

Q&A Mission (Im)possible

Webinar 12 januari 2026



In dit document hebben we de vragen verzameld die zijn gesteld in de openbare chat tijdens het webinar over Mission (Im)possible van 12 januari 2026. Sommige soortgelijke vragen hebben we gebundeld en/of geherformuleerd en alles is gegroepeerd op onderwerp. De antwoorden zijn afgestemd met alle sprekers.

Het webinar is volledig terug te kijken: [Webinar Mission \(Im\)possible: zorg vernieuwen begint bij vertrouwen](#).

Meer informatie over Mission (Im)possible vind je op de STZ Innohub: [Mission \(Im\)possible](#)

Inhoudsopgave

1. Rollen en verantwoordelijkheden	2
2. Resultaten	5
3. Uitdagingen.....	6
4. Praktische uitvoer	7
5. Overig	9

1. Rollen en verantwoordelijkheden

Wordt bij het opdelen van de rollen het werk niet meer taakgericht?

Een verpleegkundige vervult op dit moment eigenlijk meerdere rollen tegelijk op de afdeling: zorgverlener, coördinator, opname- en ontslagregisseur, kwaliteitsbevorderaar, opleider en ondersteuner. Dit alles gebeurt vaak door elkaar en onder tijdsdruk. Bij het opdelen van rollen is niet gekozen voor taakgericht werken. Het gaat om rolgericht werken: taken worden gebundeld in rollen die passen bij iemands wensen en kwaliteiten.

De verpleegkundige blijft verantwoordelijk voor het totaal van de zorg. Het verschil is dat niet iedereen alles tegelijk hoeft te doen. Het idee is dat er hierdoor:

- meer rust en overzicht in het werkproces komt;
- minder verstoringen en overdrachtsmomenten;
- meer ruimte voor professionele regie en samenwerking;
- flexibele werktijden afhankelijk van gekozen rol;
- mogelijkheden voor re-integratie en levensfase bewust werken;
- diverser zorgteam door inzet van medisch studenten, helpende/verzorgenden (IG) en vrijwilligers;

Deze werkwijze is nog in ontwikkeling en wordt later in de praktijk getest.

Hebben jullie gekeken naar deze belastbaarheid van mantelzorgers als verpleegkundigen het netwerk rondom de patiënt in het ziekenhuis gaan betrekken?

Verpleegkundigen stimuleren patiënt en naaste(n) om bepaalde eenvoudige zorgtaken zelf te doen. Bijvoorbeeld in de dagelijkse lichamelijke verzorging of bij het nuttigen van maaltijden. Dat is **niet verplicht**. Patiënt en naaste bepalen zelf of en hoe ze betrokken willen zijn bij de zorg in het ziekenhuis. Mensen die geen actieve rol willen of kunnen nemen, krijgen de gebruikelijke zorg van de verpleegkundige.

In de pilotfase hebben we samengewerkt met de mantelzorgmakelaar van het St. Antonius Ziekenhuis. Zij speelde een belangrijke rol door contact te leggen met alle mantelzorgsteunpunten in de regio. Hierdoor hebben we een netwerk van mantelzorgsteunpunten opgebouwd. Wanneer nu blijkt dat een naaste overbelast is, kunnen we gericht doorverwijzen. Het betreffende steunpunt neemt vervolgens binnen een week contact op met de mantelzorger. Voorheen zagen we vaak wel dat iemand overbelast raakte, maar wisten we niet goed wat we voor die persoon konden betekenen. Hiermee kunnen we hen beter ondersteunen.

Daarnaast hebben we door deze nieuwe manier van werken beter zicht op de belastbaarheid van mantelzorgers. Dit komt onder andere door de ruimere bezoektijden en het opnamegesprek, waarin we de belastbaarheid expliciet bespreken.

Werken jullie in de teams standaard met regieverpleegkundigen (als onderdeel van functiedifferentiatie)?

Op een enkele verpleegafdeling na zijn alle verpleegafdelingen regiewaardig. De kartrekkerrol binnen de verpleegkundige teams wordt niet per definitie vervuld door regieverpleegkundigen. Aan het begin van het traject hebben we een set vaardigheden en competenties vastgesteld die volgens ons nodig zijn om de kartrekkerrol te kunnen vervullen, ongeacht of iemand regieverpleegkundige is of niet. In de praktijk zien we wel dat de meeste verpleegkundigen in de kartrekkerrol regieverpleegkundigen zijn.

Wat is de tijdsinzet van de verpleegkundige projectleiders? En van de verpleegkundigen van de pilotafdelingen?

Voor de uitvoering is tijd vrijgemaakt:

- 16 uur per week per pilotafdeling, later 12 uur.
- 8 – 12 uur per afdeling tijdens de voorbereidingsfase tot aan ziekenhuisbrede implementatie.
- Sinds livegang: alleen de werksessies (4 uur per werksessie) worden vergoed. De overige uren zijn voor de afdelingen zelf.
- 7 hele dagen gezamenlijke werksessies.
- Vervolgssessies van een halve dag gedurende minimaal 6 maanden voor borging.
- Ongeveer 2,5 fte projectcapaciteit, aangevuld met inzet van ICT, academie, mantelzorgmakelaar en leidinggevenden.

Hoeveel tijd is het projectteam er mee bezig nu dit geïmplementeerd is?

De twee projectleiders besteden hier ieder 36 uur per week aan.

Verpleegkundigen zijn projectleiders geworden. Heb je het dan over een verpleegkundige-duo baan of een andere rol of zelfs functie?

De projectleiders werken niet meer in de rol van verpleegkundige en richten zich volledig op het project. Zij hebben de officiële functie projectleider.

Wat zijn voorbeelden van de verschillende rollen en taken binnen de teams? en hoe hebben jullie dat besproken en voor elkaar gekregen met de teamleden?

De rollen zijn: zorgverlener, coördinator, opname- en ontslagregisseur, kwaliteitsbevorderaar, opleider en ondersteuner. Deze werkwijze is nog in ontwikkeling en wordt later in de praktijk getest.

Zijn de innovatie en kartrekker verpleegkundige ook geheel qua tijd vrijgespeeld voor Mission (Im)possible? Staat hier een functiewaardering als verpleegkundig projectleider tegenover?

Nee, er is geen aparte functiewaardering. Binnen het verpleegkundigvak is het organiseren en verbeteren van zorg een van de rollen is die je al hebt, maar nu krijg je daar expliciet meer ruimte voor binnen je reguliere werk. De rol biedt veel ruimte voor ontwikkeling, innovatie en verpleegkundig leiderschap.

Het een en ander vraagt niet alleen iets van (persoonlijk) leiderschap, maar ook van hoe leren en ontwikkelen is ingericht. Speelt de St. Antonius academie een rol in dit geheel en de gevolgen ervan?

In de voorbereidingsfase tot aan de livegang heeft de academie hierin geen rol gehad; dit is grotendeels door het projectteam zelf uitgevoerd. De betrokkenheid van de academie bestond uit het mede-ontwikkelen van een online platform voor kartrekker-verpleegkundigen (voor onderlinge uitwisseling, voorbereidingsopdrachten voor werksessies en het delen van documenten) en het meewerken aan de ontwikkeling van een e-learning over participatie en *Mijn Opname*.

2. Resultaten

Gaat het uiteindelijk tijd opleveren? Zodat we met minder mensen zelfde kwaliteit kunnen krijgen/leveren in de zorg

Ja, de eerste resultaten laten zien dat dit mogelijk is. In de pilotfase ervoeren verpleegkundigen 15–30 minuten tijdswinst per patiënt per dag op afdelingen dankzij patiënt- en naastenparticipatie en digitale ondersteuning. Die tijd wordt ingezet voor complexere zorg, begeleiding en het goede gesprek. Tijdens de pilotfase was het nog niet mogelijk om de anamnese voor de opname in te vullen. Inmiddels vult 60% van de patiënten de anamnese in voor de opname. We onderzoeken nu of we op reguliere verpleegafdelingen de normering al kunnen aanpassen, van 1:4 naar 1:5 patiënten. Specialistische afdelingen vallen hier voorlopig buiten.

Levert het ook verpleegkundige dagen reductie op?

Het doel is niet om verpleegkundige dagen te reduceren of het aantal verpleegkundigen te verlagen. De inzet is juist om met hetzelfde aantal verpleegkundigen meer patiënten te kunnen verzorgen. Door deze aanpak kunnen we in de toekomst onze beschikbare capaciteit beter benutten. Zo bereiden we ons voor op de toenemende zorgvraag.

Wat en hoe blijf je het monitoren? Zijn dat proces of resultaatindicatoren/resultaten of wellicht iets anders?

We monitoren dit als doorlopend proces. We evalueren op verschillende momenten en bespreken dit in werksessies met kartrekkers, waarin signalen uit de praktijk worden opgehaald en opgepakt. Daarnaast zijn we bezig met het opzetten van dashboards om data inzichtelijk te maken. Ook halen we feedback op bij patiënten, naasten en medewerkers via gesprekken en interviews.

Worden de drie doelen behaald? Lukt het om meer patienttevredenheid/eigen regie te realiseren, en meer werkplezier voor verpleegkundige en meer werk te doen met hetzelfde aantal mensen?

Sinds juni 2025 werken we ziekenhuisbreed met deze aanpak, na positieve resultaten van de pilotfase. We zijn momenteel volop bezig met evalueren en meten en verwachten binnenkort nieuwe resultaten te kunnen delen (onder andere via de STZ Innohub). We onderzoeken nu of we op reguliere verpleegafdelingen de normering al kunnen aanpassen, van 1:4 naar 1:5 patiënten. Specialistische afdelingen vallen hier voorlopig buiten.

Waar zijn de onderzoekservaringen te vinden?

Via de STZ Innohub wordt in de komende periode relevante informatie en documentatie gedeeld in de werkgroep. STZ-leden kunnen zich inschrijven via [deze link](#). Voor niet-STZ leden is meer informatie te vinden op Actie Leer Netwerk: <https://www.actieleernetwerk.nl/mission-impossible-met-hetzelfde-aantal-verpleegkundigen-dubbel-zo-veel-zorg-leveren/>

3. Uitdagingen

Welke weerstand zijn jullie tegengekomen onder professionals en hoe hebben jullie die overwonnen?

In het begin voelden verpleegkundigen niet altijd de urgentie om anders te gaan werken. Het anders organiseren van zorg werd soms ervaren als onnodig of zelfs gezien als een bezuinigingsmaatregel. Nieuwe werkwijzen, digitale middelen en het betrekken van naasten voelden als extra taken die bovenop het bestaande werk kwamen. Daarbij was er onzekerheid over wat naasten precies kunnen en een gevoel dat zorg vooral de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is.

Gaandeweg groeide het besef dat deze verandering nodig is om ook in de toekomst goede zorg te kunnen blijven leveren, in een situatie waarin het aantal patiënten toeneemt en het aantal verpleegkundigen niet meegroeit. Weerstand verdween niet door te overtuigen, maar doordat er ruimte was om te luisteren, te oefenen en ervaringen te delen. Door successen zichtbaar te maken, de urgentie te benadrukken en dat het gaat om anders werken in plaats van harder werken, ontstaat stap voor stap meer vertrouwen en draagvlak. Hier hebben de kartrekkers een hele grote rol in vervuld.

Hoe ga je om met de angst voor baanverlies bij verpleegkundigen?

Er wordt steeds expliciet benoemd waarom verandering nodig is: in de toekomst krijgen we te maken met meer patiënten, terwijl het aantal verpleegkundigen gelijk blijft. Met de huidige manier van werken is dat niet vol te houden. Om ook in de toekomst goede en veilige zorg te kunnen leveren, moeten we het werk anders organiseren en samen met patiënten en naasten kijken wat anders kan.

Hoe coachen jullie de verpleegkundigen om het gesprek met naasten te voeren? Vinden ze het lastig om de juiste vragen te stellen aan mantelzorgers?

Het kan inderdaad ingewikkeld en spannend zijn om mantelzorgers te vragen om mee te helpen. Verpleegkundigen zien zorg als hun eigen verantwoordelijkheid of voelen zich ongemakkelijk bij het stellen van de vraag. Wat helpt, is het besef dat veel naasten al vóór de opname een grote rol hadden in de zorg, zoals helpen bij opstaan, wassen, eten, medicatie innemen of het bed opmaken. In het ziekenhuis nemen verpleegkundigen deze zorg vaak automatisch over, terwijl naasten deze taken vaak goed kunnen blijven doen, als zij dat willen.

Het gaat dus niet om zorg uit handen geven, maar om aansluiten bij wat er thuis al gebeurt (en in de toekomst gaat gebeuren) en samen met patiënt en naaste te kijken wat passend is. Het delen van positieve ervaringen en reacties van mantelzorgers laat zien dat zij zich vaak juist gezien en betrokken voelen bij de zorg.

4. Praktische uitvoer

Hoe gaan jullie om met laaggeletterdheid en patiënten die digitaal minder vaardig zijn?

Onze communicatie is zoveel mogelijk op B1-taalniveau. In het ziekenhuis zijn informatiepunten digitale zorg, waar patiënten hulp kunnen krijgen bij het gebruik van digitale middelen. Van MijnAntonius tot DigiD. Als dit onvoldoende is, blijft de zorg en communicatie gewoon verlopen zoals voorheen.

Ervaren medepatiënten het niet als onrustig op de zaal als er mantelzorgers aanwezig zijn op meerdere momenten per dag?

Om naasten te laten meehelpen met de zorg zijn de bezoektijden verruimd. We verwachten niet dat naasten de hele dag aanwezig zijn. In overleg stemmen we af welke momenten passend zijn, voor zowel de patiënt als de naaste.

We besteden ook aandacht aan rust op de afdeling. Te veel bezoek kan vermoeiend zijn, voor de patiënt én voor medepatiënten. Daarom vragen we naasten het bezoek te doseren. Als naasten alleen op bezoek komen, vragen we hen bij voorkeur aan het begin van de avond te komen en niet langer dan één uur te blijven.

Staan de vragenlijsten uit de verschillende zorgpaden ook in MijnAntonius, zodat deze ook online kunnen worden ingevuld door de patient tijdens opname?

Ja, via *Mijn Opname*, onderdeel van het patiëntportaal *Mijn Antonius*, hebben patiënten inzicht in hun dagindeling en kunnen zij informatie bekijken, vragenlijsten invullen en metingen doen. Ook kunnen zij via de app gericht om hulp vragen. Dit helpt verpleegkundigen om prioriteiten te stellen en vermindert administratieve lasten.

Is de inhoud van de vragenlijst ergens in te zien?

Via de STZ Innohub wordt in de komende periode relevante informatie, resultaten en documentatie gedeeld in de werkgroep. Zo ook de vragenlijst. STZ-leden kunnen zich inschrijven via [deze link](#). Voor niet-STZ leden is meer informatie te vinden op Actie Leer Netwerk: <https://www.actieleernetwerk.nl/mission-impossible-met-hetzelfde-aantal-verpleegkundigen-dubbel-zo-veel-zorg-leveren/>

Hoelang blijft de ingevulde uitkomsten van de anamnese actief, met betrekking op her-opname, eenmaal registreren, meermaals gebruiken?

Wanneer een patiënt binnen 90 dagen opnieuw wordt opgenomen, wordt de anamnese niet opnieuw aangeboden, ook niet wanneer deze handmatig wordt aangevraagd. De eerder ingevulde anamnese blijft in dat geval actief en wordt hergebruikt.

Doet de verpleegkundige een validatie van de anamnese bij opname?

De verpleegkundige valideert de gegevens altijd tijdens het opnamegesprek. Het verschil met de eerdere werkwijze is dat het gesprek zich met name richt op opvallendheden en knelpunten die uit de anamnese naar voren komen. Daarnaast worden afspraken gemaakt over de uitvoering van zorgtaken. Het opnamegesprek blijft daarmee een vast onderdeel van het zorgproces, maar wordt inhoudelijk anders ingestoken.

Is inzichtelijk gemaakt welke informatie verpleegkundigen nodig hebben tijdens de opname om een patiënt tijdig met ontslag te kunnen laten gaan?

Deze vraag kan niet worden beantwoord in het kader van Mission (Im)possible. Dit onderwerp maakt onderdeel uit van een ander project binnen ons ziekenhuis en valt buiten de scope van Mission (Im)possible.

Krijgen mantelzorgers ook maaltijden van het ziekenhuis wanneer ze veel zorg overnemen?

Ja, dat is mogelijk. Naasten die vanwege zorgtaken vaker en langer in het ziekenhuis zijn, kunnen iets eten of drinken. Ook is parkeren tegen een aangepast tarief mogelijk. Verpleegkundigen kunnen hierover informatie geven.

Is in jullie visie de mantelzorger/naaste onderdeel van het behandelend team en dus (soort van) collega? En wat betekent dat dan voor een artsensite, een MDO etc.?

Nee, naasten worden actief betrokken bij de zorg, maar zijn geen onderdeel van het behandelteam en dus geen "collega". Zij kunnen, als dat zo uitkomt, wel aanwezig zijn bij bijvoorbeeld de artsensite.

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de druk op het sociale netwerk niet leidt tot overbelasting? Er worden patiënten opgenomen ivm een overbelaste thuissituatie. Ook de patiënten met een klein of geen netwerk hebben zorg nodig.

Betrokkenheid van naasten is vrijwillig en nooit verplicht. Patiënt en naaste bepalen zelf of en hoe ze betrokken willen zijn bij de zorg in het ziekenhuis. Naasten die geen actieve rol willen of kunnen nemen, krijgen de gebruikelijke zorg van de verpleegkundige.

Daarnaast werken we samen met een netwerk van mantelzorgsteunpunten. Wanneer nu blijkt dat een naaste overbelast is, kunnen we gericht doorverwijzen. Het betreffende steunpunt neemt vervolgens binnen een week contact op met de mantelzorger.

5. Overig

Is het ook mogelijk om Mission (Im)possible met meerdere ziekenhuizen te doen?

We kiezen er bewust voor om onze kennis en ervaring te delen andere ziekenhuizen en zorginstellingen. Alle opgedane kennis, ervaringen en documentatie worden gedeeld via de STZ InnoHub en via het Actie Leer Netwerk.

Zouden we in de krapte van beschikbare zorgverleners nog meer samen op kunnen trekken en dit als regionaal initiatief kunnen vormgeven (VVT, maar ook welzijn)? Het zijn immers deels communicerende vaten

Toekomstbestendige zorg vraagt ook om meer regionale samenwerking, ook met VVT en welzijn. Door gezamenlijk op te trekken en kennis te delen, kunnen we zorg slimmer organiseren en beter op elkaar laten aansluiten. Binnen Mission (Im)possible zijn we hier nog niet aan toegekomen, maar we zien dit wel als een belangrijk aandachtspunt.

Wat verwachten jullie van de toekomst, als deze veranderingen zijn uitgerold? Wat is de volgende stap?

Als deze manier van werken volledig is geïmplementeerd, blijven we nieuwe ideeën testen, leren, vernieuwen en samen verbeteren. Het gaat namelijk niet alleen om deze nieuwe werkwijzen, maar ook om een mindset: steeds opnieuw durven kijken of dingen anders en slimmer kunnen. En verpleegkundigen meer in hun kracht zetten. Zo blijven we werken aan toekomstbestendige zorg, waarin werkplezier en kwaliteit van zorg centraal staan.

Hoe wordt de inzet van verpleegkundigen bij niet-direct patiëntgebonden taken gefinancierd?

De inzet van verpleegkundigen voor projectwerk, ontwikkeling en implementatie is gefinancierd vanuit het IZA. Deze tijdsinvestering is noodzakelijk om zorg toekomstbestendig te organiseren.