

RN2 BLEND

De kracht van verschil

Eindrapportage van RN2Blend,
een actieonderzoek naar gedifferentieerd
werken in de verpleegkunde

De kracht van verschil

Eindrapportage van RN2Blend,
een actieonderzoek naar gedifferentieerd
werken in de verpleegkunde

Colofon

RN2Blend is een consortium van samenwerkende kennisinstituten en brancheverenigingen en doet onderzoek naar gedifferentieerd werken in de verpleegkunde.

DEELNEMENDE INSTITUTEN

Radboudumc, UMC Utrecht, Erasmus School of Health Policy & Management, Fontys Hogeschool, Spaarne Gasthuis, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

TITEL

De kracht van verschil

Eindrapportage van RN2Blend, een actieonderzoek naar gedifferentieerd werken in de verpleegkunde

AUTEURS

Pieterbas Lalleman, Martijn Felder, Dewi Stalpers, Catharina van Oostveen, Iris Wallenburg, Lucas Goossens, Jet Spits, Dieke Martini, Hugo Schalkwijk, Syb Kuijper, Julia van Kraaij, Nienke Miedema, Roland Bal, Lisette Schoonhoven en Hester Vermeulen.

PUBLICATIE

ISBN: 9789083457017

© RN2Blend

Utrecht, 2024

Niets in deze uitgave mag openbaar worden gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van RN2blend. Het RN2blend actieonderzoeksprogramma is tot stand gekomen dankzij een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Voorwoord	7
1. Inleiding	12
2. Verkennen van nieuwe verpleegkundige functies en rollen in ziekenhuisorganisaties	15
3. Gedifferentieerd werken en het 'doen' van leiderschap: een socio-historisch perspectief	20
4. Het krachtenspel in verpleegkundige positionering en organisatieverandering	29
5. Kwaliteit en organisatie van verpleegkundige zorg in Nederlandse ziekenhuizen: Verpleegkundige Kwaliteit 2019-2024	35
6. De verpleegkundige werkomgeving als systeem	44
7. Vormgeven aan het verpleegkundig werk als individu en als team: over kwaliteit en kwaliteiten	52
8. Verpleegkundig werk anders organiseren: kosten en waarde	62
9. Conclusies en discussie	71
Literatuur	78

Samenvatting

De verpleegkundige beroepsgroep, en daarmee de zorg, staat onder druk. Verpleegkundigen verlaten het vak terwijl de zorg complexer wordt en juist meer van hen vraagt. Al langere tijd wordt daarom nagedacht over het creëren van nieuwe en meer gedifferentieerde verpleegkundige functies en rollen. Na een mislukte poging om gedifferentieerd werken top-down te realiseren, zijn ziekenhuizen zelf aan de slag gegaan met gedifferentieerd werken. Gedifferentieerd werken heeft tot doel meer recht te doen aan de kennis en kunde van verpleegkundigen, de kwaliteit van zorg te verbeteren en de positie en inspraak van verpleegkundigen te versterken.

Als RN2Blend-consortium hebben wij de bovenstaande beweging de afgelopen vijf jaar op de voet gevolgd en ondersteund. Door middel van langdurig en uitgebreid actieonderzoek - waarbij gebruik is gemaakt van een breed palet aan kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden - hebben wij samen met verpleegkundigen geanalyseerd hoe ziekenhuizen invulling geven aan gedifferentieerd werken en wat nodig is om gedifferentieerd werken succesvol in te voeren. Ook gingen we na wat gedifferentieerd werken betekent voor de dagelijkse verpleegkundige praktijk, tegen welke uitdagingen verpleegkundigen aanlopen wanneer zij gedifferentieerd werken en de achterliggende doelstellingen proberen te behalen, en wat deze beweging uiteindelijk oplevert in termen van beroepsontwikkeling, positionering, kwaliteit van zorg en kosteneffectiviteit.

Er is veel veranderd in de vijf jaar dat dit actieonderzoek heeft plaatsgevonden. Net na de start van het programma brak de Covid-19-pandemie uit. Al snel werd duidelijk hoe belangrijk verpleegkundigen zijn in het organiseren en waarborgen van kwalitatief goede zorg in tijden van onzekerheid en schaarste. Gedifferentieerd werken werd mede hierdoor als een belangrijk middel gezien om verpleegkundige zeggenschap te versterken en binnen ziekenhuisorganisaties te borgen. Het kon - ook na de pandemie - dan ook rekenen op brede steun onder verpleegkundigen en aanpalende beroepsgroepen waaronder artsen, managers en bestuurders. Op verschillende manieren werd invulling gegeven aan gedifferentieerd werken. In het ene ziekenhuis lag de nadruk op het experimenteren met nieuwe verpleegkundige rollen binnen teams en op afdelingsniveau, terwijl in andere ziekenhuizen juist werd ingezet op bredere positionering - bijvoorbeeld door nadruk te leggen op verpleegkundige zeggenschap, onderzoek en bestuur. In dit rapport wordt een aantal voorbeelden beschreven en geanalyseerd, zoals het ontwikkelen van een nieuw functieprofiel voor regieverpleegkundigen, het opzetten van dagevaluaties om meer structuur te geven aan het werkproces, en deelname aan ziekenhuisbrede kwaliteitscommissies.

Op basis van kwalitatieve analyses laten we zien dat de invoering van nieuwe verpleegkundige functies en rollen ervoor heeft gezorgd dat verpleegkundigen meer ruimte krijgen om aan te sluiten bij beleids- en besluitvormingsprocessen op verschillende plekken in ziekenhuisorganisaties, en daar ook invloed kunnen uitoefenen (zie hoofdstuk 3). Deze invloed leidt doorgaans tot een bredere invulling van kwaliteitsbeleid, een betere aansluiting van dat beleid bij de dagelijkse zorgpraktijk en meer 'eigenaarschap' over kwaliteitsvraagstukken binnen verpleegkundige teams (zie hoofdstuk 4). Kwantitatieve analyses laten daarnaast zien dat de kwaliteit van verpleegkundige zorg kan verbeteren wanneer er verschillende verpleegkundige rollen en functies op een afdeling aanwezig zijn, waaronder die van verpleegkundig onderzoeker (zie hoofdstuk 5), dat verpleegkundigen uiteenlopende

kwaliteiten hebben die elkaar goed kunnen aanvullen wanneer hier voldoende ruimte aan wordt gegeven (zie hoofdstuk 7) en dat veranderingen in de rol van verpleegkundige kunnen leiden tot een efficiëntere organisatie van zorg met behoud van kwaliteit en patiënttevredenheid (zie hoofdstuk 8). Deze uitkomsten en de relevantie daarvan zijn wel afhankelijk van de context waarin de veranderingen plaatsvinden. Ook de inzichten over de relatie tussen gedifferentieerd werken en het behoud van verpleegkundigen zijn gemêleerd van aard. In ons onderzoek naar voorkeuren voor verschillende aspecten van het werk kwamen vooral een hoger salaris en een voorspelbaar rooster naar voren als belangrijke factoren om verpleegkundigen te behouden. Maar verpleegkundigen bleken ook zeggenschap te willen hebben over de inrichting en de manier van werken op hun afdeling (zie hoofdstuk 8).

Ondanks de bovengenoemde baten en het brede draagvlak lopen verpleegkundigen nog tegen uitdagingen aan wanneer zij gedifferentieerd werken willen invoeren en hun zeggenschap in de organisatie willen versterken. Ons onderzoek laat zien hoe stereotiepe beelden van verpleegkundigen doorklinken in de positie en rol die zij zichzelf aanmeten en krijgen binnen zorgorganisaties, ondanks het feit dat hun kennis en kunde veel verder reikt (zie hoofdstuk 3). Etnografisch onderzoek naar de dagelijkse zorgpraktijk laat verder zien dat verpleegkundigen tegen allerlei grenzen aanlopen wanneer zij invloed willen uitoefenen op de organisatie en de uitvoering van zorg. Aan wie welke kennis en invloed wordt toegekend, ligt veelal vast in bestaande structuren en is niet gemakkelijk te veranderen (zie hoofdstuk 4). Dit soort organisatie- en interactiepatronen zitten verpleegkundige zeggenschap in de weg en benadrukken de noodzaak om gedifferentieerd werken niet alleen te zien als een HR-interventie, maar ook als een sturingsvraagstuk dat een brede transitie van de ziekenhuisorganisatie als werkomgeving vergt (zie hoofdstuk 6).

De beweging richting gedifferentieerd werken, zeggenschap en behoud vraagt dan ook om de nauwe betrokkenheid van een scala aan partijen. Het heeft continue bestuurlijke aandacht nodig en vereist de bereidheid van managers en artsen om mee te denken met én ruimte te geven aan verpleegkundigen om zich uit te spreken over kwaliteits- en organisatievraagstukken. Dat vraagt ook een sterke beroepsgroep met verpleegkundigen die - gesteund door collega's - het verpleegkundig perspectief laten zien en horen. Dit betekent niet dat elke verpleegkundige zich nu verplicht moet voelen om continu inspraak uit te oefenen op verschillende plekken in de ziekenhuisorganisatie. Gedifferentieerd werken sluit namelijk ook aan bij onze bevinding dat dé verpleegkundige niet bestaat en dat verpleegkundigen uiteenlopende ambities hebben, van het leveren van zo goed mogelijke patiëntenzorg tot het verbeteren van kwaliteitsbeleid of het uitoefenen van strategische invloed op organisatieniveau.

Dit rapport biedt geen kant-en-klare oplossing of blauwdruk. Een belangrijke bevinding is juist dat gedifferentieerd werken lokaal vorm moet krijgen en moet passen binnen de ziekenhuisorganisatie. Maar we geven wel belangrijke oriëntatiepunten en handvatten om de verpleegkundige beweging richting een veerkrachtige, sterker gepositioneerde beroepsgroep te borgen en verder uit te bouwen. Wij hebben ons in dit actieprogramma gericht op de verpleegkundige beroepsgroep binnen ziekenhuisorganisaties. Veel inzichten uit dit rapport en de uitdagingen die daarin worden benoemd reiken echter verder dan ziekenhuiszorg en zijn ook van toepassing op andere sectoren waarin

verpleegkundigen werkzaam zijn, zoals de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Ook hier is de behoefte om gedifferentieerd werken na te streven groot. In het licht van een groeiende zorgvraag en verder oplopende personeelstekorten zullen er daarnaast nieuwe organisatievormen gevonden moeten worden die de grenzen tussen eerste- en tweedelijnsorganisaties overstijgen. De verwachting is dat verpleegkundigen daarin een steeds prominentere rol gaan spelen. Actieonderzoek zoals uitgevoerd in het RN2Blend-programma is bij uitstek geschikt om deze ontwikkelingen te volgen, te ondersteunen en te versterken.

Voorwoord

Het RN2Blend-onderzoek is het grootste onderzoek dat is uitgevoerd naar de optimale werkomgeving van verpleegkundigen in de Nederlandse ziekenhuizen. Het onderzoek geeft mij als voorzitter van V&VN belangrijke inzichten over de ontwikkeling van verpleegkundige rollen, de impact van gedifferentieerd werken op het werkplezier en de kwaliteit van zorg en wat dit vraagt van de werkomgeving. Juist door de toepassing van verplegingswetenschappelijke, historische en sociologische methoden en perspectieven biedt het onderzoek belangrijke handvatten voor de ontwikkeling van een optimale werkomgeving en de integratie daarvan in Nederlands zorgbeleid. En dat is hard nodig!

Nu de schaarste aan verpleegkundigen groter wordt, en de behoefte om kwalitatief goede zorg te blijven bieden voor zowel patiënten als professionals belangrijk is, is professionele zeggenschap over de ontwikkeling van het verpleegkundig werk essentieel. De Covid-19 pandemie heeft de noodzaak voor meer zeggenschap onomstotelijk laten zien. Niet alleen in de vorm van een Verpleegkundig Stafbestuur, maar in alle onderdelen van de organisatie. Het RN2Blend-onderzoek laat zien dat de beweging die vanuit de beroepsgroep zelf komt het meest effectief en krachtig is en leidt tot behoud van verpleegkundigen. Dat vraagt ruimte om te experimenteren in de dagelijkse praktijk, om zelf uit te proberen wat werkt, in plaats van dat op andere plekken in de organisatie te bedenken. Het onderzoek laat zien dat in organisaties waarin dat gebeurt verpleegkundigen graag willen werken.

Uit het RN2Blend-onderzoek komt naar voren dat verpleegkundigen een diverse beroepsgroep zijn, zonder één standaardmanier om hun loopbaan vorm te geven. Salaris en rooster zijn belangrijk, maar dat geldt ook voor ontwikkelmogelijkheden, invloed kunnen uitoefenen, een sterk team en goede begeleiding bij fysieke en mentale belasting. Deze uitkomsten vormen een belangrijke basis om de toekomstige verpleegkundige rollen en de werkomgeving vorm te geven. Met deze kennis kunnen we loopbaanpaden voor 'een leven lang ontwikkelen' mogelijk maken.

Dit alles vraagt om een brede blik op het verpleegkundig werk. Het gaat over de zorg aan patiënten, maar ook over kwaliteit van zorg, het opleiden van nieuwe collega's, het doen van onderzoek en het participeren in beleid. Het verbreedt het verpleegkundig werk en de loopbaanmogelijkheden. Als beroepsvereniging hebben we recent, net als onze Engelse collega's, de definitie van verpleegkunde verbreed en al deze verpleegkundige rollen daarin meegenomen. De volgende stap is de vertaling naar uitdagende functies, waarin zowel horizontale als verticale ontwikkeling binnen het vak mogelijk wordt.

Het is ook duidelijk dat er nog werk aan de winkel is, en de aanbevelingen zullen niet zonder slag of stoot worden toegepast. Het vraagt om gesprekken binnen de beroepsgroep over de toekomst van ons mooie vak, over de manier waarop wij kwaliteit willen blijven bieden en hoe we ieders expertise kunnen benutten. Maar het vraagt ook om samenwerking met andere disciplines, zoals artsen en leidinggevenden. Voor alle systeempartijen, waaronder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), geeft dit rapport duidelijk het belang aan van het ondersteunen van experimenten in de dagelijkse praktijk.

De uitkomsten van dit onderzoek vormen de inhoudelijke agenda voor het behoud en de toekomstige inzet en positionering van verpleegkundigen in de organisaties. Een bredere blik op de verpleegkundige en verzorgende werkomgeving is noodzakelijk om ook de zorg in de wijk, de ouderenzorg, de GGZ en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking te omvatten. Dat is dus wat mij betreft een belangrijke vervolgstap: het RN2Blend-onderzoek verbreden naar andere sectoren.

Als beroepsvereniging pakken we graag met onze leden en onderzoekers de handschoen op, om de kennis die is opgedaan te vertalen naar de beste verpleegkundige werkomgeving.

Bianca Buurman,

Voorzitter Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

1. Inleiding

Voor u ligt de eindrapportage van het RN2Blend-programma, een vijfjarig actieonderzoek naar gedifferentieerd werken van verpleegkundigen in ziekenhuizen. Het onderzoek ging van start in 2019 en werd uitgevoerd door een breed consortium van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), het Radboudumc, het UMC Utrecht, de Erasmus Universiteit Rotterdam, het Spaarne Gasthuis en Fontys Hogescholen. Oorspronkelijk was het doel verpleegkundigen die werkzaam zijn in ziekenhuizen te helpen vorm te geven aan functiedifferentiatie, toen nog weergegeven als het onderscheid tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Het bijbehorende wetsvoorstel ('BIG II') was echter al van tafel voordat het onderzoek van start ging; de voorgestelde wetswijziging werd sterk bekritiseerd door een groep verpleegkundigen, omdat het onvoldoende recht zou doen aan het werk van niet-hbo-verpleegkundigen in de dagelijkse zorgpraktijk. Toenmalig minister Bruins besloot weliswaar de wetswijziging te laten vervallen, maar zette de ambitie van functiedifferentiatie door. De verantwoordelijkheid werd neergelegd bij de werkgevers en de werknemers: de zorginstellingen en de daar werkzame verpleegkundigen. Wij als actieonderzoekers hebben ons gericht op de manier waarop verpleegkundigen, ziekenhuisbestuurders en managers vorm gingen geven aan functiedifferentiatie. We sloten ons aan bij projectgroepen en proeftuinen, om de veranderingen 'van binnenuit' te kunnen volgen, te kunnen onderzoeken en te ondersteunen. Al snel ging het toen over 'zinnvol differentiëren', een verbreding van een onderscheid in opleidingsniveau naar een onderscheid in functies en rollen binnen het verpleegkundig werk. Om deze verbreding goed te kunnen vangen gebruiken wij in de rest van dit rapport de term 'gedifferentieerd werken' in plaats van 'functiedifferentiatie'.

Toen we nog maar net uit de startblokken waren, werd Nederland, net als de rest van de wereld, getroffen door de Covid-19 pandemie. Opeens stonden verpleegkundigen, in eerste instantie toegejuicht als 'helden van de zorg', in het middelpunt van de belangstelling. Zij werkten dag en nacht om zoveel mogelijk patiënten te kunnen helpen. Als actieonderzoekers hebben we even pas op de plaats gemaakt en zijn sommigen van ons in de zorg gaan helpen. Al snel besloten we het onderzoek toch weer op te pakken, want juist in een zorgcrisis kun je leren over het beroep van verpleegkundige en verpleegkundig werk. Door de crisis, en door het debat dat zich daarbij ontspon over werk-omstandigheden, inspraak en waardering van verpleegkundigen, kreeg het onderzoek nog een aanvullende wending. Er kwam niet alleen een focus op zeggenschap en invloed in de zorgorganisatie bij, maar ook een focus op het behouden van genoeg verpleegkundigen.

Kortom: het vraagstuk dat begin 2018 op tafel lag, is gedurende het onderzoek een meervoudig vraagstuk geworden. Niet alleen omdat de verpleegkunde een meervoudig beroep is, zoals we ook in dit onderzoeksrapport laten zien (dé verpleegkundige bestaat niet, ook niet in de context van de ziekenhuiszorg), maar ook omdat de vraagstukken en uitdagingen zijn verbreed. In dit rapport doen we verslag van deze ontwikkelingen, van de ingezette veranderingen in het verpleegkundig beroep en van de sociale (verander)beweging die hiermee in gang is gezet. Onze focus ligt op de Nederlandse ziekenhuiszorg, maar daartoe beperkt het rapport zich zeker niet. Verpleegkundigen zijn werkzaam in alle domeinen van de Nederlandse gezondheidszorg en daar zien we gelijksoortige ontwikkelingen én (blijvende) uitdagingen.

ACTIEONDERZOEK NAAR GEDIFFERENTIEERD WERKEN

Het onderzoek is een actieonderzoek, wat betekent dat we als onderzoekers en het ondersteunend team vanuit de NVZ samen zijn opgetrokken om gedifferentieerd werken te onderzoeken en te ondersteunen. Onderzoek en ondersteuning gingen daarbij hand in hand: als etnografisch onderzoekers liepen we mee in proeftuinen en koppelden we bevindingen terug naar verpleegkundigen, managers en bestuurders om zo vervolgstappen te kunnen zetten. We brachten vormen van gedifferentieerd werken in kaart, leerden over het belang van de werkomgeving en maakten de geschiedenis van de verpleegkundige beroepsontwikkeling inzichtelijk. Hiermee wilden we dit alles beter begrijpen, en juist ook grip krijgen op die ontwikkeling, om zo de belemmeringen of de weerstand te begrijpen en hanteerbaar te maken. Niet alleen maar om ze op te lossen, want kritiek en weerstand leveren ook waardevolle informatie op over verschillen in inzicht en waardenregimes die binnen de beroepsgroep leven.

Naast deze kwalitatieve benadering hebben we kwantitatief onderzoek gedaan naar de effecten van gedifferentieerd werken. We hebben onderzocht hoe 'skill mix' in de praktijk vorm krijgt en met welke (ervaren) uitkomsten van zorg. Hiervoor is de binnen dit consortium ontwikkelde Monitor Verpleegkundige Kwaliteit gebruikt. Deze monitor is ingezet op verpleegafdelingen van ziekenhuizen, om zo te onderzoeken wat gedifferentieerd werken betekent voor werktevredenheid en (ervaren) kwaliteit van zorg. De uitkomsten van deze metingen zijn teruggekoppeld naar de betreffende afdelingen voor verdere ontwikkeling, maar hebben ook inzichten opgeleverd over de effecten van gedifferentieerd werken voor de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast is een studie naar de kosten-effectiviteit van gedifferentieerd werken uitgevoerd. En om nog beter te begrijpen wat de wensen van verpleegkundigen zijn, ook om hen voor de toekomstige zorg te kunnen aantrekken en behouden, hebben we een discrete choice experiment (DCE) uitgevoerd. De verschillende onderzoeksmethoden en -benaderingen worden in de hoofdstukken van dit rapport verder toegelicht.

Een actieonderzoek betekent 'actie' in de zin van volgen, meedoen en reflecteren, maar betekent ook de sociale beweging van verpleegkundigen ondersteunen door het delen van informatie en het bij elkaar brengen van mensen. Dit hebben we, met de NVZ en de NFU in een coördinerende rol, veelvuldig gedaan. Door middel van de RN2Blend-website, nieuwsbrieven, podcasts, webinars, lokale events en landelijke netwerkdagen (achtereenvolgens: 'Op Stoom', 'Bruijs', en 'Blijven Stromen') hebben we een stem en een podium gegeven aan verpleegkundigen. Het in dit rapport gepresenteerde onderzoek is dan ook een uitkomst van gezamenlijk werk van onderzoekers en verpleegkundigen, in de ziekenhuizen en daarbuiten.

Dit rapport bestaat uit acht resultatenhoofdstukken waarin onderzoekers uit het RN2Blend-consortium in wisselende samenstelling een onderzoeksvraag centraal plaatsen en specifieke onderzoeksmethoden gebruiken om deze te beantwoorden. Samen laten deze hoofdstukken de complexiteit zien van gedifferentieerd werken en de daaraan verbonden doelstellingen. In de discussie brengen we deze inzichten bij elkaar en kijken we vooruit. In de aanbevelingen geven we aan wat de bevindingen van het onderzoek betekenen voor de verschillende betrokken partijen. De volgende onderwerpen worden in de hoofdstukken behandeld. Ten eerste zetten we uiteen op

welke manieren gedifferentieerd werken tussen 2019 en 2024 in de praktijk vorm heeft gekregen (hoofdstuk 2). Vervolgens behandelen we de historische aanloop naar gedifferentieerd werken en de bredere maatschappelijke context waarin werd gewerkt aan gedifferentieerd werken. We zoomen daarbij in op de manier waarop dat onderdeel werd van een bredere beweging waarin verpleegkundige positionering en leiderschap centraal staan (hoofdstuk 3). In het daaropvolgende hoofdstuk belichten we het krachtenspel waarmee verpleegkundigen te maken kregen wanneer zij aan de slag gingen met nieuwe verpleegkundige rollen en posities, en langs die lijnen verandering wilden brengen in ziekenhuisorganisaties (hoofdstuk 4). In de hoofdstukken die daarop volgen gaan we in op het effect van gedifferentieerd werken op de kwaliteit van zorg (hoofdstuk 5) en de mate waarin gedifferentieerd werken verpleegkundigen helpt hun werkomgeving te beïnvloeden (hoofdstuk 6). Vervolgens beschrijven we hoe verpleegkundigen het werken met nieuwe rollen ervaren (hoofdstuk 7). Tot slot verkennen we de mogelijke kosten en gezondheidsopbrengsten van gedifferentieerd werken en bekijken we in hoeverre verbetering van de arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden kan bijdragen aan het behoud van verpleegkundigen voor de zorg (hoofdstuk 8). We sluiten af met een discussie waarin we de geleerde lessen uit de verschillende hoofdstukken beschouwen, en aanbevelingen geven voor het inzetten van deze lessen voor professionals, het management, het bestuur en diverse veldpartijen.

2. Verkennen van nieuwe verpleegkundige functies en rollen in ziekenhuisorganisaties

RN2Blend-consortium

INLEIDING

De zorg is voortdurend in beweging. Zo stellen een steeds complexere zorgvraag en een groeiend personeelstekort andere eisen aan het verpleegkundig werk. Tegelijkertijd willen verpleegkundigen meer zeggenschap over hun werk en een prominenter rol in het organiseren van zorg en het borgen van kwaliteit. Het creëren van verschillende verpleegkundige profielen, functies, rollen en taken is dan ook een vast onderdeel in de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundige. In 2020 is de uitvoering hiervan neergelegd bij ziekenhuizen; dit kan worden beschouwd als een nieuwe stap in het verkennen en afbakenen van verschillende verpleegkundige functies en rollen. In dit hoofdstuk zetten we uiteen hoe ziekenhuisorganisaties hiermee aan de slag zijn gegaan. De volgende vraag staat in dit hoofdstuk centraal:

Hoe wordt gedifferentieerd werken vormgegeven in ziekenhuizen en welke methoden en sturingsmechanismen worden hierbij gebruikt?

Om deze vraag te beantwoorden, hebben we gebruikgemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Zo hebben we een 'scoping review' uitgevoerd om te achterhalen hoe gedifferentieerd werken is vormgegeven in Nederlandse ziekenhuisorganisaties. Daarnaast hebben we onderzocht welke sturingsmechanismen zijn gebruikt om tot deze vormen van gedifferentieerd werken te komen. Daarvoor hebben we gedurende een periode van vijf jaar (2019-2024) meegelopen in twaalf ziekenhuizen, waarbij we bewust hebben gestuurd op inclusie van universitaire ziekenhuizen, opleidingsziekenhuizen en regionale ziekenhuizen. In deze ziekenhuisorganisaties hebben we in totaal meer dan 950 uur observaties verricht, rond de 480 archiefstukken en documenten verzameld, 250 interviews gehouden en rond de 50 focusgroepen en memberchecks georganiseerd. Daarnaast hebben we vragenlijsten uitgezet, economische analyses uitgevoerd en een keuze experiment ontwikkeld. Hieronder zetten we onze bevindingen uiteen. Daarbij beschrijven we eerst de verschillende vormen die gedifferentieerd werken aannam. Daarna zetten we uiteen welke sturingsmechanismen werden gebruikt om tot deze vormen van gedifferentieerd werken te komen. Dit zal in de volgende hoofdstukken verder worden uitgediept.

VERSCHILLENDE VORMEN VAN GEDIFFERENTIEERD WERKEN

“Nu de besluitvormende rol van de politiek voorlopig lijkt te zijn uitgespeeld, ligt alle mogelijke voortgang in handen van werkgevers en werknemers.”

Brief aan de minister, Alexander Rinnooy Kan, 4 oktober 2019

Hoewel de realisering van verschillende verpleegkundige functies - en meer specifiek de functie van regieverpleegkundige - door middel van een wetswijziging (Wet BIG II) vroegtijdig werd stopgezet, werd de ambitie om ruimte te creëren voor verschillende verpleegkundige functies en rollen niet uit het oog verloren. Zoals eerder vermeld werd de verantwoordelijkheid om gedifferentieerd werken te realiseren daarom neergelegd bij werkgevers en werknemers (zie ook het bovenstaande citaat). Sinds de jaren 70 was er al oog voor het feit dat er ruimte moest komen voor verschillende verpleegkundige functies en rollen, om bredere maatschappelijke uitdagingen het hoofd te bieden. Maar de manier waarop gedifferentieerd werken vorm zou moeten krijgen, was onduidelijk. Veel ziekenhuizen kozen er daarom in 2019 voor op specifieke verpleegafdelingen en samen met verpleegkundige teams te gaan werken aan verschillende verpleegkundige rollen en de introductie van een onderscheidende rol voor regieverpleegkundigen (Van Kraaij et al., 2022).

Het vormgeven van gedifferentieerd werken was voor veel ziekenhuizen nog onontgonnen terrein en er was behoefte aan het delen van inzichten en ervaringen. In de periode van 2019 tot 2022 werd dan ook een groot aantal documenten gepubliceerd waarin ziekenhuizen updates gaven over de vorm(en) die gedifferentieerd werken in hun ziekenhuis aannam. Wij hebben deze documenten verzameld en geanalyseerd. Hieruit hebben we drie assen gedestilleerd waarlangs gedifferentieerd werken vorm kreeg. In de onderstaande tabel zetten we deze uiteen.

Onderscheid maken tussen verpleegkundigen	Onderscheid maken in typen verpleegkundig werk	Onderscheid borgen in organisatiestructuren
➔ Opleidingsniveaus	➔ Patiëntenzorg	➔ Skill-mix-ratio's
➔ Competenties	➔ Coördinatie	➔ Salarisschalen
➔ Ervaring	➔ Kwaliteit	➔ Tijdsbesteding
➔ Professionele ontwikkeling	➔ Onderzoek	

Tabel 1: vormen van gedifferentieerd werken

In de praktijk combineerden ziekenhuisorganisaties en verpleegkundige teams vaak elementen uit deze drie assen om vorm te geven aan hun manier van differentiëren. Zo werd in sommige huizen onderscheid gemaakt tussen opleidingsniveaus en konden alleen hbo-opgeleide verpleegkundigen solliciteren op de functie van regieverpleegkundige. In andere ziekenhuizen lag het accent juist meer op verworven competenties en konden ook mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen in aanmerking komen voor de functie van regieverpleegkundige, bij aantoonbare geschiktheid. Aangestelde regieverpleegkundigen kregen in sommige huizen de verantwoordelijkheid om zich naast patiëntenzorg bezig te houden met coördinerende taken. In andere huizen lag weer meer nadruk op kwaliteitswerk. In de meeste gevallen rechtvaardigde het uitgebreidere takenpakket een hogere inschaling. In hoofdstuk 8 komen we terug op deze combinaties van gedifferentieerd werken. Daar zullen we ook inzichtelijk maken welke gevolgen die verschillende vormen van differentiatie kunnen hebben voor gezondheidsuitkomsten en de kosten van gezondheidszorg.

VERSCHILLENDE STURINGSMECHANISMEN WAARLANGS GEDIFFERENTIEERD WERKEN WERD GEÏNTRODUCEERD

“Een voorzichtig applaus klinkt over de parkeerplaats voor een zij-ingang van het ziekenhuis. Voor de ingang hangt een rood lint en buiten heeft een groep verpleegkundigen zich verzameld. Een lid van de raad van bestuur staat wat ongemakkelijk naast het lint en kijkt om zich heen. Vanuit mijn linkerooghoek zie ik dat een verpleegkundige door de teamleider uit de groep naar voren wordt geschoven. Later zal ik leren dat zij een aspirant-regieverpleegkundige is. Samen met de bestuurder knipt ze het lint door. Er wordt gejuicht en de ceremonie wordt afgesloten met een stuk taart. Het experiment met gedifferentieerd werken is begonnen.”

Veldnotitie, opleidingsziekenhuis, najaar 2020

Er gebeuren veel verschillende dingen in deze veldnotitie. Ten eerste illustreert deze een zoektocht naar de juiste aanpak en de onzekerheid die daarmee gepaard ging. In dit voorbeeld werd er daarom voor gekozen het proces van gedifferentieerd werken een experimenteel karakter te geven en er een symbolische en tastbare waarde aan toe te kennen. Het voorbeeld toont daarnaast de betrokkenheid van de bestuurder en tegelijkertijd de historisch bepaalde positionering van verpleegkundigen in de hiërarchische structuren van ziekenhuisorganisaties. Ruimhartige ondersteuning door teamleiders en verpleegkundige collega's blijkt van doorslaggevend belang voor het welslagen van gedifferentieerd werken. Natuurlijk is dit een specifiek voorbeeld, en het is belangrijk om te benoemen dat het proces van werken aan gedifferentieerd werken op uiteenlopende manieren vorm kreeg. Daarbij werd gebruikgemaakt van verschillende sturingsmechanismen.¹

1) Meer lezen over sturingsmechanismen en gedifferentieerd werken, zie: Felder, M., Kuijper, S., Wallenburg, I., & Bal, R. (2024).

De regierol versterken in het ziekenhuis. TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 134(2), 42-45.



Welke sturingsmechanismen op de voorgrond stonden, was mede afhankelijk van de uitgangssituatie in het betreffende ziekenhuis. Zo waren sommige huizen al bezig met het vergroten van verpleegkundige inspraak en werd gedifferentieerd werken gezien als een manier om deze beweging verder te versterken. Hier kon het werken aan gedifferentieerd werken voortborduren op reeds gezette stappen om verpleegkundigen beter te positioneren. In andere ziekenhuizen was er juist een ambitie om verpleegkundigen meer grip te geven op de organisatie van hun dagelijks werk, en werd ingezet op het scheppen van genoeg tijd en ruimte om coördinerende taken op te pakken naast de patiëntenzorg. Toch zagen we dat veel ziekenhuizen uiteindelijk langs drie dimensies vorm gaven aan het proces om tot gedifferentieerd werken te komen. We hebben deze dimensies hieronder samengevat.

- **Organiseren van voorwaarden:** deze dimensie omvat het introduceren van randvoorwaarden om onderscheid te maken tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen. Belangrijke voorbeelden zijn: onderscheidende functieprofielen, een overkoepelend functiehuis waarin rollen, taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd, het inrichten van leerwerkplekken, het organiseren van intervisie en coaching, en het vrijmaken van genoeg vrije uren als een takenpakket ook activiteiten omvat die niet naast het bed of op de afdeling plaatsvinden. Vaak werd er door een afvaardiging van verpleegkundigen, HR-managers, teamleiders en academies aan deze dimensie gewerkt voordat een regierol experimenteel werd geïntroduceerd.
- **Experimenteren:** deze dimensie onderschrijft dat het werken aan nieuwe verpleegkundige rollen gevoelig ligt binnen verpleegkundige teams (zie ook hoofdstuk 7) en daarom actief vorm moet krijgen binnen teams en in de praktijk. Dit vraagt om tijd, aandacht en ruimte. Er moeten dan ook uren en middelen worden vrijgemaakt om samen te werken aan het formuleren en vormgeven van nieuwe functies en de inbedding daarvan binnen verpleegkundige teams, en in ziekenhuisorganisaties in bredere zin. Daarnaast vraagt het om lef van verpleegkundigen en om nauwe betrokkenheid van naaste zorgprofessionals, kwaliteitsmanagers, opleiders en bestuurders. Vaak werd deze experimentele ruimte in een projectstructuur gegoten, daar komen we hieronder nog op terug.
- **Positioneren:** zoals al benadrukt in de introductie is gedifferentieerd werken onderdeel geworden van een bredere beweging om de verpleegkundige beroepsgroep te herwaarderen en te herpositioneren. Deze dimensie gaat over het actief betrekken van de verpleegkundige beroepsgroep bij organisatievraagstukken en kwaliteitsmanagement. Dit kan deels gerealiseerd worden door het inrichten van een verpleegkundig stafbestuur en het uitnodigen van verpleegkundigen bij commissies en besluitvormingstafels. Vaak kreeg deze dimensie verder vorm door de rol van regieverpleegkundige direct te associëren met participatie in kwaliteitscommissies en vertegenwoordiging in besluitvormingsprocessen in verschillende organisatielagen. Parallel aan het invoeren van een rol voor regieverpleegkundigen ontvingen verpleegkundigen dan ook steeds vaker een uitnodiging om aan te sluiten aan beleidstafels. Dit gaf regieverpleegkundigen een duidelijke aanleiding om hun rol invulling te geven. In bredere zin werd ook gewerkt aan het beter positioneren van de verpleegkundige beroepsgroep door het introduceren van combinatiefuncties bestaande uit verpleegkundig werk en verplegingswetenschap, of door

het herinvoeren van de verpleegkundig directeur na een lange afwezigheid in de strategische top van de ziekenhuisorganisatie (zie het volgende hoofdstuk).

TOT SLOT

We hebben geleerd dat op alle drie deze dimensies werk moet worden verzet om gedifferentieerd werken succesvol vorm te geven. Deze brede aanpak sluit goed aan bij de oproep om vanuit de praktijk vorm te geven aan nieuwe verpleegkundige functies en rollen. Maar we willen ook een belangrijke kanttekening plaatsen bij de veelal projectmatige aanpak waarmee ziekenhuizen invulling hebben gegeven aan deze opgave. Zo hebben we op verschillende plekken geobserveerd dat gedifferentieerd werken een tijdgebonden vorm heeft aangenomen. Daarmee bedoelen we dat belangrijke randvoorwaarden, zoals regie-uren om invulling te geven aan coördinatie- en kwaliteitswerk, weer zijn weggevallen bij afronding van het project 'gedifferentieerd werken'. In een zorgcontext waarin de druk oploopt en de nadruk ligt op het draaiende houden van het primaire proces (patiëntgebonden zorgtaken) is een belangrijke consequentie van het wegvallen van regie-uren dat regieverpleegkundigen de grip weer verliezen op hun nieuwverworven rol en dat de ingezette differentiatie weer nivelleert. Het behouden van gedifferentieerd werken heeft dus continue bestuurlijke aandacht en investering nodig langs de drie bovenstaande dimensies.

3. Gedifferentieerd werken en het 'doen' van leiderschap: een socio-historisch perspectief

Dieke Martini, Hugo Schalkwijk, Jet Spits en Pieterbas Lalleman

INLEIDING

We zagen in het voorgaande hoofdstuk dat experimenteren, randvoorwaarden en positioneren cruciale dimensies zijn in het proces om tot gedifferentieerd werken te komen. In dit hoofdstuk verdiepen we dit inzicht, door de beweging naar gedifferentieerd werken te bezien binnen bredere maatschappelijke en organisatorische contexten en door het toevoegen van een tijdsperspectief. Specifieke waarden als leiderschap, zeggenschap en een verbreding van verpleegkundige rollen kennen complexe ontstaans- en ontwikkelingsgeschiedenissen, die medebepalend zijn voor de wijze waarop ze zich tegenwoordig manifesteren en in de toekomst verder kunnen ontwikkelen. Gedateerde opvattingen over verpleegkundig werk hebben invloed op de werkvloer van vandaag. Kennis hierover helpt om hedendaagse processen en verschijnselen, zoals gedifferentieerd werken, beter te begrijpen. In deze rapportage worden verschillende aspecten hiervan uitgediept, zoals de dynamiek rond de positionering van de beroepsgroep, de verpleegkundige werkomgeving en de waarde gedifferentieerd werken.

De onderzoeksvraag luidt: welke socio-historische factoren speelden een rol bij de positionering en de rolontwikkeling van verpleegkundigen? Wat is daarvan de impact op het gedifferentieerd werken in de actuele praktijk, en wat kunnen we hiervan leren over leiderschap van de verpleegkundige beroepsgroep nu en straks?

KORTE BESCHRIJVING VAN HET DEELONDERZOEK

Gedifferentieerd werken kent een lange en onstuimige geschiedenis, waarbij verschillende maatschappelijke tendensen de aanzet gaven tot de wens om te differentiëren. Van arbeidsmarktkrapte tot emancipatoire zeggenschaps- en leiderschapsvraagstukken. Sterker dan ooit voelen zorgorganisaties de noodzaak om verpleegkundige kennis en kunde optimaal in te zetten, op alle niveaus. In veel ziekenhuizen zijn verpleegkundigen volop bezig met het verstevigen van de positie en het leiderschap van hun beroepsgroep. Dit doen zij onder andere door het anders organiseren van verpleegkundig werk en door het creëren van nieuwe verpleegkundige rollen, oftewel: door te differentiëren.

Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de sociaalhistorische contexten waarin deze nieuwe verpleegkundige rollen zich ontwikkelden. De introductie hiervan kent een rijke geschiedenis, die we in kaart hebben gebracht om de huidige vraagstukken rond differentiatie, positionering en leiderschap beter te begrijpen. Wij onderzochten de introductie van nieuwe verpleegkundige rollen op verschillende organisatieniveaus: de rol van regieverpleegkundige, verpleegkundig onderzoeker en verpleegkundig directeur. Dit deden wij in drie verschillende ziekenhuizen. Om meer inzicht te krijgen in de manieren waarop leiderschap en positionering vorm krijgen in het dagelijks werk van verpleegkundigen, volgden wij deze verpleegkundige pioniers in hun dagelijks werk.

In dit onderzoek maakten we gebruik van de 'learning history methode' (Roth & Kleiner, 1995). Deze actie-georiënteerde onderzoeksmethode richt zich op het organiseren van het collectieve geheugen binnen een organisatie en stimuleert leren en innoveren (Bradbury et al., 2015). De learning history methode heeft zowel een sterke geschiedkundige als veranderkundige onderzoeks aanpak en was daarmee passend voor onze vraagstelling. Meerstemmigheid en het komen tot een gemeenschappelijk verhaal zijn hierbij van cruciaal belang. Daarbij gingen we terug in de tijd middels (historische) documentanalyses en 'oral history interviews' (Boschma et al., 2008). Het contextualiseren en valideren van de opgehaalde narratieve gegevens maakte het mogelijk ervaringen en veranderingen binnen de organisatie te begrijpen in het licht van bredere maatschappelijke trends. Daarnaast is er intensief geschaduwd in de verschillende ziekenhuizen, waarbij we gedifferentieerd werk - als quasi-object - volgden door de organisaties heen (Oldenhof, 2017). Bovendien namen wij interviews af met (regie) verpleegkundigen, artsen, managers, bestuurders, HR-medewerkers en andere betrokkenen en organiseerden we focusgroepen en memberchecks. De verkregen inzichten in de verschillende ideeën, visies, successen en spanningen rondom nieuwe verpleegkundige rollen vormden de basis voor gemeenschappelijke verhalen in de vorm van zeventien podcastafleveringen en drie geschreven teksten (leergeschiedenissen). Deze podcasts en leergeschiedenissen werden vervolgens ingezet om gesprekken aan te gaan over gedifferentieerd werk binnen en buiten de drie ziekenhuizen waar ons onderzoek plaatsvond. Zo stimuleren we de ontwikkeling van gedifferentieerd verpleegkundig werk.

In wat volgt nemen we u mee in onze belangrijkste bevindingen. We doen dit aan de hand van vier thema's, elk ingeleid met een sprekende quote uit de praktijk. Daarnaast geven we drie korte beschrijvingen van de casestudies. We nodigen u uit om de achterliggende artikelen te lezen waarin deze thema's verder worden toegelicht en uitgediept.²

THEMA 1

GEDIFFERENTIEERD VERPLEEGKUNDIG WERK; VAN EEN BELADEN NAAR EEN GELADEN GESCHIEDENIS

"De hbo-v'ers komen terecht in een werkveld met grote personeelsproblemen. Ze kunnen niet achter een bureau gaan zitten en delegeren en vergaderen. Ze zullen echt weleens de handen uit de mouwen moeten steken. En elke misstap is er dan een."

Citaat verpleegkundige in TvZ, 1976

2) Meer lezen over onze methoden, zie: Schalkwijk, H., Smid, G., Martini, D., & Lalleman, P. (2020). *Learning histories*. TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 130, 56-57 en Martini, D., Lalleman, P., & Schoonhoven, L. (2020). *Schaduw*. TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 130, 56-57.



In het verleden leidden pogingen om de verpleegkundige praktijk en het onderwijs te differentiëren op basis van opleidingsniveau en ervaring tot verdeeldheid en weerstand binnen de beroepsgroep. Zo is de recente discussie rond 'BIG-II' (2019) terug te voeren op de invoering van de hbo-v en mbo-v aan het begin van de jaren '70. Kennis van deze geschiedenis vergroot het inzicht in de beladen BIG-discussie aanzienlijk. Toch blijkt deze kennis in de discussies over differentiatie slechts beperkt aanwezig. Dat betekent dat zaken die vanzelfsprekend lijken maar dat niet zijn, zoals de relatieve afwezigheid van de verpleegkundige in politiek en beleid, binnen de beroepsgroep nauwelijks in een langetermijnperspectief worden bevraagd of geproblematiseerd. Het verpleegkundig narratief is sterk onderhevig aan negatieve stereotypen en wordt daardoor vaak onterecht geframed als apolitek en machteloos (Smith, 2020; D'Antonio, 2010). De winst van onze aanpak ligt in het identificeren en doordenken van schijnbare vanzelfsprekendheden, en opent zo mogelijkheden om buiten de ingesleten kaders verder te denken (Tosh, 2019). Door verder terug te kijken dan gebruikelijk laten we in deze deelstudie zien dat het huidige debat niet is vastgelopen, maar juist deel uitmaakt van een zich voortdurend ontwikkelend proces waarin verpleegkundigen zélf een steeds belangrijkere rol gingen spelen. De samenstelling van de verpleegkundige beroepsgroep is nooit uniform geweest, maar heeft altijd bestaan uit diverse groepen met verschillende visies op de toekomst van het vak. Deze heterogeniteit moeten we erkennen. Ontwikkelingen in de verpleegkunde maken deel uit van bredere maatschappelijke, sociale en politieke contexten (Tobbell, 2022) waarbinnen de erkenning van verpleegkundige expertise in gezondheidszorgorganisaties allerminst vanzelfsprekend was. Het biomedisch model was vaak leidend. Verpleegkundigen waren tot de invoering van de wet BIG (1997) zelfs juridisch gezien de 'verlengde arm van de dokter' (Van der Peet, 2021). Binnen deze contexten werkten verpleegkundigen intussen actief aan de doorontwikkeling en professionalisering van hun vakgebied.

De huidige ontwikkelingen in de zorg, waarbij meer nadruk ligt op gezondheid en passende zorg samen met de patiënt (zie IZA), maken dat verpleegkundigen de ruimte voelen en nemen om zich steviger te positioneren binnen zorgorganisaties. Dit strookt echter niet met het stereotype beeld van verpleegkundig werk als werk voor vrouwen 'aan het bed'. Toch is het een sterk verankerd beeld dat maar langzaam kantelt (Hallam, 2002; Rafferty et al., 2018). Werk dat niet aan het bed plaatsvindt, bijvoorbeeld het organiseren van zorg, onderzoek doen, werken aan kwaliteitsvraagstukken, management en bestuur wordt vaak niet (h)erkend als verpleegkundig werk (Allen, 2014), maar is wel essentieel om passende zorg te kunnen (blijven) leveren. Hier gaan we in het volgende thema verder op in (Schalkwijk et al., 2024).

THEMA 2

DE MAATSCHAPPIJ VERANDERT, VERPLEEGKUNDIG WERK VERANDERT MEE

“Werk je vandaag, of zit je op kantoor? Die vraag krijg ik vaak en dan denk ik: oké, daar is nog wel wat te winnen.”

Citaat verpleegkundige, 2020

Om ook in de toekomst persoonsgerichte zorg te kunnen leveren is het belangrijk dat verpleegkundigen in alle lagen van gezondheidszorgorganisaties nieuwe posities innemen en dat de beroepsgroep nieuwe rollen, al dan niet 'aan het bed', omarmt (Thorne, 2022). In ons onderzoek zien we dat steeds meer verpleegkundigen zich hiervoor hardmaken, bijvoorbeeld door het entameren van een dialoog over de kern van het verpleegkundig werk in hun organisaties. Is dat beperkt tot directe patiëntenzorg of omvat het ook activiteiten als management, bestuur, beleidsvorming en onderzoek? We observeerden groeiende erkenning dat deze brede waaier aan verpleegkundig werk waarde toevoegt voor patiënten, professionals en organisaties. Verpleegkundigen die actief zijn in andere gremia dan directe patiëntenzorg spelen een rol in strategische beleidsbeïnvloeding die resulteert in passendere verpleegkundige zorg in het primaire proces. Als zodanig verdient het waardering.

Eerder onderzoek laat zien dat een bottom-up-benadering effectief kan zijn bij de invoering van nieuwe verpleegkundige rollen (Van Schothorst-Van Roekel et al., 2020). Ons onderzoek bevestigt dit en voegt hieraan toe dat een sterke focus op de ontwikkeling van het verpleegkundig team en het versterken van de verpleegkundige expertise ruimte creëerde voor verpleegkundigen om ook buiten de dagelijkse patiëntenzorg hun expertise in te zetten (zie verder box 3). Door zowel op afdelingsniveau als binnen onderzoek of in de strategische laag van een ziekenhuis steeds weer te laten zien wat verpleegkundigen betekenen voor de organisatie van zorg is differentiatie geen doel meer op zichzelf, zoals dat vaak ervaren wordt door verpleegkundigen, maar een middel om betekenisvolle verpleegkundige zorg te kunnen leveren (Martini et al., 2024, Spits et al, 2024).

BOX 1

REGIEVERPLEEGKUNDIGEN: TACKEL TABOES VOOR BETERE PATIËNTENZORG.

Het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem startte in 2016 met het traject 'Verpleegkundige van morgen' dat zich richt op het versterken van de verpleegkundige beroepsgroep en op het continu ontwikkelen en verbeteren van de patiëntenzorg vanuit verpleegkundig perspectief. Bij de start kreeg het de vorm van een vastomlijnd ontwikkeltraject met scholing op generieke thema's. Op basis van vooropleiding (hbo, mbo of inservice) volgden verpleegkundigen een aantal scholingen over evidence-based practice (EBP), klinisch redeneren, patiëntgericht werken en verpleegkundig leiderschap. Daarna was het aan de teams het geleerde in de praktijk te brengen en te experimenteren met de regieverpleegkundige rol. Dit programma stuitte op weerstand op de verpleegafdelingen. Verpleegkundigen die niet in aanmerking kwamen voor de rol van regieverpleegkundige voelden zich ondergewaardeerd, en de verpleegkundigen die wel in aanmerking kwamen voor die rol voelden zich onvoldoende gesterkt om het geleerde toe te passen in de praktijk. Op basis van feedback uit de praktijk en voortschrijdend inzicht besloot Rijnstate het ontwikkeltraject grondig te herzien; van focus op het individu naar focus op het team, en van een vastomlijnde aanpak naar een aanpak afgestemd op de behoeftes

van het verpleegkundige team. Ten tijde van ons onderzoek in 2020-2021 rustte er nog altijd een taboe op ‘gedifferentieerd werken’ in een groot deel van het ziekenhuis. Toch ontstond er steeds meer ruimte voor de rol van regieverpleegkundige in de verpleegkundige teams. Dit kwam onder andere doordat 1) voorstanders verpleegkundig werk breder definieerden dan werk ‘aan het bed’, 2) het ziekenhuis leerde van eerdere ervaringen en 3) onderhuidse taboes getackeld werden door ze op tafel te leggen en met elkaar te bespreken. Met een nadruk op collectieve verantwoordelijkheid, met een sterke focus op teamontwikkeling en met oog voor ieders kwaliteiten slaagde Rijnstate erin de rol neer te zetten als een nieuwe rol die bijdraagt aan de ontwikkeling en verbetering van de patiëntenzorg.³

THEMA 3 EEN ANDERE KIJK OP VERPLEEGKUNDIG LEIDERSCHAP

“Naar aanleiding van de aanwezigheid van RN2Blend-onderzoekers heeft de afdeling Communicatie van het ziekenhuis een nieuwsbericht voorbereid met als titel ‘Verpleegkundigen kruipen uit hun schulp’. Een betrokken verpleegkundige vindt dat er wat moet veranderen aan de beeldvorming rond verpleegkundigen en deze omschrijving van haar beroepsgroep past daar niet bij. Ze mailt de communicatiemedewerker, met een aantal stakeholders in de cc, en pleit voor een andere titel. Deze komt er. Onder de titel ‘Verpleegkundigen laten van zich horen’ wordt het artikel geplaatst.”

Notities veldwerk, 2021

De betekenis van verpleegkundige kennis en kunde bij het organiseren en leveren van persoonsgerichte zorg wordt steeds zichtbaarder, ook door de nieuwe verpleegkundige rollen die worden geïntroduceerd. Dit leidt tot meer aandacht voor verpleegkundig leiderschap, zeggenschap en positionering. In deze onderzoekslijn hebben we bestudeerd hoe verpleegkundig leiderschap eruit kan zien in de praktijk. Verpleegkundigen worden opgeroepen meer leiderschap te tonen, zowel bij het uitvoeren als bij het ontwerpen van zorg (WHO, 2020). Binnen de verpleegkunde wordt veel onderzoek gedaan naar verpleegkundig leiderschap. Dit onderzoek richt zich doorgaans op de vraag wat leiders tot leiders maakt, en welke competenties en vaardigheden verpleegkundigen daarvoor moeten ontwikkelen (Cummings et al., 2021). Dit vertelt ons echter niet veel over de manier waarop je leiderschap dan precies uitdraagt in de praktijk (Carroll et al., 2008). Door te focussen op leiderschapsmomenten (Ladkin, 2020), en deze te zoeken in de dagelijkse praktijk van verpleegkundigen, kunnen we dat ‘leiderschap uitdragen’ zichtbaar maken. Het opschrijven en delen van voorbeelden

3) Voor de podcast en geschreven leergeschiedenis over Rijnstate, ga naar de website van [RN2Blend](#).



van verpleegkundig leiderschap, zoals in bovenstaand fragment, kan bijdragen aan het 'leren leiden' in de praktijk (Raelin, 2016). In ons onderzoek naar het leiderschap van verpleegkundigen in nieuwe rollen zagen we dat 'zichtbaar worden', 'netwerken bouwen' en 'snappen wat er gebeurt in je organisatie' belangrijke voorwaarden zijn voor het versterken van het leiderschap en daarmee van de positie van de verpleegkundige beroepsgroep in ziekenhuizen. (Zie hoe verpleegkundig onderzoekers dit deden in box 2). Vanuit deze leiderschapspraktijken formuleerden we twee handvatten. Ten eerste dat verpleegkundigen die de verpleegkundige zorg willen verbeteren dit het best kunnen doen vanuit hun eigen verpleegkundige expertise: "Laat zien hoe jouw specifieke kennis bijdraagt." Ten tweede dat verpleegkundigen hun eigen positie of die van hun beroepsgroep kunnen versterken door samenwerking met anderen en gedeelde doelstellingen, zowel binnen als buiten de beroepsgroep: "Zoek als verpleegkundige de juiste medestanders om zaken te bereiken." (Martini et al., 2023). Dat hier ook specifieke uitdagingen aan verbonden zijn, komt terug in het volgende hoofdstuk. We schreven ook een kort Nederlands artikel over 'het doen' van leiderschap.⁴

BOX 2

VERPLEEGKUNDIG ONDERZOEKERS: PIONIERS EN NU AL ONMISBAAR

Sinds 2015 werkte het Isala ziekenhuis in Zwolle aan het realiseren van de functie van verpleegkundig onderzoeker en het op de kaart zetten van verpleegkundig onderzoek. Toen duidelijk werd dat er weinig draagvlak was voor een top-down-strategie om verpleegkundig onderzoek en evidence-based practice (EBP) te introduceren op alle afdelingen, besloot Isala tot een andere aanpak: het aanstellen van verpleegkundig onderzoekers in een combifunctie. Het ziekenhuis ging vooruitstrevend te werk door zélf een functie te ontwikkelen waarin klinisch werk en onderzoek in één functie gewaardeerd werden. Ook koos het ziekenhuis voor aansluiting bij afdelingen en resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) waar al een lokale veranderenergie gaande was: verpleegkundigen waren daar al 'spontaan' aan de slag gegaan met EBP. Leidinggevend en managers toonden lef en visie door aan de slag te gaan met verpleegkundig onderzoek, terwijl de betekenis hiervan voor de patiëntenzorg nog niet duidelijk zichtbaar was. De veranderenergie kwam van onderaf uit de organisatie, daar waar de verpleegkundig onderzoekers werden aangesteld. De ontwikkeling die het verpleegkundig onderzoek doormaakte, werd nauwgezet gevolgd en gestimuleerd door mensen uit verschillende lagen binnen het ziekenhuis, tot aan de raad van bestuur. Door deze combinatie - energie van onderaf en stimulans en bijsturing vanuit verschillende (strategische) gremia - kreeg verpleegkundig onderzoek stevig voet aan de grond in een aantal RVE's in het ziekenhuis. Uit de gesprekken die wij voerden met alle betrokken personen binnen Isala maakten we

4) Meer lezen over leiderschap: Martini, D., Kuijper, S., Schoonhoven, L., & Lalleman, P. (2022). *Verpleegkundig leiderschap: hoe doe je dat?*. TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 132(2), 23-25.



op dat het geen gemakkelijk traject is geweest. Er moest gelobbyd en gestreden worden. Maar door hard te werken en steeds opnieuw de meerwaarde te tonen van verpleegkundig onderzoek zijn er inmiddels zeven verpleegkundig onderzoekers aangesteld binnen verschillende RVE's. En wat blijkt? Waar verpleegkundig onderzoekers werkzaam zijn, wil men ze niet meer kwijt. Sterker nog, de managers en leidinggevenden willen er meer. Ondanks bestaande profielen en kaders is ervoor gekozen ruimte te creëren voor verpleegkundig onderzoekers in Isala. Hiermee geeft het ziekenhuis een stevig signaal af: verpleegkundig onderzoek is nodig om de best mogelijke zorg te kunnen leveren.⁵

THEMA 4

VERPLEEGKUNDIGEN GEPOSITIONEERD IN DE STRATEGISCHE LAAG VAN ZIEKENHUIZEN

“Als je een verpleegkundig directeur positioneert in de organisatie, geeft dat ook waardering en erkenning van de verpleegkundige inbreng. Die is niet secundair, die is net zo primair als de andere inbreng.”

Citaat bestuurder, 2022

In ziekenhuizen worden steeds vaker structuren gecreëerd waarbinnen verpleegkundigen zijn vertegenwoordigd in verschillende lagen van de organisatie, zodat verpleegkundige expertise horizontaal en verticaal ingebed raakt in de organisatiestructuur. Dit komt onder andere door een verschuiving van probleemgerichte naar persoonsgerichte zorg, waarin verpleegkundigen een belangrijke rol spelen (McCormack et al., 2011). Het creëren van deze structuren is een goede start van de erkenning van verpleegkundige expertise bij het organiseren van zorg, maar het leidt niet automatisch tot veranderingen in de dagelijkse praktijk. Ziekenhuizen zijn grotendeels ingericht volgens medische en bedrijfskundige principes (Feo & Kitson, 2016; Porter-O'Grady, 2023). Aanpassing vraagt tijd, ruimte en kunde om bijvoorbeeld ervaringen te kunnen opdoen in nieuwe rollen met een nieuw repertoire. In ons onderzoek naar de rol van verpleegkundig directeur onderzochten we bestaande hiërarchische structuren in organisaties. Hierbij benaderden we macht en kennis als sterk aan elkaar gerelateerd (Foucault, 2003). Door ons te focussen op bestaande 'knooppunten van kennis en macht' (Newman & Clarke, 2017) onderzochten we hoe de bestaande machtsverhoudingen in ziekenhuizen werden uitgedaagd door verpleegkundige kennis toe te voegen aan structuren die voorheen gedomineerd werden door biomedische en bedrijfskundige kennis (zie ook box 3).

Gedurende ons onderzoek zagen wij waar verpleegkundig directeuren erin slaagden bestaande patronen bespreekbaar te maken en veranderingen aan te jagen. We noemen dit 'empowerment

5) Voor de podcast en geschreven leergeschiedenis over Rijnstate, ga naar de website van [RN2Blend](#).



tactics' waarbij verpleegkundigen gericht werken aan verandering. Zij deden dit door zich als een eenheid te positioneren, door zich bewust te profileren als essentieel voor het leveren van persoonsgerichte zorg, en door met de vuist op tafel te slaan of direct in te grijpen als de positionering van verpleegkundigen op het spel stond. We refereren met empowerment niet aan een passieve vorm waarin de verpleegkundige 'in haar kracht wordt gezet', maar aan empowerment als iets wat verpleegkundigen doen in hun dagelijks werk in relatie tot - en met - anderen (Bradbury-Jones et al., 2008).

Dit betekent dat het inbedden van verpleegkundige expertise in ziekenhuizen niet alleen van belang is voor patiënten en verpleegkundigen zelf, maar (juist) ook voor andere betrokkenen in de ziekenhuizen - denk aan bestuurders, artsen, opleiders, managers en HR-afdelingen. We zien het als een collectieve verantwoordelijkheid om de zorg persoonsgericht en betekenisvol te organiseren, nu en in de toekomst. Daarvoor is een verandering in werkpraktijken nodig waarbij directie en bestuur een actieve rol spelen in zowel het creëren van de juiste structuren als het continu ondersteunen van organisatieveranderingsprocessen (Verhoeven et al., 2023). Cruciaal daarbij is dat artsen en managers zich meer openstellen voor andere vormen van kennis naast het biomedisch perspectief, en dat verpleegkundigen de betekenis van hun eigen unieke kennis onderstrepen en die steviger inbrengen in het belang van de patiënt. Dit betekent ook dat verpleegkundigen met elkaar de grenzen van het verpleegkundig werk steeds weer zullen moeten bijstellen om ook in de toekomst, samen met andere professionals en niet-professionals, persoonsgerichte zorg te kunnen (blijven) verlenen.

BOX 3

DE VERPLEEGKUNDIG DIRECTEUR: STRATEGISCHE WAARDE AAN DE TOP

Het Radboudumc bereidt zich voor op een transitie van de gehele organisatiestructuur, waarin onder andere wordt gestreefd naar een multi- en interdisciplinaire aanpak in de organisatie van zorg. In de nieuwe structuur worden tien patiëntenzorgcentra met daarin zorgprogramma's en zorgpaden geïntroduceerd, elk onder leiding van een collegiaal bestuur bestaande uit een medisch, een bedrijfskundig en een verpleegkundig directeur. Verpleegkundigen krijgen daarmee een strategische plek in de top van de organisatie. Dit formeel georganiseerde 'delen van de macht' van de medische en bedrijfskundige discipline met de verpleegkundig directeuren vraagt in de dagelijkse praktijk echter om flinke aanpassingen van alle partijen.

Met de aanstelling van verpleegkundig directeuren in de hoogste laag van de ziekenhuisdirectie, en in de duale aansturingen van de zorgprogramma's en de zorgpaden, wordt de verpleegkundige stem opgenomen in de structuur van het ziekenhuis. Deze stap is uniek en volgens de ziekenhuisbestuurders noodzakelijk om de zorg toekomstbestendig te maken. De huidige inrichting van het verpleegkundig proces is niet duurzaam. Met

het oog op schaarste en toenemende complexiteit zullen veranderingen moeten worden doorgevoerd. De geschiedenis laat zien dat deze veranderingen vaak door niet-verpleegkundigen zijn doorgevoerd, wat de kwaliteit van zorg niet altijd ten goede kwam. Om verpleegkundigen zelf te kunnen laten beslissen over de veranderingen binnen hun vakgebied is een sterke verpleegkundige vertegenwoordiging in de top van de organisatie van essentieel belang. Tegelijkertijd zien we dat alleen een structuurverandering niet voldoende is om échte verandering te bewerkstelligen. Die vraagt ook om een verandering van de huidige cultuur in ziekenhuizen, waarin vaak de artsen en managers beslissen over verpleegkundige thema's. Bij deze cultuurverandering spelen de intercollegiale directies van de verschillende centra een cruciale rol door het voorleven van een goede samenwerking in de praktijk, door een continue alertheid op situaties waarin die goede samenwerking op het spel staat én door het aanspreken en bijsturen van collega's die hier moeite mee hebben. Maar uiteindelijk zullen alle verpleegkundigen, bedrijfskundigen en artsen een nieuwe vorm van samenwerking moeten vinden in alle lagen van de organisatie.⁶

CONCLUSIE

Het leveren van persoonsgerichte zorg, ook in de toekomst, vraagt om zorgorganisaties waarin verpleegkundige expertise vertegenwoordigd is op alle niveaus. Daarbij horen bestaande én nieuwe verpleegkundige rollen. Het huidige debat rondom gedifferentieerd werk maakt deel uit van een zich voortdurend ontwikkelend proces, ingebed in een bredere sociaal-maatschappelijke context. Bij het positioneren en vormgeven van nieuwe verpleegkundige rollen in het nu spelen historisch gegroeide machtsverhoudingen tussen verpleegkundigen en andere beroepsgroepen een belangrijke rol, net als stereotype beelden van verpleegkundig werk. Erkenning van en reflectie op deze geschiedenis stimuleert het denken buiten ogenschijnlijk vanzelfsprekende hiërarchische structuren en patronen en creëert zo ruimte voor beweging en verdere ontwikkeling van de beroepsgroep buiten de gebaande paden. Ons onderzoek laat zien dat verpleegkundigen zelf leiderschap tonen in de ontwikkeling en positionering van hun beroepsgroep, door nieuwe rollen in te nemen binnen zorgorganisaties. Daardoor worden ingesleten manieren van samenwerken in ziekenhuizen uitgedaagd. Duurzame inbedding hiervan vraagt echter niet alleen iets van verpleegkundigen. Het is een collectieve verantwoordelijkheid, waarin ook bestuurders, artsen en managers een belangrijke en actieve rol spelen. Juist die actieve rol in het krachtenspel binnen het ziekenhuis staat in hoofdstuk 4 centraal; daarin gaan we verder in op positionering en organisatieverandering.

6) Voor de podcast en geschreven leergeschiedenis over Radboudumc, ga naar de website van [RNzblend](#).



4. Het krachtenspel in verpleegkundige positionering en organisatieverandering

Martijn Felder, Syb Kuijper, Roland Bal en Iris Wallenburg

INLEIDING

In de voorgaande hoofdstukken is uiteengezet hoe ziekenhuisorganisaties aan de slag zijn gegaan met gedifferentieerd werken, welke vormen van gedifferentieerd werken zij beoogden in te voeren en welke (historisch gevormde en maatschappelijk geïnformeerde) mechanismen daarbij centraal hebben gestaan. In dit hoofdstuk zetten we verder uiteen welke uitdagingen het hoofd moeten worden geboden om gedifferentieerd werken onderdeel te maken van de dagelijkse praktijk van ziekenhuisorganisaties. Om inzicht te krijgen hebben we etnografisch onderzoek gedaan.

De volgende gelaagde onderzoeksvraag stond hierbij centraal: hoe krijgt gedifferentieerd werken vorm in de praktijk, welke uitdagingen komen daarbij kijken en wat zijn de consequenties hiervan voor de waardering van verpleegkundig werk en de (her)positionering van verpleegkundigen in ziekenhuisorganisaties?

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, hebben we oog gehad voor het dagelijks werk dat verpleegkundigen verrichten en waarbinnen gedifferentieerd werken vorm krijgt. Hiervoor hebben we participerende observaties verzameld en interviews uitgevoerd. We hebben meegelopen met verpleegkundige dag-, avond- en nachtdiensten en zijn aangeschoven bij kwaliteitscommissies, aan beleidstafels en bij de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) of het Verpleegkundig Stafbestuur (VSB). Om onze observaties verder te kaderen hebben we interviews gehouden met verpleegkundigen, artsen, managers, bestuurders en beroepsvertegenwoordigers. Verkregen inzichten hebben we getoetst door middel van groepsdiscussies in ziekenhuizen, tijdens kennisfestivals en bij wetenschappelijke bijeenkomsten.⁷

Hieronder nemen we u mee in onze belangrijkste bevindingen. We doen dit aan de hand van drie thema's: de onzichtbaarheid van verpleegkundig werk, de politiek en het werk achter verpleegkundige zeggenschap, en de kennispolitiek van verpleegkundige organisatieverandering. Elk thema wordt ingeleid met een sprekend voorbeeld.

7) Meer lezen over etnografische onderzoeksmethoden, zie: Felder, M., Wallenburg, I., Kuijper, S., & Bal, R. (2021). *Etnografisch onderzoek*. TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 131(3), 56-57.



THEMA 1

HET ONZICHTBARE WERK VAN VERPLEEGKUNDIGEN

“Ik zie zo nog die blik voor me in de ogen van de arts - in paniek - maar ook die blik van de verpleegkundige - vastberaden, als in: dit gaan we organiseren. Binnen drie uur was er een eerste covidafdeling ingericht.”

Citaat zorgmanager universitair ziekenhuis, 2020

De essentie van verpleegkundig werk wordt vaak omschreven als directe zorg verricht naast het bed en voor een individuele patiënt (metingen, ADL, medicatie, visite, een persoonlijk gesprek). Niet alleen artsen en managers zien dat zo, ook verpleegkundigen omschrijven hun rol vaak in die termen. Tijdens onze observaties viel het ons echter op dat verpleegkundige kennis en kunde veel veelzijdiger is dan dat. Zo laten verpleegkundigen een groot organisatie- en improvisatievermogen zien om de continuïteit en kwaliteit van de zorg op een afdeling te waarborgen (vergelijk Noordegraaf, 2015). Daarbij maken zij vertaalslagen tussen de zorgvragen van individuele patiënten, de mogelijkheden binnen de organisatie en het zorgbeleid van betrokken medische disciplines. Daarnaast kunnen zij vertrouwen op diepgaand inzicht in de materiële en personele mogelijkheden en beperkingen van een afdeling. Artsen, managers, aanpalende beroepsgroepen en natuurlijk patiënten zelf zijn allemaal afhankelijk van dit organisatievermogen van verpleegkundigen (Allen & May, 2017). Zoals het bovenstaande citaat aangeeft, was dit vermogen zelfs essentieel om covidzorg adequaat in te richten (Kuijper et al., 2022).⁸

Toch blijft veel van dit verpleegkundig organisatievermogen onzichtbaar (Allen, 2014). Daarmee bedoelen we dat het wél wordt gedaan, maar tussen patiëntgebonden zorgtaken door, of desnoods na een dienst, of op een vrije dag. Buiten beeld van andere professionals en bestuurders, en zelfs onzichtbaar voor collega-verpleegkundigen, juist omdat het ‘even tussendoor’ gebeurt. Voorbeelden zijn: ‘nog even dat pijnprotocol updaten’, aansluiten bij die kwaliteitscommissie over katheterbeleid, of verkennen wat de voedingsassistenten kunnen oppakken. De uitkomsten van dit soort werk worden vaak als een gegeven beschouwd (vergelijk: artsen hebben het vaak over ‘commissiewerk’, waarmee wordt aangegeven dat het een component is van het professionele werk). Dat betekent dat verpleegkundigen er weinig erkenning voor krijgen en er ook niet in worden ondersteund vanuit de ziekenhuisorganisatie (bijvoorbeeld in termen van uren, middelen, coaching of een plek aan de besluitvormingstafel) of vanuit hun collega’s (bijvoorbeeld in termen van patiënten overnemen of andere taken op de afdeling opvangen). De consequenties van die uitblijvende erkenning zijn groot (Currie & Hill, 2012). Zo stromen meer ervaren en hoger opgeleide verpleegkundigen vaak uit, richting banen binnen en buiten de zorg waarin zij hun ambities, competenties en vaardigheden wél verder kunnen ontwikkelen (Buchan & Aiken, 2008; Felder et al., 2022).

8) Meer lezen over de rol van verpleegkundigen in de organisatie van covidzorg, zie: Kuijper, S., Wallenburg, I., Felder, M., & Bal, R. (2024).

Zorgen voor onontgonnen zorgterrein: leren van de verpleegkundige zorg tijdens de COVID-crisis. Verpleegkunde, 8 maart.



Een belangrijke drijfveer achter gedifferentieerd werken was het beter vormgeven, benutten en waarderen van de veelzijdigheid van het verpleegkundig beroep (Van Schothorst et al., 2021). Dit door de verscheidenheid aan verpleegkundige rollen explicieter te benoemen en ze meer ruimte, legitimiteit en waardering te geven - en ze te positioneren binnen de organisatie. In dit kader hebben veel ziekenhuizen de functie van regieverpleegkundige ingevoerd, en hebben verpleegkundigen een duidelijkere rol gekregen in het oppakken van organisatievraagstukken, kwaliteitsbeleid of verpleegkundig onderzoek. In veel ziekenhuizen werden daar ook specifieke regie-uren aan verbonden en trainingen en middelen voor beschikbaar gesteld. Een belangrijke stap in het beter waarderen, positioneren en benutten van verpleegkundigen en hun kennis en kunde lijkt hiermee te zijn genomen. Tegelijkertijd hebben we ook gezien dat hier nog een aantal specifieke uitdagingen in zitten. Hieronder zetten we deze uiteen.

THEMA 2: HET WERK ACHTER VERPLEEGKUNDIGE ZEGGENSCHAP

“Nu regieverpleegkundigen zich meer bezig gaan houden met kwaliteitsvraagstukken, zouden we gebruik moeten maken van hun nieuwe rol om de bewustwording op de verpleegafdeling over onze kwaliteitsrichtlijnen en het volgen daarvan te versterken.”

Citaat kwaliteitsmanager opleidingsziekenhuis, 2023

Om de positie van verpleegkundigen binnen ziekenhuisorganisaties te verstevigen en hun perspectief mee te nemen in organisatie- en beleidsvraagstukken, worden verpleegkundigen steeds vaker uitgenodigd om aan te schuiven bij beleids- en besluitvormingstafels. Dit heeft niet alleen te maken met de invoering van de rol van regieverpleegkundige, maar ook met de betrekkelijke afwezigheid van verpleegkundigen aan deze tafels aan het begin van de covidpandemie (ondanks het openingscitaat) en met het verliezen van grip op de verpleegkundige beroepsgroep, met ziekteverzuim en uitstroom tot gevolg. Het is duidelijk voor iedereen dat verpleegkundigen meer zeggenschap moeten krijgen over hun eigen werk en ook over de organisatie van de zorg in algemenere zin. ‘Niet over ons zonder ons’ is een belangrijk mantra geworden (Buurman, 2020).

Ondanks deze gedeelde ambitie hebben we een paar belangrijke mechanismen gezien waarlangs verpleegkundige zeggenschap tegelijkertijd wordt opgetuigd en beteugeld in ziekenhuisorganisaties. Zo wordt op veel plekken waar verpleegkundige zeggenschap wordt gestimuleerd door bestuurders en managers, tegelijkertijd ook door hen bepaald waar die zeggenschap dan over zou moeten gaan, en aan welke beleids- en besluitvormingstafels verpleegkundigen dus wel en niet kunnen aanschuiven (Cunha et al., 2019). Soms gebeurt dit heel bewust, soms ook niet. Een kenmerkend voorbeeld van dat laatste had plaats in een ziekenhuis waar wij observeerden tijdens een strategiemiddag waarbij bestuurders, artsen en managers het beleid voor de komende jaren bespraken. Verpleegkundigen waren uitgenodigd om een update te geven over de invoering van de rol van regieverpleegkundige en over hun nauwere betrokkenheid bij kwaliteits- en organisatievraagstukken. Toen zij dat gedaan

hadden, werd er geklapt en verlieten de verpleegkundigen de zaal. De rest van de middag ging het over personeelstekorten onder de verpleegkundige beroepsgroep. Er waren geen verpleegkundigen meer aanwezig om hun perspectief hierop te verkondigen. Bovendien leek dat niemand te verbazen. Er kleeft dus een risico aan het van bovenaf bepalen waar verpleegkundigen wel en niet over mee kunnen praten, namelijk dat je geen oog hebt voor de dingen waarin verpleegkundigen zelf inspraak zouden willen en kunnen hebben. En toch zagen we ook dat het helpt wanneer bestuurders en managers verpleegkundigen actief vragen een bijdrage te leveren aan specifieke beleids- en besluitvormingsvraagstukken, temeer om verpleegkundigen te helpen hun weg te vinden naar de tafels waar deze vraagstukken worden besproken.

Niet alleen bepalen bestuurders en managers vaak aan de voorkant bij welke besluitvormingstafels verpleegkundigen aanwezig zijn en hoe de agenda er uitziet, ook de manier waarop de vraagstukken die ter tafel komen vorm en inhoud krijgen wordt nog vaak door hen ingevuld. Het citaat hierboven illustreert dat. In het licht van tegenvallende scores op enkele centrale kwaliteitsindicatoren in een ziekenhuis vraagt de kwaliteitsmanager zich in dit fragment af hoe regieverpleegkundigen de naleving van hun kwaliteitsbeleid zouden kunnen vergroten (vergelijk Ivanova & Von Scheve, 2020). Wat niet ter sprake kwam, was de manier waarop de kwaliteitsindicatoren in kwestie zich verhouden tot de dagelijkse praktijk van de verpleegkundigen, welke processen de indicatoren nu eigenlijk zouden moeten borgen (naast externe verantwoording) en op welke manier dat ook anders zou kunnen, om beter aan te sluiten bij de verpleegkundige praktijk (vgl. Weenink et al., 2023). Het voorbeeld laat zien hoe andere partijen in het ziekenhuis ook invulling wilden geven aan de regieverpleegkundige rol. Dit deden ze doorgaans op een manier die overeenkwam met hun eigen perspectieven en belangen, in dit geval met betrekking tot de naleving van centraal kwaliteitsbeleid op de afdeling. Regieverpleegkundigen begonnen zelf echter al snel een bemiddelende rol aan te nemen rondom kwaliteitsbeleid. Daarbij benadrukten ze aan de ene kant het belang van kwaliteitsindicatoren binnen hun teams, en plaatsten ze aan de andere kant ook kanttekeningen bij de manier waarop deze werden ingezet door kwaliteitsmanagement. Op verschillende locaties heeft dit geleid tot een aanpassing van het kwaliteitsbeleid, wat zowel de verpleegkundige praktijk als de (gemeten) kwaliteit van zorg ten goede kwam.

Tot slot worstelen verpleegkundigen er vaak mee zich los te maken van de afdeling om aan te sluiten bij beleids- en besluitvormingstafels. Zo wordt vaak van regieverpleegkundigen verwacht dat zij dat soort werk oppakken terwijl ze ook op de afdeling blijven staan, de eigen patiënten verzorgen en onderdeel zijn van het zorguitvoerende team. Met de huidige personeelstekorten verschuift het accent daarbij nogal snel naar dat laatste. Wanneer (regie)verpleegkundigen vervolgens geen kans zien om zich los te maken van de noden op de afdeling - en dus niet aan kunnen schuiven aan overlegtafels - worden bestuurders, managers en artsen bevestigd in hun beeld dat verpleegkundigen niet mee willen praten over kwaliteits- en beleidsvraagstukken (Currie et al., 2010). Een directe consequentie hiervan is dat de stoel van de verpleegkundige hier leeg blijft, de besluitvorming toch doorgaat en verpleegkundigen in een uitvoerende rol en identiteit vast blijven zitten. Ironisch genoeg vragen directe collega's van die regieverpleegkundigen zich vervolgens af wat eigenlijk de meerwaarde is van die regierol. Om deze patstelling te doorbreken helpt het om meerdere regieverpleegkundigen op een

afdeling aan te stellen en daarnaast een netwerk van regieverpleegkundigen binnen het ziekenhuis te organiseren en faciliteren. Op die manier hebben ze steun aan elkaar en kunnen ze samen - en richting het team en andere betrokkenen in het ziekenhuis - het belang benadrukken van het meedoen aan beleids- en besluitvormingsprocessen, en daarmee ook van hun tijdelijke afwezigheid op de afdeling (Felder et al., 2024).

Het bovenstaande laat zien dat verpleegkundigen die hun zeggenschap in ziekenhuisorganisaties willen versterken langs drie assen politiek werk moeten verzetten (Avelino, 2021; Clegg, 2023). Zo moeten zij grip proberen te krijgen op de plekken waar besluitvorming plaatsvindt en de netwerken waarin dit gebeurt, of deze zelf creëren. Daarnaast moeten zij invloed uitoefenen op de agenda die daar wordt besproken en op de manier waarop thema's verder invulling krijgen. Tot slot moeten zij werk verzetten om zich los te maken van hun directe collega's, die vaak het nut en de noodzaak van hun afwezigheid op de afdeling niet inzien. Zeggenschap is dan ook niet iets dat je krijgt, maar een praktijk die veel aandacht nodig heeft (Buchanan & Badham, 2020). Verpleegkundigen moeten hier tijd voor vrijmaken, zich kwetsbaar op durven stellen, een nieuwe (beleids)taal leren en aansluiting proberen te vinden bij bredere beleidsvraagstukken. Bestuurders, managers en artsen moeten leren luisteren naar, en openstaan voor, het verpleegkundig perspectief (Kuijper et al., 2024). Dat brengt ons bij het laatste thema in dit hoofdstuk.

THEMA 3

DE KENNISPOLITIEK VAN VERPLEEGKUNDIGE ORGANISATIEVERANDERING

“Op onze afdeling denken we doorgaans in termen van standaarden en zijn we sterk afhankelijk van protocollen: hoeveel van iets is er nodig, hoe moeten we een bepaald probleem aanpakken? Er kunnen echter momenten zijn waarop we een beslissing moeten nemen door simpelweg te zeggen: ‘we doen het zo.’”

Citaat verpleegkundig teamleider, 2022

Door praktische zorgvaardigheden te combineren met uniek inzicht in de complexiteit van zorgprocessen, met de belangen en perspectieven van patiënten en verschillende medische disciplines en met de actuele situatie op een afdeling, hebben verpleegkundigen als geen ander zicht op de mogelijkheden om zorgprocessen te (re)organiseren en te verbeteren. Dit is belangrijke kennis, zeker in het licht van de huidige maatschappelijke uitdagingen waarbij meer zorg moet worden geleverd met minder personeel, en waarin kwaliteit en toegankelijkheid onder druk komen te staan. We hebben gezien dat zorgorganisaties hier steeds meer oog voor hebben en verpleegkundigen uitnodigen om het voortouw te nemen in organisatieverandering. Maar we hebben ook gezien hoe enkele dominante kennisregimes ervoor zorgen dat het snel vast kan lopen wanneer verpleegkundigen hun kennis en kunde proberen in te zetten om dergelijke veranderingen door te voeren (Fricker, 2007; Ernst & Tatli, 2022). Zo legt het bovenstaande citaat een belangrijk knelpunt bloot.

Wanneer verpleegkundigen hun inzicht willen gebruiken om een organisatieverandering te initiëren - zoals het verruimen van de taken van de voedingsassistenten, of het anders inzetten van mantelzorgers - wordt hen dikwijls gevraagd bewijs aan te leveren over de effectiviteit van de beoogde interventie, alvorens deze geïntroduceerd kan worden.

Deze vraag past binnen de groeiende nadruk die is komen te liggen op evidence-based practice (EBP), een methode die veel goeds heeft gebracht in de verbetering van de kwaliteit van verpleegkundige zorg, en dan met name inzake verpleegtechnische handelingen. Maar de nadruk op formele en wetenschappelijke bewijsvoering overheerst ook het praktische (en tegelijk diepgaande) inzicht dat verpleegkundigen hebben over de (re)organisatiemogelijkheden op hun afdeling en in het verpleegkundige werk. Daarnaast gaat die vraag ervan uit dat overal bewijs voor te vinden is (wat vaak tegenvalt) en dat dit bewijs dan ook direct van toepassing is op de afdeling (wat geen recht doet aan dynamische context). Om verpleegkundige organisatieveranderingen door te voeren, zou er daarom meer nadruk moeten komen liggen op experimentele verpleegkundige veranderpraktijken die worden gekenmerkt door onzekerheid en dynamiek (Clegg et al., 2005). Dat betekent ook dat er ruimte en financiering moet worden vrijgemaakt voor verpleegkundig onderzoek waarbij gebruikgemaakt moet kunnen worden van kwantitatieve én meer exploratieve, kwalitatieve onderzoeksmethoden (Kuijper et al., 2024).

TOT SLOT

Hoewel we hierboven belangrijke uitdagingen schetsen, hebben we de afgelopen vier jaar wel degelijk beweging gezien in de manier waarop verpleegkundigen zich wisten te positioneren in beleids-, management- en verandervraagstukken en in de rol die gedifferentieerd werken daarin heeft gespeeld. Zo is de klassieke hiërarchie in ziekenhuisorganisaties, waarbij verpleegkundigen vooral als een uitvoerende beroepsgroep werden benaderd, met de invoering van nieuwe verpleegkundige rollen ter discussie komen te staan (Avelino, 2021). Door (regie)uren vrij te maken voor verpleegkundig organisatie- en kwaliteitswerk hebben verpleegkundigen meer ruimte gekregen om zich op afdeling-overstijgend niveau te organiseren (bijvoorbeeld tijdens maandelijkse regiebijeenkomsten) en hun eigen strategische netwerken op te bouwen. Dat geldt zeker ook daar waar dit gebeurt in een bredere beweging waarin wordt nagedacht over wetenschappelijke en bestuurlijke verpleegkundige functies en rollen (zie het vorige hoofdstuk). Steeds vaker zijn zij daarom ook in staat een gedeeld verpleegkundig perspectief op vraagstukken te formuleren en een kritische factor te zijn in organisatiebeleid en besluitvorming. Dergelijke ontwikkelingen dragen bij aan de totstandkoming van een inclusieve, meerstemmige organisatie die in staat is de noodzakelijke en gedragen veranderingen door te voeren om ook in de toekomst nog kwalitatief goede zorg te kunnen blijven organiseren (Kornberger et al., 2006). De uitdagingen die we in dit hoofdstuk hebben beschreven, laten dan ook vooral zien dat deze ontwikkeling kwetsbaar is en waar nog belangrijke opgaven liggen, maar ook dat de beweging er is en verder ondersteund dient te worden.

5. Kwaliteit en organisatie van verpleegkundige zorg in Nederlandse ziekenhuizen: Monitor Verpleegkundige Kwaliteit 2019-2024

Dewi Stalpers, Lisette Schoonhoven, Hester Vermeulen en Catharina van Oostveen

INLEIDING

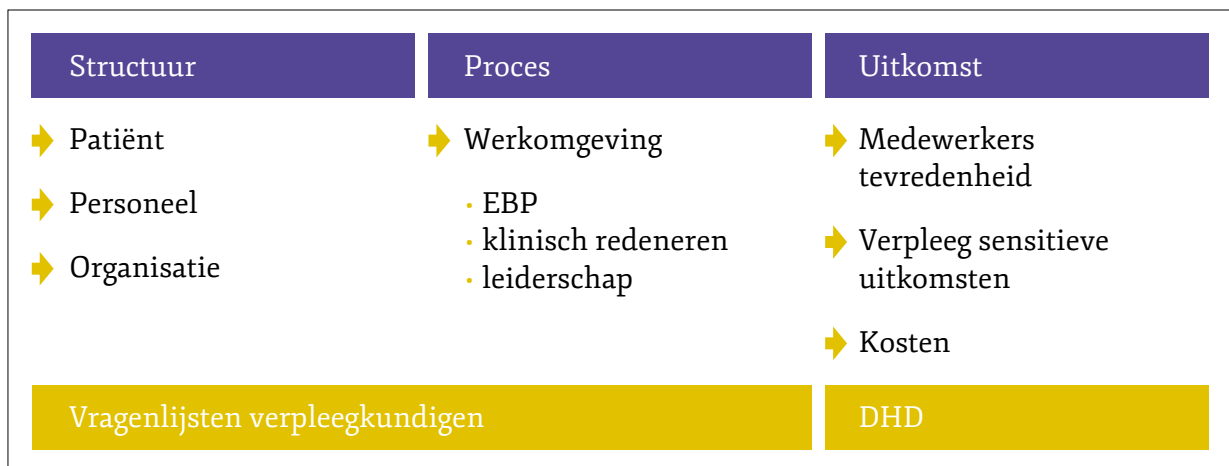
Verpleegkundigen werken graag daar waar de kwaliteit van zorg hoog is en waar zij zelf invloed kunnen hebben op die kwaliteit van zorg. Werkplezier en kwaliteit van zorg gaan hand in hand. Sturen op en inzicht hebben in kwaliteit van zorg is dus niet alleen van belang voor de allerbeste zorg voor patiënten en het imago van de organisatie, het is ook een onderdeel in gedifferentieerd werken waarmee uitdagende rollen en functies kunnen worden geboden. Kwaliteitsinformatie kan gebruikt worden voor leren en verbeteren van de verpleegkundige praktijk, zeker in teams waarin gedifferentieerd wordt gewerkt. In dergelijke teams krijgen verpleegkundigen de ruimte om hun kennis, kunde en invloed in te zetten voor de dagelijkse zorg, voor kwaliteitsverbetering, innovatie en onderzoek.

MONITOR VERPLEEGKUNDIGE KWALITEIT

De Monitor Verpleegkundige Kwaliteit⁹ is een verbeterinstrument voor de kwaliteit van algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en universitair medische centra (umc's). Met de Monitor wordt kwaliteitsinformatie verzameld over de verpleegkundige zorgverlening. Deze informatie biedt inzicht in de effecten - en daarmee in de mogelijke meerwaarde - van onder andere de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen. De Monitor is opgezet volgens de principes van het kwaliteitsmodel van Donabedian (zie figuur 1; Donabedian, 1988). Hierin worden organisatie en personele karakteristieken (structuurindicatoren) gerelateerd aan informatie over verpleegkundige werkprocessen (procesindicatoren) en gegevens over het resultaat van die processen (uitkomstindicatoren). Voor alle indicatoren geldt dat ze verpleegsensitief zijn. Dat betekent dat ze relevant zijn voor het verpleegkundig domein en gevoelig zijn voor het meten van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening (Patrician et al., 2010).

9) Meer lezen over de Monitor Verpleegkundige Kwaliteit?





Figuur 1. Opzet Monitor Verpleegkundige Kwaliteit

VRAGENLIJSTEN VERPLEEGKUNDIGEN

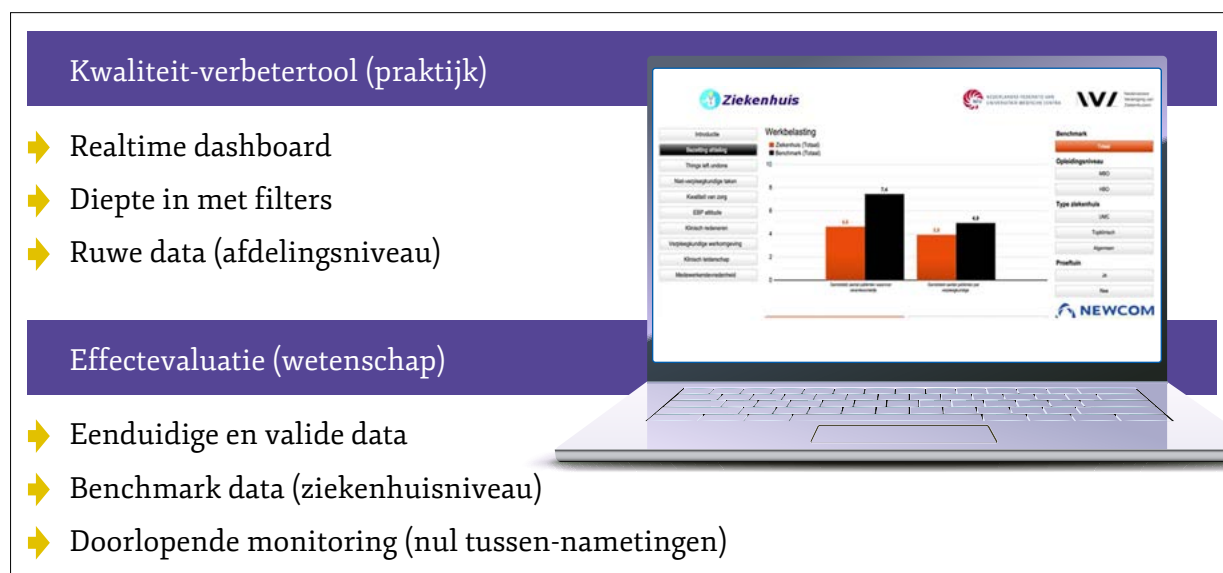
De Monitor meet de kwaliteit en organisatie van de verpleegkundige zorg voor patiënten en de werktevredenheid van verpleegkundigen. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van internationaal gevalideerde vragenlijsten, zoals de Practice Environment Scale - Nursing Work Index (PES-NWI) voor het meten van de kwaliteit van de werkomgeving van verpleegkundigen, de Clinical Leadership Scale (CLS) voor het meten van klinisch leiderschap en de Care Left Undone en Non-Nursing Tasks-vragenlijst voor het inzichtelijk maken van gemiste zorg en niet-verpleegkundige taken (Campbell et al., 2024; Patrick et al., 2011; Schubert et al., 2008; Bruyneel et al., 2013). Tevens wordt het verpleegkundig oordeel over de kwaliteit van zorg en de werktevredenheid uitgevraagd (subjectieve kwaliteitsmaten). Optioneel kunnen vragenlijsten voor het inzichtelijk maken van competenties zoals klinisch redeneren (Nurses Clinical Reasoning Scale (NCRS); Liou et al., 2015) en evidence-based practice (EBP) (McCull et al., 1998) worden afgenomen.

DUTCH HOSPITAL DATA (DHD)

Verpleegsensitieve uitkomstindicatoren hebben betrekking op de resultaten voor de patiënt die het meest representatief zijn voor de kwaliteit van verpleegkundige zorg, zoals vallen, delier, infecties opgelopen in het ziekenhuis, decubitus, pijn, heropname binnen 30 dagen en mortaliteit. In tegenstelling tot andere landen als Canada en de Verenigde Staten (VanDeVelde-Coke et al., 2012; Montalvo, 2007) is er in Nederland echter geen uniforme verpleegsensitieve indicatoren set beschikbaar. Voor het verkrijgen van inzicht in deze kwaliteitsmaten is er daarom samengewerkt met de Dutch Hospital Data (DHD). Dit is een platform waarop medische data uit Nederlandse ziekenhuizen wordt verzameld. Om verpleegsensitieve uitkomstmaten te genereren hebben we gebruik gemaakt van medische ontslagdiagnosedata. Later in dit hoofdstuk gaan we in op de validiteit en betrouwbaarheid van deze benadering. Ziekenhuizen die deelnemen aan de Monitor hebben toestemming gegeven voor het delen van gerapporteerde medische ontslagdiagnosedata die betrekking hebben op deze verpleegsensitieve uitkomstmaten.

DE MONITOR ALS KWALITEIT-VERBETERTOOL (PRAKTIJK)

Onderzoeksbureau Newcom is verantwoordelijk voor het coördineren van de dataverzameling in de deelnemende ziekenhuizen en het terugkoppelen van de resultaten van het onderzoek naar deze ziekenhuizen met een interactief dashboard. De ziekenhuizen die de Monitor afnemen, kunnen met het dashboard relaties inzichtelijk maken tussen structuren, processen en uitkomsten, en benchmarken met andere organisaties die deelnemen (zie figuur 2). De deelnemende ziekenhuizen hebben zelf bepaald wanneer en hoe vaak de Monitor wordt afgenomen, passend binnen de eigen verandertrajecten die gerelateerd zijn aan gedifferentieerd werken en vanuit de eigen visie op leren en verbeteren van kwaliteit. Het meermaals afnemen van de Monitor biedt als voordeel dat mogelijke effecten van interventies als gedifferentieerd werken of het organiseren van zeggenschap gemonitord en geëvalueerd kunnen worden.



Figuur 2. Voorbeeld dashboard Monitor Verpleegkundige Kwaliteit

DEELNEMENDE ORGANISATIES

In totaal hebben negentien ziekenhuizen deelgenomen aan de Monitor (2019-2024); zes universitaire, negen topklinische en vier algemene ziekenhuizen. In totaal hebben 5.905 respondenten de Monitor ingevuld, verdeeld over verschillende specialismen. Elf ziekenhuizen hebben de Monitor één keer afgenomen, zes ziekenhuizen twee keer en twee ziekenhuizen drie keer. De responspercentages varieerden van 13% tot 96%.

ONDERZOEK MET DE MONITOR

De gegevens die verzameld worden met de Monitor vormen een databron voor onderzoek naar de invloed van gedifferentieerd werken. In totaal hebben vijftien masterstudenten hun scriptie geschreven op basis van de data uit deze Monitor. Die scripties hebben geleid tot het aanscherpen van onderzoeksvragen en van dataverzameling- en analysetechnieken en/of hebben geleid tot concrete inzichten. In dit hoofdstuk worden de resultaten van een aantal van deze scripties beschreven.

Allereerst is onderzoek gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de Monitor. Dit betrof onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van onderdelen van de Monitor, zoals de Clinical Leadership Scale (CLS) voor het meten van verpleegkundig leiderschap en de Nurses Clinical Reasoning Scale (NCRS) voor het meten van klinisch redeneren. Ook hebben we gekeken naar de bruikbaarheid van de medische ontslagdiagnoses voor het meten van objectieve verpleegsensitieve uitkomsten.

Nadat de validiteit en betrouwbaarheid van de Monitor waren onderzocht, konden we met de gegevens die verzameld zijn met de Monitor onderzoek doen naar wat het gedifferentieerd werken heeft betekend voor de uitkomsten van verpleegkundige zorg. Hiervoor is gekeken naar:

- Uitkomsten voor patiënten, bijvoorbeeld verpleegsensitieve patiëntuitkomsten en de ervaren kwaliteit van zorg;
- Uitkomsten voor verpleegkundigen, bijvoorbeeld werktevredenheid en de intentie om de organisatie of het vak te verlaten;
- Uitkomsten voor het verpleegkundig proces, bijvoorbeeld niet-uitgevoerde taken, het toepassen van methodieken als EBP, klinisch redeneren en het tonen van leiderschap;
- Uitkomsten voor de organisatie van verpleegkundige zorg, bijvoorbeeld effecten op de werkomgeving en de werklust.

Er is ook onderzoek gedaan naar het gebruik van de Monitor in het continu leren en verbeteren in de verpleegkundige praktijk, als onderdeel van gedifferentieerd werken; hoe krijgt dit vorm in de praktijk en welke vorm van gedifferentieerd werken faciliteert het continu leren en verbeteren met kwaliteitsinformatie?

De antwoorden op deze onderzoeksvragen beschrijven we in de volgende alinea's.

VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID VAN DE MONITOR

PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN

Verpleegkundigen spelen een cruciale rol in het detecteren van verslechtering in de gezondheidstoestand van patiënten en hebben de beste positie - dicht bij de patiënt - om acties in te zetten die ongewenste gezondheidsuitkomsten kunnen voorkomen. Klinisch redeneren begeleidt verpleegkundigen bij het verzamelen, beoordelen en interpreteren van patiëntgegevens en bij het handelen op basis hiervan (Levett-Jones et al., 2009). Daarbij is klinisch redeneren van groot belang voor de patiëntveiligheid (Aiken et al., 2003). Hoewel klinisch redeneren dus een belangrijk proces is, zijn er niet veel instrumenten die de kwaliteit van het klinisch redeneren van verpleegkundigen kunnen meten. De Nurses Clinical Reasoning Scale (NCRS) is vrij recent ontwikkeld door Taiwanese onderzoekers, is met vijftien items goed bruikbaar in de praktijk en liet veelbelovende klinimetrische eigenschappen zien. Om dit instrument in de Nederlandse context in te kunnen zetten, hebben we de Engelse versie vertaald en getest in de Nederlandse praktijk. Uit de analyse van Bette Janssen blijkt dat de NCRS ook geschikt is om het klinisch redeneren van verpleegkundigen in Nederland te meten.

De NCRS kan door verpleegkundigen gebruikt worden om hun klinisch redeneren te evalueren en te verbeteren. Daarnaast krijgen ook managers inzicht in de deskundigheid op het gebied van klinisch redeneren van verpleegkundigen, en kunnen zij adequate interventies inzetten om het klinisch redeneren te verbeteren indien nodig.¹⁰

Verpleegkundig leiderschap is cruciaal voor de kwaliteit van verpleegkundige zorg en voor het ontwikkelen van een positieve werkomgeving voor verpleegkundigen waarin zij werkplezier ervaren (Boamah, 2019; Boamah, 2018). Om dit leiderschap te faciliteren en te versterken, is inzicht in het leiderschap van verpleegkundigen nuttig. De CLS meet het leiderschap van verpleegkundigen op vijf onderdelen: het klinisch proces ter discussie stellen, patiënten, familie en collega's ondersteunen, inspireren tot een gezamenlijk doel, je aan afspraken houden en successen vieren. Het is een relatief beknopt instrument met vijftien items. Omdat de CLS is ontwikkeld in de Amerikaanse context, hebben we deze vertaald naar het Nederlands en getest in de Nederlandse praktijk. Het blijkt dat de CLS ook in de Nederlandse context klinisch leiderschap goed kan meten. Verpleegkundigen krijgen met het gebruik van de CLS meer inzicht in hun eigen leiderschap en handvatten om dit te definiëren, te verfijnen en te versterken. Daarnaast krijgen managers handvatten om een werkomgeving te creëren waarin verpleegkundigen worden gestimuleerd dat leiderschap in te zetten en verder te ontwikkelen.¹¹

VALIDITEIT MEDISCHE ONTSLAGDIAGNOSES

Zoals eerder aangegeven is er gebruik gemaakt van medische ontslagdiagnoses (DHD-data) om de kwaliteit van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen te meten. Om die medische ontslagdiagnoses te kunnen gebruiken voor het meten van verpleegsensitieve uitkomsten, dient getoetst te worden of deze data representatief zijn voor uitkomsten van verpleegkundige zorg. We namen ons voor om de DHD-data te vergelijken met verpleegkundige rapportages over uitkomsten van zorg. Hiervoor was het noodzakelijk dat we de verpleegkundige dossiers van patiënten van specifieke ontslag-specialismen (het niveau waarop DHD-data zijn geclusterd) elektronisch konden doorzoeken. Al snel bleek dat het praktisch onmogelijk was de dossiers te doorzoeken en de twee databronnen (de DHD-data en data uit verpleegkundige dossiers) te koppelen. Het blijft daardoor onduidelijk of medische ontslagdiagnoses die verzameld zijn voor de DHD een alternatief zijn voor het meten van verpleegsensitieve uitkomsten op de werkvloer en of ze gebruikt kunnen worden voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van verpleegkundige zorg. In de andere studies voor RN2blend hebben we daarom geen gebruik gemaakt van DHD-data voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van verpleegkundige zorg. Waar in de scripties en studies een koppeling wordt gemaakt met verpleegsensitieve uitkomsten, hebben we lokale ziekenhuisdata gebruikt uit de verpleegkundige dossiers.

10) Meer weten, lees [Validation of the Dutch version of the Nurses Clinical Reasoning Scale to evaluate nurses' perception of clinical reasoning competence.](#)

11) Meer weten, lees [Clinical leadership behaviours of nurses: Psychometric properties and survey findings.](#)



De ervaren problemen en uitdagingen met betrekking tot het sturen met kwaliteitsinformatie worden gebundeld in een discussiepaper. In de paper doen we suggesties voor het ontwikkelen van een uniforme set verpleegsensitieve indicatoren en het optimaal gebruiken van dergelijke kwaliteitsdata. Tevens beschrijven we alternatieve methoden om te sturen op kwaliteit bij gebrek aan kwaliteitsdata. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk verbeterdoelen te formuleren en lokaal, bijvoorbeeld op een afdeling, een monitoring- en evaluatieplan op te stellen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van zelfgekozen methoden en instrumenten om de kwaliteit te verbeteren. Een voorbeeld hiervan wordt beschreven in hoofdstuk 6.¹²

EFFECT GEDIFFERENTIEERD WERKEN OP PROFESSIONAL-, PATIËNTEN- EN ORGANISATIE-UITKOMSTEN

UITKOMSTEN VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

Competenties op het gebied van EBP, klinisch redeneren en leiderschap spelen een belangrijke rol in gedifferentieerd werken. Niet alleen worden verpleegkundigen vanuit de mbo- en hbo- basisopleidingen hierin verschillend opgeleid, ook wordt in de functies van verpleegkundige en regie-verpleegkundige een ander beroep gedaan op deze competenties (Van Kraaij et al., 2021). Maar is dat wel terecht, en welke rol speelt ervaring in het inzetten van deze competenties? Uit het afstudeeronderzoek van Juliette van Halst blijkt dat hbo-opgeleide verpleegkundigen vaker werken volgens de principes van EBP dan mbo-opgeleide collega's. Andersom tonen mbo-opgeleide collega's meer klinisch leiderschap (waarmee de invloed wordt bedoeld die verpleegkundigen uitoefenen in het uitvoeren van directe zorg). Er is geen effect van opleidingsniveau op het klinisch redeneren. Hoe ervarener verpleegkundigen zijn, hoe meer zij klinisch redeneren. Daarentegen werken ervarener verpleegkundigen juist minder volgens EBP-principes en tonen zij minder leiderschap dan hun minder ervaren collega's. Er is geen effect gevonden voor opleidingsniveau op het verpleegkundige oordeel over de kwaliteit van zorg. Wanneer verpleegkundigen meer werken volgens de principes van EBP en meer leiderschap tonen, beoordelen zij de kwaliteit van zorg hoger. Deze resultaten geven reden om aan te nemen dat zowel opleiding als ervaring een bijdrage hebben in het toepassen van klinisch redeneren, EBP en leiderschap. Hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn opgeleid met de stappen van EBP en passen deze methoden daardoor meer toe. Echter, vanuit de ervaring in het primaire proces, en de kennis en vaardigheden die daarmee gepaard gaan, krijgen methoden als klinisch redeneren en EBP betekenis en leiden die tot meer leiderschap en uiteindelijk tot een hogere beoordeling van de kwaliteit van verpleegkundige zorg. De data die zijn gebruikt voor deze studie zijn verzameld vóór de introductie van gedifferentieerd werken. Mogelijk verklaart dit de belangrijke rol van ervaring in tegenstelling tot het opleidingsniveau van verpleegkundigen.¹³

12) Meer weten, lees [Navigating the quest for nurse-sensitive quality indicators: A discussion paper](#).

13) Meer weten, lees [Influence of critical competencies, education and experience on nurses' perceived quality of care: A structural equation modelling approach](#).



Eerder onderzoek heeft aangetoond dat gemiste zorg een belangrijke indicator is voor de kwaliteit van zorg en de werktevredenheid van verpleegkundigen (Ball, 2020). Het is daarom aannemelijk dat gemiste zorg een indicator is voor het succes van gedifferentieerd werken. Wij hebben daarom in deze studie in kaart gebracht wat de relatie is tussen gemiste zorg, de huidige rol/functieverdeling onder verpleegkundigen en de kwaliteit van verpleegkundige zorg. Dit betrof de periode voorafgaand aan de introductie van gedifferentieerd werken. Data die zijn verzameld in 2018 en 2019, van 3.573 verpleegkundigen uit twaalf ziekenhuizen, tonen aan dat de meeste gemiste zorg betrekking heeft op troosten en praten met patiënten (40,3%) en het bijwerken van zorgplannen (35,7%). Jongere, minder ervaren, niet-gespecialiseerde en fulltime werkende verpleegkundigen rapporteren hogere niveaus van gemiste zorg. Mbo-opgeleide verpleegkundigen ervaren meer gemiste zorg dan hun hbo-opgeleide collega's. Hoe meer gemiste zorg verpleegkundigen rapporteren, hoe lager zij de kwaliteit van zorg beoordelen. Deze resultaten suggereren dat gemiste zorg een relevante maatstaf kan zijn voor het evalueren van gedifferentieerde verpleegkundige praktijken. Meer onderzoek is echter nodig om de relatie met patiëntuitkomsten beter te begrijpen. Het verschil in gemiste zorg tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen vóór de introductie van gedifferentieerd werken benadrukt het belang van verdere verkenning van dit verband met longitudinaal onderzoek, om deze verschillen over langere tijd te monitoren. Daarmee maken we het effect van gedifferentieerd werken inzichtelijk voor gemiste zorg als belangrijke indicator voor kwaliteit.¹⁴

UITKOMSTEN VOOR PATIËNTEN

Met behulp van screeningsinstrumenten om gezondheidsrisico's te inventariseren, verzamelen verpleegkundigen dagelijks veel informatie over procesindicatoren. Voorbeelden hiervan zijn valrisico, risico op delier en op decubitus. Deze data worden op ziekenhuisniveau geëxtraheerd door DHD en vervolgens (verplicht) aangeleverd voor onder andere de Basisset Medisch Specialistische Zorg van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De vraag is of en hoe verpleegkundigen dergelijke data in de dagelijkse praktijk kunnen gebruiken ten behoeve van kwaliteitsverbetering. In haar masterscriptie onderzocht Laura Velmans het vóórkomen van decubitus, vallen en delier (uitkomstindicatoren) alsmede hoe vaak er op deze verpleegsensitieve uitkomsten gescreend wordt (procesindicator) in één ziekenhuis. Uit de analyse van 1.797 patiëntendossiers blijkt dat er over het algemeen goed wordt gescreend (82,1%). Maar de data liet ook zien dat een goede risico-inventarisatie niet automatisch leidt tot betere uitkomsten voor patiënten. Bijvoorbeeld, het screeningspercentage voor decubitus was hoog, maar het percentage patiënten met decubitus was ook relatief hoog. Met andere woorden: het monitoren van risico's alleen lijkt niet voldoende om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te evalueren. Op basis van deze resultaten concluderen we dat het leren en verbeteren van kwaliteitsdata zich zou moeten richten op het meer gebruik maken van uitkomsten-data in aanvulling op de screeningsdata. Hiermee ontstaat een vollediger beeld van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.¹⁵

14) Meer weten, lees [Care Left Undone as a measure to evaluate differentiated nursing practices and its relation with quality outcomes: a Dutch case study](#).

15) Meer weten, lees [Nurse-reported documentation on delirium, falls and pressure ulcers as nurse-sensitive measures of quality of care in hospitals](#).



Al jaren verschijnt er bewijs uit voornamelijk Amerikaanse, Australische en Britse studies dat de verpleegkundige-patiëntratio en het opleidingsniveau van verpleegkundigen bepalend zijn voor de kwaliteit van verpleegkundige zorg (Dall’Ora et al., 2022; Butler et al., 2011). Minder dan 60% hbo-opgeleide verpleegkundigen en een verpleegkundige-patiëntratio die groter is dan 1:6 leidt voor patiënten tot een verhoogd risico op complicaties en mortaliteit. Omdat in Nederland de opleidingen voor verpleegkundigen verschillen met Amerika, Australië en Engeland waren wij benieuwd of het opleidingsniveau en de verpleegkundige-patiëntratio ook in Nederland bepalend zijn voor de kwaliteit van verpleegkundige zorg. In haar afstudeeronderzoek naar de relatie tussen de grootte van het verpleegkundig team en de functiemix en de kwaliteit van verpleegkundige zorg, ontdekte Melissa van de Wetering dat de aanwezigheid van meer hbo-opgeleide verpleegkundigen in het team een positief effect heeft op het verpleegkundig oordeel over de kwaliteit van zorg. Daarnaast blijkt dat elke patiënt die een verpleegkundige meer verpleegt, leidt tot een lagere beoordeling van de kwaliteit van zorg door verpleegkundigen. Hoewel vóór de introductie van gedifferentieerd werken het opleidingsniveau van verpleegkundigen nog geen effect had op de kwaliteit van verpleegkundige zorg (zie scriptie Juliette van Halst), is dat na de introductie daarvan wel het geval. Het is daarom aannemelijk dat het expliciteren van hbo-competenties, het bieden van passende rollen en functies, en de verbeterde positionering van verpleegkundigen het positieve effect op het verpleegkundig oordeel over de kwaliteit van zorg veroorzaken. Managers en bestuurders moeten dus ook in Nederland rekening houden met het opleidings- en competentieniveau van verpleegkundigen en met de verpleegkundige-patiëntratio bij het samenstellen van verpleegkundige teams ten behoeve van de beste verpleegkundige zorg voor hun patiënten. Wel willen we nog weten wat precies de verdeling van de functiemix of de optimale verpleegkundige-patiëntratio is.¹⁶

UITKOMSTEN VOOR DE ORGANISATIE

Gelijkwaardige interdisciplinaire samenwerking is een randvoorwaarde voor goede patiëntuitkomsten en baantevredenheid van verpleegkundigen (Karantikola et al., 2014). Eerder onderzoek laat zien dat klinisch verpleegkundig leiders op een intensive care meer samenwerken met andere disciplines. Vanuit vakkennis en specialisatie zijn deze verpleegkundigen leiders in hun vak en werken zij interprofessioneel samen voor goede patiëntuitkomsten. Of deze relatie er ook is voor verpleegkundigen op gewone verpleegafdelingen is onduidelijk. Daarom heeft Laura Effendi onderzocht of klinisch leiderschap, gemeten met de Clinical Leadership Scale (CLS), een relatie heeft met de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, gemeten met de Practice Environment Scale (PES-NWI). Het blijkt dat alle aspecten van klinisch leiderschap van verpleegkundigen een positieve relatie hebben met de samenwerking met artsen. De sterkste relatie werd gevonden voor ‘het anderen in staat stellen tot handelen’. De gevonden effecten zijn klein. Dit kan te maken hebben met sterke hiërarchische structuren, maar ook met de personele bezetting, de invloed op beleid, opleidingsmogelijkheden en andere werkomgevingsfactoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. In de analyse zagen we verschil tussen ziekenhuizen, wat de invloed van werkomgeving op deze relatie aannemelijk maakt.

16) Meer weten, lees [Nursing skill mix in Dutch hospitals: a longitudinal study on the association with nurse-perceived quality of care](#).



Voor veilige zorg is het belangrijk in te zetten op de ontwikkeling van klinisch leiderschap van verpleegkundigen. Niet alleen om de samenwerking met artsen te verbeteren, maar ook om de rest van de werkomgeving te beïnvloeden. Immers, niet-effectieve samenwerking hangt vaak samen met andere negatieve elementen in een werkomgeving en leidt tot een gebrek aan ervaren autonomie, burn-out, ontevredenheid van verpleegkundigen met hun baan en het verlaten van de organisatie.¹⁷

LEREN EN VERBETEREN MET DE MONITOR IN DE PRAKTIJK

Hoewel het verpleegkundig proces van diagnose stellen, interventie inzetten en evalueren de basis is van het verpleegkundig beroep, is continu leren en verbeteren aan de hand van data niet iets wat verpleegkundigen standaard doen. Verpleegkundigen verzamelen veel data, maar gebruiken deze nog niet altijd in hun dagelijkse werk om ervan te leren en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit heeft verschillende oorzaken. Verpleegkundigen hebben vaak geen toegang tot de data die zij verzamelen, omdat derden het sturen op data niet zien als een onderdeel van het verpleegkundig werk. Verpleegkundigen zelf zien het sturen op kwaliteit aan de hand van data ook nog niet altijd als een onderdeel van hun werk. Kwaliteit van zorg wordt door veel verpleegkundigen geduid als focus op directe patiëntenzorg, het primaire proces. Bovendien zijn veel van de data die verpleegkundigen verzamelen niet verpleegsensitief, omdat deze data voor andere doeleinden worden verzameld dan het sturen op verpleegkundige kwaliteit. Verpleegkundigen ervaren (het verzamelen van) data eerder als een last dan als een lust. Afdelingen waarop verpleegkundigen wel sturen op kwaliteit aan de hand van data, hebben veelal de beschikking over een verpleegkundig onderzoeker die het klinische en academische werk verbindt. Voor datagedreven verpleegkunde lijkt niet alleen de ontwikkeling van een verpleegsensitieve dataset een noodzakelijke stap, maar ook een functiemix met een verpleegkundig onderzoeker die inzichten uit data vertaald naar de klinische praktijk (Kuijzer, 2022).¹⁸

TOT SLOT

De begeleiding en output van masterstudenten heeft bijgedragen aan het bouwen van een academische infrastructuur. Tegelijkertijd is een aantal grote vraagstukken rond het gebruik van data voor inzicht in de kwaliteit van verpleegkundige zorg aangescherpt, waardoor we dichter bij oplossingen voor deze vraagstukken zijn gekomen. Bovendien wordt een aantal van de theses omgezet naar te publiceren papers (onder andere die van Melissa van de Wetering en Laura Velmans) en hebben de theses bijgedragen aan het verwerven van persoonlijke ZonMw-studiebeurzen en daarmee aan promotieonderzoeken van verpleegkundig onderzoekers (Linda Smulders en Suzan Henderikx).

17) Meer weten, lees [Frontline nurses' clinical leadership as a vehicle for nurse-physician collaboration; a cross-sectional study.](#)

18) Meer weten, lees [Performance measurement for nurses: a bridge too far.](#)



6. De verpleegkundige werkomgeving als systeem

Julia van Kraaij, Hester Vermeulen en Catharina van Oostveen

INLEIDING IN DE VERPLEEGKUNDIGE WERKOMGEVING

Uit het krachtenspel in gedifferentieerd werken blijkt dat je het verpleegkundige beroep niet geïsoleerd kunt veranderen (zie hoofdstuk 4). Ook zien we dat bijvoorbeeld de mogelijkheid om in de praktijk continu te leren en te verbeteren met kwaliteitsgegevens uit de Monitor Verpleegkundige Kwaliteit - als onderdeel van gedifferentieerd werken - wordt bepaald door hoe de werkomgeving is ingericht (zie hoofdstuk 5). Het is daarom belangrijk aandacht te hebben voor de omgeving waarin wordt gedifferentieerd. In dit hoofdstuk staat het samenspel tussen de werkomgeving en gedifferentieerd werken centraal.

De verpleegkundige werkomgeving is van cruciaal belang voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg, gezien de grote invloed ervan op personeelsbehoud (Nantsupawat et al., 2016; Wan et al., 2018), patiëntuitkomsten en algehele prestaties van een zorgorganisatie (Aiken et al., 2012). Als we vanuit deze relatie doorredeneren, hangt de kwaliteit van zorg en het welzijn van zowel patiënten als verpleegkundigen af van inzicht in en begrip van de dynamiek die de verpleegkundige werkomgeving kenmerkt.

Verpleegkundige werkomgevingen zijn complex en worden gekenmerkt door onderlinge afhankelijkheden en interacties tussen mensen, processen en technologie binnen het bredere ecosysteem van de gezondheidszorg (Registered Nurses' Association of Ontario, 2013). Verpleegkundigen hebben interactie met patiënten, werken samen met andere zorgprofessionals, gebruiken apparatuur en navigeren door administratieve processen op alle niveaus binnen een organisatie. In hoeverre dit samenhangt en effectief is, wordt bepaald door macro-invloeden van buitenaf zoals een visie op zorg, wetgeving, beroeps- en opleidingsprofielen, afspraken ingegeven door bestuur, management en cultuur op het niveau van de organisatie en de karakteristieken van verpleegkundigen zelf. Met andere woorden: hoe de werkomgeving is ingericht, bepaalt wat het verpleegkundig werk is en hoe het (gedifferentieerd) wordt uitgevoerd. Zo geeft bijvoorbeeld de introductie van Passende Zorg handvatten voor hoe ook de verpleegkundige zorg vormgegeven moet worden, en is in de Amerikaanse staat Californië bij wet bepaald hoeveel patiënten een verpleegkundige mag verplegen (Ratios: Learning from the California experience (2013); Bill text, B-394 Health facilities: nursing staff (1999-2000)). De keuze voor een organisatie-model waarbij verpleegkundige zeggenschap op bestuursniveau is geborgd, wordt door bestuurders met steun uit de organisatie gemaakt (Verhoeven, 2024). Daarentegen zijn de deskundigheid en het leiderschap van verpleegkundigen bepalend voor het vormgeven van nieuwe rollen, functies en posities (Van Schothorst-van Roekel et al., 2021) en kan vanuit het niveau van de professional ook een verandering in de werkomgeving worden ingezet.

DOEL EN VRAAGSTELLING

Het herkennen van de verschillende onderdelen van de verpleegkundige werkomgeving en hoe deze onderling verbonden zijn, kan het begrip van de effectiviteit op het werk van verpleegkundigen vergroten en biedt handvatten voor verbetering voor professionals zelf, leidinggevendenden, stafadviseurs, bestuurders, branche- en beroepsorganisaties en de politiek. In de onderzoekslijn naar de verpleegkundige werkomgeving zijn we daarom aan de slag gegaan met de hoofdvraag:

Wat is de invloed van gedifferentieerd werken op de werkomgeving?

Om ook de invloed van de werkomgeving op gedifferentieerd werken te onderzoeken, hebben we de vraag ook omgedraaid:

Wat is de invloed van de werkomgeving op gedifferentieerd werken?

ONDERZOEKSAANPAK

In het beantwoorden van de beide onderzoeksvragen hebben we gebruik gemaakt van verschillende methoden. Er is literatuuronderzoek gedaan naar de verschillende titels en opleidingsniveaus van verpleegkundigen in Westerse landen (Van Kraaij et al., 2023). Vervolgens is kwalitatief onderzoek gedaan naar het succes van projecten voor het vormgeven van gedifferentieerd werken in de diverse ziekenhuisorganisaties (Van Kraaij et al., 2021) en naar de ervaringen van verpleegkundigen met de huidige werkomgeving. Hiervoor zijn interviews afgenomen met bestuurders van ziekenhuizen, projectleiders, HR-managers, leerhuismanagers, opleidingsadviseurs, verpleegkundig managers, verpleegkundig afdelingshoofden, teamleiders en verpleegkundigen. In een kwantitatieve studie is onderzoek gedaan naar de relatie tussen gedifferentieerd werken, werkomgeving en de intentie van verpleegkundigen om hun organisatie te verlaten. De kwantitatieve data die zijn gebruikt voor deze studie zijn verzameld met de Monitor Verpleegkundige Kwaliteit (zie hoofdstuk 5). Als laatste is met een actieonderzoek nagegaan hoe verpleegkundigen hun eigen werkomgeving positief kunnen beïnvloeden. Kort-cyclisch is samen met verpleegkundigen de werkomgeving onderzocht, geëxperimenteerd met interventies om de werkomgeving te veranderen en geleerd hoe verpleegkundigen dit kunnen doen als onderdeel van hun dagelijkse werk.

RESULTATEN

De bevindingen beschrijven we per studie, ingedeeld volgens vier thema's: Beeld van verpleegkundige kwalificaties is diffuus, Gedifferentieerd werken als katalysator voor transformatie van de verpleegkundige werkomgeving, Complex verpleegkundig werk in een complexe omgeving en Omgaan met onzekerheid voor een betere werkomgeving. Een samenvatting van de belangrijkste geleerde lessen presenteren we in box 1.

BOX 1

GELEERDE LESSEN OVER DE VERPLEEGKUNDIGE WERKOMGEVING

Thema 1: Schep helderheid in de diversiteit aan verpleegkundige titels en opleidingen. Dit zorgt ervoor dat verpleegkundigen effectiever zorg kunnen verlenen en positie in kunnen nemen op vraagstukken waar hun expertise van toegevoegde waarde is.

Thema 2: Het vormgeven van gedifferentieerd werken in de praktijk is een complexe transformatie. Wanneer organisaties het benaderen als lineaire implementatie, blijft succes uit.

Thema 2: Verander de werkomgeving als een systeem. Voor een succesvolle transformatie van de zorg is het belangrijk dat de hele verpleegkundige werkomgeving (het systeem) meebeweegt met veranderingen in het beroep en de positie van verpleegkundigen in het zorgsysteem. Dit lukt wanneer bestuurders en managers in de zorg een langetermijnvisie hebben op de organisatie van zorg en verpleegkundigen hierbij actief worden betrokken.

Thema 3: Verpleegkundigen anticiperen op verwachte en onverwachte gebeurtenissen en passen zich continu aan, om de beste zorg voor patiënten te kunnen leveren. Een organisatie met een platte structuur en een hoog niveau van participatie van professionals bij het maken van zorgbeleid faciliteert verpleegkundigen het best in hun complexe werk.

Thema 3: Hoe meer verpleegkundigen positie innemen en inspraak hebben, hoe kritischer zij zijn op hun werkomgeving. Dit maakt het extra belangrijk hen een leidende rol te geven in het vormgeven van de werkomgeving.

Thema 4: ‘Eigenaarschap’ op het vlak van het beïnvloeden en veranderen van de werkomgeving ontstaat bij verpleegkundigen als zij beschikken over verander-competenties, als zij effectieve samenwerking met collega’s organiseren en als zij krachtige ondersteuning van hun managers krijgen. Relationale ondersteuning, een onvoorwaardelijk vertrouwen en geloof in het vermogen van verpleegkundigen om te handelen zijn daarbij van groot belang.

THEMA 1

BEELD VAN VERPLEEGKUNDIGE KWALIFICATIES IS DIFFUUS

Wereldwijd is er veel diversiteit in verpleegkundige titels en zijn de opleidingen die leiden tot die titels niet gelijk. Alleen al in Westerse landen zijn er 86 verschillende basisopleidingen op mbo- en hbo- niveau en 82 verschillende master- of (post)doctorale opleidingen voor verpleegkundigen beschikbaar. In totaal leiden deze opleidingen op tot 60 verschillende titels (zie figuur 1a en b).



Figuur 1a en b. Diversiteit in verpleegkundige titulatuur

De verscheidenheid in opleidingen en titels veroorzaakt een diffuus beeld van wie een verpleegkundige is en wat men van een verpleegkundige kan verwachten. Enerzijds is dit een risico voor de patiëntveiligheid, door mogelijke overschatting van competenties, zeker gezien de internationale mobiliteit van verpleegkundigen. Anderzijds zorgt het ervoor dat de competenties van verpleegkundigen onderschat worden en dat zij bijvoorbeeld minder betrokken zijn bij het vormgeven van zorgbeleid. Inzicht in de diversiteit in verpleegkundige opleidingen en titulatuur biedt ook kansen. Zo blijkt Amerika veruit de meeste verpleegkundige masteropleidingen aan te bieden, en werd bijvoorbeeld een opleiding tot verpleegkundig ingenieur in geen enkel land aangeboden. De beschikbaarheid en omissies in verpleegkundige opleidingen en titels zijn aanleiding om zowel lokaal als wereldwijd nieuwe rollen, functies en posities voor verpleegkundigen te realiseren en daarmee gedifferentieerd werken te stimuleren. Dit heeft mogelijk een positief effect op zowel het welzijn van patiënten als het werkplezier van verpleegkundigen (Van Kraaij et al., 2023).

THEMA 2

GEDIFFERENTIEERD WERKEN ALS KATALYSATOR VOOR TRANSFORMATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE WERKOMGEVING

“Het kan allemaal wel bedacht worden door de top, maar het moet uiteindelijk uitgevoerd worden door ons. Ik ga de directeur ook niet vertellen hoe hij zijn werk moet doen, dat weet ik gewoon niet. Ik vind ook niet dat hij zonder onze invloed ons kan vertellen hoe wij ons werk moeten doen.”

Verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis, 2021

Bij de introductie van gedifferentieerd werken in de verpleegkundige zorgpraktijk gingen veel ziekenhuisorganisaties voortvarend aan de slag. Projectleiders uit het HR-domein en leerhuizen van opleidingsziekenhuizen bedachten welke nieuwe functies en rollen ontwikkeld moesten worden, ontwikkelden scholingsprogramma's en startten een lineair implementatietraject. Iedereen volgde hierin een eigen koers. In veel gevallen was dit niet succesvol; de verandering was vooral extrinsiek gedreven (wet BIG II), de plannen waren onvoldoende doordacht en stuitten op veel weerstand bij verpleegkundigen zelf. Bovendien richtte de verandering zich alleen op het verpleegkundig domein, terwijl deze aanpassing in taken en verantwoordelijkheden gevolgen had voor de hele organisatie. Nadat verankering van gedifferentieerd werken in de wet gestrand was en er ruimte kwam om te reflecteren op opgedane ervaringen in de implementatietrajecten, kwam - na een periode van wachten en kijken naar elkaar - het besef in de ziekenhuisorganisaties dat het vormgeven van gedifferentieerd werken een complexe transformatie is. Het besef van schaarste en de focus op positieve gezondheid hebben hierbij geholpen. Verpleegkundigen werken vanuit het perspectief 'positieve gezondheid' samen met de patiënt aan eigen regie en functioneren. Daarnaast weten zij hoe de zorg dicht bij de patiënt het best georganiseerd kan worden. Het gaat hier om belangrijke kennis en vaardigheden om de zorg toegankelijk te houden. Gedifferentieerd werken is een katalysator voor het ontwikkelen van het verpleegkundig beroep en het verbeteren van kwaliteit van zorg en welzijn van patiënten en verpleegkundigen. Naast het ontwikkelen van nieuwe rollen en functies en het continu blijven ontwikkelen van verpleegkundige kennis en vaardigheden om goede zorg te kunnen blijven leveren, moet de hele verpleegkundige werkomgeving (het systeem) meebewegen met veranderingen in het beroep en de positie van verpleegkundigen in het zorgsysteem. Dit lukt wanneer bestuurders in de zorg een langetermijnvisie hebben op de manier waarop de zorg georganiseerd moet worden en ook verpleegkundigen hierbij betrokken zijn (van Kraaij et al., 2021).

THEMA 3

COMPLEX VERPLEEGKUNDIG WERK IN EEN COMPLEXE OMGEVING

“Als je mensen te flexibel in wil gaan zetten, komt er een hoger ziekteverzuim. Dan raak je echt poppetjes kwijt. Mensen willen dat echt niet allemaal. Dat wordt een beetje gedacht, zo'n idee kreeg ik, van ja: je bent algemeen verpleegkundige, breed inzetbaar, dan moet je dat doen.”

Verpleegkundige in een opleidingsziekenhuis, 2021

Verpleegkundigen hebben complex werk, dat zij uitvoeren in complexe omgevingen waar zij veel afhankelijkheden en interacties met collega's, patiënten, processen en apparatuur ervaren. Daarin anticiperen verpleegkundigen op verwachte en onverwachte gebeurtenissen en passen zij zich continu aan, om de beste zorg voor hun patiënten te leveren. Des te belangrijker is het dat de werkomgeving als systeem meebeweegt met het werk van verpleegkundigen en ervoor zorgt dat verpleegkundigen worden ondersteund in het uitvoeren van hun complexe werk. Zo is er behoefte aan voldoende en goed opgeleid personeel, een visie op hoe goede verpleegkundige zorg eruitziet, goede

samenwerkingsrelaties met artsen, steun van de manager, groei- en ontwikkelmogelijkheden en invloed op beleid en autonomie in het werk (Allen, 2014). Echter, zoals ook is benadrukt in hoofdstuk 4: in de huidige werkomgeving ervaren zij weinig flexibiliteit en autonomie bij het vormgeven van hun complexe werk. Dit geldt specifiek voor rollen en functies in relatie tot kwaliteit en organisatie-werk, zoals bijvoorbeeld de functie van regieverpleegkundige, van senior verpleegkundige of een combifunctie waarin klinisch werk wordt gecombineerd met verpleegkundig onderzoek. Managers, afdelingshoofden en teamleiders blijken vooral gefocust op productie en leggen daarmee de nadruk op verplegen als uitvoerend werk. Daarentegen wordt er veel flexibiliteit gevraagd van verpleegkundigen bij het oplossen van roosterproblematiek en andere operationele problemen, waardoor zij niet toekomen aan kwaliteit en organisatie-werk. Hierdoor ontstaat het risico dat gedifferentieerde rollen en functies nivelleren en verpleegkundigen teleurgesteld de organisatie of de zorg verlaten. Een organisatie met een platte structuur en een hoog niveau van participatie van professionals bij het maken van zorgbeleid faciliteert verpleegkundigen het best in hun complexe werk (Campbell et al., 2024).¹⁹

Uit de Monitor Verpleegkundige Kwaliteit blijkt dat de werkomgeving tussen 2019 en 2023 volgens verpleegkundigen in zijn totaliteit niet of nauwelijks veranderd is. Verpleegkundigen gaven een lichte verbetering aan op 'adequate personele inzet', 'samenwerking met artsen' en 'invloed op beleid'. Dit is passend bij doelstellingen die zorgorganisaties hadden bij het vormgeven van gedifferentieerd verpleegkundig werk (Van Kraaij et al., 2021). De onderdelen 'support van managers' en 'verpleegkundig kwaliteitsbeleid' zijn echter achtergebleven. Bovendien hebben de verbeteringen in onderdelen van de werkomgeving niets veranderd aan de intentie om te vertrekken uit de organisatie. Zowel vóór de introductie van gedifferentieerd werken als daarna overweegt 23% van de verpleegkundigen de organisatie te verlaten. Wellicht speelt hier opnieuw het gebrek aan een systematische aanpassing van de werkomgeving een rol op alle onderdelen. Een andere verklaring is dat wanneer verpleegkundigen beter positie innemen en inspraak hebben op beleid, zij een meer integrale blik op de werkomgeving ontwikkelen en kritischer zijn op die werkomgeving. Dit helpt wellicht bij het aannemen van een actieve rol het positief beïnvloeden van hun eigen werkomgeving.²⁰

19) Meer lezen over hoe verpleegkundigen hun werkomgeving ervaren, zie: Julia van Kraaij, Frits van Merode, Emma Lenssen, Hester Vermeulen en Catharina van Oostveen. *Flexibility is demanded of nurses to compensate for organisations' inflexibility: a qualitative study on nursing work in complex organisations*. Publicatie ingediend.

20) Meer lezen over de relatie tussen gedifferentieerd werken, de werkomgeving en intentie om de organisatie te verlaten, zie: Julia van Kraaij, Neeltje de Vries, Hanna Wessel, Hester Vermeulen en Catharina van Oostveen. *Enhancing Work Environments and Reducing Turnover Intentions: The Impact of Differentiated Nursing Practice Strategies in Dutch Hospitals*. Publicatie ingediend.



THEMA 4

OMGAAN MET ONZEKERHEID VOOR EEN BETERE WERKOMGEVING

“In het begin wist ik niet echt wat ik moest doen, maar naarmate ik verder in het proces kwam, wist ik gewoon wat er van me verwacht werd en deed ik dat. Ik vond het heel leuk om te zien dat ik er steeds beter in werd.”

Senior verpleegkundige in een universitair ziekenhuis, 2023

Het verbeteren van de eigen werkomgeving is voor verpleegkundigen een uitdaging. Verpleegkundigen voelen zich in eerste instantie zonder hun collega's niet competent genoeg om kwaliteits- en organisatiewerk op te pakken, of ze vinden het moeilijk collega's met wie ze geen goede band hebben hiervoor te motiveren. Hoewel ze vaak goede ideeën hebben om hun werkomgeving te verbeteren, laten ze die ideeën voor wat ze zijn, uit de overtuiging dat ze te weinig invloed hebben of de juiste route niet kennen voor succesvolle verbetering. Het gebrek aan een cyclus waarin continu wordt geleerd en verbeterd, met behulp van reflectie en onzekerheid over het eigen kunnen, maakt dat er slechts beperkt vragen worden gesteld over de manier waarop de kwaliteit en het organisatiewerk aangepakt kunnen worden. Hierdoor worden veel knelpunten in de werkomgeving ad hoc opgelost en blijven structurele en systemische oplossingen uit. Wanneer verpleegkundigen echter vertrouwen hadden in hun eigen kunnen, pakten zij wel degelijk de verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de werkomgeving. Hierin blijkt de rol van hun collega's, hun managers en de onderzoekers cruciaal. De acceptatie van hun rol als veranderaar en samenwerking in het team, maar ook de relationele ondersteuning, een onvoorwaardelijk vertrouwen en geloof van de managers in het vermogen van verpleegkundigen om te handelen, helpen hen bij het omgaan met de onzekerheid in het uitvoeren van taken en verantwoordelijkheden waar ze minder bekend mee zijn. De praktische ondersteuning van de onderzoekers, bijvoorbeeld met literatuur over effectieve interventies om de werkomgeving te beïnvloeden, speelde daarbij ook een rol. Een werkomgeving waarin taken en verantwoordelijkheden helder zijn gedefinieerd, en waarin ondersteunende processen en structuren maar ook goede relaties met collega's, managers en stafafdelingen aanwezig zijn, is faciliterend voor complex verpleegkundig werk.²¹

TOT SLOT

De verpleegkundige werkomgeving is een complexe en dynamische omgeving die een cruciale rol speelt in de kwaliteit van zorg en het welzijn van zowel patiënten als verpleegkundigen. Gedifferentieerd werken blijkt een krachtige katalysator voor de transformatie van deze omgeving, mits de werkomgeving in zijn geheel wordt beschouwd. Het succes van dergelijke transformaties

21) Meer lezen over hoe verpleegkundigen leidinggeven aan verandertrajecten, zie: Julia van Kraaij, Neeltje de Vries, Hanna Wessel, Hester Vermeulen en Catharina van Oostveen. *Enhancing Work Environments and Reducing Turnover Intentions: The Impact of Differentiated Nursing Practice Strategies in Dutch Hospitals*. Publicatie ingediend.



hangt sterk af van de betrokkenheid van verpleegkundigen bij beleidsvorming, de ondersteuning door het management en de aanwezigheid van een cultuur van continue verbetering en samenwerking.

Hoewel de werkomgeving in zijn geheel nog weinig verandering laat zien, zijn er wel positieve stappen gezet op specifieke onderdelen als personele inzet, samenwerking met artsen en invloed op beleid. De intentie van verpleegkundigen om hun organisatie te verlaten, blijft echter zorgwekkend hoog en dat duidt op de noodzaak voor een integrale aanpak. Door verpleegkundigen in staat te stellen om actief deel te nemen aan het verbeteren van hun eigen werkomgeving, kan een duurzame verbetering worden gerealiseerd. Het managen van onzekerheid en het bevorderen van competenties in kwaliteits- en organisatie werk zijn hierbij essentieel. Een toekomstbestendige verpleegkundige werkomgeving vraagt om een goede visie en samenwerking op alle niveaus binnen de zorgorganisatie, gericht op het benutten van het volledige potentieel van verpleegkundigen als sleutelspelers in het zorgsysteem. Wat gedifferentieerd werken betekent voor die sleutelpositie belichten we in hoofdstuk 7, waarin we beschrijven hoe het werk van verpleegkundigen is veranderd en hoe zij hiermee omgaan.

7. Vormgeven aan het verpleegkundig werk als individu en als team: over kwaliteit en kwaliteiten

Dewi Stalpers en Lisette Schoonhoven

INLEIDING

Waar in de voorgaande hoofdstukken vooral aandacht is besteed aan gedifferentieerd werken in het licht van organisatorische veranderingen en de gevolgen hiervan, wordt in dit hoofdstuk verder ingegaan op wat dit betekent voor teams en individuele verpleegkundigen. Resultaten die we beschrijven gaan over het proces van het herschikken van taken en verantwoordelijkheden om verschillende rollen beter af te stemmen op de veranderende omgeving binnen en buiten de organisatie (job (re)design). Daarbij hebben we ons gericht op twee belangrijke factoren die gerelateerd zijn aan gedifferentieerd werken, namelijk de rolontwikkeling van verpleegkundigen en de implicaties voor de kwaliteit van zorg. Het begrip ‘job craften towards strengths’, ofwel vormgeven aan je werk op basis van je eigen kwaliteiten (Buljac & Van Woerkom, 2018; Wrzesniewski et al., 2010), heeft als een rode draad door de verschillende studies heen gelopen. Om inzichten te genereren in de kwaliteit van zorg en de medewerkerstevredenheid is het model van Donabedian (1988, zie ook hoofdstuk 5) leidend geweest.

De centrale onderzoeksvraag luidt: Welke ontwikkelingen vonden in de ziekenhuizen plaats in het verpleegkundig proces naar aanleiding van de introductie van gedifferentieerd werken, en wat had dit voor gevolgen voor de kwaliteit van zorg voor patiënten en voor verpleegkundigen zelf?

Aangrenzende deelvragen waren: Hoe veranderde de functie van verpleegkundigen? Hoe keken verpleegkundigen hiertegen aan en wat waren hun verwachtingen en ervaringen (veranderend job design)? En met betrekking tot job crafting: Hoe gingen verpleegkundigen om met dergelijke veranderingen? Welke aanpassingen deden zij in hun dagelijkse werk en veranderde dit iets in de betekenis van het verpleegkundig werk?

KORTE BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK

Binnen het onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. De basis vormde actie-onderzoek, waarin we betrokken zijn geweest bij de verandertrajecten in drie ziekenhuizen. Naast de onderzoeksrapportages die we hebben opgeleverd voor de ziekenhuizen, hebben we op verschillende momenten in de tijd (longitudinaal) gegevens verzameld voor het onderzoek. Voor het kwantitatieve onderzoek hebben we een zelf samengestelde vragenlijst gebruikt, genaamd Strengths & Capabilities Vragenlijst. Deze bestaat uit een aantal reeds gevalideerde vragenlijsten over team support (Buljac & Van Woerkom, 2018), veranderbereidheid (Griffin et al., 2007; Bouckennooghe et al., 2009; Wanberg & Banas, 2000), job craften (Tims et al., 2012) en bevlogenheid (Schaufeli et al., 2006) en vragen over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. De vragenlijst is afgenomen voorafgaand

aan en minimaal zes maanden na het werken in nieuwe rollen. In totaal vulden ruim 400 (regie) verpleegkundigen de vragenlijst in. Ook hebben we in vijf ziekenhuizen en een medisch servicecentrum kwalitatieve gegevens verzameld door focusgroepinterviews te houden. Ruim 70 (regie) verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten namen hieraan deel. Daarnaast hebben we tijdens de coronaperiode 46 telefonische interviews met verpleegkundigen, leidinggevenden en ondersteunende zorgprofessionals gehouden en hen gevraagd naar hun ervaringen tijdens de eerste Covid-19-golf. Als laatste is een aantal bevindingen gebaseerd op gegevens uit de Monitor Verpleegkundige Kwaliteit (zie hoofdstuk 5). De resultaten van de verschillende studies presenteren we aan de hand van een viertal thema's.

THEMA 1

HET TEAM ALS DE BASIS OM HET VERPLEEGKUNDIG WERK UIT TE KUNNEN VOEREN

“(...) nog nooit zo'n saamhorig team gehad waarbij er een ontzettende eenheid was tussen het verpleegkundig team, artsen en leidinggevenden.”

Leidinggevende in een topklinisch ziekenhuis, 2020

Het 'wij-gevoel' is iets wat de verpleegkundige beroepsgroep kenmerkt. Het belang van het eigen team is iets wat onderstreept wordt vanuit de literatuur (Bragadóttir et al., 2023) en ook vanuit de verschillende RN2Blend-studies (o.a. hoofdstuk 8: een belangrijke voorwaarde voor aantrekkelijkheid van de baan is onderlinge betrokkenheid van collega's). Uit de Covid-19-interviewstudie bleek dat de 22 verpleegkundigen en zes leidinggevenden op verschillende intensive care afdelingen de samenwerking met collega's uit het eigen team ervoeren als iets wat versterkend werkte (Stalpers et al., 2021). Het werd gezien als één van de belangrijkste voorwaarden om de zorg voor patiënten zo optimaal mogelijk te kunnen leveren in deze acute crisissituatie. Om echter aan de grotere zorgvraag te kunnen voldoen, werden er ook ondersteunende professionals van buiten het vaste team ingezet ('cross-boundary teaming'). Naast de positieve gevolgen die dat had, waaronder een extra saamhorigheid met het eigen team, ontstonden ook conflicten op het gebied van veranderende verantwoordelijkheden en de samenwerking met mensen van 'buitenaf'.

We hebben met name gekeken naar de ondersteuning vanuit het team voor het inzetten van ieders kwaliteiten. Eerder onderzoek beschrijft positieve gevolgen in de verpleeghuiszorg ten gevolge van een hoge mate van teamsupport, zowel vanuit verpleegkundig perspectief (een beter ervaren teamkwaliteit) als vanuit cliëntenperspectief (minder medicatiefouten) (Buljac & Van Woerkom, 2018). Ook uit onze studies kwamen positieve resultaten naar voren. Uit het focusgroepenonderzoek onder (regie)verpleegkundigen bleek dat teamgevoel en oog hebben voor elkaars kwaliteiten essentiële onderdelen zijn om de zorg aan patiënten optimaal te kunnen leveren.²²

22) Meer weten over het inzetten van kwaliteiten binnen teams, ga naar [Deelonderzoek 4 - Sterke kanten en capaciteiten](#) en lees [A possible solution to current healthcare challenges is awareness of using nurses' strengths: A descriptive qualitative focus group study](#).



Teambetrokkenheid en het gevoel onderdeel te zijn van een team zijn dus belangrijke pijlers waarop de verpleegkundige zorg is gestoeld en het werk kan worden uitgevoerd. Bij de herinrichting van verpleegkundige teams is het belangrijk hier rekening mee te houden, omdat de achterliggende gedachte is dat onderscheid gemaakt moet worden binnen het team en dat kan een bedreiging vormen voor de teambetrokkenheid. In de volgende paragraaf gaan we hier verder op in.

THEMA 2

DOORBREKING VAN HET TEAM TEN GEVOLGE VAN GEDIFFERENTIEERD WERKEN

Meer gedifferentieerd werken betekent dat er iets verandert in de verpleegkundige werkomgeving. De werkomgeving is van grote invloed op de manier waarop verpleegkundigen hun werk kunnen uitvoeren. Dit zien we terug in bijvoorbeeld de RN4CAST-studies en in RN2Blend-studies (o.a. hoofdstuk 6: belang van meebewegen werkomgeving voor kwaliteit van zorg). Met name de functiemix-studies zijn interessant, omdat er positieve resultaten worden beschreven over de inzet van meer hbo-opgeleide verpleegkundigen. Dit leidt onder andere tot minder verpleegsensitieve complicaties (mortaliteit, valincidentie etc.), meer werktevredenheid en een betere kwaliteit van zorg.

De term differentiëren staat per definitie gelijk aan het proces waarbij een homogeen geheel (team) wordt verdeeld in delen met verschillende eigenschappen (individuen en/of subgroepen). Dit kunnen allerlei eigenschappen zijn. Initieel was het differentiëren tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen de insteek van gedifferentieerd werken in de Nederlandse situatie. Dit leidde echter tot veel protest vanuit verpleegkundigen en er ging een streep door het wetsvoorstel BIG II (Lalleman et al., 2020). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het gebruikelijke patroon van teams werd doorbroken.

Een andere ontwikkeling die zorgde voor een inbreuk op de gebruikelijke samenstelling van 'het team' was de komst van ondersteunende zorgprofessionals tijdens Covid-19. In dezelfde periode werd de oproep gedaan om gedifferentieerd werken op een andere manier in te bedden in de dagelijkse zorg. Hierbij kwam de nadruk meer te liggen op hbo-werk- en -denkniveau op basis van ervaring, competenties en opleidingsniveau. De verandertrajecten die binnen organisaties werden opgezet, verschilden qua inhoud, naamgeving en implementatiestrategie, afhankelijk van context en werkomgeving (Van Kraaij et al., 2022). Hoewel het gevoel te kunnen participeren in de verandertrajecten door bijna de helft van de verpleegkundigen als positief werd ervaren, zien we in de focusgroepen ook terug dat er wrijving ontstond binnen de teams. Enerzijds bij regieverpleegkundigen die voor een dilemma kwamen te staan, omdat ze wel de kans kregen om hun rol te ontwikkelen, maar niet precies wisten hoe ze dit moesten doen, waardoor ze zich hierover onzeker voelden. Anderzijds bij de verpleegkundigen die zich minder gewaardeerd voelden om wat zij zouden kunnen en mogen. Bij hen leefde vooral de angst voor het verliezen van taken.

Voorgaande literatuur bevestigt dat dergelijke organisatieveranderingen vaak leiden tot gevoelens van frustratie onder collega's, omdat de 'gewone' dagelijkse routine wordt doorbroken (Wanberg & Banas, 2000; Callan & Dickson, 1993; Rafferty & Griffin, 2006; Morgan & Zeffane, 2003). Het wij-gevoel is plotsklaps een ik/wij-zij-spel geworden.²³

We kunnen dus stellen dat veranderingen plaatsvonden in teamsamenstellingen, met alle positieve en negatieve gevolgen van dien. Om gedifferentieerd werken goed te laten werken, is het essentieel dat er aandacht is voor ieders kennis, kunde en expertise. In het volgende thema gaan we in op wat het gedachtegoed van 'job craften' hierin kan betekenen.

THEMA 3

JOB CRAFTEN OM VORM TE GEVEN AAN VERPLEEGKUNDIGE ROLLEN

"Ik denk dat we veel bewuster bezig zijn geweest met: wat willen we nou eigenlijk op de afdeling, waar ben ik mee bezig? En inderdaad: mijn kwaliteiten, waar sluiten die bij aan?"

Regieverpleegkundige in een topklinisch ziekenhuis, 2022

Job craften is een concept vanuit de psychologie en heeft betrekking op de mate waarin mensen zelf geïnitieerd (proactief) veranderingsgedrag tonen om het werk af te stemmen op eigen voorkeuren, motieven en passies. Vanuit het gedachtegoed van gedifferentieerd werken gaat onze interesse uit naar het vormgeven van rollen op basis van ieders sterke kanten (Buljac & Van Woerkom, 2018; Wrzesniewski et al., 2010). In de literatuur wordt het belang van job craften geschetst aan de hand van de positieve impact die het heeft op professionals, zoals het gevoel van zinvol werk doen, bevlogenheid en werkprestaties (Rudolph et al., 2017; Berg et al., 2013). Het uitgangspunt van ons onderzoek was inzichten te genereren in job craften, vanuit verschillende verpleegkundige perspectieven.

In de focusgroepeninterviews voorafgaand aan de verandertrajecten was een belangrijke vraag of en hoe er 'gecraft' wordt. Naast de individuele verschillen die er zijn, blijkt dat er ook verschillen zijn tussen verpleegkundig specialisten, regieverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden in wat er van belang is bij het vormgeven van de eigen rol.

23) Lees verder over de ervaringen met teamsamenstellingen tijdens Covid: Stalpers, D., Veenstra, M., Lalleman, P., Martini, D., & Schoonhoven, L. (2021). Maken vele handen licht werk? Geleerde lessen uit de eerste COVID-19-golf over verpleegkundige teamsamenstellingen op de intensive care. *Gedrag en Organisatie* 34(3): 356-381.



- **Verpleegkundig specialisten** hebben een erkend onafhankelijk (verpleegkundig) beroep, maar geven aan nog middenin het proces te zitten van hoe de functie vorm te geven. De rolontwikkeling moet uit henzelf komen; ze moeten varen op de eigen expertise, waarbij functiebehoud en voldoen aan verwachtingen leidende factoren zijn. Het ligt aan de context en aan het begrip van leidinggevend en collega's of dit daadwerkelijk lukt. Dat heeft als positief gevolg dat er veel autonomie wordt ervaren. Minder positief is dat het soms een lastige zoektocht is.
 - > Bewust van het proces en van waar het toe kan leiden.
- **Regieverpleegkundigen:** De regierol wordt over het algemeen neergezet als een nog verder te ontwikkelen rol binnen bepaalde vastgestelde kaders, wat in grote mate wordt ervaren als een verantwoordelijkheid voor de regieverpleegkundigen zelf. Dit is uitdagend, omdat hun positie binnen het team verandert en ze aangeven vaak niet volledig te overzien wat het in de praktijk kan betekenen.
 - > Bewust van het proces, minder van waar het toe kan leiden.
- **Verpleegkundigen:** De verpleegkundige rol bestond al, zie onder andere hoofdstuk 3 en 4. Verpleegkundigen geven aan dat hun behoefte met name ligt op het gebied van een inhoudelijke verdieping inzake een bepaald onderwerp (bijv. hoe om te gaan met een COPD-patiënt). Ze geven aan wel mee te denken in het proces, maar zich minder verantwoordelijk te voelen voor het eindresultaat.
 - > Minder bewust van het proces en van waar het toe kan leiden.
- **Verzorgenden** geven aan dat ze in het ziekenhuis een afgebakende rol hebben, gebaseerd op taken die ze wel of niet 'mogen' doen. Ze vinden het vooral belangrijk dat ze gewaardeerd worden om wat ze doen en dat het optimaal vormgeven van dat takenpakket hen voldoening geeft. Daardoor hebben ze weinig behoefte aan andere of extra taken.
 - > Bijna niet bewust van het proces en van waar het toe kan leiden.

Om alle verpleegkundige beroepen zo optimaal mogelijk naast en met elkaar te laten samenwerken, is het belangrijk om als leidinggevende en organisatie heel bewust de verschillende perspectieven mee te nemen in de implementatie- en verandertrajecten.²⁴ In het volgende thema beschrijven we de mogelijkheden en uitdagingen die dit in de praktijk met zich meebrengt.

24) Meer weten, lees Elke Huntink, Lisette Schoonhoven en Dewi Stalpers. Craftibility of the nursing job:

Over de mogelijkheden en uitdagingen in het vormgeven van het verpleegkundig werk vanuit het perspectief van verschillende zorgprofessionals. Publicatie in ontwikkeling



THEMA 4

ZOEKTOCHT NAAR HET 'ANDERS' WERKEN EN DE ONTWIKKELINGEN OVER DE TIJD

“Vooral als de verpleegkundigen samen een goed team vormen, als dat is ingesteld, zijn er zoveel meer mogelijkheden voor iedereen om zich te ontwikkelen”.

Teamleider in een topklinisch ziekenhuis, 2020

Nieuwe, flexibele, toekomstbestendige teams, dat is waar het om draait. De toenemende complexe zorgvraag en het oplopende tekort op de arbeidsmarkt maken dat het niet langer gaat over verpleegkundigen en regieverpleegkundigen, maar ook over (samen)werken met mensen zonder verpleegkundige achtergrond. In dit thema beschrijven we die zoektocht naar het 'anders' werken: hoe wordt het gedifferentieerd werken vormgegeven (job (re)design), hoe wordt er gebruikgemaakt van ieders kwaliteiten (job craften) en waar kan het toe leiden.

JOB (RE)DESIGN

Tijdens Covid-19 was er ruimte om te experimenteren met flexibele teamsamenstellingen. Er was veel verpleegkundig werk te verzetten en daarbij was er een sterke behoefte aan vaste taakafbakening. Dit werkte heel goed voor de ondersteunende zorgprofessionals (o.a. verzorgenden, verpleegkundigen van andere afdelingen en reservisten). Zij voerden de taken uit die hen door verpleegkundigen op de intensive care werden opgedragen, en dat leverde hun voldoening op en het gevoel dat ze goede kwaliteit van zorg leverden.

Van verpleegkundigen werd ineens iets anders verwacht dan ze gewend waren, zoals het vermogen om bepaalde taken te delegeren en om te vertrouwen op andermans expertise. Er kwam meer nadruk te liggen op vaardigheden op het gebied van leiderschapskwaliteiten, het coördineren van werk en het coachen van (onbekende) collega's (Stalpers et al., 2022). Verder kwam naar voren dat de verpleegkundigen er niet van overtuigd waren dat 'het werk' zomaar door anderen kon worden gedaan. Ze ervoeren een enorm verantwoordelijkheidsgevoel, want er kwam wel wat meer bij kijken dan alleen taken die uitgevoerd moesten worden: het zogenoemde 'onzichtbare werk' (zie hoofdstuk 3 en 4). Dit zorgde voor onvrede, een gevoel van incompetentie en het niet kunnen leveren van kwaliteit van zorg.

Tijdens het actieonderzoek in de drie ziekenhuizen bleek dat het verdelen van het verpleegkundig werk door het opknippen van taken inderdaad niet zo vanzelfsprekend is. Zorgactiviteiten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en verweven (verstrengeld), en bij het uitvoeren verandert de aard van het werk continue. Hier dient rekening mee te worden gehouden bij een optimale werkverdeling in de toekomst.²⁵

25) Meer weten, lees *Entanglement of nursing care: A theoretical proposition to understand the complexity of nursing work and dividing the labour*. Publicatie in revisie.



JOB CRAFTEN RICHTING STERKE KANTEN

Voorafgaand aan het werken in de nieuwe rollen, hebben we in de verschillende studies aandacht besteed aan het (bewust) inzetten van sterke kanten. Opvallend was dat verpleegkundigen het lastig vinden de eigen kwaliteiten te benoemen, terwijl ze een vrij goed inzicht hebben in de kwaliteiten binnen het team. Uit de voorlopige resultaten van het longitudinale vragenlijstonderzoek blijkt dat verpleegkundigen zichzelf in eerste instantie (to) vooral vinden excelleren in de direct patiëntgebonden zorg. De top vijf van de genoemde sterke kanten (zie tabel 1) bestaat uit exclusief vakinhoudelijke zorgactiviteiten: ruim 65% heeft één van deze opgegeven als zijn of haar sterkste kant. Er werd een positieve associatie gevonden tussen de zorgactiviteiten waarvan verpleegkundigen vinden dat ze er goed in zijn en de activiteiten die volgens hen van invloed zijn op de kwaliteit. Dit kan op twee manieren worden uitgelegd. Het is denkbaar dat verpleegkundigen deze activiteiten zo belangrijk vinden dat ze er daarom goed in zijn, en het is denkbaar dat verpleegkundigen vinden dat waar zij goed in zijn een maatstaf is voor de kwaliteit van zorg. Wanneer er opgedeeld wordt naar subgroep, zien we dat bij hbo-opgeleide verpleegkundigen en bij de groep met 6 tot 15 jaar ervaring dag-coördinatie in de top vijf staat.²⁶

26) Meer weten over de nulmetingen van het vragenlijstonderzoek, lees *Nurses' perceived professional strengths and the relation with quality of care*.



Tabel 2: Aantal verpleegkundigen dat heeft aangegeven zichzelf goed te vinden in een bepaalde zorgactiviteit: ranking en percentages aan de hand van de CanMEDS-rollen

Verpleegkundige zorgactiviteit	Totaal		Opleiding				Jaren werkervaring					
	(N=270)		MBO (N=94)		HBO (N=94)		≤ 5 jaar (N=82)		6-15 jaar (N=73)		≥ 16 jaar (N=115)	
	Rang-orde	%	Rang-orde	%	Rang-orde	%	Rang-orde	%	Rang-orde	%	Rang-orde	%
Actie ondernemen op eventueel afwijkende vitale en/of specifieke parameters	1	21.5	2	14.9	1	2.5	1	19.5	1	30.1	1	17.4
Prioriteren van zorgtaken	2	13.0	3	13.8	2	12.5	5	8.5	2	13.7	2	15.7
Voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren	3	10.4	4	10.6	3	10.2	3	12.2	3	8.2	4	10.4
Psychosociale, emotionele ondersteuning bieden aan patiënten en familie	4	10.4	5	10.6	4	10.2	4	12.2	4	8.2	5	10.4
Ondersteunen bij dagelijkse verzorging	5	10.0	1	19.1	6	5.1	2	14.6	7	4.1	3	10.4
Dagcoördinatie van zorgtaken	6	6.3	11	2.1	5	8.5	6	7.3	5	5.5	6	6.1
Inventariseren van zorgbehoeften door middel van een individueel verpleegplan	7	4.8	6	7.4	9	3.4	7	6.1	8	4.1	8	4.3
Begeleiden en coachen van leerlingen, stagiaires of nieuwe collega's	8	3.7	9	3.2	8	4.0	9	3.7	6	5.5	12	2.6
Het meten van vitale parameters en/of specifieke parameters	9	3.3	7	5.3	12	2.3	11	2.4	10	2.7	7	4.3
Voorlichting en instructie aan patiënten geven	10	3.0	-	-	7	4.5	14	1.2	9	4.1	9	3.5

CanMEDS-rollen: **zorgverlener**, **communicator**, **samenwerkingspartner & organisator**, **gezondheidsbevorderaar**, **zorgprofessional & kwaliteitsbevorderaar**

Tijdens het focusgroepenonderzoek (t₁= zes maanden na invoering van nieuwe rollen) kwam sterk naar voren dat de rolontwikkeling nog volop gaande is. (Regie)verpleegkundigen gaven aan dat het gedifferentieerd werken hen meer bewust maakt van de verschillende rollen binnen het team en de eigen kwaliteiten. Het goed vormgeven van de rollen is voor velen nog een zoektocht. Daarbij wordt aangegeven dat het helpt dat er (geormerkte/geoorloofde) tijd en ruimte hiervoor beschikbaar is. Erkenning en waardering vanuit het team (teamsupport) en vanuit de organisatie maken dat verpleegkundigen zich meer verantwoordelijk voelen om aan de slag te gaan met het optimaliseren van de rol en het inzetten van kwaliteiten.

OPBRENGSTEN VAN GEDIFFERENTIEERD WERKEN

Uit onderzoek werd duidelijk dat de nieuwe rol van regieverpleegkundige door henzelf vooral als positief wordt ervaren, zowel in relatie tot de patiënt (kwaliteit) als tot zichzelf (zingeving). De verpleegkundigen die niet als regieverpleegkundigen werken ervaren minder de meerwaarde van deze nieuwe rol. Het overgrote deel van de focusgroepeelnemers geeft aan dat meer gebruik kunnen maken van sterke kanten leidt tot gevoelens van autonomie en zeggenschap en een hogere werktevredenheid. Verder werd benoemd dat het meer inzetten van kwaliteiten motiverend werkt en dat de veerkracht, duurzame inzetbaarheid en kwaliteit van zorg toenemen.

Uit de vervolgmetingen van het vragenlijstonderzoek blijkt dat er over de gehele groep van (regie) verpleegkundigen (nog) geen duidelijk verschil is met betrekking tot de mate van job craften op t₁ ten opzichte van de nulmeting (to). Het opsplitsen naar subgroepen (verpleegkundigen versus regieverpleegkundigen) laat zien dat regieverpleegkundigen wel iets 'tevreder' zijn geworden over de mogelijkheden om hun rol vorm te kunnen geven.²⁷

Om de ontwikkelingen te kunnen monitoren, wordt er momenteel nog verder gemeten door middel van vragenlijstonderzoek. Daarbij is het, bij de interpretatie van de resultaten over de tijd, belangrijk bewust te zijn van de verschillen tussen groepen verpleegkundigen en de settings die bij de start van de verandertrajecten reeds aanwezig waren. Zo bleek bijvoorbeeld uit een studie met data uit de Monitor Verpleegkundige Kwaliteit dat hbo-opgeleide verpleegkundigen initieel (op to) minder gemiste zorg ervoeren dan hun mbo-opgeleide collega's (zie hoofdstuk 5), en ook in het vragenlijstonderzoek bleken op to verschillen te bestaan tussen de drie ziekenhuizen qua tevredenheid en kwaliteit van zorg.

TOT SLOT

Het doel was om de rolontwikkeling van verpleegkundigen en het gebruik van hun sterke kanten te onderzoeken, alsmede wat dit betekent voor de kwaliteit van zorg. Uit onze studies kwam vooral naar voren dat het 'zijn' van verpleegkundige als 'de grootste kracht' wordt gezien. En dat het kunnen inzetten van je sterke kanten niet alleen iets is van jou als persoon, maar dat het gaat om het optimaal inzetten van de kwaliteiten binnen het team. De basis om het werk goed te kunnen uitvoeren is en blijft het teamgevoel. Het 'wij-gevoel' is iets waarop kan worden teruggevallen.

27) Meer weten over de vragenlijst-vervolgmetingen,

lees *Job crafting by nurses and the relationship with team support, work engagement and quality of care.*



Het verpleegkundig werk is continu in beweging en aan verandering onderhevig, wat maakt dat het nodig is op zoek te gaan naar nieuwe manieren van werken, zoals meer gedifferentieerd (en minder taakgericht) gaan werken. Het blijkt echter erg lastig om op een andere manier samen te werken, vooral ook wanneer dit moet gebeuren met mensen van buiten het team. Dit gaat niet vanzelf: het vraagt iets op organisatieniveau, op teamniveau en ook op persoonlijk niveau. Een gezamenlijke visie en een gezamenlijk doel om na te streven zijn hierbij van groot belang. Het werken in nieuwe rollen is een manier (middel) om uiteindelijk te komen tot positieve resultaten (doel), zoals betere positionering, ontwikkeling, waardering en kwaliteit van zorg.

Dat het een zoektocht is, blijkt wel uit de duur van de verandertrajecten. Er gaan vaak jaren overheen. Enerzijds is er de neiging tot behoud van wat er is, anderzijds ziet men het belang van (door) ontwikkeling. De verandertrajecten worden vaak top-down ingezet; er worden kaders vastgesteld voor de toekomstbestendige rollen. Het streven is om dit uiteindelijk in samenspraak met 'de praktijk' goed vorm te geven (bottom-up). Deze verdere implementatie (lees: rolontwikkeling) wordt dus bij 'de verpleegkundige beroepsgroep' neergelegd, maar de beroepsgroep is enorm heterogeen, met vele invalshoeken en belangen. Het is bij verandertrajecten daarom belangrijk om alle perspectieven mee te nemen, om op basis hiervan de inhoudelijke discussies aan te gaan.

De uitdaging is om in tijden van grote zorgzwaarte en tekorten vast te kunnen houden aan het job craften, zowel in uitvoering door verpleegkundigen als in facilitering door leidinggevenden en organisaties. Het bewust zijn van de (eigen) inzet en het erkennen van ieders kwaliteiten zijn belangrijke factoren om te realiseren wat we voor ogen hebben. Samen iets voor elkaar krijgen in het belang van patiënten, maar met behoud van je eigen expertise: ons onderzoek heeft laten zien dat het elkaar niet uitsluit. Hoofdstuk 8 gaat verder in op de mogelijke gevolgen van gedifferentieerd werken voor de gezondheidsuitkomsten van patiënten en de kosten van de zorg.

8. Verpleegkundig werk anders organiseren: kosten en waarde

Nienke Miedema en Lucas Goossens

INLEIDING

Dit hoofdstuk gaat over de gevolgen van gedifferentieerd werken voor patiënten, over de kosten voor de gezondheidszorg en over voorkeuren van verpleegkundigen voor aspecten van hun werk. Bij het onderzoek is gebruikgemaakt van methoden uit het vakgebied van de health technology assessment (HTA). Het doel van HTA is tot de beste keuzes te komen om de grootste waarde te creëren in de zorg. Doelmatigheid betekent in dit verband dat betere gezondheidsuitkomsten worden bereikt tegen aanvaardbare meerkosten of dat dezelfde uitkomsten worden bereikt tegen lagere kosten. Gezondheidsuitkomsten zijn relevant als ze voor patiënten een betekenis hebben. Het gaat dan meestal meer over overleving en kwaliteit van leven, en niet zozeer over intermediaire gezondheidsuitkomsten en procesindicatoren. Ook de preferenties van betrokkenen kunnen een rol spelen in HTA.

De focus ligt in het eerste gedeelte van dit hoofdstuk enerzijds op de gezondheidsuitkomsten van patiënten en anderzijds op de middelen die binnen de gezondheidszorg worden ingezet om deze uitkomsten te bereiken. Omdat die uitkomsten en middelen sterk afhangen van de specifieke interventie en van de context waarin die wordt ingevoerd, beginnen we met de ontwikkeling van een typologie, een systeem waarmee de verpleegkundige organisatie kan worden beschreven. Daarna wordt dit systeem toegepast op de vernieuwingen in twee ziekenhuizen, waarop vervolgens een HTA wordt uitgevoerd.

Het tweede gedeelte van het hoofdstuk gaat over het effect van gedifferentieerd werken (en andere aspecten van verpleegkundige banen in het ziekenhuis) op de werktevredenheid van verpleegkundigen en hun keuze om al dan niet op zoek te gaan naar ander werk binnen of buiten de ziekenhuissector.

Vraagstelling: Hoe is de verhouding tussen kosten en gezondheidswinst bij gedifferentieerd werken door verpleegkundigen? (doelmatigheidsanalyse)

TYOLOGIE

Grote internationale studies hebben laten zien dat de inhoud en organisatie van verpleegkundig werk in principe grote invloed kunnen hebben op belangrijke patiëntuitkomsten (bijv. Aiken 2017). In RN₂Blend hebben we in deze traditie onderzoek gedaan naar de invloed van gedifferentieerd werken op kwaliteit van zorg (zie het vorige hoofdstuk).

De volgende stap die nodig is, is het onderzoeken van specifieke interventies in specifieke omstandigheden. ‘Gedifferentieerd werken’ kan verschillende dingen betekenen. De effecten kunnen zeer afhankelijk zijn van de details van de interventie en van de context (afdeling, beginsituatie, patiëntengroep etc.) waarin die wordt uitgevoerd. Om daarin inzicht te krijgen, is onderzoek van concrete casussen nodig.

Om dat onderzoek mogelijk te maken, en vooral om het voor anderen mogelijk te maken lessen te trekken uit zulke onderzoeken, is er behoefte aan een gestandaardiseerde manier om verschillende inrichtingen van de organisatie van verpleegkundig werk te beschrijven en te vergelijken.

We hebben een typologie ontwikkeld op basis van een scoping review van beleidsstukken, rapporten en interne documenten van ziekenhuizen veranderingen in de verpleegkundige organisatie in Nederlandse ziekenhuizen. Het doel daarvan was het creëren van een systeem dat onderzoekers en beleidsmedewerkers kan ondersteunen bij het concreet en gedetailleerd beschrijven van specifieke (re)organisatie van verpleegkundig werk en de context waarin deze (re)organisatie plaatsvindt.

Uit de review kwamen drie hoofdthema's voort: differentiatie tussen verschillende typen verpleegkundig personeel, differentiatie tussen verschillende typen verpleegkundig werk en andere aspecten van het personeelsbeleid. Tot slot is het belangrijk om te beschrijven in welke bredere context de verpleegkundige organisatie zich bevindt. De vier categorieën (drie thema's en de context) bestaan elk uit drie dimensies, die op hun eigen manier kunnen worden ingevuld. De typologie is weergegeven in figuur 1.

Descriptive system | Organisational nursing interventions

THEME	ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSES			ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSING WORK			WORKING ARRANGEMENTS			CONTEXT		
DIMENSION	EDUCATIONAL DEGREE	COMPETENCES	SUBJECTIVE PROFESSIONAL REQUIREMENTS	PATIENT CARE	INDIRECT PATIENT CARE	QUALITY & RESEARCH	POSITIONS & EMBEDDING	QUANTITY & RATIOS	VALUATION	PATIENT	ORGANISATION	COUNTRY
ORGANISATIONAL CHANGES	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO	YES / NO
DESCRIBE CURRENT SITUATION	Level of educational degree Post-degree specialization Students	CanMEDS EPA's	Career ambitions Personal portfolios Intrinsic motivation Experience	Complexity/ predictability of care Specialised care Team/task based organization of care	Coordination of care Coaching Management of care	Quality of nursing work Safety of care Evidence based practices	Nursing profiles Nursing roles Embedding of: Requirements Duties Tasks Responsibilities	Skill mix Patient-nurse ratios Differentiated practices of nursing	Salary Educational opportunities Working conditions Influence	Age Medical background Treatment Comorbidities	Protocols Workspace Environment Culture	Job market Educational system Professional legislation
DESCRIBE CHANGES	For example: Additional training opportunities	For example: Additional skill requirements Or New methods to measure competence	For example: New methods to boost team motivation	For example: A new instrument to measure complexity of care	For example: Introducing a new structure of care management	For example: New safety measurement tools	For example: Introducing a new nursing role Or Formalising a new nursing position	For example: Changing patient-nursing ratios	For example: New salary classification based on new nursing position			

Figuur 1 | De beschrijvende typologie

Deze typologie maakt het mogelijk verpleegkundige interventies en uitkomsten beter te begrijpen en met elkaar te vergelijken. Op die manier kun je zowel nationaal als internationaal beter van elkaar leren.

NATUURLIJKE EXPERIMENTEN

We hebben de typologie op twee plaatsen toegepast om meer inzicht te krijgen in de effecten van een gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen. Beide natuurlijke experimenten zijn opgezet en uitgevoerd vanuit het perspectief van health technology assessment (HTA). Een HTA-studie kijkt systematisch naar de relevante gevolgen van de introductie van nieuwe gezondheidszorginterventies, vaak met de nadruk op gezondheidseffecten, veranderingen in kosten en de relatie daartussen.

In deze HTA-onderzoeken hebben we de situatie op twee afdelingen in kaart gebracht vóór (cohort 1) en na (cohort 2) de implementatie van gedifferentieerd werken. Daarbij keken we op patiëntniveau naar de ziektespecifieke gezondheidsuitkomsten en de algehele kwaliteit van leven, naar de kosten van de opname en de nazorg en naar de patiënttevredenheid. Op het niveau van de afdeling gingen we na wat er veranderde aan de tijdsbesteding van verpleegkundigen en ondersteunend personeel.

CASUS: ZORGTEAMS TRAUMATOLOGIE

De verpleegafdeling traumatologie van ziekenhuis A is in 2023 tijdelijk overgeschakeld op zorgteams. De aanleiding voor deze verandering was dat het steeds meer moeite kostte voldoende gediplomeerde verpleegkundigen te vinden om de zorg op de conventionele manier uit te voeren. Patiënten werden tijdens deze pilot verpleegd door teams van verpleegkundigen en stagiaires. Dat had grote gevolgen voor de rol van verpleegkundigen, die een belangrijke taak kregen in het begeleiden van leerlingen en het coördineren van de zorg voor patiënten. De situatie vóór en na de introductie van de zorgteams is aan de hand van de beschrijvende typologie uiteengezet in de figuren 2a en 2b.

Descriptive system | Hospital A: Current situation

THEME	ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSES			ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSING WORK			WORKING ARRANGEMENTS			CONTEXT		
DIMENSION	EDUCATIONAL DEGREE	COMPETENCES	SUBJECTIVE PROFESSIONAL REQUIREMENTS	PATIENT CARE	INDIRECT PATIENT CARE	QUALITY & RESEARCH	POSITIONS & EMBEDDING	QUANTITY & RATIOS	VALUATION	PATIENT	ORGANISATION	COUNTRY
DESCRIBE CURRENT SITUATION	Educational degrees: Vocational degree Bachelors' degree Master's degree	Nursing competencies are embedded within the hospital nursing profile and the national educational profile.	The nursing team is a highly motivated team and has a lot of intrinsic motivation to develop their organisation. Two nurses within the team were heavily involved in the development and execution of the pilot.	The nursing team works as a team, each nurse is responsible for their individual patients and nurses aide each other when needed.	Charge nurses are responsible for indirect patient tasks such as coaching other team members and coordination the care during a shift.	Charge nurses are responsible for additional tasks regarding quality of care and research.	Two nursing profiles: Nurse Charge nurse Profiles are embedded in job descriptions	Dayshift: 1 in 4 nurse-patient ratio Nightshift: 1 in 6 nurse-patient ratio	Nurse valuation based on the Dutch Healthcare Job Evaluation System (FWG). Nurses FWG 45 Charge nurses FWG 50 Students working in the nursing ward are valuated with a small monthly compensation for their internship	Patients 60 years or older with trauma injuries needing a surgical intervention	Nursing ward has 12 patient beds The hospital was building a new hospital building during the pilot. This created a lot of restlessness within the team.	The Dutch nursing hospital force is experiencing a shortages of nurses. Additionally, the nursing profession has a shortages of nursing internship locations. This pilot was initiated to experiment with additional students on a nursing ward.

Figuur 2a | De situatie vóór de introductie van de zorgteam, uiteengezet aan de hand van de beschrijvende typologie

Descriptive system | Hospital A: Introducing care teams

THEME	ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSES			ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSING WORK			WORKING ARRANGEMENTS			CONTEXT		
DIMENSION	EDUCATIONAL DEGREE	COMPETENCES	SUBJECTIVE PROFESSIONAL REQUIREMENTS	PATIENT CARE	INDIRECT PATIENT CARE	QUALITY & RESEARCH	POSITIONS & EMBEDDING	QUANTITY & RATIOS	VALUATION	PATIENT	ORGANISATION	COUNTRY
ORGANISATIONAL CHANGES	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)	YES (NO)
DESCRIBE CHANGES				Patient care tasks are differentiated between nursing tasks and non nursing tasks. These non nursing tasks were executed by students and/or nursing aids: Daily living tasks Nutritional aid Cleaning tasks Logistical tasks Answering patient calls	All nurses were responsible for their care team during a dayshift. During this shift, nurses were responsible for coordinating the care within their team and coaching the students.			Dayshift using care teams consisting of 1 nurse and 2 students: 1 in 6 nurse-patient ratio 1 in 3 student-patient ratio Nightshift: 1 in 6 nurse-patient ratio No students	The students received a more intensive training during their internship resulting in additional training value.			

Figuur 2b | De situatie na de introductie van de zorgteam, uiteengezet aan de hand van de beschrijvende typologie

In de HTA-studie naar deze verandering lag de focus op chirurgische traumapatiënten van 60 jaar en ouder met een heupfractuur. Zij werden gevolgd vanaf de operatie tot zes maanden daarna.

BOX 1 ZORGTEAMS TRAUMATOLOGIE

De pilot met zorgteams op de verpleegafdeling traumatologie is ontwikkeld door twee regieverpleegkundigen, onder begeleiding van staf en management binnen het ziekenhuis en in samenwerking met opleidingsinstellingen. De verpleegkundigen hebben ca. 500 uur besteed aan de voorbereiding en opzet van het project. Ze waren verantwoordelijk voor de vormgeving van de pilot en het inwerken van de studenten. Daarnaast waren ze nauw betrokken bij de opzet van dit onderzoek, zodat het goed aansloot bij de werkvormen op de afdeling.

Alle verpleegkundigen op de afdeling hadden een rol bij het uitvoeren van het onderzoek. Tussen april 2022 en mei 2023 hebben ze alle patiënten die in aanmerking kwamen voor de studie uitleg gegeven en uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Er hebben in totaal 113 patiënten meegedaan aan de pilot. Een stafadviseur van het Bureau Verpleegkundige Zaken heeft samen met meerdere masterstudenten bij 62 patiënten observaties uitgevoerd van de zorgtaken die werden verricht.

De invoering van zorgteams leidde tot een substantiële toename van de hoeveelheid zorg die patiënten ontvingen: 197 minuten per dag in het tweede cohort tegen 118 minuten per dag in het eerste cohort. De groei is meer dan volledig toe te schrijven aan de inzet van studenten, want van verpleegkundigen kregen patiënten juist minder zorg. Dat scheelde 35 minuten per patiënt per dag. Aangezien de lengte van de opnames niet verschild, was de zorg door zorgteams daardoor goedkoper.

Er zijn geen aanwijzingen dat de kwaliteit van de zorg heeft geleden onder de veranderingen. Het herstel van de patiënten gedurende de zes maanden na de operatie verliep na invoering van de zorgteams zelfs wat beter, zowel uitgedrukt op de WOMAC-schaal, die wordt gebruikt om de kwaliteit van leven voor orthopedische patiënten te meten, als op de EQ-5D-schaal voor generieke, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De patiënttevredenheid was in beide cohorten hoog: 8,5 (uitgedrukt op een schaal van 0 tot 10) in de eerste periode en 9 na de invoering van de zorgteams.

Ook verpleegkundigen waren positief over de veranderingen. Ze meldden minder taken te hebben overgeslagen. Met name hadden ze meer tijd voor 'onzichtbare' taken, zoals op het gebied van management en emotionele zorgverlening.

Descriptive system | Hospital B: Current situation

THEME	ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSES			ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSING WORK			WORKING ARRANGEMENTS			CONTEXT		
	EDUCATIONAL DEGREE	COMPETENCES	SUBJECTIVE PROFESSIONAL REQUIREMENTS	PATIENT CARE	INDIRECT PATIENT CARE	QUALITY & RESEARCH	POSITIONS & EMBEDDING	QUANTITY & RATIOS	VALUATION	PATIENT	ORGANISATION	COUNTRY
DESCRIBE CURRENT SITUATION	Educational degrees: Vocational degree Bachelors' degree Master's degree	Nursing competencies are embedded within the hospital nursing profile. The nursing profile outlines the following competences: Knowledge Autonomy Social skills Risks Responsibilities Influence Communication Vigilance	Additional responsibilities were formalized in a senior nursing role for motivated and ambitious nurses.	Nursing work is team based organised. Every nurse is individually responsible for several patients. Supporting staff available: Roving shifts Food service assistants	Senior nurses can be asked to perform additional indirect patient tasks. These tasks are mostly not formalized and depend on the wants and needs at that time.	All nurses: Contribute to drafting, improving, and updating protocols and work instructions for care delivery Identifies issues, provides guidance, and instructions Provides student counseling	One nursing profile for both vocational and bachelor nurses. This profile is embedded in the hospital guidelines. The profile is aligned with national guidelines for education, competences and valuation.	Dayshift: 1 in 4/6 nurse-patient ratio Evening shift: 1 in 7/10 nurse-patient ratio Nightshift: 1 in 13/19 nurse-patient ratio 1 flex mid-shift nurse during the day 1 cross-ward roving shift during the night	Nurses are valued based on the Dutch Healthcare Job Evaluation System (FWG). Nurse FWG 45 Salaries can differ between nurses with masters' degrees, specialised education or higher levels of experience.	Patients 18 years or older with oncological gastrointestinal diseases needing a surgical intervention	Nursing ward has 13 to 19 patient beds The number of beds varies based on availability of personnel and complexity of care.	The Dutch nursing hospital force is experiencing a shortages of nurses.

Figuur 3a | De situatie vóór de introductie van de regieverpleegkundigen, uiteengezet aan de hand van de beschrijvende typologie

CASUS: REGIEVERPLEEGKUNDIGE

Een afdeling in ziekenhuis B had behoefte aan de introductie van een nieuwe verpleegkundige rol: de regieverpleegkundige. Die moest gaan zorgen voor een soepeler verloop van zorgprocessen door een betere coördinatie, wat ook zou kunnen leiden tot betere gezondheidssuitkomsten voor patiënten. Een regieverpleegkundige kan ook het initiatief nemen voor herinrichting van processen. Voorbeelden van deze initiatieven zijn het introduceren van een andere werkstructuur om de werkdruk op de afdeling te verbeteren en het organiseren van een evaluatiebijeenkomst met patiënten. Een

achterliggend idee was ook dat de rol voor sommige verpleegkundigen een aantrekkelijke stap in hun loopbaan zou kunnen betekenen. In de figuren 3a en 3b is te zien hoe de organisatievorm voor en na de veranderingen kan worden beschreven aan de hand van de beschrijvende typologie.

Descriptive system | Hospital B: Charge nurse

THEME	ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSES			ORGANISING DIFFERENT TYPES OF NURSING WORK			WORKING ARRANGEMENTS			CONTEXT		
DIMENSION	EDUCATIONAL DEGREE	COMPETENCES	SUBJECTIVE PROFESSIONAL REQUIREMENTS	PATIENT CARE	INDIRECT PATIENT CARE	QUALITY & RESEARCH	POSITIONS & EMBEDDING	QUANTITY & RATIOS	VALUATION	PATIENT	ORGANISATION	COUNTRY
ORGANISATIONAL CHANGES	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
DESCRIBE CURRENT SITUATION	<p>Recruitment requirements are mostly based on the skills and knowledge displayed in the level of a nursing bachelors' degree.</p> <p>However, nurses without this level of education can still apply to the position based on subjective professional requirements.</p>	<p>Nursing competencies are embedded within two different nursing profiles.</p> <p>Competences differ for both profiles on: Knowledge Autonomy Social skills Risks Responsibilities Influence Communication Vigilance</p>	<p>Nurses without a bachelors' degree are able to apply to the new position.</p> <p>Subjective professional recruitment requirements are experience, expertise, and intrinsic motivation.</p>	<p>Patient care is still team based organised.</p> <p>A new method of measuring complexity of care is introduced by the charge nurses.</p>	<p>Charge nurses are responsible for indirect patient tasks such as coaching other team members and coordination the care during a shift.</p>	<p>Charge nurses are responsible to map out challenges within the team and introduce new work structures based on literature and EBP. Work structures introduced are:</p> <p>Complexity of care instrument</p> <p>Quality of care feedback by patients</p>	<p>A new nursing position is added to the organisation.</p> <p>Two nursing profiles: Nurse Charge nurse</p> <p>Profiles are embedded in two different job descriptions</p>	<p>Nurse-patient ratios vary based on the outcomes of the complexity of care instrument.</p> <p>5 charge nurses were hired within the team.</p> <p>Charge nurses work regular shifts combined with office shifts. An office shifts starts after the morning patient care is finished.</p>	<p>Valuation of nurses is embedded in two new nursing profiles.</p> <p>Nurses FWG 45</p> <p>Charge nurses FWG 50</p>	YES/NO	YES/NO	YES/NO

Figuur 3b | De situatie na de introductie van de regieverpleegkundigen, uiteengezet aan de hand van de beschrijvende typologie

BOX 2 REGIEVERPLEEGKUNDIGE

De afdeling heeft vijf regieverpleegkundigen aangesteld. Zij werden zelf verantwoordelijk voor het vormgeven van hun functie, onder begeleiding van staf en management binnen het ziekenhuis. Alle vijf werkten zij al op de afdeling.

Ze waren samen nauw betrokken bij de opzet van het evaluatieonderzoek. Bovendien waren twee van hen als 'aandachtsvelder' speciaal belast met het bewaken van het verloop van het onderzoek en de verzameling van een deel van de gegevens. Alle verpleegkundigen op de afdeling hadden een rol bij het uitvoeren van het onderzoek en het geven van uitleg aan patiënten. Tussen februari en juli 2022 en tussen april en december 2023 zijn in totaal 197 patiënten geïncludeerd in de studie.

De interventie is geïntroduceerd op de chirurgische verpleegafdeling waar we patiënten met en zonder een oncologische diagnose gevolgd hebben vanaf hun opname voor een darmoperatie tot drie maanden na die operatie. Dat gebeurde in twee cohorten, voor (1) en na (2) de introductie van de regieverpleegkundige.

De uitkomsten wijzen erop dat de introductie van regieverpleegkundige rollen heeft geleid tot een afname van de hoeveelheid tijd die verpleegkundigen bezig zijn met patiëntenzorg: de gemiddelde verpleegtijd per patiënt lag na de invoering van de nieuwe werkwijze lager dan in het eerste cohort. Dit suggereert voorzichtig dat de nieuwe werkstructuur op de afdeling een efficiëntere manier van verplegen teweeg heeft gebracht.

De gezondheidsuitkomsten van de zorg lijken onveranderd. Na invoering van de regieverpleegkundige verliep het herstel van de patiënten na hun operatie nagenoeg hetzelfde, zowel uitgedrukt op de ASIS-schaal (die wordt gebruikt om de kwaliteit van leven voor chirurgische buikpatiënten te meten) als op de EQ-5D-schaal (voor algemene, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven). De patiënttevredenheid was in beide cohorten hoog en steeg na de veranderingen licht.

BEHOUD VAN VERPLEEGKUNDIGEN

De vraag naar verplegend personeel neemt steeds verder toe als gevolg van de vergrijzing. Ziekenhuizen en andere zorgorganisaties vinden het moeilijk hun huidige personeel te behouden en nieuw personeel aan te trekken. Vooral in het buitenland is onderzoek gedaan naar factoren die verband houden met de intentie van verpleegkundigen om het beroep te verlaten.

Er is echter vrij weinig bekend over het relatieve belang van verschillende aspecten van het werk in Nederland, met name de onderdelen van de baan waarop ziekenhuizen invloed kunnen hebben. Met andere woorden: hoe kunnen ziekenhuizen het werk zo aantrekkelijk mogelijk maken?

Om hier meer inzicht in te krijgen, hebben we een discrete-keuze-experiment (discrete choice experiment, DCE) uitgevoerd onder 967 verpleegkundigen. Keuze-experimenten worden in onder meer de gezondheidseconomie gebruikt om voorkeuren te onderzoeken en keuzegedrag te voorstellen.

BOX 3

KEUZE-EXPERIMENT

Het keuze-experiment is in Nederland breed uitgezet om zoveel mogelijk verschillende verpleegkundigen uit te nodigen voor deelname. Dit hebben we gedaan door middel van sociale media, een artikel in een vaktijdschrift, een oproep binnen een hogeschool, een livesessie tijdens een congres en samenwerking met verschillende ziekenhuizen.

Verpleegkundigen konden deelnemen als ze een verpleegkundige opleiding hebben afgerond of aan het afronden zijn, en als ze momenteel werkzaam zijn als verpleegkundige of dit ooit in het verleden hebben gedaan. Verpleegkundigen uit alle branches van de gezondheidszorg waren welkom om mee te doen aan de studie.

Er hebben in totaal 1048 verpleegkundigen meegedaan aan het keuze-experiment. Van deze respondenten hebben er 81 live meegewerkt aan de pilotversie van het experiment tijdens het kennisfestival BRUIS van RN2Blend. Met deze resultaten en de feedback van de deelnemers hebben wij de vragenlijst geüpdatet. Hierna hebben 967 verpleegkundigen de definitieve vragenlijst online ingevuld. Elke respondent is gemiddeld 10 à 15 minuten vrijwillig bezig geweest met het invullen van de vragenlijst.

De respondenten kregen twaalf keer een keuze voorgelegd tussen telkens twee denkbeeldige banen, die werden beschreven aan de hand van acht kenmerken. De respondenten konden eventueel ook beide afwijzen. Door het analyseren van de keuzes van deze verpleegkundigen konden we niet alleen zien welke aspecten van belang waren, maar ook hoe belangrijk ze waren ten opzichte van de andere aspecten.

De belangrijkste aspecten waren het salaris en de flexibiliteit waarmee werkroosters worden gemaakt. Daarna volgden de mate van invloed die verpleegkundigen hebben op de gang van zaken in hun organisatie, en de onderlinge betrokkenheid van collega's. Deze vier onderdelen waren voor vrijwel alle respondenten van groot belang.

Bij twee andere aspecten varieerde de zwaarte sterk tussen de respondenten: de voorkeur voor teamgericht werken in plaats van taakgericht werken, en de mate van preventieve en curatieve ondersteuning bij zware fysieke en mentale belasting. Voor veel respondenten was dat even belangrijk als de vier eerste aspecten, terwijl het in de keuzes van anderen slechts een ondergeschikte rol speelde. Tot slot waren er twee aspecten waarover de meningen nog meer verschilden. Veel respondenten wilden zoveel mogelijk patiëntgebonden werk doen, terwijl een substantiële andere groep juist aangaf veel behoefte te hebben aan tijd voor andere werkzaamheden. Hetzelfde gold voor beschikbaarheid van tijd voor professionele ontwikkeling.

CONCLUSIE

Hét effect van gedifferentieerd werken bestaat niet. De gevolgen hangen sterk af van de vormgeving en de context. Onze resultaten laten zien dat het mogelijk is betere resultaten te behalen - betere personeelsplanning, meer patiënttevredenheid, meer werktevredenheid - tegen gelijkblijvende of lagere kosten. Ook dé verpleegkundige bestaat niet. Hoewel een goed salaris en een prettig dienstrooster voor iedereen belangrijk is, verschillen de meningen over bepaalde aspecten van het werk. Sommige verpleegkundigen willen bijvoorbeeld graag sterk betrokken zijn bij het beleid van hun afdeling, terwijl anderen juist liever zoveel mogelijk contact met patiënten willen.

9. Conclusies en discussie

In dit onderzoek hebben we vanuit het perspectief van verpleegkundigen inzicht gegeven in de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep en verpleegkundig werk door middel van de invoering van gedifferentieerd werken. Meebewegend met het veranderende maatschappelijke en professionele debat, eerst door de commotie die ontstond door de voorgenomen wetswijziging om formeel onderscheid te maken tussen verpleegkundige opleidingsniveaus, en kort daarop door de ingrijpende gevolgen van de Covid-19 pandemie, hebben we diepte-inzicht gekregen in hoe verpleegkundigen hun professionele werk en positie vormgeven in de praktijk. We hebben onderzocht wat verpleegkundigen hierin belangrijk vinden en wat nodig is om de verpleegkundige beroepsgroep - en daarmee de verpleegkundige zorg - verder te versterken. De nadruk lag hierbij op gedifferentieerd werken in de ziekenhuiszorg, maar de geleerde lessen zijn breder relevant. In dit slothoofdstuk gaan we in op de centrale bevindingen uit het onderzoek.

Middels het actieonderzoek hebben wij bijgedragen aan een verpleegkundige beweging die vorm geeft aan de toekomst van het verpleegkundig beroep en verpleegkundig werk. We hebben dit gedaan door samen met verpleegkundigen te verkennen waar de mogelijkheden tot verandering liggen. Daarbij hebben we gebruik gemaakt van verschillende kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Het 'hoe', 'wat' en 'waarom' achter gedifferentieerd werken stond vooraf nog niet vast. We hebben in dit rapport laten zien hoe dit invulling heeft gekregen door het organiseren van proeftuinen en landelijke netwerkdagen waarin verpleegkundigen hun plannen deelden en ervaringen uitwisselden. Toen we net onderweg waren met het programma brak de Covid-19 pandemie uit, waardoor verpleegkundigen zich noodgedwongen moesten beperken tot de essentiële patiëntenzorg, als dat al kon. Tegelijkertijd maakte deze crisissituatie het mogelijk om het kennisintensieve en creatieve werk van verpleegkundigen zichtbaar te maken en hier waardering voor te oogsten in de zorginstellingen, de maatschappij en de politiek. Hoewel veel verpleegkundigen teleurgesteld zijn over het achterblijven van bestendige resultaten, zoals meer maatschappelijke waardering en een hoger salaris, hebben de discussies er wel toe geleid dat verpleegkundigen zich meer zijn gaan profileren op het niveau van de organisatie en in het zorgbeleid. Daarnaast zijn de thema's 'zeggenschap' en 'leiderschap' hoger op de agenda komen te staan en verbonden aan de invoering van gedifferentieerd werken. Vanuit het onderzoek hebben we dit nauwgezet kunnen volgen, en waar mogelijk hebben we hieraan bijgedragen.

GELEERDE LESSEN UIT HET ACTIEONDERZOEK

Een belangrijke les uit het onderzoek is dat dé verpleegkundige niet bestaat, en dat het geven van ruimte aan variëteit en gedifferentieerd werken een belangrijke voorwaarde is voor verpleegkundigen om zich te ontwikkelen. Hoewel de nadruk in het publieke debat afgelopen jaren is komen te liggen op een betere positionering en meer zeggenschap, houden sommige verpleegkundigen liever vast aan bestaande rollen en werkzaamheden. Gedifferentieerd werken gaat dan ook verder dan het opleidingsniveau en een vastgesteld pakket van taken en verantwoordelijkheden; het gaat ook over ruimte om op organisatie- en beroepsniveau te kunnen werken en van daaruit aan het verpleegkundig perspectief in de organisatie bij te dragen. Of juist om dat níet te doen en te focussen op het werk 'aan het bed' en dicht bij de patiënt. We hebben gezien dat dit verschil in beroepsopvatting belangrijk is voor verpleegkundigen om het werk als zinvol te ervaren en eigen uitdagingen te definiëren. Maar dus ook dat deze behoeften tegenstrijdig kunnen zijn en als moraliserend worden ervaren wanneer hier een dominante

stempel op wordt gedrukt. Bijvoorbeeld wanneer ‘werken aan het bed’ en ‘dicht bij de patiënt’ het belangrijkste wordt gevonden binnen verpleegkundige teams of aanpalende beroepsgroepen, en het organisatiewerk dat verpleegkundigen verrichten vervolgens als secundair wordt beschouwd (‘geen echt werk’). Op veel plekken, en binnen veel verpleegkundige teams, zijn dit soort tegenstrijdigheden moeilijk bespreekbaar en wordt een ‘stille strijd’ gevoerd die niet productief is. Op andere plekken worden de verschillen tussen verpleegkundigen juist aangemoedigd en is differentiatie een manier om de zorg te verbeteren en verpleegkundigen voor het vak te behouden, zoals in de casus rondom het leiderschap van de verpleegkundig onderzoekers en de verpleegkundig directeuren is gebleken.

Dat gedifferentieerd werken een positieve invloed kan hebben op verpleegkundige beroepsontwikkeling en kwaliteit van zorg hebben we in de verschillende deelstudies aangetoond. Zo heeft het opstellen van nieuwe functieprofielen en het vrijmaken van regie-uren om invulling te geven aan regietaken ervoor gezorgd dat verpleegkundigen tijd, ruimte en legitimiteit kregen en ervoeren om aan te sluiten bij beleids- en besluitvormingsprocessen op verschillende plekken in ziekenhuisorganisaties, en dat zij daar ook invloed konden uitoefenen. Voorbeelden daarvan zijn kwaliteitscommissies, strategiebijeenkomsten en bestuurlijke overleggen. Het inbrengen van een verpleegkundig perspectief op kwaliteitsvraagstukken leidde doorgaans tot een bredere invulling van kwaliteitsbeleid, een betere aansluiting van kwaliteitsmeetinstrumenten bij de dagelijkse zorgpraktijk (bijvoorbeeld de herziening van kwaliteitsindicatoren) en meer ‘eigenaarschap’ over kwaliteit van zorg binnen verpleegkundige teams. Aansluiting van verpleegkundigen bij organisatievraagstukken op afdelingsniveau heeft er daarnaast toe geleid dat zij zelf konden experimenteren met het anders vormgeven van verpleegkundige rollen binnen zorgteams. Ons onderzoek naar de kosteneffectiviteit liet zien dat dit kan leiden tot een efficiëntere organisatie van zorg: even goede gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid, maar met minder werk voor verpleegkundigen. Bij het ontwerpen en evalueren van veranderingen is het wel belangrijk oog te hebben voor de specifieke context waarin die plaatsvinden. Onze resultaten laten niet zien dat gedifferentieerd werken altijd en overal tot meer efficiëntie leidt, maar wel dat er aanzienlijke potentie is voor verbeteringen.

Naast het onderzoeken van de meerwaarde van gedifferentieerd werken voor zeggenschap en kwaliteit van zorg was een belangrijke aanname achter het invoeren van gedifferentieerd werken dat dit de uitstroom van veelal meer ervaren en hoger opgeleide verpleegkundigen zou tegengaan. Om hier inzicht in te krijgen, hebben wij middels de Monitor Verpleegkundige Kwaliteit en een discrete choice experiment onderzoek gedaan naar de preferenties van verpleegkundigen wanneer het gaat om hun baan en naar hun intenties om het vak te verlaten. Deze onderzoeken leverden een gemêleerd perspectief op. Aan de ene kant hebben we moeten concluderen dat de intentie om het vak te verlaten nog niet gedaald lijkt te zijn na de introductie van gedifferentieerd werken. Aan de andere kant kwam duidelijk naar voren dat verpleegkundigen op verschillende manieren in hun werk staan en er dus geen eenduidige en alomvattende oplossing is voor behoud. Waar de een graag meer tijd wil voor beroepsontwikkeling, wil de ander vooral ‘geen gedoe’ en ‘aan het bed’. Eenduidigheid was er wel over het salaris; verpleegkundigen willen meer verdienen voor het werk dat ze doen en dit argument weegt zwaar in het besluit om wel of niet in de zorg te willen blijven werken.

De inrichting van de verpleegkundige werkomgeving, zo laat dit onderzoek zien, is een belangrijke voorwaarde om gedifferentieerd werken mogelijk te maken. Dit betreft zowel het ruimte bieden binnen de organisatie om verschillende taken en rollen te vervullen als het mede vormgeven van die werkomgeving door verpleegkundigen. Verpleegkundigen leggen daarbij de nadruk op het zorgproces zelf en de vertegenwoordiging van de verpleegkundige stem in de bredere organisatie. Voor verpleegkundigen is het belangrijk dat zij vanuit hun kennis en expertise invulling kunnen geven aan het zorgproces. Om dit te kunnen doen, hebben verpleegkundigen een werkomgeving nodig die voorziet in een stevige verpleegkundige visie van waaruit de patiëntenzorg wordt vormgegeven. Ook is een goede samenwerking met artsen noodzakelijk, net als de aanwezigheid van tijd en middelen voor opleiding en ontwikkeling en support van management en bestuur. Ook het team wordt daarbij als belangrijke factor genoemd: de aanwezigheid van voldoende en goed opgeleide collega-verpleegkundigen maakt de kwaliteit van de zorg beter en het werk leuker. Het onderzoek laat zien dat dit het best lukt in ziekenhuizen waarin verpleegkundigen zijn vertegenwoordigd in kwaliteitscommissies, inspraakorganen, het management en andere strategische posities. Op plekken waar dat niet het geval is, hebben verpleegkundigen meer moeite om vorm en inhoud te geven aan hun werk en om hun werkomgeving te organiseren.

Het onderzoek geeft dus een aantal belangrijke handvatten om de rol en positie van verpleegkundigen te verbeteren, en daarmee om verpleegkundigen te behouden voor de zorg. In het verlengde hiervan hebben we dan ook gezien dat het versterken van de invloed van verpleegkundigen door middel van gedifferentieerd werken op brede steun kan rekenen binnen veel ziekenhuisorganisaties, vertegenwoordigende actoren (zoals de brancheverenigingen en beroepsorganisaties) en de overheid (het RN2Blend-programma is een mooi voorbeeld, maar meer recent ook het Landelijk Actieplan Zeggenschap). Tegelijkertijd zien we ook dat geïnstitutionaliseerde structuren in zorgorganisaties, binnen beroepsgroepen en ook binnen de overheid een structurele verandering in de weg staan. Om beter te begrijpen waar deze tegenstrijdigheid vandaan komt, hebben we historische en organisatie-politieke analyses uitgevoerd in de dagelijkse zorgpraktijk en op plekken waar werd ingezet op gedifferentieerd werken.

De historische analyse laat zien hoe huidige discussies over de verpleegkundige professie en gedifferentieerd werken onderdeel zijn van een langere ontwikkeling met betrekking tot de hervorming van het verpleegkundig beroep. Het debat over de 'Wet Big II' is niet los te zien van de invoer van de hbo-v in de jaren '70 of de Witte Woede uit de jaren '80, waarin verpleegkundigen hervormingen in het beroep najoegen en zo streefden naar meer zeggenschap en autonomie. Hierbij werd ook de rol zichtbaar die een deel van de beroepsgroep speelde in het tegenhouden van deze veranderingen, omdat zij van mening was dat een verandering in de beroepsgroep zou leiden tot een achteruitgang in het werk en de positie van een deel van hen. De angst voor onderwaardering en daarmee verlies aan professie enerzijds en de drang naar hervorming anderzijds zijn cruciale inzichten om mee te nemen in de huidige veranderbeweging. Bij gedifferentieerd werken moet aandacht zijn voor de wensen en de werkervaring van alle groepen. De historische analyse onderschrijft verder het belang van de vertegenwoordiging van de verpleegkundige beroepsgroep in alle organisatielagen; de teloorgang van verpleegkundig directeuren met de opkomst van New Public

Management aan het eind van de vorige eeuw heeft geleid tot het niet meer goed meenemen van het verpleegkundig belang en de verpleegkundige expertise in de organisatie. Het onderzoek in de huidige ziekenhuispraktijk laat zien dat dit op sommige plaatsen wordt erkend en dat hier wordt ingezet op het aanstellen van verpleegkundig directeuren, managers en andere verpleegkundige vertegenwoordigers (zoals in adviesraden en onderzoek) om zo de verpleegkundige beroepsgroep over de gehele linie te versterken.

De organisatie-politieke analyse heeft tegelijkertijd laten zien dat het aanstellen van verpleegkundige vertegenwoordigers en het geven van meer ruimte voor de beroepsontwikkeling op zichzelf nog niet voldoende is om de positie en rol van verpleegkundigen te versterken. De proeftuinbenadering is hier een voorbeeld van. Op veel plekken is gedifferentieerd werken vormgegeven in een proeftuinbenadering om zo ruimte te creëren voor experimenteren en leren, en het geleidelijk meenemen van anderen in de nieuwe werkwijze. Het onderzoek laat zien dat experimenteren een vorm van kennisverwerving is waarbij creativiteit en reflectie voorop staan en waarlangs nieuwe vormen van organiseren kunnen ontstaan. Op het gebied van de organisatie van zorg wordt geleerd door te doen. We zagen dat deze meer 'bottom-up-benadering' botst met de evidence-based-benadering die wordt gezien als de gouden standaard in het medisch wetenschappelijk onderzoek, en die door verpleegkundigen is overgenomen in de evidence-based-practice-benadering. Als gevolg hiervan wordt minder waarde gehecht aan de praktische organisatiekennis die wordt opgedaan in de experimenterbenadering. Hierdoor kunnen belangrijke initiatieven om de zorg ook in de toekomst te kunnen blijven organiseren, stagneren. Iets soortgelijks zagen we in de interactie tussen verpleegkundigen, artsen en bestuurders. Geïstitutionaliseerde waarderingspraktijken over aan wie welke kennis en invloed wordt toegekend, zijn moeilijk te veranderen. Ze zitten ingebakken in organisatie- en interactiepatronen en zitten het leiderschap van verpleegkundigen in de weg. Dat geeft discussie over wie waaraan mag meedoen, wie het woord mag voeren en naar welke argumenten wordt geluisterd. Het claimen van 'een plek aan tafel' is niet genoeg, het gaat er ook om de taal van die tafel te leren spreken en argumenten te vertalen naar het debat dat wordt gevoerd, overigens zonder daarbij de eigenheid van de verpleegkunde te verliezen of opzij te schuiven. Het onderzoek laat zien hoe ingewikkeld dit is, maar ook hoe het sommige verpleegkundigen steeds beter lukt een plek te verwerven en verpleegkundige kennis en argumenten in te brengen die onderdeel worden van de besluitvorming in de organisatie. Ook laat het RN2Blend-onderzoeksprogramma zien dat door een dergelijke grote mixed-methods-studie uit te voeren samen met het veld, de positie van het verpleegkundig onderzoek en haar (praktijkgerichte) onderzoeksinfrastructuur direct en duurzaam wordt versterkt.

VERVOLGSTAPPEN

Wat betekenen deze inzichten voor het vervolg? Allereerst is het belangrijk dat beroepsverenigingen, vakbonden en werkgevers meer aandacht krijgen voor de grote variëteit onder verpleegkundigen. Verpleegkundigen 'meer waarderen', een veelgehoorde uitspraak, of 'het geven van meer stem' is op zichzelf niet voldoende, omdat het te weinig tegemoetkomt aan de specifieke en verschillende (historisch gegroeide) wensen die er binnen de beroepsgroep zijn en die elkaar nu veelal tegenwerken. Daarnaast kan niet van verpleegkundigen worden verwacht dat zij een plek aan tafel opeisen, en is 'aan tafel zitten' nog niet hetzelfde als 'meedoen in de besluitvorming'. Het onderzoek onderstreept dat verpleegkundigen laten meedoen in de besluitvorming een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van verpleegkundigen, bestuurders, leidinggevendenden en artsen. Het is van belang dat hier in de opleidingen meer aandacht voor komt en dat verpleegkundigen al vroeg bezig zijn met hun beroepsvorming en leiderschap, zodat zij bekend raken met management- en beleidsvraagstukken en hoe

je je daarin als beroepsbeoefenaar kunt profileren. Hier ligt een belangrijke taak voor het verpleegkundig onderwijs - zowel in het initiële onderwijs als in het onderwijs voor reeds werkzame verpleegkundigen.

Tot slot is het belangrijk dat de sociale beweging die met RN2Blend van de grond is gekomen niet stopt met het einde van het actieprogramma. Het programma heeft veel enthousiasme losgemaakt en een houvast geboden aan verpleegkundigen, waarmee zij in hun ziekenhuis aan de slag kunnen gaan met hun rol en het opnieuw vormgeven van (bepaalde aspecten van) het verpleegkundig werk. Een veranderprogramma biedt hiervoor niet alleen de middelen, maar ook urgentie, commitment en enthousiasme, ook om te leren van elkaar. We raden het nieuwe kabinet, maar ook de V&VN, opleidingen en branches, aan hier vervolgstappen in te zetten. De volgende concrete aanbevelingen helpen bij het geven van richting aan deze stappen.

Aanbevelingen

De belangrijkste conclusie van ons onderzoek is dat dé verpleegkundige niet bestaat en dat de verpleegkundige professie en de zorg juist gebaat zijn bij diversiteit. Verpleegkundigen hebben verschillende wensen, sterke punten en ambities. Hiervoor moet ruimte zijn, juist omdat die diversiteit bijdraagt aan betere en efficiëntere zorg. Hieronder geven we op basis van deze conclusie aanbevelingen voor betrokken stakeholders.

VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

- Blijf investeren in verpleegkundige zeggenschap. Praat mee op de afdeling, in het ziekenhuis en daarbuiten over de uitvoering en organisatie van verpleegkundig werk.
- Verpleegkunde vindt niet alleen plaats ‘aan het bed’. Erken de diversiteit in verpleegkundig werk van collega’s in verschillende rollen—zowel aan het bed als in management, onderzoek, beleid en bestuur.
- Ontwikkel vaardigheden om praktische kennis te vertalen naar organisatie- en beleidsvraagstukken.
- Investeer in leiderschapskwaliteiten.

VOOR BESTUURDERS EN MANAGERS

- Ontwikkel samen met verpleegkundigen een strategie voor de organisatie van verpleegkundige zorg en de verankering van verpleegkundige expertise binnen het ziekenhuis en daarbuiten.
- Koester en ondersteun de diversiteit aan verpleegkundige rollen en maak ruimte om verpleegkundige kennis door de hele organisatie te mobiliseren.
- Zorg voor een opleidingsprogramma waarin verpleegkundigen leiderschaps- en organisatievaardigheden kunnen ontwikkelen en versterk het verpleegkundig netwerk binnen de organisatie.
- Beschouw voorbeelden in detail en in hun context. Gedifferentieerd werken kan bijdragen aan betere en efficiëntere zorg, maar wat op de ene plek succesvol is, kan ergens anders tegenvallen.
- Houd er rekening mee dat het geven van een rol voor verpleegkundigen in het beleid van de organisatie kan botsen met andere gevestigde belangen.
- Ga in gesprek met verpleegkundigen over kwaliteitsverbetering waarbij een middenweg moet worden gevonden tussen externe kwaliteitseisen en kennis van de werkvloer.
- Versterk het verpleegkundig onderzoek binnen de organisatie.

VOOR HET ONDERWIJS

- Ontwikkel zowel voor binnen- als buitenschoolse programma’s onderwijs over het organiseren van zorg en leiderschap.
- Investeer in projectonderwijs waar verpleegkundigen vanuit verschillende opleidingen (MBO, HBO, postacademisch) met elkaar samenwerken en elkaars competenties leren kennen en waarderen.

VOOR DE WETENSCHAP

- Maak binnen de verplegingswetenschappen niet alleen gebruik van inzichten en methoden uit de biomedische wetenschappen, maar ook uit de sociale wetenschappen.
- Zorg ervoor dat binnen verpleegkundige onderzoeksprogramma's meer aandacht komt voor organisatie- en implementatievraagstukken.
- Gegeven het groeiende belang van netwerkzorg: besteed meer aandacht aan de coördinerende rol van verpleegkundigen tussen zorginstellingen en sectoren.
- Neem de bredere socio-historische context waarin de verpleegkunde zich heeft ontwikkeld mee in toekomstig onderzoek naar organisatie van verpleegkundig werk in de ziekenhuiszorg en andere sectoren.

VOOR DE BEROEPSVERENIGING

- Bewaak en verdedig de diversiteit van de professie – zowel aan het bed als aan de vergadertafel.
- Investeer in de monitoring van de kwaliteit van verpleegkundige zorg en de verdere ontwikkeling van verpleegkundige indicatorensets.
- Investeer in een brede kennisinfrastructuur waarin de verpleegkundige professie in al haar facetten wordt gethematiseerd, inclusief organisatievraagstukken.

VOOR DE OVERHEID

- Blijf investeren in programma's met betrekking tot zeggenschap en leiderschap van verpleegkundigen.
- Investeer, via ZonMw of anderszins, in onderzoek naar (de implementatie van) gedifferentieerd werken in andere sectoren dan de ziekenhuiszorg alsmede in de verbindende rol van verpleegkundigen in het kader van de regionalisering van zorg.
- Stimuleer in het kader van IZA aandacht voor de verbindende rol van verpleegkundigen in de regio.

Literatuur

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *Journal of the American Medical Association*. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 290(12), 1617-1623.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., & Busse, R. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observation study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559-568.
- Allen, D. (2014). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. London: Routledge.
- Allen, D., & May, C. (2017). *Organizing practice and practicing organization: an outline of translational mobilization theory*. *Sage Open*, 7(2).
- Avelino, F. (2021). Theories of power and social change. Power contestations and their implications for research on social change and innovation. *Journal of Political Power*, 14, 425-448.
- Ball, J. E. (2020). Care left undone: untold damage. *Journal of Clinical Nursing*, 19/20, 3595-3596.
- Berg, J. M., Dutton, J. E., & Wrzesniewski, A. (2013). Job crafting and meaningful work. In B. J. Dik, Z. S. Byrne, & M. F. Steger (Eds.), *Purpose and meaning in the workplace: American Psychological Association*.
- Boamah, S. A. (2018). Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(1), 9-19.
- Boamah, S. A. (2019). Emergence of informal clinical leadership as a catalyst for improving patient care quality and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 1000-1009.

- Boschma, G., Scaia, M., Bonifacio, M., & Roberts, E. (2008). Oral History Research. In S. B. Lewenson & E. Krohn Herrmann (Eds.), *Capturing Nursing History: A Guide to Historical Methods in Research* (pp. 79-98). New York: Springer Publishing Company.
- Bouckenooghe, D., Devos, G., & Van den Broeck, H. (2009). Organizational Change Questionnaire. Climate of Change, Processes, and Readiness: Development of a new instrument. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 143(6), 559-599.
- Bradbury, H. I., Roth, G., & Gearty, M. (2015). The practice of learning history: Local and open system approaches. In H. Bradbury (Ed.), *The SAGE Handbook of action research* (3rd ed., pp. 17-30). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Bradbury-Jones, C., Sambrook, S., & Irvine, F. (2008). Power and empowerment in nursing: A fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 258-266.
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Flygenring, B. G., & Tryggvadóttir, G. B. (2023). The Relationship of Nursing Teamwork and Job Satisfaction in Hospitals. *SAGE Open Nursing* 15(9).
- Bruyneel, L., Li, B., Aiken, L., Lesaffre, E., van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). A multi-country perspective on nurses' tasks below their skill level: reports from domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 202-209.
- Buchan, J., & Aiken, L. (2008). Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3262-3268.
- Buchanan, D., & Badham, R. (2020). *Power, politics, and organizational change*. New York: SAGE.
- Buljac, M., & Woerkom, v., M. (2018). Improving quality and safety of care in nursing homes by team support for strengths use: A survey study. *PLoS ONE* 13(7).
- Burton, S., Calderon, A., Dutra, A., Escutia, S., Gallegos, A., Perata, S., Villaraigosa, A. (1999). Assembly Bill 394 - Health facilities: nursing staff. California Legislative Information. Retrieved from Bill Text - AB-394 Health facilities: nursing staff. (ca.gov).
- Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathúna, D. P., Schultz, T. J., . . . Vilis, E. (2019). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes (Vol. 23).

- Buurman, B. (2020). *Niet over ons zonder ons*. Utrecht: V&VN
- Callan, V. J., & Dickson, C. (1993). Managerial Coping Strategies during Organizational Change. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 30(4), 47-59.
- Campbell, C. M., Warshawsky, N., Swiger, P. A., Li, P., Olds, D., & Patrician, P. A. (2024). Evolution of an Instrument: Measuring the Nursing Work Environment: A Scoping Review. *Journal of Nursing Measurement*, 32(1), 47-57.
- Carroll, B., Levy, L., & Richmond, D. (2008). Leadership as practice: challenging the competency paradigm.
- Clegg, S. R. (2023). *Frameworks of Power* (2nd ed.). London: SAGE.
- Clegg, S. R., Kornberger, M., & Rhodes, C. (2005). Learning/Becoming/Organizing. *Organization*, 12(2), 147-167.
- Cummings, G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., & Paananen, T. C., G.E. (2021). The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *International Journal of Nursing Studies*, 115.
- Cunha, M. P., & Clegg, S. (2019). Improvisation in the learning organization: a defense of the infra-ordinary. *The Learning Organization*, 26(3), 238-251. doi:10.1108/TLO-07-2018-0126
- Cunha, M. P., Simpson, A. V., Clegg, S. R., & Rego, A. (2019). Speak! Paradoxical Effects of a Managerial Culture of 'Speaking Up'. *British Journal of Management*, 30(4), 829-846.
- Currie, E. J., & Carr Hill, R. A. (2012). What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *Int J Nurs Stud*, 49(9), 1180-1189.
- Currie, G., Finn, R., & Martin, G. (2010). Role Transition and the Interaction of Relational and Social Identity: New Nursing Roles in the English NHS. *Organization Studies*, 31(7), 941-961.
- D'Antonio, P., Connolly, C., Wall, B. M., Whelan, J. C., & Fairman, J. (2010). Histories of nursing: The power and the possibilities. *Nurs Outlook*, 58(4), 207-213.
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud*, 134, 104311.

- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donaldson, L. (2001). *The Contingency Theory of Organizations*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781452229249>
- Ernst, J., & Tatli, A. (2022). Knowledge legitimacy battles in nursing, quality in care, and nursing professionalization. *Journal of Professions and Organization*, 9(2), 188-201.
- Felder, K., Kuijper, S., Allen, D., Bal, R., Wallenburg, I., & RN2Blend consortium. (2024). Job crafting as retention strategy: an ethnographic account of the challenges faced in crafting new nursing roles in care practice. *The International Journal of Health Planning and Management*, 39(3), 722-739.
- Felder, M., Kuijper, S., Lalleman, P., Bal, R., & Wallenburg, I. (2022). The rise of the partisan nurse and the challenge of moving beyond an impasse in the (re)organization of Dutch nursing work. *Journal of Professions and Organization*, 9(1), 20-37.
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1-11.
- Foucault, M. (2003). Power. In P. Rabinow & N. S. Rose (Eds.), *The essential Foucault: Selections from essential works of Foucault, 1954-1984*. New York: New Press.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: OUP Oxford.
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., . . . Group, t. M. C. S. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487.
- Hallam, J. (2002). Vocation to profession. *Journal of Organizational Change Management*, 15(1), 35-47.
- Ivanova, M., & von Scheve, C. (2019). Power through empowerment? The managerial discourse on employee empowerment. *Organization*, 27(6), 777-796.
- Jackson, D. (2022). When niceness becomes toxic, or, how niceness effectively silences nurses and maintains the status quo in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10),

- Karanikola, M. N. K., Albarran, J. W., Drigo, E., Giannakopoulou, M., Kalafati, M., Mpouzika, M., . . . Papathanassoglou, E. D. (2014). Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 472-484.
- Kornberger, M., Clegg, S. R., & Carter, C. (2006). Rethinking the polyphonic organization: Managing as discursive practice. *Scandinavian Journal of Management*, 22(1), 3-30.
- Kuijper, S., Felder, M., Bal, R., & Wallenburg, I. (2022). Assembling care: how nurses organize care in uncharted territory and pandemic times. *Sociology of Health & Illness*, 44(8), 1305-1323.
- Kuijper, S., Felder, M., Clegg, S., Bal, R., & Wallenburg, I. (2024). "We don't experiment with our patients!" An ethnographic account of the epistemic politics of (re)designing nursing work. *Soc Sci Med*, 340, 116482.
- Kuijzer, H. (2022). Verpleeg-sensitieve indicatoren: een brug te ver? . *TVZ Verpleegkundige praktijk en wetenschap*, 132(3).
- Ladkin, D. (2020). *Rethinking leadership. A new look at old questions* (2nd ed.). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Lalleman, P. C. B., Stalpers, D., Goossens, L., Oostveen, v., C., Bal, R., Vermeulen, H., . . . Wallenburg, I. (2020). RN2Blend: meerjarig onderzoek naar gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen. *Verpleegkunde*, 35(1), 4-6.
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y., Noble, D., Norton, C. A., . . . Hickey, N. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Educ Today*, 30(6), 515-520.
- Liou, S. R., Liu, H. C., Tsai, H. M., Tsai, Y. H., Lin, Y. C., Chang, C. H., & Cheng, C. Y. (2016). The development and psychometric testing of a theory-based instrument to evaluate nurses' perception of clinical reasoning competence. *J Adv Nurs*, 72(3), 707-717.
- Martini, D., Noordegraaf, M., Schoonhoven, L., & Lalleman, P. (2023). Leadership moments: Understanding nurse clinician-scientists' leadership as embedded sociohistorical practices. *Nursing Inquiry*, 30(4), e12580.
- Martini, D., Schalkwijk, H., Schoonhoven, L., Noordegraaf, M., & Lalleman, P. (2023). Working on differentiated nursing practices in hospitals: A learning history on enacting new nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.16240>

- McColl, A., Smith, H., White, P., & Field, J. (1998). General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ*, 316(7128), 361-365.
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. V. (2011). Developing Person-Centred Care: Addressing contextual challenges through practice development. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®) OJIN. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).
- Morgan, D., & Zeffane, R. (2003). Employee involvement, organizational change and trust in management. *The International Journal of Human Resource Management*, 14(1), 55-75.
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83-90.
- National Nurses United. Retrieved from <https://www.nationalnursesunited.org/ratios-california-experience>
- Newman, J., & Clarke, J. (2018). The instabilities of expertise: remaking knowledge, power and politics in unsettled times. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 31(1), 40-54.
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (new) forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 187-206.
- Oldenhof, L. (2017). Schaduwen als onderzoeksstrategie: het volgen van zorgmanagers in hun dagelijks werk. *Tijdschrift voor kwalitatief Onderzoek*, 2(22), 39-44.
- Patrician, P. A., Loan, L., McCarthy, M., Brosch, L. R., & Davey, K. S. (2010). Towards evidence-based management: creating an informative database of nursing-sensitive indicators. *J Nurs Scholarsh*, 42(4), 358-366.
- Patrick, A., Laschinger, H. K., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *J Nurs Manag*, 19(4), 449-460.

- Porter-O'Grady, T. (2023). Abandoning Blue-Collar Management: Leading Nursing Professionals Into a New Age for Practice. *Nurs Adm Q*, 47(3), 200-208.
- Raelin, J. A. (2016). It's Not About the Leaders: It's About the Practice of Leadership. *Organizational Dynamics*, 45(2), 124-131.
- Rafferty, A. E., & Griffin, M. A. (2006). Perceptions of organizational change: a stress and coping perspective. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1154-1162.
- Rafferty, A. M. (2018). Nurses as change agents for a better future in health care: the politics of drift and dilution. *Health Economics Policy and Law*, 13(3-4), 475-491.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). Developing and sustaining nursing leadership best practice guideline. Toronto, Ontario.
- Roth, G., & Kleiner, A. (1995). Learning about organizational learning. Creating a learning history: MIT Center for Organizational Learning.
- Rudolph, C. W., Katz, I. M., Lavigne, K. N., & Zacher, H. (2017). Job crafting: A meta-analysis of relationships with individual differences, job characteristics and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 102, 112-138.
- Schalkwijk, H., Felder, K., Lalleman, P., Parry, M. S., Schoonhoven, L., & Wallenburg, I. (2024). Five pathways into one profession: Fifty years of debate on differentiated nursing practice. *Nursing Inquiry*(e12631).
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire: A Cross-National Study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*, 20(4), 227-237.
- Smith, K. M. (2020). Facing history for the future of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1429-1431.

- Spits, J., Schalkwijk, H., Martini, D., van Bokhorst, P., & Lalleman, P. (2024). Niet voor de voeten lopen': gender en verpleegkundig leiderschap in het Sint Radboudziekenhuis 1956-1971. *Verpleegkunde*, 39(2), 49-59.
- Stalpers, D., Tilburgs, B., & van Mol, M. (2022). Take control by letting go? Sustainable employability of nurses in Intensive Care Units. *Nurs Crit Care*, 27(5), 625-627.
- Stalpers, D., Veenstra, M., Lalleman, P., Martini, D., & Schoonhoven, L. (2021). Maken vele handen licht werk? Geleerde lessen uit de eerste COVID-19-golf over verpleegkundige teamsamenstellingen op de Intensive Care. *Gedrag & Organisatie*, 34(3), 356-381.
- Thorne, S. (2022). Creeping toward the policy table. *Nursing Inquiry*, 29(3), e12510.
- Tims, M., Bakker, A. B., & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80(1), 173-186.
- Tobbell, D. A. (2022). *Dr. nurse: Science, politics, and the transformation of American nursing*. Chicago University of Chicago Press.
- Tosh, J. (2019). *Why history matters* (2nd ed.). London: Red Globe Press.
- van der Peet, R. (2021). Van verpleegster tot verpleegkundige: Honderd jaar wet- en regelgeving in de verpleging 1921 - 2021.
- van Kraaij, J., Lalleman, P., Walraven, A., van Oostveen, C., & Consortium, R. B. (2022). Differentiated nursing practice as a catalyst for transformations in nursing. A multiphase qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 165-175.
- van Kraaij, J., Veenstra, M., Stalpers, D., Schoonhoven, L., Vermeulen, H., & van Oostveen, C. (2023). Uniformity along the way: A scoping review on characteristics of nurse education programs worldwide. *Nurse Education Today*, 120.
- van Schothorst, J., Weggelaar, A. M., de Bont, A., & Wallenburg, I. (2020). The balancing act of organizing professionals and managers: An ethnographic account of nursing role development and unfolding nurse-manager relationships. *Journal of Professions and Organisation*, 7(3), 283-299.

- van Schothorst, J., Weggelaar-Jansen, A. M., Hilders, C., de Bont, A., & Wallenburg, I. (2021). Nurses in the lead: a qualitative study on the development of distinct nursing roles in daily nursing practice. *BMC Nursing*, 20(97).
- VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Boal, A. S., Velji, K., . . . Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 25(2), 26-37.
- Verhoeven, A., Marres, H., van de Loo, E., & Lalleman, P. (2024). Board talk: How members of executive hospital boards influence the positioning of nursing in crisis through talk. *Nursing Inquiry*, 31(2), e12618.
- Verhoeven, A., Van de Loo, E., Marres, H., & Lalleman, P. (2024). Nurses' relational leadership struggles on positioning in strategic hospital crisis management: a qualitative-interpretive study. *Journal of Nursing Management*, Accepted for publication.
- Wan, Q., Li, Z., Zhou, W., & Shang, S. (2018). Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *J Adv Nurs*, 74(6), 1332-1341.
- Wanberg, C. R., & Banas, J. T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 132-142.
- Weenink, J. W., Tresfon, J., van de Voort, I., van Muijden, T., Hamming, J., & Bal, R. (2023). Room for resilience: a qualitative study about accountability mechanisms in the relation between work-as-done (WAD) and work-as-imagined (WAI) in hospitals. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 1048.
- WHO. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization.
- Wrzesniewski, A., Berg, J. M., & Dutton, J. E. (2010). Managing yourself: Turn the job you have into the job you want. *Harvard Business Review* 88(6), 114-117.

RN2 BLEND

DE KRACHT VAN VERSCHIL

Eindrapportage van RN2Blend, een actieonderzoek naar gedifferentieerd werken in de verpleegkunde

DEELNEMENDE INSTITUTEN

Radboudumc, UMC Utrecht, Erasmus School of Health Policy & Management, Fontys Hogeschool, Spaarne Gasthuis, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

AUTEURS

Pieterbas Lalleman, Martijn Felder, Dewi Stalpers, Catharina van Oostveen, Iris Wallenburg, Lucas Goossens, Jet Spits, Dieke Martini, Hugo Schalkwijk, Syb Kuijper, Julia van Kraaij, Nienke Miedema, Roland Bal, Lisette Schoonhoven en Hester Vermeulen.