

Arbeidsmarktonderzoek
naar de behoefte aan een
hbo-opleiding Medische Hulpverlening

Eindrapport

Dr. Els van Dam
Dr. Hans Schuit

Nijmegen, september 2007

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
1.1 Ontwikkeling van een hbo-opleiding voor medisch hulpverlenende functies	1
1.2 Onderzoek naar de behoefte in het werkveld aan een hbo-opleiding Medische Hulpverlening	2
1.3 Opbouw van deze rapportage	3
2 Aanpak van het onderzoek	5
2.1 Onderzoeksopzet	5
2.2 De geraadpleegde informanten	7
3 Ontwikkelingen en knelpunten in het werkveld van Medisch Hulpverleners	9
3.1 Ontwikkelingen en knelpunten in de inhoud van het werk van MH-functionarissen	9
3.2 Ontwikkelingen en knelpunten in de inzet van MH-functionarissen in organisaties	10
3.3 Ontwikkelingen en knelpunten in de arbeidsmarktsituatie van MH-functionarissen	12
3.4 Ontwikkelingen en knelpunten in de bestaande opleidingen voor MH-functies	14
4 Overeenkomsten en verschillen tussen Medisch Hulpverlenende functies	21
4.1 Introductie van de aanzet voor een algemeen BCP MH	21
4.2 Taken van de verschillende typen MH-functionarissen	22
4.3 Werksettings van de verschillende typen MH-functies	26
4.4 Benodigde kennis en vaardigheden voor de verschillende typen MH-functies	27
5 Behoefte in het werkveld aan een hbo-opleiding Medische Hulpverlening	31
5.1 Door de informanten als positief ervaren aspecten van de beoogde opleiding MH	32
5.2 Door de informanten geplaatste vraagtekens bij de beoogde opleiding MH	34
6 Macrodoelmatigheid van de opleiding Medische Hulpverlening	39
6.1 Arbeidsmarktsituatie in de gezondheidszorg als geheel	39
6.2 Arbeidsmarktsituatie voor MH-functies	41
6.3 Omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH	46
7 Conclusies en slotbeschouwing	49
8 Bronnen	555
Bijlage 1 - Profiel van de opleiding Medische Hulpverlening	57
Bijlage 2 - Geraadpleegde informanten in de eerste onderzoeksfase	63
Bijlage 3 -Geraadpleegde informanten in de tweede onderzoeksfase	65

1 Inleiding

1.1 Ontwikkeling van een hbo-opleiding voor medisch hulpverlenende functies

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en de Hogeschool Utrecht (HU) hebben het plan opgevat om een nieuwe door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) te accrediteren hbo-opleiding binnen het medische domein te ontwikkelen. Het gaat om een brede opleiding voor medisch hulpverlenende functies in drie settings van de gezondheidszorg:

1. In de acute zorg:
de functies van ambulancehulpverlener en spoedeisende hulpverlener¹;
2. In de interventie:
de functies van anesthesiemedewerker en operatieassistent;
3. In de diagnostiek:
de functies van endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant.

Later zijn hier nog de functies van triagist (categorie acute zorg) en hartkatheterisatiemedewerker (categorie interventie) aan toegevoegd, omdat deze functies qua takenpakket en vereiste competenties verwant zijn aan de bovengenoemde functies in de acute zorg en de interventie.

Voor de genoemde medisch hulpverlenende functies bestaan momenteel diverse functiegerichte in-service opleidingen. Het idee van de HAN en HU is om voor deze functies een hbo-opleiding te ontwikkelen met een brede gemeenschappelijke basis.

Directe aanleiding voor de ontwikkeling van een opleiding Medische Hulpverlening (MH) door de beide hogescholen waren verzoeken vanuit het werkveld om een hbo-opleiding voor de functies van ambulanceverpleegkundige en anesthesiemedewerker. Het bestaande opleidingstraject tot ambulanceverpleegkundige werd als te lang en te weinig efficiënt ervaren. De in-service opleidingen tot anesthesiemedewerker vonden sommige ziekenhuizen frustrerend, omdat zij veel investeerden in het opleiden van anesthesiemedewerkers, terwijl deze medewerkers uiteindelijk vaak elders gingen werken.

Met een opleiding MH voor de bovengenoemde medisch hulpverlenende functies hopen de beide hogescholen niet alleen een antwoord te bieden op de bovenstaande vragen, maar ook in te spelen op voorkomende ontwikkelingen en knelpunten in de zorgsector. Met name:

- De verwachte structurele krapte op de arbeidsmarkt in de zorg.
- Imagoproblemen van de zorgsector: Vooral voor mannen blijkt werken in de zorg een onaantrekkelijke optie.
- De verkoking van de zorg door verregaande beroeps- en functiespecialisatie. Deze staat flexibele inzet en employability van werknemers in de zorg in de weg.

¹ De HAN en de HU willen mensen opleiden tot ambulancehulpverlener en spoedeisende hulpverlener, die vergelijkbare functies kunnen vervullen als ambulanceverpleegkundigen en spoedeisende hulpverpleegkundigen. Afgestudeerden van de opleiding MH mogen echter de titel verpleegkundige niet dragen, omdat ze geen opleiding verpleegkunde hebben afgerond. Daarom is gekozen voor de term 'hulpverlener'.

- De grote diversiteit aan opleidingen en cursussen voor MH-functies die qua instroomeisen, kwaliteit, financiering, zwaarte, breedte en lengte uiteenlopen en waartussen afstemming ontbreekt.

De beide hogescholen willen met een opleiding MH de volgende doelstellingen bereiken:

- Een grotere groep schoolverlaters interesseren voor een opleiding en carrière in de gezondheidszorg. Gezien het medische en technische karakter van de MH-opleiding wordt met name verwacht meer jongens en allochtonen aan te trekken, dan het geval is bij de bestaande in-service opleidingen voor MH-functies en de opleiding verpleegkunde.
- De opleidingskwaliteit voor diverse MH-functies verhogen door de opleidingsactiviteiten voor de verschillende functies op elkaar af te stemmen en waar mogelijk samen te voegen. De gemeenschappelijke deler van de functies (o.a. een brede medische basis) kan tijdens de beginfase van de opleiding worden gegeven en de benodigde differentiatie kan in de eindfase worden gerealiseerd.
- De employability van MH-functionarissen vergroten door hen een bredere formeel erkende hbo-opleiding te bieden. Hiermee hebben de beroepsbeoefenaren meer loopbaanmogelijkheden. Dit kan de aantrekkingskracht van werk in de gezondheidszorg vergroten (grotere instroom) en het behoud van beroepskrachten voor de patiëntenzorg bevorderen (kleinere uitstroom).
- Het productieproces minder kwetsbaar maken, door medisch hulpverleners op te leiden die makkelijker kunnen overstappen naar een andere MH-functie, waardoor personeelstekorten sneller en adequater kunnen worden opgevangen.

1.2 Onderzoek naar de behoefte in het werkveld aan een hbo-opleiding Medische Hulpverlening

De beide hogescholen willen de invulling van de beoogde hbo-opleiding MH in belangrijke mate bepalen aan de hand van de behoeften van het werkveld. Daarnaast is het, om in aanmerking te komen voor bekostiging van de opleiding door het Ministerie van OCW, nodig om aan te tonen dat er in het werkveld een substantiële behoefte bestaat aan afgestudeerden van de beoogde nieuwe opleiding (Beleidsregel doelmatigheid hoger onderwijs, kenmerk HO/BL/2006/24451). De HAN en de HU hebben het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) te Nijmegen gevraagd om een onderzoek uit te voeren in het werkveld van de genoemde medisch hulpverleners naar de behoefte aan de voorgestelde hbo-opleiding Medische Hulpverlening.

Doel van het onderzoek is beantwoording van de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Welke bijdrage levert een hbo-opleiding Medische Hulpverlening op bachelorniveau volgens vertegenwoordigers van het werkveld aan het oplossen van voorkomende knelpunten in de zorg?
2. Welke kerntaken en kerncompetenties dienen naar het oordeel van vertegenwoordigers van het werkveld onderdeel uit te maken van het beroepscompetentieprofiel (BCP) van een medisch hulpverlener op bachelorniveau, welke als basis kan dienen voor de beoogde opleiding Medische Hulpverlening?
3. Hoe groot is de arbeidsmarktbehoefte aan afgestudeerden van de hbo-opleiding Medische Hulpverlening (macrodoelmatigheid), uitgaande van het opleidingsprofiel dat is opgesteld op basis van de verkregen antwoorden op de eerste twee onderzoeksvragen?

1.3 Opbouw van deze rapportage

In dit rapport wordt verslag gedaan van de uitkomsten van het onderzoek naar de bovengenoemde drie onderzoeksvragen. De hoofdstukindeling is als volgt: In hoofdstuk 2 wordt de aanpak van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 bevat een schets van de actuele ontwikkelingen en knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen, die de achtergrond vormen voor de ontwikkeling van de opleiding MH. In hoofdstuk 4 zijn de overeenkomsten en verschillen beschreven tussen de MH-functies waarop de opleiding zich richt, op basis van de reacties van de benaderde informanten uit het werkveld op de aanzet voor een algemeen beroepscompetentieprofiel MH. Hoofdstuk 5 beschrijft de meningen van de in het onderzoek geraadpleegde informanten over de voorgestelde opleiding MH en hun verwachtingen ten aanzien van de bijdrage van de opleiding MH aan het oplossen van bestaande knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen.

Hoofdstuk 6 bevat de uitkomsten van het macrodoelmatigheidsonderzoek dat op basis van het door de HAN en HU uitgewerkte profiel voor de opleiding MH is uitgevoerd. Dit hoofdstuk mondt uit in een inschatting van de omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH. Het rapport wordt afgesloten met een slotbeschouwing in hoofdstuk 7, waarin de belangrijkste conclusies ten aanzien van de macrodoelmatigheid van de opleiding MH op een rij zijn gezet.

2 Aanpak van het onderzoek

2.1 Onderzoeksopzet

Twee onderzoeksfasen

Het onderzoek naar de behoefte aan een hbo-opleiding Medische Hulpverlening is opgezet in twee fasen:

Fase 1

De eerste onderzoeksfase is de *behoefteverkenning*. In deze fase is in het werkveld gepeild wat de behoefte is aan een brede hbo-opleiding Medische Hulpverlening, zoals voorgesteld door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en de Hogeschool Utrecht (HU) en op basis van welke taken en benodigde competenties van MH-functionarissen de opleiding kan worden ingericht (onderzoeksvragen 1 en 2).

Fase 2

Aan de hand van de uitkomsten van de eerste onderzoeksfase hebben de HAN en HU een profiel van de opleiding MH opgesteld. Dit opleidingsprofiel vormde de basis voor de tweede onderzoeksfase, het *macrodoelmatigheidsonderzoek*. In deze fase is onderzocht wat de omvang is van de vraag naar afgestudeerden van de door de hogescholen voorgestelde opleiding MH (onderzoeksvraag 3).

De twee onderscheiden onderzoeksfasen staan in een iteratieve verhouding tot elkaar. Er is een wisselwerking tussen de werkzaamheden en de opbrengsten van beide fasen. Zo hebben de antwoorden van de geraadpleegde informanten in de eerste onderzoeksfase ook informatie opgeleverd voor beantwoording van de macrodoelmatigheidsvraag in de tweede fase. Andersom is op grond van de bevindingen in de tweede fase het in de eerste fase opgestelde beroepscompetentieprofiel aangescherpt.

De onderzochte functies in de twee onderzoeksfasen

Zoals beschreven is na afronding van de eerste onderzoeksfase het oorspronkelijke voorstel voor een opleiding MH door de HAN en HU bijgesteld en uitgewerkt in een profiel van de opleiding Medische Hulpverlening. Dit resulteerde onder meer in bijstelling van de MH-functies waarop de opleiding zich richt. De tweede onderzoeksfase heeft dientengevolge deels op andere functies betrekking gehad dan de eerste onderzoeksfase.

In de eerste onderzoeksfase is de aandacht gericht op de negen MH-functies waarvoor de opleiding MH oorspronkelijk wilde opleiden, namelijk:

- in de acute zorg: de functies van ambulancehulpverlener en spoedeisende hulpverlener;
- in de interventie: de functies van anesthesiemedewerker en operatieassistent;
- in de diagnostiek: de functies van endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant.

In de tweede onderzoeksfase is de aandacht voornamelijk uitgegaan naar de vijf MH-functies die in het uitgewerkte opleidingsprofiel MH zijn opgenomen, namelijk:

- in de acute zorg: de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener en triagist;
- in de interventie: de functies van anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker.

Daarnaast is in de tweede onderzoeksfase beperkt aandacht besteed aan de functies die volgens het opleidingsprofiel MH mogelijk later aan de opleiding worden toegevoegd, namelijk de functies van operatieassistent, endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant.

Activiteiten per onderzoeksfase

Onderstaand zijn de activiteiten per onderzoeksfase beschreven.

In fase 1, de behoefteverkenning, zijn de onderstaande drie activiteiten ondernomen:

1. Desk research

Documentatie over ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in het werkveld van de medisch hulpverlenende functies is verzameld en geanalyseerd. Ook zijn bestaande beroepscompetentieprofielen van de medisch hulpverlenende functies die centraal staan in de beoogde opleiding MH bestudeerd. De verkregen informatie is verwerkt in twee interview-instrumenten een lijst met topics voor bevraging van de informanten in de eerste fase en een aanzet voor een algemeen beroepscompetentieprofiel (BCP) MH.

2. Interviews met informanten uit het werkveld

Een vijftiental informanten met zicht op het werk van MH-functionarissen is geïnterviewd aan de hand van de ontwikkelde topiclijst en aanzet voor een BCP MH. Centrale thema's in de interviews waren: a) strategische ontwikkelingen in en om het werkveld van MH-functies, b) de behoefte aan een hbo-opleiding MH, c) kerntaken en kerncompetenties van MH-functionarissen en d) de concurrentiekracht van bredere hbo-opgeleide MH-functionarissen ten opzichte van meer specialistisch in-service opgeleide MH-functionarissen.

3. Tussenrapportage

De bevindingen in de verkennende onderzoeksfase zijn beschreven in een tussenrapportage met een – op basis van de reacties van de geïnterviewde informanten – aangescherpt BCP MH en een advies aan de HAN en HU voor de verdere aanpak en opzet de opleiding.

In fase 2, het macrodoelmatigheidsonderzoek, zijn de onderstaande vier activiteiten verricht:

4. Verzamelen en analyseren van arbeidsmarktgegevens

Beschikbare kwantitatieve onderzoeksgegevens en statistieken met betrekking tot de arbeidsmarkt in de zorgsector als geheel en voor MH-functionarissen in het bijzonder zijn verzameld en geanalyseerd.

5. Telefonische interviews met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen

Omdat in de beschikbare arbeidsmarktstatistieken van de zorgsector niet of nauwelijks specifieke gegevens van MH-functionarissen zijn terug te vinden, zijn telefonische interviews gehouden met vijftien informanten van beroepsverenigingen van MH-functionarissen en andere landelijke belangenverenigingen. Zij zijn aan de hand van een beknopte vragenlijst bevraagd over:

- de arbeidsmarktsituatie van de MH-functionarissen waarmee zij te maken hebben (nu en zoals verwacht over zes jaar);
- de verwachte omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH over zes jaar;

- de concurrentiekracht van de voorgestelde opleiding MH ten opzichte van bestaande opleidingen.

Op deze wijze is geen exact cijfermateriaal verkregen, maar wel een goede indicatie van de huidige aantallen MH-functionarissen en de verwachtingen hieromtrent voor de nabije toekomst.

6. Twee interview- en discussiesessies met informanten uit het werkveld

Aanvullend aan de interviews met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen zijn twee interview- en discussiesessies georganiseerd met informanten uit zorginstellingen die werkzaam zijn in de acute zorg en de interventie. De sessies hadden een tweeledig doel: 1) de informanten uit het werkveld informeren over de beoogde nieuwe opleiding en 2) van de informanten antwoorden krijgen op de vragen die ook aan de beroepsverenigingen zijn voorgelegd (zie onder stap 5). In totaal is met dertien informanten uit zorginstellingen gesproken.

7. Eindrapportage

De bevindingen in beide onderzoeksfases zijn beschreven in een eindrapport inclusief een raming van de toekomstige arbeidsmarktvrage naar afgestudeerden van de opleiding MH.

2.2 De geraadpleegde informanten

Zoals vermeld zijn in de eerste onderzoeksfase 15 informanten geïnterviewd over de ontwikkelingen in en om het werkveld van MH-functies, de kerntaken en kerncompetenties van MH-functionarissen en de behoefte aan een hbo-opleiding MH. Het betrof voornamelijk managers en medici binnen ziekenhuizen en ambulancevoorzieningen. Voor deze groep informanten is gekozen omdat zij goed zicht hebben op de taken en benodigde competenties van MH-functionarissen en omdat zij degenen zijn die uiteindelijk nieuw opgeleide MH-functionarissen in dienst zullen nemen en met hen gaan werken. Hun mening over de opleiding is dan ook van cruciaal belang voor de toekomstige vraag naar afgestudeerden van de opleiding.

Om een zo compleet en rijk mogelijk beeld te krijgen van de ontwikkelingen in het werkveld van MH-functionarissen, van de taken en competenties van MH-functionarissen en van de ervaren behoefte aan een hbo-opleiding MH is gestreefd naar een evenwichtige verdeling van de informanten over de drie onderscheiden zorgsettings waarbinnen MH-functionarissen werkzaam kunnen zijn. Uiteindelijk is gesproken met: twee vertegenwoordigers van de verenigingen van de algemene ziekenhuizen en van de universitaire medische centra in Nederland, vijf medici en managers die werkzaam zijn in de acute zorg, drie medici en managers in de interventie en vijf medici en managers in de diagnostiek. Er is gezorgd voor geografische spreiding van de instellingen waaraan de geïnterviewde medici en managers verbonden zijn, waarbij de nadruk is gelegd op de regio's rondom de twee betrokken hogescholen: Nijmegen en Utrecht. In bijlage 2 is een overzicht gegeven van de geïnterviewde informanten in de eerste onderzoeksfase per zorgsetting.

In de tweede onderzoeksfase zijn 15 informanten van beroepsverenigingen en andere landelijke koepelorganisaties geïnterviewd (voornamelijk telefonisch, enkelen in de interview- en discussiesessies) om een beeld te krijgen van de totale aantallen MH-functionarissen in Nederland en de jaarlijkse vervangings- en uitbreidingsvraag nu en zoals verwacht over zes jaar.

Gestreefd is naar benadering van de beroepsverenigingen van de vijf MH-functies die centraal staan in het uitgewerkte opleidingsprofiel MH (ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpver-

lener, triagist, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker²) en van de zes MH-functies waarvoor de opleiding MH mogelijk later wil gaan opleiden (operatieassistent, endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant). Uiteindelijk is gesproken met informanten van vijf beroepsverenigingen (die van de ambulanceverpleegkundigen, de spoedeisende hulpverpleegkundigen, anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en longfunctieassistenten). Van de overige zes onderzochte functies zijn er twee niet verenigd in een beroepsvereniging (triagisten en hartkatheterisatiemedewerkers), is één beroepsvereniging niet bereikt (vasculair diagnostisch medewerkers) en wilden drie beroepsverenigingen (endoscopieassistenten, hartfunctielaboranten en klinisch neurofysiologisch laboranten) (nog) geen medewerking verlenen aan het onderzoek, omdat zij nog vragen hebben ten aanzien van de erkenning en de insteek van de opleiding. Voor deze laatste zes MH-functies zijn landelijke arbeidsmarktgegevens verkregen via interviews met informanten van de betrokken brancheorganisaties en/of verenigingen van medici of zorgmanagers.

Naast de interviews met vertegenwoordigers van landelijke belangenverenigingen is in de tweede onderzoeksfase gesproken met 13 informanten uit individuele zorginstellingen over de verwachte vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH over zes jaar en de factoren waarvan dit volgens hen afhangt. Gesproken is met medici, managers, HRM-medewerkers en praktijkopleiders, voornamelijk binnen de werkvelden van de vijf MH-functies die in het uitgewerkte opleidingsprofiel MH centraal staan.

In bijlage 3 is een overzicht gegeven van de geraadpleegde informanten in de tweede onderzoeksfase.

2 Omdat de functies van ambulance*hulpverlener* en spoedeisende *hulpverlener* momenteel nog niet bestaan is het onderzoek gericht op het in beeld brengen van het voorkomen van de functies van ambulance*verpleegkundigen* en spoedeisende *hulpverpleegkundigen* via het benaderen van hun beroepsverenigingen. Aangenomen wordt dat afgestudeerde ambulance*hulpverleners* en spoedeisende *hulpverleners* in vergelijkbare functies werkzaam zullen zijn als ambulance*verpleegkundigen* en spoedeisende *hulpverpleegkundigen*.

3 Ontwikkelingen en knelpunten in het werkveld van Medisch Hulpverleners

In de zorgsector doen zich verschillende ontwikkelingen voor met betrekking tot de zorg, het zorgaanbod, de inzet van personeel én het opleidingsstelsel. In dit hoofdstuk schetsen we de ontwikkelingen en knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen op basis van de literatuurstudie en de interviews met informanten uit het werkveld in de eerste onderzoeksfase³. Waar in de gesprekken met informanten in de tweede onderzoeksfase aanvullende ontwikkelingen naar voren kwamen, zijn deze toegevoegd.

Achtereenvolgens wordt ingegaan op ontwikkelingen en knelpunten in:

- de inhoud van het werk van MH-functionarissen;
- de inzet van MH-functionarissen in zorginstellingen;
- de arbeidsmarktsituatie van MH-functionarissen; en
- de opleidingen voor MH-functies.

3.1 Ontwikkelingen en knelpunten in de inhoud van het werk van MH-functionarissen

De te verlenen zorg wordt complexer en specifiek

De informanten zijn het erover eens dat de zorg die MH-functionarissen moeten verlenen complexer wordt. Dit wordt met name toegeschreven aan de toenemende vergrijzing, waardoor bij patiënten vaker sprake is van comorbiditeit (meerdere aandoeningen tegelijkertijd), wat het moeilijker maakt om de juiste zorg te verlenen (voor cijfers met betrekking tot vergrijzing zie statline op www.cbs.nl).

In dit verband wordt ook aangegeven dat er sprake is van steeds verdergaande specialisatie van het werk in de zorg. Dit geldt ook voor het werk van MH-functionarissen. Als voorbeeld wordt genoemd de operatieassistent die alleen wordt ingezet op operaties van één bepaald lichaamsgebied.

De toegenomen comorbiditeit én groeiende specialisatie van werkzaamheden vragen om meer samenwerking tussen medewerkers uit verschillende disciplines en branches (zie ook Van Essen e.a., 2006).

Techniek speelt een grotere rol in het werk

Over het algemeen wordt aangegeven dat er sprake is van voortdurende technologische ontwikkelingen in de zorg. Sommige MH-functionarissen hebben hier meer mee te maken dan andere. De informanten geven aan dat met name in werk van operatieassistenten en functielaboranten er grote invloed is van technologische ontwikkelingen. Zo wordt bijvoorbeeld op de OK een toename verwacht in het gebruik van beeldvormende technieken en navigatie-technieken, waardoor het werk van operatieassistenten inhoudelijk veel zal veranderen.

3 Het onderzoek in de eerste onderzoeksfase heeft zich gericht op de MH-functies die in het oorspronkelijke voorstel voor de opleiding MH waren opgenomen, namelijk de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, anesthesiemedewerker, operatieassistent, endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant.

In de ambulancesector zijn technologische ontwikkelingen op communicatiegebied gaande. Momenteel worden grootschalige ICT-projecten als GMS en C2000 geïntroduceerd, met als doel om de communicatie tussen ambulances en andere hulpverleners te verbeteren. Dit heeft vanzelfsprekend zijn weerslag op het werk van ambulanceverpleegkundigen.

Toenemende werkdruk door streven naar efficiency en marktwerking

Verschillende informanten geven aan dat het werk van MH-functionarissen, maar eigenlijk het werk in de zorgsector in het algemeen, zwaarder wordt. Er moet steeds efficiënter worden gewerkt. Zoals een van informanten het zegt: "wat vroeger in een dag werd gedaan, gebeurt nu in een paar uur". In het licht van de toenemende marktwerking tussen ziekenhuizen wordt verwacht dat de werkdruk van medewerkers in de zorg, inclusief MH-functionarissen, in de toekomst verder zal toenemen. Daarnaast wordt hoge kwaliteit en goede service aan patiënten van de medewerkers verwacht. Immers, ziekenhuizen worden in het openbaar vergeleken op de kwaliteit die zij leveren en de tevredenheid van patiënten.

3.2 Ontwikkelingen en knelpunten in de inzet van MH-functionarissen in organisaties

Herschikking van taken naar lagere functieniveaus

Onder druk van het streven naar doelmatigheidsverbetering in de zorg én tekorten op de (zorg)arbeidsmarkt vindt binnen steeds meer zorginstellingen taakherschikking en -delegatie plaats. Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg pleit hiervoor in haar advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' (RVZ, 2002).

Veel initiatieven tot taakherschikking hebben betrekking op de overdracht van taken van artsen naar nurse practitioners, physician assistants, gespecialiseerd verpleegkundigen of paramedici (Van Essen e.a., 2006). Verschillende informanten geven aan dat er ook sprake is van herschikking van taken van artsen naar MH-functionarissen. Zo worden in sommige ziekenhuizen bijvoorbeeld vooraf gedefinieerde patiëntengroepen op de Spoedeisende Hulp behandeld door spoedeisende hulp-verpleegkundigen, zonder tussenkomst van een arts. In het UMC Utrecht is er een project gaande waarin anesthesiemedewerkers in plaats van anesthesiologen bij bepaalde groepen patiënten de sedatie uitvoeren. De functiedifferentiatie van anesthesioloog naar anesthesiemedewerker wordt hier noodzakelijk geacht vanwege het groeiende tekort aan anesthesiologen en het steeds grotere aandeel anesthesiologen dat parttime werkt. Een andere informant geeft aan dat in een collega-ziekenhuis wordt gekeken of operatieassistenten eenvoudige onderdelen van operaties zelfstandig kunnen uitvoeren.

Van taakherschikking van artsen naar ambulanceverpleegkundigen en functielaboranten is door de informanten in het onderzoek geen melding gemaakt. In het eerste geval is dit ook niet goed mogelijk, omdat ambulanceverpleegkundigen niet in aanwezigheid van een arts werken, en dus ook moeilijk taken van een arts kunnen overnemen. In de ambulancevoorziening is er echter wel sprake van differentiatie van het beroep van ambulanceverpleegkundige in twee deskundigheidsniveaus. Er wordt namelijk steeds vaker onderscheid gemaakt in vervoer met laagcomplexe zorg (vooral besteld vervoer, niet-acute situaties) en vervoer met hoogcomplexe zorg (vooral spoedvervoer, acute situaties). De verhouding tussen het hoogcomplexe en het laagcomplexe vervoer wordt geschat op 70 à 80 procent versus 30 à 20 procent. Verschillende ambulancevoorzieningen willen nu het laagcomplexe vervoer zoveel mogelijk door aspirant/junior ambulanceverpleegkundigen laten uitvoeren en het hoogcomplexe vervoer door senior ambulanceverpleegkundigen.

Vereenvoudiging van de beroepenstructuur in de zorg

Behalve de ontwikkeling van het herschikken van taken van hogere functies naar lagere functies wordt er momenteel veel nagedacht over en gewerkt aan het transparanter en flexibeler maken van de beroepenstructuur in de zorg.

Zo is er in 2006 door diverse brancheorganisaties in de zorg (V&VN, KNMG, GGZ-Nederland, NFU en NVZ-STZ) een College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) in het leven geroepen, dat zich bezig houdt met het bevorderen en bewaken van een optimale personeelsbezetting in de gezondheidszorg. In dit verband werkt het CBOG onder andere aan het creëren van samenhang tussen beroepen en opleidingen. Zij pleit daarbij voor een flexibeler opleidingsstelsel waardoor sneller kan worden ingespeeld op de behoefte aan een bepaald soort zorgverlener.

Voor het medisch opleidingsstelsel en het verpleegkundig opleidingsstelsel zijn reeds stappen gezet op weg naar meer samenhang, flexibiliteit en transparantie tussen opleidingen en beroepen (zie onder meer: Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003; Stuurgroep MOBG, 2005; VBOC-AVVV, 2006). Zo zijn in het project 'Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm' in 2006 adviezen gegeven voor de vereenvoudiging van de verpleegkundige beroepsstructuur en het bijbehorende opleidingsstelsel. Aanleiding was de constatering van de commissie LeGrand in 'De zorg van morgen; flexibiliteit en samenhang' dat er sprake is van een wirwar aan verpleegkundige specialisaties en dat niet duidelijk is wat deze specialisaties betekenen voor de verpleegkundige beroepsuitoefening. Een flexibele beroepsstructuur voor verpleegkundigen wordt nodig geacht voor een flexibele, betaalbare, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke gezondheidszorg. Ook het dreigend tekort aan verpleegkundigen is een belangrijke reden om de verpleegkundige beroepsstructuur, en de loopbaanmogelijkheden daarbinnen, onder de loep te nemen. In het advies van de stuurgroep VBOC wordt gepleit voor een onderscheid in twee verpleegkundige beroepsniveaus – verpleegkundige en verpleegkundig specialist – en vier deelgebieden waarin zij werkzaam kunnen zijn, namelijk preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg (VBOC-AVVV, 2006).

Hoewel voor de MH-functies in de zorg nog geen initiatieven bekend zijn om te komen tot een meer flexibele en transparante beroepenstructuur, kan wel gesteld worden dat de ontwikkeling van een brede hbo-opleiding MH past binnen de overwegingen die geleid hebben tot de vorming van het CBOG.

Aanzetten tot bredere inzet van MH-functionarissen: een divers beeld

De omslag van aanbod- naar vraaggerichte zorgverlening, waarbij de wensen en behoeften van patiënten centraal staan, is al enkele tijd gaande in de zorgsector. Dit uit zich onder meer in het streven om de zorg die aan een patiënt wordt geleverd niet versnipperd aan te bieden, maar af te stemmen en te coördineren. Met andere woorden, er wordt gestreefd naar een samenhangend, geïntegreerd zorgaanbod rondom de (zorg)behoefte van patiënten, ook wel integrale zorg of ketenzorg genoemd (Van Essen e.a., 2006). Het bieden van integrale zorg vraagt om het slechten van de muren tussen disciplines en instellingen. Er moet meer worden samengewerkt en afgestemd waar het gaat om de zorg aan patiënten. Dit heeft ook gevolgen voor de medewerkers. Wanneer muren tussen afdelingen worden geslecht zal hun werkgebied naar verwachting breder worden.

Ook in de werksettings van de onderzochte MH-functionarissen, met name in de acute zorg, is sprake van ketenvorming. In de ambulancesector worden Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) opgezet waarin onder meer meldkamers, ambulancevoorzieningen en ziekenhuizen (spoedeisende hulp en cardiologische interventiecentra) samenwerken. Deze samenwerking leidt volgens de informanten (nog) zeer beperkt tot uitwisseling van ambulance- en spoedeisende

de hulp-verpleegkundigen tussen ziekenhuizen en ambulances. De informanten weten van enkele organisaties waar ambulanceverpleegkundigen worden ingezet op de Spoedeisende Hulp wanneer zij niet hoeven uit te rijden. Een enkele informant geeft aan dat anesthesiemedewerkers in hun ziekenhuis soms ook op de ambulance werken, voor de uitdaging en om bij te verdienen. Ook huisartsenposten (HAP's) gaan meer samenwerken met spoedeisende hulpvoorzieningen, met als gevolg dat huisartsen, doktersassistenten, spoedeisende hulp-artsen en spoedeisende hulp-verpleegkundigen meer zullen samenwerken en wellicht ook taken van elkaar overnemen. Dit proces is net begonnen en zal naar verwachting de komende jaren tot ingrijpende ontwikkelingen in de eerstelijns- en acute zorg leiden.

Anesthesiemedewerkers worden in toenemende mate breder ingezet, ook buiten de setting van de OK. Bijvoorbeeld bij de pre-operatieve screening, de post-operatieve zorg en bij de poliklinische pijnbestrijding. Deze verbreding van het werk van anesthesiemedewerkers komt slechts ten dele voort uit een streven naar ketenzorg, maar vooral uit de gevoelde noodzaak om anesthesiemedewerkers meer ontwikkelingsmogelijkheden te bieden en daarmee te behouden voor hun functies en de organisatie (zie ook paragraaf 3.3 'Ontwikkelingen in vraag en aanbod van MH-functionarissen').

Bij de functies van operatieassistenten en functielaboranten is volgens de geraadpleegde informanten nog nauwelijks sprake van verbreding van hun inzet. Hun werk wordt hiervoor te specifiek geacht. Wellicht dat met de ontwikkeling richting centrale functieafdelingen in ziekenhuizen, waar verschillende typen diagnostisch onderzoek (hart-, vaat-, hersen en zenuw-, long- en maag en darmonderzoek) op één plek worden uitgevoerd ook de inzet van functielaboranten wel zal verbreden. Op welke schaal dit zal gebeuren is de informanten niet bekend.

3.3 Ontwikkelingen en knelpunten in de arbeidsmarktsituatie van MH-functionarissen

Verwachte personeelstekorten in de zorgsector in het algemeen

Verschillende instituten die de arbeidsmarkt in de zorgsector in kaart brengen voorspellen dat in de nabije toekomst de zorgvraag en het aanbod van arbeidskrachten in de zorg uit balans zullen raken. De vraag naar zorg neemt toe ten gevolge van de vergrijzing van de bevolking, technologische ontwikkelingen (er zijn meer medische ingrepen mogelijk) en de economische groei. Echter, het aanbod van arbeidskrachten in de zorg zal hierbij achter blijven. Niet alleen vanwege een vertraagde reactie op de groeiende vraag, maar ook omdat de beroepsbevolking nauwelijks toeneemt in de komende jaren ten gevolge van de vergrijzing en ontgroening (RVZ, 2006). Met andere woorden, er worden in de gezondheidssector op korte termijn grote problemen verwacht bij het vinden van voldoende personeel, wat zal leiden tot knelpunten in het zorgaanbod. Op de omvang van de verwachte personeelstekorten wordt nader ingegaan in hoofdstuk 6, in relatie tot de macrodoelmatigheid van de opleiding MH.

Bestaande en verwachte tekorten aan MH-functionarissen

Voor vrijwel alle MH-functies waarop de opleiding MH zich richt wordt door de informanten aangegeven dat zich momenteel problemen voordoen bij het vervullen van vacatures, danwel dat er in de nabije toekomst personeelstekorten worden voorzien. De omvang van de (verwachte) problemen verschilt tussen regio's, ziekenhuizen en MH-functies. Over het algemeen heeft men in de Randstad eerder en meer problemen met het vervullen van vacatures dan in de rest van het land. Of, zoals een informant van een ziekenhuis in de Randstad het uitdrukt: 'Drupt het bij jullie, dan regent het hier'. Verder hebben universitaire medische centra doorgaans minder moeite met het vervullen van vacatures dan reguliere ziekenhuizen. Daarnaast ervaren zieken-

huizen die veel aandacht besteden aan loopbaanontwikkeling en scholing minder problemen bij het aantrekken van nieuwe medewerkers dan ziekenhuizen die dit niet doen. Tenslotte zijn bij MH-functies die aantrekkelijk worden gevonden (bijvoorbeeld de functie van ambulancehulpverlener) de personeelstekorten kleiner dan bij andere MH-functies.

Voor de MH-functies in de acute zorg zijn de vacature-problemen momenteel nog vrij beperkt. Vanwege het relatief grijze personeelsbestand van ambulance- en spoedeisende hulp-verpleegkundigen dat over enkele jaren zal uitstromen én de verwachte schaarste aan verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen die kunnen instromen in de opleidingen tot spoedeisende hulp- en ambulanceverpleegkundige worden problemen in de personeelsvoorziening in de toekomst wel verwacht (SOVAM, 2006). In de ambulance-sector zet men, om de verwachte personeelsproblemen op te vangen, al in op een drie-sporen beleid: 1) bij- en nascholing van de huidige groep ambulanceverpleegkundigen, 2) opleiden van nieuwe ambulanceverpleegkundigen via de bestaande in-service opleidingen en 3) bijdragen aan de ontwikkeling van de hier besproken hbo-opleiding MH die onder andere opleidt tot ambulancehulpverlener.

Momenteel worden de meeste problemen ervaren bij het vervullen van vacatures voor anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en functielaboranten. Aangegeven wordt dat beschikbare opleidingsplaatsen niet kunnen worden ingevuld, de map met 'reserve-kandidaten' leeg is en er weer veel gebruik wordt gemaakt van detacheringskrachten. Voor deze functies verwacht men dat de vacatureproblemen in de toekomst verder zullen toenemen, gezien de verwachte uitstroom van ouder personeel. In verschillende ziekenhuizen probeert men op de verwachte tekorten in te spelen door nu extra opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen. Echter, dit is niet onbeperkt mogelijk, omdat er niet altijd voldoende begeleiding en leerzaam werk is.

De informanten wijzen twee hoofdoorzaken aan voor het gebrek aan anesthesiemedewerkers, operatieassistenten en functielaboranten: 1) het gebrek aan ontwikkelingsperspectief in deze functies en 2) de beperkte capaciteit en toegankelijkheid van de in-service opleidingen voor deze functies. Op het tweede punt wordt in de volgende paragraaf 'Ontwikkelingen in de opleidingen voor MH-functies' ingegaan. Het eerste punt, het gebrek aan ontwikkelingsperspectief, wordt hier nader belicht.

Loopbaanmogelijkheden in veel MH-functies beperkt

Met name de functies van anesthesiemedewerker, operatieassistent en functielaborant worden door de informanten aangemerkt als banen met beperkte loopbaanmogelijkheden. Men spreekt van 'fuikfuncties', omdat medewerkers nauwelijks mogelijkheden hebben om vanuit deze functies verticaal danwel horizontaal door te groeien. Een groot aantal MH-functionarissen loopt hierop vast en verlaat het vak en vaak ook de ziekenhuiszorg (zie ook het rapport van de MDW werkgroep verpleegkundigen en verzorgenden, 2002; Zorgbalans 2006 van Westert en Verkleij; en het rapport Inspanning beloond van Van der Windt e.a., 2002). Als oorzaken voor de beperkte doorgroeimogelijkheden in deze MH-functies worden door de informanten twee redenen genoemd. Ten eerste het algemene karakter van de zorg, met verregaande specialisatie van werkzaamheden en wettelijke eisen (t.a.v. opleiding en BIG-registratie) aan het mogen uitvoeren van bepaalde werkzaamheden. Als tweede oorzaak ziet men de smalle functiegerichte opleidingen, die bovendien vaak niet worden afgesloten met een formeel hbo-diploma (zie ook paragraaf 3.4).

Voor de ambulance- en spoedeisende hulp-verpleegkundigen zijn de loopbaanmogelijkheden ruimer, omdat zij door hun verpleegkundige vooropleiding ook in andere zorgsettings inzetbaar

zijn. Al wordt het werk van ambulanceverpleegkundige ook wel ervaren als een eindstation: ambulanceverpleegkundigen willen de zelfstandigheid waarmee zij op de ambulance werken niet graag inleveren en gaan daarom niet zo makkelijk terug naar een baan in het ziekenhuis. Dit wordt ook als een probleem ervaren door ambulancevoorzieningen die hun oudere ambulanceverpleegkundigen, die niet meer goed inzetbaar zijn op de hectische ambulanceritten, willen overplaatsen naar een andere passende functie. Met de afschaffing van de 55-jarige pensioenleeftijd voor ambulancepersoneel is dit probleem in omvang toegenomen.

Er wordt door de informanten aangegeven dat er binnen zorginstellingen belang wordt gehecht aan het creëren van carrièremogelijkheden voor MH-functionarissen. Men is zich bewust van de noodzaak hiervan met het oog op het werven van nieuwe medewerkers en behoud van zittende medewerkers. In sommige zorginstellingen zijn functies op masterniveau geïntroduceerd (bijvoorbeeld physician assistants) die loopbaanmogelijkheden voor enkele MH-functionarissen. Ook worden in sommige zorginstellingen ontwikkelperspectieven voor MH-medewerkers gecreëerd door richtingen/taken te benoemen waarin een MH-medewerker zich kan ontwikkelen. Zo kunnen anesthesiemedewerkers bij het UMC Utrecht kiezen voor ontwikkeling in een groot aantal richtingen: vakinhoudelijke verdieping, organisatorische taken, coachingstaken, nieuwe technologische ontwikkelingen (bijvoorbeeld ICT) of wetenschappelijk onderzoek. De keus voor een ontwikkelingsrichting komt deels voort uit de organisatie en deels uit de medewerker zelf: de organisatie heeft behoefte aan bepaalde expertise en sommige MH-functionarissen springen hierop in. Ook het eerder genoemde project waarin anesthesiemedewerkers zelfstandig sedaties uitvoeren biedt ontplooiingsmogelijkheden aan anesthesiemedewerkers. In dit verband is de dissertatie van V. Meeusen, bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers, interessant. Zij heeft een loopbaanpalet voor anesthesiemedewerkers ontworpen, als handvat voor organisaties om loopbaanbeleid voor deze groep functionarissen te ontwikkelen (Meeusen, 2004).

Een enkele informant gaf aan dat in hun ziekenhuis voor functielaboranten loopbaanmogelijkheden worden gezocht binnen de eigen discipline. Bijvoorbeeld door hen te laten rouleren tussen de polikliniek en de verpleegafdeling.

In relatie tot het bieden van loopbaanmogelijkheden aan MH-functionarissen werd door enkele informanten opgemerkt dat niet alle beroepsbeoefenaren hieraan behoefte hebben. Zo zijn er, met name in het beroep van operatieassistent, veel vrouwen werkzaam in een kleine parttime aanstelling, die het prettig vinden dat hun baan goed is te combineren met de zorg voor hun gezin en die niet zitten te wachten op een loopbaanstap. Door diezelfde informanten wordt trouwens aangegeven dat dit gebrek aan ambitie bij sommige MH-functionarissen problemen veroorzaakt waar het gaat om het op peil houden van hun deskundigheid.

3.4 Ontwikkelingen en knelpunten in de bestaande opleidingen voor MH-functies

In deze paragraaf worden de ontwikkelingen en knelpunten in de opleidingen voor MH-functies beschreven die de informanten in het onderzoek naar voren hebben gebracht. Voorafgaand wordt in onderstaande tabel voor de negen MH-functies die betrokken zijn in de eerste onderzoeksfase (waarop het voorstel voor de opleiding MH zich in eerste instantie richtte) een overzicht gegeven van de bestaande opleidingen, inclusief opleidingsaanbieder, soort erkenning van de opleiding, verhouding praktijk / school, opleidingsduur en instroomeisen.

Tabel 1 – Bestaande opleidingen voor de negen onderzochte MH-functies

	Functie	Opleiding	Opleidingsaanbieder	Erkenning opleiding	Type en duur opleiding	Instroomeisen opleiding
1	ambulance-verpleegkundige	Brancheopleiding ambulancerverpleegkundige	SOSA (Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening), / in samenwerking met enkele opleidingsinstellingen	Ambulancezorg Nederland	In-service, 6 maanden, waarvan 24 lesdagen	<ul style="list-style-type: none"> - Opleiding vpk niv 4 of 5 - Vervolgopleiding SEH-vpk of IC-vpk - Geregistreerd als vpk in BIG - Baan bij een ambulancedienst - Rijbewijs B
2	spoedeisende hulp verpleegkundige	Brancheopleiding SEH-verpleegkundige	Diverse ziekenhuizen (o.a. Erasmus MC, UMCN, VU medisch centrum)	CZO (College Ziekenhuisopleidingen)	In-service, 10-18 maanden	<ul style="list-style-type: none"> - Opleiding vpk niv 4 of 5 - Geregistreerd als vpk in BIG - Baan in de functie waarvoor in opleiding
3	anesthesiemedewerker	Brancheopleiding anesthesiemedewerker	Diverse ziekenhuizen in samenwerking met opleidingsinstellingen	CZO	In-service, 3 jaar	<ul style="list-style-type: none"> - Diploma MBO niv 4 of HAVO - Baan in de functie waarvoor in opleiding
4	operatieassistent	Brancheopleiding operatieassistent	Diverse ziekenhuizen in samenwerking met diverse opleidingsinstellingen	CZO	In-service, 3 jaar	<ul style="list-style-type: none"> - Diploma MBO niv 4 of HAVO - Baan in de functie waarvoor in opleiding
5	endoscopieverpleegkundige of -assistent	Brancheopleiding gastroenterologie	SSSV (Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen)	-	In-service, 5 maanden, waarvan 7,5 studiedag	<ul style="list-style-type: none"> - Opleiding tot vpk niv 4 of 5, doktersassistent of operatieassistent - Voor verzorgenden met ervaring dispensatie mogelijk - Baan in de functie waarvoor in opleiding
6	hartfunctielaborant	hbo-opleiding hartfunctielaborant	LOI i.s.m. SBHFL (Stichting Opleiding Hartfunctie Laboranten)	NVAO (Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie)	In-service, 3 jaar	<ul style="list-style-type: none"> - Diploma MBO niv 4 of HAVO - Baan in de functie waarvoor in opleiding
7	longfunctieassistent	hbo-opleiding longfunctieassistent	LOI i.s.m. BLA (stichting Opleiding Longfunctie Assistenten)	NVAO	In-service, 3 jaar	<ul style="list-style-type: none"> - Diploma MBO niv 4 of HAVO - Baan in de functie waarvoor in opleiding

	Functie	Opleiding	Opleidingsaanbieder	Erkenning opleiding	Type en duur opleiding	Instroomeisen opleiding
8	klinisch Neurofysiologisch laborant	hbo-opleiding laborant klinische neurofysiologie	LOI, i.s.m. SRBOL-KNF (Stichting Raad Opleiding Laboranten Klinische Neurofysiologie)	NVAO	In-service, 3 jaar	<ul style="list-style-type: none"> - Diploma MBO niv 4 of HAVO - Baan in de functie waarvoor in opleiding
9	vasculair diagnostisch laborant	brancheopleiding tot vasculair diagnostisch laborant	Hogeschool InHolland te Haarlem	VNIVD (Nederlands Belgische Vereniging voor non invasieve vaatdiagnostiek) en NVVG (Nederlandse Vereniging voor Vasculaire Geneeskunde)	In-service, 1 jaar	<ul style="list-style-type: none"> - Diploma HAVO (met wiskunde, natuurkunde en biologie), of: - MBO- of hbo-opleiding in de zorg. - Baan in de functie waarvoor in opleiding

Zoals de tabel laat zien zijn de opleidingen tot ambulanceverpleegkundige en spoedeisende hulpverpleegkundige vervolgoedingen voor verpleegkundigen. De opleiding tot endoscopieverpleegkundige/-assistent is een vervolgoeding voor verpleegkundigen, operatieassistenten en doktersassistenten. De overige opleidingen kunnen worden gevolgd door kandidaten met een havo- of mbo niveau 4-diploma.

Opvallend is dat alle opleidingen in-service opleidingen zijn. De student is in dienst van een ziekenhuis of ambulancedienst en werkt hier gedurende enkele dagen per week. Daarnaast volgt hij/zij lessen op de betrokken onderwijsinstelling (ofwel afstandsonderwijs in het geval van de opleidingen van het LOI). De opleidingskosten worden door het ziekenhuis betaald. Een vereiste om in te stromen in de opleidingen is in alle gevallen dan ook dat de student een baan heeft voor de functie waarvoor hij/zij wil worden opgeleid (een opleidingsplaats).

Kwaliteit van de bestaande MH-opleidingen redelijk goed bevonden

Over de kwaliteit van de inhoud van de bestaande MH-opleidingen zijn de informanten over het algemeen redelijk tevreden. Er worden hierover weinig klachten naar voren gebracht in de gesprekken. Eén informant geeft aan coördinatie van de inhoud van de bestaande in-service opleidingen tot klinisch neurofysiologisch laborant te missen. Met name de invulling van het praktijkdeel van de opleiding verschilt veel tussen ziekenhuizen.

De totale opleiding tot ambulanceverpleegkundige wordt eigenlijk 'te goed' gevonden door de informanten. De trits van een opleiding tot verpleegkundige, vervolgens een opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige in de acute of intensieve zorg en uiteindelijk een opleiding tot ambulanceverpleegkundige wordt beschouwd als een niet efficiënte opleidingsroute leidend tot overkwalificering voor de functie.

Over het rendement van de in-service opleidingen (percentage studenten dat slaagt) uiten enkele informanten klachten. Zo geven informanten van twee ziekenhuizen aan dat zij te maken hebben met hogere uitstroomcijfers bij het opleiden van anesthesiemedewerkers: zo'n 30 tot 40 procent van de instromende studenten rondt de opleiding niet af.

Beschikbare landelijke rendementscijfers in de literatuur voor de vervolgoopleidingen tot spoedeisende hulpverpleegkundige, tot anesthesiemedewerker en tot operatieassistent liggen respectievelijk op 90%, 80% en 67% (Van der Windt e.a., 2002). In het algemeen wordt met betrekking tot de uitval uit de opleidingen door verschillende informanten opgemerkt dat geringe uitvalpercentages op landelijk niveau voor individuele ziekenhuizen toch nog erg vervelend zijn. Zij investeren in de opleiding van een medewerker door diens opleidingskosten en salariskosten te betalen. Als die medewerker de opleiding niet afrondt is deze investering verloren.

Versnipperd aanbod van MH-opleidingen

Al hebben de meeste informanten geen klachten over de inhoud van de bestaande in-service opleidingen, verschillende informanten geven wel aan dat zij het bestaande opleidingstelsel voor MH-functies weinig samenhangend en transparant vinden. Zij vinden het moeilijk in te schatten wat iemand in een bepaalde opleiding heeft geleerd ('Wat betekent dat diploma?'). Maar bovenal zien zij dat het versnipperde opleidingsstelsel MH-medewerkers beperkt in hun loopbaanmogelijkheden. Omdat de overeenkomsten en verschillen tussen opleidingen niet helder zijn, zijn er weinig mogelijkheden voor verkorte opleidingstrajecten op maat van het individu. Met andere woorden: het versnipperde opleidingsaanbod voor MH-functies beperkt de mogelijkheden voor flexibele instroom in MH-opleidingen.

In dit verband is ook het onderzoek van Grunveld e.a. (2001) naar de mogelijkheden van functiedifferentiatie in de ambulancesector relevant, waarin ook wordt geconcludeerd dat de opleidingen in de acute zorg weinig transparant en flexibel zijn. Gepleit wordt voor het opzetten van opleidingen in modules waarvoor deelcertificaten kunnen worden behaald, het formuleren van instroomeisen in termen van competenties in plaats van in vooropleidingseisen, en het gebruiken van procedures voor Erkenning van Verworven Competenties (EVC) om de competenties van kandidaten te bepalen en op basis hiervan mogelijke vrijstellingen voor delen van een opleiding te verstrekken.

Met betrekking tot ambulanceverpleegkundigen geven enkele informanten ook aan dat zij een gebrek aan eenheid van niveau ervaren in de groep van ambulanceverpleegkundigen door de diverse opleidingsachtergronden en werkervaringen die zij meebrengen (bijvoorbeeld een verpleegkunde-opleiding op niveau 4 of 5 met een vervolgopleiding in de spoedeisende hulp, de intensive care of de cardiac care en werkervaring op één of meer van deze afdelingen) voordat zij de opleiding tot ambulanceverpleegkundige volgen. Bijscholing van ambulanceverpleegkundigen is door de zeer verschillende opleidings- en werkervaringsachtergronden erg lastig. Met name mist men vaak het vermogen tot abstract denken en snel aanleren van nieuwe zaken bij ambulanceverpleegkundigen met een mbo-vooropleiding.

De behoefte aan meer samenhang en afstemming tussen MH-opleidingen zoals geuit door de geraadpleegde informanten sluit aan bij de landelijke initiatieven om de samenhang, transparantie en flexibiliteit van het opleidingsstelsel in de zorg als geheel te verbeteren. Het eerder genoemde CBOG (College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg) houdt zich hier sinds 2006 mee bezig. Zij pleiten voor een flexibeler en transparanter opleidingsstelsel

waarmee sneller kan worden ingespeeld op veranderende behoeften aan specifieke zorgverleners. Bijvoorbeeld via EVC en het verlenen van vrijstellingen.

Voor het medisch opleidingsstelsel en het verpleegkundig opleidingsstelsel zijn reeds stappen gezet op weg naar meer samenhang tussen opleidingen (zie onder meer: Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003; Stuurgroep MOBG, 2005; VBOC-AVVV, 2006). Voor de MH-opleidingen zijn – naast het hier onderzochte initiatief van de HAN en HU – nog nauwelijks stappen richting meer afstemming ondernomen. Het CZO (College Ziekenhuis Opleidingen) is wel bezig om de verpleegkundige vervolgoopleidingen en de medisch ondersteunende opleidingen die onder haar beheer vallen te harmoniseren (zie ook www.czo.nl). Het gaat dan, onder meer, om de opleiding tot spoedeisende hulp-verpleegkundige, anesthesiemedewerker en operatieassistent. In hoeverre deze afstemming ook zal leiden tot samenvoeging van (onderdelen van) opleidingen is onbekend.

Capaciteit en continuïteit van de bestaande MH-opleidingen ontoereikend

De meeste informanten geven aan dat zij de capaciteit van de bestaande MH-opleidingen ontoereikend vinden. Aangegeven wordt dat veel ziekenhuizen alleen opleidingsplaatsen voor MH-functies beschikbaar stellen als ze deze functionarissen zelf nodig hebben. Met andere woorden: zij leiden vooral op voor de eigen markt. Hierbij wordt bovendien beperkt geanticiperd op in de toekomst verwachte vacatures, waardoor opgeleide functionarissen later beschikbaar komen dan wanneer ze nodig zijn. Al met al komt uit de gesprekken met de informanten het beeld naar voren dat het huidige volledig op in-service onderwijs geënte opleidingsstelsel voor MH-functies een te geringe en te weinig continue stroom van gekwalificeerde MH-functionarissen op de arbeidsmarkt aflevert.

In dit verband is van belang te vermelden dat de overheid streeft naar een groei in de opleidingscapaciteit voor de zorgsector. De voormalig minister van VWS, de heer Hoogervorst, pleit in zijn Arbeidsmarktbrief 2006 aan de Tweede Kamer voor verhoging van het aantal opleidingsplaatsen in de zorg. Het faciliteren van voldoende opleidingsplaatsen acht hij van wezenlijk belang, omdat voor een groter aandeel werkenden in de zorg ook de deelname aan zorgopleidingen zal moeten stijgen, terwijl hier de laatste tien jaar niet of nauwelijks sprake van is geweest.

Een initiatief om de opleidingsbereidheid van ziekenhuizen te bevorderen is de oprichting van een opleidingsfonds door het Ministerie van VWS voor de marktverstorende brancheopleidingen in de zorg (Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 2006, kenmerk MEVA/NBO-2693424). Niet eerder dan per januari 2009 (Minister van VWS, 2007, kenmerk MEVA/NBO-2781895) gaat de tweede tranche van dit fonds van start voor opleidingen met betrekking tot preventie, care, GGZ en gespecialiseerde verpleegkundigen. Hieronder vallen ook de opleidingen tot spoedeisende hulp-verpleegkundige, anesthesiemedewerker en operatieassistent. Ziekenhuizen kunnen uit het fonds een financiële bijdrage ontvangen voor het opleiden van medewerkers voor deze functies. Enkele informanten verwachten dat het fonds zal leiden tot een grote toename in het opleiden van deze medisch hulpverleners door ziekenhuizen. Andere informanten verwachten dat het budget van het opleidingsfonds niet toereikend zal zijn om de gewenste toename van de opleidingscapaciteit te realiseren. Voor de vulling van het opleidingsfonds worden namelijk de middelen die gemoeid zijn met het opleiden uit de instellingsbudgetten gehaald en opgenomen in het fonds. Door het Ministerie van VWS, hierin geadviseerd door het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG), wordt vervolgens besloten over de toewijzing van de opleidingsplaatsen aan de individuele opleidende zorginstellingen. Er wordt dus geen extra geld vanuit het Ministerie van VWS beschikbaar ge-

steld voor het opleiden van MH-functionarissen. Daarnaast wordt opgemerkt dat de opleidingsmogelijkheden van ziekenhuizen niet alleen worden bepaald door de financieringsmogelijkheden maar ook door de beschikbare opleidingscapaciteit in de vorm van het kunnen bieden van leerzaam werk en van begeleiding. Deze beide opleidingvoorwaarden hebben ziekenhuizen niet ongelimiteerd voorhanden.

Toegankelijkheid van de bestaande MH-opleidingen beperkt

Een ander nadeel dat informanten zien aan het in-service opleidingsstelsel is dat het weinig zichtbaar en toegankelijk is voor schoolverlaters. Dit heeft met name betrekking op de MH-opleidingen die direct na het voortgezet onderwijs gevolgd kunnen worden (anesthesiemedewerker, operatieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant, vasculair diagnostisch laborant) en in mindere mate op de opleidingen waarvoor een verpleegkundige vooropleiding vereist is (ambulanceverpleegkundige, spoedeisende hulpverpleegkundige en endoscopieverpleegkundige). Om in te stromen in de opleiding moeten geïnteresseerden een opleidingsplaats in een ziekenhuis hebben voor de functie die zij willen leren. Veel schoolverlaters van het voortgezet onderwijs zijn bij de oriëntatie op een opleiding meer gericht op opleidingen aan een ROC of hogeschool, dan opleidingen in ziekenhuizen. Zij willen niet meteen aan het werk en kiezen liever voor een opleiding op school dan voor werkend leren. Bovendien zijn zij niet bekend met alle functies in de zorg. Met name de functie van anesthesiemedewerker heeft te maken met een gebrek aan bekendheid onder schoolverlaters, waardoor het moeilijk is om voldoende studenten voor een opleiding tot anesthesiemedewerker te vinden. Een andere oorzaak van de beperkte toegankelijkheid van de huidige in-service opleidingen is dat ziekenhuizen, zoals vermeld, niet altijd opleidingsplaatsen aanbieden. Als een schoolverlater geïnteresseerd is in een MH-opleiding, maar op dat moment geen opleidingsplaats kan vinden, kan hij niet starten met de opleiding.

Samenvattend

Uit het bovenstaande blijkt dat het werkveld van MH-functionarissen volop in beweging is. De belangrijkste ontwikkelingen op dit moment zijn:

- een proces van functiedifferentiatie waarbij taken worden overgedragen van artsen naar lagere functieniveaus. Dit proces leidt momenteel ook voor verschillende MH-functionarissen tot uitbreiding van hun takenpakket.
- het streven naar een ketenbenadering in de zorgverlening: verschillende zorgverleners bieden een geïntegreerd, samenhangend zorgaanbod aan de patiënt. Het proces van ketenvorming tussen zorgafdelingen en –instellingen leidt ook voor MH-functionarissen tot verbreding van hun werkgebied. Dit geldt met name voor MH-functionarissen in de acute zorg, waar ambulancevoorzieningen, spoedeisende hulpafdelingen en huisartsenposten in toenemende mate samenwerkingsrelaties aangaan.
- het streven naar een meer flexibele zorgarbeidsmarkt en - in samenhang daarmee – naar een transparanter opleidingsstelsel voor de zorg, zodat medewerkers breder en flexibeler inzetbaar zijn. Voor MH-functionarissen zijn momenteel – de door de HAN en HU beoogde opleiding MH buiten beschouwing latend, nog niet of nauwelijks stappen gezet richting een transparanter opleidingsstelsel en flexibeler inzet op de arbeidsmarkt.

De belangrijkste knelpunten die worden gesignaleerd met betrekking tot het werkveld van MH-functionarissen zijn:

- de verwachte personeelstekorten. Voor verschillende MH-functies (bijvoorbeeld de anesthesiemedewerker) bestaan momenteel al problemen bij het vervullen van vacatures. Voor andere MH-functies worden in de nabije toekomst personeelstekorten verwacht, door grote uitstroom van oudere medewerkers en een toename van de zorgvraag.
- de beperkte capaciteit van het in-service opleidingsstelsel voor MH-functionarissen. Ziekenhuizen zijn geneigd alleen op te leiden voor de eigen markt, wat leidt tot een onvoldoende grote en continue instroom van MH-functionarissen op de arbeidsmarkt.
- de beperkte toegankelijkheid van het in-service opleidingsstelsel voor MH-functies. Schoolverlaters zijn beperkt op de hoogte van beschikbare in-service opleidingen bij zorginstellingen, zijn niet altijd geïnteresseerd in een in-service constructie, of zijn wel geïnteresseerd in een in-service opleiding maar kunnen geen opleidingsplaats vinden.
- de beperkte loopbaanmogelijkheden voor de huidige smal geschoolde MH-functionarissen. Dit leidt voor zorginstellingen tot hoge uitstroom vanuit MH-functies en tot weinig mogelijkheden om medewerkers breder en flexibeler in te zetten binnen of buiten de eigen organisatie.

De beschreven knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen overziend lijken er voldoende aanknopingspunten te bestaan voor de ontwikkeling van een hbo-opleiding voor MH-functies.

4 Overeenkomsten en verschillen tussen Medisch Hulpverlenende functies

In de eerste onderzoeksfase is een aanzet voor een algemeen beroepscompetentieprofiel (BCP) van een Medisch Hulpverlener op bachelorniveau opgesteld, bedoeld als basis voor bevraging van de informanten uit het werkveld van de MH-functies waarvoor de opleiding MH wil opleiden. Aan de geïnterviewde informanten is gevraagd om aan te geven wat het belang is van de in het BCP genoemde taken en competenties voor de MH-functies waarop zij zicht hebben.

In dit hoofdstuk wordt, na een korte introductie van de insteek van het algemeen BCP MH, ingegaan op achtereenvolgens, de taken, de werksettings en de vereisten voor competent handelen voor de verschillende typen MH-functies beschreven, op basis van de reacties van de geraadpleegde informanten.

4.1 Introductie van de aanzet voor een algemeen BCP MH

De in de verkenning gehanteerde aanzet voor een algemeen BCP MH gaat uit van de negen MH-functies waarop de opleiding MH zich oorspronkelijk richtte, ingedeeld in drie settings van de zorg. Te weten:

1. in de acute zorg: de MH-functies van ambulancehulpverlener en spoedeisende hulpverlener.
2. in de interventie: de MH-functies van anesthesiemedewerker en operatieassistent.
3. in de diagnostiek: de MH-functies van endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctie-assistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant.

In de aanzet voor het BCP MH dat als basis kan dienen voor de beoogde hbo-opleiding MH met een brede gemeenschappelijke basis is zoveel mogelijk gezocht naar de overlap in de taken en de vereisten voor de onderzochte MH-functies. Het BCP wil echter nadrukkelijk ook ruimte bieden voor taken en competenties die uniek zijn voor één of enkele MH-functies.

De aanzet voor het BCP MH is gemaakt op basis van beschrijvingen, competentieprofielen en opleidingsprofielen van de bovenstaand genoemde MH-functies⁴. Omdat de functies van ambu-

4 Gehanteerde bronnen voor het opstellen van de aanzet voor een algemeen BCP MH:

- Bieleman, B. en J. Snippe (1993b) Functies in praktijk. Inventarisatie van werkzaamheden en patiëntenonderzoeken verricht door functielaboranten en aanverwante beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. Groningen, Brouwer Onderzoek Ontwikkeling en Advies;
- Brouwer, K. (1994) Opleidingen in diagnose. Opleidingsbeleid voor functielaboranten en andere diagnostisch medewerkers, in samenhang met arbeidsmarkt-, organisatorisch- en personeelsbeleid. Groningen, Brouwer Onderzoek Ontwikkeling en Advies;
- Brouwer, K. (1995) Profiel van de hartfunctielaborant, Breda, NHV;
- Brouwer, K. (1997) Het binnenste buiten, Amsterdam, NVGE-SEA;
- Brouwer, K. (1999) Zorg voor de opleiding. Profiel van de opleiding voor de endoscopieassistent / -verpleegkundige gastro-enterologie. Amsterdam, NVGE-SEA;
- Pool et al. (2001) Met het oog op de toekomst. Utrecht, NIZW;
- Windt, van der, e.a. (2002) Inspanning beloofd? Onderzoek naar de arbeidsmarkt van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Utrecht, NVZ;
- www.ambulancezorg.nl: eindtermen ambulanceverpleegkundige;
- www.han.nl: opleidingen tot anesthesiemedewerker en operatieassistent;
- www.loi.nl: opleidingen tot hartfunctielaborant, longfunctieassistent en klinisch neurofysiologisch laborant;
- www.slingeland.nl: verpleegkundige vervolgopleiding tot Spoedeisende Hulp verpleegkundige.

lancehulpverlener en spoedeisende hulpverlener waarvoor de opleiding MH wil opleiden nog niet als zodanig bestaan is in het onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen MH-functies gekeken naar de functies van de huidige ambulanceverpleegkundigen en spoedeisende hulp verpleegkundigen. Aangenomen wordt dat afgestudeerde ambulancehulpverleners en spoedeisende hulpverleners vanuit de opleiding MH vergelijkbare functies zullen vervullen als de bestaande ambulanceverpleegkundigen en spoedeisende hulp verpleegkundigen.

4.2 Taken van de verschillende typen MH-functionarissen

Uitgaande van de taken die onderdeel uitmaken van de negen genoemde MH-functies zijn in de aanzet voor een algemeen BCP MH zes takenclusters onderscheiden die de kern uitmaken van het werk van een MH-er:

1. diagnostisch onderzoek;
2. bewaken van de gezondheidstoestand van de patiënt;
3. therapeutisch handelen;
4. informeren en begeleiden van de patiënt en diens naasten;
5. plannen en coördineren van de dienstverlening aan de patiënt;
6. beheren patiëntenadministratie en apparatuur.

Naast deze zes takenclusters die de kern van het MH-werk uitmaken voert de MH-er taken uit op het gebied van:

7. meedenken over en -ontwerpen van programma's voor realisering van de gewenste dienstverlening en de gewenste kwaliteit van die dienstverlening (rol van professional in de organisatie);
8. bijdragen aan het opleiden en begeleiden van studenten en collega's (rol van coach);
9. werken aan eigen deskundigheidsbevordering en bijdragen aan de innovatie van het beroep (rol van beroepsbeoefenaar en beroepsontwikkelaar).

Dit zijn meer algemene taken die niet specifiek zijn voor een MH-er, maar die behoren tot het takenpakket van vrijwel elke functionaris op HBO-niveau. Deze meer algemene taken hebben we in de verkennende onderzoeksfase buiten beschouwing gelaten.

De geraadpleegde informanten kunnen zich vinden in de zes onderscheiden takenclusters, al worden, vanzelfsprekend, niet alle takenclusters even belangrijk geacht voor alle negen MH-functies (zie verder).

In de gesprekken brachten enkele informanten naar voren belang te hechten aan een bacheloropleiding MH, omdat dit kan bijdragen aan het ontwikkelen en op peil houden van de eigen deskundigheid door MH-functionarissen (taak 9). Ook aan deze meer algemene taken moet in de beoogde opleiding MH dan ook aandacht worden besteed.

In onderstaande tabel is de overall reactie van de geraadpleegde informanten op de vraag wat het voorkomen is van de genoemde taken in elk takencluster per type MH-functie weergegeven. Omdat de aangegeven taken van anesthesiemedewerkers en operatieassistenten in categorie II sterk verschillen zijn de reacties voor deze twee functies afzonderlijk weergegeven.

Tabel 2 – Het voorkomen van taken uit de zes takenclusters in de verschillende typen MH-functies

(++= taak is heel belangrijk, een kerntaak; += taak is minder belangrijk, maar komt voor; -= taak is niet belangrijk, komt niet of nauwelijks voor; nb=niet bepaald)

	Taken	MH type I. acute zorg	MH type IIa. anesthesie- medewerker	MH type IIb. operatieassis- tent	MH type III. diagnostiek
1	Diagnostisch onderzoek				
1a	Zelfstandig verrichten van, danwel assisteren van een medisch specialist bij, diagnostisch onderzoek (o.a. anamnese, metingen lichaamsfuncties) alsmede het technisch beoordelen van de kwaliteit van de onderzoeksgegevens.	+/++	+	-	+/++
1b	Interpreteren van onderzoeksgegevens om een werkdiagnose vast te stellen en de zorgvraag te bepalen.	+/++	- /+ +/++ bij inzet in pre-operatieve screening	-	-/+
1c	Triage: bepalen van de prioriteit van de zorgvraag van een patiënt.	++ <i>Opmerking: bij meerdere patiënten tegelijk bepalen wie voorrang krijgt.</i>	- <i>Opmerking: soms niet-acute triage, nl. bepalen welke patiënten wel/niet door de anesthesioloog moeten worden gezien</i>	-	-
2	Bewaken gezondheidstoestand patiënt				
2a	Zelfstandig zorgdragen voor, danwel assisteren van een medisch specialist bij, bewaking van de algehele toestand van een patiënt (o.a. vitale functies) alsmede het signaleren van symptomen die wijzen op verandering in de toestand van een patiënt en hierop de vereiste actie ondernemen.	++	+/++	-	-/+ <i>Opmerking: patiënt in de gaten houden tijdens onderzoek</i>
3	Therapeutisch handelen				
3a	Zelfstandig verrichten van, danwel assisteren van een medisch specialist bij, interventies bij levensbedreigende problemen.	++ <i>Toevoeging: Volgens landelijke protocollen</i>	+/++	+	-/+
3b	Zelfstandig verrichten van, danwel assisteren van een medisch specialist bij, diverse therapeutische behandelingen (inclusief operaties).	+ <i>Toevoeging: Volgens landelijke protocollen</i>	+	++	+
3c	Medicatie toedienen.	++ <i>Toevoeging: Volgens landelijke protocollen</i>	+/++	-	- <i>Opmerking: dit zou wellicht wel wenselijk zijn.</i>

	Taken	MH type I. acute zorg	MH type IIa. anesthesie- medewerker	MH type IIb. operatieassis- tent	MH type III. diagnostiek
4	Informereren en begeleiden van patiënt en naasten				
4a	Helpen en begeleiden van een patiënt (bijvoorbeeld bij aan- en uitkleden, toiletbezoek) en tillen van een patiënt als nodig.	+	+	-	+/++
4b	Informereren en begeleiden van patiënten en hun omgeving over de zorg die wordt verleend en de gang van zaken.	+/++	+	-	+/++
5	Plannen en coördineren van de dienstverlening aan de patiënt				
5a	Coördineren van de door collega's binnen en/of buiten de eigen afdeling te verlenen zorg aan een patiënt.	+/++ <i>Toevoeging: Gebruik maken van de 'sociale kaart' om patiënt op de juiste plek te krijgen</i>	+	-	+/++ <i>Opmerking: Met name wat betreft logistieke aspecten van de zorg aan een patiënt</i>
	<i>Toevoeging: Voorbereiden van de dienstverlening aan de patiënt (behandelruimte, apparatuur, instrumentarium, middelen, medicamenten) (College Ziekenhuisopleidingen, 2004)</i>	nb	nb	++	nb
5b	Overleg met collega's binnen en/of buiten de eigen afdeling en met medisch specialisten over de verleende en te verlenen zorg aan een patiënt. <i>Toevoeging: Inclusief mondelinge en schriftelijke rapportage aan collega's over de toestand van de patiënt</i>	+	+	-/+	+
	<i>Toevoeging: Samenwerken met en ondersteunen van medisch specialisten</i>	nb	++	++	nb
6	Beheren patiëntenadministratie en apparatuur				
6a	Bijhouden en beheren patiëntenadministratie.	+/++	-/+	-/+	+
6b	Beheer van apparatuur en instrumentarium.	+/++	+/++	+/++	+/++

Zoals blijkt uit tabel 2 is er sprake van overlap in de taken die onderdeel uitmaken van de onderzochte MH-functies in de verschillende categorieën. Vrijwel alle typen MH-functies bevatten taken op het gebied van therapeutisch handelen, planning en coördinatie van de zorg en beheer van patiëntenadministratie en apparatuur.

Naar voren komt dat de onderzochte MH-functies in de acute zorg (ambulanceverpleegkundigen en spoedeisende hulp-verpleegkundigen) het breedste takenpakket hebben. De informanten geven aan dat deze MH-functionarissen taken uitvoeren in elk van de zes onderscheiden takenclusters. Kortom, zij hebben taken op het gebied van diagnostiek, patiëntenbewaking, therapeutisch handelen, informeren en begeleiden van patiënten, planning en coördinatie en beheer.

De onderzochte MH-functies in de interventie (anesthesiemedewerkers en operatieassistente) verschillen volgens de informanten sterk in hun takenpakket. Voor anesthesiemedewerkers worden met name taken op het gebied van patiëntenbewaking, therapeutisch handelen en het informeren en begeleiden van patiënten van belang geacht. En in mindere mate taken op het gebied van diagnostiek (wel bij de inzet van de anesthesiemedewerker bij de pre-operatieve screening), planning en coördinatie van de zorg en beheer. Operatieassistenten hebben volgens de informanten een veel smaller takenpakket. Hun taken vallen met name in de clusters therapeutisch handelen, planning en coördinatie van de zorg en beheer. Zij hebben weinig taken op het gebied van diagnostiek, patiëntenbewaking en het informeren en begeleiden van patiënten. Eén informant merkt in dit verband op dat het werk van operatieassistenten meer toeschuift naar het werk van functielaboranten, gezien de grote (en toenemende) rol van techniek in hun werk.

De MH-functies in de diagnostiek, de functielaboranten, hebben een iets smaller takenpakket dan de MH-functionarissen in de acute zorg en de anesthesiemedewerkers, maar iets breder dan dat van de operatieassistenten. Hun taken liggen vooral in de clusters diagnostisch onderzoek, het informeren en begeleiden van patiënten, planning en coördinatie (waarbij het gaat om de logistieke kant van de zorg aan patiënten) en beheer. Patiëntenbewaking en therapeutisch handelen ontbreken vrijwel.

Diverse informanten merken op dat het van belang is dat alle MH-functionarissen veel aandacht besteden aan de sociale aspecten van de zorg aan patiënten, omdat artsen hiervoor vaak weinig tijd hebben of nemen. MH-functionarissen moeten dit hiaat in de zorgverlening opvullen, door tijd te nemen voor een gesprek met de patiënt, vragen te beantwoorden, te luisteren, enzovoorts. Met andere woorden: Er moet in de opleiding voldoende aandacht worden besteed aan de sociaal communicatieve taken van MH-functionarissen, naast hun medische en technische taken.

In aanvulling op de in het concept BCP MH onderscheiden taken werd door enkele informanten opgemerkt dat met de verschuiving richting vraaggerichte en integrale zorg en de toegenomen marktwerking in de zorgsector mogelijkheden worden gezien voor inzet van MH-functionarissen in de aandachtsgebieden patiëntenlogistiek en kwaliteitszorg. Zo zouden MH-ers bijvoorbeeld taken kunnen vervullen in de begeleiding van patiënten langs de onderdelen van een “zorgproces” dat zij doorlopen en bij de overdracht van patiëntgegevens tussen verschillende disciplines/instellingen en eventueel ook richting zorgverzekeraars.

4.3 Werksettings van de verschillende typen MH-functies

De taken die MH-functionarissen uitvoeren zeggen niet alles over de inhoud en het niveau van het werk van MH-functionarissen. Ook de situatie waarin die taken moeten worden uitgevoerd – de werksetting – typeert het werk van de MH-functionarissen.

Voor wat betreft de negen geselecteerde MH-functies zijn de volgende aspecten van de settings waarin zij hun taken uitvoeren van belang:

- moet de MH-er handelen in acute situaties danwel in niet-acute situaties;
- moet de MH-er zelfstandig medisch handelen, danwel assisteert hij/zij een medisch specialist;
- moet de MH-er handelen binnen één medisch vakgebied (ziektecategorie) of binnen meerdere medische vakgebieden (ziektecategorieën).

In de gesprekken met de informanten uit het werkveld kwam naar voren dat de situatie waarin de negen MH-functies hun werk uitvoeren verschillen op bovenstaande drie aspecten. In onderstaande tabel is voor de verschillende typen MH-functies aangegeven hoe de werksetting er in grote lijnen uitziet.

Tabel 3 – Kenmerken werksettings van de verschillende typen MH-functies

	Aspecten werksetting	MH type I. acute zorg		MH type II. interventie		MH type III. diagnostiek
a	acute situaties / niet acute situaties	acuut		acuut en niet acuut		niet acuut
b	zelfstandig medisch handelen/ assisteren van specialist	AV*: zelfstandig	SV*: voornamelijk zelfstandig, deels assisteren	AM*: voornamelijk zelfstandig	OA*: voornamelijk assisteren	deels zelfstandig, deels assisteren
c	één vakgebied / meerdere vakgebieden	meerdere vakgebieden		AM: meerdere vakgebieden	OA: meestal één vakgebied	één vakgebied

*: AV = ambulanceverpleegkundige, SV = spoedeisende hulp-verpleegkundige, AM = anesthesiemedewerker, OA = operatieassistent

Zoals de tabel laat zien zijn de MH-functionarissen in de acute zorg (ambulanceverpleegkundigen en spoedeisende hulp-verpleegkundigen) vooral werkzaam in acute situaties waarin men te maken krijgt met een breed scala aan patiënten en dus met meerdere vakgebieden. De mate waarin deze MH-functionarissen zelfstandig moeten handelen, zonder aanwezigheid van een specialist, verschilt. Op de ambulance is de noodzaak tot zelfstandig medisch handelen het grootst.

De MH-functionarissen in de categorie interventie (anesthesiemedewerkers en operatieassistenten) werken meestal in niet-acute situaties (geplande operaties), al ontstaat er tijdens een operatie soms een acute situatie. Ook hebben zij soms te maken met niet-geplande noodoperaties.

De mate van zelfstandigheid van functioneren van anesthesiemedewerkers en operatieassistenten verschilt sterk. De anesthesiemedewerker verricht vrij zelfstandig medische handelingen (de anesthesioloog houdt toezicht op de patiënten in meerdere OK's, terwijl op elke OK een anesthesiemedewerker aanwezig blijft). Ook in de pre-operatieve zorg aan de patiënt werkt de anesthesiemedewerker zelfstandig. De operatieassistent werkt gedurende operaties voornamelijk assisterend aan de chirurg. In de voorbereiding van apparatuur en instrumentarium voor de operatie werkt de operatieassistent wel zelfstandig.

Ook de breedte van de patiëntenpopulatie verschilt tussen anesthesiemedewerkers en operatieassistenten. Anesthesiemedewerkers hebben doorgaans te maken met patiënten in meerdere ziektecategorieën. Operatieassistenten worden vaak ingezet voor operaties aan één specifiek lichaamsgebied, dus doorgaans binnen één deelspecialisme.

Over het algemeen wordt de functie van anesthesiemedewerker als breder en zwaarder gezien, wat zich ook vaak uit in een hogere inschaling. Dit is opvallend gezien de overeenkomst in de opleidingsduur en –route van anesthesiemedewerkers en operatieassistenten (zie ook het opleidingsoverzicht in paragraaf 3.4).

MH-functies in de derde categorie (functielaboranten) werken vooral in niet-acute situaties. Zij werken deels zelfstandig (bijvoorbeeld uitvoeren van diagnostisch onderzoek) en deels assisterend aan een specialist (bijvoorbeeld uitvoeren van een therapeutische behandeling). Functielaboranten werken vrijwel altijd binnen één afdeling op één medisch vakgebied.

4.4 Benodigde kennis en vaardigheden voor de verschillende typen MH-functies

Tabel 4 – Benodigde kennis, vakspecifieke en algemene vaardigheden voor de verschillende typen MH-functies

(het belang van de kennisaspecten en vaardigheden wordt uitgedrukt in: (++= taak is heel belangrijk, een kerntaak; += taak is minder belangrijk, maar komt voor; -= taak is niet belangrijk, komt niet of nauwelijks voor)

	Onderscheiden kennisaspecten en vaardigheden	MH type I. acute zorg	MH type IIa. anesthesiemedewerker	MH type IIb. operatieassistent	MH type III. diagnostiek
1	Kennis van en inzicht in:				
1a	anatomie van het menselijk lichaam	++	+ / ++	+ / ++	+ / ++
1b	fysiologie van het menselijk lichaam	++	+ / ++	+	+ / ++
1c	pathologie: ziekten en letsels met bijbehorende symptomen, wijze van diagnose en behandel-mogelijkheden	++	+ / ++	+ / ++	+ / ++
		<i>Toevoeging: inclusief psychiatrie</i>			
1d	methodes voor diagnostisch onderzoek, inclusief hun mogelijkheden en beperkingen	+ / ++	+	- / +	+ / ++
1e	methodes voor bewaking van de gezondheids-toestand (met name vitale functies) van patiën-ten, inclusief hun mogelijkheden en beperkingen	++	+ / ++	- / +	-

	Onderscheiden kennisaspecten en vaardigheden	MH type I. acute zorg	MH type IIa. anesthesiemedewerker	MH type IIb. operatie-assistent	MH type III. diagnostiek
1f	methodes voor specifieke behandelingen (inclusief operaties) en interventies, inclusief hun mogelijkheden en beperkingen	++ <i>Opmerking: methodes volgens landelijke protocollen</i>	+ / ++	+ / ++	- / +
1g	beleid, protocollen en richtlijnen van ziekenhuizen m.b.t. de zorgverlening	+ / ++	+ / ++	+ / ++	+ <i>Toevoeging: hygiëne-eisen</i>
1h	wet- en regelgeving op het gebied van zorg	+	+ / ++	+ / ++	+
2	Vakspecifieke vaardigheden				
2a	onderzoekstechnieken toepassen ten bate van het stellen van een diagnose met gebruikmaking van de hiertoe beschikbare apparatuur/ instrumenten/ hulpmiddelen	++	- / +	- / +	+ / ++
2b	methodes voor patiëntenbewaking toepassen met gebruikmaking van de hiertoe beschikbare apparatuur/ instrumenten/ hulpmiddelen	++	+ / ++	- / +	-
2c	diverse therapeutische behandelingen verrichten met gebruikmaking van de hiertoe beschikbare apparatuur/ instrumenten/ hulpmiddelen	+ / ++	- / +	- / +	- / +
2d	interventies plegen bij levensbedreigende problemen	++	+ / ++	-	-
2e	medicatie toedienen	++	+ / ++	-	-
2f	puncties en injecties zetten	++	+ / ++	-	-
3	Algemene vaardigheden / Houdingsaspecten				
3a	schriftelijk en mondeling communiceren (met patiënten en collega's)	++	+ / ++	+ / ++	+ / ++
3b	samenwerken	++	+ / ++	+ / ++	+ / ++
3c	gebruik maken van ICT-hulpmiddelen	+ / ++	+ / ++	+ / ++	+ / ++
3d	probleemgericht werken	++	+ / ++	+ / ++	- / +
3e	reflectie op eigen handelen en leren van ervaringen	++	+ / ++	+ / ++	+ / ++
3f	zich dienstverlenend opstellen	++	+ / ++	+	+ / ++
3g	nauwkeurig en zorgvuldig handelen	++	+ / ++	+ / ++	+ / ++
3h	zelfstandig werken	++	+	+	+
3i	handelen in stressvolle situaties	++	+ / ++	+ / ++	+
3j	flexibiliteit	++	+ / ++	+ / ++	+ / ++

Er blijkt een grote mate van overlap in de kennis en vaardigheden die voor de verschillende MH-functies nodig worden geacht. De overlap is, zoals verwacht, het grootst bij de meer algemene vaardigheden/ houdingsaspecten. Alle genoemde algemene vaardigheden worden voor alle typen MH-functies – zij het in enigszins verschillende mate – van belang geacht.

Ook vrijwel alle genoemde kennis-/inzichtterreinen worden voor de verschillende typen MH-functies van belang geacht. Met name kennis van anatomie, fysiologie en pathologie van het menselijk lichaam behoren volgens de informanten tot de basisuitrusting van alle genoemde MH-functionarissen. Nota bene: ook verpleegkundigen hebben naar de mening van de informanten deze basiskennis nodig. Zij vinden dat deze kennis bij verpleegkundigen nu onvoldoende aanwezig is.

Logischerwijs zijn de informanten selectiever waar het gaat om de vakspecifieke vaardigheden die voor het uitvoeren van de verschillende typen MH-functies nodig zijn. Overeenkomstig de verschillende taken die de onderscheiden typen MH-functionarissen uitvoeren (zie tabel 3) wordt het beheersen van de bijbehorende specifieke vaardigheden wel of niet nodig geacht. Bijvoorbeeld hoeven functielaboranten en operatieassistenten naar de mening van de informanten geen interventies te kunnen plegen bij levensbedreigende problemen, omdat zij hiermee nauwelijks te maken krijgen bij de uitoefening van hun taken.

Samenvattend

De gevonden overeenkomsten tussen de taken van de onderzochte MH-functies in de acute zorg, de interventie en de diagnostiek en - in grotere mate - tussen de benodigde kennis en vaardigheden voor competent handelen in deze functies, geven voldoende onderbouwing voor het opzetten van een brede opleiding MH, waarin voor verschillende MH-functies deels gemeenschappelijk wordt opgeleid.

5 Behoeftte in het werkveld aan een hbo-opleiding Medische Hulpverlening

De vorige twee hoofdstukken hebben een indruk gegeven van de ontwikkelingen en knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen én van de overeenkomsten die er bestaan tussen verschillende MH-functies qua taken en benodigde competenties. Op basis van deze bevindingen lijken er voldoende aanknopingspunten te zijn voor de ontwikkeling van een brede hbo-opleiding MH, waarin verschillende MH-functionarissen deels gemeenschappelijk worden opgeleid. Maar hoe wordt er nu in het werkveld van MH-functionarissen aangekeken tegen het idee van de hbo-opleiding Medische Hulpverlening, waarin voor verschillende MH-functies deels gezamenlijk wordt opgeleid? Verwacht men in het werkveld dat deze opleiding kan bijdragen aan het oplossen van de bestaande knelpunten rondom MH-functies?

In dit hoofdstuk worden de meningen van de in het onderzoek benaderde informanten over de opleiding beschreven. Het gaat grotendeels om de reacties van de informanten uit het werkveld die in de eerste onderzoeksfase zijn benaderd, waarin de vraag naar de behoefte aan een opleiding MH werd verkend op basis van het oorspronkelijke voorstel voor een opleiding MH. Namelijk een brede opleiding MH voor negen MH-functies (ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, anesthesiehulpverlener, operatiehulpverlener, endoscopiehulpverlener, hartfunctiehulpverlener, longfunctiehulpverlener, klinisch neurofysiologisch hulpverlener, vasculair diagnostisch hulpverlener) met drie uitstroomspecialisaties: medisch hulpverlener in de acute zorg, in de interventie of in de diagnostiek.

De reacties van de informanten in de eerste onderzoeksfase zijn aangevuld met de reacties van de informanten die in de tweede onderzoeksfase zijn benaderd (vertegenwoordigers van landelijke belangenverenigingen en informanten uit zorginstellingen) en gevraagd om hun mening over het uitgewerkte opleidingsprofiel MH. In het profiel is aangegeven dat in de opleiding MH sprake is van een brede gemeenschappelijke basis, maar dat differentiatie plaatsvindt per type MH-functie (acute zorg of interventie) en vervolgens specialisatie per MH-functie. In het profiel is ook aangegeven dat de opleiding MH zich in eerste instantie richt op vijf functies in de acute zorg en interventie, namelijk ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist, anesthesiehulpverlener en hartkatheterisatiehulpverlener. De andere MH-functies (operatiehulpverlener en de verschillende hulpverlenende functies in de diagnostiek) zijn door de beide hogescholen voorlopig buiten het opleidingsprofiel gelaten. Reden hiervoor is dat het hbo-niveau van deze functies door verschillende van de benaderde informanten in twijfel wordt getrokken. Op basis van een vergelijking van de taken en de benodigde competenties voor deze functies met de Dublin descriptoren voor bachelorkwalificaties hebben de beide hogescholen geconcludeerd dat deze functies zich momenteel inderdaad niet of niet voldoende op bachelorniveau bevinden en dat een hbo-opleiding voor deze functies dan ook (nog) niet gerechtvaardigd is (zie bijlage 1 voor het uitgewerkte profiel van de opleiding MH en een overzicht van de Dublin-descriptoren).

Op onderdelen doen zich verschillen voor in de reacties van de informanten in de eerste onderzoeksfase op het oorspronkelijke opleidingsvoorstel en die van de informanten in de tweede

onderzoeksfase op het uitgewerkte opleidingsprofiel. Waar relevant zijn de verschillende reacties op het oorspronkelijke en op het uiteindelijke opleidingsvoorstel afzonderlijk beschreven.

Onderstaand zijn eerst de door de informanten als positief ervaren aspecten van de opleiding MH beschreven en vervolgens de vraagtekens die men (nog) bij de opleiding heeft.

5.1 Door de informanten als positief ervaren aspecten van de beoogde opleiding MH

De verschillende positieve reacties van de benaderde informanten op het voorstel voor de opleiding MH kunnen worden ingedeeld in vijf verwachte voordelen van de opleiding. Onderstaand zijn deze vijf verwachte voordelen beschreven.

1) grotere capaciteit en continuïteit van het opleidingsstelsel voor MH-functies

Een hbo-opleiding voor MH-functies wordt door het merendeel van de informanten gezien als een goede mogelijkheid om de instroom in MH-functies te vergroten. Met name omdat de opleidingscapaciteit met deze opleiding minder direct afhankelijk wordt van de opleidingsbereidheid van ziekenhuizen en ambulancevoorzieningen. Vanuit de hbo-opleiding MH kan een continue instroom van MH-functionarissen op de arbeidsmarkt worden gecreëerd, die tegenwicht biedt aan de fluctuerende instroom van MH-functionarissen uit de in-service opleidingen, ten gevolge van de conjunctuurbepaalde wisselingen in opleidingsbereidheid bij ziekenhuizen.

Het wordt door enkele informanten ook gezien als voordeel voor ziekenhuizen: hun opleidingsverantwoordelijkheid voor MH-functies wordt verlicht. Zij zijn niet meer alleen verantwoordelijk voor het leveren van voldoende MH-functionarissen op de arbeidsmarkt. Dit betekent dat zij minder hoeven te investeren in scholing van medewerkers tot MH-functionaris onder doorbetaling van salariskosten (die vooral voor verpleegkundigen die een opleiding tot MH-functionaris gaan volgen hoog zijn) met het risico dat de betreffende medewerker de opleiding niet afrondt of na afronding elders gaat werken. Een vanuit het Ministerie van OCW bekostigde hbo-opleiding tot MH-functionaris kan voor de zorginstellingen dan ook leiden tot grote besparingen op hun scholingskosten.

2) grotere aantrekkingskracht van de brede hbo-opleiding MH op schoolverlaters

Vrijwel alle benaderde informanten verwachten dat een hbo-opleiding MH kan bijdragen aan de instroom van een grotere groep schoolverlaters in een opleiding tot MH-functionaris. Ten eerste omdat een hbo-opleiding toegankelijker is: studenten kunnen instromen zonder dat zij een opleidingsplaats in een ziekenhuis hebben verworven. Ten tweede omdat een hbo-opleiding MH bij een hogeschool zichtbaarder is voor schoolverlaters dan in-service opleidingen voor MH-functies in ziekenhuizen. Met name voor de minder bekende MH-functies (bijvoorbeeld anesthesiemedewerker) lukt het ziekenhuizen moeilijk om voldoende schoolverlaters te vinden voor de beschikbare opleidingsplaatsen. En tenslotte omdat verwacht wordt dat voor veel schoolverlaters een hbo-opleiding MH aantrekkelijker is dan een in-service opleiding tot MH-functionaris, vanwege de bredere opzet, het medische karakter, de status van een hbo-opleiding en de mogelijkheid om nog vier jaar student te zijn in plaats van meteen aan het werk te gaan. Verwacht wordt dat de genoemde kenmerken van de hbo-opleiding MH met name zullen leiden tot grotere wervingskansen onder mannelijke en onder allochtone schoolverlaters.

Verwacht wordt dat de positieve effecten van de opleiding MH op de opleidingscapaciteit en -toegankelijkheid zullen bijdragen aan het oplossen of reduceren van de verwachte tekorten aan MH-functionarissen. In dit verband is ook het idee interessant dat het opleiden van spoedeisende hulpverleners en ambulancehulpverleners via de hbo-opleiding MH ertoe kan leiden dat er minder basisverpleegkundigen aan de markt worden onttrokken voor de vervolgoopleidingen tot spoedeisende hulp verpleegkundige en ambulanceverpleegkundige. Zo kan de opleiding MH bijdragen aan het terugdringen van de verwachte toekomstige tekorten aan verpleegkundigen (Van der Windt en Talma, 2006; Van Essen e.a., 2006) .

3) toename van de loopbaanmogelijkheden en inzetbaarheid van MH-functionarissen

Verschillende informanten geven aan te verwachten dat de opleiding MH, met een brede basis en gerichte uitstroomspecialisaties, kan bijdragen aan het vergroten van de loopbaanmogelijkheden van MH-functionarissen. Deze loopbaanmogelijkheden zijn nu, met name voor de MH-functionarissen zonder formele hbo-opleiding, zeer beperkt. Dit leidt tot hoog verloop onder medewerkers, lage instroom, en beperkte mogelijkheden om mensen breder in te zetten, te laten rouleren of te herplaatsen in een andere functie (bijvoorbeeld in het kader van ouderenbeleid).

Aangezien in de opleiding MH verschillende MH-functionarissen deels gezamenlijk worden opgeleid (met een algemeen basisdeel van twee jaar voor alle MH-functionarissen, onderwijs per type medische hulpverlening in het derde jaar en specialisatie voor één MH-functie in het vierde jaar) kan de overlap tussen (de opleidingen voor) verschillende MH-functies gemakkelijker inzichtelijk worden gemaakt. De mogelijkheden voor het overstappen van de ene naar de andere MH-functie worden zo vergroot.

Daarnaast is de hbo-opleiding MH ingeweven in de BaMa-structuur, wat afgestudeerden van de opleiding de mogelijkheid geeft om later in hun loopbaan om een masteropleiding te gaan volgen. Bijvoorbeeld een opleiding tot physician assistant.

Dit standpunt van de informanten sluit aan bij de aanbevelingen in het rapport van de multidisciplinaire werkgroep verpleegkundigen en verzorgenden (MDW, 2002). In hun rapport staat beschreven: 'In de medisch hulpverlenende beroepen zijn er weinig mogelijkheden om door te stromen, onder andere door de specifieke opleiding die ze hebben genoten. Om die reden moeten de medisch hulpverleners meer mogelijkheden krijgen om in te stromen in andere zorgopleidingen. Dit kan door bij de instroom van vervolgoopleidingen gebruik te maken van EVC (erkennen van verworven competenties) en het aanbieden van maatwerktrajecten in het licht van de verworven competenties. Ook het aanbieden van specifiek op deze groep gerichte vervolgoopleidingen kan hun vak uitdagend maken.'

De beoogde hbo-opleiding MH wordt door de informanten gezien als een initiatief dat past in het streven naar een transparanter en meer samenhangend beroepen- en opleidingsstelsel voor MH-functies. In de acute zorg wordt de noodzaak tot een bredere en meer flexibele inzet van MH-functionarissen als eerste verwacht. Het proces van ketenvorming en samenwerking tussen ambulancevoorzieningen, huisartsenposten en spoedeisende hulp-afdelingen is namelijk volop gaande en dit zal naar verwachting leiden tot taakverschuivingen en concurrentie tussen ambulanceverpleegkundigen, triagisten en spoedeisende hulp-verpleegkundigen. Een deels gemeenschappelijke opleiding van deze functionarissen, zoals beoogd in de opleiding MH, kan bijdragen aan hun flexibele inzet in de acute zorg.

4) professionalisering van MH-functionarissen

Meerdere informanten verwachten dat de hbo-opleiding MH kan bijdragen aan de professionalisering van MH-functionarissen en hun vakgebied. Met name vanuit het werkveld van de ambulanceverpleegkundigen en de operatieassistenten wordt aangegeven dat men momenteel moeite heeft om de professionaliteit van de beroepsgroep op peil te houden. Verwacht wordt dat de opleiding MH-functionarissen aflevert met hoger denk- en werkniveau, een beter abstractievermogen en een grotere drive tot professionalisering. Bovendien wordt verwacht dat de hbo-opleiding MH beter kan aansluiten op nationale en internationale ontwikkelingen in de wetenschap, in de zorg en in het onderwijs dan in de in-service opleidingen mogelijk is.

Bij de anesthesiemedewerkers heeft men geen problemen met de professionaliteit van de beroepsgroep, maar zou men graag zien dat landelijk meer erkenning wordt gegeven aan het niveau van het vak. De bestaande in-service opleiding tot anesthesiemedewerker wordt namelijk wel aangeduid als een opleiding op hbo-niveau, maar is geen formeel erkende hbo-opleiding. Ook zijn anesthesiemedewerkers niet geregistreerd in het BIG-register, terwijl zij in de praktijk wel vaak functioneel zelfstandig handelen (zie ook Meeusen, 2004). De hbo-opleiding MH biedt voor deze beroepsgroep de mogelijkheid om het hbo-niveau van het vak tot uiting te brengen en kan de gewenste BIG-registratie dichterbij brengen.

5) efficiënter opleidingstraject voor ambulanceverpleegkundigen

In eerder onderzoek naar de arbeidsmarktsituatie in de ambulancesector werd, gezien de leeftijdsopbouw van het ambulancepersoneel, al gepleit voor een opleidingsstructuur waarin het mogelijk is om sneller in te stromen in de opleiding tot ambulanceverpleegkundige. Geopperd werd toen om kandidaten direct te laten instromen na de hbo-v-opleiding (Grunveld, 2001). De beoogde opleiding MH gaat een stap verder: studenten kunnen direct na het behalen van hun middelbare schooldiploma aan een opleiding tot ambulancehulpverlener beginnen. Dit wordt door de benaderde informanten in de ambulancesector gezien als een positieve stap, omdat men zo jongere medewerkers beschikbaar krijgt voor de sector. In de ambulancesector wordt steeds vaker onderscheid gemaakt in hoog- en laagcomplexe ritten, wat uitvloeit in het werken met medewerkers op twee deskundigheidsniveaus: junioren en senioren. Afgestudeerden van de opleiding MH kunnen goed instromen in een functie als junior ambulancehulpverlener en van hieruit verder groeien tot senior.

5.2 Door de informanten geplaatste vraagtekens bij de beoogde opleiding MH

De benaderde informanten uiten ook kanttekeningen bij de beoogde opleiding MH. Deze kunnen worden geschaard onder drie typen vragen, die hieronder zijn beschreven.

1) Zijn alle MH-functies wel functies op hbo-niveau?

Verschillende informanten die in de eerste onderzoeksfase zijn geïnterviewd betwijfelen of het bachelorniveau het gewenste opleidingsniveau is voor alle MH-functies waarop de opleiding MH zich oorspronkelijk richtte. Men is het er over eens dat de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener en anesthesiemedewerker functies op hbo-niveau zijn. Maar de functies van operatieassistent en van endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant (functielaboranten) bevinden zich volgens een meerderheid van de informanten in de praktijk niet altijd op hbo-

niveau. De betreffende functionarissen werken vaak assisterend aan een arts en hebben weinig complexe taken die zij zelfstandig uitvoeren.

Sommige informanten zijn van mening dat men ook deze MH-functionarissen meer taken moet laten overnemen van artsen in het kader van efficiency van de zorgverlening. Dit zou ook deze MH-functies op hbo-niveau brengen. Andere informanten achten dit niet nodig of niet mogelijk, omdat men geen problemen ervaart met de huidige taakverdeling tussen arts en MH-functionaris of omdat er al functies op masterniveau zijn gecreëerd om taken van de arts naar over te hevelen er dan geen taken overblijven voor MH-functionarissen op bachelorniveau.

Zoals beschreven hebben de HAN en HU naar aanleiding van de door de informanten in de eerste onderzoeksfase geuite vragen ten aanzien van het hbo-niveau van de functies van operatieassistent en functielaborant besloten om deze functies voorlopig buiten het profiel van de opleiding MH te houden. In het uitgewerkte voorstel voor de opleiding MH geven de beide hogescholen aan dat zij in eerste instantie willen opleiden voor de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist in de acute zorg, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker. De in de tweede onderzoeksfase benaderde informanten hebben ten aanzien van deze vijf MH-functies geen twijfels geuit over het hbo-niveau van de functies en zijn dan ook van mening dat een hbo-opleiding voor deze functies passend is.

2) Zijn afgestudeerden van de opleiding MH goed inzetbaar in de praktijk?

Veel informanten uit het werkveld vragen zich af hoe goed afgestudeerden van de opleiding MH in de praktijk inzetbaar zullen zijn. Immers zij hebben minder gerichte praktijkervaring opgedaan in de opleiding MH dan hun in-service opgeleide 'collega's'. Dit geldt met name voor de MH-functies die momenteel worden vervuld door verpleegkundigen met werkervaring die zich verder hebben gespecialiseerd (zoals de functies van ambulanceverpleegkundige en spoedeisende hulp-verpleegkundige).

De informanten uit de eerste onderzoeksfase hebben de grootste zorgen over het gebrek aan gerichte praktijkervaring van afgestudeerden van de opleiding MH. In hun reactie baseerden zij zich op het eerste opleidingsvoorstel, waarin nog werd uitgegaan van uitstroom per type MH-functie (MH acute zorg, MH interventie of MH diagnostiek) en niet per afzonderlijke MH-functie. Deze informanten gaven aan dat zij vrezen dat de opleiding MH, op basis van het voorliggende opleidingsvoorstel, een 'amorfe beroepsgroep' op de arbeidsmarkt aflevert waaraan op de arbeidsmarkt weinig behoefte is, omdat veel werkzaamheden in de zorg juist specifieke kennis en vaardigheden vergen.

Na de eerste onderzoeksfase is het opleidingsvoorstel door de HAN en HU aangepast in een opleiding met een brede algemene basis, differentiatierichtingen per type medische hulpverlening (acuut en interventie) en uitstroomspecialisaties per MH-functie. Dit opleidingsvoorstel biedt meer mogelijkheden voor het opdoen van *functie*gerichte praktijkervaring door de studenten. De informanten die in de tweede onderzoeksfase zijn benaderd zijn dan ook minder bevreesd over het gebrek aan praktijkervaring van afgestudeerden van de opleiding MH en hun inzetbaarheid in het veld. Bovendien merken verschillenden van hen op dat afgestudeerden van de opleiding MH dan wel minder gerichte praktijkervaring hebben dan de meeste afgestudeerden van in-service opleidingen, maar zij kunnen meerwaarde hebben op andere punten. Bijvoorbeeld: een hoger werk- en denkniveau, grotere medische bagage, meer competenties op het gebied van planning, coördinatie en kwaliteitszorg en wellicht ook meer bevoegdheden om specifieke voorbehouden handelingen te verrichten (BIG-registratie). Het verdient dan ook aanbeveling om in de opleiding MH aandacht te besteden aan die aspecten van MH-functies

die momenteel ontbreken in de in-service opleidingen, om zodoende de concurrentiekracht van afgestudeerden van de opleiding MH te vergroten.

De bovenstaand beschreven opmerkingen van de benaderde informanten met betrekking tot de inzetbaarheid van MH-functionarissen laten zien dat er een dilemma bestaat tussen de verschillende eisen die aan medewerkers in de gezondheidszorg gesteld worden. Enerzijds wordt gevraagd om medewerkers met veel specialistische kennis en vaardigheden die direct goed inzetbaar zijn in de praktijk. Anderzijds wordt gepleit voor medewerkers in de zorg die breed en flexibel inzetbaar zijn in verschillende functies en/of zorgterreinen, zodat zij langer kunnen worden behouden voor de zorgsector en kunnen bijdragen aan een flexibele zorgvoorziening. De eerste vraag gaat uit van een behoefte op korte termijn. De tweede vraag geeft een langere termijn behoefte weer.

Veel van de benaderde informanten lijken weinig stil te staan bij de langere termijn behoeften van hun instelling en van de zorgsector als geheel. Zij leggen de nadruk op de korte termijn eis aan nieuwe MH-functionarissen, namelijk dat zij direct goed inzetbaar zijn in de praktijk. De opleiding MH zal daarom een balans moeten zoeken in het tegemoet komen aan de korte en aan de lange termijn behoeften van het werkveld, door MH-functionarissen op te leiden die kunnen bogen op een brede kennisbasis en daarnaast voldoende gerichte kennis en vaardigheden hebben om snel inzetbaar te zijn in een specifieke MH-functie.

3) Vindt er voldoende afstemming plaats tussen opleiding en werkveld?

Veel informanten uiten de zorg dat de opleiding MH door de HAN en HU op de markt wordt gezet zonder goede afstemming hierover met het werkveld. Er heerst een gevoel dat 'het onderwijs' steeds nieuwe opleidingen start en hierbij te weinig luistert naar de wensen van het veld.

Vaak wordt in dit verband gewezen op ervaringen met de bacheloropleiding verpleegkunde (de hbo-v-opleiding). De indruk leeft dat de hogescholen deze opleiding destijds hebben overgenomen van de ziekenhuizen (de oude in-service opleidingen tot verpleegkundige) en dat de scholen nu hun eigen plan trekken voor wat betreft de inhoud van de opleiding. Klachten vanuit de praktijk over de kwaliteit van de hbo-v-opleiding zouden volgens verschillende informanten niet voldoende worden opgepakt door de hogescholen.

De informanten zijn blij met het initiatief van de hogescholen om een arbeidsmarktonderzoek te laten uitvoeren door KBA naar de behoefte aan de opleiding MH. Daarnaast is het naar hun mening nodig dat vanuit de opleiding MH wordt geïnvesteerd in goede afstemming met beroepsverenigingen en brancheorganisaties en met individuele medici, managers en praktijkop-leiders in zorginstellingen. Bij hen moet draagvlak worden verkregen voor de opleiding en het idee hierachter, namelijk dat het huidige onderwijssysteem voor MH-functionarissen onvoldoende tegemoet komt aan de (ervaren en verwachte) knelpunten in het werkveld en dat een tweesporen beleid van een voltijdsopleiding MH naast in-service opleidingen wenselijk danwel noodzakelijk is. Draagvlak in het werkveld is gewenst om de opleiding qua inhoud (centraal gestelde lesstof) te laten aansluiten bij de eisen die in de praktijk aan MH-functionarissen worden gesteld en afgestudeerden een gemakkelijke toegang tot de arbeidsmarkt te kunnen bieden, maar ook noodzakelijk om stageplaatsen voor studenten aan de opleiding te vinden.

In dit verband wordt ook opgemerkt dat een nieuwe hbo-opleiding MH zoveel als mogelijk afstemming moet zoeken met bestaande opleidingen om bij te dragen aan het transparanter maken van het opleidingsstelsel voor MH-functionarissen.

Samenvattend

Uit de beschreven reacties van de in het onderzoek benaderde informanten op het voorstel voor een hbo-opleiding MH komt het beeld naar voren dat er in het werkveld veel mogelijkheden worden gezien voor de opleiding MH. Met name wordt verwacht dat de opleiding de instroom in MH-functies kan doen toenemen door vergroting van de totale opleidingscapaciteit en door het aantrekken van een nieuwe groep schoolverlaters. Ook verwacht men dat de opleiding MH, door MH-functionarissen breder op te leiden, de inzetbaarheid van en loopbaanmogelijkheden voor MH-functionarissen kan vergroten. De opleiding moet volgens de benaderde informanten wel veel investeren in afstemming met vertegenwoordigers van het werkveld om de opleiding qua opzet en inhoud te laten aansluiten bij de eisen die in de praktijk aan MH-functionarissen worden gesteld én om voldoende draagvlak voor de opleiding te verwerven. Daarnaast wordt het van groot belang geacht dat de opleiding MH voldoende mogelijkheden biedt aan studenten om gerichte praktijkervaring op te doen, zodat zij goed inzetbaar zijn in de praktijk.

6 Macrodoelmatigheid van de opleiding Medische Hulpverlening

In het voorgaande hoofdstuk is beschreven welke bijdrage de opleiding Medische Hulpverlening volgens de geraadpleegde informanten uit het werkveld kan leveren aan het oplossen van bestaande en verwachte knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen. Ook zijn de voorwaarden genoemd waaraan de opleiding MH volgens de informanten uit het werkveld moet voldoen. De beschreven bevindingen maken duidelijk dat er in het werkveld inhoudelijk gezien behoefte bestaat aan een opleiding MH. In dit hoofdstuk staat niet zozeer de kwalitatieve behoefte als wel de kwantitatieve behoefte aan de opleiding MH centraal. Het gaat dan om de derde onderzoeksvraag: hoe groot is de arbeidsmarktbehoefte aan afgestudeerden van de hbo-opleiding MH?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een macrodoelmatigheidsonderzoek uitgevoerd op basis van het door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Hogeschool Utrecht uitgewerkte opleidingsprofiel MH⁵. In het macrodoelmatigheidsonderzoek is de nadruk gelegd op de raming van de vraag naar de vijf typen MH-functionarissen in de acute zorg en interventie, waarop de opleiding MH zich in eerste instantie richt: ambulancehulpverleners, spoedeisende hulpverleners, triagisten in de acute zorg, anesthesiemedewerkers en hartkatheterisatiemedewerkers (zie het opleidingsprofiel MH in bijlage 1). In het macrodoelmatigheidsonderzoek is daarnaast zijdelings aandacht besteed aan de verwachte vraag naar de andere typen MH-functionarissen (operatieassistent, endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant), waarvoor de beide hogescholen wellicht later gaan opleiden.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd: eerst wordt stilgestaan bij de arbeidsmarktsituatie in de gezondheidszorg als geheel, dan wordt ingegaan op de arbeidsmarktsituatie voor wat betreft de MH-functies. Afgesloten wordt met een inschatting van de omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH en de factoren die dit bepalen.

6.1 Arbeidsmarktsituatie in de gezondheidszorg als geheel

Verschillende instituten rapporteren regelmatig over de te verwachten personeelsoverschotten en -tekorten in de gezondheidszorg. Zij voorspellen voor de nabije toekomst dat de vraag naar en het aanbod van arbeidskrachten in de zorg uit balans zullen raken. Hiervoor zijn twee hoofdredenen aan te wijzen. Ten eerste de stagnerende groei van de beroepsbevolking als gevolg van de vergrijzing en ontgroening van de Nederlandse bevolking. En ten tweede de stijgende zorgvraag, wederom ten gevolge van de vergrijzing, maar ook door sociaal-culturele, medisch-

5 Zoals reeds eerder vermeld richten de HAN en HU zich in het uitgewerkte opleidingsprofiel MH in eerste instantie op de MH-functies ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist in de acute zorg, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker, omdat de onderzochte taken en benodigde competenties van deze functies zich, uitgaande van de Dublin-descriptoren voor kwalificaties op bachelorniveau, bevinden op hbo-niveau en omdat er het meeste draagvlak bestaat voor de MH-opleiding voor deze functies. In een later stadium voegen de beide hogescholen mogelijk de MH-functies van operatieassistent, endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en/of vasculair diagnostisch laborant aan de opleiding MH toe, wanneer duidelijk is dat ook deze functies zich op hbo-niveau bevinden en er bij de betrokkenen in het werkveld voldoende draagvlak is voor de opleiding MH.

technologische en economische ontwikkelingen (zie ook de bundel 'Niet van later zorg', Ministerie van VWS, 2007). De stijgende zorgvraag leidt tot een groter beroep van de zorgsector op de arbeidsmarkt. Berekend is dat bij ongewijzigd beleid het percentage van de beroepsbevolking dat in de gezondheidszorg werkt zal moeten stijgen van de huidige 11 procent naar 19-22 procent. Om die groei te begrenzen heeft het kabinet als doel geformuleerd dat in 2025 niet meer dan 18 procent van de beroepsbevolking in de zorgsector werkzaam is (RVZ, 2006).

In de Arbeidsmarktbrief 2006 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer wordt aangegeven hoe, uitgaande van het Transatlantic Market-scenario van het CPB (Huizinga en Smid, 2004), de groei van de werkgelegenheid in de zorgsector zich verhoudt tot de groei van de totale beroepsbevolking in Nederland, zoals berekend door Derks et al. (2006). Bij een gelijkblijvende arbeidsproductiviteit zal het extra benodigde aantal werknemers in de zorgsector tussen 2006 en 2020 500.000 bedragen en daarmee ver uitgaan boven de verwachte groei van de werkzame beroepsbevolking in heel Nederland in diezelfde periode met 250.000 werknemers. Ook in het scenario met een jaarlijkse groei van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector van één procent, is de groei van de totale werkgelegenheid in Nederland onvoldoende om de benodigde personeelsgroei in de zorg te realiseren.

In het licht van het bovenstaande is de algemene verwachting dat de zorgsector het komende decennium voor een forse opgave staat om in haar personeelsbehoefte te voorzien. Zonder nader beleid zal dat leiden tot problemen in de zorgvoorziening, langere wachtlijsten, een zorgkwaliteit die onder druk komt te staan, verhoging van de werkdruk en opwaartse druk op inkomens (Minister van VWS, 2006).

De verwachte personeelstekorten verschillen sterk tussen branches, opleidingsniveaus en regio's (Van der Windt en Talma, 2006; Minister van VWS, 2006). Bij de verpleeg- en verzorgingshuizen worden bijvoorbeeld eerder en grotere problemen voorzien dan bij de ziekenhuizen. Verder wordt voorspeld dat de knelpunten zich vooral zullen voordoen bij de middelbaar en hoger opgeleiden en veel minder bij de lager opgeleiden. De verwachte personeelstekorten verschillen ook tussen regio's, samenhangend met regionale verschillen in de mate van vergrijzing, de gekwalificeerde uitstroom uit het voortgezet onderwijs en de participatiegraad van vrouwen.

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van het huidige aantal medewerkers in de zorgsector als geheel en in de ziekenhuizen, en de verwachtingen over het aantal medewerkers, de vraag naar medewerkers per jaar én de tekorten in 2013, wanneer de eerste lichter afgestudeerden van de opleiding MH op de arbeidsmarkt komt.

Tabel 5 – Aantallen medewerkers in de zorg en in ziekenhuizen, nu en in 2013, inclusief verwachte tekorten

	A. NU: Aantal functionarissen	B. NU: Jaarlijkse vraag naar functionarissen	C. VANAF 2013: Inschatting aantal benodigde functionarissen	D. VANAF 2013: Inschatting jaarlijkse vraag naar functionarissen	E. VANAF 2013: Inschatting personeelstekorten
Zorgsector als geheel	859.200 medewerkers in 2005	Vervanging tussen 3,4% en 6,8% (2000-2004) Uitbreiding tussen 1,7% (1981-2004) en 4,6% (2000-2003)	1.100.000-1.300.000 personen	Verwachte vervanging 5% en verwachte uitbreiding 2%, maakt vraag van 7% \equiv 80.000-91.000 personen/jaar	Tekort van 5%, k.o.m. 55.000-65.000 personen Hiervan: Tekort aan verpleegkundigen niveau 5: 2326, en verpleegkundigen niveau 4: 9450.
Verpleegkundige en verzorgende beroepen in ziekenhuizen	ongeveer 80.000 medewerkers in 2005	Vervanging tussen 2,1% en 4,3% (2000-2004) Uitbreiding tussen 1,0% (1981-2004) en 1,6% (2006 en 2007)	90.000-125.000 personen	Verwachte vervanging 3% en uitbreiding 3,5%, maakt vraag van 6,5% \equiv 6000-8000 personen/jaar	Tekort tussen 1 en 2,5%, k.o.m. 900-3000 personen

Bronnen: LEVV, 2006a; Minister van VWS, 2006; Ott e.a., 2005; Van der Windt en Talma, 2006; Van Essen e.a., 2006.

In de beschikbare arbeidsmarktstatistieken van de zorgsector zijn de medisch hulpverlenende functies meestal niet te onderscheiden. Om toch een beeld te krijgen van de arbeidsmarktsituatie van MH-functionarissen nu en over zes jaar is daarom gekozen voor interviews met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van MH-functionarissen en andere landelijke belangenorganisaties met zicht op het werkveld van MH-functionarissen. Waar nodig zijn daarnaast aanvullende interviews gevoerd met informanten uit zorginstellingen (zie bijlage 3 voor een overzicht van de geraadpleegde informanten).

6.2 Arbeidsmarktsituatie voor MH-functies

De overgrote meerderheid van de in het onderzoek geraadpleegde informanten verwacht, zoals reeds aangegeven in hoofdstuk 3, dat voor de medische hulpverlenende functies de komende jaren personeelstekorten zullen ontstaan. Men vindt het moeilijk om in te schatten hoe groot die personeelstekorten zullen zijn en wanneer die met name zullen optreden. Als bepalende factoren worden aangewezen: de regio waarin men zich bevindt, de leeftijdsopbouw van de huidige medewerkers, het gemak waarmee doorgaans nieuwe medewerkers worden aangetrokken en de mate van verloop onder medewerkers. Onderstaand gaan we nader in op de arbeidsmarktsituatie van achtereenvolgens de vijf MH-functies waarop de opleiding MH zich in eerste instantie richt (ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist in de acute zorg, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker) en vervolgens op de MH-functies waarvoor

de opleiding MH eventueel later wil gaan opleiden (operatieassistent, endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant).

Arbeidsmarktgegevens van de vijf centraal gestelde MH-functies in de opleiding MH

Voor de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist en hartkatheterisatiemedewerker zijn er momenteel nog vrij weinig vacatureproblemen⁶. Problemen in de personeelsvoorziening worden voor deze functies in de komende 5 à 10 jaar wel verwacht vanwege het relatief grijze personeelsbestand van met name ambulance- en spoedeisende hulp-verpleegkundigen waardoor over enkele jaren de uitstroom sterk zal toenemen (zie ook SOVAM, 2006). Daarnaast wordt een teruglopende instroom in de opleidingen tot spoedeisende hulp-verpleegkundige, ambulanceverpleegkundige, triagist acute zorg en hartkatheterisatiemedewerker verwacht door de voorziene schaarste aan basisverpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen (zie tabel 5). De vraag naar deze MH-functionarissen in de acute zorg en interventie zal naar verwachting gelijk blijven of stijgen. Hoe de vraagontwikkeling er precies uit zal zien is niet duidelijk. Zo zal de toenemende samenwerking tussen ambulancevoorzieningen, spoedeisende hulp-diensten en huisartsenposten vermoedelijk leiden tot taakverschuivingen tussen artsen, ambulanceverpleegkundigen, spoedeisende hulp-verpleegkundigen en doktersassistenten, onder andere ook waar het gaat om de triage-taak in de acute en eerste lijnszorg. Hoe de uiteindelijke taakverdeling zal worden en naar welke functionarissen de grootste vraag zal ontstaan is op dit moment niet exact in te schatten (zie ook de onderzoeken hieromtrent van Foekema en Hendrix, 2005 en van de Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006).

Bij het vervullen van vacatures voor anesthesiemedewerkers doen zich nu al veel problemen voor. Informanten geven aan dat beschikbare opleidingsplaatsen niet kunnen worden ingevuld, de map met 'reserve-kandidaten' leeg is en er weer veel gebruik wordt gemaakt van detachingskrachten. De informanten verwachten dat de tekorten aan anesthesiemedewerkers in de toekomst verder zullen toenemen, omdat sprake is van een relatief oud personeelsbestand van waaruit over enkele jaren een grote uitstroom zal plaatsvinden.

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de in het onderzoek verzamelde arbeidsgegevens van de MH-functies die centraal staan in de opleiding MH. Het gaat om cijfers over de huidige arbeidsmarktsituatie en die zoals verwacht in 2013, wanneer de eerste lichting studenten MH op de arbeidsmarkt komt. De gegevens zijn gebaseerd op de gesprekken met de vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van MH-functionarissen en andere relevante landelijke belangenorganisaties en met de informanten van afzonderlijke zorginstellingen (zie bijlage 3 voor het overzicht van de geraadpleegde informanten). Daarnaast is gebruik gemaakt van beschikbare gegevens in literatuur en op internet.

⁶ Omdat de functies van ambulancehulpverlener en spoedeisende hulpverlener momenteel nog niet bestaan is in het onderzoek gekeken naar de arbeidsmarktsituatie van de bestaande functies van ambulanceverpleegkundigen en spoedeisende hulpverpleegkundigen.

Tabel 6 – Aantallen medewerkers in MH-functies in de acute zorg en interventie, nu en zoals verwacht in 2013

	A. NU: Aantal functionarissen	B. NU: Jaarlijkse vraag naar functionarissen	C. VANAF 2013: Inschatting aantal benodigde functionarissen	D. VANAF 2013: Inschatting jaarlijkse vraag naar functionarissen	E. VANAF 2013: Inschatting personeelstekorten
1. <i>ambulante-VPK</i>	1500	Vervanging 6,4% en uitbreiding 0%, maakt totale vraag 6,4% ≡ 96 personen	Geen toename verwacht Aanname: 1500	Grotere vervangingsvraag door vergrijzing Aanname: vraag 1,5x als nu = 10% ≡ 150 personen	Nu regionaal tekorten In 2013 grotere tekorten verwacht door grijze uitstroom en tekort aan basisverpleegkundigen
2. <i>spoedeisende hulp-VPK</i>	3000	Vervanging 6% en uitbreiding 0%, maakt totale vraag 6% ≡ 180 personen	Geringe toename verwacht door taakdifferentiatie van arts naar SEH-vpk Aanname: 3100	Grotere vervangingsvraag door vergrijzing Aanname: vraag 2x als nu = 12% ≡ 370 personen	Nu regionaal tekorten In 2013 grotere tekorten verwacht door grijze uitstroom en tekort aan basisverpleegkundigen
3. <i>triagist acute zorg*</i>	115-120 (5% van het totale aantal van 2350 triagisten in de acute zorg)	Geen landelijke gegevens Aanname vraag 6% ≡ 7 personen	Toename verwacht door grotere rol van triagie in acute zorg Aanname: 125 (5% van het geraamde totale aantal van 2500 triagisten in de acute zorg)	Vervangings- en uitbreidingsvraag blijven hetzelfde Aanname vraag 6% ≡ 8 personen	Nu geen tekorten In 2013 tekorten verwacht door tekort aan verpleegkundigen
4. <i>anesthesiemedewerker</i>	2300	Vervanging 6% en uitbreiding 1% maakt totale vraag 7% ≡ 161 personen	Toename verwacht door taakdifferentiatie van anesthesioloog naar AM en taakuitbreiding van AM in pre- en post-operatieve zorg en pijnbestrijding Aanname: 2550	Grotere vervangingsvraag door sterke vergrijzing en uitbreidingsvraag Aanname vraag 2x als nu = 14% ≡ 360 personen	Nu landelijk tekorten In 2013 grotere tekorten verwacht door grijze uitstroom, beperkte opleidingscapaciteit en zichtbaarheid van inservice opleiding

Vervolg Tabel 6 – Aantallen medewerkers in MH-functies in de acute zorg en interventie, nu en zoals verwacht in 2013

	A. NU: Aantal functionarissen	B. NU: Jaarlijkse vraag naar functionarissen	C. VANAF 2013: Inschatting aantal benodigde functionarissen	D. VANAF 2013: Inschatting jaarlijkse vraag naar functionarissen	E. VANAF 2013: Inschatting personeelstekorten
5. <i>hartkatheterisatie-medewerker</i>	Geen landelijke gegevens HKM werken voornamelijk in de 19 ziekenhuizen met een hartinterventiecentrum. Schatting op basis van gegevens ziekenhuizen: 240	Geen landelijke gegevens Aanname vraag 5% ≡ 12 personen	Toename verwacht door toename patiëntenaantal en behandel mogelijkheden Aanname: 265	Vervangingsvraag blijft hetzelfde en uitbreidingsvraag neemt toe. Aanname vraag 7% ≡ 20 personen	Nu geen tekorten In 2013 tekorten verwacht door toename vraag en tekort aan verpleegkundigen
<i>Afgeronde totalen</i>	7160	460	7540	910	

* Slechts een klein deel van de triagisten in de acute zorg is niet geregistreerd als ambulance- of SEH-verpleegkundige. Op basis van de verkregen informatie van de benaderde informanten is ingeschat dat het hierbij gaat om 5% van de totale groep triagisten in de acute zorg. Er is alleen met deze groep triagisten gerekend, om dubbelingen met de groep ambulance- en SEH-verpleegkundige te voorkomen.

Gehanteerde bronnen: Gegevens van landelijke belangenverenigingen: NVAM, NVSHV, Stichting LAMP, VHN, V&VN Ambulancezorg. Gegevens van ziekenhuizen: CWZ, OLVG, MCH, Martini ziekenhuis, Rivierenland ziekenhuis (zie bijlage 3 voor toelichting). Gegevens uit literatuur/internet: www.azwinfo.nl, Van der Windt e.a., 2003.

Zoals blijkt uit tabel 6 zal volgens onze ramingen het totaal aantal benodigde MH-functionarissen in de acute zorg en interventie de komende zes jaar toenemen van 7160 naar 7540 personen. Het gaat hier om een stijging van ongeveer vijf procent. De jaarlijkse vraag naar deze groep MH-functionarissen in de acute zorg en interventie zal, met name ten gevolge van de verwachte uitstroom van een groot aantal oudere MH-functionarissen, volgens onze ramingen groeien van 460 naar 910 personen. Dit betekent een stijging van de jaarlijkse vraag met 98 procent.

Arbeidsmarktgegevens voor de optionele MH-functies

In een later stadium willen de HAN en HU mogelijk ook gaan opleiden voor de MH-functies van operatieassistent en van endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en/of vasculair diagnostisch laborant (functielaboranten). Eerst moet dan duidelijk zijn dat deze functies zich op hbo-niveau bevinden en dat er voldoende draagvlak is in het werkveld voor een hbo-opleiding.

In het hier beschreven KBA-onderzoek voor de HAN en HU is getracht een eerste beeld te krijgen van de arbeidsmarktsituatie voor deze functies nu en zoals verwacht over zes jaar. Hiertoe zijn de beroepsverenigingen van de betreffende functionarissen en andere relevante landelijke belangenverenigingen benaderd. Niet alle verenigingen bleken landelijke cijfers van het aantal MH-functionarissen paraat te hebben dan wel deze beschikbaar te willen stellen voor het onderzoek naar de behoefte aan de opleiding MH. Redenen hiervoor waren loyaliteit naar

de huidige opleidingsleverancier of omdat men eerst wilde weten of de opleiding MH erkend is door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en/of de vereniging van de betrokken medisch specialisten. Via enkele aanvullende interviews met informanten uit verschillende ziekenhuizen en bestudering van beschikbare arbeidsmarkt- en opleidingsgegevens in literatuur en op internet is getracht alsnog een beeld te krijgen van de aantallen operatieassistenten en functielaboranten in Nederland op dit moment en de verwachtingen hierover voor 2013. De gemaakte ramingen op basis van de verzamelde gegevens zijn samengevat weergegeven in onderstaande tabel. De gehanteerde bronnen zijn onder de tabel genoemd.

Tabel 7 – Aantallen operatieassistenten en functielaboranten, nu en zoals verwacht in 2013

	A. NU: Aantal functionarissen	B. NU: Jaarlijkse vraag naar functionarissen	C. VANAF 2013: Inschatting aantal benodigde functionarissen	D. VANAF 2013: Inschatting jaarlijkse vraag naar functionarissen	E. VANAF 2013: Inschatting personeelstekorten
<i>operatieassistent</i>	4300	Vervanging 4% en uitbreiding 1% maakt totale vraag 5% ≅ 215 personen	Toename verwacht door toename patiëntenaantal en behandel mogelijkheden Aanname: 4400	Grotere vervangingsvraag door lichte vergrijzing personeelsbestand Aanname vraag 1,5x als nu = 7,5% ≅ 330 personen	Nu landelijk tekorten In 2013 grotere tekorten verwacht door grijze uitstroom en beperkte opleidingscapaciteit van ziekenhuizen
<i>functielaboranten</i>	3400-4000	Aanname vervanging 4% (Bieleman en Snippe, 1993a) en uitbreiding 2,5% (Van der Windt en Talma, 2006) maakt totale vraag 6,5% ≅ 220-260 personen	Lichte toename verwacht door toename patiëntenaantal en behandel mogelijkheden en vergrijzing Aanname: 3900-4600	Grotere vervangingsvraag door lichte vergrijzing personeelsbestand Aanname vraag 1x als nu = 6,5% ≅ 255-300 personen	Nu regionaal tekorten In 2013 grotere tekorten verwacht door stijging zorgvraag, lichte grijze uitstroom, beperkte opleidingscapaciteit ziekenhuizen en problemen met vinden opleidingskandidaten
<i>Afgeronde totalen</i>	7700-8300	435-475	8300-9000	585-630	

Bronnen: Gegevens van landelijke belangenverenigingen: LVO, NVKNF, NVLA, NVLO, NVGE-SEA; Gegevens van ziekenhuizen: Haga ziekenhuis, Martiniziekenhuis, UMCN, UMCU (zie bijlage 3 voor toelichting). Gegevens uit literatuur/internet: Bieleman en Snippe, 1993a; Brouwer, 1994; Gezondheidsraad, 2007, Van der Windt en Talma, 2006, www.azwinfo.nl.

Zoals blijkt uit tabel 7 zal volgens onze ramingen het totaal aantal benodigde operatieassistenten en functielaboranten de komende zes jaar stijgen met acht procent en de jaarlijkse vraag naar deze MH-functionarissen met 34 procent.

6.3 Omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH

In bovenstaande paragraaf is de verwachte arbeidsmarktvrage naar MH-functionarissen in 2013 weergegeven. Maar welk deel van die vraag zal nu door de nieuwe opleiding MH kunnen worden ingevuld? Met andere woorden: hoe groot zal naar verwachting de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH zijn?

Uitgaande van het door de HAN en HU uitgewerkte opleidingsprofiel waarin wordt opgeleid voor de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist in de acute zorg, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker (zie bijlage 1) baseren we onze raming van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH op de arbeidsmarktvrage naar deze vijf functionarissen⁷.

De arbeidsmarktvrage naar de bestaande functies van ambulanceverpleegkundige, spoedeisende hulp-verpleegkundige, triagist in de acute zorg, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker bedragen volgens onze ramingen, zoals weergegeven in tabel 6, vanaf 2013 in totaal zo'n 910 personen per jaar. De jaarlijkse vraag naar deze functionarissen bedraagt momenteel ongeveer 460 personen. Dit betekent een toename van de jaarlijkse vraag met 450 personen, oftewel bijna een verdubbeling.

Naar alle waarschijnlijkheid zullen de bestaande in-service opleidingen voor de genoemde MH-functies niet aan deze stijgende vraag naar MH-functionarissen kunnen voldoen. Hiervoor zijn verschillende aanwijzingen:

- Sinds 2003 is sprake van een afname in het deelnemersaantal aan opleidingen voor verpleging en verzorging en verpleegkundige vervolgoopleidingen. Zo nam de instroom in de meeste vervolgoopleidingen met een kwart af (CBS, 2006; LEVV, 2006b; Van Essen e.a., 2006; www.azwinfo.nl). Het aantal deelnemers aan de opleidingen tot anesthesiemedewerkers bleef tussen 2002 en 2005 ongeveer gelijk (www.azwinfo.nl);
- De geraadpleegde informanten geven aan dat het verhogen van de capaciteit van de in-service opleidingen moeilijk is voor ziekenhuizen. Het opleiden van medewerkers is duur (opleidingskosten, salariskosten en begeleidingskosten) en risicovol. Immers, er is een gerede kans dat de medewerker de opleiding niet afrondt of na afronding van de opleiding elders gaat werken. Ook hebben ziekenhuizen niet altijd voldoende begeleidingscapaciteit en leerzaam werk beschikbaar om meer opleidingskandidaten toe te laten. Daarbij wordt van de ziekenhuizen nu om een investering van tijd en geld gevraagd om een personeelsprobleem op te lossen dat zij mogelijk pas over enkele jaren zullen ervaren;
- In het licht van de benodigde investeringen door ziekenhuizen in opleidingen voor MH-functies is het instellen van de tweede tranche van het opleidingsfonds van het Ministerie van VWS een relevante ontwikkeling. Het fonds, dat niet eerder van januari 2009 van start gaat, biedt ziekenhuizen de mogelijkheid om subsidie te ontvangen voor het opleiden van medewerkers tot (onder meer) spoedeisende hulp-verpleegkundige en anesthesiemedewerker. Het fonds stelt hiervoor jaarlijks een vooraf vastgesteld budget beschikbaar, dat wordt verkregen uit de opleidingsbudgetten van de zorginstellingen zelf (Minister van VWS, 2006, kenmerk MEVA/NBO-2693424; Minister van VWS, 2007, kenmerk MEVA/NBO-2781895). Met andere woorden: er komt geen extra geld beschikbaar voor het opleiden van deze MH-functionarissen door de ziekenhuizen;

⁷ Omdat de functies van ambulancehulpverlener en spoedeisende hulpverlener nog niet bestaan is in het onderzoek uitgegaan van de arbeidsmarktsituatie van de bestaande functies van ambulanceverpleegkundige en spoedeisende hulpverpleegkundige.

- De geraadpleegde informanten geven aan dat ziekenhuizen moeite hebben met het werven van voldoende schoolverlaters voor opleidingsplaatsen voor MH-functies. Dit geldt met name voor opleidingsplaatsen voor anesthesiemedewerkers;
- De komende jaren worden tekorten aan verpleegkundigen voorzien (Van der Windt en Talma, 2006; Van Essen e.a., 2006). Dit betekent dat de groep basisverpleegkundigen die kunnen instromen in de in-service opleiding tot spoedeisende hulp-verpleegkundige kleiner wordt en indirect ook de groep gespecialiseerd verpleegkundigen die kunnen instromen in de in-service opleiding tot ambulanceverpleegkundige;

Bovenstaande ontwikkelingen overziend is het niet aannemelijk dat de bestaande in-service opleidingen voor MH-functies in de acute zorg en interventie kunnen voldoen aan de toenevende vraag naar deze functionarissen in de komende jaren.

Berekening instroomruimte opleiding MH

Op basis van de geraamde verdubbeling van de jaarlijkse vraag naar MH-functionarissen in de acute zorg en interventie tussen nu en 2013 en de verwachting dat de bestaande in-service opleidingen voor deze functies niet in staat zijn om aan deze groeiende vraag te voldoen kan worden aangenomen dat de nieuwe opleiding MH een aanzienlijk deel van de arbeidsmarkt-vraag naar MH-functionarissen kan invullen. In onderstaande tabel zijn twee ramingen gegeven van de omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH, uitgaande van de mogelijkheid dat de bestaande in-service-opleidingen gelijk blijven qua omvang én uitgaande van de mogelijkheid dat zij zodanig kunnen groeien dat zij aan de helft van de groei van de jaarlijkse vraag kunnen voldoen.

Tabel 8 – Twee ramingen van de vraag naar afgestudeerde van de opleiding MH

NU: Jaarlijkse vraag naar MH-functionarissen in de acute zorg en interventie	Vanaf 2013: Geraamde jaarlijkse vraag naar MH-functionarissen in de acute zorg en interventie	Toename in jaarlijkse vraag tussen nu en 2013	Optie 1: bestaande opleidingen groeien niet	Optie 2: bestaande opleidingen groeien met 50%
460 personen	910 personen	450 personen	Jaarlijkse vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH vanaf 2013 910 - 460 = 450 personen	Jaarlijkse vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH vanaf 2013 910 - 690 (1,50 x 460) = 220 personen

Zoals weergegeven in tabel 8 ligt de raming van de jaarlijkse vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH vanaf 2013 tussen de 220 en 450 personen. Uitgaande van een opleidingsrendement van 70% (iets hoger dan de gemiddelde rendementscijfers voor hbo-opleidingen in de gezondheidszorg, zie www.hbo-raad.nl) betekent dit dat de opleiding MH kan starten met tussen de 315 en 640 instromende studenten per jaar.

Wanneer in een later stadium wordt gekozen voor uitbreiding van de opleiding MH met de functies van operatieassistent en/of functioneelaboranten zal de opleidingsruimte vanzelfsprekend toenemen, afhankelijk van de arbeidsmarkt-vraag naar deze functionarissen (zie tabel 7).

7 Conclusies en slotbeschouwing

In het voorliggende arbeidsmarktonderzoek naar de behoefte aan een bacheloropleiding Medische Hulpverlening (MH) is gezocht naar een antwoord op de volgende drie vragen:

1. Welke bijdrage levert een hbo-opleiding MH op bachelorniveau volgens vertegenwoordigers van het werkveld aan het oplossen van voorkomende knelpunten in de zorg?
2. Welke kerntaken en -competenties dienen naar het oordeel van vertegenwoordigers van het werkveld onderdeel uit te maken van het beroepscompetentieprofiel (BCP) van een Medisch Hulpverlener op bachelorniveau, welke als basis kan dienen voor de beoogde hbo-opleiding MH?
3. Hoe groot is de arbeidsmarktbehoefte aan afgestudeerden van de opleiding Medische Hulpverlening op bachelorniveau (macrodoelmatigheid), uitgaande van het opleidingsvoorstel dat is opgesteld op basis van de verkregen antwoorden op de eerste twee onderzoeksvragen?

Om een antwoord te vinden op bovenstaande vragen zijn in het onderzoek, naast bestudering van beschikbare relevante literatuur, documentatie en arbeidsmarktstatistieken, in de eerste onderzoeksfase 15 informanten uit het werkveld van MH-functionarissen geïnterviewd. Het gaat om: twee vertegenwoordigers van de landelijke verenigingen van algemene ziekenhuizen en van de universitaire medische centra en 13 medici en managers uit zorginstellingen, verdeeld over de zorgcategorieën acute zorg, interventie en diagnostiek en geografisch verspreid over Nederland (zie bijlage 2). De informanten in de eerste onderzoeksfase zijn met name bevraagd over ontwikkelingen in en om het werkveld van MH-functies, de kerntaken en kerncompetenties van MH-functionarissen en de behoefte aan een hbo-opleiding MH.

In de tweede onderzoeksfase zijn 15 vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en andere landelijke koepelorganisaties geïnterviewd en daarnaast 13 HRM-medewerkers, medici, managers en praktijkopleiders uit individuele zorginstellingen, wederom verspreid over de verschillende zorgcategorieën en over Nederland (zie bijlage 3). De informanten in de tweede onderzoeksfase zijn voornamelijk bevraagd over de aantallen MH-functionarissen in Nederland en de jaarlijkse vervangings- en uitbreidingsvraag nu en zoals verwacht over zes jaar en de verwachte omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH.

Met de raadpleging van een breed samengestelde groep informanten mag verwacht worden dat de in het onderzoek verkregen antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen rijk van samenstelling zijn en representatief voor de meningen in het totale Nederlandse werkveld voor MH-functionarissen ten aanzien van de beoogde hbo-opleiding MH.

Onderstaand zijn de in het onderzoek gevonden antwoorden op de drie onderzoeksvragen achtereenvolgens beschreven.

Vraag 1. Verwachte bijdrage van de opleiding MH aan het oplossen van de ervaren knelpunten

Ontwikkelingen in het werkveld van MH-functionarissen

Uit de interviews met de informanten uit het werkveld van MH-functionarissen en uit de literatuur komt naar voren dat in de zorgsector en ook in het werkveld van MH-functionarissen verschillende grote ontwikkelingen gaande zijn. De belangrijkste actuele ontwikkelingen zijn:

- een proces van functiedifferentiatie waarbij taken worden overgedragen van artsen naar lagere functieniveaus. Dit proces betekent ook voor verschillende MH-functies een uitbreiding van hun takenpakket;
- een omslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorgverlening (zorg die uitgaat van de behoeften van de cliënt) leidend tot ketenvorming: verschillende zorgverleners proberen een samenhangend zorgaanbod te bieden aan de patiënt. Het proces van ketenvorming tussen zorgafdelingen en –instellingen leidt ook voor MH-functionarissen tot verbreding van het werkgebied. Dit geldt met name voor MH-functionarissen die werkzaam zijn in de acute zorg, aangezien ambulanceposten, spoedeisende hulpafdelingen en huisartsenposten in toenemende mate gaan samenwerken;
- het streven naar een meer flexibele zorgarbeidsmarkt, waarin medewerkers breder inzetbaar zijn en eenvoudiger kunnen overstappen naar een andere functie en/of werksetting. Hiermee samenhangend wordt op landelijk niveau ingezet op een transparanter opleidingsstelsel in de zorg. Voor MH-functies zijn momenteel nog geen stappen gezet richting een meer transparant en flexibel opleidingsstelsel.

Ervaren knelpunten

De geraadpleegde informanten uit zorginstellingen en landelijke belangenverenigingen geven aan dat zich momenteel verschillende knelpunten voordoen in het werkveld van MH-functionarissen. De belangrijkste knelpunten zijn:

- de verwachte personeelstekorten zowel in de zorgsector als geheel, maar ook met betrekking tot MH-functionarissen. Voor verschillende MH-functies (bijvoorbeeld de anesthesiemedewerker) ervaren zorginstellingen momenteel al problemen bij het vervullen van vacatures. Voor andere MH-functies worden in de nabije toekomst personeelstekorten verwacht, door een toename van de zorgvraag en voorziene grote uitstroom van oudere medewerkers;
- de beperkte capaciteit van het in-service opleidingsstelsel voor MH-functies. Ziekenhuizen hebben beperkte mogelijkheden om voldoende MH-functionarissen op te leiden voor de groeiende arbeidsmarktvraag, zowel wat betreft financiën als begeleidingscapaciteit. Vanuit de tweede tranche van het opleidingsfonds van VWS zullen ziekenhuizen, waarschijnlijk vanaf januari 2009 subsidie kunnen ontvangen voor het opleiden van, onder meer, spoedeisende hulp-verpleegkundigen en anesthesiemedewerkers. Maar dit fonds haalt zijn middelen uit het opleidingsbudget van de zorginstellingen zelf. Het is dan ook de vraag of het opleidingsfonds de opleidingscapaciteit van de ziekenhuizen zal vergroten. Een verwant knelpunt is de discontinuïteit van de stroom MH-functionarissen die het in-service opleidingsstelsel aflevert. Ziekenhuizen zijn namelijk geneigd om pas mensen te gaan opleiden als zij deze mensen zelf nodig hebben en zij anticiperen weinig op de toekomstige vraag;
- De beperkte toegankelijkheid van de in-service opleidingen voor MH-functies. Schoolverlaters zijn beperkt op de hoogte van beschikbare in-service opleidingen bij zorginstellingen, zijn niet altijd geïnteresseerd in een in-service constructie, of zijn wel geïnteresseerd in een in-service opleiding maar kunnen geen opleidingsplaats vinden;
- de beperkte loopbaanmogelijkheden voor de huidige smal geschoolde MH-functionarissen. Deze leiden tot hoge uitstroom vanuit MH-functies naar andere functies en sectoren van medewerkers die de ambitie hebben om zich verder te ontwikkelen maar hiervoor geen mogelijkheden zien en voor zorginstellingen tot weinig mogelijkheden om medewerkers bredere en flexibeler in te zetten in of buiten de eigen organisatie;

Verwachte bijdragen

De meerderheid van de in het onderzoek geraadpleegde informanten verwacht dat een hbo-opleiding Medische Hulpverlening voor de functies ambulancehulpverleners, spoedeisende hulpverlener, triagist, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker een positieve impuls zal geven aan:

- de capaciteit van het opleidingsstelsel voor de genoemde MH-functies in de acute zorg en interventie;
- de aantrekkingskracht en toegankelijkheid van de opleiding tot MH-functies in de acute zorg en interventie voor schoolverlaters en met name ook voor mannen en allochtonen;
- de transparantie en flexibiliteit van het opleidingsstelsel voor MH-functies in de acute zorg en interventie.

De opleiding MH kan volgens de geraadpleegde informanten dan ook bijdragen aan het oplossen van de ervaren knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen, namelijk: de beperkte capaciteit, continuïteit en toegankelijkheid van het opleidingsstelsel voor MH-functies, de ervaren en verwachte tekorten aan MH-functionarissen en de beperkte loopbaanmogelijkheden van MH-functionarissen.

Om deze bijdragen waar te kunnen maken is het volgens de informanten noodzakelijk dat wordt geïnvesteerd in afstemming en samenwerking met het werkveld, ten bate van de aansluiting van de opleiding (qua opzet en inhoud) bij de praktijk én het verwerven van voldoende draagvlak voor de opleiding in het veld. Daarnaast vragen de informanten om veel aandacht voor het opdoen van functiespecifieke praktijkervaring in de opleiding, in de vorm van stages, zodat afgestudeerden van de opleiding MH goed inzetbaar zijn in de zorgpraktijk.

Conclusies

1. De nieuwe brede hbo-opleiding MH lijkt relevant in het licht van de bovenstaand geschetste ontwikkelingen en knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen;
2. De meeste geraadpleegde informanten verwachten dat de nieuwe opleiding MH een bijdrage kan leveren aan:
 - de capaciteit van het opleidingsstelsel voor MH-functies in de acute zorg en interventie;
 - de aantrekkingskracht en toegankelijkheid van de opleiding tot MH-functies in de acute zorg en interventie voor schoolverlaters en met name ook voor mannen en allochtonen;
 - de transparantie en flexibiliteit van het opleidingsstelsel voor MH-functies in de acute zorg en interventie.
3. de door de benaderde informanten verwachte bijdragen van de opleiding MH aan het oplossen van bestaande knelpunten in het werkveld van MH-functionarissen zijn reeds een eerste aanwijzing voor de macrodoelmatigheid van de opleiding MH.

Vraag 2. Kerntaken en competenties van MH-functionarissen

De informanten hebben in de aanzet voor een beroepscompetentieprofiel Medische Hulpverlening aangegeven dat er substantiële overlap bestaat in de taken en benodigde competenties voor de bestudeerde MH-functies in de acute zorg (ambulanceverpleegkundige en spoedeisende hulp-verpleegkundige), de interventie (anesthesiemedewerker en operatieassistent) en de diagnostiek (endoscopieassistent, hartfunctielaborant, longfunctieassistent, klinisch neurofysiologisch laborant en vasculair diagnostisch laborant). Vrijwel alle MH-functies bevatten taken op het gebied van therapeutisch handelen, planning en coördinatie van de zorg en beheer van patiëntenadministratie en apparatuur. Daarnaast maken taken op het gebied van diagnostiek,

het bewaken van de gezondheidstoestand van de patiënt en het informeren en begeleiden van patiënt en naasten onderdeel uit van veel MH-functies (zie hoofdstuk 4, tabel 2 voor een totaal-overzicht).

De overeenkomsten die worden gezien in de voor de verschillende typen MH-functies nodig geachte competenties zijn nog groter. Met name waar het gaat om de benodigde kennis/inzicht (bijvoorbeeld anatomie, fysiologie en pathologie van het menselijk lichaam) en algemene vaardigheden/houdingsaspecten (bijvoorbeeld kunnen communiceren, samenwerken, reflecteren op eigen handelen, zich dienstverlenend opstellen en nauwkeurig en zorgvuldig handelen). De overlap in de benodigde vakspecifieke vaardigheden zijn voor de verschillende typen MH-functionarissen vanzelfsprekend minder groot. Zo wordt bijvoorbeeld het kunnen plegen van interventies bij levensbedreigende problemen van wezenlijk belang geacht voor de verschillende MH-functionarissen in de acute zorg en voor de anesthesiemedewerker, maar niet of nauwelijks voor de operatieassistent en MH-functionarissen in de diagnostiek (zie hoofdstuk 4, tabel 4). Toegevoegd wordt dat het van belang is dat MH-functionarissen niet alleen bekwaam zijn in de medische en technische aspecten van hun functies, maar ook sociaal competent zijn, omdat zij ook in de sociale taken aanvullend zijn aan de arts.

Naast de aanzienlijke overlap in de taken en benodigde competenties van de verschillende MH-functies bestaan er verschillen in de settings waarin deze worden uitgevoerd. Het gaat dan vooral om de mate waarin in acute situaties moet worden gehandeld, de zelfstandigheid waarmee wordt gewerkt en de breedte van de patiëntencategorie (zie hoofdstuk 4, tabel 3). Op basis hiervan wordt aangegeven dat de functies van ambulanceverpleegkundige, spoedeisende hulpverpleegkundige en anesthesiemedewerker zich zeker op hbo-niveau bevinden, maar dat dit voor de functie van operatieassistent en de verschillende MH-functies in de diagnostiek onzeker is, omdat zij hun taken vooral uitvoeren assisterend aan de arts. Onduidelijk is of deze functies zich in de toekomst, bijvoorbeeld door verdergaande taakverschuiving van de arts naar de MH-functionaris of door toenemende inzet van technologie, zullen ontwikkelen richting functies op hbo-niveau.

Conclusie

De reacties van de benaderde informanten uit het werkveld op het BCP MH maken duidelijk dat de overeenkomsten tussen het takenpakket van de onderzochte typen MH-functionarissen in de acute zorg, de interventie en de diagnostiek en, in grotere mate, tussen de vereisten voor competent handelen voor de verschillende MH-functies bieden voldoende mogelijkheden bieden voor een gemeenschappelijk deel in een hbo-opleiding voor verschillende MH-functies, onder de conditie dat er aan de uitstroomkant voldoende ruimte wordt geboden voor specialisatie per MH-functie.

In afwachting van een antwoord op de vraag of de MH-functies in de diagnostiek en de functies van operatieassistent zich in de toekomst zullen ontwikkelen tot functies op hbo-niveau, is door de HAN en HU besloten om de opleiding MH in eerste instantie te richten op de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener en anesthesiemedewerker met daaraan toegevoegd de verwante functies van triagist in de acute zorg en hartkatheterisatiemedewerker.

Vraag 3. De omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH

Bij het bepalen van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding Medische Hulpverlening is uitgegaan van het door de HAN en HU bijgestelde en uitgewerkte opleidingsprofiel (zie bijlage 1). In dit profiel is aangegeven dat in de opleiding MH in eerste instantie zal worden opgeleid voor de functies van ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist acute zorg, anesthesiemedewerker en hartkatheterisatiemedewerker. De omvang van de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH is ingeschat op basis van verzamelde gegevens over het totaal aantal MH-functionarissen en de jaarlijkse vraag naar MH-functionarissen nu en zoals verwacht in 2013, wanneer de eerste afgestudeerden van de opleiding MH op de markt zullen verschijnen. Omdat deze gegevens niet zijn te herleiden uit de arbeidsmarktstatistieken voor de zorgsector hebben we vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van MH-functionarissen en andere relevante landelijke belangenverenigingen gevraagd naar hun zicht op de arbeidsmarktsituatie van de onderzochte MH-functionarissen nu en in 2013. Aanvullend zijn gesprekken gevoerd met informanten van zorginstellingen over de ontwikkelingen in vraag en aanbod van MH-functionarissen in hun instelling (zie bijlage 3 voor een overzicht van de geraadpleegde informanten).

Op basis van de verzamelde arbeidsmarktgegevens ramen we de jaarlijkse vraag naar de MH-functionarissen in de acute zorg en interventie die centraal staan in de opleiding MH vanaf 2013 op ongeveer 910 personen (zie tabel 6). Dit betekent een toename ten opzichte van de huidige jaarlijkse vraag met circa 450 personen. Met andere woorden de jaarlijkse vraag naar MH-functionarissen in de acute zorg en interventie zal naar verwachting bijna verdubbelen.

Naar alle waarschijnlijkheid kunnen de bestaande in-service opleidingen voor de MH-functies in de acute zorg en interventie de verwachte groei van de vraag niet invullen. Aanwijzingen hiervoor zijn:

- de achterblijvende deelnemeraantallen van de opleiding verpleegkunde, verpleegkundige vervolgopleidingen en de in-service opleiding tot anesthesiemedewerker;
- de beperkte groeimogelijkheden in de opleidingscapaciteit van zorginstellingen (financieel en procesmatig);
- de moeite die verschillende in-service opleidingen nu al hebben met het aantrekken van voldoende opleidingskandidaten; én
- de verwachte tekorten aan basisverpleegkundigen, wat een krimp in de populatie mogelijke instromers in de vervolgopleidingen tot spoedeisende hulp verpleegkundige en ambulanceverpleegkundige betekent (zie hoofdstuk 6 voor een uitgebreidere beschrijving van deze ontwikkelingen).

Uitgaande van de mogelijkheid dat de bestaande in-service opleidingen gelijk blijven qua omvang dan wel dat zij zodanig kunnen groeien dat zij in de helft van de groei van de jaarlijkse vraag kunnen voorzien ramen we de jaarlijkse vraag naar afgestudeerden van de nieuwe opleiding MH tussen de 220 en 450 personen. Rekening houdend met een opleidingsrendement van 70% (iets hoger dan de gemiddelde rendementscijfers voor hbo-opleidingen in de gezondheidszorg, zie www.hbo-raad.nl) betekent dit dat er ruimte is voor 315 en 640 instromende studenten in de opleiding MH per jaar. Deze raming kan hoger uitvallen indien in de toekomst blijkt dat het zinvol is om ook andere MH-functies in de opleiding te integreren.

Vanzelfsprekend hangt de vraag naar afgestudeerden van de opleiding MH niet alleen af van de arbeidsmarktvrage naar MH-functionarissen in de acute zorg en interventie en de mate waarin de bestaande in-service opleidingen in deze vrage kunnen voorzien. De omvang van de vrage naar afgestudeerden van de opleiding MH wordt volgens de benaderde informanten ook bepaald door meer kwalitatieve factoren, namelijk:

- de inzetbaarheid van de afgestudeerden van de opleiding MH in de praktijk;
- de meerwaarde van de afgestudeerden ten opzichte van in-service opgeleide MH-functionarissen; én
- het draagvlak voor de nieuwe opleiding in het werkveld.

Bovenstaande beïnvloedende factoren laten zien hoeveel belang wordt gehecht aan goed samenwerking tussen de opleiding en het werkveld. Intensief contact met landelijke belangenorganisaties en met betrokkenen in zorginstellingen kan volgens de informanten in grote mate bijdragen aan het succes van de opleiding MH. Immers, alleen dan kan de opleiding qua opzet en inhoud worden afgestemd op de praktijk en studenten afleveren die goed inzetbaar zijn in die praktijk. Dit zal de vrage naar afgestudeerden van de opleiding MH in de toekomst verder doen toenemen.

Conclusie

Op basis van het uitgevoerde macrodoelmatigheidsonderzoek zijn de volgende conclusies te trekken ten instroomruimte van de opleiding MH:

- De jaarlijkse vrage naar MH-functionarissen in de acute zorg en interventie zal vanaf 2013 volgens onze ramingen ongeveer 910 personen bedragen. Deze jaarlijkse vrage is bijna twee keer zo groot als de huidige vrage;
- De deelname aan de bestaande in-service opleidingen voor MH-functies in de acute zorg en interventie zal naar verwachting niet of slechts beperkt toenemen in de komende zes jaar. Het is daarom zeer aannemelijk dat deze opleidingen niet kunnen voorzien in de groeiende vrage naar MH-functionarissen in de acute zorg en interventie;
- Op basis van bovenstaande twee conclusies is aannemelijk dat er vanaf 2013 voldoende ruimte op de arbeidsmarkt is voor afgestudeerden van de nieuwe hbo-opleiding MH. Volgens onze raming bedraagt de jaarlijkse vrage naar afgestudeerden van de opleiding MH vanaf 2013 tussen de 220 en 450 personen;
- Uitgaande van een opleidingsrendement van 70% betekent dit dat er ruimte is voor een jaarlijkse instroom van 315 - 640 studenten in de opleiding MH;
- Op grond van bovenstaande bevindingen is de MH-opleiding te beschouwen als 'macrodoelmatig'.

8 Bronnen

- Bieleman, B. en J. Snippe (1993a) Beeld van een functie. Samenstelling en omvang van functielaboranten en aanverwante beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. Groningen, Brouwer Onderzoek Ontwikkeling en Advies.
- Bieleman, B. en J. Snippe (1993b) Functies in praktijk. Inventarisatie van werkzaamheden en patiëntenonderzoeken verricht door functielaboranten en aanverwante beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. Groningen, Brouwer Onderzoek Ontwikkeling en Advies.
- Brouwer, K. (1994) Opleidingen in diagnose. Opleidingsbeleid voor functielaboranten en andere diagnostisch medewerkers, in samenhang met arbeidsmarkt-, organisatorisch- en personeelsbeleid. Groningen, Brouwer Onderzoek Ontwikkeling en Advies.
- Brouwer, K. (1995) Profiel van de hartfunctielaborant, Breda, NHV.
- Brouwer, K. (1997) Het binnenste buiten, Amsterdam, NVGE-SEA.
- Brouwer, K. (1999) Zorg voor de opleiding. Profiel van de opleiding voor de endoscopie-assistent/-verpleegkundige gastro-enterologie. Amsterdam, NVGE-SEA.
- CBS (2006) Gezondheid en zorg in cijfers 2006. Voorburg, CBS.
- Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (2003) De zorg van morgen. Flexibiliteit en samenhang. Utrecht, MOBG.
- Derks, W., P. Hovens en L.E.M. Klinkers (2006) Structurele bevolkingsdaling. Een urgente nieuwe invalshoek voor beleidsmakers. Raad voor Verkeer en Waterstaat en de VROM-Raad, Den Haag.
- Foekema, H. en C. Hendrix (2005) Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg. Amsterdam, TNS NIPO.
- Grunveld, J.E., H.W. Kanters, E. van der Schee en G.D.J. van der Speld (2001) Functiedifferentiatie binnen het verpleegkundig beroep: te beperkt voor de ambulancesector. Utrecht, Prisma.
- Huizinga, F. en B. Smid (2004) Vier vergezichten op Nederland. Productie, arbeid en sectorstructuur in vier scenario's tot 2040. CPB, No 55. Den Haag.
- Inspectie van de gezondheidszorg (2006) kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003. Den Haag.
- LEVV (2006a) Factsheet: Het aantal bezette arbeidsplaatsen per branche daalt. Utrecht.
- LEVV (2006b) Factsheet: Het aantal verpleegkundigen dat een beroepsopleiding gaat volgen (2000-2004). Utrecht
- MDW werkgroep verpleegkundigen en verzorgenden in het ziekenhuis (2002) Een carrière aan het bed. Den Haag, MOBG.
- Meeusen, V.C.H. (2004) Géén hersenloze kwallen. Een ontwikkelingspalet voor een leeftijdsbewust loopbaanbeleid van anesthesiemedewerkers. Thesis voor de opleiding tot masters of arts in zorgmanagement, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam.
- Minister van VWS (2006) Arbeidsmarktbrief 2006 aan de Tweede Kamer, MEVA/ABA/2723377. Den Haag.
- Minister van VWS (2006) Brief over het opleidingsfonds aan de Tweede Kamer, MEVA/NBO-2693424. Den Haag.
- Minister van VWS (2007) Brief over het opleidingsfonds aan de Tweede Kamer, MEVA/NBO-2781895. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2007) Niet van later zorg. Den Haag.

- Ott, M., P. Paardekooper en W. van der Windt (2005) *Arbeid in Zorg en Welzijn*. Utrecht, Prismant.
- Pool, A., C. Pool-Tromp, F. Veltman-van Vugt en S. Vogel (2001) *Met het oog op de toekomst*. Utrecht, NIZW.
- RVZ (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Den Haag.
- RVZ (2006) *Arbeidsmarkt en zorgvraag 2006*. Den Haag.
- SOVAM (2006) *Jaarverslag 2005*. Zwolle.
- Stuurgroep MOBG (2005) *Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg*. Utrecht, MOBG.
- VBOC-AVVV (2006) *Verpleegkundige toekomst in goede banen*. Utrecht.
- Van der Windt, W., R. Steenbeek, W. van Eijk en H.F. Talma (2002) *Inspanning beloond? Onderzoek naar de arbeidsmarkt van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers*. Utrecht, Prismant.
- Van der Windt, W., H. Calsbeek, H. Talma en L. Hingstman (2003) *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003*. Utrecht, LEVV.
- Van der Windt, W. en H. Talma (2006) *RegioMarge 2006. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2006-2010*. Utrecht, Prismant.
- Van Essen, G., P.J. Paardekooper, H.F. Talma, W. van der Windt (2006) *Arbeid in Zorg en Welzijn 2006. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht, Prismant.
- Westert, G.P. en H. Verkleij (2006) *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004*. Bilthoven, RIVM.

www.ambulancezorg.nl: eindtermen ambulanceverpleegkundige.

www.azwinfo.nl: arbeidsmarkt- en opleidingsgegevens zorg en welzijn

www.brancherapporten.minvws.nl: ontwikkelingen in de gezondheidszorg

www.cbs.nl: diverse statische gegevens

www.czo.nl: ziekenhuisopleidingen

www.gobnet.nl: opleidingen en beroepen in de gezondheidszorg

www.hbo-raad.nl: opleidingsgegevens per school en sector

Bijlage 1 - Profiel van de opleiding Medische Hulpverlening

In deze bijlage zijn de grote lijnen van het profiel van de beoogde opleiding Medische Hulpverlening geschetst, zoals die zijn beschreven door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Hogeschool Utrecht in het document 'Bachelor of Health Medische Hulpverlening', versie 0.3, juni 2007. De reacties van de in de eerste onderzoeksfase benaderde informanten op het eerste voorstel voor een opleiding Medische Hulpverlening (toen nog Medische Ondersteuning genoemd) zijn door de HAN en HU uitgewerkt in dit opleidingsdocument. Op basis hiervan het is in de tweede onderzoeksfase bij informanten vanuit beroepsverenigingen en het werkveld onderzocht hoe groot de verwachte vraag is naar afgestudeerden van deze opleiding (het macrodoelmatigheidsonderzoek).

Opgenomen zijn: een beschrijving van de insteek van de opleiding Medische Hulpverlening in vogelvlucht, positionering van de opleiding in de opleidingskolom, doelstellingen van de opleiding, het programma en de duur van de opleiding. Het volledige document 'Bachelor of Health Medische Hulpverlening' met een uitgebreidere beschrijving van de insteek, opzet en inhoud van de opleiding is beschikbaar bij de HAN en HU.

1 De hbo-bachelor medische hulpverlening in vogelvlucht

De Hogeschool Utrecht (HU) en de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) willen vanaf februari 2009 een voltijdse hbo-bachelor medische hulpverlening (BMH) aanbieden. Deze opleiding kent vooralsnog twee differentiaties: hulpverlener acute zorg en interventiehulpverlener (in de toekomst mogelijk ook diagnostisch hulpverlener) en daarbinnen voorlopig de specialisaties: ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist, anesthesiehulpverlener en hartkatheterisatiehulpverlener.

De hogescholen startten de ontwikkeling van de opleiding als reactie op de geluiden uit het werkveld, dat de employability van medisch hulpverleners beperkt is, dat de opleidingscapaciteit voor MH-functies beperkt is, dat de opleidingsduur voor sommige MH-functies te lang is en dat tekorten aan MH-functionarissen bestaan danwel worden verwacht door de vergrijzing van het zittende personeelsbestand. De ontwikkeling van de opleiding vindt dan ook in nauw overleg met het werkveld plaats. En de opleiding zal zo worden ingericht dat zij kan meegroeien met ontwikkelingen in het werkveld.

De BMH wordt gepositioneerd in het medisch domein, combineert algemene en specialistische competenties, biedt brede scholing op hbo-niveau en is toegankelijk voor een brede doelgroep. De opleiding is met name bedoeld voor mensen met een havo-, vwo- of mbo-diploma in de gezondheidszorg (niveau 4).

Studenten volgen de eerste twee jaar een basisprogramma voor de noodzakelijk medische basiskennis en –vaardigheden en voor algemene hbo-competenties, zoals communicatie-, onderzoeks- en leervaardigheden. De laatste twee jaar volgt dan een differentiatie- en specialisatietraject waarin de student uiteindelijk afstudeert met een uitstrooprofiel dat past bij de beginnend beroepsbeoefenaar in een van de genoemde functies. In de profileringsruimte kan een student kiezen voor verdieping van de gekozen specialisatie of zich juist bekwamen in een tweede differentiatie/specialisatie.

2 Positionering van de opleiding

De opleiding Medische Hulpverlening past binnen het assortimentsbeleid van de betrokken faculteiten van de HAN en HU doordat de opleiding een bijdrage levert aan een bredere opleidingskolom voor medewerkers in de zorg (leven lang leren).

De nieuwe opleiding onderscheidt zich van de bestaande functiegerichte opleidingen door

- een bredere basis van algemene bachelor- en gezondheidszorgcompetenties die een grotere flexibiliteit en inzetbaarheid van de betreffende functionarissen oplevert;
- verbetering van loopbaanmogelijkheden, als gevolg van gemakkelijker horizontale doorstroming en ook door eenvoudiger doorgroeimogelijkheden richting masterniveau (zie hieronder).

De opleiding onderscheidt zich van de bestaande bachelors voor bijvoorbeeld verpleegkunde en fysiotherapie door de toespitsing van de kwalificaties binnen het medische domein en de specialisatie naar de uitstroomprofielen: ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist, anesthesiehulpverlener en hartkatheterisatiehulpverlener. Het programma heeft een sterk medisch karakter en studenten volgen vanaf het tweede blok in het eerste jaar continu stages naast het binnenschoolse programma.

Het BMH-diploma biedt toegang tot de master physician assistant (mits de student aan de werkervaringseis voldoet en over een passende opleidingsplaats beschikt).

Overigens zullen de beide faculteiten in een convenant regelen dat zij de programma's blijvend op elkaar afstemmen, zodat studenten hun profileringsruimte en specialisaties binnen een of beide Hogescholen kunnen volgen. Dit verhoogt de flexibiliteit van het aanbod voor studenten en beperkt de kosten voor de faculteiten.

3 Doelstellingen van de opleiding

In lijn met de hiervoor geschetste visie luidt de algemene doelstelling van de opleiding:

Mensen met een havo-, vwo- of mbo4-diploma op te leiden tot medisch hulpverlener met een uitstroomprofiel dat afgestudeerden in staat stelt om als beginnend beroepsbeoefenaar aan de slag te gaan in een of meer functies. Vooralsnog betreft dat de functies: ambulancehulpverlener, spoedeisende hulpverlener, triagist, anesthesiehulpverlener en hartkatheterisatiehulpverlener. De opleiding is zo ingericht dat op een later tijdstip eventuele uitstroomprofielen voor de overige (diagnostische) functies kunnen worden toegevoegd.

Domeinspecifieke eisen

De functies die wij hier onder de noemer 'medische hulpverlening' samenvatten, kennen elk eigen competentieprofielen. Om tot een gemeenschappelijk profiel te komen, zijn de verschillende profielen vergeleken. In die vergelijking valt op dat de profielen op de terreinen therapeutisch handelen en het beheren van patiëntadministratie en apparatuur een grote mate van overlap vertonen. De functies ambulancemedewerker, spoedeisende hulp-verpleegkundige en anesthesiemedewerker kennen over de volle breedte van het profiel een aanzienlijke overlap.

Op grond van de doelstelling van de opleiding en de vergelijking van de competentieprofielen van de afzonderlijke functies waarvoor wordt opgeleid is voor de bachelor MH een integraal competentieprofiel opgesteld. Daarbij zijn ook de algemene bachelorkwalificaties uit het Utrechtse Facultaire Casco voor gezondheidszorgopleidingen meegenomen. De tabel hieronder biedt een samenvatting van het competentieprofiel.

Competentieprofiel bachelor Medische Hulpverlening
I. Zorg- en dienstverlening
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>zorgdeskundige</i>
1 diagnostisch onderzoek te verrichten.
2 de gezondheidstoestand van de patiënt te bewaken.
3 therapeutisch te handelen.
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>adviseur/coach</i>
4 patiënt en naasten te informeren en te begeleiden.
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>adviseur/educator</i>
5 de patiënt en anderen in het kader van preventie en GVO (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) voor te lichten.
II. Werken in en vanuit een organisatie
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>organisator</i>
6 de zorg- en dienstverlening aan patiënten te plannen en te coördineren.
7. de patiëntenadministratie en apparatuur te beheren.
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>innovator</i>
8. bij te dragen aan kwaliteitszorg en innovatie van de zorgverlening (1) en aan de werkorganisatie (2); en daarover verantwoording af te leggen.
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>adviseur/coach</i> :
9. (junior) collega's te begeleiden en te coachen.
III. Beroepsontwikkeling
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>beroepsontwikkelaar</i> :
10. bij te dragen aan de ontwikkeling van de (nationale en internationale) beroepspraktijk.
11. deel te nemen aan de kwaliteitszorg binnen het beroep.
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>adviseur/educator</i> :
12. voorlichting/onderwijs over het beroep aan beroepsgenoten te geven.
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als <i>adviseur/coach</i> :
13. beroepsgenoten te coachen.
De beginnend medisch hulpverlener demonstreert dat hij in staat is om als lerende professional:
14. zichzelf in het beroep te ontwikkelen.

Voor de specificatie van de uitstroomprofielen zijn op basis van materialen voor de bestaande opleidingen functiespecifieke leerdoelen geïnventariseerd die vervolgens aan de hand van het bovenstaande profiel zijn geordend. Dit beeld is vervolgens getoetst bij vertegenwoordigers van de verschillende werkvelden.

Algemene bachelorkwalificaties

Wat betreft de algemene bachelorkwalificaties, volgt hieronder een toelichting aan de hand van de zogenaamde "Dublin-descriptoren". Hieruit blijkt dat het competentieprofiel voldoet aan dit internationale kader voor (hbo-)bachelorkwalificaties.

Dublin-descriptoren	Bachelor Medische Hulpverlening
Kennis en inzicht Heeft aantoonbare kennis en inzicht van een vakgebied, waarbij wordt voortge-	De afgestudeerde heeft kennis van en inzicht in <ul style="list-style-type: none"> de medische diagnose, bewaking en therapeutische behandeling van een of meer patiëntencategorieën (comp. 1, 2 en 3));

Dublin-descriptoren	Bachelor Medische Hulpverlening
bouwd op het niveau bereikt in het voortgezet onderwijs en dit wordt overtroffen; functioneert doorgaans op een niveau waarop met ondersteuning van gespecialiseerde handboeken, enige aspecten voorkomen waarvoor kennis van de laatste ontwikkelingen in het vakgebied vereist is	<ul style="list-style-type: none"> • zorgprocessen en het werken in een gezondheidszorginstelling (comp. 6, 7 en 8); • de ontwikkeling van de (inter)nationale beroepspraktijk (comp. 10).
Toepassen kennis en inzicht Is in staat om zijn/haar kennis en inzicht op dusdanige wijze toe te passen, dat dit een professionele benadering van zijn/haar werk of beroep laat zien, en beschikt verder over competenties voor het opstellen en verdiepen van argumentaties en voor het oplossen van problemen op het vakgebied	De afgestudeerde past kennis toe <ul style="list-style-type: none"> • bij de diagnose en behandeling van patiënten met standaard problemen (comp. 1, 2 en 3); • in bijdragen aan de organisatie van de zorg (comp. 6, 7 en 8); • in bijdragen aan de ontwikkeling van het beroep (comp. 10 en 11).
Oordeelsvorming Is in staat om relevante gegevens te verzamelen en interpreteren (meestal op het vakgebied) met het doel een oordeel te vormen dat mede gebaseerd is op het afwegen van relevante sociaal-maatschappelijke, wetenschappelijke of ethische aspecten	De afgestudeerde is in staat tot een heldere oordeelsvorming <ul style="list-style-type: none"> • bij de diagnose en behandeling van patiënten en • bij de planning en coördinatie van zorgprocessen • bij kwaliteitszorg en zorginnovaties, • bij het begeleiden en coachen van (junior) collega's, daarbij rekening houdend met de sociaal-maatschappelijke en ethische dimensie (comp. 1 t/m 3 en 6 t/m 9)
Communicatie Is in staat om informatie, ideeën en oplossingen over te brengen op een publiek bestaande uit specialisten of niet-specialisten	De afgestudeerde is in staat tot duidelijke en ondubbelzinnige communicatie met <ul style="list-style-type: none"> • cliënten (comp. 4 en 5); • beroepsgenoten en overige professionals (comp. 9, 12 en 13).
Leervaardigheden Bezit de leervaardigheden die hem of haar in staat stellen een vervolgstudie aan te gaan met een grotendeels zelfgestuurd of autonoom karakter.	De afgestudeerde beschikt over leervaardigheden om zich als lerende professional verder te ontwikkelen (comp. 14).

Aard beroepskwalificaties

Uit het competentieprofiel blijkt dat de afgestudeerde als beginnend beroepsbeoefenaar in een scala van werkerreinen zal kunnen functioneren. Tijdens de opleiding zal de student de geformuleerde competenties voor een belangrijk deel ook in de actuele beroepspraktijk verwerven. Dit essentiële aspect is gewaarborgd binnen de stages en binnen de structuur van de opleiding, waarbij de student telkens aan de hand van concrete beroepsproducten en -diensten laat zien dat hij of zij de beoogde competenties in toenemende mate beheerst. De afgestudeerde beschikt uiteindelijk over

- basiscompetenties voor de gekozen differentiatie medische hulpverlening;
- specialistische competenties voor de uitoefening van een (of meer) specifieke functie(s);
- algemene bachelorkwalificaties op het gebied van analyseren, oordelen, communiceren en leren.

Het geschetste competentieprofiel en de actieve leerhouding die afgestudeerden zich eigen maken, stellen hen in staat om zich relatief gemakkelijk binnen verschillende werkterreinen in te werken. Bovendien kunnen afgestudeerden bijdragen aan de ontwikkeling en positionering van hun beroep binnen de dynamische context van de gezondheidszorg in het algemeen en de medische hulpverlening in het bijzonder.

4 Opleidingsprogramma

Kennisontwikkeling

De bacheloropleiding Medische Hulpverlening is een competentiegerichte opleiding. Dat betekent dat studenten kennis én vaardigheden tegelijkertijd ontwikkelen, binnen de context van de werkelijke of gesimuleerde beroepspraktijk. Daarbij voeren studenten gedurende de opleiding realistische beroepsopdrachten uit, zowel binnenschools als tijdens stages.

Onderstaande tabel toont de inhoudelijke opbouw van de opleiding.

Inhoudelijke opbouw van het programma				
	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Jaar 1	Het medisch proces en mijn plaats daarin	Van klacht naar diagnose	Van diagnose naar behandeling	Zorg in sociale context
		Stageperiode 1.2	Stageperiode 1.3	Stageperiode 1.4
Jaar 2	Enkelvoudige acute problematiek	Chronische problematiek 1	Pijn en sedatie	Chronische problematiek 2
	Stageperiode 2.1	Stageperiode 2.2	Stageperiode 2.3	Stageperiode 2.4
Jaar 3	Differentiatie	Differentiatie	Differentiatie	Profilering
	Stageperiode 3.1	Stageperiode 3.2	Stageperiode 3.3	Stageperiode 3.4
Jaar 4	Specialisatie	Profilering	Specialisatie	Afstuderen
	Stageperiode 4.1	Stageperiode 4.2	Stageperiode 4.3	Stageperiode 4.4

Het programma bestaat uit een basisdeel en een differentiatie/specialisatiedeel. Beide delen nemen de helft (twee jaar) van de opleiding in beslag. In het eerste jaar ligt het zwaartepunt op het medisch proces en de eigen rol daarin. In dat kader oriënteren de studenten zich grondig op medische hulpverlening en de beroepen die daaronder vallen. Het tweede jaar ontwikkelen de studenten hun medische competenties verder aan de hand van veel voorkomende medische problemen (in feite patiëntencategorieën). Het derde jaar staat in het teken van de differentiatie (zie blauwdruk voor details). Voorlopig heeft de student daarbij de keus tussen de differentiaties hulpverlener acute zorg en interventie-hulpverlener. Het vierde jaar specialiseert de student zich in het verlengde van de differentiatie in een van de functies ambulancehulpverlener, spoedeisende hulp-hulpverlener, triagist, anesthesiehulpverlener of hartkatheterisatiehulpverlener. In de laatste twee jaar is telkens een blok gereserveerd voor profilering. Hiermee kan de student een eigen programma samenstellen en dat ter goedkeuring voorleggen aan de exa-

mencommissie. Ook kan de student ervoor kiezen om de specialisatie uit te diepen of zich een tweede specialisatie eigen maken.

Elk jaar kent vier blokken. Elk blok is uitgewerkt in een aantal inhoudelijke thema's die de studenten volgens een vast stramien van zelfstudieopdrachten, responsiecolleges, werkgroepen en practica uitdiepen. Elk thema draait om een of meer beroepsopdrachten. Dit zijn integrale zelfstudieopdrachten waaraan studenten gedurende het thema individueel of in groepjes werken. De overige leeractiviteiten gedurende het blok zijn ondersteunend. De opdrachten leiden zoveel mogelijk tot concrete beroepsproducten of -diensten.

De opzet van de opleiding aan de hand van beroepsopdrachten waarborgt een permanente oriëntatie op de beroepspraktijk gedurende de ontwikkeling van kennis en vaardigheden. Bovendien loopt de student vanaf het tweede blok in het eerste jaar stages in de beroepspraktijk. Het programma ruimt dus een essentiële plaats in voor de beroepspraktijk als leeromgeving.

De kennisontwikkeling vindt plaats aan de hand van vakliteratuur (b.v. medische handboeken), studiemateriaal uit de beroepspraktijk (b.v. praktijkcasussen) en van interactie met de beroepspraktijk gedurende de stages.

Ontwikkeling van beroepsvaardigheden

Door het competentiegerichte karakter van de opleiding (beroepsproducten en -diensten, doorlopend stages) vindt de ontwikkeling van beroepsvaardigheden zowel binnenschools plaats als in de beroepspraktijk (stages). Het competentiegerichte onderwijsconcept, waarbij het professioneel handelen in de praktijk centraal staat, garandeert de ontwikkeling van beroepsrelevante kennis en vaardigheden. In dit concept is het verwerven van (theoretische) kennis steeds gekoppeld aan het leren van (praktische) vaardigheden.

Specialistische vaardigheden ten behoeve van een specifieke functie (specialisatie) verwerven studenten in eerste instantie in practica om die vervolgens gedurende stages in de beroepspraktijk verder aan te scherpen.

Verbanden met actuele beroepspraktijk

Het competentiegerichte karakter van de opleiding zorgt ervoor dat de beroepspraktijk ruimschoots aan bod komt in het programma. Zowel in de vorm van actuele casuïstiek waarmee elk thema van start gaat, als in stageactiviteiten. Daarnaast vormen de ervaringen die studenten (en docenten) in de praktijk opdoen, weer input voor het leerproces van de student. Reflectie op het handelen binnen de beroepspraktijk en op die beroepspraktijk als zodanig, is een belangrijke werkvorm die vast onderdeel uitmaakt van het didactisch concept en natuurlijk staat het centraal in de stagebegeleiding. Deze reflectie draagt bij aan zowel de competentieontwikkeling als aan het vormen van een professionele identiteit (beroepsbeeld). Op bescheiden schaal draagt de reflectie ook bij aan verbetering van de beroepspraktijk. Dit gebeurt door kritische toetsing van (werk)ervaringen aan theoretische kaders die gedurende de opleiding verworven zijn.

Het feit, ten slotte, dat een aanzienlijk deel van de docenten naast het onderwijs ook als medicus, medisch hulpverlener en/of onderzoeker werkzaam is, versterkt de banden met de actuele beroepspraktijk.

5 Opleidingsduur

De bacheloropleiding MH kent een studiebelasting die past bij een hbo-bacheloropleiding. De opleiding duurt vier jaar en omvat 6720 studiebelastingsuren.

Bijlage 2 - Geraadpleegde informanten in de eerste onderzoeksfase

Categorie	Informant	Functie	Organisatie	Plaats
Algemeen	Dhr. J. Scholten	beleidsmedewerker sociale zaken	NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)	Utrecht
	Mw. M. Mens	beleidsmedewerker	NFU (Nederlandse Federatie van Universitair medische centra)	Utrecht
Acute zorg	Dhr. P. Brink	chirurg, hoogleraar traumatologie, hoofd afdeling traumatologie	Academisch Ziekenhuis Maastricht	Maastricht
	Mw. H. Bergs	coördinator	Traumacentrum Limburg	Maastricht
	Dhr. W. Gruiters	adjunct directeur	SOSA (Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening)	Zwolle
	Mw. C. de Vogel	beleidsmedewerker	Ambulancevoorziening Den Haag	Den Haag
		manager secretaris	V&VN Ambulancezorg	Utrecht
	Dhr. F. de Voeght	hoofd spoedeisende hulp	Medisch Centrum Haaglanden	Den Haag
Interventie	Dhr. H. Kerckamp	hoogleraar anesthesie, medisch manager divisie peri-operatieve zorg en spoedeisende hulp	UMC Utrecht	Utrecht
	Dhr. G.J. Scheffer	hoogleraar anesthesie	UMC St. Radboud	Nijmegen
	Mw. I. Rots-Hendriks	manager zorg, cluster CAIO (centrale sterilisatie, anesthesiologie, IC en operatiekamers)	UMC St. Radboud	Nijmegen
Diagnostiek	Mw. M. Weijers	directeur interne zorgeenheden	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen
	Dhr. B. Roelofs	hoofd P&O	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen
	Mw. M. Kloks	hoofd opleidingen	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen
	Mw. M. Cousijn	interim directeur staf zorg	UMC St. Radboud	Nijmegen
	Mw. E. Bouwknegt	hoofd zorg, cluster nefrologie/maag-darm-lever	UMC Utrecht	Utrecht

Bijlage 3 - Geraadpleegde informanten in de tweede onderzoeksfase

Beroepsverenigingen en andere landelijke belangenverenigingen

Categorie	Informant	Functie	Organisatie
Acute zorg	Mw. C. de Vogel	manager secretaris	V&VN Ambulancezorg (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, afdeling Ambulancezorg)
	Dhr. A. Eldik	bestuurslid onderwijs	V&VN Ambulancezorg
	Dhr. W. Gruijters	adjunct directeur	SOSA (Stichting Opleidingen Scholing Ambulan- cehulpverlening)
	Dhr. P. Jochems	vice-voorzitter	NVSHV (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen)
	Mw. R. Veldhuizen	secretaris	NVSHV
	Dhr. W. ten Wolde	directeur	Stichting LAMP (Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen)
	Dhr. J. van Amstel	beleidsadviseur	VHN (Vereniging Huisartsenposten Nederland)
Interventie	Dhr. J. Hoekman	bestuurslid	NVAM (Nederlandse Vereniging van Anesthesie- medewerkers)
	Dhr. H. Folkersma	secretaris	LVO (Landelijke Vereniging van Operatieassis- tenten)
	Dhr. E. Monteban	voorzitter	NVLO (Nederlandse Vereniging Leidinggevenden Operatieafdeling)
Diagnostiek	Mw. J. Kamp	bestuurslid	NVGE-SEA (Nederlandse Vereniging voor Gastro- Enterologie, Sectie Endoscopie- Assistenten)
	Mw. Geurs-Muller	secretaris	NHV (Nederlandse Hartfunctie Vereniging)
	Dhr. H. Beurskens	bestuurslid	NVLA (Nederlandse Vereniging voor Longfunc- tieassistenten)
	Mw. K. van de Velde	commissie opleidingen	NVLA
	Dhr. A.A.J. Hilgevoord	Secretaris	NVKNF (Nederlandse Vereniging voor Klinische Neurofysiologie)

Vertegenwoordigers van het werkveld

Categorie	Informant	Functie	Organisatie	Plaats
Algemeen	Dhr. F. Lindsen	hoofd P&O	Medisch Centrum Haaglanden	Den Haag
	Mw. S.C.I. Kobes	coördinator HR services	OLVG	Amsterdam
	Mw. M. Cousijn	interim directeur staf zorg	UMC St. Radboud	Nijmegen
Acute zorg	Dhr. M. Linssen	unithoofd bedrijfsbureau onderwijs	Jeroen Bosch ziekenhuis	Den Bosch
	Mw. G. Meijer	verpleegkundig aandachtsvelder opleidingen	Jeroen Bosch ziekenhuis	Den Bosch
	Dhr. P.G.J. Bocxe	hoofd spoedeisende hulp	OLVG	Amsterdam
	Mw. V. Weijel	HR-adviseur op spoedeisende hulp	OLVG	Amsterdam
Interventie	Mw. C.N.E. Dieleman	HR-adviseur op hartkatheterisatie-afdeling	OLVG	Amsterdam
	Mw. H. Lieuw	praktijkopleider anesthesiemedewerkers en operatieassistenten	OLVG	Amsterdam
	Dhr. M. van der List	orthopedisch chirurg	Meander Medisch Centrum	Amersfoort
	Dhr. G. Kommer	hoofd OK	Ziekenhuis Rivierenland	Tiel
Diagnostiek	Dhr. M. de Graaff	opleidingsadviseur	Martini ziekenhuis	Groningen
	Dhr. R. Edelenbos	praktijkopleider vasculair diagnostisch laboranten en docent opleiding VDL aan Hogeschool InHolland	Haga ziekenhuis	Den Haag