

‘Bekwaam is bevoegd’ in de ouderenzorg

Opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’ en de invloed hiervan op de implementatie

Thesis Master of Health Business Administration (MhBA-20)

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur



Bron: DALL-E

Mei 2024

Student: Eveline van Opstal MSc

Begeleider: Dr. Lot Verburgh

Tweede beoordelaar: Dr. Maaïke Moen



**Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur**

Voorwoord

Voor u ligt mijn thesis, die ook de afronding van een intensieve, leerzame en mooie periode van de MhBA symboliseert. Een aanzienlijk deel van de modules van de MhBA komen terug in dit onderzoek, waardoor voor mij alles mooi samenkomt, als bekroning van het hele traject.

Het onderwerp van deze thesis heeft voor mij een grote persoonlijke relevantie. Dagelijks kom ik in aanraking met het personeelstekort in de ouderenzorg. Waarbij ik de urgentie voel om anders naar inzet van zorgpersoneel te kijken. Als specialist ouderengeneeskunde ben ik bezorgd over de impact van het principe 'Bekwaam is bevoegd' op de kwaliteit van zorg. Terwijl ik het vanuit mijn managers rol als kans zie om met het personeelstekort om te gaan. Doordat ik zowel voor- en nadelen zie in deze beweging was ik dan ook nieuwsgierig naar verdere verdieping hierin. Daarnaast merkte ik dat de opvattingen en ervaringen van de medewerkers in de ouderenzorg onvoldoende aandacht krijgen, zeker die van de zorg. Hun inspraak is onvoldoende geborgd bij ontwikkelingen in de organisatie van ouderenzorg, als ook in wetenschappelijke onderzoek. Terwijl deze beroepsgroep cruciaal is voor het succes van de veranderingen in de ouderenzorg. Dit was een extra motivator om juist aan dat perspectief aandacht te besteden.

Met dankbaarheid richt ik mij tot iedereen die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze thesis. Allereerst wil ik de deelnemende verzorgenden IG en verpleegkundigen van Vivium Zorggroep bedanken voor hun tijd, inzet en open en eerlijke houding bij dit onderzoek. Speciale dank gaat uit naar mijn thesisbegeleider Lot Verburgh voor haar begeleiding en constructieve feedback gedurende het gehele onderzoeksproces. Mede dankzij haar kennis en betrokkenheid heb ik het maximale uit dit onderzoek kunnen halen.

Ook wil ik mijn Vivium collega's bedanken voor hun steun, in het bijzonder Godfried Verkerk en Marco Wisse voor de kansen die zij mij hebben geboden om mij buiten de gebaande carrièrepaden verder te ontwikkelen, en Ellen Vreeburg voor haar kritische blik en waardevolle inzichten tijdens dit thesistraject. Deze thesis heb ik geschreven met mijn lieve collega Suzan Aydemir in gedachten, die momenteel vecht tegen een ziekte en daardoor zelf haar studie dit jaar niet heeft kunnen afronden. Hopelijk mag ik je hier in de toekomst bij helpen.

Mijn studiegenoten van de MhBA-20 hebben deze bijzondere en intensieve twee jaar onvergetelijk gemaakt. Altijd was er ruimte voor discussie, sparren, steun, lachen en studieontwikkend gedrag. Zonder jullie was het nooit zo'n mooie tijd geweest.

Grote dank gaat uit naar mijn familie en vrienden voor hun steun, hulp en begrip dat ik de afgelopen twee jaar regelmatig afwezig was vanwege mijn studie. Mijn dochters Fenne en Noor verdienen speciale vermelding voor hun onvoorwaardelijke liefde. Ondanks dat ik vaak druk was met werk en studie, versierden ze mijn bureau met tekeningen en knutselwerkjes vol regenbogen, eenhoorns en hartjes.

Niet in de laatste plaats wil ik mijn vriend Pieter bedanken, die het meeste heeft moeten opvangen en incasseren. Dit MhBA-traject was alleen mogelijk dankzij jouw steun en liefde. Dank je wel voor alles.

Management summary

Due to the rapidly increasing demand for care caused by an aging population and the tightening labor market in elderly care, it is necessary to reconsider staffing strategies. Historically, having a nursing diploma has been a requirement for working in healthcare. A broader labor potential can be utilized by training employees with fewer qualifications or without diplomas for specific care tasks, the so-called 'Competent is qualified'. This necessitates task shifting to new roles, such as that of care assistants, which impacts existing healthcare workers in the elderly care. Generally, acceptance by professional groups and the impact on their professional identity and professional boundaries are key factors in the implementation of task shifting in healthcare. Therefore, it is essential for the implementation of 'Competent is qualified' to examine the views of involved professional groups on task shifting.

The aim of this research is to understand how the views of nurses (levels 4 and 5) and nursing assistants (level 3), regarding the task shifting within 'Competent is qualified', influence implementation. This understanding aids policymakers, managers and project managers of elderly care organizations in successfully implementing 'Competent is qualified'. Based on scientific literature, the assertion is that the interaction between role change, professional identity and professional boundaries plays a decisive role in the implementation.

The research question was addressed through an exploratory qualitative survey comprising 12 in-depth interviews and 1 focus group, within the pilot sites of the 'Competent is qualified' program at Vivium Zorggroep. These pilot sites experiment with the deployment of care assistants who are modularly trained in several basic care tasks. The interview respondents were nurses and nursing assistants working in; Geriatric Rehabilitation, Psychogeriatrics and Home Care. The focus group, consisting of healthcare workers in Geriatric Rehabilitation, was used to verify the results from the interviews.

The findings highlight that uncertainty about roles, tasks, and the training program of care assistants leads to resistance. The role transition is experienced variably, with nursing assistants feeling particularly threatened in their professional identity. High workload, staff shortages, and the use of external employees have a paradoxical impact on implementation. Nevertheless, the respondents are confident in their own abilities, feel the urgency to change, and want to contribute to further development of the task shifting.

In conclusion, the views of nursing assistants and nurses play an essential role in the implementation. The willingness and ability to delegate tasks are influenced both positively and negatively by capacity, opportunity and motivational factors. The influence of the intended task shifting within 'Competent is qualified' on the role transition, professional identity and professional boundaries is a decisive factor, predominantly negatively perceived, thereby hindering the implementation. An effective approach to these factors requires active involvement of managers and imposes requirements for program management. It is recommended to engage in dialogue with nurses and nursing assistants to jointly redefine professional identity and boundaries and provide space for meaning-making in their daily activities.

Management samenvatting

Vanwege de sterk toenemende zorgvraag door de vergrijzing en de steeds krappere wordende arbeidsmarkt in de ouderenzorg, is het noodzakelijk om op een andere manier naar personeelsinzet te kijken. Tot nu toe was het hebben van een zorgdiploma een voorwaarde om in de zorg te kunnen werken. Een ruimer arbeidspotentieel kan worden benut door medewerkers met minder kwalificaties of zonder diploma te bekwamen voor bepaalde zorgtaken, het zogenoemde 'Bekwaam is bevoegd'. Dit vraagt het verschuiven van taken naar nieuwe functies, zoals die van zorgassistent. Deze taakherschikking heeft impact op de rol van zorgmedewerkers reeds werkzaam in de ouderenzorg. Over het algemeen zijn acceptatie door beroepsgroepen en de invloed op hun professionele identiteit en professionele grenzen belangrijke factoren bij de implementatie van taakherschikking in de zorg. Derhalve is het voor de implementatie van 'Bekwaam is bevoegd' essentieel om de opvattingen van de betrokken beroepsgroepen over de taakherschikking te onderzoeken.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3), over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd', de implementatie beïnvloeden. Dit inzicht helpt beleidsmakers, leidinggevers en projectleiders van ouderenorganisaties om 'Bekwaam is bevoegd' succesvol te implementeren. Op basis van de wetenschappelijke literatuur is de stelling dat de interactie tussen de rolverandering, professionele grenzen en identiteit een doorslaggevende rol speelt bij de implementatie.

De onderzoeksvraag is beantwoord door middel van een exploratief kwalitatieve survey, bestaande uit 12 diepte-interviews en 1 focusgroep binnen de proeftuinen van het programma 'Bekwaam is bevoegd' van Vivium Zorggroep. In deze proeftuinen wordt geëxperimenteerd met de inzet van zorgassistenten die modulair worden opgeleid in een aantal basiszorgtaken. De respondenten van de diepte-interviews waren verpleegkundigen en verzorgenden IG werkzaam in de klantgroepen; Geriatrische Revalidatie, Psychogeriatric en Zorgeloos wonen/Zorg aan huis. De focusgroep, bestaande uit zorgmedewerkers werkzaam in de Geriatrische Revalidatie, werd ingezet om de resultaten uit de interviews te verifiëren.

Uit de resultaten komt naar voren dat onduidelijkheid over rollen, taken en het opleidingstraject van de zorgassistenten voor weerstand zorgt. De roltransitie wordt wisselend ervaren, waarbij met name verzorgenden IG zich bedreigd voelen in hun professionele identiteit. Hoge werkdruk, personeelstekort en de inzet van externe medewerkers hebben een paradoxale impact op de implementatie. Desondanks zijn de respondenten zelfverzekerd over hun eigen capaciteiten, voelen ze de urgentie om te veranderen en willen ze bijdragen aan verdere ontwikkeling van de taakherschikking.

Concluderend spelen de opvattingen van verzorgenden IG en verpleegkundigen een essentiële rol in de implementatie. De bereidheid en het vermogen om taken over te dragen worden zowel positief als negatief beïnvloed door capaciteits-, Gelegenheids- en motivatiefactoren. De invloed van de beoogde taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' op de roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen is daarbij een bepalende factor die overwegend negatief wordt ervaren en daarmee de implementatie belemmert. Een doeltreffende aanpak van deze factoren vraagt om actieve betrokkenheid van leidinggevers en stelt eisen aan het programmamanagement. Het wordt aanbevolen om in dialoog te gaan met verpleegkundigen en verzorgenden IG, om gezamenlijk de professionele identiteit en grenzen opnieuw te definiëren en ruimte te geven voor betekenisgeving in hun dagelijkse werkzaamheden.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Management summary	3
Management samenvatting.....	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Achtergrond.....	7
1.3 Probleemstelling.....	9
1.4 Doelstelling	9
1.5 Onderzoeksvragen	10
1.6 Maatschappelijke, wetenschappelijke en praktische relevantie	10
1.7 Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Taakherschikking.....	11
2.3 Gedragsverandering	13
2.4 Roltransitie, professionele grenzen en professionele identiteit.....	14
2.5 Conceptueel model	18
3. Methode	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Onderzoeksmethode	20
3.3 Onderzoekssetting.....	20
3.4 Onderzoeksaanpak	21
3.5 Literatuuronderzoek	21
3.6 Data verzameling en analyse	22
3.7 Kwaliteit van het onderzoek	26
4. Resultaten.....	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’ en hoe beïnvloeden deze opvattingen de implementatie?	27
4.3 Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen ten gevolge van de taakherschikking en hoe beïnvloeden deze opvattingen de implementatie?	35
4.4 Wat zijn mogelijke aanknopingspunten voor beleidsmakers, leidinggevend en projectleiders van ouderenorganisaties om te komen tot gerichte interventies ter bevordering van implementatie van taakherschikking?	39

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Conclusie	41
5.3 Discussie	41
5.4 Aanbevelingen	46
6. Nawoord	48
7. Literatuurlijst	49
Bijlagen	57
Bijlage 1. Overzicht van selectie wetenschappelijke artikelen ten behoeve van onderbouwing Theoretisch Kader.	57
Bijlage 2. Overzicht categorieën theoretisch kader met belangrijkste kenmerken uit literatuur.	58
Bijlage 3. Concept map: visuele weergave van categorieën uit theoretisch kader en de onderlinge relaties	60
Bijlage 4. Zoektermen gebruikt bij literatuursearch	61
Bijlage 5. Overzicht benamingen basisverpleegkundigen en verpleeg ondersteunende beroepen in Nederland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten en Canada	62
Bijlage 6. Vragen semigestructureerde interviews	63
Bijlage 7. Uitnodiging interview	66
Bijlage 8. Uitnodiging focusgroep	67
Bijlage 9. Codeerschema	68
Bijlage 10. Ordening eerste resultaten op whiteboard	69
Bijlage 11. Onderwerpenlijst Focusgroep	70
Bijlage 12. Voorbeschouwing interviews	72

1. Inleiding

Dit hoofdstuk richt zich op de aanleiding, achtergrond en probleemstelling, gevolgd door de formulering van de onderzoeksdoelstelling en -vragen. Daarnaast wordt de relevantie van het onderzoek toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgerond met een leidraad voor het lezen van deze thesis.

1.1 Aanleiding

Het aantal ouderen neemt toe, evenals de groep ouderen met complexe zorgvraag die meer gespecialiseerde vaardigheden vraagt. Daartegenover staat een krappe arbeidsmarkt (Helder, 2023). Dit dwingt om op een andere manier naar personeelsinzet te kijken. Inzetten op denken in bekwaamheden, in plaats van in bevoegdheden, is een van de beleidsopties in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) om in te spelen op dit dilemma (RVS, 2019; van Halem et al., 2022). Tot op heden is het hebben van een zorgdiploma een voorwaarde om te werken in de zorg, waardoor je een deels gesloten arbeidsmarkt creëert. Daardoor laat je arbeidspotentieel onbenut (Actiz, 2020). Daarnaast wordt het door de toename aan differentiatie in bevoegdheden uitdagender om flexibel te werken en zorg te blijven bieden in een krimpende arbeidsmarkt (RVS, 2019). Door niet alleen te kijken naar bevoegdheden (diploma's) maar ook naar bekwaamheden van medewerkers, ontstaat ruimte en flexibiliteit bij het inzetten van zorgprofessionals. Temeer omdat naast en mantelzorgers van chronisch zieken wel allerlei taken mogen uitvoeren, inclusief het aanleren en uitvoeren van voorbehouden handelingen, enkel omdat zij niet beroepsmatig handelen (RVS, 2019)

1.2 Achtergrond

1.2.1 Arbeidsmarkt ouderenzorg

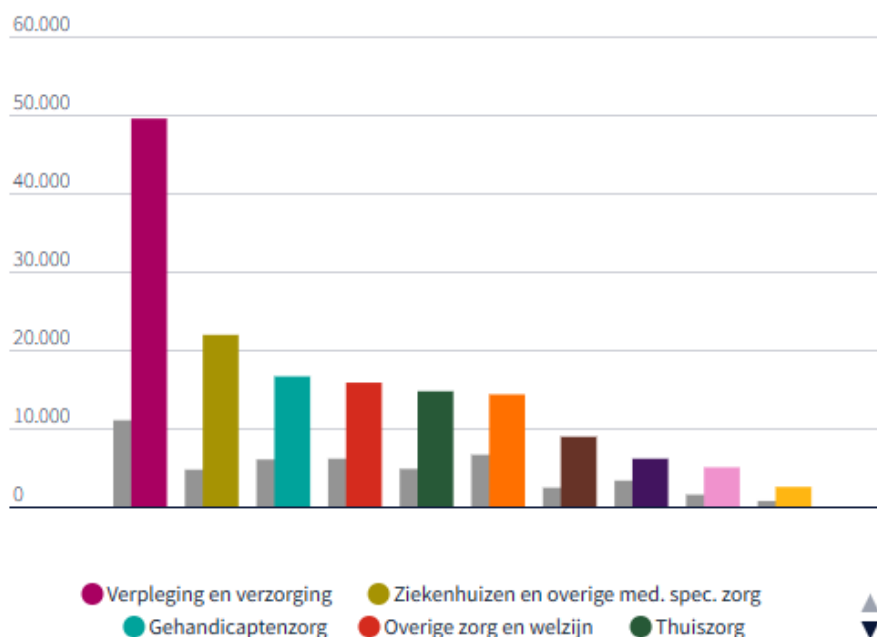
Uit de meest recente arbeidsmarktprognose, die is opgesteld door ABF Research in opdracht van VWS, blijkt dat het verwachte personeelstekort in de zorg de komende jaren meer dan verdrievoudigd (Helder, 2023). Zie figuur 1 en 2. Het neemt naar verwachting vooral na 2026 toe. De grootste tekorten zijn te verwachten in de VVT door toename van de zorgvraag en de grootste absolute arbeidsmarkttekorten. Wat betreft beroepsgroepen zijn de verwachte tekorten in absolute aantallen het grootst bij verzorgenden individuele gezondheidszorg (verzorgenden IG) (niveau 3) en verpleegkundigen (niveau 4).

Arbeidsmarkttekort - zorgberoepen Nederland, personen

Onderwerp	2022	2032
Zorghulp (niveau 1)	0	100
Helpende zorg & welzijn (niveau 2)	500	7.400
Verzorgende (niveau 3)	8.200	32.400
Verpleegkundige (niveau 4)	7.100	19.000
Doktersassistent (niveau 4)	700	2.600
Verlos- en verpleegkunde (niveau 6)	5.100	10.400

Figuur 1. Arbeidsmarkttekort per zorgberoep, ABF Research (Helder, 2023)

Arbeidsmarkttekort per branche Nederland, personen



Figuur 2. Arbeidsmarkttekort per branche 2022 en 2032, ABF Research (Helder, 2023)

1.2.2 'Bekwaam is bevoegd'

Het inzetten op 'Bekwaam is bevoegd' kan bijdragen aan 15,4 miljoen extra uren in de VVT, een toename van 7%, waarbij de volgende effecten van invoeren 'Bekwaam is bevoegd' worden beoogd (SiRM, 2022):

- Hogere instroom door leren op de werkplek. Vooral voor werknemers uit andere sectoren.
- Lager uitstroom van personeel, omdat het huidige personeel bij voldoende kennis en vaardigheden ook taken op hoger niveau uitvoert.
- Meer doorstroom door betere inzet van het potentieel van de helpende en verzorgende IG.

In 2011 is in het rapport van de commissie Meijerink, ingesteld door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), het thema 'Bekwaam is bevoegd' voor het eerst geïntroduceerd (RVZ, 2011). In dit rapport wordt gesteld dat, om te anticiperen op de verandering en toename van de zorgvraag, niet alleen de inhoud van bestaande zorgberoepen moet veranderen. De wetenschappelijke vooruitgang en technologie maakt het mogelijk om taken van hoger opgeleide beroepsbeoefenaren naar lagere opgeleiden te verschuiven, zonder kwaliteitsverlies. Deze dynamiek en diversiteit leidt tot verschillende competentieprofielen per beroep, met deels overlappende profielen. De verwachting is dat vaste beroepsdomeinen gaan verdwijnen en plaats maken voor een systeem van bewezen losse competenties (RVZ, 2011). Dit vraagt ook een andere manier van opleiden van zorgprofessionals. Curricula zijn nu veelal statisch (Frenk et al., 2010; RVZ, 2010; RVZ, 2011). Competentiegericht onderwijs wordt gezien als belangrijke sleutel en past binnen de vernieuwingen in opleidingen die gaande zijn, als modulair opleiden (RVZ, 2011; RVS, 2019). Onderdeel van 'Bekwaam is bevoegd' is dan ook het deels loslaten van het traditionele diploma-denken (Actiz, 2020; RVZ, 2011; RVS, 2019; SiRM, 2022). 'Bekwaam is bevoegd' wordt het leidende principe voor de inzet van zorgmedewerkers, waarbij niet langer uitsluitend wordt gekeken naar het deskundigheidsniveau gebaseerd op het onderliggende diploma. In deze aanpak wordt gekeken hoe zorgmedewerkers met een lager kwalificatieniveau of zonder diploma, mantelzorgers, vrijwilligers of aspirant zorgprofessionals zonder het juiste diploma en daarmee dus niet bevoegd, kunnen worden

ingezet. In deze systematiek wordt de medewerker modulair geschoold, en is bevoegd voor bepaalde taken op basis van aantoonbare bekwaamheid (SiRM, 2022). De grens hierbij wordt bepaald door de 'voorbehouden handelingen' waarvan de Wet BIG voorschrijft door wie deze handelingen mogen worden verricht (RVS, 2019). Door het loslaten van het deskundigheidsniveau in termen van een diploma, ontstaat de mogelijkheid een ruimer potentieel te benutten en het zorgt voor meer flexibiliteit dan nu het geval is.

Een van de noodzakelijke maatregelen binnen 'Bekwaam is bevoegd' is het stimuleren van taakherschikking naar medewerkers met een lager opleidingsniveau of zonder zorgdiploma (RVZ, 2011), zoals naar de nieuwe functie van zorgassistent (Tromp, 2023). Deze beoogde verschuiving van taken heeft impact op zorgmedewerkers reeds werkzaam in de ouderenzorg, waaronder verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3). De taakherschikking resulteert in een roltransitie waarbij de verwachte identiteit van de beroepsgroep botst met de verwachte rol van beleidsmakers. Het beleid stimuleert nieuwe, minder begrensde rollen, maar zorgen over de professionele identiteit kan de uitvoering hiervan hinderen (Currie et al., 2010). Daarnaast kan de flexibiliteit van de nieuwe professionele rollen leiden tot discussie over rolgrenzen door vervaging van rollen en door professionele weerstand (Carlile, 2004; Currie et al., 2009; Currie et al., 2010). Diverse factoren zijn van invloed bij het implementeren van taakherschikking in de zorg, waaronder onzekerheid over de effecten, acceptatie door patiënten en juridische en financiële barrières. Een cruciale factor is de acceptatie door beroepsgroepen die direct te maken krijgen met de verandering. Deze acceptatie verloopt traag, mede door beperkt inzicht in elkaars competenties en de invloed van bestaande beroepsculturen (RVZ, 2011).

1.3 Probleemstelling

Het principe van 'Bekwaam is bevoegd' en de daarmee gepaard gaande taakherschikking lijken veelbelovend om het arbeidstekort in de ouderenzorg aan te pakken. De kansen van taakherschikking worden beïnvloed door de implementatie (Orkin et al., 2021). Een noodzakelijke stap in implementatie is een grondige analyse van zowel de setting als de actoren die gaan veranderen, waarbij bevorderende en belemmerende factoren worden geïdentificeerd. Deze factoren kunnen gerelateerd zijn aan individuele zorgprofessionals, de sociale context, de organisatorische context of de economische en juridische context (Wensing & Grol, 2017). Zoals besproken, wordt bij taakherschikking acceptatie door de beroepsgroepen, evenals de impact op hun professionele grenzen en identiteit, gezien als belangrijke beïnvloedende factoren. Voor een succesvolle implementatie van 'Bekwaam is bevoegd' is het dus essentieel om de opvattingen van de actoren over de taakherschikking te onderzoeken. Zij dienen immers de beoogde verandering te accepteren en uit te voeren. Derhalve richt deze thesis zich specifiek op de opvattingen van de zorgprofessionals die direct te maken krijgen met deze roltransitie, in dit geval verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3).

1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in hoe de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3) over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' de implementatie beïnvloeden. Bijzondere aandacht gaat uit naar hoe de roltransitie de professionele grenzen en identiteit beïnvloedt. Deze inzichten bieden beleidsmakers, leidinggevend en projectleiders van ouderenzorgorganisaties aanknopingspunten om gerichte interventies te ontwikkelen voor een succesvolle implementatie. Daarnaast draagt dit onderzoek bij aan kennis over de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden IG met dit thema. Hier is tot op heden beperkt wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Op basis van een exploratief kwalitatieve survey is middels diepte-interviews en een focusgroep antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

1.5 Onderzoeksvragen

De centrale vraagstelling van deze thesis luidt:

Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG, over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’, de implementatie?

Deze centrale vraagstelling omvat de volgende deelvragen:

1. Welke inzichten biedt de wetenschappelijke literatuur over taakherschikking, de beïnvloedende factoren op de implementatie hiervan, en de impact van roltransitie op professionele grenzen en identiteit bij verpleegkundigen en verzorgenden IG?
2. Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3) over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’?
3. Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3) de implementatie van de taakherschikking?
4. Hoe beïnvloedt de impact van de roltransitie op de professionele grenzen en de professionele identiteit de implementatie?
5. Wat zijn mogelijke aanknopingspunten voor beleidsmakers, leidinggevend en projectleiders van ouderenzorgorganisaties om te komen tot gerichte interventies ter bevordering van de implementatie van taakherschikking?

1.6 Maatschappelijke, wetenschappelijke en praktische relevantie

Het principe ‘Bekwaam is bevoegd’ wordt door beleidsmakers en ouderenzorgorganisaties beschouwd als een veelbelovende stap om de arbeidsmarktproblematiek aan te pakken; een gedegen implementatie is daarom essentieel.

Wetenschappelijk onderzoek naar onderwerpen als taakherschikking, roltransitie en interprofessioneel samenwerken in de zorg richt zich voornamelijk op artsen en verpleegkundigen (niveau 5/6), meestal binnen de context van het ziekenhuis of huisartspraktijken (Currie et al., 2010; Karam et al., 2018; Schot et al., 2020). De samenwerking en taakherschikking tussen verpleegkundigen (niveau 4), verzorgenden IG (niveau 3), helpenden (niveau 2) en zorgverleners (niveau 1), evenals de context van de ouderenzorg, blijven vaak onderbelicht. Dit onderzoek draagt dan ook bij aan de beperkte wetenschappelijke kennis over de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3) over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’ in de ouderenzorg en de invloed daarvan op de implementatie.

Bovendien kunnen deze nieuwe inzichten worden gebruikt om doelgerichte interventies voor verdere implementatie te ontwikkelen, wat de praktische relevantie benadrukt.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 volgt het theoretisch kader, waarin de diverse categorieën die een rol spelen bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag uitvoerig worden besproken. Hier zijn ook de resultaten van het literatuuronderzoek terug te vinden. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethode, de onderzoekssetting, de onderzoeksaanpak en de methodologische keuzes van de dataverzameling en data-analyse onderbouwd en toegelicht, evenals de kwaliteit van het onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten besproken, gevolgd door de conclusie, discussie en aanbevelingen in hoofdstuk 5.

2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Het groeiende aantal ouderen en de krappe arbeidsmarkt in de ouderenzorg vereisen een nieuwe kijk op personeelsinzet. Het principe ‘Bekwaam is bevoegd’ en de daaruit voortvloeiende taakherschikking lijken ruimte en flexibiliteit te bieden bij de inzet van medewerkers (Actiz, 2020; RVS, 2019; van Halem et al., 2022).

De implementatie van nieuwe manieren van werken, als taakherschikking, vraagt gedragsverandering van de betrokken medewerkers (Atkins et al., 2017; Michie et al., 2011). Daarnaast leidt de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’ tot een roltransitie bij verpleegkundigen en verzorgenden IG, waarbij de grenzen tussen zorgprofessionals verschuiven en vervagen. Deze roltransitie en het verschuiven van professionele grenzen hebben impact op de professionele identiteit (Carlile, 2004; Currie et al., 2009; Currie et al., 2010; Martin et al., 2009). Deze impact kan vervolgens weer de beoogde gedragsverandering en daarmee succesvolle implementatie van taakherschikking tegenhouden (Currie et al., 2009; King et al., 2015; Martin et al., 2009).

Het is dan ook van belang om inzicht te krijgen in de opvattingen van zorgmedewerkers met betrekking tot taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’. Theoretische modellen uit de gedragswetenschappen kunnen als raamwerk dienen om opvattingen en potentieel beïnvloedbare factoren voor gedragsverandering in kaart te brengen en gerichte interventies te ontwerpen (Atkins et al., 2017; Cane et al., 2012; Feiring & Lie, 2018).

Alvorens de opvattingen van zorgmedewerkers over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’ te kunnen onderzoeken, is het van belang om een theoretisch kader te ontwikkelen. Dit hoofdstuk voorziet daarom in een analyse van vijf fundamentele categorieën, te weten:

1. Taakherschikking
2. Gedragsverandering
3. Roltransitie
4. Professionele grenzen
5. Professionele identiteit

Deze categorieën worden in dit hoofdstuk besproken aan de hand van de beschikbare literatuur. Bijlage 1 bevat een schematische weergave van de geselecteerde wetenschappelijke artikelen ten behoeve van de onderbouwing van het theoretisch kader en het conceptueel model. Daarnaast biedt bijlage 2 een overzicht van de vijf categorieën uit het theoretisch kader, waarin de belangrijkste kenmerken uit de literatuurselectie worden beschreven. De methodologisch onderbouwing van het literatuuronderzoek wordt toegelicht in hoofdstuk 3.

2.2 Taakherschikking

2.2.1 Definities

In de literatuur worden verschillende termen gebruikt voor het verdelen van taken tussen verschillende beroepen en/of functies, zoals taakverschuiving, taakherschikking, taakdelegatie en substitutie. Waarbij deze termen vaak door elkaar worden gebruikt.

Taakherschikking, taakdelegatie en substitutie is door de RVZ als volgt gedefinieerd (RVZ, 2002):

1. Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen, met het oog op doelmatige inzet van kunde en capaciteit. Waarbij aanpassingen in opleidingen en soms in wet- en regelgeving plaatsvinden. Taakherschikking gaat over meer dan alleen voorbehouden handelingen.
2. Taakdelegatie is het niet structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd, waarbij de eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional.
3. Substitutie is het verschuiven van werkzaamheden en verantwoordelijkheden tussen beroepsgroepen op niet structurele basis. Waarbij bij verticale substitutie taken worden overgedragen aan beroepsbeoefenaren met een lager (opleidings)niveau en bij horizontale substitutie aan beroepsbeoefenaren met gelijk (opleidings)niveau.

De term taakverschuiving wordt door de RVZ als overkoepelende term gebruikt.

In deze thesis wordt vastgehouden aan de term taakherschikking, waarmee de structurele herverdeling van taken en verantwoordelijkheden naar zorgprofessionals met een lager opleidingsniveau wordt bedoeld. Internationale vergelijking van taakherschikking tussen verschillende zorgprofessionals wordt bemoeilijkt door de grote verscheidenheid aan beroepen en juridische terminologie van deze beroepen. Waarbij de classificatie en toezichtmechanismen ook variëren en, afhankelijk van het land, op nationaal, lokaal of regionaal niveau worden gereguleerd (Mistiaen et al., 2011). Dit wordt verder besproken in paragraaf 3.5.2.

2.2.2 Taakherschikking in de zorg

In de ouderenzorg, evenals in andere zorgsectoren, is toenemend sprake van taakherschikking. De verschuiving van taken vindt plaats op alle niveaus, zowel van artsen naar verpleegkundige, als van verpleegkundigen naar niet-verpleegkundigen. De wetenschappelijke en grijze literatuur richt zich voornamelijk op de verschuiving van taken tussen arts en physician assistent en/of verpleegkundig specialist (Karam et al., 2018; KNMG, 2022; Lovink et al., 2017; Maier et al., 2018; Mistiaen et al., 2011; RVS, 2019; Verenso et al., 2022). Alhoewel onderzoek naar herschikking van taken van verpleegkundigen naar verpleegondersteunende beroepen ook steeds meer plaatsvindt, zij het beperkt (Nyman et al., 2019; SiRM, 2022; van Dullemen, 2023; van Halem et al., 2022).

Taakherschikking wordt ingezet als middel om te anticiperen op het personeelstekort, in een context waarbij ook wordt gezocht naar flexibelere werkwijze en het beperken van de zorgkosten (Martinez-Gonzalez et al., 2014; Niezen & Mathijssen, 2014; WHO, 2007). Studies tonen aan dat taakherschikking, van artsen naar verpleegkundige, een geschikte oplossing is voor het personeelstekort zonder verlies van kwaliteit van zorg (Feiring & Lie, 2018; Koder, 2023; Leong et al., 2021; Martinez-Gonzalez et al., 2014), ook in de ouderenzorg (Flaherty, 2019; Lovink et al., 2017).

Er zijn slechts enkele studies die zich richten op taakherschikking tussen verpleegkundigen en ondersteunende functies. Zo heeft Nyman et al. (2019) onderzoek gedaan naar taakherschikking van verpleegkundige naar o.a. 'nursing assistants' en keukenpersoneel in een ziekenhuis in Zweden.

Daarnaast heeft van Dullemen (2023) bij de opening van een nieuwe locatie bij ouderenzorgorganisatie Amstelring de inzet van een nieuwe personeelsmix onderzocht. Deze mix bestond uit medewerkers met diverse professionele achtergronden en opleiding(sduur). Beide onderzoeken tonen bemoedigende resultaten om taakherschikking als middel te gebruiken om met tekorten aan gediplomeerd verpleegkundig personeel om te gaan. Aandachtspunten waren de impact op werkplezier door fragmentatie van taken en gebrek aan holistische verpleegkunde (Nyman et al., 2019), evenals de zoektocht naar een balans tussen vrijheid en flexibiliteit enerzijds en duidelijke

afspraken en structuur anderzijds (van Dullemen, 2023). Bij beide studies werd het belang van goede communicatie en onderlinge samenwerking onderstreept, gericht op het beslechten van de grenzen tussen de disciplines. In paragraaf 2.4 wordt hier verder op ingegaan.

2.2.3 Implementatie van taakherschikking

De kansen van taakherschikking, evenals de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie, zijn afhankelijk van de context en worden beïnvloed door de implementatie (Feiring & Lie, 2018; Orkin et al., 2021). Voor de implementatie van taakherschikkingsprogramma's zijn volgens een recente internationale Delphi studie van Orkin et al. (2021) vier voorwaarden noodzakelijk. Zo moet het een probleem zijn dat moeilijk is om aan te pakken wegens een tekort aan zorgpersoneel, moet de taak gedaan kunnen worden door minder getrainde medewerkers en moet de taak klinisch effectief zijn. Iets waar 'Bekwaam is bevoegd' aan voldoet. Maar wat ook noodzakelijk is, is dat nieuwe groepen zorgverleners ervoor open staan om getraind te worden en er zorgverleners bereid zijn de training te geven. Daarnaast wordt als belangrijke overweging meegegeven dat de taakherschikking maatschappelijk aanvaardbaar is, dan wel wordt gedurende het taakherschikkingsprogramma (Orkin et al., 2021). Zo vraagt het realiseren van 'Bekwaam is bevoegd' brede acceptatie van cliënten, inspectie, zorgverzekeraars et cetera. Bij alle externe partijen moet het vertrouwen bestaan dat zorgorganisaties bekwame medewerkers inzetten (SiRM, 2022).

De belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor taakherschikking zijn onder te verdelen in de categorieën; kennis en vaardigheden, professionele grenzen, organisatorische omgeving en institutionele omgeving. De categorie professionele grenzen wordt hierbij gezien als belangrijke barrière, maar ook als potentiële facilitator in taakherschikking (Niezen & Mathijssen, 2014). In een systematische review van Lovink et al (2017), gericht op taakherschikking in de ouderenzorg, werden bevorderende en belemmerende factoren gevonden op sociaal, organisatorisch en individueel niveau. Waarbij op individueel niveau de onbereidheid van artsen om verantwoordelijkheid te delen een belangrijke barrière was. Mogelijk vanwege gebrek aan begrip van de rol van Nurse Practitioner, Physician Assistant of verpleegkundige, angst voor medische aansprakelijkheid en angst om professionele identiteit te verliezen of minder essentieel te worden in de ouderenzorg. Daartegenover stond als belangrijke bevorderende factoren de eigenschappen van de Nurse Practitioner, als ondernemendheid, onafhankelijkheid en bereidheid de eigen praktijkvoering te vormen.

Implementatie van taakherschikking vereist dus aandacht voor diverse factoren op individueel, sociaal, organisatorisch als institutioneel niveau, waarbij in dit onderzoek specifiek wordt gekeken naar factoren op individueel niveau, als kennis, vaardigheden en professionele grenzen en identiteit.

2.3 Gedragsverandering

2.3.1 Inleiding

Implementatie van taakherschikking vraagt gedragsverandering van de betrokken medewerkers. Om inzicht te krijgen in de factoren die deze gedragsverandering beïnvloeden kunnen theoretische modellen uit het gedragsveranderingsonderzoek worden gebruikt. Bij voorkeur modellen die bewezen valide zijn in de gezondheidszorg.

2.3.2 Het Theoretical Domains Framework en COM-B systeem.

Het Theoretical Domains Framework (TDF) is een gevalideerd model om cognitieve, affectieve, sociale en omgevingsinvloeden op gedragsverandering in kaart te brengen. TDF kan daardoor goed worden gebruikt om inzicht te krijgen in implementatieproblemen. Daarnaast legt het de basis voor theoretisch onderbouwde interventies (Cane et al., 2012).

COM-B is ook een gevalideerd gedragsmodel en is onderdeel van het 'Behaviour Change Wheel (BCW). Dit model stelt dat gedrag wordt aangedreven door 3 factoren; Capability (capaciteit), Opportunity (gelegenheid) en Motivation (motivatie), samengevat het COM-B systeem. Deze 3 factoren interacteren met elkaar en bepalen of je bepaald gedrag vertoont of niet. Deze factoren dienen dan ook als basis voor het ontwikkelen van interventies gericht op het veranderen van dat gedrag (Michie et al., 2011).

Het COM-B systeem en het TDF zijn complementair aan elkaar en kunnen samen worden gebruikt om gedrag beter te begrijpen en daarop gericht interventiestrategieën te ontwikkelen (Cane et al., 2012). Het COM-B systeem draagt bij aan de identificatie van TDF-domeinen die van belang zijn bij gedragsverandering. Zie tabel 1 voor een koppeling van de 14 domeinen van het TDF met het COM-B systeem. De combinatie van beide modellen kan worden toegepast om de beïnvloedende factoren op de beoogde gedragsverandering, en daarmee de implementatie van taakherschikking, in kaart te brengen. Hierbij worden de opvattingen van actoren die de gedragsverandering moet laten zien geanalyseerd (Atkins et al., 2017), zoals ook beschreven in een studie naar taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen op een ziekenhuisafdeling (Feiring & Lie, 2018).

COM-B factoren		TDF domeinen
Capaciteit	Psychologisch	Kennis Vaardigheden Geheugen, Aandacht en Besluitvormingsprocessen Gedragsregulatie
	Fysiek	Vaardigheden
Gelegenheid	Sociaal	Sociale invloeden
	Fysiek	Omgevingscontext en middelen
Motivatie	Reflectief	Professionele rol en identiteit Overtuiging van capaciteiten Optimisme Overtuiging van consequenties Intenties Doelen
	Automatisch	Professionele rol en identiteit Optimisme Versterking Emotie

Tabel 1. Combinatie van het COM-B systeem met TDF. Vertaalt uit Cane (2012)

2.4 Roltransitie, professionele grenzen en professionele identiteit

2.4.1 Inleiding

In het TDF komt 'professionele rol en identiteit' als gedrag beïnvloedend domein terug. Maar gezien de beoogde gedragsverandering taakherschikking betreft en dit leidt tot een roltransitie met impact op de professionele grenzen en daarmee de professionele identiteit, wordt in deze paragraaf extra aandacht besteed aan deze aspecten. Juist omdat de invloed op de professionele grenzen en identiteit het gedrag en daarmee succesvolle implementatie kan beïnvloeden.

2.4.2 Roltransitie

Theorieën over transitie stellen dat transitie bewegingen inhouden van de ene toestand naar de andere, geïnitieerd door verandering en gekenmerkt door fasen die zich in de loop van de tijd afspelen (Bridges, 1995; Glaser & Strauss, 1971; Kralik et al., 2006; Meleis, 2010). Daarbij wordt gesteld dat verandering alleen zal slagen als er een transitie plaatsvindt (Bridges, 1995). Roltransitie op het werk heeft betrekking op persoonlijke en professionele verandering en ontwikkeling, en zijn inherent ongemakkelijke ervaringen die onevenwichtigheid met zich meebrengen (Arrowsmith et al., 2016).

In een mixed-methods systematic review van Arrowsmith et al. (2016) is inzicht verkregen in de opvattingen en ervaringen van verpleegkundigen met roltransities, weergegeven in tabel 2. Het ging hierbij niet specifiek over rolverandering bij taakherschikking.

In deze studie kwamen bij roltransitie twee overkoepelende thema's naar voren; het streven naar een nieuw professionele zelf en 'Know How'. Onder dat laatste wordt het toepassen van verpleegkundige vaardigheden met bekwaamheid en zelfvertrouwen in een klinische situaties verstaan, maar ook het kennen van de professionele grenzen die verband houden met de nieuwe rol.

Analytische thema's	Descriptieve thema's	Codes
Streven naar een nieuw professionele zelf	Emotionele onrust	Stress, angst, bang zijn, frustratie, teleurstelling, ontevredenheid, schok, opwinding
	Identiteit	Referentie groep Attitude en waarden
Know How	Bekwaamheid	Vaardigheden, zelfvertrouwen
	Grenzen	Vervaging, onzekerheid, conflict

Tabel 2. Opvattingen en ervaringen van verpleegkundigen bij roltransitie. Vertaalt uit Arrowsmith et al. (2016)

Arrowsmith et al. (2016) beschrijft twee verschillende paden binnen de roltransitie van verpleegkundigen, die van de beginner en die van de ervaren verpleegkundigen. De ervaringen bij roltransitie zijn over het algemeen vergelijkbaar in beide groepen. Zo is het streven naar een nieuwe identiteit, met betrekking tot de rollen, rolgrenzen en identiteiten van collega's, een oncomfortabele ervaring voor alle verpleegkundigen. Ze ervaren allemaal angst bij de roltransitie. Maar er zijn ook verschillen in hoe ze omgaan met de situatie. Beginnende verpleegkundigen zijn meer vatbaar voor de extremen van emotionele ontredde bij transitie, als gevoelens van stress, angst, frustratie, teleurstelling en schok. Ervaren verpleegkundige kunnen ook angst een stress ervaren wanneer ze overgaan naar nieuwe rollen, maar de extreme emotionele ontredde ervaren ze niet.

Waarschijnlijk omdat eerdere ervaring en bestaande vaardigheden de transitie vergemakkelijken. Daarentegen ervaart deze groep wel meer conflicten op het niveau van de professionele grenzen. Mogelijk omdat ze vaker te maken krijgen met nieuwe rollen waarbij de grenzen niet goed zijn vastgesteld (Arrowsmith et al., 2016).

2.4.3. Professionele grenzen

Het principe van 'Bekwaam is bevoegd', zorgt voor een roltransitie, waarbij nieuwe, minder begrensde rollen en relaties worden aangemoedigd. Hierdoor ontstaat er verschuiving en vervaging van de grenzen tussen verschillend zorgprofessionals. Juist die flexibiliteit en vervaging van de

professionele rollen kunnen leiden tot discussies over de rolgrenzen, bekend als 'Boundary competition', en tot professionele weerstand (Carlile, 2004; Currie et al., 2009; Currie et al., 2010). Waarbij zorgprofessionals de neiging hebben hun jurisdictie fel te verdedigen door de legitimiteit van bestaande grenzen te herbevestigen bij mogelijke invallen op 'hun domein' (Abbott, 1988; Currie et al., 2012). Het ontwikkelen van nieuwe rollen voor zorgprofessionals is dan ook geassocieerd met zorgen over de professionele identiteit (Currie et al., 2009; Lunkka et al., 2022; Martin et al., 2009). Deze zorgen en de discussie over de rolgrenzen kunnen de beoogde gedragsverandering en daarmee de implementatie van taakherschikking tegenhouden (Currie et al., 2009; King et al., 2015; Martin et al., 2009). Niet voor niets worden professionele grenzen als een belangrijke beïnvloedende factor gezien bij de implementatie van taakherschikking (Niezen & Mathijssen, 2014). De meeste innovaties vinden plaats op de (kennis)grenzen tussen disciplines of specialisaties, maar dit is tegelijkertijd ook de reden waarom innovatie zo moeilijk is om te ontwikkelen en te borgen (Carlile, 2004). Carlile (2004) heeft een raamwerk ontwikkeld wat gebruikt kan worden om de verschillende barrières inzichtelijk te maken die kennisdeling in dergelijke grensoverschrijdende context van innovatie belemmeren:

1. Syntactische (of informatie verwerkings-) barrière; deze ontstaat bij gebrek aan gemeenschappelijke taal of woordenschat. Dit is nodig om kennis voldoende te delen.
2. Semantische (of interpretatieve) barrière; deze ontstaat bij gebrek aan een gemeenschappelijk begrip over de te delen kennis.
3. Pragmatische (of politieke) barrière: deze ontstaat bij een gebrek aan gemeenschappelijke doelen, intenties en belangen.

Elke type barrière vereist een andere aanpak om dit te overbruggen, respectievelijk kennisoverdracht, vertaling van kennis en transformatie van kennis. De overgang tussen semantisch en pragmatisch ontstaat wanneer de innovatie resulteert in verschillende belangen tussen de actoren. In deze context wordt specifieke kennis door anderen actoren ingezet, waardoor deze kennis 'op het spel' staat voor de actoren die deze kennis hebben ontwikkeld. Gemeenschappelijke belangen moeten worden ontwikkeld die de actoren in staat stellen de gevolgen, verschillen en afhankelijkheden van elkaars domeinspecifieke kennis aan te pakken (Carlile, 2004). Binnen 'Bekwaam is bevoegd' worden de kennisgrenzen tussen verschillende zorgprofessionals vervaagd, waardoor er sprake is van zowel een semantische als pragmatisch barrière.

Het proces van definiëren en beheersen van de grenzen tussen verschillende kennisdomeinen wordt 'Boundary work' genoemd (Carlile, 2004). 'Boundary work' is belangrijk voor kenniscreatie en overdracht. Door de grenzen tussen verschillende kennisdomeinen te definiëren en te beheersen, creëren we een kader voor hoe we onszelf zien en hoe anderen ons zien. Het heeft impact op onze identiteit. Dat maakt dat 'Boundary work' en 'Identity work' nauw aan elkaar zijn verbonden (Allen, 2000). In de volgende paragraaf wordt verder in gegaan op identiteit en 'Identity work'.

2.4.4 Professionele identiteit

Zoals eerder besproken is roltransitie nauw verbonden met professionele grenzen en professionele identiteit. De roltransitie ten gevolge van taakherschikking vraagt dan ook, naast complexe veranderingen in organisatie en klinische routines, een herformulering van professionele identiteit en professionele grenzen (Feiring & Lie, 2018; Niezen & Mathijssen, 2014).

Identiteit betreft het individuele beeld van het zelf. Zelfidentiteit verwijst naar subjectieve betekenis en ervaring en geeft tijdelijk antwoord op vragen als; wie ben ik, waar sta ik voor en hoe moet ik handelen? Het is een sociaal-cultureel construct dat voortdurend wordt gevormd en getransformeerd door interactie met andere. Identiteit is dan ook een dynamische concept. Identiteiten zijn tijdelijke

constructies die regelmatig worden gevormd, onderhandeld en gereproduceerd in sociale interacties (Sveningsson & Alvesson, 2003; Sveningsson & Larsson, 2006).

Er is een innige relatie tussen iemands rol en identiteit. Waar iemands rol naar buiten kijkt naar de interactiestructuur in een setting, kijkt identiteit naar binnen naar de zelfdefinitie die geassocieerd is met het uitvoeren van die rol. Niet voor niets wordt er vaak gesproken over roliditeit (Chreim et al., 2007). Professionele identiteit refereert aan 'de zelfdefinitie van een individu als lid van een beroep(sgroep) en wordt geassocieerd met het vervullen van een professionele rol' (Chreim et al., 2007). Het komt tot stand door middel van selectie, langdurige training, socialisatie en zelfregulering en wordt ondersteund door professionele autonomie en waarden (Freidson, 2001). Professionele identiteit is relationeel en de legitimiteit moet actief worden geconstrueerd en gereproduceerd in relatie tot anderen (Mistiaen et al., 2011).

In het onderzoek van Currie et al (2010) komt naar voren dat professionele rollen in de zorg meer institutioneel bepaald zijn dan andere organisatorische rollen. Nieuw beleid, als 'Bekwaam is bevoegd' kan een kans bieden voor één beroep om een minder begrensde rol te vervullen. Echter, in een onderling afhankelijk systeem van beroepen kan deze verandering door andere beroepen als een bedreiging worden opgevat. Dit creëert spanning tussen de verwachte identiteit van de beroepsgroepen en de verwachte rol van beleidsmakers. Hoewel het beleid de ontwikkeling van nieuwe, minder begrensde rollen aanmoedigt, kunnen zorgen over de professionele identiteit de implementatie van deze rollen belemmeren. De heersende machtsverhoudingen kunnen aanzienlijk beperkend zijn voor de minder krachtige actoren die een minder begrensde, meer autonome rol willen uit oefenen. Waarbij de rolgebonden identiteit prevaleert boven de persoonsgebonden identiteit.

Organisatieveranderingen kunnen het gevoel van een coherente professionele identiteit verminderen en lokken daarmee 'Identity work' uit. Identity work is de actieve constructie van de identiteit van een individu (Pratt et al., 2006). Het refereert naar de betrokkenheid van individuen bij 'het vormen, repareren, behouden, versterkingen en herzien van constructies die een gevoel van samenhang en onderscheidenheid voortbrengen' (Sveningsson & Alvesson, 2003).

Professionele identiteit werd voorheen vaak gezien als iets relatiefs stabiel en wat los staat van de organisatie context (Berghout et al., 2020). Zo staan artsen bekend voor het beschermen van hun professionele identiteit na 'identiteitsschendingen' die mogelijk hun sociale status en professionele autonomie bedreigen, zoals ook in paragraaf 2.4.3 beschreven (Currie et al., 2012). Er is echter toenemend bewijs dat professionele identiteiten meer fluïde worden en vervagen met de organisatorische context (Berghout et al., 2020; Kyratsis et al., 2017; McGivern, 2015; Reay, 2017). Zo beschrijft Kyratsis et al. 3 vormen van professionele identiteitsbedreiging, te weten; professionele waarde conflicten, statusverlies en sociale identiteitsconflicten. Maar ook 3 vormen van 'Identity work' die professionals gebruiken om hier mee om te gaan, respectievelijk authenticatie, reframing en culturele herpositionering. Om daarmee hun professionele identiteit te reconstrueren in lijn met de veranderde context (Kyratsis et al., 2017).

2.4.5 Professionele identiteit van verpleegkundigen en verzorgenden IG

De huidige maatschappelijke ontwikkelingen als 'Bekwaam is bevoegd', evenals de veranderende visie op ziekte en gezondheid, zorgen voor een ontwikkeling van alle beroepen in het verpleegkundig domein, van verzorgenden IG tot de masteropgeleide verpleegkundigen, waarbij ze zoekend zijn naar hun eigen identiteit (van der Cingel, 2019). Terwijl voor goed vakmanschap en leiderschap van de verpleegkundigen en verzorgenden IG een sterke professionele identiteit nodig is (Cremers & van der Scheer, 2020). Het versterkt de veerkracht om veranderingen aan te kunnen en bevordert tegelijkertijd goede samenwerkingsrelaties, zelfsturing en excellentie (Ruijters, 2021).

Studies die zich richten op de professionele identiteit van verpleegkundigen benadrukken dat de verpleegkundige identiteit bestaat uit persoonlijke waarden, attitudes en overtuigingen, in combinatie met kenmerken en inzichten van de verpleegkundigen praktijk. Het ontwikkelen van deze professionele identiteit vindt plaats door middel van zelfinzicht als verpleegkundigen, ervaring in de klinische praktijk en begrip van hun rol. Zowel persoonlijke als professionele factoren spelen hierbij een rol, en het is een dynamisch en flexibel proces dat leidt tot een verdiept begrip van de professionele praktijkvoering en toewijding aan het beroep. Verschillende aspecten als zelfreflectie, hun rol, patiëntenzorg, de werkcontext en het zorgteam hebben invloed op hun professionele identiteit, waarbij ook externe bevestiging wordt gezocht buiten de beroepsgroep. Naarmate verpleegkundigen zich verder ontwikkelen en meer werkervaring opdoen, verandert hun perceptie van hun professionele identiteit (Rasmussen, 2018; Rasmussen et al., 2021).

Vergelijkbare studies over de professionele identiteit van verzorgenden IG ontbreken. Wel is bekend dat de identiteit van de verpleegkundigen deels anders is dan die van de verzorgenden IG. Deze verschillen vertegenwoordigen een hiërarchie, welke vooral statusverschillen bevestigt (van der Cingel, 2019). Zoals beschreven door Currie et al (2010) kunnen juist deze heersende machtsverhoudingen de roltransitie hinderen. Daarnaast kan verticale taakherschikking verpleegkundigen en verzorgenden IG wegleiden van de kern van hun professionele taken, wat niet iedereen zal aanspreken. Deze nieuwe rol ondermijnt mogelijk de kernfactoren die hun in de eerste plaats aantrok in hun rol, zoals patiëntcontact en holistische zorg. In de aanwezigheid van deze veranderingen kunnen ze zich onzeker voelen over hun identiteit (Currie et al., 2010, Nyman et al., 2019).

2.5 Conceptueel model

2.5.1 Relaties tussen de categorieën; taakherschikking, gedragsverandering, roltransitie, professionele grenzen en professionele identiteit

De kansen van taakherschikking zijn afhankelijk van de institutionele en organisatorische context en worden beïnvloed door de implementatie. De implementatie van nieuwe manieren van werken, als taakherschikking, vraagt gedragsverandering van de betrokken medewerkers.

De beoogde taakherschikking brengt ook een roltransitie met zich mee, wat resulteert in verschuiving en vervaging van de grenzen tussen verschillende zorgprofessionals, en het beïnvloedt hun professionele identiteit. De reconstructie van de professionele identiteit in een veranderende context heeft op haar beurt invloed op de professionele grenzen en de mate van roltransitie. Deze dynamiek beïnvloedt de beoogde gedragsverandering en daarmee de implementatie van taakherschikking.

De propositie is dat de interactie tussen roltransitie, professionele grenzen en professionele identiteit een belangrijke factor is bij de gedragsverandering en daarmee de implementatie van taakherschikking.

In figuur 3 zijn deze causale relaties van de besproken categorieën visueel weergegeven in een conceptueel model. Deze categorieën vormen de basis voor de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG met betrekking tot de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'. De concept map, die ten grondslag lag aan het conceptuele model, is beschreven in bijlage 3. Hierin zijn gedetailleerd de relevante concepten en hun onderlinge relaties weergegeven.



Figuur 3. Conceptueel model; factoren die ten grondslag liggen aan de opvattingen van de relevante actoren en de implementatie van taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' beïnvloeden.

2.5.2 Operationalisatie van het conceptueel model

Deze thesis beoogt inzicht te geven in hoe de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3) over taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' de implementatie beïnvloeden. In het bijzonder hoe de impact van de roltransitie op de professionele grenzen en identiteit hierbij een rol speelt.

Het conceptuele model biedt een overzicht van de categorieën en de verwachte relaties die hier aan ten grondslag liggen. In combinatie met de wetenschappelijke verdieping, zoals beschreven in dit hoofdstuk, is hiermee antwoord gegeven op de eerste deelvraag.

De tweede en derde deelvraag richten zich op het verkrijgen van inzicht in de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG, en hoe deze opvattingen de implementatie beïnvloeden. Voor het beantwoorden van deze deelvragen zijn tijdens de diepte-interviews het TDF en COM-B systeem gebruikt, zoals uiteengezet in paragraaf 2.3. Met deze benadering zijn de opvattingen van de betrokken actoren in kaart gebracht en hielp het bij het identificeren van de barrières en bevorderende factoren, die de acceptatie en uitvoering van de beoogde gedragsverandering beïnvloeden, en daarmee de implementatie van taakherschikking (Cane et al., 2012). In het TDF komt 'professionele rol en identiteit' terug als een van de domeinen die gedrag beïnvloeden. Gezien de propositie dat de dynamiek tussen de roltransitie, de professionele grenzen en identiteit een bepalende factor is, is tijdens de interviews expliciete aandacht besteed aan dit aspect. Hiermee kon ook de vierde deelvraag worden beantwoord, namelijk hoe de impact van de roltransitie op professionele grenzen en identiteit de implementatie beïnvloedt.

Deze aanpak draagt bij aan een grondig begrip van de dynamiek rondom de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' op het niveau van de zorgprofessionals en biedt concrete inzichten om de implementatie effectief te bevorderen. Waarmee ook de laatste deelvraag kon worden beantwoord.

3. Methode

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode, onderzoekssetting, onderzoeksaanpak en de methodologische keuzes van het literatuuronderzoek, de dataverzameling en data-analyse onderbouwd en toegelicht. Tot slot wordt de kwaliteit van het onderzoek besproken. De uitkomsten van het literatuuronderzoek zijn terug te vinden in het theoretische kader, hoofdstuk 2.

3.2 Onderzoeksmethode

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden IG (niveau 3) op de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'. Hierbij is onderzocht hoe deze opvattingen de implementatie van de taakherschikking beïnvloeden, en in het bijzonder welke rol de impact van de roltransitie op hun professionele grenzen en identiteit hierin heeft. Het betreft een exploratieve kwalitatieve survey waar middels diepte-interviews en een focusgroep antwoord is gegeven op de onderzoeksvragen.

Door middel van een deductieve benadering is bestaande wetenschappelijke kennis, geformuleerd in het theoretisch kader in hoofdstuk 2, toegepast op de onderzochte situatie. Dit type onderzoek is het meest passend, omdat het onderzoek tot doel heeft inzicht te verkrijgen in een onderwerp waarover nog weinig informatie beschikbaar is, maar wel voldoende theoretische achtergrondkennis voorhanden was. Het helpt om dieper inzicht te krijgen in een complex onderwerp, waarbij de betekenisgeving en verscheidenheid in betekenisgeving belangrijk is (Mortelmans, 2020).

3.3 Onderzoekssetting

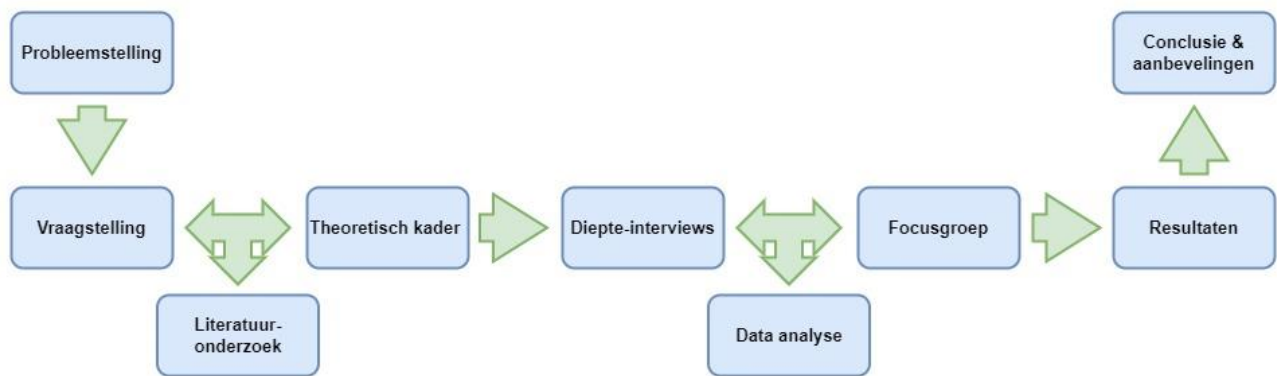
Om te begrijpen welke factoren van invloed zijn op de implementatie van taakherschikking, evenals de dynamiek van de nieuwe rollen, zijn studies op microniveau gericht op een specifiek setting het meest geschikt (Currie et al., 2009; Feiring & Lie, 2018). Deze thesis maakt daarom gebruik van de proeftuinen binnen het programma 'Bekwaam is Bevoegd' van Vivium Zorggroep (verder Vivium), een ouderenzorgorganisatie in het Gooi, Vechtstreek en Almere. Dit programma, gestart in 2023, heeft als doel goede zorg voor alle cliënten te waarborgen door de mogelijkheden van personeelsinzet te verbreden (Tromp, 2023). Hoewel de eerste resultaten uit de proeftuinen nog niet bekend zijn, bieden ze reeds een kans om op microniveau de opvattingen van zorgprofessionals (niveau 3, 4 en 5) en de impact hiervan op de implementatie te onderzoeken.

Momenteel zijn 4 proeftuinen actief, verdeeld over 3 klantgroepen: geriatrische revalidatie, psychogeriatrische zorg en thuiszorg. Hier wordt geëxperimenteerd met de inzet van een nieuwe functie, de zorgassistent, die lichamelijke hulp en ondersteuning biedt bij sociale activiteiten en ADL werkzaamheden verricht in stabiele zorgsituaties. Deze zorgassistenten, veelal woonondersteuners (niveau 1) of zij-instromers, volgen geaccrediteerde modulaire scholingen gebaseerd op modules van de helpende of verzorgende IG opleiding. Deze aanpak biedt de mogelijkheid om door te scholen en vrijstellingen te verkrijgen, hoewel het behalen van een diploma voor helpende (niveau 2) of verzorgende IG (niveau 3) geen doel op zich is. Door de taakherschikking naar de zorgassistent krijgen verpleegkundigen (niveau 4/5) of verzorgenden IG (niveau 3) meer een regierol.

Binnen de proeftuinen worden steeds kleine interventies uitgevoerd en onderling gedeeld, waardoor de insteek of aanpak per proeftuin ook lokale verschillen kent, vaak afhankelijk van de context.

3.4 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek bestaat uit meerdere fases met een iteratief karakter, schematisch weergegeven in figuur 4. Naar aanleiding van de probleemstelling en vraagstelling heeft er allereerst literatuuronderzoek plaatsgevonden, als basis voor het theoretische kader en aanscherping van de vraagstelling. Vervolgens hebben er 12 diepte-interviews plaatsgevonden, met in totaal 13 zorgprofessionals niveau 3,4 en 5 om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Na een eerste data analyse zijn de bevindingen getoetst in één focusgroep met 5 zorgprofessionals niveau 3,4 en 5. Deze resultaten vormden de basis voor de conclusie en aanbevelingen.



Figuur 4. Onderzoeksaanpak

3.5 Literatuuronderzoek

3.5.1 Opzet literatuuronderzoek

Om het theoretisch kader te duiden aan de hand van relevante literatuur heeft er allereerst literatuuronderzoek plaatsgevonden, gericht op de onderwerpen taakherschikking, gedragsverandering, roltransitie, professionele grenzen en professionele identiteit in de gezondheidszorg. Hierbij is zoveel mogelijk literatuur verzameld die deze thema's beschrijven bij de onderzoeksgroep. Een belangrijk inclusie criterium was de gezondheidszorg en bij voorkeur betrof het een publicatie gericht op verpleegkundigen en/of verzorgenden IG en/of in de context van de ouderenzorg. Dit alles met als doel om aan de hand van deze modellen en theorieën een denkkader te vormen dat gebruikt kon worden bij de volgende fases van dit onderzoek.

Ten behoeve van het literatuuronderzoek is de database van Google Scholar gebruikt om een breed scala aan academische bronnen te doorzoeken, alsook relevante grijze literatuur te vinden. Daarnaast is de digitale bibliotheek van de Erasmus Universiteit geraadpleegd. In bijlage 4 zijn de zoektermen beschreven die zijn gebruikt bij de literatuursearch. Zowel Nederlandse als Engelse termen zijn gebruikt. Om aanvullende relevante literatuur te identificeren zijn de referenties van relevante wetenschappelijke artikelen en grijze literatuur nagelopen. Voor de onderbouwing van het theoretisch kader is enkel gebruik gemaakt van peer-reviewed artikelen en bij voorkeur review studies.

3.5.2 Rollen en benamingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG beroepen in een internationale context

De internationale verschillen tussen opleidingen, bevoegdheden en benamingen in de verpleegkundigen en verzorgenden IG beroepen zijn groot (Mistiaen et al., 2011; Vaalburg et al., 2023; Van Wieringen et al., 2022). Deze diversiteit hindert een goede vergelijking tussen de Nederlandse situatie en andere landen. Zeker in de context van dit onderzoek waar is gekeken naar de opvattingen op taakherschikking tussen deze verschillende functies.

Globaal kan onderscheid gemaakt worden tussen 3 categorieën, te weten basisverpleegkundigen, verpleeg ondersteunende beroepen en meer gespecialiseerde verpleegkundigen (Mistiaen et al., 2011). Ter ondersteuning van het literatuuronderzoek is een overzicht gemaakt op basis van de beschikbare literatuur, gericht op de basisverpleegkundigen en verpleegondersteunende beroepen. Waarbij is gekeken naar de Nederlandse functieniveaus en benamingen in vergelijking met Angelsaksische landen. Dit is terug te vinden in bijlage 5.

De internationale opleidingswegen en niveaus voor (basis)verpleegkundigen zijn vergelijkbaar met de Nederlandse onderverdeling op MBO en HBO niveau, maar de manier waarop competenties zijn beschreven en geordend verschilt per land. Zo leveren verpleegkundigen (niveau 4) zelfstandige verpleegkundigen zorg, terwijl de Licensed Practical Nurses dit alleen onder regie van de Registered Nurse mogen doen (Mistiaen et al., 2011). De Nederlandse functie verzorgenden IG (niveau 3) valt tussen de groep basisverpleegkundigen en verpleeg ondersteunende beroepen in. Ze mogen zelfstandig ondersteunen bij ADL-taken, persoonlijke verzorging en basisverpleegkundige zorg. Het komt nog het meest overeen met de vrij recente geïntroduceerde rol van 'nursing associate' in het Verenigd Koninkrijk en de Amerikaanse Certified Nurse Assistant (CNA). Echter de verzorgenden IG heeft aanzienlijk meer opleiding genoten dan de CNA in Amerika (Vaalburg et al., 2023; Van Wieringen et al., 2022). De nieuwe functie van zorgassistent uit de proeftuinen is nog niet beschreven in de literatuur, maar valt onder de verpleegondersteunende beroepen tussen de niveau 1 en 2 in.

3.6 Data verzameling en analyse

3.6.1 Diepte-interviews

Gezien het theoretisch kader abstracte concepten bevat, is bewust gekozen om geen online vragenlijst in te zetten. Dergelijke abstracte onderwerpen kunnen bij deze onderzoeksgroep tot misverstanden leiden, wat de betrouwbaarheid van de resultaten beïnvloedt. Terwijl diepte-interviews en een focusgroep ruimte bieden voor interactie tussen onderzoeker en respondent, waardoor het mogelijk is om de vragen te verduidelijken.

Voor de verdiepende semi-gestructureerde interviews is gebruik gemaakt van het TDF in combinatie met het COM-B systeem uit het theoretisch kader. Waarbij de gevalideerde Nederlandse vragenlijst van het TDF als leidraad is gebruikt (Huijg et al., 2014). Het TDF domein 'rol en professionele identiteit', is opgesplitst in roltransitie, professionele grenzen en professionele identiteit op basis van de input uit het theoretisch kader. Zodat alle essentiële categorieën uit het conceptueel model werden verkend en nader uitgediept. In bijlage 6 is de vragenlijst voor de semigestructureerde interviews terug te vinden. Bij de uitnodiging voor de interviews en de interviewvragen is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van taalniveau B1, het gemiddelde taalniveau in Nederland (Heij & Visser, 2006), met behulp van ChatGPT 3.5. Zie bijlage 7.

Om ondanks de beperkte middelen en tijd binnen dit thesistraject een representatieve onderzoeksgroep te waarborgen, zijn de deelnemers voor de diepte-interviews gekozen op basis van een combinatie van een gestratificeerde en pragmatische steekproef (Mortelmans, 2020).

Als eerste stap is een onderverdeling gemaakt in subcategorieën op basis van de setting van de diverse proeftuinen per klantgroep van Vivium. Deze klantgroepen omvatten:

1. Klantgroep GRZ; Geriatrische Revalidatie & behandel intensieve zorg
2. Klantgroep Psychogeriatric; Intramurale langdurige psychogeriatricische zorg
3. Klantgroep Zorgeloos wonen/Zorg aan huis; Zorg geleverd door de wijkteams bij mensen met een langdurige zorg indicatie thuis en op de Zorgeloos Wonen locaties.

Vervolgens is op pragmatische wijze bepaald welke verzorgenden IG en verpleegkundigen per subcategorie geïnteresseerd en beschikbaar waren om deel te nemen. Dit is gedaan door eerst aan managers van de verschillende klantgroepen, tevens deelnemers van het programmateam 'Bekwaam is Bevoegd', te vragen wie hiervoor benaderd konden worden. Waarna een persoonlijke uitnodiging naar desbetreffende personen is gestuurd. Bij afwezigheid van reactie is één herinnering verstuurd. Indien ze niet beschikbaar of geïnteresseerd waren voor een 1-op-1 interview, is gevraagd wie van hun collega's wel benaderd konden worden. Daarnaast is de sneeuwbalmethode gebruikt om het sociaal kapitaal van het netwerk van de zorgprofessionals te benutten (Mortelmans, 2020). Hierbij zijn de respondenten gevraagd wie nog meer geïnterviewd zou moeten worden. Dit heeft bijgedragen aan het werven van deelnemers met diverse perspectieven binnen het netwerk. Om saturatie te bereiken zijn gemiddeld 12 à 13 interviews nodig, met een range tussen de 9 en 17 interviews (Guest et al., 2006; Hennink & Kaiser, 2022). Gezien de proeftuinen 3 klantgroepen beslaan, was de insteek om 4 interviews per klantgroep te doen, waarmee je uitkomt op 12 interviews. In totaal zijn 24 zorgmedewerkers persoonlijk uitgenodigd om deel te nemen aan de interviews. In tabel 3 is weergegeven hoeveel zorgmedewerkers per klantgroep zijn benaderd, hoeveel respondenten er hebben meegedaan, evenals relevante kenmerken van de respondenten. In totaal hebben er 12 interviews plaatsgevonden, met in totaal 13 zorgmedewerkers, waarvan 12 vrouwen en 1 man. Op verzoek van de respondenten was een 1 interview met 2 zorgmedewerkers tegelijkertijd. Dit duo-interview wordt in de verdere uitwerking als 1 interview gezien.

Subcategorie	Aantal uitgenodigd	Aantal respondenten	Opleidings-niveau	Werkervaring
Intramurale geriatrische revalidatie & behandel intensieve zorg	5	5	Niveau 4	4 jaar werkervaring in huidige functie, 20 jaar in zorg.
			Niveau 3	15 jaar werkervaring in huidige functie, 40 jaar in zorg
			Niveau 4	3 jaar werkervaring in huidige functie, 3 jaar in zorg
			Niveau 4	3 jaar werkervaring in huidige functie, 20 jaar in zorg
			Niveau 4	1,5 jaar werkervaring in huidige functie, 1,5 jaar in zorg
Intramurale langdurige psychogeriatrische zorg	9	6 (1 duo-interview)	Niveau 3	2 jaar werkervaring in huidige functie, >15 jaar in zorg
			Niveau 3	6 jaar werkervaring in huidige functie, 6 jaar in zorg
			Niveau 3	7 jaar werkervaring in huidige functie, 10 jaar in zorg
			Niveau 4	2 jaar werkervaring in huidige functie, >20 jaar in zorg
			Niveau 3	30 jaar werkervaring in huidige functie, 30 jaar in zorg
			Niveau 3	10 jaar werkervaring in huidige functie, >15 jaar in zorg
Zorg geleverd door de wijkteams bij mensen met een WLZ indicatie	10	2	Niveau 5	14 jaar werkervaring in huidige functie, >20 jaar in zorg
			Niveau 5	43 jaar werkervaring in huidige functie, 43 jaar in zorg

Tabel 3. Kenmerken respondenten diepte-interviews per klantgroep

Bij aanvang van de interviews is toestemming gevraagd voor het opnemen van het gesprek en ook het gebruik van citaten. Citaten zijn gebruikt om de resultaten meer context te geven, waardoor ze meer diepgang en betekenis krijgen, wat aansluit bij de centrale onderzoeksvraag en doelstelling. De interviews vonden plaats tussen 23 januari 2024 en 14 februari 2024 op een van de locaties van Vivium of via Microsoft Teams. Ze duurden tussen de 30 en 60 minuten. De interviews op locatie zijn opgenomen via de dictafoon functie op de smartphone. De interviews die via Microsoft Teams plaatsvonden, zijn via de opname functie in Teams opgenomen. Daarnaast zijn tijdens de interviews aantekeningen gemaakt van relevante zaken die op een audio-opname niet te zien zijn, als non-verbale communicatie.

3.6.2 Focusgroep

Een focusgroep is ingezet om feedback te krijgen op de bevindingen van de diepte-interviews en ze zo te verifiëren en te trianguleren. Dit verschilt van een member-check (Mortelmans, 2020), omdat een nieuwe groep verzorgenden IG en verpleegkundigen is benaderd. Door meerdere databronnen te combineren is een meer uitgebreid begrip van de opvattingen van zorgprofessionals met de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' verkregen. Waar de diepte-interviews de mogelijkheid bood om diep in te gaan op de individuele perspectieven, hielp de focusgroep naast het verifiëren ook bij het verkennen van de gedeelde ervaringen en interacties op dit thema. De deelnemers voor de focusgroep zijn geselecteerd middels een pragmatische steekproef. Oorspronkelijk was het plan om voor de focusgroep een afvaardiging van de 3 klantgroepen uit te nodigen, in lijn met de diepte-interviews. Echter bij de deelnemersselectie voor de interviews bleek het werven van de respondenten uit de wijkteams moeizaam te zijn, ondanks meerdere persoonlijke uitnodigingen, reminders en het benaderen van zorgmedewerkers door zowel hun management als de 2 respondenten uit de wijk. Daarnaast waren de potentiële respondenten uit de proeftuinen in de langdurige psychogeriatrische zorg allemaal voor de interviews benaderd. Diegene die open stonden voor deelname aan het onderzoek waren reeds geïnterviewd. Daarom is gekozen om de focusgroep wel door te laten gaan, maar met alleen respondenten uit de klantgroep GRZ. Mede omdat uit de eerste resultaten bleek dat er een duidelijke rode draad zichtbaar was, ongeacht de setting van de proeftuin.

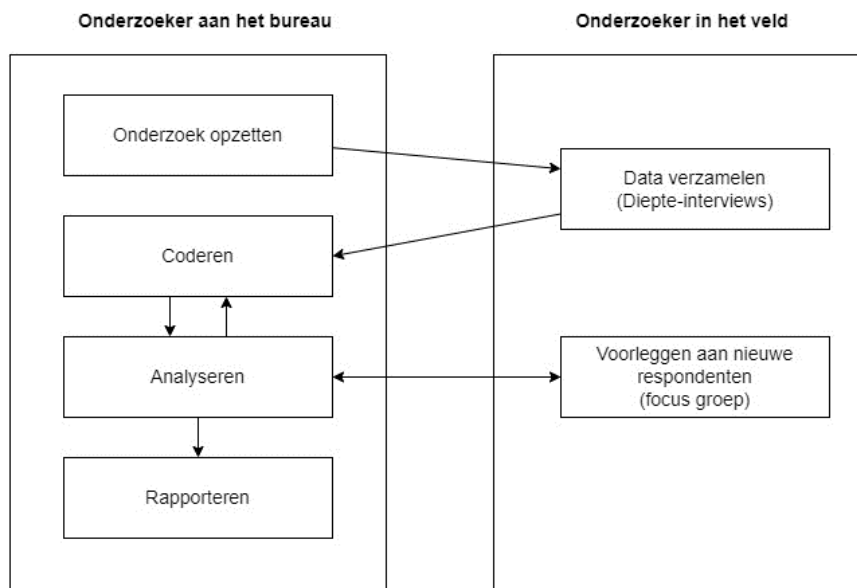
In totaal zijn 8 zorgmedewerkers uitgenodigd. Zie bijlage 8 voor de uitnodiging. Zes zorgmedewerkers hebben de uitnodiging geaccepteerd en 5 hebben uiteindelijk geparticipeerd in de focusgroep. In tabel 4 is relevante informatie van de respondenten weergegeven. De focusgroep vond plaats op 18 maart, via Microsoft Teams, en duurde 1 uur. Aan de deelnemers van de focusgroep is toestemming gevraagd voor het opnemen van de bijeenkomst via Microsoft Teams, evenals voor het geanonimiseerd verwerken van de gegevens en het gebruik van geanonimiseerde citaten.

Subcategorie	Aantal uitgenodigd	Aantal respondenten	Opleidings-niveau	Werkervaring
Intramurale geriatrische revalidatie & behandel intensieve zorg	8	5	Niveau 4	13 jaar werkervaring in huidige functie, 35 jaar in zorg
			Niveau 3	25 jaar werkervaring in huidige functie, 47 jaar in zorg
			Niveau 3, Niveau 4 i.o.	6 maanden in opleiding, 10 jaar werkervaring als niveau 3, 13 jaar in zorg
			Niveau 3	4 jaar werkervaring in huidige functie, 11 jaar in zorg
			Niveau 5	6 maanden werkervaring in huidige functie, 3 jaar in zorg

Tabel 4. Kenmerken respondenten focusgroep

3.6.3 Data-analyse

De kwalitatieve data analyse vond plaats in lijn met het praktijkmodel, beschreven in het boek Kwalitatieve Onderzoeksmethodes van Mortelmans (2020). Waarbij de stap “voorleggen aan nieuwe respondenten” is toegevoegd. Zie figuur 5.



Figuur 5. Het praktijkmodel, met extra stap, gebaseerd op Mortelmans (2020)

Op basis van de audio-opnames en de aantekeningen zijn de interviews ad verbatim getranscribeerd met behulp van Amberscript. Vervolgens zijn de transcripten handmatig doorgenomen en aangepast door de onderzoeker, waarbij ook relevante non-verbale elementen zijn toegevoegd. Alle data zijn anoniem verwerkt.

Bij de analyse zijn de fases van open, axiaal en selectief coderen aangehouden (Gioia, 2021), middels een deductieve benadering met inductieve kenmerken (van Lanen, 2010; van Staa & Evers, 2010). De categorieën uit het conceptueel model zijn hierbij toegepast, gebaseerd op het TDF en COM-B systeem met een verdiepingsslag op roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen, zoals beschreven in het theoretisch kader. Bij de data-analyse is het softwareprogramma Atlas.ti gebruikt ter ondersteuning van de dataverwerking en analyse.

Bij de analyse is allereerst gestart met het open coderen van de data, waarbij open codes zijn toegekend aan de data. Nadat alle interviews van open codes waren voorzien, zijn de overlappende open codes samengevoegd. Dit resulteerde uiteindelijk in 67 open codes. Vervolgens zijn deze codes georganiseerd rond de 14 domeinen van het TDF, waarbij het domein professionele rol en identiteit is opgesplitst in; roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen. Aansluitend zijn deze domeinen gerangschikt volgens de 3 categorieën uit het COM-B systeem (capaciteit, gelegenheid en motivatie), zoals beschreven in paragraaf 2.3. Het codeerschema is terug te vinden in bijlage 9. Daarna is gekeken welke relaties er zijn, in het licht van het conceptueel kader, en welke codes en categorieën het meest relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De meest relevante codes en categorieën zijn tenslotte gedetailleerder uitgewerkt. Bij de analyse is voortdurend gereflecteerd of de opkomende patronen en categorieën overeenkomen of afwijken van de verwachtingen. De resultaten uit de interviews zijn vervolgens besproken in een focusgroep. Ter voorbereiding op deze focusgroep zijn de eerste resultaten op hoofdlijnen geordend op een whiteboard (bijlage 10) en verwerkt in een onderwerpenlijst (bijlage 11). De data uit de focusgroep zijn op dezelfde wijze getranscribeerd en geanalyseerd als de diepte-interviews.

3.7 Kwaliteit van het onderzoek

De kwaliteit van dit onderzoek wordt hieronder onderbouwd aan de hand van de beoordelingscriteria; validiteit, generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid, zoals beschreven in Mortelmans (2020).

3.7.1 Validiteit

Verscheidende methoden van dataverzameling zijn ingezet om de onderzoeksvraag te beantwoorden, namelijk diepte-interviews en een focusgroep. Deze data-triangulariteit vergroot de validiteit van het onderzoek. Bovendien wordt de geloofwaardigheid verder versterkt door het streven naar datasaturatie. Uit de literatuur blijkt dat hiervoor gemiddeld 12 diepte-interviews nodig zijn (Guest et al., 2006; Hennink & Kaiser, 2022). In deze studie hebben er uiteindelijk 12 interviews plaatsgevonden met 13 deelnemers. Daarnaast is een extra stap genomen door ook een focusgroep met nieuwe deelnemers te organiseren, met als doel de bevindingen van de diepte-interviews te verifiëren en te trianguleren.

3.7.2 Generaliseerbaarheid

Organisatiecontext speelt een belangrijke rol bij de opvattingen van de zorg over taakherschikking. Doordat dit onderzoek zich beperkt tot interviews binnen één ouderenzorgorganisaties in één regio in Nederland, heeft dit impact op de generaliseerbaarheid. Echter is Vivium een grote organisatie, met meerdere klantgroepen, 13 intramurale locaties en meerdere wijkzorgteams. Daarnaast is gebruik gemaakt van een gestratificeerd en pragmatische steekproef, evenals de sneeuwbalmethode, waardoor diversiteit ontstond in werkinhoud en werklocatie bij de groep respondenten. Dit draagt bij aan de generaliseerbaarheid.

Tevens zorgt dit deductieve kwalitatieve onderzoek voor theoretische generaliseerbaarheid (Mortelmans, 2020), omdat het conceptuele model is gebaseerd op bestaande theoretische modellen. Waardoor het gebruikt kan worden voor vergelijkbare onderzoeksvragen in een andere context. De theoretische hypothesen en relaties overstijgen de specifieke onderzoek setting.

3.7.3 Betrouwbaarheid

De dataverzameling en analyse zijn uitgevoerd door één onderzoeker, wat de uitkomsten kan kleuren. De onderzoeker is naast Manager Klantgroep GRZ ook lid van het programmteam van het programma 'Bekwaam is bevoegd', waardoor er een belang bestaat bij het succes van het programma. Daarnaast beïnvloedt de rol van de onderzoeker als specialist ouderengeneeskunde het perspectief op het onderzoeksthema, vooral met betrekking tot de impact op de kwaliteit van zorg. Deze verschillende rollen kunnen de betrouwbaarheid van de resultaten beïnvloeden. Om de invloed van de onderzoeker te minimaliseren, zijn diens verwachtingen vooraf genoteerd (zie bijlage 12) en na de dataverzameling vergeleken met de resultaten om eventuele beïnvloeding te beoordelen. Om de betrouwbaarheid verder te vergroten, is het verloop van het onderzoek nauwkeurig gedocumenteerd, audit-trail genoemd (Mortelmans, 2020), bestaande uit een overzicht van de geselecteerde artikelen voor het theoretisch kader, een overzicht van de verschillende categorieën met belangrijkste kenmerken uit deze literatuur en de vertaalslag naar een visuele weergave in een concept map. Daarnaast zijn de interviews en focusgroep opgenomen en ad verbatim getranscribeerd. Ook zijn het codeerschema, evenals de schematische verwerking van de eerste resultaten als voorbereiding op de focusgroep, opgenomen in de bijlagen. Zodat het herleidbaar is hoe de onderzoeksresultaten tot stand zijn gekomen. Bovendien is bij de weergave van elke citaat een respondent nummer vermeld. Dit borgt de anonimiteit en draagt bij aan de transparantie en methodologische integriteit van het onderzoek.

4. Resultaten

4.1 Inleiding

De resultaten van het onderzoek worden in dit hoofdstuk gepresenteerd aan de hand van de deelvragen, om uiteindelijk te komen tot het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag:

Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG, over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’, de implementatie?

Dit zal worden gedaan op basis van de verzamelde data uit de diepte-interviews en de focusgroep. In de laatste 2 van de 12 diepte-interviews zijn geen nieuwe bevindingen naar voren gekomen, wat suggereert dat datasaturatie is bereikt. Dit werd bevestigd door de bevindingen van de focusgroep. Alhoewel dit een waardevolle gelegenheid bood voor verdere discussie, kwamen ook hier geen nieuwe inzichten of aanvullingen aan het licht. Dit maakt dat de resultaten uit de diepte-interviews en de focusgroep in dit hoofdstuk niet apart worden besproken.

Voor een betere leesbaarheid van de resultaten is ervoor gekozen om de deelvragen deels samen te voegen, om zo een helder en samenhangend beeld te presenteren. Zodoende wordt allereerst in paragraaf 4.2 ingegaan op de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking in brede zin en hoe deze opvattingen de implementatie beïnvloeden (deelvraag 2 en 3). Vervolgens wordt in paragraaf 4.3 dieper in gegaan op de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG met betrekking tot de roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen, evenals de invloed hiervan op de implementatie (deelvraag 2 en 4). Het resultatenhoofdstuk wordt afgesloten met het bespreken van aanknopingspunten voor gerichte interventies ter bevordering van verdere implementatie van de taakherschikking (deelvraag 5).

4.2 Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’ en hoe beïnvloeden deze opvattingen de implementatie?

4.2.1 Inleiding

Zoals beschreven in het theoretisch kader bieden de COM-B categorieën; capaciteit, gelegenheid en motivatie, met daaraan gekoppeld de TDF domeinen, een bruikbaar kader om gedragsverandering te analyseren. In deze paragraaf worden de opvattingen van relevante actoren aan de hand van deze 3 categorieën besproken en wordt gekeken hoe deze factoren de acceptatie en uitvoering van de beoogde gedragsverandering beïnvloeden, en daarmee de implementatie van de taakherschikking.

4.1.2 Capaciteit

De zorgmedewerkers geven aan voldoende kennis en vaardigheden te hebben en bijna allemaal zijn ze zich bewust van hun eigen rol binnen de proeftuinen, wat positief bijdraagt aan de implementatie. Zo is het doel van de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’ in grote lijnen bij alle respondenten bekend. Daarnaast geven de respondenten aan dat ze over het algemeen voldoende vaardigheden beschikken om de taakherschikking succesvol uit te voeren en de regierol, in de samenwerking met de zorgassistenten, op zich te nemen.

Benodigde vaardigheden die hierbij worden genoemd zijn; communicatie, delegeren, motiveren, feedback geven, opleiden, samenwerken, prioriteren, geduld, zelfinzicht, verantwoordelijkheid nemen en delen, evenals regie voeren over de cliënten en de zorgtaken op de afdeling. Waarbij het van belang is flexibel te zijn in de taken. Hierbij moet een balans gevonden worden tussen enerzijds controle houden over de taken en anderzijds het loslaten.

“Ik moet wel heel eerlijk zeggen dat ik graag de dingen in eigen beheer blijf houden, omdat het me moeite kost om het los te laten. En dan ben ik toch bang dat het niet gebeurt.”(R1)

Een belangrijke vaardigheid is het opleiden en begeleiden van de zorgassistent op de werkvloer. Een groot deel van de verzorgenden IG en verpleegkundigen zijn, door de begeleiding van ‘reguliere’ studenten, al gewend om tijdens het werk collega’s op te leiden en te bekwamen. Waardoor ze de stap naar het opleiden van zorgassistenten als klein ervaren, wat de implementatie positief beïnvloedt. Echter wordt genoemd dat het van belang is om oog te houden voor de manier van leren van de zorgassistenten. Zo is het instapniveau lager dan ze gewend zijn. Het opleiden wordt daardoor, zeker in de eerste weken, als heel intensief ervaren door de respondenten. Bovendien komt het opleiden van zowel de reguliere studenten als de zorgassistenten vaak bij dezelfde zorgmedewerkers in het team terecht, wat kan zorgen voor ‘concurrentie’.

“Ik zou het liefst willen dat wij ook echt wel een moment hebben om hen goed in te werken en mee te nemen. Want je vraagt eerder een student om mee te kijken als je daar tijd voor hebt, dan een zorgassistent. (...) Je vergeet best wel snel dat je iemand anders ook moet opleiden, waar niet het woordje student of leerling bij zit.”(R11)

Negatief beïnvloedende factoren op de implementatie zijn de onduidelijkheid over de taken en het opleidingstraject van de zorgassistent. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat, zeker in het begin van de proeftuinen, het onduidelijk is welke taken ze nu wel of niet kunnen of mogen overdragen aan de zorgassistent. Wat de implementatie van taakherschikking negatief beïnvloedt. Mede omdat ‘voor de zekerheid’ taken dan maar niet worden overgedragen. De grote lijnen van de taakherschikking zijn duidelijk, namelijk dat het om ADL taken en ‘lichtere’ zorg gaat. Maar de opvatting is dat vanuit de programmaleiding, het managementteam en/of het scholingsbureau welke een aantal opleidingsmodules verzorgt, te weinig eenduidige informatie wordt gegeven over de verschillende taken die overgedragen mogen worden. Hier is wel behoefte aan, niet alleen voor de respondenten zelf, maar ook ter bescherming van zowel de zorgassistent, als de cliënt.

“Ik denk dat het voor de zorg goed is om te weten dat je gewoon niet alles moet willen vragen, want zorgassistenten zijn toch geneigd om gewoon ja te zeggen en het wel even te doen.(...) Wat negen van de tien keer natuurlijk superfijn is. Maar het zal maar net die ene keer fout gaan. Dus ik denk dat duidelijkheid, in wat ze wel en niet mogen, dat het wel echt nummer één is.” (R12)

Zo komt het voor dat de zorgassistenten zich bekwamen in een bepaalde handeling, maar dat ze deze handeling ‘van het management’ op de afdeling niet mogen uitvoeren. Of het beleid hierover wordt gaandeweg de proeftuin aangepast. Dit zorgt voor frustratie bij de zorgmedewerkers die tijd en energie steken om ze hierin te bekwamen. Daarnaast geeft een deel van de respondenten aan dat deze onduidelijkheid voor hen een bevestiging is dat ze bepaalde taken toch maar niet overdragen.

“In het begin vond ik heel veel verwarrend, want ze mochten bijvoorbeeld niet de steunkousen doen. Terwijl ze dat op school wel hadden geleerd, net als dat ze hier weer niet met liften mogen werken. Dus wel en niet, en dat is allemaal een beetje onduidelijk.”(R7)

De onduidelijkheid over de rol en taken komt ook voort uit het feit dat het per zorgassistent verschilt wat ze kunnen en mogen. De zorgassistenten starten met werken in de proeftuinen en worden gaandeweg bekwaamd in verschillende taken. Waardoor het gedurende de tijd veranderd welke

taken ze wel of niet mogen. Daarnaast is er onduidelijkheid over de opbouw en het eindpunt van het opleidingstraject van de zorgassistent. Mede doordat een deel van de zorgassistenten na het afronden van de vereiste module ervoor kiest om een vervolgmodule te doen, ook wel 'stapelen' genoemd.

De respondenten geven aan dat wanneer ze voor langere tijd met dezelfde zorgassistent(en) samenwerken de taak en rolverdeling duidelijker wordt. Dan wordt het niet meer als barrière ervaren. Daarbij speelt mee dat vertrouwen in de zorgassistent de meest bepalende factor is bij het besluit om taken wel of niet over te dragen. Het gevoel over de ander is leidend en is steeds een individuele afweging. Dit wordt onder andere gebaseerd op de motivatie en werkhouding van de zorgassistent. Onder andere hoe serieus en secuur ze zijn, of ze initiatief nemen en de manier waarop ze met cliënten omgaan. Maar ook de mate van inzicht die de zorgassistent heeft. Kunnen ze bijvoorbeeld signaleren als er iets met de cliënt is en pakken ze dit adequaat op. Maar ook wat iemand uitstraalt of aan heeft.

"Met de één heb je een betere klik als met de ander. De één is veel meer initiatief nemend. Of goed in de communicatie. Dus dan maakt het wel makkelijker om het over te dragen." (R9)

Elkaar wel of niet kennen heeft daardoor direct invloed op het overdragen van taken en daarmee de implementatie van de taakherschikking. Het is iets wat moet, maar ook kan groeien. Zeker als vaker met de betreffende zorgassistent wordt gewerkt, want dan wordt het overdragen van taken steeds meer een automatisme. Alhoewel de respondenten soms nog steeds het gevoel houden het zelf beter of sneller te kunnen, zeker als de werkdruk hoog is, wat ze weerhoudt om taken over te dragen.

4.1.3 Gelegenheid

Sociale invloeden spelen een kleine rol bij de gedragsverandering. Hoewel meningen van collega's en leidinggevend, evenals de opvattingen van artsen, een rol spelen bij het besluit om taken over te dragen aan zorgassistenten, ervaren de respondenten veel autonomie in dit besluitvormingsproces. Met name de mening van collega's, zeker die met hetzelfde opleidingsniveau, wordt meegewogen in het besluit. Waarbij door collega's van de respondenten wisselend wordt gedacht over de taakherschikking naar zorgassistenten. Alhoewel ook daar geleidelijk verandering in komt, zeker bij diegene die vaker met de zorgassistenten werken. Ook zij beginnen voordelen te zien, mede door het toevoegen van meer vaste gezichten aan het team.

"Volgens mij zijn ze het er nu allemaal wel mee eens, bij ons. Ook omdat ze het nu zelf zien. In het begin waren er sommigen nog wel een beetje op tegen, en vooral omdat het eigenlijk allemaal een beetje onduidelijk was." (R7)

Van leidinggevend wordt met name verwacht dat ze kaders stellen over welke taken ze wel en niet over mogen dragen. Enkele respondenten geven aan dat artsen invloed kunnen hebben op hun besluit om dingen niet over te dragen aan zorgassistenten, waarbij de opvatting van de artsen niet overeenkomt met de afspraken in de proeftuin.

"Vanuit de artsen krijg ik nog vaak van oh, maar dat kun jij wel even doen, want zij willen het heel graag bij ons houden, omdat dat vertrouwd voelt. Dus daarin zitten we nog niet helemaal op één lijn." (R3)

Meerdere respondenten geven aan dat in hun persoonlijke omgeving niet altijd met begrip wordt gereageerd op de taakherschikking naar de zorgassistent binnen 'Bekwaam is bevoegd'. Met name omdat ze het niet goed begrijpen en/of op de hoogte zijn waarom het wordt gedaan. Maar dit heeft beperkte invloed op hun besluit om taken over te dragen.

“Veel mensen snappen het echt niet. Die zeggen neem maar gewoon meer mensen aan. Daar kan ik heel geïrriteerd van worden, ik weet gewoon hoe het werkt, en veel mensen gewoon niet. En daar ontstaan veel discussies over.”(R3)

In tegenstelling tot de relatief kleine rol van sociale invloeden, zijn er diverse omgevingsfactoren die de implementatie van de taakherschikking belemmeren. Een hoge werkdruk, mede door personeelskrapte en hoog verzuim, en de inzet van externe medewerkers (flex-medewerkers van de interne Vivium flexpool, uitzendkrachten en ZZP'ers) worden als belangrijkste factoren genoemd.

“Door te weinig personeel, veel zieken, de werkdruk die gewoon steeds hoger en lastiger wordt. Er wordt meer aandacht gevraagd, eigenlijk heel veel verschillende factoren. Waardoor het lastig wordt.”(R11)

Ook onvoldoende aandacht en tijd voor het inwerken en opleiden zorgassistenten belemmeren de taakherschikking. Daarnaast is het nog zoeken hoe de bedrijfsprocessen aangesloten kunnen worden op de inzet en wisselende bekwaamheid van de zorgassistenten, zoals bij het maken van een passend rooster en de inzet van de juiste personeelsmix, daarbij rekening houdend met de verhouding vaste en externe medewerkers.

De ervaringen met externe medewerkers als Vivium flex-medewerkers, uitzendkrachten en ZZP'ers variëren, maar zijn over het algemeen negatief. Dit komt herhaaldelijk naar voren tijdens de interviews. Vooral omdat de inzet van externe medewerkers leidt tot extra werkdruk bij de vaste verzorgenden IG en verpleegkundigen op een afdeling. Het vraagt extra tijd, aandacht en regie, waardoor ze belast worden met meer overstijgende taken. Deze hoge werkdruk wordt gezien als een extra belemmering bij het overdragen van taken naar zorgassistenten. Bovendien is de ervaring dat de externe medewerkers vaak onvoldoende kennis hebben over de taakherschikking naar zorgassistenten, wat ook negatieve invloed heeft op de gedragsverandering.

Paradoxaal genoeg wordt de hoge werkdruk bij de zorgmedewerkers en het beperkt aantal vaste gezichten in het team ook genoemd als belangrijke motivator voor de inzet van zorgassistenten. Waardoor het zowel een belemmerende als bevorderende factor is.

Over het algemeen geven de respondenten aan dat ze voldoende ondersteund worden bij het uitvoeren van hun rol en de samenwerking met de zorgassistenten. Echter merken de respondenten dat de leidinggevenden nog zoekend zijn naar hoe de zorgassistenten het beste ingezet kunnen worden. Sommige respondenten uiten daarnaast hun zorgen of hun leidinggevende wel voldoende inzicht heeft in hoeveel tijd en energie het kost om samen te werken met zorgassistenten, met name bij de start van de proeftuin. Daarnaast vinden de respondenten hun leidinggevende te weinig zichtbaar en hebben de behoefte aan meer begrip, betrokkenheid en een proactieve houding. Hoewel respondenten weten dat hun leidinggevende beschikbaar is, ervaren ze dat ze zelf initiatief moeten nemen om contact te zoeken en hulp te vragen. Op dit moment is de algemene opvatting onder respondenten dat de leidinggevenden onvoldoende proactief en betrokken zijn bij de zorgmedewerkers, wat een negatieve invloed heeft op de implementatie.

Het belang van gedegen programma- en projectmanagement komt als overkoepelend thema regelmatig aan bod in de interviews en tijdens de focusgroep. Waarbij door de respondenten wordt aangegeven dat het, voor het succes van de implementatie, essentieel is om de zorgmedewerkers actief te betrekken. Zowel op proeftuinniveau, als bij het Vivium brede programma. Het merendeel staat hier ook voor open. Dit wordt nu als onvoldoende ervaren, wat negatieve invloed heeft op de implementatie. Daarnaast wordt aangegeven dat er onvoldoende wordt gecommuniceerd over het 'waarom', 'wat' en 'hoe' van het programma, evenals de voortgang en knelpunten.

“Helpend kan zijn als de organisatie iets meer communiceert. Over wat zijn de ontwikkelingen? Wat zijn de gedachtes? En dat hoeven nog helemaal geen vaste gedachtes zijn. Maar ik heb wel het gevoel en het idee, dat ieder team en misschien wel ieder individu worstelt met dezelfde vragen. (...) Dat mensen het gevoel hebben, hé hogerhand weet dat dit soort vragen en zorgen leven. Ik denk dat dit ook heel helpend zou kunnen zijn. En wie weet wat een prachtige ideeën daar dan weer uit voortkomen.”(R13)

De vorm van deze communicatie is belangrijk. Hierbij wordt door de respondenten gedacht aan een nieuwsbrief, alhoewel men tegelijkertijd aangeeft dat deze niet altijd wordt gelezen. Naar aanleiding van de individuele interviews en de online focusgroep werd aangegeven dat deze vorm prettig is om van gedachten te wisselen.

“Eerst dacht ik: oh jeetje met meerdere mensen online is dat niet heel lastig. Dat vind ik altijd een beetje moeilijk. Maar dit vond ik eigenlijk wel fijn. Het past fijn in de werkdag. (...) Het ging best prima met elkaar onderling.”(R16)

Bevorderende omgevingsfactoren voor de implementatie zijn onder andere een goede selectie van kandidaten voor de functie van zorgassistent, bij voorkeur in samenspraak met de zorgmedewerkers. Ook wordt het belang van een goede onderlinge samenwerking en communicatie in een zorgteam en tussen zorgteams onderstreept, evenals het kennen van de zorgassistent.

Verschillen tussen de klantgroepen

Bij de beïnvloedende omgevingsfactoren zijn er enkele verschillen tussen de klantgroepen. Zo worden de zorgassistenten in de klantgroep psychogeriatric bij start niet boventallig ingeroosterd. In tegenstelling tot in de GRZ en in de wijkteams. Dit komt mede omdat ze in de psychogeriatric reeds werkzaam zijn als woonondersteuners. Door de respondenten wordt dit als belemmerend ervaren. In de klantgroep GRZ heeft een deel van de zorgassistenten een Oekraïense achtergrond, waardoor de taalbarrière zorgt voor een extra belemmerende factor bij het overdragen van taken. Een bevorderende omgevingsfactor in de wijk is de inzet van een praktijkbegeleider die met de zorgassistenten mee gaat naar de cliënten thuis. Hierdoor is er beter zicht op de handelingen van zorgassistenten in opleiding. Ook hebben de zorgassistenten in de wijk niet de maken met de strikte tijdsrestrictie en registratie, in tegenstelling tot de wijkverpleegkundigen.

4.1.4 Motivatie

De respondenten hebben vertrouwen in hun eigen capaciteiten om de taakverschuiving naar de zorgassistenten goed uit te voeren. Ze zijn zich bewust van hun eigen competenties en incompetenties op dit gebied en zijn bereid om zich verder te ontwikkelen via scholing. Dit biedt een solide basis voor de implementatie van de taakherschikking binnen ‘Bekwaam is bevoegd’. Dit wordt versterkt doordat de urgentie en het belang van de taakherschikking sterk wordt gevoeld, gezien de hoge werkdruk en personeelstekort. Ze ervaren dat er eigenlijk geen keuze meer is, het moet anders. Waarbij een groot deel van de respondenten vindt dat ‘Bekwaam is bevoegd’ een mogelijke oplossingsrichting zou kunnen zijn.

“Kijk, je weet natuurlijk we moeten anders, we hebben geen keus, we moeten in het circus mee. Dit is de nieuwe tijd, die we tegemoet gaan. (..) Ik zie het ook nog wel een beetje positief. Ook al zijn er ook heel veel momenten dat ik denk van oh, jongens, denk ook eens aan ons. Maar ik weet wel dat we hier verder mee moeten. Ja en daar kan je beter het beste van maken, dan je hakken in het zand zetten.”(R5)

Dit gevoel wordt bekrachtigd door de ervaring dat de zorgassistenten, die hebben deelgenomen aan de proeftuinen, doorgaans zeer gemotiveerd zijn en bijdragen aan meer stabiliteit en continuïteit in het team. Zo wordt ervaren dat, op het moment dat ze de zorgassistent beter kennen en het duidelijk is wat diegene mag overnemen aan taken, het positieve invloed kan hebben op de werkdruk.

“Ik denk ook dat als je de taken duidelijk hebt, dat je ook weer die werkdruk kan verlagen.”(R18)

Daarnaast is de perceptie dat door de inzet van zorgassistenten de cliënten meer aandacht krijgen. Ook nemen ze een aantal taken over van de gediplomeerde die ze zelf niet willen, of niet aan toe komen. Een van de belangrijkste opvattingen is dat door de toevoeging van zorgassistenten aan het zorgteam er meer vaste gezichten zijn, die de cliënten en het team kennen. De respondenten ervaren dat juist die vaste gezichten een positieve invloed hebben op de cliënten. Aan de ene kant omdat de cliënten het prettig vinden om door bekende medewerkers geholpen te worden. Maar aan de andere kant ook omdat, als de zorgassistenten de cliënten kennen, dit positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg die wordt geleverd. Al is het maar om externe krachten te informeren over de normale gang van zaken.

“Zorgassistenten zijn toch vaste gezichten. Ik merk dat het echt al wel heel fijn is als ze er zijn. Ook al kunnen zij dan geen pil delen of wat speciaals doen. Het vaste gezicht is ook erg belangrijk.”(R11)

De algemene opvatting is namelijk dat het, teveel, inzetten van externe medewerkers negatieve impact heeft op de kwaliteit van zorg. Zeker als er structureel veel externe medewerkers worden ingeroosterd. Het merendeel van de respondenten geeft dan ook aan een vaste zorgassistent te verkiezen boven een hoger opgeleide externe kracht.

“Liever zo en dan weet je ook welke de mensen je binnen hebt. Ze kennen de bewoners, kennen de organisatie, weten welke disciplines ze kunnen benaderen. Dus ik denk dat dit een heel groot pluspunt is van deze manier van werken.”(R12)

Echter hun gevoel van verantwoordelijkheid voor de zorg van cliënten, samen met zorgen over de impact van taakherschikking op de kwaliteit van zorg, werkdruk en hun verantwoordelijkheid heeft negatieve invloed op hun motivatie en daarmee de beoogde gedragsverandering. Zo geven de respondenten aan een grote verantwoordelijkheid te voelen voor de zorg voor ‘hun’ cliënten. Wat maakt dat ze het soms moeilijk vinden om het werk los te laten, waardoor ze ook buiten werktijd nog met deze verantwoordelijkheid en zorgen rondlopen. De taakherschikking naar zorgassistenten versterkt dit verantwoordelijkheidsgevoel.

“Ik ga niet altijd met een goed gevoel naar huis. (..) Als je overdraagt aan een geroutineerde collega en je zegt van; ik vertrouw het niet, wil je nog even kijken? Dan denk je: oké, het zit goed, ik laat het los. Maar als je bij zo iemand, dat klinkt heel naar maar als je dat doet, merk ik aan mezelf en ook aan mijn collega's, dat je toch een beetje de neiging hebt om je telefoon aan te laten. (..) Dat merk ik bij collega's ook, dat ze soms met een ongerust gevoel naar huis gaan.” (R13)

Dit komt mede door angst en twijfels over de mogelijk negatieve impact die het kan hebben op de kwaliteit van zorg, doordat er met minder niveau 3, 4 en 5 wordt gewerkt.

“Want de kwaliteit van zorg, dat is het allerbelangrijkste. Dat we goed voor die mensen blijven zorgen. Maar hoe doe je dat nou, als je maar de enige bent met een verpleegkundig diploma.”(R3)

Waarbij er veel zorgen zijn of de zorgassistenten door hun opleidingsniveau wel voldoende kunnen signaleren of er iets aan de hand is met de cliënt. Ook wordt getwijfeld of het modulair opleiden van de zorgassistenten wel voldoende is om de taken goed te kunnen volbrengen. Daarnaast worden zorgen geuit over de kwaliteit van zorg die zorgassistenten leveren die verder doorleren met diverse modules, het zogenoemde stapelen. Waardoor ze zich bekwamen voor meer taken dan de basiszorg, taken overeenkomstig met een helpende of verzorgende IG. De respondenten vragen zich af of je datgene wat je op deze wijze en in korte tijd leert, wel in de juiste context kunt plaatsen.

“Als je het vergelijkt met iemand die de VIG opleiding deed en die drie jaar naar school moest, en nu doe je het in een paar weekjes. Dan doe je weer eens een module en dan mag je ongeveer net zoveel als de ander. En ik vraag me wel af (..) in hoeverre ze een totaal overzicht hebben over een afdeling en wat ze aan het doen zijn: Kijk, iedereen kan wel een zakje open scheuren en die pilletjes eruit halen, maar kan je ook verder kijken dan dat?”(R9)

Daarnaast worden er zorgen geuit of de taakherschikking daadwerkelijk tot werkdruk verlichting zal leiden. Deze nieuwe personeelsmix vraagt namelijk ook weer wat extra van de gediplomeerde die met de zorgassistenten samenwerkt. Ze ervaren meer verantwoordelijkheid, meer regie- en coördinatietaken, wat komt te liggen bij een kleinere groep medewerkers. Ook komen de zorgtaken van meer complexe cliënten met hoge zorgzwaarte bij hen te liggen. Alhoewel dit deels als een positieve uitdaging wordt ervaren, draagt het ook bij aan een gevoel van een hogere werkdruk. Het is niet alleen een hogere fysieke belasting, maar met name een hogere mentale belasting.

“Bij het werken met zorgassistenten komt de werkdruk, de last en de verantwoording, steeds bij jou te liggen. (..) Nu wordt de verantwoordelijkheid over alles veel groter en ondertussen moet je nog steeds genoeg taken doen en aansturen, wat ook weer een extra taak is.”(R17)

Ook zijn er zorgen en twijfels over de haalbaarheid om de regierol goed uit te kunnen voeren bij de hoge werkdruk en veel externe medewerkers op de afdeling. Daarnaast vraagt het opleiden en begeleiden van de zorgassistenten een investering van de zorgmedewerkers op de werkvloer. Waardoor de taakherschikking, zeker bij de start van de proeftuinen, niet als verlichting wordt ervaren. Desondanks is het merendeel van de respondenten gemotiveerd om de taakherschikking verder te ontwikkelen en te implementeren.

“Zeker, ja, ik wil daar wel, ik blijf daar echt wel positief aan meewerken. Ik blijf wel mijn kanttekeningen inbrengen, maar dat wil niet zeggen dat het hele project ‘down the drain’ gaat voor mij.” (R13)

Een enkele respondent heeft concrete doelen of plannen voor het komend jaar met betrekking tot ‘Bekwaam is bevoegd’. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat, hoewel dagelijkse werkzaamheden snel voorrang krijgen, ze de verdere ontwikkeling van de proeftuinen wel belangrijk vinden.

[Verschillen tussen klantgroepen](#)

Tussen de klantgroepen zijn er een paar kleine verschillen in de consequenties van de taakherschikking, wat weer invloed heeft op de motivatie. Zo wordt in de wijkteams bij de mensen thuis ervaren dat, door het meer taakgericht werken, het juist tot meer verschillende gezichten kan leiden die bij de client aan huis komen. Wat ook voor verwarring en onrust bij de cliënt kan zorgen.

“Het kan ook soms onrust geven, omdat er toch wel veel hulpverleners over de vloer komen; van de wijkverpleegkundige, de verpleegkundigen, de ziekenverzorgende, de zorgassistent nou ja, dan hebben ze soms nog een dagopvang of een casemanager. (...) En je moet elkaar wel vinden in het samenwerken. Anders dan weet de cliënt niet meer bij wie die nou moet zijn voor wat. Dat is soms weer zoeken.”(R8)

Daarnaast zijn in de psychogeriatrische zorg de woonondersteuners, die in de woonkamer stonden, bekwaamd in zorgtaken. Hierdoor verplaatsten ze letterlijk naar de zorg, zonder vervanging van de taken in de woonkamer. Dit wordt door de zorgmedewerkers wisselend ervaren. Een aantal hebben het idee dat zo het probleem alleen maar wordt verplaatst. Anderen geven aan dit juist als kans te zien om soms zelf in de woonkamer te gaan staan, waardoor ze vanuit een ander perspectief inzicht kregen hoe het met de cliënten ging en om meer de regie te houden.

“Maar dat betekent ook dat er dingen in de huiskamer achterblijven. Het moment dat we samen in de zorg bezig zijn, is een stukje toezicht in de huiskamer wat je mist.(...) Qua toezicht en onrust en valrisico's, verslikking. (...) Dat maakt dus als je een woonondersteuners weghaalt en in de zorg zet, dat je dat stukje weer gaat missen.”(R12)

4.1.5 Conclusie deelvragen

Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'?

De opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' laten een complex beeld zien, waarbij verschillende factoren een rol spelen.

Ondanks de aanwezigheid van voldoende kennis en vaardigheden, leidt onduidelijkheid over rollen, taken en het opleidingstraject van de zorgassistenten tot onrust en weerstand. Vertrouwen in de zorgassistent blijkt essentieel voor het overdragen van taken, waarbij autonomie wordt ervaren in dit besluitvormingsproces. Omgevingsfactoren als kandidaatselectie, communicatie, samenwerking, inwerkperiode evenals betrokkenheid van leidinggevendenden spelen een rol. Waarbij de hoge werkdruk, personeelstekort en de veelheid aan externe krachten een paradoxaal effect heeft. Het belang van betrokkenheid van de werkvloer bij de proeftuinen wordt benadrukt.

De motivatie wordt aangewakkerd door het urgentiebesef, vertrouwen in eigen capaciteiten en de intentie bij te dragen aan verdere ontwikkeling van taakherschikking. De respondenten zien 'Bekwaam is bevoegd' als mogelijke oplossingsrichting voor het personeelstekort. Waarbij positieve gevolgen worden gezien, als stabiliteit en continuïteit in het team. Echter, zorgen over de impact op de kwaliteit van zorg, werkdruk en verantwoordelijkheid temperen deze positieve verwachtingen.

Hoe beïnvloeden deze opvattingen de implementatie van de taakherschikking?

De opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG spelen een belangrijke rol bij de implementatie van de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'. Capaciteits-, gelegenheids- en motivatiefactoren hebben zowel positieve als negatieve invloed op de bereidheid en het vermogen om taken over te dragen aan zorgassistenten. Deze bevindingen bieden waardevolle input voor verdere implementatie van de taakherschikking. Wat in paragraaf 4.4 verder zal worden besproken.

4.3 Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen ten gevolge van de taakherschikking en hoe beïnvloeden deze opvattingen de implementatie?

4.3.1 Inleiding

Deze paragraaf bouwt voort op de analyse uit paragraaf 4.2, waarbij de focus nu ligt op de opvattingen omtrent de roltransitie, de professionele identiteit en grenzen en de invloed hiervan op de gedragsverandering. Op basis van het theoretisch kader is de propositie dat de dynamiek tussen deze aspecten een bepalende factor is bij de implementatie.

Het TDF domein 'Professionele rol en identiteit', dat deel uitmaakt van de COM-B categorie 'motivatie', is in dit onderzoek onderverdeeld in roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen. De bevindingen worden in deze paragraaf aan de hand van deze onderdelen besproken. Opvallend was dat deze onderdelen tijdens de interviews en in de focusgroep herhaaldelijk naar voren kwamen, ook bij vragen die gericht waren op andere factoren.

4.3.2 Roltransitie

De taakherschikking naar de zorgassistenten heeft impact op alle bestaande rollen in het zorgteam. Waarbij onduidelijkheid over het doel van de proeftuin, evenals invulling en de toekomst van eenieders rol, ten gevolge van de taakherschikking, zorgt voor onrust en weerstand. Dit vertraagt de implementatie, vooral bij de aanvang van de proeftuinen, omdat het dan het meeste speelt. Deze onrust werkt ook door in de samenwerking met de arts, voor wie het niet altijd helder is wie welke rol heeft en welke taken mag uitvoeren.

"We wisten in het begin gewoon echt niet; Wat is nou de bedoeling. Wat kunnen we nou verwachten? En daardoor kwam er onrust in de teams, onrust in onszelf, hè, mijn functie gaat opeens veranderen. Dat is toch wel iets heel spannends."(R3)

Verschillen tussen klantgroepen

Binnen de verschillende klantgroepen is een variatie in de aanpak van de nieuwe rollen met betrekking tot de taakherschikking.

In de klantgroep GRZ heeft een deel van de verpleegkundigen, en enkele verzorgenden IG, een officiële regierol gekregen, met bijbehorende concept functiebeschrijving van 'regieverpleegkundige' en financiële vergoeding. Respondenten uit deze groep gaven aan dat dit erkenning bood, maar ze waren nog zoekende naar de invulling van deze nieuwe rol.

In de wijkteams hadden de wijkverpleegkundigen al een coördinerende rol, die binnen de proeftuin is uitgebreid naar de Zorgeloos Wonen locaties. Hierbij ervaren de wijkverpleegkundige dat het voor de verzorgenden IG op die locaties niet duidelijk is wat hun rol precies inhoudt, wat voor onrust zorgt.

"In de zorgeloze wonen vinden ze me maar een lastpak. Daar zijn ze nu een beetje aan het starten met het inbrengen van verpleegkundigen. Je krijgt echt de opmerking: we hebben het altijd zelf gedaan. Wat ben jij dan meer als verpleegkundigen? We snappen het zelf ook, waar hebben we jullie voor nodig?"(R13)

In de psychogeriatric zijn er ook plannen om met dergelijke regieverpleegkundige functie te gaan werken. Momenteel zijn daar een aantal verzorgenden IG, werkzaam als Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV), aangewezen als opleiders van de zorgassistenten. Daarnaast zijn vooral verzorgenden IG en maar enkele verpleegkundige werkzaam in deze setting.

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de veranderende rollen weinig impact hebben gehad op hun zelfvertrouwen. Bij met name de jongere verpleegkundigen in de GRZ die de functie regieverpleegkundige hebben gekregen, heeft het juist een boost gegeven aan hun zelfvertrouwen.

4.3.3 Professionele identiteit

De respondenten hebben gemengde gevoelens over de veranderingen in hun rol door de taakherschikking, wat invloed heeft op de bereidheid om de verandering te omarmen en actief deel te nemen aan de implementatie. Verzorgenden IG en verpleegkundigen vinden dat de overstijgende taken als regievoeren, opleiden en begeleiden er bij hoort. Wel ervaren ze een hogere werkdruk, doordat er voor hun gevoel meer verantwoordelijkheid bij hen komt te liggen. Door meer coördinerende taken hebben ze soms minder contact met de cliënten. Enerzijds vinden ze dit jammer, het is iets waarvoor de meeste in de zorg zijn gaan werken en waar ze veel werkplezier uit halen. Anderzijds geven ze aan dat dit bij de verandering hoort. Het kan niet anders. De verpleegkundigen zijn over het algemeen het meest positief over hun roltransitie.

De respondenten krijgen erkenning en worden geaccepteerd in hun regierol door cliënt, mantelzorger, collega's, behandelaren en leidinggevend. Wat een positieve invloed heeft op de gedragsverandering. Over het algemeen ervaren ze dat de taakherschikking naar de zorgassistenten beperkte invloed op hun relatie met de cliënt. De omgeving vindt het positief dat er een duidelijk aanspreekpunt is op de afdeling. Alhoewel de nieuwe taakverdeling soms ook voor wrijving zorgt, bijvoorbeeld als ze een collega ergens op aanspreken of regie nemen in het verdelen van taken. Onderlinge hiërarchie speelt hierbij een rol en is veelal impliciet aanwezig. Wanneer er direct naar wordt gevraagd in de interviews en de focusgroep wordt het veelal ontkend. Echter komt het indirect wel terug in de antwoorden. Deze hiërarchie heeft een negatieve invloed op de taakherschikking.

“Het is gewoon belangrijk dat iedereen wel mee gaat in de verandering. En niet als iemand de opleiding tot zorgassistent heeft gevolgd van oh, ja, je bent maar een woonondersteuner. Want dat hoor je ook zo vaak. Ja, en dan weer terug wordt gestopt in het eigen hoekje. Mensen blijven toch altijd in hokjes denken.”(R10)

Daarnaast ontstaat weerstand als de hiërarchie expliciet wordt gemaakt op de werkvloer, bijvoorbeeld door de eigen rol te benadrukken. Alhoewel het expliciteren van een hiërarchische rol soms de uitkomsten ook kan verbeteren, zoals wordt ervaren bij de regieverpleegkundige rol in de klantgroep GRZ.

“Ik heb wel via-via gehoord dat iemand zei; maar zij is toch de regieverpleegkundige. Nou, mocht ze willen..”(R1)

“De rolverandering is ten goede. Als ik vroeger een mail stuurde met; let op de Barthel scores. Dan dachten ze, daar heb je haar weer. En nu weten ze wel dat ik het doe vanuit een bepaalde rol.”(R2)

De verzorgenden IG lijken het meeste last te hebben van de hiërarchische verschillen. Leeftijdsverschil, danwel werkervaring, lijkt ook een rol te spelen in de hiërarchie. De jongere of relatief onervaren verzorgenden IG en verpleegkundigen hebben het gevoel dat hun status sneller in twijfel wordt getrokken door oudere collega's.

“Wel dat delegeren waar ze dan niet tegen konden. Want dat waren al wat oudere collega's die al een hele lange tijd in de zorg werken, die super veel ervaring hebben. Waar ik ook heel erg tegenop kijk, nog steeds. Maar ik moest wel gaan vertellen wat ze moesten doen.” (R3)

In alle proeftuinen wordt ervaren dat het nog onduidelijk is wat de roltransities binnen 'Bekwaam is bevoegd' gaat betekenen voor de rol van verzorgenden IG. Deze onzekerheid over de toekomstige rol van de verzorgenden IG ondermijnt hun professionele status, de taakherschikking naar zorgassistenten wordt gezien als bedreiging. Wat negatieve gevolgen heeft voor de implementatie. Het gevoel van devaluatie van hun opleiding wordt versterkt doordat zorgassistenten na het volgen van een module snel vergelijkbare taken mogen uitvoeren, terwijl verzorgenden IG jarenlang naar school zijn geweest. Dit sentiment wordt verder aangewakkerd doordat een groep zorgassistenten zich verder bekwaamt middels modulair opleiden, het zogenoemd stapelen, waarbij het eindpunt niet duidelijk is. Maar ook door het expliciteren van de regiefunctie van de verpleegkundigen. Deze ontwikkelingen hebben een negatieve invloed op de motivatie en daarmee op de gedragsverandering. Bij verpleegkundigen lijkt de bedreiging voor hun status minder van belang te zijn, hoewel ze de onrust opmerken bij collega verzorgenden IG, maar ook de helpende in hun team.

"Maar dat hoor ik ook echt wel om me heen. Van, ja, maar waarom ben ik destijds drie of vier jaar naar school geweest, terwijl pietje of klaasje nu in een paar maanden eigenlijk hetzelfde mag?" (R15): "Ja, en dat kan dus ook niet, hè dat moet ook niet mogen, vind ik." (R16) "Ik voel me niet zozeer bedreigd, ik ben meer beledigd." (R17)

4.3.4 Professionele grenzen

Onduidelijkheid over de precieze taken van de zorgassistenten, evenals hoe de taakherschikking hun eigen takenpakket, rol en verantwoordelijkheid beïnvloedt, zorgt voor weerstand. Dit leidt tot discussies over de taakverdeling tussen de zorgassistenten en verzorgenden IG of verpleegkundigen, evenals tussen de verzorgenden IG en/of verpleegkundigen onderling.

"Dat je dan vraagt aan de zorgassistent wil je die bewoner helpen, en dat je dan krijgt, ja, dat mag ik niet. Dat je dat je dan wel die wrijving ziet van nou ja, wat mag je dan wel. Dan komt er toch weer een taak bij je terug." (R12)

De respondenten geven aan een bepaalde flexibiliteit in de professionele grenzen wenselijk te vinden, want het bevordert onderlinge samenwerking, aanpassingsvermogen aan de actuele zorgvragen en draagt bij aan hun autonomie. Voorbehouden handelingen vormen daarbij een duidelijke grens. Echter de veranderende professionele grenzen ten gevolge van de taakherschikking naar zorgassistenten worden als te grenzeloos ervaren, met nog meer weerstand en discussie als gevolg. Dit komt mede omdat het gaandeweg verandert door de manier van opleiden, daarnaast wisselt het per individuele zorgassistent. De complexiteit van de professionele grenzen neemt nog meer toe wanneer zorgassistenten zich verder ontwikkelen met diverse modules.

"Ik denk in hoeverre ze meer modules doen, hoe meer dat het naar elkaar toe gaat. Ik weet nog niet hoe dat verder gaat. (...)het idee is dat ze dan zelf kunnen aangeven als ze weer een module willen of niet. Dus dan is het ook niet alles hetzelfde. De één, die doet de module die blijft daarbij. De ander doet er twee. De volgende doet er drie. Ja, een beetje onduidelijk." (R9)

Deze weerstand en onderlinge discussie beïnvloedt de implementatie negatief. Er is een breed gedragen wens voor meer duidelijkheid en stabiliteit in deze grenzen, om weerstand en onrust te verminderen en de taakherschikking te bevorderen.

“Het is natuurlijk handig als iedereen op de hoogte is van hun taken. Dat geeft dan geen strubbelingen meer op de werkvloer. En iedereen zegt dan hetzelfde, want de zorgassistenten moeten niet teveel opdrachten krijgen van verschillende mensen. Want dan snappen ze het niet meer of dan raken ze in de war. En dat geeft ook onrust.” (R8)

Na verloop van tijd, als zorgassistenten langer in een team werken, merken de respondenten dat de grenzen duidelijker worden en zich beginnen te stabiliseren.

Verschillen tussen klantgroepen

Door de variatie tussen de verschillende klantgroepen in aanpak van de nieuwe rollen, zijn er ook verschillen met betrekking tot de professionele grenzen. In de GRZ valt op dat, versterkt door de invoering van de regieverpleegkundige functie, collega's vaker taken bij de regieverpleegkundige neerleggen dan nodig is. De regieverpleegkundigen hebben het gevoel dat de collega's meer achterover leunen en minder verantwoordelijkheid nemen. Bovendien zijn de zorgteams nog zoekende naar de professionele grenzen tussen de regieverpleegkundige en de teammanager.

“Wat ik heel erg gemerkt heb is dat het eigenlijk allemaal heel snel, hup, naar je toegeschoven wordt. Dat vind ik niet erg, ben ik voor. Maar heel vaak zijn dat dingen die ze zelf ook op kunnen lossen. (...) Dat collega's heel makkelijk zeggen van, o daar ben jij toch van.” (R4)

In de wijk krijgen zorgassistenten meer tijd voor taken in vergelijking met hun collega's in het wijkteam. Hoewel dit bijdraagt aan meer aandacht voor de cliënt, zorgt het ook voor wrijving en wordt als oneerlijk ervaren.

“Soms is het ook van; wij moeten op tijd werken en de zorgassistenten hebben alle tijd. (...) Wij krijgen voor een gewoon wasbeurtje 30 minuten en zij kunnen nog een uur daar blijven zitten, om een kopje koffie te drinken en nog even een wasje te doen of zo. Niet iedereen heeft daar begrip voor.” (R8)

Waar in de wijk en in de GRZ ook zij-instromers zijn bekwaamd tot zorgassistent, zijn in de psychogeriatrische zorg met name woonondersteuners, die al werkzaam waren in de woonkamer, bekwaamd tot zorgassistent. Sommigen van hen verrichten naast zorgtaken ook nog steeds taken in de huiskamers, wat verwarring en onderlinge strijd kan veroorzaken.

“Dat ze op het ene moment in de zorg staan en het andere moment staan sommigen toch weer in de huiskamer. En dat vind ik lastig, want het ene moment bemoeien ze zich met onze taken en het andere moment, dan sta je in de huiskamer en dan bemoei je je ook met de zorg.” (R7)

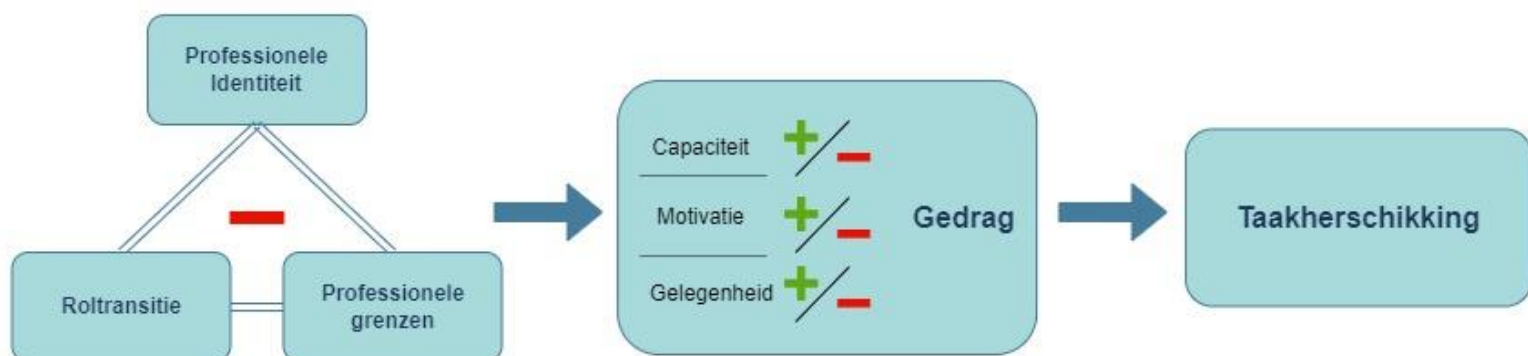
4.3.5 Conclusie deelvragen

Wat zijn de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de roltransitie en de impact hiervan op de professionele identiteit en grenzen?

De taakherschikking zorgt voor een roltransitie voor alle betrokken actoren, waarbij onduidelijkheid over de taken, rollen en professionele grenzen onrust, weerstand en discussies veroorzaakt. De respondenten hebben gemengde gevoelens over de roltransitie ten gevolge van de taakherschikking, waarbij verpleegkundigen hier het algemeen positiever over zijn dan verzorgenden IG. Dit komt mede omdat verzorgenden IG ervaren dat hun professionele status onder druk staat. Impliciet speelt onderlinge hiërarchie een belangrijke rol bij de opvattingen over de taakherschikking. De veranderende professionele grenzen ten gevolge van de taakherschikking naar zorgassistenten worden daarbij als te flexibel ervaren.

Hoe beïnvloedt de impact van de roltransitie op de professionele grenzen en de professionele identiteit de implementatie?

De interactie tussen roltransitie, professionele grenzen en professionele identiteit vertoont een complexe dynamiek die de beoogde gedragsverandering sterk beïnvloedt. De impact van de roltransitie op de professionele identiteit en professionele grenzen is dan ook een bepalende factor voor de implementatie van de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'. De impact is overwegend negatief, wat de motivatie van de respondenten en daarmee de implementatie negatief beïnvloedt. In figuur 6 is de invloed van de dynamiek tussen roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen, evenals die van capaciteit, motivatie en gelegenheid, op de implementatie schematisch weergegeven aan de hand van het conceptueel model.



Figuur 6. Invloed van de factoren, die ten grondslag liggen aan de opvattingen van de verpleegkundigen en verzorgenden IG, op de implementatie van de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'

4.4 Wat zijn mogelijke aanknopingspunten voor beleidsmakers, leidinggevend en projectleiders van ouderenorganisaties om te komen tot gerichte interventies ter bevordering van implementatie van taakherschikking?

4.4.1 Inleiding

De bevindingen van voorgaande deelvragen bieden inzicht in diverse aanknopingspunten voor gerichte interventies ter bevordering van de implementatie van de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'.

4.4.2 Aanknopingspunten voor gerichte interventies

Gezien de gepresenteerde opvattingen en hun impact op de implementatie, is het van belang om aanknopingspunten te vinden in alle categorieën van het COM-B systeem: capaciteit, gelegenheid en motivatie. Met name motivatie, en meer specifiek de dynamiek tussen roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen, blijken essentiële aspecten om aan te pakken.

In tabel 5 zijn de belangrijkste aanknopingspunten weergegeven, inclusief de categorie uit het COM-B systeem. Sommige aanknopingspunten beslaan meerdere categorieën. In dat geval is de meeste dominante categorie dikgedrukt.

Categorie COM-B systeem	Aanknopingspunt
Capaciteit, gelegenheid, motivatie	Onduidelijkheid over de nieuwe rollen, taakverdeling en de grenzen hiertussen
Capaciteit, gelegenheid, motivatie	Onduidelijkheid over de opleiding van zorgassistenten • Inhoud • Verhouding tot reguliere zorgopleidingen • Mogelijke leerroutes en eindpunt
Motivatie	Impact van de roltransitie op de professionele status van met name verzorgenden IG (en helpenden).
Capaciteit, gelegenheid , motivatie	Belang van elkaar vertrouwen en kennen; teambuilding
Capaciteit, gelegenheid	Samenwerking en communicatie onderling
Gelegenheid	Ondersteuning door leidinggevenden • Proactief, begripvol en betrokken
Gelegenheid	Project en programmamanagement; communicatie over waarom, wat, hoe en voortgang
Capaciteit, gelegenheid, motivatie	Betrekken zorgmedewerkers bij het implementatieproces, o.a. bij: • Het verder vormgeven van diverse rollen en taakverdeling • Impact op de praktijkvoering en bedrijfsprocessen (planning)
Gelegenheid , motivatie	Paradoxe impact van hoge werkdruk, personeelstekort, veel externe medewerkers
Capaciteit, gelegenheid	Selectie en inwerkperiode zorgassistenten

Tabel 5. Aanknopingspunten voor gerichte interventies, inclusief bijbehorende COM-B systeem categorieën.

4.4.3 Conclusie deelvraag

Wat zijn mogelijke aanknopingspunten voor beleidsmakers, leidinggevenden en projectleiders van ouderenorganisaties om te komen tot gerichte interventies ter bevordering van implementatie van taakherschikking?

Meerdere aanknopingspunten voor interventies zijn geformuleerd aan de hand van de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' en de invloed op de implementatie. Waarbij de onduidelijkheid over de rollen, taken en opleidingstraject van de zorgassistenten, evenals de impact van de roltransitie op de zorgmedewerkers de belangrijkste aanknopingspunten zijn.

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk presenteert de conclusie getrokken uit de onderzoeksresultaten en beantwoordt de centrale vraagstelling. Vervolgens wordt in de discussie dieper ingegaan op de betekenis en implicaties van deze conclusie. Tot slot worden aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en de praktijk geformuleerd.

5.2 Conclusie

Op basis van de resultaten van deze exploratief kwalitatieve survey, bestaande uit diepte-interviews en een focusgroep, kan antwoord worden gegeven op de centrale vraagstelling van dit onderzoek:

Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG, over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd', de implementatie.

De opvattingen van verzorgenden IG en verpleegkundigen blijken een cruciale rol te spelen bij de implementatie van taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd'. Waarbij capaciteits-, gelegenheids- en motivatiefactoren zowel positief als negatief uitwerken op de bereidheid en het vermogen om taken over te dragen. De interactie tussen de roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen wordt overwegend negatief ervaren en belemmert daarmee de motivatie voor de beoogde gedragsverandering. Dit bevestigt de propositie, gesteld op basis van het theoretisch kader, dat de dynamiek tussen de roltransitie, professionele identiteit en professionele grenzen een bepalende factor is bij de implementatie.

5.3 Discussie

5.3.1 Belangrijkste bevindingen

De resultaten benadrukken dat onduidelijkheid over de taken, rollen en opleidingstraject van de zorgassistenten en daarmee de professionele grenzen, samen met de impact van de roltransitie op de professionele identiteit, de voortgang van de proeftuinen vertragen. De acceptatie van de beroepsgroepen en de impact op de professionele grenzen en identiteit zijn dus belangrijke factoren bij de implementatie van taakherschikking, zoals besproken in de inleiding en het theoretisch kader (Carlile, 2004; Currie et al., 2009; Currie et al., 2010; King et al., 2015; Martin et al., 2009; Niezen & Mathijssen, 2014; RVZ, 2011). Voor succesvolle implementatie van 'Bekwaam is bevoegd' is het dan ook van belang om effectief in te spelen op deze factoren. Dit vereist een proactieve rol van leidinggevers en stelt specifieke eisen aan het project- en programmamanagement.

Professionele grenzen

'Bekwaam is bevoegd' stimuleert de ontwikkeling van nieuwe, flexibele rollen binnen de zorg, wat resulteert in verschuiving en vervaging van bestaande professionele grenzen. Deze verandering kan leiden tot discussie en professionele weerstand (Carlile, 2004; Currie et al., 2009; Currie et al., 2010), zoals ook werd ervaren door de verzorgenden IG en verpleegkundigen in dit onderzoek. Hun weerstand werd daarbij niet alleen veroorzaakt door de verandering zelf, maar ook door onduidelijkheid over de taken en opleidingstraject van de zorgassistent en het gevoel dat de nieuwe grenzen te flexibel zijn. Dit komt overeen met het onderzoek van Arrowsmith et al (2016) die stelt dat roltransities bij verpleegkundigen gepaard gaan met ongemak, onevenwichtigheid en conflicten, vooral wanneer de nieuwe rollen en hun grenzen niet duidelijk zijn vastgesteld. Net als de

ontwikkelingen binnen 'Bekwaam is bevoegd' vinden veel innovaties plaats op de grenzen tussen disciplines of specialisaties (Carlile, 2004). Dit is ook de reden waarom het ontwikkelen en borgen van dergelijke innovatie zo uitdagend is. Het zorgt voor strijd tussen de beroepsgroepen over wie de autoriteit heeft wat betreft kennis en expertise en vraagt herdefiniëring van de professionele grenzen, 'Boundary work' genoemd (Carlile, 2004; Currie et al., 2009; Currie et al., 2010).

Professionele grenzen hebben daarbij een paradoxale impact op de benodigde interprofessionele samenwerking bij taakherschikking. Enerzijds kunnen strikte grenzen de samenwerking belemmeren doordat zorgprofessionals hun legitimiteit verdedigen door bestaande grenzen te herbevestigen (Abbott, 1988; Currie et al., 2012). Anderzijds kan een gebrek aan duidelijke grenzen de samenwerking ook hinderen (Farchi et al., 2022). Dus, overeenkomstig met de opvatting van de respondenten, is zowel ruimte voor flexibiliteit van belang om te anticiperen op de zorgvraag, als helderheid over de professionele rollen en elkaars opleiding en training (Karam et al., 2018). Deze duidelijkheid helpt professionals om de expertise en rollen van andere teamleden te begrijpen en zich aan te passen aan de verschillende taken binnen een team (Farchi et al., 2022). De gewenste interprofessionele samenwerking binnen 'Bekwaam is bevoegd' vraagt dan ook, naast noodzakelijke externe en structurele randvoorwaarden (D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 2008; McCallin, 2001), continue bekrachtiging door de professionals zelf (Schot et al., 2020). Communicatie wordt hierbij gezien als een sleutelbegrip (Karam et al., 2018; Nyman et al., 2019; van Dullemen, 2023), maar ook vertrouwen, respect en elkaar kennen zijn belangrijke determinanten (Karam et al., 2018). Dit komt overeen met de genoemde factoren in dit onderzoek, echter wordt door de respondenten vertrouwen in de zorgassistent als meest bepalende factor gezien bij het overdragen van taken. Dit komt mogelijk doordat in de proeftuinen de rollen, taken en opleiding als te onduidelijk en grenzeloos worden ervaren. Een van de belangrijkste interventies is dan ook om hier duidelijkheid over te verschaffen en de professionele grenzen te herdefiniëren middels 'Boundary work'.

Roltransitie en professionele identiteit

In lijn met eerdere studies heeft de roltransitie binnen de proeftuinen, en de daarmee gepaard gaande verschuiving van de professionele grenzen, impact op de professionele identiteit (Carlile, 2004; Currie et al., 2009; Currie et al., 2010; Lunkka et al., 2022; Martin et al., 2009), wat de implementatie van taakherschikking belemmert (Currie et al., 2009; King et al., 2015; Martin et al., 2009). De respondenten in dit onderzoek tonen gemengde gevoelens over hun roltransitie, waarbij de verpleegkundigen over het algemeen iets positiever zijn dan verzorgenden IG. In de beperkte studies die taakherschikking van verpleegkundigen naar verpleegondersteunende beroepen onderzoeken, is de impact van de roltransitie op de professionele identiteit niet specifiek belicht (Nyman et al., 2019; van Dullemen, 2023). Wel kwam naar voren dat taakherschikking het werkplezier negatief kan beïnvloeden door taakfragmentatie en gebrek aan holistische verpleegkunde (Nyman et al., 2019). Een vergelijkbaar effect wordt waargenomen bij taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen, waarbij de nieuwe rol van de verpleegkundigen de kernfactoren ondermijnt die hen oorspronkelijk aantrokken in die rol, zoals patiëntcontact (Currie et al., 2010). Ook de respondenten in dit onderzoek ervaren minder patiëntcontact, waarbij de meeste dit jammer vinden, maar als iets onvermijdelijks beschouwen in deze verandering.

Met name verzorgenden IG ervaren dat hun professionele identiteit onder druk staat ten gevolge van de taakherschikking, waarbij er sterke aanwijzingen zijn dat dit ook geldt voor helpenden. Mogelijk voelen verpleegkundigen zich beschermd door hun wettelijk beschermde beroepstitel en registratie in de wet BIG. De professionele identiteitsbedreiging van verzorgenden IG in dit onderzoek lijkt voornamelijk te liggen op het gebied van statusverlies en sociale identiteitsconflicten (Kyratsis et al., 2017). Ze ervaren statusverlies doordat zorgassistenten vergelijkbare taken mogen uitvoeren na een korte opleiding, terwijl verpleegkundige steeds meer regie taken krijgen. Bovendien komen de

nieuwe rollen en opleiding niet overeen met hun eigen ideologieën en waarden. Het gevoel van bedreiging wordt dan ook versterkt door het doorscholen van een aantal zorgassistenten middels het 'stapelen' van modules. Waarbij er onduidelijkheid is over dit opleidingstraject, de verhouding tot de reguliere opleiding van helpende en verzorgende IG, evenals het einddoel en functie.

De ervaren professionele identiteitsdreiging van de verzorgenden IG is een bredere kwestie dan alleen het gevolg van de proeftuinen. Binnen ouderenzorgorganisaties ervaren verzorgenden IG een gebrek aan erkenning en waardering voor hun werk. Dit gevoel van onderwaardering heeft diverse oorzaken, waaronder het gevoel dat zowel zorg als coördinerende taken zijn overgedragen aan verpleegkundigen, wat tot uitholling van het vak van verzorgende leidt. Bovendien lijken andere beroepsgroepen niet goed zicht te hebben op wat hun werk inhoudt en welke unieke expertise zij bezitten (van Wieringen et al., 2021).

De bevindingen in dit onderzoek benadrukken de invloed van hiërarchie binnen ouderenzorgorganisaties. Deze hiërarchie is een bekend fenomeen, waarbij de verzorgenden IG lager in de hiërarchie staan dan verpleegkundigen (van der Cingel, 2019; van Wieringen et al., 2021). Ook binnen de groep verzorgenden IG kan een zekere (informele) hiërarchie voorkomen, bijvoorbeeld tussen verzorgenden IG en Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVVer) (van Wieringen et al., 2021). Juist deze heersende machtsverhoudingen kunnen de roltransitie hinderen (Currie et al., 2010). Hoewel onbedoeld, hebben de roltransities binnen 'Bekwaam is bevoegd' het al bestaande gevoel van gebrek aan erkenning en waardering van verzorgende IG binnen de heersende machtsverhoudingen versterkt. Het verdient dan ook expliciete aandacht, niet alleen vanwege de negatieve invloed op de beoogde taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd', maar ook voor het werkplezier en behoud van deze groep (Both-Nwabuwe, 2020).

Om de professionele identiteit van de verzorgenden IG, maar ook de verpleegkundigen, te reconstrueren middels 'Identity work', is herdefiniëring van hun status en culturele herpositionering nodig (Kyratsis et al., 2017; Pratt et al., 2006). Hier is tot op heden binnen de proeftuinen onvoldoende aandacht aan besteed. Verzorgenden IG en verpleegkundigen kunnen niet alleen zelf hun beroepsidentiteit claimen, ook erkenning, toekenning en bevestiging door anderen is nodig (Pratt et al., 2006; Reay, 2017). Omdat professionele identiteit relationeel is, vereist het actieve constructie en bevestiging van legitimiteit in relatie tot anderen, waarbij ook externe erkenning wordt gezocht buiten de beroepsgroep (Mistiaen et al., 2011; Rasmussen, 2018; Rasmussen et al., 2021). Factoren op institutioneel, organisatorisch en individueel niveau spelen een rol bij deze reconstructie (Chreim et al., 2007). Bij 'Identity work' is dus niet alleen een rol voor zorgmedewerkers zelf weggelegd, maar ook voor collega's, leidinggevers en beleidsmakers (Chreim et al., 2007; Kyratsis et al., 2017; Pratt et al., 2006; Reay, 2017). Waarbij 'Identity work' en het eerder besproken 'Boundary work' nauw aan elkaar zijn verbonden (Allen, 2000).

Ondersteuning door leidinggevers

De algemene opvatting onder de respondenten is dat de leidinggevers onvoldoende proactief en betrokken zijn, wat een negatieve invloed heeft op de taakherschikking. Men weet dat de leidinggevende beschikbaar is, maar ze ervaren dat ze zelf het initiatief moeten nemen voor contact of hulp. Dit sluit aan bij literatuur waaruit blijkt dat managers, bestuurders en beleidsmakers vaak uitspreken dat ze toegankelijk zijn, maar zorgmedewerkers, vooral verzorgenden IG, een hoge drempel ervaren om ze te benaderen (Detert & Burris, 2007; van Wieringen et al., 2021). Het leiderschap, zowel op operationeel als hoger niveau, beïnvloedt de cultuur van open communicatie en de mate waarin medewerkers hun stem laten horen (Detert & Treviño, 2010; Garon, 2012; Lunkka et al., 2022; Reay, 2017). Interprofessioneel samenwerken vraagt collaboratief leiderschap, waarbij leidinggevers de verantwoordelijkheid hebben om samenwerking te faciliteren en medewerkers te betrekken bij de besluitvorming en het versterken van hun positie (Karam et al., 2018). Bovendien

hebben leidinggevend en bij de beoogde taakherschikking niet alleen een rol bij de complexe organisatorische veranderingen, maar ook bij de herformulering van de professionele identiteit en professionele grenzen (Carlile, 2004; Chreim et al., 2007; Farchi et al., 2022; Kyratsis et al., 2017; Lunkka et al., 2022; Niezen & Mathijssen, 2014; Pratt et al., 2006; Reay, 2017). Ze moeten tijd en ruimte creëren buiten de normale werksetting, om de benodigde onderhandeling, integratie en samenwerking te faciliteren (Langley et al., 2019; Lunkka et al., 2022). Het vereist een co-creatie en reflectie van de professionals en de leidinggevende via verschillende vormen van sociale interactie, als groeps- en individuele gesprekken, interactie op de werkvloer en presentatie aan anderen (Lunkka et al., 2022; Reay, 2017). Waarbij verschillende fasen worden doorlopen om de nieuwe rolidentiteit te overwegen, overeenstemming te bereiken in de taakverdeling, nieuwe multi-professionele werkrouines te bespreken en de nieuwe rollen te integreren in de werkrouines (Reay, 2017).

Project- en programmamanagement

De respondenten beschouwen actieve betrokkenheid bij het project- en programmamanagement, als een essentieel onderdeel voor succesvolle implementatie, waarbij de meerderheid bereid is om hierin te participeren. Ook voor zorgorganisaties is deze inspraak van medewerkers van belang, omdat dit kan leiden tot meer innovatie (Guzman & Espejo, 2019). Bovendien zijn betrokkenheid, maar ook communicatie, bepalende factoren bij de acceptatie van verandering (Cheraghi et al., 2023). Echter ervaren de respondenten momenteel een gebrek aan beide aspecten, wat inherent negatieve impact heeft op de implementatie.

Deze bevindingen staan niet op zichzelf. Verpleegkundigen en met name verzorgenden IG kunnen in veel zorgorganisaties niet inhoudelijk meepraten over ontwikkelingen (Buurman, 2020; van Wieringen et al., 2021). Dit komt doordat ze vaak niet worden uitgenodigd om mee te praten (Buurman, 2020). Daarnaast zijn verzorgenden IG niet altijd in staat om hun belangen effectief te communiceren doordat ze deze vaardigheden niet hebben geleerd (van Wieringen et al., 2021). Het aangaan van de dialoog met de zorgmedewerkers is dan ook belangrijk, niet alleen voor het herdefiniëren van de professionele identiteit en grenzen, maar ook om inzicht te krijgen in hoe de verandering hun dagelijks werk beïnvloedt. Want hoewel de respondenten de urgentie voelen om te veranderen, ervaren ze weinig begrip en inzicht van leidinggevend en beleidsmakers over wat de taakherschikking betekent voor hun werk. Door het veranderproces bij de medewerkers te toetsen, stil te staan bij de betekenis voor hun dagelijkse praktijk, en de implementatie daarop aan te passen, verhoogt de veranderbaarheid en betrokkenheid van medewerkers (de Witte & Jonker, 2014).

De hoge werkdruk, personeelstekort en veel externe medewerkers vertragen de implementatie enerzijds, maar versterken ook het gevoel van urgentie. Dit paradoxale effect benadrukt het belang van het actief betrekken van zorgmedewerkers in het implementatieproces en de noodzaak van open communicatie over het programma 'Bekwaam is bevoegd'.

5.3.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het onderzoek maakt gebruik van datatriangulatie door inzet van zowel diepte-interviews als een focusgroep, waarbij datasaturatie is bereikt. Dit heeft de validiteit van de bevindingen vergroot. In dit microniveau onderzoek is bewust gekozen voor de onderzoeksetting van 3 klantgroepen binnen dezelfde organisatie. Enerzijds om inzicht te krijgen in de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG binnen de gehele VVT organisatie, anderzijds om een grotere groep potentiële respondenten te kunnen benaderen en het effect van de rol van de onderzoeker, als leidinggevende in de klantgroep GRZ, te verkleinen. Waarbij er echter ook enige mate van selectiebias is. Hoewel bij de diepte-interviews een diverse groep respondenten betrokken waren, zowel qua klantgroep als werkervaring, was het wijkteam ondervertegenwoordigd. Waarbij het alleen twee verpleegkundigen (niveau 5) betrof. Daarnaast bestond de focusgroep, in verband met beperkte beschikbaarheid van

respondenten, uit alleen zorgmedewerkers van de klantgroep GRZ. Desondanks lijkt dit beperkte invloed te hebben op de resultaten. In de resultaten uit de diepte-interviews was een duidelijke rode draad zichtbaar, ongeacht setting van de proeftuin. Waarbij de verschillen tussen de klantgroepen verklaarbaar zijn door de andere personeelsmix, doelgroep en setting per klantgroep. De focusgroep bracht geen nieuwe bevindingen aan het licht en zorgde daarmee voor dataverificatie.

Omdat de dataverzameling en analyse is uitgevoerd door één onderzoeker, is een audit trail bijgehouden om de betrouwbaarheid te bevorderen. Tevens is vóór de dataverzameling een reflectie geschreven door de onderzoeker over de te verwachten resultaten (bijlage 12). Daarnaast leken de respondenten, ook in de focusgroep, zich vrij te voelen om hun mening te delen. Ook als deze negatief was over de leidinggevende of het programmamanagement. Bovendien kwamen de impact op de professionele identiteit en grenzen sterk naar voren, ook bij vragen die zich niet richten op dit thema. Wat aantoont dat de onderzoeker slechts beperkte invloed heeft gehad op de te verzamelen data, iets wat nooit helemaal uitgesloten kan worden bij kwalitatief onderzoek.

5.3.3 Betekenis en implicaties van het onderzoek

Dit onderzoek heeft inzichten opgeleverd over de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden IG over de taakherschikking binnen het programma 'Bekwaam is bevoegd'. Wat aanknopingspunten biedt voor leidinggevers, projectleiders en beleidsmakers van ouderenzorgorganisaties om te komen tot gerichte interventies voor succesvolle implementatie hiervan. Waarmee de doelstelling van het onderzoek is behaald. Bovendien draagt dit onderzoek bij aan wetenschappelijke kennis over dit thema, wat tot op heden zeer beperkt is. Verpleegkundigen (niveau 4) en verzorgenden IG zijn in het algemeen ondervertegenwoordigd in de wetenschappelijke literatuur. Dit onderzoek brengt dan ook belangrijke, maar onvoldoende zichtbare, spelers in de ouderenzorg voor het voetlicht.

Het onderzoek zelf fungeerde als een interventie binnen de proeftuinen van Vivium, wat een welkome bijvangst is en bijdraagt aan verdere implementatie. Tijdens de diepte-interviews en focusgroep kregen de respondenten de kans om te reflecteren en in dialoog te gaan over de impact van de taakherschikking op hun professionele identiteit en grenzen, evenals de betekenis voor hun dagelijkse werkzaamheden. Dit resulteerde in de eerste kleine stappen richting herdefiniëring van de professionele grenzen en identiteit, evenals in meer betrokkenheid, wat door de respondenten positief werd ervaren. Dit is niet alleen belangrijk voor het succes van de implementatie. Het gevoel van betekenisvol werk en betrokkenheid zijn ook cruciale factoren in het behoud van zorgmedewerkers voor het vak (Both-Nwabuwe, 2020).

De samenhang van het doel van het programma 'Bekwaam is bevoegd' met het modulair opleiden blijkt onvoldoende duidelijk in de proeftuinen. Hoewel het primaire doel van het programma niet is om zorgassistenten modulair te laten doorscholen na het behalen van de vereiste scholing, is het wel mogelijk en gebeurt het ook in meerdere gevallen. Dit leidt vervolgens tot meer weerstand vanwege het gebrek aan duidelijkheid over het einddoel en de verhouding tot reguliere opleidingen. Wat weer negatieve impact heeft op de implementatie. Bovendien is de kwaliteit en kosteneffectiviteit van het stapelen van modules nog onzeker, mede gezien voldoende praktijkervaring van belang is en het niet-bekostigd onderwijs betreft. Op dit moment lijkt een reguliere opleiding dan ook het meest passend voor zij-instromers die een functie als helpende of verzorgende IG ambiëren. Het is daarbij wel belangrijk voor opleidingsinstituten om de drempel voor zij-instromers te verlagen.

De invloed van taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' op zowel het personeelstekort, maar ook kwaliteit van zorg en werkdruk van verzorgenden IG en verpleegkundige, is nog onvoldoende bekend. Hoewel het lijkt bij te dragen aan de continuïteit en stabiliteit in het team, verandert ook de personeelsmix. Dit resulteert in meer druk en verantwoordelijkheid voor een kleinere groep.

Gezien de urgentie en de potentie van 'Bekwaam is bevoegd' is het belangrijk om deze ontwikkeling voort te zetten, maar te blijven reflecteren of het daadwerkelijk de beoogde problemen oplost.

5.4 Aanbevelingen

5.4.1 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Gezien de potentie van 'Bekwaam is bevoegd' om te anticiperen op een krappe arbeidsmarkt in de ouderenzorg, is verder onderzoek nodig om de implementatie te bevorderen. Het is daarbij van belang om inzicht te verkrijgen in de opvattingen van alle betrokken actoren, waaronder zorgassistenten, helpenden en artsen. Zij waren nu niet meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast is het essentieel om de effecten van ingezette interventies te evalueren. Bijvoorbeeld van de reconstructie van professionele grenzen en identiteit in het licht van taakherschikking naar de zorgassistenten, gezien literatuur hierover beperkt is en alleen gericht op artsen of verpleegkundigen (niveau 5 of 6) (Lunkka et al., 2022; Martin et al., 2009; Reay, 2017; Sanders & Harrison, 2008). Niet in de laatste plaats is het relevant om de daadwerkelijke effecten van de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' in de ouderenzorg te onderzoeken. Studies over taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen tonen aan dat het een geschikt middel is om personeelstekort aan te pakken zonder verlies van kwaliteit (Feiring & Lie, 2018; Flaherty, 2019; Koder, 2023; Leong et al., 2021; Martinez-Gonzalez et al., 2014). Ook de enkele studies die zich richten op taakherschikking tussen verpleegkundigen en ondersteunende functies laten bemoedigende eerste resultaten zien (Nyman et al., 2019; van Dullemen, 2023). Echter ontbreekt nog gedegen onderzoek naar het daadwerkelijke effect van 'Bekwaam is bevoegd' op personeelstekort, kwaliteit van zorg en mogelijke juridische en ethische implicaties.

Hoe dan ook is het belangrijk meer aandacht te besteden aan verzorgende IG en verpleegkundigen (niveau 4) in wetenschappelijk onderzoek, gezien hun ondervertegenwoordiging hierin. Ze zijn de overgrote meerderheid van het personeel in de ouderenzorg en dus van cruciaal belang bij het aanpakken van de uitdagingen in deze sector. Het is daarbij aan te raden om hen niet alleen als onderwerp van onderzoek te zien, maar ook als actieve deelnemers. Praktijkonderzoek biedt namelijk kansen aan mbo-studenten om hun professionele ontwikkeling te versterken en betrokken te zijn bij vakinhoudelijke ontwikkelingen.

5.4.2 Aanbevelingen voor de praktijk

De inzichten uit dit onderzoek over de invloed van de opvattingen van de verzorgenden IG en verpleegkundigen op de implementatie, bieden waardevolle input. Waarbij meerdere aanknopingspunten voor interventies zijn geformuleerd in paragraaf 4.4. In combinatie met de beschouwing in de discussie, komen daar de volgende aanbevelingen uit voort, gericht aan beleidsmakers, projectleiders en leidinggevendenden van ouderenzorgorganisaties. Maar ook aan zorgprofessionals zelf.

1. Bied ruimte en tijd voor het herdefiniëren van de professionele grenzen en identiteit

Leidinggevendenden hebben een belangrijke rol bij de reconstructie van de professionele identiteit en grenzen ten gevolge van 'Bekwaam is bevoegd'. Van hen wordt verwacht te zorgen voor ruimte voor reflectie en dialoog, en om dit samen met de zorgmedewerkers op te pakken. Dit kost tijd en behoeft herhaling, maar is een belangrijke stap om de taakherschikking duurzaam te laten slagen.

2. Geef duidelijkheid over de rol, taken en opleiding van zorgassistenten, borg een goede selectie van kandidaten evenals inwerk- en opleidingstijd

Informeer alle betrokken actoren hierover, inclusief externe medewerkers en artsen. Definieer mogelijke leerroutes en eindpunten, inclusief de vorm, inhoud en verhouding tot reguliere zorgopleidingen. Benadruk dat het doorscholen naar een diploma voor helpende of verzorgende IG geen doel op zich is. Als dit bij start al wel duidelijk het doel is, is aan te bevelen voor een regulier

opleidingstraject te kiezen. Betrek medewerkers bij de sollicitatieprocedure van zorgassistenten (i.o.) en houd in de roosters rekening met inwerk- en opleidingstijd.

3. Anticipeer op het gevoel van bedreigde status, mede ten gevolge van de taakherschikking

In de context van de dynamiek in de ouderenzorg is het cruciaal dat verzorgenden IG en verpleegkundigen niet alleen erkenning en waardering voelen, maar ook actief deelnemen aan de vormgeving van hun werk. Hun expertise, ervaringen en inzichten zijn onmisbaar bij de uitdagingen in de ouderenzorg waar we als maatschappij voor staan. Naast het gezamenlijk herdefiniëren van de professionele grenzen en identiteit, is de aanbeveling om te investeren in leiderschapstrainingen of ambassadeurstrajecten gericht op verpleegkundigen en verzorgenden IG.

4. Bevorder het interprofessioneel samenwerken

Het is belangrijk om de samenwerking en de communicatie in de teams te bevorderen. Daarnaast is het essentieel om in te zetten op teambuilding, waarbij de zorgassistenten ook als onderdeel worden gezien van het team. Dit draagt bij aan elkaar kennen en vertrouwen, wat als belangrijkste factor wordt genoemd in het besluit om taken wel of niet over te dragen.

5. Zorg voor een betrokken en proactieve houding als leidinggevende & betrek medewerkers bij het implementatieproces

Het is van belang dat medewerkers het gevoel hebben betrokken te worden en betekenisvol werk doen, zowel voor verandertrajecten, als behoud en aantrekken van personeel. Leidinggevende moeten actief toetsen of medewerkers daadwerkelijk het gevoel hebben dat 'de deur altijd open is'. Vooral bij verzorgenden IG, die vaak een hoge drempel ervaren en soms de nodige vaardigheden hiervoor missen. Wat wederom het belang van leiderschapstrainingen voor deze groep onderstreept. Daarnaast is het essentieel de verzorgenden IG en verpleegkundigen actief te betrekken en hun inspraak te borgen in het programmamanagement en bij de verschillende proeftuinen. Maak gebruik van de aanwezige intentie en bereidheid om hierin te participeren.

6. Communiceer helder, tijdig en passend over het programma 'Bekwaam is bevoegd'

Open communicatie is essentieel over de 'waarom', 'wat', 'hoe' van het programma 'Bekwaam is bevoegd', evenals de voortgang en knelpunten van de proeftuinen. De vorm van de communicatie moet worden afgestemd op het doel en de doelgroep, waarbij het vermijden van formeel taalgebruik en jargon van belang is. Het gebruik van visuele communicatiemiddelen als infographics kunnen ondersteunend zijn. Hoewel het tijd kost, leveren persoonlijke gesprekken, groepsdiscussies en interactie op de werkvloer de beste resultaten op voor de implementatie.

7. Wees je bewust van de paradoxale impact van de hoge werkdruk, personeelstekort en externe medewerkers op de implementatie

Om met deze paradoxale situatie om te gaan is open communicatie, betrokkenheid van belanghebbenden, een flexibele aanpak, leiderschap, ondersteuning, maar ook erkenning en waardering voor de moeilijkheden en uitdagingen van belang.

6. Nawoord

Naar aanleiding van mijn bevindingen heb ik al een aantal aanbevelingen in de praktijk gebracht. Het onderzoek zelf fungeerde al als eerste interventie ten behoeve van de reconstructie van professionele grenzen, identiteit en betekenisgeving. Aansluitend heb ik binnen mijn eigen klantgroep een vervolgbijeenkomst gehad met verpleegkundigen die binnen de proeftuin de officiële regierol bekleden. Voor juni staan meerdere bijeenkomsten gepland met helpenden, verzorgenden IG en de overige verpleegkundigen over de impact en betekenis voor hun rol. Ook is het plan om de bevindingen van dit onderzoek te delen met de zorgmedewerkers Viviumbreed vanuit het programmateam 'Bekwaam is bevoegd'. Daarnaast is een samenwerking gestart met het ROC Hilversum, waarbij op 6 mei (de deadline van deze thesis) een in-company geaccrediteerde module start met als doel medewerkers en zij-instromers op te leiden tot zorgassistenten. Het streven is om deze module straks meerdere keren per jaar aan te kunnen bieden aan zorgassistenten in opleiding. Ook is het plan om een overzicht te maken van de diverse leerroutes en dit te communiceren. Dit onderzoek heeft daarnaast impact gehad om mijn eigen rol als leidinggevende. Het dwong me om te reflecteren op mijn eigen handelen. In hoeverre ben ik zelf benaderbaar? Betrek ik medewerkers wel voldoende bij de besluitvorming? Is de manier van communicatie hierover wel doeltreffend? Ook bij andere projecten en/of besluiten ben ik me hier veel meer bewust van geworden en ben ik anders gaan handelen. Zo is mijn eerste checkvraag nu; hoe en wanneer worden de medewerkers betrokken. In plaats van dat ik meteen in oplossingen ga denken. Een voortdurende dialoog is een proces dat tijd kost en vaak uitdagend en spannend is, maar ook intrigerend en verrijkend. Als leidinggevende vereist het openstellen van jezelf en je kwetsbaarheid, waarbij het niet altijd vlekkeloos gaat. Juist facetten die ik lastig vind. Maar desondanks ben ik door dit onderzoek nog sterker overtuigd van het belang hiervan, vooral gezien de omvangrijke veranderopgaven in de ouderenzorg waar we momenteel voor staan.

7. Literatuurlijst

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Actiz. (2020). *Veel meer potentieel als bekwaam is bevoegd wordt toegepast*. Van <https://www.actiz.nl/mijn-actiz/potentieel-benutten-door-bekwaam-bevoegd>
- Allen, D. (2000). Doing occupational demarcation: The "boundary-work" of nurse managers in a district general hospital. *Journal of Contemporary Ethnography*, 29(3), 326-356.
- Arrowsmith, V., Lau-Walker, M., Norman, I., & Maben, J. (2016). Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: A mixed methods systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1735-1750.
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., & Ivers, N. (2017). A guide to using the theoretical domains framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12(1), 1-18.
- Berghout, M. A., Oldenhof, L., Scheer, W., & Hilders, C. (2020). From context to contexting: Professional identity un/doing in a medical leadership development programme. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 359-378.
- Both-Nwabuwe, J. (2020). *Making work meaningful : A way to attract nurses to remain in their jobs*.
- Bridges, W. (1995). *Managing transitions : Making the most of change*. Nicholas Brealey Publ.
- Buurman, B. (2020). *Niets over ons, zonder ons: Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen & verzorgenden*.
- Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(1), 1-17.
- Carlile, P. (2004). Transferring, translating, and transforming: An integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization Science*, 15(5), 555-568.

- Cheraghi, R., Ebrahimi, H., Kheibar, N., & Sahebihagh, M. (2023). Reasons for resistance to change in nursing: An integrative review. *BMC Nursing*, 22(1)
- Chreim, S., Williams, B. E., & Hinings, C. R. (2007). Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity. *Academy of Management Journal*, 50(6)
- Cremers, P., & van der Scheer, W. (2020). *Leiderschap in ontwikkeling*. Van https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/Materiaal/ECVZ%20Onderzoeksverslag%20Leiderschap%20in%20Ontwikkeling%20A5_LR.pdf
- Currie, G., Finn, R., & Martin, G. (2009). Professional competition and modernizing the clinical workforce in the NHS. *Work, Employment and Society*, 23(2), 267-284.
- Currie, G., Finn, R., & Martin, G. (2010). Role transition and the interaction of relational and social identity: New nursing roles in the english NHS. *Organization Studies*, 31(7), 941-961.
- Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., & Waring, J. (2012). Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism. *Organization Studies*, 33(7), 937-962.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 116-131.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., San Martin Rodriques, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 1-14
- De Witte, M., & Jonker, J. (2013). *De kunst van veranderen*. Den Haag: Kluwer.
- Detert, J., & Burris, E. (2007). Leadership behavior and employee voice: Is the door really open? *The Academy of Management Journal*, 50(4), 869-884.
- Detert, J., & Treviño, L. (2010). Speaking up to higher-ups: How supervisors and skip-level leaders influence employee voice. *Organization Science*, 21(1), 249-270.

- Farchi, T., Dopson, S., & Ferlie, E. (2022). Do we still need professional boundaries? The multiple influences of boundaries on interprofessional collaboration. *Organization Studies*, 44(2), 277-298.
- Feiring, E., & Lie, A. E. (2018). Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialised healthcare: A theory-based qualitative approach. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-10.
- Flaherty, E. (2019). Addressing the community-based geriatric healthcare workforce shortage by leveraging the potential of interprofessional teams. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), 400-408.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism : The third logic*. Polity Press.
- Frenk, J., Chen, L., A Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 361-371.
- Gioia, D. (2021). A systematic methodology for doing qualitative research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 57(1), 20-29.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1971). *Status passage*. Aldine, Atherton.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Guzman, F., & Espejo, A. (2019). Introducing changes at work: How voice behavior relates to management innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 40(1), 73-90.
- Heij, K., & Visser, W. (2006). *Schrijven in eenvoudig nederlands*. SDU Uitgevers.
- Helder, C. (2023). *Kaderbrief nieuwe arbeidsmarktprognose zorg en welzijn*.

- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science Medicine*, 292
- Huijg, J. M., Gebhardt, W. A., Crone, M. R., Dusseldorp, E., & Presseau, J. (2014). Discriminant content validity of a theoretical domains framework questionnaire for use in implementation research. *Implementation Science*, 9, 1-16.
- Karam, M., Brault, I., van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83.
- King, O., Nancarrow, S. A., Borthwick, A. M., & Grace, S. (2015). Contested professional role boundaries in health care: A systematic review of the literature. *Journal of Foot and Ankle Research*, 8(1), 2.
- KNMG. (2022). *Herziening verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Van <https://www.knmg.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/herzien-handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg>
- Koder, F. (2023). The role of task shifting in mitigating health workforce shortages - the ambitions and results of the TaSHI project. *The European Journal of Public Health*, 33(Supplement_2)
- Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329.
- Kyratsis, Y., Atun, R., Phillips, N., Tracey, P., & George, G. (2017). Health systems in transition: Professional identity work in the context of shifting institutional logics. *The Academy of Management Journal*, 60(2), 610-641.
- Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B., Nicolini, D., Raviola, E., & Walter, L. (2019). Boundary work among groups, occupations, and organizations: From cartography to process. *Academy of Management Annals*, 13(2), 704-736.
- Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H., & Lee, S. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *European Journal of General Practice*, 27(1), 198-210.

- Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R., van Vught, A., Schoonhoven, L., & Laurant, M. (2017). Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2084-2102.
- Lunkka, N., Jansson, N., Mainela, T., & Suhonen, M. (2022). Professional boundaries in action: Using reflective spaces for boundary work to incorporate a new healthcare role. *Human Relations*, 75(7), 1270-1297.
- Maier, C. B., Koppen, J., & Busse, R. (2018). Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: Cross-sectional study in nine countries. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-12.
- Martin, G., Currie, G., & Finn, R. (2009). Reconfiguring or reproducing intra-professional boundaries? specialist expertise, generalist knowledge and the modernization of the medical workforce. *Social Science Medicine*, 68(7), 1191-1198.
- Martinez-Gonzalez, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., & Wensing, M. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-17.
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice--a matter of teamwork: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419-28.
- McGivern, G. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2), 412-432.
- Meleis, A. F. (2010). *Transitions theory : Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 1-12.

- Mistiaen, P., Kroezen, M., Triemstra, M., & Francke, A. L. (2011). *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief*. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (Vol. 3). Acco.
- Niezen, M., & Mathijssen, J. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 117(2), 151-169.
- Nyman, T., Trinh, S., & Rosengren, K. (2019). Workshifting – a tool to manage shortage of nurses? A content analysis at a medical ward at a university hospital in sweden. *Sciedu Press*, 8(2), 21-29.
- Orkin, A. M., Rao, S., Venugopal, J., Kithulegoda, N., Wegier, P., & Ritchie, S. D. (2021). Conceptual framework for task shifting and task sharing: An international delphi study. *Human Resources for Health*, 19(1), 61.
- Pratt, M., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235-262.
- Rasmussen, P. (2018). Factors influencing registered nurses' perceptions of their professional identity: An integrative literature review. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 225-232.
- Rasmussen, P., Henderson, A., McCallum, J., & Andrew, N. (2021). Professional identity in nursing: A mixed method research study. *Nurse Education in Practice*, 52
- Reay, T. (2017). Getting leopards to change their spots: Co-creating a new professional role identity. . *The Academy of Management Journal*, 60(3), 1043-1070.
- Ruijters, M. (2021). *Je binnenste buiten : Over professionele identiteit in organisaties*. Boom uitgevers Amsterdam
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2019). *De B van bekwaam: Naar een toekomstbestendige wet BIG*. Van

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2019/10/10/de-b-van-bekwaam---naar-een-toekomstbestendige-wet-big>

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Den

Haag. Van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2003/01/13/taakherschikking-in-de-gezondheidszorg>

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2010). *Gezondheid 2.0*. Den Haag. Van

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2010/02/23/gezondheid-2.0>

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2011). *Bekwaam is bevoegd*. Den Haag. Van

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2011/04/13/bekwaam-is-bevoegd>

Sanders, T., & Harrison, S. (2008). Professional legitimacy claims in the multidisciplinary workplace:

The case of heart failure care. *Sociology of Health and Illness*, 30(2), 289-308.

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review

on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342.

SiRM. (2022). *Opties onder de loep, onderzoek beleidsalternatieven arbeidsmarkt ouderenzorg*. Van

<https://www.sirm.nl/publicaties/opties-onder-de-loep-onderzoek-beleidsalternatieven-arbeidsmarkt-ouderenzorg>

Sveningsson, S., & Alvesson, M. (2003). Managing managerial identities: Organizational

fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, 56(10), 1163-1193.

Sveningsson, S., & Larsson, M. (2006). Fantasies of leadership: Identity work. *Leadership*, 2(2), 203-

224.

Tromp, I. (2023). *Programmaplan bekwaam is bevoegd Vivium zorggroep*. Huizen.

Vaalburg, A. M., Wattel, E. M., Boersma, P., & Hertogh, C. (2023). The role of nursing staff regarding

goal setting and achieving in geriatric rehabilitation: A focus group study. *Rehabilitation Nursing : The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 48(5), 148-159.

van der Cingel, C. (2019). Notes on nursing 2.0. *Verpleegkunde*, 34(3), 35-38

- van Dullemen, C. (2023). *Blijmakers en gediplomeerden: Op weg naar een gelukkig huwelijk?* Van https://www.amstelring.nl/media/downloads/onderzoek-blijmakers-ben_sajet_14april2023.pdf
- van Halem, N., van Herpen, C., & van Rooyen, M. (2022). *Handboek EVV*. Bohn Stafleu en van Loghum.
- van Lanen, M. (2010). Inductief én deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek: Het geheel is meer dan de delen. *Kwalon*, 15(1)
- van Staa, A., & Evers, J. (2010). 'Thick analysis': Strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *Kwalon*, 15(1)
- Van Wieringen, M., Kee, K., Gobbens, R., Nies, H., Beersma, B., & Groenewegen, P. (2022). Exploring crucial programme characteristics and group mechanisms of an empowerment programme for certified nursing assistants—A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2949-2959.
- van Wieringen, M., Kee, K., Nies, H., Gobbens, R., Groenewegen, P., & Beersma, B. (2021). *Verzorgenden IG in beeld : Samen werken aan een duidelijke stem en betere positie voor de beroepsgroep*. Vrije Universiteit Amsterdam en Ministerie VWS. Van https://www.venvn.nl/media/z4sl1urp/verzorgendenig_in_beeld Onderzoeksrapport 2021.pdf
- Verenso, VenVN, & NAPA. (2022). *Handreiking samenwerking en taakherschikking ouderenzorg specialist ouderengeneeskunde verpleegkundig specialist -physician assistant*. Van https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/220331_Handreiking-Taakherschikking-Ouderenzorg_DEF_bij-nieuwsbericht.pdf
- Wensing, M., & Grol, R. (2017). *Implementatie : Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organization (WHO). (2007). *Taskshifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines*. Van <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43821/9789?sequence=1>

Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht van selectie wetenschappelijke artikelen ten behoeve van onderbouwing Theoretisch Kader.

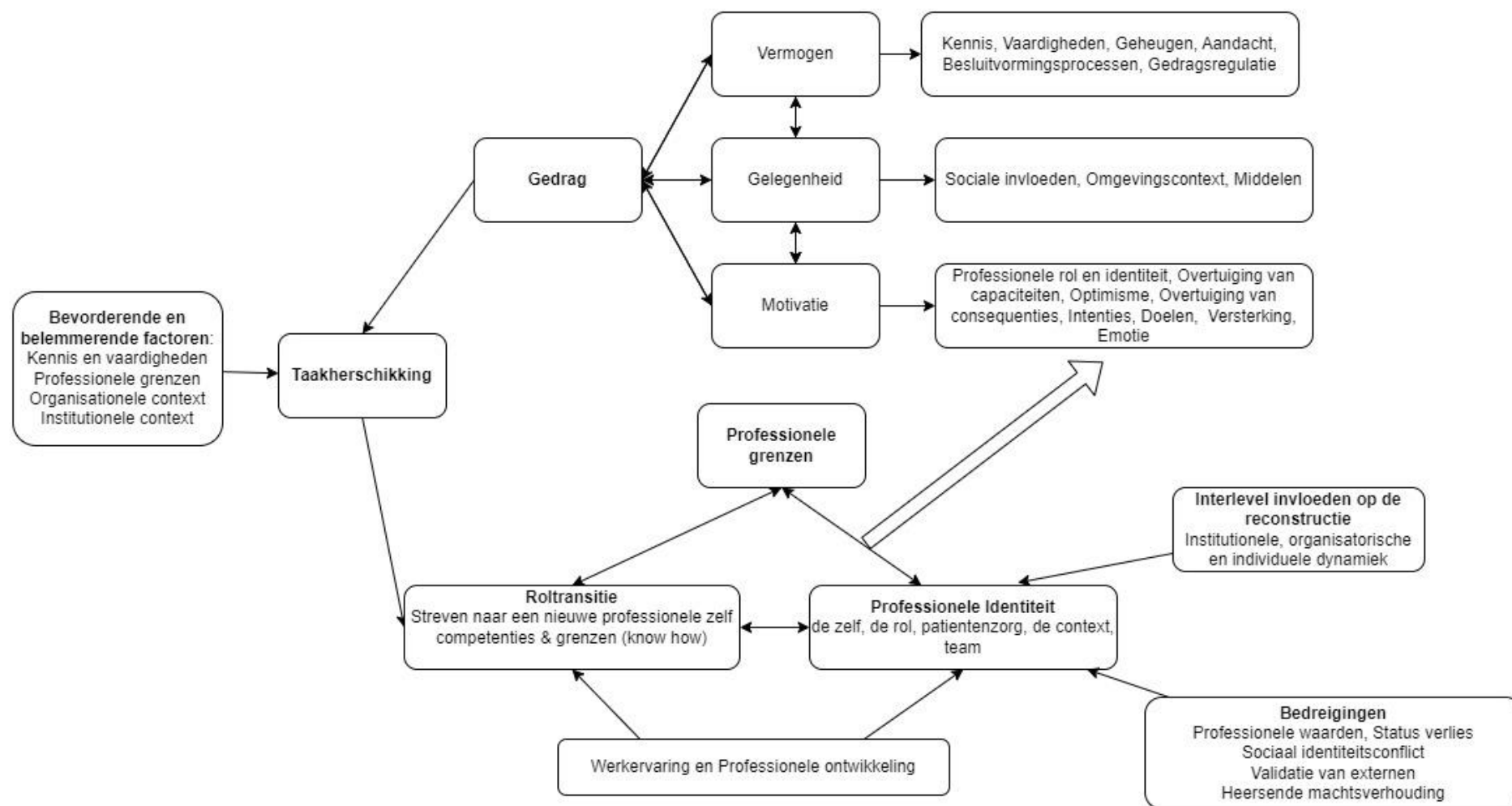
	Publicatie	Taak-herschikking	Gedrag-verandering	Rol-transitie	Prof. grenzen	Prof. identiteit	Professional
1	Orkin AM. (2021)	Algemeen					
2	Feiring E (2018)	Arts-VPK	x	X		X	Arts-vpk (RN)
3	Niezen (2014)	Arts-VPK		x		x	Arts-vpk (RN)
4	Nyman (2019)	VPK (RN)-apotheker, "nursing assistants" en keuken-personeel		x		x	RN-nursing assistants
5	Lovink (2017)	Arts-VPK		x		x	Arts-PA,VS,vpk
6	Cane J (2012)		x			x	nvt
7	Michie (2011)		x				nvt
8	Arrowsmith (2015)			x	x	x	Vpk (RN)
9	Carlile (2004)			x	x		nvt
10	Berghout M (2020)		x	x		x	arts
11	Chreim (2007)		x	x		x	arts
12	Kyratsis (2017)		x	x		x	arts
13	Currie (2010)	Arts-vpk	x	x	x	x	Arts, vpk (RN)
14	Rasmussen (2021)			x		x	Vpk (RN)

Bijlage 2. Overzicht categorieën theoretisch kader met belangrijkste kenmerken uit literatuur.

Taakherschikking	Voorwaarden taakherschikking-programma's (Orkin 2021)	<i>Necessary conditions:</i> 1. New cadres of providers are willing to be trained & existing providers are willing to provide training 2. Health problems are difficult to address due to shortage or inaccessibility of health human resources 3. The intervention can be delivered by healthcare workers with less training 4. The intervention is clinically effective <i>Important considerations</i> 5. There are sufficient resources for scale-ups 6. The health problem is important for the population and health system 7. The intervention has protocolized or algorithmic elements that can be used to facilitate training 8. The intervention is socially acceptable
	Bevorderende en belemmerende factoren Gezondheidszorg (Niezen (2014)	1. Knowledge and capabilities 2. Professional boundaries 3. Organizational environment 4. Institutional environment
	Bevorderende en belemmerende factoren Ouderenzorg (Lovink, 2017)	1. Individual level 2. Organizational level 2. Social level
	Ervaringen verpleegkundigen in ziekenhuis (Nyman 2019)	1. Communication skills for increased cooperation 2. Manage different skills 3. Changed work content 4. Lack of holistic nursing
Gedragsverandering	Onderdelen die gedrag genereren. COM-B systeem (Michie 2011)	1. Capability 2. Motivation 3. Opportunity
	Factoren die gedrag beïnvloeden bij implementatie vraagstukken Theoretical Domains framework (Cane 2012)	'Knowledge', 'Skills', 'Social/Professional Role and Identity', 'Beliefs about Capabilities', 'Optimism', 'Beliefs about Consequences', 'Reinforcement', 'Intentions', 'Goals', 'Memory, Attention and Decision Processes', 'Environmental Context and Resources', 'Social Influences', 'Emotions', and 'Behavioural Regulation'
Roltransitie	Overkoepelende thema's (Arrowsmith 2015)	1. Striving for a new professional self (emotional upheaval, identity) 2. Know How (competence, boundaries) Two path's Novice and Experienced.

Professionele grenzen	Barrières bij kennisoverdracht tussen disciplines (Carlile 2004)	1. Syntactische barrière 2. Semantische barrière 3. Pragmatische barrière
Professionele identiteit	Interlevel invloeden op te reconstructie van professionele identiteit (Chreim 2007)	1. Institutional dynamics 2. Organizational dynamics 3. Individual dynamics
	Factoren die identiteit RN beïnvloeden (Currie 2010)	1. The nurse (Self) 2. Role 3. Patient care 4. the environment (context) 5. Health care team
	Bedreiging van identiteit en bijpassend 'Identity work' (Kyratsis (2017)	1. Professional values conflict; authenticating 2. Status loss; Reframing 3. Social identity Conflict; Cultural repositioning.

Bijlage 3. Concept map: visuele weergave van categorieën uit theoretisch kader en de onderlinge relaties



Bijlage 4. Zoektermen gebruikt bij literatuursearch

Nederlands	Engels
"Taakverschuiving" "Taakherschikking" "Taakdelegatie" "Substitutie"	"Task shifting" "Task delegation" "Task sharing" "Task reallocation" "Substitution"
"Gedragsverandering"	"Behaviour change"
"Implementatie"	"Implementation"
"Rolverandering"	"Role transition"
"Professionele grenzen"	"Boundaries" "Professional boundaries" "Boundary work"
"Beroepsidentiteit"	"Professional Identity"
"Vakopvatting"	"Professional view" "Professional perspective" "Professional viewpoint" "Professional belief"
"Interprofessionele samenwerking"	"Interprofessional collaboration" "Interdisciplinary practice" "Inter-professional interactions" "Multidisciplinary collaboration"
"Ouderenzorg" "Verpleeghuis"	"Elderly care" "Nursing home"
"Gezondheidszorg" "Zorgorganisaties"	"Healthcare" "Healthcare organizations"

Bijlage 5. Overzicht benamingen basisverpleegkundigen en verpleeg ondersteunende beroepen in Nederland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten en Canada

Gebaseerd op: Mistiaen et al., 2011; Vaalburg et al., 2023; Van Wieringen et al., 2022

	Basis verpleegkundigen	Tussen groep	Verpleeg ondersteunende beroepen
Nederland	Verpleegkundigen niveau 4 (MBO) Verpleegkundigen niveau 5 en 6 (HBO)	Verzorgenden IG (niveau 3)	Zorghulp/ Woonondersteuner (niveau 1) Helpende zorg en welzijn (niveau 2)
Verenigd Koninkrijk	Registered Nurse (RN) (level 4 tot 9)	Nursing Associate	Healthcare assistant, cadet nurse, healthcare support worker, auxilliary nurse, assistant practioners, foundation degree. (level 2-4)
Verenigde Staten	Registered nurse (RN) Licensed practical (or vocational) nurses (LPN/LVN).	Certified Nurse Assistant (CNA)	RN first assistants, nursing aides, orderlies and (personal care) attendants, home health aides, personal and home care aides, nursing aides, direct care worker, nursing assistant 1 and 2, geriatric aide.
Canada	Registered nurse (RN) Licensed practical nurse (LPN)		Unregulated care providers; health care aid, nurse's aide, personal support worker. Client care attendants, community workers, continuing care assistants, family aides, home support worker, home aides, nursing attendant, patient care aide, orderly, personal aide, personal care attendant, personal support worker, resident care workers, visiting homemaker, auxiliary health care worker, community health representative.

Bijlage 6. Vragen semigestructureerde interviews

Introductie

- Toelichting onderzoek
 - o Met dit onderzoek wil ik meer te weten komen over hoe verpleegkundigen en verzorgenden IG denken over de nieuwe verdeling van werk (taakherschikking) binnen de proeftuinen 'Bekwaam is bevoegd'. En hoe dit invloed heeft op hoe het wordt uitgevoerd.
De officiële onderzoeksvraag is dan ook; *Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4) en verzorgenden IG (niveau 3) over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' de implementatie?*
- Dit ga ik doen aan de hand van interviews, welke ongeveer 45 minuten zullen duren. Hierin worden 14 thema's besproken.

Toestemming:

- Alles wat je vertelt is vertrouwelijk en wordt anoniem verwerkt. Ik gebruik geen namen in mijn onderzoek.
 - o Geef je goedkeuring voor het opnemen van interview en het gebruik van anonieme uitspraken?

Algemene informatie

- Waar werkzaam; Langdurige zorg/ Geriatrische Revalidatie/Thuiszorg
- Functie; Verzorgende (niveau 3)/Verpleegkundige (niveau 4 of 5)
- Hoe lang werkzaam in deze functie (jaren):

Capaciteit

Kennis

- Wat weet je over de proeftuin 'Bekwaam is bevoegd'
 - o Hulpvraag; denk bijvoorbeeld aan de inhoud of het doel?
 - o Is je bekend welke taken je kan overdragen aan de zorgassistent/woonondersteuner?

Vaardigheden

- Welke vaardigheden heb je (als vpk/vz) nodig voor de verschuiving van taken naar zorgassistenten?
- Heb je deze vaardigheden?
 - o Hoe ontwikkel je deze?

Geheugen, aandacht en besluitvormingsprocessen

- Vergeet je wel eens taken over te dragen
 - o Zo ja, hoe komt dat?
- Lukt het je om voldoende aandacht te hebben om de taken goed over te dragen?
- Welke dingen beïnvloeden je beslissing om taken wel of niet over te dragen aan zorgassistenten

Gedragregulatie

- Draag je de taken aan zorgassistenten/woonondersteuner inmiddels automatisch over?
- Ben je je bewust van de vooruitgang binnen de proeftuin 'Bekwaam is bevoegd' ?
 - o en je eigen rol hierin?

Gelegenheid

Sociale invloeden

- Keuren de mensen die belangrijk voor je zijn 'Bekwaam is bevoegd' goed?
- Wie van je collega's of leidinggevende heeft invloed op je beslissingen over het overdragen van taken?

Omgevingscontext en middelen

- Welke dingen op het werk maken het uitvoeren van je nieuwe regie rol en overdragen van taken moeilijker?
 - o En wat maakt het makkelijker?
- Is er voldoende ondersteuning om je nieuwe rol uit te voeren?
 - o Ook financieel?

Motivatie

Overtuiging van capaciteiten

- Heb je er vertrouwen in dat je deze verschuiving van taken kan uitvoeren
 - o Zelfs wanneer de zorgassistent/woonondersteuner, of andere collega's, niet gemotiveerd zijn
 - o Wanneer er weinig tijd is
 - o Zo nee, wat is hier voor nodig?

Optimisme

- Voel je optimisme over de toekomst wanneer je denkt aan 'Bekwaam is bevoegd'.
- Hoe dringend of belangrijk is voor jou deze rolverandering? En voor Vivium?

Overtuiging van consequenties

- Hoe beïnvloedt de verandering in taken door 'Bekwaam is bevoegd' de gezondheid/zorg van en voor de cliënten?
- Hoe beïnvloedt 'Bekwaam is bevoegd' je relatie met collega's in het team?
- Hoe beïnvloedt 'Bekwaam is bevoegd' je relatie met de cliënt?

Versterking

- Zijn er dingen die aanmoedigen om taken over te dragen aan zorgassistenten?
- Als je werkt in je regierol en taken overdraagt aan een zorgassistent/woonondersteuner, krijg je dan erkenning van collega's die belangrijk voor je zijn?
- Zijn er consequenties als je wel of geen taken overdraagt?

Intenties

- Ben je het komende jaar van plan om deze manier van samenwerking en taakverdeling verder op te pakken en te ontwikkelen?
 - o Zo ja, waarom/hoe
 - o Zo nee, waarom niet?

Doelen

- Heb je een plan om het komend jaar te werken aan (de invoering van) 'Bekwaam is bevoegd'?
- In hoeverre zijn andere taken belangrijker dan het invoeren van 'Bekwaam is bevoegd' voor jou?

Emotie

- Heb je de laatste twee weken plezier kunnen beleven aan je werk?
- Heb je je de laatste twee weken neerslachtig of ongelukkig gevoeld in je werk?
- Zijn er gevoelens die van invloed zijn om taken over te dragen aan zorgassistenten?

Professionele rol en identiteit

Roltransitie

- Hoe voel je je over de verandering in taken binnen de proeftuin 'Bekwaam is bevoegd'?
- Heeft het onrust met zich meegebracht?
- Heeft het impact op je zelfvertrouwen?
 - o Zo ja, hoe dan?

Professionele identiteit

- Hoe ziet je rol als vpk/vz binnen de proeftuin eruit?
 - o Wat is er veranderd t.o.v. eerder?
 - o Is dit goed of slecht?
- Ben je anders naar je rol gaan kijken?
 - o Is dit positief of negatief?
- Hoort deze nieuwe regierol en verandering van taken bij je werk als vpk/vz?
- Wat doe je als je het niet eens bent met de manier waarop bepaalde zorgtaken worden uitgevoerd door de zorg assistent/woonondersteuner?
- Zijn er situaties waarin je professionele status als vpk/vz in twijfel wordt getrokken?
 - o Bijv. dat mensen je niet zien en respecteren in je beroep?
- Hoe wordt er door de omgeving (cliënten, mantelzorgers, vrienden etc) gekeken naar je nieuwe rol?
- Wordt je nieuwe rol geaccepteerd door;
 - o Collega's in je team
 - o Behandelaren, incl artsen
 - o Leidinggevenden
 - o Clienten/mantelzorgers

Professionele grenzen

- Zijn voor jou de grenzen tussen jouw werkzaamheden en die van collega's helder?
 - o Leg uit
- Staan deze grenzen vast, of veranderen ze/zijn ze flexibel?
- Heeft de nieuwe rol gezorgd voor conflicten?
 - o Zo ja, vertel

Zijn er nog dingen die je kwijt wil over 'Bekwaam is bevoegd' die nog niet aan de orde zijn gekomen?

Welke collega zou ik nog meer moet interviewen, of moeten uitnodigen voor de praatgroep (focusgroep)?

Bijlage 7. Uitnodiging interview

Beste (respondent),

Voor mijn studie (Master in Health Business Administration, Erasmus) ben ik bezig met een onderzoek.

Met dit onderzoek wil ik meer te weten komen over hoe verpleegkundigen en verzorgende binnen Vivium denken over de nieuwe verdeling van werk (taakherschikking) binnen de proeftuinen 'Bekwaam is bevoegd'. En hoe dit invloed heeft op hoe het wordt uitgevoerd.

De officiële onderzoeksvraag is dan ook;

Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4) en verzorgenden IG (niveau 3) over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' de implementatie?

Graag zou ik jou binnenkort willen interviewen over hoe jij hierover denkt.

Het interview duurt ongeveer 45 minuten. We kunnen elkaar persoonlijk ontmoeten, ik kom dan naar jou toe, of we kunnen het interview online doen via Teams, wat voor jou het handigst is.

Ook zoek ik mensen voor een praatgroep in maart, via Teams. Dit is een kans om met anderen te praten en verschillende meningen te delen. Mocht je komende weken niet kunnen, of liever niet 1-op-1 hierover geïnterviewd worden is dit ook een mogelijkheid.

Alles wat je vertelt is vertrouwelijk en wordt anoniem verwerkt. Ik gebruik geen namen in mijn onderzoek.

Als je wilt meedoen of vragen hebt, laat het me alsjeblieft weten. Jouw hulp is belangrijk voor mijn onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Eveline van Opstal

Bijlage 8. Uitnodiging focusgroep

Beste (respondent),

Voor mijn studie (Master in Health Business Administration, Erasmus) ben ik bezig met een onderzoek.

Met dit onderzoek wil ik meer te weten komen over hoe verpleegkundigen en verzorgende denken over de nieuwe verdeling van werk binnen de proeftuinen 'Bekwaam is bevoegd'. Specifiek de taakherschikking en samenwerking met zorgassistenten. En hoe dit invloed heeft op hoe het wordt uitgevoerd.

De officiële onderzoeksvraag is dan ook;

Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4) en verzorgenden IG (niveau 3) over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' de implementatie?

Inmiddels heb ik 13 verzorgenden IG en verpleegkundige geïnterviewd werkzaam in de GRZ, WLZ en in de wijk. Wat ik uit deze gesprekken heb opgehaald, zou ik graag willen bespreken in een groepsgesprek (met circa 6-7 verzorgenden IG/verpleegkundigen). Om zo te checken of meer zorgmedewerkers er zo over denken, of niet, en of ik nog dingen mis.

Graag zou ik je daarom uit willen nodigen voor een groepsgesprek (focusgroep) op maandag 18 maart van 15.00 tot 16.00 via Teams. Ik zal je een apart bericht sturen via outlook voor de Teams uitnodiging.

Alles wat je vertelt is vertrouwelijk en wordt anoniem verwerkt. Ik gebruik geen namen in mijn onderzoek.

Ik hoop dat je mee wilt doen, jouw hulp is belangrijk voor mijn onderzoek. Maar ook voor het verder ontwikkelen van Bekwaam is bevoegd binnen Vivium.

Als je nog vragen hebt, laat het me alsjeblieft weten.

Met vriendelijke groet,

Eveline van Opstal

Bijlage 9. Codeerschema

Groepscores a.h.v. COM-B	Groepscores a.h.v. TDF	Open codes
Capaciteit	Kennis	Doel van proeftuin bekend, kennis over taakherschikking
	Vaardigheden	Communicatie onderling, controle houden over taken, delegeren, feedback, loslaten, manier van leren, motiveren, opleiden, regie, ruimte maken voor samenwerken, verantwoordelijkheid voelen en nemen, voldoende vaardigheden
	Geheugen, aandacht en besluitvormingsprocessen	Dingen die besluit wel of niet overdragen beïnvloeden, intuïtie, vertrouwen of gevoel leidend bij taakherschikking, vergeten taken over te dragen
	Gedagsregulatie	Automatisme bij taken overdragen, bewust van eigen rol, invloed op voortgang
Gelegenheid	Sociale invloeden	Goedkeuring van anderen, invloed arts op taken overdragen, personen invloed op taken overdragen
	Omgevingscontext en middelen	Externe invloeden op taakherschikking, Invloed van werkdruk, inzet PIL of PNIL, jongere generatie, ondersteuning bij nieuwe rol, ondersteuning door leidinggevende, personeelstekort, projectmanagement, belang van goede selectie kandidaten.
Motivatie	Overtuiging van capaciteiten	Open staan voor scholing, Werk meenemen naar huis, Zelfvertrouwen in eigen kunnen.
	Optimisme	Optimisme of pessimisme, urgentie voelen
	Overtuiging van consequenties	Invloed op cliënten, Invloed op relatie met collega, invloed van werken met andere personeelsmix, kwaliteit van zorg onder druk, relatie met client
	Versterking	Consequenties van wel of niet overdragen, dingen die aanmoedigen taken over te dragen, erkenning in rol, belang van goede selectie kandidaten.
	Intenties	Motivatie voor verandering, open staan voor verandering, visie op toekomst
	Doelen	Doelen voor toekomst, Plan voor toekomst
	Emotie	Angst voor verandering, gevoel over werk
	Professionele rol en identiteit: Roltransitie	Onduidelijkheid over doel nieuwe rollen, onrust, roltransitie
	Professionele rol en identiteit: Professionele identiteit	Acceptatie rol, bedreiging, professionele identiteit, professionele status, rolopvatting, zelfvertrouwen
	Professionele rol en identiteit: Professionele grenzen	Conflicten en weerstand, flexibele grenzen, grenzen tussen taken en rollen, helderheid gewenst over welke taken overdragen, onduidelijkheid over taken, taakverdeling

Wat ①

Capaciteit

- voldoende kennis & vaardigheden
- bewust van eigen rol
- onduidelijkheid over rollen/taken & opleidings traject Z.A.
- vertrouwen meest bepalende factor bij besluit taakherschikking

Gelegenheid

- Autonomie in besluit om taak over te dragen
- Goede onderlinge communicatie & samenwerking belangrijk
- Selectie kandidaten
- Onvoldoende inwerkijd, tijd om te begeleiden
- Hoge werkdruk, personeels tekort, onbekende gezichten
- Gewenst: pro-actieve en betrokken houding leidinggevenden
- Project management: impact op alle rollen betrekken werkvloer (nu onvolgdoende)

Hoe beïnvloeden de opvattingen van UPK & VZ, over de taakherschikking binnen Bekwaam is bevoegd, de implementatie

Motivatie

- Urgentie gevoeld, overwegend optimistisch
- Wel intentie, geen concrete plannen
- 2A gemotiveerd + vaste gezichten
- Vertrouwen in eigen capaciteiten
- Zorgen over kwaliteit van zorg, signaleren
- Zorgen over haalbaarheid regio rol
- ↑ werkdruk, ↑ verantwoordelijkheid

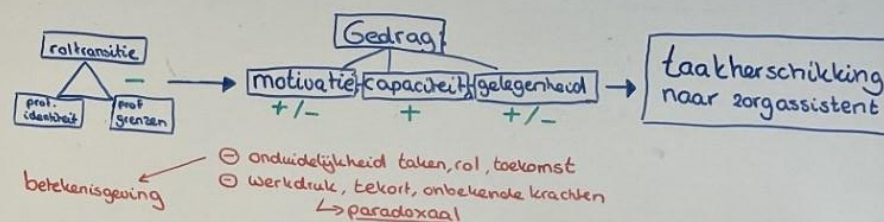
Professionele rol & identiteit

Roltransitie: begin onrust, onduidelijkheid rollen/taken, UPK rol positief, VZ wisselend.

Prof. identiteit: onduidelijkheid toekomstige rollen. m.n. VZ voelen zich bedreigd, 'stapelen'. Hierarchie.

Prof. grenzen: veranderen, te flexibel. Helderheid gewenst. Wrijving, 'boundary conflict'.

Hoe ②



Aanknopingspunten ③

1. Onduidelijkheid over taken, rollen, toekomst (Capaciteit, motivatie, gelegenheid)
2. Onduidelijkheid over leerroutes (stapelen) en eindpunt (motivatie, gelegenheid, capaciteit)
3. Onvoldoende betekenisgeving (impact roltransities) (motivatie)
4. Start proeftuin / nieuwe zorgassistent → inwerkperiode (gelegenheid, capaciteit)
5. Hoge werkdruk, tekort, onbekende gezichten (gelegenheid ↔ motivatie)
6. Ondersteuning leidinggevende (gelegenheid)
7. Project management (gelegenheid)
8. Betrekken werkvloer (capaciteit, gelegenheid, motivatie)
9. Teambuilding, incl. 2A (gelegenheid, motivatie)

Bijlage 11. Onderwerpenlijst Focusgroep

Welkom

Toestemming

Alles wat je vertelt is vertrouwelijk en wordt anoniem verwerkt. Ik gebruik geen namen in mijn onderzoek.

- Geef je goedkeuring voor het opnemen van interview en het gebruik van anonieme uitspraken?

Introductie

Met dit onderzoek wil ik meer te weten komen over hoe verpleegkundigen en verzorgenden IG denken over de nieuwe verdeling van werk (taakherschikking) binnen de proeftuinen 'Bekwaam is bevoegd'. En hoe dit invloed heeft op hoe het wordt uitgevoerd.

De officiële onderzoeksvraag is dan ook; *Hoe beïnvloeden de opvattingen van verpleegkundigen (niveau 4) en verzorgenden IG (niveau 3) over de taakherschikking binnen 'Bekwaam is bevoegd' de implementatie?*

Inmiddels heb ik 13 verzorgenden IG en verpleegkundige geïnterviewd werkzaam in de GRZ, WLZ en in de wijk. Wat ik uit deze gesprekken heb opgehaald, zou ik graag met jullie willen. Om te checken of jullie dit herkennen, of niet? Hoe denken jullie hierover? Welke dingen mis ik nog?

Onderwerpen

1. Wat zijn de opvattingen (belangrijkste bevindingen bespreken, dan of ze dit herkennen, hoe zij hierover denken etc. a.h.v. open vragen) (15min) (15.10-15.25) (m.b.v. slides PPT)

Capaciteit:

- Voldoende kennis en vaardigheden en bewust van eigen rol hierin
- Onduidelijkheid over rollen, taken en opleidingstraject van de zorgassistent
- Vertrouwen in de zorgassistent meest bepalende factor om taken over te dragen

Gelegenheid

- Ervaren autonomie in besluit taken over te dragen
- Goede onderlinge communicatie en samenwerking werkt bevorderend
- Goede selectie kandidaten van belang, onvoldoende tijd om goed in te werken
- Hoge werkdruk, personeelstekort en externe medewerkers beïnvloedt taakherschikking (paradoxaal)
- Proactieve en betrokken houding van leidinggevende gewenst (nu voldoende?)
- Projectmanagement; Impact op alle rollen niet helder (toekomst), wens meer betrekken zorg.

Motivatie

- Urgentie wordt gevoeld, overwegend optimistisch over richting Bekwaam is bevoegd, gemotiveerd om bij te dragen aan verdere ontwikkeling. Maar geen concrete plannen.
- Vertrouwen in eigen capaciteiten
- ZA zijn gemotiveerd en positieve aanvulling. Draagt bij aan meer vaste gezichten.
- Zorgen over kwaliteit van zorg (signaleren), zorgen over haalbaarheid regierol
- Hogere ervaren werkdruk en gevoel meer verantwoordelijkheid

Professionele rol en identiteit (onderdeel motivatie)

- Verandering in rollen met namen in het begin voor onrust gezorgd, door onduidelijkheid taken.
- Verpleegkundige ervaren nieuwe rollen in team overwegend positief, verzorgenden IG staan hier wisselend in. Opleiden en begeleiden hoort er bij
- Onduidelijkheid over toekomstige rollen. Met name verzorgenden IG voelen zich soms bedreigd, wat betekent het voor hun rol. Versterkt door 'stapelen' van zorgassistenten.
- Onderlinge hiërarchie
- Professionele grenzen veranderen. Als te flexibel ervaren. Wrijving. Helderheid gewenst.

2. Hoe beïnvloedt dit de proeftuin (15.25-15.35)

- Capaciteit positief, behalve onduidelijkheid over taken
- Gelegenheid; Zowel positief als negatief. Zijn nog verbeterpunten mogelijk
 - Autonomie, samenwerking, selectie kandidaten
 - Inwerktijd, hoge werkdruk etc, leiderschap leidinggevende, projectmanagement
- Motivatie; Over het algemeen gemotiveerd om het tot een succes te brengen en urgentie wordt gevoeld, waarbij wordt gezien dat dit kan bijdragen. Wel onzekerheid over toekomst en zorgen over kwaliteit. Zie ook punt 3

3. Wat is de invloed van roltransitie, prof. Identiteit, prof. Grenzen (15.35-15.45).

- Onduidelijkheid nieuwe rollen, impact op prof identiteit, verschuiving en flexibele grenzen.

4. Hebben jullie adviezen voor de proeftuin Bekwaam is bevoegd. (15.45-15.55)

6. Samenvatting van bijeenkomst (15.55)

7. Wat hebben jullie gemist in de discussie? Nabranders? (15.57)

8. Bedanken

Bijlage 12. Voorbeschouwing interviews

d.d. 21-1-2024

Mijn verwachtingen met betrekking tot de te verzamelen data zijn als volgt;

In zijn algemeenheid verwacht ik, in lijn met mijn propositie, dat de impact van de nieuwe rol en takenpakket van verzorgende (niveau 3) en verpleegkundige (niveau 4) zowel positief als negatief wordt ontvangen. Doordat de zorgprofessionals meer regietaken krijgen (in de GRZ) en een hogere functieschaal, stimuleert dit de gewenste gedragsverandering. Daarnaast maakt dit de rol aantrekkelijk, in het kader van ontwikkeling. Anderzijds zal de nieuwe rol ook tot conflicten lijden binnen het team; niet iedereen zal het accepteren. Daarnaast verwacht ik dat de professionele grenzen als te vaag worden ervaren. Deze twee punten zullen gedragsverandering en succesvolle implementatie in de weg staan. Ik denk dat deze dynamiek een belangrijke rol speelt bij het succes van implementatie.

Wat betreft de andere domeinen verwacht ik het volgende;

Kennis: In grote lijnen zal men bekend zijn met 'Bekwaam is bevoegd', hoewel ik me af vraag of voor alle actoren het doel ook helder is.

Vaardigheden: Ik verwacht dan men voldoende vaardigheden heeft, en dit ook zo ervaart, om te komen tot taakherschikking en de daaraan gerelateerde samenwerking

Geheugen, aandacht en besluitvorming: Ik denk dat er meerdere factoren zijn op dit domein die de gedragsverandering negatief beïnvloeden.

Gedragsregulatie: Ik verwacht dat ze in beperkte mate bewust zijn van hun eigen rol in de vooruitgang van 'Bekwaam is bevoegd'. Dit zal met name geëxternaliseerd worden.

Sociale invloeden: Ik verwacht dat de meeste sociale invloeden positief zullen zijn.

Omgevingscontext en middelen: Vooral de hoge werkdruk, o.a. door hoog verzuim, zal hierin bepalend zijn. Verder verwacht ik dat het qua randvoorwaarden goed is geregeld.

Overtuiging van capaciteiten: Alhoewel ze overtuigd zijn van hun eigen vaardigheden en capaciteiten, verwacht ik dat de tijdsdruk en demotivatie in het team negatieve impact heeft op de taakherschikking.

Optimisme: Ik denk dat ze matig positief zijn over 'Bekwaam is bevoegd'. Ik heb grote twijfel of ze de 'waarom', de urgentie begrijpen en voelen.

Overtuiging van consequenties: Ik verwacht dat ze het zien als een positieve verandering in hun relatie met cliënt, maar negatief als het gaat om de relatie met collega's en zeker de impact op de zorgkwaliteit. Dit omdat ze met minder gediplomeerde collega's werken.

Versterking: Ik verwacht dat ze maar beperkt het gevoel hebben aangemoedigd te worden. Ik denk dat de consequenties van het niet overdragen van taken voor de actoren met name zitten in het vergroten van hun eigen werklast en werkdruk.

Intenties: Ik verwacht dat alle geïnterviewde wel de intentie hebben 'Bekwaam is bevoegd' verder op te pakken en te ontwikkelen.

Doelen: Ik verwacht dat andere taken, door de hoge werkdruk, vaak belangrijker worden gezien dan het invoeren van 'Bekwaam is bevoegd'.

Emotie: Mijn verwachting is dat met name angst voor slechte zorg en fouten de taakherschikking negatief zal beïnvloeden.