PRISMANT

Arbeidsmarktonderzoek toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging

-

Bijlage onderzoeksbevindingen en doorrekeningen

Francisca van der Velde
Wesley Aalbers
Ineke Bloemendaal
Sarah Detaille
Wendy Verbruggen

Datum 17-12-2019

Titel Arbeidsmarktonderzoek toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Bijlage verslaglegging en doorrekeningen.

Verantwoordelijke Prismant Francisca van der Velde

Contactgegevens Prismant

Prismant
Van Deventerlaan 30-40
3528 AE Utrecht

© Copyright Prismant 2019

INHOUDSOPGAVE

Inleiding **5**

1 Doel, onderzoeksvragen en methodiek **7**

1.1 Vragenlijsten verpleegkundigen 7

1.2 Vragenlijst verzorgenden 9

1.3 Vragenlijst werkgevers 10

2 De huidige groep verpleegkundigen en verzorgenden **11**

2.1 Verpleegkundigen: niveau van de functie 11

2.2 Onbenut potentieel verpleegkundigen? 12

2.3 Onbenut potentieel verzorgenden? 12

2.4 Verwachtingen omtrent advies 12

3 De zorg van de toekomst **14**

3.1 Inleiding 14

3.2 Ontwikkelingen in de zorg 14

3.3 De belangrijkste ontwikkelingen per branche 16

4 Functiedifferentiatie **19**

4.1 Inleiding 19

4.2 Achtergronden bij functiedifferentiatie 20

4.3 Functiedifferentie en de mens: mogelijke effecten 23

4.4 Functiedifferentie en de zorg: mogelijke effecten 33

4.5 Functiedifferentiatie en middelen: mogelijke effecten 39

4.6 Randvoorwaarden voor functiedifferentiatie 43

5 Scholing **51**

5.1 Inleiding 51

5.2 Bevindingen uit recent onderzoek 51

5.3 Opscholing: belemmeringen, succesfactoren en randvoorwaarden 53

5.4 Scholingsactiviteiten en wens tot scholen in cijfers 55

5.5 Opscholingspotentieel 62

6 De functiemix in het mensscenario 65
6.1 Inleiding 65
6.2 Het bepalen van de mix van verpleegkundigen 65
6.3 Verzorgenden 72
6.4 Uiteindelijke functiemix in het mensscenario 72

7 De functiemix in het zorgscenario 75
7.1 Inleiding 75
7.2 Een aantal grote lijnen 75
7.3 Van zorg naar functiemix 76
7.4 Huidig potentieel 79

8 scholings- en salariskosten 80
8.1 Inleiding 80
8.2 Scholingskosten 80
8.3 Salariskosten 83

9 Vraag en aanbodramingen 85
9.1 Inleiding 85
9.2 Beschrijving van het model 85
9.3 Raming mensscenario 87
9.4 Raming zorgscenario 88
9.5 Raming middelen 89
9.6 Confrontatie mens en zorgscenario 89

Literatuurlijst 91

INLEIDING

Eind 2015 heeft de stuurgroep 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' haar eindrapport aangeboden aan de minister van VWS. In dit rapport is een duidelijk onderscheid gemaakt tussen drie beroepsprofielen: 'Regieverpleegkundige' (hbo-verpleegkundige), 'Verpleegkundige' (mbo-verpleegkundige) en 'Verzorgende IG' (verzorgende). Om een vervolg te geven aan dat rapport is de regiegroep 'Vervolg beroepsprofielen' opgezet. Het doel van de regiegroep is zeker te stellen dat de drie beroepen in de praktijk werkelijkheid worden en aansluiten op de ontwikkelingen en zorgvraag in de praktijk. In de regiegroep komen zes thema's aan de orde, waaronder een arbeidsmarktonderzoek dat inzicht moet geven in de impact van de implementatie van het advies 'Toekomstbestendige beroepen' op de arbeidsmarkt van de drie genoemde groepen.

Arbeidsmarktonderzoek

Het doel van het arbeidsmarktonderzoek is inzicht in de effecten die de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen zal hebben op de arbeidsmarkt van de drie genoemde beroepsgroepen, zodat partijen eventueel kunnen anticiperen op deze effecten. Het arbeidsonderzoek is uitgevoerd in de periode februari – december 2018. Om de impact van het advies in kaart te brengen, is gekeken naar een aantal verschillende aspecten: de huidige beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden, de verwachte toekomstige functiemix, de verwachte scholings- en salariskosten, verwachte tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt en andere effecten. Er is daarbij vanuit drie verschillende invalshoeken gekeken naar de impact van het advies: de invalshoek van de mens, van de zorg en van de middelen.

Omdat de nieuwe beroepsprofielen vooral voor de beroepsgroep van verpleegkundigen de nodige veranderingen teweeg zullen brengen, zijn de effecten van de nieuwe beroepsprofielen vooral voor die groep in kaart gebracht. Bij de functiemix zijn zowel de verpleegkundigen als de verzorgenden in kaart gebracht.

Scenario's

Net als bij andere toekomstverkenningen en arbeidsmarktprognoses gaat het in dit onderzoek om het verkennen van mogelijke ontwikkelingen. Daarom wordt gewerkt met scenario's. Er zijn voor de verschillende invalshoeken scenario's opgesteld, met een functiemix, de verwachte scholings-en salariskosten en tekorten of overschotten op de arbeidsmarkt. Deze scenario's zijn gevuld op basis van nu beschikbare informatie, aangevuld met zo goed mogelijk onderbouwde aannames. De informatie voor de onderbouwing van deze aannames is verzameld middels deskresearch, vragenlijstonderzoek, interviews en focusgroepbijeenkomsten. Een belangrijke kanttekening is dat op dit moment de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen nog in de beginfase is en veel zaken nog uitgewerkt moeten worden. Hierdoor kunnen er nog verschuivingen plaatsvinden in de visies en inschattingen van de betrokkenen. De scenario's waar mee gewerkt is in dit onderzoek vormen dan ook geen harde prognoses maar een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. Hoewel dus geen harde prognoses gegeven kunnen worden over de arbeidsmarkteffecten van de nieuwe beroepsprofielen, is het wel mogelijk om op basis van de verschillende invalshoeken en

scenario's uitspraken te doen over de richting van de effecten en een indicatie van de grenzen waarbinnen de impact zal komen te vallen. Deze leveren aandachtspunten op voor de verdere implementatie en beleid ten aanzien van deze implementatie.

Leeswijzer
De verslaglegging van dit arbeidsmarktonderzoek bestaat uit twee delen: het hoofdrapport (*Arbeidsmarktonderzoek toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging-hoofdrapport*) en de voorliggende bijlagen bij dit hoofdrapport (*Arbeidsmarktonderzoek toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Bijlage onderzoeksbevindingen en doorrekeningen*).

Het hoofdrapport bevat de kern van de onderzoeksbevindingen. In de voorliggende bijlagen bij het hoofdrapport worden de bevindingen van de deskresearch, vragenlijsten, interviews en focusgroepbijeenkomsten uitgebreider gerapporteerd dan in het hoofdrapport. Daarnaast worden de doorrekeningen die gemaakt zijn voor de scenario's beschreven, evenals de vraag- en aanbodramingen. De bijlagen vormen daarmee enerzijds een onderbouwing van en uitleg bij de scenario's in het hoofdrapport. Anderzijds bevat het over een aantal onderwerpen meer gedetailleerde informatie dan het hoofdrapport.

In hoofdstuk 0 is een uitgebreide beschrijving gegeven van doel van het onderzoek, onderzoeksvragen en methodiek. In hoofdstuk 2 is informatie te vinden over de huidige beroepsgroepen van verzorgenden en verpleegkundigen. Hoofdstuk 3 gaat in op de zorg van de toekomst. Mogelijke neveneffecten van de functiedifferentiatie die gepaard gaat met de nieuwe beroepsprofielen zijn beschreven in hoofdstuk 4. Voor de scholingskosten en de functiemix in het mensscenario is opscholing van belang. Daar gaan we op in in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 is stap voor stap weergegeven hoe tot de functiemix in het mensscenario is gekomen. In hoofdstuk 7 wordt iets dergelijks gedaan voor de functiemix in het zorgscenario. De onderbouwing voor en de doorrekening van de salaris- en scholingskosten in de verschillende scenario's is te vinden in hoofdstuk 8. Hoofstuk 9 bevat de toelichting op en uitkomsten van de vraag- en aanbodramingen in de verschillende scenario's. Tot slot volgen nog een literatuurlijst en een lijst van geïnterviewden en deelnemers aan de focusgroepen.

1 DOEL, ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODIEK

In het hoofdrapport is een beknopte beschrijving gegeven van de gebruikte methodieken in dit onderzoek. In deze bijlagen gaan we dieper in op het vragenlijstonderzoek.

1.1 Vragenlijsten verpleegkundigen

In april van dit jaar is een vragenlijst uitgezet onder verpleegkundigen. . Hiervoor is een aselecte steekproef uit het BIG-register getrokken. Er zijn 37.500 verpleegkundigen aangeschreven. Van die groep zijn 5508 verpleegkundigen begonnen aan de vragenlijst; die hebben de lijst niet allemaal volledig ingevuld. 5384 hebben vrijwel de gehele vragenlijst doorlopen. De gerapporteerde gegevens betreffen enkel degenen die werkzaam zijn als verpleegkundige, óf degenen die werkzaam zijn in een begeleidende functie in de Gehandicaptenzorg of de Geestelijke Gezondheidszorg waarbij verpleegkundige kennis en vaardigheden worden ingezet.

Respons verpleegkundigen per branche

In onderstaande tabel wordt de verdeling van de respons per branche weergegeven, evenals de verdeling van de populatie over de branches. De verdeling van de respons komt redelijk overeen met de verdeling van de populatie. De groep die in een overige branche werkt is wat oververtegenwoordigd, de groep die in een ziekenhuis werkt is wat ondervertegenwoordigd.

Tabel 1 Verdeling verpleegkundigen naar branche (N=4253)

	Respons	Populatie
UMC's	9%	8%
Ziekenhuizen	33,5%	36%
GGZ	11%	11%
V&V	10,5%	11%
Thuiszorg (&V)	15%	16%
Gehandicaptenzorg	8%	8%
Overig	13%	9%
Totaal	100%	100%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Weegfactor

Deze verdeling komt niet helemaal overeen met de daadwerkelijke verdeling van werkzame verpleegkundigen over de branches. Daar waar totalen voor de sector worden gepresenteerd is daarom gebruik gemaakt van een weging. Niet alleen de verdeling over de branches is echter van belang, ook de over- of ondervertegenwoordiging op een aantal andere kenmerken. Enerzijds omdat bepaalde uitkomsten ook input zijn voor de vraag- en aanbodramingen. Anderzijds omdat er een verband kan bestaan tussen over- en ondervertegenwoordiging en het onderwerp van de vragenlijst (bias in de respons). Om hiervoor te corrigeren, is een weegfactor berekend.

Op een tweetal belangrijke indicatoren is de representativiteit bepaald op basis van bestaande bronnen: leeftijd en initieel diploma. Beide aspecten hebben invloed op de ramingen én (waarschijnlijk) op de manier waarop men tegen de nieuwe beroepsprofielen aankijkt en/of keuzes die men daarin wil maken. Op basis van gegevens uit het BIG-register kan goed bepaald worden wat de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep is. Uit een vergelijking met de respons op de vragenlijst, bleek dat oudere verpleegkundigen oververtegenwoordigd zijn in de vragenlijst. Daarom is voor alle respondenten een weegfactor naar leeftijd bepaald, waardoor jonge respondenten iets zwaarder meetellen in de analyses.

De samenstelling naar initieel diploma is lastiger te vergelijken met andere bronnen, simpelweg omdat er weinig harde gegevens uit andere bronnen bekend zijn omtrent het initiële opleidingsniveau van werkzame verpleegkundigen naar branche. Voor een tweetal branches was wel een goede vergelijking te maken, namelijk voor de UMC's en de thuiszorg (wijkverpleging en persoonlijke verzorging). Voor de UMC's is een vrij goede vergelijking te maken met de inventarisatie die de NFU begin 2017 bij haar leden heeft gehouden. Uit een vergelijking van de respons op onze vragenlijst en de inventarisatie van de NFU, bleek dat in onze vragenlijst de hbo'ers iets ondervertegenwoordigd waren, terwijl de inservice- en mbo-opgeleiden juist oververtegenwoordigd waren. De oververtegenwoordiging van inservice-verpleegkundigen bleek vrijwel geheel gecorrigeerd te worden door te wegen naar leeftijd. Voor de thuiszorg is een vrij goede vergelijking te maken met gegevens uit het AZW-programma. In de werkgeversenquête van AZW van 2017 is werkgevers gevraagd aan te geven hoe hun kwalificatiemix is in de wijkverpleging enerzijds en de persoonlijke verzorging anderzijds. Op basis van het totaal aantal gedeclareerde uren wijkverpleging en persoonlijke verzorging is terug te berekenen wat de kwalificatiemix dan is in deze branche. Als we die kwalificatiemix vergelijken met de respons op onze vragenlijst, dan blijkt in de thuiszorg een oververtegenwoordiging te zijn van de hbo-verpleegkundigen.

In eerste instantie lijkt het met elkaar in tegenspraak dat in de UMC's een oververtegenwoordiging van mbo'ers en inservice-opgeleiden te zien is en in de wijkverpleging een oververtegenwoordiging van hbo'ers. Daar staat tegenover dat de nieuwe beroepsprofielen in de UMC's waarschijnlijk meer onrust (en onvrede) veroorzaken bij de mbo'ers dan bij de hbo'ers. Terwijl in de wijkverpleging de nieuwe functieprofielen vooral impact zullen hebben voor de hbo'ers. Daar is immers al sprake van een onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. Er is daarom voor gekozen om voor de thuiszorg (naast de weging op leeftijd) een weegfactor te bepalen waarmee de respons op onze vragenlijst wordt gecorrigeerd, zodat de initiële opleidingsmix overeenkomt met de AZW-gegevens van 2017. Voor de UMC's wordt een zelfde soort weegfactor bepaald, maar dan één waarmee de mix aan initiële opleidingen correspondeert met de gegevens uit het NFU-onderzoek. Voor de overige branches is gekeken hoe men tegenover het advies over de nieuwe beroepsprofielen staat en of dat vergelijkbaar is met de houding van verpleegkundigen in de UMC's. Daar waar dat het geval is, is er voor gekozen om een correctiefactor in dezelfde orde van grootte te hanteren als bij de UMC's. Dat is het geval voor de ggz en de algemene ziekenhuizen. Binnen de gehandicaptenzorg leven de nieuwe beroepsprofielen veel minder dan in de andere branches en is daarom ook minder bias in de

respons te verwachten. Voor deze branche is daarom geen correctiefactor gebruikt (anders dan de weegfactor naar leeftijd). Ook in de verpleeghuiszorg lijken verpleegkundigen anders tegenover de nieuwe beroepsprofielen te staan dan in de UMC's. Ook voor die branche is daarom alleen een weegfactor naar leeftijd gebruikt.

Vragenlijst proeftuinen
Naast de vragenlijst die is uitgezet onder een steekproef uit het BIG-register, is de vragenlijst ook verzonden naar verpleegkundigen die werkzaam zijn in een proeftuin. Dat is gedaan via projectleiders van deze proeftuinen. Deze vragenlijst is ingevuld door 166 verpleegkundigen. Niet alle projectleiders hebben de vragenlijst uitgezet, met name omdat er van deze groep verpleegkundigen al veel gevraagd wordt (zowel vanwege de implementatie van een nieuwe werkwijze als vanwege evaluaties die gestart zijn rondom de proeftuinen). Er is dus geen sprake van een a-selecte steekproef over de proeftuinen heen.

De gegevens uit deze aparte vragenlijst zijn over het algemeen niet meegenomen in de analyses, aangezien het een zeer specifieke groep verpleegkundigen betreft. Ze zijn wel gebruikt om een aantal vergelijkingen te maken tussen verpleegkundigen die wel en verpleegkundigen die niet in een proeftuin werkzaam zijn. Daar waar dat het geval is wordt dit expliciet vermeld. Omdat ook in de algemene vragenlijst onder verpleegkundigen respondenten zittend ie werkzaam zijn in een proeftuin, bestaat de groep respondenten die werkzaam zijn in een proeftuin in totaal 234 uit verpleegkundigen.

1.2 Vragenlijst verzorgenden

In april van dit jaar is een vragenlijst uitgezet onder verzorgenden. Hiervoor is aan werkgevers gevraagd om een uitnodiging voor deelname aan de vragenlijst uit te zetten onder hun werknemers en hebben FNV, Nu'91 en V&VN hun leden benaderd met het verzoek om de vragenlijst in te vullen. Er zijn 2284 verzorgenden begonnen aan de vragenlijst; die hebben de lijst niet allemaal volledig ingevuld. 1885 hebben vrijwel de gehele vragenlijst doorlopen. De gegevens die we presenteren betreffen alleen degenen die werkzaam zijn als verzorgende, óf in een begeleidende functie in de gehandicaptenzorg of de ggz.

Respons verzorgenden per branche
In onderstaande tabel wordt de verdeling van de respons per branche en de verdeling van de populatie naar branche weergegeven. Uit de tabel blijkt dat de thuiszorg is ondervertegenwoordigd in de respons en de gehandicaptenzorg juist oververtegenwoordigd. Daar waar totalen worden gepresenteerd wordt daarom gebruik gemaakt van een weegfactor.

Tabel 2 Verdeling verzorgenden naar branche

	Respons	Populatie
V&V	58%	59%
Thuiszorg (V&V)	26%	32%
Gehandicaptenzorg	7%	3%
Overig	9%	7%
Totaal	100%	100%

Bron: Vragenlijst verzorgenden arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

1.3 Vragenlijst werkgevers

Eveneens in april van dit jaar is een vragenlijst uitgezet onder werkgevers. Hiervoor is aan brancheverenigingen gevraagd om een uitnodiging voor deelname aan de vragenlijst uit te zetten onder hun leden. Dit was vooral gericht op afdelingen P&O/HRM. In onderstaande tabel is de totale respons op deze vragenlijst weergegeven, naar branche. Uiteindelijk hebben 122 unieke werkgevers de vragenlijst ingevuld. Per vraag verschilt de netto respons aanzienlijk; met name de vragen met betrekking tot de situatie over vijf jaar zijn minder goed ingevuld. De resultaten van deze vragenlijst worden daarom als indicatief beschouwd.

Tabel 3 Verdeling werkgevers naar branche

	Percentage
UMC's	6%
Ziekenhuizen	23%
GGZ	7%
V&V	33%
Thuiszorg (V&V)	10%
Gehandicaptenzorg	18%
Overig	4%
Totaal	100%

Bron: Vragenlijst werkgevers arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Aanvullend is, via de branchevereniging NVZ, een aantal vragenlijsten uitgezet onder proeftuinziekenhuizen omtrent financiële middelen in de beschikbaarheidsvolgende invalshoek. Dit om een goed beeld te krijgen van de kosten qua salaris en opscholing rondom het traject van functiedifferentiatie.

2 DE HUIDIGE GROEP VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

In het hoofdrapport is een beschrijving opgenomen van de huidige groep verpleegkundigen en verzorgenden. In deze bijlagen is een aantal tabellen opgenomen die aanvullende informatie bevatten ten opzichte van het hoofdrapport.

2.1 Verpleegkundigen: niveau van de functie

In verschillende branches wordt onderscheid gemaakt tussen mbo- en hbo-functies. Dit is echter niet in alle branches of instellingen zo. Om een beeld te krijgen van de huidige verdeling van de functies naar functieniveau kan naar verschillende aspecten gekeken worden. Ten eerste is aan verpleegkundigen zelf gevraagd hoe zij het niveau van de eigen functie inschatten. Ten tweede is gevraagd naar de formele eisen die de werkgever stelt aan de functie. Ten derde is gekeken naar de inschaling (FWG- of FUWAVAZ-schaal). Een vergelijking tussen deze invalshoeken is te vinden in Tabel 4. 35% van de verpleegkundigen geeft aan dat de functie die zij vervullen een functie op mbo-niveau is, 54% geeft aan dat het een functie op hbo-niveau is en 10% weet het niet. Wat opvalt is dat aan lang niet alle functies die verpleegkundigen zelf aanmerken als hbo-functie, ook de formele eis van een hbo-diploma wordt gesteld (deze eis wordt namelijk aan 42% van de functies gesteld die verpleegkundigen als hbo-niveau aanmerken). Meer dan de helft van de functies die verpleegkundigen zelf als hbo-niveau kwalificeren, is ook te vervullen met een mbo- of inservice diploma. Er is dus een discrepantie tussen hoe verpleegkundigen zelf het niveau van de functie inschatten en de formele eisen die aan de functie gesteld worden. Verder valt op dat lang niet alle functies die men als hbo-niveau aanmerkt, ook is ingeschaald in een hbo-schaal (namelijk 71%).

Tabel 4 Niveau van de verpleegkundige functies (N=4166)

		Eisen aan de functie						**Inschaling**
		hbo-diploma	hbo-diploma + specialisatie	mbo, inservice of hbo-diploma	mbo, inservice of hbo - diploma + specialisatie	weet niet	totaal	% van de functies dat in hbo-schaal is ingeschaald
Eigen inschatting niveau van de functie	mbo-niveau (35%)	3%	1%	71%	13%	12%	100%	15%
	hbo-niveau (54%)	27%	15%	27%	26%	5%	100%	71%
	weet niet (10%)	7%	4%	51%	24%	15%	100%	41%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

2.2 Onbenut potentieel verpleegkundigen?

In de onderstaande tabel is weergegeven of men tevreden is over het aantal uren dat men werkt of dat men meer of minder uren zou willen werken. Als er veel mensen zijn die meer willen werken, dan is er wellicht sprake van onbenut potentieel. In tijden van krapte op de arbeidsmarkt kan daar dan wellicht enige ruimte gevonden worden. Over het algemeen is de meerderheid (78%) van de verpleegkundigen tevreden met het aantal uren en wil men geen verandering in uren. Bijna 13% zou minder willen werken. Dit aandeel is het grootst in de geestelijke gezondheidszorg en de algemene ziekenhuizen (15%). Een totaal van 9% zou liever meer willen werken. In de gehandicaptenzorg, thuiszorg en V&V-branche liggen deze percentages hoger. In deze branches wil tussen de 12-14% van de verpleegkundigen meer werken. Als iedereen die meer of minder wil gaan werken, het gewenste aantal uur zou gaan werken, dan daalt het totaal aantal gewerkte uren (het saldo is dus negatief).

Tabel 5 Gewenste verandering in uren werk van verpleegkundigen per branche (N=4243)

	Wil geen verandering in uren	Wil meer werken	Wil minder werken	Totaal
UMC's	81%	6%	13%	100%
Ziekenhuizen	79%	6%	15%	100%
GGZ	79%	7%	15%	100%
V&V	77%	13%	11%	100%
Thuiszorg (V&V)	76%	14%	10%	100%
Gehandicaptenzorg	75%	14%	12%	100%
Overig	82%	7%	11%	100%
Totaal	78%	9%	13%	100%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

2.3 Onbenut potentieel verzorgenden?

In

Tabel 6 is weergegeven of men tevreden is over het aantal uren dat men werkt of dat men meer of minder zou willen werken. Over het algemeen is de meerderheid van de verzorgenden tevreden met het aantal uren en wil men geen verandering in uren. 15% zou meer willen werken. Dit aandeel is het hoogst in de gehandicaptenzorg, namelijk 23%%. Een totaal van 8% zou minder willen werken. Dit komt vooral omdat in de V&V branche 9% van de verzorgenden minder zou willen werken. Als iedereen die meer of minder wil gaan werken, het gewenste aantal uur zou gaan werken, dan stijgt het totaal aantal gewerkte uren (het saldo is dus positief).

Tabel 6 Gewenste verandering in uren werk van verzorgenden per branche (N=2127)

	Wil geen verandering in uren	Wil meer werken	Wil minder werken	Totaal
V&V	77%	13%	9%	100%
Thuiszorg (V&V)	77%	18%	5%	100%
Gehandicaptenzorg	72%	23%	6%	100%
Overig	83%	8%	9%	100%
Totaal	77%	15%	8%	100%

Bron: Vragenlijst verzorgenden arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

2.4 Verwachtingen omtrent advies

Aan de verpleegkundigen is gevraagd naar hun verwachtingen omtrent het veranderen van hun huidige functie door invoering van de twee gescheiden beroepsprofielen. Kijken we naar de verwachtingen per branche dan is het aandeel dat verwacht dat de functie leuker zal worden in de meeste branches kleiner dan het aandeel dat verwacht dat de functie minder leuk zal worden. In de gehandicaptenzorg wordt het vaakst verwacht dat de huidige functie hierdoor niet zal wijzigen (66%, zie onderstaande tabel).

Tabel 7 Verwachtingen omtrent het veranderen van de huidige functie door invoering van de twee gescheiden beroepsprofielen, naar branche (N=4020)

	UMC's	ZKH	GGZ	V&V	TZ (V&V)	GHZ	Totaal
Verwacht geen verandering	56%	48%	52%	47%	57%	66%	53%
Verwacht dat functie leuker gaat worden	8%	9%	9%	11%	8%	6%	9%
Verwacht dat functie minder leuk zal worden	15%	17%	16%	13%	14%	6%	14%
Verwacht veranderingen maar de functie blijft even leuk als nu	11%	17%	12%	18%	11%	12%	14%
Weet niet	10%	9%	11%	10%	9%	11%	10%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

3 DE ZORG VAN DE TOEKOMST

In het hoofdrapport is een summiere opsomming gegeven van ontwikkelingen in de zorg en zorgvraag die verwacht worden in de komende jaren. In deze bijlagen is een uitgebreidere beschrijving opgenomen.

3.1 Inleiding

In vrijwel alle arbeidsmarktsectoren wordt de vraag naar arbeidskrachten vooral bepaald door de vraag naar het product dat zij leveren. Voor verzorgenden en verpleegkundigen is dat zorg. De impact van het advies toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging op de arbeidsmarkt is dus niet los te zien van de ontwikkeling van de zorgvraag. Niet alleen kwantitatief, want een grotere zorgvraag betekent over het algemeen dat er meer zorgverleners nodig zijn, maar ook kwalitatief: een andere zorgvraag betekent waarschijnlijk dat er andere competenties en vaardigheden gevraagd worden, en wellicht ook dat de zorgvraag op andere plekken beantwoord wordt. Daarom is het van belang de belangrijkste factoren die de aard en omvang van de zorgvraag (en -gebruik) in de komende vijf jaar beïnvloeden te identificeren.

Hiertoe is in eerste instantie vooral beschikbare literatuur geraadpleegd. Tijdens verschillende interviews en focusgroepen zijn ontwikkelingen in de zorg ook aan de orde gekomen. In één van de focusgroepen zijn de geschetste ontwikkelingen vertaald naar branches en ook per branche getoetst. In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de literatuur, de interviews en de focusgroepen weergegeven omtrent de toekomstige zorgvraag en ontwikkelingen in de zorg. De vertaling naar een toekomstige functiemix komt in hoofdstuk 7 van deze bijlagen aan de orde.

3.2 Ontwikkelingen in de zorg

De in de literatuur gevonden factoren die de aard en omvang van de zorgvraag beïnvloeden, zijn welbeschouwd te vatten in een viertal thema's: demografie, epidemiologie, technologie en beleid en organisatie. Deze worden hieronder afzonderlijk beschreven, alvorens verder gespecificeerd te worden naar de belangrijkste ontwikkelingen per branche.

3.2.1 Demografie

Waarschijnlijk de belangrijkste ontwikkeling die aan de wieg staat van veel uitdagingen in de zorg, is een demografische: de vergrijzing. Hier wordt ook wel gesproken over 'dubbele vergrijzing' (RIVM, 2018). Het is namelijk niet enkel zo dat er steeds meer ouderen zijn, deze worden, gezien de toenemende levensverwachting, ook steeds ouder. In de komende vijf jaar stijgt de levensverwachting met gemiddeld 0,2 levensjaren per jaar, van 82 in 2018 naar 83 in 2023 (CBS, 2018). Bovendien neemt de kans om heel oud te worden toe (RIVM, 2018). Het aantal ouderen (65+) stijgt in dezelfde periode van 3,2 miljoen naar 3,6 miljoen, waarmee hun aandeel in de totale bevolking toeneemt van 18,9% naar 20,7% (CBS, 2018). Het aantal inwoners van Nederland in de leeftijd van 20-65 jaar blijft echter nagenoeg gelijk.

Deze demografische ontwikkelingen zullen invloed hebben en houden op de zorgvraag. De kans op bepaalde aandoeningen is namelijk aanzienlijk hoger voor ouderen; dit heten ook wel 'ouderdomsziekten' (RIVM, 2018). Veel voorkomende aandoeningen als artrose, diabetes, coronaire hartziekten en dementie hebben een sterke relatie met leeftijd, en de absolute prevalentie daarvan zal dan ook toenemen in de komende jaren. Doordat mensen steeds langer in goede gezondheid leven, wordt er gemiddeld wel iets later een beroep gedaan op de zorg (RIVM, 2018). Dit heeft een enigszins drukkend effect op de zorgvraag. Desalniettemin wordt het beroep dat wordt gedaan op vrijwel het gehele zorgsysteem steeds groter (RIVM, 2018; SCP, 2016; CPB, 2013).

3.2.2 Epidemiologie

Eveneens in grote mate samenhangend met de vergrijzing, is het aantal mensen met multimorbiditeit (meer dan één chronische aandoening) stijgende. Tussen 2018 en 2013 neemt het bevolkingsaandeel met multimorbide problematiek namelijk toe van 26,1% naar 27,4% (RIVM, 2018). Dit zal vooral een effect hebben op de aard van de zorgvraag. Deze is in multimorbide gevallen namelijk veelal complexer (Zorginstituut, 2015). Ook hebben ouderen in toenemende mate last van psychosociale problemen als eenzaamheid, zodat het aantal mensen met een domeinoverstijgende zorgvraag toeneemt (RIVM, 2018).

De prevalentie van psychosociale (en gerelateerde) problemen zal naar verwachting echter over alle leeftijdsgroepen toenemen (RIVM, 2018). Hieraan liggen waarschijnlijk verschillende ontwikkelingen ten grondslag, waarvan we hier enkel de belangrijksten zullen aanstippen. Prestatiedruk lijkt met name onder jongeren en jongvolwassenen steeds groter te worden, mede veroorzaakt door versobering van het systeem voor studiefinanciering en de steeds belangrijkere plek van sociale media in het leven. Dit leidt tot een toenemende kans op een scala aan psychosociale problemen, alsook op een aantal fysieke klachten. Digitalisering doet echter juist ook bij de digitaal minder actieve of vaardige bevolking de kans op psychosociale klachten toenemen, in samenspel met bijvoorbeeld flexibeler wordende arbeidsrelaties en toenemende bestaansonzekerheid (RIVM, 2018).

3.2.3 Technologie

De invloed van technologische ontwikkelingen op de zorg schijnt in het verhaal hiervoor reeds op verschillende plekken door. De impact van technologie reikt echter veel verder. Door steeds betere techniek en behandelmethoden neemt de vraag naar zorg toe (SCP, 2016). Mensen zullen naar verwachting eerder hulp zoeken naarmate de behandelmogelijkheden voor hun klachten beter zijn. Daarnaast verandert de aard van de zorgvraag; niet enkel omdat technologie daar een belangrijker rol in gaat spelen, maar ook omdat betere overlevingskansen van sommige aandoeningen leiden tot meer behoefte aan hulp bij fysieke en psychosociale klachten in de nasleep van een behandeling (RIVM, 2018).

De groeiende zorgvraag wordt echter in toenemende mate opgevangen door technologische hulpmiddelen; e- en m-Health, domotica en andere (medische) technologie, zoals insulinepompjes en instrumenten om bloedwaarden te monitoren, winnen terrein (RIVM, 2018). Hoewel de

technologische ontwikkelingen elkaar in rap tempo opvolgen, houdt de structurele implementatie ervan in zorgprocessen echter geen gelijke tred (SCP, 2016). Bovendien leiden de specifieker wordende behandelingen tot een voortschrijdende personalisering van zorg, met een hoeveelheid aan unieke behandelpaden (RIVM, 2018). Zorgprocessen laten zich derhalve moeilijk volledig automatiseren.

3.2.4 Beleid en organisatie

Technologische ontwikkelingen dragen deels ook bij aan het laatste thema dat de aard en omvang van de zorgvraag beïnvloedt: zorgbeleid en -organisatie. Beschreven hulpmiddelen als e-Health, domotica en (medische) technologie stellen patiënten in staat langer thuis te blijven wonen, zorgen er voor dat ze minder vaak op bezoek moeten bij een behandelaar en vergroten hun zelfredzaamheid. Dit zijn aspecten waar zowel beleidsmakers als zorgorganisaties ook sterk op inzetten (VWS, 2017; De agenda voor de zorg, 2017). De gevolgen van dat reeds ingezette beleid zijn al waarneembaar. Zo komen enkel zeer kwetsbare ouderen nog in verpleeghuizen terecht, waardoor veel verzorgend en verplegend werk van de verpleeghuizen naar de thuiszorg is verschoven en nog altijd verschuift (RIVM, 2018). Ook in de GGZ en gehandicaptenzorg vinden deze verschuivingen, van intramuraal naar extramuraal, plaats.

Daarnaast verschuift zorg, in een poging grip te krijgen op de stijgende kosten van het zorgstelsel, naar minder dure zorgverleners (SCP, 2016). De gemiddelde opnameduur wordt korter. Taken van de medisch specialist komen bij de huisarts terecht, die van de huisarts worden opgepakt door praktijkondersteuners en physician assistants. Mantelzorgers en patiënten zelf wordt vervolgens geleerd om bijvoorbeeld insuline te spuiten, of (mede dankzij technologie) in staat gesteld zelf hun bloedwaardes te monitoren. Onderzoek van Bakx et al. (2018) wijst er wel op dat aan het potentieel van de verschuiving van zorg tussen verschillende typen zorgverleners een limiet lijkt te zitten; voor mensen “aan de marge”, die net wel of net niet een indicatie krijgen voor verpleegzorg, zijn de totale zorgkosten uiteindelijk bijna hetzelfde, ongeacht of zij naar het verpleeghuis gaan of thuis blijven wonen. Ook vanwege steeds strengere kwaliteitseisen lijkt dit geen onuitputtelijke strategie (CPB, 2013).

Beantwoording van zorgvraag door mantelzorgers is ook een relevante, vooral vanuit beleidsoverwegingen ingezette, ontwikkeling (SCP, 2016). Omdat beleidsmakers sterk inzetten op het stimuleren van zelfredzaamheid, eigen regie en zorg dichtbij, is de verwachting dat informele zorg in absolute en relatieve zin terrein zal winnen. Hier zit overigens wel een limiet aan: mede door de vergrijzing neemt het aandeel potentiële mantelzorgers af (RIVM, 2018). De combinatie van langer moeten doorwerken en meer informele zorg moeten leveren, zal tegelijkertijd ook een enigszins negatief effect op de gezondheid hebben (RIVM, 2014).

3.3 De belangrijkste ontwikkelingen per branche

De vraag is in hoeverre de geschetste ontwikkelingen zich in de komende jaren voor gaan doen in de verschillende branches. Het laatste trendrapport van de FWG en de bijbehorende brancheboekjes schetsen hiervan een beeld (FWG 2018a, FWG 2018b, FWG 2018c, FWG 2018d,

FWG 2018e, FWG 2018f). Dit beeld is aangevuld op basis van interviews met werkgevers en experts en vervolgens in de focusgroepen getoetst en aangevuld. Het gaat enerzijds om de ontwikkelingen die impact hebben op het zorgvolume per (sub)branche: de verschuivingen en transities die nu gaande zijn in Zorg en Welzijn, de verschuiving van zorg en dienstverlening tussen domeinen, tussen de (sub)branches en van intra- naar extramuraal, inclusief de krimp of groei die daarmee gepaard gaat. Anderzijds gaat het hier om ontwikkelingen die effect hebben op de benodigde functiemix. Al met al leidt dat tot het volgende beeld van ontwikkelingen per branche:

Ziekenhuizen en UMC's

- Het afgesloten hoofdlijnenakkoord betekent dat de volumegroei in ziekenhuizen en UMC's in de komende jaren wordt gemaximeerd (van 0,8% in 2019 tot 0% in 2022).
- De juiste zorg op de juiste plek: meer zorg naar anderhalve lijn en eerste lijn.
- Electieve zorg naar ZBC achtige constructies.
- Ziekenhuis als regionale netwerkorganisatie; samenwerking in de keten.
- Zorg die in ziekenhuis blijft wordt steeds complexer, hoogspecialistische zorg.
- Een verdere verschuiving van klinische opnamen naar dagopnamen en van opname naar polikliniek.
- Robotica en telemonitoring.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

- Er komen geen nieuwe bewoners met een ZZP1, ZZP2 of ZZP3. De huidige groep cliënten met een dergelijke ZZP zal in de komende jaren sterk gaan krimpen.
- De gemiddelde verblijfsduur neemt sterk af (bewoners hebben bij binnenkomst grotere problematiek dan voorheen).
- Meer co-morbiditeit en complexere zorgvraag.
- Inzet op eigen regie en zelfredzaamheid.
- Grenzen tussen wonen, zorg en welzijn vervagen.
- Telemonitoring, robotica, domotica.
- Extra gelden voor inzet extra personeel.

Thuiszorg

- Mensen die voorheen een ZZP1, 2 of 3 indicatie kregen en in een verzorgingshuis gingen wonen, blijven nu thuis wonen. Zij ontvangen vaak wel thuiszorg.
- Zorg op de juiste plek:
    - Steeds meer ouderen langer thuis/ grotere groep kwetsbare ouderen in de thuissituatie.
    - Zorg van tweede lijn naar thuis (impact hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen en UMC's).
- Door technologische ontwikkelingen is steeds meer zorg thuis mogelijk.
- Zorg op de juiste plek is ook van belang in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, waarin een maximale groei van 2,4% per jaar tot en met 2022 is vastgelegd.
- Complexere zorgvraag in de thuissituatie.
- Mantelzorgpotentieel neemt langzaam af.
- Kwaliteitskader wijkverpleging (zorg en preventie; van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid; werken met kwaliteitsstandaarden).
- Inzet op eigen regie en zelfredzaamheid.
- Grenzen tussen wonen, zorg en welzijn vervagen.
- Telemonitoring, robotica en domotica.

Gehandicaptenzorg

- Het aantal mensen met een handicap groeit (kinderen met aangeboren afwijkingen overleven vaker en mensen met een verstandelijke beperking worden steeds ouder).
- Meer multimorbiditeit waardoor de zorg complexer wordt.
- Visie 'meedoen in de maatschappij' betekent meer vraag naar ondersteuning.
- Integratie van taken op het gebied van zorg, welzijn en maatschappelijke ondersteuning. Domeingrenzen vervagen.
- Persoonsgerichte benadering en maatwerk (o.a. vastgelegd in Kwaliteitskader gehandicaptenzorg).
- Verdere extramuralisering en een toename van kleinschalige woonvormen.
- Persoonsvolgende bekostiging en waardegedreven financiering versus kostenbeheersing en controle.
- Telemonitoring, domotica en robotisering.

GGZ

- Toenemende zorgvraag door bevolkingsgroei, vergrijzing (ouderen met complexe problematiek en dementie), veranderende samenstelling bevolking, toenemende prestatiedruk, manier waarop tegen psychisch ongemak wordt aangekeken.
- De invoering van de basis-ggz (2014) is inmiddels uitgekristalliseerd en zal geen verdere verschuivingen met zich meebrengen tussen basis- en gespecialiseerde ggz.
- Verdere ambulantisering: inzet op ambulant, pas klinisch als het niet anders kan.
- Klinische zorg wordt zwaarder.
- Aantal FACT teams zal nog gaan groeien.
- Beddenreductie en ambulante behandelcapaciteit houden geen gelijke tred, met als gevolg wachtlijsten. Aantal crisismeldingen en acute opnamen stijgt. Er worden maatregelen genomen om acute zorg te verbeteren.
- Tekort aan dagbesteding (WMO). In combinatie met te weinig ambulante capaciteit leidt dat tot een groep kwetsbare mensen die geen of onvoldoende zorg ontvangen.
- Meer mensen die thuis zorg en ondersteuning krijgen. Focus op kwaliteit van leven betekent ook dat grenzen tussen domeinen gaan vervagen. Steeds meer maatwerk en samenwerken met andere partijen en mantelzorg.
- Toenemende aandacht voor preventie en vroegsignalering, rol voor wijkteams.
- Behoeften en wensen van cliënten centraal (herstelgerichte zorg), maatwerkoplossingen.
- Er zijn wel grenzen aan het volwaardig meedoen in de maatschappij en de eigen regie. Er ontstaan alternatieve woonvormen.
- Inzet van e-health, virtual reality en serious gaming.

4 FUNCTIEDIFFERENTIATIE

In het hoofdrapport zijn voor elke invalshoek mogelijke neveneffecten van de nieuwe beroepsprofielen en de bijbehorende functiedifferentiatie genoemd. In deze bijlagen wordt dieper ingegaan op deze mogelijke neveneffecten en worden ze uitgebreider beschreven. In het hoofdrapport is in feite een samenvatting opgenomen van de mogelijke effecten.

Daarnaast worden in het hoofdrapport heel kort randvoorwaarden genoemd voor het succesvol invoeren van functiedifferentiatie. Deze randvoorwaarden worden in deze bijlagen uitgebreider behandeld.

4.1 Inleiding

Implementatie van de nieuwe beroepsprofielen betekent de invoering van functiedifferentiatie in het verpleegkundig beroep waarbij er in de wet BIG een beroep bij komt, namelijk dat van regieverpleegkundige. Het beroep van verpleegkundige wordt als het ware gesplitst in de beroepen verpleegkundige en regieverpleegkundige, elk met hun eigen registratie en eisen ten aanzien van deskundigheidsbevordering en herregistratie.

In dit hoofdstuk gaan we in op de (mogelijke) effecten van functiedifferentiatie binnen het verpleegkundig domein. Om te beginnen beschrijven we enkele achtergronden van functiedifferentiatie in de sector zorg (4.2). Daarna beschrijven we effecten van de functiedifferentiatie op zorgverleners (4.3), kwaliteit van zorg (4.4) en de organisatie (inclusief middelen, 4.5). We sluiten het hoofdstuk af met randvoorwaarden voor het succesvol invoeren van functiedifferentiatie (4.6).

De hier beschreven resultaten zijn gebaseerd op verschillende informatiebronnen:

a) onderzoeksliteratuur over functiedifferentiatie aangevuld met informatie over de eerste ervaringen in de proeftuinen;
b) interviews met experts en betrokkenen;
c) focusgroepen.

a. Onderzoeksliteratuur en informatie vanuit de proeftuinen (deskresearch)

Bij de deskresearch is het volgende van belang. In de ziekenhuizen en UMC's zijn proeftuinen gestart. Doel van deze proeftuinen is om ervaring op te doen met de implementatie van functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen. De eerste ervaringen en effecten komen langzaam beschikbaar. Waar deze openbaar zijn, nemen we ze mee in de onderzoeksresultaten. Daarbij zijn echter wel enkele kanttekeningen te plaatsen. Zo geldt voor de beschikbare publicaties vanuit de proeftuinen dat het, een enkele uitzondering daargelaten, gaat over de ervaringen bij de vormgeving van de functiedifferentiatie in de praktijk, minder over effecten van de invoering. Dit hoeft niet te verbazen, aangezien in de meeste proeftuinen de daadwerkelijke implementatie zeer recent is gestart of nog moet starten. De interviews en focusgroepen moeten het beeld vanuit de proeftuinen verder aanvullen en actualiseren. Een

tweede kanttekening bij de beschikbare 'grijze' literatuur is dat mogelijk een positieve bias ontstaat. Goed lopende pilots rapporteren over het algemeen liever en sneller over hun resultaten dan slecht lopende of stopgezette pilots. Ondanks deze kanttekeningen blijkt echter dat de ervaringen in de proeftuinen belangrijke aangrijpingspunten bieden voor anderen om valkuilen te voorkomen.

Naast de ervaringen in de proeftuinen nemen we een aantal evaluatiestudies over functiedifferentiatie mee, ook al zijn deze doorgaans niet van recente datum. De omvang van deze onderzoeksliteratuur is beperkt, maar wel relevant. Kanttekening hier is dat het in deze publicaties doorgaans gaat over functiedifferentiatie op alle kwalificatieniveaus en over zowel horizontale als verticale functiedifferentiatie. Echter, omdat in de resultaten uit deze studies verticale functiedifferentiatie bij verpleegkundigen steeds een belangrijk onderdeel was, nemen ze wel mee.

b. Interviews met experts en betrokkenen
Experts en betrokkenen zijn bevraagd op verschillende thema's, aansluitend bij hun expertise en positie, en aansluitend bij de resultaten uit de deskresearch. We bespreken de resultaten uit deze interviews die betrekking hebben op de effecten van functiedifferentiatie en de benodigde randvoorwaarden bij invoering.

c. Informatie uit de focusgroepen
Op basis van de interviews en het literatuuronderzoek zijn verschillende verwachtingen naar voren gekomen over de effecten van de nieuwe beroepsprofielen voor de beroepsgroep, de zorg en de middelen. Deze zijn in afzonderlijke focusgroepen over zorg en mens getoetst en waar mogelijk aangevuld.

4.2 Achtergronden bij functiedifferentiatie

4.2.1 Diverse doelen en invalshoeken

Functiedifferentiatie gaat over de inhoud van het werk. Hierbij is de belangrijkste vraag hoe men functies kan creëren die gezamenlijk leiden tot de best mogelijke kwaliteit van zorg en doelmatigheid, en tegelijkertijd aantrekkelijk zijn voor medewerkers omdat ze een beroep doen op hun competenties en hun betrokkenheid met het werk vergroten (Kanters, 1999). Door deze meervoudige doelen zijn de redenen voor functiedifferentiatie in zorgorganisaties vaak divers. In de (onderzoeks)literatuur komen we de volgende redenen tegen:

- arbeidsmarktkrapte
- professionalisering
- loopbaanperspectieven
- behoud van personeel
- kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing
- doelmatigheid
- opleidingsstelselwijzigingen
- organisatieontwikkeling

Vaak zijn er meerdere redenen tegelijkertijd waarom zorgorganisaties (of branches) overgaan tot functiedifferentiatie. Dat geldt ook bij de functiedifferentiatie als gevolg van de invoering van de nieuwe beroepsprofielen. Zowel arbeidsmarktoverwegingen, kwaliteitsaspecten als opleiding gerelateerde redenen spelen hierbij een rol. De toekomstige zorg is complexer, er komen nieuwe technieken, en de zorg die patiënten vragen wordt steeds ingewikkelder. Hierdoor is verdere professionalisering van het verpleegkundig beroep nodig, is er behoefte aan andere competenties en continue aandacht voor zorgverbetering en innovatie. Ook wordt beoogd dat de nieuwe beroepsprofielen een positief effect zullen hebben op de aantrekkingskracht van het beroep op de arbeidsmarkt en de loopbaanperspectieven van (regie)verpleegkundigen.

4.2.2 Enkele kenmerken en uitgangspunten van functiedifferentiatie

In de literatuur treffen we verschillende definities van functiedifferentiatie. Functiedifferentiatie gaat voornamelijk om het samenvoegen van taken in afzonderlijke functies (Kanters, 1999 en RVZ, 2002). Daarbij kan het zowel gaan om nieuwe als om bestaande functies. Voor een definitie van functiedifferentiatie sluiten we daarom aan bij Kanters (1999):

Functiedifferentiatie is het herschikken van taken en verantwoordelijkheden in nieuwe of vernieuwde functies.

Kanters (1999) onderscheidt vier varianten van functiedifferentiatie:

a. Verticale differentiatie. Deze kan naar beneden gericht zijn, zoals bijvoorbeeld geldt voor assisterende functies, maar ook naar boven, bijvoorbeeld bij seniorfuncties;
b. Horizontale differentiatie, bijvoorbeeld specialisatie of beroepsinhoudelijke verdieping. Gespecialiseerde verpleegkundige of verzorgende functies zijn hier voorbeelden van;
c. Functie-ontwikkeling: het toevoegen van nieuwe taken/verantwoordelijkheden aan bestaande functies, meestal n.a.v. ontwikkelingen in de zorg(visie), medische technologie of professionele standaarden. Dit is een doorgaand proces;
d. Beroepsdifferentiatie, als specifieke vorm van functiedifferentiatie, namelijk het herschikken van taken/verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepsdomeinen, of ontwikkelen van nieuwe taken en verantwoordelijkheden op gebieden die in feite tussen de beroepsdomeinen van twee disciplines invallen. Voorbeeld hiervan is de Verpleegkundig Specialist, die positie inneemt tussen het verpleegkundig en medisch beroepsdomein.

De nieuwe beroepsprofielen in de verpleging en verzorging lijken een combinatie van functieontwikkeling en verticale functiedifferentiatie.

Functiedifferentiatie in de zorg roept doorgaans veel discussie op bij betrokken partijen en dat is bij de invoering van de nieuwe beroepsprofielen niet anders. Belangrijke redenen hiervoor zijn dat het direct raakt aan de inhoud van het werk en de beroepsidentiteit van de professionals. Bovendien zijn er veel verschillende invalshoeken van waaruit je functiedifferentiatie kunt bekijken en beoordelen, aansluitend bij de eerder genoemde redenen voor de functiedifferentiatie.

4.2.3 Functiedifferentiatie vanuit drie invalshoeken

Zoals gezegd is het belangrijkste vraagstuk bij functiedifferentiatie hoe men functies kan creëren die goed zijn voor de kwaliteit en doelmatigheid en tegelijkertijd aantrekkelijk zijn voor medewerkers. Anders gezegd: Wat is er nodig voor de zorg? Wat willen en kunnen mensen die nu en straks in de zorg werken? En wat betekent de (beperkte) beschikbaarheid van tijd, geld en mensen? Deze drie principes (zorg, mensen, middelen) beïnvloeden elkaar. In de praktijk gaat het bij beslissingen en veranderingen in de zorg dan ook om een optimaliseringsvraagstuk waarin balans wordt gezocht tussen deze drie principes. Deze drie principes zijn ook de drie invalshoeken die als uitgangspunt voor dit onderzoek dienen (zie ook paragraaf 1.3).

Een externe factor, die aanvullend is op de drie genoemde principes, is de aansluiting met de arbeidsmarkt. Vooral in tijden van personeelstekorten heeft dit effect op de keuzes die organisaties kunnen maken bij het balanceren tussen zorg-, personeel- en organisatiedoelen. De drie principes, aangevuld met de arbeidsmarktaansluiting zijn te beschouwen als toetsstenen waaraan de functiedifferentiatie getoetst kan worden. Voor de aansluiting bij de arbeidsmarkt verwijzen we naar het hoofdrapport (hoofdstuk 4 en 5). Hier gaan we in op de overige drie 'leidende' principes.

Kwaliteit van de arbeid (mensen)

Vanuit arbeidspsychologisch perspectief is kwaliteit van de arbeid een centraal thema. Bij functiedifferentiatie ontstaan nieuwe functies waarbij de vraag is of elk van deze functies leidt tot hoge uitkomsten voor de werknemers in termen van betrokkenheid, arbeidstevredenheid, etc. Een veel gebruikt instrument voor het beoordelen van functies, ook in de zorg, is de WEBA: WElzijn Bij de Arbeid (Kedzierski en Vlemmix, 2001; http://www.invoorzorg.nl/ivz/tool-herinrichting-functiehuis.html). Met dit instrument kan een welzijnsprofiel van een functie opgesteld worden. Het profiel bestaat uit de scores op zes dimensies. Dit zijn:

- vaktechnische volledigheid van een functie;
- organiserende taken;
- moeilijkheidsgraad van taken;
- autonomie in het werk;
- contactmogelijkheden;
- informatievoorziening.

Een functie die voldoet aan de eisen van kwaliteit van de arbeid geeft minder risico op stress, ziekteverzuim en verloop, zo blijkt uit onderzoek van Kedzierski en Vlemmix (2001). Of een functie die niet aan deze eisen voldoet daadwerkelijk leidt tot stress en ziekte, hangt van het individu af.

Kwaliteit van de zorg (zorg)

Een belangrijke reden voor functiedifferentiatie is doorgaans het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Dit geldt ook bij de invoering van de nieuwe beroepsprofielen en de daarmee gepaard gaande functiedifferentiatie in het verpleegkundig beroep. Daarbij wordt aangenomen dat de introductie van regieverpleegkundigen leidt tot een hogere kwaliteit en veiligheid in de zorg. Hoewel op dit terrein weinig onderzoeksliteratuur voorhanden is, zijn redelijk recent enkele relevante studies verschenen. Er lijken op dit moment echter nog geen standaard meetinstrumenten beschikbaar te zijn die een goede effectmeting van de functiedifferentiatie op

de kwaliteit van zorg mogelijk maken. Voor het meten van het effect van functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen is wel een meetinstrument ontwikkeld, dat wordt ingezet in de proeftuinen. Er zijn echter nog geen resultaten beschikbaar.

Kwaliteit van de organisatie (middelen)
Een andere belangrijke reden voor de invoering van functiedifferentiatie is vaak het vergroten dan de doelmatigheid van de organisatie. Bij de kwaliteit van de organisatie gaat het om effecten van de functiedifferentiatie op doelmatigheid en arbeidsproductiviteit, en op verschillende andere organisatie-aspecten zoals functiewaardering en inschaling (loonkosten), dienstroosters en aansturing.

4.3 Functiedifferentie en de mens: mogelijke effecten

Hieronder beschrijven de belangrijkste ervaringen en mogelijke effecten voor de afzonderlijke beroepsgroepen, gebaseerd op deskresearch, interviews en focusgroepen. Zoals in de inleiding bij dit hoofdstuk is vermeld is bij de deskresearch niet alleen naar beschikbare onderzoekspublicaties gekeken, maar ook naar al dan niet 'grijze' literatuur over de proeftuinen. Het gaat om artikelen/publicaties van Maseland (2017); Mijland en Lambregts (2016); LOUPE (2017), NVZ (2017). Omdat veel effecten in meerdere bronnen zijn terug te vinden (literatuur, interviews, focusgroepen) zijn de bronnen niet steeds per aspect vermeld, tenzij het specifieke onderzoeksresultaten betreft.

4.3.1 Effecten voor regieverpleegkundigen (hbo-niveau)

- *Hbo-verpleegkundigen ervaren dat zij nu meer doen waarvoor zij worden opgeleid.*
  Hbo-verpleegkundigen in de functie van regieverpleegkundige worden meer aangesproken op hun hbo-competenties. Dat zit dan vooral in competenties als coördineren, coachen, klinisch redeneren en bevorderen van kwaliteit, zo komt naar voren uit interviews en een van de artikelen over de proeftuinen. Ook uit een onderzoek van KBA onder 52 ziekenhuizen komt naar voren dat met functiedifferentiatie meer tegemoet wordt gekomen aan het individuele werk- en denkniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden (KBA, 2004). Taakinhouden zijn duidelijker, en scholing wordt duidelijker aangepast aan de doelen van medewerkers. Uit dit onderzoek blijkt ook dat er meer tijd is voor verpleegkundigen voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en protocollen, en het doen van onderzoek.

  In het verlengde van het bovenstaande komt uit een artikel over een van de proeftuinen naar voren dat de regieverpleegkundige meer in positie is gebracht door de functiedifferentiatie en dat dit positieve effecten heeft. Men ervaart meer leiderschap bij de regieverpleegkundigen waar het gaat om verbeteringen. De regieverpleegkundigen nemen meer verantwoordelijkheid, ook waar het om het functioneren van de afdeling gaat.

- *De functie van regieverpleegkundige kan een verrijking zijn*
  Ook in de interviews met experts, werkgevers en de beroepsgroep wordt aangegeven dat de functie van regieverpleegkundige een verrijking kan beteken voor de verpleegkundigen met hbo werk- en denkniveau. Het merendeel verwacht dat hbo'ers in de functie van

regieverpleegkundige een functie krijgen met meer uitdaging, waarin zij hun hbo-competenties kunnen benutten waardoor de functie beter aansluit bij hun kennis, competenties en vaardigheden. Hun werk wordt daardoor leuker en uitdagender, wat ook weer een positief effect heeft op de motivatie van deze groep professionals.

In het verlengde daarvan kan dat betekenen dat:

- meer mensen voor dit beroep kiezen;
- mensen langer verbonden blijven aan het beroep en/of de organisatie waar zij werken.

Slechts een enkele geïnterviewde geeft aan te verwachten dat er niet zoveel verandert voor de hbo-verpleegkundigen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de thuiszorg, waar de wijkverpleegkundige al duidelijk is gepositioneerd als hbo-opgeleide verpleegkundige met specifieke taken.

- *Meer en duidelijker doorgroeimogelijkheden*
  Ook dit punt wordt zowel door verpleegkundigen, experts als werkgevers aangestipt. Voor hbo-opgeleide verpleegkundigen is evident dat de functie van regieverpleegkundige een nieuw loopbaanpad is en kansen geeft voor competentieontwikkeling. Met positieve effecten op het behoud van deze groep.

- *Onzekerheden bij de hbo-opgeleide die de functie van regieverpleegkundigen ambiëren*
  Het doen van wetenschappelijk onderzoek is onderdeel van het nieuwe beroepsprofiel van de regieverpleegkundige. Uit een van de proeftuinen blijkt dat verpleegkundigen die in het verleden een hbo-opleiding hebben gevolgd aangeven die kennis niet te hebben, omdat dit destijds geen onderdeel uitmaakte van de opleiding. Ook hbo-verpleegkundigen uit een andere proeftuin geven aan zich onzeker voelen. Dit komt omdat ze nooit eerder de regie hebben hoeven voeren over de zorg (NVZ, 2017).

- *Frustratie bij de groep die wel wil maar niet kan of de kans niet krijgt*
  Meerdere geïnterviewden geven aan dat niet alle hbo-opgeleide verpleegkundigen automatisch de functie van regieverpleegkundige krijgen. Als zij de functie niet krijgen als ze dat wel ambiëren zal dat waarschijnlijk tot frustratie leiden en wellicht voor vertrek van mensen zorgen. Een enkele respondent plaatst echter de kanttekening dat mensen vaak wel van zichzelf weten dat ze de top van hun kunnen hebben bereikt, en dat het niet in aanmerking komen voor de hbo-functie dan ook niet tot veel frustratie zal leiden.
  - In de focusgroep 'mens' wordt dit risico op frustratie gedeeld. Men vraagt zich daarbij af of een deel van deze mensen niet naar andere doorgroeimogelijkheden gaat zoeken zoals een specialisatie als SEH-, IC- of Kinderverpleegkundige.
  - Eén van de focusgroepdeelnemers wijst in dat verband op de noodzaak om ook aanvullend perspectief te bieden aan hbo'ers: naar leidinggevende of PA/VS-functie, zodat ook de hbo-verpleegkundige die niet de regiefunctie wil, wel op dat niveau zal kunnen werken.

- *Negatieve verwachtingen bij de potentiële regieverpleegkundigen*
  Potentiële regievepleegkundigen zien ook een aantal risico's, zo blijkt interviews en literatuur over de proeftuinen:
  - risico dat regieverpleegkundigen verdwijnen uit de directe patiëntenzorg;
  - angst voor een mogelijke tweedeling in het team en hiërarchie tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen.

Deze verwachtingen komen overeen met resultaten uit panelonderzoek uit 2003 (Panel V&V, 2003) waarin verpleegkundigen is gevraagd welke verwachtingen zij hadden van functiedifferentiatie, waarbij taken van verpleegkundigen worden overgenomen door hoger opgeleiden.

Verder is in de focusgroepen nog een aantal aanvullende punten genoemd:

- *Onduidelijkheid over de inhoud van het werk van regieverpleegkundigen kan leiden tot lagere instroom in de opleiding*
  Vanuit de focusgroep mens ziet men dit als risico. Het kan zijn dat mensen de regieverpleegkundige functie juist niet interessant vinden, doordat de functie vooralsnog relatief abstract is. Sommigen willen liever gewoon aan het bed staan, en dat strookt niet met een aantal beelden die nu over de functie bestaan. Ook dat het een generalistische functie is spreekt niet per sé aan. Ook een deel van de hbo-opgeleide verpleegkundigen willen juist inhoudelijke verdieping (specialisatie).

- *Invulling overgangsregeling van invloed op beroepstrots hbo-opgeleide*
  Als de overgangsregeling zo wordt ingevuld dat specialisatie toegang geeft tot register van regieverpleegkundigen, voelt dat wellicht als devaluatie van de hbo-kwalificatie.

- *Invulling overgangsregeling van invloed op flexibele inzet regieverpleegkundige*
  Een van de deelnemers geeft aan dat er ook sprake kan zijn van een andere invulling van de overgangsregeling: als iemand bijvoorbeeld specialisatie IC heeft, dan mag deze verpleegkundige alleen op de IC ook een regieverpleegkundige functie vervullen. Het is echter hoe dan ook deels aan de werkgevers hoe zij dit invullen; zij mogen eigen aanvullende functie-eisen stellen, los van het BIG-register. Een risico hiervan is, zo geven enkele deelnemers aan, dat dit scenario een negatief effect kan hebben op de flexibiliteit (van inzet) en de interne doorstroom tussen afdelingen. Ook ambulantiseren wordt dan moeilijker omdat de regieverpleegkundige dan is gebonden aan een specifieke afdeling.

4.3.2 Effecten voor verpleegkundigen (mbo- niveau)

Voor de huidige mbo- en inservice-verpleegkundigen worden zowel mogelijke positieve als negatieve effecten genoemd. Dit laatste heeft te maken met mogelijke veranderingen in de werkinhoud en de positie van de verpleegkundige ten opzichte van de regieverpleegkundige.

- *Veranderingen in de inhoud van de functie*
  Uit verschillende artikelen, maar ook uit interviews blijkt dat mbo-en inservice opgeleide verpleegkundigen vrezen voor verarming van hun functie, waardoor hun werk minder aantrekkelijk wordt. Hoewel de beelden hierover divers zijn, is de angst dat men straks allerlei taken niet meer mag uitvoeren soms sterk. Met name binnen de beroepsgroep zelf is de verwachting dat de werkinhoud voor de verpleegkundige (mbo-niveau) gaat wijzigen. Deze vrees wordt gedeeld in de focusgroep mens. Als de werkinhoud inderdaad verandert kan dit een negatieve impact hebben op (een deel van) deze verpleegkundigen, zo stellen verschillende respondenten. Vooral als het gaat om taken die ze graag doen en altijd gedaan hebben, waar ze ervaring mee hebben en vaardig in zijn. Op het moment dat zij deze niet meer kunnen doen kan dit leiden tot een gevoel van demotie en het gevoel dat hun professionele autonomie wordt aangetast. Wat weer kan leiden tot demotivatie, frustratie en uitstroom van medewerkers. Vanuit

één van de focusgroepen wordt in verband hiermee het risico gesignaleerd dat er spanning ontstaat tussen competentiegericht inzetten van mensen en de nieuwe beroepsprofielen, als verpleegkundigen (mbo) niet meer ingezet worden op deze taken. Benutten van persoonlijke competenties is van belang voor het behoud van verpleegkundigen.

Zowel in artikelen over de proeftuinen als in een aantal interviews (met vertegenwoordigers vanuit de proeftuinen) komt echter naar voren dat er daar geen taken afgaan bij de verpleegkundigen, maar uitsluitend taken bijkomen voor de regieverpleegkundige. Vanuit deze proeftuinen wordt benadrukt dat vooral de hbo-functie sterker wordt neergezet, maar dat de mbo-functie intact blijft. Een enkele proeftuin benadrukt ook dat zij beide verpleegkundigen hard nodig hebben. Niet duidelijk uit de beschrijvingen is hoe wordt omgegaan met specifieke taken die mbo-verpleegkundigen tot nu toe uitvoeren vanwege hun specifieke competenties, maar die expliciet onderdeel uitmaken van het beroepsprofiel van de regieverpleegkundige.

- *Vormgeving van de functiedifferentiatie van grote invloed op mogelijke effecten*
  Of en in welke mate de werkinhoud gaat veranderen is afhankelijk van de verdere uitwerking van de beroepsprofielen in functieprofielen, zo stellen verschillende respondenten. Proeftuinen zijn op zoek naar de beste vorm van functiedifferentiatie en de beste werkwijze voor hun afdeling, elk met hun eigen effecten op de inhoud van het werk van de twee typen verpleegkundigen.

  In de NVZ-leidraad/evaluatie zien we dat ziekenhuizen hierbij verschillende keuzes maken. Soms wordt onderscheid gemaakt tussen midden- en hoog-complexe patiënten en worden deze patiënten op basis hiervan toegewezen aan verpleegkundigen of regieverpleegkundigen. In andere situaties wordt in koppels samengewerkt door verpleegkundigen en regieverpleegkundigen, waarbij de regieverpleegkundigen zorgen voor de bredere blik: klinisch redeneren, evidence based practice (werken volgens wetenschappelijk onderbouwde methoden) en coachen. De meeste hbo-verpleegkundigen (in de rol van regieverpleegkundige) vinden dit een prettige verdeling. Zij doen nu waar ze voor opgeleid zijn. In een ander ziekenhuis komt men terug op het toewijzen van patiënten op basis van complexiteit en het werken in koppels. Daar zorgen nu niet meer twee verpleegkundigen voor acht patiënten, maar één voor vier. Uitgangspunt in dit ziekenhuis is dat alle verpleegkundigen leidend moeten zijn in de directe zorg. De zelfstandigheid die nu verwacht wordt van alle verpleegkundigen, voelt nog wat onwennig, zo stellen zij, maar wordt door de verpleegkundigen als prettig ervaren.
  Ook in andere ziekenhuizen is er weerstand tegen een verdeling van patiënten in de directe zorgverlening op basis van complexiteit van zorg. Soms komt deze weerstand vooral vanuit de inservice opgeleide verpleegkundigen, meestal geldt het breder en willen alle verpleegkundigen hoog complexe patiënten blijven verplegen omdat dit bijdraagt aan hun werkplezier.

- *Positie van de verpleegkundige ten opzichte van de regieverpleegkundige*
  Een mogelijk effect van de functiedifferentiatie is dat er meer hiërarchie gaat ontstaan tussen de twee niveaus van verpleegkundigen (Kanters en Bloemendaal, 2002; het ging hier over mbo-verpleegkundigen versus senior-verpleegkundigen). Formeel bestaat deze hiërarchie zelden, maar door de verpleegkundigen in het genoemde onderzoek werd het door de mbo-verpleegkundigen toch als zodanig ervaren. Voor een deel werd dit veroorzaakt doordat sommige taken die voorheen door alle verpleegkundigen werden uitgevoerd, zijn toegewezen aan de hbo-verpleegkundige. Voorbeelden daarvan waren 'visite lopen met de artsen' en 'het verpleegkundig dossier bijwerken'. Ook in de interviews

komt dit aspect naar voren. Zowel verpleegkundigen en experts als een enkele werkgever noemen hier aspecten als 'het gevoel in een hiërarchische positie te zitten' en 'het verlies van aanzien' (met name bij ervaren verpleegkundigen). Een van de respondenten benoemt dat het mogelijk hiërarchisch voelt omdat de functie van regieverpleegkundige andere competenties vraagt, maar dat het ook een kwestie van wennen is.

En tot slot nog een nuancering die enkele geïnterviewden maakten: het verschilt per persoon hoe men hier mee omgaat.

- *Krenking van de beroepstrots van verpleegkundigen*
  Het hiervoor genoemde 'verlies van aanzien' dat volgens de respondenten ervaren kan worden door een deel van de mbo-verpleegkundigen, sluit aan bij onderzoek naar functiedifferentiatie in de ziekenhuizen (Kanters en Bloemendaal, 2002. Daaruit bleek dat onvoldoende aandacht voor de beroepsidentiteit van verpleegkundigen een risico is bij de invoering van functiedifferentiatie:

  "*Invoering van functiedifferentiatie raakt direct aan de professionele beroepsopvatting van medewerkers. Deze beroepsopvatting hangt sterk aan de manier waarop men tot dan toe het werk heeft uitgevoerd. Veranderingen daarin worden vaak als ingrijpend ervaren en men voelt dat daarmee de kern van het verpleegkundig werk wordt geraakt. Dat geldt met name voor die veranderingen die de vraag oproepen of iemand voldoende gekwalificeerd is om de betreffende bepaalde taken uit te voeren*".

  Ook vanuit enkele proeftuinen en interviews zijn er signalen dat krenking van de beroepstrots bij verpleegkundigen een rol speelt. Bij de mbo-verpleegkundigen, zoals eerder benoemd, maar ook bij de eerdere discussie over de benaming van de verpleegkundige als basisverpleegkundige. De term 'basisverpleegkundige' die destijds werd voorgesteld voelde voor een deel van de verpleegkundigen als een degradatie. Eén van de geïnterviewde experts geeft aan dat de uniciteit van een beroep, het ervaren dat je een eigenstandige professie hebt waar je trots op kunt zijn van belang is voor de arbeidsmotivatie van mensen. Met de komst van de functie van de regieverpleegkundige kan dit gevoel aangetast worden.

- *Onrust en onzekerheid binnen de beroepsgroep door onduidelijkheid*
  Zowel verpleegkundigen zelf, werkgevers als verschillende experts benoemen de onrust en onzekerheid die er heerst binnen de groep van verpleegkundigen, vooral bij de mbo- en inservice opgeleiden. Dit heeft enerzijds te maken met de al eerder genoemde verwachte verandering van werkinhoud en een gevoel van degradatie bij mbo- en inservice opgeleiden. Dit brengt boosheid en andere emoties met zich mee.

  Anderzijds speelt ook de onduidelijkheid die er heerst een rol:

  - Onduidelijkheid over wat deze functiedifferentiatie nu precies gaat beteken in de praktijk en onduidelijkheid over de overgangsregeling. Een enkeling geeft aan dat de onrust afneemt of verdwijnt als er duidelijkheid is over de concrete invulling van de nieuwe functies (waarbij in dit specifieke geval duidelijk werd dat er voor de mbo'ers niet zoveel veranderde wat de werkinhoud betreft). Een enkele geïnterviewde wijst ook naar de eerste resultaten in de proeftuinziekenhuizen. Deze respondent gaf aan dat de aanvankelijke onzekerheid en onvrede van mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen is afgenomen en plaats heeft gemaakt voor tevredenheid met de nieuwe functieprofielen.

- Onduidelijkheid over de functies en de overgangsregeling leidt er ook toe dat een deel van de mbo-verpleegkundigen afwacht hoe dit vorm gaat krijgen. Dit zorgt er dan voor dat de betrokkenheid bij dit proces achterwege blijft.

- *Frustratie bij de groep die wel wil maar niet kan of de kans niet krijgt*
  Dit effect wordt zowel door verpleegkundigen, experts als werkgevers genoemd.
  Bij de groep mbo- en inservice-opgeleiden komt het voor dat zij wel graag de verkorte hbo-v willen gaan volgen (om in aanmerking te komen voor de functie van regieverpleegkundige), maar dat zij niet door het assessment komen. Dat leidt tot verdriet, boosheid en frustratie. In het verlengde daarvan verwacht een deel van de respondenten dat er mensen zullen vertrekken. Een enkeling geeft aan dat er nu een groep aan het opscholen is, terwijl niet zeker is of zij straks ook de functie van regieverpleegkundige zullen krijgen. Dat zal tot extra frustratie en boosheid kunnen gaan leiden. Voor inservice verpleegkundigen speelt hierbij als extra frustratie dat zij geen regieverpleegkundige kunnen worden, doordat voor hen het volgen van de verkorte hbo-v opleiding niet haalbaar is (i.v.m. leeftijd), zo blijkt onder andere uit de evaluatie van de NVZ (2017).
  Een deelnemer aan de focusgroepen (verpleegkundige) plaats het punt van frustratie bij de mbo-opgeleide verpleegkundigen in perspectief. Zij heeft enkele van haar collega's ondervraagd en stelt vast dat het merendeel van hen geen hbo-opleiding wil gaan doen en ook de functie van regieverpleegkundige niet ambieert. "Hun hart ligt bij de patiënt en niet bij taken die verder van het bed liggen". Als het gaat om het behoud van deze verpleegkundigen, dan is aandacht voor de lichamelijke belasting veel belangrijker, zo stelt zij op basis van haar gesprekken.

- *Verpleegkundigen worden minder overvraagd*
  Zowel experts, verpleegkundigen zelf als verschillende werkgevers geven aan dat een deel van de mbo-en/of inservice opgeleide verpleegkundigen nu soms overvraagd wordt. Ze lopen op hun tenen. Met de functiedifferentiatie komt daar verandering in, zo verwachten zij. Omdat mensen worden ingezet op de dingen waar ze goed in zijn, die passen bij hun kennis en capaciteiten, maar ook omdat de coach (regieverpleegkundige) op de achtergrond rust geeft. Deze aspecten (minder overvragen, meer rust, kunnen doen waar je goed in bent) betekenen een verlaging van de (ervaren) werkdruk. Hierbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat niet alle mbo- en inservice verpleegkundigen "op hun tenen lopen", en dat dit relatief vaker voorkomt bij mbo-opgeleide verpleegkundigen.

- *Meer of minder doorgroeimogelijkheden*
  Ook dit punt wordt zowel door verpleegkundigen, experts als werkgevers aangestipt. Voor de groep mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen wordt benadrukt dat het van belang is dat zij voldoende ontwikkelmogelijkheden behouden. In dat licht wordt ook gewezen op toekomstige (on)mogelijkheden voor deze groep om zich te specialiseren. Zijn die ontwikkelmogelijkheden er niet, of worden ze minder, dan heeft dat een negatief effect op het behoud van mensen.
  Er zijn ook respondenten die er op wijzen dat de functie van regieverpleegkundige juist een duidelijk carrièrepad en toekomstperspectief kan zijn voor mbo-opgeleide verpleegkundigen, of dat zij juist door de komst van de regieverpleegkundige kunnen leren en ontwikkelen doordat ze meer gecoacht worden op hun werkzaamheden. Wat weer positieve effecten heeft op het behoud van mensen. Dit wordt bevestigd in de focusgroep.

- *Verpleegkundigen voelen zich gedwongen om een opleiding te doen uit angst voor baanverlies*
  Geïnterviewde verpleegkundigen maar ook een enkele expert geven aan dat sommige mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen zich gedwongen voelen om op te gaan scholen naar hbo-niveau. Omdat ze bang zijn anders een lagere functie te moeten gaan vervullen of uit angst hun baan te verliezen. Dit gaat ten koste van veel tijd en energie van de betrokkenen en leidt tot onnodige scholingskosten. In de focusgroep wordt dit bevestigd. Een deel van degenen die willen opscholen is intrinsiek gemotiveerd, wil kennis opdoen, zichzelf ontwikkelen. Een deel volgt de opleiding uit angst.

- *Mogelijk effect voor de organisatie van de 24-uurszorg*
  Uit onderzoek van Kanters en Bloemendaal (2002) komt naar voren dat de invoering van seniorverpleegkundigen (hbo-niveau) leidde tot knelpunten in de organisatie van de 24-uurs zorg. Doordat de seniorverpleegkundigen meestal in dagdiensten werken, omdat de hun toegewezen taken dat meer vroegen, worden zij aan de groep verpleegkundigen die avond- en nachtdiensten kunnen draaien onttrokken. Soms leverde dit roosterproblemen op voor de overige verpleegkundigen, die naar eigen zeggen hierdoor te frequent avond- en nachtdiensten moesten draaien. Dit gold vooral voor de afdelingen waar relatief veel van deze diensten gedraaid moesten worden. Vanuit de proeftuinen is over dit effect nog niet gerapporteerd.

4.3.3 Effecten voor de totale groep verpleegkundigen

Naast specifieke effecten voor de mbo/inservice/hbo-opgeleide verpleegkundigen worden ook effecten genoemd voor de groep verpleegkundigen als totaal.

Een aantal van de geïnterviewde experts benoemt daarbij dat invoering van functiedifferentiatie een grote impact zal hebben op de huidige groep verpleegkundigen. Enerzijds omdat de beroepsprofielen en de functiedifferentiatie impact hebben op de professionele identiteit van verpleegkundigen. Anderzijds omdat het ingrijpt in bestaande structuren, in een situatie en taakverdeling die van oudsher zo gegroeid zijn en waar mensen aan gewend zijn.

- *Professionalisering van het beroep*
  Vooral vanuit de experts en de beroepsgroep, maar ook door een aantal werkgevers wordt professionalisering van het beroep genoemd als positief effect van de functiedifferentiatie. De verwachting is dat de introductie en positionering van de regieverpleegkundige er voor zorgen dat de beroepsgroep meer invloed krijgt binnen de organisatie waar zij werken, maar ook dat de groep als geheel beter geprofileerd wordt. De verwachting is verder dat regieverpleegkundigen er aan bij kunnen dragen dat de werkomgeving verbetert, processen efficiënter georganiseerd worden, het innovatief vermogen en de kwaliteit van zorg omhoog gaan. Wat weer effect heeft op zaken als het imago van het beroep, beroepstrots, minder burn-out, minder werkdruk, minder ziekteverzuim, meer tevredenheid, meer werkplezier, meer behoud.

- *Arbeidstevredenheid en motivatie verbetert als de kwaliteit van zorg verbetert*
  Als mede door functiedifferentiatie betere zorg geleverd wordt (dat is tenslotte het belangrijkste doel), verwachten verschillende geïnterviewden maar ook deelnemers aan de focusgroep dat het werk leuker wordt en meer mensen behouden blijven voor het vak.

- *Werkdrukeffecten*
  Mogelijk effect van de functiedifferentiatie is dat de werkdruk daalt. Dit wordt gerapporteerd vanuit een van de proeftuinen. Ook het ziekteverzuim is daar gedaald (NVZ, 2017). In de eerder aangehaalde evaluatiestudie (KBA, 2002) zijn de effecten op werkdruk meer divers. De groep ziekenhuizen die in dit onderzoek aangeeft dat de werkdruk is gedaald is net zo groot als de groep die juist een stijging ervaart. Oorzaken van de werkdrukstijging lagen in de toegenomen verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen met de nieuwe functie: "de fysieke zwaarte van het werk van verpleegkundigen is afgenomen, maar de psychische zwaarte is gestegen". Onduidelijk is waardoor de werkdrukverlaging werd veroorzaakt. Mogelijk werd deze vooral ervaren in ziekenhuizen waar door functiedifferentiatie aan de onderkant, meer handen aan het bed waren gecreëerd.
  Vanuit de focusgroep wordt het risico genoemd van werkdrukverhoging vanwege een hoog aandeel regieverpleegkundigen. Als de vaak genoemde verdeling tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen doorgang gaat vinden en alle regieverpleegkundigen ook taken buiten de directe zorgverlening gaan doen, zal het aantal mensen aan het bed mogelijk afnemen, met een hogere werkdruk als mogelijk gevolg.

- *Kans op wrijving tussen verpleegkundigen*
  Verschillende experts benoemen het risico van wrijving tussen de verschillende groepen verpleegkundigen. Omdat er straks een verschil in functie en wellicht ook betaling is tussen verpleegkundigen die al jaren elkaars collega zijn, terwijl er bij de implementatie ook nog eens veel aandacht uitgaat naar de nieuwe regieverpleegkundigen.
  Deze verwachtingen komen overeen met resultaten uit panelonderzoek uit 2003 (Panel V&V, 2003), waar taken van verpleegkundigen werden overgenomen door hoger opgeleiden. Aanvullend werden daar genoemd:
  - verwachting van meer onderlinge concurrentie en rivaliteit over taakverdeling;
  - hogere salarissen voor de hoger opgeleiden, terwijl zij niet altijd meer kwaliteit bieden.

  Genoemde wrijving kan negatieve gevolgen hebben voor de samenwerking terwijl dat juist van groot belang is voor het slagen van functiedifferentiatie.

- *Samenwerking in het team is verbeterd*
  Hoewel er het risico is dat door onderlinge wrijving de samenwerking verslechtert, geeft één van de proeftuinen aan dat daar de samenwerking tussen collega's is verbeterd. Wel geeft men aan dat hier soms een gewenningsperiode aan vooraf is gegaan. Uit de NVZ leidraad blijkt dat in een andere proeftuin er geen of weinig veranderingen zijn in de samenwerking tussen collega's en dat er geen sprake is van wrijving (NVZ, 2-17).

- *Persoonlijke groei en teamontwikkeling word gestimuleerd*
  Enkele proeftuinen signaleren een verbeterd leerklimaat. Dat uit zich er onder andere in dat mbo-verpleegkundigen bewuster nadenken over hun persoonlijke ontwikkeling, er meer coachend gewerkt wordt en er meer analyse en reflectie plaatsvindt.

Enkele aanvullende mogelijke effecten vanuit de focusgroepen zijn:

- *Meer en betere rolmodellen door nieuwe functieprofielen*
  Uitgangspunt bij opleiden wordt volgens de deelnemers aan de focusgroep mens: de ervaren verpleegkundige begeleidt de mbo-verpleegkundige in opleiding, de regieverpleegkundige begeleidt de hbo-verpleegkundige in opleiding. Dit maakt opleiden gemakkelijker op verschillende fronten: wat betreft de doelstellingen en inhoud van de begeleiding, alsook de organisatie ervan. Nu komt het bij sommige organisaties/afdelingen voor dat geen mbo-stagiairs aangenomen worden omdat dit niet zou passen.
- *Effect van functiedifferentiatie op ambitie/motivatie, behoud en aantrekkingskracht zijn mede afhankelijk van functiewaardering en inschaling*
  Deelnemers aan de focusgroep vragen zich hierbij af of functiewaardering en inschaling van de nieuwe functies overgelaten zullen worden aan de organisaties (maatwerk) of dat er algemene richtlijnen komen op brancheniveau in relatie tot opleidingsniveau en specialisaties.

4.3.4 Effecten voor andere beroepsgroepen

- *Functiedifferentiatie heeft effecten op hele functiegebouw*
  Meerdere respondenten in de interviews geven aan dat de invoering van functiedifferentiatie niet alleen consequenties heeft voor de beroepsgroep van de verpleegkundigen, maar voor het gehele functiegebouw, van mbo-niveau 1 tot en met de artsen. Vanuit de focusgroepen komen deze signalen ook naar voren en noemt men specifiek effecten voor teamleiders en voor artsen.

  Vanuit de focusgroep en interviews is de verwachting dat de teamleiders anders moeten gaan aansturen en andere taken op moeten gaan pakken dan ze nu doen. De regieverpleegkundige zal een aantal zorg gerelateerde taken overnemen. Ze krijgen meer de rol van facilitator. Een enkeling geeft aan dat bij teamleiders de angst bestaat dat zij hun baan gaan verliezen omdat ze overbodig worden.

  Als de regieverpleegkundige meer in de keten gaat werken, heeft dit mogelijk effecten voor Physician Assistants en medisch specialisten zo blijkt uit de focusgroepen. PA's en medisch specialisten kunnen zich dan bijvoorbeeld meer op onderwijs en onderzoek focussen doordat regieverpleegkundigen een deel van hun ketentaken overnemen.

- *Samenwerking met de artsen is verbeterd*
  Uit een artikel over de resultaten van een van de proeftuinen blijkt dat niet alleen de samenwerking binnen het team, maar ook de samenwerking met de artsen en arts-assistenten daar is verbeterd. Specifiek wordt genoemd dat hbo'ers nu duidelijker communiceren bij overdrachten. Een andere proeftuin stelt geeft in dit licht aan dat artsen moeten wennen aan de een mondigere verpleegkundige. Artsen en verpleegkundigen moeten elkaar nog (beter) gaan vinden in de wijze waarop zij naar de patiënt kijken.

4.3.5 Samenvatting: mogelijke effecten van functiedifferentiatie voor de mens

Op basis van de interviews, literatuuronderzoek en focusgroepen komen verschillende verwachtingen naar voren over de effecten van de nieuwe beroepsprofielen voor de beroepsgroep. We vatten de belangrijkste verwachtingen hieronder samen.

Effecten voor de regieverpleegkundige (hbo-niveau)

- De functie van regieverpleegkundige kan een verrijking zijn. Regieverpleegkundigen worden meer aangesproken op hun hbo-competenties, waardoor zij meer uitdaging en plezier in het werk krijgen. Dit betekent naar verwachting ook dat deze groep langer behouden blijft voor de (directe patiënten)zorg. Het aanspreken van hbo-competenties leidt ook tot meer betrokkenheid bij de organisatie.
- Het kan ook effect hebben op de instroom in het beroep: als er duidelijke hbo-functies zijn dan kan dat een argument zijn voor mensen om voor het beroep te kiezen.
- Een enkele geïnterviewde noemt ook een tegengesteld geluid: als niet alle hbo-opgeleiden die als regieverpleegkundige willen werken, dat ook kunnen gaan doen zal dat zal waarschijnlijk tot frustratie en uitstroom leiden.
- Specifiek voor de GGZ speelt dat er daar onduidelijkheid is over de nieuwe beroepsprofielen en de positie van de spv'er. De vraag is daar of de spv'er de regieverpleegkundige van de ggz is, of dat het om twee verschillende functies gaat die ten opzichte van elkaar gepositioneerd moeten worden. Is dat laatste het geval, dan is de vraag wat dit gaat betekenen voor inschrijving van spv'ers in het register van regieverpleegkundigen.

De positie van de verpleegkundige (mbo-niveau)

Uit verschillende interviews en de focusgroepen komt naar voren dat er nu onrust en weerstand is binnen de beroepsgroep. Mensen vragen zich af wat ze straks wel en niet mogen, hoe ze zich straks verhouden tot collega's en wat het betekent voor het team. In dat kader wordt ook genoemd dat de nieuwe beroepsprofielen en functiedifferentiatie iets doen met de professionele identiteit van verpleegkundigen. Ook uit de deskresearch komt naar voren dat functiedifferentiatie direct raakt aan de professionele beroepsopvatting van medewerkers.

- In samenhang met het bovenstaande komt naar voren dat er onder verpleegkundigen angst heerst voor verarming van de functie van verpleegkundige (mbo-niveau), doordat zij verwachten dat zij straks dingen niet meer mogen oppakken die zij nu wel oppakken.
- Uit verschillende de proeftuinen en interviews komt naar voren dat er geen taken afgaan bij de verpleegkundigen, maar uitsluitend taken bijkomen voor de regieverpleegkundige. Er wordt benadrukt dat vooral de hbo-functie sterker wordt neergezet, maar dat de mbo-functie intact blijft.
- Verschillende geïnterviewden gaven aan dat er voor het gevoel van verpleegkundigen meer hiërarchie kan ontstaan tussen collega's (verpleegkundigen en regieverpleegkundigen), of dat verpleegkundigen het gevoel kunnen hebben aanzien te verliezen en dat dat pijn kan doen. Deze aspecten kwamen ook bij de deskresearch naar voren.
- In dat licht wordt ook genoemd dat het ervaren dat je een eigenstandige professie hebt waar je trots op kunt zijn van belang is voor de arbeidsmotivatie van mensen.
- De toekomstige positie van de mbo-opgeleide verpleegkundige kan invloed hebben op de arbeidstevredenheid. Arbeidstevredenheid kan weer effect hebben op gezondheidsklachten en mobiliteit.
- Op basis van bovenstaande verwacht een deel van de respondenten dat er mbo'ers en inservice opgeleiden zijn die de sector zullen verlaten.
- Een aantal geïnterviewden geeft aan dat verpleegkundigen zich gedwongen kunnen voelen om te gaan scholen, uit angst om iets te verliezen. Dit gaat mogelijk ten koste van hun tijd en energie terwijl de daadwerkelijke effecten op hun functie nog niet duidelijk zijn.

Betere aansluiting op kennis en vaardigheden van verpleegkundigen (mbo-niveau)

- Verschillende respondenten geven aan dat sommige mbo-verpleegkundigen nu overvraagd worden en uiten de verwachting dat dat straks niet meer het geval is. Dit zit er deels in dat men verwacht dat met de regieverpleegkundige de beroepsgroep als geheel beter gepositioneerd wordt en meer invloed zal hebben. Wat leidt tot efficiëntere werkprocessen en een betere werkomgeving en behoud van mensen.
- Voor een deel zit dat ook in kunnen doen waar je goed in bent en minder op de tenen hoeven te lopen.

Loopbaanpaden en ambities van verpleegkundigen (mbo-niveau)

- Voor een deel van de mensen die de ambitie hebben om regieverpleegkundige te worden zal dit een brug te ver zijn. Dit geldt met name voor een deel van de mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen. Dit gaat gepaard met de nodige emoties en mogelijke negatieve effecten voor motivatie, verzuim, medewerkerstevredenheid. Leidinggevenden zullen het gesprek moeten aangaan met deze groep.
- Voor een ander deel van de verpleegkundigen kan de functie van regieverpleegkundige juist een loopbaanperspectief zijn.
- Het is essentieel om de groep verpleegkundigen (mbo-niveau) voldoende perspectief en uitdaging te blijven bieden, zo komt breed naar voren. In dat kader is ook de discussie over de toekomstige (on)mogelijkheden voor mbo-verpleegkundigen om te specialiseren van belang.

Effecten voor de groep verpleegkundigen als geheel

- Hier wordt professionalisering van de beroepsgroep genoemd door geïnterviewden. En daarmee effecten op het imago van het beroep, werkomstandigheden, kwaliteit van zorg, beroepstrots etc. Wat naar verwachting weer leidt tot minder (ervaren) werkbelasting, verzuim, meer tevredenheid, meer behoud.
- Verder wordt genoemd dat verpleegkundigen een passende functie krijgen, waardoor recht wordt gedaan aan hun kennis en kunde. Er wordt niet meer alles van iedereen verlangd. De verwachting is dat dit de kwaliteit van de zorg zal verbeteren en meer rust zal geven voor medewerkers.

Effecten voor andere beroepsgroepen

- De invoering van de nieuwe beroepsprofielen zal van invloed zijn op het hele functiegebouw. Er zal ook gekeken moeten worden naar de verdeling van taken tussen (regie)verpleegkundigen en andere beroepsgroepen.

4.4 Functiedifferentie en de zorg: mogelijke effecten

Publicaties over functiedifferentiatie gaan doorgaans uitgebreid in op de mogelijke effecten op de medewerkers, informatie over het effect op de kwaliteit van zorg is echter schaars. Toch blijkt uit de interviews en focusgroepen de brede verwachting dat de functiedifferentiatie positieve effecten zal hebben op de kwaliteit van zorg. Hieronder gaan we eerst in op enkele publicaties die erop wijzen dat de gewenste en verwachte positieve effecten haalbaar zijn, waarna we de aanvullende resultaten uit interviews en focusgroepen beschrijven.

4.4.1 Deskresearch naar mogelijke effecten op de kwaliteit van zorg

- *Europees onderzoek naar de relatie tussen inzet van verpleegkundigen en mortaliteit (Aiken et al., 2014)*
  Aiken et al. (2014) rapporteerden over onderzoek naar mortaliteit en de inzet van verpleegkundigen in ziekenhuizen in negen Europese landen. Vanuit Nederland participeerde Erasmus MC in het onderzoek. Uit dit onderzoek blijkt dat de inzet van een groter aandeel hbo-verpleegkundigen leidt tot een lagere mortaliteit bij de onderzochte patiëntengroep. Minstens zo belangrijk, bij de toenemende tekorten op de Nederlandse arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, is dat een hogere caseload per verpleegkundige leidt tot een hogere mortaliteit. Aiken et al. schrijven dat in ziekenhuizen waar 60% van de verpleegkundigen hbo-gekwalificeerd is en voor gemiddeld zes patiënten zorgen, de mortaliteit 30% lager is dan in ziekenhuizen waar 30% van de verpleegkundigen hbo-gekwalificeerd is en voor gemiddeld acht patiënten zorgen.

- *Review van onderzoeksliteratuur personele inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen (Hamer et al., 2016)*
  Om een zelfde soort vraag te beantwoorden voor de verpleeghuiszorg is door Hamers et al. (2016) een review uitgevoerd van 180 wetenschappelijke publicaties. Conclusie daaruit is dat het inzetten van meer verpleegkundig en verzorgend personeel, niet per definitie leidt tot betere uitkomsten voor de zorg. Die lijken meer samen te hangen met een optimale mix van medewerkers met verschillende competenties. Helaas konden de onderzoekers geen conclusies trekken over de relatie tussen opleidingsniveau van de zorgverleners en de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Het aantal werkzame hbo-gekwalificeerde verpleegkundigen in de verpleeghuizen was daarvoor te laag.

- *Evaluatie van functiedifferentiatie in 52 ziekenhuizen (KBA, 2004)*
  In het eerder genoemde KBA-onderzoek (2004) geeft 65% van de deelnemende ziekenhuizen aan dat de kwaliteit van de patiëntenzorg is toegenomen door functiedifferentiatie. De overige ziekenhuizen (35%) zeggen dat de kwaliteit gelijk is gebleven. Hoewel we de resultaten niet eenduidig kunnen toewijzen aan de invoering van de (destijds) niveau-5 verpleegkundige functies, is het aannemelijk dat een aantal effecten daarmee te maken hebben. Zo geeft ongeveer 40% van de ziekenhuizen aan dat door de functiedifferentiatie duidelijker is geworden wie het aanspreekpunt voor patiënten is bij vragen. Andere aspecten lijken meer te maken te hebben met functiedifferentiatie op niveau 2 en 3, zoals een toename van het aantal zorgverleners per patiënt en meer tijd voor een praatje naast de basiszorg. Daarnaast komen enkele risico's naar voren voor de kwaliteit van zorg:
  - risico op versnippering van de zorg en daarmee onduidelijkheid voor patiënten;
  - risico op lacunes of juist overlap in de zorg door onvoldoende overdracht en communicatie.

- *Kwalitatief onderzoek effecten functiedifferentiatie (Kanters en Bloemendaal, 2002)*
  Kanters en Bloemendaal (2002) beschrijven de ervaringen van een aantal ziekenhuizen die de functie van senior verpleegkundige hebben ingevoerd en deze invoering uitgebreid hebben geëvalueerd bij de medewerkers. In deze ziekenhuizen verwacht men dat een aantal positieve resultaten op de medewerkers zullen leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Het gaat dan om de volgende effecten:

- verpleegkundigen werken meer samen omtrent het zorgdossier en spreken elkaar aan op afspraken die daarin zijn vastgelegd;
- deskundigheidsbevordering krijgt een impuls doordat vaker met z'n tweeën wordt gewerkt bij complexe patiënten;
- deskundigheid van de senior neemt extra toe door de coördinatie van het zorgdossier en het meelopen met de artsenvisites.

- *Panel Verpleging en Verzorging (Nivel, 2003)*
  Ook in het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (Nivel, 2003) zijn effecten gerapporteerd van functiedifferentiatie op samenwerking, deskundigheidsopbouw en leercultuur. Van de verpleegkundigen in dit panel die de afgelopen vijf jaar te maken hebben gehad met de invoering van functies voor hoger opgeleiden, gaf 55% aan dat de kwaliteit van zorg was verbeterd door deze functies. Slechts 5% vindt dat deze verslechterd is. Het ging bij de ingevoerde functies om hoog gekwalificeerde zorgverleners met kerntaken in de planning en coördinatie van zorg.

- *Evaluaties vanuit de proeftuinen (o.m. Mijland en Lambregts, 2016, NVZ, 2017)*
  Ook vanuit enkele proeftuinen komen signalen naar voren die wijzen op positieve effecten van de functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg (NVZ-leidraad/evaluatie, 2017). Mijland en Lambregts (2016) constateren uit hun evaluatie van een proeftuin op de chirurgische afdeling, dat verpleegkundigen meer aandacht hebben voor de kwaliteit van de zorg en dat zij breder leren kijken en handelen. Zij stellen dat de functiedifferentiatie een impuls heeft gegeven aan het leiderschap van verpleegkundigen en het actief werken aan verbeteringen in de zorg. De leercultuur is daardoor verbeterd. Ook hier gaat het om veranderingen die men constateert in het werken en samenwerken van professionals, waarbij men verwacht en aanneemt dat dit effect zal hebben op de kwaliteit van zorg. De komende tijd gaan verplegingswetenschappers onderzoeken welke effecten er zijn op kwaliteitsindicatoren, waaronder complicaties en ligduur.

Samenvattend komen uit deze publicaties de volgende (mogelijke)effecten naar voren:

- hoger aandeel verpleegkundigen met hbo- werk- en denkniveau leidt tot lagere mortaliteit (Aiken et al, 2014);
- functiedifferentiatie en invoering van (destijds) niveau-5 leidt waarschijnlijk tot verhoging kwaliteit van zorg (KBA, 2004);
- verbeterde samenwerking en deskundigheidsopbouw in het team leidt tot betere zorg (Kanters et al., 2002; Nivel, 2003);
- inzet van regieverpleegkundige competenties leidt mogelijk tot betere kwaliteit van zorg (Mijland et al., 2016);
- risico op versnippering van zorg en onvoldoende communicatie en overdracht (KBA, 2004).

4.4.2 Verdieping effecten op de kwaliteit van zorg uit interviews en focusgroepen

In de interviews en focusgroepen zijn verwachtingen uitgesproken over de mogelijke positieve effecten van de functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg. Hieronder gaan we in op een aantal achtergronden bij die verwachtingen.

- *Inzet van regieverpleegkundige competenties heeft een positieve invloed op de kwaliteit van zorg*
  In aansluiting op de hiervoor beschreven publicaties, wijst men in de interviews en de focusgroepen vooral naar effecten van de inzet van regieverpleegkundige competenties. Verschillende competenties worden daarbij expliciet benoemd:

  Inhoudelijke competenties van regieverpleegkundigen. Bijna alle geïnterviewden noemen 'evidence based practice (EBP)' en 'klinisch redeneren', beide geborgd in het beroepsprofiel van regieverpleegkundige, als belangrijke competenties die zullen leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. Deze competenties zijn meer nodig dan voorheen, doordat de zorg complexer en zwaarder wordt en toenemende multimorbiditeit. Een geïnterviewde expert betoogt dat dit vooral in de ziekenhuizen, UMC's, en verpleging en verzorging speelt, vanwege hun patiënten-/cliëntenpopulaties. In de interviews met werkgevers in die branches wordt dit bevestigd.

  Aandacht voor innovatieve methoden en kwaliteitsverbetering. Vooral door experts en werkgevers in de ziekenhuizen, UMC's, verpleging en verzorging en GGZ, ziet men ook grote meerwaarde van een grotere focus op innovatieve methoden en technieken en kwaliteitsverbetering. In de ziekenhuizen zou dit bijvoorbeeld tot uiting komen in minder complicaties, heropnames en lagere mortaliteit. Ook wordt van regieverpleegkundigen verwacht dat zij meer oog hebben voor zaken als waardevolle zorg, positieve gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven.

  Inzet van regieverpleegkundige competenties zoals coaching en leiderschap. Zowel de verpleegkundigen als enkele werkgevers verwachten een meer coachende rol van de regieverpleegkundige en meer leiderschap, waardoor mbo- en inservice-verpleegkundigen worden meegenomen in zaken als EBP en kwaliteitsverbetering.

  Betere borging van ketenzorg. Door de verschuiving van zorg tussen branches in de keten en toenemende samenwerking en afstemming daarbinnen, wordt regievoering en een bredere blik steeds belangrijker. De regieverpleegkundige zou daar een belangrijke rol in kunnen spelen. Dit speelt in alle branches en wordt dan ook zowel door experts als door werkgevers vaak genoemd.

- *Soms is inhoudelijke specialisatie van groter belang dan regieverpleegkundige competenties.*
  In een aantal interviews wordt als kanttekening geplaatst dat soms inhoudelijke competenties minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker zijn dan de genoemde andere regieverpleegkundige competenties. Verpleegkundigen en enkele experts benoemen enkele afdelingen in de ziekenhuizen en UMC's waar de zorg dermate specialistisch is, dat inhoudelijke specialisatie belangrijker is dan extra inzet van regieverpleegkundige competenties. Op deze afdelingen werken doorgaans al veel verpleegkundigen met hbo-niveau, die de taken van de regieverpleegkundige, aanvullend op hun inhoudelijke expertise, al uitvoeren volgens de respondenten.

Ook in de interviews in de gehandicaptenzorg komt iets dergelijks naar voren; daar zijn relatief weinig puur verpleegkundige functies en taken. Bovendien wordt de regierol vaak belegd bij een professional met meer agogische competenties. De rol van de regie-verpleegkundige ziet men daar vooral in overkoepelende functies, bijvoorbeeld vanuit de behandeldienst.

In de GGZ is de vraag of de regieverpleegkundige niet al aanwezig is in de vorm van de SPV, waarmee de toegevoegde waarde van de functie van regieverpleegkundige naast de SPV ook ter discussie staat.

- *Regievepleegkundige moet 'aan het bed' blijven*
  De genoemde verwachte effecten op kwaliteit van zorg zullen zich volgens de respondenten alleen voordoen als de regieverpleegkundige behouden blijft voor de directe patiëntenzorg en 'aan het bed' blijft. Zowel in interviews met de beroepsgroep, als in enkele interviews met experts kwam expliciet de zorg naar voren dat hbo'ers als regieverpleegkundigen 'van het bed' zouden verdwijnen, en de hbo-competenties dus juist minder geborgd zouden zijn in de directe patiëntenzorg. Bij de geïnterviewde werkgevers kwam dit niet zozeer naar voren, omdat zij de regieverpleegkundige wel echt als uitvoerende functie zien. Desondanks is het niet uit te sluiten dat sommige organisaties de nieuwe functie wel op grotere afstand van de werkvloer gaan vormgeven. In de focusgroepen kwam dit naar voren als oplossing voor een verwacht tekort aan regieverpleegkundigen. Deze verpleegkundigen zouden dan, weliswaar tijdelijk, minder in de directe patiëntenzorg werken, om zo toe te komen aan coördinerende taken en kwaliteitsontwikkeling. Conclusie in de focusgroep was echter dat dit niet de voorkeur heeft.

- *Risico: onderbenutting van niveau 4 opgeleide verpleegkundigen*
  Verschillende experts en verpleegkundigen zien het risico van onderbenutting van de niveau 4 opgeleide verpleegkundigen. Doordat 'klinische intelligentie' straks veel explicieter van de regieverpleegkundige gevraagd wordt, wordt mogelijk minder een beroep gedaan op de inbreng van de mbo'ers en inservice-verpleegkundigen. Dit kan ertoe leiden dat deze groep minder verantwoordelijkheid gaat voelen om meer dan een uitvoerende bijdrage te leveren in het zorgproces. Dat zou schadelijk kunnen zijn voor de kwaliteit van zorg, juist omdat mbo- en inservice-verpleegkundigen vaak langer op een afdeling werken en vaak meer ervaring hebben dan de hbo'ers.

4.4.3 Aanvullingen voor specifieke branches

De achtergronden van de positieve verschillen per branche.

- Voor de ziekenhuizen en de UMC's verwacht men positieve effecten zoals minder mortaliteit, minder complicaties, minder verpleegdagen en minder heropnames.
- Voor de GGZ zit het meer in het (beter/meer) implementeren van bepaalde methodieken en interventies.

- In de thuiszorg is een aantal jaren geleden al functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen ingevoerd. Een enkele geïnterviewde geeft aan dat de kwaliteit van zorg daarmee is verbeterd omdat er breder wordt gekeken dan alleen het stukje thuiszorg en de contacten met de huisarts en het wijkteam zijn verbeterd.
- In de V&V verwacht men een toename van kwaliteitszorg vooral door meer EBP. Net als in de gehandicaptenzorg worstelt men daar echter met de positionering van de regieverpleegkundige, en het ontbreken van een hbo-context waarin regieverpleegkundigen opgeleid kunnen worden. Wel wordt een voorbeeld genoemd dat aangeeft dat de inzet van hbo-verpleegkundigen leidt tot methodischer werken.
- Er zijn geen duidelijke verwachtingen gevonden voor de gehandicaptenzorg (de nieuwe functieprofielen leven daar minder).

4.4.4 Aandachtspunten

Belangrijke aandachtspunten die door meerdere respondenten en/of deelnemers zijn genoemd zijn de volgende:

- *Meting van de effecten is belangrijk, instrumenten daarvoor ontbreken echter en er hebben nog geen brede metingen plaatsgevonden*
  Voor zorgorganisaties die functiedifferentiatie invoeren blijft daarom een belangrijke opgave om de personele inzet en verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg te monitoren, om vast te kunnen stellen of, en in welke mate, en onder welke omstandigheden functiedifferentiatie leidt tot betere zorg.
- *Invoering van functiedifferentiatie moet geen doel op zich worden*
  Gevaar is volgens respondenten dat organisaties functiedifferentiatie gaan invoeren omdat er nieuwe beroepsprofielen zijn, terwijl het uitgangspunt zou moeten zijn wat nodig is voor de zorg. Het beroepsprofiel kan daarbij richtinggevend zijn, maar moet niet leidend zijn.

4.4.5 Samenvatting: mogelijke effecten van functiedifferentiatie voor de zorg

Over het algemeen verwachten de geïnterviewden, zowel experts, verpleegkundigen als werkgevers, positieve effecten van de nieuwe beroepsprofielen op de kwaliteit van zorg. Ook de deskresearch duidt in die richting. Er is echter ook een aantal mogelijke negatieve effecten te noemen, alsmede redenen waarom de nieuwe beroepsprofielen weinig tot geen effect zullen hebben op de kwaliteit van zorg.

- De verwachting is over het algemeen dat de invoering van functiedifferentiatie de kwaliteit van zorg zal bevorderen.
  - Voor de ziekenhuizen en de UMC's zit dat in zaken als minder mortaliteit, minder complicaties, minder verpleegdagen, minder heropnames.
  - Voor de GGZ zit dat in het (beter/meer) implementeren van bepaalde methodieken en interventies, alsook meer netwerkgericht werken.
  - In de thuiszorg is een aantal jaren geleden al functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen ingevoerd. Een enkele geïnterviewde geeft aan dat de kwaliteit van zorg daarmee is verbeterd omdat er breder wordt gekeken dan alleen het stukje thuiszorg en de contacten met de huisarts en het wijkteam zijn verbeterd.
  - In de V&V zit dat in het (beter/meer) implementeren van bepaalde methodieken en interventies, alsook in een grotere focus op welzijn en kwaliteit van leven.

- In de gehandicaptenzorg zijn verwachtingen minder duidelijk uitgesproken (de nieuwe functieprofielen leven daar minder).

- Deze verwachtingen hebben te maken met verschillende aspecten:
  - een toename van het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen;
  - verbetering van bepaalde competenties als EBP en klinisch redeneren (dit is belangrijk vanwege toenemend complexe zorgvraag en multimorbiditeit);
  - inzet van bepaalde (hbo-)competenties met als gevolg professionalisering van het beroep (betere gesprekspartner, komen met verbetervoorstellen, aankaarten van knelpunten etc.);
  - een bredere blik (meer focus op innovatie, preventie, welzijn, kwaliteit van leven, etc.)
  - verbeterde regievoering op het zorgproces (belangrijk vanwege toenemende verschuiving van zorg tussen branches en zgn. ketenzorg);
  - meer kennisdeling (leren van en met elkaar);
  - verpleegkundigen krijgen een functie die bij hun kennis, vaardigheden en niveau past (er wordt niet meer alles van iedereen gevraagd).

- Er wordt ook een aantal risico's benoemd dat de kwaliteit van zorg juist nadelig kan beïnvloeden:
  - het risico dat (mbo-)verpleegkundigen minder gevraagd wordt naar hun inzichten, waardoor waardevolle informatie gemist kan worden;
  - het risico dat de hbo'ers als regieverpleegkundigen deels uit de directe patiëntenzorg verdwijnen;
  - het risico dat functiedifferentiatie meer overleg en afstemming noodzakelijk maakt.

4.5 Functiedifferentiatie en middelen: mogelijke effecten

Het invoeren van functiedifferentiatie heeft vaak vergaande praktische consequenties. Dat geldt voor de organisatie van de directe zorgverlening, maar ook voor de planning en dienstroosters. Daarnaast brengt de invoering van functiedifferentiatie doorgaans kosten met zich mee door veranderingen in salariëring, scholing, etc. Hieronder gaan we in op de mogelijke effecten op de middelen en de organisatie, die uit de interviews, focusgroepen en deskresearch naar voren zijn gekomen.

4.5.1 Effecten op financiële middelen

Uit de interviews blijkt dat men het lastig vindt om de effecten op salaris- en scholingskosten, bijvoorbeeld doordat er een opwaartse financiële druk ontstaat op salariëring en door de invoeringskosten, in beeld te brengen. Uit enkele interviews blijkt dat men verwacht dat de invoering eerst meer gaat kosten en dan gaat opleveren.

- *Salariskosten gaan omhoog*
  Een belangrijke structurele post zijn de salariskosten. In de evaluatie van KBA (2004) zag 50% van de ziekenhuizen geen verandering in de personeelskosten optreden door de functiedifferentiatie, maar bijna 40% zag de personeelskosten juist wel stijgen. Vertekening hier is dat het naast het invoeren van nieuwe functies op hbo-niveau ook ging over functiedifferentiatie aan de onderkant van het functiegebouw. In de interviews wordt bevestigd dat de salariskosten zullen gaan stijgen. De verwachting van respondenten is dat de functie van regieverpleegkundige ingeschaald zal worden in FWG schaal 50 (FUWAVAZ

8). Dat betekent dat een deel van de verpleegkundigen die straks de functie van regieverpleegkundige gaan bekleden, in een hogere salarisschaal geplaatst zal worden. Met name in de ziekenhuizen wordt geconstateerd dat veel gespecialiseerd verpleegkundigen al in schaal 50 of 55 zitten en het totale effect op de salariskosten daarom relatief klein zal zijn. Een deelnemer aan de focusgroep nuanceert de verhoogde salariskosten als direct gevolg van de functiedifferentiatie en stelt dat er sowieso meer vraag naar hbo'ers is, door de toenemende complexiteit van de zorg etc. Stijgende salariskosten zouden er dus los van de nieuwe beroepsprofielen sowieso al zijn.

- *Salarisverhoging regieverpleegkundigen kan ook effect hebben op salaris andere functiegroepen*
  Bij de effecten op salariskosten is ook van belang dat andere functiegroepen mogelijk gaan 'meeliften' in de salarissen. Een focusgroepdeelnemer uit een UMC geeft aan dat dit eerder is gebeurd: "Ziet men dat verpleegkundigen in een hogere schaal komen, dan willen ook de assistenten etc. meer".

- *Scholingskosten nemen toe*
  Er is mede naar aanleiding van de functiedifferentiatie een grote toename in de behoefte aan scholing. Dit zijn zowel kosten voor opscholing als kosten van modules voor verpleegkundigen met een 'oud' hbo-diploma. Het gaat dan om zaken als EBP, klinisch redeneren, verpleegkundig leiderschap. Men wil zowel op teamniveau als op individueel niveau aanbieden wat er nodig is om mensen duurzaam inzetbaar te houden, zo gaven respondenten aan. Een enkele geïnterviewde geeft aan dat nog niet helder is welke scholing nodig is in de praktijk, omdat dit mede afhankelijk is van de invulling van de regieverpleegkundige functie.

- *Opbrengsten zijn van belang bij de vraag of instellingen blijvend willen investeren*
  Functiedifferentiatie kan leiden tot effecten in termen van kwaliteit van zorg, efficciency-winst of behoud van mensen. De vraag of een toename van scholings- en salariskosten van 1,5% tot 5% acceptabel is, en of de sector die kan dragen, is afhankelijk van de vraag welke opbrengsten hier tegenover staan zo gaf men aan tijdens de afsluitende focusgroepbijeenkomst. Dat is vooralsnog onvoldoende inzichtelijk. Vooral in de branches waar sprake is van een nullijn voor de komende jaren moet een kostenverhoging gepaard gaan met navenante opbrengsten, zo gaf men aan. Het eerder genoemde verwachte effect van minder heropnames is een voorbeeld van een duidelijk winstpunt aan de opbrengstenkant.

  In de onderzoeksliteratuur over functiedifferentiatie staat weinig beschreven over de directe effecten op middelen en organisatie. Wel zijn in de vorige paragrafen effecten benoemd op mens en zorg die indirect een effect kunnen hebben op de opbrengsten en kosten. Bij de opbrengsten gaat het dan om lagere mortaliteit (Aiken et al, 2014), mogelijk minder heropnames, verbeterde samenwerking en deskundigheidsopbouw en verschuiving van taken van artsen en leidinggevenden naar hbo-verpleegkundigen (Kanters en Bloemendaal, 2002). Bij mogelijke kosten gaat het om de noodzaak tot meer overleg en afstemming (KBA, 2004).

- *Inzet regieverpleegkundige kan leiden tot meer efficiënte organisatie van de zorg*
  Verschillende respondenten verwachten dat de regieverpleegkundigen bij zullen dragen aan een efficiëntere organisatie van de zorg. Teams gaan dingen anders organiseren waardoor er

meer tijd ontstaat, op de langere termijn. Op de kortere termijn zal het meer tijd kosten om zaken anders in te richten en zaken te implementeren, op de langere termijn gaat het wat opleveren. Anderen benoemen het risico dat de regieverpleegkundige een deel van haar tijd aan andere zaken dan directe of indirecte patiëntenzorg zal besteden, wat ten koste zal gaan van de beschikbare fte's voor die patiëntenzorg.

- *Beter onderscheid tussen noodzakelijke versus niet noodzakelijke zorg*
  De winst zou ook kunnen zitten in het beter onderscheiden van noodzakelijke versus niet noodzakelijke zorg, waarbij alleen nog die zorg geleverd wordt die echt nodig is. De regieverpleegkundige kan helpen in het maken van dat onderscheid. Dit wordt mogelijk belangrijk gezien de uitdagingen wat betreft mensen en middelen (groeiende zorgvraag, beheersbare kosten, tekorten op de arbeidsmarkt).

- *Opbrengsten niet alleen binnen branches bekijken, maar ook in de keten*
  Bij het bepalen van de opbrengsten moet ook gekeken worden naar de eventuele winst elders in de keten, zo wordt benoemd in een van de focusgroepen. Nu wordt door de schotten in de zorg alleen maar binnen de branche gekeken, terwijl bijvoorbeeld betere behandeling in het ziekenhuis ook tot minder huisartsbezoek kan leiden.

- *Ook kijken naar effecten op andere beroepsgroepen zoals leidinggevenden en artsen*
  Omdat men ook effecten verwacht op de werkzaamheden van andere beroepsgroepen, zoals leidinggevenden en artsen, moeten ook deze betrokken worden in een kosten-baten analyse. Ook wordt daarbij genoemd dat bij het invoeren van nieuwe functies, oude functies dienen te vervallen. De vraag is echter, zo wordt gesteld, of organisaties dit gaan doen.

4.5.2 Effecten op personele middelen

- *Organisatie van de 24-uurszorg wordt lastiger en mogelijk duurder*
  Zoals al eerder aangegeven leidde de invoering van seniorverpleegkundigen (hbo-niveau) soms tot knelpunten in de organisatie van de 24-uurs zorg (Kanters et al. (2002), doordat de seniorverpleegkundigen in dit onderzoek, vanwege hun coördinerende taken, vooral in dagdiensten werkten. De betreffende ziekenhuizen losten dit op door bijvoorbeeld meer te werken met vaste avond- en nachtverpleegkundigen en de regels t.a.v. het draaien van ANW-diensten door parttimers soepeler te maken. Ook laste men een afbouwperiode in, zodat de seniorverpleegkundigen voorlopig avond- en nachtdiensten bleven draaien, totdat meer structurele oplossingen waren ingevoerd. Dit laatste leidde tijdelijk tot verhoogde kosten. Voor de regieverpleegkundige kan, afhankelijk van de precieze taakinvulling, hetzelfde gaan gelden. Coördinatie en afstemming, ketenzorg en kwaliteitsontwikkeling, maar ook coaching zal meer overdag plaatsvinden dan 's avonds, 's nachts of in de weekenden. Vanuit de proeftuinen is hier (vooralsnog) niets over vermeldt.

- *Binding van personeel aan ziekenhuis neemt toe: lagere uitstroom*
  Over het effect van functiedifferentiatie op de binding van personeel waren de ziekenhuizen die deelnamen aan een evaluatie in 2004 niet unaniem (KBA, 2004). De grootste groep ziekenhuizen (55%) zei dat functiedifferentiatie de binding van het personeel aan de organisatie doet toenemen. Een iets kleinere groep ziekenhuizen (43%) zag echter geen positief effect op de binding van het personeel aan het ziekenhuis.

- *Regieverpleegkundigen: mogelijk lagere uitstroom uit beroep, hogere instroom in de opleiding*
  Veel respondenten verwachten dat met de invoering van de functie van regieverpleegkundige, het werk voor de hbo-opgeleide verpleegkundigen uitdagender wordt. Verschillende respondenten geven aan dat dat kan leiden tot een lagere uitstroom uit het beroep, en een hogere instroom in de opleiding.

- *Mbo- en inservice verpleegkundigen: mogelijk verhoogde uitstroom*
  Voor de mbo-en inservice opgeleide verpleegkundigen zijn de verwachtingen minder eenduidig. Het kan zijn dat een deel van deze groep het werk minder aantrekkelijk zal gaan vinden, vanwege veranderingen in de werkinhoud of het (al dan niet terechte) gevoel van een ongewenste hiërarchische positie ten opzichte van de regieverpleegkundige. Dit kan leiden tot een verhoogde uitstroom uit het beroep. Ditzelfde geldt voor degenen die de functie van regieverpleegkundige ambiëren, maar hier niet voor in aanmerking komen.

- *Mbo- en inservice verpleegkundige: mogelijk lagere uitstroom uit beroep, verhoogde instroom*
  Daar staat tegenover dat voor een deel van deze groep het werk juist aantrekkelijker kan worden. Met de functiedifferentiatie wordt meer recht gedaan aan ieders competenties. En doordat de regieverpleegkundigen naar verwachting van een aantal respondenten bij kunnen dragen aan het anders en beter organiseren van het werk, verhogen van de kwaliteit van zorg, als coach kunnen fungeren, is de verwachting dat de werkomstandigheden voor de groep verpleegkundigen als geheel prettiger worden, de werkdruk afneemt en daarmee meer mensen behouden blijven.

4.5.3 Samenvatting: mogelijke effecten van de functiedifferentiatie voor middelen

Financiële middelen

- De breed gedeelde verwachting is dat de salariskosten gaan toenemen, aangezien de regieverpleegkundige hoogstwaarschijnlijk in FWG-schaal 50 ingeschaald zal worden (FUWAVAZ-schaal 8). Tegelijkertijd wordt met name in de ziekenhuizen geconstateerd dat veel gespecialiseerd verpleegkundigen al in schaal 50 of 55 zitten en het totale effect op de slariskosten daarom relatief klein zal zijn.
- Ook breed gedeeld is de verwachting dat de functiedifferentiatie gepaard gaat met hogere salariskosten, implementatiekosten en scholingskosten.

Opbrengsten

De vraag of de genoemde kosten reëel zijn (kan de sector ze dragen) hangt samen met de vraag naar de opbrengsten die de functiedifferentiatie met zich meebrengt. Dit kan zijn in termen van efficiency/doelmatigheid, kwaliteit van zorg en/of behoud van mensen.

- Efficiency/doelmatigheid: uit de interviews en focusgroepen komt een enigszins diffuus beeld naar voren over de effecten die de invoering van de nieuwe beroepsprofielen kan hebben op efficiency en doelmatigheid. Verschillende respondenten verwachten dat de regieverpleegkundigen bij zullen dragen aan een efficiëntere organisatie van de zorg. Anderen benoemen het risico dat de regieverpleegkundige een deel van haar tijd aan andere zaken dan directe of indirecte patiëntenzorg zal besteden, wat ten koste zal gaan van de beschikbare fte voor die patiëntenzorg.

- Of er een bepaalde winst is te boeken doordat regieverpleegkundigen taken van andere beroepsgroepen overnemen zal pas blijken als duidelijk is hoe de taken uiteindelijk verdeeld worden over de verschillende functies.
- Over de verwachte effecten voor de kwaliteit van zorg zijn de geïnterviewden en focusgroepdeelnemers eenduidiger. Hoewel er een aantal risico's wordt benoemd verwacht men over het algemeen dat de kwaliteit van zorg zal toenemen. Dit kan betekenen dat ook de kosten dalen (maar duidelijk is dat nog niet).
- Ook een verminderde uitstroom van verpleegkundigen uit het beroep kan als opbrengst worden gezien. Verwachtingen over of en in welke mate dat zal plaatsvinden verschillen per beroepsgroep (zie ook hieronder).

Effecten voor in- en uitstroom in het beroep

- Veel respondenten verwachten dat met de invoering van de functie van regieverpleegkundige, het werk voor de hbo-opgeleide verpleegkundigen uitdagender wordt. Verschillende respondenten geven aan dat dat kan leidden tot een lagere uitstroom uit het beroep, en een hogere instroom in de opleiding.
- Voor de mbo-en inservice opgeleide verpleegkundigen zijn de verwachtingen minder eenduidig. Het kan zijn dat een deel van deze groep het werk minder aantrekkelijk zal gaan vinden, vanwege veranderingen in de werkinhoud of het (al dan niet terechte) gevoel van een ongewenste hiërarchische positie ten opzichte van de regieverpleegkundige. Dit kan leiden tot een verhoogde uitstroom uit het beroep.
- Daar staat tegenover dat voor een deel van deze groep het werk juist aantrekkelijker kan worden. Enerzijds doordat er met de functiedifferentiatie meer recht wordt gedaan aan ieders competenties. Anderzijds doordat regieverpleegkundigen kunnen bijdragen aan prettiger werkomstandigheden (naar de verwachting van een aantal respondenten). Dit kan tot een verlaagde uitstroom van deze groep leiden.
- Voor mbo-verpleegkundigen en inservice-verpleegkundigen die de functie van regieverpleegkundige ambiëren, maar hier niet voor in aanmerking komen, kan frustratie hierover er toe leiden dat zij het beroep verlaten.

Om de beoogde positieve effecten ook waar te maken en de risico's die zijn benoemd te ondervangen, is een goede implementatie van wezenlijk belang. In de volgende paragraaf gaan we daar op in.

4.6 Randvoorwaarden voor functiedifferentiatie

Uit de deskresearch blijkt dat voor een succesvolle invoering van functiedifferentiatie een aantal algemene randvoorwaarden te benoemen zijn. Op basis van de interviews zijn daar meer specifieke aandachtspunten aan toe te voegen, in directe relatie met de door de respondenten genoemde risico's voor zorg, mensen en middelen. In deze paragraaf brengen we in kaart wat deze randvoorwaarden zijn. Daarbij combineren we de informatie uit deskresearch, interviews en focusgroepen.

We beschrijven de randvoorwaarden volgens de kwaliteitscyclus van Deming (PDCA-cyclus: Plan-Do-Check-Act), als ordenend principe bij de start van een nieuw verbetertraject en model voor continue verbetering.

Figuur 1 Kwaliteitscyclus van Deming

Achtereenvolgens gaan we in op de drie fasen in dit cyclische proces:

- Implementatie plan (Plan)
- Implementatie proces (Do)
- Implementatie monitoren, evalueren & bijstellen (Check/Act)

4.6.1 Implementatieplan (Plan)

Het maken van een duidelijk implementatieplan voorafgaand aan de invoering van functiedifferentiatie is noodzakelijk, zo blijkt uit evaluatieonderzoek van Kanters en Bloemendaal (2002) naar functiedifferentiatie in de ziekenhuizen. Een implementatieplan schept helderheid ten aanzien van doelstellingen, planning en procedures, beslismomenten en evaluatiemogelijkheden. Op die manier wordt ook helder wat er exact verwacht wordt aan investeringen en wordt duidelijk welke resultaten nagestreefd worden. Uit de genoemde evaluatie kwam naar voren dat dit veel van de weerstanden kan opheffen bij de start van het verandertraject. Dat komt omdat in het implementatieplan al veel zaken duidelijk worden waar men zich ongerust over voelt.

Bij het maken van het implementatieplan dienen minimaal de volgende onderdelen van tevoren goed beschreven te worden:

- heldere missie en visie op de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie
- implementatiestrategie
- planning: doorlooptijd voor de ontwikkeling en implementatie
- kosten en beschikbare middelen
- communicatieplan
- heldere functieprofielen voor de regieverpleegkundige en verpleegkundige.
- draagvlak: Creëren van organisatorisch draagvlak
- draagvlak: Betrekken van de leidinggevenden die trekker zal zijn van de ontwikkeling en invoering van de functiedifferentiatie op hun afdeling
- draagvlak: Betrekken van medewerkers uit alle lagen van de organisatie bij het ontwikkelen van de functiedifferentiatie binnen de organisatie/afdeling
- (op)scholingsplan (hiervoor verwijzen we naar hoofdstuk 5).

Heldere missie en visie op de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie

Duidelijke doelstellingen vormen een succesfactor bij de invoering van functiedifferentiatie. Het dient helder te zijn wat de organisatie met de functiedifferentiatie wil bereiken en hoe dit past bij de gewenste zorgverlening en de ontwikkelingen in de zorgvraag (NVZ, 2017). Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn:

- aandacht voor de gewenste resultaten voor de drie kwaliteitscriteria: de zorg, de arbeid en de organisatie (Pool en Van der Bijl, 1999);
- inbedding binnen het integraal personeelsbeleid. Uit de literatuur blijkt dat organisaties die hun missie en visie op functiedifferentiatie inbedden binnen hun integraal personeelsbeleid een hogere kans hebben op een succesvolle acceptatie door de medewerkers. Dit heeft een positief effect op bijvoorbeeld ziekteverzuim, verloop, betrokkenheid bij de organisatie en algemene tevredenheid van het personeel (Den Boer & Hövels, 2002).

Strategie bij de ontwikkeling en implementatie van de functiedifferentiatie

Bij het implementeren van functiedifferentiatie zal elke organisatie een bewuste keuze moeten maken over de gehanteerde veranderaanpak. Er zijn diverse manieren om de veranderingen vorm te geven. Het kiezen van een juiste aanpak die past bij de organisatie is belangrijk, bijvoorbeeld een ontwerp- of ontwikkelbenadering (NVZ, 2017; Caluwé & Vermaak, 2014). De keuze voor een implementatiestrategie is situatieafhankelijk (Huijsmans en Van Dijk). Bij een complexe verandering zoals de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie, waar de expertise ligt bij de medewerkers (inhoud van het werk) en implementatie van de functiedifferentiatie cruciaal is voor de acceptatie ervan, ligt een ontwikkelbenadering voor de hand. Deze gaat uit van een stapsgewijs proces: uitdenken, implementeren, beproeven en uitwerken, aanpassen en vervolmaken. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:

- vaststellen dat er effecten kunnen zijn voor het gehele functiegebouw en dat deze meegenomen moeten worden in het ontwikkeltraject. Daarbij is aandacht nodig voor de aard van deze effecten en wat dit betekent voor de andere zorgniveaus, diensten en disciplines, zo blijkt uit publicaties (o.m. Kanters, 1999) en interviews;
- belangrijke vraag bij de ontwikkelstrategie is of gewerkt wordt met blauwdrukken of dat maatwerk per afdeling nodig is. Vanuit de interviews blijkt zonder meer dat voor iedere organisatie en iedere afdeling de optimale functiemix anders kan zijn. Maatwerk is nodig teneinde de beste invulling te ontwikkelen op basis van de huidige zorgvraag en verwachte ontwikkelingen daarin, samenstelling van het team, het type manager, de heersende cultuur etc.;
- sensitiviteit voor mogelijke krenking van de beroepsidentiteit van verpleegkundigen (Kanters en Bloemendaal, zie ook paragraaf 4.3).

Belangrijke 'bijvangst' voor de organisatie is hierbij dat de directe inzet van medewerkers voor de ontwikkeling en invoering van maatwerkoplossingen de betrokkenheid en verbondenheid van medewerkers met de organisatie vergroot (Meyer et al, 2002, Klein et al., 2009, Maaselink & IJbema, 2016; Peters & Westelaken, 2007-2010).

Planning: Voldoende tijd nemen voor de ontwikkeling en implementatie

Bij de invoering van functiedifferentiatie gaat het om een complex veranderkundig traject dat de nodige tijd in beslag neemt. Sommige proeftuinen zijn nu vier jaar bezig en rollen de functiedifferentiatie nu uit over andere afdelingen. Omdat in 2024 en 2025 de eerste herregistraties

plaats zullen gaan vinden in de twee nieuwe BIG-registers, is de tijdspanne krap, zeker voor organisaties die nog moeten gaan starten.

Kosten en beschikbare middelen / randvoorwaarden

Het invoeren van functiedifferentiatie heeft vaak vergaande praktische consequenties. Denk hierbij aan de zorgverlening op de afdeling maar ook aan de kosten en de dienstroosterplanning. Wanneer deze aspecten zo vroeg mogelijk in het beslissingsproces worden betrokken, kunnen keuzes die praktisch onhaalbaar zijn tijdig bijgesteld worden. Het maken van een juiste inschatting van kosten en een begroting zijn daarbij belangrijk. Kosten zoals projectkosten, scholingskosten en vervangingskosten tijdens scholingen, zullen in beeld moeten worden gebracht. In de evaluatie van Kanters en Bloemendaal naar functie- en beroepsdifferentiatie in algemene ziekenhuizen (2002) bleken deze kosten vaak te laat in de besluitvorming te zijn betrokken. Duidelijke en indien mogelijk soepele randvoorwaarden voor het volgen van scholing, zijn eveneens van belang.

Stel een communicatieplan op

Het zorgdragen voor een goede communicatie naar alle betrokken personen/geledingen in de organisatie is cruciaal. In dit communicatieplan staat welke partijen in de organisatie op welke manier worden geïnformeerd en op welk moment dat gebeurt (NVZ, 2017; Kanters & Bloemendaal, 2002). Communicatie begint bij het opstellen van een duidelijk communicatieplan waarbij helder is wie voor welk onderdeel van de communicatie verantwoordelijk is.

Heldere functieprofielen voor de regieverpleegkundige en de verpleegkundige

Belangrijk is om het onderscheid tussen functieprofielen duidelijk te beschrijven en te handhaven. Uit verschillende publicaties (Kanters & Bloemendaal, 2002; NVZ, 2017) blijkt dat problemen met het creëren en vasthouden van onderscheid tussen de twee typen verpleegkundigen belangrijke oorzaken zijn van het mislukken of stagneren van de functiedifferentiatie. Concretisering is daarom erg belangrijk: wie voert welke taken uit, welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden behoren bij welke medewerkers et cetera. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:

- het geringe onderscheid dat er nu is tussen de inzet van mbo- en hbo-verpleegkundige waardoor men gemakkelijk kan terugvallen in oude gewoontes en het onderscheid gemakkelijk vervaagt;
- aansluiten bij de CANMeds rollen en de samenhang daar tussen (NVZ, 2017);
- extra aandacht op branche- en organisatieniveau voor lastige onderscheidingen. Bij voorbeeld binnen de GGZ het onderscheid en de afbakening tussen de regie-verpleegkundige en sociaal psychiatrisch verpleegkundige, en tussen de regiebegeleider en de regieverpleegkundige.

Creëer organisatorisch draagvlak

Functiedifferentiatie heeft in eerste instantie effect op de werkorganisatie op de afdelingen, maar heeft vaak ook consequenties voor andere diensten en disciplines. Daarom is het van belang om de hele organisatie/alle medewerkers te betrekken bij het proces. Uit de evaluatie van functiedifferentiatie van Kanters en Bloemendaal (2002) blijkt dat het gebrek aan draagvlak bij andere stakeholders binnen de organisatie, die door de functiedifferentiatie op een andere manier moeten gaan werken, enkele keren heeft geleid tot stopzetting van de implementatie.

Management, de RvB, P&O, het leerhuis, de artsen, de VAR etc. zijn daarbij belangrijke stakeholders, naast de direct betrokkenen.

Betrek leidinggevenden

Leidinggevenden, die op hun afdeling vaak trekker zullen zijn van het ontwikkel- en verandertraject, kunnen van grote invloed zijn op het al dan niet slagen van de functiedifferentiatie op afdelingsniveau. Het is daarom van belang dat zij de functiescheiding tussen regieverpleegkundige en verpleegkundige omarmen en inhoudelijk goed op de hoogte zijn van beroepsprofielen, functieprofielen, etc. Leidinggevenden moeten dit ook goed uit kunnen leggen aan de verpleegkundigen. Het helpt dan als de afdelingshoofden/teamleider goed meegenomen worden in dit proces. Aandachtspunten hierbij zijn:

- middenmanagement krijgt zelf een andere rol. Het afdelingshoofd/teamleider moet durven en willen, moet kunnen loslaten en aanjager zijn zo blijkt uit de leidraad van de NVZ (2017).
- ondersteuning van het middenmanagement kan nodig zijn. Daarbij speelt ook een rol dat een deel van de leidinggevenden zelf mbo-geschoold is. Zij moeten nu hbo'ers aansturen en uitdagen.

Draagvlak: Laat medewerkers zelf de functiedifferentiatie binnen de organisatie/afdeling vormgeven

Draagvlak bij de medewerkers is cruciaal voor acceptatie van de vorm en inhoud van de functiedifferentiatie. De keuze van een ontwikkelstrategie bepaalt al of medewerkers op afdelingsniveau direct betrokken zijn bij het ontwikkelen van de vorm en inhoud van de functiedifferentiatie. In evaluatieonderzoek door KBA (2004) blijkt dat het mee laten denken van alle betrokken personen/geledingen een belangrijke succesfactor is. Aandachtspunten vanuit deskresearch en interviews zijn:

- Laat medewerkers vorm en inhoud van de functiedifferentiatie (mee) ontwikkelen, bijvoorbeeld in een werkgroep.
- Laat deze, binnen organisatorische kaders, bepalen hoe men de functiedifferentiatie wil gaan oppakken, wat voor hen gaat werken en wat niet. Het gaat om het maken van een nieuw samenwerkingsmodel voor het team, waarin afspraken worden gemaakt over zeggenschap, verdelen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, een goede mix qua aantallen medewerkers per functieniveau en het doordenken van de praktische consequenties.
- In relatie hiermee is het van belang de balans te zoeken tussen een helder onderscheid tussen de verpleegkundige functies enerzijds en het competentiegericht inzetten van medewerkers anderzijds. Verpleegkundige voelen dat hun functie verarmt als zij bepaalde taken niet meer mogen uitvoeren door de komst van een regieverpleegkundige, vooral wanneer zij die taken eerder vanwege hun specifieke competenties op dat terrein wel toegewezen hebben gekregen (Kanters en Bloemendaal (2002), interviews).
- Aandacht voor verschillende groepen verpleegkundigen: mbo/inservice opgeleiden die op hun tenen lopen en diegenen waarvoor dat niet geldt.
- Aandacht voor de beginnende hbo-verpleegkundige die haar competenties in de praktijk moet kunnen uitbouwen om op het gewenste niveau te komen voor een regieverpleegkundige functie.

4.6.2 Implementatie proces (Do)

Bij het implementatieproces wordt het implementatieplan uitgevoerd. Met andere woorden: de functiedifferentiatie wordt daadwerkelijk ingevoerd. Hierbij zijn de volgende randvoorwaarden van belang:

- duidelijke besluitvorming en regie over het proces
- ontwerp HR instrumenten om competenties van medewerkers te toetsen
- coachende vorm van leiderschap
- zorg voor een goed leerklimaat
- geef medewerkers de tijd om zich de nieuwe rollen eigen te maken

Duidelijke besluitvorming en regie over het proces

Uit een evaluatie van de invoering van functiedifferentiatie (NVZ, 2017) blijkt dat een vijfde van de knelpunten die worden ervaren te maken hebben met organisatorische aspecten. Een belangrijke factor daarbij is traagheid of onenigheid bij de besluitvorming over de wijze van invoering van functiedifferentiatie (in 14% van de gevallen). Het gaat dan met name om de besluitvorming door de raad van bestuur, het management en de ondernemingsraad. Ten gevolge hiervan kan de invoering van functiedifferentiatie aanzienlijke vertraging oplopen. Bij het nemen van de beslissingen over de gewenste vorm van functiedifferentiatie speelt het middenmanagement (inclusief afdelingshoofden) vaak een grote rol, gevolgd door de directie en de afdeling P&O.

Ontwerp HR instrumenten om competenties van medewerkers te toetsen

Er is behoefte aan betrouwbare assessments en instrumenten om competenties van medewerkers te toetsen. Op basis hiervan kunnen onderbouwde keuzes worden gemaakt over de toewijzing van taken en is meer flexibiliteit mogelijk dan bij een strikte hantering van de functieprofielen. Dat betekent ook ruimte voor verpleegkundigen (mbo-niveau) om taken uit te voeren die eigenlijk voorbehouden zijn aan de regieverpleegkundige, maar waarvoor de betreffende verpleegkundige de competenties in huis heeft. Op deze wijze kan de functiedifferentiatie worden gecombineerd met competentiegerichte inzet, waardoor bestaande competenties beter worden benut. Belangrijk aandachtspunt hierbij is om goede nazorg te bieden aan de verpleegkundigen die niet door het assessment komen. Op afdelingsniveau kan worden bekeken of deze verpleegkundigen op een andere manier uitgedaagd kunnen worden met aanvullende scholing of een ander takenpakket.

Coachende vorm van leiderschap

In een artikel in Loupe (2017) over de invoering van functiedifferentiatie in een ziekenhuis wordt coachend leiderschap genoemd als belangrijke factor. Hierbij geldt wel dat er goed gekeken dient te worden welke leiderschapsstijl past en noodzakelijk is bij het team en de organisatie waar de functiedifferentiatie ingevoerd gaat worden

Zorg voor een goed leerklimaat

Gezien alle veranderingen die op de sector afkomen, is het belangrijk om aandacht te hebben voor een goed leerklimaat. De sector heeft te maken met veranderingen die elkaar in een snel tempo opvolgen. Dit vergt voor organisaties en teams dat ze constant in ontwikkeling blijven

(Tjepkema, 2002). We spreken ook wel over een leven lang leren (Garcia & Bergondo, 2013). Het is voor elke organisatie belangrijk om te toetsen in hoeverre er een goed leerklimaat is in de organisatie voorafgaand aan de invoering van functiedifferentiatie. Uit de evaluatie van een van de proeftuinen komt naar voren dat een goede leercultuur belangrijk is, waarbij met name feedback aan elkaar geven een punt van aandacht is.

Geef medewerkers de tijd om de nieuwe rollen eigen te maken
Uit onderzoek door KBA (2004) komt naar voren dat medewerkers moeten wennen aan het werken met nieuwe functieprofielen. Vooral leidinggevende aspecten in een (nieuwe) functie blijken lastig te zijn om op te pakken door medewerkers. Hier kwam duidelijk naar voren dat een cultuuromslag nodig was om goed met de nieuwe functies te werken (KBA, 2004). Verder blijkt dat bij de implementatie van nieuwe functieprofielen in het begin veel tijd verloren gaat met het coördineren van zorgtaken. Het is daarom belangrijk om medewerkers de tijd en ondersteuning te geven om toe te groeien naar hun nieuwe rollen.

4.6.3 Implementatie monitoren, evalueren & bijstellen (Check/ Act)

Regelmatige tussentijdse evaluaties
Tijdens de implementatie is het van belang om tussentijds te checken of alles goed verloopt en daar waar nodig zaken bij te stellen. Aandachtspunten hierbij zijn:

- Voldoende tijd. Een belemmerende factor was vaak dat er niet genoeg tijd was voor een goede tussentijdse analyse van taken op de afdeling en voor informatievoorziening en discussie. Binnen de organisaties waar deze tijd en ruimte niet aanwezig was, bleek het lastig om voortgang te boeken en resultaten te consolideren (Kanters & Bloemendaal, 2002).
- Om tijdens de implementatie voldoende draagvlak te houden is het belangrijk om de nieuwe functieprofielen continue te toetsen aan de praktijk (NVZ, 2017).

Extra aandacht voor feedback binnen de dagelijkse zorgverlening

- Uit evaluaties in proeftuinziekenhuizen (NVZ, 2017) blijkt dat voor een goed zorgresultaat, veel meer feedback gegeven moet worden op gemaakte afspraken en het nakomen daarvan. Scholing en begeleiding hierop is soms gewenst. Tijdens de daadwerkelijke invoering van de nieuwe werkwijze en samenwerking is het nodig om hieraan veel aandacht te schenken.

5 SCHOLING

Het hoofdstuk over scholing in deze bijlagen geeft informatie over belemmeringen en randvoorwaarden bij (op)scholing, scholingswens van verpleegkundigen en verzorgenden en het opscholingspotentieel in deze groepen. In het hoofdrapport worden de gegevens over scholingswensen en scholingspotentieel wel genoemd, maar wordt hier verder niet op ingegaan. Dit hoofdstuk in de bijlagen bevat dus grotendeels aanvullende informatie ten opzichte van het hoofdrapport.

5.1 Inleiding

De nieuwe beroepsprofielen worden in de komende jaren geïmplementeerd. Zorginstellingen worden genoodzaakt om te bepalen welke functiemix voor hen wenselijk is in de toekomst en of er stappen op het gebied van scholing nodig zijn om aan die toekomstige functiemix te kunnen voldoen. Verpleegkundigen zullen moeten bepalen welk verpleegkundig beroep zij ambiëren. En als dat het beroep van regieverpleegkundige is, of zij voldoen aan de eisen voor dit beroep en of zij eventueel bereid zijn om hiervoor aanvullende scholing te volgen.

In dit hoofdstuk beschrijven we enkele bevindingen uit recent onderzoek (paragraaf 5.2). Daarna gaan we in op bevindingen omtrent randvoorwaarden, belemmerende factoren en succesfactoren bij opscholing (paragraaf 5.3). In paragraaf 5.4 gaan we in op de vraag wat de actuele situatie is in de zorgbranches wat betreft (op)scholing, aan de hand van de in dit onderzoek uitgezette vragenlijsten. Paragraaf 5.5 gaat vervolgens in op de resultaten vanuit interviews en focusgroepen, waarin de resultaten op het gebied van scholingsbereidheid en -potentieel verder zijn aangescherpt.

Voor het onderhavige arbeidsmarktonderzoek is vooral opscholing van belang: scholing gericht op kwalificatie van een hoger onderwijsniveau. Het gaat hierbij om het volgen van geaccrediteerd onderwijs dat leidt tot een volledig extra opleidingsniveau (CPB, 2016). Bijvoorbeeld het opleiden van een mbo-verpleegkundige naar hbo verpleegkundige middels een hbo-studie. Daarnaast gaat het om het volgen van aanvullende modules, door verpleegkundigen met een hbo-diploma.

5.2 Bevindingen uit recent onderzoek

In het recente verleden zijn verschillende onderzoeken gedaan naar opscholing in de zorg (AZW, 2017; Nivel, 2016). Hieronder schetsen we de belangrijkste bevindingen.

- Binnen het Arbeidsmarktprogramma Zorg en Welzijn wordt jaarlijks een enquete gehouden onder werkgevers. In de werkgeversenquête van 2018 (AZW, 2018) zijn enkele vragen gesteld over scholing van medewerkers om hun opleidingsniveau te verhogen (opscholing). Daaruit blijkt het volgende:
    - 88% van de werkgevers in de VVT heeft de afgelopen 12 maanden medewerkers een dergelijke scholing laten volgen. Het gaat vooral om opscholing van mbo 3 naar mbo 4 (71% van de werkgevers die opscholen) en van mbo 2 naar mbo 3 (65%).

- In de GGZ heeft 87% van de werkgevers in de afgelopen 12 maanden werknemers opgeschoold. Het accent lag bij opscholing van mbo naar associate degree (48%) en van hbo naar hbo+/master (33%), gevolgd door scholing van mbo naar hbo bachelor en van mbo 3 naar mbo 4 (beide 26%).
- Bij de ziekenhuizen (inclusief de UMC's) heeft 79% van de werkgevers in de afgelopen 12 maanden werknemers opgeschoold. Scholing van mbo naar hbo bachelor komt het meest voor (71%), gevolgd door scholing van mbo naar associate degree (43%), van hbo naar hbo+/master (26%) en van mbo 3 naar mbo 4 (26%).
- 72% van de werkgevers in de gehandicaptenzorg heeft in de afgelopen 12 maanden werknemers opgeschoold. Hier komt opscholing van mbo 3 naar mbo 4 niveau het meest voor (66%), gevolgd door scholing van mbo naar hbo bachelor (34%), van mbo 2 naar mbo 3 niveau (25%) en van mbo naar associate degree (24%).
- Ten opzichte van het voorgaande jaar is in elke branche het aandeel werkgevers dat werknemers heeft opgeschoold toegenomen.

- In 2016 deed het Nivel onderzoek onder 922 mbo-verpleegkundigen uit verschillende zorgsectoren naar de aantrekkingskracht van de thuiszorg en de belangstelling voor opscholing naar hbo-niveau (Nivel, 2016).
  - Uit dat onderzoek blijkt dat ongeveer één op de vijf (20%) van de mbo-opgeleide verpleegkundigen wil opscholen naar hbo niveau. Binnen de thuiszorg ligt dit percentage hoger, namelijk op 30%. Deze hogere score heeft waarschijnlijk te maken met de recente ontwikkelingen in de thuiszorg, waarbij de functie van wijkverpleegkundige is ingevoerd. Daarbij is duidelijk onderscheid gemaakt tussen de functie van verpleegkundige in de wijk (mbo-niveau) en wijkverpleegkundige (hbo-niveau). Meer kennis over de concrete invulling van de hbo-verpleegkundige functie leidt mogelijk tot een hogere wens tot opscholing tot hbo-verpleegkundige.
  - Van de ruim 1200 mbo-opgeleide verpleegkundigen die in 2012 en 2013 startten met de hbo-v opleiding, had 65% tot 70% na vijf jaar de voltijd of duale hbo-v opleiding succesvol afgerond. Bij deeltijd lag dit percentage tussen de 55% en 75% (Nivel, 2016).

- Peters e.a. (2015) bracht de diverse mogelijkheden om als mbo-verpleegkundige versneld opgeleid te worden tot hbo-verpleegkundige in beeld. Daaruit blijkt dat elke hogeschool met een vierjarige bacheloropleiding verpleegkunde een verkorte hbo-v opleiding van drie jaar aanbiedt voor mbo-opgeleide verpleegkundigen. Daarnaast kan de mbo-opgeleide verpleegkundige, afhankelijk van zijn of haar kwaliteiten en ervaring, vrijstellingen krijgen. Voor een enkeling leidt dat tot een opleiding van slechts 1,5 jaar, op basis van erkenning van eerder verworven competenties (Peters e.a., 2015).

- Hoewel voor het onderhavige onderzoek vooral bevindingen omtrent opscholen van belang zijn, kunnen ook bevindingen omtrent bijscholingen informatie bieden. Uit het eerdergenoemde onderzoek van Nivel blijkt het volgende:

  - medewerkers met een contract van minder dan zestien uur per week geven aan weinig behoefte te hebben aan bijscholingen;
  - hetzelfde geldt voor medewerkers ouder dan 55 jaar. Ook zij volgen minder vaak bijscholing, maar blijken dit ook minder vaak door werkgevers aangeboden te krijgen.

5.3 Opscholing: belemmeringen, succesfactoren en randvoorwaarden

Uit het bovenstaande blijkt dat veel werkgevers hun werknemers de mogelijkheid tot opscholing bieden. Werknemers in de zorg maken daar gebruik van. Niet alle werknemers die aan opscholing beginnen slagen echter, en niet iedereen die wel de wens heeft om op te scholen start ook daadwerkelijk met een opscholingstraject. Er zijn verschillende factoren die opscholing kunnen bevorderen of belemmeren.

5.3.1 Belemmeringen bij opscholing

Bijna de helft (45%) van de zorgmedewerkers die doorstromen naar de hbo-v opleiding heeft belemmeringen ervaren bij deze overstap (Nivel, 2016). Meest genoemd (door 31% van alle doorstromers) was de (te zware) combinatie van werk-studie en privé-situatie. Deze belemmering wordt ervaren door zowel verpleegkundigen die de opleiding wel al hebben afgerond als door verpleegkundigen die dat nog niet hebben gedaan.

De volgende belemmeringen worden ervaren bij het opscholen van reeds werkzame mbo-opgeleide verpleegkundigen tot hbo-niveau, via een verkorte opleiding (Actiz et al., 2014; Nivel, 2016):

Belemmeringen voor medewerkers;
- de tijd voor het volgen van de opleiding; de combinatie leren-werken-privé en de motivatie van medewerkers (Actiz e.a., 2014; Nivel, 2016);
- het gemis van de aansluiting van de opleiding op de praktijk, opleidingen worden breed ingestoken (Actiz e.a., 2014);
- het grote verschil tussen mbo- en hbo-niveau (Actiz e.a., 2014);
- hbo-v opleidingen houden onvoldoende rekening met de al verworven competenties van de mbo-opgeleide verpleegkundigen (Nivel, 2016).

Belemmeringen voor werkgevers en medewerkers;
- de kosten; opleidingskosten, verletkosten en vervangingskosten (Actiz e.a., 2014);
- het tekort aan stageplekken (Actiz e.a, 2014);
- het gebrek aan begeleiders op hbo-niveau binnen zorgorganisaties (Actiz e.a., 2014).

Er zijn dus meerdere factoren die opscholing kunnen belemmeren. In dat licht gezien is het goed om aan te geven dat uit beide bovengenoemde onderzoeken naar voren komt dat de combinatie werk-studie-privé als een van de belangrijkste belemmerende factoren wordt gezien. Dit kwam ook naar voren in verschillende interviews en tijdens een van de focusgroepbijeenkomsten die zijn gehouden voor het onderhavige arbeidsmarktonderzoek: belangrijkste redenen voor uitval na start van de opleiding zijn dat de opleiding zwaarder is dan verwacht (onderschatting), zijn wissel trekt op de werk-privé balans van de verpleegkundigen en soms gewoon te hoog gegrepen is. Daar komt voor verpleegkundigen met een CZO-diploma nog bij dat het aantal vrijstellingen dat men kan verkrijgen soms tegenvalt, zo signaleert één van de geïnterviewden.

5.3.2 Succesfactoren voor (op)scholing werknemers

Net zoals er meerdere factoren zijn die opscholing kunnen belemmeren, zijn er ook meerdere factoren die opscholing juist kunnen bevorderen.

Goede balans werk-privé
Het is van belang om werknemers voorafgaand aan het traject goed te informeren over het feit dat ze ook rekening moeten houden met zelfstudie in eigen tijd en of dit goed te combineren valt met zorgtaken thuis (Nivel, 2016). In het onderzoek van Nivel (2016) komt ook naar voren dat aandacht voor de werk-studie en privé situatie een stimulerende werking heeft op het volgen van een hbo-opleiding. De werkgever dient flexibel te zijn in werktijden/werkdagen.

Ervaren werkdruk en tijd en ruimte voor begeleiding
Om opscholing van mbo'ers via een verkort traject te laten slagen, is het belangrijk om in het begin van een leertraject aandacht te besteden aan de ervaren werkdruk. Dit kan door in de eerste paar weken van de studie werknemers te ontlasten door ze minder vol te plannen op het werk alsmede te zorgen voor goede begeleiding op het werk. Werknemers die de stages begeleiden dienen goed op de hoogte te zijn van alle procedures (Nivel, 2016).

Maatwerk leveren
Uit onderzoek van stichting A+O VVT (2017) blijkt dat maatwerk ook een belangrijke succesfactor is bij scholing van werknemers. Het is belangrijk om individuele medewerkers te voorzien in zijn of haar behoeften.

Vergoeding van de opleidingskosten
Op het moment dat de werkgever de kosten van een opleiding vergoedt, gaat daar een stimulerende werking van uit voor het starten met een (verkort) hbo-opleiding, zo blijkt uit onderzoek van het Nivel (2016).

Perspectief op een baan na afronding
Uit het onderzoek van Nivel (2016) komt naar voren dat mbo verpleegkundige eerder genegen zijn om aan een hbo-studie te beginnen op het moment dat zij na afronding ook een functie op hbo-niveau kunnen gaan uitoefenen.

Werktevredenheid
Uit een onderzoek van stichting A+O VVT (2017) blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden meer gebruik maken van scholing (opscholing/bijscholing) als zij het naar hun zin hebben op het werk. Belangrijkste factoren hierbij zijn:

- leuke en goede samenwerking met collega's;
- waardering en ondersteuning van de leidinggevende.

Communicatie over mogelijke opleidingstrajecten
Uit het onderzoek van Nivel (2016) komt de aanbeveling naar voren dat opleidingstrajecten door hbo-v opleidingen duidelijker en eenduidiger gecommuniceerd moeten worden, met zo mogelijk eenduidige informatie over kortingen vanwege vooropleiding en werkervaring. Het dient dan eerst duidelijk te zijn hoe kortingen kunnen worden toegepast en of dit kan worden gestandaardiseerd. Hierin zal het onderwijs gezamenlijk moeten optrekken. Ook zullen werkgevers en mbo-v opleidingen, geïnteresseerde mbo- opgeleide verpleegkundige meer moeten stimuleren en adviseren welk opleidingstraject geschikt is. Hierbij is samenwerking met hbo-v opleidingen belangrijk (Nivel, 2016).

5.3.3 Randvoorwaarden vanuit organisatieperspectief

Op basis van de deskresearch, interviews en focusgroepen is een aantal randvoorwaarden voor opscholing te formuleren vanuit organisatieperspectief.

Verwachtingsmanagement: zorgen voor een juist beeld van wat de opleiding hbo-v vraagt
Dat het verschil tussen mbo- en hbo-niveau een belemmerende factor is, is reeds beschreven. In interviews en focusgroepen werd ook aangegeven dat veel werknemers de hbo-v onderschatten. Dat geldt ook voor de breedte van de opleiding, ten opzichte van smallere gespecialiseerde opleidingen. Dit maakt dat een helder beeld scheppen van de aard en zwaarte van een opleidingstraject noodzakelijk is.

Inzet van assessment, en/of capaciteitentest, screening van de ambitieachtergrond
Uit interviews en focusgroepen kwam meermaals naar voren dat het uitvoeren van een assessment of capaciteitentest voorafgaand aan het starten van een opleiding, de uitval drastisch terugdringt. Ook motivatie is een bepalende factor.

Voldoende stageplekken en begeleiding
Goede stageplekken en begeleiding voorkomen uitval, ook voor werknemers die opscholen. Daarom is het van belang dat werknemers voldoende ruimte geboden wordt voor begeleiding en/of reflectie, bijvoorbeeld door ze minder vol te plannen. Dit is ook voor de balans werk-privé van belang, evenals bijvoorbeeld flexibiliteit in werktijden.

Vormgeving van de opleiding
Het gat tussen mbo- en hbo-niveau wordt soms als erg groot ervaren. Daarnaast is het voor sommige werknemers lang geleden dat zij in de schoolbanken hebben gezeten. Dit maakt dat het belangrijk is om in de vormgeving van hbo-v trajecten voor mbo-verpleegkundigen rekening te houden met de ervaring en competenties van deze groep, en hen waar nodig extra tijd te gunnen.

Praktische aspecten
Vergoeding van tijd en kosten zijn een belangrijke stimulans voor werknemers om scholing te gaan volgen. Ook het perspectief van een hoger salaris heeft dat effect. Voor werkgevers geldt eigenlijk hetzelfde; vergoeding van scholings-, verlet- en vervangingskosten maken het waarschijnlijker dat zij opscholing zullen faciliteren.

5.4 Scholingsactiviteiten en wens tot scholen in cijfers

Om zicht te krijgen op de wens tot opscholing onder verzorgenden en verpleegkundigen is hiernaar gevraagd in de vragenlijsten die zijn uitgezet voor het onderhavige arbeidsmarktonderzoek. Aan werkgevers zijn vragen gesteld over de bereidheid om deze opscholing te bieden. De resultaten uit deze enquêtes worden beschreven in deze paragraaf.

5.4.1 Resultaten uit het onderzoek onder verpleegkundigen

Bezig zijn met een opleiding

Aan verpleegkundigen is gevraagd of zij momenteel bezig zijn met een verpleegkundige vervolgopleiding of de verkorte hbo-v (zie Tabel 8). In totaal geeft 10% van de respondenten aan bezig te zijn met een dergelijke opleiding. In totaal volgt 5% een (verkort) hbo-traject en is eveneens 5% bezig met een gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding (hierbij zijn alle aangegeven verpleegkundige specialisaties meegeteld). In de V&V en thuiszorg is het aandeel verpleegkundigen dat een (verkort) hbo-traject volgt het hoogst. In de UMC's volgt een groot aandeel een gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding.

Tabel 8 Aandeel verpleegkundigen per branche dat bezig is met een opleiding (N=4188)

	Niet bezig	Bezig met (verkort) hbo-traject verpleegkundige	Bezig met gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding
UMC's	86%	3%	11%
Ziekenhuizen	88%	5%	7%
GGZ	93%	3%	4%
V&V	90%	8%	2%
Thuiszorg (V&V)	88%	8%	4%
Gehandicaptenzorg	97%	2%	1%
Overig	94%	2%	4%
Totaal	90%	5%	5%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Deelname aan scholing door verpleegkundigen

In totaal heeft ruim 95% van de verpleegkundigen in het jaar voorafgaand aan de enquête aan scholingsactiviteiten deelgenomen. Het gaat hier niet alleen om een vervolgopleiding maar om alle soorten scholingsactiviteiten, onder andere door middel van een training, cursus, opleiding, e-learning, studiedag of via werkplekleren. Het gaat gemiddeld genomen om ruim 8 dagen per jaar. Daarbij was ongeveer 60% van de scholingsactiviteiten verplicht en ongeveer 40% niet verplicht.

Aan de verpleegkundigen is ook gevraagd naar de redenen om te kiezen voor scholing (zie Tabel 18). Het grootste deel van de respondenten geeft het volgende aan: nieuwe kennis op willen doen, vakkennis verbreden, nodig voor het werk, interessant en nieuwe vaardigheden willen leren (deze redenen worden door meer dan 50% van de respondentengenoemd). De intrinsieke motivatie om te scholen is hoog te noemen, redenen als 'het is verplicht' of 'wordt van me verwacht' worden minder vaak genoemd dan de eerder genoemde intrinsieke redenen.

Tabel 9 Redenen van verpleegkundigen om te kiezen voor scholing (N=3977)

	Percentage (meerkeuze mogelijkheid)
Wil graag nieuwe kennis opdoen	77%
Verbreden vakkennis	74%
Nodig voor mijn werk	72%
Interessant	61%
Wil graag nieuwe vaardigheden leren	55%
Het is verplicht	38%
Wordt van me verwacht	35%
Loopbaandoelen/carrièreperspectief	30%
Veranderingen op werk	21%
Voor de zekerheid/ het geval ik het in de toekomst nodig heb	10%
Kansen op baan	4%
Hoger salaris	4%
Promotiekansen	3%
Anders	3%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

De voornaamste reden om niet te kiezen voor scholing is dat het niet werd aangeboden door de werkgever (26%). De andere redenen zijn zeer divers (15% geen vergoeding, in de zin van tijd vanuit de organisatie, 15% pas recent begonnen met werken 14% geen financiële vergoeding vanuit de organisatie, en 12% stopt binnenkort met werken).

Opscholingsbereidheid van mbo-en inservice opgeleiden

Een deel van de huidige groep verpleegkundigen met een initieel mbo- of inservice diploma is bezig met het behalen van het hbo-diploma. Als alleen gekeken wordt naar de groep die het beroep van regieverpleegkundige ambieert dan is (afhankelijk van de branche) 5 tot 22% van deze groep bezig met het behalen van het hbo-diploma.

Tabel 10 Aandeel mbo/inservice verpleegkundigen dat beroep regieverpleegkundige ambieert en momenteel hbo-v volgt, naar branche (N=1297)

	Aandeel dat bezig is met (verkorte) hbo-v
UMC's	6%
Ziekenhuizen	13%
GGZ	6%
V&V	17%
Thuiszorg	22%
Gehandicaptenzorg	7%
Totaal	12%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Van de groep die op dit moment niet de (verkorte) hbo-v volgt maar wel het beroep van regieverpleegkundige ambieert gaf ruim twee derde (71%) aan bereid te zijn tot het volgen van de hbo-opleiding als dat vereist is (zie onderstaande tabel). De bereidheid onder verpleegkundigen die een mbo-diploma hebben is groter dan onder de groep verpleegkundigen met een inservice-diploma: respectievelijk 83% en 62%.

Tabel 11 Aandeel dat regiefunctie ambieert en bereid is tot volgen hbo-v, naar branche en kwalificatie (N=1100)

	Mbo-diploma	Inservice-diploma	Totaal
UMC	84%	54%	65%
Ziekenhuis	79%	57%	66%
GGZ	73%	58%	64%
Gehandicaptenzorg	96%	79%	85%
V&V	88%	69%	82%
Thuiszorg	90%	62%	74%
Totaal	83%	62%	71%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

De randvoorwaarden waaronder men de verkorte hbo-v wil volgen verschillen:

- Als het traject 2 tot 2,5 jaar duurt, met wellicht een aantal aanvullende vrijstellingen, en de opleiding kan deels in werktijd gevolgd worden én wordt deels vergoed door de werkgever, dan is een derde bereid tot het volgen van deze scholing.
- Als de opleiding geheel in werktijd gevolgd kan worden en de kosten worden geheel vergoed door de werkgever, dan is nog eens een derde bereid tot het volgen van deze scholing.
- Als het traject korter zou duren (maximaal een jaar) komt daar nog circa 4% bij.

Tot slot is er nog de groep die die wel regieverpleegkundige wil worden maar aangaf in het geheel niet bereid te zijn om het hbo-v te diploma de behalen als dat vereist wordt. Als belangrijkste redenen om geen scholing te willen volgen wordt aangegeven dat men al over de benodigde vaardigheden en competenties beschikt en dat men dat verwacht ook aan te kunnen tonen (58%

van deze groep) en/of het daarom niet nodig vindt om de opleiding te volgen (47%). Daarnaast is er nog een groep die relatief dicht bij de pensioenleeftijd zit en het daarom niet zinvol vindt (36%).

Tabel 12 Aandeel dat regiefunctie ambieert en bereid is tot opscholen (hbo-v) onder bepaalde voorwaarden, naar kwalificatie (N=1100)

	Mbo	Inservice	Totaal
Ja, indien deel kosten vergoed en deel in werktijd	49%	25%	35%
Ja, indien alle kosten vergoed en geheel in werktijd	30%	34%	33%
Ja, indien alle kosten vergoed en geheel in werktijd en traject korter (12/18 maanden)	4%	3%	4%
Nee	17%	38%	29%
Totaal	100%	100%	100%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Scholingsbereidheid van hbo-verpleegkundigen

Het is mogelijk dat ook van de verpleegkundigen die het beroep van regieverpleegkundige ambiëren en wel over het hbo-diploma beschikken, gevraagd wordt om scholing te volgen. Het gaat dan om het volgen van modules als EBP en klinisch redeneren. Een heel groot deel van hen gaf aan hiertoe bereid te zijn of er al mee bezig te zijn: 94% in totaal. Wordt gekeken naar de groep die hier ook toe bereid is als men er eigen tijd in moet steken dan daalt dit tot 71%.

Tabel 13 Bereidheid van hbo'ers om modules te volgen (en onder welke voorwaarden) (N=784)

	Aandeel
Is bezig	6%
Ja, als deel kosten vergoed en deel in werktijd	19%
Ja, als alle kosten vergoed en deel in werktijd	46%
Ja, als deel kosten vergoed en alles in werktijd	2%
Ja, als alle kosten vergoed en alles in werktijd	21%
Nee	6%
Totaal	100%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

De meest genoemde reden om geen aanvullende scholing te willen volgen is omdat men van mening is al over de benodigde competenties en vaardigheden te beschikken. Daarnaast is er nog een beperkte groep verpleegkundigen dat de pensioenleeftijd nadert en het daarom niet meer zinvol vindt om deze scholing te volgen.

5.4.2 Resultaten uit het onderzoek onder verzorgenden

Ook aan verzorgenden is gevraagd of men bezig is met een opleiding (zie Tabel 14). In totaal geeft bijna 8% aan bezig te zijn met een opleiding. 2,5% doet de opleiding tot VIG (verzorgende

individuele gezondheidszorg), 1,4% EVV (Eerst Verantwoordelijk Verzorgende) en 0,3% geriatrische revalidatiezorg. Verder doet in totaal 3,9% nog een andere opleiding.

Tabel 14 Aandeel verzorgenden dat een opleiding volgt, per branche (N=2040)

	Volgt nu geen opleiding	VIG	EVV	Geriatrische revalidatiezorg	Volgt andere opleiding
V&V	91%	2%	2%	0%	3%
Thuiszorg (V&V)	92%	4%	0%	-	4%
Gehandicaptenzorg	90%	2%	2%	-	6%
Overig	90%	1%	1%	1%	8%
Totaal	92%	3%	1%	0%	4%

Bron: Vragenlijst verzorgenden arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Deelname aan scholing door verzorgenden

Bijna 92% van de verzorgenden heeft in het jaar voorafgaand aan de vragenlijst deelgenomen aan scholingsactiviteiten. Het gaat hier om activiteiten als een training, cursus, opleiding, e-learning, studiedag of werkplekleren. Het gaat om gemiddelde 8,4 dagen per jaar. Ongeveer 60% van de aangegeven scholingen was verplicht en ongeveer 40% niet verplicht.

In onderstaande tabel worden de redenen genoemd voor het kiezen voor scholing.

Tabel 15 Redenen van verzorgenden om te kiezen voor scholing (N=1584)

	Aandeel (meerkeuze mogelijkheid)
Nodig voor mijn werk	68%
Wil graag nieuwe kennis opdoen	55%
Verbeden van vakkennis	54%
Het is verplicht	51%
Interessant	43%
Wordt van me verwacht	42%
Wil graag nieuwe vaardigheden leren	42%
Verandering op het werk	24%
Loopbaandoelen/carrièreperspectief	13%
Voor de zekerheid/ het geval in de toekomst nodig heb	10%
Hoger salaris	3%
Kans op een baan	3%
Promotiekansen	3%
Anders	2%

Bron: Vragenlijst verzorgenden arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

De meeste respondenten gaven verschillende redenen op. De belangrijkste redenen zijn: nodig voor mijn werk, wil nieuwe vaardigheden te leren, wil nieuwe kennis opdoen, het wordt van me verwacht, het is verplicht en het verbreden van vakkennis.

Reden om niet te kiezen voor scholing is dat het niet werd aangeboden door de werkgever (29%). De overige redenen zijn zeer divers (8% stopt binnenkort met werken, 5% vond de kosten van de scholing te hoog, 7% is pas recent begonnen met werken).

De wens van verzorgenden tot opscholing

In Tabel 16 wordt de wens van verzorgenden tot opscholen weergegeven. Specifieker gaat het om de wens om in de komende vijf jaar de (verkorte) mbo-opleiding tot verpleegkundige te volgen. In feite gaat het hier om opscholen naar een ander beroep. In dat licht gezien is de 20% die aangeeft dit te willen, hoog te noemen. Daarnaast is 3% van de verzorgenden al bezig met deze opleiding. In de gehandicaptenzorg is het aandeel dat zou willen opscholen het hoogst, namelijk 23%. Opvallend genoeg is het aandeel verzorgenden dat al bezig is met deze opleiding in deze branche juist het laagst, namelijk 1%.

Tabel 16 De wens om in de komende vijf jaar de (verkorte) mbo-opleiding tot verpleegkundige te gaan volgen van de verzorgenden per branche (N=1889)

	Heeft u de wens om in de komende vijf jaar de (verkorte) mbo-opleiding tot verpleegkundige te gaan volgen?			
	Nee	**Ja**	**Ja, ik ben al bezig met deze opleiding**	**Totaal**
V&V	76%	21%	3%	100%
Thuiszorg (V&V)	79%	17%	4%	100%
Gehandicaptenzorg	76%	23%	1%	100%
Overig	78%	16%	6%	100%
Totaal	77%	20%	3%	100%

Bron: Vragenlijst verzorgenden arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

De belangrijkste reden om niet te willen opscholen is dat men het beroep van verzorgende aantrekkelijker vindt (23%). Daarnaast geeft bijna 17% aan dat zij het beroep van verpleegkundige wel aantrekkelijk vinden, maar dat zij de opleiding nu niet willen of kunnen volgen. Ongeveer 52% van de respondenten heeft (ook) een 'andere' reden om de opleiding niet te willen volgen. Van deze respondenten geeft een aanzienlijk deel aan dat hun leeftijd de reden is de opleiding niet te willen/kunnen volgen.

5.4.3 Resultaten uit het onderzoek onder werkgevers

Ook aan werkgevers zijn vragen gesteld over opscholen van werknemers. Omdat de respons bij dit werkgeversonderzoek laag was, presenteren we slechts beperkt resultaten en doen we dat voor

alle zorgbranches gezamenlijk. Een aantal relevante vragen aan de werkgevers is daarom ook gesteld in de interviews en focusgroepen (zie hiervoor ook paragraaf 5.5).

Scholing
Ruim twee vijfde van de werkgevers die de vragenlijst hebben ingevuld, verwacht te weinig potentiële regieverpleegkundigen in huis hebben. Aan hen is gevraagd of zij dan ook bereid zijn om mbo- en inservice-verpleegkundigen de mogelijkheid te bieden om de verkorte hbo-v te gaan volgen. Driekwart van hen geeft aan hiertoe bereid te zijn. Bijna een vijfde van de groep geeft aan nog niet te weten of zij verpleegkundigen de mogelijkheid gaan bieden om de verkorte hbo-v te gaan volgen. Mogelijk speelt onzekerheid over de overgangsregeling hierbij een rol. Het is immers mogelijk dat van de werkzame verpleegkundigen niet per definitie een hbo-diploma geëist wordt om de functie van regieverpleegkundige te vervullen.

Aan de werkgevers die aangaven dat zij de mogelijkheid tot opscholing wilden bieden aan de mbo- en inservice verpleegkundigen is ook gevraagd welke voorwaarden zij daarbij willen hanteren. Slechts een klein deel van de respondenten is van plan om van verpleegkundigen te vragen dat zij zelf ook een deel van de kosten op zich zullen nemen. Meer dan de helft van de werkgevers stelt wel als voorwaarde dat de overheid (een deel van) de kosten draagt. Verder wordt door driekwart van de werkgevers als voorwaarde gesteld dat de verpleegkundige het opscholingstraject tenminste deels in eigen tijd volgt. Van de werkgevers die aangaven (ook) onder andere voorwaarden de verkorte hbo-v te willen aanbieden, geeft een enkeling aan dat de werkgever zelf alle kosten en tijd vergoedt.

5.5 Opscholingspotentieel

Zowel in interviews als in de focusgroepen is gesproken over op- en bijscholing. Hieruit kwamen diverse kanttekeningen naar voren ten aanzien van het opscholingspotentieel van de huidige groepen mbo- en inservice verpleegkundigen en verzorgenden.

5.5.1 Aanscherping opscholingspotentieel verpleegkundigen

Uit interviews en literatuur blijkt dat een deel van de verpleegkundigen die starten met de (verkorte) hbo-v, uiteindelijk het diploma niet behalen. Daar waar de start van het traject verbonden is aan een assessment blijkt ook dat een deel van de gegadigden het assessment niet haalt. Naast ambitie speelt dus ook het opscholingspotentieel een rol. De vraag naar opscholingsbereidheid en opscholingspotentieel is gesteld aan werkgevers. Helaas was de respons op deze vraag gering. Slechts 22 werkgevers hebben de vraag ingevuld voor de gespecialiseerd verpleegkundigen en 28 voor de algemene verpleegkundigen. De inschatting voor beide groepen ontloopt elkaar niet veel; werkgevers schatten in dat 35% van de niet gespecialiseerde en 36% van de gespecialiseerde verpleegkundigen in staat is om de hbo-v te voltooien (gecorrigeerd voor uitbijters).

Tijdens één van de focusgroepbijeenkomsten is verder ingegaan op het opscholingspotentieel. Daar gaven deelnemers aan dat ongeveer de helft van de groep mbo'ers en inservice

verpleegkundigen die graag de verkorte hbo-v wil gaan doen, het voorafgaande assessment niet haalt. Ook uit de interviews komen dergelijke getallen naar voren. Ook na de start van een opleiding is er nog wat uitval, maar die is (na het behalen van het assessment) beperkt. We gaan er daarom van uit dat 50% van de groep die graag regieverpleegkundige wil worden en ook bereid is scholing te volgen, deze scholing ook succesvol zal afronden. Dat komt neer op 10% van de groep mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen in totaal. Voor de groep die al gestart is met de verkorte hbo-v is de slagingskans fors hoger, zij hebben immers een eventueel assessment al behaald en een groot deel is al een half tot anderhalf jaar bezig met de opleiding. Voor deze groep gaan we uit van een slagingspercentage van 95%.

5.5.2 Aanscherping opscholingspotentieel verzorgenden

Ook voor de beroepsgroep van de verzorgenden geldt dat het hebben van een scholingswens niet automatisch betekent dat zij die wens ook zullen vervullen. 20% van de verzorgenden die de vragenlijst voor dit onderzoek hebben ingevuld, heeft aangegeven de wens te hebben om in de komende vijf jaar de (verkorte) mbo-opleiding tot verpleegkundige te gaan volgen. Als we die 20% omrekenen naar de opscholing in de komende vijf jaar, zou dat betekenen dat jaarlijks 4% van de beroepsgroep van verzorgenden start met opscholen naar verpleegkundige. Bij navraag onder focusgroepdeelnemers uit de VVT blijkt dat de meesten die 4% hoog vinden. Als we net als bij de verpleegkundigen uitgaan van een opscholingspotentieel van 50% zou dat betekenen dat in de komende vijf jaar jaarlijks 2% van de beroepsgroep van verzorgenden op zal scholen naar verpleegkundige. De huidige praktijk is echter dat jaarlijks ongeveer 1% van de beroepsgroep start met opscholing, terwijl deelnemers aan de focusgroepen aangeven dat men vrijwel elke opscholingsvraag honoreert mits de kandidaat ook het potentieel heeft. Het is onduidelijk of het opscholingspotentieel inderdaad 1% is, of dat het potentieel in de huidige groep hoger ligt maar wellicht over een langere termijn dan 5 jaar uitgespreid moet worden (men heeft de wens en het potentieel wel maar het duurt wat langer voordat men de stap daadwerkelijk zet). We gaan er in ieder geval net als bij de verpleegkundigen van uit dat maximaal 50% van degenen die willen opscholen, dat ook succesvol zal doen. Dan komen we op een opscholing van 2% per jaar.

6 DE FUNCTIEMIX IN HET MENSSCENARIO

Om te komen tot mogelijke functiemixen voor het mensscenario, zijn verschillende stappen doorlopen. In het hoofdrapport zijn alleen de eerste en de laatste stap beschreven. In dit hoofdstuk van de bijlagen zijn alle stappen en de uitkomsten per stap weergegeven.

6.1 Inleiding

Het arbeidsmarktonderzoek gaat uit van drie verschillende invalshoeken (mens, zorg en middelen). Voor elke invalshoek is een scenario opgesteld, inclusief een toekomstige functiemix. Zoals in de inleiding is beschreven gaat het bij de scenario's niet om harde prognoses, maar om een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. De scenario's (inclusief de functiemixen) zijn gevuld op basis van nu beschikbare informatie, aangevuld met zo goed mogelijk onderbouwde aannames.

In het mensscenario staan de wensen en ambities van de verpleegkundigen en verzorgenden centraal. De functiemix in dit scenario is gebaseerd op nu beschikbare informatie over wensen en ambities van verzorgenden en verpleegkundigen en aannames rondom het opscholingspotentieel van de huidige groep. In paragraaf 6.2 tot en met 6.2.2 gaan we in op deze wensen en ambities van verpleegkundigen en de functiemix die is opgesteld voor dit scenario, in paragraaf 6.3 gaan we in op de wensen en ambities van verzorgenden.

6.2 Het bepalen van de mix van verpleegkundigen

De volgende aspecten zijn van belang voor de functiemix van verpleegkundigen in dit scenario:

- welk beroep ambiëren verzorgenden en verpleegkundigen?
- in hoeverre beschikken zij over de vereiste diploma's voor dit beroep?
- als mensen niet over de vereiste diploma's beschikken, zijn zij dan bereid om op te scholen?
- hebben mensen die bereid zijn om op te scholen ook het potentieel om op te scholen?
- wat betekent dat uiteindelijk voor de mogelijke functiemix in dit scenario?

Verder is de invulling van de overgangsregeling van belang. Een ruime overgangsregeling betekent dat er meer verpleegkundigen zijn die zich zonder (veel) aanvullende scholing kunnen inschrijven in het register van regieverpleegkundige dan bij een smalle overgangsregeling. Omdat er nog geen besluiten zijn genomen over de overgangsregeling worden er voor deze invalshoek twee functiemixen opgesteld, één voor een ruime overgangsregeling en één voor een smalle overgangsregeling. Bij de bij de smalle overgangsregeling gaan we er van uit dat alleen een hbo-diploma recht geeft op inschrijving in het register van regieverpleegkundigen, en bij de ruime overgangsregeling dat alle specialisaties recht geven op inschrijving in het register van regieverpleegkundigen. Dit zijn twee uitersten, waarbinnen de daadwerkelijke overgangsregeling (waarschijnlijk) zal komen te liggen.

Om te komen tot de twee functiemixen in dit scenario zijn de volgende stappen doorlopen:

- in beeld brengen van het beroep dat verpleegkundige ambiëren

- → herverdelen van de groep die het nog niet weet
- → in beeld brengen in hoeverre men al over de vereiste diploma's beschikt
- → indien men niet over de vereiste diploma's beschikt: is men bereid om op te scholen
- → ingeschatte succesratio bij opscholing
- → uiteindelijke functiemix.

6.2.1 Stap 1: welk beroep ambiëren verpleegkundigen?

In de vragenlijst onder verpleegkundigen is aan de groep werkzame verpleegkundigen gevraagd wat de respondenten ambiëren na invoering van de nieuwe beroepsprofielen. Daarbij konden zij meerdere antwoorden geven. Wat opvalt is dat ruim een kwart van de respondenten aangeeft zowel de functie van verpleegkundige als de functie van regieverpleegkundige te ambiëren, of aangeeft het nog niet te weten (zie Tabel 17). Het beroep dat men ambieert verschilt met de initiële opleiding die men gevolgd heeft. Degenen met een initieel mbo- of inservice diploma geven vaker de voorkeur aan het beroep van verpleegkundige en minder vaak aan het beroep van regieverpleegkundige. Degenen die een mbo-diploma hebben maar geen hbo-diploma hebben, lijken iets vaker het beroep van regieverpleegkundige te ambiëren dan degenen die een inservice-diploma hebben. De ambitie om regieverpleegkundige te worden is het grootst onder de hbo-opgeleide verpleegkundigen, 48% van deze groep geeft aan deze ambitie te hebben. Er is daar echter ook een groep van 18% die aangeeft de functie van verpleegkundige te ambiëren (en dus geen regieverpleegkundige te willen worden).

Tabel 17 Geambieerde functie, naar initieel diploma (N=4096)

	Verpleeg-kundige	Regie-verpleeg-kundige	Zowel regieverpleegkundige als verpleegkundige, of weet niet	Anders	Totaal
Mbo	44%	24%	28%	4%	100%
Inservice	47%	25%	23%	5%	100%
Hbo	18%	48%	28%	6%	100%
Totaal	38%	31%	26%	5%	100%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

In de thuiszorg en de GGZ is het aandeel dat regieverpleegkundige wil worden het hoogst (

Tabel 18). Dit zijn ook de branches waar (vaak) al sprake is van duidelijke hbo-functies. Het animo om regieverpleegkundige te worden is het laagst in de gehandicaptenzorg. Dat zal waarschijnlijk deels te maken hebben met het lage aandeel hbo-opgeleide verpleegkundigen in deze branche.

Tabel 18 Geambieerde functie, naar branche (N=4096)

	Verpleeg-kundige	Regie-verpleeg-kundige	Zowel verpleegkundige als regieverpleegkundige + weet niet	Anders	Totaal
UMC's	37%	30%	29%	3%	100%
Ziekenhuizen	41%	27%	28%	4%	100%
GGZ	24%	40%	29%	7%	100%
V&V	40%	33%	22%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	34%	40%	23%	3%	100%
Gehandicaptenzorg	40%	23%	27%	10%	100%
Totaal	38%	31%	26%	5%	100%

Bron: vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Voor degenen die aangaven het beroep van regieverpleegkundige te ambiëren spelen de factoren 'de inhoud van het werk sluit aan bij wat ik leuk vind om te doen', 'de inhoud van het werk sluit goed aan bij mijn kennis en vaardigheden' en 'de inhoud van het werk sluit goed aan bij mijn huidige functie' in ongeveer even grote mate mee. Bij degenen die het beroep van verpleegkundige ambiëren geldt dat 'de inhoud van het werk sluit aan bij mijn huidige functie' iets minder vaak genoemd wordt als reden dan de andere twee factoren.

Tijdens de focusgroepbijeenkomst rondom de invalshoek 'mens' werden enkele kanttekeningen geplaatst bij de ambities van de verpleegkundigen die de enquête hebben ingevuld. Onduidelijkheid over wat de regieverpleegkundige functie precies behelst en onzekerheid over de eigen baan zouden hierbij een rol kunnen spelen, volgens de focusgroepdeelnemers. Hun inschatting is dat op zijn minst een deel van de mbo- en inservice verpleegkundigen de functie van regieverpleegkunde ambieert omdat men bang is dat er geen of minder plek is voor mbo- en inservice- opgeleide verpleegkundigen. Bij de hbo-opgeleiden verwacht men dat er mogelijk meer regieverpleegkundige willen worden dan nu in de enquête in kaart zijn gebracht. Achtergrond van deze verwachting is dat in de proeftuinen bijna alle hbo-verpleegkundigen regieverpleegkundige willen zijn.

Het is op dit moment echter niet mogelijk om in te schatten wat het effect van deze mechanismen is. We baseren daarom de functiemix in het mensscenario op basis van de uitkomsten van de vragenlijst. Om een toekomstscenario te kunnen maken, is het van belang de groep die (nog) geen duidelijke voorkeur heeft toch te verdelen over de toekomstige functies. Tijdens de focusgroep rondom de invalshoek 'mens' is ervoor gekozen om hiervoor in grote lijnen te kijken naar de groep die al wel een voorkeur heeft, dus om voor de groep die het nog niet weet in grote lijnen dezelfde verdeling aan te houden als bij de groep die wel een voorkeur heeft aangegeven. Dat leidt tot de volgende verdeling van de verpleegkundigen over toekomstige functies (Tabel 19):

Tabel 19 Geambieerde functie van de huidige groep verpleegkundigen, naar branche, de groep die het nog niet weet herverdeeld (N=4096)

	Verpleeg-kundige	Regie-verpleegkundige	Anders	Totaal
UMC's	53%	44%	3%	100%
Ziekenhuizen	57%	39%	4%	100%
GGZ	35%	58%	7%	100%
V&V	52%	43%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	45%	52%	2%	100%
Gehandicaptenzorg	54%	35%	10%	100%
Totaal	50%	45%	5%	100%

6.2.2 Stap 2: in hoeverre beschikken verpleegkundigen over de vereiste diploma's

Naast de vraag welke functie men ambieert, is ook van belang in hoeverre men over de vereiste diploma's beschikt. Bij een smalle overgangsregeling gaat het er dan om of men wel of niet het hbo-diploma heeft behaald. In Tabel 20 is te zien dat een kleine meerderheid van de groep die aangaf regieverpleegkundige te willen worden, over het hbo-diploma beschikt. Dit verschilt echter wel per branche.

Tabel 20 Geambieerde functie en in bezit van vereiste diploma (smalle overgangsregeling) (N=4096)

	Verpleeg-kundige	Regieverpleegkundige		Anders	Totaal
		Beschikt niet over vereist diploma	Beschikt wel over vereist diploma		
UMC's	53%	21%	23%	3%	100%
Ziekenhuizen	57%	20%	19%	4%	100%
GGZ	35%	26%	32%	7%	100%
V&V	52%	33%	10%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	45%	24%	29%	2%	100%
Gehandicaptenzorg	54%	26%	9%	10%	100%
Totaal	50%	24%	21%	5%	100%

Voor de brede overgangsregeling gaan we er van uit dat zowel het hbo-diploma als een gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding toegang geven tot de functie van regieverpleegkundige (ongeacht welke gespecialiseerde vervolgopleiding dat is). In Tabel 20 is te zien dat het aandeel regieverpleegkundigen dat over het vereiste diploma beschikt dan ook flink toeneemt. Deze toename is het grootst in de ziekenhuizen en de UMC's.

Tabel 21 Geambieerde functie en in bezit van vereiste diploma (brede overgangsregeling) (N=4096)

	Verpleeg-kundige	Regieverpleegkundige		Anders	Totaal
		Beschikt niet over vereist diploma	Beschikt wel over vereist diploma		
UMC's	53%	6%	38%	3%	100%
Ziekenhuizen	57%	6%	33%	4%	100%
GGZ	35%	17%	41%	7%	100%
V&V	52%	26%	17%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	45%	15%	38%	2%	100%
Gehandicaptenzorg	54%	23%	12%	10%	100%
Totaal	50%	12%	33%	5%	100%

6.2.3 Stap 3: willen verpleegkundigen opscholen als dat vereist is voor de functie

Een deel van de groep verpleegkundigen die de functie van regievepleegkundige ambieert is momenteel al een verkort hbo-traject aan het doen. Daarnaast volgt een deel een gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding (dit laatste is van belang voor de functiemix bij een brede overgangsregeling). In Hoofdstuk 5 is hier mee over te vinden.

Voor de groep die wel de ambitie heeft om regieverpleegkundige te worden maar (nog) niet over de vereiste diploma's beschikt, is het de vraag of zij bereid zijn om een scholingstraject te volgen, of daar op dit moment al mee bezig zijn. Ongeveer driekwart van deze groep gaf aan hiertoe bereid, of al gestart te zijn (zie Tabel 22). In totaal zijn dat bij een smalle overgangsregeling ongeveer 12.500 verpleegkundigen.

Tabel 22 Geambieerde functie, in bezit van diploma en bereidheid tot opscholing (smalle overgangsregeling) N=4096.

	Verpleeg-kundige	Regieverpleegkundige				Anders	Totaal
		Beschikt wel over vereist diploma	Beschikt niet over vereist diploma				
			Schoolt al	Wil scholen	Wil niet scholen		
UMC's	53%	23%	2%	13%	6%	3%	100%
Ziekenhuizen	57%	19%	3%	11%	6%	4%	100%
GGZ	35%	32%	2%	16%	8%	7%	100%
V&V	52%	10%	6%	22%	5%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	45%	29%	5%	14%	4%	2%	100%
Gehandicaptenzorg	54%	9%	2%	19%	5%	10%	100%
Totaal	50%	21%	3%	15%	6%	5%	100%

Indien er een brede overgangsregeling komt, beschikt een groter deel al over het vereiste diploma. De scholingsbereidheid onder de groep die in dat geval (nog) niet over een vereist diploma beschikt is naar verhouding echter ongeveer even groot als bij een smalle overgangsregeling (in beide gevallen is de groep die wel willen scholen ruim twee keer zo groot als de groep die niet wil scholen).

Tabel 23 Geambieerde functie, in bezit van diploma en bereidheid tot opscholing (brede overgangsregeling). N=4096

	Verpleeg-kundige	Regieverpleegkundige				Anders	Totaal
		Beschikt wel over vereist diploma	Beschikt niet over vereist diploma				
			Schoolt al	Wil scholen	Wil niet scholen		
UMC's	53%	38%	1%	3%	2%	3%	100%
Ziekenhuizen	57%	33%	1%	3%	2%	4%	100%
GGZ	35%	41%	2%	9%	5%	7%	100%
V&V	52%	17%	5%	17%	4%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	45%	38%	3%	9%	3%	2%	100%
Gehandicaptenzorg	54%	12%	2%	17%	4%	10%	100%
Totaal	50%	33%	2%	7%	3%	5%	100%

6.2.4 Stap 4: opscholingspotentieel

Om tot een uiteindelijke toekomstige functiemix te komen in het 'mens-scenario' is niet alleen de bereidheid tot scholen van belang, maar ook het potentieel. Niet iedereen die de ambitie heeft om scholing te volgen, zal hier ook in slagen. Zoals in paragraaf 5.5 is aangeven gaan we er van uit dat 50% van de groep die aangeeft graag regieverpleegkundige te willen worden en ook bereid is scholing te volgen, deze scholing ook succesvol zal afronden. Voor de groep die al gestart is met de verkorte hbo-v gaan we uit van een slagingspercentage van 95%.

6.2.5 Stap 5: toekomstige functiemix verpleegkundigen

Als we uitgaan van de bovengenoemde percentages, zal dus 50% van de groep die aangeeft regieverpleegkundige te willen worden, (nog) niet over het vereiste diploma beschikt en wel bereid is om te scholen, daar ook in slagen. De andere helft slaagt daar dan niet in en zal ook geen regieverpleegkundige worden. Deze groep zal hoogstwaarschijnlijk in de functie van verpleegkundige gaan werken. Wellicht dat een klein deel een heel ander loopbaanpad zal kiezen (zie ook hoofdstuk 3), maar daar is hier geen rekening mee gehouden. Al met al komen we met bovenstaande werkwijze en aannames tot de volgende toekomstige functiemix in het mens-scenario, bij een smalle overgangsregeling (Tabel 24) en een brede overgangsregeling (

Tabel 25).

Tabel 24 Toekomstige functiemix in het mens-scenario, smalle overgangsregeling (N=4096)

	Verpleeg-kundige	Regie-verpleegkundige	Anders	Totaal
UMC's	66%	31%	3%	100%
Ziekenhuizen	68%	28%	4%	100%
GGZ	51%	42%	7%	100%
V&V	68%	27%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	57%	41%	2%	100%
Gehandicaptenzorg	69%	21%	10%	100%
Totaal	63%	32%	5%	100%

Het aandeel regieverpleegkundigen is bij een smalle overgangsregeling 32%. Bij een brede overgangsregeling is het aandeel regieverpleegkundigen iets hoger, namelijk 38%.

Tabel 25: toekomstige functiemix in het mens-scenario, brede overgangsregeling (N=4096)

	Verpleeg-kundige	Regie-verpleegkundige	Anders	Totaal
UMC's	57%	40%	3%	100%
Ziekenhuizen	60%	36%	4%	100%
GGZ	45%	48%	7%	100%
V&V	65%	30%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	52%	45%	2%	100%
Gehandicaptenzorg	67%	23%	10%	100%
Totaal	57%	38%	5%	100%

6.3 Verzorgenden

In de vragenlijst onder verzorgenden is gevraagd of men de wens heeft om de komende vijf jaar de (verkorte) mbo-opleiding tot verpleegkundige te volgen. Een aanzienlijk deel van de beroepsgroep van verzorgenden geeft aan de wens te hebben om de komende vijf jaar op te scholen naar verpleegkundige, namelijk 20% (zie hoofdstuk 5).

Het daadwerkelijke potentieel van verzorgenden om op te scholen wordt lager geschat dan de genoemde 20% (zie ook hoofdstuk 0). Als we uitgaan van de vragenlijst en het ingeschatte opscholingspotentieel dan zal de komende vijf jaar jaarlijks 2% van de beroepsgroep van verzorgenden starten met opscholen naar verpleegkundige. Dat is twee keer zoveel dan de jaarlijkse opscholing zoals die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Het komt er dan op neer dat in 2019 en 2020 in totaal bijna 6300 verzorgenden zullen starten met een opleiding tot verpleegkundige.

6.4 Uiteindelijke functiemix in het mensscenario

Als we de bovenstaande uitkomsten combineren dan kunnen we twee mogelijke functiemixen opstellen voor het mensscenario, één voor een smalle overgangsregeling (Tabel 26) en één voor een brede overgangsregeling (Tabel 27):

Tabel 26 Toekomstige functiemix in het mensscenario, smalle overgangsregeling

	Verzorgenden	Verpleegkundigen	Regieverpleegkundigen	Totaal
UMC's	1%	67%	32%	100%
Ziekenhuizen	4%	68%	28%	100%
GGZ	8%	51%	41%	100%
V&V	80%	16%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	63%	22%	15%	100%
Gehandicaptenzorg	27%	57%	17%	100%
Totaal	48%	36%	17%	100%

Tabel 27 Toekomstige functiemix in het mensscenario, brede overgangsregeling

	Verzorgenden	Verpleegkundigen	Regieverpleegkundigen	Totaal
UMC's	1%	58%	41%	100%
Ziekenhuizen	4%	60%	36%	100%
GGZ	8%	44%	48%	100%
V&V	80%	15%	5%	100%
Thuiszorg (V&V)	63%	21%	16%	100%
Gehandicaptenzorg	27%	55%	18%	100%
Totaal	48%	32%	20%	100%

7 DE FUNCTIEMIX IN HET ZORGSCENARIO

Om te komen tot een mogelijke functiemix voor het zorgscenario, zijn verschillende stappen doorlopen. In het hoofdrapport zijn alleen de uitkomsten hiervan opgenomen. In dit hoofdstuk van de bijlagen wordt ingegaan op het tot stand komen van deze functiemix.

7.1 Inleiding

Het arbeidsmarktonderzoek gaat uit van drie verschillende invalshoeken (mens, zorg en middelen). Voor elke invalshoek is een scenario opgesteld, inclusief een toekomstige functiemix. Zoals in de inleiding is beschreven gaat het bij de scenario's niet om harde prognoses, maar om een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. De scenario's (inclusief de functiemixen) zijn gevuld op basis van nu beschikbare informatie, aangevuld met zo goed mogelijk onderbouwde aannames.

In het zorgscenario staan de invalshoek zorg centraal. De functiemix in dit scenario is gebaseerd op nu beschikbare informatie en ideeën over de zorgvraag, de wijze waarop de zorg georganiseerd zal worden en de functiemix die daarvoor nodig is.

Veranderingen in zorgvraag en de complexiteit van de zorg zijn mede aanleiding geweest voor het opstellen van de nieuwe beroepsprofielen voor verzorgenden en verpleegkundigen. De verwachte toekomstige zorgvraag en organisatie van de zorg zullen ook invloed hebben op de vraag naar verzorgenden en verpleegkundigen. Op basis van de bevindingen omtrent toekomstige zorgvraag en -organisatie (zoals weergeven in hoofdstuk 3) kan niet direct een eenduidig beeld worden geschapen van de te verwachten gevolgen voor de vraag naar verzorgenden en verpleegkundigen. We geven hieronder eerst kort aan welke effecten van ontwikkelingen in de zorgvraag op hoofdlijnen worden verwacht voor de vraag naar verzorgenden en verpleegkundigen. Daarna zeten we uiteen hoe van deze brede ontwikkelingen in de zorg is gekomen tot een gekwantificeerde functiemix van verzorgenden en verpleegkundigen.

7.2 Een aantal grote lijnen

De demografische ontwikkeling, de vergrijzing, is hoe dan ook één van de belangrijkste en meest kwantificeerbare ontwikkelingen. In de komende vijf jaar zal de zorgvraag van ouderen in absolute zin flink toenemen, ongeacht waar deze beantwoord wordt. Daarmee wordt de vraag naar verzorgenden en verpleegkundigen met affiniteit voor en kennis over deze doelgroep zo goed als zeker groter. Ook wordt verwacht dat psychische klachten steeds vaker voorkomen en dat daarmee ook de absolute zorgvraag in de GGZ toeneemt. Met als gevolg dat ook de behoefte aan bijvoorbeeld psychiatrisch verpleegkundigen zal toenemen.

Het voorgaande heeft ook in sterke mate gevolgen voor hetgeen inhoudelijk gevraagd wordt van verzorgenden en verpleegkundigen. Dat betekent niet alleen meer vraag naar mensen die voor ouderen kunnen zorgen, maar ook dat de gevraagde competenties veranderen. Zeker omdat er steeds meer multimorbiditeit verwacht wordt, zal de complexiteit van de zorgvraag toenemen.

Meervoudige problematiek vraagt dat klinisch redeneren en zicht hebben op het gehele zorgproces rond een patiënt waarschijnlijk belangrijker gaan worden. Wat daar ook aan bijdraagt, is dat vanuit beleid én zorginstellingen ook bewust ingezet wordt op het betrekken van het sociale netwerk in het zorgproces, alsook op extramuralisering. Wat dit in kwantitatieve zin betekent is lastig te bepalen, mede omdat de grenzen aan wat nog verschoven kan worden her en der in zicht lijkt te zijn. In ieder geval is zeer aannemelijk dat de complexiteit van het werk van verzorgenden en verpleegkundigen nog verder zal toenemen. Ook strengere kwaliteitseisen dragen daaraan bij.

Een andere ontwikkeling die hoe dan ook relevant is en zal blijven, is de immer voortschrijdende techniek. Hoewel de implementatie ervan in de zorg niet altijd hetzelfde tempo aanhoudt als de ontwikkelingen, is dit wel degelijk een relevante factor. De vraag in hoeverre dit in de komende vijf jaar effect zal hebben op de kwantitatieve vraag naar verzorgenden en verpleegkundigen is moeilijk te beantwoorden. Wel is aannemelijk dat de technologische vooruitgang ook in de zorg andere competenties van medewerkers zal vragen. Verzorgenden en verpleegkundigen zullen voorbereid moeten worden op het omgaan met steeds meer geavanceerde hulpmiddelen in hun werk.

7.3 Van zorg naar functiemix

7.3.1 Aspecten die meespelen bij bepalen functiemix

We starten met een analyse van aspecten die meespelen (of hebben gespeeld) bij het tot stand komen van de huidige functiemix. Dit is besproken tijdens één van de focusgroepbijeenkomsten, waarbij deelnemers uit verschillende branches de open vraag is gesteld waar de huidige functiemix op is gebaseerd.

Deelnemers uit de ziekenhuizen en UMC's gaven aan dat de verpleegkundige functiemix grotendeels historisch is gegroeid, op basis van wat zich aandiende. Daarbij werd in de regel niet veel gekeken naar opleidingsniveau. Voor ziekenhuizen en UMC's is veel relevanter of verpleegkundigen een specialisatie hebben (en zo ja, welke). De discussie over de functiemix wordt nu volop gevoerd. Het idee is dat op basis van het type patiënt en zorg het gewenste aandeel regieverpleegkundigen zal verschillen. In proeftuinen probeert men op basis van ervaring en best practices tot optimale functiemixen op afdelingsniveau te komen.

Werkgevers uit de GGZ geven aan dat vooral de dbc-beroepentabel bepalend is voor de inzet van personeel, en dientengevolge de functiemix. Dit vormt een belangrijk kader in de vergoeding van verleende geestelijke gezondheidszorg, en vormt zo voor een belangrijk deel de basis voor de mix qua functies en kwalificatieniveau in deze branche.

Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen gaf men aan dat er opgelegde bezettingsnormen bestaan, met daarin bijvoorbeeld opgenomen dat er per groep van acht bewoners altijd minimaal één verzorgende beschikbaar dient te zijn. Omdat er relatief weinig verpleegtechnische

handelingen nodig zijn, ligt het aandeel verpleegkundigen hier relatief laag ten opzichte van de verzorgenden. Zowel de bezettingsnormen als de zorgvraag bepalen dus de functiemix in de branche. Bovendien zijn sommige organisaties ook bezig eigen normen voor personele bezetting te ontwikkelen, op basis van cliëntenpopulatie en de zorgvraag daarbinnen.

Ook in de thuiszorg is de functiemix qua verpleegkundigen en verzorgenden deels bepaald door regels van buitenaf. Sinds een aantal jaren mogen enkel wijkverpleegkundigen (hbo-niveau) nog indiceren in de thuiszorg, waardoor flink is ingezet op een groei van het aandeel hbo-verpleegkundigen.

Omdat werkgevers uit de gehandicaptenzorg niet aanwezig waren tijdens deze focusgroep, ontbreekt informatie over die branche.

7.3.2 Toekomstige functiemix

Aan werkgevers is middels een vragenlijst gevraagd welke toekomstige functiemix zij nodig achten voor de zorg in hun organisatie. Tijdens een focusgroepbijeenkomst zijn de verwachte ontwikkelingen in de zorg (zoals in hoofdstuk 3 zijn beschreven) getoetst en aangescherpt. Vanuit dat kader is met de deelnemers nog eens gekeken naar de gewenste toekomstige functiemix per branche en is deze aangescherpt. In de tabel hieronder is weergegeven wat de resultaten hiervan per branche waren. Dit is de uiteindelijke functiemix die is gehanteerd in het zorgscenario.

Als we dit vergelijken met de huidige functiemix dan is in dit scenario in elke branche sprake van een hoger aandeel regieverpleegkundigen dan er nu hbo-verpleegkundigen werkzaam zijn. In de verpleeghuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg is echter ook het aandeel verpleegkundigen in dit scenario hoger dan er nu mbo- en inservice opgeleiden werkzaam zijn. Daar is het aandeel verzorgenden lager dan nu het geval is.

Tabel 28 Toekomstige functiemix in het zorgscenario

	Verzorgenden	Verpleegkundigen	Regieverpleegkundigen
UMC's		50%	50%
Ziekenhuizen		60%	40%
GGZ	8%	47%	45%
V&V	71%	18%	10%
Thuiszorg (V&V)	53%	27%	20%
Gehandicaptenzorg	6%	80%	14%

Aan de overwegingen die tot deze mogelijke toekomstige functiemix leiden, liggen voor de ziekenhuizen en UMC's grotendeels dezelfde ontwikkelingen ten grondslag. De beperkte groei uit het hoofdlijnenakkoord, en verschuiving van zorg naar de eerste en anderhalve lijn, betekenen dat zorg in de ziekenhuizen en UMC's steeds zwaarder en complexer wordt. Dit leidt in die branches tot de verwachting van een relatief hoog aandeel regieverpleegkundigen. Daarnaast leidt het er toe

dat men verwacht dat het reeds kleine aandeel verzorgenden in de toekomst niet per definitie meer nodig zal zijn.
Ook in de GGZ speelt de ontwikkeling dat de zorgvraag in de klinische setting steeds zwaarder en complexer wordt, omdat er veel wordt geambulantiseerd. Daarom verwacht men dat intramuraal relatief iets minder verzorgenden nodig zullen zijn, en iets meer regieverpleegkundigen (ten opzichte van het huidige aandeel hbo-verpleegkundigen). Het is echter vooral de groeiende ambulante tak zelf die er toe leidt dat men een grote behoefte aan regieverpleegkundigen verwacht. In de ambulante setting wordt immers veel zelfstandigheid, een brede blik en een goede regievoering gevraagd, waardoor vanuit zorgperspectief vooral hbo-gekwalificeerde professionals gevraagd zijn (hierbij moet wel worden opgemerkt dat men de spv'ers hier over het algemeen onder de hbo'ers schaart, ongeacht of ze over dat hbo-diploma beschikken of niet).

In de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt de zorgvraag ook steeds zwaarder en complexer. Omdat er in deze branche echter relatief weinig (complexe) verpleegtechnische handelingen verricht hoeven te worden, zijn er relatief weinig hbo-functies voor verpleegkundigen. Het meeste werk kan door verzorgenden en mbo-verpleegkundigen gedaan worden. Deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat het vooral de behoefte is aan een grotere inzet van innovatieve technieken en meer nadruk op welzijn en kwaliteit van leven, die de vraag naar regieverpleegkundigen bepalen.

Voor de gehandicaptenzorg geldt net als in de verpleeghuiszorg dat er relatief weinig (complexe) verpleegtechnische handelingen verricht hoeven te worden. Ook daar zijn relatief weinig hbo-functies voor verpleegkundigen.

In de thuiszorg neemt vooral de absolute zorgvraag toe, omdat beleidsmatig sterk wordt ingezet op zorg op de juiste plek. Dit vertaalt zich in verplaatsing van zorg naar de thuissituatie. In de thuiszorg heeft enkele jaren geleden al functiedifferentiatie plaatsgevonden, waarbij enkel hbo-verpleegkundigen nog mochten indiceren. Mede daarom is in deze branche een relatief hoog aandeel hbo-verpleegkundigen werkzaam. Dat men verwacht dat de toekomstige behoefte aan regieverpleegkundigen nog iets hoger ligt, heeft te maken met een complexer wordende zorgvraag in de thuissituatie (mensen gaan eerder het ziekenhuis uit en later het verpleeghuis in) en de grotere nadruk op technologie, welzijn en kwaliteit van leven.

Al met al is de verwachting dat de vraag naar hbo-opgeleiden toeneemt. Dat is een tendens die al langere tijd gaan de is (zie bijvoorbeeld het rapport 'Arbeid in zorg en welzijn 2016'). Het komt ook overeen met de inschatting van een groot deel van de mensen die geïnterviewd zijn voor het onderhavige arbeidsmarktonderzoek. Wel is er een enkeling die hier kanttekeningen bij plaatst. Zo is er een respondent die zich afvraagt of de vraag naar meer hoger opgeleiden niet (deels) voortkomt uit de toenemende werkdruk. In een ander interview kwam naar voren dat de toenemende krapte en de toenemende technologische mogelijkheden wellicht de weg vrij maken naar de inzet van juist minder hoog opgeleid personeel. Ook tijdens een van de focusgroepbijeenkomsten werd opgemerkt dat de vraag naar hoger opgeleiden breed wordt onderschreven maar dat er weinig onderbouwing voor is.

7.4 Huidig potentieel

Gezien de verwachting dat het benodigde aandeel regieverpleegkundigen hoger zal zijn dan het aandeel hbo-verpleegkundigen nu, is interessant in hoeverre werkgevers denken reeds over voldoende potentiële regieverpleegkundigen te beschikken. Die vraag is dan ook aan hen voorgelegd in de vragenlijst. Deze vraag is door een relatief kleine groep werkgevers ingevuld, het onderstaande is daarom indicatief.

Opvallend is dat slechts een enkele werkgever verwacht teveel potentiële regieverpleegkundigen in huis te hebben (dit is een werkgever in de V&V). Ongeveer een derde van de respondenten schat in over voldoende potentieel te beschikken om de functie van regieverpleegkundige over vijf jaar te kunnen invullen. Ruim twee vijfde verwacht over onvoldoende potentiële regieverpleegkundigen te beschikken. Nog eens een vijfde van de respondenten geeft dit (nog) niet te weten. Dit geldt in zeer sterke mate voor respondenten uit de GGZ. Mogelijk heeft dit te maken met de onduidelijke positie van de spv'ers in de overgangsregeling. Ook in de andere branches zijn er echter respondenten die geen inschatting kunnen geven. Dat kan met allerlei aspecten te maken hebben. Zo hebben lang niet alle werkgevers zicht op de samenstelling van hun personeelsbestand, is er nog onduidelijkheid over de overgangsregeling en heeft een deel van de werkgevers nog geen beeld van de gewenste toekomstige functiemix.

8 SCHOLINGS- EN SALARISKOSTEN

In het hoofdrapport worden voor het mensscenario en het zorgscenario scholingskosten en salariskosten gepresenteerd, zoals die zijn doorgerekend voor de opgestelde scenario's. In dit hoofdstuk van de bijlagen gaan we in op de wijze waarop de gemiddelde scholingskosten per persoon zijn ingeschat en op de wijze waarop de ontwikkelingen in salariskosten zijn berekend. Ten opzichte van het hoofdrapport bevat dit hoofdstuk dus aanvullende informatie.

8.1 Inleiding

Het invoeren van de nieuwe beroepsprofielen zal gepaard gaan met extra scholing. Het gaat dan om het opscholen van (een deel van) de mbo-en inservice-opgeleide verpleegkundigen die een functie als regievepleegkundige ambiëren. Daarnaast betreft het aanvullende scholing voor hbo'ers met een oud hbo-diploma. Van hen zal waarschijnlijk gevraagd worden om een aantal lesmodules te volgen om bepaalde vaardigheden en competenties aan te scherpen.

Daarnaast zal er een effect te verwachten zijn voor salariskosten. De verwachting is dat de functie van regievepleegkundige zal worden ingeschaald in een hbo-schaal. Een deel van de verpleegkundigen die straks de functie van regievepleegkundige gaan vervullen, zijn nu echter ingeschaald in een mbo-schaal.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de scholingsduur (paragraaf 8.2.1), daarna maken we een inschatting van de gemiddelde scholingskosten per persoon (paragraaf 8.2.2 en 8.2.3) om vervolgens kort in te gaan op opleidingsbudgetten (paragraaf 8.2.4). Daarna gaan we in op de wijze waarop de ontwikkelingen in salariskosten zijn doorgerekend (paragraaf 8.3).

8.2 Scholingskosten

8.2.1 Duur van de opscholing

Om de scholingskosten door te kunnen rekenen zijn niet alleen de kosten per jaar, maar is ook de gemiddelde opleidingsduur van belang. Verpleegkundigen met een mbo- of inservice-verpleegkundigen kunnen vrijstellingen krijgen als zij de hbo-v gaan doen. De omvang van die vrijstellingen is afhankelijk van reeds gevolgde opleidingen. Zo kunnen verpleegkundigen die eerder een gespecialiseerde verpleegkundige opleiding hebben voltooid in aanmerking komen voor een half jaar extra vrijstelling (afhankelijk van welke gespecialiseerde opleiding zij hebben gedaan). Uit gesprekken en informatie die Hogescholen en opleidingsinstellingen hier over publiceren komt een gemiddelde opleidingsduur van 2 tot 2,5 jaar naar voren. Hoewel zo her en der ook een opleidingsduur van 1,5 jaar wordt genoemd, komt uit gesprekken naar voren dat dat niet vaak voorkomt. Dat blijkt ook uit het eerder genoemde onderzoek van Peter e.a. (2015). Voor het doorrekenen van de scholingskosten in de verschillende scenario's gaan we daarom uit van een gemiddelde opscholingsduur van 2 jaar voor verpleegkundigen die over een gespecialiseerd verpleegkundig diploma beschikken en 2,5 jaar voor verpleegkundigen die daar niet over beschikken.

8.2.2 Kosten voor opscholing

Om de opscholingskosten in kaart te brengen is een vragenlijst uitgezet onder een beperkt aantal werkgevers, verdeeld over de verschillende branches. Daarnaast zijn telefonische interviews gehouden om meer zicht te krijgen op de verschillende kostenposten die spelen bij scholing en de omvang daarvan.

Het gaat daarbij om de kosten die gemoeid zijn met het verkorte hbo-v traject. De duur van een dergelijk traject verschilt per deelnemer. Enerzijds omdat er extra vrijstellingen kunnen worden verkregen als al bepaalde scholing is gevolgd. Anderzijds omdat werkgevers en opleidingsinstellingen soms maatwerktrajecten vormgeven, waarbij de tijdsinvestering en doorlooptijden per traject kunnen verschillen. Ook de deelnamekosten kunnen verschillen tussen maatwerktrajecten onderling en tussen maatwerktrajecten en de verkorte hbo-v zoals die wordt aangeboden door de Hogescholen. Op basis van de vragenlijsten en de interviews is daarom een inschatting gemaakt van de gemiddelde kosten per jaar per deelnemer.

Bij het opscholen zijn verschillende kostenposten te benoemen:

- collegegeld
- boeken en reiskosten
- verletkosten of vervangingskosten
- begeleiding

Uit de interviews en de vragenlijstenkomt naar voren dat het collegegeld gemiddeld 2.065 euro per jaar per persoon is. De overige kosten aan boeken en reiskosten worden geschat op 1000 euro per persoon.

De uren per medewerker die gemoeid zijn met opscholing verschillen aanzienlijk, tussen de 320 en 1600 uur per jaar. Dit is afhankelijk van de soort opleiding dat men volgt. Uit de vragenlijsten en de telefonische interviews ontstaat het volgende beeld: gemiddeld genomen komt een verkorte hbo-v opleiding uit op 40 lesweken per jaar met een gemiddelde belasting van 40 uur per week. Een gemiddelde week komt uit op 8 uur les op een onderwijsinstelling, 20 uur werkplekleren en 12 uur zelfstudie uren. De uren werkplekleren zijn de uren die men werkzaam is.

De vervangingskosten zijn gelijk aan de verletkosten, maar niet ieder verletuur wordt vervangen. Gemiddeld wordt 8 (lesuren) per week als maatstaf genomen. Dit zijn de kosten voor de afdeling waar de medewerker werkt. Sommige instellingen hanteren alleen een vervanging voor de afwezigheid op de lesdagen (8 uur per week à gemiddeld 40 euro per uur gedurende 40 weken = 12.800 euro). Anderen rekenen ook met zelfstudie-dagen en examendagen. Een aantal instellingen onder de proeftuinen vergoedt 50% van de zelfstudietijd. De gemiddelde studielast per week is 12 uur, hiervan zijn dan 6 zelfstudie uren die voor rekening van de medewerker komen. Doordat werkgevers deels wel en deels niet de zelfstudie-uren vergoeden, varieert de inschatting van de vervangingskosten sterk per instelling, tussen de 5.600 euro en 20.000 euro per jaar.

Het begeleiden van medewerkers tijdens het opscholen wordt geschat op gemiddeld 1 à 2 uur per week per medewerker, gedurende 40 weken per jaar. Bij gemiddelde salariskosten van 40 euro betekent dat in totaal 2.400 euro per medewerker per jaar. Extra gesprekken tussen leidinggevende en medewerker over de opscholing worden over het algemeen niet meegenomen in de scholingsbegroting van de verschillende instellingen. Gemiddeld schat men in dat er circa 8 uur aan extra tijd aan (POP-)gesprekken met medewerkers wordt besteed.

Al met al vergoeden de instellingen over het algemeen het collegegeld, de lesdag (deze telt als werktijd) en zaken als boeken en reiskosten. Als we uitgaan van de kosten die gemoeid zijn met collegegeld, boeken en verletkosten, komen we op basis van het bovenstaande op de volgende jaarlijkse kosten:

- collegegeld verkorte hbo-v opleiding: € 2095 per jaar
- boeken en reiskosten, in totaal € 1000, omgerekend € 500 per jaar
- verletkosten (lesdagen) € 12.800 euro per jaar
- totaal € 15.395 per jaar.

De totale opscholingskosten bedragen hiermee € 15.935 per jaar. Voor een traject van 2 jaar is dat dus € 30.790 en voor een traject van 2,5 jaar is dat € 38.488.

8.2.3 Kosten voor aanvullende modules

In het veld heerst redelijke consensus dat de 'oude' hbo-opgeleide verpleegkundigen die de functie van regieverpleegkundige willen vervullen aanvullende scholing moeten gaan volgen. Het gaat dan om modules op het gebied van bijvoorbeeld Evidence Based Practice, klinisch redeneren of verpleegkundig leiderschap. De kosten van dergelijke modules liggen rond de € 540 per module. Hoeveel modules een hbo-opgeleide verpleegkundige zal gaan volgen zal per persoon verschillen. We gaan hier uit van gemiddeld 3 modules per hbo-verpleegkundige, dus in totaal € 1620 per persoon. Bij de brede overgangsregeling gaan we er van uit dat ook de gespecialiseerd verpleegkundigen zonder hbo-diploma deze modules zullen gaan volgen.

8.2.4 Opleidingsbudgetten

Instellingen hebben een jaarlijks scholingsbudget, waarover in de cao's ook afspraken zijn gemaakt. Binnen alle branches wordt in de cao's aangegeven dat het scholingsbudget 2% van de loonsom bedraagt (per werknemer). Uit de vragenlijsten en interviews blijkt dat dit budget gemiddeld op 2000 euro per medewerker per jaar ligt. Een aantal afdelingen hanteert geen maximaal bedrag per persoon maar beschouwt het als een totaalbedrag per afdeling dat gebruikt kan worden voor het scholen van medewerkers. Daarnaast maken instellingen gebruik van subsidieregelingen en subsidiepotjes. Binnen de ziekenhuizen worden de KIPZ-gelden veel genoemd. Er wordt ook gebruik gemaakt van gelden van bijvoorbeeld het programma waardigheid en trots en de sectorplannen. Deze subsidiegelden zijn niet beperkt tot het financieren van opscholing van werknemers, zijn niet altijd voor alle branches toegankelijk en zijn eindig. Het is dus ook niet te zeggen of en in hoeverre de subsidiegelden afdoende zijn voor de opscholingskosten die voortkomen uit het invoeren van de nieuwe functieprofielen.

8.3 Salariskosten

Om een berekening te maken van de effecten op salariskosten moet gekeken worden naar de inschaling in loonschalen. Uit interviews en de vragenlijst onder verpleegkundigen blijkt dat mbo-, inservice- en hbo-verpleegkundige in veel branches vaak in dezelfde salarisschaal zijn ingedeeld (binnen de GGZ en de thuiszorg ligt dat wat anders). Verpleegkundige zijn over het algemeen ingedeeld in FWG-schaal 45 of 50/FUWAVAZ-schaal 7, 8 of 9. De indeling is afhankelijk van (werk)ervaring, leeftijd en van specialisatie.

Naast de inschaling in salarisschaal zijn ook de tredes waarin men is ingeschaald van belang. Hierover ontbreekt echter specifieke informatie. Wel is duidelijk dat er geen sprake is van een gelijkmatige verdeling over de tredes binnen een schaal, maar dat het merendeel van de verpleegkundigen eerder aan de bovenkant dan aan de onderkant van de schaal zit, zo blijkt uit navraag. Op basis van de informatie die is verkregen middels vragenlijsten en interviews gaan we ervan uit dat een verpleegkundige gemiddeld genomen boven aan de salarisschaal is ingeschaald. Voor de berekeningen gaan we er van de trede op het derde kwartiel (de trede op 75% van de tredes, d.w.z. tussen halverwege de schaal en top van de schaal). Dit vanwege de hoge gemiddelde leeftijd en een hoog gemiddeld aantal dienstjaren.

Er is nog geen zekerheid over de inschaling van de regievepleegkundige. Dit is afhankelijk van hoe de taken worden verdeeld en van de uiteindelijke functieprofielen. Het is mogelijk dat de functie wordt ingeschaald in FWG-schaal 50, maar het kan ook zijn dat dit FWG-schaal 55 wordt. De aanvullende interviews die zijn gehouden geven aan dat de meeste respondenten rekening houden met inschaling in FWG-schaal 50 (FUWAVAZ-schaal 8). Dat gebruiken we daarom als basis voor het doorrekenen van de effecten op salariskosten in de verschillende scenario's.

De vraag is wat er gebeurt als verpleegkundigen die nu de generieke functie van verpleegkundige vervullen, straks de functie van regievepleegkundige vervullen. Het blijkt dat daar in het veld nog weinig duidelijkheid over is. Uitgaande van de aanname dat dat de functie wordt ingeschaald in FWG-schaal 50 (FUWAVAZ 8), kunnen we echter wel de volgende aannames maken:

- Verpleegkundigen die nu in FWG-schaal 40 of 45 zijn ingeschaald worden dan ingeschaald in schaal FWG-schaal 50. Omdat dit waarschijnlijk aangemerkt zal worden als promotie, krijgen zij er één of twee periodieken bij (afhankelijk van de cao/branche).
- Verpleegkundigen die nu in FWG-schaal 50 (of hoger) zijn ingeschaald blijven in FWG-schaal 50 ingeschaald, maar krijgen er wel één of twee periodieken (afhankelijk van de cao/branche).
- Verpleegkundigen die nu in FUWAVAZ-schaal 7 zijn ingeschaald worden dan ingeschaald in schaal FUWAVAZ-schaal 8. Omdat dit waarschijnlijk aangemerkt zal worden als promotie, krijgen zij er één of twee periodieken bij.
- Verpleegkundigen die nu in FUWAVAZ-schaal 8 (of hoger) zijn ingeschaald blijven in deze schaal, maar krijgen er wel één of twee periodieken bij.

Verder gaan we er van uit dat verpleegkundigen die straks géén functie als regievepleegkundige gaan vervullen, maar nu zijn ingeschaald in FWG-schaal 50/FUWAVAZ 8 of hoger, in deze schaal blijven.

9 VRAAG EN AANBODRAMINGEN

In het hoofdrapport worden uitkomsten van de vraag- en aanbodramingen per scenario gepresenteerd. In dit hoofdstuk van de bijlagen gaan we in op het gehanteerde ramingsmodel en presenteren we de gegevens van de vraag-aanbodramingen voor twee verschillende manieren om cumulatieve tekorten te berekenen. Dit hoofdstuk bevat daarmee informatie die niet in het hoofdrapport is opgenomen.

9.1 Inleiding

Hieronder wordt een korte toelichting gegeven op het ramingsmodel dat gebruikt is om de vraag- en aanbodramingen voor de verschillende scenario's te maken (paragraaf 9.2). Daarna geven we per scenario een korte toelichting op aannames die gemaakt zijn en geven we de uitkomsten weer (paragraaf 9.3, 9.4 en 9.5). In de laatste paragraaf gaan we in op de confrontatie tussen het mens- en het zorgscenario (paragraaf 9.6).

9.2 Beschrijving van het model

Voor de startscenario's en voor de confrontatie tussen het mensscenario en het zorgscenario zijn vraag- en aanbodramingen gemaakt. Hierbij is gebruikt gemaakt van de arbeidsmarkttool uit het onderzoeksprogramma AZW. Daarin wordt op een termijn van vijf jaar vraag en aanbod op de arbeidsmarkt geraamd op het niveau van branches en kwalificaties, onder meer met behulp van parameters over in- en uitstroom. De ramingen in dit rapport hebben dus betrekking op de situatie in 2022. Het model gaat uit de hoogstbehaalde (relevante) kwalificatie van personen. Voor dit onderzoek is niet alleen naar kwalificaties gekeken maar is ook expliciet rekening gehouden met het aantal personen dat ook daadwerkelijk werkzaam is in de functie van verpleegkundige of verzorgende.

9.2.1 Elementen in het model

In grote lijnen maakt het model gebruik van de volgende parameters:

- Raming van de ontwikkeling in zorgvolume. Dit is gedaan op basis van een raming van de zorgvraag waarbij rekening is gehouden met demografische ontwikkelingen, andere factoren die de zorgvraag beïnvloeden, ingezet beleid en financiële kaders (in feite is hiervoor gebruik gemaakt van het model zorggebruik en personele omvang, een ramingsmodel dat eveneens een plaats had in het AZW-programma).
- Vertaling van ontwikkelingen in zorgvolume naar de vraag naar werknemers (in aantallen fte). Daarbij is er van uitgegaan dat de groei in zorgvolume voor een even grote groei in arbeidsvolume zorgt (uitgedrukt in fte).
- De toekomstige vraag per kwalificatie is niet alleen afhankelijk van een ontwikkeling in arbeidsvolume, maar ook van ontwikkelingen in de functiemix, oftewel de gevraagde toekomstige kwalificatiemix.
    - Voor het mensscenario en het middelenscenario is hiervoor aangesloten bij de AZW-raming van 2017

    - Voor het zorgscenario zijn hiervoor de resultaten uit het onderhavige onderzoek gebruikt (functiemix zorgscenario)
    - Voor de confrontatie van de verschillende scenario's zijn hiervoor de resultaten uit het onderhavige onderzoek gebruikt (functiemix zorgscenario)
- Uitstroom van werknemers (pensioen en anderszins). Om deze te bepalen is voor de uitstroom naar pensioen uitgegaan van de leeftijdsverdeling zoals die naar voren kwam uit de vragenlijst en de vigerende pensioenleeftijden. Voor de overige uitstroom is aangesloten bij de AZW-raming van 2017.
- Instroom van werknemers van buiten de sector. Hiervoor is aangesloten bij de AZW-raming van 2017.
- Instroom van nieuwe werknemers vanuit de opleidingen. Hiervoor is aangesloten bij de methodiek en gegevens uit het AZW-programma. De methodiek houdt rekening met instroom in de opleidingen, studierendement en sectorrendement.
- Opscholing van werknemers.
    - Voor het mensscenario zijn hiervoor de resultaten uit het onderhavige onderzoek gebruikt (functiemix mensscenario)
    - Voor het zorgscenario en het middelenscenario is hiervoor aangesloten bij de AZW-raming van 2017.
    - Voor de confrontatie van de verschillende scenario's zijn hiervoor de resultaten uit het onderhavige onderzoek gebruikt (functiemix mensscenario).
- Confrontatie van vraag en aanbod

Meer informatie over het model is te vinden in de publicatie '*Technische toelichting bij het Arbeidsmarktmodel voor de Toekomstverkenning VVS-personeel op de Arbeidsmarkt Zorg en WJK'* (Prismant, 2017, te vinden op www.azwinfo.nl).

9.2.2 Bepalen van cumulatieve tekorten

Het ramingsmodel berekent per jaar wat de verwachte tekorten of overschotten per kwalificatie zijn. De cumulatieve tekorten over een periode van vijf jaar kunnen vervolgens op verschillende manieren bepaald worden. Binnen het onderzoeksprogramma zijn daar twee verschillende methodieken voor gebruikt in de afgelopen jaren:

1. Jaarlijkse nieuwe tekorten en overschotten voor de helft meetellen in het volgende jaar. Het ildee hierachter is dat:
    - slechts de helft van de mensen die een baan ambiëren in de sector, ook langer dan een jaar blijft zoeken als ze die baan niet snel vinden;
    - er arbeidsmarktmechanismen op gang komen waardoor jaarlijks een deel van de tekorten wordt opgelost.
2. Jaarlijkse tekorten in zijn geheel meetellen in het volgende jaar, overschotten slechts voor de helft. Het idee hier achter is dat
    - slechts de helft van de mensen die een baan ambiëren in de sector, ook langer dan een jaar blijft zoeken als ze die baan niet snel vinden;
    - de tekorten niet oplossen maar van jaar op jaar cumuleren.

In feite kunnen deze methodieken gezien worden als twee verschillende scenario's. Voor de scenario's maken we gebruik van de eerste methodiek (tekorten en overschotten voor de helft meetellen in het volgende jaar). Dit is in het AZW-programma de meest gebruikte methodiek geweest. We vermelden echter ook de uitkomsten van de tweede methodiek. Dit is ook de methodiek die bij de laatste raming binnen het AZW-programma is gebruikt.

9.3 Raming mensscenario

Voor de aannames bij de ramingen in het mensscenario verwijzen we naar het hoofdrapport. De werkwijze en aannames betekenen wel dat hier we hier functies met kwalificaties vergelijken. We maken namelijk een raming door het *aanbod* in termen van functies (verpleegkundigen en regievepleegkundigen) te confronteren met de *vraag* naar mbo- en hbo-verpleegkundigen (kwalificaties, waarbij de inservice-opgeleiden onder de mbo-verpleegkundigen geschaard zijn).

In onderstaande tabellen zijn de uitkomsten weergegeven, bij twee methodieken om de cumulatieve tekorten te bepalen. Tabel 29 is ook opgenomen in het hoofdrapport. Tabel 29 Geraamde tekorten en overschotten in 2022 (mens-scenario), cumulatieve tekorten als er aanpassingsmechanismen optreden

Tabel 29 Geraamde tekorten en overschotten in 2022 (mens-scenario), cumulatieve tekorten als er aanpassingsmechanismen optreden

	Methodiek 1: tekorten en overschotten jaarlijks voor de helft meetellen		
	Regieverpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Exclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-14.250	-12.050	-7.800
Brede overgangsregeling	-8.800	-17.500	-7.800
Inclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-14.250	-8.900	-10.950
Brede overgangsregeling	-8.800	-14.350	-10.950

Tabel 30 Geraamde tekorten en overschotten in 2022 (mens-scenario), cumulatieve tekorten indien er geen aanpassingsmechanismen optreden

	Methodiek 2: tekorten en overschotten jaarlijks in zijn geheel meetellen		
	Regieverpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Exclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-36.550	-45.200	-41.850
Brede overgangsregeling	-24.900	-56.850	-41.850
Inclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-36.550	-45.200	-41.850
Brede overgangsregeling	-24.900	-53.700	-45.000

Raming mensscenario bij variatie in in- en uitstroom

Met de invoering van de gescheiden verpleegkundige beroepen bestaat de mogelijkheid dat de in- en uitstroom in het beroep gaat veranderen. De verwachting is dat de invoering van de functie van regieverpleegkundige voor hbo'ers betekent dat het werk aantrekkelijker en uitdagender wordt, waardoor de jaarlijkse uitstroom van hbo'ers vermindert. De instroom in de opleidingen zou kunnen toenemen. Voor de groep mbo'ers en inservice-verpleegkundigen zijn de verwachtingen diffuser. Het risico is aanwezig dat voor een deel van deze groep de functie minder aantrekkelijk

wordt. Het is echter ook mogelijk dat het werk juist aantrekkelijker wordt (zie ook hoofdstuk 4 in het hoofdrapport en hoofdstuk 4 van deze bijlagen). In onderstaande tabel is weergegeven wat de arbeidsmarkteffecten zijn als de uitstroom van hbo'ers vermindert (van 6,2% naar 5,2% per jaar), de instroom in de hbo-v toeneemt met 5%, de uitstroom van mbo'ers en inservice opgeleiden toeneemt (van 5,2% naar 6,2% per jaar) of juist afneemt (van 5,2% naar 4,2% per jaar). We gaan hierbij uit van een situatie waarin het opleiden van verzorgenden in ongeveer gelijke mate plaats zal vinden als de afgelopen jaren het geval was. Om te kunnen zien wat het effect van de diverse variaties is, zijn ook de uitkomsten uit Tabel 29 nog een keer opgenomen in de tabel.

Tabel 31 Geraamde tekorten en overschotten in 2022, met variatie in de uitstroom van mbo/inservice of hbo-opgeleiden (mens-scenario)

	Regie-verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Smalle overgangsregeling			
Basissituatie	-14.250	-12.050	-7.800
Uitstroom hbo'ers neemt af (-1% pt)	-12.400	-12.050	-7.800
Instroom in de hbo-v neemt toe (+5% pt)	-14.150	-12.050	-7.800
Uitstroom mbo'ers neemt toe (+1% pt)	-14.350	-15.600	-7.800
Uitstroom mbo'ers neemt af (-1% pt)	-14.350	-8.100	-7.800
Brede overgangsregeling			
Basissituatie	-8.800	-17.500	-7.800
Uitstroom hbo'ers neemt af (-1% pt)	-6.900	-17.500	-7.800
Instroom in de hbo-v neemt toe (+5% pt)	-8.700	-17.500	-7.800
Uitstroom mbo'ers neemt toe (+1% pt)	-8.850	-21.050	-7.800
Uitstroom mbo'ers neemt af (-1% pt)	-8.850	-13.600	-7.800

Uit de tabel blijkt dat een toe- of afname van de uitstroom van mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen de meeste impact zal hebben op de totale tekorten op de arbeidsmarkt.

9.4 Raming zorgscenario

Voor de aannames bij de ramingen in het zorgscenario verwijzen we naar het hoofdrapport. De werkwijze en aannames betekenen wel dat hier we hier functies met kwalificaties vergelijken. We maken namelijk een raming door het *aanbod* in termen kwalificaties (mbo- en hbo-verpleegkundigen, waarbij de inservice-opgeleiden onder de mbo-verpleegkundigen geschaard zijn) te confronteren met de *vraag* in termen van functies (verpleegkundigen en regieverpleegkundigen). In onderstaande tabellen zijn de uitkomsten weergegeven.

Tabel 32 Geraamde tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt in 2022, zorgscenario

	Regie-verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Verwachte tekorten, inclusief aanpassingsmechanismen arbeidsmarkt	-17950	-10100	-5450
Verwachte tekorten, exclusief aanpassingsmechanismen arbeidsmarkt	-45200	-40850	-36150

9.5 Raming middelen

De aannames voor de raming van tekorten en overschotten in het middelenscenario zijn opgenomen in het hoofdrapport. Bij deze raming vergelijken we het *aanbod* in termen van kwalificaties met de *vraag* in termen van kwalificaties. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten weergegeven, bij twee methodieken om de cumulatieve tekorten te bepalen.

Tabel 33 Geraamde tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt in 2022, middelen-scenario

	Regie-verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Verwachte tekorten, inclusief aanpassingsmechanismen arbeidsmarkt	-13200	-12550	-7850
Verwachte tekorten, exclusief aanpassingsmechanismen arbeidsmarkt	-34200	-46350	-41850

9.6 Confrontatie mens en zorgscenario

Zoals in het hoofdrapport is aangegeven geeft het mensscenario in feite het verwachte aanbod op de arbeidsmarkt weer en het zorgscenario de verwachte vraag. Een confrontatie tussen beide levert een beeld op van de te verwachten tekorten of overschotten op de arbeidsmarkt in 2022. In onderstaande tabellen zijn de uitkomsten van deze raming weergegeven, bij twee methodieken om de cumulatieve tekorten te bepalen.

Tabel 34 is ook te vinden in het hoofdrapport.

Tabel 34 Geraamde tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt, confrontatie mensscenario en zorgscenario, inclusief aanpassingsmechanismen op de arbeidsmarkt

Verwachte absolute tekorten			
	Regie-verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Exclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-19.000	-9.550	-5.450
Brede overgangsregeling	-13.500	-15.050	-5.450
Inclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-19.000	-6.400	-8.600
Brede overgangsregeling	-13.500	-11.900	-8.600

Tabel 35 Verwachte tekorten op de arbeidsmarkt, confrontatie mensscenario en zorgscenario, exclusief aanpassingsmechanismen op de arbeidsmarkt

Verwachte absolute tekorten			
	Regie-verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Exclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-47.550	-39.700	-36.100
Brede overgangsregeling	-35.900	-51.350	-36.100
Inclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-47.550	-36.550	-39.250
Brede overgangsregeling	-35.900	-48.200	-39.250

LITERATUURLIJST

- Actiz. (z.j.). [Eigen regie]. Geraadpleegd van https://www.actiz.nl/web-nieuw/ouderenzorg/kwaliteit/onderwerp/eigen-regie
- Actiz, BTN, V&VN. (2014). *Toewerken naar voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen in de wijkverpleging. 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging'. Afspraken voor de overgangsperiode 2015, 2016 en 2017*. Utrecht
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty A, et al. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*. 2014; 23(2):126-35.
- Atlas van Zorg en Hulp. (2016). *Trends in de zorg*. Opgehaald van Zorg hulpatlas: http://www.zorghulpatlas.nl/zorgwereld/trends-in-de-zorg/.
- Atlas voor Zorg & Hulp. (2013). *Ontwikkelingen in de zorg 2015 - 2018*. Opgehaald van Zorg hulpatlas : http://www.zorghulpatlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013/
- AZW. (z.d.). *AZWinfo*. Geraadpleegd op 28 mei 2018, van http://azwinfo.nl
- Bakx, P., Wouterse, B., Doorslaer, E. van & Wong, A. (2018). *Better off at home? Effects of a nursing home admission on costs, hospitalizations and survival.* Rotterdam: Tinbergen Institute.
- Bennink (2016). *Leren in en van organisaties*. Nijmegen/Arnhem: interne publicatie HAN.
- Boer, P. den, & Hövels, B. (2003). *Opleidingsstructuur en functiestructuren in verpleging en verzorging. Concept-Tussenrapportage.* Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.
- Brief aan de Kamer van minister Bruins, 6 juni 2018, betreffende het aanbieden van het rapport Panteia inzake de overgangsregeling voor de mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen (Wet BIG II)
- Besluit van de Minister voor Medische Zorg van 12 juli 2018, kenmerk 1380947-179257-MEVA, houdende de instelling van de Commissie Beoordeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen in het kader van wetsvoorstel BIG II (Instellingsbesluit Commissie Beoordeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen). Gepubliceerd in de Staatcourant op 20 juli 2018
- Berg van der MsC D, H, Hietkamp, L (2017). Werksessies Duurzame Inzetbaarheid in de VVT. *Hoe kunnen werkgevers en werknemers gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor duurzame inzetbaarheid?* Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (A+O VVT))
- Berg, D. van den, K. Jettinghoff (2018). Werkgeversenquête (WGE) 2018. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag. *http://www.azwinfo.nl/documents*
- Bloemendaal, I. & Windt van der, W. (2015). *Toekomst verkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel 2015-2019.* Opgehaald van http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XL-W4dIDQvAJ:www.azwinfo.nl/handlers/ballroom.ashx%3Ffunction%3Ddownload%26id%3D199+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl
- Brink, C. (2013, juni). [Eigen regie]. Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/publicaties/zelfregie-eigen-kracht-zelfredzaamheid-eigen-verantwoordelijkheid-begrippen-ontward
- BSL . (2016). *De gezondheidszorg in een notendop.* Opgehaald van Assortiment BSL: http://assortiment.bsl.nl/files/ae433e0c-c435-4c42-9706-a8ecf95529c/introductieindegezondheidszorgph.pdf
- CBS (1995). *Bedrijfsopleidingen 1993. Particuliere sector*. Heerlen/Voorburg: CBS
- CWZ. (2016). *CWZ Jaarimpressie 2015 en 2016*. Opgehaald van https://www.cwz.nl/jaarimpressie/2016/
- CWZ. (2016). *Kerngegevens*. Opgehaald van: https://www.cwz.nl/over-cwz/dit-is-cwz/kerngegevens/
- Caluwé, L. de & Vermaak, H. (2014). *Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige.* Deventer: Vakmedianet.
- Capaciteitsorgaan. (2016). *Capaciteitsplan 2016, Deelrapport 8: FZO-beroepen.* Utrecht: Capaciteitsorgaan.

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Statline*. Geraadpleegd op 28 mei 2018, van http://opendata.cbs.nl
- De agenda voor de zorg. (2017). Aanbod van het zorgveld aan politiek en samenleving. CSO - GGD Nederland - GGZ Nederland - KNMG - LHV - LVG - NFU - NPCF - NVZ - OMS - VGN - V&VN – ZN. 2017.
- De Zaak. (2011). *Vier voordelen van investeren in opleiden van personeel*. Opgehaald van De Zaak: http://www.dezaak.nl/86/4-voordelen-investeren-opleiding-personeel.htm
- De Zaak. (2016). *Scholing voor personeel: zo wordt iedereen er wijzer van*. Opgehaald van De Zaak.
- Deventer Ziekenhuis. Spil en regisseur in persoonsgerichte zorg. Deventer: Deventer Ziekenhuis; 2015 September 2015.
- Dieteren, C.M., Veer, A.J.E. de & Groot, K. de. *Cliëntgebonden samenwerking over de grenzen van organisaties.* Utrecht: NIVEL, 2017. TvZ: tijdschrift voor verpleegkundigen 2017, nr. 4. Zie ook www.nivel.nl/panelvenv.
- Erfgoedmonitor (2018). https://erfgoedmonitor.nl/onderwerpen/onderwijs-de-erfgoedzorg
- Erfgoedmonitor. [Onderwijs in de erfgoedzorg]. Gevonden op 28 juli 2018, van https://erfgoedmonitor.nl/
- Ewijk, C. van, Horst, A. van der & Besseling, P. (2013). *Toekomst voor de zorg. Den Haag:* Centraal Planbureau.
- Glind, I. van de. *FWG Trendrapport. Brancheboekje Geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, FWG, 2018
- Glind, I. van de. *FWG Trendrapport. Brancheboekje Gehandicaptenzorg*. Utrecht, FWG, 2018
- Glind, I. van de. *FWG Trendrapport. Brancheboekje Verpleeg- en verzorgingshuizen en Thuiszorg.* Utrecht, FWG, 2018
- Glind, I. van de. *FWG Trendrapport. Brancheboekje Ziekenhuiszorg.* Utrecht, FWG, 2018
- Hoeymans, N. & Kooiker, S. (2014). *Burgers en Gezondheid: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.* Geraadpleegd op 18 oktober 2016, via http://nl.sitestat.com/rivm/rivm-nl/s?link.documenten_en_publicaties.wetenschappelijk.rapporten.2014.maart.burgers_en_gezondheid_themarapport_volksgezondheid_toekomst_verkenning_2014&ns_type=pdf&ns_url=http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=544a335b-2f43-4ce6-bd59-78c25b42a67a&type=org&disposition=inline
- Huijsmans, H. & Dijk, H. van (1999). *Ontwikkelingen en (her)ontwerp van zorgorganisaties.* In: J. Pool & J.K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 3. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jettinghof, K. & Joldersma, C. (2016). Werkgeversenquête (WGE) 2016. Jettinghoff, K. & Joldersma, C. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Carity. *http://www.azwinfo.nl/documents*
- Jettinghoff, K, D. van den Berg, C. Joldersma (2017). Werkgeversenquête (WGE) 2017. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Carity. *http://www.azwinfo.nl/documents*
- Joldersma, C., M. Laarman-Wierenga, M. Brink. *Arbeid in Zorg en Welzijn 2016. Eindrapport.* Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn, 2017
- Kanters, H. & Bloemendaal, I (2002). *Functie- en beroepsdifferentiatie in algemene ziekenhuizen.* Utrecht: Prismant.
- Kanters, H. (1999). *Functiedifferentiatie, formatieopbouw en strategische personeelsplanning*. In: J. Pool & J. K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1. Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kemp, S. van der, Heuvel, S. van den, Kleijn, M de. *Overgangsrecht voor MBO- en Inservice-verpleegkundigen. Een verkennend onderzoek*. Eindrapport. Zoetermeer, 14 maart 2018
- Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (2004). *Het slagen en falen van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging.* Nijmegen 2004.
- Kiwa en CAOP (2015). *Samenvatting toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel 2015 – 2019.* Opgehaald van SIGRA Samen Gezond in Groot Amsterdam : https://www.sigra.nl/sites/default/files/images/samenvatting_toekomstverkenning_sigra.pdf
- Klein, H.J., Becker, T.E. & Meyer, J.P. (2009). *Commitment in Organizations: Accumulates wisdom and new directions.* New York Londen: Routledge.

- Kluijtmans, F. (2014). *Leerboek HRM.* Noordhoff Uitgevers.
- Kluijtmans, F., Vuuren, T.v (2013). Duurzame inzetbaarheid. *Tijdschrift voor HRM* 2.
- Lambregts en Grotendorst (red.). Leren van de toekomst. *Verpleegkundigen & verzorgenden 2020, deel I.* Utrecht, 2012
- Loupe (2017). Wetenschap en innovatie in het St. Antonius ziekenhuis*, special verpleegkundige*. Jaargang 12, nummer 2, mei 2017.
- Marsick, V.J. & Watkins, K.E. (2003). Demonstrating the Value of an Organization's Learning Culture: The Dimensions of the Learning Organization Questionnaire. *Advances in developing Human Resources*, 5 (2), 132-151.
- Maseland, A. *Meer hbo-verpleegkundigen in het ziekenhuis: 'Het is echt een ander niveau'*. XpertHR Actueel, 13 april 2017
- Maselink, R. & IJbema, J. (2015). *Het waarderend werkboek* . Nieuwekerk aan den IJssel: Gelling Publishing.
- Mbo-raad (2018). https://www.mboraad.nl/begrippenlijst#letter_p Gevonden op 22 juli 2018, van https://www.mboraad.nl/
- Maurits, E.E.M., Veer, A.J.E. de & Francke, A.L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners.* NIVEL, Utrecht.
- Maurits, E.E.M., Veer, A.J.E. de & Francke, A.L. (2015). *Competenties in een veranderende gezondheidszorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners.* NIVEL, Utrecht.
- Meyer J.P., Stanley, D.J., Herscovitsch, L. en Topolnytsky, L. (2002). Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates and Consequences. *Journal of Vacational Behavior* 61, 20-52 (2002).
- Mijland, I., L. Lambregts. *Proeftuin chirurgie Verpleegkunde 2020*. ETZ Elisabeth-TweeSteden Ziekenhui. Concept. Tilburg, 8 september 2016
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Zorg die verschil maakt. Beleidsagenda 2018.* Den Haag: VWS.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2017). *Functiedifferentiatie mbo- en hbo opgeleide verpleegkundigen. Functieprofielen en leidraad voor de invoering*. https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/36925/Functiedifferentiatie_functieprofielen,%20leidraad%20voor%20invoering%20en%20praktijkervaringen.pdf
- NIVEL (2016). *Naar een toekomst met meer wijkverpleegkundigen? De aantrekkelijkheid van het werken in de thuiszorg en het doorstromen van MBO- naar HBO-Verpleegkunde.* https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-toekomst-meer-wijkverpleegkundigen.pdf
- Peters, V. & Westelaken, M. (2007-2010). *Participatief veranderen.* Samenspraak advies Nijmegen.
- Peters, F., Jager, A. (2015*).Verkenning van verkorte en flexibele opleidingen voor mbo- naar hbo-verpleegkundige.* Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, Nijmegen.
- Pool, J. & Bijl, Th. van der (1999*). Integrale ontwikkeling personeels- en organisatiebeleid*. In: J. Pool & J.K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 2. Ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid van personeel*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Prismant. *Technische toelichting bij het Arbeidsmarktmodel voor de Toekomstverkenning VVS-personeel op de Arbeidsmarkt Zorg en WJK*. Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn, 2018
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014). *Een gezonder Nederland.* Bilthoven: RIVM.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Volksgezondheid Toekomstverkenning.* http://vtv2018.nl
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016). *Zorgpersoneel*. Opgehaald van Een gezonder Nederland: http://www.eengezondernederland.nl/Trends_in_de_toekomst/Zorg/Zorgpersoneel Nivel (2016)
- Rijn, M. J. van. (2017, 7 april). [*Kamerbrief over Gezamenlijke arbeidsmarktagenda ouderenzorg*]. Geraadpleegd van https://www.rijksoverheid.nl /documenten/ kamerstukken/ 2017/04/07/ kamerbrief-over-gezamenlijke-arbeidsmarktagenda-ouderenzorg
- SER (2012) https://www.ser.nl/nl/publicaties/adviezen/2010-2019/2012/b30739/b30739_faq.aspx#04

- SER (2012). [Veelgestelde vragen advise postinitiële scholing]. Gevonden op 22 juli 2018, van https://www.ser.nl/
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2016). *Zorgen.* Den Haag: SCP.
- SPJ. (2015). *Toekomstverkenning 2014-2019 ziekenhuizen en UMC's*. Opgehaald van Werknemers in de zorg: http://www.werknemersindezorg.nl/overzicht-inhoud/arbeidsmarkt/toekomstverkenning-2014-2019-ziekenhuizen-en-umcs?start=2
- Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging.* BOZ, NU'91, LOOV, MBO Raad, V&VN, 2015.
- Stuurgroep toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Utrecht,* 2015.
- Terpstra, D., Van den Berg, A., Van Mierlo, C., Zijlstra, H., Landman, J., Schuurmans, M., et al. *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging*. V&VN; 2015 03-12-15.
- Tjepkema, S. (2002). Bouwen aan een lerende organisatie: leerblokkades opsporen. In *Handboek schoolorganisatie en onderwijsmanagement* (pp. E4400-1-E4400-25). Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Ven, G. van de. *FWG Trendrapport. De zorg, ongelijk voor iedereen.* Utrecht, FWG, 2017
- Verkaik, R., de Veer, A. L., Franke, A. (2010). Panel V&V. *Veel bij- en nascholing in de verpleging en verzorging.*
- Vilans. (2014). *Verantwoordelijkheden en rollen van stakeholders in het zorgsysteem.* Opgehaald van Kennisplein chronische zorg: http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Verantwoordelijkheden_rollen_zorgsysteem_Vilans.pdf
- Vlaamsesels. (2016). *Eerstelijns gezondheidszorg*. Opgehaald van Vlaamsesels: http://www.vlaamsesels.be/drupal/?q=node/2
- VVT, 2017. Eindrapport 'Werksessies duurzame inzetbaarheid' van de stichting A+O VVT.
- Wilhelmina ziekenhuis. (2016). Opgehaald van Wilhelmina ziekenhuis: https://www.wza.nl/
- Zorg Leren. (2016). *Medische technologie*. Opgehaald van Zorg Leren: https://www.zorgleren.nl/training/Veilig-werken-met-medische-technologie
- VWS, memorie van toelichting bij Wetsvoorstel BIG-II, 21 -12-2017
- Zorg Leren. (2016). *Medische technologie*. Opgehaald van Zorg Leren: https://www.zorgleren.nl/training/Veilig-werken-met-medische-technologie
- Zorginstituut Nederland. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.* Diemen: Zorginstituut Nederland.

Geraadpleegde sites:

- www.statline.cbs.nl
- https://www.hr-kiosk.nl/hoofdstuk/arbeidsrecht/wetten-flexibiliteit-en-zekerheid-wwz/wet-werk-en-zekerheid-scholingsplicht
- https://www.dezaak.nl/1088/scholing-personeel-wordt-iedereen-wijzer.htm
- http://rbo.nl/perspectief-magazine/perspectief-nr-22-voorjaar-2015/de-scholingsplicht-in-de-wwz-moet-uiterst-serieus-worden-genomen/
- https://www.ornet.nl/blog/2010/03/31/checklist-opleidingsbeleid/
- https://www.nursing.nl/vvt-medewerker-doet-aan-scholing-als-dit-verplicht-is/
- https://www.nursing.nl/studentenstop-hbo-v-blijft-nodig/
- https://www.nursing.nl/nieuwe-flexibele-deeltijdopleiding-voor-verpleegkundigen/

LIJST VAN GEINTERVIEWDEN EN DEELNEMERS FOCUSGROEPEN

©Copyright Prismant 2019