

Onderzoek normfunctie IC-Verpleegkundige

In opdracht van

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

Werkgroep IC Verpleegkundigen (A) en Werkgroep Functiewaarderingsdeskundigen (B)

13 november 2020

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	ii
Samenvatting	5
1 Inleiding	12
1.1 Inleiding en achtergrond van het onderzoek	12
1.2 Opdracht en onderzoeksvragen	12
1.3 De scope, context en inbedding van het onderzoek	13
1.3.1 Scope	13
1.3.2 De rol van de projectleider	13
1.3.3 Planning en tijdsbestek	13
1.3.4 Uitvoering en onderzoek door de UMC's: werkgroep A en B	13
2 Methode van onderzoek	15
2.1 Design	15
2.1.1 Kwantitatief en kwalitatief onderzoek	15
2.2 Methode van onderzoek voor onderdeel 1: vragenlijst functiebeeld	15
2.2.1 Doel vragenlijst	15
2.2.2 Opzet en inhoud vragenlijst	15
2.2.3 Setting en selectie van deelnemers	16
2.2.4 Dataverzameling	17
2.2.5 Analyse	17
2.3 Methode van onderzoek voor onderdeel 1: klankbordsessies functiebeeld	18
2.3.1 Doel klankbordsessies	18
2.3.2 Selectie van deelnemers	18
2.3.3 Procedures en topic guide	18
2.3.4 De sessies en dataverzameling	19
2.3.5 Analyse	19
2.4 Methode van onderzoek voor onderdeel 1: synthese en rapportage resultaten vragenlijst en klankbordsessies	19
2.5 Methode van onderzoek voor onderdeel 2: uitvoeren functiewaardering	20
2.6 Eindrapportage	20
3 Bijeenkomsten werkgroepen A en B	21
4 Resultaten onderdeel 1: vragenlijst naar taken (deel 1)	22
4.1 Respons en karakteristieken respondenten	22
4.2 Taken algemeen	22
4.3 Verschillen in huidige taken tussen normfuncties	23

4.3.1	Normfunctie 8b	23
4.3.2	Normfunctie 9a	24
4.3.3	Normfunctie 9b	24
4.4	Extra taken en werkzaamheden – open vraag	25
4.4.1	Open vraag met extra taken normfunctie 8b	25
4.4.2	Open vraag met extra taken normfunctie 9a	26
4.4.3	Open vraag met extra taken normfunctie 9b	27
4.5	Verschillen in taken tussen nu en toekomst	28
4.6	Consensus over taken en werkzaamheden	28
5	Resultaten onderdeel 1: vragenlijst naar ontwikkelingen (deel 2)	30
5.1	Ontwikkelingen algemeen	30
5.2	Sterkste stijging tussen nu en toekomst	30
5.3	Daling tussen nu en toekomst	31
5.4	Consensus over ontwikkelingen	31
5.5	Extra ontwikkelingen – open vragen	31
5.5.1	Open vraag met extra ontwikkelingen normfunctie 8b	32
5.5.2	Open vraag met extra ontwikkelingen normfunctie 9a	32
5.5.3	Open vraag met extra ontwikkelingen normfunctie 9b	33
5.5.4	Open vraag met extra ontwikkelingen ingevuld door leidinggevendenden	34
5.5.5	Conclusies analyse open vragen over ontwikkelingen	35
6	Resultaten onderdeel 1: klankbordsessies	36
6.1	Respons en kenmerken van de sessies en de deelnemers	36
6.2	Observaties van notulisten voorafgaand aan de sessies	36
6.3	De kern van het werk (functie nu)	37
6.3.1	Kern van het vak	37
6.3.2	Verschillen tussen normfuncties	38
6.4	Ontwikkelingen afgelopen jaren (functie nu)	40
6.5	Werk en taken toekomst	42
6.6	Toekomstbeelden	44
7	Resultaten onderdeel 2 Functiewaardering	47
7.1	Opdracht	47
7.2	Aanpak opdracht	47
7.2.1	Werkwijze	47
7.2.2	Inventarisatie	48
7.3	Uitwerking per normfuncties	50
7.3.1	Uitkomsten per normfunctie	50
7.3.2	Impact per normfunctie	51
7.4	Effect van de ontwikkelingen op de functiewaardering	52
7.4.1	Korte uitleg Fuwavaz	52
7.4.2	Context kenmerkscores binnen de normfuncties	54

7.4.3	Toegenomen complexiteit, technologisering en digitalisering	54
7.4.4	Toewijzen van patiënten aan andere zorgverleners	55
7.4.5	Inzet buiten de eigen werkeenheden	56
7.4.6	Medisch en verpleegkundig handelen	56
7.4.7	Kwaliteitszorg	56
7.5	Toekomstige ontwikkelingen	57
7.5.1	Ontwikkelingen én verwachtingen	57
7.6	Conclusies Werkgroep B	58
7.6.1	Conclusies per normfunctie	58
7.6.2	Samenvattend	58
7.7	Aanbevelingen Werkgroep B	60
7.7.1	Heroverweging toewijzing normfunctie IC-8b	60
7.7.2	Vaker en eerder toewijzen van de IC-9b	60
7.7.3	Leidinggevende functies indelen bij de functiefamilie Management	61
7.7.4	Geen aanpassing normfuncties	61
7.7.5	Gemeenschappelijk bruikbare taakspecificaties ontwerpen	61
7.7.6	Relatie met programma Verpleegkundige Innovatie & Positionering (VIP)	62
7.7.7	Toekomstige ontwikkelingen	62
7.7.8	Relatie met onderhoud Fuwavaz	62
8	Conclusies en aanbevelingen van werkgroep A en B	63
8.1	Totstandkoming gezamenlijke eindrapportage	63
8.2	Algemene noties	63
8.3	Bespreking uitkomsten onderzoeksdelen 1 en 2	64
	Bijlagen	70
	Bijlage 1 Normfunctietyperingen	71
	Bijlage 2 Planning en Werkgroepleden	79
	Bijlage 3 Vragenlijst Taken en ontwikkelingen IC-verpleegkundige	80
	Bijlage 4 Tabel 1 Resultaten vragenlijst taken IC verpleegkundige, naar normfunctie	94
	Bijlage 5 Tabel 2 Resultaten vragenlijst ontwikkelingen IC verpleegkundige	103

Samenvatting

Binnen de UMC's is er al geruime tijd discussie rondom de functie(waardering) van IC-verpleegkundigen. Om helderheid in deze discussie te krijgen, initieerde de NFU een onderzoek *door en voor het veld*. Voor u ligt het eindrapport van dit onderzoek.

Opzet en uitvoering onderzoek

De uitvoering van het onderzoek lag in handen van de UMC's zelf, in de vorm van vertegenwoordigers die deelnamen aan werkgroepen. Werkgroep A bestond uit 14 IC-verpleegkundigen, waarbij ieder UMC door één of meer IC-verpleegkundige(n) is vertegenwoordigd. Werkgroep B bestond uit 9 functiewaarderingsdeskundigen afkomstig uit alle UMC's, de zogenaamde 'Wefaz-groep'. De rol van neutrale projectleider lag in handen van FWG Progressional People.

Werkgroep A was verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de werksituatie van de IC-verpleegkundige werkzaam in normfuncties 8b, 9a en 9b (peildatum 1 januari 2020) en de te verwachten ontwikkelingen in de toekomst. Dit is vormgegeven via twee onderdelen: (1) een online vragenlijst onder alle IC-verpleegkundigen (8b, 9a en 9b) en hun leidinggevenden in alle UMC's om gestructureerd kennis op te halen over de functie van de IC-verpleegkundige nu en in de toekomst; (2) klankbordgroepen om diepgaand inzicht te krijgen in taken en activiteiten van de IC-verpleegkundige, hoe verschillen tussen normfuncties tot uitdrukking komen en wat verwachtingen voor de toekomst zijn. Werkgroep B was verantwoordelijk voor het vertalen van deze informatie over de normfunctie IC-verpleegkundige (8b, 9a en 9b) naar de gehanteerde Fuwaz-systematiek. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode augustus tot en met oktober 2020.

Resultaten deel 1: vragenlijst en klankbordsessies

Resultaten vragenlijst taken

Uit de resultaten van de vragenlijst (N=653) blijkt dat door IC-verpleegkundigen 8b, 9a en 9b taken worden uitgevoerd die op grond van de huidige normfunctieteksten geen onderdeel van de functie zijn. De functie 8b voert taken uit van 9a; de functie 9a voert zowel taken van 8b als 9b uit en 9b voert taken uit van 8b en 9a. Dit kan betekenen dat normfuncties (anno januari 2020) vooral nog van elkaar verschillen in onderzoekstaken, beheerstaken en beleidstaken. Het kan daarnaast of tegelijk betekenen dat de formulering in de huidige normteksten op sommige onderdelen zo generiek is dat alle IC-verpleegkundigen zich erin herkennen.

Deze laatste bevinding wordt gestaafd door het feit dat veel respondenten hebben aangegeven dat zij zich niet herkennen in de taal, termen en taken zoals beschreven in de huidige normfuncties en zoals opgenomen in de vragenlijst. Verder is opvallend is dat de extra taken die door respondenten benoemd zijn, zowel in omvang als in diversiteit groot zijn. Zo noemen respondenten dat de IC-verpleegkundige regelmatig wordt ingezet in het werken buiten de eigen afdeling, veelvuldig participeren in werkgroepen

en projecten, en er worden verscheidene rollen genoemd als onderdeel van de functie (zoals stip-diensten en het overnemen van managementtaken en -rollen). IC-verpleegkundigen fungeren daarnaast als deskundige en adviseur binnen de eigen organisatie, en begeleiden soms bij bijzondere transporten binnen en buiten de eigen organisatie. Verder wordt de omgang met (complexe) technische apparatuur veelvuldig genoemd. Tot slot valt op dat het uitvoeren van gedelegeerde taken van artsen regelmatig als taak wordt genoemd.

Resultaten vragenlijst ontwikkelingen

Van de 52 ontwikkelingen die in de vragenlijst zijn voorgelegd, scoorden 38 ontwikkelingen (73,1%) een mediaan van 7 of hoger én met consensus. Dat betekent dat dit volgens de respondenten allemaal relevante ontwikkelingen voor hun werk zijn. De ontwikkelingen die het hoogste scoorden, zijn: toename van de frequentie van nieuwe procedures en protocollen; toenemende richtlijnen voor hygiëne, privacy en patiëntveiligheid; toenemende complexiteit patiëntenzorg; toename van het risico op besmettingen en het werken met beschermingsmiddelen; en, de toename van digitalisering (zoals het werken met een EPD).

Respondenten konden via een open vraag extra ontwikkelingen aandragen en toelichten hoe ontwikkelingen het werk beïnvloeden. Veel reacties gingen over de toegenomen werkdruk en werkbelasting. Oorzaken die vaak genoemd werden zijn: de hogere complexiteit van patiënten (bij binnenkomst op de IC), de concentratie van hoogcomplexe zorg in de UMC's, de toenemende mogelijkheden van technologie en nieuwe apparatuur, complexere medicatie-bereidingen en steeds maar nieuwe kennis waardoor protocollen steeds aangepast moeten worden. Dit zorgt ervoor dat er continu bijscholing nodig is (door sommige respondenten als extreem veel bijscholing genoemd). Ook geeft men aan dat in verhouding er veel meer tijd/taken besteed worden aan het opleiden en inwerken van nieuwe collega's en leerlingen (ook vanwege hoge uitstroom van collega's). Door personeelstekort wordt er ook vaker voor meer patiënten per IC-verpleegkundige gezorgd, en richt men zich vaker op het aansturen van ondersteunend personeel (apothekersassistenten, algemene verpleegkundigen).

Resultaten klankbordgroepen

Om inzicht te krijgen in het werk van IC-verpleegkundigen zijn er aanvullend (na analyse van de vragenlijst) klankbordsessies gehouden. In totaal hebben er 10 klankbordsessies met IC-verpleegkundigen plaatsgevonden (N=67 deelnemers). Aanvullend hebben er 16 sessies met leidinggevenden plaatsgevonden (N=49).

Tijdens de klankbordsessies spraken IC-verpleegkundigen over hun werk en wat volgens hen de kern van hun werk is. Tijdens deze discussies worden er zeer uiteenlopende taken, verantwoordelijkheden en aandachtsgebieden genoemd. De functie van IC-verpleegkundige is zeer veelzijdig en kent veel verschillende aspecten. Verder blijkt uit de klankbordsessies dat de normfuncties (8b, 9a en 9b) verschillend voorkomen binnen de UMC's, en op een verschillende wijze worden ingezet/verschillende taken hebben. Zo is er in de ene UMC weinig onderscheid tussen 8b en 9a en tussen 9a en 9b, terwijl er

in andere UMC's grote verschillen zijn. Er wordt daarnaast gewezen op het verschil tussen verpleegkundigen met weinig ervaring en die met veel ervaring. Tegelijk wordt ook genoemd dat men aan het bed weinig verschil in taken merkt tussen de normfuncties en dat verschillen vooral zitten in niet-patiëntgebonden taken.

Duidelijk is dat er de afgelopen jaren veel en uiteenlopende ontwikkelingen de functie hebben veranderd. Zo is de complexiteit van de patiëntengroep toegenomen, is er meer mogelijk (technisch en qua behandelopties), dit brengt meer ethische vragen met zich mee, heeft de IC-verpleegkundige meer een regierol gekregen, werkt zij intensiever samen, en zijn er veel taken verschoven van de arts naar de IC-verpleegkundige. Opvallend is verder dat het werk intensiever is geworden: door uitbreiding van taken, doordat er veel taken tegelijk uitgevoerd dienen te worden én door de arbeidsmarktkrapte. De gesprekken over de toekomstbeelden van de IC-verpleegkundige zijn geclusterd onder de thema's complexer, technologie, flexibilisering, regie en taakherschikking, emancipatie en professionalisering, en tot slot waardering. Deze thema's worden belangrijk gevonden bij het werken in de toekomst als IC-verpleegkundige.

Resultaten deel 2: functiewaardering

Op basis van de uitkomsten van deel 1 (analyse vragenlijsten en klankbordsessies) heeft werkgroep B de functiewaarderingsconsequenties daarvan beoordeeld voor de normfuncties 8b, 9a en 9b met het functiewaarderingssysteem Fuwavaz.

De werkgroep kwam daarbij tot de volgende conclusies:

- Taken en verantwoordelijkheden als gevolg van toegenomen complexiteit van zorg en de toegenomen technologisering en digitalisering geven geen extra punten in de functiewaarderingssystematiek Fuwavaz. Dit komt deels doordat de IC-verpleegkundige binnen het verpleegkundige domein 'aan de top' zit.
- Het toewijzen van patiënten aan andere zorgverleners is een element op het niveau van schaal 9b. Deze taak wordt echter ook door 9a uitgevoerd. Met 1 punt extra wordt schaal 9b bereikt waardoor gezegd kan worden dat, indien een verpleegkundige deze voornoemde taak krijgt opgedragen, indeling bij de IC-9b in voldoende mate passend is.
- In de uitkomst van de vragenlijsten en klankbordsessies wordt benoemd dat IC-verpleegkundigen regelmatig worden ingezet bij werkzaamheden buiten de eigen afdeling. Het lijkt alsof IC-verpleegkundigen adviseren over de indicatie voor IC-zorg. In afstemming met het management van IC-afdelingen kan dit verder worden uitgediept en beoordeeld in het kader van functiewaardering.
- Het uitvoeren van gedelegeerde taken van artsen en medicatietoediening waarbij wordt afgeweken van protocol wordt als taak regelmatig in dit onderzoek benoemd. Deze taken en verantwoordelijkheden, buiten protocol uitgevoerd, moeten gerekend worden tot een verantwoordelijkheid van de medische discipline en behoren niet tot de resultaatgebieden van

de functiebeschrijving IC-verpleegkundige. Derhalve worden deze taken en verantwoordelijkheden niet meegenomen in de beschrijving en waardering van de functie IC verpleegkundige.

- Voor wat betreft taken binnen het cluster kwaliteitszorg is er weinig verschil tussen de 9a en 9b. Het betreffen taken als het initiëren, zorg dragen voor en bewaken van aanpassing en ontwikkeling van standaardprocedures en invoering van nieuwe werkwijzen in de eigen werkeenheden. Of hier bij (een deel van) de IC- praktijken mogelijk sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid of dat onbekendheid met de terminologie van Fuwavaz hierbij een rol speelt moet verder worden uitgediept. De conclusie is wel dat door een toegenomen technologisering en toegenomen behandel mogelijkheden er sprake is van een toename in protocollen en procedures. In dat opzicht is het een logisch gevolg dat er meer formatie nodig is voor IC-verpleegkundigen ingedeeld bij de normfunctie in 9b in verband met het voeren van de regie over de kwaliteitszorg en zorgvernieuwing.

Werkgroep B concludeert, dit omdat alle genoemde taken passen binnen de huidige normfuncties, er op zich geen aanleiding is om de normfuncties 8b, 9a en 9b aan te passen. Echter, deze normfuncties worden in de praktijk deels niet goed toegepast. IC-praktijken zouden de Verpleegkundige IC-9a en de Verpleegkundige IC-9b vaker en eerder kunnen opdragen. Actualisatie van de normfuncties is wel van belang, maar dient gelijktijdig voor de gehele functiereeks van V&V plaats te vinden gezien de onderlinge samenhang van deze functies.

Werkgroep B komt verder tot de volgende aanbevelingen:

- Heroverweging toewijzing normfunctie 8b: veel genoemde taken zijn onderdeel van de normfunctie in 9a. De taken opnemen in de normfunctie 8b kan niet aan de orde zijn omdat deze functie ook wordt gebruikt in andere settingen.
- Vaker en eerder toewijzen van de 9b: veel genoemde taken bij 9a zijn onderdeel van de normfunctie in 9b.
- Leidinggevende functies (een deel van de 9b) indelen bij de functiefamilie Management.
- Gemeenschappelijk bruikbare taakspecificaties (GBT) ontwerpen. Dit biedt naast meer herkenbaarheid de mogelijkheid tot een betere aansluiting bij toekomstige functieonderzoeken en systemen (Arbeidsmarktmonitor, JCI).
- Relatie met programma VIP; de uitkomsten van het onderhavige onderzoek te delen en te bespreken.
- Toekomstige ontwikkelingen van de functie-inhoud en functie-invulling nauwgezet blijven volgen.

Tot slot geeft werkgroep B aan dat, bij de gewenste actualisatie van het Fuwavaz-systeem, het wenselijk is dat (de gevolgen van) technologisering en digitalisering onderdeel worden van de systeemteksten en normfuncties omdat dit een wezenlijk kenmerk is van de huidige situatie op IC-verpleegafdelingen. Actualisatie van het systeem Fuwavaz op korte termijn is c.q. blijft daarmee een belangrijke aanbeveling

om de herkenbaarheid van normfuncties te vergroten en daarmee zorg te dragen voor een juiste toepassing.

Conclusie en aanbevelingen van de werkgroepen A en B op de uitkomsten van beide onderdelen

In de bijeenkomst van de beide werkgroepen op 3 november 2020 heeft werkgroep A gereflecteerd op de functiewaarderings-technische uitwerking van werkgroep B. Vervolgens zijn door de beide werkgroepen gezamenlijk conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

“We zijn tegen de grenzen van het functiewaarderingssysteem aangelopen”, zo luidde de gezamenlijke conclusie uit de bijeenkomst. Met deze opmerking werd feitelijk de discrepantie tussen de praktijk enerzijds en anderzijds de toepassing van Fuwavaz, de inhoud en in het bijzonder de teksten in één adem scherp neergezet. Daarmee is geconcludeerd dat de actualisatie, zoals al lange tijd wordt gewenst, nu voor de normfuncties van IC-verpleegkundige op zo kort mogelijke termijn dient plaats te vinden.

De oplossingsrichting van bovenstaande discrepantie wordt daarmee gezocht in actualisatie van het systeem Fuwavaz. Dit is feitelijk de enige structurele oplossing kijkend naar het huidige systeem. Dit om ontwikkelingen in de functie een plaats te kunnen geven, om de herkenbaarheid te vergroten en om een bijdrage te kunnen leveren aan de juiste toekenning van de verschillende normfuncties (8b, 9a en 9b). En breder bekeken, dit geldt niet alleen voor de functie van IC-verpleegkundige, maar voor alle functies die in het systeem zijn opgenomen.

Die conclusie is niet nieuw. De urgentie om te komen tot actualisatie, en daarmee tot een structurele oplossing, is echter groter dan ooit.

Naast deze actualisatie is werkgroep A van mening dat een visie op IC-zorg ontwikkeld dient te worden. Het ontbreken van een visie leidt tot de situatie dat een professionalisering en positionering van de functie van IC-verpleegkundige geen bodem heeft.

Nu niet acteren leidt tot mogelijke (verdere) onrust en ontevredenheid van IC verpleegkundigen, terwijl juist voor het behoud van deze zorgprofessionals toekomstperspectief, een carrièreperspectief, werkdrukvermindering én een eerlijke waardering van groot belang zijn. Dat alles kan niet alleen met een actualisatie van het systeem worden gerealiseerd maar geeft wel de noodzakelijke basis.

Aanbevelingen

Op basis van de gestelde conclusie doen de werkgroepen de volgende aanbevelingen. Deze aanbevelingen kunnen *en* mogen niet los van elkaar worden gezien maar dienen wat betreft de werkgroepen in samenhang te worden opgepakt.

Aanbeveling 1. plan van aanpak; aan de slag!

Allereerst wordt nadrukkelijk aanbevolen om op zeer korte termijn, bij voorkeur binnen twee maanden, een plan van aanpak op te stellen. Dit plan richt zich enerzijds op een juiste toekenning van functies en anderzijds op actualisatie.

1a. Juiste toekenning normfuncties

Het eerste deel van deze aanbeveling behelst dat bij de functies van IC-verpleegkundigen (inclusief leidinggevend) een normfunctie wordt gehanteerd die past bij de feitelijke taakstelling. Dit betekent dat er in de praktijk eerder en vaker een hogere normfunctie wordt toegekend indien er in de functieoefening structureel wordt voldaan aan de resultaatgebieden van de normfunctie. In het plan van aanpak dient bij voorkeur voor dit onderdeel een praktische handreiking te worden ontwikkeld naast een concrete planning waarbinnen de uitwerking van dit onderdeel binnen iedere UMC gestalte moet krijgen. Tevens dient specifiek aandacht te zijn voor de effecten voor de functie van senior verpleegkundige (9b).

1b. Actualisatie

Een tweede deel van deze aanbeveling richt zich op de actualisatie van de normfuncties IC-verpleegkundige als onderdeel en in het verlengde van de actualisatie van de functiefamilie Verpleging & Verzorging.

Bij deze actualisatie dient rekening te worden gehouden met ontwikkelingen als toegenomen complexiteit, technologisering en digitalisering, de in de praktijk daadwerkelijk uitgevoerde activiteiten die zowel in waardering als in de herkenbaarheid in taal dienen terug te keren. Uit te werken onderdelen zijn de actualisatie van de huidige functiereeks Verpleging & Verzorging en de mogelijke inzet van UMC-brede taakspecificaties.

Voor wat betreft de opzet en uitvoering van dit plan van aanpak is de aanbeveling om de volgende aspecten in ieder geval te betrekken: een concrete tijdsplanning, betrokkenheid van de IC-verpleegkundigen, de cao (vigerende afspraken en betrokkenheid cao-partijen) en visie op de functie (zie ook *Aanbeveling 3*).

De uitvoering van dit onderdeel van het plan van aanpak dient bij voorkeur voor 1 juli 2021 te zijn afgerond.

Aanbeveling 2. Taakverschuiving

Als tweede bevelen de werkgroepen het volgende aan. Voor de taken en verantwoordelijkheden die gerekend worden tot de verantwoordelijkheid van de medische discipline maar toebedeeld worden aan IC-verpleegkundigen is afstemming en overleg vereist tussen de afdelingsleiding, medici en IC-verpleegkundigen. Dit met betrekking tot de dagelijks werkzaamheden zoals de inrichting van de werkprocessen en de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden.

Met betrekking tot de mogelijke wens van een breder bevoegdhedenkader voor de functie IC-verpleegkundige (dit overigens in lijn met de derde aanbeveling) bevelen de werkgroepen aan om een plan van aanpak op te stellen om te komen tot een wettelijk kader voor het verrichten van medische handelingen binnen protocol.

Aanbeveling 3. Gedragen visie en draagvlak

Als derde bevelen de werkgroepen aan om een breed gedragen visie te ontwikkelen op de functie en doorgroeimogelijkheden van de IC-verpleegkundige. De werkgroepen willen daarbij nadrukkelijk benadrukken om de beroepsgroep hierbij te betrekken. Met andere woorden: “*niets over ons, zonder ons*”. Dit geldt tevens bij onderzoeken c.q. programma’s als het programma Verpleegkundige Innovatie en Positionering (VIP).

Aanbeveling 4. Delen uitkomsten onderzoek

De vierde aanbeveling is om de uitkomsten van het onderzoek zo breed mogelijk te delen. De wijze waarop dit plaatsvindt, dient zo veel mogelijk aan te sluiten bij de betreffende doelgroep. Dit geldt in het bijzonder voor het eerste onderdeel van het onderzoek, waarin een grote hoeveelheid informatie is verkregen over de taken en activiteiten van IC-verpleegkundigen per UMC

Tenslotte

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een zeer korte tijdspanne en onder bezwarende (COVID 19) omstandigheden. Dat was enkel mogelijk door de inzet van de werkgroepleden en de betrokkenen in de UMC's zelf waaronder niet in de laatste plaats de IC-verpleegkundigen en de leidinggevenden. Dat geeft een grote betrokkenheid weer en daarbij past een zeer grote dank aan een ieder.

Utrecht, 13 november 2020

1 Inleiding

1.1 Inleiding en achtergrond van het onderzoek

Voor u ligt het onderzoeksrapport naar de ontwikkelingen in de functie IC-Verpleegkundige. FWG Progressional People begeleidde dit onderzoek in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

De aanleiding voor de NFU om onderzoek te doen naar de normfunctie van IC-verpleegkundige is als volgt beschreven:

“In de UMC’s loopt al een tijd de discussie rondom de functie(waardering) van IC-verpleegkundigen. Vanuit de actualiteit wordt deze discussie gevoed met nieuwe vragen. Door de zorg rond COVID-19, opschaling van het aantal ic-bedden en het aantal bedden dat een medewerker moet verzorgen wordt de vraag nog urgenter. Er is een landelijke dialoog op gang gekomen over de vraag hoe die opschaling vorm moet krijgen en wat dat betekent voor de rol van de IC-verpleegkundigen.”

Om helderheid te kunnen bieden, vindt de NFU onderzoek door en voor het veld relevant. Het onderzoek vond plaats in de periode augustus tot en met oktober 2020 in alle UMC’s in Nederland. In dit rapport leest u de achtergrond van de opdracht en de onderzoeksvragen, de context waarin het onderzoek plaatsvond, de aanpak en methodiek en de resultaten van het onderzoek.

1.2 Opdracht en onderzoeksvragen

De kernvraag van het bestuur van de NFU (hierna de opdrachtgever) was om de ontwikkelingen in de normfunctie (8b, 9a en 9b) van IC-verpleegkundige te onderzoeken; dit op basis van de situatie in januari 2020 en op basis van voorziene structurele aanpassingen in de nabije toekomst.

Uitgangspunt daarbij is dat thans vrijwel alle IC-verpleegkundigen ingedeeld worden op basis van de normfunctie 9a. Deze normfunctie is daarmee ook het scharnierpunt voor het onderzoek. Daarbij is één van de te beantwoorden onderzoeksvragen of, in relatie tot de ontwikkelingen sinds de laatste vaststelling van deze normfunctie in 2009, de huidige normfunctie de werkzaamheden in voldoende mate beschrijft. De vraagstelling van de opdrachtgever voor wat betreft de normfunctie IC-verpleegkundige is als volgt:

Breng de ontwikkelingen in kaart binnen de normfunctie IC-verpleegkundige (8b, 9a en 9b) op peilmoment 1 januari 2020 (actualisatie) en geef een beeld van hoe deze functie er in de toekomst (over 3-5 jaar) op basis van trends en ontwikkelingen uit kan gaan zien.

1.3 De scope, context en inbedding van het onderzoek

1.3.1 Scope

Het onderzoek richtte zich op functie van IC-verpleegkundige in de acht UMC's in Nederland. Deze functie is beschreven in een drietal normfuncties:

- Verpleegkundige IC-8b
- Verpleegkundige IC-9a
- Verpleegkundige IC-9b

Deze functietyperingen zijn onderdeel van de FUWAVAZ-systematiek versie 1.3. Deze zijn in de bijlage (bijlage 1) opgenomen. Andere (aanpalende) functies, zoals anesthesie- en OK-functies, vallen buiten de scope van het onderzoek.

1.3.2 De rol van de projectleider

Voor de uitvoering van dit onderzoek heeft de opdrachtgever nadrukkelijk benoemd een neutrale projectleider te willen aanstellen die het uit te voeren onderzoek kan begeleiden. FWG Progressional People is gevraagd om hierin te voorzien. De rol van de projectleider is daarmee in de kern die van procesbegeleider. Dit betekent dat de expertise van de projectleider wordt ingezet bij enerzijds het vaststellen en begeleiden van die activiteiten die het functiebeeld per 1 januari 2020 (actualisatie) in kaart brengen en anderzijds het vaststellen en begeleiden van acties die gericht zijn op het vormen van een toekomstbeeld van de functie van IC-verpleegkundige. De projectleider brengt hierbij geen functiewaarderings-technische kennis in.

1.3.3 Planning en tijdsbestek

Het onderzoek diende te worden uitgevoerd en afgerond in een tijdsbestek van 2 en een halve maand, waarbij de feitelijke startdatum met de werkgroepen op 24 augustus 2020 was en de oplevering van het eindrapport aan de NFU was voorzien op 1 november 2020.

1.3.4 Uitvoering en onderzoek door de UMC's: werkgroep A en B

De uitvoering van het onderzoek lag in handen van de UMC's zelf door de vertegenwoordigers die deelnemen aan werkgroepen. Er waren twee werkgroepen (A en B) gevormd die het onderzoek mede vormgegeven hebben. Werkgroep A bestond uit 13 IC-verpleegkundigen, waarbij iedere UMC door één of meer IC-verpleegkundige(n) is vertegenwoordigd. Werkgroep B bestond uit 9 functiewaarderingsdeskundigen afkomstig uit alle UMC's (de Wefaz-groep: de groep functionarissen uit de UMC's die het functiewaarderingsstelsel FUWAVAZ als specialisme hebben en hierover diverse gremia binnen de NFU adviseren).

Door met twee werkgroepen te werken, kon er samen met de IC-verpleegkundigen, een zo zuiver mogelijk beeld gevormd worden van de ontwikkelingen in de uitgeoefende functie zonder dat er een functiewaarderingstechnische discussie doorheen liep. Bovendien kon iedere werkgroep op deze wijze een onderdeel van het plan van aanpak mede vormgeven en het onderzoek in zijn/ haar UMC uitvoeren.

De inzet van de werkgroepleden stond gedurende het traject onder druk door het toenemende aantal COVID-19 besmettingen en activiteiten die hiermee verband houden, waaronder de uitvoering van de zorgbonus.

Door FWG Progressional People is zoveel mogelijk voorbereidend werk gedaan, zoals de vragenlijst in concept opstellen, instructies en procedures voorbereiden en materialen aanleveren ten behoeve van de klankbordsessies. Daarnaast is uitvoerend werk verricht: het uitzetten van de vragenlijsten, analyseren van data onderdeel 1 en opstellen conceptrapportage. Zoals beschreven in de methode van onderzoek (Hoofdstuk 2), zijn alle stappen steeds in samenspraak met de werkgroepen ontwikkeld of afgestemd.

2 Methode van onderzoek

2.1 Design

2.1.1 Kwantitatief en kwalitatief onderzoek

De stappen in het onderzoek zijn samen met de twee werkgroepen vormgegeven en uitgevoerd voor draagvlak en praktische haalbaarheid. Het onderzoek kent 2 onderdelen:

1. opstellen functiebeeld januari 2020 en toekomstbeeld Normfunctie IC Verpleegkundige
2. uitvoeren functiewaardering (conform FUWAVAZ-systematiek).

Voor onderdeel 1 is, in samenspraak met de werkgroepen, het onderzoek vormgegeven langs een *mixed methods design*, waarbij een vragenlijstonderzoek opgevolgd werd door klankbordsessies waarin uitkomsten van vragenlijsten nader zijn geëxploreerd.

2.2 Methode van onderzoek voor onderdeel 1: vragenlijst functiebeeld

2.2.1 Doel vragenlijst

Het doel van de online vragenlijst was om gestructureerd in alle UMC's bij de juiste doelgroepen (functie-beoefenaren) kennis op te halen over de functie van de IC-verpleegkundige nu en in de toekomst. Expliciet is gekozen voor een digitale variant. Enerzijds om het logistieke proces gestructureerd en betrouwbaar in iedere UMC hetzelfde te laten verlopen. Anderzijds vanwege de mogelijkheid om iedereen werkzaam in de betreffende functies de optie te bieden om een bijdrage te leveren aan het onderzoek om zodoende het onderzoek van, voor en door het veld tot uiting te laten komen.

2.2.2 Opzet en inhoud vragenlijst

De vragenlijst is samen met input van werkgroep A ontwikkeld. De vragenlijst is gebaseerd op de bestaande normfunctie(teksten) en de resultaatgebieden die hierin zijn opgenomen. Het vraagt de volgende onderdelen uit:

- Demografische kenmerken, zoals welke UMC, welke afdeling, welke normfunctie, geslacht, leeftijd, aantal jaar werkervaring.
- In welke mate een taak of taakgebied op januari 2020 onderdeel uitmaakte van het werk van de IC-verpleegkundige. De taken en taakgebieden zijn gebaseerd op de bestaande normfunctie(teksten) en de bestaande resultaatgebieden.

- In welke mate deze taak of het taakgebied over 3-5 jaar nog steeds onderdeel uitmaakt van het werk van de IC-verpleegkundige (toekomstverwachting).
- Een open vraag om eventueel extra taken en werkzaamheden toe te voegen die men in de vragenlijst gemist heeft.
- In welke mate een ontwikkeling impact heeft op de taken en het werk van de IC-verpleegkundige op januari 2020.
- In welke mate een ontwikkeling impact heeft op de taken en werk van de IC-verpleegkundige over 3-5 jaar (toekomstverwachting).
- Een open vraag om eventueel extra ontwikkelingen toe te voegen die men in de vragenlijst gemist heeft.

Alle voorgelegde taken en ontwikkelingen zijn door respondenten steeds gescoord op een schaal van 1-9. Volgens deze manier van uitvragen¹ konden er telkens twee maten meegewogen worden: 1) hoe hoog een taak scoort op een schaal van 1-9 (mediaan) en 2) in welke mate men het daar onderling over eens is ('disagreement index'). Deze twee maten bepalen samen of taken onderdeel uitmaken van het algemene functiebeeld van de IC-verpleegkundige. Dus, naast inzicht in de mate waarin taken in het algemeen tot een functie behoren volgens de functie-beoefenaren, geeft deze methodiek ook inzicht in de mate waarin men het daarover met elkaar eens is.

2.2.3 Setting en selectie van deelnemers

De online vragenlijst was gericht op IC-verpleegkundigen werkzaam op Intensive care afdelingen in UMC's in Nederland. Afgevaardigden van de werkgroepen A en B stelden voor iedere UMC een lijst samen van medewerkers die de vragenlijst zouden moeten ontvangen, waarbij de volgende criteria zijn gehanteerd:

- Alle medewerkers aangesteld in de functie IC-verpleegkundige (8b, 9a, 9b) en werkzaam in een IC-setting in een UMC op één van de volgende afdelingen:
 - IC-Volwassenen
 - IC-Kinderen
 - IC-Neonatologie
- Alle direct leidinggevenden van IC-verpleegkundigen zoals hierboven gedefinieerd.

De volgende UMC's stelden een lijst van medewerkers samen:

- Amsterdam UMC, locatie AMC en locatie VUmc
- Erasmus MC
- Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

¹ Fitch K, Bernstein S, Aguilar M: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Chapter 8 Classifying appropriateness, p56-64. Santa Monica, California: RAND; 2001;

- Maastricht UMC+ (MUMC+)
- Radboudumc
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
- Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht)

Werkgroepleden van werkgroep A en B selecteerden in totaal 2.052 medewerkers die in aanmerking kwamen om de online vragenlijst in te vullen. Er is een verwerkingsovereenkomst getekend en medewerkers mochten ten alle tijden aangeven niet (meer) mee te willen doen met het onderzoek. MaastrichtUMC+ hanteerde een aanvullend criterium bij het selecteren van haar medewerkers: de medewerker moest vooraf expliciet toestemming geven voor het doorgeven van zijn/haar e-mailadres voor dit onderzoek.

2.2.4 Dataverzameling

Voor de online uitvraag is het programma SoSci Survey gebruikt². Alle door de UMC's aangeleverde deelnemers ontvingen persoonlijk per e-mail een uitnodiging om deel te nemen aan de vragenlijst. Respons en non-respons is geregistreerd in SoSci Survey.

Er is gestreefd naar een invultermijn van 10 dagen, waarbij er na 6 dagen een reminder werd verstuurd. Hoewel er (ook door de werkgroepen) gestreefd werd naar een uniforme datum waarop alle UMC's gelijktijdig de uitnodigingen zouden ontvangen, bleek dit praktisch niet haalbaar. Uiteindelijk is de verzending van de uitnodigingen in 4 UMC's bijgesteld, waardoor medewerkers van deze 4 UMC's de vragenlijst later ontvingen een invultermijn hadden van 8 dagen. Na sluiting van de (uitgestelde) deadline van 15 september 2020, is de data uit SoSci geëxporteerd naar Excel en SPSS.

2.2.5 Analyse

Respons en non-respons zijn geanalyseerd waarbij de volgende kenmerken tussen beide groepen zijn vergeleken: UMC, normfunctie. Karakteristieken van respondenten zijn samengevat per UMC en per normfunctie.

Bij alle vragen over taken en ontwikkelingen (scores op een schaal van 1-9) is berekend: de mediaan, het gemiddelde, aantal keer dat er een score 1 is gegeven en de *disagreement index*. Met betrekking tot de taken: deze uitkomsten zijn verwerkt in een tabel waarin taken geel gearceerd zijn waar een onderscheid tussen de normfuncties te verwachten zou zijn op basis van de huidige normfunctieteksten. In deze tabel is eveneens aangegeven waar de mediaan <6 scoort en waar er onderling geen consensus was (disagreement index >1).

² <https://www.soscisurvey.de/>

Alle suggesties voor extra taken en ontwikkelingen in open vragen zijn geordend naar normfunctie. Deze taken en ontwikkelingen zijn door twee onderzoekers samen geordend, geclusterd en samengevat naar thema.

Analyses richtten zich ten slotte op uitkomsten uit de vragenlijst die nader geëxploreerd dienden te worden in klankbordsessies. Concreet waren dit uitkomsten die wijzen op andere taken dan omschreven in de huidige functie; erg hoge of juist lage scores die opvallend waren; taken of ontwikkelingen waarover geen consensus was tussen respondenten.

2.3 Methode van onderzoek voor onderdeel 1: klankbordsessies functiebeeld

2.3.1 Doel klankbordsessies

Opeenvolgend op de vragenlijst, zijn in iedere UMC klankbordsessies met IC-verpleegkundigen en met leidinggevendenden gehouden. Deze klankbordsessies vonden plaats ná analyse van de vragenlijsten. Het doel was om diepgaand inzicht te krijgen in taken en activiteiten van de IC-verpleegkundige, in verschillen tussen de huidige normfuncties, rolinvulling en in verwachtingen voor de toekomst. Doordat IC-verpleegkundigen met elkaar in gesprek gaan, ontstaat inzicht in hoe functies (verschillend) worden ingezet, hoe men over bepaalde ontwikkelingen denkt, en waar voorkeuren en ideeën voor de toekomst liggen. Samen met de vragenlijst vormen de klankbordsessies input om de ontwikkelingen binnen de normfunctie IC-verpleegkundige op peilmoment januari 2020 in kaart te brengen en een beeld te geven van hoe de functie er in de toekomst uitziet.

2.3.2 Selectie van deelnemers

Deelnemers aan de klankbordsessies zijn doelgericht geselecteerd, op basis van variatie in normfunctie, geslacht, leeftijd en afdeling. Het ging om twee verschillende typen klankbordsessies, in iedere UMC:

- *Klankbordsessie IC-verpleegkundigen*, gevarieerd qua functiegroepen (8b, 9a en 9b), man/vrouw, aantal jaar ervaring, uit de verschillende afdelingen (Kinder, Volwassenen, Neonatologie).
- *Klankbordsessie met direct leidinggevendenden* circa 6-9 deelnemers, combinaties van UMC's behoren tot de mogelijkheden.

2.3.3 Procedures en topic guide

Om de klankbordsessies in de UMC's zo uniform mogelijk te laten verlopen, is een handleiding en een topic guide (gespreksleidraad) ontwikkeld en afgestemd met werkgroep A. Kernpunten uit deze procedures waren dat de klankbordsessies plaatsvonden in week 39/ 40 (21 september – 2 oktober). De sessies waren bij voorkeur fysiek, en als dit niet mogelijk was digitaal via beeldbellen. Alle deelnemers ontvingen een uniforme uitnodigingstekst met daarin het doel en de procedure rondom anonimiteit en privacy.

De topic guide is samen met werkgroep A ontwikkeld en bestond uit vijf onderdelen. Allereerst een generieke introductie om deelnemers op eenzelfde wijze te informeren en in te leiden tot de sessie. Vervolgens vragen in vier verschillende domeinen: (1) de kern van het werk nu; (2) ontwikkelingen in het werk in de afgelopen jaren; (3) werk en taken toekomst en (4) toekomstbeelden.

2.3.4 De sessies en dataverzameling

Iedere klankbordsessie werd begeleid door een onafhankelijke, neutrale en deskundige moderator. Verslaglegging vond plaats door een notulist, die eventueel een audio-opname maakte als ondersteuning voor het verslag. Een voorbeeldverslag is vooraf rondgestuurd, zodat notulisten allen op eenzelfde wijze verslag maakten van de sessie(s). Deelnemers vulden bij binnenkomst een aanwezigheidslijst in om de volgende kenmerken te registreren: normfunctie, afdeling, leeftijd, geslacht.

2.3.5 Analyse

Alle verslagen zijn na afloop door de afgevaardigden van werkgroep A verstuurd naar FWG Progressional People. Analyse van verslagen vond plaats door twee onderzoekers die per domein alle antwoorden in thema's onderbrachten. De domeinen van de topic guide zijn daarbij aangehouden: (1) de kern van het werk nu; (2) ontwikkelingen in het werk in de afgelopen jaren; (3) werk en taken toekomst en (4) toekomstbeelden. De thema's zijn voorzien van treffende en dekkende labels, woorden en zinnen. Er is gestreefd om de rijkheid en variatie in antwoorden in stand te houden, en de verslaglegging zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke woorden en antwoorden van IC-verpleegkundigen te houden.

2.4 Methode van onderzoek voor onderdeel 1: synthese en rapportage resultaten vragenlijst en klankbordsessies

De uitkomsten van het vragenlijstonderzoek zijn beschreven in een tussenrapportage. Deze rapportage is als check aan werkgroep A verstuurd, gepresenteerd en besproken in een digitale bijeenkomst. Daarna is (na minimale aanpassingen) de rapportage aan werkgroep B verstuurd, zodat de functiewaardeerders zich alvast konden inlezen. Naast de rapportage is ook het geanonimiseerde *ruwe* materiaal aangereikt.

De uitkomsten uit de klankbordsessies zijn beschreven in een tussenrapportage.

In een digitale bijeenkomst met werkgroep A en B is een toelichting gegeven op de tussenrapportage. De leden van werkgroep A voerden hierbij een check uit op de analyses door de tussenrapportage te lezen en van reactie te voorzien. Nagezonden verslagen zijn daarna alsnog verwerkt.

Het 'materiaal' dat met de vragenlijst en met de klankbordsessies is verkregen, is als volledig en herkenbaar gekwalificeerd en daarmee 'goedgekeurd' door werkgroep A. Dit is namelijk input voor het volgende onderdeel 2 waarmee werkgroep B aan de slag gaat.

2.5 Methode van onderzoek voor onderdeel 2: uitvoeren functiewaardering

Op basis van de bevindingen uit onderdeel 1 startte Werkgroep B met onderdeel 2: uitvoeren van de functiewaardering. Dit bestond uit twee onderdelen:

1. Actualisatie: het vertalen door de werkgroep van de uitkomsten van de vragenlijsten en de klankbordsessies naar de normfuncties IC-verpleegkundige (8b, 9a en 9b). Hierbij beschreven zij of en welke impact deze onderzoeksresultaten hebben op de bestaande normfunctie en teksten. De werkgroep is gevraagd om haar uitkomsten en kenmerkscores te motiveren (dus uitleg waarom een kenmerkscore wel/niet aangepast werd). Indien van toepassing verwerkt de werkgroep deze uitkomsten in (een) nieuwe profiel(en) met waardering.
2. Toekomstige ontwikkelingen: de werkgroep vertaalde de uitkomsten van de vragenlijsten en de klankbordsessies voor wat betreft de geschetste toekomstige ontwikkelingen naar een advies over één of meer (toekomstige) normfunctie(s); over de inhoud en (mogelijke) varianten van functies.

Voor wat betreft het uitvoeren van functiewaardering was in het plan van aanpak het volgende opgenomen: “ Aan de hand van het functieprofiel normfunctie IC -verpleegkundige januari 2020 kan de functiewaardering plaatsvinden. Hiervoor waren er vooraf twee mogelijkheden voorzien:

- *mogelijkheid 1: waardering door Wefaz-groep (werkgroep B)*
- *mogelijkheid 2: waardering door de systeemhouder (Leeuwendaal)”*

De tweede mogelijkheid is de mogelijkheid die de formele (cao-) route behelst en normaliter middels op basis van een opdracht door de cao-tafel door de betreffende systeemhouder wordt uitgevoerd. De waardering krijgt hiermee een formele status. De eerste optie behelst een praktische oplossing om te komen tot een voorlopige inschatting van mogelijke effecten op de waardering. Echter, de uitkomst kent niet die status die een besluit van de cao-tafel kent.

Gedurende het project is door de opdrachtgever gekozen voor mogelijkheid 1 waarbij de functiewaardering wordt uitgevoerd door Werkgroep B.

2.6 Eindrapportage

De resultaten van onderdeel 1 en 2 zijn door FWG Progressional People vastgelegd in de onderhavige rapportage. Een concept is voorgelegd aan de werkgroepen A en B. De werkgroepen hebben het concept besproken, aangevuld met conclusies en aanbevelingen en definitief vastgesteld. Daarna heeft de oplevering aan de opdrachtgever plaatsgevonden.

3 Bijeenkomsten werkgroepen A en B

Werkgroep A en werkgroep B hebben samen binnen de eigen UMC een projectstructuur georganiseerd. De werkgroepen zijn zowel separaat als gezamenlijk bijeengewees. Daarbij hebben de overleggen voornamelijk via Teams plaatsgevonden, mede gezien de planning, het beperken van de tijdsinvestering van de deelnemers en de gevolgen van Covid-19. In totaal zijn de werkgroepen vier keer bijeengewees: de eerste twee keer afzonderlijk, de daaropvolgende twee bijeenkomsten zijn gezamenlijk gehouden. De bijeenkomsten duurden telkens circa 1,5 uur. Tussendoor was er veelvuldig contact tussen de projectleiding en de werkgroepleden. Met name over de praktische uitvoering van de onderzoeken.

De werkgroepen zijn op de cruciale momenten betrokken bij de uitwerking van het plan van aanpak, dit specifiek vanuit het eigen onderdeel dat is opgepakt. Te weten: het onderzoeksdesign, het ontwikkelen van de vragenlijst, feedback geven op de resultaten van de vragenlijst, het ontwikkelen van klankbordsessies (procedures en topic guide), het feedback geven op de resultaten van de klankbordsessies, en de reflectie op de resultaten als input voor werkgroep B.

Het plan van aanpak en de planning is gedurende de uitvoering van het onderzoek zo nauwgezet mogelijk gevolgd (zie bijlage 2 voor de uiteindelijke, gehanteerde, planning). De oorspronkelijke planning is met één week aangepast. Dat het onderzoek in een zeer korte tijdspanne is gerealiseerd, is te danken aan de inzet van de deelnemers van beide werkgroepen.

4 Resultaten onderdeel 1: vragenlijst naar taken (deel 1)

4.1 Respons en karakteristieken respondenten

In totaal is de vragenlijst door 653 deelnemers volledig ingevuld (31,8%).

Respons vragenlijst	Uitgenodigd	Niet afgerond (wel gestart of 1x op de link geklikt)	Volledig ingevuld	Eindtotaal	% volledig afgerond
Amsterdam UMC, locatie AMC	214	24	81	105	37,9
Amsterdam UMC, locatie VUMC	176	13	83	96	47,2
Erasmus MC	467	43	115	158	24,6
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	234	28	90	118	38,5
Maastricht UMC+ (MUMC+)	74	8	47	55	63,5*
RadboudUMC	271	28	65	93	24,0
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	336	40	73	113	21,7
Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht)	280	39	98	137	35,0
Anders, namelijk:		1	1	2	
Eindtotaal	2052	224	653	877	31,8

* andere uitnodigingsstrategie

Het merendeel van de respondenten heeft een functie 9a (N=528). In aanzienlijke mindere mate is sprake van 8b (N=23) en 9b (N=70). Dit komt overeen met de daadwerkelijke verdeling van functies.

77% van de respondenten is vrouw. Bij respondenten met normfunctie 9b is dit 87%. Bij respondenten met een leidinggevende functie is dit 60%. De gemiddelde leeftijd van respondenten is 43,5 jaar. Bij normfunctie 9b is dit 45,1 jaar, en bij 8b is dit 35,7 jaar. De gemiddelde duur van het dienstverband van respondenten is 16,5 jaar. Bij de normfunctie 8b is dit 7,9 jaar, bij de normfuncties 9a en 9b is dit respectievelijk 16,6 en 16,4 jaar. Bij leidinggevendenden is dit 18,8 jaar.

4.2 Taken algemeen

Alle taken uit de huidige drie normfuncties (8b, 9a en 9b) zijn aan alle respondenten in de online vragenlijst voorgelegd. Respondenten gaven op een schaal van 1-9 aan in hoeverre de betreffende taak onderdeel van hun huidige werk is. De resultaten hiervan zijn te vinden in tabel 1 (bijlage 3). Het voorleggen van alle taken aan alle respondenten betekent dat iedere respondent ook taken scoorde die

niet bij zijn/haar huidige normfunctie horen. In tabel 1 zijn dit per normfunctie de geel gearceerde taken.

Alle taken met een score van mediaan 7 of hoger én waarover consensus is (Consensus Index < 1) behoren bij de huidige werkzaamheden van de betreffende normfunctie. Dit geldt voor verreweg de meeste taken. De taken waarbij dit niet het geval is, zijn in tabel 1 (bijlage 3) lichtrood gearceerd. Dit betreffen taken uit de takenclusters onderwijs, onderzoek en beheer.

4.3 Verschillen in huidige taken tussen normfuncties

Uit de resultaten blijkt dat alle normfuncties alle taken uitvoeren uit de takenclusters planning en uitvoering zorgtaken, coördinatie en organisatie van zorg, kwaliteitszorg en onderwijs (behalve 1 onderwijstaak waar normfunctie 8b lager dan een 7 op scoort). Op grond van de huidige normfunctie teksten zou:

- bij coördinatie en organisatie van zorg een onderscheid zichtbaar moeten zijn tussen 8b en 9a (hetgeen niet blijkt uit de resultaten);
- kwaliteitszorg enkel bij 9b zichtbaar moeten zijn. In de klankbordsessies dient dit verder geïnventariseerd te worden. Met name de scores op 'draagt zorg voor invoering en bewaakt de naleving van' zijn opvallend. Mogelijk is de gebruikte terminologie in de normfuncties "de taak initieert en draagt bij" zo generiek dat veel medewerkers er van uitgaan dat ze bijdragen aan en daarom deze taak hebben aangegeven.

Het feit dat er in huidige taken weinig onderscheid lijkt tussen de verschillende normfuncties kan twee dingen betekenen:

- Normfuncties verschillen (anno januari 2020) alleen van elkaar in onderzoekstaken, beheerstaken en beleidstaken;
- De formulering in de huidige normteksten is op sommige onderdelen zo generiek dat alle normfuncties zich erin herkennen.

In de klankbordsessies is dit verder geëxploreerd.

4.3.1 Normfunctie 8b

De taken met de hoogste scores voor de normfunctie 8b (de taken die dus het grootste onderdeel uitmaken van hun huidige functie), waren volgens de respondenten:

- de overdracht van patiënten;
- de organisatie van eigen taken voor toegewezen patiënten;
- de afstemming van afwijkingen de dagelijkse zorgpraktijk met collega's;
- het stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten.

Opvallend is dat de laatste taak (stabiliseren van patiënten) geen onderdeel uitmaakt van de huidige beschrijving van de normfunctie 8b. Andere taken die 8b-functies uitvoeren welke eigenlijk geen onderdeel uitmaken van de huidige normfunctie, betreffen met name taken rondom planning en uitvoering van zorgtaken, coördinatie van zorg, kwaliteitszorg en beleid. Het gaat in mindere mate om taken rondom onderzoek, onderwijs en beheer.

4.3.2 Normfunctie 9a

De taken met de hoogste scores voor de normfunctie 9a (de taken die dus het grootste onderdeel uitmaken van hun huidige functie), waren volgens respondenten:

- de overdracht van patiënten;
- de organisatie van eigen taken voor toegewezen patiënten;
- stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten;
- begeleiden en inwerken van medewerkers, leerlingen en stagiaires.

Ook respondenten uit normfunctie 9a doen taken die niet in hun huidige normfunctie beschreven staan. Zo doen zij een aantal 8b-taken in de planning en uitvoering van zorgtaken (taken m.b.t. standaardprocedures en standaardhandelingen). Daarnaast voeren zij een aantal 9b-taken uit rondom kwaliteitszorg, zoals initiëren van en bijdragen aan protocollen en procedures.

Verder is opvallend dat de scores van 9a-respondenten gelijk zijn aan die van 9b voor het zorgdragen voor het opleidingsplan, terwijl dit volgens de normfunctietekst 9b-taken zijn. Mogelijk is ook hier de gebruikte terminologie de oorzaak; deze is in de huidige normfunctietekst dusdanig breed beschreven dat zorgdragen voor het opleidingsplan ook geïnterpreteerd kan worden als een persoonlijk opleidingsplan of een opleidingsplan van een leerling. Dit knelt als in de tekst eigenlijk wordt bedoeld het opleidingsplan van de afdeling.

4.3.3 Normfunctie 9b

De taken met de hoogste scores voor de normfunctie 9a (de taken die dus het grootste onderdeel uitmaken van hun huidige functie), waren volgens respondenten:

- de overdracht van patiënten;
- de organisatie van eigen taken voor toegewezen patiënten;
- stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten;
- het operationeel sturing geven en toezicht houden op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheden.

Ook de respondenten van normfunctie 9b doen taken die niet in de huidige normfunctie beschreven staan. Dit zijn met name taken rondom planning en uitvoering, gericht op de uitvoering van standaardprocedures.

Kortom: er is veel overlap tussen de normfuncties met betrekking tot de hoogst scorende taken. Verder valt op dat alle functies ook taken uitvoeren, die niet in hun huidige normfunctie beschreven staan. Normfuncties verschillen vooral van elkaar in onderzoekstaken, beheerstaken en beleidstaken.

Er is enige voorzichtigheid nodig, want de formulering in de huidige normteksten is op sommige onderdelen zo generiek dat alle normfuncties zich erin zouden kunnen herkennen. In de klankbordsessies is dit verder geëxploreerd.

4.4 Extra taken en werkzaamheden – open vraag

Uit de analyse van de open vragen blijkt dat veel respondenten de open vraag (ook) hebben gebruikt om aan te geven dat zij zich niet herkennen in de taal, termen en taken zoals beschreven in de huidige normfuncties en zoals opgenomen in de vragenlijst. Dit is een belangrijk resultaat. Het laat zien dat de normfunctieteksten onvoldoende door respondenten worden herkend.

In de klankbordsessie zal daarom gevraagd worden om in eigen woorden te omschrijven wat de kern van hun functie is en welke taken daarbij horen.

Respondenten konden met behulp van een open vraag extra taken benoemen. De extra benoemde taken zijn per normfunctie gecategoriseerd in de huidige (bestaande) taakclusters. Dat levert het volgende beeld op.

4.4.1 Open vraag met extra taken normfunctie 8b

Extra taken en werkzaamheden normfunctie IC verpleegkundige 8b (N=7 van de N=23)

Planning en uitvoering zorgtaken	Coördinatie en organisatie van zorg	Kwaliteitszorg	Onderwijs deskundigheidsbevordering en coaching	Onderzoek	Beheer	Beleid
Psychosociale hulp Stervens-begeleiding Probleem oplossend werken als er geen arts aanwezig is of vast staat	Vervangend leidinggevende taken, STIP dienst waarin verantwoordelijk voor de opname en ontslag/overname van patiënten.	MIP meldingen maken bij incidenten voor kwaliteitsbevordering.	Coaching van collega's, doorvoeren huidig en nieuw beleid			Doorvoeren huidig beleid Doorvoeren beleid naar afdeling
Crisismanagement		Werkgroep Hemo-dynamiek	Intervisie en coaching			
Transportteam			Klinische lessen			
Verzorging patiënt aan ECLS. Echo's maken.	STIP-diensten					

In totaal hebben 7 van de 23 verpleegkundigen met normfunctie 8b gebruik gemaakt van de open vraag naar extra taken. Met uitzondering van de taakclusters Onderzoek en Beheer zijn er aanvullende taken

benoemd. Opvallend is dat er met name rollen worden genoemd bij de coördinatie en organisatie van zorg.

4.4.2 Open vraag met extra taken normfunctie 9a

Extra taken en werkzaamheden normfunctie IC verpleegkundige 9a (N=275 van de N=528)

Planning en uitvoering zorgtaken	Coördinatie en organisatie van zorg	Kwaliteitszorg	Onderwijs deskundigheidsbevordering en coaching	Onderzoek	Beheer	Beleid
Transporten	Opname coördinatie	Werkgroepen	Presentaties geven	Dataverzameling	Melden defecten	
Medisch beleid patiëntgericht (observeren, starten, bijsturen)	Organiseren en plannen MICU-ritten	Calamiteiten onderzoek	Praktijkdocent		Bestellingen	
Afnemen gehoortesten	Coördineren van bedden gedurende de dag	Medicatie aandachtfunctionarissen	Klinische lessen		Werkgroep magazijn voorraad	
Diverse/ medisch technische handelingen benoemd	Oudste van dienst	Kwaliteitsverbetering, onderzoek en implementatie	Begeleiden collega's op ethisch gebied		Schoonmaken van patiëntenkamers	
Ingezet worden op andere verpleegafdelingen (bijv. uitzuigen)	Reanimatie coördinator	Adviserende rol CIV en SIT	Maken e-learning's		Secretariële taken	
MICU	Superstipdienst: coördinatie	Participeer in de NODOK-groep	Overleg met onderwijs instituten			
NICU	Coördinatie instroom- uitstroom	Infuuswerk-groep				
Reanimatieteam	Roostering	Verpleegkundig supervisor				
Bedienen en bewaken van hoog gespecialiseerde medische apparatuur zoals ecmo	Dag-coördinator	CVH-werkgroep				
Assisteren bij procedures door medisch specialist	Verpleegkundig coördinator	Protocollencommissie				
Begeleiden van familie en patiënten	Eindverantwoordelijkheid meerdere patiënten	Uitvoeren audits				
Uitvoeren echografie						
ECLS						
Verlengde arm principe						
Werken met andere nieuwe gespecialiseerde functies (ventilation, circulation, renal en neural practitioner)						

Medicatieoediening waarbij afgeweken wordt van protocol
Doen van medische behandelvoorstellen
Medicatie bereiden en uitzetten
Inwerken en begeleiden buddies

In totaal vulden 275 van de 528 verpleegkundigen met normfunctie 9a de open vraag naar extra taken in. Met uitzondering van het taakcluster 'beleid' zijn er aanvullende taken benoemd, met name in het cluster 'planning en uitvoering zorgtaken'. Op basis van de vele antwoorden over werkgroepen, lijkt het participeren in werkgroepen een standaard onderdeel te zijn van het takenpakket van deze 9a-functie.

Opvallend is verder dat de extra taken die benoemd zijn, zowel in omvang als in diversiteit groot zijn. De IC-verpleegkundige wordt regelmatig ingezet in het werken buiten de eigen afdeling. Enerzijds als deskundige, en anderzijds ook bij de begeleiding van bijzondere transporten buiten de eigen organisatie. Verder wordt de Omgang met (complexe) technische apparatuur veelvuldig genoemd. Tot slot valt op dat het uitvoeren van gedelegeerde taken van artsen regelmatig als taak wordt genoemd.

4.4.3 Open vraag met extra taken normfunctie 9b

Extra taken en werkzaamheden normfunctie IC verpleegkundige 9b (N=41 van de N=70)

Planning en uitvoering zorgtaken	Coördinatie en organisatie van zorg	Kwaliteitszorg	Onderwijs deskundigheidsbevordering en coaching	Onderzoek	Beheer	Beleid
Tolk voor Poolse patiënten		Werkgroepen o.a. MICU	Spreker op congressen		Actualiseren van intranet en website	Deelname MT
Nazorgpoli-kliniek		Nagesprekken regelen na overlijden			Verantwoordelijk voor apparatuur	
Deeltaken overnemen van de fysio					EPD applicatiespecialist	

In totaal maakten 41 van de 70 verpleegkundigen met normfunctie 9b gebruik van de open vraag naar extra taken. Met uitzondering van het taakcluster 'onderzoek' zijn er in elk van de taakclusters aanvullende taken benoemd. Extra taken zijn deels gerelateerd aan uitvoering van zorg. Een ander deel is gerelateerd aan overstijgende taken in het kader van kwaliteit en communicatie. Extra benoemde taken lijken soms gerelateerd aan de beoefenaar van de functie zelf en daarmee met persoonlijke competenties.

4.5 Verschillen in taken tussen nu en toekomst

Respondenten hebben niet alleen gescoord in hoeverre taken onderdeel uitmaken van hun huidige functie (peildatum 1-1-2020), maar ook in hoeverre zij verwachten dat deze in de toekomst (3-5 jaar) onderdeel uitmaken van hun functies.

Onderstaande tabel presenteert de top-7 van de verschillscore (van het gemiddelde) tussen toekomst en nu. Dit zijn de taken waarvan de respondenten aangeven dat ze in de toekomst een groter onderdeel van hun functie uitmaken. Zoals in de tabel is te zien, richten deze taken zich op onderzoek, onderwijs en kwaliteitszorg.

	verschil toekomst - nu gemiddelde
Onderzoek: Genereert praktijkvragen voor (wetenschappelijk) onderzoek	0,89
Onderzoek: Draagt bij aan de vertaling van resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek naar de praktijk	0,78
Onderzoek: Coördineert de implementatie van onderzoeksresultaten in de eigen werkeenheden	0,76
Onderwijs deskundigheidsbevordering en coaching: Verzorgt klinische lessen m.b.t. de eigen zorgpraktijk	0,68
Onderzoek: Verzamelt gegevens voor (wetenschappelijk) onderzoek	0,56
Kwaliteitszorg: Draagt bij aan de aanpassing en/of ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg	0,5
Kwaliteitszorg: Initieert en draagt bij aan de ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg	0,5

Er zijn ook een drietal taken waarvan de respondenten aangeven dat deze in de toekomst naar verwachting een iets kleiner onderdeel van hun functie uitmaken (negatieve verschillscore). Deze taken hebben betrekking op coördinatie en organisatie van zorg en beheer.

	verschil toekomst - nu gemiddelde
Coördinatie en organisatie van zorg: Organiseert de eigen taken rond toegewezen patiënten	-0,09
Coördinatie en organisatie van zorg: Verzorgt de overdracht van patiënten m.b.t. verpleegkundige zorg	-0,08
Beheer: Signaleert afname van voorraden verpleeg- en medische artikelen	-0,01

Opgemerkt moet worden dat deze verschillscores zeer klein zijn. Er zijn weinig taken (3) en de afname is zeer gering.

4.6 Consensus over taken en werkzaamheden

Bij het analyseren van de resultaten van de taken is ten slotte naar de mate van consensus gekeken: dus in hoeverre respondenten het met elkaar eens zijn. In tabel 1 (bijlage 3) zijn de taken waarover geen consensus is lichtrood gearceerd. Over het algemeen is de consensus tussen respondenten binnen

dezelfde normfunctie groot. Men is eenduidig over de mate waarin een groot deel van de taken uit de takenclusters planning en uitvoering van zorg, coördinatie en organisatie van zorg, kwaliteitszorg en beleid uitgevoerd worden.

Er is echter minder consensus binnen de normfunctie 8b over de taken uit het takencluster onderwijs. Dit geldt ook voor de consensus binnen de normfunctie 9a en binnen de normfunctie 9b, en dan met betrekking tot de takenclusters onderzoek en beheer. Dit betekent dat er binnen die taakclusters verschillen tussen de respondenten zijn over de mate waarin bepaalde taken uitgevoerd worden.

We hebben in dit onderzoek niet gekeken naar verschillen tussen UMC's. Het onderzoek betreft immers de algemene normfunctie.

5 Resultaten onderdeel 1: vragenlijst naar ontwikkelingen (deel 2)

5.1 Ontwikkelingen algemeen

In tabel 2 (bijlage 3) zijn de resultaten weergegeven over de ontwikkelingen die impact hebben op het werk van IC-verpleegkundigen. Van de 52 ontwikkelingen die in de vragenlijst zijn voorgelegd, hebben er 38 (73,1%) een mediaan van 7 of hoger én consensus. Dat betekent dat dit volgens de respondenten allemaal relevante ontwikkelingen voor hun werk zijn. In tabel 2 zijn de ontwikkelingen waarover geen consensus is lichtrood gearceerd.

In onderstaande tabel staat de top-5 van ontwikkelingen die het werk van de IC-verpleegkundigen op dit moment het meeste raken (links) en de top-5 van ontwikkelingen die het werk van de IC-verpleegkundigen naar verwachting in de toekomst (3-5 jaar) het meeste raken (rechts). Het gaat hier om de totale groep van respondenten (alle normfuncties inclusief leidinggevenden).

Hierbij moet worden opgemerkt dat de ontwikkelingen die op dit moment de functie raken, weinig zeggen over een beweging naar de toekomst toe. Opvallend is dat technologische ontwikkelingen (bijvoorbeeld over telemonitoring, robotica en AI) niet in deze top-5 vallen (met uitzondering van digitalisering) en dat hier minder consensus over is.

Top 5 ontwikkelingen die het werk van de IC-verpleegkundige op dit moment het meeste raken	Top 5 ontwikkelingen die het werk van de IC-verpleegkundige naar verwachting in de toekomst (3-5 jaar) het meeste raken
Toename van frequentie van nieuwe procedures en protocollen, of aanpassingen hierop	Toenemende complexiteit patiëntenzorg
Toenemende privacy en richtlijnen hygiëne en patiëntveiligheid	Toename van het risico op besmettingen en het werken met beschermingsmiddelen
Toenemende complexiteit patiëntenzorg	Toename digitalisering (zoals het werken met een EPD)
Toename van het risico op besmettingen en het werken met beschermingsmiddelen	Toenemende privacy en richtlijnen hygiëne en patiëntveiligheid
Toename van digitalisering (zoals het werken met een EPD)	Het steeds meer werken met evidence based protocollen

** NB Deze tabel presenteert een top-5 van hoogste scores, maar in totaal scoren 38 ontwikkelingen een mediaan van 7 of hoger met consensus, wat betekent dat al deze 38 ontwikkelingen relevant zijn.*

5.2 Sterkste stijging tussen nu en toekomst

Er is gekeken naar verschillen tussen de mate waarin een ontwikkeling nu een rol speelt, en naar de verwachting voor de toekomst. Hieronder staan de ontwikkelingen die de grootste stijging tussen nu en de toekomst lieten zien (in de mediaan en het gemiddelde). Dit zijn dus de ontwikkelingen die nu nog in

mindere mate spelen, maar waarvan men wel in de toekomst een impact verwacht. Oftewel, de ontwikkelingen die in vergelijking met het nu het grootste verschil gaan maken in hun functie. Het gaat om onderstaande ontwikkelingen:

- Robots die steriele medicatie bereiden
- Flexibilisering: denk aan een pool waarin bijvoorbeeld IC-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen afwisselend op de IC en op de ambulance worden ingezet
- De inzet van algoritmen en Artificial Intelligence (AI) bij beslissingen op de IC, zowel m.b.t. diagnostiek als behandeling
- Toenemende ambitie/wens voor invloed van de IC-verpleegkundigen aan de bestuurstafel
- Meer vakinhoudelijke kennisuitwisseling met internationale collega's
- Het gebruik van telemonitoring die 24-uurs-patiëntbewaking (met minder personeel) mogelijk maken
- Het gebruik van big data analyse om het aantal IC-opnamen – en daarmee de benodigde inzet van IC-verpleegkundigen – te voorspellen

5.3 Daling tussen nu en toekomst

Er is geen enkele ontwikkeling waarvan de respondenten inschatten dat deze in de toekomst een minder grote rol gaat spelen dan in het nu.

5.4 Consensus over ontwikkelingen

Er is consensus in de groep over alle ontwikkelingen die nu een rol spelen in het huidige werk. Daar waar er geen consensus is, betreffen het vragen over de mate waarin ontwikkelingen in de toekomst een rol gaan spelen. Bij de verwachting voor de toekomst is men het onderling niet eens over de impact van de volgende ontwikkelingen:

- Het gebruik van 24/uurs telemonitoring van patiënten
- Robots die steriele medicatie bereiden
- Toenemende ambitie/wens van de IC-verpleegkundige aan de bestuurstafel (met name geen consensus in de normfunctie 8b)
- Flexibilisering: denk aan een pool waarin bijvoorbeeld IC-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen afwisselend op de IC en op de ambulance worden ingezet

5.5 Extra ontwikkelingen – open vragen

Respondenten konden via een open vraag extra ontwikkelingen toevoegen. Per normfunctie zijn de bevindingen samengevat, waarbij vooral gekeken is naar de daadwerkelijke nieuwe ontwikkelingen die

niet in de vragenlijst aan de orde kwamen. Tot slot zijn de antwoorden van respondenten tussen de normfuncties met elkaar vergeleken.

5.5.1 Open vraag met extra ontwikkelingen normfunctie 8b

Extra ontwikkelingen normfunctie IC-verpleegkundige 8b (N=5 van de N=23)

Ontwikkeling	Omschrijvingen van respondenten
Toename werkbelasting en stress	<i>Meer fysiek zware taken, wens ergonomische aanpassingen, wens gezond roosteren, zware nachtdiensten, toename belasting door het werken met couveusesuites (neonatologie)</i>
Toename protocollen en procedures	<i>Toenemende registratielast (EPD, JCI)</i>
Toename digitalisering	<i>Analyses maken, BIG-data</i>
Toename verantwoordelijkheid	<i>Verantwoordelijk voor mensenlevens</i>
Toename risico's	<i>Blootstelling aan pathogenen, besmettingsgevaar (COVID-19), te maken met agressiviteit</i>
Toename flexibilisering	<i>Centralisatie van specialismes in UMC's, fuseren van ziekenhuizen</i>

Van de normfunctie IC verpleegkundige 8b vulden 5 van de 23 respondenten de open vraag in. Opvallend is dat respondenten zowel ontwikkelingen als gevolgen van ontwikkelingen (zoals een hogere werkbelasting) rapporteren. In combinatie met werkbelasting zijn genoemd: een toename in verantwoordelijkheden, meer blootstelling aan risico's, meer uitvoeren van zware taken en werken in wisselende diensten/nachtdiensten. Nieuwe ontwikkelingen die niet in de vragenlijst aan de orde komen, waren: fysiek zware taken, werken met couveusesuites, het kwaliteitssysteem JCI, een centralisatie van specialismes in UMC's.

De open vraag optie is (ook) gebruikt om onvrede te uiten. Respondenten geven aan de vragenlijst lastig te vinden en vinden de invultijd voor de vragenlijst erg kort en de peildatum (januari 2020) niet geschikt vanwege Covid-19. Ook heerst er onvrede over de ongelijkheid qua werkbelasting en salaris in vergelijking met andere functies binnen en buiten de zorg.

5.5.2 Open vraag met extra ontwikkelingen normfunctie 9a

Extra ontwikkelingen normfunctie IC-verpleegkundige 9a (N=139 van de N=528)

Categorie genoemde ontwikkelingen	Omschrijvingen van respondenten
Personeelstekort	<i>Hogere uitstroom; slechtere werkbeleving, minder motivatie, ziekteverzuim, meer met minder moeten doen, geen of falend generatiebeleid</i>
Toename werkbelasting en stress	<i>Uitgebreider takenpakket, zware avond & nachtdiensten, meer zelfsturing/zelfstandigheid, meer werken volgens protocollen, uitbreiding/opschaling IC bedden, fysiek en psychisch door langdurige zorg van patiënten, zelf roosteren, onregelmatigheid diensten, participatie in verschillende werkgroepen, vaker coördinerende rol</i>
Toename protocollen en procedures	<i>Regelcultuur, registratielast (EPD), meer en telkens aanpassingen</i>
Toename technologische ontwikkelingen	<i>ECLS, CVVH, LVAD, E-learnings, bewaking van meer apparatuur, ECMO, Impella</i>
Toename digitalisering	<i>Goede ICT ondersteuning (moeten werken met trage computers), alarmsysteem beschikbaar op smartphone</i>
Toename complexiteit van zorg	<i>Apparatuur bewaken en interpreteren, meer materialen, complexere medicatie en bereidingen, meer benodigde kennis en daarbij extra scholing nodig, zelf sedatie/anesthesie uitvoeren bij afwezigheid arts, dialyseren is inmiddels onderdeel</i>

	<i>van takenpakket, hoog complexe specialistische zorg, co-morbiditeit, toename behandelmogelijkheden, meer onderscheid tussen academisch ziekenhuizen en perifere ziekenhuizen</i>
Toename verantwoordelijkheden	<i>Bediening en bewaking apparatuur, gegevens interpreteren, verantwoordelijkheid bij afwezigheid arts</i>
Toename bijscholing	<i>E-learning, bekwaamheden, meer en continue bij en na-scholingen, specialismen, kennis (van apparatuur, materialen en medicatie) bijhouden en uitbreiden</i>
Toename functiedifferentiatie	<i>Wet Big-2, HBO-V/Inservice A zorgt voor tweedeling in team</i>
Toename flexibilisering	<i>Duobanen, over afdelingen heen werken, allianties/fusies tussen ziekenhuizen</i>
Toename intensieve begeleiding	<i>Meer leerlingen/stagiaires (door hoge uitstroom) vaak met weinig klinische ervaring, meer informatievragen van families, vraagt meer professionaliteit, meer opleiden van ondersteuners/collega's/cursisten, vaker superviserende rol</i>
Zwaardere patiëntcategorie	<i>Bijna alleen level 3 patiënten, meer patiënten tegelijk</i>
Toename risico's	<i>Besmettingsgevaar, toename agressie tegen personeel</i>
Ethische dilemma's	<i>Wie opnemen wie niet, te lang doorbehandelen van uitzichtloze patiënt situaties</i>
Beleid	<i>Weinig inspraak, willen graag meedenken medisch beleid, onvoldoende structurele betrokkenheid en zeggenschap beleid van afdeling</i>

Voor de normfunctie IC verpleegkundige 9a hebben 139 van de 528 respondenten deze open vraag beantwoord. Opvallend is dat respondenten zowel ontwikkelingen als ook de gevolgen van ontwikkelingen (hogere werkbelasting) rapporteren. Bepaalde categorieën hebben overlap, zo worden technologische ontwikkelingen en digitalisering vaak tegelijk genoemd met een hogere complexiteit van werk en van zorg. Enerzijds omdat de technologie het werk zelf complexer maakt. Anderzijds zorgen de extra mogelijkheden er ook voor dat patiënten langer opgenomen worden en de zorgvraag en behandelingen complexer worden. De nieuw benoemde ontwikkelingen, die niet in de vragenlijst aan bod kwamen, zijn: een toename in (de frequentie van) bijscholing, intensievere begeleiding voor leerlingen/stagiaires en een toename in functiedifferentiatie.

De open vraag optie is ook door respondenten van 9a gebruikt om onvrede te uiten. Respondenten uitten onvrede over onduidelijk in de vragenlijst, de peildatum van 1 januari en dat vragen soms betrekking hebben op gebieden of ontwikkelingen waar zij geen inzicht in hebben. Ook worden er opmerkingen gemaakt over de vele veranderingen in het vak de afgelopen jaren, de zwaarte van het beroep en de onveranderde inschaling of financiële waardering.

5.5.3 Open vraag met extra ontwikkelingen normfunctie 9b

Extra ontwikkelingen normfunctie IC-verpleegkundige 9b (N=14 van de N=70)

Categorie genoemde ontwikkelingen	Omschrijvingen van respondenten
Personeelstekort	<i>hogere uitstroom dan instroom, geen aantrekkelijke baan meer, uitgekede cao, geen generatiebeleid</i>
Toename werkbelasting en stress	<i>flexibel roosteren, onregelmatige diensten, stand-by staan, minder handen, complexere belasting, simpelweg meer taken, steeds meer mogelijk met medische hulpmiddelen, duidelijk stijging van de werkdruk</i>
Toename technologische ontwikkelingen	<i>meer devices, medische hulpmiddelen, ingewikkeldere medische apparatuur</i>
Toename digitalisering	<i>veel meer kennis nodig van ICT, ICT grote rol op de afdeling</i>
Toename complexiteit van zorg	<i>steeds meer gespecialiseerd, complexere apparatuur, interpretatie gegevens, meer benodigde kennis, analyseren en interventies uitvoeren, meer kennis nodig van medische apparatuur en ICT</i>
Toename verantwoordelijkheden	<i>grotere regierol, meer verantwoordelijkheid voor patiënten (door personeelstekort)</i>

Toename bijscholing	<i>verwachting dat er scholingen worden gevolgd om devices zelfstandig te bedienen, je up to date moeten houden</i>
Toename functiedifferentiatie	<i>regie bij IC-verpleegkundige met ondersteunend personeel (alg vpk, verzorgenden, apothekersassistent), functiedifferentiatie naar onderen wordt veel groter met grotere regierol</i>
Toename flexibilisering	<i>duobanen, hierdoor verlies continuïteit van zorg, in het onderwijs van verpleegkundige vervolgopleidingen (CZO), meer in teams en multidisciplinair werken</i>
Toename intensievere begeleiding	<i>hoog aantal studenten, lager niveau zonder klinische ervaring, intensievere familie en leerlingenbegeleiding</i>
Zwaardere patiëntcategorie	<i>Complexere patiënten (komen instabieler op de IC)</i>
Toename risico's	<i>agressie patiënten en familie</i>
Ethische dilemma's	<i>levensverlengende behandelingen, 'rekken' van leven/niet waardig mogen sterven</i>
Toename kwaliteitszorg	<i>deelnemen in commissies en werkgroepen om de kwaliteit te verbeteren</i>
Beleid	<i>wens (gewenste ontwikkeling) om mee te denken aan de bestuurstafel</i>

Voor de normfunctie IC verpleegkundige 9b hebben 14 respondenten gebruik gemaakt van de open vraag. Opvallend is dat respondenten zowel ontwikkelingen zelf als de gevolgen van ontwikkelingen rapporteren. Ook hier hebben bepaalde categorieën overlap en zijn er nieuw aangedragen ontwikkelingen t.o.v. de genoemde ontwikkelingen in de vragenlijst. Opvallend is dat de functiedifferentiatie bij 9b vanuit een ander perspectief wordt gezien, namelijk met een grotere regierol. Een enkele respondent bij 9a noemde dat functiedifferentiatie zorgt voor een tweedeling in het team. Verder wordt in deze normfunctie de toename in procedures en protocollen door geen enkele respondent benoemd, terwijl dit punt wel veelvuldig bij beide andere normfuncties wordt genoemd.

De open vraag optie is tenslotte ook door respondenten van 9b gebruikt om onvrede te uiten. Respondenten plaatsen opmerkingen over de algemene waardering van het verpleegkundige vak en het steeds minder worden van de secundaire voorwaarden. Ook hier wordt aangegeven dat het salaris in groot contrast staat met andere beroepen.

5.5.4 Open vraag met extra ontwikkelingen ingevuld door leidinggevenden

Extra ontwikkelingen normfunctie IC-verpleegkundige ingevuld door leidinggevenden (N=5)

Categorie genoemde ontwikkelingen	Omschrijvingen van respondenten
Toename werkbelasting en stress	<i>veel veranderingen in zorgzwaarte, kennisniveau en verantwoordelijkheid, opschaling ic bedden vraagt andere specifieke skills, toename takenpakket</i>
Toename bijscholing	<i>extreme toename van scholing en bijscholing</i>
Toename functiedifferentiatie	<i>Op de IC</i>
Zwaardere patiëntcategorie	<i>"simpele" patiënten worden in de periferie behandeld, casemix is eenzijdig (hoogcomplex)</i>
Toename verantwoordelijkheden	<i>specifieke skills, veranderingen in verantwoordelijkheid</i>
Ethische dilemma's	<i>eindeloos doorbehandelen leidt tot demotivatie en afbranden van collega's</i>

Voor de leidinggevenden maakten 5 respondenten gebruik van de open vraag. Genoemd werden onder andere de toename in de (frequentie van) bijscholing en functiedifferentiatie. Ook rapporteren de leidinggevenden zowel ontwikkelingen als de gevolgen van deze ontwikkelingen voor hun medewerkers (hogere werkbelasting, demotivatie of burn-out).

Een aantal respondenten uitten via de open vraag onvrede over de vragenlijst, met name over de korte reactietermijn en de peildatum januari 2020.

5.5.5 Conclusies analyse open vragen over ontwikkelingen

In totaal hebben 163 van de 653 respondenten (25,0%) gebruik gemaakt van de open vraag over extra of andere ontwikkelingen. Respondenten uit alle normfuncties hebben de open vraag voor een groot deel gebruikt om nog extra toe te lichten hoe ontwikkelingen het werk beïnvloeden.

Veel reacties gingen over de toegenomen werkdruk en werkbelasting. Oorzaken (ofwel ontwikkelingen die hieraan te grondslag liggen) die vaak genoemd werden zijn: de hogere complexiteit van patiënten (bij binnenkomst op de IC), de concentratie van hoogcomplexere zorg in de UMC's, de toenemende mogelijkheden van technologie en nieuwe apparatuur, complexere medicatie-bereidingen en steeds maar nieuwe kennis waardoor protocollen steeds aangepast moeten worden. Dit zorgt ervoor dat er continu veel bijscholing nodig is (door sommige respondenten als extreem veel bijscholing genoemd). Ook geeft men aan dat in verhouding er veel meer tijd/taken besteed worden aan het opleiden en inwerken van nieuwe collega's en leerlingen (ook vanwege hoge uitstroom collega's). Door personeelstekort wordt er ook vaker voor meer patiënten per IC-verpleegkundige gezorgd.

Nieuwe ontwikkelingen die genoemd zijn door de respondenten: vergrijzing personeelsbestand (in relatie met het ontbreken van generatiebeleid), werken op couveusesuites, veel meer bijscholing en nascholing, complexere medicatiebereidingen, meer leerlingen begeleiden en meer taken hieromtrent omdat leerlingen minder ervaring hebben, werk is fysiek zwaarder, meer steeds subspecialisatie en alleen nog maar hoogcomplexere zorg in de UMC's, meer aansturen van ondersteunend personeel (apothekersassistenten, algemene verpleegkundigen).

Opvallende verschillen tussen normfuncties: functiedifferentiatie wordt zowel door 9a als 9b genoemd, waarbij bij 9a een enkeling dit als 'splitsing in het team' ziet. Door 9b wordt functiedifferentiatie uitgelegd als vaker 'regievoerder' zijn, waarbij 9b meerdere verschillende functies aansturen (apothekersassistenten, algemene verpleegkundigen, verzorgenden).

6 Resultaten onderdeel 1: klankbordsessies

6.1 Respons en kenmerken van de sessies en de deelnemers

In totaal hebben er 10 klankbordsessies met IC-verpleegkundigen plaatsgevonden. In alle UMC's in Nederland is er tenminste één sessie geweest. Aanvullend zijn er 16 sessies met leidinggevend in de 8 UMC's geweest.

UMC	Aantal deelnemers sessies IC-verpleegkundigen	Aantal deelnemers sessies leidinggevend
Amsterdam UMC, locatie AMC en locatie VUMC	15	10
Erasmus MC	8	5
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	14	5
Maastricht UMC+ (MUMC+)	5	7
RadboudUMC	6	6
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	10	8
Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht)	9	8
Totaal	67	49

In totaal hebben er 67 IC-verpleegkundigen deelgenomen aan de klankbordsessies. Daarvan waren er 60 vrouw, en de gemiddelde leeftijd was 41 jaar. De deelnemers hadden gemiddeld 14 jaar werkervaring. Aanvullend hebben 49 leidinggevend deelgenomen aan een klankbordsessie.

De sessies duurden gemiddeld 1,5 uur en vonden met name fysiek (14 x)plaats.

6.2 Observaties van notulisten voorafgaand aan de sessies

In één van de sessies werd aangegeven dat het daadwerkelijk deelnemen aan een klankbordsessie als spannend wordt ervaren. Daarnaast is als gevolg van de afgelopen COVID-19 periode bij velen de 'rek' er een beetje uit om buiten het werk om extra taken te verrichten.

In één van de sessies werd aangegeven dat bij het invullen van de deelnemerslijst er al discussie is over wie in welke normfunctie zit.

In één klankbordsessie wordt aangegeven dat het jammer is dat medium care niet in het onderzoek wordt meegenomen, omdat patiënten die in een perifeer ziekenhuis op de IC liggen in een UMC op de medium care liggen.

Wat opvalt is de passie en de betrokkenheid, maar ook de zorgen voor de toekomst.

Men kiest als IC-verpleegkundige voor de uitdaging: het leveren van hoog/complex zorg in een academische setting. Men wil worden uitgedaagd op het gebied van complexe zorg, de bijbehorende

innovatie, onderzoek, dynamiek, het toepassen en blijven door ontwikkelen. Of dit nu op het gebied van zorg is, of ontwikkelen van nieuwe manieren van zorg, anders werken.

6.3 De kern van het werk (functie nu)

6.3.1 Kern van het vak

Tijdens de klankbordsessie spraken IC-verpleegkundigen over hun werk en wat volgens hen de kern van hun werk is. Onderstaande bullets vatten de variatie aan antwoorden samen uit alle klankbordsessies.

- Leveren van hoog-complexe en kwalitatief goede IC zorg aan vitaal bedreigde patiënten. En alles wat er rondom de zorg van de patiënt bij komt kijken, in elke situatie.
- Academische setting is van belang: complexe patiënten, zorg is niet voorspelbaar, snel verloop
- Hoge werkdruk: altijd op de top van je kunnen functioneren
- Ervaring is van belang.
- Competenties (meer dan 'gewone verpleegkundige'): openstaan voor ontwikkelingen, accuraat en betrouwbaar, snel kunnen schakelen, empathie, kritisch denken, coachend vermogen, verantwoordelijk, besluitvaardig.
- Zorgen voor de borging van het beroep door toekomstige collega's op te leiden
- Professionalisering: kwaliteit van zorg, kennisintensieve omgeving, continue bijscholen (en hierin eigen initiatief tonen), bv. nieuwe apparatuur.
- Kennis van apparatuur en meerdere ziektebeelden bij elkaar. Er is inmiddels voor bijna elk orgaan een apparaat beschikbaar dat de patiënt kan helpen. Deze apparatuur dient men te kennen en te kunnen bedienen.
- Samenwerken in multidisciplinair verband.
- Coördineren en aansturen.
- Ethiek, en gesprekken hierover.
- Grote rol van de familie (participatie).
- De zelfstandigheid van de IC-verpleegkundige die steeds vaker op basis van nurse driven protocollen werkt en voor de patiënt belangrijke keuzes maakt op momenten dat er geen arts bij aanwezig is. Je bent bevoegd en verantwoordelijk om een ECG te maken of medicatie toe te dienen. Je hoeft niet eerst een intensivist te halen.
- Het goed kunnen anticiperen op zaken zodat acute situaties voorkomen kunnen worden.
- Als IC-verpleegkundige heb je een spilfunctie, een signalerende functie. Geeft signalen af wanneer nodig aan collega's en artsen.
- Klinisch kunnen redeneren en het kunnen vooruitkijken.
- Het opleiden, assisteren, coachen en begeleiden van cursisten en arts-assistenten.
- Het opkomen voor de patiënt in een multidisciplinair overleg.

- De transportfunctie van de IC-verpleegkundige: complexe patiënten hangt samen met een complexe logistiek (doorstroom, samenwerking, transportdiensten naar andere ziekenhuizen, overdracht).
- De stem van de patiënt/het kind vertolken.
- Het aantal verpleegtechnische voorbehouden handelingen op de IC groter is dan op een verpleegafdeling. Het zijn ongeveer 36 voorbehouden handelingen die jaarlijks getoetst moeten worden.
- Managen van patiënt en diens familie (incl. culturele diversiteit). Inclusief het accepteren en vertalen van door anderen gemaakte keuzes.
- Participatie wetenschappelijk onderzoek. De nieuwe apparatuur wordt binnen de IC-setting ontwikkeld vanuit een pioniersfase en doorontwikkeld tot een standaard. Het interpreteren van de parameters en optimaliseren van de apparatuur gebeurt op basis van de inhoudelijke expertise van de verpleegkundige. Ook steeds meer aandacht voor het algemeen welbevinden van de patiënt (leefstijl ed.).
- Qua tijdsverdeling wordt bij een sessie gezegd: grofweg 50% zorg en 50% professionalisering en opleiden.

Conclusie 'kern van het vak'

Als het om de kern van het vak gaat, worden er zeer uiteenlopende taken, verantwoordelijkheden en aandachtsgebieden genoemd. De functie van IC-verpleegkundige is zeer veelzijdig en kent veel verschillende aspecten.

6.3.2 Verschillen tussen normfuncties

Onderstaande bullets vatten samen hoe er in de klankbordsessies gesproken is over de verschillen tussen de normfuncties 8b, 9a en 9b.

- Er is discussie over wanneer welke normfunctie. Hier zijn zelfs intern werkgroepen voor samengesteld.
- De normfunctie 8b komt niet in alle UMC's voor. Zo kent één van de UMC's alleen de functie IC verpleegkundige in 9a en regieverpleegkundige in 9b. Binnen één van de UMC's komt normfunctie 8b alleen voor binnen de afdelingen PICU en MICU, waarbij de high care in groep 8b valt en de IC in groep 9A. Ook doen niet alle UMC's bijvoorbeeld transplantaties.
- Aan het bed merk je weinig verschil tussen de normfuncties 8b en 9a. In 9b ben je ook meewerkend, maar daar komt in de praktijk weinig van terecht omdat niet-patiëntgebonden taken veel aandacht vragen.
- Discussie over voorwaarden voor wanneer iemand in 9b zou moeten zitten. Gevoelsmatig zouden veel collega's (uit 9a) hoger moeten zitten. De collega's die coördinerende diensten draaien geven

aan dat nagenoeg alle managementtaken op de werkvloer door IC-verpleegkundige overgenomen worden in de diensten.

- Over het algemeen (zo stelt men in één van de sessies):
 - verpleegkundige zorg is 8b;
 - met coaching en aansturing, OVD-taken en ervaring ga je naar 9a;
 - bij 9b ook protocollen ontwikkelen en beleidstaken of een expertisegebied, of teamleider.
 - over het algemeen: hoe hoger de normfunctie hoe meer coördinerend (teamleider).
- Doorgroeien van 8b naar 9a gaat volgens sommigen soms te snel. Ervaring en 'er klaar voor zijn' is belangrijk. Er klaar voor zijn bestaat onder andere uit het goed kennen van je collega's, tactisch zijn en overzicht hebben.
- Quote: *"8b is de i en 9a is het puntje op de i."*
- Het financiële verschil tussen functiegroep 9a en 9b is niet groot.
- Je hebt twee soorten 8b. Studenten die bijna klaar zijn en bijna alles doen (behalve MET en oudste van dienst, voor de rest doen ze alles). Je hebt ook 8b die zo weinig werken, dat ze alleen de ongecompliceerde IC-patiënten doen. Zij voeren geprotocolleerde handelingen uit.
- In één UMC zit je bij de volwassenen-IC in 9a als je de CIV (Consulterende IC Verpleegkundige) en de MET (Mobiel Emergency Team) doet.
- In één UMC wordt gezegd dat alle IC-verpleegkundige in 9a zitten. Er is hierbinnen een groep die meer doet en er geen beloning voor krijgt.
- Er wordt tussen IC 8b en IC 9a geen verschil op inhoud van de werkzaamheden ervaren, maar men geeft wel aan dat een pas gediplomeerd verpleegkundige in het begin voor een korte tijd (6 maanden tot een 1 jaar) in schaal 8 wordt ingeschaald en daarna in schaal 9a. Sinds kort worden pas gediplomeerde IC-verpleegkundige direct in schaal 9a ingeschaald.
- Tussen medewerkers die in schaal 9a en 9b zijn ingeschaald, wordt wel een verschil in de werkzaamheden gezien. De medewerkers in 9b worden gezien als leidinggevende, aanspreekpunt binnen het team. In de avond/nachtdienst en in het weekend worden de leidinggevende taken van de 9b-medewerker overgenomen door de 9a-medewerkers. Qua zorgtaken is er geen verschil.
- Teamleider kinder-IC: men heeft de practitioners zo ingedeeld als een 9b functie. Dat is echt op het gebied van beademen en nieren.
- Een senior IC-verpleegkundige krijgt 9b, daar doe je extra dingen voor, maar collega's, gewone IC-verpleegkundige 9a, die ook extra werkzaamheden doen maar daar niet extra tijd en voor betaald krijgen.
- De verschillen zitten op papier tussen 9a en 9b met name in beheer- en beleidstaken en coördinatie en onderzoekstaken. Op de kinder-IC zijn deze taken toebedeeld aan alle ICK-verpleegkundigen en dat dit onderscheid niet zit in verschil 9a en 9b.

Conclusie 'verschillen tussen normfuncties'

Het valt op dat de verschillende normfuncties verschillend voorkomen binnen de UMC's, en op een verschillende wijze worden ingezet/verschillende taken hebben. Daarnaast zien we dat de verschillen tussen de normfuncties per UMC variëren. Zo is er in het ene UMC weinig onderscheid tussen 8b en 9a en tussen 9a en 9b, terwijl er in andere UMC's grote verschillen zijn.

6.4 Ontwikkelingen afgelopen jaren (functie nu)

In de klankbordgroepen is gesproken over ontwikkelingen in de afgelopen jaren die impact hebben gehad op het werk van de IC-verpleegkundigen. Er is gevraagd wat er in hun functie veranderd is in de afgelopen jaren. Onderstaande bullets vatten de variatie aan antwoorden uit alle sessies samen.

- Belangrijker om kennis up to date te houden (techniek en nieuwe behandelmethoden). Veranderingen gaan steeds sneller, vraagt wat van 'schakelvermogen'.
- Arts meer op afstand, waardoor de verantwoordelijkheid meer bij de IC-verpleegkundige komt te liggen. Taken die voorheen door de arts gedaan werden, worden nu door een IC-verpleegkundige gedaan (zoals hanteren van de hart-longmachine). Er wordt meer verwacht op gebied van controleren en signaleren van (potentiële) problemen bij de patiënt, interpreteren van lab-gegevens en metingen en daarna inzetten van interventies. Meer medische verantwoordelijkheid. Er is continu medische ondersteuning, maar van wisselende kwaliteit en ervaring: soms is de IC-verpleegkundige beter op de hoogte dan de verantwoordelijke arts. Beloning voor extra taken en verantwoordelijkheid wordt gemist: op papier is de arts verantwoordelijk maar in de praktijk de IC-verpleegkundige. Waar vroeger de arts dit deed, maken nu IC-verpleegkundige (teamverband) een groot deel uit van besluitvormingsproces.
- Meer taken die voorheen anderen deden: arteriepunctie, echogeleid prikken en dialyseren.
- De samenwerking met de arts is veranderd. Er wordt gemeld dat een aantal jaren geleden nog meer sprake was van het 'werken voor de dokter' terwijl de IC verpleegkundige de afgelopen tijd steeds meer een sparring partner van de arts is geworden en samenwerkt met hem/haar.
- Er is een duidelijke splitsing aan de gang tussen academisch en niet academische zorg. De expertise die er voor nodig is om deze gespecialiseerde zorg te leveren vraagt juist nòg meer gespecialiseerde verpleegkundigen.
- Als belastend wordt ervaren: hoge turnover van medewerkers en lang doorbehandelen van patiënten.
- Toename besmettingsgevaar: veiligheid voor jezelf en je gezin. Ook betrokken bij de organisatie en het opzetten van aparte afdelingen voor patiënten met besmettingsgevaar.
- Meer privacyrichtlijnen, dit vraagt (continue) oplettendheid.
- Patiënt en diens familie mondiger en veeleisender. Meer agressie.
- Uitbreiding bezoeken.

- Door grotere complexiteit van de IC-patiënt is de rol van casemanager sterker geworden, je bent als IC-verpleegkundige vaak het beste op de hoogte van alle facetten van de patiënt. Taken als coördinatie van samenwerking.
- De toegenomen werkdruk door hogere eisen voor wat betreft hygiëne en het voldoen aan alle isolatiemaatregelen. Toename isolatiepatiënten (veelvuldig omkleeden ed.) en op de hoogte zijn van volledige protocollen, die continu aangepast worden.
- Toename van audits en steekproeven.
- Toename deelname aan werkgroepen.
- Management meer op afstand. Meer wordt 'centraal' geregeld waardoor IC-verpleegkundige bijvoorbeeld zelf storingen moeten melden.
- Groot opleidingsklimaat, veel taken van praktijkopleiders verschoven naar IC-verpleegkundige (gesprekken, invullen van evaluatieformulieren).
- Nieuwe technieken/apparaten en digitalisering (bv. beademingsapparatuur, EPD, observatiecamera's, stickerprinters).
- Continue de telefoon met alarmsignalen in de gaten houden naast de patiëntenzorg
- Toename internationale patiënten en – samenwerkingsverbanden.
- Werken met HiX³
- Flexibilisering: vaker switchen tussen afdelingen, vraagt meer van IC-verpleegkundige.
- Meer practitioners op de afdelingen die zorgen voor (specialistische) kennisoverdracht naar IC-verpleegkundige.
- Recent opgeleide verpleegkundige hebben andere competenties ontwikkeld en vaardigheden geleerd dan de meer ervaren verpleegkundig. Kan voor een tweedeling in het team zorgen (vinden de leidinggevenden).
- Het beroep verliest aan aantrekkelijkheid door: werkdruk, geen marktconform salaris, fysiek zwaar door het gebruik van PBM. Ook de intrinsieke motivatie lijkt minder te worden (vinden de leidinggevenden).
- Gezien de huidige arbeidsmarkt waarbij zorgpersoneel schaars is, de druk hoog om voldoende leerlingen te werven, op te leiden en te behouden.
- Er is sprake van een hogere uitstroom van zorgpersoneel vanwege de onregelmatige werktijden en vanwege het feit dat er voor zorgpersoneel op leeftijd in toenemende mate minder zogenaamde 'luwte' plekken beschikbaar zijn.
- Toename van familieparticipatie. Dit betekent dat de IC verpleegkundige in toenemende mate dient te beschikken over communicatieve vaardigheden die moeten worden aangewend in dikwijls complexe (want medisch/technisch ingewikkeld en emotioneel beladen) situaties.
- Toename van de regiefunctie aan het bed. Er komen steeds meer zorgondersteuners aan het bed (gerefereerd wordt aan de afgelopen COVID 19 periode) waarbij de IC-verpleegkundige het

³ softwarepakket t.b.v. behandeling- en registratieprocessen patiënten

overzicht heeft, bewaakt en de regie neemt. Deze regiefunctie wordt bij de NICU/PICU samen met de familie gedaan.

- Toenemende registratielast doordat men als UMC wil voldoen aan (inter- en) nationale kwaliteitsaccreditatie.
- De steeds meer gangbare ratio van 1:2 komt onder druk te staan. Omdat de patiënt ouder en zieker wordt waardoor het minder makkelijk schakelen is tussen twee patiënten. Vanuit de KIC wordt aangevuld dat sinds er op deze afdeling sprake is van éénpersoonskamers (2016) het in praktische zin lastig is om meer dan één patiënt te verplegen.
- Toename van tijdrovende onderzoeken waarbij bijvoorbeeld voorafgaand aan de toediening van een medicament telkens eerst bloed- en/of urine afname dient plaats te vinden.
- Wanneer oudere IC-verpleegkundige zich niet meer wil verdiepen in een nieuwe techniek/apparaat, ontstaat extra belasting op de jongere IC-verpleegkundige.
- Komen veel taakjes 'even bij'. Je wordt gedwongen op veel zaken te letten.
- De bedrijfsvoerende taken, zoals P&O taken, roosteren en verzuimbegeleiding, worden in één van de UMC's uitgevoerd door regie-VPK-en
- M.b.t. wetenschappelijk onderzoek: Het verzamelen van technische data en data door observatie ligt veelal bij de IC-verpleegkundige.
- Sommige Verpleegkundigen schrijven abstracts, dienen dit in bij (Wereld) congressen en houden daar een praatje of een posterpresentatie.
- Werkdruk/onderbezetting voelt als niet veilig, men ervaart een te grote verantwoordelijkheid.

Conclusie 'ontwikkelingen afgelopen jaren (functie nu)

Allereerst is er veel herkenning in de ontwikkelingen zoals in de vragenlijst opgenomen. Duidelijk is dat er de afgelopen jaren veel en uiteenlopende ontwikkelingen de functie hebben veranderd. Zo is de complexiteit van de patiëntengroep toegenomen, is er meer mogelijk (technisch en qua behandelopties), heeft de IC-verpleegkundige meer een regierol gekregen en werkt zij intensiever samen, en zijn er veel taken verschoven van de arts naar de IC-verpleegkundige. Opvallend is verder dat het werk intensiever is geworden (intensivering van werk): door uitbreiding van taken, doordat er veel taken tegelijk uitgevoerd dienen te worden én door de arbeidsmarktcrachte.

6.5 Werk en taken toekomst

In de klankbordsessies is gesproken over de verwachting hoe het werk van de IC-verpleegkundige zal gaan veranderen. De volgende veranderingen en taken werden genoemd:

- Complexere/zwaardere patiënten, meerdere aandoeningen tegelijk.
- Nieuwe behandelopties.

- Artificiële intelligentie (A.I.) en big data gaan een rol spelen, daarvoor zullen andere competenties nodig zijn dan die nu in de functiebeschrijving staan. Maar: telehealth, big data, algoritmes en A.I. worden door velen niet als oplossing gezien: aanwezigheid/toezicht en 'menselijk oog' blijft vereist.
- In de toekomst verwacht men dat schaarste nog meer een rol gaat spelen: tekort aan bedden en tekort aan IC-verpleegkundige. Door tekorten verwachten zij meer inzet van andere disciplines op de IC (zoals anesthesiemedewerkers en basisverpleegkundige). Dit vraagt begeleiding door IC-verpleegkundige en maakt hun functie verantwoordelijker en zwaarder.
- Toename aantal fte per bed en daarmee meer een regierol voor de IC-verpleegkundige. De taak van een IC-verpleegkundige meer delegerend zal zijn. Dat zij nog meer gebruik gaan maken van ondersteunend personeel en dat zij daardoor een ander vak gaan krijgen. Dat er een deel van het werk gaan delegeren naar ondersteunend personeel, waaronder de verzorgenden en apothekersassistenten.
- Het gaat niet alleen om het aantal bedden wat bezet is, maar om de zorgzwaarte per bed.
- Technieken om sommige onderdelen van het werk te automatiseren, bv. lab-aanvragen en apotheekbevoorrading.
- Ze verwachten dat de ICT-afdeling een betere en ondersteunende rol gaat spelen.
- Meer zelfsturing.
- Vooral bij drukte (nu bij Covid): meer geprotocolleerd werken. De wens is meer tijd voor verdieping met de patiënt.
- Wens: grotere betrokkenheid bij organisatiebeleid.
- Kennisuitwisseling met internationale collega's wordt steeds belangrijker. Nu ligt het initiatief hiervoor nog (te veel) bij de individuele IC-verpleegkundige.
- Meer tijd kwijt aan administratieve handelingen: systemen worden intensiever.
- Flexibilisering: duobanen SEH en IC, of kinder IC en volwassene IC.
- Ervaring blijft in de toekomst van groot belang. Men is bang voor het uithollen van de functie: de IC is intensief en vraagt naast opleiding ook veel ervaring.
- Vaker voeren van complexe of emotionele gesprekken met familie over het overplaatsen van patiënten naar perifere ziekenhuizen (omdat patiënt te licht is voor een UMC-IC).
- De dreiging van 'code zwart' vormt een psychische belasting voor de IC-verpleegkundige.
- Het bieden van meer begeleiding, coaching, communicatieve vaardigheden, supervisie en regie aan collega's en leerlingen. Dat komt ook door een toename van het aantal leerlingen. Zo zegt men in één UMC: "voorheen was er sprake van twee leerlingen per half jaar en nu tien".
- Toename belang ouderengeneeskunde, die ook andere eisen zal stellen aan de IC-verpleegkundige.
- Men verwacht hulp van een robot die helpt bij het uitleveren van medicatie of ondersteunt bij het maken van steriele medicatie.
- Meer flexibilisering inzake roostering (passend bij levensfase IC-verpleegkundige).

- Een toename in het huidige aantal tussenvormen tussen in het ziekenhuis of thuis verpleegd worden. “De muren van de IC zullen verdwijnen” omdat de IC zorg ook op andere locaties (bijvoorbeeld thuis) zal gaan worden geleverd.
- Men verwacht een toename in de verantwoordelijkheid voor (internationaal) wetenschappelijk onderzoek. Meer onderzoek op verschillende gebieden (technologie, behandelingen, voeding, bewegen enz.).
- Ouders en families kijken nu bijvoorbeeld ook mee met de rondes van de artsen en artsen in opleiding, dat was vroeger nooit het geval.
- Doordat technisch steeds meer mogelijk is, vraag je je af of het nog ethisch verantwoord is, daarom is steeds vaker een moreel beraad nodig.
- Nazorgfunctie wordt steeds belangrijker.

Conclusie werk en taken toekomst

In het algemeen verwacht men dat veel ontwikkelingen (zoals genoemd bij domein 2) komende jaren nog doorzetten, en daarmee ook verdere effecten op het werk voelbaar zullen worden.

6.6 Toekomstbeelden

In de klankbordsessies is gevraagd naar toekomstbeelden van de functie IC-verpleegkundige. Dit leverde enerzijds een aantal concretere toekomstbeelden op, en anderzijds wat meer lossere uitspraken (op basis van ontwikkelingen die eerder zijn besproken). De resultaten zijn (door onderzoekers) geordend naar thema's.

Complexer

- Unaniem: men verwacht een nog complexere patiëntengroep. Dit maakt de functie zwaarder. Er is behoefte aan meer rust, verdieping met patiënten.
- Een clustering van specialisatie en een clustering in hoog complexe en minder complexe zorg.
- Toename van behandelopties en de hoge beddendruk zal blijven.

Technologie

- Als IC-verpleegkundigen monitoren gaan bewaken, kunnen anderen ander werk doen.
- Gebruik van meer verschillende apparatuur. Digitalisering biedt mogelijkheden, maar kan ook extra belastend zijn door bijvoorbeeld veel extra handelingen.
- Monitoring van de patiënt in de toekomst via een chip in plaats van de huidige losse elektroden.
- De IC verpleegkundige verzorgt samen met een robot de patiënt, waarbij de verpleegkundige het menselijke aspect inbrengt en taken delegeert aan de robot.
- In de toekomst zullen de verpleegkundigen nooit meer gepasseerd mogen worden bij aanschaf van nieuwe materialen zoals bedden, infusen etc.

Flexibilisering

- Ketenzorg: dat zij er veel meer naar toe gaan om de mensen thuis te verzorgen. Dat er meer gedaan zal worden op afstand; de kinderen naar huis laten gaan met een iPad.
- In de toekomst geen contracten meer worden aangeboden per afdeling, maar medewerkers voor het gehele ziekenhuis inzetbaar zijn. Medewerkers plaatsen op de plekken waar zij het meest nodig zijn en dat capaciteitsmanagers dat regelen, met niet alleen de gedachte capaciteit goed te verdelen om met minder medewerkers het te doen, maar met meer verschillende kwaliteiten veel meer diversiteit en verbetering van zorg te krijgen en dat de IC verpleegkundige de hoofdrol gaat krijgen onder verpleegkundigen.
- Flexibilisering: minder muren tussen IC-PICU-NICU, meer aandacht voor doorstroom.
- Flexibilisering roostering: generatiebeleid nodig doordat het werk zwaarder wordt waardoor het ook moeilijker vol te houden is. Zelf meer invloed kunnen uitoefenen op de work/family fit door creatiever om te gaan met diensten.

Taakherschikking en regierol

- IC-verpleegkundige wordt eindverantwoordelijk voor meer patiënten. Dit vraagt om andere competenties, zoals delegeren. Van doener naar loslater/regievoerder.
- Arbeidsmarktkrapte vraagt om functiedifferentiatie. Wat kan wel en niet?
- Anderen nemen taken over. Minder tijd besteden aan eenvoudigere taken, zoals schoonmaken en naar lab lopen.
- Door leidinggevenden genoemd: een aparte categorie van functionarissen ontwikkelen zich binnen IC: de IC-Practitioners. Zij doen voor 80% onderzoek en voor het overige is men werkzaam als verpleegkundige. (Ventilation Practitioners, Circulation Practitioners, Renal Practitioners, Neural Practitioners). Practitioners zijn opgeleid om scholingen te verzorgen, wetenschappelijk onderzoek te doen, te innoveren en contacten te onderhouden met de industrie. Binnen de UMC's werken een aantal van deze functionarissen, maar de functie is nog niet geformaliseerd. Het zijn IC verpleegkundige die de opleiding hebben gevolgd tot IC-practitioners.
- Als IC-verpleegkundigen monitoren gaan bewaken, kunnen anderen ander werk doen.
- Dat de IC-verpleegkundige veel meer samenwerkt met een zorg-assistent en dat dit een gouden greep is gebleken en dat dit in de toekomst ook veel meer zal gaan gebeuren.
- Door leidinggevenden genoemd: de verpleegkundige zorg wordt anders ingericht; de IC-verpleegkundige met verantwoording over de totale zorg met ondersteuning van buddy's.

Emancipatie en professionalisering

- Meer geëmancipeerde beroepsgroep: meer autonomie, meer zeggenschap, bestuurstafel (cultuuromslag nodig maar wordt nu gemaakt).
- Een Chief Nursing Officer in het dagelijks bestuur.
- Meer tijd voor ontwikkeling en meer doorgroeimogelijkheden.
- Toepassen EBP.

- Als beroepsgroep elkaar landelijk opzoeken.
- Minder administratieve last, minder regels, vertrouw op de expert.
- Een carrière perspectief.
- Verpleegkundig onderzoek kost ook tijd. En dus minder handen aan bed.

Waardering:

- Aantrekkelijkheid van het beroep moet worden verbeterd door een marktconforme waardering, uitstraling.
- Waardering door de maatschappij.
- Waardeer het vak; ook in financiële zin.
- De inhoud van het vak is aantrekkelijk, maak ook de arbeidsvoorwaarden aantrekkelijk.

Conclusie toekomstbeelden

De gesprekken en antwoorden over de toekomstbeelden van de IC-verpleegkundige zijn geclusterd onder de thema's complexer, technologie, flexibilisering, taakherschikking en regierol, emancipatie en professionalisering en waardering. Deze thema's worden belangrijk gevonden bij het werken in de toekomst als IC-verpleegkundige.

7 Resultaten onderdeel 2 Functiewaardering

Met de informatie die beschikbaar is gekomen uit onderdeel 1 is werkgroep B aan de slag gegaan. Deze werkgroep heeft een separate rapportage opgeleverd die hierna (nagenoeg) integraal in dit hoofdstuk is opgenomen.

7.1 Opdracht

De opdracht voor werkgroep B is als volgt geformuleerd:

Actualisatie

- *Vertaal de uitkomsten van de vragenlijsten en de klankbordsessies naar de normfuncties van IC-verpleegkundige (8b, 9a en 9b). Licht hierbij toe of en welke impact deze onderzoeksresultaten hebben op de bestaande normfuncties en teksten, motiveer de uitkomsten en kenmerkscores en verwerk deze uitkomsten desgewenst in (een) nieuwe profiel(en) met waardering.*

Toekomstige ontwikkelingen

- *Vertaal de uitkomsten van vragenlijsten en de klankbordsessies voor wat betreft de geschetste toekomstige ontwikkelingen naar een advies over één of meer (toekomstige) normfunctie(s); over de inhoud en (mogelijke) varianten.*

In dit hoofdstuk is deel 2 van het onderzoek naar de normfunctie IC-verpleegkundige nader uitgewerkt op basis van de uitkomsten van deel 1 (vragenlijsten en klankbordsessies (zie hoofdstuk 4,5 en 6) en zijn de consequenties daarvan beoordeeld voor de normfuncties van verpleegkundige IC-8b, IC-9a en IC-9b.

7.2 Aanpak opdracht

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen toelichting gegeven op de werkwijze en de uitkomsten.

7.2.1 Werkwijze

De vragenlijst in het onderzoek is opgesteld op basis van het onderdeel resultaatgebieden uit de huidige normfuncties met daarnaast vragen over de ontwikkelingen binnen de functie van IC-verpleegkundige nu en de te verwachten ontwikkelingen in de komende 3 à 5 jaar.

Uit de vragenlijst en klankbordsessies zijn de taken/werkzaamheden van de normfuncties verpleegkundige IC-8b, IC-9a en IC-9b op peilmoment januari 2020 door werkgroep A in kaart gebracht. Werkgroep B heeft gekeken in hoeverre deze taken/werkzaamheden overeenkomen dan wel verschillen met de inhoud van de normfuncties. Daarbij is ook gekeken of de taken in één van de andere normfuncties voorkomen.

De input voor werkgroep B is op 9 oktober 2020 aangeleverd en bestond uit:

- De presentatie 'Resultaten vragenlijst onderzoek en klankbordsessies', 8 oktober 2020
- Resultaten vragenlijst NFU – Normfunctie IC- verpleegkundige, 9 oktober 2020
- Onderzoek Normfunctie IC-verpleegkundige, Analyse klankbord sessies, stand 8 oktober 2020

Uit de vragenlijst zijn de taken en verantwoordelijkheden met een mediaan 7 of hoger én waarover consensus is opgenomen (Consensus Index < 1). Open opmerkingen bij de vragenlijsten en verslagen van de klankbordsessies zijn als achtergrondinformatie gelezen.

In de rapportage van de uitkomsten van onderdeel 1 staan daarnaast ontwikkelingen en extra taken vermeld die van toepassing zijn op alle normfuncties in de huidige situatie (functiebeeld januari 2020). Deze taken worden behandeld en toegelicht bij de normfunctie IC-9a omdat hierop het merendeel van de IC-verpleegkundigen is aangesteld (scharnierfunctie).

7.2.2 Inventarisatie

Uit de uitkomsten van de vragenlijsten zijn in de presentatie de taken met de hoogste score per functie verwerkt (een score van mediaan ≥ 7 én waarover consensus is, consensus Index < 1) en in een tabel opgenomen, zie tabel 1. In de 2e tabel staan taken uit de resultaatgebieden: 'planning en uitvoering zorgtaken', 'coördinatie en organisatie van zorg', 'kwaliteitszorg' en 'onderwijs'.

Tabel 1: Taken met de hoogste scores		
8b	9a	9b
De overdracht van patiënten	De overdracht van patiënten	De overdracht van patiënten
De organisatie van eigen taken voor toegewezen patiënten	De organisatie van eigen taken voor toegewezen patiënten	De organisatie van eigen taken voor toegewezen patiënten
Stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten	Stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten	Stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten
De afstemming van afwijkingen in de dagelijkse zorgpraktijk met collega's	Begeleiden en inwerken van medewerkers, leerlingen en stagiaires	Het operationeel sturing geven en toezicht houden op het verpleegkundig zorgproces en uitvoering daarvan binnen een werkeenheid

Opmerking: wat opvalt in tabel 1 is dat de 3 meest voorkomende taken, bij alle normfuncties hetzelfde zijn.

In de onderstaande tabel zijn in de 1e kolom de taken benoemd waarvan wordt aangegeven dat deze wel worden uitgevoerd, maar niet in de betreffende normfunctie staan. In de drie kolommen daarnaast, met de kop 8b, 9a en 9b, wordt aangegeven in welke normfuncties de taken zijn beschreven.

Tabel 2: Taken benoemd bij de functie	8b	9a	9b
Voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van standaardprocedures (9a/b)	x	x	x
Voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van procedures (8b)		x	x
Zorgt bij het plannen van verpleegkundige zorg voor de eigen patiënten voor afstemming en integratie met andere disciplines, van vóór opname tot ná ontslag (ketenzorg) (8b)		x	x
Treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand op basis van standaardprocedures/standaardhandelingen (9a/9b)	x		
Treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand, ook wanneer geen standaardprocedures/standaardhandelingen voorhanden zijn (8b)		x	x
Stabiliseert vitaal bedreigde patiënten, anticiperend op een medische diagnose (8b)		x	x
Geeft operationeel sturing en houdt toezicht op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheden gedurende de dienst (8b)		x	
Coördineert de zorg tussen zorgverleners en toegewezen patiënten, binnen en buiten de eigen discipline (8b)		x	x
Initieert en draagt bij aan de ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg (8b/9a)			x
Draagt zorg voor de invoering van nieuwe werkwijzen in de eigen werkeenheden (8b/9a)			x
Initieert en draagt zorg voor de eigen bij- en nascholing (8b)		x	
Draagt zorg voor het opleidingsplan in de IC-praktijk (8b/9a)			x
Treedt op als deskundige ten aanzien van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen (wondverzorging e.d.) (8b)		x	x
Draagt bij aan de ontwikkeling van beleid van de werkeenheden op het gebied van verpleegkundige zorg (8b/9a)	x	x	x
Draagt zorg voor de implementatie van beleid in de eigen werkeenheden (8b/9a)			x

Opmerking: er is geen onderscheid gemaakt in het onderdeel van het resultaatgebied:

Coördinatie en organisatie van zorg in de uitvraag van de enquêtes. Bij de 9a staat een nuancering (zie onderstreepte deel) bij de taak 'geeft operationeel sturing en houdt toezicht op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheden gedurende de dienst'.

Ontwikkelingen en andere taken waarover in vragenlijsten en klankbordsessie overeenstemming is, zijn:

- Toename (van frequentie) van procedures en protocollen, of aanpassingen hierop
- Toenemende privacy en richtlijnen hygiëne en patiëntveiligheid
- Toename complexiteit patiëntengroep
- Toename van het risico op besmettingen en het werken met beschermingsmiddelen
- Toename van digitalisering (zoals werken met EPD)

- Snelle ontwikkelingen in nieuwe apparatuur. Testen en door ontwikkelen vindt plaats in UMC's.
- Meer ethische dilemma's door langer doorbehandelen (meer mogelijkheden) waar UMC's in voorop lopen
- IC-verpleegkundige meer naar de regierol: coördinatie en samenwerking. Regiefunctie ten opzichte van o.a. zorgondersteuners (niet alleen door Covid; ook al eerder door schaarste)
- Toenemende inzet van de consultatief IC-verpleegkundige
- Arts komt meer op afstand; meer verantwoordelijkheid voor de IC-verpleegkundige
- Familie en patiënt worden steeds mondiger; vraagt meer van competenties
- Opleiding: meer begeleiden en coaching door IC-verpleegkundige
- Intensivering van werk: meer taken en meer taken tegelijkertijd
- Inzet buiten de eigen afdeling: als deskundige of bij begeleiding van bijzondere transporten

7.3 Uitwerking per normfuncties

In dit hoofdstuk is de uitwerking en de mogelijke impact hiervan per normfunctie opgenomen.

7.3.1 Uitkomsten per normfunctie

Hieronder een samenvatting van de uitkomsten per normfunctie, per stand 1 januari 2020. De conclusies volgen in paragraaf 7.6.

Verpleegkundige IC-8b

Uit de uitkomsten van deel 1 blijkt dat deze functie niet in alle UMC's op IC-afdelingen voorkomt. Daar waar ze wel zijn, blijkt dat onder andere leerlingen in opleiding voor IC-verpleegkundige, pas afgestudeerde IC-verpleegkundigen/trainees bij deze normfunctie zijn ingedeeld of dat medewerkers niet het volledige takenpakket van de 9a krijgen opgedragen. Van de totale populatie heeft afgerond 4% de verpleegkundige IC-8b functie.

Eén van de belangrijkste resultaten uit deel 1 (vragenlijsten) is dat het stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten als taak bij deze normfunctie genoemd wordt.

In de opmerkingen bij de klankbordsessies van het onderzoek blijkt verder dat deze normfunctie soms wordt toegepast op medewerkers die (nog) geen oudste van dienst zijn. Dit is geïnterpreteerd als dat de medewerker (nog) niet in staat is om operationeel sturing te geven en toezicht te houden gedurende de dienst zoals opgenomen in de normfunctie IC-9a.

Verpleegkundige IC-9a

Van de totale populatie IC-verpleegkundigen in scope van dit onderzoek is 90% ingedeeld bij deze normfunctie.

De taken met de hoogste scores die door verpleegkundigen IC-9a worden benoemd (tabel 1) zijn passend binnen de normfunctie IC-9a.

In tabel 2 worden taken vermeld bij de resultaatgebieden 'kwaliteitszorg en beleid' die geen onderdeel van de normfunctie verpleegkundige IC-9a uitmaken zoals de taak: initieert, draagt zorg voor en bewaakt de aanpassing en ontwikkeling van standaardprocedures en de invoering van nieuwe werkwijzen in de eigen werkeenheden.

Als het gaat om de ontwikkelingen, komen onderstaand genoemde taken niet voor in de normfunctie IC-9a:

1. De regiefunctie ten opzichte van o.a. zorgondersteuners.
2. De inzet buiten de eigen afdeling, enerzijds als deskundige, maar ook bij begeleiding van bijzondere transporten buiten de eigen organisatie.
3. Arts komt meer op afstand; meer verantwoordelijkheid voor de IC-verpleegkundige.

Verpleegkundige IC-9b

Van de totale populatie IC-verpleegkundigen in scope van dit onderzoek is 6% ingedeeld bij deze normfunctie. Bij twee UMC's betreft het functies waarin tevens sprake is van hiërarchisch leidinggevende taken.

De taken met de hoogste scores die door IC verpleegkundigen-9b worden benoemd (tabel 1) zijn passend binnen de normfunctie IC-9b.

De toenemende inzet als consultatief IC-verpleegkundige zoals genoemd bij de ontwikkelingen is een taak, die reeds is opgenomen in zowel normfunctie 9a als 9b (treedt op als deskundige ten aanzien van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen).

7.3.2 Impact per normfunctie

Verpleegkundige IC-8b

Het stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten wordt benoemd als taak. Het stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten is een taak op het niveau van schaal 9a.

Bij de IC-8b is deels nog geen sprake van fungeren als 'oudste van dienst'. Het fungeren als 'oudste van dienst' (het geven van operationele sturing en toezicht houden op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheden gedurende de dienst) is echter ook een taak op het niveau van schaal 9a.

Het lijkt dat deze normfunctie deels niet goed wordt toegepast. Voorgaande taken zijn onderdeel van normfunctie-9a. Deze taken opnemen in de normfunctie IC-8b kan niet aan de orde zijn omdat deze functie ook van toepassing wordt verklaard /gebruikt in andere settingen.

Verpleegkundige IC-9a

Uit de vragenlijsten en de klankbordsessies komt naar voren dat er in de praktijk geen verschil (b)lijkt te zijn in de taken uit de resultaatgebieden 'kwaliteitszorg en beleid' tussen de IC verpleegkundigen in 9a en 9b. Zoals bijvoorbeeld: Initieert en draagt bij aan de ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg.

Er komt uit het onderzoek echter niet duidelijk naar voren of de IC verpleegkundigen in 9a hierin de regie voeren of een bijdrage leveren. Mogelijk speelt, naast de generieke formulering ook de onbekendheid met de terminologie van Fuwavaz hierbij een rol.

Het kan ook zijn dat er daadwerkelijk geen of nauwelijks verschil is in inhoud van deze taken. In diverse klankbordsessies is opgemerkt dat de IC-verpleegkundigen in 9b alleen vrijgemaakt worden van patiëntenzorg voor het uitwerken van kwaliteitsbeleid maar dat het initiëren, invoeren en bewaken een gezamenlijke teamverantwoordelijkheid is. De vraag is of dit inderdaad aan de orde is, dus dat er op dit punt in feite sprake is van zelfsturende teams. Daarnaast is het de vraag of dit voor alle UMC's en alle IC praktijken in dit onderzoek het geval is.

Het toewijzen van patiënten aan onder andere verpleegkundigen/ verzorgenden/ zorgondersteuners wordt zowel door de verpleegkundige IC-9a als IC-9b uitgevoerd. Deze taak voor het 'toewijzen van verschillende zorgverleners' is een taak op het niveau van 9b.

Het lijkt dat deze normfunctie deels niet goed wordt toegepast.

Verpleegkundige IC-9b

Alle genoemde taken zijn ondergebracht in de huidige normfunctie in 9b.

7.4 Effect van de ontwikkelingen op de functiewaardering

In dit hoofdstuk wordt kort uitleg gegeven over het systeem Fuwavaz en het effect van de genoemde ontwikkelingen en taken op de functiewaardering.

7.4.1 Korte uitleg Fuwavaz

Fuwavaz is in 2003 als uniek functiewaarderingssysteem voor de UMC's door Leeuwendaal ontwikkeld. Het systeem is afgeleid van FuwaSys, het functiewaarderingssysteem voor de Rijksoverheid. In 2009 is Fuwavaz voor het laatst geüpdatet.

Werkwijze waarden

1. Eerst wordt onderzocht of één van de normfuncties binnen Fuwavaz van toepassing is op de te waarden functie. Daarbij wordt gekeken bij welke functiefamilie de functie het beste past. Indien één van de daar aanwezige functietyperingen van toepassing is dan zijn de functietypering en functiewaardering gereed.

2. Is dat niet het geval dan wordt bezien of de bestaande normfunctie nog actueel is. Is dat ook niet het geval dan wordt voor de functie ofwel 1) een nieuwe normfunctie opgesteld en vervolgens vastgesteld (traject in samenwerking met bonden). Of er wordt 2) door de Wefaz een 'Gemeenschappelijk bruikbare functie' (GBF) gemaakt. Of 3) een lokale functie wordt direct met Fuwavaz gescoord.
3. Het scoren van (norm)functies vindt plaats met behulp van de systeemteksten. Eén voor één, wordt van elk kenmerk de score vastgesteld. Er zijn 14 kenmerken en aan elk kenmerk kunnen 5 punten worden toegekend. Uiteindelijk leidt het totale puntentotaal op de kenmerken tot inschaling van de functie.

De systeemteksten bestaan uit de volgende 14 kenmerken:

Rubriek 1: Resultaatgebieden

Kenmerk 1: Aard van de werkzaamheden

Kenmerk 2: Doel van de werkzaamheden

Kenmerk 3: Effect van de werkzaamheden

Kenmerk 4: Aanpak van de werkzaamheden

Kenmerk 5: Dynamiek van de werkzaamheden

Rubriek 2: Speelruimte

Kenmerk 6: Keuzevrijheid

Kenmerk 7: Complexiteit van beslissingen

Kenmerk 8: Effect van beslissingen

Kenmerk 9: Kader

Kenmerk 10: Wijze van controle

Rubriek 3: Contact

Kenmerk 11: Aard van de problematiek in contacten

Kenmerk 12: Doel van de contacten

Rubriek 4: Kennis

Kenmerk 13: Kennis

Rubriek 5: Vaardigheden

Kenmerk 14: Vaardigheid

Bij het beoordelen en scoren van functies is het van belang mee te nemen dat Fuwavaz een eigen begrippen- en definitiekader hanteert en dit in het algemeen niet (geheel) overeenkomt met het in de eigen organisatie gehanteerde begrippenkader of met de besturingsfilosofie.

7.4.2 Context kenmerkscores binnen de normfuncties

Functies in de familie Verpleging & Verzorging (V&V) hebben de verantwoordelijkheid voor de professionele verpleegkundige zorg en/of verzorging vanuit een UMC. De opbouw van de functies wordt met name bepaald door de zwaarte en omvang van de resultaatgebieden die onderdeel uitmaken van de normfunctiebeschrijving en de daaraan gekoppelde speelruimte.

In de familie V&V wordt gebruik gemaakt van tussenschalen, zie de tabel voor de puntenscore per tussenschaal.

Tabel totaalscore	V&V
37	8a
38	8b
39	8b
40	8b
41	9a
42	9b
43	9b
44	9b

De Fuwavaz normfunctie Verpleegkundige IC-8b kent een puntenscore van 39 punten, de Verpleegkundige IC-9a een puntenscore van 41 punten en de Verpleegkundige IC-9b een puntenscore van 43 punten.

7.4.3 Toegenomen complexiteit, technologisering en digitalisering

Taken en verantwoordelijkheden als gevolg van toegenomen complexiteit van zorg en de toegenomen technologisering en digitalisering geven geen extra punten in de functiewaarderingssystematiek Fuwavaz. Dit komt deels doordat de IC-verpleegkundige binnen het verpleegkundige domein 'aan de top' zit. Hierbij moet tevens in aanmerking genomen worden dat ook voor andere verpleegkundige functies zoals voor de MC- en HC-verpleegkundigen de complexiteit van zorg is toegenomen. De IC-

functies vormen daarop geen uitzondering. Bij actualisatie van het systeem is het wenselijk dat (de gevolgen van) technologisering en digitalisering onderdeel worden van de systeemteksten en normfuncties omdat dit een wezenlijk kenmerk is van de huidige situatie op IC-verpleegafdelingen.

De vraag is of we hiermee volledig recht doen aan de taken als gevolg van technologisering en digitalisering. Een gevolg van toegenomen technologisering is o.a. dat de behandel mogelijkheden zijn toegenomen. Meest duidelijke voorbeeld uit de klankbordsessies is bij de IC Neonatologie de opgeschoven grens voor het behandelen van neonaten naar 24 weken. Naast toename in complexiteit van zorg betekent dit ook toename in begeleiding van in dit geval ouders, zoals bij stervensbegeleiding. IC verpleegkundigen binnen alle onderzochte IC praktijken benadrukken dat zij steeds meer de stem (van het systeem) van de patiënt in het oog moeten houden, meer begeleiding dienen te bieden en dat dit meer en andere competenties vraagt.

In afstemming met IC verpleegkundigen en het management van IC afdelingen kan dit desgewenst verder worden uitgediept.

7.4.4 Toewijzen van patiënten aan andere zorgverleners

Het toewijzen van patiënten aan andere zorgverleners is een element op het niveau van schaal 9b. Kijkend naar de systeemteksten geeft dit op kenmerk 10 (wijze van controle) 3 punten. Er wordt een 3 gescoord bij beoordeling van de regie van het zorgproces, de ontwikkeling van onderwijsonderdelen, de uitvoering van onderzoeksplannen, de inhoud van producten of adviezen op overeenstemming met de gestelde normen, criteria of specificaties.

Er wordt een 2 gescoord als het de tussentijdse controle betreft op voortgang van werkzaamheden en op juistheid, volledigheid en kwaliteit van de uitgevoerde werkzaamheden, uitgaande van regels en afspraken (controle op de wijze van plannen, coördineren en uitvoeren van intensieve, multi-/interdisciplinaire zorg, de wijze van begeleiden van anderen en de kwaliteit van bijdragen aan kwaliteitszorg, onderzoek, onderwijs en beleid). Wat het geval is als IC-verpleegkundigen bijvoorbeeld, binnen een dienst onderling de patiënten verdelen.

In verband met schaarste zijn er op peilmoment januari 2020 binnen diverse UMC's ondersteunende functies geïntroduceerd: apothekersassistent, zorgassistent en verzorgende. In de Covid-19 periode is deze ondersteuning uitgebreid met de inzet van niet-IC verpleegkundigen zoals de basisverpleegkundige acute zorg en de high care verpleegkundige. Ook zijn er UMC's waarbij er een verpleegkundige wordt aangewezen die tijdens een dienst, patiënten toewijst aan zorgverleners en de regie heeft over het zorgproces.

Met 1 punt extra wordt schaal 9b bereikt waardoor gezegd kan worden dat, indien een verpleegkundige deze voornoemde taak krijgt opgedragen, indeling bij de IC-9b in voldoende mate passend is.

7.4.5 Inzet buiten de eigen werkeenheid

In de uitkomst van de vragenlijsten en klankbordsessies wordt benoemd dat IC-verpleegkundigen regelmatig worden ingezet bij werkzaamheden buiten de eigen afdeling. Enerzijds als deskundige en anderzijds bij de begeleiding van bijzondere transporten buiten de eigen organisatie (MICU), onder begeleiding van een arts. Van deze taken kan vastgesteld worden dat deze voorkomen bij de normfunctie 9a onder resultaatgebied 'Planning en uitvoering zorgtaken': zorgt bij het plannen van verpleegkundige zorg voor afstemming en integratie met andere disciplines, van vóór opname tot ná ontslag (ketenzorg) en/of bij treedt op als deskundige ten aanzien van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen (wondverzorging e.d.) wat bij het resultaatgebied Onderwijs, deskundigheidsbevordering en coaching behoort.

De vraag is wel of we hiermee volledig recht doen aan wat is opgemerkt ten aanzien van de externe consultatie. Het lijkt alsof IC-verpleegkundigen adviseren over de indicatie voor IC-zorg. In afstemming met het management van IC-afdelingen kan dit verder worden uitgediept. Wat zijn precies de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van de externe consultatie.

7.4.6 Medisch en verpleegkundig handelen

Er is in het kader van dit onderzoek benoemd dat de voorbehouden handelingen zijn toegenomen en dat een verschuiving heeft plaatsgevonden van het medisch domein naar het verpleegkundig domein. Gezegd wordt dat voorbehouden handelingen deels worden uitgevoerd buiten protocol.

Het uitvoeren van gedelegeerde taken van artsen en medicatietoediening waarbij wordt afgeweken van protocol wordt als taak regelmatig in dit onderzoek benoemd. Deze taken en verantwoordelijkheden, buiten protocol uitgevoerd, moeten gerekend worden tot een verantwoordelijkheid van de medische discipline en behoren niet tot de resultaatgebieden van de functiebeschrijving IC-verpleegkundige. Derhalve worden deze taken en verantwoordelijkheden niet meegenomen in de beschrijving en waardering van de functie IC verpleegkundige.

De functie IC-verpleegkundige kan in dit opzicht niet op één lijn gesteld worden met de functie van verpleegkundig specialist. Deze laatstgenoemde functie heeft een wettelijk kader waarbinnen de verpleegkundig specialist geprotocolleerde medische interventies binnen het eigen deskundigheidsgebied mag verrichten. Het gaat daarbij om het zelfstandig indiceren van voorbehouden handelingen en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Voor de functie IC- verpleegkundige is een dergelijk wettelijk kader niet van toepassing.

7.4.7 Kwaliteitszorg

Zoals in paragraaf 2.2 benoemd is een resultaat uit de uitkomsten van deel 1 dat er weinig verschil zit in taken tussen de IC-9a en de IC-9b voor wat betreft de kwaliteitszorg. Het betreft taken als het initiëren, zorg dragen voor en bewaken van aanpassing en ontwikkeling van standaardprocedures en invoering

van nieuwe werkwijzen in de eigen werkeenheden. Of hier bij (een deel van) de IC- praktijken mogelijk sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid of dat onbekendheid met de terminologie van Fuwavaz hierbij een rol speelt moet verder worden uitgediept.

De conclusie is wel dat door een toegenomen technologisering en toegenomen behandel mogelijkheden er sprake is van een toename in protocollen en procedures. In dat opzicht is het een logisch gevolg dat er meer formatie nodig is voor IC-verpleegkundigen ingedeeld bij de normfunctie in 9b in verband met het voeren van de regie over de kwaliteitszorg en zorgvernieuwing.

7.5 Toekomstige ontwikkelingen

In dit onderdeel is gekeken naar de toekomstige ontwikkelingen met daarbij de effecten op de zorgverlening op de IC-afdelingen en de wijze waarop de verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot de nieuwe taken tot stand kan komen.

7.5.1 Ontwikkelingen én verwachtingen

De uitkomst van het onderzoek laat zien dat de verwachting is dat de ontwikkelingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden zich naar de toekomst meer zullen doorzetten. De veronderstelling is dat de effecten hiervan in de functie-uitoefening zichtbaar en voelbaar zullen zijn. Aan de hand van de genoemde ontwikkelingen worden de volgende taken genoemd:

- Toename bedden per IC verpleegkundige; meer taken in een regierol
- Door schaarste meer inzet van andere disciplines op de IC; meer begeleiding en coaching van zorgondersteuners door de IC verpleegkundige
- Flexibilisering; duobanen met inzet op de SEH en IC of IC zorg in de thuissituatie
- Technologisering; de menselijke factor van de IC verpleegkundige blijft van belang
- Nieuwe behandelopties en technologieën; continu bijscholen
- Mondigere patiënten en familie; ethiek en emoties
- Wens: meer zeggenschap en betrokkenheid bij beleid

In het kader van en parallel aan deze ontwikkelingen heeft zich de afgelopen jaren een nieuwe functie binnen de IC ontwikkeld: de IC practitioner. In de UMC's, daar waar deze functie is geformaliseerd, is deze functie ingedeeld in schaal 9b; afhankelijk van de kern van de functie bij de IC verpleegkundige-9b of de Verpleegkundig Consulent 9b.

Het verdient aanbeveling om de ontwikkelingen binnen deze functie op regelmatige basis te volgen. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen deze functie. Bevinden deze taken zich binnen het verpleegkundig domein of ontwikkelt deze functie zich mogelijk richting de functie van Physician Assistant of Verpleegkundig Specialist

7.6 Conclusies Werkgroep B

Aan de hand van de geformuleerde opdracht kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

7.6.1 Conclusies per normfunctie

Verpleegkundige IC-8b

Het lijkt dat deze normfunctie deels niet goed wordt toegepast, veel genoemde taken zijn onderdeel van de normfunctie in 9a. De taken opnemen in de normfunctie IC-8b kan niet aan de orde zijn omdat deze functie ook van toepassing wordt verklaard /gebruikt in andere settingen. Er is geen aanleiding om de normfunctie 8b aan te passen.

Verpleegkundige IC-9a

De meeste taken die genoemd zijn door IC-verpleegkundigen in 9a zijn passend binnen de normfunctie IC-9a.

Een aantal taken niet passend binnen de Verpleegkundige IC-9a komen wel voor in de Verpleegkundige IC-9b. Aanpassing van de IC-9a is niet aan de orde. Ook hier is de conclusie dat de normfunctie niet goed lijkt te worden toegepast en dat IC praktijken in dit onderzoek de Verpleegkundige IC-9b eerder en vaker aan IC verpleegkundigen kunnen opdragen.

Verpleegkundige IC-9b

Alle genoemde taken zijn passend binnen de normfunctie 9b. Er is geen aanleiding om de normfunctie 9b aan te passen.

7.6.2 Samenvattend

Samenvattend worden er met name door verpleegkundigen, aangesteld in de normfunctie IC-9a (scharnierfunctie), taken gedaan die we terugvinden in IC-9b. het betreft daarbij niveaubepalende taken voor schaal 9b.

Aanpassing van de normfunctie IC-9a is niet nodig omdat alle 'extra' taken in de normfunctie IC-9b zijn beschreven.

De beoordeling of iedere verpleegkundige IC-9a ook die extra taken opgedragen krijgt, ligt buiten de professie/vraagstelling van dit onderzoek. Ieder UMC kent voor deze functies taakspecificaties waarin de specifieke taakstelling van de betreffende functies staat beschreven. Deze zullen naar aanleiding van dit onderzoek per UMC getoetst moeten worden op actualiteit en in overleg met management aangepast worden en gekoppeld aan een normfunctie.

Wat betreft de verpleegkundigen IC-8b die de volledige patiëntenzorgtaken uitvoeren zoals in de IC-9a is omschreven zou men de IC-9a moeten opdragen. Indien de taak 'het geven van operationele sturing en toezicht houden op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheid gedurende de dienst' nog niet wordt opgedragen, kan eventueel gebruik worden gemaakt van artikel 4.3 lid 3 Cao UMC.

7.7 Aanbevelingen Werkgroep B

In dit laatste hoofdstuk worden aanbevelingen gegeven.

7.7.1 Heroverweging toewijzing normfunctie IC-8b

Daar waar het volledige takenpakket nog niet wordt uitgevoerd, kan gebruik worden gemaakt van artikel 4.3 lid 3 in de Cao UMC. Voor leerlingen kan een separate leerlingfunctie worden toegepast omdat Fuwavaz niet van toepassing is voor leerlingfuncties. Daar waar de taakstelling 'stabiliseert vitaal bedreigde patiënten' en 'geeft operationeel sturing en houdt toezicht op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheid gedurende de dienst' voorkomt, wordt geadviseerd de normfunctie IC-9a op te dragen.

7.7.2 Vaker en eerder toewijzen van de IC-9b

Slechts 1 op de 16 IC-verpleegkundigen is ingedeeld in de normfunctie verpleegkundige IC-9b. Het geringe verschil in taakuitvoering tussen verpleegkundigen ingedeeld bij de IC-9a en IC-9b verklaart mogelijk de voorzichtigheid in toewijzen van de Verpleegkundige IC-9b bij veel IC-afdelingen.

Gezien de uitkomsten in dit onderzoek is het advies om de normfunctie in 9b vaker en eerder toe te wijzen.

De voorwaarde daarbij is wel dat:

- De organisatie-inrichting en formatie van de IC-afdeling daar aanleiding toe geeft;
- In de daadwerkelijke functie-uitoefening structureel sprake is van het toewijzen van patiënten aan andere zorgverleners;
- Er sprake is van zorgdragen voor en als zodanig verantwoordelijk zijn voor de 'kwaliteitszorg en beleid'.

Om afdelingen hierbij behulpzaam te zijn kan gekeken worden naar een beslisboom/systeem met modules. Enerzijds is er de functie IC verpleegkundige-9a waarbij vervolgens met modules/ 'losse' taken gekeken kan worden of toewijzing van de functie IC verpleegkundige-9b aan de orde is.

Ook kan dit desgewenst toegespitst worden op specifieke intensive-care afdelingen voor volwassenen, kinderen en neonatologie.

Een ander mogelijkheid en tevens hulpmiddel kan zijn het ontwerp van zogenaamde gemeenschappelijk bruikbare taakspecificaties (GBT's). Hierover verderop in dit hoofdstuk meer.

Het is aan de afzonderlijke UMC's om te beslissen in welke verhouding de functies in 9a en 9b nodig zijn, passend bij de organisatie-inrichting en formatie van de betreffende intensive-care afdeling.

7.7.3 Leidinggevende functies indelen bij de functiefamilie Management

Voor leidinggevende functies die nu zijn ingedeeld bij de IC-9b is het de vraag of deze normfunctie passend is.

Wanneer er voor meer dan 50% van de taken leiding wordt gegeven, wordt een functie volgens Fuwavaz ingedeeld bij de functiefamilie Management. Afhankelijk van taken en bevoegdheden in de functie volgt functiewaardering in schaal 9 of schaal 10. In een aantal UMC's is de manager van de IC-afdelingen al aangesteld in de functie 'Manager' en heeft daarmee geen functie uit de functiefamilie Verpleging & Verzorging.

7.7.4 Geen aanpassing normfuncties

Gezien bovenstaande is het op dit moment niet nodig de huidige normfuncties aan te passen. Daarnaast zijn de normfuncties ook van toepassing voor functiegroepen die niet in de scope van dit onderzoek zijn meegenomen, zoals o.a. CCU-verpleegkundigen en IC-verpleegkundigen werkzaam op een recovery.

Uit de uitkomsten van de vragenlijsten is naar voren gekomen dat de normfunctietyperingen onvoldoende worden herkend. Oorzaak is mogelijk dat normfuncties abstract en generiek zijn beschreven. In UMC's worden in de meeste gevallen dan ook taakspecificaties gebruikt die vervolgens zijn ingedeeld bij één van de normfuncties. Voor de IC-verpleegkundigen zullen deze taakspecificaties meer herkenning bieden dan de normfunctiebeschrijvingen.

Voor dit onderzoek was idealiter ingestoken op het niveau van taakspecificaties ware het niet dat deze in de huizen onderling verschillen. Insteken op normfunctieniveau lag daarom voor de hand, met als consequentie minder herkenning voor medewerkers.

7.7.5 Gemeenschappelijk bruikbare taakspecificaties ontwerpen

In plaats van het aanpassen van normfuncties verdient het aanbeveling om als vervolg op dit onderzoek gemeenschappelijk bruikbare taakspecificaties (GBT's) voor deze functies te ontwerpen. Naast meer herkenbaarheid voor de medewerkers biedt dit niveau betere aansluiting bij toekomstige functieonderzoeken en bij systemen als de Arbeidsmarktmonitor UMC's en het JCI-accreditatiesysteem. En het biedt het management van IC-praktijken een hulpmiddel bij het toewijzen van functies.

Functiewaarderingsdeskundigen kunnen op basis van huidige taakspecificaties en de ontwikkelingen in dit onderzoek een voorzet hiervoor doen. Met input van het werkveld (bijvoorbeeld de IC verpleegkundigen uit werkgroep A) en de werkgroep VIP (zie volgende paragraaf) kunnen dergelijke taakspecificaties vervolgens worden gevalideerd door het management (in afstemming met P&O adviseurs) binnen de UMC's.

In samenwerking met het werkveld (werkgroep A) kan ook beoordeeld worden hoeveel en welke gemeenschappelijk bruikbare taakspecificaties nodig zijn. Zoals bijvoorbeeld een IC verpleegkundige,

een Regie/ Senior/ Coördinerend IC verpleegkundige, een IC practitioner en dit mogelijk uitgesplitst naar IC volwassenen, IC Kinderen en IC Neonatologie.

7.7.6 Relatie met programma Verpleegkundige Innovatie & Positionering (VIP)

In het plan van aanpak voor dit onderzoek is afgesproken dat dit los staat van het programma VIP. Geadviseerd wordt om de uitkomsten met het programma te delen. Herkennen zij deze ontwikkelingen binnen de functie van IC-verpleegkundige? Daarnaast kunnen zij betrokken zijn bij een eventueel ontwerp van nieuwe UMC-brede taakspecificaties/ gemeenschappelijk bruikbare taakspecificatie voor de IC-verpleegkundige.

7.7.7 Toekomstige ontwikkelingen

De aanbeveling is om gezien de ontwikkeling van de functie-inhoud en functie-invulling van de onderzochte functies, dit goed te blijven volgen. Het is voorstelbaar dat met een toenemende technologisering in combinatie met taakverschuiving functies zich op het grensvlak van verpleegkundige/ medische zorg gaan bewegen. Dit geldt met name voor de functie van IC practitioner. De visie op de organisatie van de zorg, de relatie tot functies van Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant en de mogelijke taakherschikking ten opzichte van de medische discipline is hierin van belang.

7.7.8 Relatie met onderhoud Fuwavaz

Ontwikkelingen als de toegenomen complexiteit, technologisering en digitalisering hebben geen invloed op de functiewaardering met Fuwavaz. Het is wenselijk dat deze ontwikkelingen en de consequenties hiervan voor de functies van IC-verpleegkundige meer tot uitdrukking komen in de normfuncties, zodat medewerkers zien dat dit wordt meegenomen. Onze inschatting is dat deze taken ook bij een geactualiseerd systeem geen invloed hebben op de functiewaardering, omdat dit voor meerdere functies van toepassing is (in de onderlinge verhouding zal niet veel veranderen).

Gezien de uitkomsten in dit onderzoek volstaan de huidige normfuncties. Actualisatie van het systeem Fuwavaz op korte termijn blijft echter een belangrijke aanbeveling om de herkenbaarheid van normfuncties te vergroten en daarmee zorg te dragen voor een juiste toepassing.

Daarnaast wordt naar aanleiding van dit onderzoek verwacht dat meer functie-onderzoeken zullen worden aangevraagd. Daarop anticiperend is het van belang om op korte termijn onderhoud te plegen aan het functiewaarderingssysteem, te beginnen bij de volledige functiefamilie Verpleging & Verzorging.

8 Conclusies en aanbevelingen van werkgroep A en B

In dit afsluitende hoofdstuk zijn de algemene noties omtrent het onderzoek opgenomen en worden de conclusies en aanbevelingen van de werkgroepen aan de opdrachtgever beschreven.

8.1 Totstandkoming gezamenlijke eindrapportage

De gehanteerde onderzoeksaanpak kent, zoals in hoofdstuk 2 toegelicht, twee onderdelen.

Deel 1 bestond uit het met de IC-verpleegkundigen in kaart brengen van de werksituatie van de IC-verpleegkundige in januari 2020 en de werksituatie van de IC-verpleegkundige in de nabije toekomst (periode 3 tot 5 jaar). Daarnaast zijn bij deel 1 van het onderzoek de ontwikkelingen in kaart gebracht die nu en/of in de toekomst impact hebben op de functie van de IC-verpleegkundige. Werkgroep A was verantwoordelijk voor dit eerste onderdeel van het onderzoek. Tijdens de bespreking op 8 oktober 2020 zijn de uitkomsten van het eerste deel met Werkgroep A besproken. De resultaten van dit onderdeel werden door Werkgroep A herkend en vastgesteld.

Deel 2 van het onderzoek bestond uit het vertalen van deze informatie over de normfunctie IC-verpleegkundige (8b, 9a en 9b) naar de gehanteerde Fuwavaz-systematiek. Werkgroep B was verantwoordelijk voor het tweede onderdeel van het onderzoek.

In de afsluitende bijeenkomst van beide werkgroepen op 3 november 2020 heeft Werkgroep A gereflecteerd op de functiewaarderings-technische uitwerking van Werkgroep B. Vervolgens zijn door de beide werkgroepen gezamenlijk conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Deze zijn verwerkt in een concept van de onderhavige rapportage die op 10 november 2020 is besproken en vastgesteld. In 8.3 wordt feitelijk verslag gedaan van de besprekingen en de uitkomst hiervan.

8.2 Algemene noties

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder grote tijdsdruk en in onrustige omstandigheden. Het onderzoek startte in de zomerperiode, kort na de eerste COVID-19-golf. De periode daarna werd gekenmerkt door een toenemend aantal COVID-19 patiënten. Dit had vanzelfsprekend grote gevolgen voor de te verlenen zorg en daarmee voor de inzet van de IC-verpleegkundigen. Kortom: niet de meest ideale uitgangssituatie voor het uitvoeren van een onderzoek waarin een grote betrokkenheid van IC-verpleegkundigen vereist is.

De getoonde inzet en betrokkenheid van de IC-verpleegkundigen aan dit onderzoek is daarmee extra bijzonder en zeer bewonderingswaardig. In de eerste plaats de inzet van de IC-verpleegkundigen in de

UMC's: zij gaven input op de vragenlijsten en bij de klankbordsessies. Samen met alle andere betrokken in de UMC's, met in het bijzonder de leden van beide werkgroepen, is het mogelijk gemaakt dat de vragenlijsten werden uitgezet, de klankbordsessies werden georganiseerd en verslagen werden gemaakt binnen de planning en daarmee binnen een zeer kort tijdsbestek.

Die *drive* om het mogelijk te maken dat het onderzoek onder de strakke tijdsplanning werd uitgevoerd, geeft ook de gevoelde urgentie aan. Daarbij waren geluiden te horen dat het onderzoek "al veel eerder had moeten plaatsvinden" maar ook dat het "veel sneller klaar zou moeten zijn dan pas op 1 november". Ook werd er teleurstelling geuit over de korte reactietijd bij de vragenlijst, waardoor niet alle IC-verpleegkundigen - die dat wel wensten - bij het onderzoek betrokken waren. Belangrijk is echter ook dat genoemd werd dat er nu de mogelijkheid werd gecreëerd voor IC-verpleegkundigen om 'mee te praten' in plaats van dat er 'over' de IC-verpleegkundigen wordt gesproken.

De gekozen aanpak om *functie-informatie* te genereren waarbij aan alle IC-verpleegkundigen input is gevraagd via een vragenlijst is als bijzonder te kenmerken. Bijzonder omdat dit voor een gedegen functieonderzoek feitelijk niet noodzakelijk is. Deze brede aanpak heeft er wel voor gezorgd dat het werkveld zo goed mogelijk betrokken is en dat er een schat aan informatie is verzameld over de functie van IC-verpleegkundige in de praktijk. Zowel informatie ten behoeve van het onderzoek naar de normfunctie, als wel in de wijze waarop de functie in ieder UMC gestalte krijgt. Dat laatste vormt geen onderdeel van de onderzoeksvraag maar is wel beschikbaar gekomen.

8.3 Bespreking uitkomsten onderzoeksdelen 1 en 2

Zoals gesteld heeft in de afsluitende bijeenkomst op 3 november 2020 in de eerste plaats een reflectie plaatsgevonden op de uitkomsten van de activiteiten van werkgroep B.

Emotie en ratio

De vertaling van de informatie uit deel 1 van het onderzoek naar het terrein van functiewaardering heeft in eerste instantie geleid tot een gevoel van stevige teleurstelling bij de leden van werkgroep A.

Deze teleurstelling komt met name voort uit het aspect *herkenbaarheid*; worden de ontwikkelingen die geïnterviewd zijn herkend in de uitkomsten bij functiewaardering? Het antwoord daarop is nee. Anderzijds werd door de leden van werkgroep A aangegeven dat ze *rationeel gezien* de uitkomst en de aanbevelingen die door de leden van werkgroep B zijn gedaan, kunnen volgen. Dit mede als gevolg van de wijze waarop de normfuncties beschreven zijn ("generiek", "breed", "algemeen").

In de kern bieden de aanbevelingen van werkgroep B voor de leden van werkgroep A geen passende en definitieve oplossing. En bovenal geen (h)erkenning van de functie en de ontwikkelingen die effect hebben gehad of gaan hebben op deze functie. Daarbij speelt ook dat de ontwikkelingen die door werkgroep A worden gezien sinds COVID 19 niet (meer) als een tijdelijke situatie worden gezien maar als een situatie die, naar verwachting, meer een structureel karakter heeft. Daarmee is de functie van IC-

verpleegkundige in een zeer kort tijdsbestek naar de opvatting van de werkgroep B gewijzigd en blijft zich door ontwikkelen.

Als *bottom line* geldt dat in ieder geval een discrepantie wordt gezien tussen de werkelijkheid (de praktijk) en het functiewaarderingssysteem. Deze wordt gezien op een aantal punten, waaronder de navolgende.

Discrepanties

- Werkelijk uitgevoerde taken en normfuncties

Op basis van de in de praktijk uitgevoerde taken, is de toepassing van de normfunctie niet altijd juist. Toewijzing van 9a (in plaats van 8b) dan wel 9b (in plaats van 9a) zou hierbij, gezien de feitelijke taakstelling(en) in meerdere situaties aan de orde moeten zijn. Daarnaast blijken ook managementfuncties in 9b te zijn ingedeeld, terwijl deze bij de functiefamilie Management (schaal 9 of 10) zouden moeten worden ingedeeld wanneer er sprake is van meer dan 50% (hiërarchisch leidinggevende taken). Hoewel een toewijzing van een hogere normfunctie passend kan zijn, creëert het voor IC-verpleegkundigen een ander probleem, namelijk een gebrek aan (loopbaan)perspectief (bij 9b).

- Taakverschuiving

De praktijk geeft weer dat er sprake is van een toename van voorbehouden handelingen en dat een verschuiving heeft plaatsgevonden van het medisch domein naar het verpleegkundig domein. Voorbehouden handelingen worden deels uitgevoerd buiten het protocol; het uitvoeren van gedelegeerde taken van artsen en medicatietoediening.

Deze taken en verantwoordelijkheden niet worden meegenomen in de beschrijving en waardering van de functie van IC-verpleegkundige, omdat er geen wettelijk kader is. Deze taken en verantwoordelijkheden moeten gerekend worden tot een verantwoordelijkheid van de medische discipline en behoren daarmee niet tot de resultaatgebieden van de functiebeschrijving van IC-verpleegkundige.

- Toewijzen van patiënten en score

Het toewijzen van patiënten aan andere zorgverleners is een element op het niveau van 9b. Op basis van de systeemteksten geeft (kenmerk 10) een score van 3 punten. Een score van 2 punten is aan de orde als het bijvoorbeeld, binnen een dienst het onderling verdeling van patiënten betreft. Als gevolg van schaarste, en ook tijdens de COVID-19 periode zijn er ondersteunende functies gecreëerd waardoor de IC-verpleegkundige de taak van toewijzing opgedragen krijgt. Effect daarvan is, zou moeten zijn, dat met 1 punt extra schaal 9b wordt bereikt. Echter, deze taak is opgenomen in normfunctie IC-9b en niet in normfunctie IC-9a.

- Toegenomen complexiteit en digitalisering

De praktijk laat zien dat er over de afgelopen jaren sprake is van toegenomen complexiteit van zorg, van toegenomen technologisering en van toegenomen digitalisering. De taken en verantwoordelijkheden die hieruit voortkomen, geven echter geen extra punten in de Fuwavaz-systematiek. Reden hiervoor is dat IC-verpleegkundigen binnen het verpleegkundig domein aan de top zit. Dit heeft tevens te maken met het feit dat de (gevolgen van) technologisering en digitalisering geen onderdeel zijn van de systeemteksten en normfuncties. Kortom: deze ontwikkelingen kunnen in de huidige systematiek niet gescoord worden. Juist in de afgelopen periode van COVID-19, zijn de veranderingen in de huidige functie echter extra sterk naar voren gekomen.

De hiervoor beschreven ontwikkelingen hebben als gevolg dat er meer ontwerp en aanpassing van procedures en protocollen nodig is c.q. zijn en daarmee van meer taken in de regie op de kwaliteitszorg. Dat vraagt om een toenemend aantal IC-verpleegkundigen in 9b. Dit blijkt echter niet uit de verhouding 9a- 9b zoals de UMC's die nu kennen (528 versus 70).

- Herkenbaarheid

In de praktijk herkennen de IC-verpleegkundigen zich niet of onvoldoende in de teksten van de normfuncties. Deze worden als dusdanig breed gezien dat 'alles en iedereen' hieronder kan worden gebracht. De wens is een herkenbaar *eigen* profiel dat idealiter door alle UMC's wordt gehanteerd.

De oorzaak van de onherkenbaarheid ligt in de generieke beschrijving van de normfuncties. De huidige normfuncties zijn generiek en abstract beschreven. Termen uit de beroepspraktijk ontbreken. Dat leidt ertoe dat veranderingen in de functie IC-verpleegkundige (nog steeds) geplaatst kunnen worden in de huidige normfunctie. Aanpassing van de normfuncties is volgens werkgroep B op dit moment dan ook niet noodzakelijk. Om herkenbaarheid van de normfuncties te vergroten, maakt een aantal UMC's gebruik van eigen taakspecificaties die aanvullend op de beschrijving van de normfuncties worden gebruikt. Het gevolg daarvan is dat er variatie in de functie van de IC-verpleegkundige is ontstaan tussen de UMC's.

Een andere oorzaak van het gebrek aan herkenbaarheid heeft te maken met achterstallig onderhoud van Fuwavaz. Dit geldt niet alleen bij de functie van IC-verpleegkundige, maar voor het gehele systeem.

- Onderlinge verhoudingen

De normfuncties van IC- verpleegkundige zijn onderdeel van de functiefamilie Verpleging en Verzorging. Bij deze normfuncties zijn ook andere functies ingedeeld, zoals de CCU verpleegkundige en de IC verpleegkundige op een recovery. Aanpassingen in de normfuncties

IC-verpleegkundige, heeft effect op onderlinge verhoudingen en kunnen daarom, gezien de systematiek, niet nu niet plaatsvinden zonder een volledig onderzoek naar alle functies.

Bij de bespreking zijn een aantal oorzaken voor de huidige situatie benoemd. Belangrijkste hiervan is dat Fuwavaz achterstallig onderhoud kent; deze is de afgelopen 11 jaar niet onderhouden. Dat geldt niet alleen bij de functie van IC-verpleegkundige maar voor het gehele systeem. Daarmee is een diversiteit aan taakspecificaties ontstaan tussen de UMC's. Als tweede belangrijke oorzaak is ook benoemd dat de afgelopen "15 jaar" geen visie op IC-zorg is (door)ontwikkeld.

De huidige COVID-19 situatie heeft een aantal gevolgen van de hantering van de huidige normfunctie IC-verpleegkundige op basis van het huidige systeem bloot gelegd. Zowel in herkenning, in toepassing als in waardering. Daarmee is ook de noodzaak zichtbaar geworden om tot een structurele oplossing te komen. En wat werkgroep A betreft om nu te komen tot een visie op IC-zorg waarmee de verwachte toekomstige ontwikkelingen een plaats krijgen.

Conclusie

"We zijn tegen de grenzen van het functiewaarderingssysteem aangelopen", zo luidde de gezamenlijke conclusie uit de bijeenkomst. Met deze opmerking werd feitelijk de discrepantie tussen de praktijk enerzijds en anderzijds de toepassing van Fuwavaz, de inhoud en in het bijzonder te teksten in één adem scherp neergezet. Daarmee is geconcludeerd dat de actualisatie, zoals al lange tijd gewenst wordt, nu voor de normfuncties van IC-verpleegkundige op kortst mogelijke termijn dient plaats te vinden.

De oplossingsrichting van bovenstaande discrepantie wordt daarmee gezocht in actualisatie van het systeem Fuwavaz. Dit is feitelijk de enige structurele oplossing kijkend naar het systeem. Dit om ontwikkelingen in de functie een plaats te kunnen geven, om de herkenbaarheid te vergroten en om een bijdrage te kunnen leveren aan de juiste toekenning van de verschillende normfuncties (8b, 9a en 9b). En breder bekeken, dit geldt niet alleen voor de functie van IC-verpleegkundige, maar voor alle functies die in het systeem zijn opgenomen.

Die conclusie is niet nieuw. De urgentie om te komen tot actualisatie, en daarmee tot een structurele oplossing, is echter groter dan ooit.

Naast deze actualisatie is werkgroep A van mening dat een visie op IC-zorg ontwikkeld dient te worden. Het ontbreken van een visie leidt ertoe dat professionalisering en positionering van de functie van IC-verpleegkundige geen bodem heeft.

Nu niet acteren leidt tot mogelijke (verdere) onrust en ontevredenheid van IC-verpleegkundigen, terwijl juist voor het behoud van deze zorgprofessionals toekomstperspectief, een carrièreperspectief, werkdrukvermindering én een eerlijke waardering van groot belang zijn. Dat alles kan niet alleen met een actualisatie van het systeem worden gerealiseerd maar geeft wel de noodzakelijke basis.

Aanbevelingen

Op basis van de gestelde conclusie doen de werkgroepen de volgende aanbevelingen. Deze aanbevelingen kunnen *en* mogen niet los van elkaar worden gezien maar dienen wat betreft de werkgroepen in samenhang te worden opgepakt.

Aanbeveling 1. Plan van aanpak; aan de slag!

Allereerst wordt nadrukkelijk aanbevolen om op zeer korte termijn, bij voorkeur binnen twee maanden, een plan van aanpak op te stellen. Dit plan richt zich enerzijds op een juiste toekenning van functies en anderzijds op actualisatie.

1a. Juiste toekenning normfuncties

Het eerste deel van deze aanbeveling behelst dat bij de functies van IC-verpleegkundigen (inclusief leidinggevend) een normfunctie wordt gehanteerd die past bij de feitelijke taakstelling. Dit betekent dat er in de praktijk eerder en vaker een hogere normfunctie wordt toegekend indien er in de functieoefening structureel wordt voldaan aan de resultaatgebieden van de normfunctie. In het plan van aanpak dient bij voorkeur voor dit onderdeel een praktische handreiking te worden ontwikkeld naast een concrete planning waarbinnen de uitwerking van dit onderdeel binnen iedere UMC gestalte moet krijgen. Tevens dient specifiek aandacht te zijn voor de effecten voor de functie van senior verpleegkundige (9b).

1b. Actualisatie

Een tweede deel van deze aanbeveling richt zich op de actualisatie van de normfuncties IC-verpleegkundige als onderdeel en in het verlengde van de actualisatie van de functiefamilie Verpleging & Verzorging).

Bij deze actualisatie dient rekening te worden gehouden met ontwikkelingen als toegenomen complexiteit, technologisering en digitalisering, de in de praktijk daadwerkelijk uitgevoerde activiteiten die zowel in waardering als in de herkenbaarheid in taal dienen terug te keren, een eenduidig te hanteren profiel voor alle UMC's. Uit te werken onderdelen zijn de actualisatie van de huidige functiereeks Verpleging & Verzorging en de mogelijke inzet van UMC-brede taakspecificaties.

Voor wat betreft de opzet en uitvoering van dit plan van aanpak is de aanbeveling om de volgende aspecten in ieder geval te betrekken: concrete tijdsplanning, betrokkenheid van de IC-verpleegkundigen, de cao (vigerende afspraken en betrokkenheid cao-partijen) en visie op de functie (zie ook *Aanbeveling 3*).

De uitvoering van dit onderdeel van het plan van aanpak dient bij voorkeur voor 1 juli 2021 te zijn afgerond.

Aanbeveling 2. Taakverschuiving

Als tweede bevelen de werkgroepen het volgende aan. Voor de taken en verantwoordelijkheden die gerekend worden tot de verantwoordelijkheid van de medische discipline maar toebedeeld worden aan

IC-verpleegkundigen is afstemming en overleg vereist tussen de afdelingsleiding, medici en IC-verpleegkundigen. Dit met betrekking tot de dagelijks werkzaamheden zoals de inrichting van de werkprocessen en de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden.

Met betrekking tot de mogelijke wens aan een breder bevoegdheidskader voor de functie IC verpleegkundige (dit overigens in lijn met de derde aanbeveling) bevelen de werkgroepen aan om een plan van aanpak op te stellen om te komen tot een wettelijk kader voor het verrichten van medische handelingen binnen protocol.

Aanbeveling 3. Gedragen visie en draagvlak

Als derde bevelen de werkgroepen aan om een breed gedragen visie te ontwikkelen op de functie en doorgroeimogelijkheden van de IC-verpleegkundige. De werkgroepen willen daarbij nadrukkelijk benadrukken om j de beroepsgroep hierbij te betrekken. Met andere woorden: “*niets over ons, zonder ons*”. Dit geldt tevens bij onderzoeken c.q. programma’s als het programma Verpleegkundige Innovatie en Positionering (VIP).

Aanbeveling 4. Delen uitkomsten onderzoek

De vierde aanbeveling is om de uitkomsten van het onderzoek zo breed mogelijk te delen. De wijze waarop dit plaatsvindt, dient zo veel mogelijk aan te sluiten bij de betreffende doelgroep. Dit geldt in het bijzonder voor het eerste onderdeel van het onderzoek, waarin een grote hoeveelheid informatie is verkregen over de taken en activiteiten van IC-verpleegkundigen per UMC.

Utrecht, 13 november 2020

Bijlagen

Bijlage 1 Normfunctietyperingen

Verpleegkundige IC-8b

Functietypering

1. Doel van de functie

Zorgdragen voor de verpleegkundige zorg aan één of meer (somatisch en niet-somatisch zieke) patiënten door het plannen en uitvoeren van intensieve verpleegkundige zorg.

2. Resultaatgebieden

1. *Planning en uitvoering zorgtaken*

- stelt het verpleegplan op (incl. verpleegkundige anamnese, diagnose, handelingen en doelen op basis van verzamelen en interpreteren van parametrie (o.a. vitale functies) en laboratoriumwaarden en lichamelijk onderzoek, met name m.b.t. ademhaling en circulatie)
- voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van standaardprocedures
- informeert patiënten en hun relaties over diagnostiek en behandeling
- registreert effecten van (verpleegkundige) interventies en actualiseert het verpleegplan
- treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand op basis van standaardprocedures / standaardhandelingen

2. *Coördinatie en organisatie van zorg*

- organiseert de eigen taken rond toegewezen patiënten
- stemt afwijkingen in de dagelijkse zorgpraktijk of zorgverlening met collega's af
- verzorgt de overdracht van patiënten m.b.t. verpleegkundige zorg

3. *Kwaliteitszorg*

- draagt bij aan de aanpassing en / of ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg
- volgt bij- en nascholing

4. *Onderwijs, deskundigheidsbevordering en coaching*

- werkt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten in
- begeleidt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten bij de uitvoering van hun werkzaamheden

5. *Onderzoek*

- genereert praktijkvragen voor (wetenschappelijk) onderzoek
- verzamelt gegevens voor (wetenschappelijk) onderzoek

6. *Beheer*

- signaleert afname van voorraden verpleeg- en medische artikelen
- bestelt artikelen en bergt artikelen op
- draagt zorg voor onderhoud van voor het eigen werk benodigde apparatuur e.d.

7. *Beleid*

- signaleert knelpunten in de eigen werkeenheden
- doet voorstellen voor verbetering van de werkwijze in de eigen werkeenheden

3. **Speelruimte**

- De functionaris legt verantwoording af aan de leidinggevende over de planning en uitvoering van intensieve verpleegkundige zorg, de wijze van begeleiding van andere medewerkers en de kwaliteit van de bijdragen aan kwaliteitszorg, onderzoek, onderwijs en beleid.
- De belangrijkste kaders worden gevormd door functionele richtlijnen van verpleegkundigen van een hoger functieniveau, protocollen, standaardprocedures en voorschriften m.b.t. standaardhandelingen.
- De functionaris neemt beslissingen over het opstellen en uitvoeren van verpleegplannen, bij het optreden in complexe verpleegsituaties in een intensieve zorgpraktijk, bij het inwerken/ begeleiden van andere medewerkers en over de inhoud van eigen bijdragen aan kwaliteitszorg, onderzoek en beleid.

4. **Contacten**

- Met relaties van patiënten en patiënten om hen te informeren over verpleegkundige zorg, diagnostiek en behandeling en hen te begeleiden.
- Met patiënten om hen te informeren over wijzen van bevordering van zelfzorg.
- Met andere verpleegkundigen en artsen om hen te informeren over veranderingen in de toestand van patiënten e.d.
- Met andere verpleegkundigen om afspraken te maken over de uitvoering van het verpleegplan.
- Met anderen, binnen en buiten de eigen werkeenheid om informatie te geven bij de overdracht van patiënten.
- Met zorgassistenten en verzorgenden om aanwijzingen te geven over de uitvoering van zorgtaken.
- Met nieuwe medewerkers, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten om hen instructies te geven en te begeleiden.

5. **Kennis**

- kennis van methoden en technieken van verpleging in het kader van intensieve zorg
- kennis van protocollen, standaarden, procedures en voorschriften
- kennis van het AZ / UMC
- kennis van de eigen werkeenheid
- kennis van methoden van instructie en begeleiding

6. **Vaardigheden**

- vaardigheid in het begeleiden van patiënten en hun relaties
- vaardigheid in het verzamelen en interpreteren van gegevens rond vitale functies en lichamelijk onderzoek
- vaardigheid in het opstellen van verpleegplannen in het kader van intensieve zorg
- vaardigheid in het uitvoeren van verpleegplannen en verpleegkundige interventies in intensieve zorgpraktijken
- vaardigheid in het systematisch registreren van verpleegkundige interventies
- vaardigheid in het geven van instructies aan en begeleiden van zorgassistenten, verzorgenden, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten

Verpleegkundige IC-9a

Functietypering

1. Doel van de functie

Zorgdragen voor de verpleegkundige zorg aan één of meer (somatisch en niet-somatisch zieke) patiënten door het plannen, coördineren en uitvoeren van intensieve, multi-/ interdisciplinaire verpleegkundige zorg, zonodig in verschillende IC-praktijken.

2. Resultaatgebieden

1. *Planning en uitvoering zorgtaken*

- zorgt bij het plannen van verpleegkundige zorg voor de eigen patiënten voor afstemming en integratie met andere disciplines, van vóór opname tot ná ontslag (ketenzorg)
- stelt het verpleegplan op (incl. verpleegkundige anamnese, diagnose, handelingen en doelen op basis van verzamelen en interpreteren van parametrie (o.a. vitale functies) en laboratoriumwaarden en lichamelijk onderzoek, met name m.b.t. ademhaling en circulatie)
- voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van procedures
- informeert patiënten en hun relaties over diagnostiek en behandeling (incl. medicatie en mogelijke bijwerkingen)
- registreert effecten van (medische en verpleegkundige) interventies en actualiseert het verpleegplan
- treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand, ook wanneer geen standaardprocedures/ standaardhandelingen voorhanden zijn
- stabiliseert vitaal bedreigde patiënten, anticiperend op een medische diagnose

2. *Coördinatie en organisatie van zorg*

- geeft operationeel sturing en houdt toezicht op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheden gedurende de dienst
- coördineert de zorg tussen zorgverleners en toegewezen patiënten, binnen en buiten de eigen discipline
- organiseert de eigen taken rond toegewezen patiënten

3. *Kwaliteitszorg*

- draagt bij aan de aanpassing en / of ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg
- initieert en draagt zorg voor de eigen bij- en nascholing

4. *Onderwijs, deskundigheidsbevordering en coaching*

- werkt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten in
- begeleidt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten bij de uitvoering van hun werkzaamheden
- verzorgt klinische lessen m.b.t. de eigen zorgpraktijk
- treedt op als deskundige ten aanzien van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen (wondverzorging e.d.)

5. *Onderzoek*

- genereert praktijkvragen voor (wetenschappelijk) onderzoek
- verzamelt gegevens voor (wetenschappelijk) onderzoek

6. *Beheer*

- signaleert afname van voorraden verpleeg- en medische artikelen
- bestelt artikelen en bergt artikelen op
- draagt zorg voor onderhoud van voor het eigen werk benodigde apparatuur e.d.

7. *Beleid*

- signaleert knelpunten in de eigen werkeenhed
- doet voorstellen voor verbetering van de werkwijze in de eigen werkeenhed

3. **Speelruimte**

- De functionaris legt verantwoording af aan de leidinggevende over de wijze van plannen, coördineren en uitvoeren van intensieve, multi-/ interdisciplinaire verpleegkundige zorg voor de toegewezen patiënten, de wijze van begeleiding van andere medewerkers en de kwaliteit van de bijdragen aan kwaliteitszorg, onderzoek, onderwijs en beleid.
- De belangrijkste kaders worden gevormd door protocollen, procedures en voorschriften m.b.t. handelingen.
- De functionaris neemt beslissingen over het opstellen en uitvoeren van verpleegplannen, over het stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten, over het coördineren van intensieve, multi-/ interdisciplinaire zorg voor de toegewezen patiënten, bij het operationeel sturen van het verpleegkundig zorgproces binnen de werkeenhed en over de inhoud van eigen bijdragen aan kwaliteitszorg, onderzoek, onderwijs en beleid.

4. **Contacten**

- Met relaties van patiënten en patiënten om hen te informeren over verpleegkundige zorg, diagnostiek en behandeling en hen te begeleiden.
- Met patiënten om hen te informeren over wijzen van bevordering van zelfzorg.
- Met medewerkers uit de eigen en andere disciplines om informatie uit te wisselen over zorgverlening.
- Met andere verpleegkundigen en artsen om hen te informeren over veranderingen in de toestand van patiënten e.d.
- Met nieuwe medewerkers, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten om hen instructies te geven en te begeleiden.
- Met medewerkers uit eigen en andere disciplines om klinische lessen te geven.

5. **Kennis**

- kennis van methoden en technieken van verpleegkunde in het kader van intensieve, multi-/ interdisciplinaire zorg
- kennis van protocollen, standaarden, procedures en voorschriften
- kennis van ontwikkelingen in de verpleegkundige zorg
- kennis van het AZ / UMC
- kennis van de eigen werkeenhed
- kennis van methoden van instructie en begeleiding

6. Vaardigheden

- vaardigheid in plannen van multi-/ interdisciplinaire zorg
- vaardigheid in het begeleiden van patiënten en hun relaties
- vaardigheid in het verzamelen en interpreteren van gegevens rond vitale functies en lichamelijk onderzoek
- vaardigheid in het opstellen van verpleegplannen in het kader van intensieve zorg, multi-/ interdisciplinaire zorg
- vaardigheid in het uitvoeren van verpleegplannen en verpleegkundige interventies in intensieve zorgpraktijken
- vaardigheid in het systematisch registreren van verpleegkundige interventies
- vaardigheid in het plannen, verdelen en bewaken van werkzaamheden
- vaardigheid in het coördineren van zorg tussen zorgverleners en toegewezen patiënten binnen en buiten de eigen discipline
- vaardigheid in het geven van instructies aan en begeleiden van zorgassistenten, verzorgenden, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten
- vaardigheid in het geven van klinische lessen

Verpleegkundige IC-9b

Functietypering

1. Doel van de functie

Voeren van de regie over het zorgproces, kwaliteitszorg, zorgvernieuwing en professionalisering binnen een werkeenheid en het bijhouden van de expertise in de uitvoering van zorg door het zorgdragen voor de intensieve, multi-/ interdisciplinaire verpleegkundige zorg aan een groep (somatisch en niet-somatisch zieke) patiënten.

2. Resultaatgebieden

1. *Coördinatie en organisatie van zorg*

- wijst patiënten toe aan andere verpleegkundigen / verzorgenden in de eigen werkeenheid
- geeft operationele sturing houdt toezicht op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan
- coördineert de zorg tussen zorgverleners en patiënten, binnen en buiten de eigen discipline
- organiseert de eigen taken rond toegewezen patiënten

2. *Kwaliteitszorg*

- initieert en draagt bij aan de ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg
- draagt zorg voor de invoering van nieuwe werkwijzen in de eigen werkeenheid
- bewaakt de naleving van standaardprocedures en infectiepreventie in de eigen werkeenheid
- draagt zorg voor het opleidingsplan in de IC-praktijk

3. *Onderwijs, deskundigheidsbevordering en coaching*

- werkt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten in
- begeleidt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen arts-assistenten, collega's uit (para-)medische disciplines bij de uitvoering van hun werkzaamheden
- verzorgt klinische lessen m.b.t. de eigen zorgpraktijk
- treedt op als deskundige ten aanzien van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen (wondverzorging e.d.)

4. *Onderzoek*

- genereert onderzoeksvragen
- verzamelt gegevens voor (wetenschappelijk) onderzoek
- draagt bij aan de vertaling van resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek naar de praktijk
- coördineert de implementatie van onderzoeksresultaten in de eigen werkeenheid

5. *Beheer*

- verzorgt bedrijfsvoeringstaken op het gebied van personeelsbeheer (arbozorg, roosters e.d.)
- draagt zorg voor beheer van voorraden verpleeg- en medische artikelen

6. *Beleid*

- signaleert ontwikkelingen en knelpunten in de praktijk
- doet voorstellen voor verbetering van de werkwijze in de eigen werkeenheid
- draagt bij aan de ontwikkeling van beleid van de werkeenheid op het gebied van verpleegkundige zorg
- draagt zorg voor de implementatie van beleid in de eigen werkeenheid

7. Planning en uitvoering zorgtaken

- zorgt bij het plannen van verpleegkundige zorg voor afstemming en integratie met andere disciplines, van vóór opname tot ná ontslag (ketenzorg)
- stelt het verpleegplan op (incl. verpleegkundige anamnese, diagnose, handelingen en doelen op basis van verzamelen en interpreteren van parametrie (o.a. vitale functies) en laboratoriumwaarden en lichamelijk onderzoek, met name m.b.t. ademhaling en circulatie)
- voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van procedures
- informeert patiënten en hun relaties over diagnostiek en behandeling (incl. medicatie en mogelijke bijwerkingen)
- registreert effecten van (medische en verpleegkundige) interventies en evalueert en actualiseert het verpleegplan
- treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand, ook wanneer geen standaardprocedures / standaardhandelingen voorhanden zijn
- stabiliseert vitaal bedreigde patiënten, anticiperend op een medische diagnose

3. Speelruimte

- De functionaris legt verantwoording af aan de leidinggevende over de regie over het zorgproces, de kwaliteitszorg, zorgvernieuwing en professionalisering.
- De belangrijkste kaders worden gevormd door protocollen, procedures en vastgesteld beleid van de werkeenheden.
- De functionaris neemt beslissingen over de coördinatie en organisatie van intensieve, multi-/ interdisciplinaire zorg, over de uitvoering van kwaliteitsbewaking en professionalisering binnen de eigen werkeenheden, over de inhoud van eigen bijdragen aan kwaliteitszorg, onderzoek, onderwijs en beleid, over het stabiliseren van vitaal bedreigde patiënten en over het plannen en uitvoeren van verpleegplannen.

4. Contacten

- Met andere verpleegkundigen, verzorgenden en zorgassistenten om verpleegplannen te bespreken c.q. aanwijzingen te geven over de uitvoering van zorgtaken.
- Met relaties van patiënten en patiënten om hen te informeren over verpleegkundige zorg, diagnostiek en behandeling en hen te begeleiden.
- Met patiënten om hen te informeren over wijzen van bevordering van zelfzorg.
- Met medewerkers uit de eigen en andere disciplines om informatie uit te wisselen over zorgverlening, professionele ontwikkeling en zorgvernieuwing.
- Met nieuwe medewerkers, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten om hen instructies te geven.
- Met medewerkers uit de eigen en andere disciplines om klinische lessen te geven en / of hen te begeleiden.

5. Kennis

- kennis van methoden en technieken van verpleegkunde in het kader van intensieve, multi-/ interdisciplinaire zorg
- diepgaande kennis van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen
- kennis van protocollen, standaarden, procedures en voorschriften
- kennis van kwaliteitsdenken en professionalisering
- kennis van ontwikkelingen in de verpleegkundige zorg
- kennis van het AZ / UMC
- kennis van de eigen werkeenheden
- kennis van methoden van instructie en begeleiding

6. Vaardigheden

- vaardigheid in plannen van multi-/ interdisciplinaire zorg
- vaardigheid in het begeleiden van patiënten en hun relaties
- vaardigheid in het verzamelen en interpreteren van gegevens rond vitale functies en lichamelijk onderzoek
- vaardigheid in het opstellen van verpleegplannen in het kader van intensieve, multi-/ interdisciplinaire zorg
- vaardigheid in het uitvoeren van verpleegplannen en verpleegkundige interventies
- vaardigheid in het systematisch registreren van verpleegkundige interventies
- vaardigheid in het plannen, verdelen en bewaken van werkzaamheden
- vaardigheid in het coördineren van zorg tussen zorgverleners en patiënten binnen en buiten de eigen discipline
- vaardigheid in het vertalen en implementeren van nieuwe inzichten en werkwijzen in de praktijk van eigen werkeenheden
- vaardigheid in het geven van instructies aan en begeleiden/ coachen van zorgassistenten, verzorgenden, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten
- vaardigheid in het geven van klinische lessen

Bijlage 2 Planning en Werkgroepleden

Weeknr.	33 (10/8)	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44 (30/10)
Onderdeel 1												
Opstellen functiebeeld 2020 en toekomst												
Onderdeel 2												
Uitvoeren functiewaardering												
Onderdeel 3												
Rapportage												
Werkgroepoverleg A			25-aug				24-sep		8-okt		3-nov	
Werkgroepoverleg B (Wefaz)			27-aug				22-sep		8-okt		3-nov	
Afstemming NFU (Michiel Kahmann & Brenda Hoff)			28-aug			18-sep		2-okt		16-okt		6-nov

afsluitende bijeenkomst heeft op 10 november 2020 plaatsgevonden

Werkgroep A

IC verpleegkundigen

leden	UMC
Ruth Heijnen-Paris	MUMC+
Wim Reuvers	MUMC+
Cynthia van Amerongen	AMC
Simone Kok	VUmc
Diana Kauffeld	Erasmus MC
Lisette van Hees	Radboudumc
Ivon Hogendoorn	UMC Utrecht
Sander Nijborg	UMCG
Alie Prins	UMCG
Lennard Pennekamp	LUMC
Maloe Dreis	Radboudumc
Arienne Bogaert	AMC
Janine Dullaert	AMC
Thomas Smits	VUmc

Werkgroep B

Functiewaarderingsdeskundigen

leden	UMC
Joyce van Rossum	LUMC
Serena Sterkenburg	LUMC
Lea Geersing	UMC Utrecht
Piet van Herk	Erasmus MC
Cees Knotterus	VUmc
Romy Geldof	Radboudumc
Corine Maters	UMCG
Toos Offermanns	MUMC+
Marc Plaisier	AMC

Bijlage 3 Vragenlijst Taken en ontwikkelingen IC-verpleegkundige

Uitnodigingsteksten voor de vragenlijst en privacy verklaring zijn op aanvraag beschikbaar.

[Start vragenlijst]

In welk UMC werkt u?	Amsterdam UMC, locatie VUmc Amsterdam UMC, locatie AMC Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) Maastricht UMC+ (MUMC+) Radboudumc Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) Anders, namelijk
Op welke afdeling bent u werkzaam?	1. IC volwassenen 2. IC-kinderen 3. Neonatologie IC Anders, namelijk....
<p>Wat is uw functie?</p> <p>Het kan zijn dat u een andere functiebenaming hanteert, dan de drie genoemde normfuncties. Gezien het doel van het onderzoek verzoeken wij u dan toch een keuze te maken uit een van de drie genoemde normfuncties.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. IC-verpleegkundige (schaal) 8b 2. IC-verpleegkundige (schaal) 9a 3. IC-verpleegkundige (schaal) 9b 4. Leidinggevende/management 5. Anders, namelijk (open invulveld)
Wat is uw geslacht?	Man/vrouw
	Getal 18-80
Hoeveel jaar bent u werkzaam in uw huidige functie?	Getal 0-60
	Getal 0-60

[Deel 1: taken]

U start nu met het eerste deel van de vragenlijst over de taken. Bij de vraag in hoeverre een taak nu onderdeel uitmaakt van uw functie, willen we u vragen uit te gaan van de werkelijke situatie (en niet de gewenste). Ook vragen wij u hierbij de situatie in januari 2020 (voor de coronacrisis) als uitgangspunt te nemen.

De taken die nu volgen zijn gebaseerd op de huidige functieprofielen 8b, 9a en 9b. Het kan zijn dat u meer of andere taken uitvoert dan de taken waar wij naar vragen. Om een goed beeld te krijgen van uw huidige functie, is het van belang dat u deze taken aan het eind van deel 1 van de vragenlijst toevoegt.

	In welke mate maakt deze taak <u>nu (peildatum januari 2020)</u> onderdeel uit van uw functie? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>	In welke mate verwacht u dat deze taak <u>over 3 tot 5 jaar</u> onderdeel uitmaakt van uw functie? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>
Planning en uitvoering zorgtaken		
Stelt het verpleegplan op (inclusief verpleegkundige anamnese, diagnose, handelingen en doelen op basis van verzamelen en interpreteren van parametrie)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van standaardprocedures	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van procedures	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Zorgt bij het plannen van verpleegkundige zorg voor de eigen patiënten voor afstemming	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate maakt deze taak <u>nu (peildatum januari 2020)</u> onderdeel uit van uw functie? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>	In welke mate verwacht u dat deze taak <u>over 3 tot 5 jaar</u> onderdeel uitmaakt van uw functie? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>
en integratie met andere disciplines, van vóór opname tot ná ontslag (ketenzorg)		
Informeert patiënten en hun relaties over diagnostiek en behandeling	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Registreert effecten van (verpleegkundige) interventies en actualiseert het verpleegplan	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand op basis van standaardprocedures/ standaardhandelingen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand, ook wanneer geen standaardprocedures/ standaardhandelingen voorhanden zijn	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Stabiliseert vitaal bedreigde patiënten, anticiperend op een medische diagnose	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate maakt deze taak <u>nu (peildatum januari 2020)</u> onderdeel uit van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)	In welke mate verwacht u dat deze taak <u>over 3 tot 5 jaar</u> onderdeel uitmaakt van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)
Coördinatie en organisatie van zorg		
Organiseert de eigen taken rond toegewezen patiënten	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Stemt afwijkingen in de dagelijkse zorgpraktijk of zorgverlening met collega's af	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Verzorgt de overdracht van patiënten m.b.t. verpleegkundige zorg	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Geeft operationeel sturing en houdt toezicht op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheid gedurende de dienst	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Coördineert de zorg tussen zorgverleners en toegewezen patiënten, binnen en buiten de eigen discipline	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Kwaliteitszorg		
Draagt bij aan de aanpassing en/of ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate maakt deze taak <u>nu</u> (peildatum januari 2020) onderdeel uit van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)	In welke mate verwacht u dat deze taak <u>over 3 tot 5 jaar</u> onderdeel uitmaakt van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)
standaarden) voor verpleegkundige zorg		
Initieert en draagt bij aan de ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Draagt zorg voor de invoering van nieuwe werkwijzen in de eigen werkeenheid	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bewaakt de naleving van standaardprocedures en infectiepreventie in de eigen werkeenheid	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Volgt bij- en nascholing	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Initieert en draagt zorg voor de eigen bij- en nascholing	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Draagt zorg voor het opleidingsplan in de IC-praktijk	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Onderwijs, deskundigheidsbevordering en coaching		
Werkt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten in	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate maakt deze taak <u>nu (peildatum januari 2020)</u> onderdeel uit van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)	In welke mate verwacht u dat deze taak <u>over 3 tot 5 jaar</u> onderdeel uitmaakt van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)
Begeleidt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten bij de uitvoering van hun werkzaamheden	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Verzorgt klinische lessen m.b.t. de eigen zorgpraktijk	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Treedt op als deskundige ten aanzien van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen (wondverzorging e.d.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Onderzoek		
Genereert praktijkvragen voor (wetenschappelijk) onderzoek	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Verzamelt gegevens voor (wetenschappelijk) onderzoek	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Draagt bij aan de vertaling van resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek naar de praktijk	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Coördineert de implementatie van onderzoeksresultaten in de eigen werkeenheden	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate maakt deze taak <u>nu</u> (peildatum januari 2020) onderdeel uit van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)	In welke mate verwacht u dat deze taak <u>over 3 tot 5 jaar</u> onderdeel uitmaakt van uw functie? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)
Beheer		
Signaleert afname van voorraden verpleeg- en medische artikelen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Bestelt artikelen en bergt artikelen op	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Draagt zorg voor onderhoud van voor het eigen werk benodigde apparatuur e.d.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Verzorgt bedrijfsvoeringstaken op het gebied van personeelsbeheer (arbozorg, roosters e.d.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Beleid		
Signaleert knelpunten in de eigen werkeenheid	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Doet voorstellen voor verbetering van de werkwijze in de eigen werkeenheid	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Draagt bij aan de ontwikkeling van beleid van de werkeenheid op het gebied van verpleegkundige zorg	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Draagt zorg voor de implementatie van beleid in de eigen werkeenheid	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate maakt deze taak <u>nu (peildatum januari 2020)</u> onderdeel uit van uw functie? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>	In welke mate verwacht u dat deze taak <u>over 3 tot 5 jaar</u> onderdeel uitmaakt van uw functie? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>
Voert u – naast de genoemde taken – nog meer of andere taken uit?	Ja/nee	
Indien er nog meer of andere taken zijn die u binnen uw functie als IC-verpleegkundige uitvoert, verzoeken we u deze hier invullen.	Versijnt indien ja op vorige vraag. Open invulveld (tekst, verplicht)	Open invulveld (tekst, niet verplicht)

[Deel 2: ontwikkelingen]

Dit is het einde van het eerste gedeelte van de vragenlijst over de taken die u nu en in de toekomst uitvoert. U gaat nu verder met het tweede deel van de vragenlijst over de ontwikkelingen en de impact daarvan op uw werk. De ontwikkelingen zijn gebaseerd op het structurele onderzoek naar trends en ontwikkelingen van de R&D-afdeling van FWG.

	In welke mate raakt deze ontwikkeling <u>op dit moment (peildatum januari 2020)</u> uw werk ? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>	In welke mate verwacht u dat deze ontwikkeling <u>de komende 3 tot 5 jaar</u> uw werk zal raken? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>
Het steeds meer werken met evidence based	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate raakt deze ontwikkeling op dit moment (peildatum januari 2020) uw werk ? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)	In welke mate verwacht u dat deze ontwikkeling de komende 3 tot 5 jaar uw werk zal raken? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)
protocollen (bijv. nurse driven protocollen)		
Toename van (frequentie van) nieuwe protocollen en procedures of aanpassingen hierop en veranderde werkomstandigheden	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Toenemende caseload (aantal patiënten)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Toenemende privacy en strengere richtlijnen voor hygiëne en patiëntveiligheid.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Toenemende complexiteit patiëntenzorg (complexere zorgvragen, groter wordende groep oudere patiënten, co-morbiditeit, meer agressie)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
De toenemende inzet van de Verpleegkundig Specialist, Physician	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	<p>In welke mate raakt deze ontwikkeling op dit moment (peildatum januari 2020) uw werk ?</p> <p><i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i></p>	<p>In welke mate verwacht u dat deze ontwikkeling de komende 3 tot 5 jaar uw werk zal raken?</p> <p><i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i></p>
Assistant, Ventilation Practitioner, Circulation Practitioner, Renal Practitioner, Neural Practitioner op de IC		
De toenemende inzet van de consultatief IC-verpleegkundige (CIV) op de IC	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
De aangescherpte eisen voor beschikbaarheid (24/7) van intensivisten voor level 3 IC's	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Toename van het risico op besmetting en het werken met beschermingsmiddelen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
De toegenomen gemiddelde ligduur/doorloopsnelheid van patiënten	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Regionale samenwerking neemt toe (de juiste zorg op de juiste plek)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate raakt deze ontwikkeling op dit moment (peildatum januari 2020) uw werk ? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)	In welke mate verwacht u dat deze ontwikkeling de komende 3 tot 5 jaar uw werk zal raken? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)
Toename van het 'samen beslissen': gesprekken voeren over levenseinde; afwegen waarden (value based healthcare)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Steeds meer oog voor langetermijneffecten van IC-opnames (revalidatie en nazorg na IC, post-IC syndrome)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
De veranderende rol van de IC-verpleegkundige van uitvoerder naar regievoerder	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Toename van digitalisering, zoals het werken met een EPD	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Het toepassen van andere/nieuwe (operatie)technieken (bijv. kijkoperatie met 3D-techniek, 3D-babyscan, robotchirurgie, hybride opereren/OK)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate raakt deze ontwikkeling op dit moment (peildatum januari 2020) uw werk ? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>	In welke mate verwacht u dat deze ontwikkeling de komende 3 tot 5 jaar uw werk zal raken? <i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i>
Het gebruik van big data analyse om het aantal IC-opnamen – en daarmee de benodigde inzet van IC-verpleegkundigen – te voorspellen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
De inzet algoritmen en Artificial Intelligence (AI) bij beslissingen op de IC, zowel m.b.t. diagnostiek als behandeling	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Het gebruik van telehealth die 24-uurs-patiëntbewaking (met minder personeel) mogelijk maken	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Robots die steriele medicatie bereiden	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Toename contact met familie van de patiënt (denk aan verwachtingen en informatiebehoefte , videobellen, , assertievere familie,	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	In welke mate raakt deze ontwikkeling op dit moment (peildatum januari 2020) uw werk ? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)	In welke mate verwacht u dat deze ontwikkeling de komende 3 tot 5 jaar uw werk zal raken? (1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)
maar ook aan Family Centered Intensive Care)		
Meer vakinhoudelijke kennisuitwisseling met internationale collega's	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Meer ruimte voor vakmanschap en vertrouwen	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Meer moreel beraad, intervisie en supervisie	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Toenemende ambitie/wens voor invloed van de IC-verpleegkundigen aan de bestuurstafel	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Flexibilisering: denk aan een pool waarin bijvoorbeeld IC-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen afwisselend op de IC en op de ambulance worden ingezet	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Indien er nog meer ontwikkelingen zijn die	Open invulveld (tekst, niet verplicht)	Open invulveld (tekst, niet verplicht)

	<p>In welke mate raakt deze ontwikkeling <u>op dit moment</u> (<u>peildatum januari 2020</u>) uw werk ?</p> <p><i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i></p>	<p>In welke mate verwacht u dat deze ontwikkeling <u>de komende 3 tot 5 jaar</u> uw werk zal raken?</p> <p><i>(1 = helemaal niet, 9 = in zeer grote mate)</i></p>
<p>uw werk nu of in de toekomst raken, kunt u deze hier invullen. Dit is tevens de laatste vraag van de vragenlijst!</p>		

[Afsluitende tekst vragenlijst]

Bijlage 4 Tabel 1 Resultaten vragenlijst taken IC verpleegkundige, naar normfunctie

Geel = taken die volgens de huidige normfunctieteksten niet bij de betreffende normfunctie horen

Lichtrood = over deze taken bestaat geen consensus tussen de respondenten

	Normfunctie 8b (n=23)				Normfunctie 9a (n=528)				Normfunctie 9b (n=70)				TOTALE DATASET incl leidinggevendenden (n=653)			
	Me diaa n	Gemi ddeld e	Aantal score 1 (N)	Disagree ment index	Me diaa n	Gemi ddeld e	Aantal score 1 (N)	Disagree ment index	Me diaa n	Gemi ddeld e	Aantal score 1 (N)	Disagree ment index	Me diaa n	Gemi ddeld e	Aantal score 1 (N)	Disagree ment index
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Stelt het verpleegplan op (inclusief verpleegkundige anamnese, diagnose, handelingen en doelen op basis van verzamelen en interpreteren van parametrie)	8	7	2	0,37	8	7,33	11	0,29	7,5	7,11	1	0,22	8	7,23	19	0,29
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	8	7,39	2	0,19	8	7,58	11	0,29	8	7,41	2	0,29	8	7,49	20	0,29
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van standaardprocedures	8	7,43	2	0,29	8	7,41	10	0,29	7	7,13	1	0,16	8	7,31	19	0,29
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	8	7,43	2	0,29	8	7,53	12	0,29	7,5	7,19	1	0,29	8	7,41	20	0,29
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Voert het verpleegplan uit aan de hand van combinaties van procedures	9	7,65	2	0,19	8	7,6	10	0,29	8	7,26	1	0,16	8	7,5	19	0,29

Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	9	7,65	2	0,29	8	7,74	11	0,29	8	7,66	1	0,29	8	7,66	19	0,29
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Zorgt bij het plannen van verpleegkundige zorg voor de eigen patiënten voor afstemming en integratie met andere disciplines, van vóór opname tot ná ontslag (ketenzorg)	8	7,09	0	0,59	8	7,12	15	0,29	7	6,47	3	0,37	8	7	21	0,49
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	9	7,48	0	0,37	8	7,37	9	0,29	8	7,04	3	0,21	8	7,29	15	0,29
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Informeert patiënten en hun relaties over diagnostiek en behandeling	8	7,52	0	0,29	8	7,77	5	0,29	8	7,34	2	0,16	8	7,64	10	0,29
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	8	7,91	0	0,13	8	7,88	4	0,13	8	7,51	2	0,21	8	7,78	10	0,13
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Registreert effecten van (verpleegkundige) interventies en actualiseert het verpleegplan	9	8	1	0,13	8,5	8,06	2	0,13	8	7,86	1	0,13	8	7,96	6	0,13
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	9	8	1	0,13	9	8,17	4	0,13	8	8,06	0	0,13	9	8,07	8	0,13
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand op	9	8,22	0	0,05	9	8,36	3	0,13	8	7,99	1	0,13	9	8,23	5	0,13

basis van standaardprocedures/sta ndaardhandelingen																	
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	9	8,35	0	0,05	9	8,35	4	0,13	9	8,17	1	0,13	9	8,25	9	0,13	
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Treedt, in afwachting van de arts, op bij veranderingen in de gezondheidstoestand, ook wanneer geen standaardprocedures/sta ndaardhandelingen voorhanden zijn	9	8,13	0	0,05	9	8,28	1	0,13	8	7,83	1	0,13	9	8,13	5	0,13	
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	9	8,22	0	0,05	9	8,33	2	0,13	9	8	1	0,13	9	8,21	7	0,13	
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Nu Stabiliseert vitaal bedreigde patiënten, anticiperend op een medische diagnose	9	8,3	0	0,05	9	8,56	1	0,13	9	8,33	0	0,13	9	8,47	2	0,13	
Planning_en_uitvoering_z orgtaken: Over 3 tot 5 jaar	9	8,39	0	0,05	9	8,58	2	0,00	9	8,47	0	0,13	9	8,51	4	0,00	
Coördinatie_en_organisat ie van zorg: Nu Organiseert de eigen taken rond toegewezen patiënten	9	8,7	0	0,00	9	8,57	0	0,13	8	8,23	0	0,13	9	8,48	2	0,13	
Coördinatie_en_organisat ie van zorg: Over 3 tot 5 jaar	9	8,7	0	0,00	9	8,44	4	0,13	9	8,34	0	0,13	9	8,39	6	0,13	
Coördinatie_en_organisat ie van zorg: Nu Stemt afwijkingen in de	9	8,52	0	0,05	9	8,34	0	0,13	8	8,14	0	0,13	9	8,28	2	0,13	

dagelijkse zorgpraktijk of zorgverlening met collega's af																	
Coördinatie_en_organisatie van zorg: Over 3 tot 5 jaar	9	8,48	0	0,05	9	8,31	3	0,13	8,5	8,29	0	0,13	9	8,29	4	0,13	
Coördinatie_en_organisatie van zorg: Nu Verzorgt de overdracht van patiënten m.b.t. verpleegkundige zorg	9	8,87	0	0,00	9	8,65	0	0,00	9	8,37	0	0,13	9	8,59	2	0,00	
Coördinatie_en_organisatie van zorg: Over 3 tot 5 jaar	9	8,91	0	0,00	9	8,56	3	0,00	9	8,4	0	0,13	9	8,51	5	0,00	
Coördinatie_en_organisatie van zorg: Nu Geeft operationeel sturing en houdt toezicht op het verpleegkundig zorgproces en de uitvoering daarvan binnen de werkeenheden gedurende de dienst	9	8,13	1	0,00	9	8,16	1	0,13	8	8,21	0	0,13	9	8,15	3	0,13	
Coördinatie_en_organisatie van zorg: Over 3 tot 5 jaar	9	8,65	0	0,00	9	8,3	4	0,13	9	8,37	0	0,13	9	8,32	5	0,13	
Coördinatie_en_organisatie van zorg: Nu Coördineert de zorg tussen zorgverleners en toegewezen patiënten, binnen en buiten de eigen discipline	8	7,52	1	0,19	8	7,78	3	0,29	8	7,47	1	0,21	8	7,71	7	0,29	

Coördinatie_en_organisatie van zorg: Over 3 tot 5 jaar	8	7,96	0	0,13	8	8,02	4	0,13	8	7,69	2	0,13	8	7,98	7	0,13
Kwaliteitszorg: Nu Draagt bij aan de aanpassing en/of ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg	6	5,78	2	0,52	7	6,98	10	0,37	8	7,3	0	0,29	7	6,97	13	0,37
Kwaliteitszorg: Over 3 tot 5 jaar	8	7,26	0	0,16	8	7,48	7	0,29	8	7,51	1	0,29	8	7,47	9	0,29
Kwaliteitszorg: Nu Initieert en draagt bij aan de ontwikkeling van standaardprocedures (protocollen, richtlijnen en standaarden) voor verpleegkundige zorg	6	6,04	2	0,65	7	6,86	13	0,37	8	7,19	1	0,49	7	6,88	17	0,37
Kwaliteitszorg: Over 3 tot 5 jaar	8	7,43	0	0,16	8	7,35	9	0,29	8	7,43	0	0,29	8	7,38	10	0,29
Kwaliteitszorg: Nu Draagt zorg voor de invoering van nieuwe werkwijzen in de eigen werkeenheden	7	6,17	2	0,65	7	6,93	7	0,37	8	7,44	0	0,29	7	6,97	10	0,37
Kwaliteitszorg: Over 3 tot 5 jaar	8	7,48	0	0,16	8	7,38	6	0,29	8	7,74	0	0,29	8	7,44	7	0,29
Kwaliteitszorg: Nu Bewaakt de naleving van standaardprocedures en infectiepreventie in de eigen werkeenheden	8	7,74	0	0,12	8	7,8	1	0,29	8	7,66	0	0,16	8	7,75	2	0,29
Kwaliteitszorg: Over 3 tot 5 jaar	8	8,04	0	0,13	8	7,99	2	0,13	8	7,9	0	0,13	8	7,97	3	0,13

Kwaliteitszorg: Nu Volgt bij- en nascholing	9	8,04	1	0,13	9	8,11	2	0,13	9	8,19	0	0,13	9	8,11	4	0,13
Kwaliteitszorg: Over 3 tot 5 jaar	9	8,52	0	0,13	9	8,29	2	0,13	9	8,3	0	0,13	9	8,3	3	0,13
Kwaliteitszorg: Nu Initieert en draagt zorg voor de eigen bij- en nascholing	7	7,13	0	0,37	8	7,57	1	0,29	8	7,71	0	0,29	8	7,55	2	0,29
Kwaliteitszorg: Over 3 tot 5 jaar	8	8,13	0	0,13	8	7,89	2	0,13	8	8,09	0	0,13	8	7,92	3	0,13
Kwaliteitszorg: Nu Draagt zorg voor het opleidingsplan in de IC-praktijk	5	4,61	3	1,21	7	6,27	30	0,65	7	6,06	4	0,65	7	6,17	40	0,65
Kwaliteitszorg: Over 3 tot 5 jaar	6	5,96	1	0,58	7	6,63	25	0,37	7	6,5	3	0,45	7	6,58	32	0,37
Onderwijs_deskundigheid_sbevordering_en_coaching: Nu Werkt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten in	9	7,48	1	0,29	9	8,38	0	0,13	8,5	8,1	0	0,13	9	8,26	3	0,13
Onderwijs_deskundigheid_sbevordering_en_coaching: Over 3 tot 5 jaar	9	8,48	0	0,05	9	8,48	2	0,13	9	8,23	1	0,13	9	8,4	6	0,13
Onderwijs_deskundigheid_sbevordering_en_coaching: Nu Begeleidt o.a. medewerkers van het eigen functieniveau, stagiaires, leerlingen en arts-assistenten bij de uitvoering van hun werkzaamheden	9	7,48	0	0,29	9	8,37	1	0,13	8	8,07	0	0,13	9	8,25	3	0,13

Onderwijs_deskundigheid sbevordering_en_coachin g: Over 3 tot 5 jaar	9	8,52	0	0,05	9	8,46	2	0,13	9	8,26	1	0,13	9	8,4	5	0,13
Onderwijs_deskundigheid sbevordering_en_coachin g: Nu Verzorgt klinische lessen m.b.t. de eigen zorgpraktijk	5	4,78	5	1,66	7	6,18	35	0,65	7	6,56	4	0,37	7	6,17	47	0,65
Onderwijs_deskundigheid sbevordering_en_coachin g: Over 3 tot 5 jaar	7	6,26	1	0,39	7	6,83	20	0,37	8	7,24	2	0,16	7	6,85	26	0,37
Onderwijs_deskundigheid sbevordering_en_coachin g: Nu Treedt op als deskundige ten aanzien van bepaalde medisch verpleegkundige handelingen (wondverzorging e.d.)	7	6,39	1	0,52	8	7,39	16	0,29	8	7,19	5	0,29	8	7,3	27	0,29
Onderwijs_deskundigheid sbevordering_en_coachin g: Over 3 tot 5 jaar	8	7,43	0	0,29	8	7,67	10	0,29	8	7,53	4	0,29	8	7,62	19	0,29
Onderzoek: Nu Genereert praktijkvragen voor (wetenschappelijk) onderzoek	4	4,39	7	1,59	5	4,59	98	0,97	4	4,31	15	1,04	5	4,57	120	0,97
Onderzoek: Over 3 tot 5 jaar	7	5,43	3	0,97	6	5,47	78	0,97	5,5	5,14	12	1,15	6	5,46	95	0,97
Onderzoek: Nu Verzamelt gegevens voor (wetenschappelijk) onderzoek	6	5	7	2,42	7	6,21	47	0,65	5,5	5,2	11	1,15	7	6,03	67	0,65
Onderzoek: Over 3 tot 5 jaar	7	5,87	3	1,04	7	6,72	40	0,49	7	5,96	10	0,65	7	6,59	56	0,37

Onderzoek: Nu Draagt bij aan de vertaling van resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek naar de praktijk	3	3,74	7	1,06	5	4,64	99	0,97	4	4,19	16	1,04	5	4,56	125	0,97
Onderzoek: Over 3 tot 5 jaar	6	5,04	3	1,19	5	5,37	72	0,97	5	5,04	14	1,70	5	5,34	94	0,97
Onderzoek: Nu Coördineert de implementatie van onderzoeksresultaten in de eigen werkeenheden	4	3,35	9	0,75	4	4,34	117	1,04	4	4,01	21	1,06	4	4,31	149	1,04
Onderzoek: Over 3 tot 5 jaar	5	4,7	4	0,50	5	5,08	83	1,70	5	4,7	18	1,61	5	5,07	108	1,70
Beheer: Nu Signaleert afname van voorraden verpleeg- en medische artikelen	6	5,87	2	0,58	7	6,46	30	0,37	7	6,17	4	0,65	7	6,41	37	0,48
Beheer: Over 3 tot 5 jaar	7	6,17	2	0,65	7	6,43	36	0,65	7	6,2	4	0,65	7	6,4	45	0,65
Beheer: Nu Bestelt artikelen en bergt artikelen op	3	3,91	4	0,65	4	4,18	135	1,04	4	4,11	21	1,06	4	4,18	164	1,04
Beheer: Over 3 tot 5 jaar	3	4,04	4	0,65	4	4,22	135	1,04	3	4,09	20	1,61	4	4,21	166	1,04
Beheer: Nu Draagt zorg voor onderhoud van voor het eigen werk benodigde apparatuur e.d.	6	5,61	3	0,73	5,5	5,26	72	1,70	4	4,29	12	1,04	5	5,18	91	1,70
Beheer: Over 3 tot 5 jaar	7	5,87	2	0,79	5	5,27	76	1,61	3,5	4,19	16	1,04	5	5,19	99	1,70
Beheer: Nu Verzorgt bedrijfsvoeringstaken op het gebied van personeelsbeheer (arbozorg, roosters e.d.)	1	2,87	12	0,37	2	3,27	209	0,75	3	3,53	28	0,75	2	3,41	256	0,75

Beheer: Over 3 tot 5 jaar	2	3,13	10	0,49	3	3,57	187	0,75	3	3,77	27	1,09	3	3,68	233	0,75
Beleid: Nu Signaleert knelpunten in de eigen werkeenheden	7	6,83	0	0,37	8	7,53	0	0,29	8	7,56	0	0,16	8	7,52	1	0,29
Beleid: Over 3 tot 5 jaar	8	7,7	0	0,29	8	7,72	2	0,29	8	7,73	0	0,29	8	7,73	3	0,29
Beleid: Nu Doet voorstellen voor verbetering van de werkwijze in de eigen werkeenheden	7	6,91	0	0,37	8	7,47	2	0,16	8	7,56	0	0,16	8	7,46	3	0,16
Beleid: Over 3 tot 5 jaar	8	7,74	0	0,16	8	7,68	3	0,29	8	7,8	0	0,29	8	7,72	4	0,29
Beleid: Nu Draagt bij aan de ontwikkeling van beleid van de werkeenheden op het gebied van verpleegkundige zorg	7	6,65	1	0,29	7	6,77	12	0,37	7	6,91	1	0,16	7	6,82	15	0,37
Beleid: Over 3 tot 5 jaar	8	7,39	0	0,16	8	7,14	10	0,16	8	7,31	1	0,16	8	7,21	12	0,16
Beleid: Nu Draagt zorg voor de implementatie van beleid in de eigen werkeenheden	7	6,48	1	0,39	7	6,43	23	0,37	7	6,8	2	0,16	7	6,52	27	0,37
Beleid: Over 3 tot 5 jaar	8	7,22	0	0,16	7	6,86	19	0,37	8	7,19	2	0,29	8	6,96	22	0,37

Bijlage 5 Tabel 2 Resultaten vragenlijst ontwikkelingen IC verpleegkundige

Lichtrood = mediaan is lager dan een 7 en/of over deze taken bestaat geen consensus tussen de respondenten

	Totale dataset N=653			
	Mediaan	Gemiddelde	Score 1 (N)	Disagreement index (>1 disagree)
Ontwikkelingen_deel1: Nu Het steeds meer werken met evidence based protocollen (bijv. nurse driven protocollen)	7	6,97	8	0,37
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	8	7,97	5	0,13
Ontwikkelingen_deel1: Nu Toename van (frequentie van) nieuwe protocollen en procedures of aanpassingen hierop en veranderde werkomstandigheden	7	7,29	2	0,16
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	8	7,95	3	0,13
Ontwikkelingen_deel1: Nu Toenemende caseload (aantal patiënten)	7	7,25	5	0,16
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	8	7,93	5	0,13
Ontwikkelingen_deel1: Nu Toenemende privacy en strengere richtlijnen voor hygiëne en patiëntveiligheid	8	7,68	2	0,29
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	9	8,26	3	0,13
Ontwikkelingen_deel1: Nu Toenemende complexiteit patiëntenzorg (complexere zorgvragen, groter wordende groep oudere patiënten, co-morbiditeit, meer agressie)	8	7,97	3	0,13
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	9	8,51	5	0,00
Ontwikkelingen_deel1: Nu De toenemende inzet van de Verpleegkundig Specialist, Physician Assistant, Ventilation Practitioner, Circulation Practitioner, Renal Practitioner en Neural Practitioner op de IC	6	5,93	58	0,52
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	8	7,41	15	0,29
Ontwikkelingen_deel1: Nu De toenemende inzet van de consultatief IC-verpleegkundige (CIV) vanuit de IC op andere afdelingen	7	5,78	73	0,79
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	8	7,04	34	0,29

Ontwikkelingen_deel1: Nu De aangescherpte eisen voor beschikbaarheid (24/7) van intensivisten voor level 3 IC's	7	6,45	72	0,65
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	8	6,87	68	0,49
Ontwikkelingen_deel1: Nu Toename van het risico op besmetting en het werken met beschermingsmiddelen	8	7,36	4	0,29
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	9	8	6	0,13
Ontwikkelingen_deel1: Nu De toegenomen gemiddelde ligduur/doorloopsnelheid van patiënten	7	7,23	4	0,16
Ontwikkelingen_deel1: Over 3 tot 5 jaar	8	7,7	4	0,29
Ontwikkelingen_deel2: Nu Regionale samenwerking neemt toe (de juiste zorg op de juiste plek)	7	6,61	4	0,22
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	8	7,65	5	0,29
Ontwikkelingen_deel2: Nu Toename van het 'samen beslissen': gesprekken voeren over levenseinde; afwegen waarden (value based healthcare)	7	6,69	8	0,37
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	8	7,57	7	0,29
Ontwikkelingen_deel2: Nu Steeds meer oog voor langetermijneffecten van IC-opnames (revalidatie en nazorg na IC, post-IC syndrome)	7	6,75	9	0,37
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	8	7,87	4	0,13
Ontwikkelingen_deel2: Nu De veranderende rol van de IC-verpleegkundige van uitvoerder naar regievoerder	7	6,45	19	0,37
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	8	7,83	9	0,13
Ontwikkelingen_deel2: Nu Toename van digitalisering, zoals het werken met een EPD	8	7,87	2	0,29
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	9	8,41	3	0,13
Ontwikkelingen_deel2: Nu Het toepassen van andere/nieuwe (operatie)technieken (bijv. kijkoperatie met 3D-techniek, 3D-babyscan, robotchirurgie, hybride opereren/OK)	7	6,18	46	0,22
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	8	7,33	30	0,29
Ontwikkelingen_deel2: Nu Het gebruik van big data analyse om het aantal IC-opnames – en daarmee de benodigde inzet van IC-verpleegkundigen – te voorspellen	6	5,22	85	0,97
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	8	6,79	38	0,37

Ontwikkelingen_deel2: Nu De inzet van algoritmen en Artificial Intelligence (AI) bij beslissingen op de IC, zowel m.b.t. diagnostiek als behandeling	5	4,61	113	0,97
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	7	6,3	47	0,65
Ontwikkelingen_deel2: Nu Het gebruik van telehealth die 24-uurs-patiëntbewaking (met minder personeel) mogelijk maken	3	3,36	243	0,75
Ontwikkelingen_deel2: Over 3 tot 5 jaar	5	4,96	102	1,70
Ontwikkelingen_deel3: Nu Robots die steriele medicatie bereiden	1	2,59	357	0,29
Ontwikkelingen_deel3: Over 3 tot 5 jaar	5	4,77	98	0,97
Ontwikkelingen_deel3: Nu Toename contact met familie van de patiënt (denk aan verwachtingen en informatiebehoefte, videobellen, assertievere familie maar ook aan Family Centered Intensive Care)	7	6,76	9	0,37
Ontwikkelingen_deel3: Over 3 tot 5 jaar	8	7,92	4	0,13
Ontwikkelingen_deel3: Nu Meer vakinhoudelijke kennisuitwisseling met internationale collega's	4	4,39	91	0,97
Ontwikkelingen_deel3: Over 3 tot 5 jaar	6	6,01	25	0,58
Ontwikkelingen_deel3: Nu Meer ruimte voor vakmanschap en vertrouwen	6	5,73	17	0,52
Ontwikkelingen_deel3: Over 3 tot 5 jaar	7	6,51	12	0,48
Ontwikkelingen_deel3: Nu Meer moreel beraad, intervisie en supervisie	6	5,64	12	0,52
Ontwikkelingen_deel3: Over 3 tot 5 jaar	7	6,76	11	0,37
Ontwikkelingen_deel3: Nu Toenemende ambitie/wens voor invloed van de IC-verpleegkundigen aan de bestuurstafel	5	5,05	61	0,97
Ontwikkelingen_deel3: Over 3 tot 5 jaar	7	6,68	21	0,37
Ontwikkelingen_deel3: Nu Flexibilisering: denk aan een pool waarin bijvoorbeeld IC-verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen afwisselend op de IC en op de ambulance worden ingezet	3	3,72	181	0,65
Ontwikkelingen_deel3: Over 3 tot 5 jaar	6	5,69	62	0,97

