

Het professionele vermogen van verpleegkundigen: 'meer dan wassen'.

Lucia Pistone 4108442

Universiteit Utrecht



Afstudeerscriptie master Publiek Management

2 juli 2018

Eerste lezer: Maurits van Leeuwen, MSc.

Tweede lezer: Dr. Carina Schott.

Voorwoord

Er gaat een luide bel en om mij heen komt iedereen in beweging. Ook ik ga de kamer uit en op de gang zie ik van alle kanten mensen aan komen rennen. Twee collega's nemen het voortouw en gaan de kamer binnen. Dit lijkt misschien de openingsscène van een spannende thriller, maar in werkelijkheid is het een bijna dagelijkse praktijk voor verpleegkundigen. Het omgaan met acute situaties, het bijstaan van patiënten in de meest kwetsbare momenten, maar ook tussendoor de administratie bijhouden, het hoort allemaal bij het verpleegkundige werk. Dat het werk behoorlijk wat van een verpleegkundige vraagt is dan ook evident. In deze complexe werkomgeving zetten verpleegkundigen zich in om de best mogelijke zorg voor de patiënten te leveren, maar tegelijkertijd moeten zij er ook voor waken zichzelf niet over te belasten. Dit vermogen, ook wel professioneel vermogen genoemd, staat in dit onderzoek centraal.

Voor u ligt de scriptie 'Het professionele vermogen van verpleegkundigen: meer dan wassen'. In het onderzoek is gekeken naar het professionele vermogen van verpleegkundigen op de afdeling longziekten in het UMC Utrecht. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen van de master Publiek Management aan de universiteit Utrecht.

Het onderzoek heeft een kwalitatieve insteek, waarbij gefocust is op het vermogen dat van professionals gevraagd wordt en hoe verpleegkundigen dit vermogen zelf ervaren. Dit is gedaan in het kader van een van de grootste verandering in de zorg op dit moment, namelijk de functiedifferentiatie. Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de hulp van mijn begeleiders, Maurits van Leeuwen en Carina Schott, en het UMC Utrecht waar ik de kans gekregen heb dit onderzoek uit te voeren.

Ik wil graag mijn begeleiders bedanken voor de fijne begeleiding en hun ondersteuning tijdens dit afstudeerproces. Dankzij jullie feedback heeft dit onderzoek deze opzet en scherpte gekregen. In het bijzonder wil ik Maurits bedanken omdat zijn begeleiding mij zeer geholpen heeft te groeien in mijn rol als onderzoeker. Ook wil ik de betrokken vanuit het UMC Utrecht bedanken, waaronder Liesbeth van Rensen, Eline de Kok en de afdeling Longziekten. Door hun betrokkenheid en ondersteuning is het mogelijk geworden dit onderzoek uit te voeren. Ik wil hen dan ook hartelijk danken voor dit unieke kijkje in de keuken van het ziekenhuis. Mijn partner in dit traject, Dala Taks, wil ik bedanken voor de fijne samenwerking. Tevens wil ook alle participanten die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek bedanken, zonder hun openheid en tijd had ik dit onderzoek nooit kunnen voltooien.

Tot slot wil ik mijn ouders en vrienden bedanken voor de morele ondersteuning en wijze raad die ik van hen in dit proces heb mogen ontvangen. Dit heeft mijn geholpen dit onderzoek tot een goed einde te brengen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Lucia Pistone
Utrecht, 2 juli 2018.

Abstract

Het verpleegkundig werk wordt steeds complexer en uitdagender, door de technologische innovaties, veranderde maatschappelijke verwachtingen en toenemende werkdruk door personeelstekorten. Om aan de sluiten bij deze complexe werkomgeving wordt in het verpleegkundig beroep, door onder ander de functiedifferentiatie, geprofessionaliseerd. Tot op heden is in dit proces veel aandacht besteed aan het formuleren van de beleidsvisie, waarin het vermogen van de verpleegkundige om met de complexiteit en spanning van de zorg om te gaan, ook wel professioneel vermogen genoemd, staat beschreven. Er is echter nog geen aandacht besteed aan het huidige professionele vermogen van verpleegkundigen. In dit onderzoek staat daarom de volgende onderzoeksvraag centraal: *Hoe verhoudt het gevraagde professionele vermogen zich tot het huidige professionele vermogen van verpleegkundigen*. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden wordt het gevraagde vermogen onderzocht door een documentanalyse en de huidige invulling door interviews en observaties.

Uit het onderzoek blijkt dat het huidige professionele vermogen niet overeenkomt met het gevraagde professionele vermogen. In de documenten worden verschillende competentiegebieden beschreven waarvoor een vermogende verpleegkundige wordt gevraagd, maar verpleegkundigen beleven een reactief vermogen in plaats van een proactief vermogen. Het huidige professionele vermogen wordt vooral ingevuld als het omgaan met de complexiteit en spanning die bij het werk horen, maar nog niet als het vermogen deze te controleren en te veranderen. Om vorm te geven aan de verpleegkundige professionaliteit als meer dan wassen moeten verpleegkundigen vooral het proactieve vermogen gaan ontwikkelen om zo te voldoen aan het gevraagde professionele vermogen.

Keywords: professionaliteit, professionalisering, professioneel vermogen, kwalitatief, verpleegkundigen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Abstract.....	3
1. Inleiding.....	6
Leeswijzer.....	8
2. Theoretisch kader.....	9
2.1 Professionaliteit.....	9
Traditionele visie op professionaliteit.....	9
Nieuwe visie op professionaliteit.....	10
2.2 Professionalisering.....	11
De ontwikkeling van de verpleegkundige professionaliteit.....	11
2.3 Professioneel vermogen.....	12
Verpleegkundige als vermogende professionals.....	13
3. Methode.....	15
3.1 Onderzoeksdesign.....	15
3.2 Onderzoeksmethoden.....	16
Documentanalyse.....	16
Interviews.....	16
Observaties.....	17
3.3 Beoordelingscriteria.....	18
4. Context.....	20
5. Resultaten en analyse.....	22
5.1 Het gevraagde professionele vermogen.....	22
Een nieuwe taakomschrijving.....	22
Speciale rol voor hbo-opgeleide verpleegkundige.....	23
5.2 Het huidige professionele vermogen.....	24
5.2.1 Beschrijving van het werk.....	24
5.2.2 Invulling van het professionele vermogen.....	27
5.2.3 De verschillen tussen opleidingsniveaus.....	32
5.3 De overeenkomsten en verschillen.....	33
6. Conclusie en discussie.....	35
6.1 Beantwoording deelvragen.....	35
Deelvraag 1: Hoe wordt invulling gegeven aan professioneel vermogen in de documenten omtrent de functiedifferentiatie?.....	35
Deelvraag 2: Hoe geven verpleegkundigen invulling aan professioneel vermogen?.....	35

Deelvraag 3: Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de invullingen vanuit de documenten en de invulling van verpleegkundigen?	36
6.2 Beperking	37
6.3 Beantwoording hoofdvraag	38
6.4 Aanbevelingen	39
Bronnenlijst	41
Bijlage	44
Tabellen	44
Appendix: Loslaten	45
Bijlage 1: Overzicht documenten	46
Bijlage 2: Codeboom documentanalyse	47
Bijlage 3: Participantenlijst	49
Bijlage 4: Topiclijst	50
Bijlage 5: Codeboom interviews	52
Bijlage 6: Aantekeningen observaties	52
Bijlage 7: Transcripten	52

1. Inleiding

Het verpleegkundig beroep lijkt in een vicieuze cirkel terecht gekomen. De grote personeelstekorten zorgen voor een hoge werkdruk en de aangekondigde studentenstop zal dit proces versterken, vreest de beroepsvereniging voor verzorgenden en verpleegkundigen (Volkskrant, 2018). De beroepsvereniging voor verzorgenden en verpleegkundigen, V&VN, waarschuwde al eerder voor de nadelige gevolgen van de personeelsproblematiek met name voor de kwaliteit van zorg (V&VN, 2017). Zo riep V&VN naar aanleiding van eigen onderzoek op de personeelstekorten en de hoge werkdruk aan te pakken door middel van een noodplan (NOS, 2017). Niet alleen de hoge werkdruk maakt het werk in de zorg uitdagend, maar ook een stijgende zorgvraag, bezuinigingen, technologische innovatie en strengere handhaving maken dat werken in de zorg steeds complexer wordt (Schouteten, Veld, & Batenburg, 2017, p. 99).

Om aan de sluiten bij de toenemende complexiteit is het verpleegkundig beroep het proces van functiedifferentiatie gestart (V&VN 2020, 2012, p. 4). De formulering van nieuwe beroepsprofielen vormt de eerste stap in dit proces. In de nieuwe beroepsprofielen bevatten de taken, rollen en competenties die nodig zijn om goede zorg te leveren. De beroepsprofielen dienen daarnaast als leidraad voor de opleidingen, om te zorgen dat de verpleegkundigen van de toekomst in staat zijn ondanks deze nieuwe en complexe werkomgeving goede zorg te leveren. Het vermogen dat een professional heeft om met de complexiteit en dynamiek van het werk om te gaan wordt ook wel professioneel vermogen genoemd (Noordegraaf & van Loon, 2017; Noordegraaf, van Loon, Heerema, & Weggemans, 2015b; Van Loon, Heerema, Weggemans, & Noordegraaf, 2016).

De functiedifferentiatie maakt deel uit van een bredere professionaliseringsontwikkeling in het verpleegkundig beroep. De professionalisering kenmerkt zich door de ontwikkeling vakmanschap, de toename van beroepskennis en de positionering van het beroep (Speet & Francke, 2004, p. 5; Ten Hoeven, Jansen, & Roodbol, 2014, p. 296). Het verpleegkundig beroep wordt ondanks deze ontwikkelingen nog niet het imago van een wetenschappelijk en professioneel beroep toegekend (Keogh, 1997, p. 302; Pool, 1977, p. 305; Ten Hoeven et al., 2014, p. 296). Dit kan verklaard worden door de discussie over de concepten professionalisering en professionaliteit (Evans, 2008; Evetts, 1999, 2003, 2013; Fournier, 1999; Freidson, 2001), maar met name de discussie omtrent de professionaliteit van beroepen zoals dat van verpleegkundigen (Brannon, 1994; Evans, 2008; Evetts, 1999; Fournier, 1999; Freidson, 2001; Martin, Armstrong, Herbert, & Dixon-woods, 2015; Muzio & Kirkpatrick, 2011; Noordegraaf & Siderius, 2016; Timmons, 2010; Wilensky, 1964).

Volgens de klassieke visie kan professionaliteit en professionalisering alleen aan een specifieke groep professionals worden toegekend, zoals rechters of artsen. De andere beroepsgroepen voldoen niet aan de essentiële kenmerken van professionaliteit (Fournier, 1999; Freidson, 2001; Wilensky, 1964). De

veranderingen in de gezondheidszorg, het onderwijs en andere publieke diensten zorgen dat er andere eisen aan professionaliteit gesteld worden waardoor het begrip professionaliteit opgerekt wordt (Evetts, 2013, p. 782; Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 1). Dit heeft als gevolg dat ook andere beroepen als professional getypeerd kunnen worden en professionalisering voor steeds meer beroepen aan de orde is (Evetts, 2013, p. 782; Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 1).

In het verpleegkundig beroep wordt door de nieuwe beroepsprofielen een nieuwe professionele handelingswijze geformuleerd. De beroepsprofielen bevatten het gevraagde professionele vermogen van verpleegkundigen. Professionalisering vindt echter pas plaats wanneer deze professionaliteit ook door de professionals zelf beleefd wordt en in overeenstemming met deze professionaliteit handelen (Evans, 2008, p. 28). Beleving wordt ook wel de springplank voor gedrag genoemd, omdat de beleving de acties en handelingen van een individu sturen (Daft & Weick, 1984; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005). Dit betekent voor het proces van functiedifferentiatie dat in de documenten wel beschreven kan worden hoe verpleegkundigen zouden moeten handelen, maar de daadwerkelijke professionalisering vindt pas plaats wanneer dit ook door verpleegkundigen beleefd wordt. Het is echter niet bekend hoe de huidige verpleegkundigen hun professionele vermogen invullen en zo beleven. Om de beleving van het professionele vermogen en zo de professionalisering van verpleegkundigen te kunnen duiden staat in dit onderzoek de volgende vraagstelling centraal:

Hoe verhoudt het gevraagde professionele vermogen zich tot het huidige professionele vermogen van verpleegkundigen?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe wordt invulling gegeven aan professioneel vermogen in de documenten omtrent de functiedifferentiatie?
2. Hoe geven verpleegkundigen invulling aan professioneel vermogen?
3. Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de invulling vanuit de documenten en de invulling van verpleegkundigen?

De vergelijking tussen het gevraagde professionele vermogen en het huidige professionele vermogen is nodig om te kunnen bepalen hoever de professionalisering gevorderd is en waar mogelijk ruimte voor verbetering is. Dit onderzoek biedt op deze manier een kritische blik op de professionaliseringsontwikkeling in het verpleegkundig beroep.

Dit onderzoek sluit door deze kritische blik aan op de wetenschappelijke discussie omtrent professionaliteit en professionalisering. De maatschappelijke en technologische ontwikkelingen in de zorg en andere publieke diensten vragen om een nieuwe invulling van professionaliteit, waardoor inzicht in de vordering van dit proces nuttig is. Bovendien is veel van het onderzoek naar professionaliteit gericht op de klassieke professies, zoals artsen en rechters, maar de professionaliteit van ‘nieuwe’ professies, zoals verpleegkundigen, is minder onderzocht (Brannon, 1994, p. 158; Saks, 2015, p. 863). Ook de focus op professioneel vermogen als kenmerk van professionaliteit maakt dat dit onderzoek een aanvulling biedt. Het concept professioneel vermogen is een relatief nieuw concept en biedt mogelijk nieuwe inzichten omtrent professionaliteit.

Ook biedt dit onderzoek aanvulling op de huidige kennis omtrent professioneel vermogen, omdat dit onderzoek voldoet aan de voornaamste aanbevelingen van Noordegraaf en van Loon, namelijk een andere beroepsgroep en een kwalitatieve methode (2017, p. 21; Van Loon et al., 2016, p. 12). De huidige inzichten omtrent professioneel vermogen zijn gebaseerd op onderzoek bij leerkrachten in het basisonderwijs. Het professioneel vermogen van verpleegkundigen is nog niet onderzocht. De kwalitatieve onderzoeksmethode biedt aanvulling omdat er op deze manier diepgaand inzicht wordt verkregen in de beleving en gedragingen van verpleegkundigen.

Dit onderzoek heeft ook meerwaarde voor de verpleegkundige praktijk. De focus op invulling zorgt voor inzicht in de beleving en gedragingen van verpleegkundigen. Deze inzichten kunnen gebruikt worden in de vorm van passend beleid of interventies in het verdere professionaliseringsproces. Ook is geprobeerd aan de sluiten bij het proces van functiedifferentiatie door in dit onderzoek onderscheid te maken tussen hbo- opgeleide of mbo-opgeleide verpleegkundigen en hun invulling van professioneel vermogen. Dit inzicht kan worden gebruikt om mogelijke verbeterpunten voor dit proces te achterhalen. Zo kunnen de inzichten van dit onderzoek de huidige opzet van het proces ondersteunen of juist weerleggen.

Leeswijzer

Als eerste wordt in hoofdstuk 2 de theoretische achtergrond van dit onderzoek verder uitgediept aan de hand van de concepten: professionaliteit, professionalisering en professioneel vermogen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de onderzoeksopzet verder uiteengezet. In hoofdstuk 4 wordt aanvullende toelichting gegeven over de functiedifferentiatie. De voornaamste bevindingen van dit onderzoek worden, in overeenstemming met de deelvragen, uiteengezet in hoofdstuk 5. In paragraaf 5.1 worden de bevindingen omtrent het gevraagde professionele vermogen gegeven. Vervolgens wordt in paragraaf 5.2 het huidige professionele vermogen toegelicht aan de hand van de thema's: beschrijving van werk, invulling professioneel vermogen en de verschillen tussen verpleegkundigen. Het gevraagde professionele vermogen en het huidige professionele vermogen worden in paragraaf 5.3 met elkaar vergeleken. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 de conclusie en discussie van dit onderzoek gegeven.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de theoretische achtergrond van dit onderzoek gegeven. Allereerst wordt de discussie omtrent professionaliteit toegelicht, waarin de traditionele visie en de nieuwe visie uiteen worden gezet. Vervolgens wordt aandacht besteed aan het concept professionalisering en de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep. Tot slot wordt het centrale onderzoeksconcept professioneel vermogen beschreven.

2.1 Professionaliteit

De definiëring van professionaliteit en professionalisering is al lange tijd onderdeel van de wetenschappelijk discussie, waarbij aan deze begrippen verschillende invullingen worden gegeven (Evans, 2008; Evetts, 1999, 2013; Forsyth & Danisiewicz, 1985; Fournier, 1999; Martin et al., 2015; Muzio & Kirkpatrick, 2011; Saks, 2015; Timmons, 2010). Een treffende omschrijving wordt gegeven door Fox (1992). Deze stelt: professionaliteit betekent verschillende dingen voor verschillende mensen (Fox geciteerd in Evans, 2008, p. 22). De aantrekkingskracht van professionaliteit en de sterke tendens naar professionalisering wordt door sommige auteurs kritisch besproken. Zo beschrijft Wilensky in zijn werk *professionalization for everyone?* de sterke professionaliseringstendens als een geromantiseerd beeld. Volgens de auteur kan slechts een beperkt aantal beroepen spreken van professionalisering omdat zij beschikken over de basiskenmerken (1964, p. 157). Fournier verklaart de toename van professionaliseringsontwikkelingen door de controle die vanuit professionaliteit voor een beroep ontstaat (1999, p. 282). De toenemende nadruk op budget en managementcontrole in de publieke diensten veranderen echter de eisen die aan publieke professionaliteit gesteld worden (Noordegraaf, 2015a, p. 1). Het begrip professionaliteit wordt daardoor steeds meer opgerekt (Evetts, 2013, p. 782). In dit hoofdstuk worden de verschillende visies op professionaliteit en het proces van professionalisering uitgebreider toegelicht.

Traditionele visie op professionaliteit. Een van de grondleggers van de theorie omtrent het begrip professionaliteit is Freidson (2001). Deze definieert professionaliteit als volgt: *'a set of institutions which permit the members of an occupation to make a living while controlling their own work'* (2001, p. 17). De auteur beschrijft professionaliteit net als Fournier (1991), als een controlemechanisme. Een professie kenmerkt zich door de grote mate van controle door professionals, omdat het uitvoeren van het beroep berust op specialistische kennis en discretionaire ruimte (Freidson, 2001, p. 17). Freidson zet deze visie verder uiteen aan de hand van een ideaaltype professie dat vijf kenmerken bevat (2001, p. 127). Zo heeft het werk een specialistische basis van moeilijk overdraagbare kennis en vaardigheden, ook wel tactiete kennis genoemd, waardoor het werk sterk leunt op de professional (Freidson, 2001, p. 127).

Daarnaast beschikt het werk over een speciale set bevoegdheden, wat *exclusive jurisdiction* wordt genoemd, en een afgeschermd positie ten aanzien van andere beroepen (Freidson, 2001, p. 127). Tot slot is er een formeel opleidingsinstituut en baseert de professie zich op een bredere ideologie (Freidson, 2001, p. 127). Evans vat deze kenmerken treffend samen door een professie als volgt te definiëren: ‘*an occupation that controls its own work, organized by a special set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertise and service*’ (2008, p. 24).

Nieuwe visie op professionaliteit. Economische, sociale, technologische, maar ook culturele en demografische veranderingen zorgen voor het *multi-value* karakter van de professionele dienstverlening (Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 8). Dit *multi-value* karakter creëert nieuwe eisen, verwachtingen en behoeften ten aanzien van de diensten die publieke professionals moeten leveren (Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 8). Dit maakt dat een nieuwe visie op professionaliteit ontstaat, waardoor het begrip steeds verder opgerekt wordt (Evans, 2008; Evetts, 2013; Muzio & Kirkpatrick, 2011; Noordegraaf, 2015a; Schott, van Kleef, & Noordegraaf, 2016). Professionaliteit omvat in deze visie niet alleen specialistische kennis die nodig is voor de werkzaamheden, maar ook andere vaardigheden, waaronder organisatorische vaardigheden (Muzio & Kirkpatrick, 2011, p. 393; Noordegraaf, 2015a, p. 1; Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 9). Evetts stelt hierbij dat een strak onderscheid tussen een professie en een beroep minder belangrijk wordt omdat deze steeds meer op elkaar gaan lijken (2013, p. 780).

Dit heeft als gevolg dat verschillende soorten professionals kunnen worden omschreven. Deze professionals variëren in de mate van controle die zij over hun werk kunnen uitoefenen (Noordegraaf, 2015b, p. 125). De klassieke professionals, waaronder de artsen en rechters vallen, beschikken over veel controle. Deze beroepen beschikken over professionele verenigingen, grote mate van autonomie, een formele opleiding en sterke socialisatie (Noordegraaf, 2015b, p. 126). De *street-level* professionals zijn goed opgeleide en gesocialiseerde professionals die beschikken over specialistische kennis en vaardigheden. Wel voeren deze professionals hun werk uit in organisaties met strikte controle en bureaucratie, waardoor zij beperkte controle hebben over het werk (Noordegraaf, 2015b, p. 126). De *welfare state professionals* en de *organizational professionals* zijn onderaan in deze categorisering te vinden. Deze professionals beschikken over weinig controle omdat zij sterk afhankelijk zijn van de organisaties waarin zij werken (Noordegraaf, 2015b, p. 125). Maatschappelijk werkers en managers zijn voorbeelden van dit soort professionals.

De organisatie wordt gezien als een belangrijke factor in de ontwikkeling van professionaliteit (Muzio & Kirkpatrick, 2011, p. 389). De professionaliteit ontstaat daarbij in coproductie tussen de professionals en de organisatie (Schott et al., 2016, p. 598). Dit maakt dat professionalisering gezien wordt als een essentieel proces (Evans, 2008, p. 35).

2.2 Professionalisering

Professionalisering is het proces waarbij de professionaliteit van een individu en/ of een professie ontwikkeld wordt (Evans, 2008, p. 35). Professionalisering wordt gedefinieerd als: *'as the process to pursue, develop and maintain closure of the occupational group in order to main practioners' own occupational self-interest in terms of their salary, status and powers, as well as the monopoly protection of the occupational jurisdiction'* (Evetts, 2013, p. 782).

Abbott (1991) beschrijft de standaardontwikkelingen van het professionaliseringsproces. De auteur noemt daarbij: het verkrijgen van controle, het ontwikkelen van een formele opleiding, het ontstaan van een beroepsvereniging en het ontstaan van georganiseerde structuren voor professioneel werk (Abbott, 1991, pp. 358–364). De beschrijving van Abbott komt overeen met de beschrijving van Freidson omtrent professionalisering. Freidson stelt dat de status van het professionaliseringsproces bepaald kan worden door te vergelijken met de kenmerken van het beschreven ideaaltype professie (2001, p. 128). De auteur stelt daarbij dat hoe sterker de overeenkomsten tussen de ontwikkeling en de kenmerken van het beroep zijn, hoe dichter een beroep tegen het zijn van een professie aan zit. Wel benadrukt de auteur dat de beschrijving een ideaaltype bevat, wat als gevolg heeft dat maar weinig beroepen volledig overeenkomen met de beschrijving (Freidson, 2001, p. 127).

Evans beschrijft het professionaliseringsproces daarentegen aan de hand van de verschillende vormen van professionaliteit (2008, p. 28). De auteur maakt daarbij onderscheid tussen de professionaliteit die vereist is, de professionaliteit die is vastgelegd in beleidsdocumenten en de daadwerkelijke professionaliteit. De auteur noemt dit respectievelijk *demanded*, *prescribed* en *enacted* professionaliteit (Evans, 2008, pp. 28–29). De *demanded* professionaliteit geeft de benodigde professionaliteit van een beroep weer. De *prescribed* professionaliteit is de gewenste, ook wel gevraagde, professionaliteit van een beroepsgroep. De *enacted* professionaliteit is de professionaliteit die geobserveerd en beleefd wordt. Evans benoemt hierbij dat de *enacted* professionaliteit de daadwerkelijke professionaliteit van een beroepsgroep is, omdat de andere vormen slechts visies voor professionaliteit zijn (2008, p. 30).

De ontwikkeling van de verpleegkundige professionaliteit. De veranderde aard van maatschappelijke problemen, veranderde maatschappelijke verwachtingen en technologische veranderingen zorgen voor een toenemende de druk op de publieke dienstverlening (de Bruijn & Noordegraaf, 2010, p. 8). Dit vraagt aanpassing van een moderne publieke professional en zo ook van de medische professionals (Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 9). Zo stellen Martin, Armstrong, Herber et al. dat het gouden tijdperk van medische professionaliteit voorbij is en dat de veranderingen in het werkveld een nieuwe visie op professionaliteit noodzakelijk maken (2015, p. 380). Het professionaliseringsproces

blijkt nog niet altijd op de juiste wijze toegepast, waarbij het proces door managers gebruikt wordt om controle uit te oefenen in plaats van het gezamenlijk ontwikkelen van een nieuwe basis voor professioneel handelen (Brannon, 1994, p. 157; Timmons, 2010, p. 337).

Moderne medische professionals moeten daarom de rol van actieve agent op zich nemen. In de rol van actieve agent moeten medische professionals, waaronder verpleegkundigen, om ongenoegen te voorkomen beschikken over het vermogen de veranderingen op waarden te schatten, actief mee te veranderen en veranderingen weten te bespelen (Noordegraaf, Bos, & Idwer, 2017, p. 4). Een professional is vanuit deze benadering ondanks de complexiteit van het werk in staat zijn kwaliteit te leveren en het eigen welzijn te behouden (Noordegraaf, 2015a, p. 291). Dit wordt ook wel professioneel vermogen genoemd (Noordegraaf & van Loon, 2017; Noordegraaf, van Loon, Heerema, & Weggemans, 2015a; Noordegraaf et al., 2015b; Van Loon et al., 2016).

2.3 Professioneel vermogen

Professioneel vermogen wordt door Noordegraaf et al. gedefinieerd als; '*een proactieve manier om om te gaan met- maar ook op de juiste momenten weerstand bieden tegen- de werkgerelateerde verwachtingen, opgaven en lasten die dynamische omgevingen en stakeholders met zich mee brengen*' (2015a, p. 297).

Volgens de auteurs moet een professional om kwaliteit te leveren zowel de kracht hebben zich aan te passen als het doorzettingsvermogen om te handelen als het niet meer mogelijk is om kwaliteit te leveren (Noordegraaf et al., 2015b, p. 19). Professioneel vermogen komt voort uit de *positive psychology* beweging. In deze beweging wordt vanuit een positieve manier gekeken naar reacties van professionals op spanning (Greenglass & Fiksenbaum, 2009, p. 29; Noordegraaf et al., 2015a, p. 295).

Van Loon en Noordegraaf omschrijven het anticiperen op dilemma's, het afwegen van belangen en het gebruiken van *voice* als de drie kernelementen van professioneel vermogen (2017, p. 8). Volgens de auteurs moeten professionals om vermogend te zijn kunnen anticiperen op de verschillende belangen waar zij in hun werk mee te maken krijgen en de mogelijke conflicten die daaruit kunnen ontstaan (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 8). Daarnaast moeten professionals in staat zijn een afweging te maken, ook wel *trade-offs*, tussen deze verschillende belangen (Noordegraaf et al., 2015b, p. 19). Tot slot moeten professionals gebruik maken van *voice*, waarbij zij zich uitspreken of in opstand komen als de werksituatie te beklemmend wordt om kwaliteit te leveren (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 8). Deze gedragingen vormen de basis voor een professionele reactie op complexiteit (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 18). Door deze gedragingen ervaart de professional een gevoel van controle over de omgeving, omdat deze instaat is de omgeving in te schatten, maar ook verandering aan te brengen. Het effect van deze professionele gedragingen kan vergeleken worden met het *job demands- resources model* van Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli (2001). Volgens dit model kan een professional beter

omgaan met de eisen of *demands* van zijn werk als deze beschikt over voldoende bronnen, ook wel *resources* genoemd (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001, p. 449; Noordegraaf et al., 2015b, p. 20). Uit onderzoek blijkt dat professioneel vermogen positieve gevolgen heeft voor de geleverde prestaties en het welzijn van professionals (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 9; Noordegraaf et al., 2015b, p. 65). Zo presteren professionals beter en zijn zij meer bevlogen wanneer zij vermogend zijn (Noordegraaf et al., 2015b, p. 65).

Professioneel vermogen kan gestimuleerd worden vanuit twee bronnen, namelijk persoonlijke bronnen en organisatiebronnen (Noordegraaf et al., 2015a, p. 299, 2015b, p. 55). De persoonlijke bronnen bestaan uit persoonlijkheid en motivatie van een professional. Deze bron wordt ook wel houding genoemd (Noordegraaf et al., 2015a, p. 300). Daarnaast kunnen organisatie hulpbronnen bijdragen aan de professioneel vermogen. Deze hulpbronnen bestaan uit de autonomie van een professional, het sociale netwerk van een professional en training en opleiding (Noordegraaf et al., 2015a, p. 300). In het licht van de professionalisering wordt de hulpbron training en opleiding enige verdieping gegeven. In deze hulpbron vindt het socialisatieproces plaats waardoor professionaliteit ontstaat. Een professional verkrijgt professionaliteit door onder andere scholing en socialisatie (Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 13). De professionele socialisatie onder verpleegkundigen is een essentieel proces omdat deze gaat over de essentie van het beroep (Price, 2009, p. 2). In het socialisatieproces leert een professional de benodigde vaardigheden, attitudes, gedragingen en professionele rollen (Price, 2009, p. 2). Dit proces maakt dat een professional effectief in een organisatie kan participeren (Maanen & Schein, 1977, p. 3)

Verpleegkundige als vermogende professionals. Ondanks dat het onderzoek naar professioneel vermogen zeer gedegen is, is dit slechts bij één beroepsgroep onderzocht namelijk leerkrachten in het basisonderwijs. Het professionele vermogen van veel andere beroepsgroepen, waaronder verpleegkundigen, is nog niet onderzocht. Verpleegkundigen vormen een goede beroepsgroep voor vervolgonderzoek omdat zij net als leraren getypeerd kunnen worden als *street-level* professionals. Zo beschikken verpleegkundigen door hun opleiding en socialisatie over de specialistische kennis die nodig is om het werk uit te voeren. Het verpleegkundig werk is daarnaast wel grote mate vastgelegd in protocollen en standaarden (Noordegraaf, 2015b, p. 126). De inzichten omtrent het professionele vermogen van verpleegkundigen kunnen verschillen van die van leraren door de aard van het werk, maar niet omdat zij een heel ander type professional zijn.

Ook is het concept professioneel vermogen nog beperkt op een kwalitatieve manier onderzocht, waardoor er beperkt inzicht is in waarom vermogende professionals op een bepaalde wijze handelen. De theorie van Weick (2005) omtrent betekenisgeving wordt vaak gebruikt om inzicht te verkrijgen in waarom professionals op een bepaalde wijze handelen. Vanuit deze theorie stuurt de betekenis die aan

acties en betekenissen wordt toegekend de eigen acties en gedragingen (Daft & Weick, 1984; Seligman, 2006; Weick et al., 2005). De verdere opzet van dit onderzoek wordt in hoofdstuk 3 uiteengezet.

3. Methode

In dit hoofdstuk worden de opzet en de voornaamste afwegingen van dit onderzoek toegelicht. Het onderzoeksdesign wordt als eerste toegelicht, waarbij ook de caseselectie is beschreven. Daarna worden de gebruikte onderzoeksmethoden besproken. Dit zijn documentanalyse, interviews en observaties. Tot slot wordt dit onderzoek geëvalueerd aan de hand van Guba's (1981) beoordelingscriteria voor kwalitatief onderzoek (Guba (1981) geciteerd in Krefting, 1991).

3.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek heeft als doelstelling de professionalisering van het verpleegkundig beroep te duiden aan de hand van de invulling van professioneel vermogen, waarbij zowel naar de gevraagde invulling als naar de huidige invulling is gekeken. In dit onderzoek is de theorie van Weick (1995) omtrent betekenisgeving gebruikt. Betekenisgeving is een interpretatief proces, waarbij acties en handelingen betekenis worden toegekend. Op basis van deze betekenis worden eigen acties en gedragingen gestuurd (Weick et al., 2005). Betekenisgeving kan in verschillende zaken worden teruggezien, zoals een handeling, maar ook een omschrijving uit een document of een persoon. Dit maakt dat de invulling van professioneel vermogen een sociaal geconstrueerd fenomeen is.

Om dit sociale fenomeen te begrijpen moet er rijke data worden verkregen vanuit onder andere de professionals. Kwalitatief onderzoek maakt de participanten het centrale uitgangspunt van het onderzoek en heeft een flexibele aard (Ritchie & Lewis, 2014, p. 3). Dit zorgt voor omvangrijke en rijke data, die op een specifieke manier geanalyseerd en geïnterpreteerd worden waardoor er diepgaand inzicht ontstaat over het sociale fenomeen (Boeije, 2014, p. 22; Ritchie & Lewis, 2014, p. 3). De bovenstaande afwegingen maakt dat dit onderzoek een kwalitatief onderzoek is.

Er is gekozen voor een *casestudy* als onderzoeksdesign. Een casestudy leent zich goed om een fenomeen in context te begrijpen, door de rijke data die dit design oplevert (Bryman, 2012, p. 66). De focus op één case, geeft het onderzoek kadering waardoor er diep kan worden in gegaan op de invulling en beleving van professioneel vermogen. Het onderzoek focust zich op de invulling van verpleegkundigen op de afdeling longziekten van het UMC Utrecht. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het UMC Utrecht en heeft plaats gevonden in de periode van begin februari tot begin juli 2018. In samenspraak met de opdrachtgever vanuit het UMCU en de voorzitter van het Verpleegkundig Convent, het verpleegkundig adviesorgaan, is de afdeling longziekten gekozen om dit onderzoek uit te voeren.

De verpleegkundigen in het UMC Utrecht vormen een interessante case omdat verpleegkundigen net als leraren *street-level* professionals zijn en het werk veel inherente druk bevat. De verpleegkundigen voeren het werk met enige autonomie uit en moeten daarbij over veel specialistische kennis beschikken.

Op de afdeling wordt een grote diversiteit ziektebeelden behandeld, de ziektebeelden variëren daarbij in complexiteit. Zo wordt er op de afdeling gezorgd voor terminaal zieke patiënten, patiënten die een longtransplantatie hebben ondergaan, maar ook voor minder complexe patiënten. Het werk verschilt in aard echter zeer veel met dat van leraren, door de sterke veranderlijkheid van het werk en de heftigheid van sommige situaties. Bovendien vormen verpleegkundigen een interessante doelgroep door de ervaren werkdruk en de personeelstekorten. Dit maakt verpleegkundigen op de afdeling longziekten een interessante casus om te onderzoeken.

3.2 Onderzoeksmethoden

In dit onderzoek zijn drie onderzoeksmethoden gebruikt. Dit zijn de documentanalyse, semigestructureerde interviews en non-participatieve observaties. Op deze manier is getracht triangulatie van datamethode te verkrijgen in dit onderzoek (Krefting, 1991, p. 217). De onderzoeksmethoden worden hieronder verder toegelicht.

Documentanalyse. In dit onderzoek zijn twaalf documenten over de functiedifferentiatie geanalyseerd. Dit is gedaan om inzicht te krijgen in de eisen die gesteld worden aan verpleegkundigen in de nieuwe profielen en zo deelvraag 1 te beantwoorden. De documenten zijn verkregen vanuit verschillende bronnen zoals, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de beroepsvereniging V&VN. In de selectie van de documenten is gezocht naar gelijkwaardigheid tussen de verschillende documenten door te kiezen voor gelijke inhoud en omvang. In bijlage 1 is een overzicht met de verschillende documenten opgenomen. Deze documenten zijn ingevoerd in Nvivo en met de hulp van deze software geanalyseerd (QSR International Pty Ltd., 2011). De analyse is in verschillende fasen opgebouwd, van open coderen naar axiaal, naar selectief coderen. Op deze manier zijn de centrale thema's van dit onderzoek naar boven gebracht (Boeije, 2014, pp. 111–136; Bryman, 2012, p. 595). De codes en de uiteindelijke thema's zijn geordend in een codeboom en bijgevoegd in bijlage 2.

Interviews. Daarnaast zijn 20 semigestructureerde interviews afgenomen. De interviews hadden een duur van een half uur tot een uur. Er zijn 11 hbo-opgeleide verpleegkundigen en 9 mbo-opgeleide verpleegkundige geïnterviewd, waarmee getracht is een zo gelijk mogelijke verdeling van opleidingsniveaus in het onderzoek op te nemen. Dit is gedaan om een goede vergelijking te kunnen maken tussen de verschillende opleidingsniveaus en de beroepsprofielen, in het kader van de functiedifferentiatie. Daarnaast zijn twee aanvullende interviews afgenomen met de verplegingswetenschapper en een leidinggevende van de afdeling longziekten. In bijlage 3 is een overzicht van de participanten van dit onderzoek bijgevoegd. De participanten zijn op de werkvloer en op

basis van beschikbaarheid geworven, ook wel *convenience sampling* genoemd (Boeije, 2014, p. 64). Alle participanten hebben vrijwillig deelgenomen aan de interviews.

Er is gekozen voor semigestructureerde interviews om de flexibiliteit te behouden om in te gaan op de ervaring van de participant, maar ook gelijkheid tussen de interviews te houden (Bryman, 2012, p. 470). De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst, waardoor consistentie tussen de interviews is getracht te verzekeren. De topiclijst bevat verschillende open vragen over professionaliteit en beleving van professional. Zo werd participanten gevraagd hoe zij kwaliteit of professioneel handelen in de verpleging zouden omschrijven. Daarnaast werden participanten bevraagd over de spanning die zij in het werk ervaren door onder andere de vraag: Ervaar jij spanning in jouw werk? Dit is gedaan om aan de hand van wat participanten vertellen of juist niet vertellen, de toegekende betekenis te achterhalen. De volledige topiclijst van dit onderzoek is bijgevoegd in bijlage 4.

De interviews zijn opgenomen en vervolgens getranscribeerd. De transcripten zijn geanonimiseerd en bijgevoegd (bijlage 7). Deze transcripten zijn ingevoerd in Nvivo en geanalyseerd door middel van coderen (QSR International Pty Ltd., 2011). De interviews zijn net als de documenten in drie fasen geanalyseerd. De interviews zijn eerst open gecodeerd, vervolgens axiaal en tot slot selectief (Boeije, 2014, pp. 111–136; Bryman, 2012, p. 595). De codes zijn opgenomen in een codeboom en bijgevoegd in bijlage 5.

Observaties. Tot slot zijn non-participatieve observaties, in de vorm van schaduwen gebruikt. De participanten zijn, zoals omschreven door Macdonald (2005), geschaduwd in hun dagelijkse bezigheden door de onderzoeker (p.456). De participanten die geobserveerd zijn, zijn verpleegkundigen op de afdeling longziekte van het UMC Utrecht en zijn allen ook geïnterviewd. Een overzicht van de participanten is te vinden in bijlage 3. In dit onderzoek zijn zes observaties van een uur gedaan, waarbij de observaties zijn uitgevoerd op verschillende momenten. Tijdens deze observaties zijn semigestructureerde aantekeningen gemaakt (McDonald, 2005, p. 456). Deze aantekeningen zijn kort na de observaties uitgewerkt. Door deze aantekeningen uit te werken worden deze ook toegankelijk voor anderen. Dit vergroot de kwaliteit van deze data en dit onderzoek (Mulhall & Msc, 2003, p. 311). De uitgewerkte aantekeningen zijn bijgevoegd in aparte bijlage 6 en gebruikt in de analyse.

Deze observaties bieden een aanvulling op de interviews op drie manieren. In de eerste plaats leveren observaties natuurlijkere data op doordat deze plaatsvinden in de praktijk (Ritchie & Lewis, 2014, p. 34). Gedurende de observaties zijn vooral de gedragingen geobserveerd en is er slechts beperkte interactie tussen de onderzoeker en de participant. Op deze manier zal er minder invloed zijn van sociale wenselijkheid. Daarnaast bieden de observaties nuttige informatie over de context van dit fenomeen omdat ook non-verbale communicatie meegenomen kan worden (McDonald, 2005; Quinlan, 2008;

Ritchie & Lewis, 2014, p. 35). Bovendien geeft deze onderzoeksmethode enige afstand tussen de onderzoeker en de participanten, waardoor *bias* die ontstaat door de onderzoeker voorkomen wordt.

3.3 Beoordelingscriteria

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verzekeren zijn de beoordelingscriteria voor kwalitatief onderzoek van Guba (1981) gevolgd (Krefting, 1991, p. 215). De traditionele beoordelingscriteria, van validiteit en betrouwbaarheid, houden geen rekening met de specifieke kenmerken van kwalitatief onderzoek (Krefting, 1991, p. 215). Het model van Guba (1981) doet dit wel, door de kwaliteit van kwalitatief onderzoek te beoordelen aan de hand van vier criteria (Boeije, 2014, p. 160; Krefting, 1991, p. 217). Dit zijn de volgende criteria: *credibility*, *transferability*, *dependability* en *confirmability*. Boeije beschrijft deze als respectievelijk als: geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, afhankelijkheid en overtuigingskracht (2014, p. 160). Aan deze eisen is voldaan door verschillende strategieën, waaronder het toepassen van triangulatie van datamethoden en het geven van een uitgebreide beschrijving van onderzoeksmethode.

Triangulatie wordt gezien als een krachtige strategie om kwaliteit van onderzoek te versterken, doordat de bundeling van verschillende perspectieven *bias* in onderzoek beperkt (Krefting, 1991, p. 219). Het toepassen van triangulatie is echter erg lastig en volgens Power & Williams zou triangulatie vooral gebruikt moeten worden om de bevindingen te verrijken (2001, p. 1117). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de triangulatie van onderzoeksmethoden om op deze manier zo rijk mogelijke data te verkrijgen (Krefting, 1991, p. 215). Deze toepassing van triangulatie maakt dat dit onderzoek inzicht verkregen wordt over de beleving van de participanten in een unieke situatie. Dit maakt dat deze strategie bijdraagt aan de eis van *credibility*, ook wel geloofwaardigheid of waarheidsvinding van het onderzoek, maar ook aan de eisen *dependability* en *confirmability*. De triangulatie maakt het mogelijk het sociale fenomeen professioneel vermogen te begrijpen en te verklaren, hierdoor wordt voldaan aan de eis van *dependability* (Krefting, 1991, p. 126). Tot slot wordt door triangulatie van methode mogelijke bias voorkomen, waardoor deze voldoet aan het de eis *confirmability* (Krefting, 1991, p. 216).

Een uitgebreide omschrijving en toelichting van de onderzoeksmethode is een andere strategie om de kwaliteit van het onderzoek te verzekeren (Krefting, 1991, p. 217). In dit onderzoek is daarom een uitgebreide beschrijving gegeven van de aanpak en afwegingen omtrent dit onderzoek. Dit heeft allereerst positieve gevolgen voor de *transferability* van dit onderzoek, omdat een andere onderzoeker hierdoor beschikt over voldoende gegevens om mogelijke gelijkenissen te beoordelen (Krefting, 1991, p. 216). Daarnaast heeft deze uitgebreide beschrijving positieve gevolgen voor de *dependability*, omdat deze bijdraagt aan de verklaring van het onderzoeksresultaat. Tot slot heeft deze strategie positieve gevolgen

voor de *confirmability*. Door de uitgebreide toelichting van aanpak en afwegingen wordt verantwoording afgelegd over het onderzoek, dit vergroot de neutraliteit van dit onderzoek (Krefting, 1991, p. 216).

Bovendien zijn in dit onderzoek de ethische standaarden voor wetenschappelijk onderzoek gevolgd. Dit zijn: *informed consent*, vrijwillige deelname, veiligheid en anonimiteit. Ten eerste is in dit onderzoek sprake van *informed consent*, wat inhoudt dat alle participanten toestemming is gevraagd om bij aanvang van het onderzoek en dat zij daarbij voorzien zijn van voldoende informatie (Ritchie & Lewis, 2014, p. 66). Zo is alle participanten toestemming gevraagd het opnemen van de interviews en is er voordat de interviews worden afgenomen een introductie gegeven over het onderzoek. Ten tweede doen alle participanten vrijwillig mee aan het onderzoek, waardoor de participanten en hun autonomie wordt gerespecteerd (Orb, Eisenhauer, & Wynaden, 2001, p. 3). Ten derde is er gezorgd voor anonimiteit en vertrouwelijkheid voor de participanten van dit onderzoek (Ritchie & Lewis, 2014, p. 67). Alle transcripten en aantekeningen zijn geanonimiseerd zodat de data niet naar een participant terug kan leiden. De onderzoeksgegevens worden bovendien niet op grote schaal verspreid, maar alleen voor onderzoeksdoeleinden gebruikt (Ritchie & Lewis, 2014, p. 68). Op deze manier wordt de veiligheid van de participanten gegarandeerd (Orb et al., 2001, p. 3). Tot slot is gebruik gemaakt van een gastvrijheidsverklaring, waardoor de onderzoeker toegang tot de organisatie is verleend, maar ook bescherming voor zowel de onderzoeksorganisatie als de onderzoeker ingebouwd is.

4. Context

Sinds 2012 wordt door de stuurgroep V&V 2020 gewerkt aan de formulering van nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen. In deze profielen wordt een strikter onderscheid gemaakt tussen de hbo-opgeleide verpleegkundige, de mbo-opgeleide verpleegkundige en de verzorgende IG (V&VN, 2018)¹. De stuurgroep V&V 2020 is vanuit het ministerie van VWS benoemd en is belast met het ontwikkelen van de nieuwe beroepsprofielen². In de ontwikkeling van de nieuwe beroepsprofielen zijn verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten geraadpleegd, maar ook brancheorganisaties, vakbonden, onderwijsinstellingen, patiënten en artsen³.

In de huidige functieprofielen, die gewaarborgd zijn in de Wet BIG, wordt wel onderscheid gemaakt tussen de verzorgende en een verpleegkundige, maar geen onderscheid gemaakt tussen de hbo-opgeleide en de mbo-opgeleide verpleegkundigen⁴. De Wet BIG heeft als doel de kwaliteit van de gezondheidszorg hoog te houden en de patiënten te beschermen, door onder andere een register en tuchtrecht. In de Wet BIG is het onderscheid tussen 3 categorieën beroepen vastgelegd, te zijn: artikel 3, 34 en 36a beroepen. Verpleegkundigen vallen onder artikel 3 beroepen, de verzorgende IG valt onder artikel 34 en de verpleegkundig specialist onder artikel 36 a⁵. Ieder artikel of beroep kent zijn eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden. In dit onderzoek wordt niet gekeken naar alle functies die in de functiedifferentiatie worden beschreven, zoals verzorgende IG of verpleegkundig specialist, maar alleen naar de functie verpleegkundige.

In 2016 zijn de nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen vastgesteld onder leiding van de commissie Terpstra. De nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen bevatten een strakker onderscheid tussen de opleidingsniveaus, maar ook nieuwe rollen en taken om het beroep toekomstbestendiger te maken. De zorg wordt steeds complexer en dynamischer, waardoor er steeds meer van verpleegkundigen wordt gevraagd. Verpleegkundigen moeten dus steeds meer rollen en functies op zich nemen. Aan de hand van de CAMMEDS-rollen worden de verschillende competentiegebieden voor verpleegkundigen beschreven. Deze zijn verwerkt in de nieuwe beroepsprofielen en zo ook in de opleidingen (V&VN, 2012, p.12).

In het nieuwe beroepsprofiel wordt de hbo-opgeleide verpleegkundige wordt een overstijgende regisseursrol toegekend (V&VN,2018). De regieverpleegkundige overziet het gehele zorgproces, heeft

¹ V&VN beroepsprofielen(2018). Beroepsprofielen. Geraadpleegd via: <https://www.venvn.nl/beroepsprofielen>

² Nursing. (2018). Beroepsprofielen. Geraadpleegd via:<https://www.nursing.nl/thema/beroepsprofielen/#read-more>

³ V&VN (2018). Verpleegkundigen & verzorgende 2020. Geraadpleegd via:

<https://www.venvn.nl/Themas/Beroepsprofielen/Verpleegkundigen-Verzorgenden-2020-V-V2020>

⁴ V&VN beroepsprofielen(2018). Eindelijk onderscheid tussen verpleegkundigen . geraadpleegd via:

<https://www.venvn.nl/Berichten/ID/1020793/Eindelijk-onderscheid-tussen-verpleegkundige-mbo-en-hbo>

⁵Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). Wet BiG. Geraadpleegd via:

<https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving>

een coachende functie, initieert kwaliteitsverbetering en doet onderzoek (V&VN, 2012, p.20). De mbo-opgeleide verpleegkundige verleent zorg en psychosociale begeleiding aan patiënten met een beperkte complexiteit. In deze beroepsprofielen wordt de ontwikkelingsrichting voor de verpleegkundige van de toekomst uitgezet, doordat de vereisten uit de beroepsprofielen ook als basis dienen voor opleidingen. Vanaf 2018 worden deze profielen uitgetoetst door middel van pilot, ook wel proeftuinen, op verpleegafdelingen in de verschillende UMC's. (NFU, 2018). In de proeftuinen wordt geëxperimenteerd met de nieuwe functieomschrijvingen, waarin de hbo- opgeleide en de mbo-opgeleide verpleegkundige verschillende taken en rollen krijgen toegekend.

5. Resultaten en analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd. In paragraaf 5.1 wordt op basis van de resultaten van de documentanalyse het gevraagde professionele vermogen uiteengezet. Vervolgens wordt in paragraaf 5.2 het huidige professionele vermogen beschreven. Tot slot wordt in paragraaf 5.3 de verschillende invullingen met elkaar vergeleken.

5.1 Het gevraagde professionele vermogen

In deze paragraaf worden de bevindingen uit de documentanalyse besproken om antwoord te geven op de deelvraag: *Hoe wordt invulling gegeven aan professioneel vermogen in de documenten omtrent de functiedifferentiatie?* Deze paragraaf bestaat uit de thema's: een nieuwe taakomschrijving en de speciale rol voor hbo-verpleegkundigen.

Een nieuwe taakomschrijving. Uit de documentanalyse komt het thema van een nieuwe en bredere taakomschrijving van het verpleegkundig werk als eerste naar voren. Voor zowel de mbo-profielen als de hbo-profielen wordt een nieuwe basis van professioneel handelen geschetst door een bredere definiëring van gezondheid. In document 4 wordt dit als volgt omschreven: *'gezondheid is op te vatten als een dynamisch concept, waarin welbevinden, veerkracht en zelfredzaamheid van mensen centraal staan'* (pagina 12). Het verpleegkundig handelen wordt niet langer gezien als alleen verzorgen, maar krijgt een nieuwe insteek met in het bijzonder aandacht voor preventie en zelfmanagement door de patiënt. Bovendien wordt het belang van onderbouwd werken benadrukt, door klinisch redeneren en *evidence-based practices* als basis voor het verpleegkundig handelen te beschrijven (document 5, pagina 12). Het belang van dit nieuwe begrip en de gevolgen voor het verpleegkundig werk worden treffend verwoord in het volgende citaat: *'De zorgvraag is complexer, mede doordat mensen ouder worden, en meer chronische, psychische en psychosociale problemen hebben. Bovendien verandert de visie op zorg. Deze is meer gericht op het opheffen van belemmeringen in het functioneren van de patiënt en het bevorderen van de eigen regie en veerkracht, in samenspraak met die patiënt. De verpleegkundigen hebben hierin een cruciale rol. Dat maakt dat er behoefte is aan een andere mix van kennis, vaardigheden en gedrag van verpleegkundigen'* (document 3, p.3).

De nieuwe taakopvatting die van verpleegkundigen verwacht wordt vraagt om andere kennis, vaardigheden en gedrag. Deze nieuwe taakomschrijving komt ook terug in de documenten aan de hand van het CANMEDS-model. Het verpleegkundig handelen wordt daarin beschreven aan de hand van zeven rollen, die vervolgens vertaald worden naar zeven competentiegebieden. Dit zijn: vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen en professionaliteit (document 5, pagina 19).

Het eerste competentiegebied, vakinhoudelijk werken, spreekt grotendeels voor zich, omdat dit competentiegebied de kennis omtrent ziektebeelden, verpleegtechnieken, maar ook de begeleiding en ondersteuning omvat. Het tweede competentiegebied richt zich meer op de communicatieve competenties van de verpleegkundigen, voor zowel de interactie met de patiënt als met collega's. Met het competentiegebied samenwerking worden vooral de competenties omtrent de interdisciplinaire samenwerking beschreven. Zo wordt deze samenwerking in document 5 omschreven als: *'op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen collega's en andere disciplines, en met leidinggevend'* (p.24). Het vierde competentiegebied, kennis en wetenschap, omschrijft reflectie, onderbouwen van het handelen, toepassen van *evidenced-based practices*, het nemen van gewogen beslissing en het deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek als de belangrijkste competenties en gedragingen. Voor het competentiegebied maatschappelijk handelen wordt het bevorderen van de gezondheid niet alleen beschreven als een individueel doel voor een patiënt, maar meer als een maatschappelijke doelstelling. Het zesde competentiegebied, dat van organisatie, kan getypeerd worden als het inzicht en vaardigheden de zorg te organiseren. Tot slot wordt het competentiegebied professionaliteit omschreven als actieve betrokkenheid bij de ontwikkeling van kwaliteit, kwaliteitsverbetering en professionaliteit. In document 5 wordt daarbij de volgende houding benoemd: *'De verpleegkundige heeft een verantwoordelijke en assertieve beroepshouding'*.

Speciale rol voor hbo-opgeleide verpleegkundige. De hbo-opgeleide verpleegkundige wordt een onderscheidende rol toegekend. Deze rol wordt ook wel de regisseursrol genoemd. Het hbo-functieprofiel wordt een breed scala van verantwoordelijkheid toegekend, namelijk die van het coördineren van het gehele zorgproces, de verantwoordelijkheid over kwaliteitsbewaking en het ontwikkelen van kennis en wetenschap (documenten 1, 3,4,5,6 & 7). Daarbij wordt de nadruk gelegd op een actieve en leidende rol van verpleegkundige. Zo wordt in het document 11 gesteld: *'De hbo-opgeleide verpleegkundige initieert en bewaakt de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en coacht op dit gebied de mbo-opgeleide verpleegkundige'* (pagina 10). De mbo-opgeleide verpleegkundige wordt een meer uitvoerende rol toegekend, waarbij de nadruk ligt op het adequaat handelen op basis van *evidence-based practices* en klinisch redeneren (document 4 pagina 12). Deze rol is goed terug te zien in de omschrijving in document 11 waarin staat: *'De mbo-opgeleide verpleegkundige helpt mee met het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en participeert daarvoor in werkgroepen'* (pagina 10). Dit onderscheid is bovendien niet alleen terug te zien in de woorden die gebruikt worden, maar ook in de omvang van de beschrijvingen. De documenten waarin de mbo-functieprofielen uiteen zijn gezet zijn korter dan die van de hbo-functieprofielen. Dit is terug te zien in documenten 4,6, 8,9, maar met name in document 11 waar de twee functieprofielen tegenover elkaar worden gezet. Het functieprofiel van de

mbo-opgeleide verpleegkundige omvat dus in sommige gevallen letterlijk minder tekst dan die van de hbo-opgeleide verpleegkundige

5.2 Het huidige professionele vermogen

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag: *Hoe geven verpleegkundigen invulling aan professioneel vermogen?* In deze paragraaf is de invulling beschreven in drie sub-paragrafen. In subparagraaf 5.2.1 wordt de beschrijving van het verpleegkundig werk als complex en spanningsvol uiteengezet. Vervolgens wordt in subparagraaf 5.2.2 de reactie op deze spanning en zo de invulling van professioneel vermogen besproken. In deze paragraaf worden de thema's: prioriteren, assertiviteit en professionele afstand besproken. Uit elk van deze thema's blijkt dat de participanten nog spanning ervaren ondanks deze gedragingen. Tot slot wordt in subparagraaf 5.2.3 gekeken naar de verschillen tussen de hbo-opgeleide en de mbo-opgeleide participanten wat betreft de invulling van professioneel vermogen.

5.2.1 Beschrijving van het werk.

De participanten beschrijven het werk als complex door twee professionele elementen. Dit zijn de specialistische basis en de sterke socialisatie op de werkvloer. Daarnaast benoemen de participanten spanning te ervaren door werkdruk en de emotionele belasting van het werk. In de onderstaande paragraaf wordt deze beschrijving verder toegelicht.

Specialistische basis. Uit de interviews komt als eerste de brede taakopvatting naar voren. De participanten beschrijven het vak als breed (n=7) en benadrukken daarbij de verschillende onderdelen van het werk. De omschrijving van participant 15 geeft dit treffend weer: *'Eigenlijk verleen je zorg op allerlei verschillende vlakken, lichamelijk, psychisch, sociaal en op hoog complex niveau, dus niet alleen het uitvoeren, maar ook echt nadenken over wat je doet'*. Zeven participanten benoemen daarnaast specifiek dat het vak meer inhoudt dan wassen en benadrukken dat ondanks dat dit vaak de eerste associatie met het werk is, dit slechts een klein onderdeel van het werk omvat (participant 1, 8,12, 15, 18, 19 & 21). Ook geven de participanten een brede beschrijving van kwaliteit. Zo worden vierentwintig verschillende beschrijvingen gegeven voor kwaliteit, waarin patiënt tevredenheid het meest wordt genoemd (n=9). Daarnaast worden de beschrijvingen van veilige zorg (n= 7), goede zorg (n =6) en het inleven in de patiënt (n=6) het meest genoemd.

Professioneel handelen daarentegen wordt door de participanten echter minder patiëntgericht beschreven, waarin voornamelijk onderbouwd werken of het volgen van het protocol genoemd wordt (participant 4, 8, 9,12, 13,14,16 & 17). Zo zegt participant 8: *'Ik denk gewoon dat je zorg draagt dat je je*

werk goed uitvoert, dus protocol naleven, netjes werken, dingen goed afronden, dingen goed overdragen, als je iets niet heb kunnen doen, dat je niet laks bent. Dat is professioneel voor de verpleegkundige en dat je alles kan onderbouwen wat je doet'.

Het verpleegkundig werk is volgens de participanten meer dan puur verpleegtechnische handelingen of de fysieke staat van de patiënt en is voor een groot deel emotioneel werk. Zo benoemen 13 van de 22 participanten psychosociale begeleiding als onderdeel van het vak en benadrukken deze het belang van dit onderdeel. Participant 10 zegt hierover; *'Soms is het niet eens een bepaald medicijn of iets medisch, maar soms is het gewoon een gesprek en dat je even naast diegene gaan zitten en zijn hand vasthouden'*. Daarnaast noemen vijf participanten het onderbuikgevoel van een verpleegkundigen, dit gevoel wordt treffend beschreven door participant 20: *'Het verpleegkundig-niet-pluis-gevoel is dat je het niet helemaal vertrouwt bij je patiënt, maar dat je, nog niet echt je vinger d'r op kan leggen, maar meestal is dat altijd wel een goed gevoel. Dan is er echt wat aan de hand is, dus als je dat tegen een arts zegt dan, vertrouwen ze daar ook wel op van, van ik moet daar wel iets mee'*. De participanten beschrijven dat het werk berust op moeilijk overdraagbare vaardigheden en kennis. Dit maakt dat het werk sterk leunt op de professional en moeilijk te standaardiseren is. Dit komt overeen met de term specialisatie (Freidson, 2001, p. 17).

Socialisatie. Daarnaast blijkt uit de bevindingen dat het leren van het verpleegkundig vak vooral in de praktijk plaats vindt (n=22). Zo zegt participant 4: *'Tijdens stages en echt werken dan leer je pas echt wat het betekent om verpleegkundige te zijn'*. De participanten beschrijven daarbij bepaalde vaardigheden en competenties die alleen in de praktijk geleerd kunnen worden en geven verschillende voorbeelden van leermomenten in de praktijk. Participant 8 geeft daarbij het voorbeeld van het leren van het voeren van moeilijke gesprekken en zegt daarover: *'Nou ik denk dat je dat echt op de vloer leert, want dat heb ik op school niet geleerd'*. Ook participant 20 beschrijft eenzelfde ervaring met betrekking tot de ontwikkeling van de klinische blik. De participant zegt: *'Je mist toch bepaalde kennis, die je ontwikkelt door meer ervaring. Echt je klinische blik die heb je echt nog niet als je van school afkomt, dat moet je echt een soort van ontwikkelen'*.

De participanten benadrukken daarbij vooral te leren van collega's en fouten. Participant 6 omschrijft het leren van fouten als volgt: *'Toen ik ging werken werd ik een heel ander soort verpleegkundige dan tijdens de opleiding. Dan is het gewoon doen maar, je loopt zelf tegen je fouten en jij moet ze zelf gaan oplossen'*. Tien participanten beschrijven het leren van collega's, waarbij zij aangeven te leren door collega's te observeren en door vragen met hen te bespreken. Dit is in de observaties ook teruggezien, zo neemt participant 6 uitgebreid de tijd om met de stagiair een patiënt te bespreken. *'De participant gaat over op het bespreken van een volgende patiënt, door eerst de naam te*

noemen en dan over te gaan op het ziektebeeld, de waarden, bijzonderheden, taken en planning. De collega maakt gedurende deze bespreking een aantekening.’ (Observatie 6).

De sterke nadruk op het opleiden in de praktijk komt over een met de theorie over professionalisering, waarin dit proces wordt omschreven als socialisatie. In een socialisatieproces is er namelijk sprake van opleiding in de praktijk en door de professionals zelf (Maanen & Schein, 1977; Noordegraaf & Siderius, 2016; Price, 2009).

Spanning door werkdruk. De participanten beschrijven werkdruk te ervaren. Participant 10 omschrijft deze werkdruk treffend: *‘Als ik wil dan kan ik gewoon vierentwintig uur achter elkaar blijven werken, want er is altijd wel weer iets wat er bijkomt of wat nog moet gebeuren. Het is nooit klaar en dat maakt het soms lastig, het liefst wil je aan het einde van jouw dienst klaar zijn, maar dat kan gewoon niet altijd’*. Een gedeelte van de participanten geeft daarbij aan een toenemende werkdruk te ervaren. Vier respondenten geven namelijk aan het gevoel te hebben steeds meer taken te krijgen. Zo zegt participant 4; *‘Er gaan altijd dingen bijkomen, want de dingen die onder niemand vallen, die vallen onder verpleegkundigen’*. Participant 6 beschrijft de spanning van deze ontwikkeling als volgt: *‘Je moet steeds meer, wat niet erg is, maar de tijd wordt niet meer.’*

De werkdruk kan echter ook gezien worden als inherent aan het verpleegkundig werk. De participanten beschrijven het werk door de sterke afhankelijkheid van de patiënt als erg onvoorspelbaar en snel veranderend. Dit maakt dat veel van het werk gedurende de dag ontstaat en niet gepland kan worden. Participant 3 zegt hierover: *‘Het is wel een verpleegafdeling, er komen altijd ongeplande dingen tussendoor, want dan moet de patiënt toch uit bed of krijgt de patiënt koorts, of je krijgt een patiënt terug van een operatie die het helemaal niet lekker doet. Dat zijn altijd van die onvoorziene dingen die er nog bovenop komen. Daar kun je niks aan doen’*.

De participanten beschrijven spanning te ervaren door de werkdruk, omdat zij het gevoel hebben dat dit ervoor zorgt dat de kwaliteit niet optimaal is. Acht participanten geven aan niet de kwaliteit te leveren die zij willen leveren door de werkdruk. Zo zegt participant 20: *‘Ik ken periodes dat het gewoon echt te druk was op de werkvloer,’ ...’ de kwaliteit van zorg die je wil leveren, die komt dan wel een beetje in het gedrang en dat vind ik wel vervelend’*. De participanten beschrijven dat zij door de werkdruk keuzes moeten maken welke handelingen en taken zij prioriteit geven. Dit proces wordt door dertien van de participanten omschreven: *‘Wanneer er te veel dingen komen en te gecompliceerd vanuit de patiënten dan lukt het soms niet om alles wat ik wil doen te behalen, maar dan zijn wel de hoogste prioriteiten gedaan’* (participant 6).

Spanning door emotionele belasting. Participanten geven aan dat empathie heel belangrijk is voor het verpleegkundig werk. Participant 7 zegt hierover: *‘Ik denk dat het wel belangrijk is dat je dan sociaalvaardig bent, open naar de ander, iemand op zijn gemak kunnen stellen. Iemand is wel heel kwetsbaar als je hier ligt op de afdeling en ik denk dat je dat als verpleegkundige wel moet realiseren, ja dat je dan de patiënt wel een veilig gevoel geeft’*. Bovendien wordt dit door zes participanten gezien als een onderdeel van kwaliteit. Zo zegt participant 18: *‘Je kunnen inleven in de patiënt en met de patiënt praten over wat hem dwars zit en waar die tegen aanloopt, denk ik dat je dan een heel compleet plaatje neer kan zetten en dat zie ik ook als kwaliteit van zorg’*. Het werk vraagt dus ook een emotionele inspanning van de verpleegkundige.

Ook de emotionele belasting van het werk beschrijven participanten als spanningsvol. Drie participanten beschrijven de keerzijde van de emotionele inspanning door het werk te beschrijven als emotioneel zwaar. Participant 7 zegt hierover: *‘Het is ook mentaal best wel zwaar werk’*. De participanten schrijven dit vooral toe aan de heftigheid van sommige situaties, zoals het overlijden van patiënten. Participant 4 omschrijft dit als volgt: *‘Mensen van je eigen leeftijd die doodgaan en mensen met kleine kinderen, mensen met hele erge longziektes, mensen met kanker, je ziet van alles en dat is gewoon allemaal best wel heftig’*.

5.2.2 Invulling van het professionele vermogen

Het verpleegkundig werk wordt dus door de participanten als complex en spanningsvol omschreven. De participanten beschrijven daarbij drie thema’s waardoor zij om kunnen gaan met de hierboven beschreven spanningen. De participanten benoemen daarbij de thema’s: prioriteren, assertiviteit en professionele afstand. De participanten beschrijven daarbij dat deze thema’s zorgen voor zowel het waarborgen van kwaliteit van zorg als het behoud van het eigen welzijn. Deze thema’s raken daarmee aan de definitie van professioneel vermogen. De participanten benoemen echter ook spanning te ervaren, ondanks deze gedragingen. Deze thema’s worden in de volgende paragrafen verder toegelicht.

Prioriteren. De werkdruk zorgt ervoor dat verpleegkundigen prioriteiten moeten stellen, wat zij doen door verschillende belangen af te wegen. Veertien participanten benoemen het proces van afwegen van belangen. Om de belangen goed af te kunnen wegen en zo de prioriteiten te bepalen, moet een professional volgens de participanten het overzicht behouden. Het behouden van dit overzicht vraagt om een stressbestendige reactie, zoals in het volgende citaat beschreven wordt. *‘Het is hier druk, hoog complex, dus je moet best wel stevig in je schoenen staan. Je moet echt wel een beetje tegen werkdruk kunnen. Dat je niet in paniek raakt, maar altijd het overzicht bewaart en goed op een rij blijft houden wat*

je moet doen voor welke patiënt en waarom, dat is de stressbestendigheid' (participant 8). Aan de hand van deze competenties zou een professional in staat zijn kwaliteit te leveren.

Het afwegen van belangen kan echter ook spanningen opleveren. Zo benoemen vier participanten spanning te ervaren bij het maken van een afweging tijdens een acute situatie gedurende de nachtdiensten. Participant 10 zegt hierover: *'Ik heb weleens in de nachtdienst een acute situatie gehad en dan zijn de artsen niet altijd in huis, maar op een gegeven moment ga je dan toch de overweging maken van goh zou ik nou willen dat de arts hiervoor in huis komt of niet? En juist omdat ze dan niet in huis is, is die stap toch een beetje groter, want je wil niet voor niets ze hier laten komen'*.

De participanten beschrijven dat het stellen van prioriteiten zowel effect heeft op de kwaliteit van dienstverlening als het eigen welzijn. De participanten benoemen vooral dat in het geval van het prioriteren van persoonlijke aandacht en het afwijken van het protocol er spanning ontstaat.

Spanning bij het wegvallen van persoonlijke aandacht. De participanten beschrijven dat bij het bepalen van prioriteiten de persoonlijke aandacht vaak wegvalt, terwijl zij dit ook zien wordt als een onderdeel van kwaliteit en goed vakmanschap. Dit levert spanning op. De spanning wordt zichtbaar wanneer er tijdens de interviews doorgevraagd wordt op het proces van prioriteren en de participanten tegenstrijdige antwoorden geven. Zo zegt participant 9: *'Ik heb geleerd om prioriteiten te blijven stellen, door de vragen: wat kan er echt niet wachten, wat komt de patiënt niet ten goede en wat kan er wachten?'*. Ook participant 8 benadrukt het belang van de patiënt, waarbij deze zegt: *'Als het zo druk is dan moet je soms dingen gaan skippen en de patiënt skippen wij als laatste'*. Tegelijkertijd geven de participanten aan dat door de werkdruk de tijd voor persoonlijke aandacht en psychosociale begeleiding wegvalt. Zo zegt participant 9 ook:

'De zorg die zij nodig hebben is soms meer psychosociaal. In gesprek gaan van hoe gaat het nou met je en loop je nog tegen dingen aan, dat vind ik ook kwaliteit en dat schiet er het snelst bij in. De zorg voor het wassen laat je niet zomaar schieten, maar even gaan zitten om een gesprekje te voeren als je het heel erg druk hebt, dat schiet er dan wel bij in'.

Persoonlijke aandacht is niet alleen voor de kwaliteit van dienstverlening van belang, maar ook voor het eigen welzijn van de professional. De participanten beschrijven persoonlijke aandacht namelijk ook als belangrijk voor hun eigen welzijn. Zo zegt participant 21: *'Als ik lekker gewerkt heb dan heb ik voldoende aandacht gehad voor mijn patiënten, dan ga ik niet met een rot gevoel weg, dat ik denk ik heb die ene patiënt vrijwel niet gezien. '... 'Dan heb ik voor mijn gevoel de kwaliteit kunnen leveren die ik wil leveren als verpleegkundige'*. Persoonlijke aandacht heeft effect op het welzijn van de professionals omdat de participanten patiëntcontact als belangrijk wordt ervaren. Vijf participanten geven bijvoorbeeld aan met een fijn gevoel naar huis te gaan wanneer zij echt contact gehad hebben met hun patiënten

(participant 2,7,10,12 en 21). Daarnaast geven negen participanten aan het intermenselijk contact als de leuke kant van hun werk te ervaren. Negen participanten geven aan het wegvallen persoonlijke aandacht als negatief te ervaren, waarbij de participanten termen als ‘frustrerend’ of ‘een rot gevoel’ gebruiken.

Opvallend is dat slechts vijf participanten benoemen specifiek tijd te maken voor persoonlijk aandacht in periodes met hoge werkdruk (participant 2, 8, 16,17 & 19). De participanten beschrijven bewust tijd te maken voor persoonlijke aandacht, omdat zij die persoonlijke aandacht ervaren als de oplossing voor de werkdruk. Participant 19 verwoordt dit treffend:

‘Ik vind het zelf altijd heel belangrijk om aan het begin van de dienst even een stoel te pakken en naast de patiënt te gaan zitten. Dat je tijd investeert op dat moment. Daar heb je vaak de rest van de dag profijt van, dat mensen dan de rust even hebben ervaren, al kon het eigenlijk niet, ‘..’ vaak is het dan dat ze de rest van de dag zich wat rustiger houden’.

Het feit dat slechts vijf participanten echt tijd maken voor persoonlijke aandacht is opvallend, omdat alle participanten aangeven dat het belangrijk is om aanpassingen te doen wanneer dit in het belang van de patiënt is. Dit gebeurt echter nog niet in tijden van hoge werkdruk, waardoor de persoonlijke aandacht toch wegvalt in de prioritering.

Spanning bij het afwijken van protocol. Werkdruk heeft ook op andere aspecten van kwaliteit effect. Zo noemen verschillende participanten door werkdruk af te wijken van protocol of niet te rapporteren. De participanten noemen het volgen van protocol als een belangrijk element van professioneel handelen en kwaliteit. Zo zeggen zes participanten dat professioneel handelen het volgen van het protocol is en beschrijven zeven participanten van het belang van adequaat werken voor kwaliteit. Daarnaast benadrukken participanten (n=7) het belang van protocollen om fouten te voorkomen.

Het gebruik van protocollen lijkt haaks te staan op de omschrijving van de verpleegkundige vaardigheden als moeilijk te standaardiseren door de sterke taciete basis. Participant 3 beschrijft de houding jegens het protocol treffend: *‘Als verpleegkundige wil je kwaliteit van zorg afleveren en dat doe je deels door het volgen van de regels en de protocollen op de afdeling, maar het zit ook een deel je zelf.* Zeven participanten benoemen situaties waarbij protocol niet gevolgd wordt door de werkdruk of door het belang van de patiënt. De participanten beschrijven daarin een officiële en een officieuze werkwijze te hebben. Participant 19 beschrijft een opvallende situatie waarbij deze door werkdruk ervoor kiest om niet alle stappen van het protocol te volgen. Deze zegt hierover:

‘We hebben het afgelopen tijd zo druk gehad, dat ik echt wel kan zeggen, dat ik dat echt niet altijd om die dubbelcheck heb gevraagd, dat ik dacht nou ik weet zelf ook wel dat die goed staat. Misschien wel gevaarlijke dingetjes omdat het te druk wordt dus dan kan je dat er even niet meer bij hebben en dan heb je een beetje schijt aan de regels’.

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat de participant gevaar ervaart voor de kwaliteit van dienstverlening wanneer er afgeweken wordt van het protocol. Bovendien blijkt uit citaat dat de participant door de werkdruk niet meer in staat is om een gewogen beslissing te nemen, maar eigenlijk vlucht in het afwijken van het protocol. Participant beschrijft dit als: ‘schijt aan de regels’. De participant kan door de werkdruk niet meer voldoen aan de standaard die nodig is voor kwaliteit en daarop besluit af te wijken van het protocol. Dit laat een tegenstrijdigheid zien in de afweging die gemaakt wordt. De participant geeft namelijk aan bewust niet om een dubbelcheck te vragen, maar zegt tegelijkertijd dit ook gevaarlijk voor de kwaliteit te vinden.

De participanten beschrijven met het proces van prioriteren te gebruiken om met de werkdruk die zij ervaren om te gaan. Dit prioriteren beschrijven zij als het afwegen van belangen waarna zij een keuze in prioriteiten maken. Dit lijkt te passen in de beschrijving van het maken van *trade-offs*, echter beschrijven participanten dat in de prioritering bepaalde aspecten die zij belangrijk vinden voor kwaliteit wegvallen door de werkdruk. De participanten noemen daarbij twee voorbeelden, namelijk de persoonlijke aandacht en het werken volgens protocol. In het geval van persoonlijke aandacht valt vooral het nadelige effect voor eigen welzijn op. In het geval van het afwijken van protocol valt op dat de beschrijving van de participanten meer lijkt op vermijden, in plaats van het maken van een gewogen beslissing. Deze beschrijving van het maken van afwegingen komt niet overeen met de beschrijving die vanuit de theorie over professioneel vermogen wordt gegeven (Noordegraaf et al., 2015b, p. 19).

Assertiviteit. Het belang van assertiviteit wordt door tien participanten benoemd, waarin zij assertiviteit vooral als opkomen voor de patiënten beschrijven. Dit wordt als volgt omschreven: ‘*Je moet opkomen voor jouw patiënt. Dat is belangrijk omdat je zelf gewoon zo dichtbij de patiënt staat en denk ik ook dat je heel goed kunt voelen wat diegene echt nodig heeft*’ (participant 10). De participanten zien het als hun taak als verpleegkundige om op te komen voor de belangen van de patiënt. De participanten beschrijven hun rol daarbij als ‘spil in het web’ (n=8), maar ook als ‘de advocaat van de patiënt’ (participant 1) of ‘copiloot’ (participant 21). De participanten benoemen daarbij in het bijzonder het opkomen voor de patiënt ten aanzien van de arts. Zo zegt participant 12: ‘*Artsen hebben heel vaak van zo en zo gaan we het doen en dan staan ze eigenlijk niet echt stil bij wat de belangen van de patiënt zijn. Als verpleegkundige moet je daar gewoon voor opkomen*’. De participanten beschrijven wel een specifieke manier waarop deze communicatie verloopt: ‘*Je spreekt niet zomaar een dokter tegen aan het bed van een patiënt, het kan wel in de overleggen*’ (participant 1). De participanten beschrijven gedurende de overleggen met de artsen wel de ruimte te voelen om zich uit te spreken, maar dit buiten deze overleggen niet te voelen, door de rol die een arts aanneemt ten aanzien van de patiënt. Deze assertiviteit is ook in de observaties teruggezien, met name gedurende observatie 1. De participant had een leidende rol in het

overleg en verbeterde de arts verschillende malen tijdens het gesprek. Ook in de communicatie met patiënten beschrijven vijf participanten het belang van assertiviteit. Participant 16 zegt daarbij: *‘Daarin moet je gewoon je professionaliteit hebben om gewoon de dingen te doen, wat voor discussie de patiënt ook aan gaat. Als die zegt ja maar sorry dat vind ik niet nodig dat dat nu moet gedaan worden, dan zeg je sorry, dit wel iets wat ik wil controleren dus ik ga dit nu gewoon even doen’*. De participanten beschrijven deze vorm van assertiviteit als een methode om kwaliteit te waarborgen, omdat het belang van de patiënt centraal staat.

De participanten benoemen assertiviteit ook als belangrijk voor het behouden van het eigen welzijn. Participant 5 zegt daarover: *‘Voor jezelf is het denk ik ook dat je goed je grenzen kan aangeven, want je moet jezelf gewoon echt soms wegcijferen, maar dat is niet altijd goed’*. Het stellen van grenzen en deze uit te spreken wordt ook door de participanten 5, 7 en 8 onderkent. Participant 15 omschrijft het aangeven van grenzen op andere manier. De participant zegt dit te doen om verandering teweeg te brengen en zegt daarbij: *‘Bijvoorbeeld bij de leiding aangeven van dit kan niet zo. Ook de grenzen daarin aangeven dat is denk ik ook heel erg belangrijk, want anders dan gaat dat gewoon maar door en dan verbetert er niks’*. Uit de beschrijving van participant 15 wordt grenzen aangeven omschreven als middel om de werksituatie te verbeteren. De participant spreekt zich uit over problemen die deze tegen komt in het werk. Deze assertiviteit beperkt zicht echter tot het afdelingsniveau en de dagelijkse werkzaamheden. Slechts twee participanten gaven aan buiten de afdeling actief bezig te zijn met het bieden van weerstand en uitspreken van problemen.

De assertiviteit die de participanten beschrijven komt overeen met de *voice*, die door Noordegraaf et al. (2017) beschreven wordt als kernelement van professioneel vermogen. Het ontbreekt echter aan het doorzettingsvermogen om daadwerkelijk in opstand te komen tegen de ontwikkelingen die de kwaliteit en het eigen welzijn bedreigen (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 8). De participanten spreken zich namelijk vooral op operationeel niveau uit, waardoor de veranderingen slechts op dat niveau plaatsvindt. Door deze beschrijving wordt het effect dat beschreven wordt in de theorie omtrent professioneel vermogen, namelijk het voorkomen van spanning, niet bereikt (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 8).

Professionele afstand. Tot slot beschrijven de participanten dat het voor dit werk essentieel is dat een professional in staat is het werk emotioneel te behappen. Participant 3 beschrijft dit treffend: *‘Ik weet nog toen ik begon bij de hemo aan de overkant dat ik daar, dat je daar echt voor het eerst geconfronteerd wordt met ontzettend zieke kinderen, toen dacht ik echt oh god weet je wil ik dit wel, kan ik dit wel? Ja tuurlijk, iedereen kan het, want je kan alles leren wat je wil leren, zo zitten mensen in elkaar, alles wat je wil dat kun je, maar de vraag is of je dan emotioneel in staat bent omdat te kunnen behappen’*. Zeven participanten beschrijven het belang van professionele afstand in het werk. De

participanten beschrijven het patiëntcontact niet te persoonlijk te willen maken om hun eigen welzijn te behouden. Participant 13 zegt daarover: *‘Natuurlijk heb je persoonlijk contact, maar ik laat patiënten nooit te dichtbij komen, want ik vind, ik ben de professional en die grens moet er altijd zijn. ‘...’ Dat is voor mij wel heel belangrijk want als ik daar overheen ga dan ga ik daar wel last van krijgen’.*

Het vinden van de balans in eigen welzijn en het inleven in patiënten zorgt bij sommige participanten, in het bijzonder bij terugkerende patiënten, voor spanning (participant 1,8, 13 &19). Zo zegt participant 1: *‘Die professionele afstand is lastig als je patiënten hebt die heel lang hier liggen en waar je steeds vriendschappelijker mee om dreigt te gaan, daar moet je wel op een gegeven moment weer een afstand maken, want je bent wel de verpleegkundigen en niet een vriendin. Je moet ook beslissingen nemen die de patiënt niet leuk gaat vinden, dus die ruimte moet je wel houden’.* Ook participant 8 benadrukt dit, wanneer deze zegt: *‘Ik werk nu zes jaar als verpleegkundige en ik denk dat ik drie of vier keer heb gehad dat ik echt thuis zat en het niet los kon laten. Dat was echt dan door gewoon de patiënt waarom het ging. Dat dat dan mensen zijn waar ik een soort van een extra speciale band heb opgebouwd, die hier al heel lang liggen of heel lang komen’.* In de appendix is het thema loslaten opgenomen waarin de ervaring van de participanten omtrent het omgaan met de emotionele belasting verder uitgewerkt is.

5.2.3 De verschillen tussen opleidingsniveaus

Uit de interviews en observaties blijkt geen onderscheid tussen de mbo en hbo-opgeleiden verpleegkundige in de antwoorden wat betreft professionaliteit en spanning. Slechts twee participanten benoemen expliciet een andere rol voor de hbo- opgeleide verpleegkundige. De participanten omschrijven deze rol als meer op ‘managementniveau’ of als ‘regisseursrol’. Twee participanten geven aan zich in het kader van de toekomstige functiedifferentiatie alvast bij te zijn gaan scholen. Zo zegt participant 18: *‘Er zijn dingen die gaan veranderen voor de huidige mbo- v en de hbo- v verpleegkundigen, dus ja wil je daarin mee gaan’.*

Wel benoemen negen participanten de functie van senior verpleegkundigen, waarvan zeven participanten dit noemen omdat zij zelf deze functie vervullen. De participanten beschrijven de taak van senior verpleegkundigen als overkoepelend. Zo zegt participant 4: *‘Nu ben ik een aantal maanden senior verpleegkundige en dat betekent dat ik ook wat extra taken heb op het gebied van kwaliteit van zorg en ik ga kijken hoe de kwaliteit van zorg op de afdeling kan verbeteren door verschillende projecten en het maken van protocollen’.*

Tot slot moet er een nuancering aangebracht worden in de gevonden resultaten. De participanten beschrijven dat er verschillende typen verpleegkundigen bestaan (n=8). Zo stelt participant 16: *‘Je ziet wel verschil hier op de afdeling hoor, wij hebben wel cijfertjesverpleegkundigen. Dat vind ik het mooie eigenlijk op de afdeling, sowieso in het vak iedereen heeft zijn eigen kwaliteit en doordat je een*

vierentwintig uren bedrijf bent en om de acht uur een andere verpleegkundige komt, kan je eigenlijk elk stukje goed ondervangen. Dat vind ik wel heel erg mooi'.

Bovendien beschrijven de participanten dat er verschillen bestaan tussen afdelingen wat voor type verpleegkundige gevraagd wordt. Zo zegt participant 20: *'Ik heb nu op al die medium careafdelingen gelopen en daar zijn die patiënten echt gewoon nog wat zieker dan hier en moet d'r gewoon sneller gehandeld worden. Er is minder ruimte voor even goed bij je patiënt, om heel goed gesprek aan te gaan, zeg maar, maar moet d'r gewoon snel gehandeld worden, dus ja ik denk dat je op een andere manier met je vak bezig bent'* De beschreven invulling betreft slechts de invulling van één afdeling, mogelijk wordt professionele vermogen op andere afdelingen of door andere type verpleegkundigen anders ingevuld.

5.3 De overeenkomsten en verschillen

In deze paragraaf zijn de verschillende invullingen omtrent professioneel vermogen met elkaar vergeleken en een antwoord geformuleerd op de deelvraag: *Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de invulling van de verpleegkundigen en de invulling vanuit de documenten?* De voornaamste bevindingen van deze paragraaf zijn schematisch weergegeven in figuur 1 in de tabelbijlage.

Overeenkomst complexe werkomgeving. Een eerste overeenkomst is de nieuwe en brede taakomschrijving die zowel vanuit de beleidsdocumenten als de interviews blijkt. Zo omschrijven de participanten het verpleegkundig werk als breed en blijkt dit ook als zij de verschillende aspecten van dit werk benoemen. Opvallend daarbij is dat zowel de participanten als de beleidsdocumenten spreken over onderbouwd werken. In de documenten wordt onderbouwd werken vooral omschreven door het gebruik van klinisch redeneren en *evidenced based practices*. De participanten beschrijven het meer als het correct uitvoeren van de werkzaamheden en het begrijpen waarom er iets gedaan moet worden. Het verpleegkundig werk wordt dus zowel in de documenten beschreven als complex als door de participanten als complex beleefd.

Verschillende invullingen van professioneel vermogen. De professionals beschrijven nog niet voldoende vermogend te zijn om alle rollen van het CAMMEDS-model zo optimaal mogelijk te kunnen vervullen. Uit de observaties en interviews blijkt dat er enige spanning bestaat onder de verpleegkundigen door de ervaren werkdruk. De participanten ervaren met name spanning wat betreft persoonlijke aandacht voor de patiënt en het afwijken van protocol. In tijden van werkdruk moeten de participanten belangen afwegen en prioriteiten stellen, waarin zij het gevoel hebben nog niet voldoende kwaliteit en welzijn te kunnen verzekeren.

Dit is vooral van belang voor drie competentiegebieden van het CANMEDS- model, dit zijn: kennis en wetenschap, organisatie en professionaliteit & kwaliteit. Zo ligt in het competentiegebied kennis en wetenschap veel nadruk op het verbinden met de wetenschap, maar wordt ook het maken van

wel overwogen beslissingen beschreven (document 5, p.25). Dit is voor de professionals nog weleens lastig zoals blijkt uit de interviews. Daarnaast moet de verpleegkundige beschikken over organisatievaardigheden, zo staat er in document vijf; '*Een verpleegkundige speelt een actieve rol in het inrichten van een aantrekkelijke werkomgeving*' (p.27). Hiermee wordt het kennen van de organisatie en verandering in een organisatie teweegbrengen bedoeld, wat zoals blijkt uit de praktijk nog weinig gebeurt. Een verpleegkundige zou zich, volgens het competentiegebied professionaliteit en kwaliteit ook bezig moeten houden met kwaliteitsverbetering en bewaking. Dit zou een verpleegkundige dan niet alleen op operationeel niveau moeten doen, maar ook als beroepsgroep en ook dit wordt nog weinig gedaan zo blijkt uit de interviews.

Geen onderscheid tussen opleidingsniveaus. Opvallend is dat verpleegkundigen van alle opleidingsniveaus deze spanning ervaren. Het strakke onderscheid tussen mbo-opgeleide en hbo-opgeleide verpleegkundigen, zoals die in de beroepsprofielen staat beschreven, wordt nauwelijks teruggezien in de praktijk. Slechts twee participanten benoemen een expliciet andere rol voor de hbo-opgeleide verpleegkundigen en noemen deze meer op managementniveau. De participanten benoemen wel een specifiek andere rol voor de senior verpleegkundigen, maar dit wordt voornamelijk door de senior verpleegkundigen zelf gedaan in hun eigen introductie. Het toebedelen van de rol van vermogende professional aan de hbo-opgeleide verpleegkundigen wordt niet beleefd in de praktijk.

6. Conclusie en discussie

De professionalisering van verpleegkundigen is onderzocht door het beantwoorden van de volgende hoofdvraag: *Hoe verhoudt het gevraagde professionele vermogen zich tot het huidige professionele vermogen van verpleegkundigen?* Als eerste is naar het gevraagde professionele vermogen gekeken aan de hand van de documenten omtrent de functiedifferentiatie. Daarna is het huidige professionele vermogen van verpleegkundigen onderzocht en zijn de verschillende invullingen met elkaar vergeleken. In paragraaf 6.1 worden de verschillende invullingen uiteengezet en de deelvragen van dit onderzoek beantwoord. Vervolgens worden in paragraaf 6.2 de beperkingen van dit onderzoek besproken, waarna de bevindingen in het bredere wetenschappelijke discours worden geplaatst in paragraaf 6.3. Tot slot worden aanbevelingen voor de verpleegkundige praktijk en toekomstig onderzoek gedaan.

6.1 Beantwoording deelvragen

Deelvraag 1: Hoe wordt invulling gegeven aan professioneel vermogen in de documenten omtrent de functiedifferentiatie?

Uit de documentanalyse is gesteld dat een breder begrip van gezondheid nagestreefd wordt, waardoor een bredere taakopvatting van verpleegkundigen gevraagd wordt. Deze bredere opvatting is terug te zien voor beide profielen en wekt daardoor de indruk dat alle verpleegkundigen dezelfde kwaliteit nastreven.

Voor de hbo-opgeleide verpleegkundigen wordt in de nieuwe profielen, echter een speciale rol gecreëerd in het kader van professionalisering en kwaliteit. De hbo-verpleegkundige krijgt de regierol en daarmee de verantwoordelijkheid over de complexe casussen. De mbo-verpleegkundige krijgt een uitvoerende rol toebedeeld. De rol van vermogende professional wordt niet van de beroepsgroep als geheel gevraagd, maar vooral van de hbo-opgeleide verpleegkundigen.

Deelvraag 2: Hoe geven verpleegkundigen invulling aan professioneel vermogen?

Het verpleegkundig werk wordt door de participanten beschreven als complex en spanningsvol. Zo bevat het werk een specialistische basis door de moeilijk tastbare vaardigheden zoals het verpleegkundig onderbuikgevoel (Freidson, 2001, p. 34). De ervaren werkdruk en de emotionele belasting zorgen voor spanning.

De werkdruk die verpleegkundigen ervaren maakt dat zij gaan prioriteren in hun werk. De participanten beschrijven het prioriteren als een proces waarbij zij de verschillende belangen afwegen en vervolgens prioriteit aan brengen in taken. Deze beschrijving komt in enige mate over een met het kernelement *trade-off*, zoals beschreven door Noordegraaf et al. (2015a, p. 19). De participanten ervaren bij het prioriteren nadelige effecten voor zowel de kwaliteit van zorg als het eigen welzijn. Zo valt

persoonlijke aandacht weg in tijden van hoge werkdruk en maken participanten niet altijd een afgewogen beslissing om af te wijken van protocol, maar wordt dit vooral gedaan om spanning te vermijden. Deze beleving maakt dat het prioriteren niet volledig overeenkomt met de beschrijving vanuit de theorie (Noordegraaf et al., 2015b, p. 19).

Daarnaast beschrijven participanten assertiviteit als belangrijk voor het verzekeren van kwaliteit en het eigen welzijn. Deze assertiviteit komt in enige mate overeen met het kernelement *voice*, maar mist het daadwerkelijk bieden van weerstand bij bedreiging van kwaliteit of het eigen welzijn (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 8). De participanten spreken zijn vooral op operationeel niveau uit en slechts twee participanten geven aan zich buiten afdelingsniveau uit te spreken.

De participanten beschrijven dus vooral manieren om met spanning om te gaan in plaats van manieren om deze te voorkomen. De verpleegkundigen ervaren nog onvoldoende vermogen om de werkomgeving te veranderen en zo spanning te voorkomen (Noordegraaf & van Loon, 2017, p. 8). Dit maakt dat het professionele vermogen als reactief wordt ingevuld in plaats van proactief zoals omschreven in de definiëring van professioneel vermogen (Noordegraaf et al., 2015a, p. 19, 2015b, p. 297). Tot slot blijkt er geen onderscheid tussen de mbo-opgeleide en hbo-opgeleide verpleegkundigen te zijn wat betreft de invulling van professioneel vermogen en de ervaring van spanning.

Deelvraag 3: Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de invullingen vanuit de documenten en de invulling van verpleegkundigen?

De invulling vanuit de documenten en de invulling van verpleegkundigen komen overeen wat betreft de nieuwe en bredere taakomschrijving van het verpleegkundig werk. De participanten omschrijven daarbij het verpleegkundig werk als breed of als meer dan wassen en noemen veel verschillende aspecten van kwaliteit. In de documenten wordt deze bredere taakomschrijving vooral teruggezien in de omschrijvingen van het CANMEDS-model, waarin de zeven competentiegebieden van een verpleegkundige worden omschreven. Uit beide beschrijvingen blijkt dat het verpleegkundig werk berust op een specialistische basis, waarvoor specifieke kennis nodig is (Freidson, 2001). Het *prescribed* en *enacted* professionele vermogen komen wat betreft de taakomschrijving overeen.

De invulling van verpleegkundigen verschilt op twee belangrijke punten met de invulling die vanuit de documenten gevraagd wordt. Zo ervaren verpleegkundigen nog spanning in verschillende competentiegebieden van het CANMEDS- model. Deze spanning wordt met name teruggezien in de competentiegebieden: kennis en wetenschap, organisatie en professionaliteit en kwaliteit. De participanten beschrijven nog niet voldoende vermogend te zijn om deze competentiegebieden zo optimaal mogelijk te kunnen vervullen. Uit de observaties en interviews blijkt dat de participanten door werkdruk spanning ervaren. De participanten ervaren met name spanning wat betreft persoonlijke

aandacht voor de patiënt en het afwijken van protocol, omdat zij niet in staat zijn kwaliteit en persoonlijk welzijn voldoende te verzekeren. Dit vormt het eerste verschil tussen het *prescribed* professionele vermogen en het *enacted* professionele vermogen.

Tot slot wordt het strakke onderscheid in opleidingsniveaus, zoals in beschreven in de beleidsdocumenten, nauwelijks teruggezien in de praktijk. Zowel hbo- opgeleide als mbo-opgeleide verpleegkundigen geven aan spanning te ervaren in het vervullen van de drie bovengenoemde rollen. Het toekennen van de rol van vermogende professional aan de hbo-opgeleide verpleegkundigen wordt dan ook niet ondersteund vanuit de praktijk. Dit vormt het tweede verschil tussen het *prescribed* en *enacted* vermogen.

6.2 Beperking

Voor de hoofdvraag wordt beantwoord, worden enkele beperkingen van dit onderzoek besproken. De eerste beperking is verbonden met de onderzoeksmethode. Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek met een casestudy design. Op deze manier is diepgaande data verkregen over het een specifieke onderzoekspopulatie. De bevindingen en conclusies van het onderzoek zijn sterk verbonden met de context en vrijwel niet te generaliseren voor een grote onderzoekspopulatie. Dit was echter ook niet het doel van dit onderzoek.

Daarnaast heeft dit onderzoek enige mate van openheid en flexibiliteit gehad door de focus op beleving en invulling. Om deze invulling te kunnen achterhalen zijn de participanten bevraagd over hun beleving van verschillende aspecten van professionaliteit en hun ervaringen omtrent spanning. De participanten is geen strakke definitie van professioneel vermogen gegeven, waardoor sprake is van enige subjectiviteit in het onderzoek. Dit is geprobeerd te ondervangen door een substantiële participantenpool en aanvullende onderzoeksmethoden, zodat de bevindingen onderbouwd zijn met zo rijk mogelijke data (Bryman, 2012, p. 470; Krefting, 1991, p. 215).

Ook de verbinding van de onderzoeker met de raad van bestuur kan van invloed zijn geweest op het onderzoek. Enkele participanten hebben mogelijk de verbinding van de onderzoeker met de raad van bestuur meegewogen in hun antwoord, waardoor deze participanten op een sturende manier hebben geantwoord. Dit is geprobeerd te ondervangen door de ethische voorwaarden voor dit onderzoek goed toe te lichten.

Een volgende beperking komt voort uit de periode waarin het onderzoek uitgevoerd is. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in april 2018 en heeft ongeveer drie weken geduurd. In deze periode was een gedeelte van de afdeling in verband met personeelstekorten gesloten, waardoor er sprake was van een ‘rustige’ sfeer op de afdeling. Verschillende participanten beschrijven de voorgaande (winter)periode als een zeer druk en ‘hectisch’ waarbij zij aangeven veel werkdruk te hebben ervaren. De

participanten benadrukken dat zij nog steeds werkdruk ervaren, ook al verschilt deze van de eerder ervaren werkdruk. Dit alles kan mogelijk een negatiever beeld hebben gegeven van de spanning die de participanten in het werk ervaren. De werkdruk is ook door de onderzoeker ervaren bij het afnemen van de interviews. De participanten hadden steeds wisselend de tijd voor de interviews. In één specifiek geval werd een interview zelfs voortijdig afgebroken, maar dit is ondervangen door de langere duur van andere interviews en het gebruik van andere onderzoeksmethoden.

Tot slot waren er in dit onderzoek twee participanten met een bijzondere positie. Deze participanten hadden in verhouding tot de andere participanten een bijzonder uitgesproken visie over de professionaliteit van de verpleegkundige. Deze visie kan mogelijk verklaard worden door het lidmaatschap van de participanten aan het Verpleegkundig Convent. Het Verpleegkundig Convent is het verpleegkundigen adviesorgaan binnen het UMC Utrecht. Deze afwijking zorgt echter niet voor nadelige gevolgen voor het onderzoek door de gedegen omvang van de participantenpool.

6.3 Beantwoording hoofdvraag

Naar aanleiding van de bevindingen kan gesteld worden dat het huidige professionele vermogen niet overeenkomt met het vermogen dat van verpleegkundigen gevraagd wordt in de nieuwe beroepsprofielen. In de documenten omtrent de functiedifferentiatie wordt vooral de hbo- opgeleide verpleegkundige beschreven als een vermogende professional. De huidige verpleegkundigen handelen echter nog niet als volledig vermogende professionals. Verpleegkundigen beschrijven het werk als complex en spanningsvol, maar handelen nog niet proactief in deze werkomgeving om zo kwaliteit en het eigen welzijn te verzekeren. Deze invulling komt niet overeen met de definiëring van professioneel vermogen (Noordegraaf & van Loon, 2017; Noordegraaf et al., 2015b; Van Loon et al., 2016). Het *enacted* professionele vermogen blijft achter ten aanzien van het *prescribed* professionele vermogen (Evans, 2008).

Deze bevindingen zetten aan tot een kritische reflectie wat betreft de professionalisering en de professionaliteit van het verpleegkundig beroep. Professionalisering ontstaat pas wanneer professionals de gevraagde professionaliteit zelf beleven en op de gevraagde manier handelen (Evans, 2008, p. 29). Dit maakt dat het *enacted* professionele vermogen gebruikt kan worden als peilstok voor de huidige professionaliteit van verpleegkundigen (Evans, 2008). Voor het proces van functiedifferentiatie betekent dit dat verpleegkundigen pas vermogend worden wanneer zij zichzelf als vermogend ervaren en vermogend handelen. Zolang het huidige professionele vermogen door verpleegkundige op een reactieve manier ingevuld wordt, zal de vermogende verpleegkundige van 2020 slechts een beleidsvisie blijven.

Deze bevindingen kunnen op twee manieren worden geïnterpreteerd. Enerzijds kunnen deze bevindingen worden gezien als een bevestiging van de klassieke visie op professionaliteit, waarbij

professioneel vermogen en professionaliteit niet voor alle beroepen is weggelegd (Fournier, 1999; Freidson, 2001; Wilensky, 1964). Anderzijds vragen de veranderingen in de publieke dienstverlening echter om een nieuwe invulling van professionaliteit, waardoor deze klassieke visie al veelvuldig is tegengesproken (Evans, 2008; Evetts, 2003, 2013; Muzio & Kirkpatrick, 2011; Noordegraaf & Siderius, 2016).

Dit maakt dat deze bevindingen worden geïnterpreteerd als onderdeel van het professionaliseringsproces. Het verpleegkundig beroep heeft al grote veranderingen door gemaakt (Speet & Francke, 2004; Ten Hoeven et al., 2014), waardoor het beroep al beschikt over enkele kenmerken van een professie zoals een specialistische basis en een sterk socialiseringsproces (Freidson, 2001, p. 34). Uit dit onderzoek blijkt echter dat verpleegkundigen het vermogen missen om op een proactieve manier de werkomgeving te controleren.

Het gebrek aan dit vermogen kan worden verklaard door de strakke controle die organisaties op *street-level* professionals, zoals verpleegkundigen, uitoefenen. *Street-level* professionals kunnen het dagelijks handelen in enige mate beïnvloeden, maar niet volledig doordat het handelen ook in grote mate vastgelegd is in protocollen en standaarden (Noordegraaf, 2015b, p. 126). De strakke controle die vanuit de organisatie wordt uitgeoefend maakt dat *street-level* professionals niet eerder de ruimte gegeven werd om proactief te handelen.

Nu dit vermogen in het kader van de functiedifferentiatie wel van verpleegkundigen gevraagd wordt, moeten verpleegkundigen geholpen worden dit proactieve vermogen te ontwikkelen. Op deze manier kan het verschil tussen het *prescribed* en *enacted* professionele vermogen overbrugd worden.

6.4 Aanbevelingen

Het stimuleren van het proactieve vermogen en op deze manier het huidige professionele vermogen te versterken vormt een eerste aanbeveling voor de praktijk. Dit kan op twee manieren worden gedaan: op individueel niveau en op collectief niveau.

Ten eerste kan op individueel niveau het proactieve vermogen worden gestimuleerd. Professioneel vermogen kan gestimuleerd worden door verschillende hulpbronnen (Noordegraaf et al., 2015b). De hulpbronnen training en opleiding lenen zich in het bijzonder voor het stimuleren van het proactieve vermogen van verpleegkundigen. Deze hulpbronnen zijn zeer ingebed in de verpleegkundige praktijk door de sterke socialisatie op de werkvloer. De trainingen zouden gericht moeten zijn op het versterken van de organisatorische en professionele vaardigheden van verpleegkundigen. Op deze manier worden verpleegkundigen geholpen om de rol als autonome professional te kunnen vullen. Zo wordt ook een andere hulpbron, die van autonomie, gestimuleerd (Noordegraaf et al., 2015b).

Ten tweede kan de autonomie en het proactieve vermogen van verpleegkundigen gestimuleerd worden door deze competenties te erkennen en vast te leggen in speciale bevoegdheden. Het toekennen van deze speciale bevoegdheden, ook wel het creëren van *exclusive jurisdiction*, maakt dat het verpleegkundig handelen meer legitimiteit wordt toegekend (Freidson, 2001). In dit proces is het erg belangrijk dat deze speciale bevoegdheden ontstaan in coproductie, waardoor dit door verpleegkundigen ervaren wordt als eigen en waardevol en niet als opgelegd. Op deze manier wordt dit vermogen ook daadwerkelijk beleefd.

Ten derde wordt een kritische evaluatie van het strakke onderscheid tussen mbo- opgeleide en hbo-opgeleide verpleegkundige aanbevolen. Uit het onderzoek blijkt dat verpleegkundigen geen onderscheid ervaren. Bovendien kan het waardevoller zijn om deze verandering in plaats met een gedeelte van de beroepsgroep met de gehele beroepsgroep door te maken. De complexiteit van de werkomgeving vraagt namelijk om een vermogende beroepsgroep in plaats van enkele vermogende professionals.

Tot slot worden enkele aanbevelingen voor toekomstig onderzoek gegeven. Een eerste aanbeveling is het uitvoeren van dit onderzoek op grotere schaal, waarbij het onderzoek op verschillende afdelingen en met een grotere participantenpool kan worden uitgevoerd. Op deze manier kan gekeken worden of er verschillen zijn tussen type verpleegkundigen en afdelingen. Daarnaast kan het professionele vermogen van verpleegkundigen ook op kwantitatieve wijze onderzocht worden. Door het professionele vermogen van verpleegkundigen te meten kan het inzicht worden verbreed.

Net als Noordegraaf en van Loon (2017) is een tweede aanbeveling het professionele vermogen te onderzoeken bij andere beroepsgroepen. Professioneel vermogen is een relatief nieuw concept dat gebaat is bij aanvullend onderzoek in verschillende beroepsgroepen. Een interessante beroepsgroep voor aanvullend onderzoek is die van accountants. Het werk bevat inherent druk en heeft een specialistische basis. Bovendien is in de beroepsgroep sprake van dreigende personeelstekorten, omdat professionals uitvallen door de hoge werkdruk. Dit maakt dat dit beroep gebaat kan zijn bij inzichten in hoe professionals 'goed' kunnen omgaan met een complexe en spanningsvolle werkomgeving.

Ook zou het waardevol zijn om verdiepend onderzoek te verrichten naar de professionalisering van verpleegkundigen. Veel van het onderzoek naar professionalisering is gefocust op klassieke professionals en maar weinig op dat van *street-level* professionals, waardoor aanvullend inzicht gewenst is (Brannon, 1994; Saks, 2015). In dit onderzoek is vanuit professioneel vermogen de vertaalslag gemaakt naar professionalisering, maar dit zou ook vanuit andere factoren van professionaliteit gedaan kunnen worden.

Bronnenlijst

- Abbott, A. (1991). The Order of Professionalization - an Empirical-Analysis. *Work and Occupations*, 18(4), 355–384.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (Tweede druk). Den Haag: Boom Lemma uitgeverij.
- Brannon, R. (1994). Professionalization and Work Intensification: Nursing in the cost containment era. *Work and Occupations*, 21(2), 157–178.
- Bryman, A. (2012). Social research methods Bryman. *OXFORD University Press*, 766.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Daft, R. L., & Weick, K. E. (1984). Toward a Model of Organizations as Interpretation Systems. *Academy of Management Review*, 9(2), 284–295. <https://doi.org/10.5465/AMR.1984.4277657>
- de Bruijn, H., & Noordegraaf, M. (2010). Professionals Versus Managers?: De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. *Bestuurskunde*, 3, 6–20.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. (2001). The Job Demands-Resource Model of Burn-out. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
- Evans, L. (2008). Professionalism, professionalism and the development of education professionals. *British Journal of Educational Studies*, 56(1), 20–38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8527.2007.00392.x>
- Evetts, J. (1999). Professionalisation and professionalism: Issues for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 13(2), 119–128. <https://doi.org/10.3109/13561829909025544>
- Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Occupational Change in the Modern World. *International Sociology*, 18(2), 395–415.
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology Review*, 61(5–6), 778–796.
<https://doi.org/10.1177/0011392113479316>
- Forsyth, P., & Danisewics, T. (1985). Toward a theory of professionalization. *Work and Occupations*, 12(1), 59–76.
- Fournier, V. (1999). The Appeal to ‘Professionalism’ as a Disciplinary Mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280–307. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.00173>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being. *European Psychologist*, 14(1), 29–39. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.29>
- Keogh, J. (1997). Professionalization of nursing: Development, difficulties and solutions. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 302–308. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025302.x>
- Krefting, L. (1991). Trustworthiness, 45(3), 214–222.
- Maanen, J. Van, & Schein, E. H. (1977). Toward a theory of organizational socialization.
- Martin, G. P., Armstrong, N., Herbert, G., & Dixon-woods, M. (2015). Professionalism Redundant, Reshaped, or Reinvigorated? Realizing the “Third Logic” in Contemporary Health Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 56(3), 378–397. <https://doi.org/10.1177/0022146515596353>
- McDonald, S. (2005). Studying Action in Context: A Qualitative Shadowing Method for Organisational

- Research. *Qualitative Research*, 5(4), 455–473. Retrieved from <http://journals.sagepub.com.ez91.periodicos.capes.gov.br.sbproxy.fgv.br/doi/pdf/10.1177/1468794105056923>
- Mulhall, A., & Msc, B. (2003). METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH In the field: notes on observation in qualitative research.
- Muzio, D., & Kirkpatrick, I. (2011). Introduction: Professions and organizations - a conceptual framework. *Current Sociology*, 59(4), 389–405. <https://doi.org/10.1177/0011392111402584>
- Noordegraaf, M. (2015a). Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 187–206. <https://doi.org/10.1093/jpo/jov002>
- Noordegraaf, M. (2015b). *Public Management: performance, professionalism and politics*. London: Palgrave.
- Noordegraaf, M., Bos, A., & Idwer, M. S. (2017). De ergernis van zorgprofessionals te lijf Allerlei ongenoegens bedreigen het medisch handelen , maar dat hoeft niet.
- Noordegraaf, M., & Siderius, K. (2016). Perspectieven op publieke professionaliteit. *M&O: Tijdschrift Voor Management En Organisatie*, 2, 4–19.
- Noordegraaf, M., & van Loon, N. (2017). Professional Coping at the Front Lines : Enhancing Teacher Wellbeing and Supervisor-rated Performance. *Paper for EGPA, 2017*.
- Noordegraaf, M., van Loon, N., Heerema, M., & Weggemans, M. (2015a). Professioneel vermogen. *Beleid En Maatschappij*, 42(4), 287–309. <https://doi.org/10.5553/BenM/138900692015042004002>
- Noordegraaf, M., van Loon, N., Heerema, M., & Weggemans, M. (2015b). Professioneel vermogen in het primair onderwijs Over hoe leerkrachten betekenisvolle en vitale bijdragen (kunnen) leveren aan onderwijskwaliteit. *Eindrapport 'Professioneel Vermogen' Deelproject*, (november).
- NOS. (2017). Verpleegkundigen slaan alarm om werkdruk: zo gaat het niet langer. *NOS*. Retrieved from <https://nos.nl/artikel/2197007-verpleegkundigen-slaan-alarm-om-werkdruk-zo-gaat-het-niet-langer.html>
- Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Issues in Qualitative Research, (1994), 1994–1997. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>
- Pool, J. J. (1977). Professionaliteit bij artsen en verpleegkundigen.
- Power, R., & Williams, B. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research. *Bmj*, 323(7311), 514. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7311.514/b>
- Price, S. L. (2009). Becoming a nurse: A meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 11–19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04839.x>
- QSR International Pty Ltd. (2011). NVivo qualitative data analysis Software.
- Quinlan, E. (2008). Conspicuous invisibility: Shadowing as a data collection strategy. *Qualitative Inquiry*, 14(8), 1480–1499. <https://doi.org/10.1177/1077800408318318>
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2014). Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. *Qualitative Research*, 356. <https://doi.org/10.4135/9781452230108>

- Saks, M. (2015). Inequalities , marginality and the professions. *Current Sociology Review*, 63(6), 850–868. <https://doi.org/10.1177/0011392115587332>
- Schott, C., van Kleef, D., & Noordegraaf, M. (2016). Confused Professionals?: Capacities to cope with pressures on professional work. *Public Management Review*, 18(4), 583–610. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1016094>
- Schouteten, R., Veld, M., & Batenburg, R. (2017). Duurzaam werken in de zorg : noodzaak maar de kansen staan onder druk. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 33(2), 99–103. Retrieved from <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/175405>
- Seligman, L. (2006). Sensemaking throughout adoption and the innovation-decision process. *European Journal of Innovation Management*, 9(1), 108–120. <https://doi.org/10.1108/14601060610640050>
- Speet, M., & Francke, A. L. (2004). *Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk. Nivel*. <https://doi.org/10.1007/BF03071306>
- Ten Hoeven, Y., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). Support matters: The contribution of community nursing assistants. *Journal of Community Nursing*, 28(4), 87–89. <https://doi.org/10.1111/jan.12177>
- Timmons, S. (2010). Professionalization and its discontents. *Health*, 15(4), 337–352. <https://doi.org/10.1177/1363459310383594>
- V&VN. (2017). Personeelstekorten de werkvloer.
- V&VN 2020. (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige. *2020 Deel 3 Beroepsprofiel Verpleegkundige*, 40, 40. Retrieved from [http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder dan 2010/3_profiel verpleegkundige_def.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf)
- Van Loon, N. M., Heerema, M., Weggemans, M., & Noordegraaf, M. (2016). Speaking Up and Activism Among Frontline Employees: How Professional Coping Influences Work Engagement and Intent to Leave Among Teachers. *American Review of Public Administration*, 1–17. <https://doi.org/10.1177/0275074016682313>
- Volkskrant. (2018, June 7). Vicious circle: large shortage of nurses, but the education handles student strikes because there are no stage seats.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organization Science inf 3M1 Organizing and the Process of Sensemaking, 16(4), 409–421.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone ? Author (s): Harold L . Wilensky Source : *American Journal of Sociology* , Vol . 70 , No . 2 (Sep . , 1964) , pp . 137-158 Published by : The University of Chicago Press Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/277520>, 70(2), 137–158. <https://doi.org/10.1017/S0047404511000029>

Bijlage

Tabellen

Tabel 1

Schematische weergave deelvraag 3

Overeenkomsten	Voorbeelden uit interviews	Voorbeelden uit documenten	Verschillen	Voorbeelden uit interviews	Voorbeelden uit documenten
Brede taakomschrijving	'meer dan wassen'	'multicomplexiteit'	Ervaring van vermogen	spanning door werkdruk	organisatievaardigheden
	'het is een breed vak'	'ondersteunen zelf management'		aspecten van kwaliteit vallen weg in prioritering	verzekeren en verbeteren kwaliteit
	7 beschrijving van onderdelen van het vak	7 CANMEDS rollen		bepaalde assertiviteit	zowel op nationaal, organisatie als operationeel niveau veranderen.
Onderbouwd werken	'protocollen volgen'	'evidence-based practices'	Onderscheid tussen hbo en mbo	zowel hbo als mbo ervaren spanning	'hbo initieert en bewaakt'
	'beargumenteren van handelen'	'klinisch redeneren'			'Hbo hoog complex'
	'taken afronden'	'onderbouwen'		alleen senior andere rol en taken.	'mbo ondersteunt'
	'klinisch redeneren'	'klinische blik'			'mbo minder complex'

Appendix: Loslaten

Het thema loslaten kwam veelvuldig terug in het omschrijven van het behouden van het eigen welzijn. Het zijn van een vermogende professional in dit vak vraagt volgens de participanten dan ook het kunnen omgaan met de emotionele belasting van het werk. Zo zegt participant 8: *'Als ik hier de deur uit loop dan laat ik het los, soms nog even in de auto naar huis, maar eigenlijk zodra ik thuis uit mijn auto stap, moet ik mijn werk vergeten, want anders kan je dit werk niet doen'*. De participanten beschrijven verschillende manieren waarop zij het werk kunnen loslaten. Het voornaamste middel dat participanten benoemen is het praten met anderen. Zeventien participanten noemen dan ook het praten met collega's als hulpmiddel bij het loslaten. Participant 13 omschrijft dit als volgt: *'Ik praat altijd heel open over dingen met mijn collega's, als ik iets vervelend ervaar dan bespreek ik dat, voor mij werkt dat als ik iets bespreek dan kan ik het daarna ook loslaten. Als ik het niet bespreek dan weet ik dat het zou kunnen gaan knagen'*. Negen respondenten geven daarnaast aan ook thuis te praten over hun werk, waardoor zij dit later beter los kunnen laten. Een ander hulpmiddel dat door vijf van de participanten beschreven wordt, is het besef van het ziekenhuis als het zijn van een vierentwintig uren bedrijf. Dit besef wordt treffend beschreven door het volgende citaat: *'Ik heb geleerd het wat meer los te laten en ook te bedenken dat wij een vierentwintig uren bedrijf zijn en ik niet alles in acht uur op kan lossen'* (participant 15). De participanten beschrijven dat dit besef helpt doordat dit hun ervaring van werkdruk en verantwoordelijkheid verlaagd. Op deze manier weten zij beter het werk los te laten. Dit is ook terug te zien in het antwoord van participant 14, wanneer deze gevraagd wordt wat helpt bij het loslaten. De participant zegt daarop het volgende: *'Nou ik denk gewoon als ik het goed gerapporteerd heb en ik het overgedragen heb. Ik weet het is een 24 uren zorg dus het gaat gewoon door. Als ik nu een keer iets niet heb gedaan, kan het ook morgen'*. Tot slot beschrijven de participanten 3, 16 en 21 een specifieke methode in het loslaten van het werk. De participanten beschrijven dat zij hun werk zien als het aannemen van een rol als een witte jas en dat zij het uit deze rol stappen gebruiken om het werk los te kunnen laten. Participant 3 zegt hierover: *'Ik zie het altijd een beetje als een soort stoffas, die je s ' ochtends aantrekt, in dit geval mijn uniform. In de loop van de dag stop je van alles in je zakken. Aan het einde van de dag haal je je zakken leeg en gooi je je uniform in de was. Dan ga je naar huis en moet je dat loslaten'*. Volgens de professionals is het proces van loslaten een essentieel onderdeel om het werk te kunnen blijven doen. Dit is zo belangrijk omdat het werk ook veel emotionele inspanning vraagt zoals al eerder besproken.

Bijlage 1: Overzicht documenten

Nummer document	Bron	Aantal pagina's	Omschrijving
Document 1	NFU	2	Visie van de NFU op zorg van de toekomst
Document 2	NFU	7	Plan van aanpak voor proeftuinen en MUMC+
Document 3	NFU	23	Handreiking NFU over proeftuinen
Document 4	V&VN	69	Rapport toekomstbestendige beroepen
Document 5	V&VN	41	Beroepsprofiel verpleegkundige
Document 6	NFU	3	Twee concept profielen
Document 7	NFU	2	Inhoudelijk kader voor proeftuinen
Document 8	V&VN	6	Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige
Document 9	V&VN	5	Beroepsprofiel mbo-verpleegkundige
Document 10	NVZ	36	Leidraad NVZ proeftuinen
Document 11	NVZ	7	Functieprofielen
Document 12	LOOV	66	Opleidingsprofiel bachelor of nursing 2020

Bijlage 2: Codeboom documentanalyse

Thema	Onderdelen thema	Codes	Aantal referenties	
Vereisten voor verpleegkundigen	Brede definitie van gezondheid	Nieuwe definitie van gezondheid	6	
		Ondersteunen van zelfmanagement	2	
		Nieuwe basis van verpleegkundig handelen	3	
	Noodzaak ontwikkeling	Ontwikkelen vragen onderscheid	4	
		Complexere zorg	3	
		Zelfmanagement	4	
		Klinische blik	7	
	Algemene beschrijving	CANMEDS- rollen	8	
		Regieverpleegkundige	Brede visie op gezondheid	3
			Alleen hbo als regieverpleegkundige	1
Organiseren			Organisator	4
Patiënt centraal		Organisatiecompetenties	4	
		Patiëntenregie	2	
		Zelfmanagement	4	
	Shared decision making	1		
Kwaliteitsverbetering	Kwaliteit deskundigheid	2		
	Houdt zich bezig met kwaliteit	2		
	Verbetering kwaliteit	2		
	Communiceren	Goed communiceren	5	
		Communicatie competenties	5	
Coördineren en samenwerken	Samenwerkingspartner	1		
	Interdisciplinaire samenwerking	2		
	Coördineert zorg	2		
Kennis en wetenschap	Ontwikkelen kennis en wetenschap	4		
	Levenlang leren	1		
	Ontwikkelen van de wetenschap	5		
	Adequaat werken	Vakinhoudelijk kennis	1	
		Evidence-based practices	1	
Klinisch redeneren		2		
Adequaat werken		3		
Preventie en zelfmanagement	Ondersteunen zelfmanagement	2		
	Focus op preventie	2		
Mbo-opgeleide verpleegkundige	Beperkte complexiteit	Deskundigheid op beperkte complexiteit	1	
		Verleent zorg aan minder complexe	1	
	Zelfmanagement	Stimuleert zelf management	3	
		Focus op preventie	2	
	Organisatie	Kan in organisatie werken	1	
		Kan samenwerken	1	

Samenwerken en coördineren	Praktische coördinatie	1
	Beperkte regie	1
Kwaliteitsverbetering	Voert kwaliteitsverbeteringen uit	1
	Kijkt kritisch naar kwaliteit	1
	Helpt mee met kwaliteitsverbetering	1
	Houdt zich bezig met kwaliteit	1
Communiceren	Communicatie competenties	1
Onderbouwd werken	Werken volgens protocol 2	2
	Observeren en signaleren	2
	Verplegen op een professionele manier	2

Bijlage 3: Participantenlijst

Nummer participand	Functie	Opleidingsniveau	Datum interview	Geobserveerd
<i>Participant 1</i>	Stagiair	Mbo, 3 ^{de} jaars	9 april 2018	Nee
<i>Participant 2</i>	Verpleegkundige	Mbo In-service opleiding	9 april 2018	Nee
<i>Participant 3</i>	Verpleegkundige	Mbo In-service opleiding	9 april 2018	Ja, geobserveerd op 9 april 2018
<i>Participant 4</i>	Senior verpleegkundige	Hbo Master verplegingswetenschap pen	9 april 2018	Nee
<i>Participant 5</i>	Senior verpleegkundige	Hbo	10 april 2018	Nee
<i>Participant 6</i>	Verpleegkundige	Mbo Mbo niveau vier	10 april 2018	Ja, geobserveerd op 10 april 2018
<i>Participant 7</i>	Verpleegkundige	Hbo	11 april 2018	Ja, geobserveerd op 10 april 2018
<i>Participant 8</i>	Senior verpleegkundige	Hbo	12 april 2018	Ja, geobserveerd op 11 april 2018.
<i>Participant 9</i>	Senior verpleegkundige	Mbo	12 april 2018	Ja, geobserveerd op 12 april 2018
<i>Participant 10</i>	Senior verpleegkundige	Hbo	13 april 2018	Ja, geobserveerd op 13 april 2018
<i>Participant 11</i>	Verplegingswetenschapper	n.v.t	13 april 2018	n.v.t
<i>Participant 12</i>	Stagiair	Hbo, vierde jaars	16 april 2018	Nee
<i>Participant 13</i>	Verpleegkundige	Mbo	18 april 2018	Nee
<i>Participant 14</i>	Verpleegkundige	Hbo	18 april 2018	Nee
<i>Participant 15</i>	Senior verpleegkundige	Hbo/ Master	19 april 2018	Nee
<i>Participant 16</i>	Verpleegkundige	Mbo Inservice opleiding	20 april 2018	Nee
<i>Participant 17</i>	Verpleegkundige	Mbo	20 april 2018	Nee
<i>Participant 18</i>	Verpleegkundige	Mbo	23 april 2018	Nee
<i>Participant 19</i>	Senior verpleegkundige	Hbo	23 april 2018	Nee
<i>Participant 20</i>	Verpleegkundige	Hbo	24 april 2018	Nee
<i>Participant 21</i>	Senior verpleegkundige	Hbo/ master	26 april 2018	Nee
<i>Participant 22</i>	Unithoofd	n.v.t	26 april 2018	Nee

Bijlage 4: Topiclijst

Introductie

In het kader van mijn master Publiek Management ben ik bezig met een afstudeeronderzoek. Ik doe onderzoek naar de beleving van professioneel vermogen onder verpleegkundigen. Professioneel vermogen is het vermogen van een professional om kwaliteit te leveren en eigen welzijn te behouden ondanks de inherente druk van het werk. In mijn onderzoek wil ik gaan kijken hoe de professionals zelf dit vermogen beleven en hoe dit volgens hen ontwikkeld kan worden. Dit is dan ook waar ik het in dit interview over zou willen hebben, wat stelt jou, als professional, in staat om kwaliteit te leveren en jouw eigen welzijn te behouden.

Praktische punten;

- *Het interview duurt ongeveer een half uur tot een uur*
- *Vind u het goed als ik het gesprek opneem? Ik doe dit om het gesprek later te kunnen transcriberen en te analyseren.*
- *De gegevens worden geanonimiseerd en alleen gebruikt voor dit onderzoek. Deze worden in beperkte kring, onderwijssetting, verspreid.*

Heeft u misschien nog vragen?

Achtergrond

Ik zou willen beginnen met enkele achtergrondvragen, zou jij mij kort wat over jezelf kunnen vertellen?;

- Naam
- Functie
- Opleiding-achtergrond

Inhoudelijke vragen

Algemene beleving van het werk

- Als jij jou werk zou moeten beschrijven in drie zinnen hoe zou jij dat doen? En waarom zo?
- Wat vind jij leuk aan jouw werk? en waarom?
- Wat vind jij minder leuk aan jouw werk? En waarom?

Professionaliteit

- Wat is de belangrijkste eigenschap voor een verpleegkundige?
- Wat is volgens jou professioneel handelen in de verpleging? / wat houdt volgens het zijn van een professional in?
- Welke eigenschappen en vaardigen vraagt dit van een verpleegkundigen?
- En hoe worden deze ontwikkeld?

Kwaliteit

- Wat houdt kwaliteit volgens jou in? En waarom?
- Wat stelt jou in staat kwaliteit te leveren in jouw werk?
- Hoe heb je dit ontwikkeld?
- Wat doe je als je niet in staat bent kwaliteit te leveren?
- Wat doe jij om je te blijven ontwikkelen als professional?

Spanning

- Ervaar jij spanning/stress in jouw werk? Zo ja waar komt deze spanning vandaan?
- Wat doet dit met jou?
- Hoe ga je daar mee om? En waar komt deze aanpak vandaan?
- Wat doe jij om deze om dit te voorkomen?
- Wat vindt jij het uitdagends in jouw werk?

Welzijn

- Hoe kijk jij aan tegen jouw werk? Positief of negatief?
- Wat voor effect heeft jouw werk op jou?
- Wat helpt jou in de uitvoering van jouw werk? En waarom?
- In hoeverre ervaar jij controle over jouw werk?

Specifieke elementen

Anticiperen

- Op wat voor wijze anticipeer jij op situaties die zich voor doen?
- Hoe heb jij dit ontwikkeld?

Ontwikkelen van professionaliteit en professie

- In hoeverre hou jij je actief bezig met het ontwikkelen van professie van de beroepsgroep in het algemeen? (Hoe en waarom?)
- In hoeverre hou jij je bezig met het ontwikkelen van jouw eigen professionaliteit? (Hoe en waarom?)

Balanceren van belangen

- Zie jij verschillende belangen terug in jouw werk? Wat zijn deze belangen?
- Zijn deze belangen ook in strijd met elkaar?
- Hoe weeg jij deze belangen tegen elkaar af?
- En waarom?
- Hoe heb jij deze vaardigheid ontwikkeld?

Voice

- Spreek jij je uit in jouw werk? Hoe en waarom?
- Wanneer doe jij dit niet?
- Hoe heb jij dit ontwikkeld?

Hulpbronnen

- Wat heeft jou het meeste geholpen in het worden van een professional en waarom?
- In hoeverre helpt training en opleiding?
- In hoeverre helpt autonomie: controle over het werk?
- In hoeverre helpt jouw netwerk jou?

Zijn er volgens u nog onderwerpen die nog niet aan de orde zijn geweest, waarover u nog iets zou willen zeggen?

Bedankt voor dit interview!

Bijlage 5: Codeboom interviews

Thema	Aspecten van thema	Codes	Aantal referenties	
Beschrijving van het werk als	Complexiteit Brede taakomschrijving Verschillende onderdelen	Heel breed vak	7	
		ADL	12	
		Stervens begeleiding	3	
Complex	Professioneel handelen	Technisch	14	
		Administratie	6	
		Contact met andere disciplines	9	
		Protocol volgen	6	
		Onderbouwd werken	6	
		Bekwaam zijn	4	
		Bijscholing	5	
		Kwaliteit	Professionele afstand	3
			Goede omgang met patient	2
			Kwaliteit is adequaat werken	7
	Veilige zorg		7	
	Goede zorg		6	
	Breed begrip		5	
	Patienttevredenheid		9	
	Inleving in de patient		6	
	Aansluiten bij wens patient		5	
	Spanning		Meer dan wassen	Meer dan wassen
		Psychosociaal		Psychosociaal als onderdeel
		Persoonlijke aandacht	Persoonlijke aandacht	17
			Persoonlijke aandacht als oplossing	7
Persoonlijke aandacht valt weg in drukte			11	
Negatieve ervaring bij wegvallen			9	
Emotionele belasting			Invloed van de patient op verpleegkundige	12
			Emotionele belasting	6
Werkdruk			Werk zwaar	3
			Bronnen van werkdruk	5
	Werkdruk zorgt voor mindere kwaliteit	10		
	Werkdruk zorgt voor prioritering	13		
	Werkdruk zorg voor wegvallen van persoonlijke aandacht	2		
	Werkdruk zorgt voor fouten	4		
	Winter is drukke periode	8		
Prioriteren	Prioriteren Belangen afwegen	Bepalen van prioriteiten	16	
		Prioriteren om om te gaan met stress	9	
		Prioriteitenlijstje als oplossing	8	

		Afwegen belangen	15
		Afweging bij acute situatie	4
		Maken afweging	3
Assertiviteit	Opkomen voor patient	Weerwoord naar artsen	11
		Opkomen voor patient	8
		Vertegenwoordigen belangen patient	4
	Grenzen aangeven	Weerwoord naar de patient	6
		Weerwoord tegen alle disciplines	5
		Grenzen bewaken door uitspreken	4
Professionele afstand	Professionele afstand	Grenzen in flexibiliteit	4
		Professionele afstand	7
		Grens in contact	4
		Afstand is professionele afstand	3
		Loslaten	19
		Heftige situaties loslaten	7
Verschil tussen mbo-hbo	Verschil mbo- hbo	Loslaten door praten met collega's	15
		Verschil mbo-hbo	4
		Management niveau	2
		Regisseursrol	2
