

Werken in de zorg  
Een reflectie op het onderdeel scholing en opleiding vanuit het perspectief van het UMCG en Noord  
Nederland

Drs M.T.G. Kahmann, directeur P&O, UMCG  
Januari 2019 .

---

Patiënten hebben behoefte aan uitstekende zorg, persoonlijk maatwerk, *healthy Ageing*, regie kunnen voeren en een vloeiende overgang tussen verschillende ‘fasen’ van het zorgproces. In Nederland zijn we bezig om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen en verbinding te zoeken om dit mogelijk te maken. Tegelijkertijd vraagt de zorg om steeds meer specialisatie. Vanwege de oplopende kosten van de zorg en de schreeuw om meer mensen loopt de (werk)druk op.

Met z'n allen werken we er constructief aan om de zorg in Nederland te verbeteren. Voor nog betere zorg voor onze patiënten, onze inwoners.

Werken in de zorg heeft álles wat werk uitdagend, waardevol en boeiend maakt.

In dit position paper verwoorden we de uitdaging en oplossingsrichtingen vanuit de Noordelijke regio en het UMCG, inzoomend op opleiding en scholing voor de verpleging en klinische ondersteuning.

De bottom line? Veel behoefte aan **Opleiderschap**.

---

## 1. Laat de *initiële opleidingen* aansluiten bij de praktijk.

*Aanwas van verpleegkundigen is cruciaal om de complexe (UMC-)zorg waar te maken, de doorstroom naar specialistische beroepen mogelijk te maken en de uitstroom te compenseren. Er is (nog) voldoende instroom in de opleidingen in het Noorden, maar we hebben wel veel last van een verlies aan ervaringsjaren in de ziekenhuizen.*

- a. Afgestudeerden moeten in een umc eigenlijk nog een jaar meelopen alvorens zij zelfstandig kunnen worden ingezet als verpleegkundige. Al jaren wordt bepleit een betere aansluiting met de praktijk, en wel door *branche specifieke uitstroom varianten*. Overleg op landelijk niveau levert nog te weinig op doordat er geen doorzettingsmacht is. Iedere HBOV vindt zelf wiel uit.
- b. Cruciaal is dat we in samenwerking met OCW ( HBO opleiding) en VWS ( vervolgopleidingen) gaan *denken in ketens in plaats van afgeronde opleidingen*. Dus: minoren in het HBO moeten zo worden ingericht dat ze automatisch vrijstelling geven voor onderdelen van de vervolgopleidingen. Hier wordt aan gewerkt door noordelijke Hogescholen en het zou goed zijn als het CZO mee gaat in deze beweging.
- c. Initiële opleidingen denken in schooljaren en schooltijden. Dit sluit niet aan bij de 24/7 van de ziekenhuizen. Dit is noodzakelijk om meer opleidingscapaciteit te genereren. Wanneer *meer instroommomenten* mogelijk zijn waardoor spreiding en vermijding van pieken wordt gerealiseerd geeft dat voor de huizen extra opleidingscapaciteit. Voor de oplossing is verandering van wet en regelgeving OCW noodzakelijk.
- d. Verder is een belangrijke uitdaging het rendement. Vooral bij de HBOV is veel voortijdig uitval. Er is een landelijk stagefonds maar deze bekostigt maar een deel van de kosten van begeleiding van stagiaires. Er zou meer moeten worden geïnvesteerd in snuffelstages aan begin van de opleiding teneinde *uitval te beperken*, maar dat kost geld. Stages zijn voor zorginstellingen nu aan het einde van de opleiding vooral interessant. In het hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg is ook onderzoek afgesproken naar kosten en opbrengsten van stages voor MBO en HBO zorg opleidingen. Streven vanuit NFU en NVZ is dat dit ook een (meer) kostendekkende vergoeding wordt.



- e. We hebben nog steeds geen duidelijkheid over BIG registratie voor regie verpleegkundigen. In een UMC heeft 60% van de verpleegkundigen een gespecialiseerde vervolgopleiding. Opscholing van MBO (en extra opleidingen) naar HBO niveau (breed) is onduidelijk. Iedere HBOV komt met eigen plan. Er zou moeten worden ingezet op verkorte trajecten en Erkenning verworven Competentie (EVC)-trajecten. Aan theoretische leergangen van 2 tot 3 jaar hebben we in de praktijk niets voor zeer ervaren verpleegkundigen.

## 2. Verbeter en verkort de *vervolgopleidingen* op diverse fronten.

*De afgelopen jaren zijn de tekorten bij de gespecialiseerd verpleegkundigen en klinisch ondersteuners enorm opgelopen. De tekorten zijn nauwelijks in te lopen in de komende jaren. We zien zorgvraag toenemen maar ook vertrek naar ambulancezorg (vaak IC en SEH verpleegkundigen) en thuiszorg (kinderverpleegkundigen) door scherpere wetgeving voor die onderdelen. Dit heeft geleid tot een uitstroom en daarmee versnel tot tekorten in het ziekenhuis. Opleiding is inservice en praktijkbegeleiders worden onttrokken uit de praktijk waar vaak al schaarste is. Om de tekorten op te lossen moeten de opleidingen verbeterd en verkort worden, waardoor ook de uitstroom uit opleidingen afneemt.*

*Naast de lopende acties vraagt dit om grote stappen in de opleidingen. Opleiderschap dus.*

- f. De opleiding is ingericht in kolommen. Als je SEH medewerker wilt worden is daarvoor een specifieke set modules voor nodig. Wil je daarna IC verpleegkundige worden volgt een nieuwe set specifiek modules. Dit levert een stapeling van opleidingen die veel tijd kosten. Dat kan veel praktischer. Hier wordt aan gewerkt via het honingraatmodel, maar gaat dit snel genoeg? Het betekent voor de korte termijn dat er *ruimhartig moet worden omgegaan met vrijstellingen* in reguliere programma's. Dat vergt flexibiliteit en sense of urgency van opleidingsinstituten (eerste toets) maar ook van CZO (tweede toets). Dit leidt direct tot verkorting van de opleiding, maar biedt ook maatwerk mogelijkheden voor professionals die daardoor behouden blijven voor de zorg.

*Een voorbeeld is de Bachelor Medische Hulpverlening, een vierjarige HBO opleiding met instroom vanuit HAVO/VWO. Na afronding van deze opleiding is de medewerker bevoegd en bekwaam voor laag/midden complexe handelingen in de acute as. Voor de bevoegdheid hoog complex is nog een traineeship van circa 6/9 maanden nodig. Deze optie levert substantiële tijdswinst op: HBO (4 jaar) daarna Anesthesie (3 jaar), versus BMH (4 jaar) plus voor hoog complex 6/9 maanden traineeship. In Noord Nederland zouden we erg veel baat hebben bij een BMH-opleiding in het noorden die (definitief) CZO erkend is.*

- g. Bevoegd en bekwaam wordt nu toegekend na afronding van de opleiding. Zeker bij de langere opleidingen (OK en Anesthesie) moet het mogelijk worden gemaakt om bij het behalen van een bepaald niveau *bevoegd en bekwaam te worden voor bepaalde onderdelen* van de zorg/basiszorg. Dat betekent eerdere inzetbaarheid in laag/midden complex en ontlast alle ziekenhuizen, ook topklinische en academische ziekenhuizen.
- h. Ook bij de vervolgopleidingen is de opdracht te *verschuiven van theorie naar praktijk* (docenten in het ziekenhuis) en aan te sluiten bij de 24/7 situatie in het ziekenhuis.

### Het UMCG in Noord Nederland.

Met man en macht werken wij aan het oplossen van bovengenoemde problematiek.

- Binnen het UMCG vergroten we onze opleidingscapaciteit, creëren we ruimte voor 'extra handen aan het bed' en trachten we medewerkers aan ons te binden. De ruimte is beperkt door strakke financiële kaders. Ook de opleidingssubsidie is niet altijd toereikend om alle kosten te dekken. Op alle OK's staan leerlingen, en daarmee zitten we aan onze taks binnen het huidige systeem.
- We merken dat een verpleegkundig beroep in een UMC veel van mensen vraagt aan lichamelijke en geestelijke belasting, met vaak veel onregelmatige uren. Vergeleken met

andere branches liggen de verdiensten niet hoog. Het blijft balanceren tussen hart voor het beroep en een gezonde werkbalans. Meer (financiële) ruimte voor begeleiding en scholing zou enorm bijdragen aan het verlagen van de druk voor onze 'schaarse beroepen'. Het is de verantwoordelijk van ons als UMC om die ruimte te vinden, maar ook van 'het stelsel' waarin momenteel geen groei zit in de extra financiële middelen voor scholing en 'handen aan het bed'.

- In de regio werken we nauw samen met alle stakeholders. Hierbij is de uitdaging om de verschillende actieprogramma's (landelijk, sectoraal, regionaal, per organisatie) goed op elkaar aan te laten sluiten. We ervaren dat de ziekenhuissector een specifieke aanpak behoeft waardoor we niet helemaal kunnen meeliften op bijvoorbeeld de IKzorg campagne. Met de 9 ziekenhuizen, de 3 Ambulancediensten en de opleiders maken we harde cijfermatige afspraken over te realiseren opleidingsplekken (initiëel en specialistisch). Alleen samen kunnen we de problematiek oplossen. De huidige afspraken halen nog niet de 2021 FZO-norm. Mede daarom werken we aan een groot aantal gezamenlijke initiatieven, waaronder:
  - [www.zorgvoorhetnoorden.nl](http://www.zorgvoorhetnoorden.nl), van de samenwerkende ziekenhuizen,
  - Samen opleiden, waarin professionals over de organisaties heen samen hun opleiding volgen en de ziekenhuizen voor elkaar opleiden.
  - Gezamenlijke strategische personeelsplanning
  - Waar mogelijk verkorten van de opleidingen

### **Tot slot.**

Rondom de verpleegkundige professionals staan diverse andere beroepsgroepen die in een vergelijkbare cyclus van schaarste en opleidings-problematiek zitten. Ook analisten, paramedici en andere voor de zorg cruciale functies zijn steeds lastiger te vinden en op te leiden. Umc's vragen al jaren om instroom voor arts assistenten te verhogen. Bij de umc's zijn sinds 1999 alle medisch specialisten al in loondienst. Het is van het grootste belang dat er meer wordt opgeleid.