



PRISMANT



**Arbeidsmarktonderzoek
toekomstbestendige
beroepen in de
verpleging en verzorging
-
Hoofdrapport**

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

Datum 10-01-2019



Titel Arbeidsmarktonderzoek toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging

Datum 10-01-2019

Verantwoordelijke Prismant Francisca van der Velde

Contactgegevens Prismant Van Deventerlaan 30-40
3528 AE Utrecht

© Copyright Prismant 2019

® Prismant is een wettig gedeponeed dienst-en warenmerk

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	5
1. Inleiding, doel en onderzoeksvragen	5
2. Samenvatting resultaten.....	8
3. Aanbevelingen	16
1. Inleiding	21
2. Doel, onderzoeksvragen en methodiek	23
2.1. Doel van het onderzoek	23
2.2. Drie invalshoeken	23
2.3. Scenario's	24
2.4. Onderzoeksvragen	25
2.5. Onderzoeksfasen en onderzoeksmethodieken.....	26
3. Uitgangssituatie	31
3.1. Het advies 'Toekomstbestendige beroepen'	31
3.2. Overgangsregeling.....	32
3.3. De stand van zaken.....	34
3.4. Verwachtingen en activiteiten van werkgevers	36
3.5. De nieuwe beroepsprofielen en verwachtingen van verpleegkundigen.....	39
3.6. De huidige arbeidsmarkt	41
4. Drie scenario's	47
4.1. Het mensscenario	47
4.2. Het zorgscenario	56
4.2.1. Een korte beschrijving van het scenario zorg	56
4.3. Het middelenscenario	61
4.4. Een overzicht van de drie scenario's	64
5. Confrontatie tussen de scenario's en mogelijke effecten	67
5.1. Confrontatie mensscenario en zorgscenario	67
5.2. Impact van tekorten op de functiemix	69
5.3. Verwachte effecten van de nieuwe beroepsprofielen.....	73
5.4. Implementatie	79
5.5. Aandachtspunten en aanbevelingen	80





SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

1. Inleiding, doel en onderzoeksvragen

In 2015 is het advies 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' uitgebracht en is het eindrapport van de commissie Terpstra II aangeboden aan de minister van VWS. In dit advies is een duidelijk onderscheid gemaakt in drie beroepsprofielen: 'Regieverpleegkundige' (hbo-verpleegkundige), 'Verpleegkundige' (mbo-verpleegkundige) en 'Verzorgende IG' (verzorgende).

De nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen brengen een wijziging in de wet BIG met zich mee. Er komt een apart register voor verpleegkundigen en regieverpleegkundigen. Voor de huidige groep verpleegkundigen wordt een overgangsregeling ingesteld. De nieuwe beroepsprofielen moeten verder uitgewerkt worden in functieprofielen, die per branche en per organisatie kunnen verschillen. Duidelijk is wel dat de directe patiëntenzorg over het algemeen een belangrijke taak in het pakket van zowel verpleegkundigen als regieverpleegkundigen is en blijft. Voor de regieverpleegkundige komen er daarnaast taken bij. Deze liggen onder andere op het terrein van het coachen van collega's; bijdragen aan kwaliteitsverbetering; evidence based practice, bijdragen aan of initiëren van onderzoek, innovatie en professionaliseren van de werkomgeving en klinisch redeneren.

De invoering van de nieuwe beroepsprofielen zal effect hebben op de arbeidsmarkt van de drie genoemde beroepsgroepen. Om eventueel te kunnen anticiperen op deze effecten wil de regiegroep 'Vervolg beroepsprofielen' graag inzicht in deze effecten. De regiegroep heeft daarom aan Prismant de opdracht gegeven tot een arbeidsmarktonderzoek.

Doel van het onderzoek

Het doel van het arbeidsmarktonderzoek is inzicht te krijgen in de impact van de invoering van het advies 'Toekomstbestendige beroepen' op de arbeidsmarkt van de drie genoemde beroepsgroepen, zodat betrokken partijen kunnen anticiperen op de effecten van deze implementatie. Het arbeidsmarktonderzoek richt zich op de UMC's, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, Verpleeg- en verzorgingshuizen, Thuiszorg (Verpleging en verzorging) en Gehandicaptenzorg. Bij de impact van het advies op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden gaat het vooral om het in kaart brengen van de effecten op vraag en aanbod van verzorgenden, verpleegkundigen en regieverpleegkundigen en de eventuele resulterende tekorten en overschotten aan deze professionals. Daarnaast is van belang zicht te krijgen op de effecten voor scholings- en salariskosten, en andere mogelijke positieve en negatieve effecten die zich voor kunnen doen. De impact van het advies is onderzocht vanuit drie verschillende invalshoeken.



Drie invalshoeken

In het arbeidsmarktonderzoek is vanuit drie verschillende invalshoeken gekeken naar de impact van de nieuwe beroepsprofielen op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden.

Deze invalshoeken bepalen de toekomstige functiemix:

- Zorg. Het leidende principe is hier de zorg: een analyse van de zorgvraag en de wijze waarop de zorg georganiseerd zal worden (zonder budgettaire beperkingen) bepaalt de gewenste functiemix.
- Mensen. De diploma's, competenties, loopbaanwensen en scholingspotentieel bepalen de functiemix. Ook deze invalshoek is zonder budgettaire beperkingen. Deze invalshoek maakt inzichtelijk wat de ambities en het ontwikkelingspotentieel is van de huidige werknemerspopulatie (vanuit zowel het gezichtspunt van werknemers als van werkgevers).
- Middelen. Beschikbare middelen (zowel geld als mensen) bepalen en begrenzen de functiemix.

Voor elk van deze drie invalshoeken is een scenario opgesteld. De scenario's bestaan uit de volgende onderdelen: een korte beschrijving van het scenario; de functiemix in dit scenario; tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt bij dit scenario en de bijbehorende scholingskosten en salariskosten. De mogelijke positieve of negatieve neveneffecten die vanuit elke invalshoek in kaart zijn gebracht worden apart van de scenario's gepresenteerd. Het samenbrengen van de invalshoeken en de scenario's moet zicht bieden op de verwachte balans tussen de drie invalshoeken: waar bevindt het uiteindelijke speelveld zich.

Scenario's

Net als bij andere toekomstverkenningen en arbeidsmarktprognoses gaat het in dit onderzoek om het verkennen van mogelijke ontwikkelingen. Daarom wordt gewerkt met scenario's. De scenario's waarmee gewerkt wordt zijn gevuld op basis van nu beschikbare informatie, aangevuld met zo goed mogelijk onderbouwde aannames. De informatie voor de onderbouwing van deze aannames is verzameld middels deskresearch, vragenlijstonderzoek, interviews en focusgroepbijeenkomsten. Belangrijke kanttekening is dat op dit moment de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen nog in de beginfase is en veel zaken nog uitgewerkt moeten worden. Hierdoor kunnen er verschuivingen plaatsvinden in de visies en inschattingen van de betrokkenen. De scenario's vormen dan ook geen harde prognoses maar een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. Dit neemt niet weg dat het wel mogelijk is om op basis van de verschillende invalshoeken en scenario's uitspraken te doen over de richting van de effecten en een indicatie van de grenzen waarbinnen de impact zal komen te vallen. Deze leveren aandachtspunten op voor de verdere implementatie en beleid ten aanzien van deze implementatie.

Onderzoeksvragen

De kernvragen voor het onderzoek naar de *impact van de invoering van de nieuwe beroepsprofielen vanuit drie invalshoeken* zijn als volgt:

1. Hoe ziet de mogelijke toekomstige functiemix per branche er uit, uitgaande van de huidige situatie en drie invalshoeken gebaseerd op verschillende leidende principes:
 - a. Zorgvraag en de organisatie van zorg (zorg leidend/zorginvalshoek).
 - b. Wensen en competenties van medewerkers (mensen leidend).



- c. Beschikbare mensen en middelen (middelen leidend).
2. Wat betekent (voor de genoemde branches) elk van de invalshoeken voor:
 - a. Scholingskosten en salariskosten;
 - b. Tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt per beroep;
 - c. Andere mogelijke effecten (zowel positief als negatief) voor elk van de andere leidende principes (zorg, mensen, middelen);
3. Wat zijn de mogelijke effecten van tekorten op de arbeidsmarkt op
 - a. Afwegingen van werkgevers t.a.v. de functiemix;
 - b. De mogelijke neveneffecten van de verschillende invalshoeken;
 - c. De implementatie van de nieuwe beroepsprofielen.

Om de kernvragen te kunnen beantwoorden en de scenario's op te kunnen stellen moet de nodige informatie worden opgehaald bij een diversiteit aan partijen. Ten behoeve daarvan zijn meer concrete onderzoeksvragen opgesteld:

Vragen over de huidige personele samenstelling:

1. Welke relevante diploma's hebben verzorgenden en verpleegkundigen behaald, gesplitst naar branche? Het gaat hier om het initiële beroepsdiploma en aanvullende diploma's met een (potentieel) civiel effect (diploma's die toegang geven tot een bepaald beroep).
2. Wat is de huidige verdeling in functieniveaus van het verpleegkundig en verzorgend personeel, per branche (UMC's, ziekenhuizen, GGZ, GHZ, V&V, TZ)?
3. Wat is de huidige verdeling in termen van algemene en erkende gespecialiseerde functies, per branche (indien relevant)?

Vragen over (op)scholing:

4. Welke wens en behoefte is er bij verzorgenden, mbo- verpleegkundigen en hbo- verpleegkundigen voor verdere scholing, in het bijzonder voor opscholing (van VIG-3 naar Verpleegkundige-4 en Verpleegkundige 6) en het behalen van aanvullende diploma's, eveneens gesplitst naar branche?
5. Hoe groot is dit opscholingspotentieel (van VIG-3 naar Verpleegkundige-4 en Verpleegkundige 6) volgens werkgevers?

Vraag over de huidige stand van zaken t.a.v. implementatie van de nieuwe beroepsprofielen:

6. Welk deel van de organisaties in elke branche is inmiddels gestart met de introductie van een nieuwe functiemix (de mix van VIG'ers, verpleegkundige, regieverpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen)?

Omdat de nieuwe beroepsprofielen vooral veranderingen teweeg zullen brengen in de verpleegkundige beroepen, zal de focus bij het in kaart brengen van mogelijke effecten van de nieuwe beroepsprofielen liggen op effecten die voortkomen uit de veranderingen voor deze beroepsgroep.

Het arbeidsmarktonderzoek is uitgevoerd in de periode februari – december 2018. Om de gestelde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is informatie verzameld via literatuuronderzoek, vragenlijsten onder verzorgenden, verpleegkundigen en werkgevers, interviews met verschillende partijen en focusgroepbijeenkomsten en is een arbeidsmarktraming (vraag-aanbodraming) opgesteld.



2. Samenvatting resultaten

Stand van zaken: implementatie van het advies

De implementatie van de nieuwe beroepsprofielen staat nog aan het begin. De dynamiek en stand van zaken hieromtrent verschilt behoorlijk. Een deel van de zorginstellingen is inmiddels bezig met de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen. Dat geldt echter nog lang niet voor alle organisaties. In de zomer van 2017 had iets meer dan de helft van de werkgevers (nog) geen voorbereidingen getroffen voor het onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen, of aangaf dat dat voor hen niet van toepassing was. In het voorjaar van 2018 heeft een beperkt aantal werkgevers een vragenlijst naar de nieuwe beroepsprofielen ingevuld. De uitkomsten daarvan duiden er niet op dat er veel meer werkgevers aan de slag zijn gegaan met de implementatie.

Al met al is er dus wel een begin gemaakt met de implementatie, maar is deze nog volop in ontwikkeling. De stand van zaken en dynamiek verschilt zowel tussen de verschillende branches als binnen de branches.

- Binnen de ziekenhuizen en de UMC's leeft het advies. Er zijn proeftuinen gestart of ze staan op het punt te starten. Binnen die proeftuinen (maar ook daarbuiten) is men gestart met het invoeren van functiedifferentiatie tussen regieverpleegkundigen en verpleegkundigen. Binnen deze branches wordt ook vaak aan mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen de mogelijkheid geboden om een verkort hbo-v traject te volgen.
- Binnen de GGZ lijkt de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen (nog) niet structureel te worden opgepakt. Er lijkt ook verschillend te worden gedacht over de vraag in hoeverre de nieuwe beroepsprofielen goed aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Voor deze branche is duidelijkheid omtrent de positie van de spv'er gewenst.
- In de thuiszorg (wijkverpleging en persoonlijke verzorging) is een aantal jaar geleden al functiedifferentiatie tussen mbo- en hbo- verpleegkundigen ingevoerd. Het algemene beeld is dat het beroepsprofiel van de regieverpleegkundige goed aansluit bij de functie van de wijkverpleegkundige (hbo-verpleegkundige in de thuiszorg).
- Binnen de verpleeghuizen lijkt het onderwerp minder te leven, dan wel nog aan het begin van de implementatie te staan. De behoefte aan regieverpleegkundigen neemt toe maar blijft relatief klein. Vraagstuk voor deze branche is hoe de functie zodanig in te richten dat er voldoende uitdaging in zit en mensen ook behouden blijven.
- Ook in de gehandicaptenzorg lijken de nieuwe beroepsprofielen niet zo sterk te leven. In zijn totaliteit is de behoefte aan regieverpleegkundigen binnen deze branche vrij klein. Bovendien speelt in deze branche het vraagstuk hoe men überhaupt verpleegkundigen aan zich kan binden.

Ook een kwart van de verpleegkundigen (24%) was in het voorjaar van 2018 (nog) niet op de hoogte van het advies over de nieuwe beroepsprofielen, ruim de helft was er enigszins bekend mee (59%) en slechts twee op de 10 verpleegkundigen (18%) gaf aan goed op de hoogte te zijn. Gevraagd naar hoe verpleegkundigen tegenover het advies staan, dan blijkt een groot deel daar neutraal in te staan. Ruim een kwart van de verpleegkundigen geeft echter aan het geen positieve ontwikkeling te vinden. Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (53%) verwacht dat hun huidige functie niet zal veranderen door de invoering van de nieuwe beroepsprofielen. Ruim een vijfde (22%) van de mbo-opgeleiden verwacht dat de huidige functie minder leuk zal worden, bij de inservice-opgeleiden is dit 14% en bij de hbo-opgeleiden 5%. Degenen met een



hbo-diploma verwachten het vaakst dat hun functie leuker zal worden, namelijk 18%. Kanttekening bij deze uitkomsten is wel dat een groot deel verpleegkundigen niet of slechts ten dele op de hoogte is van het advies. Naarmate verpleegkundigen beter op de hoogte zijn van de nieuwe beroepsprofielen veranderen de uitkomsten.

In elke branche zijn er organisaties die aan de slag zijn gegaan met de implementatie. Er blijkt echter op diverse terreinen nog onduidelijkheid te bestaan. Een punt waar nog geen duidelijkheid over bestaat is de overgangsregeling voor verpleegkundigen. Duidelijk is dat hbo-verpleegkundigen zich in eerste instantie in kunnen schrijven in het register voor regieverpleegkundigen. Verpleegkundigen met een initieel mbo- of inservice-diploma zonder aanvullende scholing kunnen dat (hoogstwaarschijnlijk) niet. De onduidelijkheid zit vooral rondom de groep die niet over het hbo-diploma beschikt maar wel aanvullende scholing heeft gevolgd. Er is nog geen uitspraak gedaan of en welke aanvullende scholing wat betreft inhoud en niveau gelijkgesteld wordt aan het hbo-diploma en daarmee recht geeft op inschrijving in het register van regieverpleegkundigen. Dat werkt voor werkgevers belemmerend bij de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen en zorgt voor aanhoudende onrust onder de beroepsgroep.

Een tweede punt dat nog verder uitgewerkt moet worden is de vertaling van de beroepsprofielen naar de praktijk. De beroepsprofielen zijn sector breed opgesteld en moeten worden vertaald naar functieprofielen voor organisaties. Een (groot) deel van de organisaties heeft dat echter nog niet gedaan. Voor deze organisaties is nog niet duidelijk hoe het er straks uit gaat zien en welke beroepsgroep nu precies wat gaat doen. Dat leidt er ook toe dat een (groot) deel van de organisaties nog geen beeld heeft van de gewenste toekomstige functiemix. Echter, ook organisaties die daar wel een beeld van hebben geven aan dat er pas een duidelijk beeld zal ontstaan van de gewenste nieuwe functiemix nadat men ervaring heeft opgedaan met de nieuwe beroepen. Hierbij speelt ook mee dat er nog geen duidelijkheid is over de opbrengsten. De verwachting is dat de salariskosten zullen stijgen omdat het aandeel hbo-verpleegkundigen zal stijgen en er meer verpleegkundigen in een hbo-schaal worden ingeschaald. Daar staan verwachte opbrengsten op het gebied van kwaliteit van zorg tegenover, wat tot verlaging van de kosten kan leiden. Wellicht kan de inzet van regieverpleegkundigen op verschillende plekken ook leiden tot efficiencywinst. Duidelijkheid over deze verwachte opbrengsten ontbreekt echter nog. Als blijkt dat de kosten wel verhoogd worden maar er geen navenante opbrengsten tegenover staan, zal ook opnieuw naar de gewenste functiemix worden gekeken.

De huidige beroepsgroep

Om de effecten van de nieuwe beroepsprofielen op de arbeidsmarkt van verzorgenden en verpleegkundigen in kaart te brengen is het van belang eerst de huidige situatie in kaart te brengen: het huidige aantal verzorgenden en verpleegkundigen en de diploma's die zij behaald hebben. In totaal zijn er bijna 170.000 verpleegkundigen en ruim 157.000 verzorgenden werkzaam in de sector Zorg en Welzijn. Van de verpleegkundigen heeft 32% een initieel mbo-diploma, 39% een diploma van een inservice-opleiding en 29% een hbo-diploma.



Voor verpleegkundigen is de branche ziekenhuizen de grootste werkgever, gevolgd door de V&V en de Thuiszorg. Zowel binnen de ziekenhuizen als de thuiszorg is meer dan een vijfde van de werknemers een verpleegkundige. Hoewel in enkele branches sprake is van duidelijk gedefinieerde hbo-functies, is dat lang niet in alle branches het geval. Als we naar het niveau van de functies kijken, valt op dat er een discrepantie is tussen hoe verpleegkundigen zelf het niveau van de functie inschatten en de formele eisen die aan de functie gesteld worden en/of de inschaling van de functie. Voor meer dan de helft van de functies die verpleegkundigen zelf als hbo-niveau kwalificeren, wordt het hbo-diploma niet als eis gesteld.

Ruim vier op de tien verpleegkundigen (42%) beschikt naast het initiële diploma ook over een gespecialiseerd diploma. Het gaat dan vooral om verpleegkundigen die werkzaam zijn in een ziekenhuis of UMC. Voor de verpleegkundigen met een gespecialiseerd diploma is de invulling van de overgangsregeling van belang. Indien er een ruime overgangsregeling wordt opgesteld zal een deel van deze gespecialiseerd verpleegkundigen ook zonder een hbo-diploma aanspraak kunnen maken op inschrijving in het register van regieverpleegkundige. Naar alle waarschijnlijkheid zal dit niet voor alle specialisaties gaan gelden. Als we kijken naar het aandeel verpleegkundigen dat over een diploma beschikt waarvan nu onderzocht wordt of het wat betreft niveau en inhoud gelijk gesteld kan worden aan een hbo-diploma, dan beschikt ruim een kwart van de verpleegkundigen (27%) over een dergelijk diploma.

Voor verzorgenden is de branche VVT de belangrijkste werkgever. Binnen de verpleeghuiszorg is ruim een derde van de werknemers verzorgende, in de thuiszorg (wijkverpleging en persoonlijke verzorging) is dat iets minder dan de helft. Bijna 80% van de verzorgenden beschikt over een diploma dat gelijkgesteld kan worden met het huidige diploma Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG). Naast een initieel diploma beschikt 8% van de verzorgenden ook over een gespecialiseerd diploma. Het gaat dan vooral om een specialisatie in de psychogeriatric (62%).

Ambities en potentieel van de huidige groep verpleegkundigen en verzorgenden

Als we kijken naar de totale groep verpleegkundigen, dan geeft 38% aan de functie van regieverpleegkundige te ambiëren, 31% de functie van verpleegkundige en eveneens 31% geeft geen duidelijke voorkeur aan of weet het nog niet. De overige 5% geeft aan een geheel andere functie te ambiëren. Dat een groot deel geen duidelijke voorkeur aangeeft zal er wellicht mee te maken hebben dat een groot deel niet, of slechts enigszins, bekend is met het advies over de nieuwe beroepsprofielen.

Van de groep die wel de functie van regieverpleegkundige ambieert maar niet over het hbo-diploma beschikt, geeft 70% aan bereid te zijn tot het volgen van de verkorte hbo-v. Van de verzorgenden geeft 20% aan de wens te hebben om in de komende vijf jaar de (verkorte) mbo-opleiding tot verpleegkundige te volgen. Dat is per jaar 4% van de totale groep verzorgenden.

(Op)scholing is een belangrijk aspect bij de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen en bij het vervullen van de ambities van verpleegkundigen en verzorgenden. De randvoorwaarden bij



(op)scholing zijn tweeledig; enerzijds moeten organisaties een heldere visie hebben op de gewenste toekomstige personeelsmix en hoe zich dat verhoudt tot de huidige situatie, om de opscholingsbehoefte te bepalen. Anderzijds moeten werknemers zoveel mogelijk gefaciliteerd worden in hun ambitie, waarbij assessments belangrijke instrumenten kunnen zijn. De vormgeving van scholingstrajecten, verwachtingsmanagement over de aard daarvan, passende vergoedingen en flexibiliteit en het bieden van voldoende begeleiding en ruimte (zeker met het oog op de belangrijke balans werk-privé) zijn daarbij de belangrijkste randvoorwaarden.

Uit zowel interviews als focusgroepen blijkt dat de opscholingsambitie en -potentie van werknemers niet altijd even goed matchen. Tijdens assessments en opleidingstrajecten valt een aanzienlijk deel van de mbo-verpleegkundigen af. De inschatting op basis van interviews en focusgroepen is dat ongeveer de helft van mbo-verpleegkundigen met de ambitie om de hbo-v te volgen, ook de potentie heeft om deze af te ronden. Gecombineerd met de ambitie zoals verpleegkundigen die zelf aangeven in de vragenlijst, leidt dit tot een inschatting dat circa 10% van de huidige groep mbo-verpleegkundigen in de komende jaren de hbo-v kwalificatie zal behalen. Ook voor de verzorgenden geldt dat de wens tot opscholing niet altijd matcht met de potentie. De huidige praktijk is over het algemeen dat scholingswensen van verzorgenden worden gehonoreerd, mits men de potentie heeft. De afgelopen jaren heeft dat geleid tot een jaarlijkse opscholing van circa 1% van de beroepsgroep. Dat is een stuk lager dan een jaarlijkse opscholing van 4% zoals die uit de wensen van verzorgenden naar voren komt.

Toekomstige zorgvraag en effect op functiemix

Een van de belangrijkste overwegingen om nieuwe beroepsprofielen op te stellen zijn de veranderingen in de zorg en de zorgvraag en de aansluiting van de beroepsprofielen daar op. Als we kijken naar de belangrijkste ontwikkelingen voor de zorg(vraag) van de toekomst, dan zijn deze te vatten in vier thema's. Demografie en epidemiologie zeggen vooral iets over de omvang van de zorgvraag. De verwachting is dat, door het fenomeen dubbele vergrijzing, de zorgvraag van ouderen enorm zal toenemen. Deze zal ook vaker complex en domein overstijgend zijn. De invloed van technologie en innovatie is meer ambigu. Deze kan leiden tot zowel toe- als afname van de zorgvraag. Beleid en organisatie van de zorg ligt voornamelijk ten grondslag aan verschuivingen in waar de zorgvraag beantwoord wordt. Er wordt sterk ingezet in zorg op de juiste plek, wat betekent dichterbij of zelfs in huis. Op het niveau van branches hebben ontwikkelingen in de zorg in verschillende mate effect. In alle branches is echter sprake van een toenemende complexiteit van de zorgvraag. Deze toenemende complexiteit leidt ertoe dat er steeds meer vraag is naar hoger opgeleide werknemers.

Drie scenario's

Zoals vermeld wordt in dit arbeidsmarktonderzoek vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar de vraag wat het effect is van het advies over de nieuwe beroepsprofielen op de arbeidsmarkt van verzorgenden en verpleegkundigen. Voor elke invalshoek is een scenario opgesteld. Zoals hierboven al is beschreven gaat het bij de scenario's niet om harde prognoses, maar om een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. De scenario's zijn gevuld op basis van nu beschikbare informatie, aangevuld met zo goed mogelijk onderbouwde aannames.



De uitgangssituatie (nul-situatie) is voor alle drie scenario's gelijk. Het uitgangspunt is hier de huidige mix van relevante diploma's. De functiemix is dan sector breed 50% verzorgenden; 35% mbo/in-service verpleegkundigen; 16% hbo verpleegkundigen. De drie scenario's zijn hieronder samengevat.

Scenario mens

De invalshoek is hier de mens: de diploma's, competenties, loopbaanwensen en scholingspotentieel bepalen de functiemix. Deze invalshoek is zonder budgettaire beperkingen. De functiemix in deze invalshoek is gebaseerd op nu beschikbare informatie en aannames rondom de ambities en het ontwikkelingspotentieel van de huidige werknemerspopulatie (vanuit zowel het gezichtspunt van werknemers als van werkgevers). Bij deze invalshoek hoort het mensscenario, waarvan twee versies zijn gemaakt. Een scenario waarbij wordt uitgegaan van een smalle overgangsregeling (alleen een hbo-diploma geeft recht op inschrijving in het register van regieverpleegkundige) en een scenario waarbij wordt uitgegaan van een brede overgangsregeling (zowel een hbo-diploma als het diploma van een gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding geeft recht op inschrijving in het register van regieverpleegkundige). In feite zijn dit twee uitersten, waarbinnen de uiteindelijke overgangsregeling (waarschijnlijk) komt te vallen. Het scenario bij een smalle overgangsregeling ziet er in het kort zo uit:

- Toekomstige functiemix: 48% verzorgenden; 36% verpleegkundigen; 16% regieverpleegkundigen.
- Scholingskosten: ca. 466 miljoen totaal; 117 miljoen per jaar; 1,2% tot 3,4% van de loonsom van verpleegkundigen
- Salariskosten: een toename van 1,1% tot 2,1% ten opzichte van de huidige salariskosten van verpleegkundigen
- Geraamde tekorten op de arbeidsmarkt: een tekort van 7.800 verzorgenden; 12.050 verpleegkundigen en 14.250 regieverpleegkundigen

Het scenario bij een brede overgangsregeling ziet er zo uit:

- Toekomstige functiemix: 48% verzorgenden; 32% verpleegkundigen; 20% regieverpleegkundigen.
- Scholingskosten: ca. 329 miljoen totaal; 82 miljoen per jaar; 0,6% tot 2,9% van de loonsom van verpleegkundigen.
- Salariskosten: toename 1,2% tot 2,1% ten opzichte van de huidige salariskosten van verpleegkundigen.
- Geraamde tekorten op de arbeidsmarkt: een tekort van 7.800 verzorgenden; 17.500 verpleegkundigen en 8.800 regieverpleegkundigen.

Scenario zorg

De zorg invalshoek. Het leidende principe is hier de zorg: de functiemix in deze invalshoek is gebaseerd op nu beschikbare informatie en ideeën over de zorgvraag, de wijze waarop de zorg georganiseerd zal worden en de functiemix die daarvoor nodig is (zonder budgettaire beperkingen). In het kort ziet dat scenario er zo uit:

- Toekomstige functiemix: (uitgaande van gelijkblijvende personele volumes): 38% verzorgenden, 36% verpleegkundigen en 25% regieverpleegkundigen.
- Scholingskosten:
 - ca. € 576 totaal, 144 miljoen per jaar, 0,5% tot 5,1% van de loonsom van verpleegkundigen bij een smalle overgangsregeling;



- ca. € 400 totaal, 100 miljoen per jaar, 0,5% tot 4,5% van de loonsom van verpleegkundigen bij een brede overgangsregeling.
- Salariskosten: toename 2,4% tot 5,8% ten opzichte van de huidige salariskosten van verpleegkundigen.
- Geraamde tekorten op de arbeidsmarkt: een tekort van 5.450 verzorgenden; 10.100 verpleegkundigen en 17.950 regieverpleegkundigen.

Scenario middelen

Beschikbare middelen (zowel geld als mensen) bepalen en begrenzen de functiemix. Voor de financiële middelen geldt vooral dat het de functiemix begrenst of kan begrenzen. Voor de personele middelen (de mensen zelf) geldt wel dat die bepalend kunnen zijn voor de functiemix. Het gaat dan vooral om de vraag hoeveel mensen met welke kwalificatie er straks naar verwachting beschikbaar zullen zijn op de arbeidsmarkt. Dit scenario ziet er als volgt uit:

- Toekomstige functiemix: 51% verzorgenden; 33% mbo/in-service verpleegkundigen; 16% hbo verpleegkundigen.
- Scholingskosten zijn te dragen mits voldoende subsidiemogelijkheden.
- Toename salariskosten alleen reëel als er voldoende opbrengsten tegenover staan (of vergoedingen meestijgen).
- Geraamde tekorten op de arbeidsmarkt: een tekort van 7.850 verzorgenden; 12.250 verpleegkundigen en 13.200 regieverpleegkundigen.

Bij bovenstaande moet wel een kanttekening geplaatst worden; bij de functiemix in het mensenscenario is gekeken naar de wensen van de huidige groep verpleegkundigen en verzorgenden. Bij de functiemix in het zorgscenario en het middelenscenario is gekeken naar de toekomstige vraag (zorgscenario) dan wel de toekomstige aantallen op de arbeidsmarkt (middelenscenario). Een vergelijking tussen de functiemixen in beide scenario's zegt dus nog niets over een mogelijke discrepantie tussen de functiemixen.

Mogelijke neveneffecten vanuit de verschillende invalshoeken

Er is vanuit de verschillende invalshoeken gekeken naar de mogelijke neveneffecten van de invoering van de nieuwe beroepsprofielen. De effecten zijn echter niet noodzakelijkerwijs gebonden aan één scenario, effecten vanuit bijvoorbeeld de invalshoek mens kunnen zich zowel voordoen in het mensscenario als het zorgscenario of middelenscenario. De effecten hangen doorgaans meer samen met de functiedifferentiatie, dan met een van de invalshoeken. Hieronder geven we per invalshoek weer wat de mogelijke neveneffecten zijn, op basis van deskresearch, interviews en focusgroepbijeenkomsten. In welke mate deze neveneffecten zich zullen voordoen is mede afhankelijk van de verdere uitwerking en implementatie van de nieuwe beroepsprofielen.

Invalshoek mens

- Verwachte effecten voor de regieverpleegkundige (hbo-niveau):
 - meer uitdaging in het werk; langer behouden van mensen; wellicht meer instroom in de opleidingen;
 - voor een kleine groep die wel de ambitie heeft om regieverpleegkundige te worden maar niet de potentie/de kans niet krijgen risico van frustratie en verloop.
- Verwachte effecten voor de verpleegkundige (mbo-niveau):



- risico van verarming van het beroep; gevoel van hiërarchie; frustratie bij degenen die wel de functie van regieverpleegkundige ambiëren maar niet de potentie hebben of de kans krijgen; meer uitstroom;
- voor een deel van deze groep minder overvraging en meer behoud;
- voor een deel van deze groep meer doorgroeimogelijkheden.
- Verwachte effecten voor de groep verpleegkundigen als geheel:
 - professionalisering van de beroepsgroep met positieve effecten op kwaliteit van zorg en werkomstandigheden; meer recht aan ieders kennis en kunde; wat tot meer behoud van medewerkers kan leiden;
 - indien onvrede bij deel van de verpleegkundigen risico op verslechtering samenwerking.
- Verwachte effecten voor andere beroepsgroepen: functiedifferentiatie heeft impact op gehele functiegebouw en afbakening van taken tussen verzorgenden, verpleegkundigen, regieverpleegkundigen, huidige teamleiders, verpleegkundig specialisten, artsen en andere beroepsgroepen.

De mogelijk effecten zullen zich niet in elke (sub)branche in gelijke mate voordoen. Dit hangt onder andere af van de mate waarin al sprake is van duidelijke hbo-functies.

(Kwaliteit van) Zorg

- De algemene verwachting is dat de invoering van functiedifferentiatie de kwaliteit van zorg zal bevorderen. Dit heeft te maken met verschillende aspecten: toename van het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen; verbetering van competenties als evidence based practice en klinisch redeneren; professionalisering van het beroep door inzet hbo-competenties; meer coaching en kennisdeling; verpleegkundigen krijgen een functie die bij hun kennis, vaardigheden en niveau past.
- Er wordt ook enkele risico's benoemd die de kwaliteit van zorg nadelig kunnen beïnvloeden: het risico dat de kennis en ervaring van (mbo-)verpleegkundigen niet benut wordt; functiedifferentiatie vraagt meer overleg en afstemming; het risico dat de beroepsprofielen doel op zich worden en dat onvoldoende vanuit de zorg gekeken wordt wat nodig is.

Middelen

- Er wordt een stijging van de salariskosten verwacht. Behalve de salariskosten van verpleegkundigen kunnen ook de salariskosten van andere beroepsgroepen beïnvloed worden.
- Scholingskosten voor verpleegkundigen.
- Er is nog onvoldoende zicht op de opbrengsten van de functiedifferentiatie.
 - Toename van kwaliteit van zorg kan voor opbrengsten zorgen.
 - Er wordt zowel verwacht dat de efficiency toeneemt als de vrees uitgesproken dat de functie van regieverpleegkundige ten koste gaat van handen aan het bed.
 - Enerzijds meer behoud van mensen, anderzijds risico op meer uitstroom bij met name mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen.

Confrontatie tussen de scenario's: tekorten op de arbeidsmarkt

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat de arbeidsmarkt de komende jaren waarschijnlijk gedomineerd zal worden door tekorten. Daar moet nog bij vermeld worden dat bij het bepalen van de tekorten in 2022 er van uitgegaan is dat zich bepaalde aanpassingsmechanismen op de arbeidsmarkt zullen voordoen. Jaarlijks is de helft van de tekorten of overschotten van het voorgaande jaar meegenomen, in plaats van alle tekorten of overschotten.



Hierboven zijn de verschillende scenario's beschreven die gebruikt zijn in dit onderzoek. Daarbij is het zo dat de functiemix in het mensscenario in feite de aanbodkant van de arbeidsmarkt weergeeft, het zorgscenario geeft juist de verwachte vraag op de arbeidsmarkt weer. Een confrontatie tussen beide levert dan een beeld op van de te verwachten tekorten of overschotten op de arbeidsmarkt in 2022. Uit deze raming komt het volgende naar voren:

- een totaal geraamd tekort van 28.550 verpleegkundigen in 2022;
- bij een smalle overgangsregeling een geraamd tekort aan regieverpleegkundigen van 19.000 en een tekort aan verpleegkundigen van 9550;
- bij een brede overgangsregeling een geraamd tekort aan regieverpleegkundigen van 13.500 en een tekort aan verpleegkundigen van 15.050;
- bij beide versies van de overgangsregeling is het geraamde tekort aan verzorgenden 5450, als er geen extra verzorgenden worden opgeschoold naar verpleegkundige. Bij extra opscholing neemt het tekort aan verzorgenden toe naar 8.600 en het tekort aan verpleegkundigen af naar 25.400.

Bij een smalle overgangsregeling is het geraamde absolute tekort aan regieverpleegkundigen beduidend groter dan het tekort aan verpleegkundigen. Bij een brede overgangsregeling zijn de tekorten bij de twee typen verpleegkundigen meer in evenwicht. Omdat de beide beroepsgroepen in omvang verschillen is ook het relatieve tekort van belang: het tekort t.o.v. de verwachte omvang van de beroepsgroep als totaal. Als we kijken naar het geraamde relatieve tekort dan is het tekort aan regieverpleegkundigen zowel bij een smalle als bij een brede overgangsregeling beduidend groter dan het tekort aan verpleegkundigen. In een dergelijke situatie is de kans groot dat verpleegkundigen met de ambitie en de potentie om regieverpleegkundige te worden, die mogelijkheid ook zullen krijgen. Bij zowel de smalle als de brede overgangsregeling is het geraamde absolute tekort aan verpleegkundigen (mbo-niveau) wat groter dan het tekort aan verzorgenden. Alleen bij een smalle overgangsregeling en extra opscholen van verzorgenden is het absolute tekort aan verzorgenden wat groter. Relatief gezien ontlopen de tekorten elkaar echter niet zoveel.

Impact van tekorten

Afwegingen in de functiemix

In een situatie waarin de arbeidsmarkt redelijk in evenwicht is, laten werkgevers hun functiemix vooral afhangen van de zorgvraag. Bij (grote) tekorten op de arbeidsmarkt is het vraagstuk voor werkgevers vooral hoe zij tegemoet kunnen komen aan de zorgvraag met de mensen die ze hebben, kunnen krijgen of kunnen scholen. Dit gecombineerd met het vraagstuk hoe zoveel mogelijk mensen behouden kunnen blijven of aangetrokken kunnen worden. Men blijft binnen de tekorten wel streven naar de gewenste mix tussen regieverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden (en andere beroepsgroepen). De functiemix die men kan realiseren zal echter wel af gaan wijken van de gewenste mix. Er wordt gekeken naar wat nog wel mogelijk is en taken worden indien mogelijk op een andere manier over de verschillende beroepsgroepen verdeeld. Als het (relatieve) tekort aan regieverpleegkundigen groter is dan het (relatieve) tekort aan verpleegkundigen, gaan werkgevers extra verpleegkundigen opscholen naar hbo-niveau als dat mogelijk is. Is de situatie omgekeerd (het relatieve tekort aan verpleegkundigen is groter dan het relatieve tekort aan regieverpleegkundigen) moeten werkgevers afwegingen gaan maken tussen



de nadelen van een te scheve functiemix enerzijds en de ambities en het behoud van medewerkers anderzijds. Bij verzorgenden is de context deels iets anders. In de branches waar verzorgenden vooral werkzaam zijn, zijn er veel meer verzorgenden dan verpleegkundigen werkzaam. Opscholing is vooral zichtbaar in een toename van het aantal verpleegkundigen. Daarnaast wordt de noodzaak gevoeld tot toename van het aantal verpleegkundigen in de mix. Hierdoor valt de vraag tussen wel en niet opscholen al snel uit richting wel opscholen.

Impact op verwachte effecten

Tekorten op de arbeidsmarkt hebben sowieso effecten op mens (werkdruk), middelen en zorg. Men verwacht ook impact op de verwachte effecten van functiedifferentiatie. Het gaat dan enerzijds om het risico dat door een tekort aan regieverpleegkundigen de beoogde effecten van de functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg niet behaald zullen worden, of dat het langer gaat duren voordat die behaald worden. Anderzijds benoemt men met name in de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg men de risico's van te weinig verpleegkundigen. Men mist dan de specifieke deskundigheid van verpleegkundigen waardoor de kwaliteit van zorg zal verminderen.

Implementatie

Het invoeren van de nieuwe functieprofielen en met name de functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen heeft een forse impact op de beroepsgroep, maar ook op andere beroepsgroepen. Een goede implementatie is daarbij van belang. Belangrijke elementen daarbij zijn een goed implementatieplan, aandacht voor draagvlak en opscholing, leiderschap, een goed leerklimaat, en voldoende tijd voor medewerkers om zich de nieuwe rollen eigen te maken. Tot slot is het van belang om de implementatie te monitoren en zo nodig bij te stellen, inclusief het continue toetsen van de nieuwe functieprofielen aan de praktijk.

Die implementatie zal plaats gaan vinden in een arbeidsmarkt waarin sprake is van tekorten. Dit zal ook effect hebben op de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen. Tekorten zullen ervoor zorgen dat de werkdruk toeneemt, wat de implementatie lastiger maakt. Specifiek in de verpleeghuiszorg ziet men ook nog het risico dat de regieverpleegkundige toch noodzakelijke zorgtaken op gaat pakken en niet toekomt aan de taken als regieverpleegkundige. Verder zullen er zoals hierboven al genoemd is, ook andere keuzes gemaakt moeten worden m.b.t. de functiemix. Dat leidt er ook toe dat er eerder gekeken zal worden naar een taakverdeling op basis van competenties in plaats van kwalificatie. Een strikte functiescheiding past daar minder bij (maar een duidelijk onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen is juist wel van belang voor het slagen van de implementatie).

3. Aanbevelingen

Kijkend naar de stand van zaken en de bevindingen zijn de volgende aanbevelingen te formuleren. Deze hebben te maken met het creëren van duidelijkheid omtrent de overgangsregeling en de uitwerking van het advies, de verdere implementatie van de nieuwe beroepsprofielen, het monitoren van effecten en het bevorderen van positieve dan wel tegengaan van negatieve effecten. De aanbevelingen richten zich tot verschillende stakeholders.



Duidelijkheid over overgangsregeling en uitwerking van het advies

Er moeten op dit moment nog verschillende aspecten uitgewerkt worden ten aanzien van de nieuwe beroepsprofielen. Dat geldt zowel voor de uitwerking van de beroepsprofielen naar functieprofielen als voor de uitwerking van de overgangsregeling. De uitwerking naar de praktijk zal effect hebben op de uiteindelijke functiemix die organisaties wensen, op keuzes die verpleegkundigen maken en op de impact die de invoering van de nieuwe beroepsprofielen zal hebben voor de beroepsgroep.

Zoals hierboven is aangegeven bestaat met name binnen de beroepsgroep de vrees dat de werkinhoud van verpleegkundigen (mbo-niveau) zal veranderen en daardoor minder aantrekkelijk wordt. Men vreest een verarming van het beroep. In de proeftuinen is echter de insteek dat de mbo-functie intact blijft en dat vooral de hbo-functie sterker wordt neergezet. Dergelijke geluiden komen ook naar voren in een aantal interviews die voor dit onderzoek zijn gehouden. Dit is ook de intentie van de nieuwe beroepsprofielen. Echter, hoe dit over de hele linie (dus sector breed en voor alle organisaties) uit zal pakken is nog niet duidelijk. Of, waar en in welke mate sprake zal zijn van verarming van de functie van verpleegkundige is daarom niet te zeggen.

Aanbeveling overheid

- De onduidelijkheid over de overgangsregeling belemmert werkgevers om de nieuwe functieprofielen te implementeren en zorgt er voor dat een deel van de groep verpleegkundigen niet goed weet waar ze aan toe is. Creëer daarom duidelijkheid over de overgangsregeling en eventuele aanvullende scholing die vereist is voor verpleegkundigen die niet binnen de overgangsregeling vallen.

Aanbeveling overheid en sociale partners

- Op dit moment is nog onvoldoende duidelijk wat de functiemix is die werkgevers na zullen streven en wat de uiteindelijke ambities en wensen van verpleegkundigen zijn. Blijf daarom vraag en aanbod op de arbeidsmarkt monitoren, zodat duidelijker wordt aan welke functiemix behoefte is, welke keuzes verpleegkundigen uiteindelijk maken en wat de discrepanties tussen vraag en aanbod zijn.

Aanbeveling beroepsvereniging en bonden

- De invoering van de nieuwe beroepsprofielen en de functiedifferentiatie die daarmee gepaard gaat raakt de professionele identiteit van verpleegkundigen. Op dit moment is een groot deel van de beroepsgroep niet of deels bekend met het advies en is er sprake van onrust onder de beroepsgroep. Blijf daarom leden op de hoogte houden van de ontwikkelingen die gaande zijn zodat zij (beter) weten waar ze aan toe zijn en zich proactief op kunnen stellen.

Aanbevelingen instellingen/organisaties

- Er is onrust binnen de beroepsgroep over de nieuwe beroepsprofielen, die wordt versterkt omdat nog niet duidelijk is wat de implementatie gaat betekenen in de praktijk. Creëer duidelijkheid voor werknemers over wat de invoering van de nieuwe functieprofielen gaat betekenen: hoe komt de functie van verpleegkundige en regieverpleegkundige er uit te zien, wat wordt verwacht van de medewerkers en welke mogelijkheden hebben zij. Maar maak ook aan andere beroepsgroepen wiens functie beïnvloed wordt door de nieuwe beroepsprofielen duidelijk wat het voor hen betekent.



- Creëer ook duidelijkheid over de mogelijkheden voor scholing en opscholing en de voorwaarden waaronder dit kan.

Aanbevelingen hogescholen

- Op dit moment heerst bij een deel van de betrokkenen het beeld dat de regieverpleegkundige geen of weinig zorg aan het bed levert. Dat strookt (met een mogelijke uitzondering voor de verpleeghuiszorg) niet met de intentie van het advies. Zorg dat voor potentiële onderwijsdeelnemers duidelijk is dat directe patiëntenzorg onderdeel is en blijft van het takenpakket van een groot deel van de regieverpleegkundigen.

De verdere implementatie

Hoewel er in elke branche organisaties zijn waar de functiedifferentiatie wordt ingevoerd, zijn er ook veel organisaties waar de implementatie nog niet is gestart. Het invoeren van nieuwe functieprofielen en het tot stand brengen van functiedifferentiatie is echter een langdurig proces en er is een duidelijke tijdshorizon, vanaf 2025 zullen de eerste herregistraties als regieverpleegkundige plaats gaan vinden. Dat betekent dat regieverpleegkundigen voor die tijd aanvullende scholing moeten hebben afgerond (hetzij modules, hetzij opscholing) en werkervaring moeten hebben opgedaan als regieverpleegkundige. Daar waar men nog volledig aan het begin van de implementatie staat kan het tijdspad wel eens krap worden.

Daar komt nog bij dat de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen een complex veranderkundig proces is dat veel van de instellingen vraagt. Voor de ziekenhuizen en UMC's is daarbij ondersteuning aanwezig voor de uitwerking en implementatie. Voor andere branches (nog) niet of veel minder.

Een specifiek aandachtspunt is daarnaast de (ervaren) positie van de verpleegkundige ten opzichte van de regieverpleegkundige. Waar nu sprake is van een ongedeelde beroep wordt bij het invoeren van de functiedifferentiatie onderscheid gemaakt tussen twee verpleegkundige beroepen. Zoals hierboven ook genoemd bij de effecten kan dit voor verpleegkundigen een gevoel van hiërarchie met zich meebrengen, of een gevoel van statusverlies. Of dit ook gebeurt en in welke mate zal van situatie tot situatie en van persoon tot persoon verschillen. Bij de implementatie zal hier aandacht voor moeten zijn.

Een ander aspect dat speelt bij de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen zijn de scholingskosten die er mee gepaard gaan, zowel voor verpleegkundigen zonder het vereiste diploma die wel de ambitie hebben om regieverpleegkundige te worden als voor verpleegkundigen met een 'oud' hbo-diploma die bepaalde modules moeten gaan volgen. Dit lijkt op voorhand geen belemmering te vormen voor instellingen, die veelal van subsidieregelingen gebruik bij het (op)scholen van werknemers.

Aanbeveling overheid

- Zorg voor voldoende subsidiemogelijkheden voor het opscholen van verpleegkundigen die niet binnen de overgangsregeling vallen en het bijscholen van degenen met een 'oud' hbo-diploma.



Aanbevelingen brancheverenigingen

- Een deel van de werkgevers is nog niet gestart met de voorbereidingen voor deze implementatie. Creëer daarom een gevoel van urgentie onder de instellingen om ervoor te zorgen dat instellingen tijdig aan de slag gaan om hun visie op de functieprofielen en gewenste functiemix (verder) uit te werken en te implementeren.
- Ondersteun de instellingen bij de uitwerking en implementatie. Voor de ziekenhuizen en UMC's is deze ondersteuning aanwezig. Voor andere branches (nog) niet of veel minder. Ondersteuning kan in de vorm van handreikingen of een leidraad voor implementatie, toegespitst op de verschillende branches. En door (branche-gerichte) voorzetten te doen voor de uitwerking van de beroepsprofielen naar functieprofielen, daarbij rekening houdend met de diversiteit binnen branches. Dat kan ook betekenen dat er voor een branche verschillende voorzetten gedaan worden voor verschillende uitwerkingen in functieprofielen.
- Faciliteer ook de uitwisseling van ervaringen m.b.t. de uitwerking en implementatie van de functieprofielen en de implementatie daarvan.

Aanbeveling brancheverenigingen, beroepsvereniging en bonden

- Blijf de implementatie van de nieuwe functieprofielen monitoren, zodat de voortgang zichtbaar wordt en hier op ingespeeld kan worden.

Aanbeveling instellingen/organisaties

- Het implementatieproces kost tijd en er is sprake van een tijdshorizon: de herregistratie van regieverpleegkundigen vanaf 2025. Ga (indien nog niet begonnen) tijdig aan de slag. Het uitwerken van een visie op de nieuwe beroepsprofielen en de gewenste inzet van de 'nieuwe' professionals is daarbij van groot belang.
- Stel een goed implementatieplan op en creëer voldoende draagvlak voor functiedifferentiatie binnen de organisatie. Stem het strategisch HRM-beleid af op de implementatie van de functieprofielen.
- Houdt daarbij oog voor de positie van zowel regieverpleegkundigen als verpleegkundigen. Het risico dat mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen ervaren dat hun functie minder leuk wordt is aanwezig. Om vermindering van arbeidstevredenheid en uitstroom te voorkomen is het van belang om hier oog voor te hebben en (tijdig) op in te spelen. Het competentiegericht (blijven) inzetten van verpleegkundigen (mbo-niveau) is hierbij van belang zonder (te veel) in te boeten op het beoogde onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen.
- Houdt ook oog voor voldoende ontwikkelmogelijkheden voor beide groepen verpleegkundigen. Zorg daarbij voor een goede leercultuur.

Aanbevelingen beroepsgroep

- De nieuwe beroepsprofielen moeten veelal nog worden uitgewerkt naar functieprofielen en de overgangsregeling moet nog worden uitgewerkt. De uiteindelijke uitwerking van de beroepsprofielen en de overgangsregeling kunnen invloed hebben op jouw functie en/of de mogelijkheden die je hebt. Zorg als beroepsbeoefenaar dat je op de hoogte bent en blijft van de ontwikkelingen die gaande zijn, zodat je je eigen keuzes kunt maken en weet wat jouw mogelijkheden zijn.

Effecten monitoren

Zoals hierboven is beschreven zijn er verschillende verwachtingen over de impact die de invoering van de nieuwe beroepsprofielen kan hebben voor de beroepsgroep, kwaliteit van zorg en opbrengsten. De mate waarin die zullen optreden is nog onvoldoende duidelijk. Om mogelijke negatieve effecten tegen te gaan en positieve effecten te bevorderen is inzicht in deze effecten wel van belang. Bovendien kunnen de effecten die zich voordoen invloed hebben op de toekomstige functiemix. Als de (salaris)kosten hoger uitvallen dan de opbrengsten en de



bekostiging blijft hetzelfde, zal dat effect hebben op de functiemix die organisaties wensen, zo gaven focusgroepdeelnemers aan.

De effecten op werkomstandigheden die verpleegkundigen ervaren kunnen invloed hebben op de keuzes die verpleegkundigen gaan maken. Dit gaat echter verder dan werkomstandigheden. Zoals hierboven al beschreven brengt het invoeren van functiedifferentiatie voor een deel van de verpleegkundigen (mbo-niveau) het risico met zich mee dat hun functie minder aantrekkelijk wordt, indien zij bepaalde taken niet of minder zullen uitvoeren. Dit kan gevolgen hebben voor zaken als arbeidstevredenheid. Hoewel één en ander waarschijnlijk in hoge mate afhangt van de manier waarop de functiedifferentiatie wordt uitgewerkt en geïmplementeerd, vraagt dit om monitoring om mogelijke negatieve effecten te voorkomen.

Aanbeveling beroepsvereniging, bonden en brancheorganisaties

- Monitor de impact van de nieuwe beroepsprofielen voor medewerkers, zodat duidelijk wordt in welke mate de functiedifferentiatie effect heeft op zaken als werkplezier en motivatie en hier indien nodig op ingespeeld kan worden.

Aanbeveling brancheorganisaties

- Monitor ook buiten de ziekenhuizen en de UMC's (die hier al mee gestart zijn) de opbrengsten van de functiedifferentiatie, in termen van kosten, efficiency, kwaliteit van zorg, zodat de effecten zichtbaar worden en waar nodig bijstellingen kunnen plaatsvinden.
- Kijk daarbij ook naar opbrengsten voor andere beroepsgroepen, binnen en buiten de organisatie (keten).



1. INLEIDING

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

Arbeidsmarktonderzoek

Het doel van het arbeidsmarktonderzoek is inzicht in de effecten die de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen zal hebben op de arbeidsmarkt van de drie genoemde beroepsgroepen, zodat partijen eventueel kunnen anticiperen op deze effecten.

Het arbeidsonderzoek is uitgevoerd in de periode februari – december 2018. Om de impact van het advies in kaart te brengen, is gekeken naar een aantal verschillende aspecten: de huidige beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden, de verwachte toekomstige functiemix, de verwachte scholings- en salariskosten, verwachte tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt en andere effecten. Er is daarbij vanuit drie verschillende invalshoeken gekeken naar de impact van het advies: de invalshoek van de mens, van de zorg en van de middelen.

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

Scenario's

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



nieuwe beroepsprofielen, is het wel mogelijk om op basis van de verschillende invalshoeken en scenario's uitspraken te doen over de richting van de effecten en een indicatie van de grenzen waarbinnen de impact zal komen te vallen. Deze leveren aandachtspunten op voor de verdere implementatie en beleid ten aanzien van deze implementatie.

Leeswijzer

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

Het hoofdrapport bevat de kern van de onderzoeksbevindingen. Het start met een korte beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethoden en een toelichting op de drie invalshoeken (hoofdstuk 2). Voor we ingaan op de verschillende scenario's, schetsen we eerst de uitgangssituatie (hoofdstuk 3), gevolgd door een beschrijving van de scenario's (hoofdstuk 4). In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 0) gaan we in op de mogelijke balans tussen de invalshoeken en worden de verwachte effecten daarvan voor mensen, middelen en zorg geschetst. Dit hoofdstuk sluit af met aandachtspunten en aanbevelingen.

In de genoemde bijlagen bij het hoofdrapport worden de bevindingen van de deskresearch, vragenlijsten, interviews en focusgroepbijeenkomsten gerapporteerd. Daarnaast worden de doorrekeningen die gemaakt zijn voor de scenario's beschreven, evenals de vraag- en aanbodramingen. De bijlagen vormen daarmee de onderbouwing van en uitleg bij de scenario's in het hoofdrapport.



2. DOEL, ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODIEK

2.1. Doel van het onderzoek

Het doel van dit arbeidsmarktonderzoek is inzicht te krijgen in de impact van de implementatie van het advies 'Toekomstbestendige beroepen' op de arbeidsmarkt van drie beroepsgroepen: 'regieverpleegkundige' (hbo-verpleegkundige), 'verpleegkundige' (mbo-verpleegkundige) en 'verzorgende IG' (verzorgende), zodat betrokken partijen kunnen anticiperen op de effecten van deze implementatie.

Het onderzoek richt zich op de UMC's, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, Verpleeg- en verzorgingshuizen, Thuiszorg (Verpleging en verzorging) en Gehandicaptenzorg.

Bij de impact van het advies op de arbeidsmarkt voor (regie)verpleegkundigen en verzorgenden gaat het vooral om de vraag hoe vraag en aanbod van verzorgenden, verpleegkundigen en regieverpleegkundigen zich ontwikkelen en of er mogelijke discrepanties ontstaan tussen vraag en aanbod (overschotten of tekorten). Daarnaast gaat het om de effecten op scholings- en salariskosten, en andere mogelijke effecten op medewerkers, de zorg of de organisatie.

2.2. Drie invalshoeken

In het onderzoek wordt vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar de mogelijke toekomstige functiemix. Bij het nemen van beslissingen in Zorg en welzijn speelt namelijk een aantal verschillende vraagstukken mee: Wat is er nodig voor de zorg? Wat willen en kunnen mensen die nu en straks in de zorg werken? En wat betekent de (beperkte) beschikbaarheid van tijd, geld en mensen? Deze drie principes (zorg, mensen, middelen) beïnvloeden elkaar. In de praktijk gaat het bij beslissingen en veranderingen doorgaans om een optimaliseringsvraagstuk waarin de balans wordt gezocht tussen deze drie principes. Dit is weergegeven in de onderstaande figuur.



In dit onderzoek sluiten we aan bij deze drie principes doordat we de mogelijke toekomstige functiemix in eerste instantie vaststellen op basis van drie verschillende invalshoeken (zorg, mensen en middelen):



- De zorgvolgende functiemix oftewel de zorginvalshoek. Het leidende principe is hier de zorg: een analyse van de zorgvraag en de wijze waarop de zorg georganiseerd zal worden (zonder budgettaire beperkingen) bepaalt de gewenste functiemix.
- De medewerkersvolgende functiemix. De invalshoek is hier de mens: de diploma's, competenties, loopbaanwensen en scholingspotentieel bepalen de functiemix. Ook deze invalshoek is zonder budgettaire beperkingen. Deze invalshoek maakt inzichtelijk wat het ontwikkelingspotentieel is van de huidige werknemerspopulatie (vanuit zowel het gezichtspunt van werknemers als van werkgevers).
- De beschikbaarheidsvolgende functiemix. Beschikbare middelen (zowel geld als mensen) bepalen en begrenzen de functiemix. Een vraag op de arbeidsmarkt kan alleen worden beantwoord als er budget is. Scholing kan alleen gegeven worden als er middelen beschikbaar zijn. Bepaalde functies kunnen alleen voldoende bezet worden als er genoeg gekwalificeerde professionals zijn.

De toekomstige functiemix op basis van één invalshoek is in feite een maximalisatie van die invalshoek. In de praktijk zal echter niet één van de drie principes leidend zijn, maar zal de balans gezocht worden tussen de drie invalshoeken/principes. Door eerst elk van de drie invalshoeken te maximaliseren, ontstaat een goed inzicht in de effecten van deze eenzijdige invalshoeken, inclusief de effecten voor de andere principes. Met dit inzicht ontstaat ook een beeld van de haalbaarheid van elke individuele invalshoek en kan gezocht worden naar de balans: de uiteindelijke driehoek, of het speelveld, waarbinnen de meest waarschijnlijke of gewenste toekomstige functiemix zich zal bevinden.

2.3. Scenario's

Net als bij andere toekomstverkenningen en arbeidsmarktprognoses gaat het in dit onderzoek om het verkennen van mogelijke ontwikkelingen. Er wordt daarom gewerkt met scenario's: voor elk van de drie invalshoeken is een scenario opgesteld. In elk van die scenario's wordt gekeken naar de mogelijke toekomstige functiemix, tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt en effecten voor scholings- en salariskosten. De mogelijke positieve of negatieve neveneffecten die vanuit elke invalshoek in kaart zijn gebracht, zijn niet noodzakelijkerwijze gebonden aan één scenario. Met andere woorden: neveneffecten die vanuit de ene invalshoek zijn te benoemen, kunnen zich ook voordoen in de andere twee scenario's. De mogelijke neveneffecten worden daarom apart van de scenario's gepresenteerd.

De scenario's waarmee gewerkt wordt zijn gevuld op basis van nu beschikbare informatie, aangevuld met zo goed mogelijk onderbouwde aannames. De aannames zijn gebaseerd op inschattingen van de respondenten in dit onderzoek, bijvoorbeeld over de toekomstige functiemix, uiteindelijke wensen en ambities van verpleegkundigen en opscholingspotentieel. De informatie voor de onderbouwing van deze aannames is verzameld middels deskresearch, vragenlijstonderzoek, interviews en focusgroepbijeenkomsten. Belangrijke kanttekening is dat op dit moment de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen nog in de beginfase is en veel zaken nog uitgewerkt moeten worden. Hierdoor kunnen er verschuivingen plaatsvinden in de visies en inschattingen van de betrokkenen. De scenario's vormen dan ook geen harde prognoses maar



een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. De scenario's en de bijbehorende verwachte kosten en tekorten hebben, gezien het bovenstaande, het karakter van 'als-dan' redeneringen: hoe zien de functiemix, kosten en tekorten of overschotten eruit onder bepaalde aannames, voorwaarden en omstandigheden. Hoewel dus geen harde prognoses gegeven kunnen worden over de arbeidsmarkteffecten van de nieuwe beroepsprofielen, is het wel mogelijk om op basis van de verschillende invalshoeken en scenario's uitspraken te doen over de richting van de effecten en een indicatie te geven van de grenzen waarbinnen de impact zal komen te vallen.

2.4. Onderzoeksvragen

Bij de start van het onderzoek was de insteek om eerst vanuit elke invalshoek de mogelijke functiemix in kaart te brengen, evenals de bijbehorende scholings- en salariskosten, verwachte tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt en andere mogelijke effecten. Om daarna te kijken naar de haalbaarheid van de verschillende invalshoeken, rekening houdend met de gevonden effecten. En vervolgens, rekening houdend met de verwachte effecten en verwachte haalbaarheid, op zoek te gaan naar de balans tussen verschillende invalshoeken, resulterend in het verwachte speelveld waarbinnen de meest waarschijnlijke of gewenste toekomstige functiemix zich zal bevinden. Gedurende het onderzoek bleek echter dat de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt grote invloed zullen hebben op de mogelijke toekomstige functiemix. In feite werd daarmee het middelenscenario (beschikbaarheid van mensen) het dominante scenario. In de laatste fase van het onderzoek is daarom minder focus gelegd op de balans tussen mogelijke scenario's, en meer op de impact van de tekorten op de arbeidsmarkt op zowel de mogelijke toekomstige functiemix, als op de mogelijke neveneffecten van de nieuwe beroepsprofielen en de implementatie van deze beroepsprofielen.

Al met al heeft dat geleid tot de volgende kernvragen voor het arbeidsmarktonderzoek:

1. Hoe ziet de mogelijke toekomstige functiemix per branche er uit, uitgaande van de huidige situatie en drie invalshoeken gebaseerd op verschillende leidende principes:
 - a. Zorgvraag en de organisatie van zorg (zorg leidend/zorginvalshoek);
 - b. Wensen en competenties van medewerkers (mensen leidend);
 - c. Beschikbare mensen en middelen (middelen leidend).
2. Wat betekent (voor de genoemde branches) elk van de invalshoeken voor:
 - a. Scholingskosten en salariskosten;
 - b. Tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt per beroep;
 - a. Andere mogelijke effecten (zowel positief als negatief) voor elk van de andere leidende principes (zorg, mensen, middelen);
3. Wat zijn de mogelijke effecten van tekorten op de arbeidsmarkt op
 - a. Afwegingen van werkgevers t.a.v. de functiemix;
 - b. De mogelijke neveneffecten van de verschillende invalshoeken;
 - c. De implementatie van de nieuwe beroepsprofielen.

Om de kernvragen te kunnen beantwoorden en de scenario's op te kunnen stellen moet de nodige informatie worden opgehaald bij een diversiteit aan partijen. Ten behoeve daarvan zijn meer concrete onderzoeksvragen opgesteld:



Vragen over de huidige personele samenstelling:

4. Welke relevante diploma's hebben verzorgenden en verpleegkundigen behaald, gesplitst naar branche? Het gaat hier om het initiële beroepsdiploma en aanvullende diploma's met een (potentieel) civiel effect (diploma's die toegang geven tot een bepaald beroep).
5. Wat is de huidige verdeling in functieniveaus van het verpleegkundig en verzorgend personeel, per branche (UMC's, ziekenhuizen, GGZ, GHZ, V&V, TZ)?
6. Wat is de huidige verdeling in termen van algemene en erkende gespecialiseerde functies, per branche (indien relevant)?

Vragen over (op)scholing:

7. Welke wens en behoefte is er bij verzorgenden, mbo-verpleegkundigen en hbo-verpleegkundigen voor verdere scholing, in het bijzonder voor opscholing (van VIG-3 naar Verpleegkundige-4 en Verpleegkundige-6) en het behalen van aanvullende diploma's, eveneens gesplitst naar branche?
8. Hoe groot is dit opscholingspotentieel (van VIG-3 naar Verpleegkundige-4 en Verpleegkundige-6) volgens werkgevers?

Vraag over de huidige stand van zaken t.a.v. implementatie van de nieuwe beroepsprofielen:

9. Welk deel van de organisaties in elke branche is inmiddels gestart met de introductie van een nieuwe functiemix (de mix van VIG'ers, verpleegkundigen, regieverpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen)?

De nieuwe beroepsprofielen zullen vooral veranderingen teweeg brengen in de verpleegkundige beroepen. Daar waar de verwachte effecten van de nieuwe beroepsprofielen in kaart worden gebracht, zal de focus dan ook liggen op effecten die voortkomen uit de veranderingen voor deze beroepsgroep.

2.5. Onderzoeksfasen en onderzoeksmethodieken

Het onderzoek bestaat uit een aantal verschillende fasen.

- Fase 1: inventariseren en verzamelen bestaande informatie
- Fase 2: aanvullend onderzoek
- Fase 3: kennissynthese: informatie integreren en ontwikkelen van scenario's
- Fase 4: toetsen en aanscherpen van bevindingen en scenario's
- Fase 5: vraag-aanbodanalyse o.b.v. de vastgestelde scenario's
- Fase 6: samenbrengen van de uitkomsten
- Fase 7: eindrapportage en aanbevelingen

Hieronder geven we van elke fase een korte beschrijving.

2.5.1. Fase 1: inventariseren en verzamelen van bestaande informatie

In fase 1 is via deskresearch informatie verzameld om de huidige situatie in kaart te brengen, de scenario's (behorend bij de verschillende invalshoeken) op te stellen en deze te onderbouwen. Er is informatie verzameld over de huidige groep verpleegkundigen en verzorgenden, (op)scholing, ontwikkelingen in de zorg, effecten van functiedifferentiatie (zowel positie als negatief) op mensen, (kwaliteit van) zorg en middelen. Er is gebruik gemaakt van zowel (onderzoeks)literatuur, beleidsstukken en onderzoekspublicaties als beschikbare data.



2.5.2. Fase 2: aanvullend onderzoek

Vanuit de deskresearch wordt duidelijk welke informatie nog ontbreekt om de verschillende scenario's te kunnen uitwerken. Om deze ontbrekende informatie boven tafel te krijgen is aanvullend onderzoek gedaan: vragenlijstonderzoek onder verzorgenden, verpleegkundigen en werkgevers en interviews met verschillende partijen.

Vragenlijsten verpleegkundigen

In april van dit jaar is een vragenlijst uitgezet onder verpleegkundigen. Hiervoor is een aselechte steekproef uit het BIG-register getrokken. Er zijn 37.500 verpleegkundigen aangeschreven. Van die groep zijn 5508 verpleegkundigen begonnen aan de vragenlijst; die hebben de lijst niet allemaal volledig ingevuld. 5384 hebben vrijwel de gehele vragenlijst doorlopen. De gerapporteerde gegevens in dit rapport betreffen enkel degenen die werkzaam zijn als verpleegkundige, óf degenen die werkzaam zijn in een begeleidende functie in de Gehandicaptenzorg of de Geestelijke Gezondheidszorg waarbij verpleegkundige kennis en vaardigheden worden ingezet. Bij een analyse van de respons bleek dat deze wat betreft de verdeling over de branches een redelijke afspiegeling vormde van de populatie. Voor leeftijd en de behaalde initiële diploma's bleek dat veel minder het geval. Beide kenmerken zijn voor dit arbeidsmarktonderzoek van belang. Enerzijds omdat bepaalde kenmerken input zijn voor de vraag- en aanbodramingen, anderzijds omdat er een verband kan bestaan tussen over- en ondervertegenwoordiging en het onderwerp van de vragenlijst (bias in de respons). Daarom is voor alle respondenten een weegfactor bepaald, die varieert per leeftijdscategorie, behaald initieel diploma en branche. Meer gedetailleerde informatie over deze weegfactor is te vinden in de bijlagen bij dit hoofdrapport.

Vragenlijst proeftuinen

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

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

Vragenlijst verzorgenden

In april van dit jaar is een vragenlijst uitgezet onder verzorgenden. Hiervoor is aan werkgevers gevraagd om een uitnodiging voor deelname aan de vragenlijst uit te zetten onder hun



werknemers en hebben FNV, Nu'91 en V&VN hun leden benaderd met het verzoek om de vragenlijst in te vullen. Er zijn 2284 verzorgenden begonnen aan de vragenlijst; die hebben de lijst niet allemaal volledig ingevuld. 1885 hebben vrijwel de gehele vragenlijst doorlopen. De gegevens die we presenteren betreffen alleen degenen die werkzaam zijn als verzorgende, óf in een begeleidende functie in de gehandicaptenzorg of de ggz. De verdeling van de groep respondenten over de branches komt niet helemaal overeen met de verdeling in de populatie (meer informatie over deze verdeling is te vinden in de bijlagen bij dit hoofdrapport). Daar waar totalen worden gepresenteerd wordt daarom gebruik gemaakt van een weegfactor.

Vragenlijst werkgevers

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

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

Interviews

In totaal zijn er 37 personen geïnterviewd in 23 (groeps)interviews, om bij een breed scala aan partijen informatie omtrent verschillende thema's op te halen en te toetsen.

Een deel van de interviews heeft plaatsgehad met werkgevers, waarbij er vooral gesproken is met HR-functionarissen, maar in een aantal gevallen ook met bestuurders, projectleiders en verpleegkundigen. Deze interviews zijn breed ingestoken, waarbij werkgevers bevroegd zijn op zowel huidige als toekomstig gewenste personele samenstelling, relevante ontwikkelingen voor hun branche, verwachtingen en eventuele ervaringen met betrekking tot functiedifferentiatie, opscholing en eventuele (neven)effecten daarvan op mensen, zorg en middelen. De interviews zijn verdeeld over de verschillende branches om zo tot een evenwichtige vertegenwoordiging van de branches te komen. Daarnaast zijn enkele interviews afgenomen bij organisaties die al ervaring hebben opgedaan met de invoering van de functie van regieverpleegkundige of (binnen de thuiszorg) wijkverpleegkundigen. Bij deze interviews lag de focus op implementatie, randvoorwaarden, en effecten op mensen en zorg.

Een ander deel van de interviews is afgenomen bij onafhankelijke experts en deskundigen uit het veld, waarbij veelal ingezoomd is op één bepaald thema (functiedifferentiatie; zorgvraag en -organisatie; verpleegkundige zorg en de positie van verpleegkundigen in de GGZ). Om informatie te verkrijgen over en ervaringen met opscholingstrajecten, is een tweetal interviews gehouden met opleidingsmanagers van opleidingsinstituten. Ook de beroepsgroep zelf is in de interviewfase



geraadpleegd. Er heeft een groepsinterview plaatsgevonden met een afvaardiging van verpleegkundigen. In dit groepsinterview is vooral gesproken over de verwachte effecten van de nieuwe beroepsprofielen op de beroepsgroep.

Voor een overzicht van geïnterviewde personen en organisaties verwijzen we naar de bijlagen.

2.5.3. Fase 3: ontwikkelen van concept-scenario's

Op basis van de verzamelde informatie is een eerste opzet voor de scenario's gemaakt, behorend bij de verschillende invalshoeken. De concept- scenario's bestaan uit een beschrijvend gedeelte en een eerste kwantificering van het scenario.

2.5.4. Fase 4: toetsen van de bevindingen en de scenario's

De bevindingen en scenario's zijn in fase 4 voorgelegd in een tweetal focusgroepbijeenkomsten; één in het kader van de invalshoek mens en één omtrent de invalshoek zorg. Aan elke focusgroep hebben zowel werkgevers als verpleegkundigen deelgenomen. Gepoogd is om tijdens de focusgroepen zoveel mogelijk branches vertegenwoordigd te krijgen. Vooral voor de gehandicaptenzorg bleek het echter lastig om deelnemers te werven; die branche was alleen tijdens de laatste twee focusgroepen vertegenwoordigd.

Tijdens de bijeenkomst rondom de invalshoek mens zijn met name de bevindingen met betrekking tot ambitie, potentie en scholingsbereidheid van de beroepsgroep getoetst en aangescherpt, alsook mogelijke neveneffecten in het mensscenario. Tijdens de focusgroep over de invalshoek zorg is vooral besproken welke overwegingen en ontwikkelingen in de zorg ten grondslag liggen aan de huidige en toekomstige functiemix, is die toekomstige functiemix ook aangescherpt en zijn potentiële effecten voor de kwaliteit van zorg aan de orde gekomen.

Voor de invalshoek middelen is in deze fase een aantal aanvullende interviews gehouden. Dit heeft geresulteerd in een drietal scenario's, waarin de verschillende principes zijn gemaximaliseerd (mensen, middelen en zorg).

2.5.5. Fase 5: vraag- en aanbodramingen

Op basis van de scenario's zijn vraag-aanbodanalyses per kwalificatie gemaakt. Hiermee zijn ook de effecten in termen van tekorten en overschotten in kaart gebracht. Voor deze ramingen is gebruik gemaakt van de arbeidsmarkttool uit het onderzoeksprogramma AZW, dat beoogt relevante organisaties te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over de arbeidsmarkt en over de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de gezondheidszorg en WJK. Uitkomsten van de arbeidsmarkttool vormen meer een verkenning van mogelijke ontwikkelingen dan een 'harde' prognose. Uiteindelijk doel van deze verkenning is om situaties op te sporen waarbij zich grote discrepanties tussen vraag en aanbod van personeelscategorieën voordoen. Relevante partijen kunnen dan op grond van de veronderstellingen en uitkomsten beoordelen of zij hun gedrag op de arbeidsmarkt moeten en willen aanpassen. Een toelichting op de ramingen en deze tool is te vinden in de bijlagen bij dit rapport.



2.5.6. Fase 6: samenbrengen van de uitkomsten

In fase 6 zijn alle uitkomsten naast elkaar gezet: de uitkomsten uit de verschillende scenario's, de effecten in termen van tekorten en overschotten, effecten op kosten en mogelijke neveneffecten. Deze uitkomsten zijn voorgelegd in een tweetal focusgroepbijeenkomsten. Uit de vraag-aanbodramingen kwamen forse tekorten aan verzorgenden en verpleegkundigen naar voren. Vanwege de belangrijke invloed die uitgaat van tekorten op de arbeidsmarkt, zijn de afsluitende focusgroepen vooral gericht op de afwegingen die werkgevers in een dergelijke situatie maken in de functiemix. Ook zijn de effecten van deze tekorten op de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen besproken.

Gepoogd is om tijdens de focusgroepen zoveel mogelijk branches vertegenwoordigd te krijgen. Vooral voor de gehandicaptenzorg bleek het echter lastig om deelnemers te werven; die branche was alleen tijdens de laatste twee focusgroepen vertegenwoordigd. Aan elke focusgroep hebben zowel werkgevers als verpleegkundigen deelgenomen.

2.5.7. Fase 7: eindrapportage

De eindrapportage van het onderzoek is in twee delen opgesplitst: een hoofdrapport en bijlagen bij dit hoofdrapport. Het hoofdrapport (voorliggend) waarin de uitgangssituatie, de scenario's, mogelijke neveneffecten, een confrontatie tussen de scenario's en de impact van tekorten worden beschreven. Dit hoofdrapport bevat ook de belangrijkste conclusies en aanbevelingen. In de bijlagen zijn de uitkomsten en bevindingen van het onderzoek per thema (uitgebreider) beschreven. In deze bijlagen zijn ook de doorrekeningen en ramingen beschreven die zijn gemaakt om de verschillende scenario's te vullen. Tenslotte is in deze bijlagen een uitgebreidere beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethodieken te vinden.



3. UITGANGSSITUATIE

Het onderzoek naar de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden kijkt naar de arbeidsmarkt op een termijn van vijf jaar. Voor deze toekomstige arbeidsmarkt, maar ook voor het in kaart brengen van de effecten van het advies, is echter ook de huidige situatie van belang. In dit hoofdstuk gaan we eerst in op het advies 'Toekomstbestendige beroepen' (paragraaf 3.1) en de overgangsregeling (paragraaf 3.2). Daarna geven we een korte indruk van de stand van zaken per branche op basis van de interviews en focusgroepbijeenkomsten (paragraaf 3.3), gevolgd door een beeld van de stand van zaken gebaseerd op vragenlijsten onder werkgevers (paragraaf 3.4) en verpleegkundigen (paragraaf 3.5). De laatste paragraaf (paragraaf 3.6) gaat in op de huidige arbeidsmarkt: een beschrijving van de huidige groep verzorgenden en verpleegkundigen en de arbeidsmarktsituatie.

3.1. Het advies 'Toekomstbestendige beroepen'

Beroepsprofielen beschrijven het domein waarbinnen een beroep wordt uitgeoefend, de taakgebieden die kenmerkend zijn voor de uitoefening van het beroep en de competenties waar een beroepsbeoefenaar over moet beschikken om het beroep op een kwalitatief verantwoorde wijze uit te oefenen (Lambregts en Grotendorst, 2012). De huidige beroepsprofielen voor verpleegkundigen zijn in 1999 opgesteld, de beroepsprofielen voor verzorgenden in 2000. In 2012 concludeerde de projectgroep Verpleging & Verzorging 2020 dat:

- de vraag naar verpleging en verzorging sterk zal toenemen en sterk van aard en complexiteit zal veranderen;
- met de huidige beroepen (zoals beschreven in de profielen van 1999 en 2000) onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de behoeften van patiënten in de toekomst;
- er in de toekomst schaarste ontstaat aan verpleegkundigen en verzorgenden;
- deze schaarste niet alleen opgelost kan worden door de inzet van méér zorgverleners, maar vooral ook opgelost moet worden met de inzet van professionals die goed toegerust zijn voor de complexe en gedifferentieerde zorg van de toekomst;
- er een helder onderscheid moet komen tussen beroepen en functies;
- dat een actualisering en opwaardering van het 'beroepenhuis' van verpleegkundigen en verzorgenden dringend noodzakelijk is'.

(Lambregts en Grotendorst, 2012).

De stuurgroep 'Verpleging & Verzorging 2020' heeft in 2012 een advies uitgebracht over nieuwe beroepsprofielen. Op basis van dat advies is een vervolgtraject gestart, om de beroepsprofielen verder uit te werken in afstemming met het veld. Dit heeft geresulteerd in het rapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' (2012), opgesteld door de gelijknamige stuurgroep. In dat rapport worden beroepsprofielen beschreven voor een verpleegkundig beroep op hbo-niveau (regieverpleegkundige), een verpleegkundig beroep op mbo-niveau (verpleegkundige) en het verzorgende beroep. De nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen gaan gepaard met een wijziging van de wet BIG. Daar waar nu één register bestaat voor alle verpleegkundigen, komt er straks een register voor regieverpleegkundigen en



een register voor verpleegkundigen. In het rapport wordt een advies gegeven over een overgangsregeling voor de huidige groep verpleegkundigen.

De nieuwe beroepsprofielen moeten verder uitgewerkt worden in functieprofielen. Dit kan per branche of per organisatie verschillen. In grote lijnen komt het op het volgende neer:

De verpleegkundige heeft taken op het gebied van:

- verpleegkundige zorg
- het begeleiden van collega's, leerlingen en stagiaires
- het coördineren van individuele patiëntenzorg
- het bewaken van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

De regieverpleegkundige heeft taken op een of meerdere van de volgende gebieden:

- verpleegkundige zorg
- het indiceren van zorg
- het coachen en begeleiden van collega's, leerlingen en stagiaires
- het coördineren en regisseren van het totale zorgproces
- initiatief nemen en bijdragen aan
 - kwaliteitsverbetering
 - ontwikkelen van richtlijnen
 - innovatie
 - praktijkgericht onderzoek
 - evidence based practice
- bijdragen aan
 - wetenschappelijk onderzoek
 - professionaliseren van de werkomgeving.

De vertaling naar functieprofielen per branche en instelling moet veelal nog plaatsvinden. Uit de interviews die voor dit onderzoek zijn gehouden worden zaken als evidence based practice, klinisch redeneren, coachen, de reflecterende professional, bijdragen aan kwaliteitsverbetering, verpleegkundig leiderschap genoemd als belangrijke aspecten in het werk van de regieverpleegkundige. Hoewel verpleegkundigen die vaardigheden nu ook inzetten, wordt dit straks ook formeel verwacht van de regieverpleegkundige. De directe patiëntenzorg is en blijft over het algemeen echter een belangrijke taak in het pakket van alle verpleegkundigen.

3.2. Overgangsregeling

De nieuwe functieprofielen voor verpleegkundigen brengen een wijziging in de wet BIG met zich mee. Er komt een apart register voor verpleegkundigen en regieverpleegkundigen. Voor de huidige groep verpleegkundigen betekent dit dat er een overgangsregeling wordt opgesteld, die aangeeft welke groepen verpleegkundigen aanspraak kunnen maken op inschrijving in het register van regieverpleegkundigen en welke groepen aanspraak kunnen maken op inschrijving in het register van verpleegkundigen. Onderdeel van de overgangsregeling is een bepaling welke diploma- en aanvullende eisen voor de zittende beroepsgroep gaan gelden om zich als verpleegkundige of regieverpleegkundige te kunnen registreren.



Hoe deze overgangsregeling er uit komt te zien staat nog niet vast. Er bestaan verschillende visies op deze overgangsregeling. In grote lijnen komt het echter neer op de volgende twee varianten:

- alleen verpleegkundigen met een hbo-diploma kunnen zich registreren in het register van regieverpleegkundigen;
- verpleegkundigen met een hbo-diploma kunnen zich registreren in het register van regieverpleegkundigen, evenals verpleegkundigen met een mbo- of inservice diploma die kunnen aantonen een pakket aan opleidingen gevolgd te hebben dat wat betreft inhoud en niveau vergelijkbaar is met een initiële hbo-opleiding.

(VWS, memorie van toelichting bij Wetsvoorstel BIG-II, 21 -12-2017; Stuurgroep toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015; van der Kemp, van den Heuvel en de Klein, 2018).

Welk pakket aan opleidingen of welke aanvullende opleidingen vergelijkbaar zijn met een initiële opleiding is nog niet duidelijk. De minister van VWS heeft hiervoor een onafhankelijke commissie met deskundigen ingesteld, die de verpleegkundige vervolgoopleidingen moet gaan beoordelen. Deze commissie heeft als taak om een 16-tal verpleegkundige vervolgoopleidingen qua inhoud en niveau te toetsen op gelijkwaardigheid aan het hbo-verpleegkundige opleidingsprofiel, met het oog op de overgangsregeling van het wetsvoorstel Wet BIG II. Het gaat om de volgende vervolgoopleidingen:

- Wijkverpleging
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)
- Maatschappelijke Gezondheidszorg – Algemene Gezondheidszorg (MGZ-AGZ)
- Maatschappelijke Gezondheidszorg – Geestelijke Gezondheidszorg (MGZ-GGZ)
- CZO-opleidingen, te weten:
 - Ambulance verpleegkundige
 - Cardiac Care verpleegkundige
 - Dialyse verpleegkundige
 - Geriatrie verpleegkundige
 - Intensive Care verpleegkundige
 - Intensive Care Kinderverpleegkundige
 - Intensive Care Neonatologie verpleegkundige
 - Kinderverpleegkundige
 - Obstetrie verpleegkundige
 - Oncologie verpleegkundige
 - Recovery verpleegkundige
 - Spoedeisende Hulp verpleegkundige

Daarnaast kan de commissie andere opleidingen in haar rapport betrekken, indien zij gedurende de werkzaamheden andere opleidingen signaleert die qua inhoud en niveau gelijkgesteld kunnen worden met het voormalige hbo-verpleegkundige opleidingsprofiel. Verder zal de commissie verkennen of zij voorstellen kunnen doen voor een aanvullend opleidingsprogramma, als een verpleegkundige vervolgoopleiding niet helemaal gelijkwaardig is aan het oude hbo-opleidingsprofiel. De bedoeling was dat deze commissie uiterlijk 30 november zou rapporteren (besluit van de minister voor medische zorg, 12 juli 2018). Dit is inmiddels uitgesteld naar begin 2019. In het conceptwetsvoorstel voor de wet BIG van het ministerie van VWS is verder te lezen dat verpleegkundigen die zich in hebben geschreven als regieverpleegkundige, bij de herregistratie als



regieverpleegkundige aan moeten kunnen tonen dat zij minstens 2080 uren hebben gewerkt binnen het deskundigheidsgebied en op het niveau van de regieverpleegkundige (VWS, memorie van toelichting bij Wetsvoorstel BIG-II, 21 -12-2017).

3.3. De stand van zaken

De nieuwe beroepsprofielen zijn in december 2015 gepresenteerd. De implementatie staat nog aan het begin. Uit de interviews en de focusgroepbijeenkomsten komt naar voren dat er op dit moment nog veel onduidelijkheid bestaat. Die onduidelijkheid zit op verschillende aspecten:

- de overgangsregeling;
- de vertaling van de beroepsprofielen naar de praktijk;
- de gewenste toekomstige functiemix van werkgevers;
- de opbrengsten.

Ondanks deze onduidelijkheden zijn de verschillende partijen in de zorg begonnen om het advies te implementeren in de praktijk. De dynamiek en stand van zaken hieromtrent verschilt behoorlijk, zowel tussen de verschillende branches als binnen de branches. We gaan hieronder op de onduidelijkheden en de stand van zaken/dynamiek per branche in.

Overgangsregeling

Zoals hierboven beschreven is er nog geen overgangsregeling vastgesteld. Uit de laatste focusgroepbijeenkomst kwam naar voren dat dat als een grote belemmering wordt ervaren bij de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen. Verschillende deelnemers gaven aan in feite te wachten met implementeren totdat er duidelijkheid is over welke verpleegkundigen nu regieverpleegkundige kunnen worden zonder (veel) aanvullende scholing. Daarnaast zorgt de onduidelijkheid rondom de overgangsregeling voor (extra) onrust onder de beroepsgroep van verpleegkundigen.

De vertaling van de beroepsprofielen naar de praktijk

Een beroepsprofiel is een generieke beschrijving van een beroep. De beroepsprofielen zijn sector-breed opgesteld en moeten worden vertaald naar functieprofielen voor organisaties. Een (groot) deel van de organisaties heeft dat echter nog niet gedaan. Voor deze organisaties is nog niet duidelijk hoe het er straks uit gaat zien en welke beroepsgroep nu precies wat gaat doen. Dat laatste geldt niet alleen voor de twee groepen verpleegkundigen. Er zal ook een afbakening van taken met andere functiegroepen plaats moeten vinden, onder andere met teamleiders, verpleegkundig specialisten en artsen.

Dat de beroepsprofielen veelal nog moeten worden vertaald naar functieprofielen, betekent ook dat verpleegkundigen nog onvoldoende beeld hebben van wat er straks in de praktijk van (regie)verpleegkundigen verwacht wordt.

De gewenste toekomstige functiemix van werkgevers

Uit de interviews en de focusgroepbijeenkomsten die voor het onderhavige arbeidsmarktonderzoek zijn gehouden, maar ook uit de vragenlijst onder werkgevers blijkt dat een



(groot) deel van de organisaties nog geen beeld heeft van de gewenste toekomstige functiemix. Nu is de vraag naar de toekomst altijd lastig, echter op het moment dat er nog geen concreet beeld is van de invulling van de nieuwe functieprofielen is een vertaling naar functiemix ook vrijwel niet mogelijk. Ook als die vertaling naar functieprofielen er wel is, blijft het lastig om in te schatten hoe deze nieuwe manier van werken uit gaat pakken in de praktijk. Ook organisaties die al zijn gestart met de implementatie, geven aan dat ze uit zijn gegaan van een voorlopige visie op de benodigde functiemix. Deze visie kan straks bijgesteld worden als er eenmaal ervaring is opgedaan met de nieuwe manier van werken en de nieuwe beroepen.

De opbrengsten

Tijdens de laatste twee focusgroepbijeenkomsten die voor dit onderzoek zijn gehouden werd naar voren gebracht dat ook onduidelijkheid over de opbrengsten het lastig maakt om een toekomstige functiemix op te stellen. Op dit moment bestaat het beeld dat in alle onderzochte branches het aandeel toekomstige regieverpleegkundigen hoger is dan het huidige aandeel hbo-verpleegkundigen. Nog los van implementatie- en scholingskosten betekent dat een structurele stijging van salariskosten. Niet alleen omdat het aandeel hbo-opgeleiden toeneemt maar ook omdat de regieverpleegkundige (hoogstwaarschijnlijk) zal worden ingeschaald op hbo-niveau. Daar staan verwachte opbrengsten op het gebied van kwaliteit van zorg tegenover. Voor een deel zal dit ook leiden tot minder kosten (bv door minder heropnames). Verder kan het zijn dat er ook efficiencywinst behaald kan worden. Dat hangt echter ook weer af van de manier waarop de regieverpleegkundigen ingezet worden. Duidelijkheid over de verwachte opbrengsten is er echter (nog) niet. Bovendien hoeven opbrengsten niet noodzakelijkerwijs in dezelfde branche gerealiseerd te worden als waar de kosten gemaakt worden. Als blijkt dat de kosten wel verhoogd worden maar er geen navenante opbrengsten tegenover staan, zal ook opnieuw naar de gewenste functiemix worden gekeken zo gaf men aan.

Stand van zaken per branche

In elke branche zijn voorbeelden te vinden van organisaties die inmiddels gestart zijn met de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen. Zoals hierboven al genoemd verschilt de stand van zaken echter per instelling of organisatie. Desondanks kan wel een globaal beeld per branche geschetst worden.

- Ziekenhuizen en UMC's
Binnen de ziekenhuizen en de UMC's is men gestart met de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen en de functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen. Dit gebeurt met name in de proeftuinen, maar ook wel daarbuiten. Vaak gaat het om één of enkele afdelingen per proeftuin. Het gaat vooral om de verpleegafdelingen, de IC- en SEH-afdelingen zijn over het algemeen (nog) geen onderdeel van de proeftuinen. Binnen deze branches wordt ook vaak aan mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen de mogelijkheid geboden om een verkort hbo-v traject te volgen. De brancheorganisaties ondersteunen de implementatie van de functiedifferentiatie met o.a. een leidraad/handreiking voor de implementatie en een toolkit om de effecten op de kwaliteit van zorg te meten. Voortvloeiend van de proeftuinen is ook dat er praktijkvoorbeelden beschikbaar zijn voor de ziekenhuizen die nog aan het begin van de implementatie staan.



- GGZ
De implementatie van de nieuwe beroepsprofielen lijkt in deze branche (nog) niet structureel te worden opgepakt. Wellicht mede door de diversiteit van de branche lijkt er verschillend te worden gedacht over de vraag in hoeverre de nieuwe beroepsprofielen goed aansluiten bij de dagelijkse praktijk en een toegevoegde waarde hebben. Wel is duidelijk dat met name binnen de ambulante GGZ behoefte is aan verpleegkundigen met hbo werk- en denkniveau, terwijl in de intramurale GGZ behoefte is aan een mix van verpleegkundigen met hbo- en mbo-niveau en in veel mindere mate verzorgenden. Voor de ambulante setting is duidelijkheid omtrent de positie van de spv'er gewenst. Er is een duidelijke vraag naar de competenties, vaardigheden en het takenpakket van deze professional. Het is echter onduidelijk of die straks als regieverpleegkundige of verpleegkundige bestempeld zal worden.
- Thuiszorg (wijkverpleging en persoonlijke verzorging)
In de thuiszorg is een aantal jaar geleden al functiedifferentiatie tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen ingevoerd (met als functiebenaming respectievelijk 'verpleegkundige in de wijk' en 'wijkverpleegkundige'). Er heeft destijds ook relatief veel op- en bijscholing van verpleegkundigen plaatsgevonden. Het algemene beeld is dat het beroepsprofiel van de regieverpleegkundige goed aansluit bij de functie van de wijkverpleegkundige. De implementatie lijkt in deze branche dan ook minder voeten in de aarde te hebben dan in andere branches.
- Verpleeghuiszorg
Binnen de verpleeghuizen lijkt het onderwerp minder te leven. De behoefte aan regieverpleegkundigen in deze branche is relatief klein. Belangrijk vraagstuk voor deze branche is de inzet, positionering en het behoud van (mbo-) verpleegkundigen. Daarnaast is het voor deze branche een vraagstuk hoe de functie van regieverpleegkundige zodanig in te richten en te positioneren dat er voldoende uitdaging in zit en mensen ook behouden blijven (inzet in de teams, organisatiebreed of in de behandeldienst). Ook de afbakening tussen de verpleegkundig specialist en de regieverpleegkundige speelt hierbij een rol. Ten opzichte van andere branches zit de behoefte aan regieverpleegkundigen meer in het perspectief op kwaliteitszorg, kwaliteit van leven, impact op ketenzorg en soms coachen, dan op de inzet in de directe patiëntenzorg. Voor de klinische blik lijkt men daarom ook eerder in te zetten op de verpleegkundige (mbo-niveau) dan de regieverpleegkundige.
- Gehandicaptenzorg
Ook in de gehandicaptenzorg lijken de nieuwe beroepsprofielen niet zo sterk te leven. Binnen de branche speelt vooral het vraagstuk hoe de (mbo-) verpleegkundigen te positioneren en te binden. Zij worden lang niet altijd voldoende ingezet op hun kennis en kunde en hun verpleegkundige competenties. In zijn totaliteit is de behoefte aan regieverpleegkundigen binnen deze branche vrij klein. Binnen het agogisch model (verpleegkundigen werken als begeleider op een groep) ziet men weinig plaats voor regieverpleegkundigen. Implementatie van de functie van regieverpleegkundige binnen het medisch model lijkt kansrijker (regieverpleegkundigen worden dan over de groepen heen ingezet voor verpleegkundige vraagstukken). Er zijn instellingen waar hbo-verpleegkundigen op die manier worden ingezet.

3.4. Verwachtingen en activiteiten van werkgevers

In juni/juli 2017 is de werkgeversenquête van het Onderzoeksprogramma AZW uitgevoerd (Werkgeversenquête AZW, 2017). Werkgevers zijn bevraagd op verschillende onderwerpen, waaronder het onderscheid in functies tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. In Tabel 1 is te zien



dat bijna de helft van de werkgevers in de branches ziekenhuiszorg, UMC's, VVT en gehandicaptenzorg hier onderscheid in maakt. Opvallend is dat 27% van de respondenten aangeeft dat dit niet van toepassing is binnen hun organisatie. Binnen de VVT wordt het vaakst onderscheid gemaakt. Dat zal grotendeels te maken hebben met het vereiste hbo-niveau voor wijkverpleegkundigen. Het minst vaak wordt het onderscheid gemaakt in de gehandicaptenzorg, op de voet gevolgd door de ziekenhuizen en de UMC's.

Tabel 1 Onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen, juni/juli 2017, N=394

	Wel onderscheid	Geen onderscheid	Niet van toepassing	Weet niet
Ziekenhuizen & UMC's	31%	51%	16%	2%
GGZ	42%	14%	44%	0%
VVT	79%	16%	5%	0%
Gehandicaptenzorg	29%	34%	37%	0%
Totaal	49%	23%	27%	0%

Bron: werkgeversenquête 2017, AZW

In de werkgeversenquête is ook gevraagd op welke wijze werkgevers zich voorbereiden op het invoeren van een onderscheid tussen regieverpleegkundigen en verpleegkundigen. In antwoord op deze vraag geeft 22% aan (nog) geen voorbereidingen te treffen en 29% geeft aan dat dit niet van toepassing is (zie Tabel 2). Opgeteld is dat 51%. De meest genoemde voorbereidingen waren onderscheid maken in opleidingsniveau of in functieniveau van verpleegkundigen (respectievelijk 24% en 25%). Slechts 15% was bezig met het opstellen van functieprofielen en 11% met het bepalen van een passende functiemix.

Tabel 2 Wijze waarop werkgevers zich voorbereiden op het onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen, juni/juli 2017, N=394

	Ziekenhuizen & UMC's	GGZ	VVT	Gehandicapten-zorg	Totaal
Onderscheid maken in opleidingsniveaus verpleegkundigen	33%	14%	40%	15%	24%
Onderscheid maken in functieniveaus verpleegkundigen	36%	28%	41%	20%	25%
Opstellen nieuwe functieprofielen	31%	19%	26%	9%	15%
Passende functiemix bepalen	22%	14%	18%	9%	11%
Anders	22%	19%	15%	5%	10%
Geen voorbereidingen	9%	12%	17%	31%	22%
Niet van toepassing	16%	42%	6%	40%	29%
Weet niet	7%	2%	1%	2%	2%

Bron: werkgeversenquête 2017, AZW

Ook in het arbeidsmarktonderzoek nieuwe beroepsprofielen is een vragenlijst uitgezet onder werkgevers. In deze vragenlijst zijn verschillende vragen gesteld omtrent het advies over de nieuwe beroepsprofielen. Omdat de vragenlijst in totaal door respondenten van 122 zorgorganisaties is



ingevuld, presenteren we hier alleen gegevens over de totale groep. Verschillen tussen branches worden wel benoemd maar zijn indicatief.

- Dat het advies 'Toekomstbestendige beroepen' en de bijbehorende beroepsprofielen voor regieverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden niet in elke branche even sterk leven, blijkt ook uit de antwoorden op de vraag of werkgevers bekend zijn met het advies. Over alle branches geeft 18% aan helemaal niet op de hoogte te zijn, waarbij vooral de gehandicaptenzorg en in mindere mate de GGZ er uitspringen. In die eerste branche is zelfs meer dan de helft van de respondenten niet bekend met het advies. Van de ziekenhuizen daarentegen geven veruit de meeste organisaties aan goed op de hoogte te zijn van het advies.
- Op de vraag of men als bezig is met (het voorbereiden van) functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen gaf iets meer dan de helft aan daar nog niet mee bezig te zijn (54%). Dit komt dicht in de buurt van de 51% die op de enquête van het AZW-programma antwoordde geen voorbereidingen te treffen of dit als niet van toepassing beschouwde. Er zijn wel verschillen per branche. Respondenten uit de thuiszorg gaven het vaakst aan dat het onderscheid al is ingevoerd. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het onderscheid tussen wijkverpleegkundigen (hbo-niveau) en verpleegkundigen in de wijk (mbo-niveau), dat daar reeds enkele jaren geleden is doorgevoerd. Verder gaven vooral de respondenten uit de ziekenhuizen en UMC's aan bezig te zijn met het proces van functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen. In de overige branches gaven daarentegen alle respondenten aan nog niets gedaan te hebben aan het invoeren van een onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen.
- In totaal gaf twee derde van de respondenten aan dat zij al specifieke hbo-functies hebben voor verpleegkundigen. Nog eens 17% gaf aan deze te gaan creëren en 16% gaf aan ze niet te hebben en ook niet te gaan creëren. Die laatste groep bestaat vooral uit respondenten uit de gehandicaptenzorg en de GGZ, maar ook een aantal verpleeghuizen.
- Een klein deel van de respondenten gaf ook aan dat de specifieke hbo-functies ook wel door mbo- en inservice verpleegkundige worden vervuld, mist zij over hbo werk- en denkniveau beschikken.
- Verder is aan de respondenten gevraagd hoe de organisatie staat tegenover de nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen. Hierbij kon geantwoord worden op een vijfpuntsschaal, van zeer positief tot en met zeer negatief. Omdat slechts enkele ziekenhuizen kozen voor zeer positief, en er verder niet voor het meest positieve of meest negatieve antwoord gekozen werd, zijn de antwoorden samengenomen tot een drietal categorieën. Ruim twee vijfde van de werkgevers die de vraag hebben beantwoord, geeft aan er positief tegenover te staan, eveneens ruim twee vijfde staat er neutraal tegenover. De overige respondenten gaven aan het niet te weten of (in mindere mate) er negatief tegenover te staan. Het lijkt er daarbij sterk op dat de bekendheid met de nieuwe beroepsprofielen sterk meespeelt in de houding ten opzichte van deze beroepsprofielen. De onbekendheid met het advies was het grootste onder respondenten uit de gehandicaptenzorg en de GGZ. Daar geeft ook een hoog aandeel van de respondenten aan niet te weten hoe men tegenover het advies staat, of men geeft een neutraal antwoord. Respondenten uit de ziekenhuizen en UMC's staan overwegend positief tegenover de nieuwe beroepsprofielen.

Kortom: uit de werkgeversenquête uit juni/juli 2017 blijkt dat iets meer dan de helft van de werkgevers (nog) geen voorbereidingen trof voor het onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen, of aangaf dat dat voor hen niet van toepassing was. De uitkomsten uit de vragenlijst onder een beperkt aantal werkgevers in het voorjaar van 2018 duiden er niet op dat er veel meer werkgevers aan de slag zijn gegaan met de implementatie.



3.5. De nieuwe beroepsprofielen en verwachtingen van verpleegkundigen

In Tabel 3 is weergegeven in hoeverre verpleegkundigen bekend zijn met het advies over de nieuwe beroepsprofielen. Gemiddeld is nog bijna 24% van de verpleegkundigen onbekend met het advies over de nieuwe beroepsprofielen. In de gehandicaptenzorg ligt dit percentage het hoogst, meer dan de helft is onbekend met het advies (55%). Dit komt overeen met het beeld uit de interviews en de focusgroepen dat het advies hier (nog) niet zo leeft. In de algemene ziekenhuizen is 85% (enigszins of goed) op de hoogte van het advies; in de UMC's 82% en in de thuiszorg 81%.

Tabel 3 Bekendheid van het advies over de nieuwe beroepsprofielen onder verpleegkundigen, naar branche (N=4168)

	Niet bekend	Enigszins bekend	Goed op de hoogte	Totaal
UMC's	18%	66%	17%	100%
Ziekenhuizen	15%	61%	23%	100%
GGZ	26%	59%	15%	100%
V&V	24%	61%	14%	100%
Thuiszorg (V&V)	19%	60%	21%	100%
Gehandicaptenzorg	55%	38%	7%	100%
Totaal	24%	59%	18%	100%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

De verpleegkundigen is ook gevraagd hoe zij tegenover de nieuwe beroepsprofielen staan. De resultaten zijn te zien in Tabel 4, waarbij 1 staat voor een zeer goede ontwikkeling en 5 voor een zeer slechte ontwikkeling. Te zien is dat de meningen niet heel erg uiteenlopen per branche en dat in elke branche de gemiddelde score iets onder de 3 ('neutraal') ligt. De meest voorkomende score is de neutrale score. In totaal geeft 28% van de verpleegkundigen een score boven de 3 (zij zijn niet positief over deze ontwikkeling) en 40% een score onder de 3 (zij zijn wel positief over deze ontwikkeling). Als we een vergelijking maken tussen verpleegkundigen die in een proeftuin werkzaam zijn en verpleegkundigen die niet in een proeftuin werkzaam zijn dan zijn er geen verschillen te zien in de algemene mening over de nieuwe beroepsprofielen.

Tabel 4 Mening over de nieuwe beroepsprofielen, per branche (N=3013)

	Gemiddelde
UMC's	2,9
Ziekenhuizen	2,8
GGZ	2,7
V&V	2,7
Thuiszorg (V&V)	2,6
Gehandicaptenzorg	2,6
Totaal	2,8

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen



Daarnaast is aan de verpleegkundigen gevraagd naar hun verwachtingen omtrent het veranderen van hun huidige functie door invoering van de twee gescheiden beroepsprofielen. Een meerderheid van 53% verwacht dat hun functie niet zal veranderen (zie Tabel 5). Verder geeft circa 10% aan niet te weten of hun huidige functie zal veranderen.

De verwachtingen omtrent de veranderingen voor de huidige functie, verschillen naar initieel diploma. Het aandeel verpleegkundigen dat geen veranderingen verwacht varieert tussen de 47% voor mbo-opgeleiden tot 57% voor inservice-opgeleiden. De vraag is wat het uiteindelijke effect is dat men verwacht: verwacht men dat de functie even leuk blijft, leuker wordt of juist minder leuk. Bij elke groep verwacht 13 tot 16% dat de functie wel verandert, maar even leuk blijft. Als we dat optellen bij het aandeel dat geen veranderingen voor de eigen functie verwacht (waardoor die even leuk blijft), dan geeft 62 tot 71% aan te verwachten dat de functie even leuk blijft. Dit aandeel is het laagst bij degenen met een mbo-diploma (62%) en het hoogst bij degenen met een hbo-diploma.

Daar waar men wel verwacht dat de functie leuker of minder leuk wordt, valt vooral op dat mbo-verpleegkundigen vaker (22%) denken dat hun functie minder leuk zal worden dan hbo-verpleegkundigen (5%). Hetzelfde geldt, in afgezwakte vorm voor de inservice verpleegkundigen. Van hen denkt 14% dat hun functie minder leuk zal worden. Degenen met een hbo-diploma verwachten het vaakst dat hun functie leuker zal worden, namelijk 18%. Voor de mbo- en inservice-opgeleiden is dit respectievelijk 6% en 4%. Als we in deze analyse ook kijken naar de mate waarin men op de hoogte is van het advies over de nieuwe beroepsprofielen dan blijkt dat het aandeel 'de functie verander niet' en 'weet niet' afneemt naarmate men aangeeft beter op de hoogte te zijn van het advies (niet weergegeven in de tabel). Bij de mbo- en inservice opgeleiden nemen de andere antwoordcategorieën in omvang toe. Bij de hbo-verpleegkundigen neemt alleen het aandeel dat verwacht dat de functie leuker wordt toe.

Tabel 5 Verwachtingen omtrent het veranderen van de huidige functie door invoering van de twee gescheiden beroepsprofielen, naar initieel diploma (N=4020)

	Functie blijft even leuk		Functie blijft even leuk: totaal	Functie wordt leuker	Functie wordt minder leuk	Weet niet	
	Functie verandert niet	Functie verandert wel					
Mbo	47%	15%	62%	6%	22%	10%	100%
Inservice	57%	13%	70%	4%	14%	12%	100%
Hbo	55%	16%	71%	18%	5%	7%	100%
Totaal	53%	14%	67%	9%	14%	10%	100%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen



Zoals hierboven vermeld geeft een groot deel van de verpleegkundigen aan geen of slechts beperkt kennis te hebben van het advies. We hebben daarom gekeken of verpleegkundigen die werkzaam zijn in een proeftuin, andere verwachtingen hebben omtrent veranderingen in hun functie als gevolg van het advies. Het is vooral interessant om te weten of zij positievere of juist negatievere verwachtingen hebben over het effect op hun eigen functie. In totaal hebben 234 verpleegkundigen die werkzaam zijn in een proeftuin de vraag naar hun verwachtingen beantwoord. Dit zijn zowel verpleegkundigen uit proeftuinen die al gestart zijn als verpleegkundigen uit proeftuinen die nog aan het begin staan.

We zien de volgende verschillen tussen verpleegkundigen die in een proeftuin werkzaam zijn en verpleegkundigen die niet in een proeftuin werkzaam zijn.

- Verpleegkundigen die in een proeftuin werken, verwachten veel vaker dat de invoering van de beroepsprofielen gevolgen hebben voor hun functie. Dit geldt voor alle groepen verpleegkundigen. Het aandeel dat veranderingen verwacht voor hun functie gaat is 49% (geen proeftuin) versus 76% (wel proeftuin).
- Het aandeel verpleegkundigen dat zegt geen zicht te hebben op de vraag of er veranderingen voor hun functie zullen optreden halveert (van 9% in niet-proeftuin naar 5% in proeftuin).
- Verpleegkundigen met een mbo-diploma die in een proeftuin werken verwachten ten opzichte van hun collegae die niet in een proeftuin werken vaker dat hun werk wel verandert maar even leuk blijft en dat de functie zal veranderen maar net zo leuk blijft. Zij verwachten echter ook iets vaker dat hun werk minder leuk zal worden.
- Verpleegkundigen met een inservice diploma die in een proeftuin werken verwachten eveneens iets vaker dan hun collegae bij niet-proeftuinen dat hun functie wel verandert maar even leuk blijft of dat functie leuker wordt. Het aandeel inservice-verpleegkundigen in de proeftuinen dat verwacht dat de functie minder leuk wordt stijgt echter sterker.
- Bij de verpleegkundigen met een hbo-diploma is het andersom. Van de verpleegkundigen die in een proeftuin werken verwacht een groter aandeel dat hun werk naar verwachting leuker zal worden als gevolg van de functiedifferentiatie en een kleiner deel dat de functie minder leuk wordt. Net als bij de andere twee groepen neemt ook de verwachting toe dat de functie wel verandert maar even leuk blijft.

Omdat een (groot) deel van de proeftuinen zich nog in een vroeg stadium bevindt, is niet te zeggen of deze verwachtingen ook bewaarheid zullen worden. Het risico dat de invoering van de nieuwe beroepsprofielen voor een deel van (met name) de mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen kan betekenen dat voor hen het werk minder leuk wordt is echter wel een belangrijk aandachtspunt.

3.6. De huidige arbeidsmarkt

Tot slot werpen we nog een korte blik op de huidige arbeidsmarkt in de zorg en de huidige samenstelling van het personeelsbestand.



Bij de huidige samenstelling van het personeelsbestand gaat het om de huidige mix van relevante diploma's, in feite de startsituatie. De scenario's kunnen hiertegen afgezet worden. De nul-situatie zal ook belangrijke input zijn voor de vraag-aanbodramingen die gemaakt gaan worden.

Aspecten die bij deze mix van belang zijn:

- de diploma's die verzorgenden en verpleegkundigen hebben behaald, gesplitst naar branche:
 - initieel beroepsdiploma
 - aanvullende diploma's met een (potentieel) civiel effect
- het functieniveau waarop het verpleegkundig en verzorgend personeel werkzaam is, per branche.

3.6.1. Aantallen verpleegkundigen en verzorgenden

In totaal waren er eind december 2017 bijna 170.000 verpleegkundigen werkzaam in de sector Zorg en Welzijn¹. Het gaat dan om verpleegkundigen met een BIG-registratie die werkzaam zijn in een organisatie binnen de sector Zorg en Welzijn. Aangezien zij over een BIG-registratie beschikken zal het merendeel ook daadwerkelijk werkzaam zijn in het beroep. Degenen die een andere functie gaan vervullen verliezen namelijk hun BIG-registratie. De gegevens zijn inclusief de verpleegkundigen die in een functie werken met een andere benaming dan 'verpleegkundige' (dit komt o.a. voor in de gehandicaptenzorg).

De meeste verpleegkundigen zijn werkzaam in een algemeen of categoriaal ziekenhuis. Daarnaast zijn er veel verpleegkundigen werkzaam in de verpleeghuizen en thuiszorg (zie Tabel 6. Voor de volledigheid is in deze tabel ook het aantal verpleegkundigen en verzorgenden opgenomen dat wel in de sector Zorg en welzijn werkzaam is maar niet in één van de gespecificeerde branches). Verzorgenden werken grotendeels in de verpleeghuizen of de thuiszorg.

Tabel 6 Aantal verpleegkundigen en verzorgenden, werkzaam in Zorg en WJK, 2017

	Verpleegkundigen	Verzorgenden
UMC's	13563	108
Ziekenhuizen	59816	2409
GGZ	14549	1483
V&V	26259	92144
Thuiszorg (V&V)	24566	49330
Gehandicaptenzorg	19442	4466
Overig	11694	7230
Totaal	169889	157170

Bron: CBS (bewerking Prismant), AZWinfo en WNE (bewerking Prismant)

¹ Het CBS koppelt jaarlijks het BIG-register aan de sociaal statistisch bestanden waar zij over beschikken. Op basis daarvan is te zien hoeveel van de BIG-geregistreerden werkzaam zijn in de zorg, buiten de zorg of in het geheel niet werkzaam zijn. Het meest recente jaar waarover het CBS rapporteert is 2016. Door een extrapolatie van de jaren 2014 t/m 2016 naar het jaar 2017 komen we op 169.300 verpleegkundigen die werkzaam zijn in de zorg.



3.6.2. Initiële diploma's

Van de totale groep verpleegkundigen (werkzaam in het beroep) heeft ongeveer 30% een mbo-diploma en 30% een hbo-diploma. 40% heeft een inservice-diploma. In de UMC's en de GGZ is het aandeel verpleegkundigen met een hbo-diploma het hoogst, terwijl in de gehandicaptenzorg relatief veel inservice-opgeleiden werken. In de verpleeghuizen is juist het aandeel mbo-opgeleiden hoog (zie Tabel 7).

Tabel 7: Initieel diploma van verpleegkundigen per branche (N=4253)

	Mbo	Inservice	Hbo	Totaal
UMC's	23,5%	33,2%	43,3%	100,0%
Ziekenhuizen	28,1%	42,1%	29,9%	100,0%
GGZ	21,9%	34,3%	43,9%	100,0%
V&V	61,6%	23,7%	14,7%	100,0%
Thuiszorg (V&V)	32,3%	31,2%	36,5%	100,0%
Gehandicaptenzorg	25,8%	60,6%	13,6%	100,0%
Totaal	32,1%	38,7%	29,2%	100,0%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Voor verzorgenden zijn de initiële diploma's verdeeld in twee categorieën: initiële diploma's die gelijk zijn te stellen aan het huidige diploma Verzorgenden Individuele Gezondheidszorg (VIG) en initiële diploma's die niet gelijk zijn te stellen aan het huidige diploma VIG (in de tabel gelabeld als VAG: Verzorgende Algemene gezondheidszorg). Daarbij is de indeling gehanteerd die V&VN gebruikt voor het Kwaliteitsregister verzorgenden.

Tabel 8 Initieel diploma van verzorgenden (N=1915)

	VAG	VIG
V&V	18%	82%
Thuiszorg (V&V)	26%	74%
Gehandicaptenzorg	27%	73%
Totaal	20%	80%

Bron: Vragenlijst verzorgenden arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

3.6.3. Specialisaties

Een deel van de verpleegkundigen en de verzorgenden heeft een gespecialiseerde vervolgopleiding gedaan. In de vragenlijst onder verpleegkundigen is hiernaar gevraagd,

Tabel 9 geeft per branche aan wat het aandeel verpleegkundigen met een gespecialiseerd diploma is. Uit de tabel blijkt dat in totaal 42% van de verpleegkundigen over een gespecialiseerd diploma beschikt en dat dit aandeel het grootst is in de UMC's en de ziekenhuizen. Het gaat hierbij om alle verpleegkundige specialisaties die verpleegkundigen hebben aangegeven. Van een deel van deze specialisaties wordt nu door een speciaal ingestelde commissie onderzocht of dit diploma wat betreft inhoud en niveau gelijkgesteld kan worden aan een hbo-diploma. Als we



alleen naar deze diploma's kijken, dan beschikt 27% van de groep werkzame verpleegkundigen over een diploma van een opleiding die op de lijst van deze commissie staat.

Tabel 9 aandeel verpleegkundigen met een gespecialiseerd diploma (van de totale groep verpleegkundigen), per branche, N=4253

	Aandeel met gespecialiseerd diploma
UMC's	69%
Ziekenhuizen	64%
GGZ	27%
V&V	15%
Thuiszorg (V&V)	28%
Gehandicaptenzorg	8%
Totaal	42%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Van de verzorgenden heeft in totaal 8% naast het initiële diploma, ook een gespecialiseerd diploma behaald. Dit zijn vooral verzorgenden die werkzaam zijn in de V&V. Het gaat dan met name om de een specialisatie in de psychogeriatric (62%).

3.6.4. Niveau van de functie

Om in kaart te brengen wat het huidige functieniveau van verpleegkundigen is, kan gekeken worden naar drie aspecten: hoe verpleegkundigen zelf het niveau van de functie inschatten, de formele eisen die werkgevers aan de functie stellen en de inschaling. In



Tabel 10 is aangegeven hoe de huidige functies verdeeld zijn wat betreft de formele eisen aan de functie. In de tabel is ook aangegeven welk deel van de functies is ingeschaald in een hbo-schaal. Voor 17% van de functies wordt het hbo-diploma vereist en voor nog eens 9% van de functies het hbo-diploma plus een diploma van een verpleegkundige specialisatie. Als we naar de formele eisen kijken is dus 26% van de functies een functie op hbo-niveau. 45% van de functies kan zowel met een mbo, inservice of hbo-diploma vervuld worden en nog eens 21% met één van deze drie initiële kwalificaties plus een diploma van een verpleegkundige specialisatie. In totaal is 50% van de functies ingeschaald in een hbo-schaal. Dat komt grotendeels overeen met het aandeel van de functies waarvoor het hbo-diploma en/of een gespecialiseerd diploma vereist wordt (namelijk 47%, bestaande uit de 17% waarvoor het hbo-diploma wordt gevraagd, de 9% waarvoor het hbo-diploma plus een gespecialiseerd diploma wordt gevraagd en de 21% waarvoor een gespecialiseerd diploma wordt gevraagd, ongeacht het initiële diploma).



Tabel 10. Formele eisen die gesteld worden aan de verpleegkundige functies (N=4171)

Eisen aan de functie							
	hbo-diploma	hbo-diploma + specialisatie	mbo, inservice of hbo-diploma	mbo, inservice of hbo-diploma + specialisatie	weet niet	totaal	aandeel dat ingeschaald is in hbo-schaal
Totaal	17%	9%	45%	21%	8%	100%	50%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

Er blijkt wel een discrepantie te zijn tussen formele eisen die gesteld worden aan een functie en hoe verpleegkundigen zelf het niveau van de functie inschatten. In Tabel 11 is te zien dat 36% van de verpleegkundigen de eigen functie als mbo-niveau inschat en 54% als hbo-niveau. Dit terwijl aan 26% van de functies de formele eis van een hbo-diploma wordt gesteld. Een deel van de verpleegkundigen schat het niveau van de eigen functie dus hoger in dan uit de formele eisen aan de functie blijkt. Wellicht dat de functies waarvoor een gespecialiseerd diploma vereist is door deze verpleegkundigen gelijkgesteld worden aan een functie op hbo-niveau. Dat is echter niet zondermeer het geval. Voor het opstellen van de overgangsregeling moet immers nog worden vastgesteld welk pakket aan opleidingen of welke aanvullende opleidingen vergelijkbaar zijn met een initiële hbo-opleiding. Ongeacht of de genoemde discrepantie te maken heeft met specialisaties, kan deze discrepantie wel effect hebben op de wijze waarop verpleegkundigen naar de functie van regie-verpleegkundige kijken. En dan met name naar het niveau van deze functie in de praktijk in vergelijking met het niveau van de huidige functie. Dit werd ook tijdens meerdere interviews aangegeven.

Tabel 11. Niveau van de verpleegkundige functies, inschatting van verpleegkundigen (N=4171)

	Aandeel
Mbo-niveau	36%
Hbo-niveau	54%
Weet niet	10%
Totaal	100%

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

3.6.5. Huidige arbeidsmarktsituatie

In dit onderzoek wordt gekeken naar de toekomstige functiemix wat betreft verzorgenden, verpleegkundigen en regie-verpleegkundigen. Dat is een gewenste eindsituatie in de verschillende scenario's. De huidige functiemix is dan de startsituatie. De vraag is echter of er in de huidige situatie sprake is van een gewenste functiemix. Een indicatie daarvoor kan verkregen worden uit de vragenlijst die voor dit arbeidsmarktonderzoek is uitgezet onder werkgevers. In die vragenlijst is gevraagd of en in hoeverre de samenstelling van het verpleegkundig en verzorgend personeel aansluit bij wat de organisatie nodig heeft, gezien vanuit zorg en organisatie. 33% van de respondenten geeft aan dat dit het geval is, 19% geeft aan dat de samenstelling niet aansluit bij



wat zij nodig achten, en nog eens 39% geeft aan dat dit slechts ten dele het geval is. Aan de werkgevers die aangaven dat de samenstelling van het verpleegkundig en verzorgend personeel niet (volledig) aansluit bij wat nodig is, is de open vraag gesteld waarom dit dan zo is. Bijna alle werkgevers antwoorden op die vraag dat zij niet voldoende werknemers (al dan niet van een bepaald kwalificatieniveau) hebben, en 18 van de 54 werkgevers die op deze vraag antwoordden, noemen daarbij expliciet arbeidsmarktcrapte als oorzaak. Andere antwoorden hebben vrijwel allemaal betrekking op een complexer of zwaarder wordende zorgvraag. Tenslotte noemt een enkeling dat de loonkosten vanuit cao's de keuzes beperken.

Zoals hierboven al blijkt is er op dit moment sprake van een (groeiend) tekort aan zowel verzorgenden als verpleegkundigen. Per instelling, regio en branche zal verschillen in welke mate deze tekorten gevoeld worden. Uit de vragenlijst die voor dit arbeidsmarktonderzoek is uitgezet onder werkgevers blijkt dat 76% van de respondenten openstaande vacatures heeft voor verpleegkundigen of verzorgenden, waarvan meer dan de helft moeilijk vervulbaar is. In totaal heeft 45% van de respondenten moeilijk vervulbare vacatures voor verpleegkundigen en 30% voor verzorgenden (als voor verzorgenden alleen naar de verpleeghuizen en de thuiszorg wordt gekeken dan is het aandeel dat moeilijk vervulbare vacatures voor verzorgenden heeft een stuk hoger).



4. DRIE SCENARIO'S

Het arbeidsmarktonderzoek toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging richt zich op de vraag wat het effect is van het advies over de nieuwe beroepsprofielen op de arbeidsmarkt van verzorgenden en verpleegkundigen. Een belangrijk aspect daarbij is hoe de toekomstige functiemix er uit gaat zien. Die toekomstige functiemix heeft namelijk invloed op vraag en aanbod en te verwachten effecten. Om de toekomstige functiemix in kaart te brengen gaat het onderzoek uit van drie verschillende scenario's, behorend bij drie verschillende invalshoeken:

- De zorg invalshoek. Het leidende principe is hier de zorg: een analyse van de zorgvraag en de wijze waarop de zorg georganiseerd zal worden (zonder budgettaire beperkingen) bepaalt de gewenste functiemix.
- De invalshoek van de mens: de diploma's, competenties, loopbaanwensen en scholingspotentieel bepalen de functiemix. Ook deze invalshoek is zonder budgettaire beperkingen. Deze invalshoek maakt inzichtelijk wat het ontwikkelingspotentieel is van de huidige werknemerspopulatie (vanuit zowel het gezichtspunt van werknemers als van werkgevers).
- De middelen invalshoek: beschikbare middelen (zowel geld als mensen) bepalen en begrenzen de functiemix.

Voor deze drie invalshoeken zijn scenario's² opgesteld. Deze scenario's bestaan uit de volgende onderdelen:

- een korte beschrijving van het scenario
- de functiemix in dit scenario
- de bijbehorende scholingskosten
- de bijbehorende salariskosten
- tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt bij dit scenario.

Hieronder gaan we in op de drie scenario's. Deze drie scenario's zijn niet zondermeer met elkaar te vergelijken. In feite is het 'mensscenario' een aanbod-scenario: er wordt gekeken naar wensen en ambities van de beroepsgroep zelf en daarmee naar het (toekomstige) aanbod op de arbeidsmarkt. Het 'zorgscenario' is een vraag-scenario: er wordt gekeken naar de (toekomstige) vraag op de arbeidsmarkt. In dit hoofdstuk worden deze scenario's nog niet met elkaar geconfronteerd, in hoofdstuk 5 doen we dat wel.

4.1. Het mensscenario

4.1.1. Korte beschrijving van het mensscenario

De functiemix in dit scenario is de medewerkersvolgende functiemix. De invalshoek is hier de mens: de diploma's, competenties, loopbaanwensen en het scholingspotentieel van verzorgenden en

² Zoals in hoofdstuk 2 al is beschreven gaat het bij de scenario's niet om harde prognoses, maar om een verkenning van mogelijke ontwikkelingen. De scenario's zijn gevuld op basis van nu beschikbare informatie, aangevuld met zo goed mogelijk onderbouwde aannames.



verpleegkundigen bepalen de functiemix. Deze invalshoek is zonder budgettaire beperkingen. De functiemix in deze invalshoek is gebaseerd op nu beschikbare informatie over wensen en ambities van verzorgenden en verpleegkundigen en aannames rondom het ontwikkelingspotentieel van de huidige werknemerspopulatie, vanuit zowel het gezichtspunt van werknemers als van werkgevers.

4.1.2. De functiemix in het mensscenario

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

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

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

Voor verzorgenden zijn de volgende aspecten van belang:

- hebben ze de wens om op te scholen naar verpleegkundige?
- hebben mensen die willen opscholen ook het potentieel om op te scholen?

4.1.3. Welk beroep ambiëren verpleegkundigen

In de vragenlijst onder BIG-geregistreerde verpleegkundigen is een vraag opgenomen over de functie die zij in de toekomst ambiëren. Er is een duidelijk verband tussen de initiële opleiding en het antwoord op deze vraag: hbo'ers geven vaker aan regieverpleegkundige te willen worden dan mbo'ers en inservice-opgeleiden (zie Tabel 12). Wat opvalt is dat een vrij groot deel van de respondenten aangeeft beide functies te ambiëren, of het nog niet weet. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat niet iedereen goed op de hoogte is van het advies en dat er nog veel onduidelijkheid heerst over de concrete uitwerking. Wat verder opvalt is dat bijna een vijfde van de hbo'ers een voorkeur aangeeft voor een functie als verpleegkundige, en dus niet van regieverpleegkundige (in paragraaf 5.5 komen we hier op terug).



Tabel 12: Geambieerde functie van de huidige groep verpleegkundigen, naar initiële opleiding (N=4096)

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

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

In Tabel 13 is per branche weergegeven welke functies de werkzame verpleegkundigen ambiëren. In de thuiszorg en de GGZ is het aandeel dat aangeeft regieverpleegkundige te willen worden het hoogst. Dit zijn ook de branches waar (vaak) al sprake is van duidelijke hbo-functies.

Tabel 13: Geambieerde functie van de huidige groep verpleegkundigen, naar branche (N=4096)

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

Bron: Vragenlijst verpleegkundigen arbeidsmarktonderzoek beroepsprofielen

4.1.4. Toekomstige verpleegkundige mix in het mensscenario

Naast de ambities van verpleegkundigen spelen in het mensscenario ook het beschikken over de vereiste diploma's, de bereidheid tot opscholing en het opscholingspotentieel spelen ook een rol. In onderstaand kader is weergegeven welke werkwijze is gevolgd om te komen tot de functiemix in het mensscenario, m.b.t. verpleegkundigen.



Aannames en werkwijze om te komen tot een functiemix in het mensscenario-verpleegkundigen

In het mensscenario gaat het om wensen en ambities van verpleegkundigen t.o.v. een toekomstige situatie, die nog niet is uitgekristalliseerd. Om de functiemix voor dit scenario op te stellen is gebruik gemaakt van informatie die verzameld is in dit onderzoek. Op basis hiervan zijn zo goed mogelijk onderbouwde aannames gemaakt:

- Wensen en ambities zoals verpleegkundigen die nu hebben t.a.v. de toekomstige functie zijn gebaseerd op de vragenlijst onder verpleegkundigen.
- De groep die nog niet weet welke functie ze ambieert, is op advies van focusgroepdeelnemers naar rato verdeeld over de groep die wel een voorkeur voor een bepaalde functie heeft aangegeven.
- De bereidheid tot opscholen is gebaseerd op de vragenlijst onder verpleegkundigen.
- Het opscholingspotentieel (mate waarin verpleegkundigen die willen opscholen daar ook in zullen slagen) is in overleg met de focusgroepdeelnemers ingeschat: 50% van de groep die graag de hbo-v wil gaan volgen.
- Voor de smalle overgangsregeling is de aanname dat alleen het hbo-diploma toegang geeft tot de functie van regieverpleegkundigen en dat verpleegkundigen die daar niet over beschikken dat diploma moeten gaan halen.
- Voor de brede overgangsregeling is de aanname dat alle verpleegkundigen die een gespecialiseerde vervolgopleiding hebben voltooid, de functie van regieverpleegkundige kunnen vervullen (ongeacht welke gespecialiseerde vervolgopleiding men gevolgd heeft).

In hoofdstuk 5 van de bijlagen bij dit rapport is meer te vinden over de uitkomsten van de vragenlijst, opscholing en opscholingspotentieel.

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

- in beeld brengen van het beroep dat verpleegkundige aangeven te ambiëren
- → herverdelen van de groep die het nog niet weet
- → in beeld brengen in hoeverre men al over de vereiste diploma's beschikt
- → indien men niet over de vereiste diploma's beschikt: bereidheid bepalen om op te scholen
- → inschatten en doorrekenen succesratio bij opscholing
- → bepalen uiteindelijke functiemix.

In hoofdstuk 6 van de bijlagen bij dit rapport wordt stap voor stap doorgerekend wat het betekent voor de functiemix in het mensscenario als we deze stappen doorlopen. We geven hier alleen de uiteindelijke functiemixen voor het mensscenario weer (Tabel 14 en Tabel 15).

Tabel 14 Toekomstige functiemix verpleegkundigen in het mens-scenario, smalle overgangsregeling (N=4099)

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



Het aandeel regieverpleegkundigen is in dit scenario bij een smalle overgangsregeling 32%. Bij een brede overgangsregeling is het aandeel regieverpleegkundigen iets hoger, namelijk 38%. Dat heeft er mee te maken dat bij een brede overgangsregeling minder verpleegkundigen scholing zullen moeten volgen om de functie van regieverpleegkundige te mogen vervullen.

Tabel 15 Toekomstige functiemix verpleegkundigen in het mens-scenario, brede overgangsregeling (N=4099)

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

4.1.5. Opscholing van verzorgenden

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

In onderstaand kader is weergegeven welke werkwijze is gevolgd om te komen tot de functiemix in het mensscenario, m.b.t. verzorgenden.

Aannames en werkwijze om te komen tot een functiemix in het mensscenario – verzorgenden

- Wensen en ambities zoals verzorgenden die nu hebben t.a.v. opscholen zijn gebaseerd op de vragenlijst onder verzorgenden.
- Het opscholingspotentieel (mate waarin verzorgenden die willen opscholen daar ook in zullen slagen) is op basis van historische data en gesprekken met focusgroepdeelnemers ingeschat op 50%.

In de bijlagen bij dit rapport is meer te vinden over de uitkomsten van de vragenlijst, opscholing en opscholingspotentieel.

Het daadwerkelijke potentieel van verzorgenden om op te scholen wordt lager geschat dan de genoemde 20% (zie ook hoofdstuk 5 van de bijlagen bij dit rapport). Als we net als bij de verpleegkundigen uitgaan van een opscholingspotentieel van 50% dan betekent dat dat de komende vijf jaar elk jaar 2% van de beroepsgroep van verzorgenden op zal scholen naar verpleegkundige. Dat is twee keer zoveel dan de jaarlijkse opscholing zoals die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Het komt er op neer dat dan in 2019 en 2020 in totaal 6287 verzorgenden zullen opscholen naar verpleegkundige. Hierdoor daalt dus het aantal verzorgenden en neemt het aantal verpleegkundigen met hetzelfde aantal toe.



4.1.6. Uiteindelijke functiemix in het mensscenario

Als we de bovenstaande uitkomsten combineren dan kunnen we twee mogelijke functiemixen opstellen voor dit scenario (zie Tabel 16 en Tabel 17).

Tabel 16 Toekomstige functiemix in het mensscenario, smalle overgangsregeling

	Verzorgenden	Verpleegkundigen	Regieverpleegkundigen	Totaal
UMC's	1%	67%	32%	100%
Ziekenhuizen	4%	68%	28%	100%
GGZ	8%	51%	41%	100%
V&V	80%	16%	5%	100%
TZ (V&V)	63%	22%	15%	100%
Gehandicaptenzorg	27%	57%	17%	100%
Overige zorg	27%	48%	25%	100%
Totaal	48%	36%	17%	100%

Tabel 17 Toekomstige functiemix in het mensscenario, brede overgangsregeling

	Verzorgenden	Verpleegkundigen	Regieverpleegkundigen	Totaal
UMC's	1%	58%	41%	100%
Ziekenhuizen	4%	60%	36%	100%
GGZ	8%	44%	48%	100%
V&V	80%	15%	5%	100%
TZ (V&V)	63%	21%	16%	100%
Gehandicaptenzorg	27%	55%	18%	100%
Overige zorg	27%	39%	34%	100%
Totaal	48%	32%	20%	100%

4.1.7. Tekorten en overschotten in het mensscenario

In de komende jaren worden forse tekorten verwacht op de arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn. Om tekorten of overschotten op de arbeidsmarkt te kunnen ramen, moeten we zicht hebben op zowel het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden als de vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden. Zie het onderstaande kader voor de werkwijze bij de vraag-aanbodramingen voor het mensscenario.



Aannames en werkwijze bij de ramingen in het mensscenario

- De toekomstige aangeboden functiemix is gebaseerd op de functiemix zoals opgesteld in het mensscenario, aangevuld met verwachte uitstroom en verwachte instroom in de komende vijf jaar.
- Voor de instroom uit de opleidingen maken we de aanname is dan dat degenen die de komende vijf jaar hun mbo-diploma verpleegkunde halen, niet binnen die termijn van vijf jaar zullen opscholen. Zij worden dus verpleegkundige. Voor degenen die het hbo-diploma verpleegkunde halen, wordt de aanname gemaakt dat zij de functie van regieverpleegkundige gaan vervullen.
- Het toekomstige personele volume per branche is gebaseerd op een raming van de toekomstige zorgvraag met behulp van het model 'Zorggebruik en personele inzet' van het AZW-programma (dit is voor alle scenario's hetzelfde).
- De toekomstige gevraagde kwalificatiemix per branche is gebaseerd op de AZW-raming van 2017, die is doorgetrokken naar 2018.
- De overige parameters in het model zijn gevuld conform de methodiek van de AZW-raming van 2017 (dit is voor alle scenario's hetzelfde).
- Als we naar de ambities en opscholingspotentieel van verzorgenden kijken dan zou in de komende vijf jaar jaarlijks 2% van de beroepsgroep van verzorgenden op scholen naar verpleegkundige. In de afgelopen jaren was dat ongeveer 1% per jaar. Het is onduidelijk of deze verdubbeling voortkomt uit een daadwerkelijke toename van de scholingswens onder verzorgenden of dat de wens tot opscholing zich uitstrekt over een langere periode dan de gevraagde vijf jaar. We maken daarom ook voor de verzorgenden twee ramingen: één waarbij de opscholing in dezelfde mate plaatsvindt als de afgelopen jaren en één waarin de opscholing zal verdubbelen. Dat heeft voor de ramingsperiode alleen effect voor de instroom in de jaren 2019 en 2020 (de groep die in 2021 instroom zal op zijn vroegst in 2023 op de arbeidsmarkt komen).
- Voor het bepalen van de cumulatieve tekorten in 2022 gaan we er van uit dat zich bepaalde aanpassingsmechanismen op de arbeidsmarkt zullen voordoen. Dit is een keuze die ook in het AZW-programma de meest gebruikelijke methodiek is geweest. We gaan er van uit dat jaarlijks de helft van de tekorten kan worden opgevangen. Dat betekent dat niet alle tekorten of overschotten bij elkaar op worden geteld maar dat elk jaar de helft van de tekorten of overschotten van het jaar daarvoor worden meegeteld (dit is voor alle scenario's hetzelfde).

Meer informatie over de ramingen is te vinden in hoofdstuk 9 van de bijlagen.

Onder de bovengenoemde werkwijze en aannames komt er uit de vraag-aanbodraming voor het opgestelde mensscenario een totaal tekort van ruim 26.000 verpleegkundigen in 2022 (zie Tabel 18)³. Het totale tekort aan verpleegkundigen in dit scenario is bij een smalle en een brede overgangsregeling hetzelfde. De beide groepen vormen in die zin communicerende vaten: als er door een brede overgangsregeling meer mensen regieverpleegkundige kunnen worden, neemt het aantal regieverpleegkundigen in de raming toe en het aantal verpleegkundigen af. Bij een smalle overgangsregeling is er in het mensscenario een geraamd tekort aan regieverpleegkundigen van ruim 14.000 personen en een geraamd tekort aan verpleegkundigen van ruim 12.000 personen. Bij een brede overgangsregeling neemt het tekort aan regieverpleegkundigen af naar bijna 9.000, maar neemt het tekort aan verpleegkundigen (mbo werk- en denkniveau), echter toe naar 17.500 personen. Als de opscholing onder verzorgenden toeneemt, neemt het tekort aan verzorgenden met bijna 3000 personen toe. Het tekort aan verpleegkundigen neemt in gelijke mate af (ook hier is sprake van communicerende vaten).

³ Als we er van uitgaan dat zich geen aanpassingsmechanismen voor gaan doen op de arbeidsmarkt, komen uit de raming fors hogere tekorten naar voren: in dit scenario bijna 82.000 verpleegkundigen en bijna 42.000 verzorgenden. In hoofdstuk 9 van de bijlagen is meer gedetailleerde informatie te vinden hier over.



Tabel 18 Geraamde tekorten en overschotten in 2022, mens-scenario

	Regie- verpleegkundigen	Verpleeg- kundigen	Verzorgenden
Exclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-14.250	-12.050	-7.800
Brede overgangsregeling	-8.800	-17.500	-7.800
Inclusief extra opscholing verzorgenden			
Smalle overgangsregeling	-14.250	-8.900	-10.950
Brede overgangsregeling	-8.800	-14.350	-10.950

4.1.8. Scholingskosten in het mensscenario

De vraag is wat de scholingskosten zijn die horen bij het opgestelde mensscenario, en of het reëel is dat dit bedrag ook daadwerkelijk besteed gaat worden. Het gaat hier specifiek om de kosten voor een verkort hbo-v traject en modules voor hbo-verpleegkundigen met een 'oud' hbo-diploma. In onderstaand kader is de werkwijze voor het doorrekenen van de scholingskosten in het mensscenario opgenomen.

Aannames en werkwijze bij het doorrekenen van de scholingskosten voor verpleegkundigen in het mensscenario

- Onder scholingskosten kunnen verschillende posten worden geschaard. We gaan hier uit van een beperkt aantal posten, namelijk het collegegeld, boeken en verletkosten. De jaarlijkse kosten van een scholingstraject komen dan ruwweg uit op € 15.395 (zie ook hoofdstuk 8 in de bijlagen).
- We gaan uit van een gemiddelde scholingsduur van twee jaar voor verpleegkundigen die beschikken over een diploma van een gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding en 2,5 jaar voor verpleegkundigen die daar niet over beschikken (zie ook hoofdstuk 8 in de bijlagen).
- In het veld heerst redelijke consensus dat ook de 'oude' hbo-opgeleide verpleegkundigen die de functie van regieverpleegkundige willen vervullen aanvullende scholing moeten gaan volgen. Het gaat dan om modules op het gebied van bijvoorbeeld Evidence Based Practice, klinisch redeneren of verpleegkundig leiderschap. De kosten van dergelijke modules liggen rond de € 540. We gaan hier uit van gemiddeld 3 modules per hbo-verpleegkundige, dus in totaal € 1.620 (zie ook hoofdstuk 8 in de bijlagen).
- Bij de brede overgangsregeling gaan we er van uit dat ook de gespecialiseerd verpleegkundigen zonder hbo-diploma deze modules zullen gaan volgen.
- Niet alle verpleegkundigen die de verkorte hbo-v willen gaan volgen zullen dat ook tegelijkertijd gaan doen. Aangezien verpleegkundigen tot 2024 de tijd hebben om zich als regieverpleegkundige te laten registreren, gaan we er van uit dat men in de komende vier jaar gaat starten met de opleiding.

Als we uitgaan van het bovenstaande komen we in het mensscenario tot de volgende scholingskosten (in miljoenen euro's):



Tabel 19 Scholingskosten bij scenario mens, voor twee versies van de overgangsregeling

	Totale scholingskosten		Scholingskosten per jaar		% van de loonsom van verpleegkundigen	
	Smalle overgangsregeling	Brede overgangsregeling	Smalle overgangsregeling	Brede overgangsregeling	Smalle overgangsregeling	Brede overgangsregeling
UMC's	€ 26	€ 14	€ 7	€ 3	1,2%	0,6%
Ziekenhuizen	€ 142	€ 70	€ 36	€ 18	1,4%	0,7%
GGZ	€ 48	€ 38	€ 12	€ 9	1,6%	1,2%
V&V	€ 105	€ 89	€ 26	€ 22	3,4%	2,9%
Thuiszorg (V&V)	€ 89	€ 66	€ 22	€ 16	2,0%	1,5%
Gehandicaptenzorg	€ 56	€ 53	€ 14	€ 13	2,7%	2,5%
Totaal	€ 466	€ 329	€ 117	€ 82		

Afhankelijk van de overgangsregeling zijn de totale scholingskosten in het opgestelde mensscenario € 329 tot € 466 miljoen. Als die kosten gespreid worden over vier jaar, kunnen we dit relateren aan de loonsom (van de groep verpleegkundigen). In veel cao's zijn afspraken gemaakt over een bepaald aandeel van de loonsom, dan wel een gemiddeld bedrag per medewerker dat besteed wordt aan scholing. Het zal echter niet wenselijk zijn om dat totale bedrag te besteden aan het opscholen van medewerkers via de verkorte hbo-v. In interviews die zijn afgenomen voor dit onderzoek komt echter naar voren dat er naast dit scholingsbudget ook gebruik wordt gemaakt van verschillende subsidiemogelijkheden om medewerkers op te scholen. Genoemd worden onder ander de KIPZ-gelden, Waardigheid & Trots en de sectorplannen. Wie van welke subsidiegelden gebruik kan maken verschilt, niet alle subsidieregelingen zijn voor alle branches toegankelijk. Bovendien zijn de subsidiegelden niet specifiek bedoeld voor het (op)scholen van mensen en zijn ze eindig (zo lopen de sectorplannen door tot en met 2021). De bestaande subsidieregelingen zijn dus geen waarborg voor de subsidiering van opscholing in de komende jaren.

4.1.9. Salariskosten in het mensscenario

De invoering van de functie van regieverpleegkundige zal naar verwachting effect hebben op de salariskosten. Op dit moment zijn verpleegkundigen veelal ingeschaald in de FWG-schalen 40, 45, 50 en 55 (FUWAVAZ 7, 8, 9 en 10). De inschaling van de regieverpleegkundige zal afhangen van de uiteindelijke verdeling van taken en de functieprofielen. Het is nog niet duidelijk of dit FWG-schaal 50 of 55 wordt. Uit de aanvullende interviews bleek dat de meeste respondenten uitgaan van inschaling in FWG-schaal 50 (FUWAVAZ schaal 8). Dat gebruiken we daarom als basis voor het doorrekenen van de effecten op salariskosten in het opgestelde mensscenario. In onderstaand kader is een overzicht van de werkwijze voor deze doorrekening opgenomen.



Aannames en werkwijze bij het berekenen van effecten op salariskosten in het mensscenario

- De huidige inschaling van verpleegkundigen baseren we op de vragenlijst onder verpleegkundigen
- We gaan er van uit dat de functie van regieverpleegkundige wordt ingeschaald in FWG-schaal 50/FUWAVAZ-schaal 8.
- Verpleegkundigen die nu in FWG-schaal 40 of 45 zijn ingeschaald, regieverpleegkundige worden en straks in FWG-schaal 50 worden ingeschaald, 'steken niet gelijk over' maar worden (afhankelijk van de cao) één of twee periodieken hoger in schaal 50 geplaatst (er is dus sprake van salarisverhoging).
- Verpleegkundigen die nu in FWG-schaal 50 (FUWAVAZ-schaal 8) zijn ingeschaald krijgen er een periodiek bij als dat conform de cao is.

Zie hoofdstuk 8 van de bijlagen voor meer informatie over het doorrekenen van de salariskosten.

De totale effecten voor de salariskosten die horen bij het opgestelde mensscenario zijn weergegeven in Tabel 20. Dit is de ontwikkeling ten opzichte van de huidige salariskosten van de groep verpleegkundigen als totaal. Het verschil in salariskosten tussen een situatie met een smalle en een brede overgangsregeling wordt veroorzaakt doordat er bij een brede overgangsregeling meer regieverpleegkundigen zullen zijn (althans in het mensscenario).

Tabel 20: effecten op de salariskosten in het mensscenario: procentuele toename van salariskosten van verpleegkundigen ten opzichte van de huidige salariskosten van deze groep

	Smalle overgangsregeling	Brede overgangsregeling
UMC's	1,6%	1,6%
Ziekenhuizen	1,7%	1,9%
GGZ	2,1%	2,1%
V&V	1,1%	1,2%
Thuiszorg (V&V)	1,7%	1,7%
Gehandicaptenzorg	1,6%	1,9%

4.2. Het zorgscenario

4.2.1. Een korte beschrijving van het scenario zorg

Het leidende principe is hier de zorg: de functiemix in deze invalshoek is gebaseerd op nu beschikbare informatie en ideeën over de zorgvraag, de wijze waarop de zorg georganiseerd zal worden en de functiemix die daarvoor nodig is (zonder budgettaire beperkingen). De kernvraag in dit scenario is wat de toekomstige functiemix per branche zou zijn om de zorg te kunnen leveren die nodig is. De termijn waar we over praten is circa 5 jaar. De ontwikkelingen in de zorgvraag, de manier waarop de zorg wordt georganiseerd en in de zorg zelf spelen hierbij een belangrijke rol.

4.2.2. De toekomstige functiemix in het zorgscenario

Voor dit onderzoek is in kaart gebracht welke ontwikkelingen zich in de komende jaren zullen voordoen in de zorgvraag, organisatie van de zorg en de zorg zelf. In hoofdstuk 3 van de bijlagen is hiervan verslag gedaan. We volstaan op deze plek met een zeer beknopte opsomming:



- de zorgvraag groeit en wordt in elke branche ook steeds complexer;
- technologie wakkert vraag aan maar vangt ook vraag op. Structurele implementatie blijft achter bij de mogelijkheden;
- inzet op preventie, eigen regie, zelfredzaamheid maar ook maatwerkoplossingen;
- de juiste zorg op de juiste plek. Verdergaande extramuralisatie en ambulantisering;
- volumegroei in ziekenhuizen en UMC's gemaximeerd, extra gelden voor verpleeghuiszorg, extra geld naar de thuiszorg.

Over het algemeen zijn dit ontwikkelingen die leiden tot meer vraag naar hoger opgeleide werknemers. In onderstaand kader is weergegeven welke werkwijze is gevolgd om te komen tot de functiemix in het zorgscenario.

Aannames en werkwijze bij het opstellen van de functiemix voor het zorgscenario

In het zorgscenario gaat het om de mogelijke toekomstige functiemix, uitgaande van de zorgvraag en de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt. Het gaat dus om de functiemix in een toekomstige situatie, die nog niet is uitgekristalliseerd. Om de functiemix voor dit scenario op te stellen is gebruik gemaakt van informatie die in dit onderzoek is verzameld. Op basis hiervan zijn zo goed mogelijk onderbouwde aannames gemaakt:

- Er is gebruik gemaakt van een tweetal vragenlijsten onder werkgevers waarin gevraagd is naar de gewenste toekomstige functiemix.
- Er is tijdens interviews gevraagd naar de mogelijke toekomstige functiemix vanuit het zorgperspectief.
- Tijdens een focusgroepbijeenkomst is gesproken over de ontwikkelingen in de zorg die men de komende jaren verwacht en vanuit dat kader is met de deelnemers nog eens gekeken naar de uitkomsten uit de vragenlijsten en interviews en is de functiemix voor het zorgscenario verder aangescherpt.

Meer informatie over het tot stand komen van de functiemix in het zorgscenario is te vinden in hoofdstuk 7 van de bijlagen.

In de tabel hieronder is aangegeven tot welke functiemix dat leidt voor het zorgscenario.

Tabel 21 Toekomstige functiemix in het zorgscenario

	Regie- verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
UMC's	50%	50%	
Ziekenhuizen	40%	60%	
GGZ	45%	47%	8%
VV	9%	25%	66%
Thuiszorg (V&V)	22%	33%	45%
Gehandicaptenzorg	14%	80%	6%

Bron: vragenlijsten, interviews en focusgroepen arbeidsmarktonderzoek nieuwe beroepsprofielen

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



verzorgenden. De vraag naar meer hbo-opgeleiden heeft vooral te maken met de toenemende complexiteit van de zorg in alle branches.

Omdat in de komende jaren de zorgvolumes in de verschillende branches zullen gaan wijzigen, zullen ook de personele volumes gaan wijzigen. Dat maakt het lastig om in dit scenario op basis van de functiemix per branche uitspraken te doen over de functiemix voor de totale zorgsector. Om een vergelijking met de huidige situatie en het mensscenario beter mogelijk te maken kunnen we wel aangeven wat de totale functiemix in het zorgscenario zou zijn als de personele volumes niet gaan wijzigen. In dat geval komt de functiemix neer op 38% verzorgenden, 36% verpleegkundigen en 25% regieverpleegkundigen.

4.2.3. Tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt

De vraag is wat de functiemix in het zorgscenario betekent voor tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt. De bovengenoemde functiemix heeft betrekking op de vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden. Om een raming te kunnen maken moet echter ook het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden worden vastgesteld. Zie het onderstaande kader voor de werkwijze bij de vraag-aanbodramingen voor het zorgscenario.

Aannames en werkwijze bij de ramingen in het zorgscenario

- De toekomstige aangeboden kwalificatiemix per branche is gebaseerd op de AZW-raming van 2017, die is doorgetrokken naar 2018. We gaan er daarbij van uit dat alle hbo'ers die in de komende jaren van de opleiding afkomen, de functie van regieverpleegkundige ambiëren en dat de mbo'ers dat (in ieder geval in de eerste vijf werkzame jaren) niet zullen doen.
- Een en ander betekent wel dat we de toekomstige naar verpleegkundige functies, confronteren met het aanbod van kwalificaties.
- Het toekomstige personele volume per branche is gebaseerd op het model 'Zorggebruik en personele inzet' van het AZW-programma (dit is voor alle scenario's hetzelfde).
- De toekomstige gevraagde functiemix is gebaseerd op de functiemix zoals opgesteld in het zorgscenario.
- De overige parameters in het model zijn gevuld conform de methodiek van de AZW-raming van 2017 (dit is voor alle scenario's hetzelfde).
- Voor het bepalen van de cumulatieve tekorten in 2022 gaan we er van uit dat zich bepaalde aanpassingsmechanismen op de arbeidsmarkt zullen voordoen. Dit is een keuze die ook in het AZW-programma de meest gebruikelijke methodiek is geweest. We gaan er van uit dat jaarlijks de helft van de tekorten kan worden opgevangen. Dat betekent dat niet alle tekorten of overschotten bij elkaar op worden geteld maar dat elk jaar de helft van de tekorten of overschotten van het jaar daarvoor worden meegeteld (dit is voor alle scenario's hetzelfde).

Meer informatie over de ramingen is te vinden in hoofdstuk 9 van de bijlagen.

In Tabel 22 is te zien dat er in de raming voor het zorgscenario forse tekorten naar voren komen aan zowel regieverpleegkundigen als verpleegkundigen⁴. Ook bij de verzorgenden zijn tekorten te zien, echter in mindere mate dan bij de verpleegkundigen.

⁴ Zoals gezegd zijn dit de tekorten als we uitgaan van een bepaald aanpassingsvermogen van de arbeidsmarkt. Als we niet uitgaan van die aanpassingsmechanismen, komen de tekorten in deze raming vele malen hoger uit: in dit scenario 86.000 verpleegkundigen en 36.000 verzorgenden. In hoofdstuk 9 van de bijlagen wordt hier verder op ingegaan.



Tabel 22 Geraamde tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt in het zorgscenario

	Regieverpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Geraamde tekorten	-17.950	-10.100	-5.450

4.2.4. Scholingskosten in het zorgscenario

Een zuivere berekening van de scholingskosten in dit scenario is niet goed te maken (kosten voor opscholing via de verkorte hbo-v en modules voor hbo-verpleegkundigen). Er worden immers tekorten geraamd aan zowel regieverpleegkundigen als verpleegkundigen. De vraag is dan welke aannames gemaakt moeten worden over de aantallen mbo- en inservice- verpleegkundigen die door hun werkgevers in staat worden gesteld om de verkorte hbo-v te gaan doen, als dat het tekort aan verpleegkundigen (mbo werk- en denkniveau) alleen maar vergroot.

We komen daar op terug in hoofdstuk 0. Om het mensscenario en het zorgscenario op het gebied van scholingskosten te kunnen vergelijken, kunnen we wel kijken wat deze scholingskosten zijn in het zorgscenario als we de totale personele volumes gelijk houden. Met andere woorden: wat zijn de scholingskosten in het zorgscenario als het huidige personeelsbestand ingezet zou worden conform de toekomstige functiemix uit het zorgscenario? In onderstaand kader is de werkwijze voor het doorrekenen van de scholingskosten in het zorgscenario opgenomen.

Aannames en werkwijze bij het doorrekenen van scholingskosten voor verpleegkundigen in het zorgscenario

- We gaan hier net als in het mensscenario uit van een beperkt aantal posten, namelijk het collegegeld, boeken en verletkosten. De jaarlijkse kosten van een scholingstraject komen dan ruwweg uit op € 15.395 (zie ook hoofdstuk 8 in de bijlagen).
- We gaan uit van een gemiddelde scholingsduur van twee jaar voor verpleegkundigen die beschikken over een diploma van een gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleiding en 2,5 jaar voor verpleegkundigen die daar niet over beschikken (zie ook hoofdstuk 8 in de bijlagen).
- Net als in het mensscenario gaan we er van uit dat degenen met een 'oud' hbo-diploma gemiddeld 3 modules gaan volgen (bijvoorbeeld Evidence Based Practice, klinisch redeneren of verpleegkundig leiderschap). De kosten van dergelijke modules liggen rond de € 540, dus in totaal € 1.620 per hbo-verpleegkundige (zie ook hoofdstuk 8 in de bijlagen).
- Bij de brede overgangsregeling gaan we er van uit dat ook de gespecialiseerd verpleegkundigen zonder hbo-diploma deze modules zullen gaan volgen.
- Niet alle verpleegkundigen die de verkorte hbo-v willen gaan volgen zullen dat ook tegelijkertijd gaan doen. Aangezien verpleegkundigen tot 2024 de tijd hebben om zich als regieverpleegkundige te laten registreren, gaan we er van uit dat men in de komende vier jaar gaat starten met de opleiding.
- Verder gaan we er van uit dat in eerste instantie de hbo-opgeleide verpleegkundigen de functie van regieverpleegkundige gaan vervullen en vervolgens voor de nog resterende plekken een deel van de mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen worden opgeschoold.

In Tabel 23 is weergegeven wat bij de bovenstaande aannames de scholingskosten zijn in het opgestelde zorgscenario.



Tabel 23 Kosten voor scholing in het zorgscenario in miljoenen euro's, bij een brede en een smalle overgangsregeling (exclusief volume-effecten)

	Totale scholingskosten		Scholingskosten per jaar		% van de loonsom van verpleegkundigen	
	Smalle overgangs-regeling	Brede overgangs-regeling	Smalle overgangs-regeling	Brede overgangs-regeling	Smalle overgangs-regeling	Brede overgangs-regeling
UMC's	€ 37	€ 19	€ 9	€ 5	1,8%	0,9%
Ziekenhuizen	€ 239	€ 119	€ 60	€ 30	2,4%	1,2%
GGZ	€ 55	€ 47	€ 14	€ 12	1,8%	1,5%
V&V	€ 158	€ 142	€ 40	€ 35	5,1%	4,5%
Thuiszorg (V&V)	€ 76	€ 62	€ 19	€ 15	1,7%	1,4%
Gehandicaptenzorg	€ 10	€ 10	€ 3	€ 3	0,5%	0,5%
Totaal	€ 576	€ 400	€ 144	€ 100		

Afhankelijk van de overgangsregeling zijn de totale scholingskosten in het opgestelde zorgscenario € 576 tot € 400 miljoen. Als die kosten gespreid worden over vier jaar, kunnen we dit relateren aan de loonsom (van de groep verpleegkundigen). In veel cao's zijn namelijk afspraken gemaakt over een bepaald aandeel van de loonsom, dan wel een gemiddeld bedrag per medewerker dat besteed wordt aan scholing.

4.2.5. Salariskosten in het zorgscenario

Voor de effecten op de salariskosten in het zorgscenario kijken we naar de huidige aanwezige kwalificatiemix, de verdeling van deze verpleegkundigen over de FWG- en FUWAVAZ-schalen en de opgestelde functiemix in het zorgscenario. Door niet te kijken naar de absolute aantallen maar naar de kwalificatiemix en de functiemix, laten we de volume-component buiten beschouwing. Met andere woorden: toenemende salariskosten omdat er over een aantal jaar meer verpleegkundigen werkzaam zijn in een bepaalde branche, tellen we niet mee. Op die manier kijken we alleen naar de effecten van de functiedifferentiatie. De inschaling van de regieverpleegkundige zal afhangen van de uiteindelijke verdeling van taken en de functieprofielen. Het is nog niet duidelijk of dit FWG-schaal 50 of 55 wordt. Uit de aanvullende interviews bleek dat de meeste respondenten uitgaan van inschaling in FWG-schaal 50 (FUWAVAZ schaal 8). Dat gebruiken we daarom als basis voor het doorrekenen van de effecten op salariskosten. In onderstaand kader is een overzicht opgenomen van de werkwijze voor het doorrekenen van de salariskosten in het zorgscenario.



Aannames en werkwijze bij het berekenen van effecten op salariskosten in het zorgscenario

- De huidige inschaling van verpleegkundigen baseren we op de vragenlijst onder verpleegkundigen
- We gaan er van uit dat de functie van regieverpleegkundige wordt ingeschaald in FWG-schaal 50/FUWAVAZ-schaal 8.
- Verpleegkundigen die nu in FWG-schaal 40 of 45 zijn ingeschaald, regieverpleegkundige worden en straks in FWG-schaal 50 worden ingeschaald, 'steken niet gelijk over' maar worden (afhankelijk van de cao) één of twee periodieken hoger in schaal 50 geplaatst (er is dus sprake van salarisverhoging).
- Verpleegkundigen die nu in FWG-schaal 50 (FUWAVAZ-schaal 8) zijn ingeschaald krijgen er een periodiek bij als dat conform de cao is.
- Verder gaan we er van uit dat de vraag naar regieverpleegkundigen in eerste instantie wordt opgevuld met hbo-opgeleide verpleegkundigen. Daarnaast zal een deel van degenen die een mbo- of inservice opleiding hebben gedaan regieverpleegkundige worden.

Zie hoofdstuk 8 van de bijlagen voor meer informatie over het doorrekenen van de salariskosten.

In de onderstaande tabel is te zien wat de totale groei in salariskosten is in het opgestelde zorgscenario. Dit is de groei ten opzichte van de huidige salariskosten van verpleegkundigen. Dit is uitgedrukt als percentage van de huidige salariskosten van de groep verpleegkundigen. Ten opzichte van de totale salariskosten in een organisatie zal dit dus lager liggen.

Tabel 24 Effecten op de salariskosten in het zorgscenario: procentuele toename van salariskosten van verpleegkundigen ten opzichte van de huidige salariskosten van deze groep

	Groei in salariskosten
UMC's	4,5%
Ziekenhuizen	2,5%
GGZ	2,4%
V&V	5,8%
Thuiszorg (V&V)	4,0%
Gehandicaptenzorg	5,4%

4.3. Het middelenscenario

4.3.1. Korte beschrijving van het scenario

In de middelen invalshoek wordt de functiemix bepaald en begrensd door beschikbare middelen. Met beschikbare middelen wordt zowel geld als mensen bedoeld.

Voor de financiële middelen geldt vooral dat het de functiemix begrenst of kan begrenzen. Er is op basis van beschikbare middelen geen scenario op te stellen omtrent het aantal mensen in de ene functie en het aantal mensen in de andere functie. In die zin wijkt dit scenario dus af van het mensscenario of het zorgscenario. De vraag in het middelenscenario is vooral of de scholings- en salariskosten een begrenzing zullen vormen voor de functiemix in het mensscenario en het zorgscenario. Deze kosten worden (waar mogelijk) geadresseerd in de beschrijving van deze twee scenario's.



Voor de personele middelen (de mensen zelf) geldt wel dat die bepalend kunnen zijn voor de functiemix. Het gaat dan vooral om de vraag hoeveel mensen met welke kwalificatie er straks naar verwachting beschikbaar zullen zijn op de arbeidsmarkt. In dit scenario gaan we daarom vooral in op het aspect van de beschikbare mensen.

4.3.2. Functiemix middelenscenario: beschikbare mensen op de arbeidsmarkt

Met behulp van de arbeidsmarkttool uit het AZW-programma kunnen we ramen hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden in 2022 beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt. Zie het onderstaande kader voor de werkwijze bij de vraag-aanbodramingen voor het middelenscenario.

Aannames en werkwijze bij de raming van beschikbare mensen in het middelenscenario

- Zowel de toekomstige aangeboden functiemix per branche als de toekomstige gevraagde functiemix is gebaseerd op de AZW-raming van 2017, die is doorgetrokken naar 2018.
- Het toekomstige personele volume per branche is gebaseerd op het model 'Zorggebruik en personele inzet' van het AZW-programma (dit is voor alle scenario's hetzelfde).
- De overige parameters in het model zijn gevuld conform de methodiek van de AZW-raming van 2017 (dit is voor alle scenario's hetzelfde).

Meer informatie over de ramingen is te vinden in hoofdstuk 9 van de bijlagen.

Uitgaande van de AZW-methodiek zal in de komende jaren het aantal verpleegkundigen en verzorgenden dat beschikbaar is voor de arbeidsmarkt toenemen. Hoewel er een jaarlijkse uitstroom uit de sector verwacht wordt van 5 tot 7%, vindt er ook instroom plaats. Omdat de instroom uit de opleidingen niet op voorhand al is toe te delen aan de verschillende branches, kunnen we alleen voor de sector als geheel iets zeggen over het toekomstige aantal verpleegkundigen en verzorgenden. Uit de raming komt naar voren dat zowel het aantal hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen als het aantal verzorgenden stijgt in de komende 5 jaar. Deze groei is het sterkst bij de verzorgenden en het kleinst bij de mbo-verpleegkundigen. Dat laatste wordt mede veroorzaakt doordat de uitstroom naar pensioen in deze groep relatief hoog is (de inservice-verpleegkundigen zijn hier namelijk ook onder de mbo-verpleegkundigen geschaard, en de gemiddelde leeftijd van die groep ligt een stuk hoger dan bij de mbo- en hbo-opgeleiden). De raming geeft ook aan dat de kwalificatiemix niet noemenswaardig zal veranderen in de komende jaren.

Tabel 25 Raming van beschikbare mensen op de arbeidsmarkt, 2022 ten opzichte van 2017

	Hbo-verpleegkundigen	Mbo-verpleegkundigen	Verzorgenden
2017	52172	117255	159389
2022	59500	119600	175300
Groei	8%	2%	10%
2017	16%	35%	50%
2022	16%	33%	51%



Hoewel er bij de raming van beschikbare mensen op de arbeidsmarkt dus een groei te zien is in alle drie de beroepsgroepen, is de verwachting dat de vraag naar zorg en daarmee ook de vraag naar arbeidskrachten in de komende jaren sterker zal groeien dan het aantal beroepsbeoefenaren.

4.3.3. Tekorten en overschotten op de arbeidsmarkt

Door te kijken naar de raming van de beschikbare mensen op de arbeidsmarkt, hebben we een beeld van het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in 2022. Om een volledige vraag-aanbod-raming te kunnen maken moet echter ook de vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden worden vastgesteld. Zie het onderstaande kader voor de werkwijze bij de vraag-aanbodramingen voor het middelenscenario.

Aannames en werkwijze bij de raming van beschikbare mensen in het middelenscenario

- Zowel de toekomstige aangeboden functiemix per branche als de toekomstige gevraagde functiemix is gebaseerd op de AZW-raming van 2017, die is doorgetrokken naar 2018. We gaan er hierbij van uit dat alle verpleegkundigen met een hbo-diploma regieverpleegkundige worden en er geen aanvullende opscholing plaatsvindt.
- Het toekomstige personele volume per branche is gebaseerd op het model 'Zorggebruik en personele inzet' van het AZW-programma (dit is voor alle scenario's hetzelfde).
- De overige parameters in het model zijn gevuld conform de methodiek van de AZW-raming van 2017 (dit is voor alle scenario's hetzelfde).
- Voor het bepalen van de totale tekorten in 2022 gaan we er van uit dat de arbeidsmarkt zich in enige mate aan zal passen aan tekorten of overschotten. We tellen elk jaar de helft van de tekorten of overschotten van het voorgaande jaar mee, in plaats van alle tekorten of overschotten.
- Verder gaan we er van uit dat alle verpleegkundigen met een hbo-diploma regieverpleegkundige worden en er geen aanvullende opscholing plaatsvindt (smalle overgangsregeling).

Meer informatie over de ramingen is te vinden in hoofdstuk 9 van de bijlagen.

Bij gelijkblijvende omstandigheden komt uit deze raming een totaal tekort aan verpleegkundigen van 26.500 naar voren in 2022 (zie Tabel 18)⁵. Het tekort aan regieverpleegkundigen en verpleegkundigen is dan vrijwel gelijk, namelijk 13.200 en 13.300 personen. Het tekort aan verzorgenden is ongeveer 7.500.

Tabel 26 Geraamde tekorten en overschotten in 2022 in het middelen-scenario

	Regie- verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Geraamde tekorten	-13.200	-13.300	-7.500

⁵Indien we uitgaan van cumulatieve tekorten en overschotten dan pakken de tekorten fors hoger uit: in dit scenario 80.500 verpleegkundigen en bijna 42.000 verzorgenden. In hoofdstuk 9 van de bijlagen wordt dat meer gedetailleerd weergegeven.



4.3.4. Scholings- en salariskosten in het middelenscenario

Wat betreft de financiële middelen gaat het in het middelenscenario vooral om de vraag of het de functiemix begrenst of kan begrenzen. Met andere woorden: zullen de scholings- of salariskosten een begrenzing vormen voor de toekomstige functiemix in dit scenario.

Deze vraag is geadresseerd tijdens twee focusgroepbijeenkomsten. Daar kwam uit naar voren dat men verwacht dat kosten voor scholing van verpleegkundigen geen begrenzing vormen, mits voldoende subsidiegelden beschikbaar blijven. De bestaande subsidieregelingen zijn niet altijd voor alle branches toegankelijk, zijn vaak niet specifiek bedoeld voor het (op)scholen van mensen en zijn eindig. Ze vormen dus geen waarborg voor de subsidiering van opscholing in de komende jaren. Vandaar dat deze voorwaarde er wel bij werd genoemd.

Voor salariskosten ligt dit anders. Dit zijn structurele kosten. Op het moment dat er tegenover deze kosten geen opbrengsten staan (in de vorm van efficiency, verhoging kwaliteit van zorg) is de verwachting dat deze kosten een begrenzing gaan vormen voor de functiemix. Over de mogelijke opbrengsten is op dit moment echter nog onvoldoende duidelijkheid.

4.4. Een overzicht van de drie scenario's

Hieronder zijn de beschreven scenario's nog eens beknopt weergegeven. De verschillende scenario's geven antwoord op de vraag hoe functiemix, kosten en tekorten of overschotten eruit zien onder de aannames, voorwaarden en omstandigheden van de betreffende scenario's.

Hierbij moet wel een kanttekening geplaatst worden; bij de functiemix in het mensenscenario is gekeken naar de wensen van de huidige groep verpleegkundigen en verzorgenden. Bij de functiemix in het zorgscenario en het middelenscenario is gekeken naar de toekomstige vraag (zorgscenario) dan wel de toekomstige aantallen van deze professionals op de arbeidsmarkt (middelenscenario). Een vergelijking tussen de functiemixen is dus niet zondermeer te maken en zegt nog niet zoveel over een mogelijk verschil tussen vraag en aanbod. In het volgende hoofdstuk gaan we hier verder op in. Wat uit onderstaande tabel wel duidelijk blijkt is dat naar verwachting tekorten de komende jaren de arbeidsmarkt zullen domineren. In feite bepaalt de invalshoek middelen dan de kaders en het speelveld. Ook dit werken we verder uit in hoofdstuk 5.

De startsituatie is voor elk scenario gelijk, namelijk de huidige mix van relevante diploma's. Dat is een mix van 50% verzorgenden, 35% verpleegkundigen met een mbo- of inservice diploma en 16% verpleegkundigen met een hbo-diploma.

	Mensscenario, smalle overgangsregeling	Mensscenario, brede overgangsregeling	Zorgscenario, smalle overgangsregeling	Zorgscenario, brede overgangsregeling	Middelenscenario
Uitgangspunt	Diploma's, wensen en scholingspotentieel bij een smalle overgangsregeling	Diploma's, wensen en scholingspotentieel bij een brede overgangsregeling	Zorgvraag en wijze waarop zorg georganiseerd zal worden		Beschikbare middelen (geld en mensen)
Funciemix	48% verzorgenden; 36% verpleegkundigen; 17% regie verpleegkundigen	48% verzorgenden; 32% verpleegkundigen; 20% regie verpleegkundigen	38% verzorgenden, 36% verpleegkundigen 25% regieverpleegkundigen.		51% verzorgenden; 33% mbo/in-service verpleegkundigen; 16% hbo verpleegkundigen
Scholingskosten verpleegkundigen	Ca. 466 miljoen totaal; 117 miljoen per jaar; 1,2% tot 3,4% van de loonsom van verpleegkundigen	Ca. 329 miljoen totaal; 82 miljoen per jaar; 0,6% tot 2,9% van de loonsom van verpleegkundigen	Ca. € 576 totaal; 144 miljoen per jaar; 0,5% tot 5,1% van de loonsom van verpleegkundigen	Ca. € 400 totaal; 100 miljoen per jaar; 0,5% tot 4,5% van de loonsom van verpleegkundigen	-
Salariskosten verpleegkundigen	Toename 1,1% tot 2,1%	Toename 1,2% tot 2,1%	Toename 2,4% tot 5,8%		-
Tekorten/overschotten	Tekort van 7.800 verzorgenden; 12.050 verpleegkundigen 14.250 regieverpleegkundigen	Tekort van 7.800 verzorgenden; 17.500 verpleegkundigen 8.800 regieverpleegkundigen	Tekort van 5.450 verzorgenden; 10.100 verpleegkundigen en 17.950 regieverpleegkundigen		Tekort van 7.500 verzorgenden; 12.300 verpleegkundigen 13.200 regieverpleegkundigen



5. CONFRONTATIE TUSSEN DE SCENARIO'S EN MOGELIJKE EFFECTEN

In de voorgaande hoofdstukken zijn de huidige situatie en drie scenario's beschreven ten aanzien van de nieuwe beroepsprofielen en de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden. Met deze scenario's zijn de mogelijke ontwikkelingen verkend vanuit de invalshoek mens, zorg en middelen. In dit hoofdstuk kijken we naar een confrontatie tussen de verschillende scenario's. Omdat de verwachting is dat de arbeidsmarkt de komende jaren gedomineerd zal worden door tekorten, gaan we eerst in op de arbeidsmarktraming: hoe is de verwachte situatie op de arbeidsmarkt over vijf jaar (paragraaf 5.1). Daarna gaan we in op de afwegingen die werkgevers maken rondom de functiemix in de context van de personele tekorten (paragraaf 5.2). Paragraaf 5.3 gaat in op de verwachte neveneffecten van elk scenario en beschrijft in hoeverre die beïnvloed zullen worden door de toekomstige arbeidsmarktsituatie. Paragraaf 5.4 vervolgt met de mogelijk gevolgen van de tekorten voor de implementatie van de nieuwe functieprofielen, waarna we het hoofdstuk afsluiten met een aantal aandachtspunten en aanbevelingen (paragraaf 5.5).

5.1. Confrontatie mensscenario en zorgscenario

In hoofdstuk 4 zijn de verschillende scenario's beschreven die zijn opgesteld voor dit onderzoek. Bij alle scenario's geldt dezelfde nul-situatie. Daarbij is het zo dat de toekomstige functiemix in het *mensscenario* weergeeft wat het aanbod van verzorgenden, verpleegkundigen en regieverpleegkundigen zal zijn uitgaande van de huidige groep professionals, hun diploma's, ambities, etc. Als we daar de verwachte uitstroom naar pensioen en naar andere sectoren aan toevoegen, evenals de instroom uit andere sectoren en de opleidingen, hebben we een beeld van het verwachte toekomstige *aanbod*. Het *zorgscenario* gaat uit van de mogelijke *vraag* naar verzorgenden, verpleegkundigen en regieverpleegkundigen over 5 jaar, zoals ingeschat door de respondenten in dit onderzoek. Een confrontatie tussen beide levert dan een raming op van de te verwachten tekorten of overschotten op de arbeidsmarkt in 2022 (zie het onderstaande kader voor de werkwijze bij de vraag-aanbodramingen bij een confrontatie van het mens- en zorgscenario).

Aannames en werkwijze bij de raming van tekorten en overschotten bij een confrontatie van het mens- en het zorgscenario

- We confronteren het toekomstige aanbod aan personeel met de toekomstige vraag naar personeel.
- De toekomstige *aangeboden* functiemix per branche is gebaseerd op het mensscenario, aangevuld met gegevens over uitstroom naar pensioen, andere sectoren, instroom in de opleidingen en instroom uit andere sectoren. Die gegevens zijn op dezelfde manier tot stand gekomen als bij de AZW-raming van 2017.
- We geven de resultaten weer voor twee situaties: één waarin de opscholing van verzorgenden ongeveer gelijk is aan de afgelopen jaren en één waarin er een extra opscholing van verzorgenden van 2% per jaar plaatsvindt.
- De toekomstige *gevraagde* functiemix per branche is gebaseerd op het zorgscenario.
- Voor het bepalen van de totale tekorten in 2022 gaan we er van uit dat de arbeidsmarkt zich in enige mate aan zal passen aan tekorten of overschotten. We tellen elk jaar de helft van de tekorten of overschotten van het voorgaande jaar mee, in plaats van alle tekorten of overschotten.

Meer informatie over de ramingen is te vinden in hoofdstuk 9 in de bijlagen.



Uit de raming komt een tekort van 28.550 verpleegkundigen in 20226 naar voren. De geraamde tekorten zijn berekend op basis van de twee varianten van de overgangsregeling, zoals eerder beschreven. Bij een smalle overgangsregeling is het geraamde tekort aan regieverpleegkundigen 19.000 en het tekort aan verpleegkundigen 9.550. Bij een brede overgangsregeling blijft het totale tekort aan verpleegkundigen (mbo- en hbo-niveau) gelijk. Echter: omdat bij een brede overgangsregeling meer verpleegkundigen aanspraak kunnen maken op de titel regieverpleegkundige neemt het tekort aan regieverpleegkundigen af en het tekort aan verpleegkundigen toe. Hier is sprake van communicerende vaten.

Bij beide versies van de overgangsregeling is het geraamde tekort aan verzorgenden 5.450. Tenminste, als er geen extra verzorgenden worden opgeschoold naar verpleegkundige. Met andere woorden: de opscholing van verzorgenden is ongeveer gelijk aan de opscholing zoals die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Er is echter een relatief grote groep verzorgenden die de wens heeft om in de komende vijf jaar de (bbl-) opleiding tot verpleegkundige te gaan volgen. Als werkgevers alle verzorgenden die de wens en het potentieel hebben om te gaan opscholen ook die mogelijkheid bieden, neemt het geraamde totale tekort aan verpleegkundigen af van 28.550 naar 25.400 in 2022. Deze afname valt volledig in de groep verpleegkundigen (de opscholing vindt immers plaats van niveau 3 naar niveau 4). Het geraamde tekort aan verzorgenden neemt toe van 5.450 naar 8.600.

Tabel 27 Geraamde tekorten op de arbeidsmarkt, confrontatie mensscenario en zorgscenario

	Geraamde absolute tekorten			Geraamde relatieve tekorten		
	Regie-verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden	Regie-verpleegkundigen	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Zonder extra opscholing verzorgenden						
Smalle overgangsregeling	-19.000	-9.550	-5.450	-16%	-5%	-3%
Brede overgangsregeling	-13.500	-15.050	-5.450	-12%	-8%	-3%
Met extra opscholing verzorgenden						
Smalle overgangsregeling	-19.000	-6.400	-8.600	-16%	-3%	-4%
Brede overgangsregeling	-13.500	-11.900	-8.600	-12%	-6%	-4%

Bij een smalle overgangsregeling is het geraamde *absolute* tekort aan regieverpleegkundigen beduidend groter dan het tekort aan verpleegkundigen. Bij een brede overgangsregeling zijn de tekorten bij de twee typen verpleegkundigen meer in evenwicht. Omdat de beide beroepsgroepen in omvang verschillen is ook het relatieve tekort van belang: het tekort t.o.v. de verwachte omvang van de beroepsgroep als totaal. Als we kijken naar het geraamde *relatieve* tekort dan is het tekort aan regieverpleegkundigen zowel bij een smalle als bij een brede

⁶ Als we er niet van uitgaan dat zich aanpassingsmechanismen op de arbeidsmarkt voor zullen doen en we tellen alle jaarlijkse tekorten bij elkaar op, dan komen de tekorten vele malen hoger uit: 87.250 verpleegkundigen en 36.100 verzorgenden. Bij het extra opscholen van verzorgenden wordt dat respectievelijk 84.100 en 39.250.



overgangsregeling beduidend groter dan het tekort aan verpleegkundigen. In een dergelijke situatie is de kans groot dat verpleegkundigen met de ambitie en de potentie om regieverpleegkundige te worden, die mogelijkheid ook zullen krijgen.

In een situatie zonder extra opscholing van verzorgenden is zowel bij de smalle als de brede overgangsregeling het geraamde *absolute* tekort aan verpleegkundigen (mbo-niveau) groter dan het tekort aan verzorgenden. Dat verandert in een situatie waarin er extra opscholing van verzorgenden plaatsvindt: dan wordt bij een smalle overgangsregeling het *absolute* tekort aan verzorgenden wat groter dan het *absolute* tekort aan verpleegkundigen. Kijken we naar de *relatieve* tekorten dan is het verschil tussen de tekorten aan verpleegkundigen en tekorten aan verzorgenden niet zo groot.

Onder deze macro-ramingen gaat een bepaalde dynamiek schuil. De verwachte tekorten aan regieverpleegkundigen en verpleegkundigen zullen zich niet evenredig over de verschillende branches verdelen, en ook tussen instellingen en/of regio's zullen verschillen te zien zijn. Omdat verzorgenden vooral werkzaam zijn in de verpleeghuizen en de thuiszorg, en in (veel) mindere mate in de gehandicaptenzorg, zullen tekorten aan deze groep zich vooral in de verpleeghuiszorg en thuiszorg laten voelen. Daar zijn minder verschillen tussen branches te zien, maar wel regionale verschillen en verschillen tussen instellingen. Welke tekorten het zwaarst wegen zal tenslotte per instelling kunnen verschillen.

5.2. Impact van tekorten op de functiemix

De in de vorige paragraaf geraamde tekorten aan (regie)verpleegkundigen en verzorgenden werpen de vraag op welke keuzes werkgevers gaan maken bij het sturen op een optimale personele mix. Tijdens de laatste twee focusgroepbijeenkomsten is met deelnemers gesproken over deze afwegingen. Daarbij is zowel ingegaan op de belangrijkste keuzes van werkgevers in een evenwichtige arbeidsmarkt (zonder tekorten), als op de keuzes die men denkt te maken in de voorspelde krappe arbeidsmarkt.

5.2.1. Afwegingen in een evenwichtige arbeidsmarkt

In een situatie waarin de arbeidsmarkt redelijk in evenwicht is, laten werkgevers hun functiemix vooral afhangen van de zorgvraag zo gaven zij aan. Daarnaast spelen eisen van zorgverzekeraars een rol in de thuiszorg en GGZ. In een dergelijke situatie zal men niet snel meer regieverpleegkundigen opleiden en inzetten dan men noodzakelijk acht. Met te veel regieverpleegkundigen komt de functie onvoldoende uit de verf. De regieverpleegkundige taken moeten dan over te veel mensen worden verdeeld, waardoor regieverpleegkundigen hun competenties onvoldoende kunnen inzetten in de praktijk en/of onvoldoende verder kunnen ontwikkelen. Het risico is dan dat het onderscheid tussen regieverpleegkundige en verpleegkundige vervaagt en dat mensen elders een baan gaan zoeken, zo gaven de deelnemers aan. Bovendien heeft het een onnodig opdrijvend effect op salaris- en scholingskosten. Als er meer verpleegkundigen de ambitie hebben om regieverpleegkundige te worden dan men functies heeft, zal men over het algemeen op andere manieren proberen deze medewerkers voldoende



uitdaging te (blijven) bieden. Men hecht namelijk wel veel belang aan medewerkerstevredenheid, motivatie en behoud, zo bleek uit de focusgroepbijeenkomst.

Hoewel er minder expliciet over gesproken is, zal een dergelijk mechanisme ook gelden voor de inzet van verpleegkundigen versus verzorgenden. Men zal er niet snel voor kiezen meer verpleegkundigen (mbo-niveau) op te leiden of in te zetten dan nodig is om de juiste zorg te kunnen verlenen, omdat er dan te weinig verpleegkundige taken zijn voor alle verpleegkundigen. Overigens blijkt uit de interviews ook dat de afweging tussen de invalshoek mensen, middelen en zorg niet zo zwart-wit is. Als er goede zorg geleverd kan worden, betekent dat ook een betere motivatie van personeel, minder verzuim en minder verloop. Wat ook weer een gunstig effect heeft op de kosten.

5.2.2. Afwegingen in een krappe arbeidsmarkt

Hierboven is in grote lijnen beschreven welke afwegingen werkgevers maken als de arbeidsmarkt min of meer in evenwicht is. Uit de arbeidsmarktramingen komt echter de verwachting naar voren dat de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden de komende jaren gedomineerd wordt door tekorten. Tijdens de focusgroepen werd aangegeven dat het vraagstuk voor werkgevers dan niet meer is hoe de zorgvraag er uit gaat zien en wat dat betekent voor hun gewenste functiemix, maar hoe zij tegemoet kunnen komen aan de zorgvraag met de mensen die ze hebben, kunnen krijgen of kunnen scholen. Dit gecombineerd met de vraag hoe zoveel mogelijk mensen behouden kunnen blijven of aangetrokken kunnen worden. Werkgevers komen daarbij voor afwegingen te staan in de wijze waarop zij de taken verdelen en in hun aanname- en scholingsbeleid. Het tegelijkertijd streven naar een zo ideaal mogelijke functiemix, het leveren van de zorg met de mensen die je hebt en het behouden van medewerkers kan daarbij een spanningsveld opleveren.

Uit de focusgroepen die zijn gehouden voor dit onderzoek blijkt dat men binnen de tekorten wel blijft streven naar de gewenste mix tussen regieverpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden (en overige beroepsgroepen). De functiemix die men kan realiseren zal echter wel af gaan wijken van de gewenste mix, doordat de tekorten aan de ene groep groter kunnen zijn dan de tekorten aan de andere groep. In een situatie van tekorten worden er sneller mensen aangenomen met andere kwalificaties dan men in eerste instantie wenst (mits voldoende competent). Er wordt gekeken naar wat nog wel mogelijk is en taken worden indien mogelijk op een andere manier over de verschillende beroepsgroepen verdeeld. Een aantal genoemde opties: in de ziekenhuizen gaat men weer kijken naar de inzet van verzorgenden en verpleeg- of afdelingsassistenten (niveau 2), in de verpleeghuiszorg gaat men weer meer helpenden inzetten en in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg richt men de blik op agogen (als aanvulling op de tekorten aan verzorgenden). Tijdens een van de focusgroepen werd zowel voor de verpleeghuiszorg als de GGZ aangegeven dat functies veel meer worden gekoppeld aan competenties, en veel minder aan een kwalificatie.



Regieverpleegkundigen en verpleegkundigen

Als we kijken naar de verpleegkundige en verzorgende beroepen, dan is de verwachting dat er over vijf jaar een tekort is aan zowel regieverpleegkundigen, verpleegkundigen als verzorgenden. In relatieve zin zijn de geraamde tekorten aan regieverpleegkundigen het grootst. Dat zijn echter tekorten op macroniveau die per branche of instelling kunnen verschillen. Werkgevers gaan afwegingen maken op basis van tekorten die zij ervaren of verwachten. Als het (relatieve) tekort aan regieverpleegkundigen groter is dan het (relatieve) tekort aan verpleegkundigen, gaan werkgevers extra verpleegkundigen opscholen naar hbo-niveau als dat mogelijk is. Idealiter wordt hiermee alsnog een evenwicht in de functiemix bereikt.

De volgende knelpunten worden genoemd bij een functiemix waarin aan beide groepen verpleegkundigen een tekort is, maar het tekort aan verpleegkundigen duidelijk kleiner is dan het tekort aan regieverpleegkundigen (functiemix te scheef richting verpleegkundigen):

- risico dat regieverpleegkundigen minder aan het bed staan en meer tijd bezig zijn met coachen en regietaken. Dat kan tot onvrede onder regieverpleegkundigen leiden (met name in ziekenhuizen en UMC's);
- er is een bepaald minimum aantal regieverpleegkundigen nodig om de functie goed neer te kunnen zetten (met name in ziekenhuizen en UMC's);
- extra verantwoordelijkheden en druk op regieverpleegkundigen, met daaraan gerelateerd zaken als werkdruk, stress etc.

Zoals aangegeven is macro gezien het verwachte tekort aan regieverpleegkundigen het grootst. Hoewel het wellicht niet zo vaak voor zal komen, kunnen individuele instellingen er wel mee te maken krijgen dat er meer verpleegkundigen zijn die de ambitie hebben om regieverpleegkundige te worden dan men verwacht nodig te hebben. Focusgroepdeelnemers gaven aan dat werkgevers voor een deel mee zullen gaan in die ambities, om daarmee verpleegkundigen te behouden (structureel of voor de tijd van de opleiding). Dat betekent dan wel dat de functiemix nog wat schever wordt ten opzichte van de gewenste functiemix. Hier zitten wel bepaalde grenzen aan. De meest harde grenzen zijn volgens de deelnemers de competenties van mensen zelf en het absolute aantal benodigde regieverpleegkundigen. Als de verwachting is dat iemand het niveau niet aan kan zal deze ook de scholing en/of de functie niet aangeboden krijgen. En ook worden er waarschijnlijk wel iets meer, maar niet veel meer regieverpleegkundigen ingezet of opgeschoold dan het aantal dat men echt nodig acht. Er zijn echter ook minder harde grenzen. Een functiemix waarbij de verhouding tussen regieverpleegkundigen en verpleegkundigen te scheef wordt, brengt namelijk zijn eigen knelpunten met zich mee.

De volgende knelpunten worden genoemd bij een functiemix waarin aan beide groepen verpleegkundigen een tekort is, maar het tekort aan regieverpleegkundigen duidelijk kleiner is dan het tekort aan verpleegkundigen (functiemix te scheef richting regieverpleegkundigen):

- te veel kapiteins op het schip;
- nog minder handen aan het bed dan je door de tekorten al hebt;
- risico dat regieverpleegkundigen te weinig regieverpleegkundige taken op kunnen pakken;
- risico dat de regieverpleegkundige alsnog taken van de mbo'er of de vig'er op gaat pakken (met name in de verpleeghuiszorg).



In een situatie waarin de functiemix erg scheef wordt richting regieverpleegkundigen, dus als het tekort aan regieverpleegkundigen er niet is of beduidend kleiner is dan het tekort aan verpleegkundigen, kan het voorkomen dat er verpleegkundigen zijn die graag regieverpleegkundige willen worden, terwijl daar dan weinig ruimte voor is. Werkgevers moeten dan de afweging maken tussen deze verpleegkundigen alsnog de mogelijkheid geven om regieverpleegkundige te worden (waardoor de functiemix nog schever wordt), andere mogelijkheden bieden om tegemoet te komen aan de ambities van deze groep of het risico nemen dat zij vertrekken.

Het zal per branche en per organisatie verschillen wanneer de functiemix als 'te' scheef wordt ervaren. Binnen de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg wordt een tekort aan verpleegkundigen (mbo-niveau) als problematischer ervaren dan een tekort aan regieverpleegkundigen. Een tekort aan verpleegkundigen betekent dat het lastig is om de functie goed neer te zetten, men kan onvoldoende sparren en mist een rolmodel. Daar staat wel tegenover dat bij een tekort aan verpleegkundigen, verzorgenden meer oppakken en meer in hun kracht komen te staan. Als er iets te veel verpleegkundigen zijn, zijn er wellicht ook verpleegkundigen onder hen die een aantal regieverpleegkundige taken op kunnen pakken.

Verzorgenden

Bij het opscholen van verzorgenden tot verpleegkundige spelen deels dezelfde afwegingen als bij de opscholing van verpleegkundigen tot regieverpleegkundigen. Wel is de context hier deels een andere. Een heel groot deel van de verzorgenden is werkzaam in de verpleeghuiszorg. De relatieve omvang van deze beroepsgroep is daar een stuk groter dan de beroepsgroep van verpleegkundigen. Men heeft wel beide groepen nodig. Het opscholen van verzorgenden naar verpleegkundigen merkt men daardoor meer aan een afname van tekorten aan verpleegkundigen en minder aan een toename van het (relatieve) tekort aan verzorgenden, zo gaf een aantal deelnemers aan.

Daar komt bij dat werken in de verpleeghuiszorg door verpleegkundigen vaak als minder aantrekkelijk lijkt te worden ervaren dan werken in bijvoorbeeld ziekenhuizen. De branche is daarmee meer dan andere branches afhankelijk van het zelf opleiden van verpleegkundigen. Vig'ers die willen opscholen hebben affiniteit met de doelgroep en zullen vaak het voornemen hebben om in de ouderenzorg te blijven werken. Opscholen van verzorgenden betekent dan dat men medewerkers kan behouden en (beter) kan voorzien in de vraag naar verpleegkundigen (hoewel ook hierbij een uitdaging blijft liggen bij het boeien en binden van verpleegkundigen). Dat maakt dat de afweging voor werkgevers tussen wel en niet opscholen al snel uitvalt naar wel opscholen. Verschillende deelnemers aan de focusgroepbijeenkomsten gaven dan ook aan dat in de verpleeghuiszorg (en vaak ook de gehandicaptenzorg) opleidingsvragen van medewerkers (voor opscholing naar verpleegkundige en/of regieverpleegkundige) doorgaans gehonoreerd worden, mits de potentie aanwezig is.



5.3. Verwachte effecten van de nieuwe beroepsprofielen

Een belangrijke vraag is wat de mogelijke effecten van de invoering van de nieuwe beroepsprofielen zijn op mensen, zorg en middelen. Dit is in kaart gebracht middels literatuuronderzoek, interviews en de focusgroepbijeenkomsten. Hieronder geven we per invalshoek aan wat de verwachte effecten zijn (in hoofdstuk 4 van de bijlagen zijn de verwachte effecten uitgebreider weergegeven). Vervolgens kijken we wat de mogelijke impact is van de tekorten op de arbeidsmarkt op die effecten.

5.3.1. Verwachte effecten vanuit het mens-perspectief

Er komen verschillende verwachtingen naar voren over de effecten van de nieuwe beroepsprofielen voor de beroepsgroep. Op hoofdlijnen worden voor de huidige hbo-verpleegkundigen vooral positieve effecten gezien. Voor de huidige mbo- en inservice-verpleegkundigen worden zowel mogelijke positieve als negatieve effecten genoemd. Dat laatste heeft te maken met zowel de inhoud van de functie als met de positie van de verpleegkundige ten opzichte van de regieverpleegkundige. Uit de interviews blijkt dat met name binnen de beroepsgroep de verwachting leeft dat de inhoud van de functie van verpleegkundigen gaat wijzigen en zij bepaalde taken niet meer mogen uitvoeren (verarming van het beroep). Dat de positie van de verpleegkundige ten opzichte van de regieverpleegkundige de functie van verpleegkundige minder aantrekkelijk kan maken, wordt door de beroepsgroep, verschillende werkgevers en experts gesignaleerd. Uit de vragenlijst onder verpleegkundigen komt verder naar voren dat bijna driekwart van de mbo-en inservice opgeleide verpleegkundigen die aangeven (enigszins of goed) op de hoogte te zijn van het advies, verwachten dat hun functie even leuk blijft als nu. Twee vijfde van deze respondenten verwacht dat de functie minder leuk wordt.

Effecten voor de regieverpleegkundige (hbo-niveau)

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

De positie van de verpleegkundige (mbo-niveau)

Uit verschillende interviews en de focusgroepen komt naar voren dat er nu onrust en weerstand is binnen de beroepsgroep. Mensen vragen zich af wat ze straks wel en niet mogen, hoe ze zich



straks verhouden tot collega's en wat het betekent voor het team. In dat kader wordt ook genoemd dat de nieuwe beroepsprofielen en functiedifferentiatie iets doen met de professionele identiteit van verpleegkundigen. Ook uit de deskresearch komt naar voren dat functiedifferentiatie direct raakt aan de professionele beroepsopvatting van medewerkers.

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

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

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

Loopbaanpaden en ambities van verpleegkundigen (mbo-niveau)

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



Effecten voor de groep verpleegkundigen als geheel

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

Effecten voor andere beroepsgroepen

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

5.3.2. Neveneffecten vanuit het zorg-perspectief

Op basis van de interviews en literatuuronderzoek komen vrij eenduidige verwachtingen naar voren over de effecten van de nieuwe beroepsprofielen voor de (kwaliteit van) zorg.

- De verwachting is over het algemeen dat de invoering van functiedifferentiatie de kwaliteit van zorg zal bevorderen.
 - Voor de ziekenhuizen en de UMC's zit dat in zaken als minder mortaliteit, minder complicaties, minder verpleegdagen, minder heropnames.
 - Voor de GGZ zit dat in het (beter/meer) implementeren van bepaalde methodieken en interventies, alsook meer netwerkgericht werken.
 - In de thuiszorg is een aantal jaren geleden al functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen ingevoerd. Een enkele geïnterviewde geeft aan dat de kwaliteit van zorg daarmee is verbeterd omdat er breder wordt gekeken dan alleen het stukje thuiszorg en de contacten met de huisarts en het wijkteam zijn verbeterd.
 - In de V&V zit dat in het (beter/meer) implementeren van bepaalde methodieken en interventies, alsook in een grotere focus op welzijn en kwaliteit van leven.
 - In de gehandicaptenzorg zijn verwachtingen minder duidelijk uitgesproken (de nieuwe functieprofielen leven daar minder).
- Deze verwachtingen hebben te maken met verschillende aspecten:
 - een toename van het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen;
 - verbetering van bepaalde competenties als EBP en klinisch redeneren (dit is belangrijk vanwege toenemend complexe zorgvraag en multimorbiditeit);
 - inzet van bepaalde (hbo-)competenties met als gevolg professionalisering van het beroep (betere gesprekspartner, komen met verbetervoorstellen, aankaarten van knelpunten etc.);
 - een bredere blik (meer focus op innovatie, preventie, welzijn, kwaliteit van leven, etc.)
 - verbeterde regievoering op het zorgproces (belangrijk vanwege toenemende verschuiving van zorg tussen branches en zgn. ketenzorg);
 - meer kennisdeling (leren van en met elkaar);
 - verpleegkundigen krijgen een functie die bij hun kennis, vaardigheden en niveau past (er wordt niet meer alles van iedereen gevraagd).



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

5.3.3. Verwachte effecten vanuit het middelen-perspectief

Uit de interviews komt een enigszins diffuus beeld naar voren over de effecten die de invoering van de nieuwe beroepsprofielen kan hebben voor middelen.

Financiële middelen

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

Opbrengsten

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

- Efficiency/doelmatigheid/opbrengsten: uit de interviews en focusgroepen komt een enigszins diffuus beeld naar voren over de effecten die de invoering van de nieuwe beroepsprofielen kan hebben op efficiency en doelmatigheid. Verschillende respondenten verwachten dat de regieverpleegkundigen bij zullen dragen aan een efficiëntere organisatie van de zorg. Anderen benoemen het risico dat de regieverpleegkundige een deel van haar tijd aan andere zaken dan directe of indirecte patiëntenzorg zal besteden, wat ten koste zal gaan van de beschikbare fte voor die patiëntenzorg.
- Of er een bepaalde winst is te boeken doordat regieverpleegkundigen taken van andere beroepsgroepen overnemen zal pas blijken als duidelijk is hoe de taken uiteindelijk verdeeld worden over de verschillende functies.
- Over de verwachte effecten voor de kwaliteit van zorg zijn de geïnterviewden en focusgroepdeelnemers eenduidiger. Hoewel er een aantal risico's wordt benoemd verwacht men over het algemeen dat de kwaliteit van zorg zal toenemen. Dit kan betekenen dat ook de kosten dalen (maar duidelijk is dat nog niet).
- Ook een verminderde uitstroom van verpleegkundigen uit het beroep kan als opbrengst worden gezien. Verwachtingen over of en in welke mate dat zal plaatsvinden verschillen per beroepsgroep (zie ook hieronder).

Effecten voor in- en uitstroom in het beroep

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



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

5.3.4. Verschillen tussen branches

De effecten zullen per instelling en per branche verschillen. Hier onder gaan we in op de mogelijke verschillen in effecten van de invoering van de functiedifferentiatie op mens en zorg

Ziekenhuizen en UMC's

De nieuwe beroepsprofielen leven hier sterk. Waar nu weinig onderscheid wordt gemaakt tussen verpleegkundigen op hbo-niveau en op mbo-niveau, is dat straks wel het geval. Beide groepen verpleegkundigen werken straks samen in de directe patiëntenzorg en hebben deels overlappende taken. De implementatie van de nieuwe beroepsprofielen levert kansen en mogelijkheden op voor beide groepen (loopbaanmogelijkheden, inzet die recht doet aan competenties, professionalisering van het beroep, verbeterde werkprocessen). Echter: de risico's van negatieve effecten zijn hier duidelijk aanwezig, juist ook vanwege die samenwerking in de directe patiëntenzorg (het gaat dan om zaken als mogelijke verarming van de functie van verpleegkundigen (mbo-niveau); frustratie bij degenen die wel de functie van regieverpleegkundige ambiëren maar niet de kans krijgen maar wel elke werkdag met regieverpleegkundigen samen werken; gevoel van hiërarchie; kans dat onderscheid regieverpleegkundige-verpleegkundige alsnog onvoldoende duidelijk is).

Voor de kwaliteit van zorg is de verwachting dat die zal toenemen (mits de geschetste negatieve effecten worden voorkomen), vanwege zaken als minder mortaliteit, minder complicaties, minder verpleegdagen, minder heropnames.

GGZ

In de ambulante GGZ worden met name hbo-verpleegkundigen ingezet. In dat opzicht zijn in die setting minder effecten te verwachten van de functiedifferentiatie. Dat hangt echter ook af van de toekomstige positie van de spv'er, die nu door velen als de regieverpleegkundige van de GGZ wordt gezien. Als dat in de overgangsregeling niet wordt bevestigd zijn voor deze groep juist wel effecten te verwachten. In de intramurale setting is wel sprake van een mix tussen hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen. Daar geldt net als bij de ziekenhuizen en de UMC's dat dit kansen en mogelijkheden met zich meebrengt voor beide groepen, maar ook het risico met zich meebrengt op negatieve effecten. Voor de kwaliteit van zorg is de verwachting dat die zal



toenemen, onder andere door het (beter/meer) implementeren van bepaalde methodieken en interventies, alsook meer netwerkgericht werken.

Thuiszorg (wijkverpleging en persoonlijke verzorging)

Binnen de thuiszorg is al enige jaren sprake van een duidelijk onderscheid tussen een verpleegkundige functie op hbo-niveau (wijkverpleegkundige) en een functie op mbo-niveau (verpleegkundige in de wijk). Er is daardoor in deze branche minder effect te verwachten van de nieuwe beroepsprofielen.

Verpleeghuiszorg

In de verpleeghuiszorg is vaak (nog) geen sprake van specifieke verpleegkundige functies op hbo-niveau. Het aandeel hbo'ers is ook klein in deze branche. De behoefte aan regieverpleegkundigen lijkt in deze branche meer te zitten in het perspectief op kwaliteitszorg, kwaliteit van leven, impact op ketenzorg en soms coachen, dan op de inzet in de directe patiëntenzorg. Dat betekent dat er minder samenwerking is in de directe patiëntenzorg en minder overlap van taken. Hierdoor zal het risico op mogelijke negatieve effecten op de mensen minder aanwezig zijn.

Effecten op de kwaliteit van zorg worden gekoppeld aan de inzet op kwaliteitszorg en implementeren van methodieken of interventies.

Gehandicaptenzorg

Binnen de gehandicaptenzorg ziet men vooral mogelijkheden voor de regieverpleegkundige in het medisch model. Voor verpleegkundigen die graag in het agogisch model werken zullen mogelijke negatieve effecten op de mensen dus wellicht minder spelen. Voor anderen kan het juist kansen en mogelijkheden bieden.

5.3.5. Impact van tekorten op verwachte neveneffecten

Tekorten op de arbeidsmarkt hebben sowieso effecten op mens (werkdruk), middelen en zorg. Als minder personeel aanwezig is, is de vraag of dezelfde productie en/of kwaliteit geleverd kan blijven worden. Tijdens focusgroepbijeenkomsten is gesproken over de effecten van de tekorten op de arbeidsmarkt op de verwachte neveneffecten van functiedifferentiatie.

Er zijn verschillende effecten genoemd die kunnen ontstaan door het verwachte tekort aan regieverpleegkundigen. De kans bestaat dat de beoogde effecten van de functiedifferentiatie op de kwaliteit van zorg niet behaald zullen worden, of dat het langer gaat duren voordat die behaald worden, omdat competenties van regieverpleegkundigen minder kunnen worden benut. Dit is wellicht (deels) op te vangen door het goed coachen van verpleegkundigen. Tegelijkertijd bestaat ook de mogelijkheid dat mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen die zich willen profileren op EBP, onderzoek of andere 'regieverpleegkundige' taken en rollen naar voren stappen en die mogelijkheden ook krijgen. Wat een positief effect kan hebben op de motivatie van deze groep verpleegkundigen (maar wel weer ten koste gaat van een duidelijk onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen). Verder wordt aangegeven dat bij een groot tekort aan regieverpleegkundigen, het lastiger kan worden om de functie goed in te vullen (de functie



wordt dan te solitair, er is wel voldoende volume nodig om de functie goed in te kunnen vullen). Tenslotte kan het effect zijn dat efficiency effecten die op kunnen treden door de inzet van hbo-competenties, minder worden behaald.

Met name in de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg benoemt men de risico's van te weinig verpleegkundigen. Men mist dan de specifieke deskundigheid van verpleegkundigen waardoor de kwaliteit van zorg minder zal zijn dan beoogt. Het gaat dan om de klinische blik bij het signaleren van bepaalde problematiek. Ook al worden er (ook) regieverpleegkundigen ingezet, de verwachting is dat die in deze branches meer op afstand worden gepositioneerd (niet in het team).

5.4. Implementatie

Het invoeren van de nieuwe functieprofielen en met name de functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen heeft een forse impact op de beroepsgroep. Omdat opnieuw naar de verdeling van taken en verantwoordelijkheden wordt gekeken, heeft het impact op het gehele functiehuis. In feite is er sprake van een complex veranderkundig proces. Een goede implementatie is daarbij van belang. In hoofdstuk 4 in de bijlagen wordt ingegaan op de randvoorwaarden voor een goede implementatie, zoals die naar voren kwamen uit de deskresearch en interviews. Ten eerste is het van belang om een goed implementatieplan op te stellen, waardoor helderheid gecreëerd wordt ten aanzien van doelstellingen, planning en procedures, kosten en middelen, beslismomenten en evaluatiemogelijkheden. Aandacht voor draagvlak is van groot belang. Daarnaast moet er aandacht (en financiële ruimte) zijn voor (op)scholing. Tijdens het implementatieproces is een duidelijke besluitvorming en regie over het proces essentieel, evenals goed leiderschap, een goed leerklimaat, en voldoende tijd voor medewerkers om zich de nieuwe rollen eigen te maken. Tot slot is het van belang om de implementatie te monitoren, evalueren en zo nodig bij te stellen, inclusief het continue toetsen van de nieuwe functieprofielen aan de praktijk.

Van belang om hier te noemen is ook dat zowel wát er geïmplementeerd wordt (hoe gaan de nieuwe functies er in de praktijk uitzien) maar ook hóe er geïmplementeerd wordt effect heeft op de impact die de nieuwe beroepsprofielen zullen hebben voor de medewerkers. Kortom: een goede implementatie is van belang voor het succes van de nieuwe beroepsprofielen maar ook voor het behalen van de positieve effecten en het tegengaan van negatieve effecten.

Die implementatie zal plaats gaan vinden in een arbeidsmarkt waarin sprake is van tekorten. Tijdens de focusgroepbijeenkomsten is gesproken over het effect van die tekorten op de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen. Hierbij worden verschillende zaken genoemd. Deelnemers gaven aan dat tekorten ervoor zullen zorgen dat de werkdruk toeneemt, wat de implementatie lastiger maakt. Door die werkdruk duurt het ook langer voordat iedereen op de juiste plek zit. Bovendien gaan opscholing en begeleiding van mensen die aan het scholen zijn ook weer ten koste van het arbeidsvolume dat geleverd kan worden. Specifiek in de verpleeghuiszorg ziet men ook nog het risico dat de regieverpleegkundige toch noodzakelijke zorgtaken op gaat pakken en niet toekomt aan de taken als regieverpleegkundige. Zoals hierboven al genoemd



zullen er ook andere keuzes gemaakt moeten worden m.b.t. de functiemix. De functiemix waarin de functiedifferentiatie het best tot zijn recht komt zal wellicht niet gerealiseerd kunnen worden. Men moet het doen met de mensen die er zijn of die men op kan leiden. Dat leidt er ook toe dat er eerder gekeken zal worden naar een taakverdeling op basis van competenties in plaats van kwalificatie. Een strikte functiescheiding past daar minder bij, terwijl een duidelijk onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen juist wel van belang is voor het slagen van de implementatie. Een juiste balans tussen competentiegericht inzetten van mensen en hanteren van een strikte functiescheiding is dus van groot belang.

5.5. Aandachtspunten en aanbevelingen

Op basis van de bevindingen in dit onderzoek zijn verschillende aandachtspunten te benoemen en aanbevelingen te formuleren voor de verdere implementatie van de nieuwe beroepsprofielen.

5.5.1. Duidelijkheid over overgangsregeling en uitwerking van het advies

Een belangrijke bevinding vanuit het onderzoek is de onduidelijkheid die heerst omtrent de nieuwe beroepsprofielen. Belangrijk omdat deze onduidelijkheid van grote invloed blijkt op het ontwikkelen van een visie op en de verdere implementatie van de nieuwe beroepsprofielen, zo blijkt uit interviews en focusgroepbijeenkomsten. Onduidelijkheid over de invulling van de overgangsregeling en onduidelijkheid over de concrete vertaling van de beroepsprofielen naar functieprofielen nemen hier een specifieke plaats in. De invulling van de overgangsregeling en de uitwerking naar de praktijk zullen effect hebben op de uiteindelijke functiemix die werkgevers wensen, op keuzes die verpleegkundigen maken en op de impact die de invoering van de nieuwe beroepsprofielen zal hebben voor de beroepsgroep. In onderstaand kader worden deze effecten toegelicht.

Zoals hierboven is aangegeven bestaat met name binnen de beroepsgroep de vrees dat de werkinhoud van verpleegkundigen (mbo-niveau) zal veranderen en daardoor minder aantrekkelijk wordt. Men vreest een verarming van het beroep. In de proeftuinen is echter de insteek dat de mbo-functie intact blijft en dat vooral de hbo-functie sterker wordt neergezet. Dergelijke geluiden komen ook naar voren in een aantal interviews die voor dit onderzoek zijn gehouden. Dit is ook de intentie van de nieuwe beroepsprofielen. Echter, hoe dit over de hele linie (dus sector breed en voor alle organisaties) uit zal pakken is nog niet duidelijk. Of, waar en in welke mate sprake zal zijn van verarming van de functie van verpleegkundige is daarom niet te zeggen.

Effecten op de functiemix die werkgevers wensen: pas als de beroepsprofielen zijn uitgewerkt in functieprofielen, kan een individuele instelling bepalen hoeveel mensen in welke functie nodig zijn. Specifiek voor de ziekenhuizen en UMC's kan hier nog genoemd worden dat men er nog niet over uit is of er regieverpleegkundigen nodig zijn op de IC- afdelingen en SEH's. Sommigen zijn van mening dat hier veel regieverpleegkundigen nodig zijn, anderen juist niet.

Effecten op de keuzes van verpleegkundigen: er is nog onvoldoende beeld van wat er straks in de praktijk van (regie)verpleegkundigen verwacht wordt. De keuzes die verpleegkundigen



maken zijn mede afhankelijk van de uiteindelijke uitwerking in termen van werkinhoud. Onduidelijkheid over wat het in gaat houden betekent dan ook dat verpleegkundigen nu vaak nog geen duidelijke uitspraak kunnen doen over hun ambities. Als die duidelijkheid er wel is (en er is geen sprake van verarming van de functie van verpleegkundige), bestaat de kans dat de onrust en onvrede die er nu is bij een deel van de mbo- en inservice opgeleide verpleegkundigen afneemt. De kans bestaat ook dat er minder mbo-en inservice-opgeleiden voor de functie van regieverpleegkundige en opscholing opteren dan het aantal dat dit heeft aangegeven in dit onderzoek. Andersom is de kans ook groot dat als er meer duidelijkheid is over de taken en verantwoordelijkheden van de regieverpleegkundige, er meer hbo-opgeleiden voor de functie van regieverpleegkundige opteren dan nu naar voren is gekomen in het onderzoek.

Effecten op de impact van de nieuwe beroepsprofielen: tussen en binnen branches bestaan verschillende visies over wat de invoering in de praktijk betekent, hoe het eindresultaat eruit moet gaan zien en hoe geïmplementeerd moet worden. Juist deze aspecten zullen bepalen wat het effect is voor het behoud of juist voor de uitstroom van verpleegkundigen.

Er zijn grote verschillen in de beelden die mensen hebben over de specifieke taakinvoering in de toekomst. De daadwerkelijke consequenties voor de toekomstige verpleegkundigen en regieverpleegkundigen, wat gaat het nu concreet betekenen voor de werkinhoud, zijn dan ook nog niet duidelijk. Het risico bestaat dat een deel van de mbo'ers en inservice-opgeleiden gaat acteren op basis van de vrees dat het werk er minder leuk op wordt, terwijl dat in de praktijk niet zo hoeft te zijn. Verder zorgt onduidelijkheid over de overgangsregeling ervoor dat voor een deel van de verpleegkundigen (nog) niet duidelijk is of zij aan de eisen voldoen om zich in te kunnen schrijven in het register van regieverpleegkundigen. Op dit moment is er mede hierdoor sprake van onrust onder verpleegkundigen en de aanhoudende onduidelijkheid maakt dat niet beter.

Aanbevelingen duidelijkheid overgangsregeling en uitwerking advies:

Aanbeveling overheid

- De onduidelijkheid over de overgangsregeling belemmert werkgevers om de nieuwe functieprofielen te implementeren en zorgt er voor dat een deel van de groep verpleegkundigen niet goed weet waar ze aan toe is. Creëer daarom duidelijkheid over de overgangsregeling en eventuele aanvullende scholing die vereist is voor verpleegkundigen die niet binnen de overgangsregeling vallen.

Aanbeveling overheid en sociale partners

- Op dit moment is nog onvoldoende duidelijk wat de functiemix is die werkgevers na zullen streven en wat de uiteindelijke ambities en wensen van verpleegkundigen zijn. Blijf daarom vraag en aanbod op de arbeidsmarkt monitoren, zodat duidelijker wordt aan welke functiemix behoefte is, welke keuzes verpleegkundigen uiteindelijk maken en wat de discrepanties tussen vraag en aanbod zijn.

Aanbeveling beroepsvereniging en bonden

- De invoering van de nieuwe beroepsprofielen en de functiedifferentiatie die daarmee gepaard gaat raakt de professionele identiteit van verpleegkundigen. Op dit moment is een groot deel van de beroepsgroep niet of deels bekend met het advies en is er sprake van onrust onder de



beroepsgroep. Blijf daarom leden op de hoogte houden van de ontwikkelingen die gaande zijn zodat zij (beter) weten waar ze aan toe zijn en zich proactief op kunnen stellen.

Aanbevelingen instellingen/organisaties

- Er is onrust binnen de beroepsgroep over de nieuwe beroepsprofielen, die wordt versterkt omdat nog niet duidelijk is wat de implementatie gaat betekenen in de praktijk. Creëer duidelijkheid voor werknemers over wat de invoering van de nieuwe functieprofielen gaat betekenen: hoe komt de functie van verpleegkundige en regieverpleegkundige er uit te zien, wat wordt verwacht van de medewerkers en welke mogelijkheden hebben zij. Maar maak ook aan andere beroepsgroepen wiens functie beïnvloed wordt door de nieuwe beroepsprofielen duidelijk wat het voor hen betekent.
- Creëer ook duidelijkheid over de mogelijkheden voor scholing en opscholing en de voorwaarden waaronder dit kan.

Aanbevelingen hogescholen

- Op dit moment heerst bij een deel van de betrokkenen het beeld dat de regieverpleegkundige geen of weinig zorg aan het bed levert. Dat strookt (met een mogelijke uitzondering voor de verpleeghuiszorg) niet met de intentie van het advies. Zorg dat voor potentiële onderwijsdeelnemers duidelijk is dat directe patiëntenzorg onderdeel is en blijft van het takenpakket van een groot deel van de regieverpleegkundigen.

5.5.2. De verdere implementatie

Hoewel er in elke branche organisaties zijn waar de functiedifferentiatie wordt ingevoerd, zijn er ook veel organisaties waar de implementatie nog niet is gestart. De onduidelijkheden hebben een stagnerend effect op visievorming en implementatie, terwijl het invoeren van nieuwe functieprofielen en de totstandbrenging van functiedifferentiatie een langdurig proces is. Dit verhoudt zich slecht met een tijdspad dat leidt naar herregistratie in 2025. Degenen die zich willen herregistreren als regieverpleegkundige moeten voor die tijd aanvullende scholing moeten hebben afgerond (hetzij modules, hetzij opscholing) en werkervaring hebben opgedaan als regieverpleegkundige. Daar waar men nog volledig aan het begin van de implementatie staat kan het tijdspad wel eens krap worden.

Daar komt nog bij dat de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen een complex veranderkundig proces is dat veel van de instellingen vraagt. Voor de ziekenhuizen en UMC's is daarbij ondersteuning aanwezig voor de uitwerking en implementatie. Voor andere branches (nog) niet of veel minder.

Een specifiek aandachtspunt is daarnaast de (ervaren) positie van de verpleegkundige ten opzichte van de regieverpleegkundige. Waar nu sprake is van een ongedeelde beroep wordt bij het invoeren van de functiedifferentiatie onderscheid gemaakt tussen twee verpleegkundige beroepen. Zoals hierboven ook genoemd bij de effecten kan dit voor verpleegkundigen een gevoel van hiërarchie met zich meebrengen, of een gevoel van statusverlies. Of dit ook gebeurt en in welke mate zal van situatie tot situatie en van persoon tot persoon verschillen. Bij de implementatie zal hier aandacht voor moeten zijn.



Een ander aspect bij de implementatie is dat de nieuwe beroepsprofielen gepaard gaan met scholingskosten, zowel voor verpleegkundigen zonder het vereiste diploma die wel de ambitie hebben om regieverpleegkundige te worden als voor verpleegkundigen met een 'oud' hbo-diploma die bepaalde modules moeten gaan volgen. Dit lijkt op voorhand geen belemmering te vormen voor instellingen, die veelal van subsidieregelingen gebruik kunnen maken bij het (op)scholen van werknemers.

Aanbevelingen verdere implementatie

Aanbeveling overheid

- Zorg voor voldoende subsidiemogelijkheden voor het opscholen van verpleegkundigen die niet binnen de overgangsregeling vallen en het bijscholen van degenen met een 'oud' hbo-diploma.

Aanbevelingen brancheverenigingen

- Een deel van de werkgevers is nog niet gestart met de voorbereidingen voor deze implementatie. Creëer daarom een gevoel van urgentie onder de instellingen om ervoor te zorgen dat instellingen tijdig aan de slag gaan om hun visie op de functieprofielen en gewenste functiemix (verder) uit te werken en te implementeren.
- Ondersteun de instellingen bij de uitwerking en implementatie. Voor de ziekenhuizen en UMC's is deze ondersteuning aanwezig. Voor andere branches (nog) niet of veel minder. Ondersteuning kan in de vorm van handreikingen of een leidraad voor implementatie, toegespitst op de verschillende branches. En door (branche-gerichte) voorzetten te doen voor de uitwerking van de beroepsprofielen naar functieprofielen, daarbij rekening houdend met de diversiteit binnen branches. Dat kan ook betekenen dat er voor een branche verschillende voorzetten gedaan worden voor verschillende uitwerkingen in functieprofielen.
- Faciliteer ook de uitwisseling van ervaringen m.b.t. de uitwerking en implementatie van de functieprofielen en de implementatie daarvan.

Aanbeveling brancheverenigingen, beroepsvereniging en bonden

- Blijf de implementatie van de nieuwe functieprofielen monitoren, zodat de voortgang zichtbaar wordt en hier op ingespeeld kan worden.

Aanbeveling instellingen/organisaties

- Het implementatieproces kost tijd en er is sprake van een tijdshorizon: de herregistratie van regieverpleegkundigen vanaf 2025. Ga (indien nog niet begonnen) tijdig aan de slag. Het uitwerken van een visie op de nieuwe beroepsprofielen en de gewenste inzet van de 'nieuwe' professionals is daarbij van groot belang.
- Stel een goed implementatieplan op en creëer voldoende draagvlak voor functiedifferentiatie binnen de organisatie. Stem het strategisch HRM-beleid af op de implementatie van de functieprofielen.
- Houdt daarbij oog voor de positie van zowel regieverpleegkundigen als verpleegkundigen. Het risico dat mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen ervaren dat hun functie minder leuk wordt is aanwezig. Om vermindering van arbeidstevredenheid en uitstroom te voorkomen is het van belang om hier oog voor te hebben en (tijdig) op in te spelen. Het competentiegericht (blijven) inzetten van verpleegkundigen (mbo-niveau) is hierbij van belang zonder (te veel) in te boeten op het beoogde onderscheid tussen verpleegkundigen en regieverpleegkundigen.
- Houdt ook oog voor voldoende ontwikkelmogelijkheden voor beide groepen verpleegkundigen. Zorg daarbij voor een goede leercultuur.



Aanbevelingen beroepsgroep

- De nieuwe beroepsprofielen moeten veelal nog worden uitgewerkt naar functieprofielen en de overgangsregeling moet nog worden uitgewerkt. De uiteindelijke uitwerking van de beroepsprofielen en de overgangsregeling kunnen invloed hebben op jouw functie en/of de mogelijkheden die je hebt. Zorg als beroepsbeoefenaar dat je op de hoogte bent en blijft van de ontwikkelingen die gaande zijn, zodat je je eigen keuzes kunt maken en weet wat jouw mogelijkheden zijn.

5.5.3. Effecten monitoren

Zoals in dit rapport is beschreven zijn er verschillende verwachtingen over de impact die de invoering van de nieuwe beroepsprofielen kan hebben voor de beroepsgroep, kwaliteit van zorg en opbrengsten. De mate waarin die zullen optreden is nog onvoldoende duidelijk. Om mogelijke negatieve effecten tegen te gaan en positieve effecten te bevorderen is inzicht in deze effecten wel van belang. Bovendien kunnen de effecten die zich voordoen invloed hebben op de toekomstige functiemix. Als de (salaris)kosten hoger uitvallen dan de opbrengsten en de bekostiging blijft hetzelfde, zal dat effect hebben op de functiemix die werkgevers wensen, zo gaven focusgroepdeelnemers aan. Verder bleek tijdens het onderzoek dat niet alle werkgevers positief staan ten opzichte van de nieuwe functieprofielen. Dan is het des te belangrijker dat duidelijk wordt wat de opbrengsten zijn.

De effecten op werkomstandigheden die verpleegkundigen ervaren kunnen invloed hebben op de keuzes die verpleegkundigen gaan maken. Dit gaat echter verder dan werkomstandigheden. Zoals hierboven al beschreven brengt het invoeren van functiedifferentiatie voor een deel van de verpleegkundigen (mbo-niveau) het risico met zich mee dat hun functie minder aantrekkelijk wordt, indien zij bepaalde taken niet of minder zullen uitvoeren. Dit kan gevolgen hebben voor zaken als arbeidstevredenheid. Hoewel één en ander waarschijnlijk in hoge mate afhangt van de manier waarop de functiedifferentiatie wordt uitgewerkt en geïmplementeerd, vraagt dit om monitoring om mogelijke negatieve effecten te voorkomen.

Bij het monitoren van effecten zijn nog twee specifieke punten te noemen. De eerste is dat verpleegkundigen met een hbo-diploma zich straks kunnen inschrijven in het register van regieverpleegkundigen. Inschrijving in register betekent echter niet dat de werkgever daar ook invulling aan geeft. Als verpleegkundigen de functie en de bijbehorende taken niet gaan uitvoeren, worden ze bij de herregistratie weer uitgeschreven. De tweede is dat de breedte van de overgangsregeling een rol kan spelen bij zowel de (her)registratie als de effecten op de beroepsgroep.

Breedte van de overgangsregeling

Hoewel rondom de spv'ers en de mgz'ers nog wel consensus lijkt te bestaan onder werkgevers (hbo-niveau) lijkt men over de CZO-opleidingen veelal van mening dat deze opleidingen niet de volle breedte van het hbo werk- en denkniveau beslaan van de huidige hbo-verpleegkunde opleiding. Of de CZO-opgeleiden bij een brede overgangsregeling ook zonder meer een regieverpleegkundige functie krijgen, is dus de vraag. En dat heeft weer impact op herregistratie. Aan de andere kant van het spectrum zal ook een heel smalle overgangsregeling zijn keerzijde hebben. Het risico op uitstroom onder degenen met een aanvullende



opleiding zal dan wellicht groter zijn, uit onvrede en het ontbreken van de behoefte om nog eens een aanvullende opleiding te moeten volgen (denk bijvoorbeeld aan de mgz en de spv-opleiding).

Specifiek voor de ggz is duidelijkheid over de positie spv'er van belang. Hoewel het beeld niet eenduidig is, lijkt de boventoon dat de spv'er de 'regieverpleegkundige van de ggz' is. Men vreest een overgangsregeling waarin dat niet erkend wordt. Andere geluiden uit de ggz geven echter aan dat men zich afvraagt hoe de spv'er en de regieverpleegkundige ten opzichte van elkaar gepositioneerd moeten worden. Daar blijkt uit dat het niet duidelijk is of de spv'er in feite de regieverpleegkundige van de ggz is, dan wel dat het onderscheid tussen beide niet duidelijk is.

Aanbevelingen monitoren van effecten

Aanbeveling beroepsvereniging, bonden en brancheorganisaties

- Monitor de impact van de nieuwe beroepsprofielen voor medewerkers, zodat duidelijk wordt in welke mate de functiedifferentiatie effect heeft op zaken als werkplezier en motivatie en hier indien nodig op ingespeeld kan worden.

Aanbeveling brancheorganisaties

- Monitor ook buiten de ziekenhuizen en de UMC's (die hier al mee gestart zijn) de opbrengsten van de functiedifferentiatie, in termen van kosten, efficiency, kwaliteit van zorg, zodat de effecten zichtbaar worden en waar nodig bijstellingen kunnen plaatsvinden.
- Kijk daarbij ook naar opbrengsten voor andere beroepsgroepen, binnen en buiten de organisatie (keten).



©Copyright Prismant 2017
Disclaimer teksten komen hier.