opstelling van een verpleegplan, uitvoering van de verpleegkundige zorg en evaluatie van de verleende zorg. Het verpleegkundig proces wordt zowel door verpleegkundigen met hbo niveau, dus niveau 5, als door verpleegkundigen met mbo niveau 4 uitgevoerd, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt in de verschillende competenties en bekwaamheden van deze verschillende niveaus.

De huidige opleidingsprofielen, die stammen uit 1996, werden vastgesteld aan de hand van drie criteria. Deze criteria zijn verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer.

- Ten eerste het criterium *verantwoordelijkheid*. Het geeft de mate aan waarin de zorgverleners aanspreekbaar zijn op hun beroepsmatig handelen en op de gevolgen daarvan. Er wordt van de zorgverleners vereist dat zij handelingen met zorg en toewijding afleggen en daarover verantwoording af kunnen leggen.
- Ten tweede is *complexiteit* een criterium. Complexiteit geeft de mate aan waarin beroepsmatige handelingen gebaseerd zijn op routines, standaardprocedures of nieuwe procedures. Hiermee wordt een beeld gecreëerd van de vereiste vaardigheid in probleemoplossing en de creativiteit die zorgverleners in bepaalde situaties nodig hebben.
- *Transfer* is het laatste criterium. Dit criterium geeft de mate aan waarin zorgverleners het vermogen hebben om algemene kennis en vaardigheden toe te passen in uiteenlopende situaties. Oftewel, het geeft de reikwijdte en de wendbaarheid van de kennis en vaardigheden aan. Zorgverleners moeten beschikken over een bepaalde hoeveelheid kennis en vaardigheden, dit verschilt echter per opleidingsniveau. Er wordt onderscheid gemaakt tussen context gebonden, beroepsspecifieke en beroepsonafhankelijke kennis en vaardigheden. Context gebonden kennis en vaardigheden zijn toepasbaar in een beperkt aantal specifieke situaties. Beroepsspecifieke kennis en vaardigheden zijn toepasbaar in uiteenlopende situaties. Tenslotte zijn beroepsonafhankelijke kennis en vaardigheden toepasbaar in veel, sterk uiteenlopende en overstijgende situaties.

In onderstaande tabel worden deze criteria ingevuld voor de mbo en hbo opleiding tot verpleegkundige.

	mbo verpleegkunde	hbo verpleegkunde
<i>Verantwoordelijkheid</i>	❖ zelfstandig plannen van activiteiten en interventies ❖ interpreteren van effecten ❖ coördineren van zorg ❖ overleg voeren met andere disciplines ❖ randvoorwaardelijke taken uitvoeren	❖ zelfstandig plannen van activiteiten en interventies ❖ interpreteren van effecten ❖ coördineren van zorg ❖ overleg voeren met andere disciplines ❖ randvoorwaardelijke taken uitvoeren ❖ adequaat handelen bij onvoorspelbare situaties zonder standaarden ❖ voorwaarden creëren voor verbetering ❖ complexe interventies uitvoeren
<i>Complexiteit</i>	❖ snel inzicht verkrijgen in de zorgbehoefte en capabel om zorg efficiënt en flexibel uit te voeren ❖ plannen en uitvoeren volgens (combinaties van) standaardprocedures	❖ complexe interventies uitvoeren ❖ bedenken van nieuwe procedures ❖ tactisch en strategisch handelen
<i>Transfer</i>	❖ beroepsspecifieke- en beroepsonafhankelijke kennis en vaardigheden	❖ beroepsspecifieke- en beroepsonafhankelijke kennis en vaardigheden ❖ analytische, probleemoplossende en communicatieve vaardigheden

De Commissie Kwalificatiestructuur (1996) heeft de criteria complexiteit en transfer vervolgens als volgt weergegeven:

Beroepsuitoefening	Complexiteit			
	Routines	Standaard procedures	Combinatie van (standaard) procedures	Nieuwe procedures
Helpende (niv. 2)				
Verzorgende (niv. 3)				
Verpleegk. (niv. 4)				
Verpleegk. (niv. 5)				

Beroepsuitoefening	Vaardigheden		
	Contextgebonden-	Beroepsspecifiek	Beroepsonafhankelijk
Helpende (niv. 2)	+++	+	
Verzorgende (niv. 3)	++	+++	+
Verpleegk. (niv. 4)	+	+++	++
Verpleegk. (niv. 5)		+++	+++

Figuur 5: criteria complexiteit en transfer (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996)

Er kan gesteld worden dat er bij de opleiding tot niveau 4 verpleegkundige voornamelijk gefocust wordt op de uitvoering van het verpleegkundig proces. Verpleegkundigen op niveau 5 zijn daarnaast opgeleid om binnen het verpleegkundig proces ook complexere situaties te behandelen. Deze complexere situaties leiden tot meer variëteit, waardoor er niet simpelweg teruggevallen kan worden op routinematige behandelingen. Dit vraagt om meer basiskennis en –vaardigheden van de verpleegkundigen. De verschillende opleidingen hebben tot gevolg dat de verpleegkundigen andere bekwaamheden hebben.

Beide niveaus worden na afronding van de mbo of hbo opleiding geregistreerd als verpleegkundige volgens art. 3 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). De Wet BIG maakt geen onderscheid tussen niveau 4 of niveau 5 opgeleide verpleegkundigen: zij zijn voor de wet gelijk. In art 3 Wet BIG staan onder andere alle medische professionals vermeld die de zogenaamde voorbehouden handelingen mogen uitvoeren.

3.4.3 De vraag naar nieuwe opleidings- en beroepsprofielen

De Nederlandse zorg is constant in beweging. Op dit moment vindt er een grote discussie plaats rondom de vraag ‘wie is de verpleegkundige?’ waarbij men zich afvraagt wat deze verpleegkundige zoal mag en kan.

Het onderscheid in opleidingsniveau dat in de praktijk merkbaar zou moeten zijn, teniet gedaan door hantering van dezelfde titel, functie en waardering. Dit is veroorzaakt door het feit dat de huidige beroepsprofielen zoals opgesteld in 1999 gebaseerd zijn op de opleidingsprofielen uit 1996. Hierdoor

is bij het opstellen van de beroepsprofielen niet gekeken naar wat men in de beroepspraktijk wenste (Grotendorst, 2011).

Volgens de Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) leidt dit tot nivellering en verschraling van het beroep van verpleegkundige (STZ, 2013). Stuurgroep V&V2020 geeft aan dat verschraling van de beroepsgroep verpleegkundigen leidt tot onduidelijkheid bij ziekenhuizen. Ziekenhuizen weten vaak niet welke verpleegkundigen ze in dienst hebben en wat hun kennis en capaciteiten zijn. Hierdoor wordt 'de verpleegkundige' over één kam geschoren, wat kan leiden tot een verkeerde inzet en daarmee vernietiging van kapitaal (V&V2020, 2012). Deze kapitaalvernietiging wordt veroorzaakt door het feit dat een situatie waarin een mbo geschoolde en hbo geschoolde verpleegkundige dezelfde taken en verantwoordelijkheden dragen leidt tot een te hoge werkdruk voor de meeste mbo verpleegkundigen en tegelijkertijd te weinig uitdaging met als gevolg demotivering voor de meeste hbo verpleegkundigen (V&V2020, 2012).

Raad van Bestuurslid dhr. Spaan van het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft aangegeven de kwaliteit en veiligheid van het ziekenhuis naar een hoger niveau te willen tillen. Hierbij werd de verpleegkundige beroepsgroep als invloedrijke factor gezien, gezien de omvang van deze beroepsgroep. Binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis zag dhr. Spaan een situatie waarin hbo verpleegkundigen voornamelijk ingezet werden als ondersteuning voor de coördinerend leidinggevenden bij bijvoorbeeld het inplannen van de roosters. Deze situatie is echter niet wenselijk, aangezien men op deze manier de hoogst opgeleide verpleegkundigen het verst van het bed plaatst, terwijl kwaliteit en veiligheid juist gegenereerd wordt wanneer men de hoogst opgeleide verpleegkundigen dicht aan het bed plaatst. De functie van de hbo verpleegkundige moest dus op een andere wijze ingericht worden, waarbij de hbo verpleegkundige zich zo dicht mogelijk aan het bed bevindt en daar bij bovenop overstijgende taken binnen het verpleegkundig team coördineert.

Volgens de stuurgroep V&V2020 ondervindt niet alleen het ziekenhuis en haar personeel hinder van de onduidelijkheid wat betreft de term 'verpleegkundige'. Zij zijn van mening dat het ook voor de mensen die in het bed liggen, de patiënten, onduidelijk is wat de capaciteiten zijn van degene die hen verzorgt en verpleegt (V&V2020, 2012). Zij pleiten dan ook voor een duidelijk onderscheid in verpleegkundige niveaus, zowel in de capaciteiten en verantwoordelijkheden als in de naamgeving waarmee zij bekend zijn bij de patiënten. In een maatschappij waarin de patiënt steeds meer zeggenschap krijgt over haar eigen behandelproces is er sprake van een toenemende vraag naar duidelijkheid over kennis en competenties van het behandelend en verplegend personeel.

Daarnaast heeft Aiken et al. (2014) onderzocht of opleidingsniveau van invloed is op mortaliteit in een ziekenhuis. Uit dit onderzoek blijkt dat een ziekenhuis waar 60% van de verpleegkundigen hbo geschoold zijn de mortaliteit 30% lager is dan ziekenhuizen waar 30% van de verpleegkundigen hbo geschoold zijn. Er wordt gesteld dat opleidingsniveau wel degelijk van invloed is op de mortaliteit. Maar door het gebruik van één beroepsprofiel wordt het verschil in opleidingsniveau teniet gedaan op de werkvloer.

Er is behoefte aan een, op het eerste oog paradoxale, manier van samenwerking waarin enerzijds duidelijkheid bestaat over de afbakening van de verantwoordelijkheden van de professionals, en waar men anderzijds probeert langs deze beroepsgrenzen heen samen te werken. Deze manier van werken vereist een maximale inzet van kenniskapitaal. Hieraan gaat natuurlijk een proces vooraf waarin men in kaart brengt wat dit kenniskapitaal nu precies omvat en waar het op welke manier ingezet dient te worden (V&V2020, 2012).

3.4.4 Nieuwe opleidings- en beroepsprofielen

3.4.4.1 Nieuwe beroepsprofielen tot verpleegkundige

Een eerste belangrijke stap in het proces waarbij meer inzicht wordt verkregen op de vraag ‘wie is de verpleegkundige en wat kan zij/hij?’ wordt genomen door Stuurgroep V&V2020. Deze stuurgroep stelt in haar rapport van 8 maart 2012 voor nieuwe beroepsprofielen op te stellen voor de hbo en mbo geschoolde verpleegkundige. Dit houdt in dat er nieuwe invulling wordt gegeven aan het begrip verpleegkundige, met verschillende benamingen, taken en verantwoordelijkheden voor hbo en mbo verpleegkundigen (V&VN, 2012).

Zoals reeds beargumenteerd verandert de zorg in snel tempo en zijn hierop een aantal grote maatschappelijke en demografische ontwikkelingen van invloed. De nieuwe beroepsprofielen moeten de zorg toekomstbestendig maken door deze anders te organiseren. Onder toekomstbestendig verstaat men het kunnen omgaan met de veranderde zorgvraag en tegelijkertijd werken aan een hogere efficiëntie waardoor de zorg voor iedereen betaalbaar blijft (Schipper, 2014).

Eind 2013 heeft projectgroep V&VN een rondetafelgesprek georganiseerd. Hierbij waren alle betrokken partijen en organisaties aanwezig. Hierin zijn de uitgangspunten van de beroepsprofielen besproken. Dit rondetafelgesprek heeft geleid tot een grote consensus over de voorgestelde beroepsprofielen. In dit gesprek kwam ook de noodzaak van een duidelijker onderscheid op het gebied van opleidingsprofiel aan de orde, dit zal later worden besproken. Geen consensus werd bereikt op het gebied van de naamgeving en het juridische kader.

Het eerste punt waarop geen consensus tussen de betrokken partijen werd behaald betreft de naamsverandering van de mbo verpleegkundige naar zorgkundige. De veranderde beroepsprofielen beogen een onderscheid in de verschillende niveaus te creëren. Hierbij gaat het niet om het wegnemen van bevoegdheden bij mbo verpleegkundigen. Dit heeft als gevolg dat minister Schipper de benaming mbo verpleegkundige zal blijven hanteren en op zoek gaat naar een alternatieve naam voor hbo verpleegkundigen (Schipper, 2014).

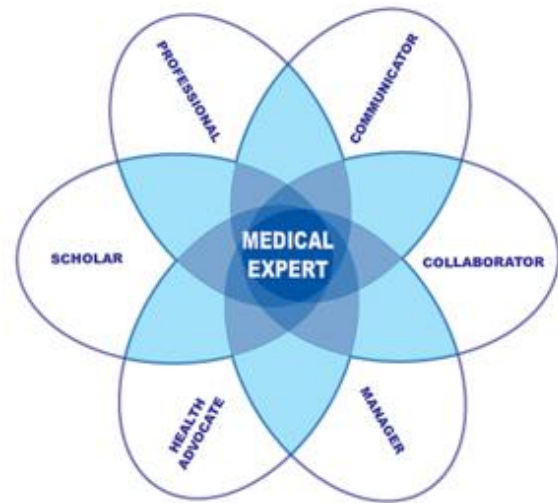
Ten tweede staat de verankering van mbo verpleegkundigen onder art. 34 Wet BIG onder druk, zowel vanuit minister Schipper als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Dit heeft alles te maken met de mogelijkheid tot tuchtrechtelijke vervolging van de acht medisch beschermde beroepen zoals beschreven in art. 3 Wet BIG, waaronder de verpleegkundige. Verankering van het beroep zorgkundige in art. 34 Wet BIG zou betekenen dat een zorgkundige haar functionele verantwoordelijkheid zou verliezen en slechts enkele voorbehouden handelingen zou mogen uitvoeren. Doordat de term zorgkundige niet is opgenomen in art. 3 Wet BIG, is ook het medisch tuchtrecht, zoals beschreven in art. 47 Wet BIG, niet meer op deze zorgkundigen van toepassing. Hierdoor zouden zorgkundigen niet meer tuchtrechtelijk vervolgd kunnen worden bij verwijtbaar handelen, en deze situatie is voor zowel de IGZ als de minister van VWS onwenselijk (Schipper, 2014). Verankering van zowel de mbo als de hbo verpleegkundige in het tuchtrecht is essentieel voor handhaving en transparantie van de kwaliteit en veiligheid binnen de gezondheidszorg.

3.4.4.2 Het nieuwe opleidingsprofiel voor hbo verpleegkundige

Aan de hand van het advies door de V&V2020 is men in het hbo veld begonnen met een herziening en opwaardering van hun opleidingsprofielen (Schipper, 2014). Het nieuwe hbo opleidingsprofiel verpleegkundige, zoals opgesteld door het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV), is tegenwoordig ingeschaald in NLQF-niveau 6, waar dit eerder niveau 5 was (LOOV, 2015). Het rapport Bachelor of Nursing, dat in september 2016 geïmplementeerd zal worden op de hogescholen geeft een nieuwe invulling aan de hbo opleiding verpleegkunde door verschillende hbo kernkwalificaties te

formuleren. Deze hbo kernkwalificaties zijn tot stand gekomen aan de hand van de NLQF niveau 6 kenmerken en de zogenaamde CanMEDS-rollen (LOOV, 2015) en zijn nader uitgewerkt in bijlage 5.

Doel van de CanMEDS-rollen is het opstellen van praktijkgerichte verpleegkundige rollen die aansluiten bij de vraag van de samenleving. Hierbij is een grote discrepantie zichtbaar tussen de oude wijze waarop naar de werkzaamheden van de verpleegkundige gekeken wordt en naar de nieuwe wijze waarop men dit gaat doen. Waar men eerder vooral keek naar een instellingsgerichte aanpak, gaat men nu steeds meer kijken vanuit het perspectief van de patiënt en de maatschappij. Men focust zich dan zowel op de maatschappij als geheel, als op de individuele patiënt met unieke wensen en verwachtingen (CanMEDS 2000 project, 1996). Hierbij wordt het belangrijk dat het aanbod aansluit bij de vraag, in plaats van dat de vraag zich aanpast aan het aanbod. Het CanMEDS project is van mening dat medisch specialisten, waaronder ook verpleegkundigen vallen, zeven verschillende rollen toebedeeld moeten krijgen. Aan deze rollen zijn verschillende kerncompetenties gehangen en wordt vervolgens een ontwerp gemaakt voor implementatie van deze verschillende rollen op de werkvloer. De verschillende rollen zijn inzichtelijk gemaakt in figuur 6 en nader verklaard in bijlage 5.



Figuur 6: CanMEDS rollen (Medicine University of Toronto, z.d.)

Door verschuiving van de hbo verpleegkundige naar NLQF-niveau 6 en het bijbehorende nieuwe opleidingsprofiel wordt de reeds verklaarde kloof tussen de opleiding mbo verpleegkunde en hbo verpleegkunde groter. V&VN pleit op korte termijn ook voor een vernieuwd mbo opleidingsprofiel.

3.5 Veranderende zorgvraag en -aanbod

Er is sprake van dubbele vergrijzing in Nederland. Dit brengt met zich mee dat meer mensen kampen met een chronische aandoening. Tevens kampt men in toenemende mate met multi- en comorbiditeit. Dit alles leidt tot een zorgvraag die behalve groter ook complexer wordt. Ten slotte neemt de beroepsbevolking de komende decennia af, waardoor de grijze druk toeneemt en een tekort aan medisch personeel ontstaat.

Dat de zorgvraag toeneemt, wordt behalve door de vergrijzing ook veroorzaakt door medische technologische innovatie. Doordat meer ziekten – relatief eenvoudig - behandelbaar worden, laten meer mensen zich behandelen, waardoor de oorspronkelijke kostenreductie door technologische innovatie teniet wordt gedaan. De alsmaar stijgende zorgkosten kunnen op den duur niet meer bekostigd worden. Vanuit de overheid is er dan ook een toenemende vraag naar middelen die kostenreducties veroorzaken.

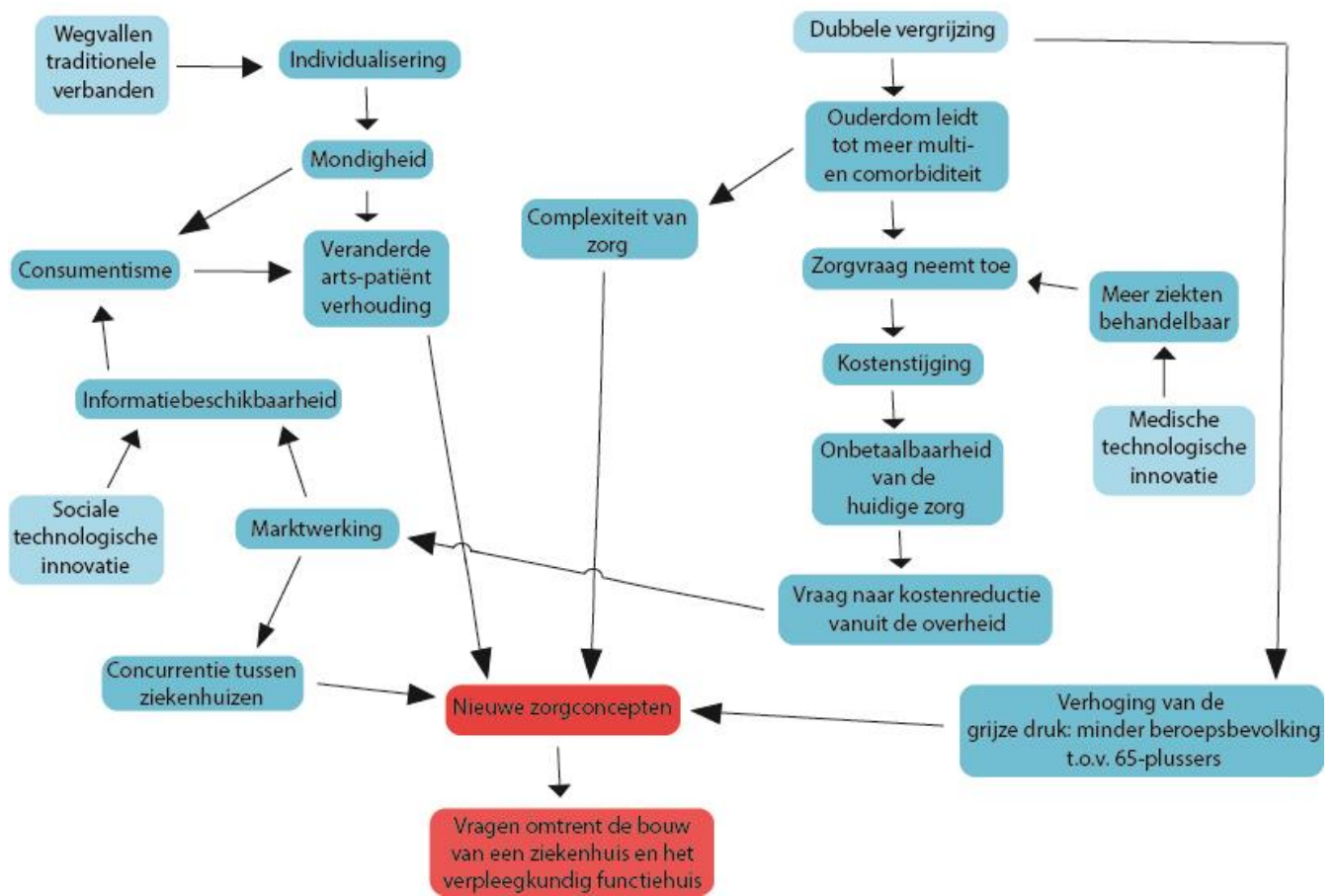
Een belangrijke vorm van kostenreductie vindt men in marktwerking. Door concurrentie te creëren tussen de verschillende zorgaanbieders wordt de kwaliteit van de geboden zorg hoog, terwijl de kosten dalen. Doordat de overheid informatiedatabases beschikbaar stelt waar ziekenhuizen hun resultaten in dienen te rapporten, hoopt de overheid een bewuste patiënt te creëren die zich meer als consument profileert.

Consumentisme wordt verder aangewakkerd door een veronderstelde mondigheid onder patiënten. door een toenemende individualisering als gevolg van het wegvallen van traditionele sociale verbanden zoals in de vroegere zuilenmaatschappij, wordt de patiënt steeds mondig en kiest bewuster voor een bepaalde behandeling, ziekenhuis of behandelend arts.

Doordat consumentisme en mondigheid zich steeds verder openbaren, verandert de positie van de patiënt ten opzichte van de arts. Waar de arts vroeger de beslissingen nam, neemt de patiënt nu actief deel aan de conversatie, waardoor het patiënten-perspectief centraal komt te staan.

Het samenspel van de veranderde arts-patiënt verhouding, de toegenomen complexiteit van zorg, alsmede de toenemende concurrentie tussen ziekenhuizen en de gestegen grijze druk leiden tot een vraag naar nieuwe zorgconcepten. De zorg moet anders georganiseerd worden en zorgaanbieders denken actief na over hoe zij hun ziekenhuislandschap inrichten. Er is vraag naar een nieuw, flexibel ziekenhuis waarbinnen nieuwe principes van behandeling en zorg aangeboden kunnen worden.

Behalve de bouw en vormgeving van het ziekenhuis staat de inrichting van het verpleegkundig functiehuis centraal. De verpleegkundige dienst neemt een groot deel van het medisch personeel in en is dan ook van essentieel belang wanneer het gaat om het waarborgen of verhogen van de kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis. Verpleegkundigen vindt men op zowel mbo als hbo niveau, ieder niveau met haar eigen kwaliteiten maar dit verschil wordt op de werkvloer teniet gedaan. Er is dan ook een groeiende vraag naar onderscheid tussen de verschillende beroepsniveaus.



Figuur 7: causaal veldmodel rondom de veranderende zorgvraag in Nederland

4. Achtergrondmotieven vertaald in een veranderend ziekenhuislandschap

Door de veranderende zorgvraag verandert de geleverde zorg aan patiënten en daarmee het zorgconcept dat door de zorgverlening wordt overgedragen aan de patiënten. Onder een zorgconcept verstaan Boot & Knapen (2013) de inhoud van de zorgverlening ten behoeve van de patiënt, waaraan voor een bepaalde zorgsituatie leidende principes ten grondslag liggen. Dit geldt tevens voor ziekenhuizen, zij zullen door de veranderende zorgvraag een nieuw zorgconcept moeten gaan leveren. Voor dit nieuwe zorgconcept is vaak een herindeling en herordening van zorg, functies en voorziening noodzakelijk.

4.1 Ziekenhuislandschap

Het is in toenemende mate belangrijk dat ziekenhuizen kijken naar de wijze waarop zorg aangeboden wordt en hoe de wijze van presenteren binnen de ziekenhuisvisie geprofileerd wordt. Het is ziekenhuizen helder dat de noodzaak voor deze verandering er is, over de invulling hiervan kan echter nog gediscussieerd worden. Verandering in de wijze waarop men het ziekenhuis presenteert, ook wel het ziekenhuislandschap genoemd, wordt gesplitst in drie kernelementen: facilitaire dienstverlening, organisatorische vormgeving en uitgedragen stijl. Dit houdt de vormgeving, organisatie en stijl van een ziekenhuis in. Op het gebied van facilitaire dienstverlening ziet men in toenemende mate het principe van hospitality terug in ziekenhuizen. Op het gebied van organisatorische vormgeving ziet men de verschuiving van een vakgroepgerichte afdeling naar een aandoeningsgerichte afdeling. Dit principe komt uit de maakindustrie en is daar geïntroduceerd als focused factories. Ten slotte speelt op het gebied van de uitgedragen stijl het concept van healing environment in toenemende mate een rol: uit verschillende onderzoeken is gebleken dat behalve de behandeling ook bijkomende zaken als vormgeving van de omgeving en beleving van de patiënt een belangrijke rol spelen in het herstelproces van de patiënt. Een trend in de vormgeving van ziekenhuizen vindt men dan ook in het creëren van een healing environment. Healing environment wordt door Mens en Wagenaar (2010) beschreven als een goed ontworpen gebouw, dat bijdraagt aan het genezingsproces van de patiënt.

4.2 Healing environment

Voor de meeste mensen is een bezoek aan het ziekenhuis een onplezierige ervaring. Patiënten bevinden zich in een groot gebouw, hebben vaak geen idee wat ze te wachten staat en waar ze heen moeten. Patiënten zijn dus vaak gespannen wanneer ze een bezoek aan het ziekenhuis moeten brengen. Het gebouw met een klinisch karakter en weinig daglicht wordt dan niet als aantrekkelijk ervaren. Deze ervaringen hebben een slechte invloed op de gemoedstoestand van de patiënt. In plaats van een kille en afstandelijke ruimte wordt nu ingezet op het levensgemak van de patiënt, waardoor deze zich meer op zijn of haar gemak voelt. Het concept van een healing environment staat dan ook centraal in deze rapportage.

Een healing environment bevat drie hoofdcategorieën. Ten eerste dient een healing environment de medische uitkomsten en primaire patiëntveiligheid positief beïnvloeden. Ten tweede moet een healing environment het welbevinden van de patiënt verbeteren. Dit houdt in dat de patiënt zo min mogelijk stress mag ondervinden, goed moet kunnen slapen en zo min mogelijk pijn mag ervaren. Ten derde is de medische staf binnen een healing environment van essentieel belang. Uit onderzoek is gebleken dat het genezingsproces van de patiënt positief wordt beïnvloed wanneer het personeel haar werk goed kan doen en meer tijd aan de patiënt besteedt (Herweijer, 2014).

Een healing environment vindt men op alle plekken in een organisatie terug. Hierbij kan men de healing environment het beste bekijken door steeds verder in te zoomen op de organisatie. De inbedding van healing environment in een ziekenhuis zal worden besproken door achtereenvolgens te kijken naar het gebouw, de afdelingsspecifieke behandelcentra en de verpleegafdelingen.

4.2.1 Gebouw

Ziekenhuizen dienen aan verschillende eisen te voldoen. Deze eisen worden vanuit allerlei instanties gesteld. Denk hierbij aan bestuursorganen, de concurrerende zorginstellingen en de patiënten. Vaak voldoen de huidige ziekenhuizen, ook wel naar gerefereerd als oudbouw, nog wel aan de vereisten wat betreft veiligheid en capaciteit. Maar toch wordt tegenwoordig vaak de keuze gemaakt een nieuw ziekenhuis te bouwen. Dit kan worden verklaard door het feit dat de oudbouw vaak niet meer voldoet aan de huidige trends op het gebied van het ziekenhuislandschap. Omdat de oudbouw van ziekenhuizen vaak nog niet patiëntgericht is vormgegeven, is verbouwen of herinrichting van het ziekenhuislandschap veelal geen oplossing, waardoor men besluit tot nieuwbouw. Waar vroeger minder aandacht besteed werd aan het uiterlijk van een ziekenhuis en deze vooral praktisch werden ingericht, is vormgeving tegenwoordig in toenemende mate van belang. Het is belangrijk dat een ziekenhuis er aantrekkelijk uit ziet, zowel van de binnenkant als van de buitenkant, voornamelijk wanneer men het heeft over het creëren van een healing environment.

Een healing environment kan, zoals gezegd, op verschillende manieren gecreëerd worden. Hierbij kunnen zorgaanbieders verschillende factoren in hun organisatie inbedden die bijdragen aan het ontwikkelen van een healing environment. Een aantal factoren zijn natuur, stedelijkheid en huiselijkheid. Ten eerste draagt uitzicht op de natuur positief bij aan het genezingsproces van patiënten. Het creëren van een natuurlijke sfeer binnen een ziekenhuis kan door middel van groene patio's en beplanting binnen het ziekenhuis. Een natuurlijke sfeer staat erom bekend het machinale en klinische karakter van het ziekenhuis naar de achtergrond te laten verdwijnen. (Mens & Wagenaar, 2010) In figuur 8a is het creëren van een natuurlijke sfeer door middel van groene beplanting zichtbaar. Ten tweede kan een ziekenhuis er juist voor kiezen om een stedelijke sfeer uit te stralen. Doordat er in een ziekenhuis veel patiënten en medewerkers rondlopen kan dit het idee geven van een openbare ruimte in een stad (Mens & Wagenaar, 2010). Om de sfeer van een openbare ruimte in een ziekenhuis te creëren kan er gewerkt worden met open pleinen. Ten derde kan het ziekenhuis kiezen voor een huiselijke en daarmee kleinschalige uitstraling. Hierbij wordt voor de inrichting van het ziekenhuis gekozen voor kleur- en materiaalcombinaties die doen denken aan de huiselijke sfeer. De patiënt moet het gevoel hebben thuis te zijn met enkele personen, in plaats van in een ziekenhuiszaal vol met mensen. Deze huiselijke sfeer wordt weergegeven in figuur 8b. Een ander belangrijk aspect binnen de huiselijke factor is privacy. Privacy en huiselijkheid vindt men terug binnen zorginstellingen met eenpersoonsskamers.



Figuur 8a en 8b: healing environment in een ziekenhuislandschap (EGM architecten, z.d.)

4.2.2 Aandoeningsspecifieke behandelcentra

De ziekenhuiszorg in Nederland is lang ingedeeld geweest volgens vakgroepgerichte zorg. Dit houdt in dat de specialisten van een bepaald vakgebied geclusterd waren. Patiënten moesten hierdoor soms het gehele ziekenhuis door voor verschillende behandelingen. Tegenwoordig is er echter een verschuiving zichtbaar naar aandoeningsgerichte zorg. Deze verschuiving kan op twee manieren uiteengezet worden.

Ten eerste staat de gezondheidszorg, zoals eerder verklaard, onder grote druk. Zorginstellingen moeten meer kwaliteit leveren tegen een lagere prijs (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Om deze meer kostenefficiënte manier van werken te kunnen bewerkstelligen kijken zorginstellingen naar de methoden die in het bedrijfsleven reeds worden toegepast, zoals het principe van de focused factories. Inzet van focused factories bij de behandeling van specifieke ziekten en behandelmethoden wordt verondersteld bij te dragen aan een verhoogde kostenefficiëntie in de gezondheidszorg (Herzlinger, 1997) (Meyer, 1998). Wickham Skinner introduceerde de term focused factory in 1974. Hij stelde dat een fabriek die zich richt op een smalle productmix voor een bepaalde marktniche, het de algemene markt zal overtreffen. Hierbij is de uitgangssituatie dat routine, standaardisatie en keuze leiden tot betere prestaties op kwaliteit en kosten in vergelijking met een complexe productieomgeving waarin een veelheid aan producten wordt gemaakt.

De toepassing van focused factories in de dienstsector - denk hierbij aan de gezondheidszorg - geschiedt anders dan in de productiesector. Binnen de gezondheidszorg houdt inzet van focused factories voornamelijk in dat zorginstellingen hun verschillende markten scheiden en een individueel zorgverleningsplan opstellen voor elk marktsegment (Davidow & Uttal, 1989) (Schmenner, 1986). Het scheiden van verschillende markten houdt hierin dat men tracht een zo homogeen mogelijke groep patiënten te identificeren, waardoor per marktsegment een vraag ontstaat die kleiner, beter voorspelbaar en beter te managen is (Davidow & Uttal, 1989). Tegenwoordig vindt men het principe van een focused factory meer en meer terug in de ziekenhuiszorg. Toch is deze wijze van zorgverlening niet in elk gebied van het ziekenhuis even sterk vertegenwoordigd. Men vindt focused factories voornamelijk in vormen als kankercentra, traumacentra of gespecialiseerde ziekenhuizen (Bredenhoff, van Lent & van Harten, 2010). Bovendien kan de door de overheid ingevoerde wijze van prestatiebekostiging van de zorg goed worden geïmplementeerd wanneer ziekenhuizen gebruik maken van een focused factory. Door het hele zorgpad van de patiënt in kaart te brengen, krijgt men direct inzichtelijk waar kosten bespaard kunnen worden en op welke gebieden deze bespaarde kosten extra ingezet kunnen worden. Door de prestatiebekostiging worden ziekenhuizen gedwongen te kijken naar hun zorgpaden en dit proces wordt vergemakkelijkt wanneer er sprake is van een focused factory binnen een ziekenhuis die zich toespitst op de behandeling van een bepaalde aandoening.

Ten tweede kan het principe van een healing environment weer worden aangehaald. Aandoeningsgerichte afdelingen zijn namelijk een manier van patiëntgerichte zorg leveren. De patiënt ontvangt alle behandelingen relevant voor zijn ziektebeeld in één gedeelte van het ziekenhuis. De specialisten zitten tezamen in hetzelfde behandelcentrum, waardoor de patiënt niet langer naar allerlei verschillende afdelingen hoeft. Deze manier van zorg leveren draagt bij aan de patient empowerment, oftewel zelfbeschikking van de patiënt, en beïnvloedt positief het genezingsproces. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat wanneer men praat over multi- en comorbiditeiten de aandoeningsgerichte centra juist een belemmering kunnen vormen: wanneer zowel diabetes mellitus type II als artrose behandeld dient te worden, is het niet altijd vanzelfsprekend dat deze aandoeningen zich dicht bij elkaar bevinden.

4.2.3 Verpleegafdelingen

Niet alleen de architectuur van ziekenhuizen is aan veranderingen onderhevig, evenzo geldt dit voor verpleegafdelingen. Het gegeven dat het aantal zorgdagen gelijk is gebleven terwijl de ligduur van een patiënt afneemt, wordt veroorzaakt door het feit dat door de demografische ontwikkelingen een groter deel van de bevolking beroep doet op de gezondheidszorg. Hierdoor is er vaker een instroom van nieuwe patiënten in het ziekenhuis. Dit stelt bepaalde vereisten aan een afdeling, waaronder het creëren van dynamiek op een afdeling. Een manier om dynamiek te creëren is door middel van het zogeheten harmonica model. Het harmonica model houdt in dat afdelingen niet langer statisch zijn, maar kunnen groeien of krimpen qua aantal bedden. Dit leidt in de meest ideale situatie tot een optimale beddenbezetting. Wanneer de afdelingen longgeneeskunde en cardiologie naast elkaar gesitueerd zijn, kan de afdeling cardiologie bij onvoldoende capaciteit bijvoorbeeld patiënten op de afdeling longgeneeskunde plaatsen, waar nog een aantal bedden vrij zijn. Deze manier van bedbezetting vergt natuurlijk bepaalde capaciteiten van verpleegkundig personeel. Dit zal nader worden belicht in hoofdstuk 6.

4.3 Hospitality

Naast het aspect healing environment binnen een ziekenhuis speelt het aspect gastvrijheid ook een belangrijke rol. Gastvrijheid wordt door ziekenhuizen gezien als een manier om onderscheidend te zijn ten opzichte van andere ziekenhuizen. Gastvrijheid moet ingezet worden om de bestaande binding met cliënten te versterken en nieuwe cliënten te werven. Daarnaast heeft onderzoek van Meyer in 2005 heeft uitgewezen dat het welbevinden van patiënten een positieve invloed heeft op het versterken van het genezingsproces. Wanneer gastvrijheid een belangrijke bijdrage levert aan het welbevinden van de patiënt, levert gastvrijheid dus indirect een bijdrage aan het genezingsproces.

Op de hoogte zijn van de behoeften en wensen van de cliënt is een essentiële stap om gastvrijheid op de juiste manier in te kunnen zetten. De patiënttevredenheid kan verhoogd worden door een functionele, plezierige en comfortabele omgeving te realiseren. Hierbij kan gedacht worden aan eenpersoonkamers, waarbij er voor de patiënt meer comfort, rust en privacy gewaarborgd wordt (Prevosth & van der Voordt, 2011). Dit komt het herstellend vermogen van de patiënt ten goede. Eenpersoonkamers hebben ook invloed op de relatie tussen patiënt en verpleegkundige. Maben et al (2015) stelt dat de relatie tussen het verpleegkundig personeel en de patiënten sterker wordt door gebruik te maken van eenpersoonkamers. De verpleegkundige kan namelijk meer aandacht schenken aan de patiënt en kan niet afgeleid worden door andere patiënten. Eenpersoonkamers biedt naast privacy en comfort ook andere voordelen. Doordat patiënten gescheiden van elkaar liggen, wordt het aantal infecties gereduceerd (Erasmus Medisch Centrum, 2015).

5. Doorgevoerde veranderingen inrichting nieuwbouw MST

In mei 2012 is MST begonnen met de bouw van het nieuwe ziekenhuis en in januari 2016 zal de nieuwbouw van MST in gebruik worden genomen. In dit hoofdstuk wordt er aandacht geschonken aan de trends binnen het ziekenhuislandschap die doorgevoerd zijn in de nieuwbouw. Allereerst wordt een beschrijving gegeven van de architectuur en inrichting van het gebouw. Daarnaast zal worden gekeken hoe de aandoeningsspecifieke behandelcentra zijn ingericht. Tot slot zal gekeken worden op welke wijze de verpleegkundige afdelingen zullen worden ingericht en welke veranderingen zijn doorgevoerd ten opzichte van de oudbouw van MST. In hoofdstuk 6 worden vervolgens de consequenties beschreven die de nieuwbouw heeft voor het uitvoeren van de taken van het verpleegkundig personeel.

5.1 Van oudbouw naar nieuwbouw

MST heeft ervoor gekozen om de principes van healing environment zoveel mogelijk naar voren te laten komen in de nieuwbouw. Hiervoor hebben zij getracht zoveel mogelijk het gevoel van openheid en geborgenheid te creëren voor patiënten en bezoekers (MST, 2015). Openheid en geborgenheid lijken twee tegengestelde begrippen te zijn, maar in dit geval gaat het er om dat een patiënt zich vrij voelt in het gebouw en tegelijkertijd niet het gevoel moet hebben door deze vrijheid overweldigd te worden.



Figuur 9a en 9b: healing environment in het MST (Bouwen aan Beter, 2015)

Om openheid te creëren heeft MST zes atria ontworpen. Deze atria worden gekenmerkt door grote raampartijen, die op afbeelding 9a te zien zijn. Ook het dak van deze atria wordt gekenmerkt door het gebruik van glas. Hierdoor kan veel daglicht naar binnen komen. Deze atria zijn dermate groot, dat een soort binnenruimte ontstaat. Door de grote hoeveelheid lichtinval in de atria en kamers van de patiënten, behouden patiënten hun slaap-waakritme en zijn ze zich bewust van de tijd en het weer. Dit alles draagt bij aan een verhoogd patient empowerment, wat een positieve bijdrage levert aan het genezingsproces (Wallerstein, 1992). Ook zullen grote bomen in de atria geplaatst worden om de patiënt een gevoel van nabijheid van de natuur te geven. Afbeelding 9b laat duidelijk zien hoe deze atria er uit komen te zien. Naast een verhoogd patient empowerment zorgt een natuurlijke sfeer voor een mogelijke reductie van stress doordat het klinische karakter van een ziekenhuis op deze wijze naar de achtergrond verdwijnt (Mens & Wagenaar, 2010).

De nieuwbouw bestaat uit een aantal gescheiden compartimenten. Dit kan wel gezien worden als de structuur van een hand, ook wel een kamstructuur genoemd. In figuur 10 wordt weergegeven hoe MST deze kamstructuur heeft toegevoegd in de nieuwbouw. In de vingers vindt men de verschillende afdelingen. De palm van de hand fungeert als verbingsbrug tussen de verschillende afdelingen.

Aan beide kanten van de vingers bevinden zich verpleegafdelingen of poliklinieken. Hierdoor beschikt elke ruimte over een raam waar daglicht door binnen komt.



Figuur 10: Kamstructuur nieuwbouw MST eerste verdieping (Bouwen aan Beter, 2015)

Duidelijke bewegwijzering is ook een belangrijk punt van aandacht. De routes naar verschillende afdelingen moeten duidelijk zijn aangegeven, zodat de patiënt in één oogopslag kan zien waar hij of zij naar toe moet. Tevens speelt MST in op risico van struikelen en het feit dat mensen tijdens het wachten vermoeid raken. Antwoorden hierop vindt men terug in de deuren die eenvoudig te openen zijn, voldoende zitplaatsen in de wachtruimte en het weglaten van drempels en kabels in het looppad.

Gastvrijheid is ook een belangrijk kenmerk binnen de nieuwbouw van MST. de gastvrijheid kan verhoogd worden door de inzet van roomservicemedewerkers. Een roomservicemedewerker is het aanspreekpunt voor allerlei zaken die niet zorg gerelateerd zijn. Hierbij kan gedacht worden aan maaltijdvoorziening, schoonmaak en hand- en spanddiensten (Gelre Ziekenhuizen, 2013). De patiënt ervaart hierdoor dus nog meer aandacht en service en tegelijkertijd hebben de verpleegkundigen meer tijd voor het uitvoeren van behandelingen.

5.2 Afdelingen gebonden aan vakgroepen naar aandoeningsgerichte eenheden

In de nieuwbouw zijn een aantal poliklinieken zo samengesteld dat er op die plek zorg geleverd wordt rondom één bepaalde aandoening, deze poliklinieken worden ook wel aandoeningsspecifieke behandelcentra genoemd, waarvan er acht worden gesitueerd in de nieuwbouw. Een voorbeeld hiervan binnen MST is het centrum voor mammacare. Hier wordt zorg geleverd aan vrouwen met borstkanker door een multidisciplinair team. De patiënten worden op dezelfde afdeling

gediagnosticeerd en behandeld, waardoor de patiënten niet meer het gehele ziekenhuis door moeten voor verschillende behandelingen. Met dit voorbeeld wordt tevens duidelijk dat het concept focused factories verweven is in het begrip healing environment. De aandoening van de patiënt en de patiënt zelf staan centraal waardoor de patiënt zich in een omgeving bevindt die speciaal is vormgegeven naar de aard van zijn aandoeningen en in alle rust kan herstellen. Daarnaast wordt er getracht om de medische disciplines voor patiënten met dezelfde aandoening te clusteren rondom een atrium, waardoor aan elkaar gerelateerde zorg dicht bij elkaar is gesitueerd.

5.3 Van vaste afdelingen naar dynamische afdelingen

In de oudbouw bestond een strakke scheiding tussen de verschillende verpleegkundige afdelingen. In de nieuwbouw wordt dit anders vormgegeven. De verpleegafdelingen zullen worden vormgegeven middels een vlekkenplan, waarbij wordt ingezet op horizontale samenwerking tussen de verpleegkundigen en verticale samenwerking tussen medisch specialisten. Hierbij kan een vlek vergeleken worden met een verpleegkundige afdeling. Het werken met deze vlekken houdt in dat de afdelingen niet langer een vast aantal bedden beschikbaar hebben. Zo wordt bewerkstelligd dat verpleegunits flexibeler en dynamischer zijn.

Het idee van het vlekkenplan binnen de nieuwbouw van MST is dat de ernstig zieke en zeer zwakke patiënten in het centrum van de vlek komen te liggen. De minder zwakke patiënten die een lagere zorgwaarde hebben komen vervolgens aan de buitenkant van de vlek te liggen; ook wel de schil genoemd. Het is echter de vraag of deze manier van werken in stand gehouden kan worden en wenselijk is voor de patiënt. De gezondheidstoestand van een patiënt bevordert normaal gesproken tijdens zijn ligduur, wat zou betekenen dat een herstellende patiënt van de kern naar de schil verplaatst zou moeten worden. Met het oog op hospitality is het zeer patiëntonvriendelijk om patiënten waarbij de zorgwaarde verandert te verplaatsen naar een andere kamer. Daarnaast is het constant verplaatsen van patiënten ook zeer arbeidsintensief. Wanneer patiënten niet verplaatst worden liggen op den duur de complexe en minder complexe patiënten dus door elkaar. De scheiding van kern en schil, wat het idee achter het vlekkenplan is, is dan niet langer zichtbaar.

Niet alle afdelingen zijn geschikt voor het werken middels het vlekkenplan. Een uitzondering op het gebruik van het vlekkenplan zijn bijvoorbeeld de IC en PAAZ afdeling. De IC is een zeer gespecialiseerde afdelingen en deze patiënten kunnen niet worden gesitueerd op een algemene verpleegafdeling. De PAAZ afdeling is een gesloten afdeling en deze patiënten mogen niet op een reguliere afdeling liggen. Daarnaast is de verpleging op deze afdeling zeer afwijkend van de algemene verpleegafdelingen.

5.4 Van verpleegkamers naar eenpersoonkamers

Waar in de oudbouw gebruik werd gemaakt van verpleegkamers, kenmerken de verpleegafdelingen van de nieuwbouw van MST zich door middels de eenpersoonkamers. De verpleegafdelingen bevinden zich op de 4^e, 5^e en 6^e verdieping. Elke verpleegverdieping wordt ingericht met een capaciteit van 120 eenpersoonkamers, waarbij elke verdieping gemiddeld over drie verpleegunits beschikt, bestaande uit circa 40 bedden per verpleegunit (Bouwen aan Beter, 2015).

De eenpersoonkamers zullen aan de buitenzijde van de vingers geplaatst worden, zodat de patiëntenkamer altijd daglicht ontvangt van ofwel het atrium of de buitenwereld. Daarnaast heeft iedere kamer een eigen douche, toilet en wastafel waardoor de kans op besmetting onderling verkleind wordt.

6. Het effect van het vernieuwde zorgconcept en ziekenhuislandschap op verpleegkundigen

Het door MST uitgedragen zorgconcept zal veranderen door onder andere een veranderde inrichting van de nieuwbouw ten opzichte van de oudbouw en een wijziging van het zorgaanbod. In hoofdstuk 5 zijn reeds de veranderingen van oudbouw naar nieuwbouw omschreven. De grootste veranderingen op de verpleegafdelingen zijn het gebruik van eenpersoonskamers en het gebruik van het harmonicamodel op de verpleegvlekken. De gewijzigde vormgeving heeft gevolgen voor het verpleegkundig personeel: zij zullen de door hen geboden zorg en diensten moeten aanpassen aan deze gewijzigde vormgeving, wil het nieuwe zorgconcept volledig tot uiting komen.

6.1 Toename variëteit en complexiteit

Door het werken met een vlekkenplan waarop het harmonicamodel van toepassing is, zal nagedacht moeten worden over de wijze waarop verpleegkundigen worden ingezet binnen deze verpleegvlekken. In hoofdstuk 5 is reeds het idee van het vlekkenplan vermeld: de ernstig zieke patiënten bevinden zich in de kern en de patiënten die in mindere mate zorg behoeven bevinden zich in de schil. Wanneer er gekeken wordt naar het inzetten van verpleegkundig personeel op de verpleegunit is het van belang dat niet enkel gekeken wordt naar op welke plek in de vlek een verpleegkundige wordt ingezet, in de kern of in de schil. Het is echter belangrijk een onderscheid te maken tussen de verschillende patiënten in de vlek op basis van hun zorgcomplexiteit.

In de kern van de vlek liggen de ernstig zieke patiënten die veel zorg behoeven, maar dit kunnen wel stabiele patiënten zijn. De problemen die zich kunnen voordoen bij deze stabiele patiënten zijn verwacht en de oplossingsrichting is bekend (Holwerda, 2015). Dit is van belang voor het indelen van verpleegkundigen: het leveren van planbare en voorspelbare zorg geschiedt namelijk op een andere wijze dan het leveren van complexe zorg met onverwachte situaties waarop geanticipeerd dient te worden. Over het algemeen beschikken hbo verpleegkundigen in hogere mate over het denk- en werkvermogen dat nodig is om patiënten in een complexe situatie te verplegen (Holwerda, 2015). In complexe situaties is het nodig dat verpleegkundigen in hogere maten vooruit kijken en anticiperen op de toekomst.

Een tweede idee achter het werken met een vlekkenplan is het verdwijnen van 'de afdeling'. Doordat afdelingen die aan elkaar verwant zijn bij elkaar op de verdieping liggen, neemt verpleegkundig personeel van de ene afdeling de zorg van de patiënt die van de andere afdeling komt over. Dit vereist een bepaald denkvermogen en vorm van flexibiliteit van de verpleegkundigen. Ook dienen zij te voldoen aan bepaalde transfervereisten op het gebied van kennis en vaardigheden. Hierbij zijn de termen bevoegdheid en bekwaamheid van essentieel belang: iedere verpleegkundige bezit na het behalen van zijn of haar diploma de bevoegdheid om patiënten te verplegen. Wanneer een verpleegkundige te lang op een bepaalde afdeling werkt, raakt zij minder bekend met de verpleegkundige handelingen van andere afdelingen en verliest zij haar bekwaamheid. Door verpleegkundigen flexibel op verschillende afdelingen in te zetten, zijn zij bekwaamer op meerdere gebieden en dit is van positieve invloed op de kwaliteit en veiligheid van de door hen geboden zorg.

6.2 Hogere zelfstandigheid van patiënten

Naast het gebruik van vlekken is het gebruik van eenpersoonskamers van invloed op de manier van werken voor verpleegkundigen en het indelen van verpleegkundigen op een verpleegunit. Door het gebruik van eenpersoonskamers kunnen de verpleegkundigen niet meer met één blik op een verpleegzaal meerdere patiënten tegelijkertijd monitoren. Iedere patiënt zal individueel gemonitord moeten worden, dit kan voor een verpleegkundige een verhoogde werkdruk opleveren. Anderzijds

wordt de verhoogde werkdruk bij verpleegkundigen weggenomen door gebruik te maken van technologie in de patiëntenkamer.

Naast het wegnemen van de werkdruk voor verpleegkundigen biedt technologie ook meer zelfbeschikking voor de patiënt. Tevens is iedere patiëntenkamer voorzien van een Verpleegkundig Oproep Systeem (VOS) en een oproepsysteem voor de roomservicemedewerker (Bouwen aan Beter, 2015). Via dit systeem kan een patiënt gericht een verpleegkundige of roomservicemedewerker oproepen. De hulp van roomservicemedewerkers zal daarnaast ook de werkdruk voor verpleegkundigen verlagen, waardoor zij al hun aandacht op het verzorgen van de patiënt kunnen richten. Er zijn namelijk hand- en spandiensten die voorheen werden uitgevoerd door het verpleegkundig personeel die nu zoveel mogelijk door een roomservicemedewerker uitgevoerd zullen worden. Hierbij kan gedacht worden aan het opmaken van een bed of het geven van een glas drinken aan de patiënt. Deze taken zullen echter wel worden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een verpleegkundige (Bouwen aan Beter, 2015).

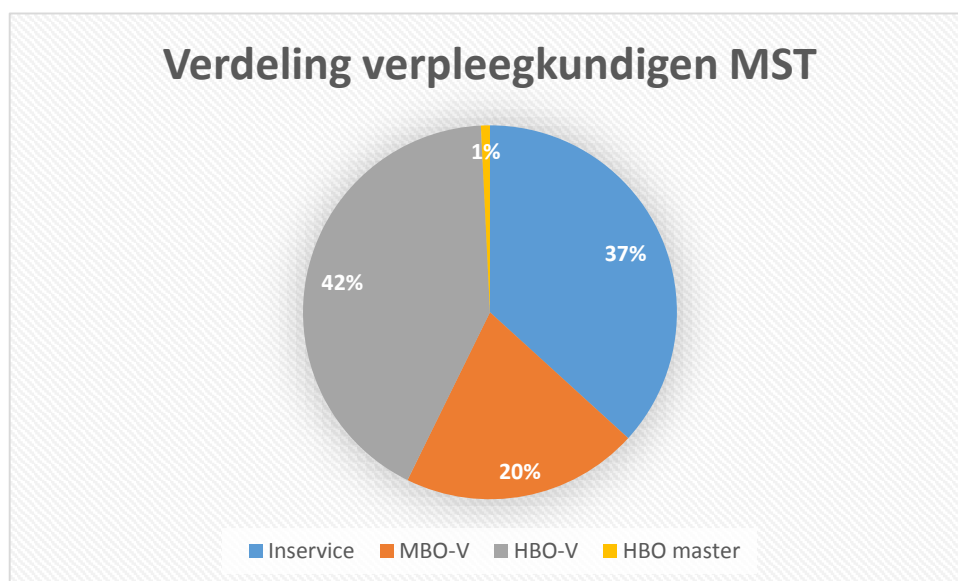
7. Inventarisatie van het verpleegkundig functiehuis van MST

MST had op 1 mei 2015 1337 verpleegkundigen in dienst. Deze verpleegkundigen zijn verdeeld over meerdere poliklinieken en verpleegafdelingen op zowel de locatie Haaksbergerstraat als Ariënsplein. Om tot het verpleegkundige beroep toegelaten te worden kan er een mbo, hbo of een inmiddels niet meer bestaande in-service opleiding gevolgd worden. MST heeft echter geen duidelijk beeld wat het opleidingsniveau is van haar verpleegkundigen en wil dit graag geïnventariseerd hebben.

7.1 Huidige opleidingsniveau totale verpleegkundigen

Allereerst is geïnventariseerd wat de hoogst genoten verpleegkundige opleiding is van de verpleegkundigen werkzaam op zowel de poliklinieken als de verpleegafdelingen. Onder de verpleegkundigen is een vragenlijst afgegeven waarin ingevuld kon worden of zij een hbo, mbo of in-service opleiding gevolgd hebben. Van de totaal 1337 verpleegkundigen is er een respons ontvangen van 770 verpleegkundigen, oftewel een percentage van 57,6%. In bijlage 6a is een tabel bijgevoegd waar te zien is welke afdelingen gereageerd hebben, hoe groot deze respons is en wat de procentuele verdeling per afdeling is. In de tabel in bijlage 6b is te zien welke afdelingen geen respons hebben gegeven.

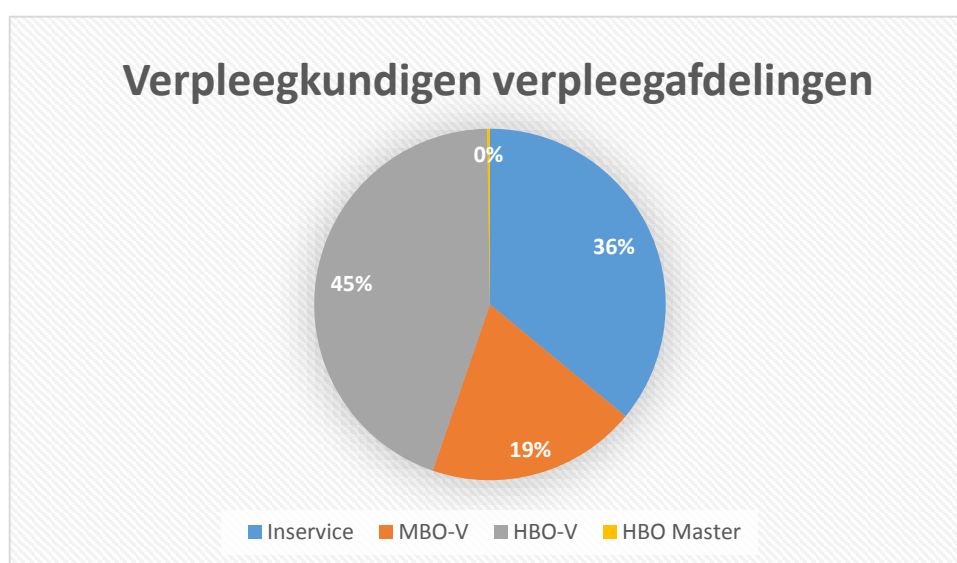
De procentuele verdeling van het opleidingsniveau van alle responderende verpleegkundigen is momenteel als volgt: 36,75% in-service, 20,52% mbo, 41,95% hbo en 0,78% hbo master (MANP verpleegkundige). Zoals te zien is, zijn er veel hbo opgeleide verpleegkundigen werkzaam binnen MST. Dit zou verklaard kunnen worden door de samenwerking met Saxion Hogescholen in Enschede. Een in-service opleiding bestaat inmiddels niet meer, maar volgens mevrouw Holwerda en mevrouw Kluijtmans, werkzaam bij respectievelijk de Gelderse Vallei en Jeroen Bosch Ziekenhuis, lag het niveau van deze verpleegkundigen hoger dan de huidige mbo verpleegkundigen. Dit verschil kan verklaard worden door het feit dat de in-service verpleegkundigen op de middelbare school vaak een havo of vwo diploma behaald hebben. Zij hebben dus vaker een hbo gerelateerd denkvermogen, wat hun mbo diploma tot een hoger niveau tilt. Toch is het in-service diploma gelijkgesteld aan een mbo diploma, en deze handelingswijze zal dan ook gehanteerd worden in de berekeningen.



7.2 Huidige opleidingsniveau verpleegafdelingen

Voor dit onderzoek is alleen het opleidingsniveau van de verpleegkundigen werkzaam op verpleegafdelingen van belang. De poliklinieken, intensive care, medium care, het Vrouw Kind Centrum (met uitzondering van de algemene verpleegafdeling urologie binnen dit centrum), de PAAZ en de spoedeisende hulp worden daarom geëxcludeerd.

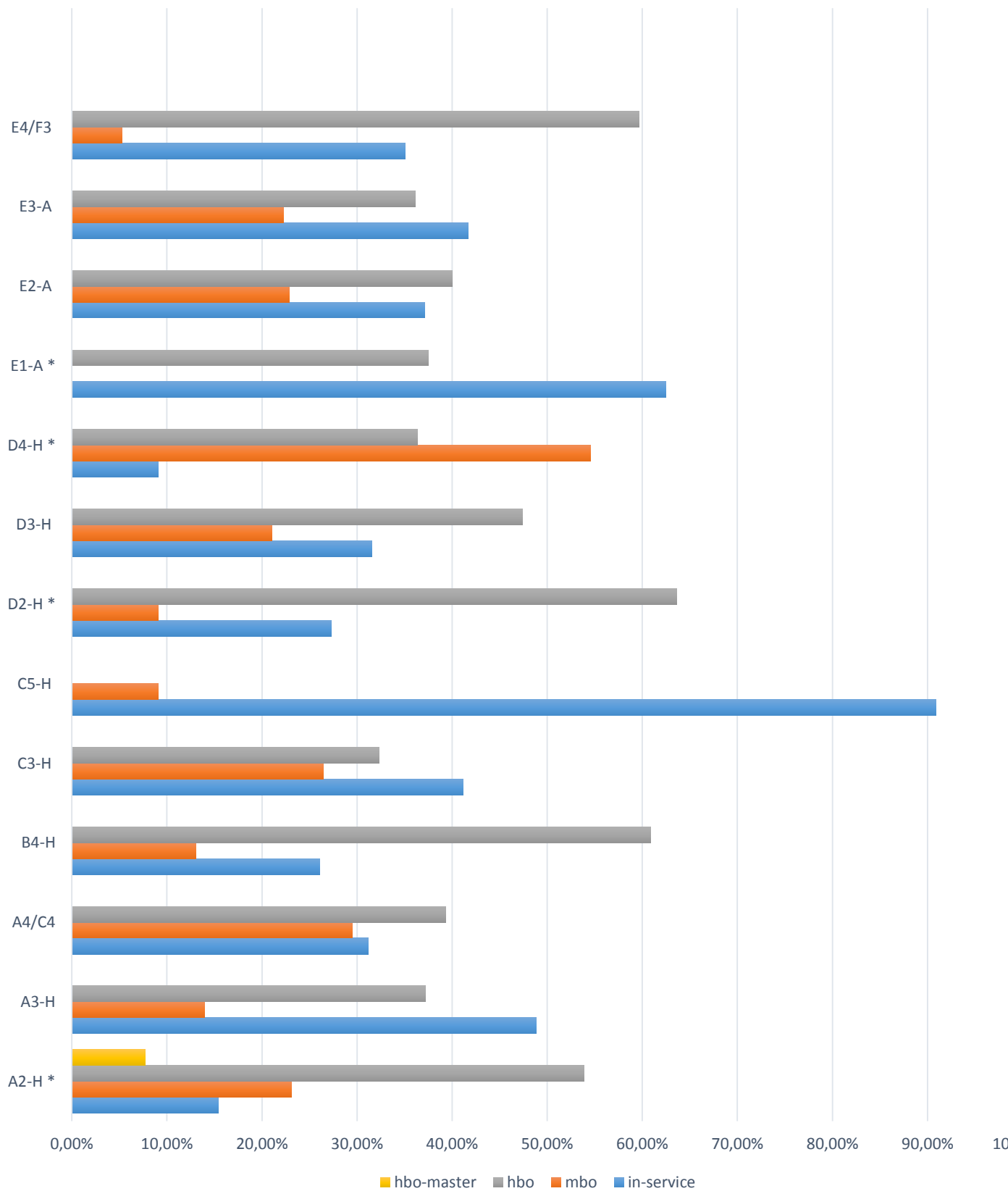
Het totaal aantal verpleegkundigen die meegenomen moeten worden in dit onderzoek komt daarmee op 597. Op de verpleegafdelingen is van 378 verpleegkundigen een opleidingsniveau doorgegeven, oftewel 63,31%. De procentuele verdeling van de opleidingsniveau wordt daarmee als volgt: 35,98% in-service, 19,31% mbo, 44,44% hbo en 0,26% hbo master (MANP verpleegkundige).



Momenteel hanteert MST geen beleid ten aanzien van het toepassen van functiedifferentiatie op de verpleegafdelingen. Enkele teamhoofden hebben de vragenlijst uit bijlage 1 ingevuld en aangeven geen eigen beleid te voeren. Dit houdt in dat er op dit moment ook buiten het officiële beleid om geen functiedifferentiatie door de teamhoofden wordt toegepast. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de respons op de vragenlijst slecht is: slechts 3 teamhoofden hebben de vragenlijst ingevuld. Desalniettemin kan verwacht worden dat veel teamhoofden de vragenlijst niet van belang achtten aangezien zij geen functiedifferentiatie toepassen. Het is echter niet met zekerheid te zeggen of er op individueel niveau functiedifferentiatie wordt toegepast.

<i>Afdeling</i>	<i>Onderscheid op verschillend opleidingsniveau?</i>	<i>Wordt er op andere gebieden onderscheid gemaakt?</i>	<i>Openbaring onderscheid werkvloer?</i>
A4/C4	Nee	Kennis en ervaring	Individuele competenties. Verschillende verantwoordelijkheden verschillende taken
C3	Nee	Nee	Nee
K4	Nee	Ervaring	Niet bekend

Verdeling per verpleegafdeling



*Afdelingen met een respons <40%

Overzicht coderingen per afdeling:

A2-H : Cardiothoracale Chirurgie

A3-H : Oncologische Chirurgie, Gastro-enterologie en Hoofd/hals chirurgie

A4/C4-H: Longgeneeskunde

B4-H : Neurochirurgie

C3-H : Vaatchirurgie en plastische chirurgie

C5-H : Heelkunde

D2-H : Medium Care

D3-H : Acute Opname Afdeling (AOA)

D4-H : Neurologie

E1-A : Coronary Care Unit (CCU)

E2-A : Cardiologie

E3-A : Maag-Darm-Lever (MDL), Interne Geneeskunde en Reumatologie

E4/F3-A : Hematologie en Oncologie

De afdelingen A2-H, D2-H, D4-H en E1-A hebben een respons lager dan 40%. Sommige van deze afdelingen laten een opvallende verdeling tussen mbo en hbo verpleegkundigen zien. Wanneer tevens in overweging wordt genomen dat de respons fors lager is dan op andere afdelingen, dient men zich af te vragen in hoeverre deze resultaten als betrouwbaar beschouwd kunnen worden.

Wanneer men de verdeling van de afdelingen met een als normaal te beschouwen respons bekijkt, vallen drie afdelingen op. Namelijk B4-H, C5-H en E4/F3-A. Afdeling B4-H is de afdeling voor neurochirurgie. Op deze afdeling is 26% in-service, 13% mbo en 60% hbo geschoold. Zeer waarschijnlijk speelt de complexiteit van neurochirurgische ingrepen en bijbehorende neurologische aandoeningen een rol bij het hoge percentage hbo verpleegkundigen op deze afdeling. Zekerheid met betrekking tot deze beweegredenen kan echter niet gegeven worden.

Daarnaast is het opvallend dat op de afdeling E4/F3-A een fors hoger percentage hbo verpleegkundigen werken dan mbo en in-service verpleegkundigen. De afdeling E4/F3-A is de afdeling voor hematologie en oncologie. Patiënten met hematologische en oncologische aandoeningen kampen met meerdere symptomen. Dit kan de zorg voor deze patiënten complex maken. Een hbo verpleegkundige is beter in staat zorg te leveren aan een complexe patiënt dan een mbo verpleegkundige. Dit kan verklaren waarom het percentage hbo verpleegkundigen fors hoger is op deze afdeling. Zekerheid met betrekking tot deze beweegredenen kan echter niet gegeven worden.

8. Adviesrapport inzake de inrichting van het functiehuis van MST in de nieuwbouw

MST heeft het allemaal: een prachtig nieuw ziekenhuis, dat in januari 2016 in gebruik zal worden genomen en voor zowel patiënt als personeel van alle gemakken is voorzien. Tevens beschikken ze over ruim 1300 gediplomeerde verpleegkundigen. Bij de overgang van de nieuwbouw zal het personeel haar werk grotendeels volgen naar de nieuwe plaats in het vlekkenplan van de nieuwbouw. Verder is bekend dat de afdelingen als volgt bemenst zullen worden: één verpleegkundige per vier bedden in de dagdienst, één verpleegkundige per acht bedden in de avonddienst en ten slotte één verpleegkundige per dertien bedden in de nachtdienst (MST, 2015). Met het oog op de huidige ontwikkelingen rond het beroeps-, opleidings- en functieprofiel van de verpleegkundige op verschillende niveaus is het voor MST zaak haar functiehuis te inventariseren en zo efficiënt en kwalitatief mogelijk in te zetten.

Dit hoofdstuk bevat een advisering inzake de bemensing van de verschillende afdelingen binnen het vlekkenplan in de nieuwbouw van MST. Hierbij is rekening gehouden met het huidige functiehuis van MST en ontwikkelingen binnen andere ziekenhuizen binnen Nederland, in het bijzonder de Gelderse Vallei in Ede en het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch. Deze advisering bevat een aantal speerpunten die MST in overweging dient te nemen bij het ontwerpen van een nieuw verpleegkundig functiehuis, namelijk het functieprofiel, de complexiteit van afdelingen, de omgang met het vlekkenplan en niet geheel onbelangrijk: het belang van salariëring, bijscholing en omgang met weerstand. Zij zullen achtereenvolgens besproken worden.

Functieprofiel

De nieuwe beroepsprofielen voor hbo en mbo verpleegkundigen en de nieuwe opleidingsprofielen voor hbo verpleegkundigen leiden tot een veranderde positionering van de verpleegkundigen op de werkvloer en binnen het organisatieverband. Ook binnen teams zal een andere invulling worden gegeven aan het verlenen van zorg, waarbij maximale inzet van kennis en competentie van het verplegend personeel centraal staat. Hierbij staat vooral het veranderde functieprofiel van de hbo en mbo verpleegkundige centraal, waarbij MST ernaar moet streven de hbo verpleegkundige op de werkvloer naar een hoger niveau te tillen ten opzichte van de mbo verpleegkundige waarbij de inzet van mbo verpleegkundigen ook geoptimaliseerd wordt, zonder dat het takenpakket verkleind wordt.

Hierbij is het van belang dat de hbo verpleegkundige binnen MST niet van de werkvloer verdwijnt. Waar de hbo verpleegkundige tegenwoordig vaak extra taken op zich neemt die ondersteuning bieden aan de leidinggevenden, dienen hbo verpleegkundigen in de toekomst hun extra kennis en vaardigheden aan het bed in te zetten: hoe hoger opgeleid, hoe dichter aan het bed.

Het functieprofiel van de hbo verpleegkundige zal op het gebied van verpleegkundig handelen niet kunnen afwijken van dat van de mbo verpleegkundige. Hiertoe zou men de mbo verpleegkundige taken moeten ontnemen en die situatie is onwenselijk voor de beroepsgroep. Zij zullen dus aan het bed dezelfde handelingen uitvoeren. Het onderscheid tussen hbo en mbo verpleegkundigen zal zich binnen MST daarom voornamelijk moeten uiten op het gebied van coördinatie, initiatief, een vooruitziende blik, anticiperend handelen, coaching, analytisch denkvermogen en een helicopterview over het totale zorgproces.

Inrichting van het functiehuis

Wanneer MST ten tijde van de overgang naar de nieuwbouw haar functiehuis opnieuw vorm wil geven, dienen zij kritisch na te denken over de vraag in hoeverre zij de hbo verpleegkundige centraal willen stellen op de verpleegafdelingen. Hierbij dienen zij een aantal kernelementen in overweging te

nemen. Denk hierbij aan het stellen van quota en het creëren van een hbo context. De reeds genoemde, door de nieuwe functieprofielen ontstane, kloof tussen hbo en mbo verpleegkundigen leidt ertoe dat hbo verpleegkundige een overstijgende taak binnen het team op zich neemt. Om te kunnen garanderen dat de hbo verpleegkundige deze taken ook daadwerkelijk kan inbedden in de cultuur van de verpleegafdeling, dient een situatie te ontstaan die men in het Jeroen Bosch Ziekenhuis duidt als een 'hbo context'. Men gaat uit van het principe dat een minderheid in de groep weer zal opgaan in de menigte en geen verschil in cultuur kan bewerkstelligen. Het creëren van een hbo context houdt dan ook in dat het ziekenhuis een quotum stelt wat betreft de minimale vertegenwoordiging van hbo verpleegkundigen binnen de teams. Binnen MST is het belangrijk dat er een ziekenhuis gebonden quotum wordt gesteld. Dit quotum kijkt niet naar de complexiteit van de verschillende afdelingen, maar enkel naar het creëren van een hbo context waardoor de inzet van hbo verpleegkundigen benut kan worden en zij hun overkoepelende taken ook daadwerkelijk kunnen uitvoeren. Binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis is gekozen voor een quotum van 30%, echter dit percentage is niet op onderzoek gebaseerd. Wanneer MST een quotum vaststelt, dient binnen MST eerst onderzoek gedaan te worden naar een passend quotum binnen de ziekenhuiscultuur.

Wanneer het quotum met betrekking tot de minimum hoeveelheid hbo verpleegkundigen gesteld is, dienen afdelingen individueel te kijken naar het gewenste percentage hbo verpleegkundigen. Niet iedere afdeling is hierin gelijk: de complexiteit van zorg verschilt per afdeling, en kan in sommige gevallen een hoger percentage hbo verpleegkundigen vereisen dan middels het quotum is gesteld. De complexiteit van zorg kan op verschillende wijzen worden bepaald. Stuurgroep V&V2020 heeft de volgende criteria opgesteld:

- Patiënt complexiteit:
 - Meerdere problemen op meerdere gebieden; lichamelijk, psychisch, sociaal en functioneel
 - De problemen beïnvloeden elkaar
 - Onvoorspelbaarheid van verloop
 - Tempo van veranderingen is hoog
 - Routines en richtlijnen passen niet
 - Veel zorg in multidisciplinair verband
 - Mate van geletterdheid van de patiënt
- Complexiteit van de situatie:
 - De aandoening: de mate van complexiteit van de medische problemen
 - De persoon met de aandoening: meer of minder complexe patiënten en meer of mindere mate van (gezondheids)geletterdheid
 - De populatie aan wie zorg wordt verleend: mate van complexiteit van de populaties
 - Het systeem waarin zorg wordt verleend: mate van complexiteit van zorgsystemen

MST kan ervoor kiezen deze aanvullende percentages individueel door de afdelingen op te laten stellen. MST kan er ook voor kiezen zelf deze complexiteit te berekenen. Het is echter denkbaar dat de afdelingen hier zelf meer en beter zicht op hebben. Een voordeel van de situatie waarin MST afdelingen actief betreft in het proces is het vergroten van het draagvlak op de afdelingen. Een nadeel van deze situatie is dat alle afdelingen vrij zijn in de weg die zij bewandelen, en dat er dus geen eenduidigheid binnen het ziekenhuis optreedt.

De inzet van verpleegkundigen binnen het vlekkenplan

Vervolgens is het van belang te kijken naar de plek van verpleegkundigen binnen het vlekkenplan. Nadat de complexiteit van een bepaalde verpleegkundige afdeling bekend is en men weet wat

daarbij de gewenste verhouding tussen hbo en mbo verpleegkundigen is, moet men kijken naar de inrichting van de zorg op de afdeling. Deze inrichting van zorg kan door middel van twee opties ingevuld worden: patiënttoewijzing of teamverband.

Patiënttoewijzing houdt in dat één verpleegkundige de verantwoordelijkheid heeft voor een aantal patiënten. Wij adviseren de patiënttoewijzing toe te voegen aan het takenpakket van een hbo verpleegkundige. De hbo verpleegkundige treedt dan op als poortwachter in het triageproces. Het triageproces² is op dit moment voornamelijk bekend op de SEH. Wij adviseren MST gebruik te maken van triage in drie categorieën, bijvoorbeeld aan te duiden met de drie kleuren rood, oranje of geel. Een zeer complexe patiënt krijgt rood, een gemiddeld complexe patiënt oranje en een patiënt zonder enige complexe verwachtingen geel. Rood houdt in dat er een hbo verpleegkundige geplaatst wordt. Op patiënten met een oranje classificatie staat in principe een mbo verpleegkundige, maar met toezicht van een hbo verpleegkundige. Mbo verpleegkundigen worden vervolgens op gele patiënten geplaatst. Patiënttoewijzing zou goed uitvoerbaar kunnen zijn in MST aangezien er enkel eenpersoonskamers gesitueerd zijn. Een nadeel van patiënttoewijzing is dat patiënten vaak maar door één verpleegkundige per dienst worden gemonitord. Dit kan tot gevolg hebben dat een eventuele verslechtering minder adequaat worden opgemerkt, terwijl tevens denkbaar is dat continue monitoring door één verpleegkundige juist leidt tot een verscherpt inzicht in de situatie van de patiënt.

De tweede manier van zorginrichting is het werken in teamverband. Deze manier van werken houdt in dat de totale werkzame dienst van verpleegkundigen gezamenlijk de verantwoordelijkheid draagt voor alle patiënten. Binnen het team werken zowel hbo als mbo verpleegkundigen, die onderling afstemmen wie voor welke taken verantwoordelijkheid draagt. Werken in teamverband kan tot gevolg hebben dat het oorspronkelijke idee van functiedifferentiatie niet voldoende tot uiting komt. MST moet ervoor waken dat deze afdelingen niet terugvallen in de oorspronkelijke manier van werken.

Losstaand van het feit of gewerkt wordt middels patiënttoewijzing of werken in teamverband, dient men rekening te houden met het feit dat men door de werking van het harmonicamodel ook zorg kan dragen voor patiënten van naastgelegen afdelingen met afwijkende ziektebeelden. Dit wordt ook wel de horizontale samenwerking tussen verpleegafdelingen genoemd. Hierdoor verdwijnen de routinematige handelingen. Bij de toewijzing van deze patiënten van naastgelegen afdelingen dient nog kritischer gekeken te worden naar de complexiteit van het zorgplan: door herhaaldelijke behandeling van patiënten van de naastgelegen afdeling kunnen mbo verpleegkundigen een bepaalde routine ontwikkelen wat betreft de standaardhandelingen rond dit ziektebeeld. Wanneer de complexiteit van zorg bij deze patiënten toeneemt, is echter de flexibiliteit, transfer en kennis van hbo verpleegkundigen vereist om deze patiënten de zorg te bieden die zij nodig hebben.

Salariëring

De betaling van het salaris aan medewerkers is feitelijk niet meer dan een financiële transactie. Voor de werknemers betekent dit echter veel meer dan een transactie. Hun salaris is een afspiegeling van hun inzet en vaardigheden. Het salaris weerspiegelt in zekere zin de waardering van de werkgever voor de verrichte taken van de afgelopen maand. Aangezien de verrichte taken per functie en zelfs per werknemer verschillen, wordt er door de werkgever onderscheid gemaakt in het uitbetaalde salaris. Dit onderscheid wordt grotendeels gemaakt door een verschil in competentie, vaardigheden,

² Zie voor meer informatie over het triagesysteem op de spoedeisende hulp: De Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen, *Richtlijn triage op de spoedeisende hulp*, Van Zuiden: 2005, blz.31-36

opleidingsniveau en ervaring. Het is dan ook opmerkelijk dat binnen MST op dit moment geen verschil in salariering bestaat tussen hbo en mbo verpleegkundigen.

Wanneer een ziekenhuis meer van haar hbo verpleegkundige gaat vragen dan van haar mbo verpleegkundige, dient men hier ook een hogere waardering tegenover te stellen in de vorm van een hoger salaris. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft een verschil in salariering tussen hbo en mbo verpleegkundigen als eerste stap geïdentificeerd in het proces van verandering binnen de functieprofielen van hbo en mbo verpleegkundigen. Hierbij bleef de mbo verpleegkundige van de algemene verpleegafdelingen ingedeeld in de Functiewaardering Geneeskunde (FWG) salarisschaal 45 en kwam de hbo verpleegkundige in FWG salarisschaal 50. Op de gespecialiseerde verpleegafdelingen ligt deze verdeling iets gecompliceerder. Aangezien de gespecialiseerde mbo verpleegkundigen reeds betaald werden in FWG salarisschaal 50, kon het verschil in salaris minder goed geduid worden. Hierbij heeft men gekozen voor een oplossing waarbij de hbo verpleegkundige op de gespecialiseerde verpleegafdeling een uitloop van twee periodieken kan verdienen, waardoor zij deels in FWG salarisschaal 55 wordt ingedeeld: de salarisschaal waar zich de verpleegkundigen van de intensive care en de hartbewaking (CCU) ook bevinden. Op deze afdeling treft men een hbo percentage van 100%.

Wat betreft de indeling in salarisschaal staat MST vrij hier haar eigen keuzes in te maken. Het is echter van groot belang dat men, voor men meer van hbo verpleegkundigen gaat vragen, ook duidelijk aangeeft welke extra waardering voor deze extra taken staat. Deze extra waardering zal verpleegkundigen motiveren deze extra hbo capaciteiten ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen.

Omgang met weerstand

Tijdens de inventarisatie van het verpleegkundig functiehuis van MST kwam vooral de emotie onder de betrokken verpleegkundigen naar voren. In dit onderzoek stuit men op veel weerstand van verpleegkundigen en teamhoofden. Deze weerstand wordt vooral veroorzaakt door angst bij de mbo verpleegkundigen: zij zijn bang wat er in de toekomst met hun functies zal gebeuren. Het is van uiterst belang dat MST transparant communiceert naar de verpleegkundigen en teamhoofden, zodat zij op de hoogte zijn van de plannen en gestelde doelen. Dit leidt tot meer zekerheid in een onzekere situatie. Tevens is het van uiterst belang dat MST, behalve communicatie, ook draagvlak creëert onder het verpleegkundig personeel. Een mogelijkheid hiervoor is het betrekken van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) bij de plannen, zowel tijdens het vooronderzoek als bij de daadwerkelijke implementatie op de afdelingen en de evaluatie achteraf. De VAR is een adviesorgaan voor de Raad van Bestuur (RvB) binnen het ziekenhuis. De VAR kan zowel gevraagd als ongevraagd advies geven aan de RvB. Vaak is het advies van de VAR gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkelingen in de professie. Hierdoor weet de VAR hoe het er op de werkvloer voor staat, terwijl zij daarnaast ook inzicht hebben in het beleidsproces. Zij zijn het instrument om de vertaalslag te maken van de RvB naar de werkvloer en vice versa. Het centraal stellen van de VAR door de RvB heeft binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis gezorgd voor een groot draagvlak en een enorme vermindering van de weerstand op de werkvloer.

Behalve het centraal stellen van de VAR doet MST er goed aan individueel met de verschillende verpleegafdelingen te praten over de nieuwe plannen. Dit kan leiden tot interessante gesprekken over visies die eventueel nieuwe inzichten met zich meebrengen. Door de verpleegafdelingen actief in het proces te betrekken hebben verpleegkundigen het gevoel invloed uit te kunnen oefenen op de situatie. De inspraak van de verschillende afdelingen op het proces draagt dan ook bij aan de vergroting van het draagvlak.

Bijscholing

In de huidige situatie, waarin geen functiedifferentiatie wordt toegepast, vindt men mbo verpleegkundigen die boven niveau presteren. Wanneer in de toekomst functiedifferentiatie geïmplementeerd wordt, is het mogelijk dat onder een aantal van deze mbo verpleegkundigen een gevoel van minderwaardigheid ontstaat. Het is dan ook van essentieel belang dat MST verpleegkundigen de mogelijkheid biedt zich bij te laten scholen. Het is echter niet wenselijk dat iedere mbo verpleegkundige zich laat bijscholen tot de functie van hbo verpleegkundige. Hiertoe is het zaak dat MST eisen stelt aan de verpleegkundigen die zich willen laten bijscholen. Dit kan op verschillende manieren. MST kan bijvoorbeeld de individuele verpleegkundigen beoordelen op opleidingsniveau en gedrag. Zo kan een verpleegkundige mbo geschoold zijn, maar op de werkvloer hbo gedrag vertonen. Dit kan een indicatie zijn dat deze verpleegkundige geschikt is voor bijscholing tot een hbo diploma. Daarnaast kan MST verpleegkundigen een test laten afnemen. Slechts de verpleegkundigen die een voldoende halen voor deze test worden toegelaten tot het bijscholingsprogramma.

Bijscholing kan zowel intern geschieden als in samenwerking met hogescholen. In dit laatste geval adviseren wij MST een samenwerking aan te gaan met Medical School Twente en Saxion Hogescholen Enschede. Zo kan een geïntegreerd leertraject voor mbo verpleegkundigen worden opgesteld, waarin werk en opleiding gecombineerd kan worden.

Overwegingen

Bij verdere inventarisatie en implementatie van functiedifferentiatie op het gebied van mbo en hbo verpleegkundigen kunnen bovenstaande adviezen voor MST van belang zijn. Hierbij staat voornamelijk de vraag centraal wie de verpleegkundige is en wat haar taken en verantwoordelijkheden zijn. Alles wat in dit onderzoek aan het licht is gekomen is slechts een eerste stap in het proces. Er dient nog vervolgonderzoek gedaan te worden, teneinde een volledig en betrouwbaar beeld te krijgen van de huidige situatie en de situatie zoals die in de toekomst tot stand dient te komen. MST dient alle mogelijkheden goed te onderzoeken om te kijken welke situatie de *best practice* is voor MST. Vervolgens kunnen zij een pilot starten op enkele afdelingen, voor zij functiedifferentiatie in het hele ziekenhuis gaan toepassen.

9. Conclusie

Bij de inrichting van het verpleegkundig functiehuis in de nieuwbouw van MST kan gesteld worden dat er rekening gehouden dient te worden met meerdere achtergrondmotieven en de rol van de opleidingsachtergronden van verpleegkundigen. In de voorgaande hoofdstukken zijn de verschillende achtergrondmotieven en opleidingsachtergronden van verpleegkundigen belicht. En hieruit kan het volgende geconcludeerd worden.

Met de bouw van het nieuwe ziekenhuis geeft MST richting aan haar nieuwe ziekenhuislandschap. Dit ziekenhuislandschap dient te voldoen aan de eisen die zowel de maatschappij als de overheid stelt. Hierbij staat de veranderende zorgvraag als gevolg van de demografische, technologische, sociaal economisch en politieke ontwikkelingen centraal.

De nieuwbouw is vormgegeven middels het principe van een healing environment, waarbij stressreductie en de positieve beïnvloeding van de bevordering van het herstellend vermogen van patiënten centraal staat. Op de verpleegafdelingen werkt men middels een harmonicamodel en vlekkenplan, waardoor de verpleegafdelingen over een flexibel aantal bedden beschikken. Deze ontwikkelingen hebben invloed op het verpleegkundig personeel en de wijze waarop zij zorg verlenen. Van de verpleegkundigen wordt verwacht dat zij flexibel inzetbaar zijn en bovendien op meerdere afdelingen bekwaam zijn. Dit wordt ook wel de transfercapaciteit van de verpleegkundigen genoemd. Tevens is het principe van focused factories terug te vinden in de aandoeningsgerichte zorg, die zorgpaden dicht bij elkaar brengen voor de patiënt.

Maar met alleen een goed ontworpen gebouw voldoet MST nog niet aan de eisen van de veranderende zorgvraag. Steeds meer centraal staan ook de ontwikkelingen rond de veranderde beroepsprofielen van mbo en hbo verpleegkundigen. Zo werd als reactie op de beroepsprofielen ook een nieuw opleidingsprofiel voor hbo verpleegkundigen opgesteld. 'Welke rol spelen zij binnen de nieuwbouw?' is een vraag die MST zich moet stellen.

Allereerst is het verpleegkundig functiehuis van MST geïnventariseerd. Hieruit is afgerond het volgende naar voren gekomen qua verpleegkundig opleidingsniveau: 36% in-service-diploma, 19% mbo verpleegkundige, 45% hbo verpleegkundige en 0,3% hbo master. Dit houdt in dat 55% van de verpleegkundigen in het bezit is van een mbo diploma, en 45% van een hbo diploma. De verhouding is dus redelijk gelijk. MST voert geen algemeen beleid ten aanzien van functiedifferentiatie en ook op de individuele verpleegafdelingen wordt door de teamhoofden geen onderscheid gemaakt tussen mbo en hbo verpleegkundigen.

Op basis van deze gegevens is een adviesrapport opgesteld ten aanzien van de vormgeving en inrichting van het verpleegkundig functiehuis van MST in de nieuwbouw. Hierbij dient te worden ingezet op het creëren van een hbo context, waarbij het niveau van de hbo verpleegkundige naar een hoger niveau wordt getild. Vervolgens is het van belang dat op drie niveaus wordt gekeken naar de inrichting van het zorgproces. Ten eerste is de complexiteit van de verschillende verpleegkundige afdelingen. Ten tweede is de geboden zorg van belang: welke zorg dient verleend te worden en in hoeverre is de aanwezigheid van hbo verpleegkundigen binnen dit zorgproces van essentieel belang? En ten derde moet men de inzet van verpleegkundig personeel op de verpleegafdeling organiseren. Dit kan op twee verschillende wijzen: middels patiënttoewijzing of middels teamverband. Hierbij dient het vlekkenplan in overweging genomen te worden en kan worden opgemerkt dat de kwaliteit en veiligheid binnen MST gewaarborgd kan worden door patiënttoewijzing door middel van een triagesysteem, teneinde de behandeling van patiënten met een afwijkend ziektebeeld in het vlekkenplan soepel te laten verlopen.

Het juist invullen van de zorg is dan een hele puzzel waarbij veel verschillende stukjes in elkaar moeten passen. Het opleidingsniveau van een afdeling moet passen bij de zorgcomplexiteit van de patiënten op die afdeling. Is dit niet het geval, dan zal bijscholing van mbo verpleegkundigen nodig zijn. Dit vergt een goed georganiseerd beleid binnen HRM. Het opleidingsniveau hangt echter weer samen met de salariering. Wanneer men meer van een hbo verpleegkundige gaat vragen, dient hier ook een beloning in de vorm van een hoger salaris tegenover te staan. Ook vanuit financieel oogpunt zal gekeken moeten worden hoe er wordt omgegaan met meer hbo verpleegkundigen en de daar bijkomende hogere salarissen en het effect van een hoger opleidingsniveau op de werkvloer op de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg.

Wanneer MST zal komen tot een daadwerkelijke inventarisatie en implementatie van differentiatie in de functieprofielen van hbo en mbo verpleegkundigen spelen weerstand en daarbij behorende emoties een grote rol. De aanwezigheid van weerstand zal dan ook vanaf het eerste moment erkend moeten worden en worden meegenomen in de overwegingen. Het creëren van een groot draagvlak is erg belangrijk. Dit draagvlak kan worden vergroot door het nauw betrekken van de verpleegkundigen bij het proces, door bijvoorbeeld de VAR centraal te stellen en veel te vergaderen met de betrokken personeelsleden. Wanneer emotie op de juiste wijze in het proces wordt ingezet, kan het juist in het voordeel van de implementatie werken.

Het in overweging nemen van bovenstaande adviezen door MST zal leiden tot een interactief debat over wie de verpleegkundige nu eigenlijk is en wat haar taken en verantwoordelijkheden zijn. Hierbij wordt gekeken naar de kracht van zowel een mbo als hbo verpleegkundige en op welke wijze deze verschillende krachten zo ingezet kunnen worden dat zij leiden tot een soepel verloop op de afdeling, waarbij de kwaliteit en veiligheid van patiënten hoog in het vaandel staat. Dit leidt tot een nieuwbouw waar verpleegkundig personeel fijn en goed kan werken en waar de patiënt zich goed voelt. Hier draagt het gebouw bij aan de beleving, maar moet men de kracht van het verpleegkundig personeel niet onderschatten. Het nieuwe MST zal een omgeving worden waar onderscheid zal leiden tot eenheid.

10. Discussie en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was het opstellen van een adviesrapport voor MST wat betreft de indeling van het verpleegkundig functiehuis met het oog op de veranderde zorgvraag, waarbinnen onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende verpleegkundige opleidingsniveau. Om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop andere ziekenhuizen in Nederland met dit onderscheid omgaan is contact gezocht met het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch en de Gelderse Vallei in Ede. Wat betreft het onderscheid maken tussen hbo en mbo verpleegkundigen, lopen deze ziekenhuizen voorop.

Het sterke punt van dit onderzoek is de wijze waarop het probleem is aangevlogen. Verpleegkundigen werken al decennia op dezelfde wijze, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen mbo en hbo verpleegkundigen. Toch wordt deze werkwijze in de huidige samenleving plots als problematisch en onhoudbaar geïdentificeerd. Waar het probleem eerder latent aanwezig was, manifesteert het probleem zich nu. Het is de vraag waar dit probleem vandaan komt. Wat zijn de achterliggende grondslagen en welke invloeden zijn van belang geweest bij het manifesteren van dit probleem? Hierbij zijn verschillende elementen zichtbaar. Denk hierbij aan demografische, sociaaleconomische, technologische problemen en wijzigingen binnen overheid en politiek. Deze ontwikkelingen hebben reeds geleid tot een verandering in het ziekenhuislandschap en manifesteren zich nu op het gebied van kwaliteits- en veiligheidswaarborging met betrekking tot beroeps-, opleidings- en functieprofielen.

De inventarisatie van verpleegkundigen binnen MST is niet als volledig en betrouwbaar aan te merken. In het personeelsbestand stond het opleidingsniveau niet vermeld. Hierdoor dienden de verschillende verpleegafdelingen afzonderlijk aangeschreven te worden. Dit resulteerde in een niet volledige respons, waardoor niet van alle verpleegkundigen het opleidingsniveau is geïnventariseerd. Bovendien is een inventarisatie op deze wijze niet voldoende betrouwbaar om een daadwerkelijke implementatie op te baseren. Wanneer MST zelf haar verpleegkundig personeel wil inventariseren, dienen zij een bewijs van diplomering op te vragen teneinde de betrouwbaarheid van de verstrekte informatie te waarborgen.

Op dit moment zijn er slechts enkele ziekenhuizen die zich bezighouden met functiedifferentiatie. De meest toonaangevende ziekenhuizen op dit gebied zijn momenteel het Jeroen Bosch Ziekenhuis en de Gelderse Vallei. Deze ziekenhuizen zijn dan ook door ons benaderd. Wij hebben binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis de adviseur HR (personeelszaken) gesproken en binnen de Gelderse Vallei is gesproken met het hoofd innovatie en voorzitter van de stuurgroep verpleegkundig beleid. Deze informatie is mede gebruikt voor het opstellen van het adviesrapport voor MST. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit slechts de visie van twee ziekenhuizen betreft die slechts sinds kort gebruik maken van deze functiedifferentiatie. Bovendien is deze informatie gebaseerd op onderzoek binnen deze ziekenhuizen, waardoor deze informatie niet één op één kan worden toegepast op MST.

In de advisering is het werken met het vlekkenmodel op de verpleegafdelingen centraal gesteld. Het is echter onduidelijk in hoeverre het werken met dit vlekkenmodel daadwerkelijk bijdraagt aan een efficiëntere wijze van zorgverlening, aangezien MST pas in januari 2016 - bij de opening van het nieuwe ziekenhuis - zal starten met deze werkwijze. De rol van het vlekkenmodel in de wijze waarop functiedifferentiatie wordt toegepast binnen MST is op dit moment nog niet goed duidelijk.

De huidige ontwikkelingen rond functiedifferentiatie op het gebied van mbo en hbo verpleegkundigen leidt tot hevige emoties onder het betrokken personeel. Het betreft een gevoelig onderwerp waar op voorhand vele meningen over bestaan. Dit onderwerp zal dan ook met uiterste

voorzichtigheid behandeld dienen te worden, waarbij men de mening van het verpleegkundig personeel niet uit het oog mag verliezen en MST van begin af aan transparant dient te handelen ten opzichte van het personeel.

In het verleden heeft MST twee maal eerder onderzoek gedaan naar toepassing van functiedifferentiatie. Deze pogingen zijn om financiële redenen gestaakt. MST dient, voor zij wederom starten met een project omtrent functiedifferentiatie, dan ook goed inzicht te vergaren in de financiële middelen die hier voor beschikbaar zijn zodat zij niet weer voor verrassingen komen te staan.

Kortom, de periode van vervolgonderzoek zal zich binnen MST voornamelijk moeten richten op intern onderzoek naar de situatie binnen de muren van MST en de nieuwbouw. Hierbij dient een betrouwbare inventarisatie gemaakt te worden van de huidige verdeling en de gewenste verdeling in de nieuwbouw en dienen de financiële middelen beschikbaar te zijn gesteld. Hierbij dient men niet uit het oog te verliezen dat dit een plan is dat jaren nodig heeft om volledig tot uiting te komen. Tevens dient MST te kijken naar mogelijke partners op het gebied van functie-, beroeps- en opleidingsdifferentiatie. Een mogelijke partner kan zij vinden in Saxion Hogeschool.

11. Bibliografie

- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 1824-1830.
- Boot, J., & Knapen, M. (2013). *De Nederlandse gezondheidszorg - bevolking en gezondheid, voorzieningen en beleid*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos, G. V., Danner, S., Haan, R. D., & Schadé, E. (2000). *Chronisch zieken en gezondheidszorg*. Elsevier.
- Bouwen aan Beter. (2015, november 24). *Hoofddijnen document Werken in de Nieuwe Kliniek: Visie, werkwijze, inrichting en bemensing. "Klantvriendelijk en doelgericht werken"*. Enschede: Medisch Spectrum Twente.
- Bredenhoff, E., van Lent, W., & van Harten, W. (2010). Exploring types of focused factories in hospital care: a multiple case study. *BMC Health Services Research*, 10 p.154.
- CanMEDS 2000 project. (1996). *Skills for the new millennium: report of the societal needs working group*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ontario.
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. (2007). *Gezondheid en zorg in cijfers*.
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. (2013). *Gezondheid en zorg in cijfers 2013*. Den Haag: Textcetera.
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. (2015). *Bevolkingspiramide*. Opgehaald van CBS: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/piramide-fx.htm>
- Centraal planbureau. (2010). *Vergrijzing verdeelt: toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën*. Den Haag: CPB.
- Commissie Kwalificatiestructuur. (1996). *Gekwalificeerd voor de toekomst*. Zoetermeer: VWS.
- Davidow, W., & Uttal, B. (1989). Service companies: focus or falter. *Harvard Business Review*, 67 p.75-85.
- EGM architecten. (z.d.). *healing architecture in ziekenhuizen*. Opgeroepen op mei 26, 2015, van <http://www.egm.nl/nl/visie/subsector/24/ziekenhuizen>
- Erasmus MC. (2015, mei 19). *New hospital site Erasmus MC*. Opgehaald van erasmusmc: <http://www.erasmusmc.nl/1739976/3646957/3689254/eenpersoonsskamers?lang=en>
- Europese Commissie. (2009). Ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060). *European Economy Series*, vol.2.
- Fortin, M., Soubhi, H., Hudon, C., Bayliss, E., & Akker, M. v. (2007). Multimorbidity's many challenges. *Br Med J*, 334: 1016-7.
- Gelre Ziekenhuizen . (2013). *Welkom in Gelre, informatie voor patiënten*. Zutphen:volume 6.
- Geurden, B. (2012). *De verpleegkundige als organisator van zorg*. Maklu.

- Giesbers, H., Verweij, A., & Beer, J. D. (2013). *Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- Gijzen, R., Oostrom, S. V., & Schellevis, F. (2014). *Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM: Nationaal Kompas.
- Grotendorst, A. (2011). Op weg naar een nieuw beroepsprofiel. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, Volume 5, pagina 12-17.
- Hellenthal, A. (2012). Verpleegkundigen aan het werk. *Sociaaleconomische trends, 1e kwartaal 2012*. Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Herweijer, M. (2014, januari 29). Healing environment is een besmette term. (W. V. Elsen, Interviewer)
- Herzlinger, R. (1997). *Market drive healthcare, who wins, who loses in the transformation of Americas longest service industry*. Addison-Wesley.
- Holwerda, T. (2015, juni 01). Interview verpleegkundige bemensing Gelderse Vallei. (M. Holtkamp, & C. Geerts, Interviewers)
- Hünerbein, M., Gretsche, S., Rau, B., & Schlag, P. (2003). Traumareduktion durch minimal invasive Chirurgie. *Der Chirurg*, 74-4 p.282-289.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde [LOOV]. (2015). *Bachelor Nursing 2020 - een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*.
- Medicine University of Toronto. (z.d.). CanMEDS framework. Canada. Opgeroepen op mei 19, 2015, van <http://www.deptmedicine.utoronto.ca/CanMEDS.htm>
- Medisch Contact. (2009). Functionele bekostiging geen oplossing bij multimorbiditeit. *Medisch Contact*, 1138.
- Medisch Spectrum Twente [MST]. (2015). *Bouwen aan beter - de nieuwe kliniek - nieuwsbrief nr. 1*. Enschede.
- Meijer, S., Douven, R., & Berg, B. v. (2010). Hoe beïnvloedt geregleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt? *Tijdschrift voor Politiek. Economie*, 4: 39-49.
- Mens, N., & Wagenaar, C. (2010). *Architectuur voor de gezondheidszorg in Nederland*. NAI Boekverkoop.
- Meyer, H. (1998). Focused factories. *Hospital & Health Networks*, 72 (7) p.24-30.
- Meyer, R. (2005). *De onderscheidende waarde van gastvrijheid bij de keuze van een ziekenhuis*. Groningen: Academische Opleidingen Groningen.
- Ministerie van VWS. (2012). *De zorg, hoeveel extra is het ons waard?* Den Haag.

- MST. (z.d.). *Nieuwbouw*. Opgehaald op 5 mei 2015 van MST:
https://www.mst.nl/wps/portal/p/nieuwbouw/E%C3%A9npersoonskamers/!ut/p/a1/jc89D4lwEAbg3-LASq8IDXFrTORDgw6o0MVAUgumUgIV_r6VzUTR2-7yvLk7xFCGWFMmTSh0rZpCvnpGLhhT4tA1xPtTAKDdwE1xSGJMwIDcgBB7JHQMCOjWg2hzSIIIp9h33f_y8KUo_MqfEZvI3AUTmFkRlyakKqd3c9qUS18g1vEr73hnP
- Nationale Atlas Volksgezondheid. (z.d.). *Zorgatlas - beïnvloedende factoren - demografie*.
 Opgeroepen op mei 22, 2015, van Zorgatlas: <http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/>
- Nederlands Kwalificatieraamwerk [NLQF]. (z.d.). *NLQF-niveaus*. Opgeroepen op mei 7, 2015, van
<http://www.nlqf.nl/nlqf-niveaus>
- NIVEL. (2004). *Nieuwsbrief panel verpleegkundigen en verzorgenden, jaargang 3 nr. 1*.
- NLQF. (z.d.). *Beschrijving NLQF-niveaus*. Opgeroepen op mei 19, 2015, van
http://www.nlqf.nl/images/downloads/NLQF_niveaus/Niveau_6_NLQF_EQF.pdf
- Peeters, J., Wiegers, T., de Bie, J., & Friele, R. (2013). *Technologie in de zorg thuis: nog een wereld te winnen*. Utrecht: Nivel.
- Prevosth, J., & van der Voordt, T. (2011). *De toegevoegde waarde van FM*. Naarden: FMN.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ]. (2011). *Ziekenhuislandschap 2020: Niemandslaan of Droomland?* Den Haag: Broese en Peereboom.
- Rathenau Instituut . (2014). *Sterke verhalen uit het ziekenhuis: leren van patiëntenervaringen voor goede zorg*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Rijksoverheid. (z.d.). *Prestaties belonen in ziekenhuizen*. Opgeroepen op mei 26, 2015, van
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prestaties-belonen-in-ziekenhuizen/prestatiebekostiging>
- Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen [STZ]. (2013). *Aanzet tot visie op beroepsprofiel verpleegkundige professionals*. Utrecht.
- Schellevis, F. (2006). *Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk*. NIVEL.
- Schippers, E. (2014). *Beroep en opleiding verpleegkundige*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Schippers, E. (2014). *Kamerstuk 29 282 : Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Schmenner, R. (1986). How can service businesses survive and prosper? *Sloan Management Review*, 27 (3) p.21-32.
- Schuurmans, M., & Lambregts, J. (2012). *Deel 3 beroepsprofiel verpleegkundige*.
- Skinner, W. (1974). The focused factory. *Harvard Business Review*.
- Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP]. (2004). *Individualisering en sociale integratie*. Den Haag.
- V&V2020. (2012). *Deel 1 leren van de toekomst*. Utrecht.

V&VN. (2012). *Aanbiedingsbrief over de beroepsprofielen*. Utrecht.

van der Jagt, E. (2003). *Eisend gedrag en agressie van zorgvragers*. Zoetermeer: CEG.

Victoor, A., & Rademakers, J. (2015). Waarom kiezen patiënten niet voor het 'beste' ziekenhuis?
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 197-205.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst en inventarisatielijst teamhoofden MST

Beste teamhoofden van MST,

Wij (Marte Holtkamp, Lotte Wilharms, Christel Geerts en Mellen Lenferink), zijn vier studentes Gezondheidswetenschappen aan Universiteit Twente. Wij doen de komende tien weken in het kader van onze bacheloropdracht onderzoek binnen MST.

Zoals in de mail van mevrouw Holtslag al naar voren kwam, wil MST duidelijkheid verkrijgen op het gebied van opleidingsniveau van de verpleegkundigen binnen MST.

Waarschijnlijk heeft u allemaal wel gehoord van de nieuwe landelijke beroepsprofielen die zijn opgesteld in het kader van het project V&V2020. Dit houdt kortgezegd in dat er een toenemende vraag is naar duidelijkheid over het opleidingsniveau van de verschillende verpleegkundigen. In de toekomst wil men deze verschillende verpleegkundige niveaus op een efficiënte en kwalitatief betere manier inzetten op de werkvloer.

Op dit moment is binnen MST niet duidelijk welke vooropleidingen de verschillende verpleegkundigen gevolgd hebben. Om dit te achterhalen willen wij u vragen de volgende (korte) vragenlijst voor ons in te vullen. Wij stellen uw medewerking zeer op prijs en zullen de door u verstrekte informatie dan ook uiterst zorgvuldig en vertrouwelijk behandelen.

U kunt de door u ingevulde vragenlijst digitaal terugsturen naar één of meerdere van de volgende e-mailadressen:

Marte Holtkamp:	m.holtkamp@mst.nl	06-15623732
Lotte Wilharms:	l.wilharms@mst.nl	06-23226584
Christel Geerts:	c.geerts@mst.nl	06-11966038
Mellen Lenferink:	m.lenferink@mst.nl	06-15226991

U kunt de door u ingevulde vragenlijst ook schriftelijk inleveren bij Marieke Holtslag of Pauline Lubberhuizen, stafdienst kwaliteit en veiligheid.

Wij zouden de ingevulde vragenlijsten graag **voor 1 juni** van u ontvangen. Indien wij de lijst 1 juni nog niet hebben ontvangen, zullen wij even langskomen op de afdeling om hem eventueel op te halen.

Met vriendelijke groet,

Marte Holtkamp, Lotte Wilharms, Christel Geerts en Mellen Lenferink

Voorafgaand aan de vragenlijst willen wij u een aantal algemene vragen stellen ter introductie.

Naam: _____

☐ Ik wens anoniem te blijven

Functie: _____

Sinds: _____

Afdeling: _____

Vooropleiding(en): _____

De volgende vragen hebben betrekking op het verpleegkundig personeel binnen uw afdeling. Zou u de vragen zo compleet mogelijk willen beantwoorden? Aangezien het mogelijk is dat sommige verpleegkundigen werkzaam zijn op verschillende afdelingen willen wij u vragen de verpleegkundigen aan te duiden met het personeelsnummer (M-code). Op deze manier kunnen wij eventueel dubbel genoemde verpleegkundigen uit het systeem filteren zodat zij niet dubbel geteld worden. Wij zullen de gegevens uiteraard zeer zorgvuldig en discreet behandelen. Tevens is bij ons niet bekend welke naam achter welk personeelsnummer hangt.

Vraag 1

Kunt u in de onderstaande tabel de m-codes van de verpleegkundigen op uw afdeling noteren en daarbij vermelden welke vooropleiding(en) gevolgd is/zijn?

Let op: het gaat hier om afgeronde opleidingen, dus opleidingen waar een diploma voor behaald is. Tevens gaat het hier om de verpleegkundige opleidingen, eventueel aanvullende opleidingen op het gebied van management en dergelijke zijn dus niet van toepassing

(zie tabel volgende pagina)

TIP: hang de lijst van vraag 1 duidelijk zichtbaar op de afdeling, zodat alle verpleegkundigen hem zelf in kunnen vullen. Dan komen wij de lijsten 2 juni ophalen op de afdelingen.

M-code	Werkzaam	Hoogst genoten (verpleegkundig) opleidingsniveau	Naam opleiding	Diploma behaald in (jaartal):
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		
	○ Klinisch ○ Poliklinisch	○ Inservice ○ MBO-V ○ HBO-V ○ HBO master ○ WO master		

Vraag 2

Wordt er binnen uw afdeling reeds onderscheid gemaakt tussen de verschillende niveaus van het verpleegkundig personeel?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Kunt u aangeven op welk gebied het gemaakte onderscheid gemaakt wordt?

- ☐ Op gebied van **opleidingsniveau**
- ☐ Op gebied van **ervaring**
- ☐ Op gebied van _____

Vraag 3

Kunt u aangeven op welke wijze het gemaakte onderscheid zoals aangegeven in vraag 2 zich openbaart op de werkvloer? U kunt hier meerdere vakjes aankruisen.

- ☐ Verschillende **verantwoordelijkheden**
- ☐ Verschillende **taken**
- ☐ Afwijkende **personeelsbezetting**
- ☐ Anders, nl: _____
- ☐ Anders, nl: _____

Vraag 4

Kunt u kort aangeven wat u de voor- en nadelen van een eventueel onderscheid in opleidingsniveau tussen uw verpleegkundigen vindt?

Dit is het einde van de vragenlijst. Wij willen u hartelijk danken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Bijlage 2: Samenvatting interview T. Holwerda, Gelderse Vallei

Op maandag 1 juni 2015 is mevr. Holwerda, hoofd zorginnovatie binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede geïnterviewd. Uit dit interview kwamen de volgende punten naar voren.

In 1996 is geprobeerd onderscheid te maken tussen mbo en hbo verpleegkundigen. Dit onderscheid diende op twee manieren te worden doorgevoerd, zowel in de opleiding als functiedifferentiatie. De opleiding zijn erin geslaagd een onderscheid door te voeren waarna de in-service opleidingen zijn gestopt. Binnen de Gelderse Vallei is vervolgens besloten dat een in-service opleiding tot mbo niveau gerekend moet worden, omdat het aantal lesuren van een in-service opleiding tussen het mbo en hbo niveau in zat.

In de praktijk blijkt echter dat er geen functiedifferentiatie wordt gemaakt, dit betekend dat mbo verpleegkundigen op hun tenen lopen en hbo verpleegkundigen niet op het kunnen worden bevraagd. Bij de verpleegkundigen die de afgelopen 10 jaar hun opleiding hebben afgerond is een wezenlijk verschil zichtbaar in opleidingsniveau. Beide niveaus zijn evenveel waard en onmisbaar, maar er is een duidelijk verschil tussen *denk-* en *werkniveau* zichtbaar. Mbo verpleegkundigen zijn praktischer ingesteld.

De verdeling binnen de Gelderse Vallei is als volgt: 30% hbo, 30% mbo en 40% in-service. Momenteel wordt er nog geen onderscheid gemaakt tussen de mbo en hbo verpleegkundigen op de afdelingen, dit onderscheid zal pas in 2020 worden doorgevoerd. De Gelderse Vallei kijkt niet enkel naar het opleidingsniveau. Iedereen wordt langs een meetlat gelegd: op welk niveau wordt er door iemand gewerkt, op welk niveau werkt deze verpleegkundige en klopt dit met elkaar. Wanneer opleidingsniveau en de uitwerking hiervan op de werkvloer niet met elkaar over een stemmen zullen verpleegkundigen moeten worden bijgeschoold. Dit geldt zowel voor mbo verpleegkundigen die hoger op willen komen als hbo verpleegkundigen die onder de maat presteren. Om te stimuleren dat hbo verpleegkundigen boven mbo verpleegkundigen

De uiteindelijke functiedifferentiatie zal worden gemaakt op basis van het beroepsprofiel. Mbo'ers werken in voorspelbare zorg volgens richtlijnen bij stabiele patiënten. Deze patiënten kunnen dan wel erg ziek zijn, maar de problemen die kunnen optreden zijn verwacht en de oplossingsrichting is bekend. Mbo is voor de planbare en voorspelbare zorg, hbo voor onvoorspelbare, met continue integratie uit verschillende ziektebeelden en scenario's. Daarnaast moeten hbo verpleegkundigen aan het begin van de zorg worden ingezet. Zij moeten een inschatting maken van de zorgzwaarte en hier vervolgens een mbo of hbo verpleegkundige op zetten.

Het indelen van het functiehuis zal op de volgende opeenvolgende wijze worden samengesteld:

1. Complexiteit van patiënten vaststellen op de afdeling op basis van de gesprekken met de betreffende afdeling.
2. Aan de hand van de complexiteit kan voor drie opties worden gekozen: alleen hbo verpleegkundigen, alleen mbo verpleegkundigen of een mix van beide verpleegkundigen.
3. Inrichting van zorg kiezen: teamverpleging of patiënten toewijzing.
 - Teamverpleging: een groep verpleegkundigen is verantwoordelijk voor een groep patiënten. Dit team bestaat uit hbo en mbo verpleegkundigen, deze teams kijken onderling wie wat doet.
 - Patiëntentoewijzing: iedere verpleegkundige is verantwoordelijk voor een bepaalde patiënt. Mbo verpleegkundigen krijgen de voorspelbare zorg en hbo verpleegkundigen moeten zorg dragen voor de meer complexere patiënten.

De afdelingen stellen de functiemix zelf samen en mogen vervolgens zelf kiezen voor welke manier van zorg inrichting zij kiezen op de afdeling. Er zijn echter wel heldere richtlijnen en beleid waar qua zorg aan voldaan moet worden. Dit is mede gedaan om weerstand van het verpleegkundig personeel te voorkomen. Allereerst werden er gesprekken gevoerd met de afdeling, vervolgens werden die ideeën die uit deze gesprekken naar voren kwamen besproken met de werkgroep van de afdeling om er met een kritische blik naar te kijken. Vervolgens kwam er weer een grote afdelingsvergadering en kon er kritiek geleverd worden. Ten slotte gaan de bevindingen terug naar de stuurgroep verpleegkundig beleid en werden de besluiten definitief.

Tot slot kijkt gaat er onderscheid komen qua salaris: mbo blijft in dezelfde schaal en hbo gaat een schaal omhoog.

Bijlage 3: samenvatting interview E. Kluijtmans, Jeroen Bosch Ziekenhuis

Op donderdag 4 juni 2015 is mevrouw Kluijtmans, HR adviseur business partner binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch geïnterviewd. Uit dit interview kwamen de volgende punten naar voren.

Mevrouw Kluijtmans is sinds vier jaar werkzaam binnen de functie van HR adviseur. Hiervoor heeft zij de studie gezondheidswetenschappen gevolgd. Sinds een aantal jaren doet Jeroen Bosch (verder aangeduid als JBZ) onderzoek naar functiedifferentiatie op het gebied van hbo en mbo verpleegkundigen. Dit onderzoek is begonnen na een visie van voormalig voorzitter van de Raad van Bestuur Willy Spaan. Hij was een man van kwaliteit en veiligheid, en heeft dit dan ook centraal gezet binnen het ziekenhuis. Zijn visie was als volgt: 'als je de zorg wilt verbeteren, begin je bij de verpleegkundigen. Die staan namelijk aan het bed. We moeten af van de situatie waarin de hoger opgeleiden verder van het bed staan.' Bovendien gaven veel hbo verpleegkundigen aan niet verder van het bed geplaatst te willen worden. Zij bleven dus op mbo niveau presteren om maar aan het bed te blijven. Dit moest veranderen met het oog op de kwaliteit en veiligheid.

Hiertoe heeft hij de verpleegkundige adviesraad (VAR) uitgenodigd om een visie van de zorgkundige professional op te stellen. Hierdoor werd de VAR centraal gezet in het onderzoek omtrent functiedifferentiatie. Vervolgens is men vanuit HR begonnen met het schrijven van nieuwe functieprofielen voor niveau 4 (mbo) en niveau 5 (hbo). De RvB omarmde de visie van de VAR, waardoor het succes van het onderzoek geboren was: doordat de VAR mede ontwikkelaar was, was het tegenover de afdelingen minder moeilijk het plan te presenteren: deze visie kwam echt vanuit de beroepsgroep, al werd dit niet altijd in dank afgenomen. Met name de mbo verpleegkundigen stonden in het begin negatief tegenover deze ontwikkelingen.

Ten aanzien van de emotionele aspecten bleek het volgende. Het onderzoek ligt binnen het ziekenhuis erg gevoelig. Het verschil tussen de mbo en hbo verpleegkundige bleek vooral tot uiting te komen in het kritisch denkvermogen, het abstracte niveau waarop een hbo verpleegkundige denkt. Dit zag men voornamelijk terug na een nachtdienst met hbo verpleegkundigen: overdag werden minder problemen ervaren, omdat de hbo verpleegkundige tijdens de nachtdienst al anticipeerde op de dagdienst. Toch blijkt dit verschil lastig uit te leggen: je kunt een mbo verpleegkundige moeilijk iets vertellen over een abstract denkvermogen wat zij zelf niet bezitten. Hierdoor stuitte men nogal eens op onbegrip bij de mbo verpleegkundigen.

Van de hbo verpleegkundige vraagt JBZ een helicopterview over het team. Zij moeten ook buiten de muren van het ziekenhuis kijken. De patiënt gaat na verloop van tijd naar huis en dient zich ook daar te kunnen redden. Tevens wordt inzicht verwacht in het klinische redeneren aan de hand van

Evidence Based Practice (EBP). Wat is de best practice en hoe dient deze in deze situatie geïmplementeerd te worden? Dit houdt in dat zij ook literaire stukken moeten doorlezen.

JBZ biedt een deel van haar mbo verpleegkundigen een bijscholing aan tot hbo verpleegkundige. Zij merkten in de beginfase dat veel mbo verpleegkundigen van mening waren dat zij zich wilden laten bijscholen, maar hier toch niet geschikt voor bleken. Hiertoe hebben zij besloten een toelatingstest in te voeren. Wanneer de mbo verpleegkundige slaagt voor de test, mogen zij deelnemen aan het bijscholingsprogramma dat 2,5 jaar duurt. Deze bijscholing wordt door JBZ gefinancierd. Veelal is een verandering in denkwijze na een half jaar merkbaar. Na 2,5 jaar is de denkwijze van deze verpleegkundigen dan ook compleet veranderd.

Wat betreft de verhouding mbo en hbo verpleegkundigen streeft JBZ naar een goede verhouding. Zij willen niet een ziekenhuis met enkel hbo verpleegkundigen. Hiertoe hebben zij in het begin geen eisen gesteld: zij hebben enkel de verpleegafdelingen zelf actief laten nadenken over een gewenste hoeveelheid hbo verpleegkundigen. Hierbij was het belangrijk dat een hbo context gecreëerd werd. Deze hbo context zorgt ervoor dat de hbo verpleegkundigen voldoende in de teams vertegenwoordigd zijn, waardoor hun nieuwe denkwijze niet 'afgehakt' wordt. JBZ is namelijk van mening dat een minderheid in een team haar denkwijze niet lang kan doorvoeren, omdat ze dan weer snel meegaan in de meerderheid van meningen. Na een korte tijdsperiode zag de afdeling HR dat alle afdelingen afstevenden op een percentage van rond de 30%. Aan de hand hiervan hebben zij besloten een hbo context vast te stellen van 30%. Nu dient elke verpleegafdeling minimaal 30% hbo verpleegkundigen in dienst te hebben. Aan de hand van de complexiteit van de verschillende afdelingen kunnen deze percentages door de afdelingen verhoogd worden. Zo werkt de intensive care met enkel hbo verpleegkundigen.

Binnen JBZ kent men behalve de hbo en mbo verpleegkundige ook de in-service verpleegkundige. Mevrouw Kluijtmans is, samen met de rest van het ziekenhuis, de mening toebedeeld dat de in-service verpleegkundigen op een hoger niveau presteren dan de mbo verpleegkundigen. JBZ verwacht dat dit verschil in niveau verklaard kan worden door het verschil in middelbare school diploma. Waar de meeste mbo verpleegkundigen als vooropleiding vmbo hebben gedaan, hebben de in-service verpleegkundigen vaak een vwo of havo achtergrond. Hierdoor ligt het denkniveau van de in-service verpleegkundigen vaak hoger dan dat van de mbo verpleegkundigen. Toch worden de in-service verpleegkundigen onder de mbo verpleegkundigen gedeeld, aangezien hun diploma op mbo niveau ligt.

Tenslotte heeft JBZ nagedacht over de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen. Volgens JBZ zijn gespecialiseerde verpleegkundigen niet altijd wenselijk. Zij zijn vaak enigszins vastgeroest in hun vakgebied en kijken daardoor niet naar eventuele andere vakgebieden. Het is namelijk niet wenselijk dat een verpleegkundige van de afdeling neurologie bij een patiënt die plotseling een hartaanval krijgt, niet verder kijkt dan het hoofd. Een zekere flexibiliteit en transfercapaciteit is nodig wat betreft de verpleegkundige inzet. JBZ stimuleert de mobiliteit van haar personeel: verpleegkundigen moeten niet te lang op één afdeling blijven, zij worden gestimuleerd om de zoveel jaar van afdeling te wisselen.

Toepassing van functiedifferentiatie leidde bij JBZ in de praktijk tot een vreemde situatie. Zo waren de teamhoofden van mening dat een net afgestudeerde hbo verpleegkundige niet op hbo niveau presteerde, aangezien de ervaren mbo verpleegkundigen op een hoger niveau presteerden. De teamhoofden waren dan ook de mening toebedeeld dat deze nieuwe hbo verpleegkundigen het eerste jaar als mbo verpleegkundige dienden te worden geregistreerd. Deze situatie was volgens de afdeling HR van JBZ onwenselijk. Hiertoe hebben zij besloten de nieuwe verpleegkundigen het eerste

jaar als trainee te registreren. Dit traineejaar wordt dan ook gebruikt om te leren, waarna de verpleegkundige direct doorstroomt in het door haar behaalde verpleegkundige opleidingsniveau.

JBZ werkt samen met de AVANS Hogeschool van Den Bosch. In samenwerking met deze hogeschool is een project gestart waarin zowel door het ziekenhuis als de hogeschool wordt geïnvesteerd in een goede opleiding voor hbo verpleegkundigen. De situatie zoals beschreven in het rapport Bachelor of Nursing 2020 wordt door JBZ en AVANS dan ook al toegepast.

Wanneer functiedifferentiatie toegepast wordt binnen een ziekenhuis, is het aanbrengen van een verschil in salariering volgens JBZ stap 1. Mevrouw Kluijtmans legde uit dat je niet meer van een hbo verpleegkundige kan vragen wanneer daar geen hogere waardering tegenover staat. Zij hebben de volgende verdeling gemaakt, gebaseerd op de FWD salarisschalen:

- Op de algemene verpleegafdelingen zitten de mbo verpleegkundigen in schaal 45 en de hbo verpleegkundigen in schaal 50
- Op de gespecialiseerde verpleegafdelingen zitten zowel de mbo als hbo verpleegkundige in schaal 50. Onderscheid is aangebracht op een bijzondere wijze: de hbo verpleegkundige kan, wanneer de mbo verpleegkundige is uitgegroeid, nog twee extra periodieken krijgen, waardoor zij bijna in schaal 55 terecht komen.
- Bijzondere afdelingen als de intensive care, hartbewaking en spoedeisende hulp hebben enkel hbo verpleegkundigen en zitten in schaal 55.

Tot slot vertelde mevrouw Kluijtmans over een nieuw project binnen JBZ. Zij hebben namelijk 150 hbo verpleegkundigen benoemd, die samen met een aantal teamhoofden en nationaal geselecteerde docenten allemaal samenwerken aan een project dat wordt gefinancierd door de overheid. Hiertoe zijn een aantal kernwaarden opgesteld die een hbo verpleegkundige moet bezitten, zoals aanjager, kartrekker, helikopterview, analytisch denkvermogen enzovoorts. Er lopen drie groepen en iedere verpleegkundige is voor zichzelf ergens voor verantwoordelijk. Zij krijgen hier bovendien geen tijd voor vrij gepland. Het is belangrijk dat hbo verpleegkundigen zelf hun tijd inschalen en zelf beslissen wanneer zij hun tijd vrij moeten maken voor overkoepelende taken.

[Bijlage 4: samenvatting interview A.R. Oosterbroek, ROC van Twente](#)

Mevr. Oosterbroek is docent verpleegkunde en curriculum ontwikkelaar. Op dit moment zijn ze bezig met het kwalificatiedossier 2015. Die wordt veranderd naar de nieuwe ontwikkeling en het omzetten van programma's naar dit nieuwe dossier. Ze zijn nog niet helemaal tevreden met leerjaar 1. Bovendien zijn er veranderingen doorgevoerd bij de stage. De eerste leerlingen gingen na 10 weken namelijk meteen al op stage, dit was niet meer wenselijk.

De inrichting van de opleidingsprofielen wordt gedaan volgens de kwalificatiedossiers. Daar staan ook de richtlijnen in die de leerlingen na de opleiding moeten kunnen en kennen. Onderwijs wordt dus ingevuld op de uitgangspunten van dit dossier.

De studenten geven aan dat er een kloof is tussen wat ze leren en wat er in de praktijk is. De leerlingen wordt uitgebreid geleerd hoe ze een verpleegplan moeten opstellen. Op deze manier moeten ze methodisch leren werken, maar in de praktijk wordt het niet precies zo gedaan. Dat snappen de leerlingen niet. Dit is wel de basis dat ze moeten kunnen, ze moeten snappen wat er allemaal achter zit.

Mevr. Oosterbroek heeft niet het idee dat mbo studenten overvraagd worden. Dit ziet ze ook niet als 3^e en 4^e jaars studenten stage lopen. Ze denkt vooral dat hbo'ers ondervraagd worden. de

gemiddelde mbo student zit volgens haar prima op haar plek. Ze worden voldoende opgeleid voor wat ze doen in de praktijk.

Bij ROC richten ze zich nog niet op de nieuwe beroepsprofielen 2020. Dat is nog te ver weg. Bovendien verandert er in de tussentijd nog van alles. Wat het precies voor het mbo betekent weet ze nog niet.

Opvallend is dat mbo bijna geen stageplekken meer krijgt. ZGT is één van de ziekenhuizen die aangeeft geen mbo opgeleide stagiaires meer te willen. Ook niet voor leerjaar 2. Dit geldt ook voor MST. vanaf leerjaar 3 bieden ze wel weer wat stageplekken aan, maar niet heel veel. Dit is sinds ongeveer 2 jaar zo. Mevr. Oosterbroek weet niet of dit tot gevolg heeft dat er minder mbo studenten in de ziekenhuiszorg terechtkomen.

Mevr. Oosterbroek vindt het goed dat er een duidelijke verdeling gemaakt wordt tussen hbo en mbo verpleegkundigen. Ze heeft zelf hbo-v gedaan en vond het gruwelijk oneerlijk dat ze exact hetzelfde werk deed en dezelfde betaling kreeg als mbo verpleegkundigen. Dat vond ze niet leuk en ook heel raar. Ze vindt het raar dat er uit de kwalificatiedossiers naar voren komt dat er tussen hbo en mbo verschil in opleiding zit, maar hier in de praktijk niks mee gedaan wordt. Ze is wel van mening dat je niet zonder mbo'ers kunt. Daar zit evenzo toppers bij.

Mevr. Oosterbroek zegt dat ze hier in de regio merkt dat veel verpleeghuizen investeren in het opscholen van hun medewerkers. Veel mensen die niveau 3 opgeleid zijn willen nu opgeleid worden voor niveau 4. Dat heeft ook voor een deel te maken met financiering. Veel studenten die kiezen voor de ziekenhuiszorg willen na het mbo nog hbo gaan volgen. De studenten merken ook dat ziekenhuizen liever hbo hebben. De vraag vanuit het werkveld is dus dat ze meer hbo willen.

Een mbo'er met ervaring kan evengoed werken in het vlekkenplan zoals de bedoeling is in de nieuwbouw van MST. het hangt echter wel af van de flexibiliteit van de persoon. Maar dat geldt evenzo voor de hbo'er. Je moet echter geen beginnende mbo'er in de schil gaan zetten. Mevr. Oosterbroek is van mening dat je die eerst zoveel mogelijk ervaring op moet laten doen met zorgvragers die zoveel mogelijk hetzelfde zijn. Daarna is uitbouwen zeker mogelijk.

Werkgevers moeten hun best doen om een onderscheid te maken en hbo'ers op hun plek te laten zetten. Nu doen hbo'ers te veel onder hun niveau. Ze denkt dat mbo'ers op hun plek zitten. Ze zou er voor kiezen om die hbo'ers meer te laten doen en meer verantwoordelijkheid te geven, zodat zij uitdaging vinden.

Bijlage 5: Beroeps- en opleidingsniveau verpleegkundigen

A Kerncompetenties hbo verpleegkundige

NLQF niveau 6	Omschrijving (NLQF, z.d.)	CanMEDS-rollen	Hbo kern competenties
Context	Een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving, ook internationaal	Zorgverlener, professional en kwaliteitsbevorderaar	Transfer en brede inzetbaarheid
Kenniss	Bezit een gevorderde gespecialiseerde kennis en kritisch inzicht in theorieën en beginselen van het beroep, kennisdomein en breed wetenschapsgebied	Alle competentiegebieden	Transfer en brede inzetbaarheid
	Bezit brede geïntegreerde kennis en begrip van de omvang, de belangrijkste gebieden en grenzen van het beroep, kennisdomein en breed wetenschapsgebied	Alle competentiegebieden	
	Bezit kennis en begrip van enkele belangrijke actuele onderwerpen en specialismen gerelateerd aan het beroep of kennisdomein en breed wetenschapsgebied	Alle competentiegebieden	
Toepassen van kennis	Reproduceert en analyseert de kennis en past deze toe, ook in andere contexten, zodanig dat dit een professionele en wetenschappelijke benadering in beroep en kennisdomein laat zien	Zorgverlener, gezondheidsbevorderaar, reflectieve EBP-professional	Methodologisch en reflectief denken en handelen
	Past complexe gespecialiseerde vaardigheden toe op de uitkomsten van onderzoek	Reflectieve EBP-professional	Wetenschappelijke toepassing
	Brengt met begeleiding op basis van methodologische kennis een praktijkgericht of fundamenteel onderzoek tot een goed einde	Reflectieve EBP-professional	
	Stelt argumentaties op en verdiept die. Evalueert en combineert kennis en inzichten uit het specifieke domein kritisch	Reflectieve EBP-professional	
	Signaleert beperkingen van bestaande kennis in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en onderneemt actie	Reflectieve EBP-professional	
	Analyseert complexe beroeps- en wetenschappelijke taken en voert deze uit	Reflectieve EBP-professional	
Probleem-oplossende vaardigheden	Onderkent en analyseert complexe problemen in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en lost deze op tactische, strategische en creatieve wijze op door gegevens te identificeren en te gebruiken	Zorgverlener Reflectieve EBP-professional Professional en kwaliteitsbevorderaar	Probleemgericht werken, creativiteit en complexiteit in handelen
Leer- en ontwikkel-vaardigheden	Ontwikkelt zichzelf door zelfreflectie en zelfbeoordeling van eigen (leer)resultaten	Reflectieve EBP-professional	Creativiteit en complexiteit in handelen

NLQF niveau 6	Omschrijving (NLQF, z.d.)	CanMEDS-rollen	Hbo kern competenties
Informatie-vaardigheden	Verzamelt en analyseert op een verantwoorde, kritische manier brede, verdiepte en gedetailleerde beroeps-gerelateerde of wetenschappelijke informatie over een beperkte reeks van basistheorieën, principes en concepten van en gerelateerd aan een beroep of kennisdomein, evenals beperkte informatie over enkele belangrijke actuele onderwerpen en specialismen gerelateerd aan het beroep en kennisdomein en geeft deze informatie weer	Zorgverlener Reflectieve EBP-professional Professional en kwaliteitsbevorderaar	
Communicatie-vaardigheden	Communiqueert doelgericht op basis van in de context en beroepspraktijk geldende conventies met gelijken, specialisten en niet-specialisten, leidinggevend en cliënten	Communicator Samenwerkingspartner	Sociaal-communicatieve bekwaamheid
Verantwoordelijkheid en zelfstandigheid	Werkt samen met gelijken, specialisten en niet-specialisten, leidinggevend en cliënten Draagt verantwoordelijkheid voor resultaten van eigen werk en studie en het resultaat van het werk van anderen Draagt gedeelde verantwoordelijkheid voor het aansturen van processen en de professionele ontwikkeling van personen en groepen Verzamelt en interpreteert relevante gegevens met het doel een oordeel te vormen dat mede gebaseerd is op het afwegen van relevante sociaal-maatschappelijke, beroepsmatige, wetenschappelijke of ethische aspecten	Samenwerkingspartner, reflectieve EBP-professional Samenwerkingspartner, reflectieve EBP-professional & organisator Samenwerkingspartner, reflectieve EBP-professional & organisator Reflectieve EBP-professional, organisator	Multidisciplinaire integratie Basiskwalificering voor management-functies Transfer en brede inzetbaarheid Brede professionalisering Besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid

Bachelor of Nursing 2020: NLQF niveau 6, CanMEDS-rollen en hbo kernkwalificaties (LOOV, 2015)

B CanMEDS-rollen

CanMEDS		
	CanMEDS-rollen	Competentiegebieden
1	Zorgverlener	Vakinhoudelijk handelen
2	Communicator	Communicatie
3	Samenwerkingspartner	Samenwerking
4	Reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap; de reflectieve EBP-professional	Kennis en wetenschap
5	Gezondheidsbevorderaar	Maatschappelijk handelen
6	Organisator	Organisatie
7	Professional en kwaliteitsbevorderaar	Professionaliteit en kwaliteit

De verschillende CanMEDS-rollen met bijbehorende competentiegebieden (LOOV, 2015)

Roles	Key Competencies
	The specialist must be able to ...
Medical Expert	- demonstrate diagnostic and therapeutic skills for ethical and effective patient care - access and apply relevant information to clinical practice - demonstrate effective consultation services with respect to patient care, education and legal opinions
Communicator	- establish therapeutic relationship with patients/families - obtain and synthesize relevant history from patients/families/communities listen effectively - discuss appropriate information with patients/families and the health care team
Collaborator	- consult effectively with other physicians and health care professionals - contribute effectively to other interdisciplinary team activities
Manager	- utilize resources effectively to balance patient care, learning needs, and outside activities - allocate finite health care resources wisely - work effectively and efficiently in a health care organization - utilize information technology to optimize patient care, life-long learning and other activities
Health Advocate	- identify the important determinants of health affecting patients - contribute effectively to improved health of patients and communities - recognize and respond to those issues where advocacy is appropriate
Scholar	- develop, implement and monitor a personal continuing education strategy - critically appraise sources of medical information - facilitate learning of patients, house staff/students and other health professionals - contribute to development of new knowledge
Professional	- deliver highest quality care with integrity, honesty and compassion - exhibit appropriate personal and interpersonal professional behaviours - practise medicine ethically consistent with obligations of a physician

CanMEDS-rollen en bijbehorende kerncompetenties (CanMEDS 2000 project, 1996).

Roles	Learning Environment	Bedside Teaching	Structure: Cognitive Instruction (eg case discussions, half days rounds)	Workshops
Medical Expert	• self-directed learning • individual mentorship	• apprenticeship model	• problem-based learning • clinical reasoning	• effective consultations • presentation skills • evidence-based medicine • information access/ retrieval • bioethics
Communicator	• empathy, respect (reflects how patient be treated) • individual & group reflection of experiences	• role modelling • effective patient and family communications	• conceptual framework of patient-MD communication • communication skills, special topics (eg racial, cultural issues, bad news)	• communication skills with constructive feedback • role playing, +/- videotape
Collaborator	• interdisciplinary organization/staffing • seamless health care delivery unit (inpatient/ ambulatory)	• role modelling	• relevant governance structures • interdisciplinary teaching sessions	• team building exercises
Manager	• role modelling, managing time & resources between different priorities		• allocation of health care resources	• practice management • leadership skills
Health Advocate	• individual & patient population and advocacy issues		• relevant governance structures • interdisciplinary teaching sessions	• effective intervention, assistance in patient and population problem
Scholar	• self-directed learning • evidence-based practice • life long learning • practice reflection	• learning from clinical problems	• clinical standard setting • quality assurance/ management • health economics	• reflection on practice • critical appraisal skills
Professional	• direct observation and feedback • learner prescriptions	• role modelling of professional attitudes and behaviours	• case-based discussions • medico-legal rounds • medical ethics rounds	• awareness of professional responsibilities

CanMEDS-rollen en opleidingsstrategieën voor implementatie (CanMEDS 2000 project, 1996).

Bijlage 6: respons van de afdelingen

A Afdelingen met respons

Afdeling	Verpl. Volgens HRM	Respons	%respons	%In-service	%mbo	%hbo	Hbo-master
A2-H	34	13	38.2%	15,38%	23,08%	53,85%	7,69%
A3-H	42	43	>100%	48,84%	13,95%	37,21%	
A4-H/C4-H	57	61	>100%	33,96%	32,08%	33,96%	
B4-H	28	23	82.1%	26,09%	13,04%	60,87%	
C3-H	39	34	87.2%	41,18%	26,47%	32,35%	
C5-H	41	33	80.5%	90,91%	9,09%		
D2-H	35	11	31.4%	27,27%	9,09%	63,64%	
D3-H	46	38	82.6%	31,58%	21,05%	47,37%	
D4-H	40	11	27.5%	9,09%	54,55%	36,36%	
E1-A	47	16	34%	62,50%		37,50%	
E2-A	36	35	97.2%	37,14%	22,86%	40,00%	
E3-A	41	36	87.8%	41,67%	22,22%	36,11%	
E4/F3 -A	67	57	85.07%	35,09%	5,26%	59,65%	
G3	26	16	61,54%	43,75%	6,25%	50,00%	
K1 + K2	91	65	71,43%	64,62%	35,38%		
B. Uro ³	10	10	100%	100%			
Dagb. Cyto ⁴	20	20	100%	80,00%	5,00%	15,00%	
Endo ⁵	21	21	100%	33,33%	23,81%	42,86%	
Hemo ⁶	79	76	96,2%	43,42%	5,26%	51,32%	
HFP ⁷	4	4	100%	75%		25%	
HRV ⁸	2	3	>100%	33,33%	33,33%	33,33%	
HRM ⁹	66	63	95.5%	12,70%	36,51%	50,79%	
MKA ¹⁰	5	6	>100%	66,67%		33,33%	
SP. R ¹¹	3	4	>100%	75%		25%	

³ Behandelpoli Urologie

⁴ Dagbehandeling Cytostatica

⁵ Endoscopiecentrum

⁶ Hemodialyse

⁷ Hartfalen Poli

⁸ Hartrevalidatie

⁹ Invalkrachten HRM

¹⁰ Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

¹¹ Spreekuurpoli Reumatologie

B Afdelingen zonder respons

Afdeling	Aantal volgens HRM bestand	Percentage van totaal
A5	44	3.29%
K3	44	3.29%
K4	44	3.29%
Acute Zorg Post Oldenzaal	7	0.52%
Algemeen RVE Psychiatrie	1	0.07%
ANW-Coördinatie	8	0.59%
Behandelpoli Chirurgie	7	0.52%
Behandelpoli Orthopaedie	1	0.07%
Behandelpoli Plastische Chirurgie	5	0.37%
Behandelpoli Wondzorg	4	0.30%
Cardio Research	7	0.52%
Dagbehandeling PAAZ	2	0.15%
Gispkamer Enschede	1	0.07%
HCK-Algemeen	3	0.22%
HRM ARBO	1	0.07%
IC	123	9.20%
IC Thoraxcentrum	30	2.24%
Longfunctie	1	0.07%
Mammacare poli	3	0.22%
MDL screening en regie	5	0.37%
OK-complex holding	2	0.15%
OK-complex PACU/verkoever	34	2.54%
Wetenschappelijk onderzoek	2	0.15%
Opleiding AIC-TIC	8	0.59%
Patiëntenplanning	4	0.30%
Pijnpoli 30	4	0.30%
Poliklinische OK VKC	3	0.22%
Pool bureau	1	0.07%
Rookstop poli	3	0.22%
Spoedeisende hulp	43	3.22%
Diabetesverpleegkundigen	7	0.52%
Spr. Poli tonometrie/ischaemie	3	0.22%
Spr. Poli dermatologie	1	0.07%
Spr. Poli Intern	2	0.15%
Spr. Poli kindergeneeskunde	2	0.15%
Spr. Poli MKA	1	0.07%
Spr. Poli Oogheelkunde	2	0.15%
Spr. Poli Psychiatrie	4	0.30%

