

Leren van de toekomst



# Leren van de toekomst

Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020

Onder redactie van:

Johan Lambregts en Ans Grotendorst



Bohn  
Stafleu  
van Loghum

---

Springer Media

Houten 2012

© 2012 Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 978 90 313 9933 8

NUR 897

Foto's omslag: Guus Pauka en Johan Lambregts

Ontwerp omslag: Rob de Visser

Ontwerp binnenwerk: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Crest Premedia Solutions (P) Ltd, Pune, India

Eindredactie: Cuno van Merwijk

Het project Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 vond plaats onder regie van een Stuurgroep in opdracht van V&VN en met subsidie van het Ministerie van VWS.

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

[www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

# Inhoud

	<b>Voorwoord: leren van de toekomst</b>	<b>II</b>
	<b>DEEL 1 LEREN VAN DE TOEKOMST</b>	<b>13</b>
	<i>Drs. Johan Lambregts en drs. Ans Grotendorst</i>	
<b>1</b>	<b>Samenvatting: een nieuw beroepenhuis V&amp;V</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Werkwijze V&amp;V 2020 en belangrijkste resultaten</b>	<b>20</b>
2.1	Plan van aanpak	20
2.2	Leren van het verleden	21
2.3	De beroepsbeoefenaren aan het woord	21
2.4	NIVEL-studie 1: internationale vergelijking	21
2.5	NIVEL-studie 2: vraag- en aanbodontwikkelingen in Nederland	22
2.6	Consultatie deskundigen	23
2.7	Nieuwe beroepsprofielen met context	25
2.8	Overleggen met 'stakeholders'	25
2.9	Deskundigheidsgebieden	26
<b>3</b>	<b>Zorgvragen van de toekomst</b>	<b>27</b>
3.1	Welke trends zien de beroepsbeoefenaren?	27
3.2	Welke trends zien de onderzoekers?	36
<b>4</b>	<b>Gezondheid en zelfmanagement in de 21<sup>STE</sup> eeuw</b>	<b>41</b>
	<i>Prof. dr. Marieke Schuurmans</i>	
4.1	Gezondheid in de 21 <sup>STE</sup> eeuw	41
4.2	Zelfmanagement en het ICF	42
4.3	ICF	43
4.4	Kernset van patiëntproblemen	44
4.5	Resultaten van handelen	45

<b>5</b>	<b>Beroepenhuis V&amp;V</b>	<b>47</b>
5.1	Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening	47
5.2	Beroepenhuis V&V: typering	48
5.3	Implicaties voor Wet BIG	52
<b>6</b>	<b>De agenda voor V&amp;V 2020</b>	<b>56</b>
6.1	Een veranderkundige opgave van formaat	57
6.2	Opdracht Zenuwcentrum	59
<b>7</b>	<b>Bijlage 1: Bronnen, referenties en noten</b>	<b>63</b>
	Bronnen en referenties	63
	Noten	63
	<b>DEEL 2 BEROEPSPROFIEL ZOR GKUNDIGE</b>	<b>65</b>
	<i>Drs. Johan Lambregts, Projectgroep V&amp;V 2020 en drs. Ans Grotendorst</i>	
<b>1</b>	<b>Ontwikkelingen verzorging en verpleging</b>	<b>67</b>
1.1	Welke ontwikkelingen zien beroepsbeoefenaren zelf?	67
1.2	Welke ontwikkelingen zien onderzoekers, internationaal en nationaal?	71
<b>2</b>	<b>Een nieuwe kijk op gezondheid en zorgverlening</b>	<b>74</b>
	<i>Prof. dr. Marieke Schuurmans</i>	
2.1	Gezondheid in de 21 <sup>STE</sup> eeuw	74
2.2	Typering van de beroepsuitoefening	75
2.3	Zelfmanagement en het ICF	76
2.4	Kernset van patiëntproblemen	78
2.5	Resultaten van professioneel handelen	78
<b>3</b>	<b>De zorgkundige in 2020/2025: competentiegebieden</b>	<b>81</b>
3.1	Bekwaamheid	81
3.2	Competentiegebieden	86
<b>4</b>	<b>De werkomgeving</b>	<b>92</b>
4.1	Kenmerken van een uitnodigende werkomgeving	92
4.2	Rol zorginstellingen, werkgevers	94
4.3	De werkplek als leeromgeving	95
4.4	Een krachtige beroepsvereniging	96
4.5	Bijlage 1: Bekwaamheid en NLQF	97
4.6	Bijlage 2: Beroepenhuis, niveaus en typering	100

<b>5</b>	<b>Bijlage 3: Bronnen, referenties en noten</b>	<b>104</b>
	<b>DEEL 3 BEROEPSPROFIEL VERPLEEGKUNDIGE</b>	<b>107</b>
	Prof. dr. Marieke Schuurmans , drs. Johan Lambregts, Projectgroep V&V 2020 en drs. Ans Grotendorst	
<b>1</b>	<b>Zorgvragen in 2020</b>	<b>109</b>
1.1	Welke ontwikkelingen zien verpleegkundigen?	109
1.2	Welke trends zien onderzoekers, internationaal en nationaal?	112
<b>2</b>	<b>Een nieuwe kijk op verpleegkunde</b>	<b>116</b>
	Prof. dr. Marieke Schuurmans	
2.1	Gezondheid in de 21 <sup>STE</sup> eeuw	116
2.2	De kern van verplegen	117
2.3	Zelfmanagement en het ICF	118
2.4	Kernset van patiëntproblemen	120
2.5	Klinisch redeneren en preventie	122
2.6	Resultaten van verpleegkundig handelen	124
<b>3</b>	<b>De verpleegkundige in 2020: competentiegebieden</b>	<b>126</b>
3.1	Bekwaamheid, NLQF	126
3.2	Kennis en vaardigheden	129
<b>4</b>	<b>De werkomgeving</b>	<b>140</b>
4.1	Kenmerken van een uitnodigende werkomgeving	140
4.2	Rol zorginstellingen, werkgevers	142
4.3	De werkplek als leeromgeving	143
4.4	Een krachtige beroepsvereniging	144
<b>5</b>	<b>Bijlage 1: Bekwaamheid en NLQF</b>	<b>146</b>
<b>6</b>	<b>Bijlage 2: Beroepenhuis V&amp;V, niveaus en typering</b>	<b>149</b>
6.1	Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening	149
6.2	Beroepenhuis V&V: typering	150
<b>7</b>	<b>Bijlage 3: Bronnen, referenties en noten</b>	<b>154</b>
	<b>DEEL 4 BEROEPSPROFIEL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST</b>	<b>157</b>
	Drs. Johan Lambregts, Projectgroep V&V 2020 en drs. Ans Grotendorst	

<b>1</b>	<b>Zorgvragen in 2020</b>	<b>160</b>
1.1	Welke trends zien verpleegkundig specialisten?	160
1.2	Welke trends zien onderzoekers, internationaal en nationaal?	162
<b>2</b>	<b>Een nieuwe kijk op verplegen</b>	<b>165</b>
	<i>Prof. dr. Marieke Schuurmans</i>	
2.1	Gezondheid in de 21 <sup>STE</sup> eeuw	165
2.2	De kern van verplegen	166
2.3	Zelfmanagement en het ICF	167
2.4	Kernset van patiëntproblemen	170
2.5	Klinisch redeneren en preventie	171
<b>3</b>	<b>De verpleegkundig specialist in 2020</b>	<b>174</b>
3.1	Definitie	174
3.2	Competentiegebieden	174
3.3	Bekwaamheid	175
3.4	Competentiegebieden, kennis en vaardigheden	177
<b>4</b>	<b>De vijf specialismen</b>	<b>188</b>
4.1	Verpleegkundig specialist intensieve zorg	188
4.2	Verpleegkundig specialist acute zorg	190
4.3	Verpleegkundig specialist chronische zorg	192
4.4	Verpleegkundig specialist preventieve zorg	194
4.5	Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg	197
<b>5</b>	<b>De werkomgeving</b>	<b>201</b>
5.1	Kenmerken van een uitnodigende werkomgeving	201
5.2	De rol van zorginstellingen, werkgevers	203
5.3	De werkplek als leeromgeving	204
5.4	Een krachtige beroepsvereniging	205
<b>6</b>	<b>Bijlage 1: Historielijn verpleegkundig specialist</b>	<b>208</b>
<b>7</b>	<b>Bijlage 2: Bekwaamheid en NLQF</b>	<b>214</b>
<b>8</b>	<b>Bijlage 3: Beroepenhuis, niveaus en typering</b>	<b>217</b>
<b>9</b>	<b>Bijlage 4: Bronnen, referenties en noten</b>	<b>222</b>



	<b>DEEL 5 BIJLAGEN</b>	<b>227</b>
	Drs. Johan Lambregts en drs. Ans Grotendorst	
<b>1</b>	<b>Bijlage 1 Leren van de toekomst</b>	<b>231</b>
	Plan van aanpak juni 2010 t/m 2011	231
<b>2</b>	<b>Bijlage 2 Projectorganisatie, geconsulteerde deskundigen, stakeholders en deelnemers invitational conferences</b>	<b>235</b>
	Projectorganisatie	235
	Geconsulteerde deskundigen	236
	Stakeholders	238
	Invitational conferenes	241
<b>3</b>	<b>Bijlage 3 Overzicht presentaties en bijeenkomsten</b>	<b>246</b>
	Presentaties en bijeenkomsten V&V 2020	246
<b>4</b>	<b>Bijlage 4 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundigen oktober 2010 - mei 2011</b>	<b>250</b>
	Drs. A.M.M. Kieft, Drs. A. Grotendorst, Drs. J.A.M. Lambregts	
	Hoofdlijnen uit de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundigen	250
<b>5</b>	<b>Bijlage 5 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verzorgenden januari - oktober 2011</b>	<b>256</b>
	Drs. A.M. de Been, G. van Brummelen, Drs. A. Grotendorst, Drs. J.A.M. Lambregts	
	Ontwikkelingen en spanningsvelden	256
<b>6</b>	<b>Bijlage 6 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundig specialisten</b>	<b>261</b>
	Ir. S.C. van Bronkhorst, Drs. J. van den Berg, Drs. A. Grotendorst, Drs. J.A.M. Lambregts	
	Welke trends zien verpleegkundig specialisten?	261
<b>7</b>	<b>Bijlage 7 Samenvatting achtergrondstudie 1, uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&amp;V 2020</b>	<b>264</b>
	Dr. L.F. van der Velden, Prof. dr. A.L. Francke, Dr. R.S. Batenburg	
	Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland	264
	Synthese en een doorkijk naar de toekomst	266

<b>8</b>	<b>Bijlage 8 Samenvatting achtergrondstudie 2 uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&amp;V 2020</b>	<b>274</b>
	Dr. P. Mistiaen, Drs. M. Kroezen, Dr. M. Triemstra, Prof. dr. A.L. Francke	
	Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief	274
	Conclusies, discussie en aanbevelingen	275
<b>9</b>	<b>Bijlage 9 Historielijn van een beroepsprofiel</b>	<b>284</b>
	Drs. Ans Grotendorst	
	Historielijn van een beroepsprofiel	284
	Bronnen en referenties	290
<b>10</b>	<b>Bijlage 10 De lijnen van het speelveld: wetten en regels</b>	<b>293</b>
	Wetten en regels	293
<b>11</b>	<b>Bijlage 11 Juridische aspecten van de voorgestelde beroepsstructuur</b>	<b>297</b>
	Prof. mr. J.K.M. Gevers	
11.1	Inleiding	297
11.2	Vormgeving van de voorgestelde beroepsstructuur in de huidige beroepenwetgeving	298
11.3	Overige juridische aspecten	305
11.4	Slotbeschouwing	312
	Noten	313
<b>12</b>	<b>Bijlage 12 Samenvatting gesprekken stakeholders en invitational conferences</b>	<b>314</b>
	Stakeholders	314
	Invitationals	315
	Conclusie V&V 2020	320
<b>13</b>	<b>Bijlage 13 Bekwaamheid en NLQF</b>	<b>322</b>
	Bekwaamheid en NLQF	322
<b>14</b>	<b>Bijlage 14 Begrippenkader</b>	<b>325</b>

## Voorwoord: leren van de toekomst

In Nederland werken honderdduizenden verzorgenden en verpleegkundigen, en inmiddels meer dan duizend verpleegkundig specialisten. In de thuiszorg, eerste lijn, GGZ, bij GGD'en, in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen doen zij hun werk. Bij alle verscheidenheid is de kern van hun werk: mensen met gezondheidsproblemen helpen hun kwaliteit van leven zo veel mogelijk te handhaven en te bevorderen, en, als het moment gekomen is, mensen bijstaan bij een waardig stervensproces.

Het project Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 had als taak deze voor een goede gezondheidszorg cruciale beroepen voor te bereiden op de toekomst. Dat is hard nodig: de kwaliteit van de zorg staat ter discussie. Kunnen wij in Nederland in de toekomst nog verantwoorde zorg leveren als de vraag naar zorg toeneemt en de groep kwetsbare ouderen en chronisch zieken drastisch groeit? Onze opdracht was een beroepsperspectief te schetsen dat herkenbaar, passend en aantrekkelijk is voor huidige en toekomstige beroepsbeoefenaars, voor patiënten en cliënten en voor collega-professionals. Het antwoord is verwoord in de beroepsprofielen zoals beschreven in deze uitgave. Bij de uitwerking van de beroepsprofielen zijn we in de eerste plaats te rade gegaan bij de verpleegkundigen en de verzorgenden zelf. Met hen hebben we verkend wat de toekomstige opgaven zijn en wat dat voor hun werk gaat betekenen. Daarnaast hebben we gebruikgemaakt van beschikbare wetenschappelijke inzichten en een internationale verkenning doen uitvoeren.

In dit project is niet het bestaande maar het jaar 2020 als leidraad gekozen. Wij hebben vooral willen denken vanuit de toekomstige situatie. Dat is ook de verklaring voor het motto van het project: 'Leren van de toekomst'. Dat leren vraagt veranderingsgezindheid van de beroepsbeoefenaren en van alle andere betrokken partijen.

De presentatie van onze bevindingen en conclusies is wat ons betreft een stap in een langer lopend veranderingsproces. Met het aanbieden van de profielen aan de minister van VWS en aan V&VN wordt

een eerste stap gezet. Vele stappen zullen hopelijk volgen, gericht op het behouden en versterken van de kwaliteit en positie van verpleegkundigen en verzorgenden op alle niveaus en in alle sectoren van de gezondheidszorg. Uiteindelijk is dat de kern van dit project: de verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, een opwaardering van de opleidingen en een passende inzet van verpleegkundigen en verzorgenden, opdat optimaal gebruik wordt gemaakt van hun capaciteiten, kennis en ervaring. Daar wordt nu te weinig aan gedaan. De tijd dringt, gelet op de toenemende zorgvraag en de schaarste aan personeel. Er is werk te doen en gelukkig wemelt het van de ideeën, concrete verbeterpraktijken en nieuwe succesvolle initiatieven. Daar kan en moet direct gebruik van worden gemaakt.

Vele deskundigen zijn in de afgelopen anderhalf jaar geraadpleegd: honderden verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten, en honderden andere deskundigen bij onderzoeks- en onderwijsinstellingen, beroeps- en brancheorganisaties, zorginstellingen en overheden. Voor hun betrokken, enthousiaste en kritische medewerking bedank ik hen allen hartelijk.

Ik vond het een grote eer om dit project te mogen voorzitten. Ik ben geïnspireerd geraakt door alle gesprekken met verpleegkundigen en verzorgenden en ik heb veel geleerd van hun werk en van de dagelijkse dilemma's waar zij voor staan. Meer in het bijzonder wil ik op deze plaats mijn grote dank en waardering uitspreken voor Johan Lambregts en Ans Grotendorst. Zij vormden het kloppend hart van dit project.

Prof. dr. Pauline Meurs, voorzitter Stuurgroep  
Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020

### Leeswijzer

Dit eindrapport van *Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020* beschrijft de doelstelling van het project, de gevolgde werkwijze en de resultaten op hoofdlijnen.

Van alle deelprojecten die ook de nieuwe beroepsprofielen bevatten, wordt apart en per onderdeel verslag gedaan. De lezer kan alles lezen en constateren wat de gemeenschappelijke en de onderscheidende teksten zijn van de beroepsprofielen. Het is echter ook goed mogelijk afzonderlijke delen te lezen. Deze zijn compleet weergegeven, zodat niet steeds heen en weer gebladerd hoeft te worden. Deel 2 bevat het beroepsprofiel zorgkundige, deel 3 het beroepsprofiel verpleegkundige, deel 4 het beroepsprofiel verpleegkundig specialist en deel 5 bijlagen.

# Deel 1 Leren van de toekomst

Redactie:

Drs. Johan Lambregts en drs. Ans Grotendorst

- 1 Samenvatting: een nieuw beroepenhuis V&V 15
- 2 Werkwijze V&V 2020 en belangrijkste resultaten 20
- 3 Zorgvragen van de toekomst 27
- 4 Gezondheid en zelfmanagement in de 21<sup>STE</sup> eeuw 41
- 5 Beroepenhuis V&V 47
- 6 De agenda voor V&V 2020 56
- 7 Bijlage 1: Bronnen, referenties en noten 63

## Inleiding

In de praktijkvoering van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden is in de laatste tien jaar veel veranderd. Tussen de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen onderling, maar ook tussen hen en medische disciplines vindt voortdurend een herschikking van taken plaats. Steeds luider werd in de afgelopen tien jaar in Nederland de roep om een duidelijk onderscheid in de beroepspraktijk tussen verpleegkundigen van hbo- en mbo-niveau. Het huidige gebrek aan duidelijkheid heeft negatieve consequenties: kapitaalvernietiging door het niet optimaal gebruikmaken van verworven kennis, en vermindering van motivatie bij verpleegkundigen. Verzorgenden lopen vaak tegen de grenzen aan van wat zij als een acceptabel niveau van zorg beschouwen, door een gebrek aan deskundigheid in de teams waarin zij zelf vaak de enige gekwalificeerde beroepsbeoefenaar zijn.

Voor patiënten is de situatie ook niet duidelijk. Er wordt steeds meer in teams gewerkt, buiten de traditionele context van ziekenhuis of huisartsenpraktijk. Er is een veelheid aan benamingen (onder andere POH'er, VIG'er, EVV'-er), die geen van alle ingang hebben gevonden bij de patiënt. Die heeft het meestal simpelweg over 'de zuster'. Toch heeft de patiënt grote behoefte aan duidelijkheid over de competenties van degene die hij tegenover en naast zich heeft. Die behoefte

zal in de toekomst, waarin steeds vaker multidisciplinair samengestelde teams werkzaam zullen zijn, alleen maar groter worden. Een voorwaarde voor patiëntveiligheid – én veiligheid voor de zorgprofessional – is enerzijds een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals en anderzijds het vermogen om voorbij die beroepsgrenzen samen te werken.

Ook maatschappelijke en demografische ontwikkelingen en de daarmee verbonden situatie op de arbeidsmarkt hebben invloed op de beroepen van verpleegkundige en verzorgende. De voortschrijdende vergrijzing, de daarmee samenhangende complexiteit van de zorgvraag en de te verwachten schaarste aan verpleegkundig en verzorgend personeel vragen om een herijking van de beroepenstructuur en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de beroepen en een andere inrichting van de zorgprocessen. De urgentie kan niet genoeg worden beklemtoond: als we niet structureel veranderingen aanbrengen in de huidige inrichting van de zorg, kunnen we straks de gevraagde zorg gewoonweg niet meer leveren, in ieder geval niet op een niveau dat naar Nederlandse maatstaven verantwoord wordt geacht.

De beroepsprofielen van de verpleegkundige, de zorgkundige en de verpleegkundig specialist beschrijven het domein waarbinnen het beroep wordt uitgeoefend, de taakgebieden die kenmerkend zijn voor de uitoefening van het beroep en de competenties die een beroepsbeoefenaar dient te bezitten om het beroep op een kwalitatief verantwoorde wijze uit te oefenen. Het huidige beroepsprofiel van de verpleegkundige stamt uit 1999 (Leistra e.a.), dat van de verzorgende/helpende uit 2000 (Haterd e.a.).

De hierboven kort geschetste ontwikkelingen maken het urgent om de huidige beroepsprofielen te actualiseren en voor te bereiden op de toekomst. Het ministerie van VWS stelde de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland hiertoe in staat. Zo kregen – voor het eerst – de beroepsbeoefenaren zelf de regie over de totstandkoming van nieuwe beroepsprofielen.

# Samenvatting: een nieuw beroepenhuis V&V

## 1.1 V&V 2020 heeft op basis van:

- de rondetafelgesprekken met vele honderden beroepsbeoefenaren;
- de achtergrondstudies met een review van wetenschappelijk onderzoek naar de V&V-beroepen;
- een internationale vergelijking;<sup>[1]</sup>
- consultatie van ter zake deskundigen, zoals artsen, lectoren en hoogleraren;
- invitationale conferenties met patiënten- en mantelzorgorganisaties, het werkveld van zorg en onderwijs, brancheorganisaties en vakbonden,

### geconstateerd dat:

- door de te verwachten ontwikkelingen in de maatschappij en de zorg de vraag naar verpleging en verzorging drastisch zal toenemen en sterk van aard en complexiteit zal veranderen;
- met de huidige beroepen (zoals beschreven in de profielen van Verpleegkundige en Verzorgende/helpende, resp. in 1999 en 2000<sup>[2]</sup>) onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de behoeften van patiënten in de toekomst, waaronder een sterk groeiende groep chronisch zieken en kwetsbare ouderen;
- er in de toekomst schaarste ontstaat op de arbeidsmarkt aan verpleegkundigen en verzorgenden;
- deze schaarste niet alleen kwantitatief opgelost kan worden (inzet van méér zorgverleners), maar vooral ook kwalitatief (inzet van professionals die degelijk toegerust zijn voor de complexe en gedifferentieerde zorg van morgen);
- er een helder onderscheid dient te komen tussen beroepen en functies;
- het onderscheid tussen beroepen duidelijker moet worden, en geconcludeerd dat een actualisering en opwaardering van het 'beroepenhuis' van verpleegkundigen en verzorgenden dringend noodzakelijk is.

## TWEE BEROEPEN, UITGEOEFEND OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

V&V 2020 kiest voor twee niveaus van beroepsuitoefening voor de verpleegkundige beroepsgroep: de *verpleegkundige* (artikel 3 Wet BIG) en de *verpleegkundig specialist* (artikel 14 Wet BIG), met verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten oefenen hun beroep uit op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarnaast zijn er twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging: de *zorgkundige* (artikel 34 Wet BIG; dit is een beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg) en de *verzorgende/helpende* (met primaire gerichtheid op wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening).

## DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST (ARTIKEL 14 WET BIG, HBO-MASTER)

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die als expert met een omschreven groep patiënten een individuele, zelfstandige *behandelrelatie* aangaat. Zij biedt vanuit het perspectief van de patiënt care en cure geïntegreerd aan, ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het bevorderen van het vermogen tot zelfmanagement en van de kwaliteit van leven van de patiënt staan hierbij centraal.

De verpleegkundig specialist komt op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, diagnostiek) tot aanvullende diagnostiek. Past in aansluiting hierop medisch-verpleegkundige, therapeutische, evidence-based interventies toe. Indi-ceert en verricht voorbehouden handelingen (zelfstandige bevoegdheid). Zij of hij vervult als verpleegkundig leider een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onderbouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Levert een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van de verpleegkundige beroepsgroep en aan de kwaliteit van de zorg. Vervult een brugfunctie tussen artsen en verpleegkundigen en speelt een cruciale rol in zorgcoördinatie, taakherschikking, het bevorderen van vraagsturing en de verbetering van de kwaliteit van zorg en leven, begeleiden en coachen van verpleegkundigen en zorgkundigen, als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in patiënt- of doelgroepgebonden onderzoek.



### DE VERPLEEGKUNDIGE (ARTIKEL 3 WET BIG, HBO-BACHELOR)

De verpleegkundige is een *allround* zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen, (jong)volwassenen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen. De verpleegkundige verleent zorg op basis van het continue, cyclische proces van klinisch redeneren. Dit omvat: risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie. Zij beargumenteert deze beslissingen en communiceert daarover met patiënten en collega-zorgverleners, en betreft daarin morele, professionele en persoonlijke afwegingen. Werkt op basis van partnerschap samen met patiënten, hun naasten en mantelzorgers. De verpleegkundige voert alle vormen van preventie uit. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is, of als de eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren. De verpleegkundige verricht voorbehouden handelingen, deels met zelfstandige bevoegdheid, voor het grootste deel met functionele zelfstandigheid. Heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Participeert in praktijkonderzoek.

### DE ZORGKUNDIGE (ARTIKEL 34 WET BIG, MBO-4)<sup>[1]</sup>

De zorgkundige is een zorgprofessional met een *specifieke bekwaamheid* voor het werken met één of enkele omschreven groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatri-sche patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. De zorgkundige richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en

ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, leeftijds- of contextgebonden. Stelt de behoefte aan zorg vast en beschrijft die in een (leef)zorgplan; biedt de patiënt lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning; voert zorggerelateerde preventie uit; draagt zorg voor informatievoorziening, voorlichting en advies. Werkt samen met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, steunt hen en verwijst hen waar nodig. Signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt tijdig. De zorgkundige werkt in zorgsituaties die in het algemeen relatief stabiel zijn. Het handelen verloopt in die situaties grotendeels volgens (professionele) standaarden en richtlijnen. In instabiele, acute, complexe situaties werkt de zorgkundige onder supervisie van een verpleegkundige, bij wie dan de eindverantwoordelijkheid berust. De zorgkundige heeft voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid.

#### DE ALLROUND ZOR GKUNDIGE (ART. 34 WET BIG, ASSOCIATE DEGREE)

De *allround* zorgkundige is een zorgprofessional met een bekwaamheid voor het werken met alle groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. Zie verder beroepstypering hierboven.

#### VERZORGENDE WONEN EN WELZIJN, KRAAM- VERZORGENDE, HELPENDE

V&V 2020 heeft zich niet uitgesproken over de beroepsniveaus verzorgende wonen, welzijn/kraamverzorgende en helpende. Deze beroepsniveaus vallen niet onder de Wet BIG. Zij adviseert de Taskforce hierop met voorrang actie te ondernemen.

#### EXPERTISEGEBIEDEN VERPLEEGKUNDIGE

Op basis van de verzamelde informatie stelt V&V 2020 vast dat er sprake is van een enorme variëteit en wirwar aan functie- en beroepsnamen. De term ‘deelprofiel’ is in deze context verwarrend en dekt de lading niet. Het beroep van verpleegkundige is een ongedeeld, samenhangend geheel, niet op te delen in fragmenten. Mede op basis van het advies van VBOC (2006) en het advies van prof. mr. J.K.M. Gevers stellen we voor bij de verpleegkundigen artikel 3 met een specialisatie de term ‘deelprofiel’ te wijzigen in ‘expertisegebied’ en dit als zodanig op te nemen in het Kwaliteitsregister V&V.

Bij het ontwikkelen van nieuwe beroepsprofielen en de inrichting van een nieuw ‘beroepenhuis’ is van meet af aan rekening gehouden met het feit dat draagvlak voor implementatie cruciaal is voor het uiteindelijke resultaat. Het bestuur van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland gaf daarom een breed samengestelde, onafhankelijke stuurgroep het mandaat het project te begeleiden. De deskundigen in de stuurgroep zijn sleutelfiguren uit de wereld van de zorg, maar hebben op persoonlijke titel zitting. Verder werd een projectteam samengesteld (zie voor de samenstelling van stuurgroep en projectteam deel 5 bijlage 2).

## V&V 2020 STELDE ZICH DE VOLGENDE TAKEN:

- Maak toekomstbestendige beroepsprofielen voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten, die richtinggevend zijn voor het beroep en die een basis kunnen vormen voor de leerprogramma’s van de onderwijsinstellingen en de functionele toepassing in de zorgpraktijk.
- Richt een beroepenhuis V&V in dat heldere verhoudingen schept tussen de beroepsgroepen, gebaseerd op hun beroepsuitoefening en opleidingsniveau.
- Bied een oplossingsrichting voor de huidige grote hoeveelheid deelprofielen die een belemmering vormt voor de flexibiliteit van de ‘workforce’.
- Geef een richting aan voor de implementatie van de beroepsprofielen.

### 2.1 Plan van aanpak

De stuurgroep en het projectteam hebben zo’n anderhalf jaar gewerkt aan deze opdracht. Er is uitgebreid gesproken met honderden beroepsbeoefenaren en deskundigen van uiteenlopende disciplines, en er werden bij het NIVEL twee onderzoeken in opdracht gegeven. In

twee rondes, een eerste informierend, een tweede consulterend, werd met de betrokken 'stakeholders' gesproken. Een uitvoerige beschrijving van het gefaseerde Plan van aanpak, de consultaties met betrokken partijen en bron- en literatuurverwijzingen treft u aan in deel 5 van het Eindrapport.

Hier volgt een beknopte beschrijving van de belangrijkste activiteiten van V&V 2020, en de resultaten.

## 2.2 Leren van het verleden

Hoe is de huidige beroepsstructuur ontstaan? V&V 2020 richt zich op de toekomst, maar heeft ook onderzocht hoe in het verleden gemaakte keuzes hebben geleid tot de huidige situatie, om daaruit lering te trekken. Projectadviseur en onderwijsdeskundige Ans Grotendorst onttrafelde de geschiedenis van het beroepsprofiel van de verpleegkundige. Haar belangrijkste conclusie: in het verleden is niet de beroepspraktijk van verpleegkundigen (en verzorgenden) het uitgangspunt geweest, maar vormden de profielen vooral een reactie op de veelheid aan opleidingswegen die leidden naar het beroep. De onduidelijkheid op de werkvloer ten aanzien van het opleidingsniveau van de beroepsbeoefenaren wordt veroorzaakt door het feit dat zowel het mbo- als het hbo-diploma toegang geeft tot registratie als verpleegkundige artikel 3 Wet BIG. De geschiedenis van het beroepsprofiel van verpleegkundige vindt u in deel 5 bijlage 9.

## 2.3 De beroepsbeoefenaren aan het woord

V&V 2020 heeft met zo'n 900 verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten gesproken. Dat heeft cruciale informatie opgeleverd, die als input is gebruikt bij de ontwikkeling van de beroepsprofielen en bij het formuleren van de visie op de toekomst van de zorg die in hoofdstuk 3 staat beschreven. Beknopte verslagen zijn opgenomen in dat hoofdstuk, de volledige verslagen zijn te downloaden via de website van V&VN (vakdossiers).

## 2.4 NIVEL-studie 1: internationale vergelijking

In opdracht van V&V 2020 deed het NIVEL onderzoek naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen, die veelal met dezelfde problematiek kampen: een vergrijzende bevolking, een toenemend complexe zorgvraag en de uitdaging om goede zorg betaalbaar te houden. Ervaringen en tendensen in het buitenland kunnen

behelpzaam zijn. Daarom is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de rollen en posities van verpleegkundige en verzorgende beroepen in België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika en Canada. De documenten werden verzameld via onderzoek in literatuurdatabases en op het internet.

#### DE VOORNAAMSTE BEVINDINGEN ZIJN:

- Definities van verplegen verschillen van land tot land, verzorging wordt meestal als onderdeel van verpleging beschouwd.
- In alle geselecteerde landen kan de ‘nursing workforce’ onderscheiden worden in drie categorieën: basisverpleegkundigen, meer gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegondersteunende krachten.
- In alle geselecteerde landen zijn er meerdere opleidingswegen en -niveaus die leiden tot de functie van (basis)verpleegkundige. Meestal betreft het een variant op mbo- en een variant op hbo-niveau.
- In alle geselecteerde landen is er een grote diversiteit, en hiermee gepaard gaand ook onduidelijkheid, aan namen, functies, titels, opleidingen en reguleringen van de nursing workforce.
- Er is een tendens om verpleegkundigen in de toekomst alleen nog op hbo-niveau op te leiden.
- Voorbehouden handelingen zijn te onderscheiden in handelingen die van medici naar verpleegkundigen worden gedelegeerd en in handelingen die van verpleegkundigen naar niet-verpleegkundigen worden gedelegeerd. Ieder land heeft hierin een geheel eigen weg gevonden om dit te reguleren/reglementeren.

## 2.5 NIVEL-studie 2: vraag- en aanbodontwikkelingen in Nederland

Een tweede studie van NIVEL in opdracht van V&V 2020 bracht de te verwachten ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van verpleging en verzorging in Nederland in kaart, en de consequenties voor de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden. Een overzicht van de voornaamste bevindingen:

#### AAN DE VRAAGKANT:

- Demografische ontwikkelingen, zoals de verdere groei van het aantal ouderen, zullen leiden tot een groei van de zorgvraag.
- Epidemiologische ontwikkelingen, zoals een toename van chronische ziekten en comorbiditeit, zullen invloed hebben op de zorgvraag.

- Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg.
- De aard van de zorg wordt beïnvloed door sociaal-culturele ontwikkelingen: er worden meer eisen aan de zorg zelf gesteld, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, maar ook aan de informatievoorziening en communicatie rond zorgprocessen.
- Het toenemende aantal allochtone ouderen zal consequenties hebben voor de aard van de zorgvraag, evenals de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. De zorgvraag van ouderen zal dus niet alleen in volume toenemen.

#### AAN DE AANBODKANT:

- Het toekomstige zorgaanbod wordt beïnvloed door de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en het stijgende opleidingsniveau.
- Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen kunnen het werken in de zorg aantrekkelijker maken.
- De opkomst van nieuwe beroepen en functies, zoals verpleegkundig specialisten en praktijkverpleegkundigen, zal ook bijdragen aan werving en behoud van personeel voor de zorg.
- Verdere verhoging van de arbeidsproductiviteit wordt onder meer nagestreefd door taakherschikking tussen hoger en lager opgeleide zorgverleners en door inzet van arbeidsbesparende technologie.
- Er is een tendens te zien naar meer lokale samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals.

De resultaten van de NIVEL-studies zijn gebruikt bij de ontwikkeling van de beroepsprofielen. Bij de voorbereiding op de toekomst hoort ook de vraag: hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden hebben we nodig in 2020? V&V 2020 kwam tot de ontdekking dat het de onderzoekers voor een verantwoorde inschatting daarvan ontbreekt aan de benodigde cijfers. Een cruciaal punt als je bedenkt dat we een ding wél zeker weten: ook in 2020 zullen verpleegkundigen en verzorgenden veruit de grootste groep zorgprofessionals vormen in Nederland. Dit punt wordt opgenomen in de (onderzoeks)agenda V&V 2020 (hoofdstuk 6).

## 2.6 Consultatie deskundigen

Gedurende het project zijn zo'n vijftig deskundigen geconsulteerd uit praktijk, onderwijs, ethiek, onderzoek en beleid (zie overzicht in deel

5 bijlage 2). Dit gebeurde tijdens *diners pensants* met hoogleraren en lectoren, in een bijeenkomst onder leiding van prof. dr. M.J. Schuurmans en in vele individuele gesprekken. Net als bij de rondetafelgesprekken met de beroepsbeoefenaren was telkens de centrale vraag: ‘Wat ziet u als de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen tien jaar en hoe ziet u de zorg en de beroepen in 2020?’ In de latere fase van het project werden conceptversies van de beroepsprofielen voorgelegd ter commentariëring. Er was in het algemeen bij de deskundigen veel waardering voor de aanpak van V&V 2020.

#### DIT BRACHTEN DE DESKUNDIGEN NAAR VOREN:

Het gebruik van ic-technologie is sterk toegenomen; dit biedt grote kansen (kwaliteitsverbetering, efficiency) maar houdt tevens risico’s in (bijvoorbeeld voor vertrouwelijkheid van patiëntgegevens) en vraagt om (bij)scholing van beroepsbeoefenaren. De samenwerking met andere dan verpleegkundige en verzorgende disciplines wordt groter. Na jaren van institutionele schaalvergroting is een beweging merkbaar naar de wijk en kleinschaligheid. De juridisering neemt toe: overheid, zorgverzekeraars en toezichthouders verlangen steeds meer verantwoording, die gepaard gaat met toenemende administratielast. Te ver doorgevoerde specialisatie kan ten koste gaan van flexibiliteit. Het werk wordt te veel vanuit bedrijfsvoering, te weinig vanuit professionele kwaliteit geregisseerd. Overregulering dreigt: te veel protocollen, richtlijnen en afspraken. We keren terug naar de professional en naar de mens die integrale zorg nodig heeft. Geef de verpleegkundige regie in de zorg. Zo richt je je op continuïteit en coördinatie. Leg nadruk op samenwerking met de patiënt door dialoog, respect voor de mondigheid en ondersteunen van zelfmanagement. Zo houdt de patiënt zijn situatie zo veel mogelijk in eigen hand. Er komen (nog) meer manieren van multi- en interdisciplinair samenwerken buiten traditionele contexten.

#### HUN ADVIES:

Daarvoor is van belang: een helder beroepenhuis. Maak duidelijk onderscheid tussen beroepen en functies. Geef een helder antwoord op de langslpende ‘hbo-mbo-kwestie’ voor de verpleegkundige. Ga van nadruk op proces naar focus op resultaat van het handelen. Belangrijk om verpleegkundigen te behouden door carrièrepaden, platte organisaties en invloed op praktijkvoering. Organisaties moeten in die richting veranderen. Professionele inhoud en management moeten worden gekoppeld. Het middenkader is heel belangrijk; dat moet de beroepstrots stimuleren. Er is echt een kwaliteitsimpuls nodig in



organisaties die professionele autonomie faciliteert, in verbinding met de organisatie en ten gunste van de patiënt. Ook nodig: rolmodellen kweken en het ‘meester-gezel’-model herintroduceren.

## 2.7 Nieuwe beroepsprofielen met context

V&V 2020 heeft de ambitie meer te leveren dan lijsten met competenties, hoe nuttig die op zichzelf ook zijn. De beroepsprofielen bevatten tevens een visie op de zorg van de toekomst. Hierbij is gebruikgemaakt van een benadering die de patiënt, en zijn (on)vermogen zich aan gezondheidsproblemen aan te passen, centraal stelt. Dit wordt beschreven aan de hand van het ICF, een model dat een aanvulling is op de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). In paragraaf 4.2 wordt uitgebreid ingegaan op dit model, dat ook de basis kan vormen voor een vereenvoudiging en waar mogelijk bundeling van specialismen. Ook de rol van de instellingen en beroepsorganisaties komt aan de orde. De nieuwe beroepsprofielen onderscheiden zich op belangrijke onderdelen van de huidige: ze zijn niet alleen proces- maar vooral resultaatgericht, ze hanteren een nieuwe benadering van de begrippen ‘zorg’, ‘verplegen’ en ‘gezondheid’ en ze sluiten, met hun beschrijving van de competentiegebieden volgens de ‘CanMEDS’, aan bij een internationaal gehanteerde terminologie.

## 2.8 Overleggen met ‘stakeholders’

De beroepsprofielen zijn de verantwoordelijkheid en het eigendom van de beroepsgroepen. Zij vormen mede de basis voor de onderwijsprogramma’s, en voor de functionele toepassing in de zorgpraktijk. Zorg- en onderwijsinstellingen, artsorganisaties, brancheorganisaties, patiënten- en mantelzorgorganisaties en de overheid hebben dus een groot belang bij de beroepsprofielen. Een goede implementatie van de profielen in de praktijk zal de beoogde resultaten opleveren. Vandaar dat V&V 2020 de betrokken partijen van meet af aan heeft geïnformeerd over het project. Zij zijn bij de start uitgebreid geïnformeerd over de uitgangspunten, doelstellingen en werkwijze. Toen de conceptresultaten beschikbaar kwamen, zijn sleutelvertegenwoordigers van deze partijen uitgenodigd om in de vorm van ‘invitational conferences’ op persoonlijke titel commentaar en input te leveren. Veel van deze kritische en waardevolle adviezen zijn verwerkt in de profielen. Acht van deze invitationals vonden plaats.

De reacties waren over het algemeen positief: er bestond waardering voor het feit dat de beroepsgroepen zelf de regie van het project in

handen hadden. Ook de geschetste problematiek wordt grotendeels (h)erkend. Dit betekent niet dat alle partijen zich meteen konden vinden in het ‘beroepenhuis’ dat V&V 2020 schetst. Tijdens de overleggen met de zorg- en onderwijskoepels bleek dat het niet voor iedereen bekend en vanzelfsprekend is dat V&VN ‘over de beroepsprofielen gaat’. Gezien de geschiedenis van de beroepsprofielen is dat goed te begrijpen, maar het is wel een situatie waarin helderheid geschapen dient te worden. De professionele verantwoordelijkheid van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en zorgkundigen, met toenevende taakherschikking tussen beroepsbeoefenaren, vraagt om heldere verhoudingen: voor de patiënt, de collega’s, het onderwijs en de instellingen. Die helderheid wordt met dit voorstel voor het ‘eigenaarschap’ van de beroepsprofielen geschapen. Een beknopt overzicht van de resultaten van de acht invitationals is opgenomen in deel 5 bijlagen.

## 2.9 Deskundigheidsgebieden

In het Kwaliteitsregister V&V zijn bijna veertig deskundigheidsgebieden van verpleegkundigen en verzorgenden beschreven. Het is qua indeling een grote variëteit. Sommige deelprofielen zijn geordend rond ziekte of aandoening, andere rond leeftijd of zorgcategorie, weer andere rond specifieke problemen of hulpmiddelen, of plaats waar de zorg wordt verleend. V&V 2020 heeft prof. mr. J.K.M. Gevers gevraagd de problematiek in kaart te brengen (zie deel 5 bijlage 11). Prof. Gevers stelt dat de term ‘deskundigheidsgebied’ verwarring kan oproepen met het wettelijk begrip. Op basis van zijn advies stelt V&V 2020 voor in de toekomst de term ‘expertisegebied’ te gebruiken, en adviseert om meer eenheid aan te brengen in deze verscheidenheid door uit te gaan van het gezamenlijk profiel en dit aan te vullen met beschrijving van specifieke expertisegebieden.

V&V 2020 heeft de trends in beeld gebracht die bepalend zijn voor de zorgvragen anno 2020. Daarbij is gebruikgemaakt van de deskundige inbreng van veel beroepsbeoefenaren, en van de resultaten van twee in opdracht van V&V 2020 door het NIVEL verrichte onderzoeken. Hieronder een beknopt overzicht van de resultaten.

### 3.1 Welke trends zien de beroepsbeoefenaren?

Ruim 900 verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten deelden hun expertise, ervaringen en verwachtingen voor de toekomst met V&V 2020. De rondetafelgesprekken werden door deskundigen geleid en thematisch geordend rond de CanMEDS-rollen die ook in de beroepsprofielen zijn opgenomen: van zorgverlener/ behandelaar, tot communicator en organisator. Van de bijeenkomsten werden verslagen gemaakt, die werden teruggekoppeld naar de deelnemers. Per beroepsgroep zijn de verslagen vervolgens gebundeld, geanalyseerd en verwerkt tot documenten die werden gebruikt bij de ontwikkeling van de beroepsprofielen en het formuleren van de toekomstvisie. Hieronder een beknopt overzicht van de belangrijkste punten per beroepsgroep.

#### 3.1.1 VERZORGENDEN

##### Vraag- en mensgerichte zorg

Het zorgleefplan ervaren verzorgenden in de verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg als een goed instrument bij het – in samenspraak met de cliënt en zijn familie – bepalen van de zorg die nodig is om een bijdrage te leveren aan kwaliteit van leven. Managers mogen beter geïnformeerd zijn over wat er nodig is op de werkvloer, zij zouden vaker een kijkje op de afdeling of achter de voordeur moeten nemen.

### **Schaarste in de zorg**

Verzorgenden zijn zich goed bewust van de kosten van de zorg. Vaak werd gehoord: 'Als ik te veel uren aan deze bewoner besteed, kom ik bij de volgende cliënt tijd tekort.' De Zorgzwaarte Pakketten intramuraal en indicaties extramuraal bieden een handvat, maar verzorgenden zouden graag willen dat hun kennis meer wordt gebruikt bij de indicatiestelling, zodat zij beter kunnen inspelen op de – vaak veranderende – behoefte van de zorgvrager. In de thuiszorg wordt de bedrijfsvoering te veel de persoonlijke verantwoordelijkheid van de verzorgenden: telefonische overdracht, bijwerken van het zorgleefplan, bekijken van rooster/planning, reistijd van cliënt naar cliënt en overleg met disciplines of familie vindt vaak plaats in eigen – onbetaalde – tijd. Ook andere kosten die bij het werk horen, zoals printkosten, worden niet altijd vergoed.

### **Dalend opleidingsniveau**

Verzorgenden merken een sterke daling van het gemiddelde opleidingsniveau van de beroepsgroep: in veel zorgorganisaties is inmiddels 20 procent gediplomeerd verzorgende en 80 procent helpende/leerlingverzorgende. Voor de verzorgende betekent dat een te zware verantwoordelijkheid, er is geen mogelijkheid voor ruggenspraak met een collega-gediplomeerd verzorgende. Daarnaast draagt de verzorgende nu veelal ook de verantwoordelijkheid voor het handelen van de helpenden en leerlingen. Haar rol verschuift van zorginhoudelijk en cliëntgebonden naar coachend, adviserend en het voornamelijk uitvoeren van verpleegtechnische handelingen.

### **Taakherschikking**

Het werk dat de verzorgende tien jaar terug nog deed, wordt nu door de helpende gedaan. De verzorgende doet nu het werk dat tien jaar terug nog door een verpleegkundige gedaan werd. In de intramurale ouderenzorg werken nog maar heel weinig verpleegkundigen. Verzorgenden geven aan hun werk niet goed te kunnen doen als enig gediplomeerde op een afdeling, zonder terug te kunnen vallen op collega's of teamleiding. Nu het opleidingsniveau daalt, neemt het risico op fouten in de zorg toe.

### **Complexere zorgvraag**

Cliënten en bewoners hebben meer en intensievere zorg nodig dan voorheen. Cliënten blijven langer thuis wonen, ziekenhuizen sturen hun patiënten steeds sneller naar huis of naar het verpleeghuis. Verzorgenden zorgen zodoende steeds vaker voor mensen met complexe

problematiek: cliënten die in het ziekenhuis uitbehandeld zijn en niet revalideren, ouderen met een chronische spierziekte, reuma of neurologische aandoening, mensen met niet-aangeboren hersenletsel, zorgvragers met korsakov of andere verslavingsproblemen. En een hele grote en groeiende groep mensen met dementie. Verzorgenden krijgen steeds vaker te maken met mensen met een psychiatrische achtergrond of een verstandelijke handicap.

### **Samenwerking in de zorgketen**

Hoewel verzorgenden een toenemende gelijkwaardigheid ervaren in de samenwerking met de andere disciplines stellen ze ook vast dat het belangrijk is om 'sterk in je schoenen te staan' in de samenwerking met de artsen, apothekers, diëtisten, psychologen, ergotherapeuten et cetera. Verzorgenden moeten zich bewust zijn van de waarde van de eigen kennis en ervaring, zij staan het dichtst bij de cliënt. De afstand tussen andere disciplines en de cliënten lijkt groter te worden, aan de verzorgende de taak de vertaalslag te maken van het advies van deze experts naar het dagelijkse leven van de cliënt. Tegelijkertijd kunnen verzorgenden steeds minder terugvallen op deze experts, en zijn er minder mogelijkheden voor een lesavond of klinische les. In de thuiszorg missen verzorgenden het contact met de helpende huishoudelijke zorg, die onder de Wmo vallen. Op eigen initiatief nemen verzorgenden contact met hen op wanneer men dat professioneel nodig acht.

### **Aantoonbare kwaliteit**

De maatschappij, maar ook individuele cliënten of hun naasten vragen om transparantie in de zorg en aantoonbare kwaliteit. Steeds vaker wordt aan verzorgenden gevraagd om zich te verantwoorden. Waarom hebben jullie zo gehandeld? Had dat niet anders gekund/gemoeten? Verantwoording afleggen leidt tot veel extra handelingen (meten) en administratie (verwerken), wat ten koste gaat van de aandacht en zorg voor de cliënt. Het feit op zich dat cliënten en hun naasten om verantwoording vragen en mondiger zijn, wordt positiever gewaardeerd. Verzorgenden vinden het logisch dat ze duidelijk uitleggen wat de cliënt en naasten van de zorg mogen verwachten. De communicatie tussen cliënt en verzorgende wordt transparanter en gelijkwaardiger. Dat leidt volgens verzorgenden tot beter op de cliënt afgestemde zorg.

### **Samenwerken met mantelzorg**

In de toekomst zal zonder een goede samenwerking met mantelzorg en vrijwilligers geen goede zorg meer geleverd kunnen worden. Dat

vergt van verzorgenden wel het een en ander. Mantelzorger en vrijwilliger moeten zich uitgenodigd voelen, begeleid worden en – soms ook – begrensd in de zorg. De mondigheid van familie wordt wel eens als lastig ervaren, maar betrokkenheid is ook ondersteunend bij het kunnen leveren van goede zorg. Als het contact goed is, leer je de cliënt via de familie ook weer beter kennen. Familie komt met ideeën, zoekt informatie op. Dat verhoogt de kwaliteit van leven van de cliënt.

### ICT

Steeds meer communicatie en informatieoverdracht gaat digitaal. Verzorgenden zien het voordeel van het elektronisch cliëntendossier (ECD), maar worden te weinig in de digitale ontwikkelingen meegenomen. Er wordt van ze verwacht dat ze zich aanpassen, maar bijscholing door de zorginstelling is zeer schaars. Sommige zaken kun je overigens beter in een persoonlijk gesprek afhandelen dan per sms of mail. Ook cliënten en patiënten maken veel gebruik van internet en e-mail, hebben contact met elkaar, zoeken informatie op, skype en zitten op Facebook. Verzorgenden zien de waarde hiervan voor de sociale betrokkenheid en zelfredzaamheid van een cliënt. Verzorgenden zelf maken ook steeds meer gebruik van sociale media zoals Twitter en Hyves. Dat biedt kansen, maar roept ook vragen op. Wat zet je wel en wat niet op Twitter? Dat vraagt om reflectie en intervisie.

### Arbeidsmarkt

Fulltime contracten worden in de zorg nog nauwelijks door werkgevers aangeboden. In veel zorgorganisaties kun je alleen aan de slag met een parttime contract of een klein contract aangevuld met een oproepcontract. Mannen en jongeren zullen op deze manier niet op grote schaal voor de zorg gaan kiezen, zo vrezen verzorgenden. Deze beperkte contracten zijn ook in de kraamzorg een belemmering voor jongeren om voor het vak te kiezen.

#### 3.1.2 VERPLEEGKUNDIGEN

##### Persoonsgerichte zorg én standaardisering

De zorg wordt steeds meer gericht op de vraag van het individu. Verpleegkundigen redeneren vanuit de vragen en wensen van de patiënt, nemen het patiëntenperspectief en/of dat van familie en naasten als uitgangspunt. Geen twee personen of situaties zijn gelijk. Tegelijkertijd krijgen verpleegkundigen steeds meer te maken met standaarden en protocollen. Voor een deel komt dat door externe druk, bijvoorbeeld van zorgverzekeraars, en toenemende juridisering (zorginstellingen en professionals dekken zich in tegen schadeclaims, rechtszaken en ne-

gatieve publiciteit). Standaardisering waar dat mogelijk is heeft echter ook veel voordelen: er kan sneller en efficiënter worden gewerkt, zodat er tijd overblijft voor persoonlijke aandacht. Verpleegkundigen willen betrokken zijn bij de ontwikkeling van de standaarden en protocollen.

### **Personeelsgerichte zorg én verzakelijking bedrijfsvoering**

Verpleegkundigen verlenen zorg die voldoet aan hoge kwaliteitseisen. Toenemende marktwerking en op kostenbeheersing gerichte bedrijfsvoering staan daarmee in de praktijk vaak op gespannen voet. Verpleegkundigen onderschrijven de noodzaak van kostenbeheersing en leveren daar graag een bijdrage aan, mits die in balans is met kwaliteit en persoonsgerichte zorg.

### **Ketenzorg, taakverschuiving en domeingrenzen**

Bij ketenzorg stemmen zorgverleners de zorg af op de behoeften van de patiënt, onder meer door de ontwikkeling van zorgpaden. Zo ontvangt de patiënt een integraal, kwalitatief passend zorgaanbod, zonder last te hebben van ‘muren’ tussen organisaties en professionals. Mensen met complexe en/of meervoudige zorgvragen (bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen) hebben veel baat bij ketenzorg, waarin de verpleegkundige een belangrijke schakel vormt. Multidisciplinair samenwerken is nu op veel plaatsen al gewoon en zal dat in 2020 zeker zijn. Dat is in het belang van de patiënt en de continuïteit van de zorg. De verschuiving van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist en de verpleegkundige zal onverminderd doorgaan. Een soortgelijke taakverschuiving vindt voortdurend plaats tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Verzorgenden voeren nu veel taken uit die tien, vijftien jaar geleden aan verpleegkundigen waren voorbehouden. De steeds toenemende specialisatie, functiedifferentiatie en het vervagen van domeingrenzen maken dat het steeds belangrijker wordt precies te weten wie wat doet en wie de regie heeft. Patiënten hebben te maken met veel verschillende hulp- en zorgverleners. De oplossing ligt niet in sterkere afbakening van beroepsdomeinen, maar juist eerder in het verlaten van de klassieke ‘territoria’.

### **Generalistisch én specialistisch**

Is de verpleegkundige in 2020 vooral een generalist of een specialist? (Met ‘specialist’ wordt hier niet bedoeld de verpleegkundig specialist, art. 14 Wet BIG, maar de verpleegkundige met een specifieke expertise.) Dat is voor een deel afhankelijk van de context waarin de verpleegkundige dan werkt. Er zullen relatief meer generalistische verpleegkundigen in de thuiszorg/eerstelijnsgezondheidszorg werken,

en meer specialistische in de intramurale zorg. Maar ook de intramurale zorg heeft generalisten nodig, en de thuiszorg kan het niet stellen zonder verpleegkundigen met gespecialiseerde kennis. Effectief samenwerken is van belang, elkaar op cruciale momenten consulteren en inschakelen. Denken in teamcompetenties wordt steeds belangrijker: de noodzakelijke specialistische kennis en vaardigheden hoeven niet bij elke verpleegkundige aanwezig te zijn, maar wel in het team waarin zij werken.

### ICT

Voor verpleegkundigen kan ICT een belangrijke kwalitatieve stap vooruit betekenen, zowel in de directe zorgverlening als bij administratie en rapportage. ICT biedt snelheid, gemak en betere multidisciplinaire samenwerking, mits het systeem deugt en niet elke organisatie zijn eigen systeem gebruikt. Bij een toenemende afhankelijkheid van geautomatiseerde systemen is het belangrijk dat verpleegkundigen (en V&VN als beroepsorganisatie) bij de ontwikkeling een duidelijke rol krijgen. Uniform taalgebruik, bijvoorbeeld in het verpleegkundig dossier, is zeer wenselijk. Een verpleegkundige standaard is noodzakelijk. Verpleegkundigen zien ook voordelen in het elektronisch patiëntendossier (EPD), mits de privacy van patiënten voldoende is gewaarborgd. De technologische ontwikkelingen maken zorg op afstand – en dus meer contacten per verpleegkundige – mogelijk: monitoring en dagelijks contact via webcam, snel doorspelen van gegevens, checks. E-health neemt een vlucht. Zorgorganisaties en verpleegkundigen maken in toenemende mate gebruik van sociale media, ook in het contact met patiënten. Dat bevordert onderlinge contacten en kennisuitwisseling. Verpleegkundigen menen dat ICT niet de behoefte aan menselijke nabijheid en aanraking kan vervangen. Die behoefte is doorgaans groter bij mensen met gezondheidsproblemen.

### *Mondige én minder mondige patiënten*

Patiënten worden steeds mondiger, niet in de laatste plaats doordat zij vaak goed geïnformeerd zijn via internet. Zij komen niet alleen met vragen, maar vaak ook al met antwoorden, diagnoses en oplossingen bij de zorgverlener binnen. De positieve kant daarvan is dat patiënt en verpleegkundige ‘partners in zorg’ kunnen zijn, waarbij het stimuleren van zelfmanagement, het versterken van de mogelijkheden van de persoon, uitgangspunt is. Maar het internet biedt een enorme hoeveelheid informatie, die niet altijd even betrouwbaar is. Wetenschappelijke publicaties staan naast persoonlijke verhalen op forums; het is vaak niet eenvoudig het kaf van het koren te scheiden. Het vraagt van de



verpleegkundige kennis en communicatieve vaardigheden om samen met de patiënt te bepalen wat de betekenis van de informatie is voor het individu.

Patiënten zijn lang niet altijd mondig: wie angstig is, verward, depressief of erg ziek, staat niet stevig in zijn schoenen. Daarnaast hebben we, ondanks stijging van het opleidingsniveau, in Nederland nog altijd te maken met naar schatting anderhalf miljoen laaggeletterden.<sup>[2]</sup>

Dikwijls hebben zij onvoldoende vaardigheden om informatie over hun gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen.

De verpleegkundige steunt de patiënt bij het handhaven of het opnieuw verwerven van de regie over het eigen leven, voor zover mogelijk. Zij of hij helpt bij het opkomen voor de eigen belangen en het verwoorden van vragen en wensen. De verpleegkundige maakt een goede afweging tussen wensen, mogelijkheden en kosten.

### **Individualisering en eenzaamheid**

De patiënt van 2020 is autonoom, mondig, thuis op het internet en vaardig met sociale media. Dat geldt ook voor de ouderen van straks. Het is de burger die zorg aan huis, dicht in de buurt en zorg op maat vraagt, en naar verwachting ook krijgt. Van professionals, mits die beschikbaar zijn. De te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt zijn groot en de middelen steeds beperkter. Veel mantelzorgers zijn op leeftijd, de jongere hebben vaak een baan. Het aantal vrijwilligers neemt gestaag af. Wanneer een sociaal netwerk ontbreekt, kan de verpleegkundige de patiënt helpen bij de opbouw daarvan.

### **Loopbaan- en ontwikkelmogelijkheden**

Verpleegkundigen zijn ambitieus. Vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn relatief vaak gericht op carrière, ‘vliegen uit’, vinden elders functies met nieuwe uitdagingen, binnen de zorg maar ook daarbuiten. Het is van belang hen voor de zorg te behouden door loopbaan- en ontwikkelingsmogelijkheden te creëren. Dat geldt overigens voor alle verpleegkundigen. Loopbaanmogelijkheden en een aantrekkelijke werkomgeving kunnen de inspiratie bieden die nodig is voor werkplezier én voor het verhogen van de kwaliteit van zorg.

#### **3.1.3 VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN**

##### **Comorbiditeit en complexere zorg**

De toename van het aantal ouderen door de vergrijzing leidt tevens tot een toename in comorbiditeit (het vóórkomen van twee of meer aandoeningen tegelijkertijd bij een patiënt); comorbiditeit leidt tot

complexere zorg en vraagt om hoger opgeleide professionals. Verpleegkundig specialisten kunnen met hun diepgaande kennis van verpleegkunde en behandeling aan die vraag voldoen.

### **Taakherschikking**

De herschikking van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist zal doorgaan, onder druk van de toenemende zorgvraag, zowel in omvang als in mate van complexiteit. Hierdoor zullen ook de acceptatie van en waardering voor de rol van de verpleegkundig specialist toenemen, zowel bij patiënten en collega-zorgprofessionals (artsen, paramedici en verpleegkundigen) als bij directies en raden van bestuur van zorginstellingen.

### **Beroepen voortdurend in beweging**

Hoewel alle beroepen in de zorg 'in beweging' zijn, geldt dit voor het nieuwe beroep van de verpleegkundig specialist in het bijzonder: de beroepsuitoefening, de rol en de positie zijn nog volop in ontwikkeling. Vooral het zoeken naar de balans tussen productie, kwaliteit en onderzoek gaat nog door. Tegelijkertijd zullen verpleegkundig specialisten steeds meer naar buiten treden, hun voortrekkersrol waarmaken en voorbeeldfuncties vervullen in de ontwikkeling van hun specialisme en de verpleegkunde in het algemeen.

### **Nieuwe inzichten in de praktijk**

De verpleegkundige discipline werkt steeds meer evidence based, dus volgens wetenschappelijk onderbouwde effectieve methoden. Met hun toegang tot wetenschappelijke publicaties en hun kennis van diverse disciplines zijn verpleegkundig specialisten de aangewezen professionals om nieuwe methodieken om te zetten in de verpleegkundige praktijk. Er zijn al tal van voorbeelden waarin zij – na pilots – een nieuwe werkwijze hebben doorgevoerd, vaak doelmatiger én met een beter resultaat voor de patiënt.

### **Toenemend belang van preventie**

Preventie wordt steeds belangrijker, zowel het voorkómen van aandoeningen door een gezonde(re) levensstijl als het voorkómen van complicaties en andere gevolgen van aandoeningen. Dit vraagt een hoog opleidingsniveau in de preventieve zorg. Het belang van preventie wordt in het algemeen nog niet voldoende erkend. Met name in de eerste lijn kunnen verpleegkundig specialisten een rol spelen bij vroegsignalering van bijvoorbeeld alcohol- of drugsproblematiek.

### **Wegvallende traditionele netwerken**

Steeds vaker ontbreken bij patiënten traditionele netwerken zoals die van burens en mantelzorg. Dit maakt een goede ketenzorg, die de situatie van de patiënt centraal stelt, en waarin verpleegkundig specialisten een centrale rol (kunnen) spelen, nóg belangrijker. Bij de situatie van de patiënt wordt niet alleen de thuissituatie betrokken, maar onder andere ook de mate waarin hij in staat is om te gaan met de gevolgen van gezondheidsproblemen (coping).

### **Mondige patiënten**

De mondigheid en kennis van patiënten nemen toe. Patiënten komen steeds vaker zelf al met ideeën over diagnose en behandeling, opgedaan via internet. Voor de verpleegkundig specialist is het een belangrijke taak – op basis van haar of zijn deskundigheid – om samen met de patiënt de validiteit van de informatie te beoordelen.

### **Kennis van ethische zaken**

Nieuwe technische en wetenschappelijke ontwikkelingen en een toename in behandel mogelijkheden leiden steeds vaker tot ethische kwesties, bijvoorbeeld de vraag of een behandeling al dan niet zinvol is. De toenemende – en op zichzelf positief te waarderen – mondigheid van patiënten en hun naasten maakt het belang van kennis van ethische zaken en goede communicatievaardigheden van verpleegkundig specialisten steeds groter.

### **Toename regeldruk**

De afgelopen jaren is de regeldruk, en daarmee het verantwoording afleggen voor en verslag doen van activiteiten, sterk toegenomen. Interne en externe audits, HKZ en jaarverslagen vragen tijd en aandacht. Verpleegkundig specialisten kunnen met hun overstijgende denk- en redeneervaardigheden alsook hun kennis en vaardigheid op het gebied van organisatie, financiën en rapportage, hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

### **Zelfstandige praktijk**

In de toekomst zullen verpleegkundig specialisten steeds vaker werken in zelfstandige behandelcentra (ZBC), gepositioneerd tussen de eerste- en tweedelijnszorg, van waaruit niet-complexe zorg wordt geleverd. ZBC hebben een filterfunctie, dat wil zeggen dat zij indiceren voor welke zorg de patiënt naar de tweede lijn wordt verwezen.

## 3.2 Welke trends zien de onderzoekers?

V&V 2020 gaf het NIVEL opdracht twee onderzoeken te doen: één (Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief, Mistiaen e.a., 2011) naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen ten aanzien van de beroepenstructuur en het opleidingsniveau, en één<sup>[2]</sup> naar de te verwachten behoefte aan, en het aanbod van, verpleegkundige zorg in Nederland in 2020. Hieronder worden de resultaten zeer beknopt op hoofdpunten beschreven; de uitgebreide samenvattingen zijn opgenomen in deel 5 bijlagen.

### 3.2.1 INTERNATIONAAL: ONTWIKKELINGEN IN EN TUSSEN BEROEPSGROEPEN

De Nederlandse samenleving veroudert en vergrijsst en hiermee neemt in de toekomst het aantal ouderen met een complexere zorgvraag toe. Aan de andere kant staat de Nederlandse gezondheidszorg voor de uitdaging om de zorg betaalbaar te houden. In dit kader is de organisatie en hervorming van de verpleging/verzorging van belang en dienen de beroepsprofielen herzien te worden. Mogelijk kunnen ervaringen en tendensen in andere westerse landen hierbij behulpzaam zijn. Daarom is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de rollen en posities van verpleegkundige en verzorgende beroepen in vijf andere landen: België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika en Canada. De documenten werden verzameld via database-onderzoek.

De voornaamste bevindingen zijn:

- Definities van verplegen verschillen van land tot land en verzorging wordt meestal als onderdeel van verpleging beschouwd.
- In alle geselecteerde landen kan de ‘nursing workforce’ onderscheiden worden in drie categorieën: basisverpleegkundigen, meer gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegondersteunende krachten.
- In alle geselecteerde landen zijn er meerdere opleidingswegen en -niveaus die leiden tot de functie van (basis)verpleegkundige. Meestal betreft het een variant op mbo- en een variant op hbo-niveau.
- In alle geselecteerde landen is er een grote diversiteit (en hiermee gepaard gaand ook onduidelijkheid) aan namen, functies, titels, opleidingen en reguleringen van de nursing workforce.
- Er is een tendens om verpleegkundigen in de toekomst alleen nog op hbo-niveau op te leiden.
- Voorbehouden handelingen zijn te onderscheiden in handelingen die van medici naar verpleegkundigen worden gedelegeerd en in

handelingen die van verpleegkundigen naar niet-verpleegkundigen worden gedelegeerd. Ieder land heeft hierin een geheel eigen weg gevonden om dit te reguleren/reglementeren.

### 3.2.2 NATIONAAL: TRENDS IN ZORGVRAAG EN -AANBOD

#### **Sterke toename aantal chronisch zieken; belang van preventie**

De synthese laat zien dat in Nederland de groei van het aantal mensen met chronische ziekten en comorbiditeit zal leiden tot een grotere vraag naar zorg. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maakt preventieve taken van verpleegkundigen steeds belangrijker. Preventie biedt mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Ook voordat een ziekte of aandoening manifest wordt, kunnen verpleegkundigen mensen motiveren zich gezond te gedragen, door te werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en door gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving ('Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'; RVZ, 2010).

#### **Sociaal-culturele ontwikkelingen**

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen eveneens leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorg zal veranderen: burgers stellen meer eisen aan de zorg, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, en aan de informatievoorziening en communicatie rond de zorg. De zorgvraag van ouderen zal niet alleen in volume toenemen, de nieuwe generaties ouderen zullen ook andere eisen stellen aan de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg.

#### **Ondersteuning van zelfmanagement**

Ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg die de Nederlandse overheid voorstaat. Verpleegkundigen zijn van oudsher gewend om zich vooral te richten op wat mensen niet (meer) kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe weinig aandacht in de zorg, vanwege de traditionele sterke gerichtheid op behandeling en op het overnemen van zorgtaken. Meer aandacht voor zelfmanagement vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven, of het voorkómen daarvan. De

focus moet verlegd worden naar wat patiënten wél kunnen, om van daaruit het zelfmanagement te versterken. Ook patiëntenorganisaties zijn steeds actiever met het aanbieden van instrumenten voor zelfmanagement, bijvoorbeeld in de vorm van e-healthtools. Speciale aandacht zal nodig zijn voor de manier waarop zelfmanagement vormgegeven kan worden bij de meest kwetsbare groepen, zoals mensen met dementie, mensen op hoge leeftijd (85+), mensen met complexe problemen, mensen met een zeer lage sociaaleconomische status, mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Individuele vaardigheden voor zelfmanagement zullen bij deze mensen eerder beperkt zijn. Zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk vorm krijgen.

### *Veranderingen in zorgaanbod en werkproces*

De kennissynthese gaat ook in op nationale ontwikkelingen in het zorgaanbod en het werkproces, zoals de taakverschuiving tussen medici en verpleegkundigen in Nederland, de inzet van arbeidsbesparende technologie en de opkomst van lokale samenwerkingsverbanden ‘in de buurt’ van de patiënt.

### *Conclusie*

De bevindingen uit de rondetafels en andere bijeenkomsten vinden goeddeels onderbouwing in de NIVEL-studies. De geconstateerde spanningsvelden van de beroepsbeoefenaren zullen in de toekomst sterker worden. Dit vereist een algemene verhoging van het opleidingsniveau. Zorgelijk is het ontbreken van normen ten aanzien van de kwalitatieve en kwantitatieve inzet van verpleegkundigen en verzorgenden, zodat momenteel geen verantwoorde inschatting van in de toekomst benodigde aantallen beroepsbeoefenaren kan worden gemaakt.

### 3.2.3 KWANTITATIEVE GEGEVENS AANTALLEN ZORG- PROFESSIONALS

	2009/2010	2005/2006	2000/2001
Verpleegkundige niveau 5	12.700 (18%)	12.100 (18%)	9.000 (18%)
Verpleegkundige niveau 4	17.800 (25%)	17.600 (26%)	15.400 (31%)
Verzorgenden	19.600 (28%)	18.900 (28%)	20.000 (40%)
Helpenden	18.500 (26%)	16.600 (25%)	5.100 (10%)
Zorghulp	1.200 (2%)	1.200 (1,2%)	900 (2%)
Totaal	69.900	66.500	50.400

	2010	2005	2000
Verpleegkundige niveau 5	49.000 (12%)	43.000 (12%)	36.000 (12%)
Verpleegkundige niveau 4	125.000 (31%)	110.000 (32%)	97.000 (31%)
Verzorgenden	155.000 (39%)	135.000 (39%)	124.000 (40%)
Helpenden	38.000 (9%)	32.000 (9%)	29.000 (9%)
Zorghulp	33.000 (8%)	28.000 (8%)	25.000 (8%)
Totaal	398.000	349.000	312.000

Specialisme	Aantal 2011	Aantal 2007
Intensieve zorg bij somatische aandoeningen	528	--
Chronische zorg bij somatische aandoeningen	220	--
Geestelijke gezondheidszorg	204	--
Acute zorg bij somatische aandoeningen	59	--
Preventieve zorg bij somatische aandoeningen	26	--
	Totaal 1.037	Totaal ca. 450

	Ziekenhuizen	V&V	Thuiszorg	GGZ	GHZ	Welzijn
Verpleegkundige niveau 5	29%	2%	5%	33%	5%	9%
Verpleegkundige niveau 4	63%	16%	12%	57%	34%	26%
Verzorgenden	7%	73%	46%	7%	33%	27%
Helpenden	2%	9%	13%	2%	22%	25%
Zorghulp	0%	3%	26%	1%	6%	3%

**Tabel 3.5 Aandeel werkzame personen in 2010 naar sector per opleiding**

Professional	VP5	VP4	VZ	Help.	ZH
Welzijn	3%	3%	3%	9%	1%
Gehandicaptenzorg	4%	11%	9%	24%	8%
Geestelijke gezondheidszorg	19%	13%	1%	1%	1%
Thuiszorg	9%	9%	30%	34%	80%
Verpleeg- en verzorgingshuizen	4%	11%	52%	28%	9%
Ziekenhuizen	60%	52%	4%	4%	1%

Uit: Rapport NIVEL Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennisynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen.

L.F.J. van der Velden, A.L. Francke, R.S. Batenburg. November 2011.

### 3.2.4 VERWACHTE AANTALLEN CHRONISCH ZIEKEN

**Tabel 3.6 Verwachte toename aantal chronisch ziekten**

	2003 (in duizenden personen)	2025 (in duizenden personen)	Toename totaal (%)	Toename door veranderde samenstelling bevolking (%)
Hartfalen	179	263	47	40
Dementie	102	148	45	38
Beroerte	229	329	44	37
Gezichtsstoornissen	543	779	43	37
Coronaire hartziekten	676	959	42	36
COPD	316	438	39	32
Artrose	682	929	36	30
Osteoporose	156	212	36	29
Ouderdoms-/lawaaidoofheid	534	723	35	29
Diabetes mellitus	609	80	33	26

Bron: RIVM 2006



*Auteur:*

*Prof. dr. Marieke Schuurmans*

De nieuwe beroepsprofielen beschrijven niet alleen de competenties van de verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen. V&V 2020 ontwikkelde, uitgaande van een nieuwe definitie van het begrip ‘gezondheid’, een innovatief, toekomstgericht model, dat het zelfmanagement van de patiënt centraal stelt, en dat tegelijkertijd het meten van de resultaten van het handelen van de beroepsbeoefenaars faciliteert.

We wensen het elkaar dagelijks toe. Maar wat is gezondheid eigenlijk? De gedachten daarover zijn aan het veranderen. Paragraaf 4.1 geeft het begrip een nieuwe inhoud. In de toekomst zal daarom ook de focus van de verpleegkundig specialist, de verpleegkundige en de zorgkundige verschuiven. Die ligt nu veelal nog op de ziekte van de patiënt, maar zal steeds meer moeten komen te liggen op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt. Zij zullen zich steeds meer gaan richten op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk. In paragraaf 4.2 en paragraaf 4.3 wordt nader ingegaan op het begrip *zelfmanagement*, en op het ICF, een model om het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid te benaderen. Daarbij wordt uitgegaan van een kernset van (potentiële) *patiëntproblemen* (paragraaf 4.4). Meer dan voorheen zullen zorgprofessionals hun bijdrage zichtbaar gaan maken in resultaten. Immers: alleen wie de resultaten definieert, kan zien of hij het goede doet, kan vergelijken, monitoren, toetsen en bijsturen.

## 4.1 Gezondheid in de 21<sup>STE</sup> eeuw

De World Health Organization (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als ‘een toestand van volledig, lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden’. In de beroepsprofielen van 1999 en 2000 is die definitie nog een richtpunt voor de zorg. De definitie is echter niet langer

behulpzaam en zelfs contraproductief geworden, omdat zij veelal niet haalbaar is. Volgens deze definitie zou immers vrijwel de hele wereldbevolking ongezond zijn. De definitie doet geen recht aan het vermogen dat mensen hebben om op eigen kracht het hoofd te bieden aan uitdagingen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied. Ook met een aandoening, ziekte of beperking is het goed mogelijk een betekenisvol leven te leiden, waarbij er sprake is van welbevinden. Inmiddels (2011) wordt een andere benadering van gezondheid bepleit<sup>[3]</sup>: *the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges*. Bij deze benadering staat niet de aandoening (of de afwezigheid daarvan) centraal, maar het aanpassingsvermogen van personen en het vermogen tot zelfmanagement wanneer men te maken krijgt met problemen en uitdagingen op sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied. Dit biedt ook een nieuw perspectief op het handelen van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en zorgkundigen.

#### 4.2 Zelfmanagement en het ICF

Zelfmanagement is het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, en, wanneer deze toch optreden, om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Hierdoor is men in staat om de eigen gezondheidstoestand te monitoren en te reageren op een manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van leven (vgl. Ursum e.a., 2011). Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen zijn professionals die zich richten op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven.

#### BEHOUDEN OF VERBETEREN VAN HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN

‘Dagelijks functioneren’ wordt meestal gedefinieerd in termen van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals wassen, aankleden, eten en bewegen. Maar ook in termen van instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL). Daaronder vallen de activiteiten waardoor iemand zelfstandig kan leven: boodschappen doen, telefoneren, met geld omgaan en reizen en ook bijvoorbeeld medicijnen innemen. Mensen ervaren de impact die een ziekte, beperking of een behandeling heeft primair in hun dagelijks functioneren. Bij een acute aandoening verandert er van alles en kan iemand plotseling niet meer doen wat hij gewend was. Bij chronische aandoeningen gaan die verande-

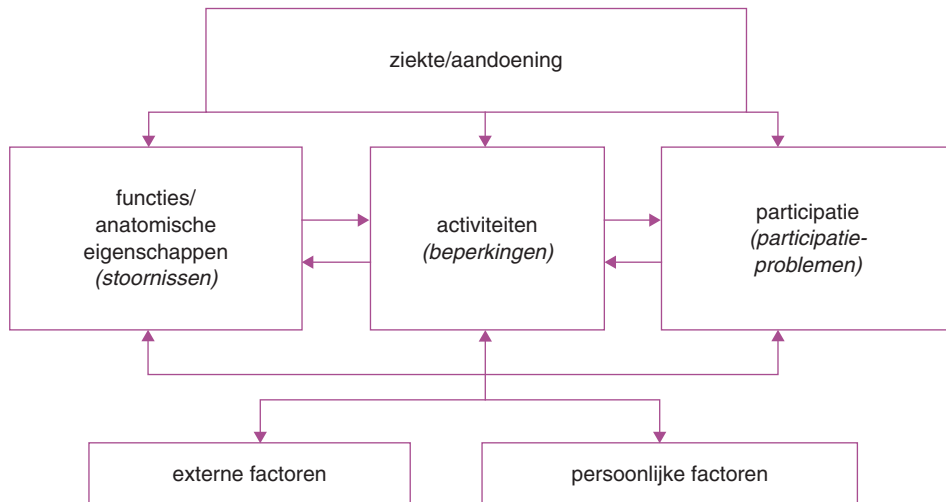
ringen geleidelijker. Hoe mensen kunnen functioneren in relatie tot de ziekte of aandoening is bepalend voor hun welbevinden. Dagelijks functioneren staat niet op zichzelf, maar is een voorwaarde voor het bereiken van doelen die gericht zijn op het eigen welbevinden. Wat wil iemand of waar hecht hij of zij belang aan? De mate waarin een ziekte of aandoening leidt tot beperkingen in het dagelijks functioneren en tot zorgvragen verschilt van persoon tot persoon.

### 4.3 ICF

Het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte of dreiging van ziekte kan worden bekeken met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). (<http://www.who.int/classifications/icf/en>). Het ICF is een bio-psychosociaal model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden. De ICF is een aanvulling op de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

Vanuit ICF-perspectief gezien is gezondheid een wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving. Mensen zijn nooit los te zien van hun context. Maatschappelijke verhoudingen, posities en structuren en contextgebonden factoren kunnen invloed hebben op de gezondheidstoestand en het ontstaan, het in stand houden of het chronisch worden van ziekten. Vanuit het ICF-model beschouwd richt de gezondheidszorg zich op participatiedoelen. Dat zijn individuele doelen die voor ieder persoon uniek zijn. Doelen die verstoord worden door beperkingen, voortkomend uit ziekten en de daarmee gepaard gaande stoornissen. Dit zijn echter geen op zichzelf staande verbanden, ze worden beïnvloed door externe factoren zoals hoe iemand woont en hoe zijn sociale omgeving eruit ziet. Daarnaast spelen persoonlijke factoren een belangrijke rol, zoals kennisniveau, copingstijl, opleidingsniveau en inkomen. Er is veel onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat bijvoorbeeld mensen met een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen minder beperkingen ervaren van ziekte dan mensen met een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Hoe sterk omgevingsfactoren de gezondheidsconditie van mensen bepalen, blijkt onder meer uit de hogere prevalentie van ziekten en beperkingen en uit de kortere levensverwachting die mensen uit lagere sociaaleconomische klassen hebben.

Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen zien mensen in hun context en zoeken vanuit die kennis naar mogelijkheden om de situatie te optimaliseren en problemen te voorkomen, ieder vanuit eigen kennis, bekwaamheid, verantwoordelijkheden en



**Figuur 4.1** Schema International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)

bevoegdheden. Zij doen dit vanuit het perspectief van de samenhang tussen fysieke, sociale en emotionele factoren, zoals beschreven in de WHO-definitie van gezondheid en zoals uitgewerkt in de ICF (figuur 4.1).

#### 4.4 Kernset van patiëntproblemen

De problemen van mensen kunnen geordend worden op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Ze zijn ondergebracht in tabel 4.1. Veel van deze problemen zijn terug te vinden in de verschillende theorieën, modellen en classificatiesystemen ontwikkeld binnen de verpleegkunde. Er is hier niet gekozen voor één theorie, model of systeem, maar er is gezocht naar de gemeenschappelijke problemen die verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen in de dagelijkse praktijk tegenkomen. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen en ouderen en bij mensen met zeer diverse aandoeningen. Deze lijst van problemen kan beschouwd worden als ‘kernset’ van patiëntproblemen. Dat wil niet zeggen dat alles wat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen doen in deze lijst terug te vinden is. Naast deze generieke problemen kunnen zij, afhankelijk van de groep mensen aan wie zij zorg verlenen, te maken krijgen met specifieke problemen. In deze kernset kan het handelen zichtbaar tot resultaat komen. De problemen komen voor in alle settings en vrijwel altijd in combinatie.

<b>Tabel 4.1 Kernset van patiëntproblemen</b>	
<b>LICHAMELIJK</b>	<b>PSYCHISCH</b>
Bedreigde of verstoorde vitale functies (ademhaling, circulatie, hersenfuncties)	Bewustzijnsstoornissen
Koorts	Stemmingsstoornissen
Smetten	Stoornissen in geheugen
Jeuk	Stoornissen in denken en waarnemen, (achterdocht, wanen, hallucinaties)
Wonden	Persoonlijkheidsstoornissen
Pijn	Stoornissen in gedrag (agitatie, agressie, claimen, obsessie, automutilatie)
Vermoeidheid	Angst, paniek
Verlies van eetlust	Stress
Misselijkheid, braken	Verslaving
Gewichtsverlies	Verlies
Gewichtstoename	Rouw
Uitdroging/verstoorde vochtbalans	Onzekerheid
Uitscheidingsproblemen (diarree, obstipatie, overmatige transpiratie, incontinentie)	Kennistekort
	Ineffectieve coping
	Zingevingproblemen
<b>FUNCTIONEEL</b>	<b>SOCIAAL</b>
Tekort zelfmanagement	Seksualiteitsstoornissen
Tekort zelfredzaamheid ADL, IADL, HDL	Participatieproblemen
Zintuiglijke beperkingen	Sociale incompetentie
Verstoorde mobiliteit	Eenzaamheid
Vallen	Gebrek aan sociaal netwerk
Slaap-/waakproblemen	Tekort aan mantelzorg
	Overbelaste mantelzorg

#### 4.5 Resultaten van handelen

Het handelen van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en zorgkundigen richt zich op versterking van het zelfmanagement van mensen, met het oog op het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte en gezondheid. De beoogde resultaten zullen dus ook geformuleerd

worden op het niveau van de kwaliteit van leven of het voorkomen van verlies, het behoud of het verbeteren van aspecten van het dagelijks functioneren. Het handelen heeft in veel situaties direct impact op het beloop van de ziekte en de behandeling. Hoewel bij de meeste problemen niet enkelvoudig gelinkt, is dit handelen wel medebepalend voor de uitkomsten. De resultaten kunnen dan ook vaak gedefinieerd worden in termen van het niet optreden van een van de problemen uit de kernset bij patiënten met een verhoogd risico. Veel van wat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen doen, kan gevat worden onder de noemer 'zorggerelateerde preventie'. Hierbij valt te denken aan het voorkómen van koorts, pijn, ondervoeding, uitdroging, immobiliteit, incontinentie, maar ook aan het voorkómen van eenzaamheid, somberheid, overbelasting.

Op het niveau van de individuele patiënt kan het gewenste resultaat worden geformuleerd, afhankelijk van het risico, de ervaren problemen, de oorzaak van de problemen en de fase waarin het probleem optreedt. Niet bij iedereen is het voorkomen van een probleem haalbaar. Evenmin is het verminderen van een probleem altijd een realistisch doel: soms is het best haalbare resultaat dat het probleem niet verder toeneemt.

Resultaten kunnen ook geformuleerd worden op het niveau van de eenheid van zorgverlening. Hierbij kan bijvoorbeeld op gezette tijdsintervallen gekeken worden hoe de resultaten zijn en kan op basis hiervan de verleende zorg geëvalueerd worden. Aan resultaten op patiëntniveau kunnen resultaten op zorgniveau gekoppeld worden. Zorgresultaten zijn bijvoorbeeld opnameduur en zorgintensiteit. De door verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen verleende zorg is op deze wijze niet alleen proces- maar ook resultaatgericht. Goed te monitoren en te evalueren.

V&V 2020 stelt, op grond van de vastgestelde noodzaak van duidelijkere relaties tussen de beroepsgroepen, een nieuw beroepenhuis voor. Het beroepenhuis V&V wordt in dit hoofdstuk op drie niveaus beschreven. Dit hoofdstuk sluit af met de implicaties voor de Wet BIG.

### 5.1 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening

Tabel 5.1 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening					
VERPLEGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Voorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Verpleegkundig specialist	Art. 14 Wet BIG	Allround, met specialistische focus en expert-kennis Individuele Gezondheidszorg	Zelfstandige bevoegdheid (art. 36)	Hbo-master (professionele master)	6, op termijn mogelijk 7 (vergelijkbaar met acad. master)
Verpleegkundige	Art. 3 Wet BIG	Allround Individuele gezondheidszorg	Zelfstandig bevoegd voor toedienen injecties, katheterisaties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (artikel 36). Functionele zelfstandigheid, regeling ex art. 39. Voor andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 van de Wet BIG.	Hbo-bachelor	6

VERZORGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Vorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Specifiek Individuele gezondheidszorg	Functionele zelfstandigheid conform regeling ex artikel 39. (Huidige regeling: toedienen subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie; verrichten katheterisatie blaas bij volwassenen en inbrengen maagsonde of infuus; verrichten venapunctie en hielprik bij neonaten.) Andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 Wet BIG	Mbo-4 (3-jarig)	4
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Allround Individuele gezondheidszorg	Idem als Zorgkundige Specifiek	AD	5 = allround (vergelijkbaar met associate degree)
Verzorgende, kraamverzorgende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-3	3
Helpende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-2	2

## 5.2 Beroepenhuis V&V: typering

### TWEE BEROEPEN, UITGEOEFEND OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

V&V 2020 kiest voor twee niveaus van beroepsuitoefening voor de verpleegkundige beroepsgroep: de *verpleegkundige* (artikel 3 Wet BIG) en de *verpleegkundig specialist* (artikel 14 Wet BIG), met verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten oefenen hun beroep uit op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarnaast zijn er





**Figuur 5.1** De visualisatie van het Beroepenhuis V&V 2020

twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging: de *zorgkundige* (artikel 34 Wet BIG; dit is een beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg) en de *verzorgende/helpende* (met primaire gerichtheid op wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening).

#### DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST (ARTIKEL 14 WET BIG, HBO-MASTER)

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, als expert, met een omschreven groep patiënten individuele, zelfstandige *behandelrelaties* aangaat. Biedt vanuit het perspectief van de patiënt *care en cure* geïntegreerd aan, ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven van de patiënt staan hierbij centraal. De verpleegkundig specialist komt op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, diagnostiek) tot aanvullende diagnostiek. Past in aansluiting hierop medische-verpleegkundige, therapeutische, evidence-based interventies toe. Indiceert en verricht voorbehouden handelingen (zelfstandige bevoegdheid). Zij of hij vervult als verpleegkundig leider een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onderbouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Levert een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van

de verpleegkundige beroepsgroep en aan de kwaliteit van de zorg. Vervult een brugfunctie tussen artsen en verpleegkundigen en speelt een cruciale rol in zorgcoördinatie, taakherschikking, het bevorderen van vraagsturing en de verbetering van de kwaliteit van zorg en leven, begeleiden en coachen van verpleegkundigen en zorgkundigen, als vraagbaak voor belerende beroepsgroepen en in patiënt- of doelgroepgebonden onderzoek.

#### DE VERPLEEGKUNDIGE (ARTIKEL 3 WET BIG, HBO-BACHELOR)

De verpleegkundige is een *allround* zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen, (jong)volwassenen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen. De verpleegkundige verleent zorg op basis van het continue, cyclische proces van klinisch redeneren. Dit omvat: risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie. Zij beargumenteert deze beslissingen en communiceert daarover met patiënten en collega-zorgverleners, betreft daarin morele, professionele en persoonlijke afwegingen. Werkt op basis van partnerschap samen met patiënten, hun naasten en mantelzorgers.

De verpleegkundige voert alle vormen van preventie uit. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is, of als de eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren. De verpleegkundige verricht voorbehouden handelingen, deels met zelfstandige bevoegdheid, voor het grootste deel met functionele zelfstandigheid. Heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Participeert in praktijkonderzoek.

#### DE ZORGKUNDIGE (ARTIKEL 34 WET BIG, MBO-4)

De zorgkundige is een zorgprofessional met een specifieke bekwaamheid voor het werken met één of enkele omschreven groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en

geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. De *allround zorgkundige* is een zorgprofessional die bekwaamheid heeft voor het werken met alle zorgcategorieën. De *zorgkundige* richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, leeftijds- of contextgebonden. Stelt de behoefte aan zorg vast en beschrijft die in een (leef)zorgplan; biedt de patiënt lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning; voert zorggerelateerde preventie uit; draagt zorg voor informatievoorziening, voorlichting en advies. Werkt samen met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, steunt hen en verwijst hen waar nodig. Signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt tijdig.

De *zorgkundige* werkt in zorgsituaties die in het algemeen relatief stabiel zijn. Het handelen verloopt in die situaties grotendeels volgens (professionele) standaarden en richtlijnen. In instabiele, acute, complexe situaties werkt de *zorgkundige* onder supervisie van de verpleegkundige, bij wie dan de eindverantwoordelijkheid berust. De *zorgkundige* heeft voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid.

#### DE ALLROUND ZOR GKUNDIGE (ART. 34 WET BIG, ASSOCIATE DEGREE)

De *allround zorgkundige* is een zorgprofessional met een bekwaamheid voor het werken met alle groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. Zie verder beroepstypering hierboven.

#### VERZORGENDE ZORG EN WELZIJN, EN KRAAMVERZORGENDE

V&V 2020 heeft zich niet uitgesproken over de beroepsprofielen verzorgende wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening en kraamverzorgende. Deze beroepen vallen niet onder de Wet BIG. Zij adviseert de Taskforce hierop met voorrang actie te ondernemen.

### 5.3 Implicaties voor Wet BIG

V&V 2020 heeft de gevolgen van deze voorstellen voor de wijziging van de Wet BIG onderzocht en heeft advies gevraagd aan prof. mr. J.K.M. Gevers. Op basis van dit advies en de overige bevindingen is de conclusie dan een aanpassing van de Wet BIG noodzakelijk is. Binnen de systematiek van de Wet BIG kunnen de wettelijke posities van de verpleegkundige en de zorgkundige als volgt worden samengevat:

#### VERPLEEGKUNDIGE

- art. 3-beroep, met wettelijke registratie en beroepstitelbescherming;
- heeft een wettelijk geregelde opleiding die zich qua duur en inhoud onderscheidt van die van de zorgkundige;
- heeft een in de wet omschreven deskundigheidsgebied waarvan het handelen in complexe situaties en het kunnen voeren van de regie over het verpleegkundig handelen kenmerkende elementen zijn;
- is onderworpen aan periodieke (her)registratie;
- valt onder het wettelijk tuchtrecht;
- kan in aanmerking komen voor toekenning van een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren en verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen;
- kan aanspraak maken op automatische erkenning als verpleegkundige in andere EU-lidstaten.

#### ZORGKUNDIGE

- art. 34-beroep zonder wettelijke registratie maar met opleidingstitelbescherming;
- heeft een wettelijk geregelde opleiding die zich qua duur en inhoud onderscheidt van die van de verpleegkundige;
- heeft een bij algemene maatregel van bestuur omschreven deskundigheidsgebied waarvan het handelen in niet-complexe situaties respectievelijk het handelen onder supervisie van andere beroepsbeoefenaren kenmerkende elementen zijn;
- is niet onderworpen aan periodieke (her)registratie;
- valt niet onder het wettelijk tuchtrecht;
- kan in aanmerking komen voor toekenning van de bevoegdheid tot het zelfstandig uitvoeren van door andere beroepsbeoefenaren opgedragen voorbehouden handelingen;
- kan geen aanspraak maken op automatische erkenning als verpleegkundige in andere EU-lidstaten.

Om deze wettelijke posities te realiseren is een aantal aanpassingen nodig van de bestaande wet- en regelgeving, waarbij overigens de wijziging van de Wet BIG beperkt kan blijven.

De belangrijkste wijzigingen in verband met de *verpleegkundige* zijn:

- wijziging van het Besluit opleidingseisen verpleegkundige 2011, onder meer in verband met aanpassing aan het nieuwe beroepsprofiel;
- bijstelling van het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige in art. 33 Wet BIG.

De belangrijkste wijzigingen in verband met de *zorgkundige* zijn:

- intrekking van het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg;
- totstandkoming en invoering van een Besluit zorgkundige, met daarin regeling van opleiding, titelbescherming en deskundigheidsgebied.

#### TUCHTRECHT

De voorgestelde beroepsstructuur betekent dat de zorgkundige niet onder het tuchtrecht van de Wet BIG zal vallen. De huidige mbo-opgeleide die als verpleegkundige is geregistreerd, blijft wel onder het tuchtrecht vallen.

Beperking van het tuchtrecht voor de hbo-opgeleiden past naar de mening van V&V 2020 beter bij de grotere verantwoordelijkheid en zelfstandigheid, en de daarmee gepaard gaande grotere afhankelijkheid van de patiënten en hun beslissingen. Op den duur zal de groep verpleegkundigen die onder het tuchtrecht vallen meer homogeen worden. Dat is gunstig omdat dit zal leiden tot een nadere precisering en aanscherping van de aan het beroep te stellen eisen.

V&V 2020 kan zich geheel vinden in de volgende constatering van Gevers: 'Toepassing van het tuchtrecht is enerzijds bij de nieuwe zorgkundige veel minder nodig omdat zijn/haar werk primair niet-complexe situaties betreft, het veel meer plaatsvindt in aansluiting op en in opdracht van andere beroepsbeoefenaren en geen sprake is van een zelfstandige indicatiebevoegdheid ten aanzien van voorbehouden handelingen.' Bovendien wordt voorkomen 'dat de beroepsuitoefening wordt getoetst aan beroepsnormen die de in de opleiding verkregen beroepskwalificaties te boven gaan' (zie deel 5 bijlagen).

#### KWALITEITSBORGING

V&V 2020 kan niet genoeg benadrukken dat de Wet BIG 'slechts' de voorwaarden schept om beroepsbeoefenaren toe te rusten voor het verlenen van kwalitatief verantwoorde zorg. De aan de opleidingen

te stellen eisen vormen daarbij een beginpunt. Maar er is meer voor nodig. Terecht legt de Kwaliteitswet zorginstellingen verplichtingen op aan de instellingen. Zij zijn het die de zorg op een zodanige manier moeten organiseren dat sprake is van verantwoorde zorg. Naast een kwaliteits- en veiligheidsbeleid dat de instellingen hiervoor dienen te ontwikkelen, zijn afspraken over taakverdeling en samenwerking tussen al die verschillende beroepsbeoefenaren essentieel. In dat licht dienen instellingen zich rekenschap te geven van het feit dat beroepsbeoefenaren zich nogal eens overvraagd kunnen voelen. ‘Verzorgenden merken een sterke daling van het gemiddelde opleidingsniveau van de beroepsgroep: in veel zorgorganisaties is inmiddels 20 procent gediplomeerd verzorgende en 80 procent helpende/leerling-verzorgende. Voor de verzorgende betekent dat een te zware verantwoordelijkheid, er is geen mogelijkheid voor ruggenspraak met een collega-gediplomeerd verzorgende’ (zie ook paragraaf 3.1.1).

In verband met de verantwoordelijkheidsverdeling en samenwerking wijst Gevers op de toekomstige Wet cliëntenrechten zorg die de Kwaliteitswet zorginstellingen zal vervangen. Hij wijst erop dat die wet impliceert dat de rolverdeling tussen verpleegkundige en zorgkundige in instellingsverband voldoende moet worden vastgelegd. En daarbij moet rekening gehouden worden met de verschillende kwalificaties en deskundigheden van beide beroepen.

Dat die verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk verbetering behoeft, illustreert de volgende passage uit de achtergrondstudie van Gevers: ‘Wil er sprake zijn van verantwoorde zorg, dan is het nodig dat de verdeling van taken en verantwoordelijkheden niet alleen correspondeert met wettelijke deskundigheid en bevoegdheid, maar ook met feitelijke bekwaamheid. Toegespitst op de positie van verpleegkundigen en zorgkundigen betekent dat, dat instellingen voldoende gediplomeerden in dienst hebben, en dat geen risicovolle handelingen worden overgelaten aan personen die de daarvoor vereiste opleiding ontberen. In toenemende mate komen er overigens signalen uit de praktijk dat aan deze voorwaarden lang niet altijd voldaan wordt; het streven naar kostenreductie en de daarmee gepaard gaande verschromping in de zorg (gecombineerd met de ruimte die functionele omschrijving van zorgaanpakken biedt) zouden er bijvoorbeeld toe leiden dat in veel sectoren steeds meer voorbehouden handelingen worden uitgevoerd door zorgverleners zonder gedegen basisopleiding. Het is in dit verband allereerst van belang dat er normen zijn over het aantal gediplomeerden (verpleegkundigen, zorgkundigen en anderen) waarover instellingen moeten beschikken gelet op aard en omvang van de te verlenen zorg. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het

veld.’ Die normering is onderwerp van een van de aanbevelingen van V&V 2020 (hoofdstuk 6). Vooruitlopend op de totstandkoming van die normering is V&V 2020 voorstander van meer openheid over de kwalificaties van de professionals die in instellingen werken. In het jaarverslag zouden instellingen moeten rapporteren hoeveel professionals van welke discipline ze in huis hebben.

In dit advies worden de beroepsprofielen van de verpleegkundige, de verpleegkundig specialist en de zorgkundige gepresenteerd. De profielen zijn gebaseerd op een analyse van de toekomstige vraag naar zorg, internationale eisen en vergelijkingen, en vooral ook op de inzichten van de beroepsbeoefenaren zelf: met hun inzichten in de hand hebben we een perspectief geschetst op de beroepen in 2020.

### WAT MOET ER GEBEUREN?

De verpleegkundige, de verpleegkundig specialist en de zorgkundige die wij hier presenteren zijn niet de realiteit van morgen, maar van 2020. Er dient een aantal gerichte stappen te worden gezet:

- De voorgestelde beroepsprofielen vragen om een wettelijke verankering.
- De consequenties van de voorgestelde beroepsprofielen voor de inzet van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en zorgkundigen in werkpraktijken moeten verder worden geconcretiseerd.
- De voorgestelde beroepsprofielen moeten worden vertaald in passende opleidingseisen en curricula.

Daarmee zijn we er nog niet. Een eerste essentiële voorwaarde voor het draagvlak binnen en buiten de beroepsgroep is het ontwerp van aanvaardbare en werkzame overgangsregelingen, die op voldoende draagvlak kunnen rekenen. De verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen van vandaag met uiteenlopende opleidingsachtergronden en ervaringen zullen stap voor stap – met behoud van positie – de overgang maken naar de nieuwe beroepenstructuur en ook voor de nieuwe lichten geldt dat zij ingepast zullen worden in de nieuwe beroepenstructuur. Een tweede essentiële voorwaarde betreft een betere cijfermatige onderbouwing van de voorstellen, een capaciteitsprognose dus. Deze dient gebaseerd te zijn op een inhoudelijke normstelling voor de inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel. Op basis van de huidige cijfers is het niet verantwoord een inschatting



te maken van het aantal benodigde mbo-zorgkundigen en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Ten slotte is een derde essentiële voorwaarde: meer onderzoek naar de rol van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen in het zorgproces. Er is onderzoek nodig over de volle breedte van het functioneren van de beroepsgroep: van zorgproces tot bijdrage aan veiligheid, van doelmatigheid tot in- en uitstroomgegevens van de beroepsbeoefenaren, van taakherschikking tot multidisciplinaire samenwerking met andere disciplines.

### 6.1 Een veranderkundige opgave van formaat

Dit advies is niet een eindpunt, maar een fase in een beweging die beoogt de kwaliteit van zorg te verbeteren en verduurzamen door middel van een passende inzet van een goed opgeleide beroepsgroep. Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen als zelfbewuste professionals die staan voor hun beroep en tegelijkertijd gericht zijn op samenwerking met de andere disciplines om optimaal te kunnen bijdragen aan goede zorg: thuis, in de buurt, in het ziekenhuis, op de ambulance, in de huisartsenpraktijk, de GGZ, de gehandicaptenzorg en in het verpleeghuis.

Deze beweging, gericht op een verdere professionalisering en kwalitatieve versterking van de V&V-beroepsgroep, heeft een sterke impuls gekregen met de vorming van de beroepsorganisatie V&VN en de positie die V&VN in het landelijk krachtenveld heeft verworven. Dat de beroepsgroep over het profiel van het eigen beroep gaat, is geen vanzelfsprekend uitgangspunt gebleken. Meerdere partijen voelen zich betrokken bij en soms ook de 'eigenaar' van de verpleegkundige en verzorgende. Het gaat hier om de werkgeversorganisaties, de vakbonden en de opleidingskoepels. Het zijn immers hun medewerkers, hun leden, hun leerlingen. Zij nemen in geformaliseerd verband – en op sommige aspecten – met een wettelijke verankering beslissingen over de opleiding, de positie, de inzet en de waardering van de V&V-beroepsgroep. Het is van het allergrootste belang dat deze betrokkenheid wordt gemobiliseerd voor de stappen die gezet moeten worden en tegelijkertijd zal de beroepsgroep ruimte moeten opeisen voor verandering en vernieuwing.

Vanzelfsprekend hebben de voorstellen die hier worden gepresenteerd veel gevolgen voor de verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Zij hebben veel te winnen bij de voorstellen! Als de veranderingsprocessen echter niet zorgvuldig worden aangepakt, hebben zij ook veel te verliezen. V&VN zal zich moeten richten op zowel het externe krachtenveld als op de eigen achterban. Niet zozeer om compromissen te

sluiten, maar om de gevolgen van de voorstellen goed in kaart te brengen, te beoordelen op organisatorische, zorginhoudelijke, personele en financiële consequenties. En daar waar nodig te vertalen in concrete acties en aanscherping van de beroepsprofielen. Een beroepsprofiel is allesbehalve een papieren tijger, het is een referentiekader van waaruit verder wordt gewerkt en ontwikkeld. Niveaubepaling en wettelijke verankering zijn de vaste onderdelen van dit referentiekader. Tegelijkertijd is het van belang te blijven werken aan een verdere invulling en concretisering van de inhoud van het beroep.

#### HOE MOET HET VERVOLG ERUIT ZIEN?

Wij doen enkele voorstellen voor de inrichting van het vervolg, rekening houdend met de aard van de opdracht die voorligt en het ingrijpende karakter van de voorgestelde verandering. De voorstellen beslaan een periode van vier jaar: 2012-2016. Deze periode is bewust gekozen in verband met de opleidingscohorten, de te verwachten duur van de wettelijke wijzigingen en het kunnen verwerken van resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

#### HET 'ZENUWCENTRUM'

V&VN krijgt de opdracht van het ministerie van VWS en, wat betreft de opleidingen, van het ministerie van OC&W, om de agenda zoals hier voorgesteld uit te voeren. Daartoe richt V&VN een Taskforce op die verantwoordelijk is voor de coördinatie tussen alle onderdelen van de agenda. De ervaring heeft geleerd dat het zeer effectief is om zo'n zenuwcentrum te bemensen met personen van verschillende achtergronden en disciplines. Niet alleen verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook aanpalende disciplines, bestuurders en beleidsmakers. Deze groep mensen vormt de Taskforce en wordt ondersteund door een projectbureau dat goed is ingevoerd in de wereld van zorg, wetgeving, opleiden, verplegen en verzorgen. We kiezen bewust voor de term 'zenuwcentrum', omdat we tot uitdrukking willen brengen dat dit proces alleen kans van slagen heeft als er sprake is van een eenduidige sturing en verantwoordelijkheid. Daarnaast is het van het allergrootste belang dat er voor een netwerkaanpak wordt gekozen. Het ontbrak ons aan tijd om alle deskundigheid en creativiteit te mobiliseren, maar we zijn onder de indruk geraakt van het grote enthousiasme waarmee professionals in het veld, bestuurders van zorginstellingen, medisch specialisten, beleidsmakers en anderen hebben willen meedenken over de versterking van de rol en positie van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden. Het ligt voor de hand dat vanuit het zenuwcentrum met regelmaat bijeen-

komsten en rondetafelgesprekken worden georganiseerd met verschillende actoren in het veld. Meer in het bijzonder denken wij aan overleg met de brancheorganisaties, de politiek, de vakbonden, de betrokken departementen.

## 6.2 Opdracht Zenuwcentrum

Vanuit het zenuwcentrum zal een mobilisatiestrategie ontwikkeld kunnen worden om die expertise en creativiteit ook daadwerkelijk te benutten. De taskforce en het projectbureau zijn verantwoordelijk voor de coördinatie en – in samenwerking met andere betrokkenen – de realisatie van de volgende taken:

### 1) Wettelijke verankering

De profielen zoals hier voorgesteld behoeven een aanpassing van de Wet BIG en daarbij horende AmvB's. De voorbereidingen kunnen terstond ter hand worden genomen op basis van het advies van prof. mr. J.K.M. Gevers.

De wettelijke verankering dient ook vertaald te worden in een eenduidig gebruik van titulatuur in de praktijk van de zorgverlening, herkenbaar voor de patiënt, zo mogelijk gekoppeld aan een uiterlijk herkenningsteken (speld).

Realisatie: VWS, OCW, V&VN en sociale partners.

### 2) Formele positionering van de beroepsorganisatie

De beroepsorganisatie van V&V is niet vertegenwoordigd in de organisatie die leerbedrijven erkent en verantwoordelijk is voor de kwalificatiestructuur van het mbo. Dat moet wel gebeuren. Meer in het algemeen is het nodig verandering aan te brengen in het institutionele krachtenveld opdat het beroepsinhoudelijk perspectief op de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden leidend wordt. De beroepsorganisatie heeft op basis van de Wet Educatie en Beroepsonderwijs in het mbo geen formele positie bij de totstandkoming van de kwalificatiedossiers. De wet behoeft in deze zin aanpassing. De minister van OCW zou alleen tot erkenning van een kenniscentrum dienen over te gaan als is aangetoond dat de beroepsorganisatie (hier: V&VN) in voldoende mate in het bestuur van het kenniscentrum is vertegenwoordigd.

Realisatie: V&VN, sociale partners, Calibris, VWS, OCW.

### 3) Ervaring opdoen in concrete zorgpraktijken

Wij hebben opgetekend dat reeds nu meerdere zorginstellingen en hun bestuurders mee willen werken aan 'proeftuinen' waarin wordt

geëxperimenteerd met verschillende arrangementen van teams met verzorgenden, zorgkundigen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Met de proeftuinen kan ervaring worden opgedaan met de effecten van de personele mix op de kwaliteit van zorg, de kosten, de tevredenheid van patiënten en cliënten. Deze proeftuinen worden met onderzoek begeleid. De uitkomsten van de proeftuinen worden benut bij de curriculumontwikkeling voor het mbo en het hbo en uiteraard bij de verdere ontwikkeling van het beroepsprofiel.

Realisatie: geïnteresseerde zorginstellingen, wetenschappelijk onderzoekers.

#### 4) Opleidingen

Hbo: op basis van de nieuwe beroepsprofielen ontwikkelen de hogescholen samen met het werkveld en V&VN een raamcurriculum voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

Mbo: op basis van de nieuwe beroepsprofielen ontwikkelen de mbo-instellingen samen met het werkveld en V&VN een raamcurriculum voor zorgkundigen en (in een wat later stadium) verzorgenden.

Hbo en mbo: op basis van de profielen ontwikkelen mbo- en hbo-instellingen doorlopende leerwegen voor de beroepsgroepen.

Ook hier kan op korte termijn worden gestart met proeftuinen bij geïnteresseerde onderwijsinstellingen.

Realisatie: mbo- en hbo-instellingen, MBO Raad, HBO-raad, OCW.

#### 5) Overgangsmaatregelen

De beroepsprofielen veranderen de geldende opleidingseisen en het vereiste opleidingsniveau voor de toekomstige beroepsbeoefenaren. In beginsel brengen de voorstellen geen verandering met zich mee voor de zittende beroepsbeoefenaren. Verpleegkundigen met een mbo-opleiding die nu geregistreerd zijn in het BIG-register behouden het recht op (her)registratie. Verzorgenden individuele gezondheidszorg komen in aanmerking voor de opleidingstitelbescherming 'zorgkundige'. Om die reden kunnen wettelijke overgangsbepalingen beperkt blijven. Zie verder ook het advies van prof. Gevers (deel 5 bijlage 11).

Naast beperkte wettelijke overgangsbepalingen zijn in de praktijk van de zorg overgangsmaatregelen noodzakelijk. In het belang van goede en veilige patiëntenzorg spreekt het voor zich dat de huidige beroepsbeoefenaren zich uitgedaagd voelen zich voortdurend bij te scholen en op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen op hun vakgebied. Ook werkgevers hebben hierin een verantwoordelijkheid, door ruim baan te bieden voor scholing en bijscholing van zittend personeel. De beroepsorganisatie V&VN zou een aantrekkelijk scho-

lingsaanbod kunnen (laten) ontwikkelen, gekoppeld aan de eisen voor registratie in het kwaliteitsregister van V&VN.

Realisatie: VWS, individuele beroepsbeoefenaren, V&VN en sociale partners.

### 6) Onderzoeksagenda

Tijdens de uitvoering van het project V&V 2020 is duidelijk geworden dat er te weinig kennis beschikbaar is over de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden. In ieder geval is die kennis niet overzichtelijk op één plaats samengebracht, bijvoorbeeld bij V&VN. Dit is opmerkelijk voor een beroepsgroep die zo groot is en cruciaal voor het functioneren van de gezondheidszorg en waarbij schaarste dreigt in de toekomst. De Gezondheidsraad wordt gevraagd een advies op te stellen over het onderzoek naar de effecten van de zorg door verpleegkundigen en verzorgenden, kosten en baten van deze zorg, opleidingsniveau, instroom, uitstroom, invloed op beleidsprocessen, behoud van personeel en staffmix.

Realisatie: V&VN, VWS, Gezondheidsraad en RGO.

### 7) Capaciteitsprognoses

Tijdens de werkzaamheden zijn wij meermalen geconfronteerd met de vraag naar de consequenties van de voorstellen in aantallen beroepsbeoefenaren. Hoeveel mensen moeten op hbo-niveau worden opgeleid, hoeveel op mbo-niveau?

Die vraag kan door V&V 2020 niet beantwoord worden omdat een normstelling ten aanzien van het aantal verpleegkundigen en verzorgenden dat (in een instelling) werkzaam moet zijn ontbreekt.

Een instelling is (slechts) gehouden verantwoorde zorg te leveren. Dat wil zeggen: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet zijn (artikel 2 Kwaliteitswet Zorginstellingen). Instellingen zijn vervolgens vrij te bepalen hoe invulling wordt gegeven aan artikel 2. De organisatie van de zorg moet zodanig zijn dat een en ander er redelijkerwijs toe leidt dat verantwoorde zorg kan worden geboden (artikel 3 Kwaliteitswet).

V&V 2020 is van mening dat V&VN er bij het in te stellen Nationaal Kwaliteitsinstituut sterk op moet aandringen te komen met een normstelling voor de inzet van V&V-personeel (verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, zorgkundigen, verzorgenden en helpenden).

V&VN zou een voorzet kunnen geven, daarbij gebruikmakend van de normstelling die in het verleden is gehanteerd (in de erkenningseisen) en/of buitenlandse ervaring en wetgeving op dit punt.

Realisatie: V&VN en Kwaliteitsinstituut.

### **8) Verzorgende wonen en welzijn; kraamverzorgende**

V&V 2020 heeft zich niet uitgesproken over de beroepsprofielen Verzorgende wonen en welzijn en maatschappelijke dienstverlening, helpende en kraamverzorgende. Deze beroepen vallen niet onder de Wet BIG. Zij adviseert de Taskforce hierop met voorrang actie te ondernemen.

Realisatie: VWS & V&VN.

### **g) Expertisegebieden**

V&V 2020 heeft veel aandacht besteed aan de deelprofielen van de verpleegkundigen. Nu het verpleegkundig profiel is vastgesteld kunnen de beheerders van expertisegebieden beoordelen welke kennis en vaardigheden aanvullend nodig zijn voor hun expertisegebied.

Realisatie: V&VN.

### **De eerstvolgende stap**

Bij aanvaarding van dit advies en de hier voorgestelde agendasetting is het aan het V&VN-bestuur om het zenuwcentrum in te richten en zorg te dragen voor voldoende budget om de verschillende activiteiten ook daadwerkelijk te kunnen realiseren.

### Bronnen en referenties

- Hollander A.E.M. de, Hoeymans N., Melse J.M., Oers J.A.M. van, Polder J.J. (eds). *Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 (Public Health Forecast 2006)*
- Haterd J. v.d., e.a. (2000) *Beroepsprofiel helpenden en verzorgenden; Utrecht/Maarssen, 2006: NIZW, LCVV, Elsevier*
- Leistra E., Liefhebber S., Geomini M. en Lens H. *Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Maarssen/Utrecht, 1999: Elsevier/De Tijdstroom & LCVV*
- Mistiaen P., Kroezen M., Triemstra M., Francke A.L. *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging. NIVEL: 2011*
- Velden L.F.J. van der, Francke A.L., Batenburg R.S. *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen. NIVEL: 2011*
- VBOC/AVVV: *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. VBOC / AVVV. Utrecht, 2006*

### Noten

- 1 We gaan hierbij uit van een 3-jarige mbo-4-opleiding tot zorgkundige, waarin zij of hij zich voorbereidt op het werken met één of enkele patiëntencategorieën. Mbo'ers die na hun opleiding door willen studeren voor allround zorgkundige (werken met alle zorgcategorieën) kunnen kiezen voor de 2-jarige Associate Degree (AD). Voorwaarde is een afgeronde mbo-4-opleiding, dus geen instroom in deze AD via het havo. Deze oplossing biedt veel mogelijkheden voor een soepele doorstroming naar het hbo. Hogescholen en mbo-instellingen kunnen hun samenwerking versterken door deze doorstroming van mbo naar hbo te bevorderen. Dit houdt in dat het mbo-studenten voorbereidt op het AD-programma.

- 2 Zie ook: Gezondheidsraad. Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011
- 3 In de British Medical Journal (BMJ) van 30 juli 2011 is een artikel gewijd aan de discussie over een nieuwe definitie van gezondheid. Dit artikel is mede gebaseerd op de uitkomsten van een door de Gezondheidsraad en ZonMw georganiseerde internationale bijeenkomst eind 2009. Onder de noemer 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' discussieerde een internationaal gezelschap hierover bij ZonMw. Dit leverde een signalement op over de noodzaak de definitie aan te passen aan de hedendaagse situatie en over de implicaties voor beleid, onderzoek en (publieke) gezondheid.



# Deel 2 Beroepsprofiel zorgkundige

Redactie:

Drs. Johan Lambregts, Projectgroep V&V 2020 en drs. Ans Grotendorst

Met dank aan: drs. Arno van Rooijen

- 1 Ontwikkelingen verzorging en verpleging 67
- 2 Een nieuwe kijk op gezondheid en zorgverlening 74
- 3 De zorgkundige in 2020/2025: competentiegebieden 81
- 4 De werkomgeving 92
- 5 Bijlage 3: Bronnen, referenties en noten 104

## Inleiding

Dit Beroepsprofiel zorgkundige vormt, samen met het Beroepsprofiel verpleegkundig specialist en het Beroepsprofiel verpleegkundige, een van de resultaten van Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 (V&V 2020), het project waarmee de beroepsgroepen zich voorbereiden op de toekomst.

Zorgkundigen kom je overal tegen waar zorg wordt verleend: de dagelijkse praktijk is dan ook heel divers. Maar in die diversiteit is een cruciaal gemeenschappelijk element: zorgkundigen betrekken altijd het dagelijks leven van hun patiënten en cliënten bij de zorg die ze verlenen.

Er is sinds 2000 veel veranderd in de maatschappij, de zorg en de beroepsuitoefening. En er staan ons nog veel grotere veranderingen te wachten. Wat zien beroepsbeoefenaars zelf als de belangrijkste ontwikkelingen? Hoofdstuk 1 laat zien wat zij tijdens de V&V 2020-rondetafelgesprekken signaleerden. Plus de resultaten van twee NIVEL-onderzoeken in opdracht van V&V 2020.

Ook de opvattingen over wat gezondheid is veranderen. De focus verschuift van de ziekte naar het vermogen van mensen zich aan te passen aan het leven met een ziekte. Hoe kunnen zorgkundigen het zelfmanagement van patiënten ondersteunen? Wat is de kern van hun beroep? En hoe kunnen we hun bijdragen steeds meer meten en hun meerwaarde laten zien? Daarover gaat hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 3 beschrijft de competentiegebieden van zorgkundigen. Hun belangrijkste rol is die van zorgverlener. Maar de zorgkundige is ook communicator, samenwerker, organisator, gezondheidsbevorderaar, lerend beroepsbeoefenaar, en professional.

In een team in de thuiszorg, in de GGZ, de gehandicaptenzorg, als zzp'er, of in een ziekenhuis: iedere zorgkundige heeft behoefte aan een werkomgeving die haar of hem uitdaagt om het beste uit zichzelf te halen. Regelmatig staan efficiency en op productie gerichte bedrijfsvoering op gespannen voet met de kwaliteit die zij willen leveren. Over de context van de werkomgeving, de werkplek als leeromgeving en de rol van de beroepsvereniging gaat hoofdstuk 4.



**Figuur 1.1** De visualisatie van het Beroepenhuis V&V 2020. Een uitgebreide beschrijving van alle beroepen en de bijbehorende opleidingsniveaus vindt u in paragraaf 4.6.

# Ontwikkelingen verzorging en verpleging

Er staan ons de komende jaren veel veranderingen te wachten, in de maatschappij, de zorg en de beroepsuitoefening van verzorgenden, zorgkundigen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Welke ontwikkelingen verwachten zij? Welke zien zij nu al in hun dagelijkse beroepspraktijk? In paragraaf 1.1 wordt daarvan een beeld geschetst, gebaseerd op de resultaten van de rondetafelgesprekken van V&V 2020 waaraan vele honderden beroepsbeoefenaren deelnamen. Een groot en divers gezelschap van inservice-, hbo- en mbo-opgeleiden, uit alle sectoren van de zorg, jong en ouder, ervaren en minder ervaren. Dat beeld wordt aangevuld met de resultaten van twee studies van het NIVEL (paragraaf 1.2), een naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen en een naar de trends in aanbod van en vraag naar zorg in Nederland. En met consultaties van vele deskundigen (artsen, patiënten, mantelzorgers, paramedici, lectoren en hoogleraren).

## 1.1 Welke ontwikkelingen zien beroepsbeoefenaren zelf?

### VRAAG- EN MENSGERICHTE ZORG

Zorgkundigen willen het verschil maken voor hun kwetsbare patiënten<sup>[1]</sup>, willen hen in het dagelijkse leven zodanig ondersteunen dat ze het leven kunnen leiden dat zij willen. Zorgkundigen willen belevingsgerichte en op het individu gerichte zorg bieden. Met voldoende aandacht voor mensen en aansluitend bij hun individuele wensen. Afgestemd op de mogelijkheden en onmogelijkheden van naasten om de zorg op te vangen op het brede terrein van wonen, zorg en welzijn. In de langdurige zorg kan het leefzorgplan daarbij een ondersteunend instrument zijn. Het ondersteunt de brede blik die nodig is om in samenspraak met de patiënt en diens naasten zorg te bieden die bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Geen twee personen of situaties zijn gelijk. Zorgkundigen krijgen steeds vaker te maken met mensen met complexe problematiek. Patiënten die in het ziekenhuis

uitbehandeld zijn en niet kunnen/hoeven revalideren. Ouderen met chronische aandoeningen. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel, met verslavingsproblemen, met een psychiatrische achtergrond of een verstandelijke handicap. En een enorme, groeiende groep mensen met dementie. Deze mensen wonen zo lang mogelijk thuis en zijn patiënt in de thuiszorg.

Tegelijkertijd krijgen zorgkundigen steeds meer te maken met standaarden en richtlijnen. Voor een deel komt dat door externe druk, bijvoorbeeld van zorgverzekeraars, en toenemende juridisering. Standaardisering waar dat mogelijk is heeft echter ook veel voordelen: er kan sneller en efficiënter worden gewerkt, zodat er tijd overblijft voor persoonlijke aandacht.

#### MENSGERICHTE ZORG ÉN VERZAKELIJING BEDRIJFSVOERING

Zorgkundigen verlenen zorg die voldoet aan hoge kwaliteitseisen. Toenemende marktwerking en op kostenbeheersing gerichte bedrijfsvoering staan daarmee in de praktijk vaak op gespannen voet. De zorgzwaartepakketen intramuraal en indicaties extramuraal bieden een handvat, en kans op een rechtvaardiger verdeling van de schaarse middelen. Zorgkundigen willen meer invloed op de indicatiestelling, zodat zij beter kunnen inspelen op de daadwerkelijke en vaak veranderende behoefte van de patiënt. Zij ervaren dat nu nog onvoldoende gebruikgemaakt wordt van hun kennis bij het bijstellen van een indicatie. Zorgkundigen zijn en voelen zich verantwoordelijk om goed met de schaarse middelen om te gaan. De bedrijfsvoering hoort echter geen persoonlijke verantwoordelijkheid van hen te zijn, zoals nu vaak het geval is.

#### SAMENWERKING IN DE ZORGETEN

Zorgkundigen ervaren een toenemende gelijkwaardigheid in de samenwerking met andere disciplines. Het is wel van belang om 'sterk in je schoenen te staan' in de samenwerking met de arts, apotheker, diëtist, psycholoog, ergotherapeut en anderen. Hoe meer de zorgkundige zich bewust is van de waarde van de eigen kennis en ervaring, hoe beter de samenwerking verloopt. Experts als de arts, psycholoog, fysiotherapeut, maar ook de verpleegkundige (en de verpleegkundig specialist), zijn de afgelopen jaren op steeds grotere afstand van de patiënt komen te staan. Speciaal in de langdurige zorg/ouderenzorg. De zorgkundige maakt de vertaalslag van het advies van deze experts naar het dagelijkse leven van de patiënt. Zij kunnen minder terugvallen op deze collega's in de dagelijkse zorg. Zorgkundigen kunnen hun

werk niet goed doen als enig gediplomeerde, zonder terug te kunnen vallen op collega's of teamleiding. Met het dalend opleidingsniveau van de afgelopen jaren, neemt het risico op fouten in de zorg toe. Deze situatie vraagt dringend om verandering, zeker met de grote toename van het aantal chronisch zieken en kwetsbare ouderen de komende jaren.

#### ICT EN TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG

De opmars van ICT in het werk van de zorgkundige is niet te stuiten. Steeds meer communicatie en informatieoverdracht verlopen digitaal. Zorgkundigen zien het voordeel van het elektronisch patiëntendossier (EPD) of elektronisch cliëntendossier (ECD). Op een goede manier ingezet levert het een bijdrage aan de afstemming van de zorg op de wensen en behoeften van de patiënt. Zorgkundigen willen in de komende tijd actiever bij de digitale ontwikkelingen worden betrokken. De technologische ontwikkelingen maken zorg op afstand – en dus meer contacten per zorgverlener – mogelijk: monitoring en dagelijks contact via webcam, snel doorspelen van gegevens, checks. E-health neemt een vlucht. Zorgorganisaties en professionals maken in toenemende mate gebruik van sociale media, ook in het contact met patiënten. Dat bevordert onderlinge contacten en kennisuitwisseling. Zorgkundigen menen dat ICT niet de behoefte aan menselijke nabijheid en aanraking kan vervangen. Die behoefte is doorgaans groter bij mensen met gezondheidsproblemen.

Ook patiënten maken steeds meer gebruik van internet, e-mail, Skype, Twitter en Facebook. Zo hebben zij contact met elkaar, zoeken informatie op en wisselen kennis en ervaringen uit. Dat is van waarde voor de sociale betrokkenheid en het zelfmanagement van een patiënt. Zorgkundigen zelf maken ook steeds meer gebruik van sociale media. Dat biedt kansen én roept vragen op. Wat zet je wel of niet op Facebook als het over je werk gaat? Waar witter je wel of niet over? Ook dat vraagt om reflectie en intervisie. Voor zorgkundigen kan ICT een belangrijke kwalitatieve stap vooruit betekenen, zowel in de directe zorgverlening als bij administratie en rapportage. ICT biedt snelheid, gemak en betere multidisciplinaire samenwerking, mits het systeem deugt en niet elke organisatie zijn eigen systeem gebruikt.

#### MONDIGHEID PATIËNTEN EN AANTOONBARE KWALITEIT

De maatschappij, maar ook individuele patiënten en hun naasten vragen om transparantie in de zorg en aantoonbare kwaliteit. Steeds vaker wordt aan zorgkundigen gevraagd om zich te verantwoorden.

Waarom hebben jullie zo gehandeld? Had dat niet anders gekund/gemoeten? De maatschappelijke vraag naar aantoonbare kwaliteit leidt tot veel extra handelingen (meten) en administratieve processen (verwerken). Zorgkundigen vinden dat op dit moment te veel van hun tijd gaat naar het bijhouden van dossiers en schriftelijk rapporteren van ontwikkelingen, incidenten, veranderingen bij en afspraken met de patiënt. Dat gaat ten koste van de aandacht en zorg voor de cliënt. Het feit dat patiënten en hun naasten om verantwoording vragen en steeds mondiger zijn, wordt positiever gewaardeerd. Zorgkundigen vinden het logisch dat ze duidelijk uitleggen wat patiënt en naasten van de zorg mogen verwachten. Dat maakt de communicatie tussen patiënt en zorgverlener transparanter en gelijkwaardiger en leidt tot beter op de patiënt afgestemde zorg. Patiënten zijn niet altijd mondig: wie angstig is, verward, depressief of erg ziek, staat niet zo stevig in zijn schoenen. Daarnaast hebben we, ondanks stijging van het opleidingsniveau, in Nederland nog altijd te maken met naar schatting anderhalf miljoen laaggeletterden<sup>[2]</sup>. Dikwijls hebben zij onvoldoende vaardigheden om informatie over hun gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen.

#### SAMENWERKEN MET MANTELZORG

Zorgkundigen schetsen een toekomst waarin nog scherper keuzes gemaakt moeten gaan worden. Zonder een goede samenwerking met mantelzorg en vrijwilligers zal er geen goede zorg meer geleverd kunnen worden. Mantelzorger en vrijwilliger moeten zich uitgenodigd voelen, begeleid worden en – soms ook – begrensd in de zorg. Familie komt met ideeën, zoekt informatie op. Dat verhoogt de kwaliteit van leven van de patiënt. Probleem voor de komende jaren is dat veel mantelzorgers op leeftijd zijn, de jongere hebben vaak een baan. Het aantal vrijwilligers neemt gestaag af. Wanneer een sociaal netwerk ontbreekt kan de zorgkundige de patiënt helpen bij de opbouw daarvan.

#### LOOPBAAN- EN ONTWIKKELMOGELIJKHEDEN

Het is van groot belang om zorgkundigen (en verzorgenden en helpenden) voor de zorg te behouden door loopbaan- en ontwikkelingsmogelijkheden te creëren, en aantrekkelijke arbeidscontracten. Vooral in de langdurige zorg bieden werkgevers momenteel nog nauwelijks fulltime contracten aan. In veel zorgorganisaties kunnen professionals alleen aan de slag met een parttime contract of een klein contract, aangevuld met een oproepcontract. Mannen en jongeren zullen op deze manier zéker niet voor de zorg gaan kiezen, zo vrezen zorgkundigen.

En dat terwijl de komende tijd alleen maar méér capaciteit gevraagd wordt. Loopbaanmogelijkheden, aantrekkelijke contracten en een aantrekkelijke werkomgeving kunnen de inspiratie bieden die nodig is voor werkplezier én voor het verhogen van de kwaliteit van zorg.

## 1.2 Welke ontwikkelingen zien onderzoekers, internationaal en nationaal?

V&V 2020 gaf het NIVEL opdracht twee onderzoeken te doen: één (Mistiaen e.a., 2011) naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen ten aanzien van de beroepenstructuur en het opleidingsniveau, en één (Van der Velden e.a., 2011) naar de te verwachten behoefte aan en het aanbod van verplegend en verzorgend personeel in Nederland in 2020. Hieronder worden de resultaten zeer beknopt op hoofdpunten gegeven, de volledige rapporten zijn als bijlage opgenomen in het Eindrapport V&V 2020.

### INTERNATIONAAL: ONTWIKKELINGEN IN EN TUSSEN BEROEPSGROEPEN

Bij alle diversiteit tussen de landen onderling is internationaal een aantal gemeenschappelijke tendensen zichtbaar:

- Initiële verpleegkundige opleidingen worden naar het bachelorsniveau getrokken, mede om het beroep aantrekkelijker te maken en om beter het hoofd te kunnen bieden aan de toenemende complexiteit van de zorg.
- Er komen steeds meer verpleegkundige specialisaties, onder meer om taken van artsen over te nemen.
- Er vindt overal in meer of mindere mate verschuiving plaats van medische taken naar verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Ook vindt verschuiving plaats van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen.
- Overal wordt ingezet op het hoger opleiden van verpleegkundigen. Tegelijkertijd bestaat ook het besef dat ‘zorgondersteunende’ professionals nodig zijn voor het opvangen van de groeiende zorgvraag. Niet alleen omdat deze professionals goedkoper zijn, maar vooral omdat veel zorgactiviteiten ook goed door hen kunnen worden gedaan.

### NATIONAAL: TRENDS IN ZORGVRAAG EN -AANBOD

#### **Sterke toename aantal chronisch zieken; belang van preventie**

De synthese laat zien dat in Nederland de groei van het aantal mensen met chronische ziekten en comorbiditeit zal leiden tot een grotere

vraag naar zorg. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maakt preventieve taken van zorgprofessionals steeds belangrijker. (Zorggerelateerde) preventie biedt mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Dat vraagt om werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en om gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving ('Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'; RVZ, 2010).

### **Sociaal-culturele ontwikkelingen**

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen eveneens leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorg zal veranderen: burgers stellen meer eisen aan de zorg, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, en aan de informatievoorziening en communicatie rond de zorg. De zorgvraag van ouderen zal niet alleen in volume toenemen, de nieuwe generaties ouderen zullen ook andere eisen stellen aan de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg.

### **Ondersteuning van zelfmanagement**

Ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg die de Nederlandse overheid voorstaat. Zorgprofessionals zijn van oudsher gewend om zich vooral te richten op wat mensen niet (meer) kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe weinig aandacht in de zorg, vanwege de traditionele sterke gerichtheid op behandeling en op het overnemen van zorgtaken. Meer aandacht voor zelfmanagement vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven – of het voorkómen daarvan. De focus moet verlegd worden naar wat patiënten wél kunnen, om van daaruit het zelfmanagement te versterken.

Ook patiëntenorganisaties zijn steeds actiever met het aanbieden van instrumenten voor zelfmanagement, bijvoorbeeld in de vorm van e-healthtools. Speciale aandacht zal nodig zijn voor de manier waarop zelfmanagement vormgegeven kan worden bij de meest kwetsbare groepen, zoals mensen met dementie, mensen op hoge leeftijd (85+), mensen met complexe problemen, mensen met een zeer lage sociaaleconomische status, mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Individuele vaardigheden



voor zelfmanagement zullen bij deze mensen eerder beperkt zijn. Zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk vorm krijgen.

### **Veranderingen in zorgaanbod en werkproces**

De kennissynthese gaat ook in op nationale ontwikkelingen in het zorgaanbod en het werkproces, zoals de taakverschuiving tussen medici en verpleegkundigen (en tussen verpleegkundigen en verzorgenden) in Nederland, de inzet van arbeidsbesparende technologie en de opkomst van lokale samenwerkingsverbanden 'in de buurt' van de patiënt.

# Een nieuwe kijk op gezondheid en zorgverlening

2

*Auteur:*

*Prof. dr. Marieke Schuurmans*

We wensen het elkaar van harte toe bij vele gelegenheden. Maar wat is gezondheid eigenlijk? De gedachten daarover zijn aan het veranderen. Paragraaf 2.1 geeft het begrip een nieuwe inhoud. In de toekomst zal daarom ook de focus van de zorgkundige verschuiven. Die ligt nu veelal nog op de ziekte van de patiënt, maar zal steeds meer moeten komen te liggen op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt. Zorgkundigen richten zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk. Dat kan echter ook gezegd worden van andere zorg- en hulpverleners. Wat maakt het werk van de zorgkundige specifiek, wat typeert haar beroepsuitoefening? In paragraaf 2.2 wordt deze vraag beantwoord. In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op het begrip zelfmanagement, en op het ICF, een model om het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid weer te geven.

Paragraaf 2.4 introduceert de kernset van patiëntproblemen waar de zorgkundige zich op richt. Paragraaf 2.5 laat zien dat naast het proces vooral de beoogde resultaten van het handelen van de zorgkundige centraal staan. Zorgkundigen zullen hun bijdrage aan de zorg zichtbaar gaan maken in resultaten. Immers, alleen wie de resultaten definieert kan zien of hij het goede doet, kan vergelijken, monitoren, toetsen en bijsturen.

## **2.1**      **Gezondheid in de 21<sup>STE</sup> eeuw**

De World Health Organization (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als 'een toestand van volledig, lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden'. De definitie is echter niet langer behulpzaam en zelfs contra-productief geworden, omdat zij veelal niet haalbaar is. Volgens deze definitie zou immers vrijwel de hele wereldbevolking ongezond zijn. De definitie doet geen recht aan het vermogen dat mensen hebben om

op eigen kracht het hoofd te bieden aan uitdagingen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied. Ook met een aandoening, ziekte of beperking is het goed mogelijk een betekenisvol leven te leiden, waarbij er sprake is van welbevinden.

Inmiddels (2011) wordt een andere benadering van gezondheid bepleit: ‘The ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges’<sup>[3]</sup>. Bij deze benadering staat niet de aandoening (of de afwezigheid daarvan) centraal, maar het aanpassingsvermogen van mensen en het vermogen tot zelfmanagement wanneer men te maken krijgt met problemen en uitdagingen op sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied. Dit biedt ook een nieuw perspectief op het handelen van de zorgkundige.

## 2.2 Typering van de beroepsuitoefening

De zorgkundige is in 2020 een zorgprofessional met een specifieke bekwaamheid voor het werken met één of enkele omschreven groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. Dit is een mbo-4-opgeleide beroepsbeoefenaar. De allround zorgkundige is een zorgprofessional die bekwaamheid heeft voor het werken met alle zorgcategorieën (dit is een beroepsbeoefenaar met associate degree, paragraaf 4.5 bijlage 1).

De zorgkundige richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, leeftijds- of contextgebonden. De zorgkundige stelt de behoefte aan zorg vast en beschrijft die in een (leef)zorgplan; biedt de patiënt lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning; voert zorggerelateerde preventie uit; draagt zorg voor informatievoorziening, voorlichting en advies. Werkt samen met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, steunt hen en verwijst hen waar nodig. Signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt tijdig.

De zorgkundige werkt in zorgsituaties die in het algemeen relatief stabiel zijn. Het handelen verloopt in die situaties grotendeels volgens (professionele) standaarden en richtlijnen. In instabiele, acute,

complexe situaties werkt de zorgkundige onder supervisie van een verpleegkundige, bij wie dan de eindverantwoordelijkheid berust. De zorgkundige heeft voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid.

### 2.3 Zelfmanagement en het ICF

Zelfmanagement is het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, en, wanneer deze toch optreden, om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Hierdoor is men in staat om de eigen gezondheidstoestand te monitoren en te reageren op een manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van leven' (vgl. Ursum e.a., 2011).

Zorgkundigen zijn professionals die zich richten op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven.

#### BEHOUDEN OF VERBETEREN VAN HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN

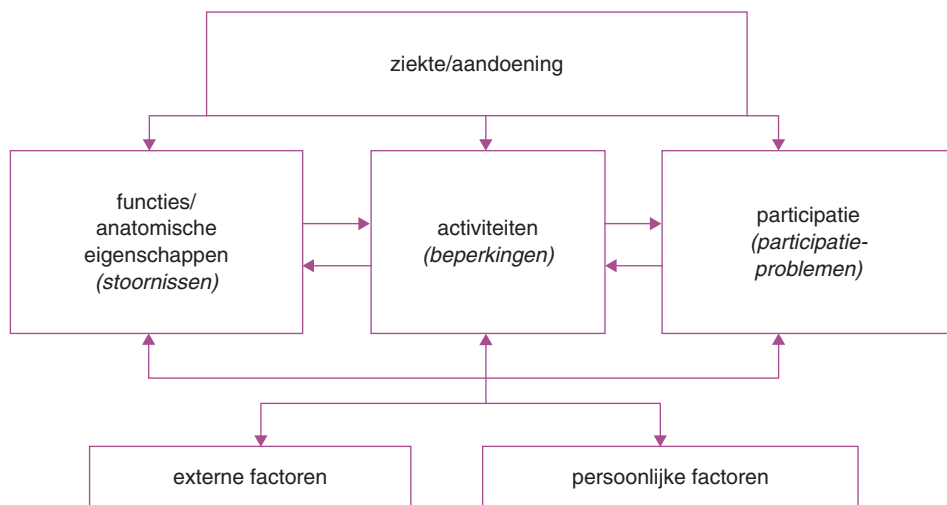
'Dagelijks functioneren' wordt meestal gedefinieerd in termen van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals wassen, aankleden, eten en bewegen. Maar ook in termen van instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL). Daaronder vallen de activiteiten waardoor iemand zelfstandig kan leven, zoals boodschappen doen, telefoneren, met geld omgaan en reizen en ook bijvoorbeeld medicijnen innemen. Mensen ervaren de impact die een ziekte, beperking of een behandeling heeft primair in hun dagelijks functioneren. Bij een acute aandoening verandert er van alles en kan iemand plotseling niet meer doen wat hij gewend was. Bij chronische aandoeningen gaan die veranderingen geleidelijker. Hoe mensen kunnen functioneren in relatie tot de ziekte of aandoening is bepalend voor hun welbevinden. Dagelijks functioneren staat niet op zichzelf, maar is een voorwaarde voor het bereiken van doelen die gericht zijn op het eigen welbevinden. Wat wil iemand of waar hecht hij of zij belang aan? De mate waarin ziekte of aandoening leidt tot beperkingen in het dagelijks functioneren en tot zorgvragen verschilt van persoon tot persoon.

### ICF

Het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte of dreiging van ziekte kan worden bekeken met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (zie figuur 2.1). (<http://www.who.int/classifications/icf/en>). Dat is een bio-psychosociaal model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden. De ICF is een aanvulling op de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

Vanuit ICF-perspectief gezien is gezondheid een wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving. Vanuit dit model richt de zorg zich op participatiedoelen. Individuele doelen die voor ieder persoon uniek zijn. Doelen die verstoord worden door beperkingen die voortkomen uit ziekten en de daarmee gepaard gaande stoornissen. Dit zijn echter geen op zichzelf staande verbanden, ze worden beïnvloed door externe factoren zoals hoe iemand woont en hoe zijn sociale omgeving eruit ziet. Daarnaast spelen persoonlijke factoren een belangrijke rol zoals copingstijl, kennisniveau en inkomen. Veel onderzoek laat zien dat bijvoorbeeld mensen met een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen minder beperkingen ervaren ondanks ziekte dan mensen met een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Hoe sterk omgevingsfactoren de gezondheidsconditie van mensen bepalen, blijkt onder meer uit de kortere levensverwachting die mensen uit lagere sociaaleconomische klassen hebben.

De zorgkundige ziet mensen in hun context en zoekt vanuit die kennis naar mogelijkheden om de situatie te optimaliseren en problemen



**Figuur 2.1** Schema International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)

te voorkomen. Zij doet dit vanuit het perspectief van de samenhang tussen fysieke, sociale en emotionele factoren, zoals beschreven in de WHO-definitie van gezondheid en zoals uitgewerkt in de ICF.

#### 2.4 Kernset van patiëntproblemen

De patiëntproblemen waar de zorgkundige zich in belangrijke mate op richt, kunnen geordend worden op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. De problemen van patiënten, die in de verschillende velden van de gezondheidszorg worden aangetroffen, zijn ondergebracht in tabel 2.1. Deze lijst kan beschouwd worden als ‘kernset’ van patiëntproblemen. Dat wil niet zeggen dat alles wat zorgkundigen doen in deze lijst terug te vinden is. Naast deze generieke problemen kunnen zij te maken krijgen met specifieke problemen, afhankelijk van de context waarin en de groepen patiënten aan wie zorg wordt verleend. In deze kernset van patiëntproblemen kan het handelen van de zorgkundige zichtbaar tot resultaat leiden. De problemen komen voor in alle settings en altijd in combinatie.

#### 2.5 Resultaten van professioneel handelen

Het handelen van de zorgkundige richt zich op versterking van het zelfmanagement (waar mogelijk) van mensen met het oog op het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte/gezondheid. De beoogde resultaten van het handelen zullen dus ook geformuleerd worden op het niveau van de kwaliteit van leven of het voorkomen van verlies, het behoud of het verbeteren van aspecten van het dagelijks functioneren.

#### VERANDERINGEN TIJDIG SIGNALEREN, VOORKOMEN VAN ERGER

Het handelen van de zorgkundige heeft in veel situaties direct impact op het beloop van de ziekte en de behandeling. De meeste problemen zijn echter niet enkelvoudig gelinkt aan haar handelen, maar het is wel medebepalend voor de uitkomsten. Veel resultaten kunnen dan ook gedefinieerd worden in termen van het niet optreden van een van de problemen uit de kernset van patiëntproblemen. Hierbij valt te denken aan het voorkómen van infecties, pijn, ondervoeding, uitdroging, immobiliteit, incontinentie, intoxicatie, maar ook aan het voorkomen van eenzaamheid, somberheid, overbelasting.

Zorgkundigen zijn gericht op het tijdig signaleren van veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en hierop actie onderne-

Tabel 2.1 Kernset van patiëntproblemen	
LICHAMELIJK	PSYCHISCH
Bedreigde of verstoorde vitale functies (ademhaling, circulatie, hersenfuncties)	Bewustzijnsstoornissen
Koorts	Stemmingsstoornissen
Smetten	Stoornissen in geheugen
Jeuk	Stoornissen in denken en waarnemen, (achterdocht, wanen, hallucinaties)
Wonden	Persoonlijkheidsstoornissen
Pijn	Stoornissen in gedrag (agitatie, agressie, claimen, obsessie, automutilatie)
Vermoeidheid	Angst, paniek
Verlies van eetlust	Stress
Misselijkheid, braken	Verslaving
Gewichtsverlies	Verlies
Gewichtstoename	Rouw
Uitdroging/verstoorde vochtbalans	Onzekerheid
Uitscheidingsproblemen (diarree, obstipatie, overmatige transpiratie, incontinentie)	Kennistekort
	Ineffectieve coping
	Zingevingproblemen
FUNCTIONEEL	SOCIAAL
Tekort zelfmanagement	Seksualiteitsstoornissen
Tekort zelfredzaamheid ADL IADL HDL	Participatieproblemen
Zintuiglijke beperkingen	Sociale incompetentie
Verstoorde mobiliteit	Eenzaamheid
Vallen	Gebrek aan sociaal netwerk
Slaap-/waakproblemen	Tekort aan mantelzorg
	Overbelaste mantelzorg

men. Dat kan zijn door zelf te handelen, of door een leidinggevende of andere zorgprofessional te consulteren of in te schakelen. Zorggerelateerde preventie behoort tot het dagelijks werk van alle zorgkundigen. Zorggerelateerde preventie is gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen, het reduceren van de ziektelast en het tegengaan van complicaties.

Niet bij iedereen is het voorkomen van een probleem haalbaar. Evenmin is het verminderen van een probleem altijd een realistisch doel; soms is het best haalbare resultaat dat het probleem niet verder toeneemt. Wanneer bijvoorbeeld het individuele doel is dat de pijn dragelijk blijft, dan kan de zorgkundige dit resultaat monitoren en haar interventies bijstellen indien blijkt dat de pijn heviger wordt. De zorg is op deze wijze niet alleen proces- maar ook resultaatgericht. Goed te monitoren en te evalueren.



## De zorgkundige in 2020/2025: competentiegebieden<sup>[4]</sup>

Bij de beschrijving van de zorgkundige 2020 maken we gebruik van de ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Kern van de beroepsuitoefening is de zorgkundige als zorgverlener (in figuur 3.1 afgebeeld in het midden van de ‘bloem’). Alle andere bekwaamheden raken aan die centrale rol en krijgen er richting door. De competentiegebieden zijn in dit beroepsprofiel als volgt uitgewerkt:

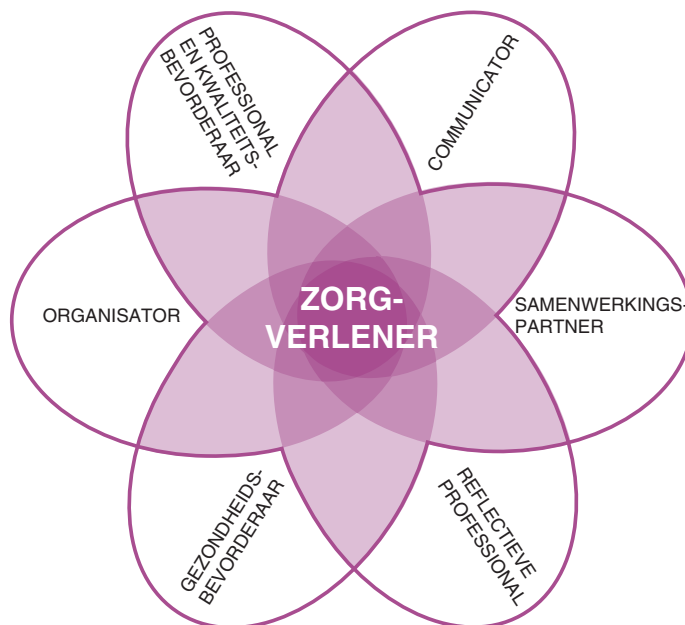
- 1 Vakinhoudelijk handelen: de zorgkundige als zorgverlener
- 2 Communicatie: de zorgkundige als communicator
- 3 Samenwerking: de zorgkundige als samenwerkingspartner
- 4 Kennis en wetenschap: de zorgkundige als lerende professional
- 5 Maatschappelijk handelen: de zorgkundige als gezondheidsbevorderaar
- 6 Organisatie: de zorgkundige als organisator
- 7 Professionaliteit en kwaliteit: de zorgkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar

### 3.1 Bekwaamheid

Voor het beschrijven van de bekwaamheid van de zorgkundige gebruiken we de sleutelbegrippen: context, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheden. Als referentiepunt is het NLQF gekozen (zie paragraaf 4.5 bijlage 1).

#### 3.1.1 COMPLEXITEIT EN CONTEXT

De situaties waarin de zorgkundige haar beroep uitoefent kunnen complex en minder complex zijn. Over het algemeen gaat het om relatief stabiele situaties waarin het handelen voor een belangrijk deel kan verlopen volgens standaarden en richtlijnen. Wanneer de situaties complex zijn, werkt de zorgkundige samen met een verpleegkundige



**Figuur 3.1** Competentiegebieden zorgkundige in CanMEDS

of verpleegkundig specialist, bij wie dan de supervisie en eindverantwoordelijkheid berust.

Complexiteit omvat zowel ‘case complexity’ als ‘patient complexity’.

#### **Case complexity**

- De ziekte: mate van complexiteit medische problemen
- De persoon met de ziekte: meer of minder complexe patiënten en meer of mindere mate van (gezondheids)geletterdheid
- De populatie waarvoor zorg wordt verleend: mate van complexiteit populaties
- Het zorgstelsel waarin zorg wordt verleend: mate van complexiteit zorgsystemen

#### **Patiënt complexity**

- Gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal
- Problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen, waardoor het beeld gecompliceerd is
- Wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid

- Onvoorspelbaarheid, onzekerheid
- Tempo waarin veranderingen optreden is hoog
- Routines en richtlijnen ‘passen’ niet
- Grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende hulpverleners
- Lage (gezondheids)geletterdheid

### **Chronisch zieken, kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten**

Omdat steeds meer ziektes en aandoeningen een chronisch karakter krijgen, en er veelal sprake is van comorbiditeit, worden lange perioden van ‘zorg aan huis’ afgewisseld met incidentele korte opnamen in een ziekenhuis of verpleeghuis. De setting waarin langdurende zorg wordt verleend, varieert dan ook van de thuissituatie tot zorginstellingen. In de ouderenzorg is er sprake van een ontwikkeling van ‘kleinschalig wonen’. Hierin staan het welbevinden, zingeving en levensritme van de ouderen centraal. Er wordt naar een huiselijke sfeer gestreefd die het gevoel van ‘thuis’ moet bieden. De zorgverlening omvat hulp bij basisactiviteiten van het dagelijkse leven (ADL), zoals baden, aankleden, eten, of andere persoonlijke verzorging. De zorgkundige werkt regelmatig alleen of in een klein team in de privésfeer van zorgvragers. Zij moet dus zelfstandig kunnen werken en omgaan met dagelijkse situaties en dilemma’s.

### **Patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie)**

Het accent ligt op het bieden van persoonlijke verzorging en het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. De zorgkundige biedt de patiënten psychosociale begeleiding bij voorbereiding op onderzoeken, operaties of behandelingen. Ook ondersteunt ze het zelfmanagement van de patiënt tijdens het herstel na een ingreep of behandeling en bereidt de patiënt voor op ontslag en nazorg. Ze ondersteunt ook patiënten en hun naasten wanneer de patiënt ernstig ziek is of gaat sterven.

De zorgkundige werkt ten behoeve van deze patiënten vooral in teamverband, samen met verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, medici en paramedici. De directe communicatie en samenwerking met deze zorgprofessionals is kenmerkend. Ze kan goed inschatten wanneer ze moet overleggen of consulteren. Ze kaart aan wanneer de inzet van andere disciplines of organisaties nodig is. Zij neemt niet zelfstandig besluiten waarvan de gevolgen niet te overzien zijn.

Bij de revaliderende patiënt ligt het accent op diens ervaringsdeskundigheid. De zorgkundige zorgt ervoor dat hiervoor aandacht is en een plaats krijgt in het geheel van de zorgverlening.

### Psychiatrische cliënten

De zorgkundige biedt zorg, ondersteuning en begeleiding aan cliënten met psychosociale of psychiatrische stoornissen of een verslaving, die hun weerslag hebben op het dagelijks functioneren. Ze ondersteunt het zelfmanagement van de cliënt als belangrijk element in het dagelijks functioneren en helpt verwaarlozing te voorkomen. De zorg en ondersteuning die de zorgkundige biedt, kan variëren van kort- tot langdurend. Het accent ligt op het stabiliseren van de gezondheidstoestand van de cliënt, het bevorderen van diens welbevinden en de kwaliteit van leven en het leren leven met het gezondheidsprobleem. Het is daarbij van belang dat de zorgkundige aandacht heeft voor het leefmilieu, het omgaan met de psychiatrische stoornis of de gedragsproblemen en de effecten daarvan op de omgeving en de samenleving. De zorgkundige richt haar begeleiding vooral op de individuele cliënt en op mantelzorgers/naasten. Zij ondersteunt bij het realiseren van een bij de cliënt passende dagbesteding, begeleidt de cliënt bij het structureren van tijd en dagindeling en stimuleert hem of haar tot maatschappelijke participatie. Zij stemt de zorg en ondersteuning af met de cliënt en betreft de mantelzorgers, naasten of wettelijke vertegenwoordigers bij de zorgverlening. Zij informeert cliënten en mantelzorgers/wettelijke vertegenwoordigers over de achtergrond van de problematiek, toekomstscenario's, gebruik van medicijnen en leefwijzen.

### Cliënten met een (verstandelijke) beperking

De zorgkundige ondersteunt waar nodig en mogelijk de gehandicapte bij zelfmanagement op alle leefgebieden. Het accent ligt op het stabiliseren van de gezondheidstoestand, het leren leven met de handicap, het bevorderen van het welbevinden en de kwaliteit van leven. In de gehandicaptenzorg wordt zorg verleend op basis van gelijkwaardigheid en zelfmanagement van de gehandicapte(n), passend bij diens levensvervulling en levenservaring. Het is van belang dat de zorgkundige aandacht heeft voor de verschillende soorten problemen die het gevolg zijn van de handicap of ziekte, problemen die door het leven zelf ontstaan maar die door de handicap of ziekte worden vergroot, en problemen die het gevolg zijn van het zorgsysteem. Van belang is zorgen voor eenduidigheid, regelmaat en structuur om stress, weerstand en gedragsproblemen bij de gehandicapte zo veel mogelijk te voorkomen. De zorgkundige heeft vaak te maken met zorgvragers met handicaps, beperkingen of stoornissen, die hun weerslag hebben op het dagelijkse en maatschappelijke functioneren van de zorgvrager en de mantelzorgers/naasten. De mogelijkheden van de gehandicapte om zich te ontwikkelen zijn beperkt. De zorgkundige moet daarom oog

hebben voor de draagkracht en draaglast van de gehandicapte en diens naasten. De communicatie met de gehandicapte stelt specifieke eisen.

### 3.1.2 ZELFSTANDIGHEID EN PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID

De zorgkundige heeft in de uitoefening van haar beroep professionele verantwoordelijkheid. Dat houdt zowel in verantwoordelijkheid nemen en dragen als verantwoording afleggen. Verantwoordelijkheid nemen voor de zorg betekent openstaan voor de behoefte en ervaren problemen van de patiënt en samen nagaan wat in zijn of haar geval 'goede zorg' is. Dat kan zorg zijn volgens een actuele richtlijn of routine. Het kan ook zijn dat in dit specifieke geval een andere aanpak beter is. Hier is de kern van de individuele professionaliteit van de zorgkundige weergegeven: zij is gericht op het goede voor de patiënt. Zij is professioneel als zij zich afvraagt wat voor deze patiënt goede zorg is. En als zij de verantwoordelijkheid neemt om aan te geven dat van de standaardzorg moet worden afgeweken als dat voor deze patiënt nodig is. Vervolgens moet de zorg waaraan behoefte is ook verleend worden. De zorgkundige is er verantwoordelijk voor dat zij zelf de zorg verleent op een deskundige manier, of een bekwame collega inschakelt. Naast verantwoordelijkheid nemen en dragen is verantwoording afleggen onlosmakelijk verbonden met professionaliteit. Dat houdt in dat de zorgkundige te allen tijde bereid en in staat is om gemaakte keuzen toe te lichten en te onderbouwen. Dit betreft de patiënt en naaste(n), en de collega's van eigen en andere disciplines met wie zij in de zorgverlening samenwerkt – soms ook aan de organisatie of aan de beroepsgroep.

#### **Balans van verantwoordelijkheden**

De professionele verantwoordelijkheid omvat drie dimensies: functionele, beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheid. (Commissie Ethiek, 2011; Houtlosser, 2010.)

*Functionele verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de zorgkundige heeft in de context van de organisatie. Of dat nu een lijnstafororganisatie, een netwerkorganisatie of een vorm van zelforganisatie is. Of een netwerk van zzp'ers – lokaal, regionaal of landelijk. Organisatorische contexten zijn aan veel verandering onderhevig en de zorgkundige zal daarin zijn of haar rol en verantwoordelijkheid moeten vinden. In welk verband de zorgkundige ook werkt: zij zal altijd een opdrachtgever hebben. En welke vorm de organisatie ook aanneemt: er zijn altijd (gedrags)regels, protocollen, meldcodes, visies op

zorg, die ook de functionele verantwoordelijkheid van de zorgkundige bepalen.

*Beroepsmatige verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de zorgkundige heeft als lid van de beroepsgroep en/of een beroepsorganisatie. Daartoe behoren vanzelfsprekend de kennis en vaardigheden die de zorgkundige tijdens haar opleiding heeft geleerd. Beroepsorganisaties hebben opvattingen over kwaliteit van zorg en hebben bijvoorbeeld de waarden en normen van de beroepsgroep vervat in de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (NU'91/V&VN, 2007). De beroepsorganisatie voorziet in handreikingen en richtlijnen, die de zorgkundige behulpzaam zijn bij het vormgeven aan de beroepsmatige verantwoordelijkheid. Daarnaast zijn er vaak ook op lokaal niveau afspraken met beroepsgenoten over wat zij verstaan onder 'goede zorg'.

*Persoonlijke verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die elke zorgkundige heeft jegens de persoon van de patiënt, in de zorgrelatie. Het gaat om aandachtige betrokkenheid bij de patiënt, door deze bijvoorbeeld met een open mind en respectvol tegemoet te treden. Het vraagt van de zorgkundige om open te staan voor de zorgbehoefte van de patiënt en de respons van de patiënt op de geboden zorg, en daarop te reageren. Bij de persoonlijke verantwoordelijkheid spelen ook de eigen waarden en normen een rol, die maken dat elke zorgkundige op een eigen manier de zorg vormgeeft. De eigen waarden en normen bepalen de grenzen van wat voor ieder persoonlijk aanvaardbaar en onaanvaardbaar is in het beroepsmatig handelen.

*Professionele verantwoordelijkheid* is een dynamisch evenwicht tussen deze drie dimensies. In elke zorgsituatie maakt de zorgkundige zelfstandig een afweging van haar verschillende verantwoordelijkheden en probeert hierin een balans te vinden. Om die balans te kunnen vinden, is het van belang dat de zorgkundige over kennis en vaardigheden beschikt om die afwegingen te maken.

### 3.2 Competentiegebieden

Hierna beschrijven we elk competentiegebied van de zorgkundige apart. Hoewel de competentiegebieden apart van elkaar zijn beschreven, zijn zij onlosmakelijk met elkaar verbonden, met dat van de zorgverlener als kern van de beroepsuitoefening. Kennis, vaardigheden en beroepshouding zijn niet in detail uitgewerkt. Aangegeven is waar het accent op moet liggen.

### DE ZOR GKUNDIGE ALS ZORGVERLENER

Een goede zorgrelatie, het vertrouwen hebben van de patiënt, is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg. Daadwerkelijk op de patiënt afgestemde zorg kan alleen geleverd worden als deze basis in orde is. De zorgkundige beschikt over inlevingsvermogen, en begrijpt de vraag achter de vraag.

De zorgkundige richt zich op het versterken van het zelfmanagement van mensen in hun sociale context, waar mogelijk. Samen met de patiënt, naasten en/of mantelzorgers wordt de behoefte aan zorg in kaart gebracht. Zij houdt daarbij rekening met lichamelijke en psychosociale problematiek, ervaringsdeskundigheid, het levensverhaal, de omstandigheden, de mogelijkheden en hulpbronnen. Patiënten willen steeds vaker zelf bepalen wanneer zij geholpen willen worden. Dat vraagt om flexibiliteit van de zorgkundige. De problemen van patiënten, zoals de zorgkundige die in alle contexten tegenkomt, betreffen vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Het handelen van de zorgkundige omvat: het vaststellen van de behoefte aan zorg; therapeutische interventies en persoonlijke verzorging; informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak; lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning. Het (leef)zorgplan is daarbij een ondersteunend instrument.

#### *Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:*

- een zorgrelatie aangaan, gebaseerd op vertrouwen, gericht op resultaat;
- oog hebben voor de behoeften van patiënten op het gebied van gezondheid, zorg, wonen, welzijn en spiritualiteit; ondersteunen van het zelfmanagement;
- het zorgplan of zorgleefplan (mede) opstellen;
- werken volgens standaarden en richtlijnen;
- veranderingen in de gezondheidstoestand signaleren;
- bieden van persoonlijke verzorging;
- psychosociale begeleiding van individuen en groepen;
- verlenen van palliatieve en terminale zorg;
- uitvoeren van risicovolle en voorbehouden handelingen.

### DE ZOR GKUNDIGE ALS COMMUNICATOR

Patiënten hebben regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid binnen de mogelijkheden en omstandigheden van elk individu afzonderlijk. Van de zorgkundige vraagt dit een goed inschattingsvermogen van de informatiebehoefte die de patiënt heeft. Zij houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren van

de patiënt en diens naasten, zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis- en begripsniveau, emotie, copingstijl en draagkracht. Het gaat om communiceren 'op maat', met een groot inlevingsvermogen en op een open en respectvolle manier. De zorgkundige verifieert de uitkomsten van haar communicatie bij de patiënt en diens naasten. De communicatie met patiënten die zich verbaal of non-verbaal niet goed kunnen uiten, is complex en vraagt bijzondere aandacht.

Door toenemende mondigheid, maatschappelijke openheid en roep om transparantie is communicatie steeds belangrijker in de zorg. Er is veel meer overleg en behoefte aan informatie. De zorgkundige legt verantwoording af over wat zij doet en over de gemaakte keuzes. Technologische mogelijkheden maken het de zorgkundige mogelijk om niet alleen face-to-face, maar ook op afstand te communiceren met patiënten. ICT is ondersteunend aan het persoonlijk contact, vervangt dat niet. De zorgkundige moet kunnen inschatten wanneer er weer eens een 'kijkje achter de voordeur' genomen moet worden. De zorgkundige is actief en vaardig op internet en gebruikt sociale media op integere en professionele wijze. Familieleden, andere mantelzorgers en vrijwilligers worden steeds meer betrokken bij het zorgproces. De zorgkundige maakt daar met hen afspraken over.

#### **Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:**

- gelijkwaardige en respectvolle communicatie met patiënten, naasten en mantelzorg;
- ervaringsdeskundigheid van de patiënt een plaats geven in het geheel van de zorg;
- waarborgen van continuïteit van de zorgverlening;
- met familie/mantelzorgers en vrijwilligers communiceren over hun rol en inzet;
- communiceren met een grote verscheidenheid aan patiënten;
- communiceren over palliatieve zorg en het levenseinde;
- communiceren via de elektronische weg (e-health, zorg op afstand, sociale media).

#### **DE ZOR GKUNDIGE ALS SAMENWERKINGSPARTNER**

De zorgkundige werkt zowel binnen als buiten de organisatie samen met anderen: professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. Zij heeft overlegmomenten met collega's en andere disciplines. Zij staat open voor feedback en geeft feedback. De zorgkundige heeft een signalerende taak naar de andere disciplines. Het is van cruciaal belang om in de samenwerking gebruik te maken van elkaars kwaliteiten. Niet iedereen



hoeft alles te kunnen. De samenstelling van een team is van belang. Er is een mix nodig van jong en oud, verschillende bekwaamheden, verschillende kwaliteiten in een team.

De rol van de zorgkundige in het multidisciplinair overleg is groot. Ze is op de hoogte van zowel wensen en behoeften van de patiënt als van de behandeldoelen van de andere disciplines en de mogelijke bijdragen van het team aan het behalen van deze doelen. Zorgkundigen kunnen naar andere professionals aangeven dat het belangrijk is zich op het geheel te richten, niet alleen op het eigen behandeldoel of de eigen cliënt. Een verandering in benadering van een individuele cliënt kan immers consequenties hebben voor de hele groep. De zorgkundige schakelt andere disciplines steeds meer in vanuit of op aangeven van de cliënt, op een vraaggerichte manier. De zorgkundige functioneert als coach in de samenwerking met de verzorgende en de helpende.

**De focus van kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:**

- in de samenwerking met professionals, mantelzorgers en vrijwilligers elkaars kwaliteiten benutten;
- intercollegiale samenwerking in een multidisciplinair team;
- coachen van verzorgenden en helpenden;
- optreden als belangenbehartiger van patiënten en hun naasten.

**DE ZOR GKUNDIGE ALS REFLECTIEVE PROFESSIONAL**

De zorgkundige werkt permanent aan de ontwikkeling van haar deskundigheid en levert een bijdrage aan de deskundigheid van collega's. De zorgkundige leert via formele leertrajecten, én dagelijks op de werkplek. Ze wisselt kennis en ervaring uit met collega's, bijvoorbeeld door casusbesprekingen, intervisie, klinische lessen en intercollegiale toetsing. Leren is een constante in haar loopbaan. Zij is transparant over haar persoonlijke en professionele ontwikkeling. Zij houdt dit bij, bijvoorbeeld in een persoonlijk portfolio. De zorgkundige benut de aanwezige kennis in een team. Uitwisseling in het team is een efficiënte manier van deskundigheidsbevordering. Intervisie is een instrument om kennis en vaardigheden op peil te houden, te reflecteren en ethische professionele vragen te bespreken. Leerlingen begeleiden is een belangrijk onderdeel van het werk van de zorgkundige. Als werkbegeleider fungeert zij als rolmodel.

**Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:**

- eigen deskundigheid op peil houden;
- intercollegiale deskundigheidsbevordering en kennisuitwisseling;

- begeleiden van aankomend beroepsbeoefenaren in de zorg;
- communicatievaardigheden, speciaal voor ICT, sociale media en zorg op afstand.

#### DE ZOR GKUNDIGE ALS GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

De zorgkundige biedt vooral zorggerelateerde preventie. Zij draagt bij aan het ‘voorkomen van erger’ door het ondersteunen van het zelfmanagement van patiënten. Waar mogelijk betreft zij de naasten en/of mantelzorg actief, waar mantelzorg ontbreekt legt zij contact met of initieert zij een sociaal netwerk rondom de patiënt. Zij houdt daarbij rekening met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl. Daarnaast richt zij zich op de omgeving van de patiënt.

#### *Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:*

- signaleren van veranderingen in de gezondheidstoestand;
- adviseren over gewenste veranderingen in de leefstijl of volhouden van therapie;
- instructie geven (bijv. bij gebruik hulpmiddelen en instrumenten);
- respect hebben voor de opvattingen van patiënten en hun naasten over gezondheid en ziekte;
- rekening houden met persoonlijke factoren, wensen en behoeften van groepen mensen, patiënten en hun naasten;
- kiezen en gebruikmaken van voorlichtingsmaterialen;
- versterken van het sociaal netwerk rond een patiënt.

#### DE ZOR GKUNDIGE ALS ORGANISATOR

De zorgkundige werkt als professional in verschillende sectoren van de zorg. Zij is werkzaam in grote organisaties of in kleinschalige teams, of als zelfstandig beroepsbeoefenaar. Zij voelt zich medeverantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Zij gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om. Zij neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken en middelen voor de individuele patiëntenzorg. De zorgkundige houdt alle ontwikkelingen rondom de patiënt bij en zoekt samen met hem of haar naar oplossingen en overlegt zorgvuldig met collega's en andere zorgprofessionals. De organisatie en de coördinatie van de zorg zijn niet denkbaar zonder de mogelijkheden van ICT en technologie. De zorgkundige past de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe, biedt zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de patiënt. De zorgkundige neemt verantwoordelijkheid naar de organisatie waarin of waarmee zij werkt. Ze bewaakt de patiëntveiligheid, meldt fouten en incidenten, signaleert en rapporteert mogelijkheden

tot verbetering van de zorgverlening. De zorgkundige speelt een actieve rol bij het bevorderen van een aantrekkelijke werkomgeving.

**Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:**

- organiseren met kennis van het primaire proces;
- de zorg rondom patiënten coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen;
- de patiëntveiligheid bewaken;
- bijdrage leveren aan het werk- en leerklimaat binnen de werkeenheden;
- (gedrags)regels en protocollen in acht nemen, die horen bij de functionele verantwoordelijkheid;
- werken met het elektronisch patiënten/cliëntendossier als basis voor het handelen van het zorgteam;
- toepassen ICT en zorg op afstand.

**DE ZOR GKUNDIGE ALS PROFESSIONAL EN KWALITEITSBEVORDERAAR**

De zorgkundige geeft een zodanige invulling aan haar uitvoerende taken dat kwaliteit wordt gewaarborgd. Zij vraagt zich voortdurend af: ‘Ben ik goed bezig, doe ik de goede dingen?’ De zorgkundige neemt de tijd voor reflectie op het eigen functioneren. Zij is betrokken bij het ontwikkelen van beleid van de werkeenheden of het team. Dit kan variëren van het signaleren van knelpunten in de organisatie van de zorg tot het bijdragen aan het ontwikkelen van nieuw beleid.

De zorgkundige werkt volgens richtlijnen en standaarden. Standaardisering waar het kan, maatwerk waar het moet. Zij heeft kennis van evidence-based practice. De zorgkundige weet haar grenzen te bewaken, zij is erop alert dat ze geen verantwoordelijkheden op haar schouders neemt waarvoor ze niet is toegerust. Zorgkundigen zijn trots op hun vak en stralen dat uit.

**Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:**

- reflecteren op het eigen handelen;
- opkomen voor goede werkomstandigheden;
- middelen en materialen zorgvuldig en kostenbewust gebruiken;
- werken vanuit een visie op ‘goede zorg’;
- de eigen professionele grenzen bewaken;
- meewerken aan de ontwikkelingen van het vak.

Bij het uitoefenen van het beroep, zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken, is de werkomgeving van de zorgkundige van grote invloed. Veel beroepsbeoefenaren hebben zorginstellingen verlaten omdat zij vonden dat zij hun vak niet langer naar behoren konden uitvoeren door de te grote nadruk die de instelling legde op productie en kostenbesparing. Er waren ook zorgprofessionals die verder gingen als zzp'er, of die bij een organisatie als Buurtzorg gingen werken, waar aan hun behoefte aan kwaliteit naar hun oordeel beter tegemoet werd gekomen. Om voor de toekomst zo veel mogelijk zorgkundigen voor de zorg te behouden en nieuwe generaties zorgkundigen aan te trekken, is een stimulerende werkomgeving van cruciaal belang.

Er zijn veel goede voorbeelden van werkcontexten, waarin er evenwicht en samenspel is – ook in de zorg. Al in het begin van de jaren '80 werd er onderzoek gedaan naar de aantrekkingskracht en het behoud van verpleegkundigen in ziekenhuizen (McClure e.a., 1983). De deelnemende ziekenhuizen werden geselecteerd op hun reputatie voor uitzonderlijke resultaten:

- a de instelling was succesvol in het aantrekken en behouden van verpleegkundigen;
- b de verpleegkundigen vonden dat de instelling een goede werkgever was;
- c de verpleegkundigen vonden de instelling een goede plek om het beroep uit te oefenen: de kwaliteit van de zorg was goed.

Vanwege de aantrekkingskracht die deze zorgorganisaties hadden op verpleegkundigen werden zij 'magneetziekenhuizen' genoemd.

## 4.1 Kenmerken van een uitnodigende werkomgeving

Geïnspireerd door het magneetconcept in de Verenigde Staten ontwikkelen V&VN en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) excellente zorg. Excellente zorg staat voor de beste zorg aan

patiënten en cliënten. Geboden door de verpleegkundigen en verzorgenden die met overgave, volgens de laatste stand van de wetenschap hun werk doen. Doordat alle kennis en passie tot uiting komt, ligt het ziekteverzuim en het verloop van zorgprofessionals laag (website V&VN).

De volgende kenmerken zijn voor verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, zorgkundigen en verzorgenden essentiële voorwaarden om excellente zorg te verlenen:

- 1 Werken met vakbekwame collega's
- 2 Goede werkrelatie met de artsen
- 3 Autonomie
- 4 Support van de direct leidinggevende
- 5 Zeggenschap over de beroepsuitoefening
- 6 Mogelijkheden voor leren en ontwikkeling
- 7 Voldoende personeel
- 8 Een patiëntgerichte zorgcultuur

De acht magneetkenmerken zijn ontleend aan een reeks van onderzoeken van Kramer en Schmalenberg (2004). Hierna een beknopte (geactualiseerde) toelichting op elk van de kenmerken.

#### *Werken met vakbekwame collega's*

In een aantrekkelijke werkomgeving kunnen zorgkundigen met vakbekwame collega's werken. Extra vakbekwaamheid wordt erkend, gewaardeerd en beloond. De personeelsbezetting is gebaseerd op de vakbekwaamheid van de zorgkundigen, en in de organisatie werkt men doelgericht aan het vergroten van de vakbekwaamheid.

#### *Goede werkrelaties met de artsen*

In een aantrekkelijke werkomgeving worden voorwaarden gecreëerd voor goede werkrelaties tussen verpleegkundigen, zorgkundigen en artsen. Voor arts kan ook gelezen worden: psychiater, verpleeghuisarts, huisarts of andere behandelaar of behandelverantwoordelijke met wie de zorgkundigen te maken krijgen.

#### *Autonomie*

In een aantrekkelijke werkomgeving hebben zorgkundigen professionele autonomie en verantwoordelijkheid – in verbinding met de organisatie.

### **Support van leidinggevende**

In een aantrekkelijke werkomgeving zijn leidinggevenden (of eerst-verantwoordelijken voor zorg) zichtbaar, beschikbaar en toegankelijk. Zij bevorderen de persoonlijke en professionele groei van de zorgkundigen.

### **Zeggenschap over de beroepsuitoefening**

In een aantrekkelijke werkomgeving hebben zorgkundigen zeggenschap over de beroepsuitoefening. In de organisatie wordt brede participatie van zorgkundigen bevorderd en erkend.

### **Mogelijkheden voor leren en loopbaanontwikkeling**

Zorgkundigen vinden loopbaanmogelijkheden een zeer belangrijke voorwaarde voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Bij loopbaanmogelijkheden kan onder meer gedacht worden aan verticale doorstroom naar hogere functies, en aan horizontale functiedifferentiatie, waarbij men zich specialiseert in het werken met een bepaalde groep patiënten. Loopbaanmogelijkheden worden daarnaast verruimd als doorstromen van mbo- naar hbo-opleidingen wordt gefaciliteerd.

### **Voldoende personeel**

In een aantrekkelijke werkomgeving is de zorgverlener-patiëntratio afgestemd op de zorgzwaarte of de complexiteit van de zorg. De zorgorganisatie voert een actief beleid om de werkdruk van zorgkundigen op een werkbaar niveau te houden.

### **Patiëntgerichte cultuur**

In een aantrekkelijke werkomgeving bestaat een patiëntgerichte cultuur. Zorgkundigen zijn actief betrokken bij de vormgeving daarvan.

## **4.2 Rol zorginstellingen, werkgevers**

Werkgevers zijn zich scherp bewust van de schaarste op de arbeidsmarkt en van de noodzaak om professionals ruim baan te geven in de beroepsuitoefening (zie bijv. ActiZ, 2011; AWWN, FNV Bondgenoten, CNV Vakmensen, De Unie, 2011). In de arbeidsmarktagenda voor de zorg (2010) spreekt de vereniging Brancheorganisaties Zorg (BoZ)<sup>[5]</sup> de ambitie uit een duurzaam evenwicht te realiseren tussen vraag en aanbod op de zorgarbeidsmarkt. Kwantitatief, maar ook kwalitatief. Enkele belangrijke punten van deze agenda waarin professionals en werkgevers elkaar kunnen ontmoeten:

- De bureaucratie en administratieve lasten van regelgeving en toezicht worden tot een minimum beperkt.
- De zeggenschap van de professional in de zorg- en dienstverlening is vergroot en biedt alle ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid.
- Er wordt zo veel mogelijk gebruikgemaakt van ICT en technologie voor innovatie van zorg-, technische en logistieke processen.
- Professionals worden ingezet op een manier die optimaal aansluit bij hun bekwaamheid.
- Werken in de zorg heeft het imago van werken in een professionele en ondernemende organisatie, goed georganiseerd en met nadruk op professionele ontwikkelingsmogelijkheden.
- Voor iedere professional zijn er horizontale en/of verticale loopbaanmogelijkheden.
- Professionals krijgen volop gelegenheid om scholing en opleiding te volgen.
- Het werkveld is leidend bij het vormgeven van de beroepsopleiding zodat de aansluiting tussen onderwijs en praktijk goed is.
- Leerplekken zijn innovatief ingericht, leren is vernieuwen.

### 4.3 De werkplek als leeromgeving

De agenda van de werkgevers is uitnodigend voor professionals. Zeker op het gebied van leren en ontwikkelen is er nog een wereld te winnen. Het ontwikkelbeleid in zorgorganisaties kent nog veel klassieke trekken. De traditionele kennisoverdracht scoort nog heel hoog (Biemans, 2011). Leren en ontwikkelen vindt voornamelijk plaats door opleidingen, seminars en conferenties – weg van de werkplek. Nieuwere leer vormen op de werkplek verdienen meer aandacht, zoals ‘participeren’ (leren door uitwisseling en dialoog) en ‘ontdekken’ (informeel leren en leren door zelfsturing). Juist de minder formele ontwikkelstrategieën passen goed bij een flexibeler personeelsbestand.

Verbeteringen en vernieuwingen in het werk komen niet tot stand zonder dat medewerkers (professionals, leidinggevenden) leren. Vaak gaat het daarbij om leerprocessen die plaatsvinden in het dagelijks werk. Het is van belang deze leerprocessen op te sporen, expliciet te maken, en ze te bevorderen, zodat de dagelijkse werkomgeving ook een leeromgeving wordt, waarin leren en werken samenvallen (Grotendorst e.a., 2007; Kessels, 2001). Hebben de teams, heeft de organisatie het vermogen om mensen tot leren te ‘verleiden’? Kennis uitwisselen en ontwikkelen op de werkplek is voor zorgorganisaties van levensbelang. Hoe kan de aanwezige kennis productief worden gemaakt? Hoe

kan daarmee de zorgverlening worden verbeterd? Een lerende organisatie is een organisatie, waarin kennis en bekwaamheid van de professionals productief wordt gemaakt voor zorginnovatie.

#### 4.4 Een krachtige beroepsvereniging

Beroepsverenigingen spelen een cruciale rol in de professionalisering van ieder beroep. Zij komen op voor de belangen van de beroepsgroepen in de relaties met overheden, branche- en werkgeversorganisaties, leveren een bijdrage aan de kwaliteit van het vak en spelen in op specifieke wensen van de leden. Lange tijd kenden de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden voor alle specialismen een eigen vereniging. In 2006 hebben de belangrijkste spelers hun krachten gebundeld in Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Dit was een noodzakelijke en cruciale stap om, in een tijdperk van fusies van zorginstellingen en een steeds grotere focus op efficiency en bedrijfsvoering, het eminente maatschappelijke belang van de verplegende en verzorgende beroepen zichtbaarder te maken.

Op centraal niveau is sindsdien veel energie besteed aan, onder meer, het realiseren van de intrede in de zorg van de verpleegkundig specialist, de totstandkoming van een systeem van kwaliteitsregistratie en het uitbouwen van de ontmoetingsfunctie binnen de vereniging. In 2010 is V&VN verder versterkt door de fusie met Sting (beroepsvereniging voor verzorgenden) en het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging). Naast V&VN is nog een andere beroepsorganisatie actief in de sector V&V: NU'91.

V&VN is sinds de oprichting uitgegroeid tot een gezaghebbende speler in de gezondheidszorg in Nederland, en wel op alle niveaus: het microniveau van individuele beroepsbeoefenaren, het mesoniveau van de zorginstellingen en het macroniveau van belangrijke partners als overheid, onderwijsinstellingen en werkgevers- en brancheorganisaties. Dit blijkt onder meer uit het uitgebreide aanbod van na- en bijscholing voor beroepsbeoefenaren en instellingen, het door de vereniging ontworpen en gefaciliteerde Kwaliteitsregister V&V, het feit dat V&VN in de media en relevante fora binnen en buiten de zorg toenemend fungeert als dé vertegenwoordiger van de beroepsgroepen, en uit innovatieve, toekomstgerichte projecten als Excellente Zorg (zie paragraaf 4.1) en V&V 2020, die V&VN uitvoert in opdracht van - en veelal gefinancierd door - het ministerie van VWS.

De vraag naar zorg neemt de komende jaren in kwantitatief en kwalitatief opzicht sterk toe. Verpleegkundigen, zorgkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten spelen in de samenleving nu reeds een



grote rol; deze rol zal de komende jaren alleen nog maar toenemen. Een belangrijk accent komt daarbij te liggen op de rol die deze zorgverleners kunnen spelen in de sfeer van preventie en het bijdragen aan meer zelfmanagement van de burger. Het verlenen van basiszorg blijft daarnaast een van de belangrijkste kerntaken van de verpleegkundige en de verzorgende.

De optimale positionering van de beroepsbeoefenaren, op maatschappelijk, economisch en professioneel gebied, vormt de belangrijkste doelstelling van V&VN. Concreet betekent dit dat de vereniging ertoe wil bijdragen dat verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in alle vakgebieden hun cruciale (en waar mogelijk: coördinerende) rol kunnen vervullen.

#### 4.5 Bijlage 1: Bekwaamheid en NLQF

Bij het beschrijven van de bekwaamheid van de zorgkundige artikel 34 Wet BIG is het Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren (European Qualifications Framework for Life Long Learning, afgekort EQF) als referentiepunt gekozen. Om een goede koppeling van de Nederlandse situatie aan het EQF mogelijk te maken, is een nationaal kwalificatiekader ontwikkeld, het NLQF.

##### WAT IS HET NLQF?

Het Nederlands kwalificatiekader (NLQF) is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus in Nederland van basis-educatie niveau 1 tot en met het doctoraat. Kwalificaties worden ingeschaald in de niveaus van het NLQF en krijgen daarmee een niveau-aanduiding. Het NLQF is een nieuwe beschrijving van de Nederlandse kwalificatieniveaus, het is geen herziening van het Nederlands onderwijsstelsel. Het kader is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap en tot stand gekomen in nauwe samenwerking met experts en stakeholders op het terrein van onderwijs en opleiding. Het kader bestaat uit een instroomniveau gevolgd door 8 niveaus. Waarbij niveau 1 het minst complex en niveau 8 het meest complex is (zie tabel 4.1).

Het NLQF verhoogt de transparantie in de wereld van opleiding en training in Nederland, maar doet ook veel niet. Het is geen herziening van het Nederlandse onderwijsstelsel. Een NLQF-niveau-aanduiding geeft geen recht op titels of graden. NLQF-niveaus zijn niet gebonden aan onderwijssectoren. In- en doorstroomrechten worden niet geregeld in het NLQF.

Het Nederlandse kwalificatiekader biedt de mogelijkheid aan aanbieders van niet door de overheid gereguleerde kwalificaties om hun opleidingsprogramma's en kwalificaties in te laten schalen in een niveau van het NLQF. Hiervoor zijn de benodigde procedures en criteria ontwikkeld. Het NLQF heeft als doel om de arbeidsmobiliteit te vergemakkelijken door inzicht te geven in de niveaus van alle bij het Nationaal Coördinatiepunt NLQF opgenomen kwalificaties in het NCP-register. Daarnaast vormt het een stimulans om de deelname aan een leven lang leren te vergroten.

#### SLEUTELBEGRIPPEN VOOR NIVEAUBESCHRIJVING

Voor beschrijving van de niveaus gebruikt men de sleutelbegrippen: context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

##### **Context**

De contextbeschrijving is samen met de kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden.

##### **Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid**

Het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen.

##### **Kennis**

Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het verpleegkundig beroep (en de deskundigheidsgebieden).

##### **Vaardigheden**

Cognitieve vermogens (logisch, intuïtief en creatief denken) en praktische vermogens (psychomotorische vaardigheden in toepassing van methodes, materialen, hulpmiddelen en instrumenten) om binnen een gegeven context:

- kennis te reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
- problemen te herkennen en op te lossen;
- zich te kunnen ontwikkelen als beroepsbeoefenaar, zelfstandig of met begeleiding;
- informatie te verkrijgen, verzamelen, verwerken, combineren, analyseren en beoordelen;
- te communiceren op basis van in de werk-/beroepscontext geldende conventies.

**Tabel 4.1 EQF/NLQF in schema**

EQF NLQF	Volwasseneneducatie	Vmbo	Mbo	Havo/vwo	Ho
8					Doctoraat
7					Master
6					Bachelor
5	Vavo-vwo			Vwo	Associate Degree
4	Vavo-havo		Mbo-4	Havo	
3			Mbo-3		
2	Vavo-vmbo tl BasisEdu. 3	Vmbo kb, gl en tl	Mbo-2		
1	BasisEdu. 2	Vmbo bb	Mbo-1		
Instroomniveau	BasisEdu. 1				

De zorgkundige artikel 34 Wet BIG is in 2020 een mbo-4-opgeleide professional (NLQF 4).

De allround zorgkundige artikel 34 Wet BIG is in 2020 een professional met een Associate Degree (NLQF 5).

Alle kwalificaties in een mbo-niveau zijn ingeschaald in hetzelfde bijbehorende NLQF-niveau. Indien een kenniscentrum (in dit geval Calibris) van mening is dat voor een individuele kwalificatie een andere inschaling is gewenst, dan kan dit bij het Nationale Coördinatiepunt NLQF worden aangevraagd.

## 4.6 Bijlage 2: Beroepenhuis, niveaus en typering

### 4.6.1 BEROEPEN EN NIVEAUS VAN BEROEPSUITOEFENING

Tabel 4.2 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening					
VERPLEGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Voorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Verpleegkundig specialist	Art. 14 Wet BIG	Allround, met specialistische focus en expertkennis Individuele Gezondheidszorg	Zelfstandige bevoegdheid (art. 36)	Hbo-master (professionele master)	6, op termijn mogelijk 7 (vergelijkbaar met acad. master)
Verpleegkundige	Art. 3 Wet BIG	Allround Individuele gezondheidszorg	Zelfstandig bevoegd voor toedienen injecties, katheterisaties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (artikel 36). Functionele zelfstandigheid, regeling ex art. 39. Voor andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 van de Wet BIG	Hbo-bachelor	6
VERZORGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Voorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Specifiek Individuele gezondheidszorg	Functionele zelfstandigheid conform regeling ex artikel 39. (Huidige regeling: toedienen subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie; verrichten katheterisatie blaas bij volwassenen en inbrengen maagsonde of infuus;	Mbo-4 (3-jarig)	4

			verrichten vena-punctie en hielprik bij neonaten.) Andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 Wet BIG		
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Allround Individuele gezondheidszorg	Idem als Zorgkundige Specifiek	AD	5 = allround (vergelijkbaar met associate degree)
Verzorgende, kraamverzorgende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-3	3
Helpende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-2	2

#### 4.6.2 BEROEPENHUIS V&V: TYPERING

##### **Twee beroepen, uitgeoefend op verschillende niveaus**

De Stuurgroep kiest voor twee niveaus van beroepsuitoefening op het gebied van de verpleegkunde: de verpleegkundige (artikel 3 Wet BIG) en de verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG), met verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten oefenen hun beroep uit op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarnaast zijn er twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging: de zorgkundige (artikel 34 Wet BIG; dit is een beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg) en de verzorgende/helpende (met primaire gerichtheid op wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening).

De stuurgroep heeft ervoor gekozen allereerst de beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te beschrijven. De ontwikkeling van de profielen 'verzorgende/helpende' zal een van de eerste opdrachten zijn van de op te richten Taskforce.

##### **De verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG, hbo-master)**

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, als expert, met een omschreven groep patiënten individuele, zelfstandige behandelrelaties aangaat. Biedt vanuit het perspectief van de patiënt care en cure geïntegreerd aan, ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit

van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven van de patiënt staan hierbij centraal. De verpleegkundig specialist komt op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, diagnostiek) tot aanvullende diagnostiek. Past in aansluiting hierop medisch-verpleegkundige, therapeutische, evidence-based interventies toe. Indiceert en verricht voorbehouden handelingen (zelfstandige bevoegdheid).

Zij of hij vervult als verpleegkundig leider een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onderbouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Levert een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van de verpleegkundige beroepsgroep en aan de kwaliteit van de zorg. Vervult een brugfunctie tussen artsen en verpleegkundigen en speelt een cruciale rol in zorgcoördinatie, taakherschikking, het bevorderen van vraagsturing en de verbetering van de kwaliteit van zorg en leven, begeleiden en coachen van verpleegkundigen en zorgkundigen, als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in patiënt- of doelgroepgebonden onderzoek.

### **De verpleegkundige (artikel 3 Wet BIG, hbo-bachelor)**

De verpleegkundige is een allround zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen, (jong)volwassenen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen. De verpleegkundige verleent zorg op basis van het continue, cyclische proces van klinisch redeneren. Dit omvat: risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie. Zij beargumenteert deze beslissingen en communiceert daarover met patiënten en collega-zorgverleners, betreft daarin morele, professionele en persoonlijke afwegingen. Werkt op basis van partnerschap samen met patiënten, hun naasten en mantelzorgers.

De verpleegkundige voert alle vormen van preventie uit. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is, of als de eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te

verergeren. De verpleegkundige verricht voorbehouden handelingen, deels met zelfstandige bevoegdheid, voor het grootste deel met functionele zelfstandigheid. Heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Participeert in praktijkonderzoek.

#### **De zorgkundige (artikel 34 Wet BIG, mbo-4); de allround zorgkundige (artikel 34 Wet BIG, associate degree)**

De zorgkundige is een zorgprofessional met een specifieke bekwaamheid voor het werken met één of enkele omschreven groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. De allround zorgkundige is een zorgprofessional die bekwaamheid heeft voor het werken met alle zorgcategorieën. De zorgkundige richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, leeftijds- of contextgebonden. Stelt de behoefte aan zorg vast en beschrijft die in een (leef)zorgplan; biedt de patiënt lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning; voert zorggerelateerde preventie uit; draagt zorg voor informatievoorziening, voorlichting en advies. Werkt samen met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, steunt hen en verwijst hen waar nodig. Signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt tijdig.

De zorgkundige werkt in zorgsituaties die in het algemeen relatief stabiel zijn. Het handelen verloopt in die situaties grotendeels volgens (professionele) standaarden en richtlijnen. In instabiele, acute, complexe situaties werkt de zorgkundige onder supervisie van de verpleegkundige, bij wie dan de eindverantwoordelijkheid berust. De zorgkundige heeft voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid.

#### **Verzorgende zorg en welzijn, helpende**

De Stuurgroep heeft zich niet uitgesproken over de beroepsprofielen verzorgende wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening en kraamverzorgende. Deze beroepen vallen niet onder de Wet BIG. Zij adviseert de Taskforce hierop met voorrang actie te ondernemen.

### Bronnen en referenties

- ActiZ. *Nieuwe professionaliteit in de langdurige zorg*. Vergaderstuk 11.060 bestuur Actiz 24 mei 2011. Utrecht: Actiz, 2011
- AWVN, FNV Bondgenoten, CNV Vakmensen, De Unie. *Naar nieuwe arbeidsverhoudingen. Mensen maken het verschil, mensen realiseren groei*. Sociaal Manifest, januari 2011
- Biemans, P., e.a. *Jaarboek Personeelsmanagement 2012. Veranderende arbeidsrelaties*. Gids Personeelsmanagement/Kluwer, 2011.
- British Medical Journal: BMJ 2011;343:d4163
- Brancheorganisaties Zorg (BOZ): *Agenda 2015. Arbeidsmarktagenda voor de zorg*. Bijlage brief, Utrecht 3 juni 2010.
- Commissie Ethiek V&VN: *De morele lading van individuele professionaliteit*. Utrecht, 2011
- Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf*. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011
- Grotendorst, A., I. v. Aken, C. Sino en B. van Veldhuizen (red.). *Verleiden tot leren in het werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007
- Houtlosser, Mirjam: *In goede handen. Verpleegkundige beroepsuitoefening in moreel perspectief*. Academisch proefschrift. Universiteit Leiden. 2010
- ICF: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Kessels, J.W.M. *Verleiden tot kennisproductiviteit*. Oratie, Universiteit Twente, 2001
- Kramer, M., C. Schmalenberg. Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. *Journal of Nursing Administration*, 34, 365-378, 2004
- McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D., Wandelt, M.A., *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Nurses Association. 1983



- Mistiaen P., Kroezen M., Triemstra M., Francke A.L. *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging*. NIVEL: 2011 Download: <http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-Verpleging-Verzorging-internationaal-perspectief.pdf>
- Ursum J., M. Rijken, M. Heijman, M. Cardol, F. Schellevis. *Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: NIVEL, 2011
- Van der Velden L.F.J., Francke A.L., Batenburg R.S. *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen*. NIVEL: 2011 (te downloaden via <http://www.nivel.nl>)
- V&VN: Beroepscode. [www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf)
- V&VN: *Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Leren van de toekomst. Plan van aanpak V&VN*. Utrecht, 2010/2011
- Wet BIG: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum\\_25-01-2010](http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_25-01-2010)
- [www.venvn.nl/Vakdossiers/VerpleegkundigenVerzorgenden2020.aspx](http://www.venvn.nl/Vakdossiers/VerpleegkundigenVerzorgenden2020.aspx)
- [www.managementsite.nl/20622/strategie-bestuur/zet-vakmanschap-weer-centraal.html](http://www.managementsite.nl/20622/strategie-bestuur/zet-vakmanschap-weer-centraal.html)
- [www.venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg.aspx](http://www.venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg.aspx)

### Noten

- 1 'Patiënt' gebruiken we in het profiel als verzamelbegrip voor 'zorgvrager', 'burger', 'cliënt', 'pupil', 'bewoner'. Het gaat om personen van alle leeftijden, families en gemeenschappen, in alle levensfasen.
- 2 Zie ook: Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid*, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011
- 3 In de British Medical Journal (BMJ) van 30 juli 2011 is een artikel gewijd aan de discussie over een nieuwe definitie van gezondheid. Dit artikel is mede gebaseerd op de uitkomsten van een door de Gezondheidsraad en ZonMw georganiseerde internationale bijeenkomst eind 2009. Onder de noemer 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' discussieerde een internationaal gezelschap hierover bij ZonMw. Dit leverde een signalement op over de noodzaak de definitie aan te passen aan de hedendaagse situatie en over de implicaties voor beleid, onderzoek en (publieke) gezondheid.
- 4 'Competentie' is een synoniem van 'bekwaamheid'. In de CanMeds hanteert men het begrip 'competentie'. De wet BIG spreekt van

‘bekwaamheid’. In dit profiel gaat de voorkeur uit naar het begrip bekwaamheid, zoals gedefinieerd in paragraaf 3.1.

- 5 In BoZ zijn verenigd: ActiZ organisatie van zorgondernemers, GGZ Nederland, NFU Nederlandse Federatie van universitaire medische centra, NVZ vereniging van ziekenhuizen, VGN vereniging gehandicaptenzorg Nederland.

# Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige

Redactie:

Prof. dr. Marieke Schuurmans, drs. Johan Lambregts, Projectgroep V&V 2020  
en drs. Ans Grotendorst

- 1 **Zorgvragen in 2020** 109
- 2 **Een nieuwe kijk op verpleegkunde** 116
- 3 **De verpleegkundige in 2020: competentiegebieden** 126
- 4 **De werkomgeving** 140
- 5 **Bijlage 1: Bekwaamheid en NLQF** 146
- 6 **Bijlage 2: Beroepenhuis V&V, niveaus en typering** 149
- 7 **Bijlage 3: Bronnen, referenties en noten** 154

## Inleiding

Dit Beroepsprofiel verpleegkundige vormt, samen met het Beroepsprofiel verpleegkundig specialist en het Beroepsprofiel zorgkundige, een van de resultaten van Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 (V&V 2020), het project waarmee de beroepsgroepen zich voorbereiden op de toekomst.

Verpleegkundigen kom je overal tegen waar zorg wordt verleend: van de ambulance tot in de ambulante crisisdienst, van de huisartsenpraktijk tot in het ziekenhuis en de GGZ-instelling, en van de thuiszorg tot in kleinschalige woonvormen. De dagelijkse verpleegkundige praktijk is dan ook heel divers. Maar in die diversiteit is een cruciaal gemeenschappelijk element: verpleegkundigen betrekken altijd het dagelijks leven van hun patiënten en cliënten bij de zorg die ze verlenen.

Sinds het laatste beroepsprofiel van de verpleegkundige uit 1999 is er veel veranderd in de maatschappij, de zorg en de beroepsuitoefening. En er staan ons nog veel grotere veranderingen te wachten. Wat zien verpleegkundigen als de belangrijkste ontwikkelingen? Hoofdstuk 1 laat zien wat honderden verpleegkundigen tijdens de V&V 2020-rondetafelgesprekken signaleerden. Plus de resultaten van twee NIVEL-onderzoeken in opdracht van V&V 2020.

Ook de opvattingen over wat gezondheid is veranderen. De focus verschuift van de ziekte naar het vermogen van mensen zich aan te passen aan het leven met een ziekte. Hoe kunnen verpleegkundigen het zelfmanagement van patiënten ondersteunen? Wat is de kern van het verplegen? En hoe kunnen we de bijdragen van verpleegkundigen steeds meer meten en hun meerwaarde laten zien? Daarover gaat hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 3 beschrijft de competentiegebieden van verpleegkundigen, en welke kennis en vaardigheden gewenst zijn. Het belangrijkste competentiegebied is dat van zorgverlener. Maar de verpleegkundige is ook communicator, samenwerker, organisator, gezondheidsbevorderaar, reflectief beroepsbeoefenaar, praktijkonderzoeker en professional.

In een team in de GGZ of gehandicaptenzorg, als zzp'er in de thuiszorg, of in een academisch ziekenhuis: iedere verpleegkundige heeft behoefte aan een werkomgeving die haar of hem uitdaagt om het beste uit zichzelf te halen. Regelmatig staan efficiency en op productie gerichte bedrijfsvoering op gespannen voet met de kwaliteit die verpleegkundigen willen leveren. Over de context van de werkomgeving, de werkplek als leeromgeving en de rol van de beroepsvereniging gaat hoofdstuk 4.



**Figuur 1.1** De visualisatie van het Beroepenhuis V&V 2020. Een uitgebreide beschrijving van alle beroepen en de bijbehorende opleidingsniveaus vindt u in hoofdstuk 6 bijlage 2.

Er staan ons de komende jaren veel veranderingen te wachten, in de maatschappij, de zorg en de beroepsuitoefening van verpleegkundigen. Welke ontwikkelingen verwachten verpleegkundigen? Welke zien zij nu al in hun dagelijkse beroepspraktijk? In paragraaf 1.1 wordt daarvan een beeld geschetst, gebaseerd op de resultaten van de rondetafelgesprekken van V&V 2020 waaraan honderden verpleegkundigen deelnamen.

Dat beeld wordt aangevuld met de resultaten van twee studies van het NIVEL (paragraaf 1.2), één naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen en één naar de trends in aanbod van en vraag naar zorg in Nederland.

### 1.1 Welke ontwikkelingen zien verpleegkundigen?

#### PERSOONSGERICHTE ZORG ÉN STANDAARDISERING

De zorg wordt steeds meer gericht op de vraag van het individu. Verpleegkundigen redeneren vanuit de vragen en wensen van de patiënt<sup>[1]</sup>, nemen het patiëntenperspectief en/of dat van familie en naasten als uitgangspunt. Geen twee personen of situaties zijn gelijk. Tegelijkertijd krijgen verpleegkundigen steeds meer te maken met standaarden en richtlijnen. Voor een deel gebeurt dat door externe druk, bijvoorbeeld van zorgverzekeraars, en toenemende juridisering (zorginstellingen en professionals dekken zich in tegen schadeclaims, rechtszaken en negatieve publiciteit). Standaardisering waar dat mogelijk is heeft echter ook veel voordelen: er kan sneller en efficiënter worden gewerkt, zodat er tijd overblijft voor persoonlijke aandacht. Verpleegkundigen willen betrokken zijn bij de ontwikkeling van de standaarden en protocollen.

### PERSOONSGERICHTE ZORG ÉN VERZAKELIJKING BEDRIJFSVOERING

Verpleegkundigen verlenen zorg die voldoet aan hoge kwaliteitseisen. Toenemende marktwerking en op kostenbeheersing gerichte bedrijfsvoering staan daarmee in de praktijk vaak op gespannen voet. Verpleegkundigen onderschrijven de noodzaak van kostenbeheersing en leveren daar graag een bijdrage aan, mits die in balans is met kwaliteit en persoonsgerichte zorg.

### KETENZORG, TAAKVERSCHUIVING EN DOMEINGRENZEN

Bij ketenzorg stemmen zorgverleners de zorg af op de behoeften van de patiënt, onder meer door de ontwikkeling van zorgpaden. Zo ontvangt de patiënt een integraal, kwalitatief passend zorgaanbod, zonder last te hebben van ‘muren’ tussen organisaties en professionals. Mensen met complexe en/of meervoudige zorgvragen (bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen) hebben veel baat bij ketenzorg, waarin de verpleegkundige een belangrijke schakel vormt. Multidisciplinair samenwerken is nu op veel plaatsen al gewoon en zal dat in 2020 zeker zijn. Dat is in het belang van de patiënt en de continuïteit van de zorg. De verschuiving van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist en de verpleegkundige zal onverminderd doorgaan. Een soortgelijke taakverschuiving vindt voortdurend plaats tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Verzorgenden voeren nu veel taken uit die tien, vijftien jaar geleden aan verpleegkundigen waren voorbehouden. De steeds toenemende specialisatie, functiedifferentiatie en het vervagen van domeingrenzen maken het steeds belangrijker precies te weten wie wat doet en wie de regie heeft. Patiënten hebben te maken met veel verschillende hulp- en zorgverleners. De oplossing ligt niet in sterkere afbakening van beroepsdomeinen, maar juist eerder in het verlaten van de klassieke ‘territoria’.

### GENERALISTISCH ÉN SPECIALISTISCH

Is de verpleegkundige in 2020 vooral een generalist of een specialist? (Met ‘specialist’ wordt hier niet bedoeld de verpleegkundig specialist, art. 14 Wet BIG, maar de verpleegkundige met een specifieke expertise.) Dat is voor een deel afhankelijk van de context waarin de verpleegkundige dan werkt. Er zullen relatief meer generalistische verpleegkundigen in de thuiszorg/eerstelijnsgezondheidszorg werken, en meer specialistische in de intramurale zorg. Maar ook de intramurale zorg heeft generalisten nodig, en de thuiszorg kan het niet stellen zon-

der verpleegkundigen met gespecialiseerde kennis. Effectief samenwerken is van belang, elkaar op cruciale momenten consulteren en inschakelen. Denken in teamcompetenties wordt steeds belangrijker: de noodzakelijke gespecialiseerde kennis en vaardigheden hoeven niet bij elke verpleegkundige aanwezig te zijn, maar wel in het team waarin zij werken.

### ICT

Voor verpleegkundigen kan ICT een belangrijke kwalitatieve stap vooruit betekenen, zowel in de directe zorgverlening als bij administratie en rapportage. ICT biedt snelheid, gemak en betere multidisciplinaire samenwerking, mits het systeem deugt en niet elke organisatie zijn eigen systeem gebruikt. Bij een toenemende afhankelijkheid van geautomatiseerde systemen is het belangrijk dat verpleegkundigen (en V&VN als beroepsorganisatie) bij de ontwikkeling een duidelijke rol krijgen. Uniform taalgebruik, bijvoorbeeld in het verpleegkundig dossier, is zeer wenselijk. Een verpleegkundige standaard is noodzakelijk. Verpleegkundigen zien ook voordelen in het elektronisch patiëntendossier (EPD), mits de privacy van patiënten voldoende is gewaarborgd. De technologische ontwikkelingen maken zorg op afstand – en dus meer contacten per verpleegkundige – mogelijk: monitoring en dagelijks contact via webcam, snel doorspelen van gegevens, checks. E-health neemt een vlucht. Zorgorganisaties en verpleegkundigen maken in toenemende mate gebruik van sociale media, ook in het contact met patiënten. Dat bevordert onderlinge contacten en kennisuitwisseling. Verpleegkundigen menen dat ICT niet de behoefte aan menselijke nabijheid en aanraking kan vervangen. Die behoefte is doorgaans groter bij mensen met gezondheidsproblemen.

### MONDIGE ÉN MINDER MONDIGE PATIËNTEN

Patiënten worden steeds mondiger, niet in de laatste plaats doordat zij vaak goed geïnformeerd zijn via internet. Zij komen niet alleen met vragen, maar vaak ook al met antwoorden, diagnoses en oplossingen bij de zorgverlener binnen. De positieve kant daarvan is dat patiënt en verpleegkundige ‘partners in zorg’ kunnen zijn, waarbij het stimuleren van zelfmanagement, het versterken van de mogelijkheden van de persoon, uitgangspunt is. Maar het internet biedt een enorme hoeveelheid informatie, die niet altijd even betrouwbaar is. Wetenschappelijke publicaties staan naast persoonlijke verhalen op forums; het is vaak niet eenvoudig het kaf van het koren te scheiden. Het vraagt van de

verpleegkundige kennis en communicatieve vaardigheden om samen met de patiënt te bepalen wat de betekenis van de informatie is voor het individu.

Patiënten zijn niet altijd mondig: wie angstig is, verward, depressief of erg ziek, staat niet zo stevig in zijn schoenen. Daarnaast hebben we, ondanks stijging van het opleidingsniveau, in Nederland nog altijd te maken met naar schatting anderhalf miljoen laaggeletterden<sup>[2]</sup>. Dikwijls hebben zij onvoldoende vaardigheden om informatie over hun gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen.

De verpleegkundige steunt de patiënt bij het handhaven of het opnieuw verwerven van de regie over het eigen leven, voor zover mogelijk. Zij of hij helpt bij het opkomen voor de eigen belangen en het verwoorden van vragen en wensen. De verpleegkundige maakt een goede afweging tussen wensen, mogelijkheden en kosten.

#### INDIVIDUALISERING EN EENZAAMHEID

De patiënt van 2020 is autonoom, mondig, thuis op het internet en vaardig met sociale media. Dat geldt ook voor de ouderen van straks. Het is de burger die zorg aan huis, dicht in de buurt en zorg op maat vraagt – en naar verwachting ook krijgt. Van professionals, mits die beschikbaar zijn. De te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt zijn groot en de middelen steeds beperkter. Veel mantelzorgers zijn op leeftijd, de jongere hebben vaak een baan. Het aantal vrijwilligers neemt gestaag af. Wanneer een sociaal netwerk ontbreekt, kan de verpleegkundige de patiënt helpen bij de opbouw daarvan.

#### LOOPBAAN- EN ONTWIKKELMOGELIJKHEDEN

Verpleegkundigen zijn ambitieus. Vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn relatief vaak gericht op carrière, ‘vliegen uit’, vinden elders functies met nieuwe uitdagingen, binnen de zorg maar ook daarbuiten. Het is van belang hen voor de zorg te behouden door loopbaan- en ontwikkelingsmogelijkheden te creëren. Dat geldt overigens voor alle verpleegkundigen. Loopbaanmogelijkheden en een aantrekkelijke werkomgeving kunnen de inspiratie bieden die nodig is voor werkplezier én voor het verhogen van de kwaliteit van zorg.

### 1.2 Welke trends zien onderzoekers, internationaal en nationaal?

V&V 2020 gaf het NIVEL opdracht twee onderzoeken te doen: één (Mistiaen e.a., 2011) naar de situatie in een aantal met Nederland



vergelijkbare landen ten aanzien van de beroepenstructuur en het opleidingsniveau, en één (Van der Velden e.a., 2011) naar de te verwachten behoefte aan en het aanbod van verpleegkundige zorg in Nederland in 2020. Hieronder worden de resultaten zeer beknopt op hoofdpunten gegeven. In deel 5, bijlagen 7 en 8 vindt u de uitgebreide samenvattingen.

#### INTERNATIONAAL: ONTWIKKELINGEN IN EN TUSSEN BEROEPSGROEPEN

Bij alle diversiteit tussen de landen onderling is internationaal een aantal gemeenschappelijke tendensen zichtbaar:

- 1 Initiële verpleegkundige opleidingen worden naar het bachelors-niveau getrokken, mede om het beroep aantrekkelijker te maken en om beter het hoofd te kunnen bieden aan de toenemende complexiteit van de zorg.
- 2 Er komen steeds meer verpleegkundige specialisaties, onder meer om taken van artsen over te nemen.
- 3 Er vindt overal in meer of mindere mate verschuiving plaats van medische taken naar verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Ook vindt verschuiving plaats van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen.
- 4 Overal wordt ingezet op het hoger opleiden van verpleegkundigen. Tegelijkertijd bestaat ook het besef dat ‘zorgondersteunende’ professionals nodig zijn voor het opvangen van de groeiende zorgvraag. Niet alleen omdat deze professionals goedkoper zijn, maar vooral omdat veel zorgactiviteiten ook goed door hen kunnen worden gedaan.

#### NATIONAAL: TRENDS IN ZORGVRAAG EN -AANBOD

##### **Sterke toename aantal chronisch zieken; belang van preventie**

De synthese laat zien dat in Nederland de groei van het aantal mensen met chronische ziekten en comorbiditeit zal leiden tot een grotere vraag naar zorg. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maakt preventieve taken van verpleegkundigen steeds belangrijker. Preventie biedt mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen.

Ook voordat een ziekte of aandoening manifest wordt, kunnen verpleegkundigen mensen motiveren zich gezond te gedragen, door te werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en door gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de belevingswereld

van de patiënt en zijn omgeving ('Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'; RVZ, 2010.)

### **Sociaal-culturele ontwikkelingen**

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen eveneens leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorg zal veranderen: burgers stellen meer eisen aan de zorg, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, en aan de informatievoorziening en communicatie rond de zorg. De zorgvraag van ouderen zal niet alleen in volume toenemen, de nieuwe generaties ouderen zullen ook andere eisen stellen aan de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg.

### **Ondersteuning van zelfmanagement**

Ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg die de Nederlandse overheid voorstaat. Verpleegkundigen zijn van oudsher gewend om zich vooral te richten op wat mensen niet (meer) kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe weinig aandacht in de zorg, vanwege de traditionele sterke gerichtheid op behandeling en op het overnemen van zorgtaken. Meer aandacht voor zelfmanagement vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven – of het voorkómen daarvan. De focus moet verlegd worden naar wat patiënten wél kunnen, om van daaruit het zelfmanagement te versterken.

Ook patiëntenorganisaties zijn steeds actiever met het aanbieden van instrumenten voor zelfmanagement, bijvoorbeeld in de vorm van e-healthtools. Speciale aandacht zal nodig zijn voor de manier waarop zelfmanagement vormgegeven kan worden bij de meest kwetsbare groepen, zoals mensen met dementie, mensen op hoge leeftijd (85+), mensen met complexe problemen, mensen met een lage sociaaleconomische status, mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Individuele vaardigheden voor zelfmanagement zullen bij deze mensen eerder beperkt zijn. Zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk vorm krijgen.

### **Veranderingen in zorgaanbod en werkproces**

De kennissynthese gaat ook in op nationale ontwikkelingen in het zorgaanbod en het werkproces, zoals de taakverschuiving tussen medici en verpleegkundigen in Nederland, de inzet van arbeidsbesparende technologie en de opkomst van lokale samenwerkingsverbanden 'in de buurt' van de patiënt.

*Auteur:*

*Prof. dr. Marieke Schuurmans*

We wensen het elkaar van harte toe bij vele gelegenheden. Maar wat is gezondheid eigenlijk? De gedachten daarover zijn aan het veranderen. Paragraaf 2.1 geeft het begrip een nieuwe inhoud. In de toekomst zal daarom ook de focus van de verpleegkundige verschuiven. Die ligt nu veelal nog op de ziekte van de patiënt, maar zal steeds meer moeten komen te liggen op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt. Verpleegkundigen richten zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk. Maar dat kan ook gezegd worden van andere zorg- en hulpverleners. Wat maakt verplegen specifiek, wat is de kern van de verpleegkundige beroepsuitoefening?

In paragraaf 2.2 wordt deze vraag beantwoord. In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op het begrip zelfmanagement, en op het ICF, een instrument om het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid te meten. Paragraaf 2.4 introduceert de kernset van patiëntproblemen waar de verpleegkundige zich in haar werk op richt. Paragraaf 2.5 laat zien dat naast het proces vooral de beoogde resultaten van het handelen van de verpleegkundige centraal staan. Meer dan voorheen zullen verpleegkundigen hun bijdrage aan de zorg zichtbaar gaan maken in resultaten. Immers, alleen wie de resultaten definieert kan zien of hij het goede doet, kan vergelijken, monitoren, toetsen en bijsturen.

## **2.1 Gezondheid in de 21<sup>STE</sup> eeuw**

De World Health Organization (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als 'een toestand van volledig, lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden'. In het beroepsprofiel van 1999 is die definitie nog een richtpunt voor de verpleegkundige zorg. De definitie is echter niet langer behulpzaam en zelfs contraproductief geworden, omdat zij

veelal niet haalbaar is. Volgens deze definitie zou immers vrijwel de hele wereldbevolking ongezond zijn. De definitie doet geen recht aan het vermogen dat mensen hebben om op eigen kracht het hoofd te bieden aan uitdagingen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied. Ook met een aandoening, ziekte of beperking is het goed mogelijk een betekenisvol leven te leiden, waarbij er sprake is van welbevinden. Inmiddels (2011) wordt een andere benadering van gezondheid bepleit<sup>[3]</sup>: the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges. Bij deze benadering staat niet de aandoening (of de afwezigheid daarvan) centraal, maar het aanpassingsvermogen van personen en het vermogen tot zelfmanagement wanneer men te maken krijgt met problemen en uitdagingen op sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied. Dit biedt ook een nieuw perspectief op het verpleegkundig handelen.

## 2.2 De kern van verplegen

De volgende kenmerken vormen gezamenlijk de kern van verplegen, zoals die ook internationaal is terug te vinden in veel definities.

### VERPLEGEN:

#### **Dient een specifiek doel**

Het doel van verplegen is het bevorderen van gezondheid, herstel, groei en ontwikkeling, en het voorkomen van ziekte, aandoening of beperking. Wanneer mensen ziek of gehandicapt worden, is daarnaast het doel van verplegen lijden en pijn te minimaliseren en mensen in staat te stellen hun ziekte, handicap, de behandeling en de gevolgen daarvan te begrijpen en daarmee om te gaan. Wanneer de dood nabij is, is het doel van verplegen het handhaven van de best mogelijke kwaliteit van leven tot aan het eind.

#### **Omvat een specifieke manier van interveniëren**

Verpleegkundige interventies zijn gericht op het versterken van het zelfmanagement van mensen, voor zover mogelijk. Dat betekent het krachtig maken van mensen en hen helpen bij het bereiken, handhaven of (opnieuw) verwerven van hun onafhankelijkheid. Verplegen omvat: het vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige zorg; therapeutische interventies en persoonlijke verzorging; informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak; lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning. Naast de directe patiëntenzorg omvat de verpleegkundige praktijk ook coördinatie, deskundigheidsbevordering en beleid- en kennisontwikkeling.

### **Vindt plaats in een specifiek domein**

Het specifieke domein van verplegen is dat van de unieke reacties op en ervaringen van mensen met gezondheid, ziekte, kwetsbaarheid of beperkingen, in welke omgeving of omstandigheid zij zich ook bevinden. Reacties van mensen kunnen lichamelijk, psychisch, sociaal, cultureel of spiritueel van aard zijn, en vaak gaat het om een combinatie hiervan. ‘Mensen’ wil zeggen: personen van alle leeftijden, families en gemeenschappen, in alle levensfasen.

### **Is gericht op de persoon als geheel**

Verplegen is gericht op de persoon als geheel in zijn of haar context met zijn of haar leefwijze, niet op een bepaald aspect of een specifieke pathologische situatie.

### **Is gebaseerd op ethische waarden**

Verplegen is gebaseerd op ethische waarden, waarin respect voor de waardigheid, de autonomie en de uniciteit van mensen centraal staat. Verplegen gebeurt in het besef van de unieke relatie tussen verpleegkundige en patiënt en de persoonlijke verantwoordelijkheid voor beslissingen en acties. De waarden staan beschreven in de verpleegkundige beroepscode en worden uitgedragen door de beroepsvereniging.

### **Betekent commitment aan partnerschap**

Verpleegkundigen werken in partnerschap met patiënten, hun naasten en andere mantelzorgers, en in samenwerking met andere professionals in een multidisciplinair team. Waar dat geëigend is, treden ze op als teamleider, delegeren zij werk naar anderen en superviseren dat. Op andere momenten participeren zij als teamlid onder leiding van anderen. Hoe dan ook, verpleegkundigen blijven te allen tijde persoonlijk en professioneel verantwoordelijk voor hun eigen beslissingen en acties.

## **2.3 Zelfmanagement en het ICF**

‘Zelfmanagement is het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, en, wanneer deze toch optreden, om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Hierdoor is men in staat om de eigen gezondheidstoestand te monitoren en te reageren op een manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van leven’ (vgl. Ursum e.a., 2011). Verpleegkundigen zijn professionals die zich rich-

ten op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven.

#### BEHOUDEN OF VERBETEREN VAN HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN

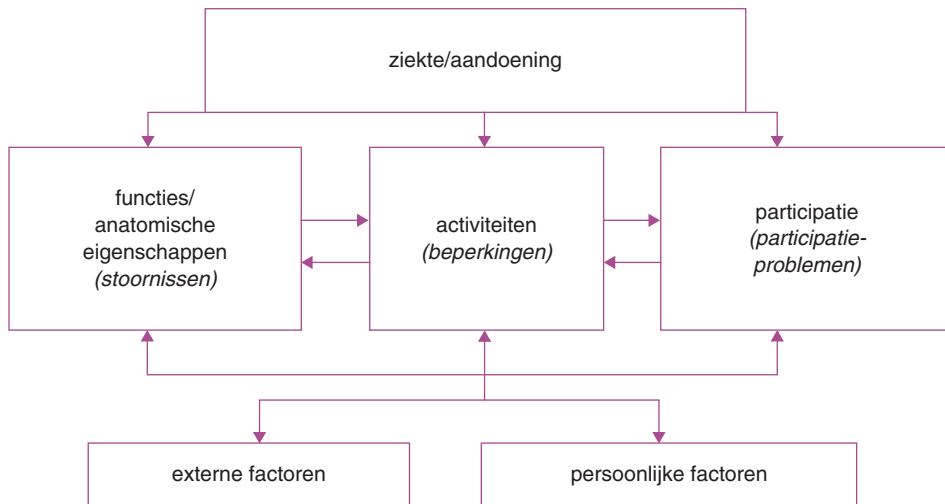
‘Dagelijks functioneren’ wordt meestal gedefinieerd in termen van activiteiten van het dagelijks leven (ADL), zoals wassen, aankleden, eten en bewegen. Maar ook in termen van instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL). Daaronder vallen de activiteiten waardoor iemand zelfstandig kan leven: boodschappen doen, telefoneren, met geld omgaan en reizen, en ook bijvoorbeeld medicijnen innemen. Mensen ervaren de impact die een ziekte, beperking of een behandeling heeft primair in hun dagelijks functioneren. Bij een acute aandoening verandert er van alles en kan iemand plotseling niet meer doen wat hij gewend was. Bij chronische aandoeningen gaan die veranderingen geleidelijker. Hoe mensen kunnen functioneren in relatie tot de ziekte of aandoening is bepalend voor hun welbevinden. Dagelijks functioneren staat niet op zichzelf, maar is een voorwaarde voor het bereiken van doelen die gericht zijn op het eigen welbevinden. Wat wil iemand of waar hecht hij of zij belang aan? De mate waarin een ziekte of aandoening leidt tot beperkingen in het dagelijks functioneren en tot zorgvragen verschilt van persoon tot persoon.

#### ICF

Het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte of dreiging van ziekte kan worden bekeken met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (zie figuur 2.1). (<http://www.who.int/classifications/icf/en>). Het ICF is een bio-psychosociaal model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden. De ICF is een aanvulling op de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

Vanuit ICF-perspectief gezien, is gezondheid een wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving. Patiënten zijn nooit los te zien van hun context. Maatschappelijke verhoudingen, posities en structuren en contextgebonden factoren kunnen invloed hebben op de gezondheidstoestand en het ontstaan, het in stand houden of het chronisch worden van ziekten.

Vanuit het ICF-model beschouwd, richt de gezondheidszorg zich op participatiedoelen. Dat zijn individuele doelen die voor ieder persoon



**Figuur 2.1** Schema International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)

uniek zijn. Doelen die verstoord worden door beperkingen, voortkomend uit ziekten en de daarmee gepaard gaande stoornissen. Dit zijn echter geen op zichzelf staande verbanden, ze worden beïnvloed door externe factoren zoals hoe iemand woont en hoe zijn sociale omgeving eruitziet. Daarnaast spelen persoonlijke factoren een belangrijke rol, zoals kennisniveau, copingstijl, opleidingsniveau en inkomen. Er is veel onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat bijvoorbeeld mensen met een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen minder beperkingen ervaren van ziekte dan mensen met een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Hoe sterk omgevingsfactoren de gezondheidsconditie van mensen bepalen, blijkt onder meer uit de hogere prevalentie van ziekten en beperkingen en uit de kortere levensverwachting die mensen uit lagere sociaaleconomische klassen hebben. Verpleegkundigen zien mensen in hun context en zoeken vanuit die kennis naar mogelijkheden om de situatie te optimaliseren en problemen te voorkomen. Zij doen dit vanuit het perspectief van de samenhang tussen fysieke, sociale en emotionele factoren, zoals beschreven in de WHO-definitie van gezondheid en zoals uitgewerkt in de ICF.

#### 2.4 Kernset van patiëntproblemen

De problemen van mensen waar verpleegkundigen zich in belangrijke mate op richten kunnen geordend worden op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. De problemen van patiënten, zoals verpleegkundi-



<b>Tabel 2.1 Kernset van patiëntproblemen</b>	
<b>LICHAMELIJK</b>	<b>PSYCHISCH</b>
Bedreigde of verstoorde vitale functies (ademhaling, circulatie, hersenfuncties)	Bewustzijnsstoornissen
Koorts	Stemmingsstoornissen
Smetten	Stoornissen in geheugen
Jeuk	Stoornissen in denken en waarnemen, (achterdocht, wanen, hallucinaties)
Wonden	Persoonlijkeitsstoornissen
Pijn	Stoornissen in gedrag (agitatie, agressie, claimen, obsessie, automutilatie)
Vermoeidheid	Angst, paniek
Verlies van eetlust	Stress
Misselijkheid, braken	Verslaving
Gewichtsverlies	Verlies
Gewichtstoename	Rouw
Uitdroging/verstoorde vochtbalans	Onzekerheid
Uitscheidingsproblemen (diarree, obstipatie, overmatige transpiratie, incontinentie)	Kennistekort
	Ineffectieve coping
	Zingevingproblemen
<b>FUNCTIONEEL</b>	<b>SOCIAAL</b>
Tekort zelfmanagement	Seksualiteitsstoornissen
Tekort zelfredzaamheid ADL, IADL, HDL	Participatieproblemen
Zintuiglijke beperkingen	Sociale incompetentie
Verstoorde mobiliteit	Eenzaamheid
Vallen	Gebrek aan sociaal netwerk
Slaap-/waakproblemen	Tekort aan mantelzorg
	Overbelaste mantelzorg

gen die aantreffen in de verschillende velden van de gezondheidszorg, zijn ondergebracht in tabel 2.1. Veel van deze problemen zijn terug te vinden in de verschillende theorieën, modellen en classificatiesystemen, ontwikkeld binnen de verpleegkunde. Er is hier niet gekozen voor één theorie, model of systeem, maar er is gezocht naar de gemeenschappelijke problemen die verpleegkundigen in de dagelijkse

praktijk tegenkomen. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen. Voor de inschatting van het risico, het vroegsignaleren, het herkennen van het probleem, de interventies en de monitoring maakt de verpleegkundige gebruik van kennis van het betreffende probleem in combinatie met kennis van een specifieke ziekte of aandoening.

Bijvoorbeeld: een kind met kanker, een patiënt met een nierziekte en een oude patiënt met een depressie kunnen als primair probleem hebben dat ze moe zijn en daardoor tot niets komen. Het vaststellen van het risico op vermoeidheid zal per ziekte verschillen, maar het signaleren, het herkennen van het probleem en de verpleegkundige interventies en monitoring zullen bij de drie mensen met de verschillende aandoeningen meer overeenkomsten dan verschillen laten zien.

Deze lijst van problemen kan beschouwd worden als 'kernset' van patiëntproblemen in de verpleegkunde. Dat wil niet zeggen dat alles wat verpleegkundigen doen in deze lijst terug te vinden is. Naast deze generieke problemen kunnen verpleegkundigen, afhankelijk van de groep mensen aan wie zij zorg verlenen, te maken krijgen met specifieke problemen. In deze kernset kan het verpleegkundig handelen zichtbaar tot resultaat leiden. De problemen komen voor in alle settings en vrijwel altijd in combinatie.

## 2.5 Klinisch redeneren en preventie

De verpleegkundige verleent zorg op basis van het proces van klinisch redeneren. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Omdat ieder mens anders reageert op ziekte en behandeling, zowel fysiologisch, psychologisch, functioneel als sociaal, maakt de verpleegkundige gebruik van een veelheid aan informatie. Allereerst informatie van de persoon zelf. Om te komen tot een goede probleemstelling, maar meer nog om aard en omvang van de interventie te bepalen, is het kennen van de persoonlijke beleving van de patiënt ten aanzien van het probleem in veel situaties voorwaardelijk. Ook informatie vanuit zijn of haar omgeving en van andere zorgverleners wordt gebruikt in het proces van klinisch redeneren. Dit kan mondelinge informatie zijn, informatie uit observaties en lichamelijk onderzoek, en uit overdrachten en dossiers. Om te weten welke informatie nodig is en hoe die te verkrijgen, beschikt de verpleegkundige over kennis van verschillende vakgebieden. Voor het verzamelen van informatie maakt zij gebruik

van gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten. Vanuit de analyse van deze informatie komt de verpleegkundige tot een waarschijnlijke probleemstelling die richting geeft aan de verdere zorgverlening. Veel verpleegkundigen hebben het proces van klinisch redeneren in meer of mindere mate geïnternaliseerd. De uitkomsten van dit voor hen vrijwel onbewuste proces noemen zij hun 'klinische blik'.

Door klinisch redeneren kan de verpleegkundige de beslissingen die zij of hij neemt beargumenteren en daarover communiceren. Bij de beslissingen betreft de verpleegkundige ook professionele en persoonlijke morele afwegingen. Het gaat immers niet over een waardevrij proces van logisch redeneren, maar om de inzet van moreel verantwoorde professionaliteit en het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid voor de beslissingen.

Het continue, cyclische proces van klinisch redeneren omvat:

### **1. Risico-inschatting**

De verpleegkundige weet op basis van diepgaande kennis welke mensen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van bepaalde problemen. Afhankelijk van de risico-inschatting zal de verpleegkundige in veel situaties preventieve maatregelen in gang zetten.

### **2. Vroegsignalering**

De verpleegkundige weet dat veel problemen zich aandienen met voor tekenen of vroege symptomen, zij kent die en kan daardoor tijdig een probleem signaleren.

### **3. Probleemherkenning**

De verpleegkundige richt zich op een groot aantal problemen die zich bij heel verschillende mensen in heel verschillende situaties kunnen voordoen, variërend van problemen met voeding en uitscheiding tot problemen in de sociale context. Zij kent de uitingsvormen van deze problemen en kan ze objectiveren.

### **4. Interventie**

De verpleegkundige past een groot scala aan interventies toe. Niet alleen interventies die voortkomen uit haar eigen vaststelling van de problemen van een individu en diens sociale context, maar ook interventies die bijvoorbeeld door huisartsen en medisch specialisten, fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten en andere paramedici of door verpleegkundig specialisten worden voorgeschreven.

## 5. Monitoring

De verpleegkundige monitort de werkzaamheid van de interventies, en volgt het beloop van de ziekte, de aandoening of de behandeling.

### RISICOSIGNALERING EN PREVENTIE

Verpleegkundigen zijn voortdurend bezig met het signaleren van risico's en het 'voorkomen van erger'. Dit doen ze door tijdig zaken waar te nemen, door voordat het probleem zich voordoet in te grijpen of door als het probleem aanwezig is te voorkomen dat het verergert. Dit kunnen we samenvatten in het begrip 'preventie', niet alleen in de zin van gezondheidsbevordering en -educatie, maar in brede zin. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is dan wel eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren.

We kunnen preventie indelen in: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) heeft deze indeling gekozen, omdat deze uitgaat van risicodenken in plaats van symptoom-/ziekten denken<sup>[4]</sup>. Daarmee is meer ruimte gecreëerd voor preventieve interventies in het zorgdomein.

Universele preventie is gericht op de bevolking als geheel en heeft tot doel de kans op het ontstaan van risicofactoren of ziekte te verminderen en de gezondheid te bevorderen. Selectieve preventie heeft tot doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren, zodat de gezondheid wordt bevorderd. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie of een behandeling bij een individu met een gedefinieerd verhoogd risico op die ziekte. Zorggerelateerde preventie is gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen, het reduceren van de ziektelast en het tegengaan van complicaties.

Verpleegkundigen voeren alle vormen van preventie uit, waarbij vooral de zorggerelateerde preventie tot het dagelijks werk van vrijwel alle verpleegkundigen behoort.

## 2.6 Resultaten van verpleegkundig handelen

Het verpleegkundig handelen richt zich op versterking van het zelfmanagement (waar mogelijk) van mensen, met het oog op het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte/gezondheid. De beoogde resultaten van het verpleegkundig handelen zullen dus ook geformuleerd moeten worden op het niveau van de kwaliteit van leven of het voorkomen van

verlies, het behoud of het verbeteren van aspecten van het dagelijks functioneren.

Het verpleegkundig handelen heeft in veel situaties direct impact op het beloop van de ziekte en de behandeling. De meeste problemen zijn echter niet enkelvoudig gelinkt aan het verpleegkundig handelen, maar het verpleegkundig handelen is wel medebepalend voor de uitkomsten. Veel van de resultaten van het verpleegkundig handelen kunnen dan ook gedefinieerd worden in termen van het niet optreden van een van de problemen uit de kernset bij patiënten met een verhoogd risico. Veel van wat verpleegkundigen doen, kan gevat worden onder de noemer 'zorggerelateerde preventie'. Hierbij valt te denken aan het voorkomen van pijn, ondervoeding, uitdroging, immobiliteit, incontinentie, intoxicatie, en aan het voorkomen van eenzaamheid, somberheid, overbelasting.

Op het niveau van de individuele patiënt of diens naasten kan de verpleegkundige het gewenste resultaat formuleren, afhankelijk van het risico, de ervaren problemen, de oorzaak van de problemen en de fase waarin het probleem optreedt. Niet bij iedereen is het voorkomen van een probleem haalbaar. Evenmin is het verminderen van een probleem altijd een realistisch doel; soms is het best haalbare resultaat dat het probleem niet verder toeneemt.

Resultaten kunnen ook geformuleerd worden op het niveau van de eenheid van verpleegkundige zorgverlening. Hierbij kan bijvoorbeeld op gezette tijdsintervallen gekeken worden hoe de resultaten zijn en kan op basis hiervan verpleegkundige zorg geëvalueerd worden. Aan resultaten op patiëntniveau kunnen resultaten op zorgniveau gekoppeld worden. Zorgresultaten zijn bijvoorbeeld opnameduur en zorgintensiteit.

De verpleegkundige zorg is op deze wijze niet alleen proces- maar ook resultaatgericht. Goed te monitoren en te evalueren.

Bij de beschrijving van de verpleegkundige 2020 maken we gebruik van de ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Kern van de beroepsuitoefening is de verpleegkundige als zorgverlener (in figuur 3.1 afgebeeld in het midden van de ‘bloem’). Alle andere bekwaamheden raken aan die centrale rol en krijgen er richting door.

De competentiegebieden zijn in dit beroepsprofiel als volgt uitgewerkt:

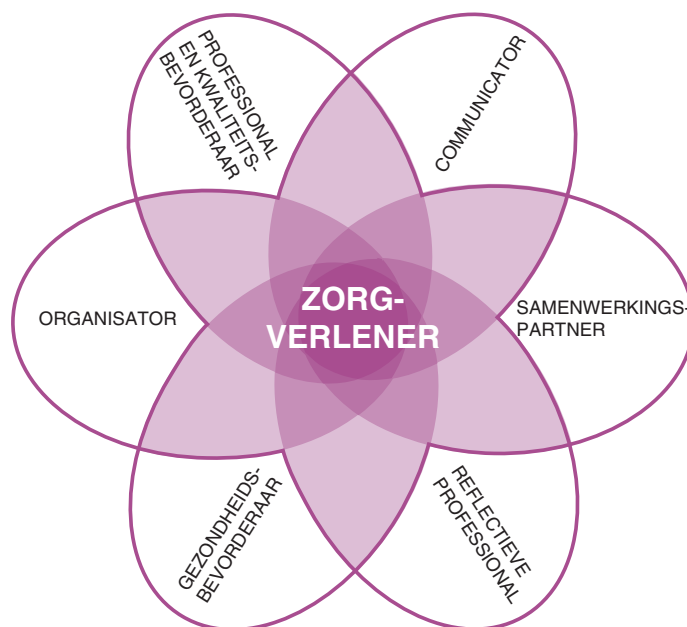
- 1 Vakinhoudelijk handelen: de verpleegkundige als zorgverlener.
- 2 Communicatie: de verpleegkundige als communicator.
- 3 Samenwerking: de verpleegkundige als samenwerkingspartner.
- 4 Kennis en wetenschap: de verpleegkundige als reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap.
- 5 Maatschappelijk handelen: de verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar.
- 6 Organisatie: de verpleegkundige als organisator.
- 7 Professionaliteit en kwaliteit: de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar.

## 3.1 Bekwaamheid, NLQF

Voor het beschrijven van de bekwaamheid van de verpleegkundige gebruiken we de sleutelbegrippen: context, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheden. Als referentiepunt is het NLQF gekozen (zie hoofdstuk 5 bijlage 1).

### 3.1.1 CONTEXT

De context vatten we hier op als de situaties waarin de verpleegkundige haar beroep uitoefent. Die zorgsituaties zijn complex. Complexiteit omvat zowel ‘case complexity’ als ‘patient complexity’.



**Figuur 3.1** Competentiegebieden verpleegkundige in CanMEDS.

### Case complexity

- De ziekte: mate van complexiteit medische problemen.
- De persoon met de ziekte: meer of minder complexe patiënten en meer of mindere mate van (gezondheids)geletterdheid.
- De populatie waarvoor zorg wordt verleend: mate van complexiteit populaties.
- Het zorgstelsel waarin zorg wordt verleend: mate van complexiteit zorgsystemen.

### Patient complexity

- Gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal.
- Problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen, waardoor het beeld gecompliceerd is.
- Wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid.
- Onvoorspelbaarheid, onzekerheid.
- Tempo waarin veranderingen optreden is hoog.
- Routines en richtlijnen ‘passen’ niet.
- Grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende hulpverleners.
- Lage (gezondheids)geletterdheid.

In alle sectoren is een toename te verwachten van de complexiteit van zorg, vooral door toename van het aantal (oude en chronisch zieke) patiënten, de hoeveelheid zorg die patiënten nodig hebben, de diversiteit aan patiënten en het aantal verschillende disciplines dat bij de zorg is betrokken. De toenemende complexiteit van ziekte, patiënten en populatie leidt bovendien tot een hogere werkdruk. Die wordt ook nog eens beïnvloed door personeelsschaarste.

### 3.1.2 ZELFSTANDIGHEID EN PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID

De verpleegkundige heeft in de uitoefening van haar beroep professionele verantwoordelijkheid. Dat houdt zowel in verantwoordelijkheid nemen en dragen als verantwoording afleggen. Verantwoordelijkheid nemen voor de verpleegkundige zorg betekent openstaan voor de behoefte en ervaren problemen van de patiënt en samen nagaan wat in zijn of haar geval ‘goede zorg’ is. Dat kan zorg zijn volgens een actuele richtlijn of routine. Het kan ook zijn dat in dit specifieke geval een andere aanpak beter is. Hier is de kern van de individuele professionaliteit van de verpleegkundige weergegeven: zij is gericht op het goede voor de patiënt. Dat maakt haar professionaliteit moreel geladen. Zij is professioneel als zij zich afvraagt wat voor deze patiënt goede zorg is. En als zij de verantwoordelijkheid wil nemen om van de standaardzorg af te wijken als dat voor deze patiënt nodig is.

Vervolgens moet de zorg waaraan behoefte is ook verleend worden. De verpleegkundige is er verantwoordelijk voor dat zij zelf de zorg verleent op een deskundige manier, of een bekwame collega inschakelt. Naast verantwoordelijkheid nemen en dragen, is verantwoording afleggen onlosmakelijk verbonden met professionaliteit. Dat houdt in dat de verpleegkundige te allen tijde bereid en in staat is om gemaakte keuzen toe te lichten en te onderbouwen. Dit betreft de patiënt en naasten, en de collega’s van eigen en andere disciplines met wie zij in de zorgverlening samenwerkt – soms ook aan de organisatie of aan de beroepsgroep.

#### **Balans van verantwoordelijkheden**

De professionele verantwoordelijkheid omvat drie dimensies: functionele, beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheid. (Commissie Ethiek, 2011; Houtlosser, 2010.)

*Functionele verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de verpleegkundige heeft in de context van de organisatie. Of dat nu een lijnstaforganisatie, een netwerkorganisatie of een vorm van zelforganisatie is. Of een netwerk van zzp’ers – lokaal, regionaal of landelijk.



Organisatorische contexten zijn aan veel verandering onderhevig en de verpleegkundige zal daarin zijn of haar rol en verantwoordelijkheid moeten vinden. In welk verband de verpleegkundige ook werkt, zij zal altijd een opdrachtgever hebben. En welke vorm de organisatie ook aanneemt, er zijn altijd (gedrags)regels, protocollen, meldcodes, visies op zorg, die ook de functionele verantwoordelijkheid van de verpleegkundige bepalen.

*Beroepsmatige verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de verpleegkundige heeft als lid van de beroepsgroep en/of een beroepsorganisatie. Daartoe behoren vanzelfsprekend de kennis en vaardigheden die de verpleegkundige tijdens haar opleiding heeft geleerd. Beroepsorganisaties hebben opvattingen over kwaliteit van zorg en hebben bijvoorbeeld de waarden en normen van de beroepsgroep vervat in de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (NU'91/V&VN, 2007). De beroepsorganisatie voorziet in handreikingen en richtlijnen, die de verpleegkundige behulpzaam zijn bij het vormgeven aan de beroepsmatige verantwoordelijkheid. Daarnaast zijn er vaak ook op lokaal niveau afspraken met beroepsgenoten over wat zij verstaan onder 'goede zorg'.

*Persoonlijke verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die elke verpleegkundige heeft jegens de persoon van de patiënt, in de zorgrelatie. Het gaat om aandachtige betrokkenheid bij de patiënt, door deze bijvoorbeeld met een open mind en respectvol tegemoet te treden. Het vraagt van de verpleegkundige om open te staan voor de zorgbehoefte van de patiënt en de respons van de patiënt op de geboden zorg, en daarop te reageren. Bij de persoonlijke verantwoordelijkheid spelen ook de eigen waarden en normen een rol, die maken dat elke verpleegkundige op een eigen manier de zorg vormgeeft. De eigen waarden en normen bepalen de grenzen van wat voor ieder persoonlijk aanvaardbaar en onaanvaardbaar is in het beroepsmatig handelen.

*Professionele verantwoordelijkheid* is een dynamisch evenwicht tussen deze drie dimensies. In elke zorgsituatie maakt de verpleegkundige zelfstandig een afweging van haar verschillende verantwoordelijkheden en probeert hierin een balans te vinden. Om die balans te kunnen vinden, is het van belang dat de verpleegkundige over kennis en vaardigheden beschikt om die afwegingen te maken.

### 3.2 Kennis en vaardigheden

Hierna beschrijven we elk competentiegebied apart, met (op hoofdlijnen) de kennis, vaardigheden en houding die van de verpleegkundige gevraagd wordt. Hoewel de competentiegebieden apart van elkaar zijn

beschreven, zijn zij onlosmakelijk met elkaar verbonden, met dat van de zorgverlener als kern van de beroepsuitoefening.

#### DE VERPLEEGKUNDIGE ALS ZORGVERLENER

Als zorgverlener is de verpleegkundige gericht op het versterken van het zelfmanagement van mensen in hun sociale context, waar mogelijk. Verplegen omvat: het vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige zorg door middel van klinisch redeneren; therapeutische interventies en persoonlijke verzorging; informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak; lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van de patiënt. In dit proces richt de verpleegkundige zich op risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. Omdat ieder mens anders reageert op (dreigende) ziekte en behandeling, zowel lichamelijk, psychologisch, functioneel als sociaal, maakt de verpleegkundige gebruik van een veelheid aan informatie. Allereerst informatie van de persoon zelf, van zijn omgeving en van andere zorgverleners. Dit kan mondelinge informatie zijn, informatie uit observaties en lichamelijk onderzoek, en uit overdrachten en dossiers. De problemen van patiënten, zoals verpleegkundigen die in alle contexten tegenkomen, betreffen vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale (zie paragraaf 2.4). Naast deze ‘generieke’ problemen zijn er altijd ook specifieke. Als zorgverlener is de verpleegkundige zelfstandig bevoegd voor de volgende in de Wet BIG genoemde voorbehouden handelingen: injecties, katheterisaties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. De zelfstandige bevoegdheid geldt voor zover wordt gehandeld binnen de in regelgeving gestelde begrenzingen. Voor andere voorbehouden handelingen geldt een zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid (functionele zelfstandigheid), zoals omschreven in het Besluit functionele zelfstandigheid.

#### Kennis

- Heeft kennis en basisprincipes uit de anatomie, fysiologie, pathologie en farmacologie paraat.
- Heeft kennis van ontwikkelingspsychologie, levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en copingstijlen.
- Kent de theoretische modellen achter haar activiteiten en interventies.
- Heeft kennis van bronnen van het verpleegkundig handelen, actuele richtlijnen en professionele standaarden.

### Vaardigheden en attitude

- Kan informatie verzamelen op diverse manieren, deze informatie analyseren en interpreteren.
- Is in staat om op basis van klinisch redeneren de verpleegkundige zorg vast te stellen, gericht op het handhaven of (opnieuw) verwerven van het zelfmanagement van de patiënt en diens naasten.
- Kan risico's inschatten, problemen vroegtijdig signaleren, interventies kiezen en uitvoeren, het verloop monitoren en de resultaten evalueren bij zorgproblemen in de vier gebieden van het menselijk functioneren.
- Is in staat te werken volgens richtlijnen en daar beargumenteerd vanaf te wijken als de situatie, de wensen van de patiënt of eigen professionele of morele afwegingen daartoe aanleiding geven.
- Kan de patiënt ondersteunen bij persoonlijke verzorging en deze waar nodig overnemen. Kan alle voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren, met inachtneming van de eigen bevoegdheid en bekwaamheid.
- Houdt in haar handelen rekening met de wensen, behoeften en privacy van de patiënt en diens naasten.

### DE VERPLEEGKUNDIGE ALS COMMUNICATOR

Patiënten hebben regie over en verantwoordelijkheid voor hun eigen leven en gezondheid – binnen de mogelijkheden en omstandigheden van elk individu afzonderlijk. Van de verpleegkundige vraagt dit een goed inschattingsvermogen van de informatiebehoefte die de patiënt heeft. Zij houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren van de patiënt en diens naasten, zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis en begripsniveau, emotie, copingstijl en draagkracht. Het gaat om communiceren 'op maat', met een groot inlevingsvermogen en op een open en respectvolle manier. De verpleegkundige is zich bewust van de impact van haar verbale en non-verbale communicatie. Ze verifieert de uitkomsten van haar communicatie bij de patiënt en diens naasten. De communicatie met patiënten die zich verbaal of non-verbaal niet goed kunnen uiten, is complex en vraagt bijzondere aandacht. Het moeilijk kunnen interpreteren van zorgvragen door een gebrek aan verificatiemogelijkheden bij de patiënt kan leiden tot extra complicaties.

De verpleegkundige heeft ook te maken met mondige patiënten, die zich van tevoren uitgebreid hebben geïnformeerd (vaak via internet). Samen met de patiënt gaat de verpleegkundige na welke informatie betrouwbaar en van toepassing is en welke niet. Technologische mogelijkheden maken het de verpleegkundige mogelijk om niet alleen

face-to-face, maar ook op afstand te communiceren met patiënten. ICT is ondersteunend aan het persoonlijk contact, vervangt dat niet. De verpleegkundige is actief en vaardig op internet en gebruikt sociale media op integere en professionele wijze.

### **Kennis**

- Heeft kennis van communicatieniveaus (inhoud, procedure, proces).
- Kent de belangrijkste gesprekstechnieken.
- Kent verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en empowerment.
- Is op de hoogte van de nieuwste toepassingen van ICT.

### **Vaardigheden en attitude**

- Kan communiceren op inhouds-, procedure- en procesniveau en soepel schakelen tussen deze niveaus.
- Is in staat zich in te leven in patiënten en hun naasten.
- Kan gesprekstechnieken toepassen, passend bij de patiënt en het niveau van communicatie: luisteren, vragen stellen, samenvatten en parafraseren, spiegelen, gevoelsreflecties geven.
- Is zich bewust van de effecten van eigen verbale en non-verbale uitingen.
- Kan vaktaal in gewone mensentaal omzetten.
- Heeft in gesprekken met patiënten en hun naasten een open en respectvolle houding.
- Kan uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk.
- Kan adviezen geven en de patiënt instrueren en motiveren.
- Is digitaal vaardig, is thuis op het internet en maakt professioneel gebruik van sociale media.

### **DE VERPLEEGKUNDIGE ALS SAMENWERKINGSPARTNER**

De verpleegkundige handelt vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevend. Zij deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten. Dat vergt permanente onderlinge afstemming, om te voorkomen dat de zorg gefragmenteerd raakt. Zij geeft in samenwerking vorm aan het ontwikkelen van beleid met betrekking tot de individuele patiëntenzorg over de grenzen van de individuele zorgorganisatie. Zij doet dit vanuit het perspectief van de continuïteit van de zorg voor het individu. De verpleegkundige werkt daarnaast over de grenzen van gezondheidszorgorganisaties heen, met onder meer woningbouw-

verenigingen, politie, ouderensoos, wijkcentra, kerken en moskeeën, buurtregisseurs, scholen, kinderdagverblijven, kunstenaars. Via deze samenwerking spoort zij ook zorgmijders op en mensen met (dreigende) gezondheidsproblemen. De verpleegkundige in de wijk/buurt bereikt iedereen die zorg behoeft, niet alleen op indicatie.

De verpleegkundige is vanuit het perspectief van de ondersteuning van het zelfmanagement in eerste termijn gericht op de samenwerking met de patiënt en diens naasten. Zij is zich bewust van het belang van deze relatie als basisvoorwaarde voor de verpleegkundige zorgverlening. De verpleegkundige ondersteunt en begeleidt de mantelzorg of (waar mantelzorg ontbreekt) het sociale netwerk. In het kader van de samenwerking legt de verpleegkundige de informatie, die nodig is om de juiste zorg te kunnen geven, schriftelijk of digitaal vast en houdt een adequate statusvoering bij. Draagt de zorg ook mondeling over naar collega's van eigen en andere disciplines.

### Kennis

- Heeft kennis van visies op samenwerken en kent actuele standaarden en handreikingen daarin.
- Heeft kennis van samenwerkingsprocessen, zoals groeps- en teamvorming, teamrollen, groepsdynamica en geven en ontvangen van feedback.
- Heeft kennis van de samenwerkingspartners (rollen, deskundigheid en bevoegdheden).
- Is op de hoogte van ketenprocessen en de organisatie van de zorg in de eigen regio.
- Is bekend met (potentiële) samenwerkingspartners buiten de zorg.
- Heeft kennis over doeltreffende en doelmatige verslaglegging en overdracht, inclusief het gebruik van ICT en wet- en regelgeving in dezen.

### Vaardigheden en attitude

- Kan samenwerken met patiënten, hun naasten en mantelzorgers.
- Kan patiënten, hun naasten en mantelzorgers steunen en hen waar nodig verwijzen.
- Kan haar visie op samenwerken formuleren en naar voren brengen.
- Kan in teams en samenwerkingsprocessen haar bijdrage leveren en zichzelf positioneren, confrontaties en verschil van mening daarbij niet schuwen.
- Is in staat in het samenwerkingsproces rekening te houden met verschillende perspectieven, van collega's, patiënten en hun naasten en weet hier op professionele en respectvolle wijze mee om te gaan.

- Kan efficiënt en effectief verslagleggen, overleggen en overdragen.
- Is in staat te handelen vanuit een gelijkwaardige, collegiale en open houding met patiënten, hun naasten, met collega's, in het multidisciplinaire team en met andere samenwerkingspartners.

#### DE VERPLEEGKUNDIGE ALS REFLECTIEVE 'EBP'-PROFESSIONAL

Het handelen van de verpleegkundige in de praktijk wordt in toeneemende mate ondersteund door resultaten vanuit onderzoek (evidence-based practice; EBP). De verpleegkundige streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn.

Zij neemt kennis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek en past die waar mogelijk toe in de beroepspraktijk. Zij participeert in onderzoek van specialisten en onderzoekers (verpleegkundig, medisch, psychosociaal en/of paramedisch). De verpleegkundige werkt permanent aan de ontwikkeling van haar deskundigheid en levert een bijdrage aan die van collega's. De verpleegkundige leert via formele leertrajecten, én dagelijks op de werkplek. Bijvoorbeeld door casusbesprekingen, intervisie, klinische lessen en intercollegiale toetsing. Levenslang leren is een constante in haar loopbaan. Zij is transparant over haar persoonlijke en professionele ontwikkeling en houdt dit bij (in kwaliteitsregister, portfolio). De verpleegkundige coacht (aankomend) verpleegkundigen en fungeert als rolmodel. Zij signaleert tekorten aan kennis in de beroepspraktijk en onderneemt dan actie. De verpleegkundige heeft een reflectieve beroepshouding, dat wil zeggen dat zij de keuzen die zij maakt en de beslissingen die zij neemt zorgvuldig overdenkt: inhoudelijk, procesmatig en moreel/ethisch. De medische mogelijkheden zijn groot; er wordt vroeg ingegrepen en lang doorbehandeld. De verpleegkundige speelt een grote rol in het vinden van antwoorden op ethische vragen die dit oproept: hoe verhoudt (door)behandelen zich tot de kwaliteit van leven? De verpleegkundige is zich bewust van het feit dat alle keuzen in de zorg niet los gezien kunnen worden van een moreel-ethische context. Zij is zich bewust van haar eigen morele kader van waaruit zij handelt en de impact die dat heeft op de zorgverlening.

#### Kennis

- Heeft kennis van de principes van EBP.
- Heeft elementaire kennis van methoden van onderzoek.
- Heeft kennis van actuele thema's en ontwikkelingen in het eigen vakgebied.

- Is op de hoogte van toepassingen op het gebied van kennisontwikkeling en -deling.
- Kent de principes van reflectieve praktijkvoering.
- Heeft kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen.
- Heeft kennis van de moreel-ethische context van de zorgverlening.

### Vaardigheden en attitude

- Houdt vakliteratuur bij. Weet informatie op internet snel op te zoeken.
- Kan participeren in (praktijk)onderzoek.
- Ontwikkelt zich door zelfreflectie en zelfbeoordeling van eigen resultaten.
- Kan het eigen functioneren waarderen en kritisch benaderen; kan het eigen functioneren en ervaringen bespreekbaar maken met collega's, aankomende verpleegkundigen en patiënten.
- Kan feedback van collega's en leidinggevenden ontvangen en integreren in haar handelen.
- Kan collega's en studenten feedback geven op hun handelen en professioneel gedrag.
- Kan ethische vraagstukken en zingevingsvraagstukken bespreken met collega's en patiënten.
- Kan patiënten en hun naasten ondersteunen bij het nemen van beslissingen inzake de behandeling, zoals het al of niet voortzetten van een behandeling (specifiek rond het levenseinde).
- Is zich bewust van eigen morele en ethische waarden en kan hier professioneel naar handelen.
- Is in staat te fungeren als rolmodel voor (aankomend) verpleegkundigen.

### DE VERPLEEGKUNDIGE ALS GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

De verpleegkundige beweegt zich in een maatschappij en zorgsector, waarin het denken in termen van zorg en ziekte verschuift naar denken in gedrag en gezondheid. De verpleegkundige draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van mensen door het ondersteunen van hun zelfmanagement. Waar mogelijk betreft de verpleegkundige de naasten en/of mantelzorg actief, waar mantelzorg ontbreekt legt zij contact met of initieert zij een sociaal netwerk rondom de patiënt. Zij houdt daarbij rekening met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl. Daarnaast richt zij zich op de omgeving van de patiënt, op groepen patiënten en op andere professionals of instanties, of gemeenten. De verpleegkundige benadert mensen met hoge risico's

op gezondheidsproblemen actief. Zij beïnvloedt de leefstijl en gezond gedrag van burgers en patiënten, in de context waarin zij werkt.

### **Kennis**

- Heeft kennis van epidemiologie.
- Heeft kennis van preventie en gezondheidsvoorlichting, gezondheids- en gedragsdeterminanten.
- Heeft kennis van de principes van zelfmanagement, leefstijlen, gedrag en manieren van gedragsbeïnvloeding.
- Is bekend met manieren waarop gezond gedrag gestimuleerd kan worden.
- Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen van gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.

### **Vaardigheden en attitude**

- Kan gegevens verzamelen in brede context, gericht op vroegsignalering en risicobeoordeling.
- Kan interventies uitvoeren inzake individuele en collectieve preventie en gezondheidsvoorlichting.
- Heeft vaardigheden op het gebied van outreachende zorg en bemoeizorg.
- Is in staat het sociaal netwerk rond een patiënt te versterken.
- Toont respect voor de opvattingen van patiënten en hun naasten over gezondheid en ziekte.
- Houdt rekening met persoonlijke factoren, wensen en behoeften van groepen mensen, patiënten en hun naasten.
- Kan meedenken met beleidsmakers en voorstellen doen voor noodzakelijke programma's.
- Kan participeren in individuele en collectieve/groepsgerichte preventie.

### **DE VERPLEEGKUNDIGE ALS ORGANISATOR**

De verpleegkundige werkt als professional in verschillende sectoren van de zorg. Zij is ondernemend en initiatiefrijk, werkzaam in grote organisaties of in zelfsturende, kleinschalige teams, of als zelfstandig beroepsbeoefenaar. Binnen de verschillende contexten overziet en begrijpt zij de financieel-economische en bedrijfsmatige belangen die bij de patiëntenzorg spelen. Zij voelt zich medeverantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Zij gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om. Zij neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken, beleid (prioritering) en middelen voor de individuele patiëntenzorg.



De verpleegkundige heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Zij houdt alle ontwikkelingen rondom de patiënt bij en zoekt samen met hem of haar naar oplossingen. Daarmee wordt fragmentatie van zorg voorkomen, de complexiteit goed ingeschat en de juiste professional ingeschakeld. Zij heeft ook invloed op indicering van de zorg.

De organisatie en coördinatie van de zorg is niet denkbaar zonder de mogelijkheden van ICT. De verpleegkundige past de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe, biedt zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de patiënt. De verpleegkundige neemt verantwoordelijkheid naar de organisatie waarin of waarmee zij werkt. Ze bewaakt de patiëntveiligheid, meldt fouten en incidenten, signaleert en rapporteert mogelijkheden tot verbetering van de zorgverlening. De verpleegkundige speelt een actieve rol bij het inrichten van een aantrekkelijke werkomgeving.

### **Kennis**

- Kent verschillende organisatievormen en principes uit de organisatiekunde.
- Heeft bedrijfsmatig en zakelijk inzicht en kennis van de bekostiging van de zorg.
- Heeft kennis van de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën.
- Weet hoe het beleid van een organisatie te beïnvloeden is.

### **Vaardigheden en attitude**

- Kan de zorg rondom patiënten, tussen disciplines en organisaties coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen.
- Is in staat beslissingen te nemen over beleid (prioritering) en middelen voor de individuele patiëntenzorg.
- Gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om.
- Neemt (gedrags)regels en protocollen in acht, die horen bij de functionele verantwoordelijkheid.
- Is zeer vaardig op het gebied van informatie- en communicatietechnologie en staat open voor innovaties op dit gebied.
- Levert een bijdrage aan de patiëntveiligheid en het werkklimaat binnen de organisatie.

## DE VERPLEEGKUNDIGE ALS PROFESSIONAL EN KWALITEITSBEVORDERAAR

De verpleegkundige levert zorg passend binnen de geldende wet- en regelgeving. De verpleegkundige monitort, meet en screent haar zorg systematisch, met het oog op kwaliteitsverbetering. Waar mogelijk werkt de verpleegkundige evidence based, en volgt kritisch wat werkt. Zij monitort resultaten, zowel op het niveau van individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin zij werkt, en stuurt waar nodig bij. Zij kan afwegingen maken tussen prijs en kwaliteit, om kostenbewust te werk te gaan. Zij levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie.

Veel zorg is geprotocolleerd en gestandaardiseerd. De verpleegkundige is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van standaarden. Signaleert het ontbreken van standaarden en protocollen op relevante gebieden en brengt dit onder de aandacht van de eigen organisatie en van de beroepsvereniging van verpleegkundigen. Als lid van de beroepsgroep/beroepsorganisatie beïnvloedt de verpleegkundige samen met vakgenoten de beeldvorming en het positieve imago van het beroep, laat zien waar het beroep voor staat en wat de verpleegkundige bijdrage aan de zorg is.

De verpleegkundige heeft visie, bevologenheid, betrokkenheid. Zij vindt het een uitdaging om met mensen te werken, toont respect en oprechte interesse, heeft aandacht voor het unieke van ieder mens.

De verpleegkundige heeft een verantwoordelijke en assertieve beroepshouding. Verpleegkundigen spreken elkaar aan op professioneel gedrag: complimenteren en waarderen elkaar, geven elkaar feedback, reflecteren samen.

### Kennis

- Kent de wet- en regelgeving die van toepassing is op de verpleegkundige beroepsuitoefening en de context waarin zij werkzaam is.
- Heeft kennis van monitoring van resultaten van zorg.
- Heeft kennis van actuele richtlijnen en professionele standaarden.
- Heeft kennis van kwaliteitskaders en professioneel en persoonlijk leiderschap.
- Kent de eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep (beroepscode).
- Kent de grenzen van het persoonlijke en professionele handelen (persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid).

**Vaardigheden en attitude**

- Kan resultaatgericht, effectief en efficiënt werken.
- Kan haar visie op kwaliteit van zorg in begrijpelijke bewoordingen naar voren brengen.
- Houdt zich als lid van de beroepsgroep aan de verpleegkundige beroepscode, regels uit de organisatie en wetgeving.
- Kan omgaan met spanningsvelden, zoals zakelijkheid-betrokkenheid en afstand-nabijheid.
- Is een assertieve en zelfbewuste beroepsbeoefenaar, ambassadeur van het vak.
- Spreekt collega's en aankomend verpleegkundigen aan op (on)professioneel gedrag.
- Kan de eigen grenzen van haar bevoegdheid en bekwaamheid aangeven bij collega's en patiënten.

Bij het uitvoeren van de rollen die in de vorige hoofdstukken zijn beschreven, is de werkomgeving van de verpleegkundige van grote invloed. Talloze verpleegkundigen hebben zorginstellingen verlaten omdat zij vonden dat zij hun rol niet langer naar behoren konden uitvoeren, door de te grote nadruk die de instelling legde op productie en kostenbesparing. Velen verlieten de zorg, maar er waren ook verpleegkundigen die verder gingen als zzp'er, of die bij een organisatie als Buurtzorg gingen werken, waar aan hun behoefte aan kwaliteit naar hun oordeel beter tegemoet werd gekomen. Om voor de toekomst zo veel mogelijk verpleegkundigen voor de zorg te behouden alsmede voor nieuwe generaties verpleegkundigen is een stimulerende werkomgeving van cruciaal belang.

Er zijn veel goede voorbeelden van werkcontexten, waarin er evenwicht en samenspel is – ook in de zorg. Al in het begin van de jaren '80 werd er onderzoek gedaan naar de aantrekkingskracht en het behoud van verpleegkundigen in ziekenhuizen (McClure e.a., 1983). De deelnemende ziekenhuizen werden geselecteerd op hun reputatie voor uitzonderlijke resultaten:

- a de instelling was succesvol in het aantrekken en behouden van verpleegkundigen;
- b de verpleegkundigen vonden dat de instelling een goede werkgever was;
- c de verpleegkundigen vonden de instelling een goede plek om het beroep uit te oefenen: de kwaliteit van de zorg was goed.

Vanwege de aantrekkingskracht die deze zorgorganisaties hadden op verpleegkundigen werden zij 'magneetziekenhuizen' genoemd.

## 4.1 Kenmerken van een uitnodigende werkomgeving

Geïnspireerd door het magneetconcept in de Verenigde Staten ontwikkelen V&VN en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

(NPCF) excellente zorg. Excellente zorg staat voor de beste zorg aan patiënten en bewoners. ‘Geboden door de verpleegkundigen en verzorgenden die met overgave, volgens de laatste stand van de wetenschap hun werk doen.’ Doordat alle kennis en passie tot uiting komt, ligt het ziekteverzuim en het verloop van zorgprofessionals laag (website V&VN).

De volgende kenmerken zijn voor verpleegkundigen (en verzorgenden) essentiële voorwaarden om excellente zorg te verlenen:

- 1 werken met vakbekwame collega’s;
- 2 goede werkrelatie met de artsen;
- 3 autonomie;
- 4 support van de direct leidinggevende;
- 5 zeggenschap over de beroepsuitoefening;
- 6 mogelijkheden voor leren en ontwikkeling;
- 7 voldoende personeel;
- 8 een patiëntgerichte zorgcultuur.

De acht magneetkenmerken zijn ontleend aan een reeks van onderzoeken van Kramer en Schmalenberg (2004). Hierna volgt een beknopte (geactualiseerde) toelichting op elk van de kenmerken.

#### *Werken met vakbekwame collega’s*

In een aantrekkelijke werkomgeving kunnen verpleegkundigen met vakbekwame collega’s werken. Extra vakbekwaamheid wordt erkend, gewaardeerd en beloond. De personeelsbezetting is gebaseerd op de vakbekwaamheid van de verpleegkundigen, en in de organisatie werkt men doelgericht aan het vergroten van de vakbekwaamheid.

#### *Goede werkrelatie met artsen*

In een aantrekkelijk werkomgeving worden voorwaarden gecreëerd voor goede werkrelaties tussen verpleegkundigen en artsen. Voor arts kan ook gelezen worden: psychiater, verpleeghuisarts, huisarts of andere behandelaar of behandelverantwoordelijke met wie de verpleegkundigen te maken krijgen.

#### *Autonomie*

In een aantrekkelijke werkomgeving hebben verpleegkundigen professionele autonomie en verantwoordelijkheid – in verbinding met de organisatie.

### **Support van leidinggevende**

In een aantrekkelijke werkomgeving zijn leidinggevenden (of eerst-verantwoordelijken voor zorg) zichtbaar, beschikbaar en toegankelijk. Zij bevorderen de persoonlijke en professionele groei van de verpleegkundigen.

### **Zeggenschap over de beroepsuitoefening**

In een aantrekkelijke werkomgeving hebben verpleegkundigen zeggenschap over de beroepsuitoefening. In de organisatie wordt brede participatie van verpleegkundigen bevorderd en erkend.

### **Mogelijkheden voor leren en loopbaanontwikkeling**

Verpleegkundigen vinden loopbaanmogelijkheden een zeer belangrijke voorwaarde voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Bij loopbaanmogelijkheden kan onder meer gedacht worden aan verticale doorstroom naar hogere functies, en aan horizontale functiedifferentiatie, waarbij men zich specialiseert in het werken met een bepaalde groep patiënten. Loopbaanmogelijkheden worden daarnaast verruimd als doorstromen van mbo- naar hbo-opleidingen wordt gefaciliteerd.

### **Voldoende personeel**

In een aantrekkelijke werkomgeving is de verpleegkundige-patiëntratio afgestemd op de zorgzwaarte of de complexiteit van de zorg. De zorgorganisatie voert een actief beleid om de werkdruk van verpleegkundigen op een werkbaar niveau te houden.

### **Patiëntgerichte cultuur**

In een aantrekkelijke werkomgeving bestaat een patiëntgerichte cultuur. Verpleegkundigen zijn actief betrokken bij de vormgeving daarvan.

## **4.2 Rol zorginstellingen, werkgevers**

Werkgevers zijn zich scherp bewust van de schaarste op de arbeidsmarkt en van de noodzaak om professionals ruim baan te geven in de beroepsuitoefening (zie bijv. ActiZ, 2011; AWWN, FNV Bondgenoten, CNV Vakmensen, De Unie, 2011). In de arbeidsmarktagenda voor de zorg (2010) spreekt de vereniging Brancheorganisaties Zorg (BoZ) de ambitie uit een duurzaam evenwicht te realiseren tussen vraag en aanbod op de zorgarbeidsmarkt. Kwantitatief, maar ook kwalitatief. Enkele belangrijke punten van deze agenda waarin professionals en werkgevers elkaar kunnen ontmoeten:

- de bureaucratie en administratieve lasten van regelgeving en toezicht worden tot een minimum beperkt;
- de zeggenschap van de professional in de zorg- en dienstverlening is vergroot en biedt alle ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid;
- er wordt zo veel mogelijk gebruikgemaakt van ICT en robottechnologie voor innovatie van zorg-, technische en logistieke processen;
- professionals worden ingezet op een manier die optimaal aansluit bij hun bekwaamheid;
- werken in de zorg heeft het imago van werken in een professionele en ondernemende organisatie, goed georganiseerd en met nadruk op professionele ontwikkelingsmogelijkheden;
- voor iedere professional zijn er horizontale en/of verticale loopbaanmogelijkheden;
- professionals krijgen volop gelegenheid om scholing en opleiding te volgen;
- het werkveld is leidend bij het vormgeven van de beroepsopleiding zodat de aansluiting tussen onderwijs en praktijk goed is;
- leerplekken zijn innovatief ingericht, leren is vernieuwen.

### 4.3 De werkplek als leeromgeving

De agenda van de werkgevers is uitnodigend voor professionals. Zeker op het gebied van leren en ontwikkelen is er nog een wereld te winnen. Het ontwikkelbeleid in zorgorganisaties kent nog veel klassieke trekken. De traditionele kennisoverdracht scoort nog heel hoog (Biemans, 2011). Leren en ontwikkelen vindt voornamelijk plaats door opleidingen, seminars en conferenties – weg van de werkplek. Nieuwere leer vormen op de werkplek verdienen meer aandacht, zoals ‘participeren’ (leren door uitwisseling en dialoog) en ‘ontdekken’ (informeel leren en leren door zelfsturing). Juist de minder formele ontwikkelstrategieën passen goed bij een flexibeler personeelsbestand.

Verbeteringen en vernieuwingen in het werk komen niet tot stand zonder dat medewerkers (professionals, leidinggevenden) leren. Vaak gaat het daarbij om leerprocessen die plaatsvinden in het dagelijks werk. Het is van belang deze leerprocessen op te sporen, expliciet te maken, en ze te bevorderen, zodat de dagelijkse werkomgeving ook een leeromgeving wordt, waarin leren en werken samenvallen (Grotendorst e.a., red., 2007; Kessels, 2001). Hebben de teams, heeft de organisatie het vermogen om mensen tot leren te ‘verleiden’? Kennis uitwisselen en ontwikkelen op de werkplek is voor zorgorganisaties van levensbelang. Hoe kan de aanwezige kennis productief worden gemaakt? Hoe

kan daarmee de zorgverlening worden verbeterd? Een lerende organisatie is een organisatie, waarin kennis en bekwaamheid van de professionals productief wordt gemaakt voor zorginnovatie.

#### 4.4 Een krachtige beroepsvereniging

Beroepsverenigingen spelen een cruciale rol in de professionalisering van ieder beroep. Zij komen op voor de belangen van de beroepsgroepen in de relaties met overheden, branche- en werkgeversorganisaties, leveren een bijdrage aan de kwaliteit van het vak en spelen in op specifieke wensen van de leden. Lange tijd kenden de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden voor alle specialismen een eigen vereniging. In 2006 hebben de belangrijkste spelers hun krachten gebundeld in Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Dit was een noodzakelijke en cruciale stap om, in een tijdperk van fusies van zorginstellingen en een steeds grotere focus op efficiency en bedrijfsvoering, het eminente maatschappelijke belang van de verplegende en verzorgende beroepen zichtbaarder te maken.

Op centraal niveau is sindsdien veel energie besteed aan, onder meer, het realiseren van de intrede in de zorg van de verpleegkundig specialist, de totstandkoming van een systeem van kwaliteitsregistratie en het uitbouwen van de ontmoetingsfunctie binnen de vereniging. In 2010 is V&VN verder versterkt door de fusie met Sting (beroepsvereniging voor verzorgenden) en het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging). Naast V&VN is nog een andere beroepsorganisatie actief in de sector V&V: NU'91.

V&VN is sinds de oprichting uitgegroeid tot een gezaghebbende speler in de gezondheidszorg in Nederland, en wel op alle niveaus: het microniveau van individuele beroepsbeoefenaren, het mesoniveau van de zorginstellingen en het macroniveau van belangrijke partners als overheid, onderwijsinstellingen en werkgevers- en brancheorganisaties. Dit blijkt onder meer uit het uitgebreide aanbod van na- en bijscholing voor beroepsbeoefenaren en instellingen, het door de vereniging ontworpen en gefaciliteerde Kwaliteitsregister V&V, het feit dat V&VN in de media en relevante fora binnen en buiten de zorg toenemend fungeert als dé vertegenwoordiger van de beroepsgroepen, en uit innovatieve, toekomstgerichte projecten als Excellente Zorg (zie paragraaf 4.1) en V&V 2020, die V&VN uitvoert in opdracht van – en veelal gefinancierd door – het ministerie van VWS.

De vraag naar zorg neemt de komende jaren in kwantitatief en in kwalitatief opzicht sterk toe. Verpleegkundigen, zorgkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten spelen in de samenleving nu reeds



een grote rol; deze rol zal de komende jaren alleen nog maar toenemen. Een belangrijk accent komt daarbij te liggen op de rol die deze zorgverleners kunnen spelen in de sfeer van preventie en het bijdragen aan meer zelfmanagement van de burger. Het verlenen van basiszorg blijft daarnaast één van de belangrijkste kerntaken van de verpleegkundige en de verzorgende.

De optimale positionering van de beroepsbeoefenaren, op maatschappelijk, economisch en professioneel gebied, vormt de belangrijkste doelstelling van V&VN. Concreet betekent dit dat de vereniging ertoe wil bijdragen dat verpleegkundigen, zorgkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in alle vakgebieden hun cruciale (en waar mogelijk: coördinerende) rol kunnen vervullen.

Bij het beschrijven van de bekwaamheid van de verpleegkundige artikel 3 Wet BIG is het Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren (European Qualifications Framework for Life Long Learning, afgekort EQF) als referentiepunt gekozen. Om een goede koppeling van de Nederlandse situatie aan het EQF mogelijk te maken, is een nationaal kwalificatiekader ontwikkeld, het NLQF.

### WAT IS HET NLQF?

Het Nederlands kwalificatiekader (NLQF) is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus in Nederland van basis-educatie niveau 1 tot en met het doctoraat. Kwalificaties worden ingeschaald in de niveaus van het NLQF en krijgen daarmee een niveau-aanduiding. Het NLQF is een nieuwe beschrijving van de Nederlandse kwalificatieniveaus, het is geen herziening van het Nederlands onderwijsstelsel. Het kader is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap en tot stand gekomen in nauwe samenwerking met experts en stakeholders op het terrein van onderwijs en opleiding. Het kader bestaat uit een instroomniveau gevolgd door 8 niveaus (tabel 5.1). Waarbij niveau 1 het minst complex en niveau 8 het meest complex is.

Het NLQF verhoogt de transparantie in de wereld van opleiding en training in Nederland, maar doet ook veel niet. Het is geen herziening van het Nederlandse onderwijsstelsel. Een NLQF-niveau-aanduiding geeft geen recht op titels of graden. NLQF-niveaus zijn niet gebonden aan onderwijssectoren. In- en doorstroomrechten worden niet geregeld in het NLQF.

Het Nederlandse kwalificatiekader biedt de mogelijkheid aan aanbieders van niet door de overheid gereguleerde kwalificaties om hun opleidingsprogramma's en kwalificaties te laten inschalen in een niveau van het NLQF. Hiervoor zijn de benodigde procedures en criteria ontwikkeld. Het NLQF heeft als doel om de arbeidsmobiliteit te vergemakkelijken door inzicht te geven in de niveaus van alle bij het

Nationaal Coördinatiepunt NLQF opgenomen kwalificaties in het NCP-register. Daarnaast vormt het een stimulans om de deelname aan een leven lang leren te vergroten.

#### SLEUTELBEGRIPPEN VOOR NIVEAUBESCHRIJVING

Voor beschrijving van de niveaus gebruikt men de sleutelbegrippen: context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

##### Context

De contextbeschrijving is samen met de kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden.

##### Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid

Het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen.

##### Kennis

Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het verpleegkundig beroep (en de deskundigheidsgebieden).

##### Vaardigheden

Cognitieve vermogens (logisch, intuïtief en creatief denken) en praktische vermogens (psychomotorische vaardigheden in toepassing van methodes, materialen, hulpmiddelen en instrumenten), om binnen een gegeven context:

- kennis te reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
- problemen te herkennen en op te lossen;
- zich te kunnen ontwikkelen als beroepsbeoefenaar, zelfstandig of met begeleiding;
- informatie te verkrijgen, verzamelen, verwerken, combineren, analyseren en beoordelen;
- te communiceren op basis van in de werk-/beroepscontext geldende conventies.

Tabel 5.1 EQF/NLQF in schema					
EQF NLQF	Volwasseneneducatie	Vmbo	Mbo	Havo/Vwo	Ho
8					Doctoraat
7					Master
6					Bachelor
5	Vavo-Vwo			Vwo	Associate Degree
4	Vavo-Havo		Mbo-4	Havo	
3			Mbo-3		
2	Vavo-vmbo tl BasisEdu. 3	Vmbo kb, gl en tl	Mbo-2		
1	BasisEdu. 2	Vmbo bb	Mbo-1		
Instroomniveau	BasisEdu. 1				

De verpleegkundige artikel 3 Wet BIG is in 2020 een hbo-bachelor (NLQF 6).

## Bijlage 2: Beroepenhuis V&V, niveaus en typering

### 6.1 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening

Tabel 6.1 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening					
VERPLEGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Voorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Verpleegkundig specialist	Art. 14 Wet BIG	Allround, met specialistische focus en expert-kennis Individuele Gezondheidszorg	Zelfstandige bevoegdheid (art. 36)	Hbo-master (professionele master)	6, op termijn mogelijk 7 (vergelijkbaar met acad. master)
Verpleegkundige	Art. 3 Wet BIG	Allround Individuele gezondheidszorg	Zelfstandig bevoegd voor toedienen injecties, katheterisaties en het voorschrijven van UR-geestesmiddelen (artikel 36). Functionele zelfstandigheid, regeling ex art. 39. Voor andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 van de Wet BIG	Hbo-bachelor	6

VERZORGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Vorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Specifiek Individuele gezondheidszorg	Functionele zelfstandigheid conform regeling ex artikel 39. (Huidige regeling: toedienen subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie; verrichten katheterisatie blaas bij volwassenen en inbrengen maagsonde of infuus; verrichten venapunctie en hielprik bij neonaten.) Andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 Wet BIG	Mbo-4 (3-jarig)	4
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Allround  Individuele gezondheidszorg	Idem als Zorgkundige Specifiek	AD	5 = allround (vergelijkbaar met associate degree)
Verzorgende, kraamverzorgende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-3	3
Helpende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-2	2

## 6.2 Beroepenhuis V&V: typering

### TWEE BEROEPEN, UITGEOEFEND OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

V&V 2020 kiest voor twee niveaus van beroepsuitoefening op het gebied van de verpleegkunde: de verpleegkundige (artikel 3 Wet BIG) en de verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG), met verschillende

verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten oefenen hun beroep uit op het gebied van de individuele gezondheidszorg.

Daarnaast zijn er twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging: de zorgkundige (artikel 34 Wet BIG; dit is een beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg) en de verzorgende/helpende (met primaire gerichtheid op wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening).

De stuurgroep heeft ervoor gekozen allereerst de beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te beschrijven. De ontwikkeling van de profielen 'verzorgende/helpende' zal een van de eerste opdrachten zijn van de op te richten Taskforce.

#### DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST (ARTIKEL 14 WET BIG, HBO-MASTER)

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, als expert, met een omschreven groep patiënten individuele, zelfstandige behandelrelaties aangaat. Biedt vanuit het perspectief van de patiënt care en cure geïntegreerd aan, ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven van de patiënt staan hierbij centraal. De verpleegkundig specialist komt op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, diagnostiek) tot aanvullende diagnostiek. Past in aansluiting hierop medische, verpleegkundige, therapeutische, evidence-based interventies toe. Indiceert en verricht voorbehouden handelingen (zelfstandige bevoegdheid).

Zij of hij vervult als verpleegkundig leider een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onderbouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Levert een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van de verpleegkundige beroepsgroep en aan de kwaliteit van de zorg. Vervult een brugfunctie tussen artsen en verpleegkundigen en speelt een cruciale rol in zorgcoördinatie, taakherschikking, het bevorderen van vraagsturing en de verbetering van de kwaliteit van zorg en leven, begeleiden en coachen van verpleegkundigen en zorgkundigen, als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in patiënt- of doelgroepgebonden onderzoek.

#### DE VERPLEEGKUNDIGE (ARTIKEL 3 WET BIG, HBO-BACHELOR)

De verpleegkundige is een allround zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteu-

nen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen, (jong)volwassenen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen. De verpleegkundige verleent zorg op basis van het continue, cyclische proces van klinisch redeneren. Dit omvat: risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie. Zij beargumenteert deze beslissingen en communiceert daarover met patiënten en collega-zorgverleners, betreft daarin morele, professionele en persoonlijke afwegingen. Werkt op basis van partnerschap samen met patiënten, hun naasten en mantelzorgers.

De verpleegkundige voert alle vormen van preventie uit. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is, of als de eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren. De verpleegkundige verricht voorbehouden handelingen, deels met zelfstandige bevoegdheid, voor het grootste deel met functionele zelfstandigheid. Heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Participeert in praktijkonderzoek.

#### DE ZOR GKUNDIGE (ARTIKEL 34 WET BIG, MBO-4); DE ALLROUND ZOR GKUNDIGE (ART. 34 WET BIG, ASSOCIATE DEGREE)

De zorgkundige is een zorgprofessional met een specifieke bekwaamheid voor het werken met één of enkele omschreven groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. De allround zorgkundige is een zorgprofessional die bekwaamheid heeft voor het werken met alle zorgcategorieën<sup>[6]</sup>. De zorgkundige richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het



functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, leeftijds- of contextgebonden. Stelt de behoefte aan zorg vast en beschrijft die in een (leef)zorgplan; biedt de patiënt lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning; voert zorggerelateerde preventie uit; draagt zorg voor informatievoorziening, voorlichting en advies. Werkt samen met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, steunt hen en verwijst hen waar nodig. Signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt tijdig.

De zorgkundige werkt in zorgsituaties die in het algemeen relatief stabiel zijn. Het handelen verloopt in die situaties grotendeels volgens (professionele) standaarden en richtlijnen. In instabiele, acute, complexe situaties werkt de zorgkundige onder supervisie van de verpleegkundige, bij wie dan de eindverantwoordelijkheid berust. De zorgkundige heeft voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid.

#### VERZORGENDE ZORG EN WELZIJN, HELPENDE

V&V 2020 heeft zich niet uitgesproken over de beroepsprofielen verzorgende wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening en kraamverzorgende. Deze beroepen vallen niet onder de Wet BIG. Zij adviseert de Taskforce hierop met voorrang actie te ondernemen.

### Bronnen en referenties

- ActiZ. *Nieuwe professionaliteit in de langdurige zorg*. Vergaderstuk 31.060 bestuur Actiz 24 mei 2011. Utrecht: Actiz, 2011
- AWVN, FNV Bondgenoten, CNV Vakmensen, De Unie. *Naar nieuwe arbeidsverhoudingen. Mensen maken het verschil, mensen realiseren groei*. Sociaal Manifest, januari 2011
- Biemans, P., e.a. *Jaarboek Personeelsmanagement 2012. Veranderende arbeidsrelaties*. Gids Personeelsmanagement/Kluwer, 2011.
- British Medical Journal: BMJ 2011;343:d4163
- Brancheorganisaties Zorg (BOZ)<sup>[7]</sup>: *Agenda 2015. Arbeidsmarktagenda voor de zorg*. Bijlage brief, Utrecht 3 juni 2010.
- Commissie Ethiek V&VN: *De morele lading van individuele professionaliteit*. Utrecht, 2011
- College voor Zorgverzekeringen. *Van preventie verzekerd*. Diemen: CVZ, 2007.
- Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011
- Grotendorst, A., I. van Aken, C. Sino en B. van Veldhuizen (red.). *Verleiden tot leren in het werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007
- Houtlosser, Mirjam: *In goede handen. Verpleegkundige beroepsuitoefening in moreel perspectief*. Academisch proefschrift. Universiteit Leiden. 2010.
- ICF: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Kessels, J.W.M. *Verleiden tot kennisproductiviteit*. Oratie, Universiteit Twente, 2001
- Kramer, M., C. Schmalenberg. Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. *Journal of Nursing Administration*, 34, 365-378, 2004
- McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D., Wandelt, M.A., *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Nurses Association. 1983

- Mistiaen P., Kroezen M., Triemstra M., Francke A.L. *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging*. NIVEL: 2011 Download: <http://www.nivel.nl/pdf/RapportVerpleging-Verzorging-internationaal-perspectief.pdf>
- NIZW en LCVV: *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Redactie: E. Leistra, S. Liefhebber, M. Geomini en H. Hens. Elsevier Gezondheidszorg/ LCVV/ NIZW. Maarssen/Utrecht, 1999
- Ursum J., M. Rijken, M. Heijman, M. Cardol, F. Schellevis. *Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: NIVEL, 2011
- Van der Velden L.F.J., Francke A.L., Batenburg R.S. *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennis-synthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen*. NIVEL: 2011 (te downloaden via <http://www.nivel.nl>)
- V&VN: Beroepscode. [www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf)
- V&VN: *Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Leren van de toekomst. Plan van aanpak V&VN*. Utrecht, 2010/2011
- Wet BIG: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum\\_25-01-2010](http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_25-01-2010)
- <http://www.venvn.nl/Vakdossiers/VerpleegkundigenVerzorgenden2020.aspx>
- [www.managementsite.nl/20622/strategie-bestuur/zet-vakmanschap-weer-centraal.html](http://www.managementsite.nl/20622/strategie-bestuur/zet-vakmanschap-weer-centraal.html)
- [www.venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg.aspx](http://www.venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg.aspx)

### Noten

- 1 'Patiënt' gebruiken we in het profiel als verzamelbegrip voor – vaak sectorgebonden – namen als 'cliënt', 'bewoner' 'zorgvrager', 'burger'.
- 2 Zie ook: Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid*, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011.
- 3 In de British Medical Journal (BMJ) van 30 juli 2011 is een artikel gewijd aan de discussie over een nieuwe definitie van gezondheid. Dit artikel is mede gebaseerd op de uitkomsten van een door de Gezondheidsraad en ZonMw georganiseerde internationale bijeenkomst eind 2009. Onder de noemer 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' discussieerde een internationaal gezelschap hierover bij ZonMw. Dit leverde een signalement op over de noodzaak de definitie aan te passen aan de hedendaagse

- situatie en over de implicaties voor beleid, onderzoek en (publieke) gezondheid.
- 4 De bekostiging van preventie is afhankelijk van de doelgroep waarop de activiteit(en) zich richt(en). Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft voor de bekostiging van universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie een tweedeling voorgesteld (CVZ, 2007). Universele en selectieve preventie zijn volgens het CVZ collectieve vormen van preventie, omdat ze zich niet richten op individuen, maar op populaties. Zij dienen om die reden betaald te worden door de gemeentelijke of landelijke overheid (bijvoorbeeld vanuit de Wpg of Wmo). Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn gericht op individuen en vallen volgens het CVZ daarom onder de zorgverzekeringswet.
  - 5 'Competentie' is een synoniem van 'bekwaamheid'. In de CanMEDS hanteert men het begrip 'competentie'. De wet BIG spreekt consequent van 'bekwaamheid'. In dit profiel gaat de voorkeur uit naar het begrip bekwaamheid, zoals gedefinieerd in paragraaf 3.1.
  - 6 Uit de NIVEL-studie *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief* (2011) blijkt dat er veel overeenkomsten zijn in de definities en omschrijvingen van verpleegkunde en verpleegkundigen. Bijvoorbeeld verplegen houdt zowel bevordering van gezondheid, preventie van ziekte als behandeling/verzorging van ziektegerelateerde gevolgen/problemen in. Maar er zijn ook verschillen te zien, alleen al wat betreft de hoeveelheid woorden die er gebruikt worden of de gedetailleerdheid van een definitie. Ook lopen definities van verplegen en functieomschrijvingen van verpleegkundigen in elkaar over. Daarnaast is het opvallend dat de 'autonomie' van de verpleegkundige wel voorkomt in de definitie van de ICN en Canada, terwijl de definitie van België veel klemtoon legt op ondersteuning van het medisch handelen; ook in een USA-definitie komt het uitvoeren van 'prescribed' treatment voor. Een ander opvallend verschil is de tweedeling die sommige landen maken tussen het werk van een 'registered nurse' (RN) en dat van een 'licensed practical nurse' (LPN): die RN kan meer en mag meer (bijv. diagnosticeren/vaststellen van problemen). In sommige landen bestaat de 'community' wel als doelgroep, in andere weer niet.
  - 7 In BOZ zijn verenigd: ActiZ organisatie van zorgondernemers, GGZ Nederland, NFU Nederlandse Federatie van universitaire medische centra, NVZ vereniging van ziekenhuizen, VGN vereniging gehandicaptenzorg Nederland.

# Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist

Redactie: Drs. Johan Lambregts, Projectgroep V&V 2020 en drs. Ans Grotendorst

Met dank aan: Bestuur V&VN Verpleegkundig Specialist

- 1 **Zorgvragen in 2020** 160
- 2 **Een nieuwe kijk op verplegen** 165
- 3 **De verpleegkundig specialist in 2020** 174
- 4 **De vijf specialismen** 188
- 5 **De werkomgeving** 201
- 6 **Bijlage 1: Historielijn verpleegkundig specialist** 208
- 7 **Bijlage 2: Bekwaamheid en NLQF** 214
- 8 **Bijlage 3: Beroepenhuis, niveaus en typering** 217
- 9 **Bijlage 4: Bronnen, referenties en noten** 222

## Inleiding

Dit Beroepsprofiel verpleegkundig specialist is, samen met het Beroepsprofiel verpleegkundige en het Beroepsprofiel zorgkundige, een van de resultaten van Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 (V&V 2020), het project waarmee de beroepsgroepen zich voorbereiden op de toekomst.

De verpleegkundig specialist is een nieuw niveau van beroepsuitoefening binnen de verpleegkunde. Verpleegkundig specialisten werken op het scharnierpunt van het verpleegkundige en medische domein. De titel van verpleegkundig specialist is sinds 2009 wettelijk erkend (Wet BIG, artikel 14).

Nog afgezien van het verschijnen van de verpleegkundig specialist is er in de maatschappij, de zorg en de beroepsuitoefening veel veranderd in de afgelopen jaren. En er staan ons nog veel grotere veranderingen te wachten. Wat zien verpleegkundig specialisten als de belangrijkste trends? In Hoofdstuk 1 is te lezen wat zo'n 100 verpleegkundig specialisten tijdens de V&V 2020-rondetafelgesprekken signaleerden. Plus de resultaten van twee NIVEL-onderzoeken in opdracht van V&V 2020.

Ook de opvattingen over wat gezondheid is veranderen. De focus verschuift van aandacht voor de ziekte van de patiënt naar aandacht voor het vermogen van mensen om te leven met ziekten, stoornissen en beperkingen. Het groeiend aantal chronisch zieken, de veranderende vraag van de patiënt en de eis ook voor de toekomst de zorg goed en betaalbaar te houden, vraagt om een omslag in denken en handelen binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening. Verpleegkundig specialisten hebben een eigen rol bij het begeleiden van deze omslag. Hierover gaat hoofdstuk 2.

Hoofdstuk 3 vormt de eigenlijke kern van het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist. Vanuit het centrale competentiegebied, het klinisch handelen, wordt richting gegeven aan de andere competentiegebieden: communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap en professionaliteit.

De verpleegkundig specialist is werkzaam in een van de vijf door het College Specialismen Verpleegkunde aangewezen en wettelijk erkende specialismen: preventieve, acute, intensieve en chronische zorg bij somatische aandoeningen, en de GGZ. In hoofdstuk 4 staan de belangrijkste kenmerken van de specialismen beschreven. Of verpleegkundig specialisten nu werken op een intensive care, in de GGZ of binnen de eerste lijn, ze hebben behoefte aan een werkomgeving die hen uitdaagt. Efficiency en op productie gerichte bedrijfsvoering kunnen op gespannen voet



**Figuur 1.1** De visualisatie van het Beroepenhuis V&V 2020. Een uitgebreide beschrijving van alle beroepen en de bijbehorende opleidingsniveaus vindt u in hoofdstuk 8 bijlage 3.

staan met de kwaliteit van de gezondheidszorg. Over de context van de werkomgeving, de werkplek als leeromgeving en de rol van de beroepsvereniging gaat hoofdstuk 5. Bijlage 1 beschrijft de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundig specialist in Nederland.

Er staan ons de komende jaren veel veranderingen te wachten, in de maatschappij, de zorg en de beroepsuitoefening van professionals op het terrein van verpleging en verzorging. Welke trends verwachten verpleegkundig specialisten? Welke zien zij nu al in hun dagelijkse beroepspraktijk? In paragraaf 1.1 wordt daarvan een beeld geschetst, gebaseerd op de resultaten van de rondetafelgesprekken van V&V 2020 waaraan circa 100 verpleegkundig specialisten deelnamen. Dat beeld wordt aangevuld met de resultaten van twee studies van het NIVEL (paragraaf 1.2), één naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen en één naar de trends in aanbod van en vraag naar zorg in Nederland.

## 1.1 Welke trends zien verpleegkundig specialisten?

Uit de rondetafelgesprekken met verpleegkundig specialisten kwamen de volgende trends naar voren<sup>[1]</sup>:

### COMORBIDITEIT EN COMPLEXERE ZORG

De toename van het aantal ouderen door de vergrijzing leidt tevens tot een toename in comorbiditeit; comorbiditeit leidt tot complexere zorg en vraagt om hoger opgeleide professionals. Verpleegkundig specialisten kunnen met hun medisch-verpleegkundige kennis en behandeling aan die vraag voldoen.

### TAAKHERSCHIKKING

De herschikking van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist zal doorgaan, onder druk van de toenemende zorgvraag, zowel in omvang als in mate van complexiteit. Hierdoor zullen ook de acceptatie van en waardering voor de rol van de verpleegkundig specialist toenemen, zowel bij patiënten en collega-zorgprofessionals (artsen, paramedici en verpleegkundigen) als bij directies en raden van bestuur van zorginstellingen.



### BEROEPEN VOORTDUREND IN BEWEGING

Hoewel alle beroepen in de zorg ‘in beweging’ zijn, geldt dit voor het beroep van de verpleegkundig specialist in het bijzonder: de beroepsuitoefening, de rol en positie zijn nog volop in ontwikkeling. Vooral het zoeken van de balans tussen productie, zorgcoördinatie, kwaliteit en onderzoek gaat onverminderd door. Tegelijkertijd zullen verpleegkundig specialisten steeds meer naar buiten treden, hun voortrekkersrol waarmaken en voorbeeldfuncties vervullen in de ontwikkeling van hun specialisme en de verpleegkunde in het algemeen.

### NIEUWE INZICHTEN IN DE PRAKTIJK

De verpleegkundig specialist werkt steeds meer evidence based, dus volgens wetenschappelijk onderbouwde effectieve methoden. Zij<sup>[2]</sup> is in staat wetenschappelijke publicaties kritisch te beoordelen en binnen de praktijk toepasbaar te maken. Met haar kennis en ervaring van diverse disciplines kan zij putten uit meerdere vakgebieden en is zo de aangewezen professional om nieuwe methodieken te ontwikkelen voor de dagelijkse praktijk. Er zijn tal van voorbeelden waarin verpleegkundig specialisten – na pilots – een nieuwe werkwijze hebben doorgevoerd, vaak doelmatiger én met een beter resultaat voor de patiënt.

### TOENEMEND BELANG VAN PREVENTIE

Preventie wordt steeds belangrijker, zowel het voorkómen van aandoeningen door een gezonde(re) levensstijl als het voorkómen van complicaties en gevolgen van aandoeningen. Dit vraagt een specifieke bekwaamheid in de preventieve zorg. Het belang van preventie wordt in het algemeen nog niet voldoende ingezien. Zo kunnen verpleegkundig specialisten in de eerste lijn een grotere rol spelen bij de bevordering van zelfmanagement en gezond gedrag en bij de vroegsignalering van bijvoorbeeld alcohol- of drugsproblematiek. Ook in de verschuiving van specialistische medisch-verpleegkundige expertise naar de eerste lijn kan een grote winst geboekt worden. Hiermee kan een toename van (poli)klinische consulten en opnamen worden teruggedrongen.

### WEGVALLEN VAN TRADITIONELE NETWERKEN

Steeds vaker ontbreken bij patiënten traditionele sociale netwerken, zoals die van burens en mantelzorg. Dit maakt een goede ketenzorg, die de situatie van de patiënt centraal stelt, en waarin verpleegkundig specialisten een centrale rol (kunnen) spelen, nóg belangrijker. Bij de situatie van de patiënt wordt niet alleen de thuissituatie betrokken,

maar ook de mate waarin hij in staat is om te gaan met de gevolgen van gezondheidsproblemen (coping).

#### MONDIGE PATIËNTEN

De mondigheid en kennis van patiënten nemen steeds verder toe. Patiënten komen vaak zelf al met ideeën over diagnose en behandeling, opgedaan via internet. Voor de verpleegkundig specialist is het een belangrijke taak om op basis van haar deskundigheid samen met de patiënt de validiteit van de informatie te beoordelen.

#### KENNIS VAN ETHISCHE ZAKEN

Nieuwe technische en wetenschappelijke ontwikkelingen en een toename van behandel mogelijkheden leiden steeds vaker tot ethische kwesties, bijvoorbeeld de vraag of een behandeling al dan niet zinvol is. De groeiende – en op zichzelf positief te waarderen – mondigheid van patiënten en hun naasten maakt het belang van kennis van ethische zaken en goede communicatievaardigheden van verpleegkundig specialisten steeds groter.

#### TOENAME REGELDRUK

De afgelopen jaren is de regeldruk, en daarmee het verantwoordings afdragen voor en verslag doen van activiteiten, sterk toegenomen. Interne en externe audits, het HKZ-keurmerk, en jaarverslagen vragen tijd en aandacht. Verpleegkundig specialisten kunnen met hun overstijgende denk- en redeneervaardigheden en hun kennis en vaardigheid op het gebied van organisatie, financiën en rapportage hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

#### ZELFSTANDIGE PRAKTIJK

In de toekomst zullen verpleegkundig specialisten steeds vaker werken in zelfstandige behandelcentra (ZBC's), gepositioneerd tussen de eerste- en tweedelijnszorg, van waaruit niet-complexe zorg wordt geleverd. ZBC's hebben een triagefunctie, dat wil zeggen dat zij indiceren voor welke zorg de patiënt naar de tweede lijn wordt verwezen.

### 1.2 Welke trends zien onderzoekers, internationaal en nationaal?

V&V 2020 gaf het NIVEL opdracht twee onderzoeken te doen: één (Mistiaen e.a., 2011) naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen ten aanzien van de beroepsstructuur, de positie van professionals en het opleidingsniveau, en één (Van der Velden

e.a., 2011) naar de te verwachten behoefte aan, en het aanbod van, V&V-zorg in Nederland in 2020. Hieronder worden de resultaten zeer beknopt op hoofdpunten weergegeven, uitgebreide rapporten zijn als bijlage opgenomen in het eindrapport V&V2020.

#### INTERNATIONAAL: ONTWIKKELINGEN IN EN TUSSEN BEROEPSGROEPEN

Bij alle diversiteit tussen België, Duitsland, de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk – de landen die bij het onderzoek betrokken werden – is een aantal gemeenschappelijke tendensen zichtbaar:

- Initiële verpleegkundige opleidingen worden naar het bachelors-niveau getrokken, mede om het beroep aantrekkelijker te maken en om beter het hoofd te kunnen bieden aan de toenemende complexiteit van de zorg.
- Er komen steeds meer verpleegkundige specialisaties, onder meer om taken van artsen over te nemen.
- Er vindt overal in meer of mindere mate verschuiving plaats van medische taken naar verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Ook vindt verschuiving plaats van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen.
- Overal wordt ingezet op het hoger opleiden van verpleegkundigen. Tegelijkertijd bestaat ook het besef dat ‘zorgondersteunende’ professionals nodig zijn voor het opvangen van de groeiende zorgvraag. Niet alleen omdat deze professionals goedkoper zijn, maar vooral omdat veel zorgactiviteiten ook goed door hen kunnen worden gedaan.

#### NATIONAAL: TRENDS IN ZORGVRAAG EN AANBOD

##### **Sterke toename aantal chronisch zieken; belang van preventie**

De synthese laat zien dat in Nederland de groei van het aantal mensen met chronische ziekten en comorbiditeit zal leiden tot een grotere vraag naar zorg. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maakt preventieve taken van verpleegkundigen steeds belangrijker. Preventie biedt mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Ook voordat een ziekte of aandoening manifest wordt, kunnen verpleegkundigen mensen motiveren zich gezond te gedragen, door te werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en door gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving (‘Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag’; RVZ, 2010.)

### **Sociaal-culturele ontwikkelingen**

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondig patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen eveneens leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorg zal veranderen: burgers stellen meer eisen aan de zorg, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, en aan de informatievoorziening en communicatie rond de zorg. De zorgvraag van ouderen zal niet alleen in volume toenemen, de nieuwe generaties ouderen zullen ook andere eisen stellen aan de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg.

### **Ondersteuning van zelfmanagement**

Ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg die de Nederlandse overheid voorstaat. Verpleegkundigen zijn van oudsher gewend om zich vooral te richten op wat mensen niet (meer) kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe weinig aandacht in de zorg, vanwege de traditionele sterke gerichtheid op behandeling en op het overnemen van zorgtaken. Meer aandacht voor zelfmanagement vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven – of het voorkómen daarvan. De focus moet verlegd worden naar wat patiënten wél kunnen, om van daaruit het zelfmanagement te versterken.

Ook patiëntenorganisaties zijn steeds actiever met het aanbieden van instrumenten voor zelfmanagement, bijvoorbeeld in de vorm van e-health-tools. Speciale aandacht zal nodig zijn voor de manier waarop zelfmanagement vormgegeven kan worden bij de meest kwetsbare groepen, zoals mensen met dementie, mensen op hoge leeftijd (85+), mensen met complexe problemen, mensen met een zeer lage sociaaleconomische status, mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Individuele vaardigheden voor zelfmanagement zullen bij deze mensen eerder beperkt zijn. Zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk vorm krijgen.

### **VERANDERINGEN IN ZORGAANBOD EN WERKPROCES**

De kennissynthese gaat ook in op nationale ontwikkelingen in het zorgaanbod en het werkproces, zoals de taakverschuiving tussen medici en verpleegkundigen in Nederland, de inzet van arbeidsbesparende technologie en de opkomst van lokale samenwerkingsverbanden ‘in de buurt’ van de patiënt.

*Auteur:*

*Prof. dr. Marieke Schuurmans*

We wensen het elkaar van harte toe bij vele gelegenheden. Maar wat is gezondheid eigenlijk? De gedachten daarover zijn aan het veranderen. Paragraaf 2.1 geeft het begrip een nieuwe inhoud. In de toekomst zal daarom ook de focus van de verpleegkundig beroepsbeoefenaars verschuiven. Die ligt nu veelal nog op de ziekte van de patiënt, maar zal steeds meer moeten komen te liggen op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt. Verpleegkundig specialisten ondersteunen het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk. Maar dat kan ook gezegd worden van andere zorg- en hulpverleners. Wat maakt verplegen specifiek, wat is de kern van de verpleegkundige beroepsuitoefening? In paragraaf 2.2 wordt deze vraag beantwoord. In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op het begrip zelfmanagement, en op het ICF, een instrument om het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid te meten. Paragraaf 2.4 introduceert de kernset van patiëntproblemen waar de verpleegkundig specialist zich in haar werk op richt. Paragraaf 2.5 laat zien dat naast het proces vooral de beoogde resultaten van het handelen van de verpleegkundig specialist centraal staan. Meer dan voorheen zullen verpleegkundig specialisten hun bijdrage aan de zorg zichtbaar gaan maken in resultaten. Immers, alleen wie de resultaten definieert kan zien of hij het goede doet, kan vergelijken, monitoren, toetsen en bijsturen.

### **2.1 Gezondheid in de 21<sup>STE</sup> eeuw**

De World Health Organization (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als 'een toestand van volledig, lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden'. In het beroepsprofiel van 1999 is die definitie nog een richtpunt voor de verpleegkundige zorg. De definitie is echter niet langer behulpzaam en zelfs contraproductief geworden. Gezondheid op deze manier beschreven, is voor de meeste mensen niet haalbaar. Vanuit dit

perspectief zou vrijwel de hele wereldbevolking ongezond zijn. Ook om andere redenen is de definitie onwerkbaar geworden. De komende decennia hebben we te maken met een toenemende vergrijzing van de bevolking en een toename van het aantal chronisch zieken. De definitie van 1948 doet geen recht aan het vermogen dat mensen hebben om op eigen kracht het hoofd te bieden aan uitdagingen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied. Ook met een aandoening, ziekte of beperking is het goed mogelijk een betekenisvol leven te leiden, waarbij er sprake is van welbevinden.

Inmiddels (2011) wordt een andere benadering van gezondheid bepleit<sup>[3]</sup>: the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges. Een benadering waarin niet de aandoening (of de afwezigheid daarvan) centraal staat, maar het aanpassingsvermogen van personen en het vermogen tot zelfmanagement wanneer men te maken krijgt met problemen en uitdagingen op sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied. Dit biedt ook een nieuw perspectief op het handelen van de verpleegkundig specialist. Waarover meer in hoofdstuk 3.

## 2.2 De kern van verplegen

De volgende bepalende kenmerken vormen met elkaar de kern van verplegen, zoals die ook internationaal is terug te vinden in veel definities.

### VERPLEGEN:

#### **Dient een specifiek doel**

Het doel van verplegen is het bevorderen van gezondheid, herstel, groei en ontwikkeling, en het voorkomen van ziekte, aandoening of beperking. Wanneer mensen ziek of gehandicapt worden, is daarnaast het doel van verplegen lijden en pijn te minimaliseren en mensen in staat te stellen hun ziekte, handicap, de behandeling en de gevolgen daarvan te begrijpen en daarmee om te gaan. Wanneer de dood nabij is, is het doel van verplegen het handhaven van de best mogelijk kwaliteit van leven tot aan het eind.

#### **Omvat een specifieke manier van interveniëren**

Verpleegkundige interventies zijn gericht op het versterken van het zelfmanagement van mensen, waar mogelijk. Dat betekent het in hun kracht brengen van mensen en hen helpen bij het bereiken, handhaven of (opnieuw) verwerven van hun onafhankelijkheid. Verplegen omvat: het vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige zorg; therapeuti-

sche interventies en persoonlijke verzorging; informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak (advocacy); lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning. Naast de directe patiëntenzorg omvat de verpleegkundige praktijk ook coördinatie, deskundigheidsbevordering en beleids- en kennisontwikkeling.

### **Vindt plaats in een specifiek domein**

Het specifieke domein van verplegen is dat van de unieke reacties op en ervaringen van mensen met gezondheid, ziekte, kwetsbaarheid of beperkingen, in welke omgeving of omstandigheid zij zich ook bevinden. Reacties van mensen kunnen lichamelijk, psychisch, sociaal, cultureel of spiritueel van aard zijn, en vaak gaat het om een combinatie hiervan. 'Mensen' wil zeggen: personen van alle leeftijden, families en gemeenschappen, in alle levensfasen.

### **Is gericht op de persoon als geheel**

Verplegen is gericht op de persoon als geheel in zijn of haar context met zijn of haar leefwijze, niet op een bepaald aspect of een specifieke pathologische situatie.

### **Is gebaseerd op ethische waarden**

Verplegen is gebaseerd op ethische waarden, waarin respect voor de waardigheid, de autonomie en de uniciteit van mensen centraal staat. Verplegen gebeurt in het besef van de unieke relatie tussen verpleegkundige en patiënt en de persoonlijke verantwoordelijkheid voor beslissingen en acties. De waarden staan beschreven in de verpleegkundige beroepscode en worden uitgedragen door de beroepsvereniging.

### **Betekent commitment aan partnerschap**

Verpleegkundigen werken in partnerschap met patiënten, hun naasten en andere mantelzorgers, en in samenwerking met andere professionals in een multidisciplinair team. Waar dat geëigend is, treden ze op als teamleider, delegeren zij werk naar anderen en superviseren dat. Op andere momenten participeren zij als teamlid onder leiding van anderen. Hoe dan ook, verpleegkundigen blijven te allen tijde persoonlijk en professioneel verantwoordelijk voor hun eigen beslissingen en acties.

## **2.3 Zelfmanagement en het ICF**

'Zelfmanagement is het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, en, wanneer deze

toch optreden: om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Hierdoor is men in staat om de eigen gezondheidstoestand te monitoren en te reageren op een manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van leven' (vgl. Ursum e.a., 2011). Verpleegkundigen zijn professionals die zich richten op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven.

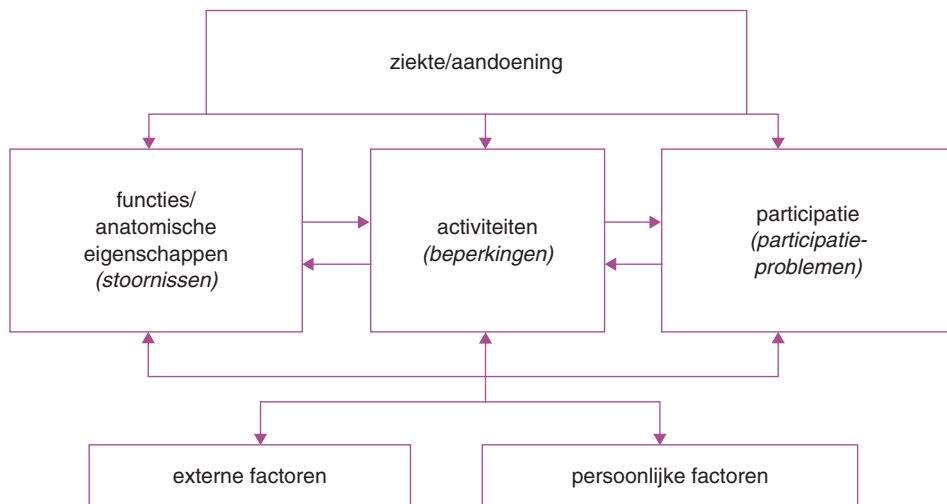
#### BEHOUDEN OF VERBETEREN VAN HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN

'Dagelijks functioneren' wordt meestal gedefinieerd in termen van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) zoals wassen, aankleden, eten en bewegen. Maar ook in termen van instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL). Daaronder vallen de activiteiten waardoor iemand zelfstandig kan leven: boodschappen doen, telefoneren, met geld omgaan en reizen en ook bijvoorbeeld medicijnen innemen. Mensen ervaren de impact die een ziekte, beperking of een behandeling heeft primair in hun dagelijks functioneren. Bij een acute aandoening verandert er van alles en kan iemand plotseling niet meer doen wat hij gewend was. Bij chronische aandoeningen gaan die veranderingen geleidelijker. Hoe mensen kunnen functioneren in relatie tot de ziekte of aandoening is bepalend voor hun welbevinden. Dagelijks functioneren staat niet op zichzelf, maar is een voorwaarde voor het bereiken van doelen die gericht zijn op het eigen welbevinden. Wat wil iemand of waar hecht hij of zij belang aan? De mate waarin ziekte of aandoening leidt tot beperkingen in het dagelijks functioneren en tot zorgvragen verschilt van persoon tot persoon.

#### ICF

Het dagelijks functioneren in relatie tot ziekte of dreiging van ziekte kan worden bekeken met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (figuur 2.1). (<http://www.who.int/classifications/icf/en>). Het ICF is een bio-psychosociaal model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden. De ICF is een aanvulling op de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses, dat wordt beheerd door de WHO.





**Figuur 2.1** Schema International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)

Vanuit ICF-perspectief gezien is gezondheid een wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving. Patiënten zijn nooit los te zien van hun context. Maatschappelijke verhoudingen, posities en structuren en contextgebonden factoren kunnen invloed hebben op de gezondheidstoestand en het ontstaan, het in stand houden of het chronisch worden van ziekten.

Vanuit het ICF-model beschouwd, richt de gezondheidszorg zich op participatiedoelen. Dat zijn individuele doelen die voor ieder persoon uniek zijn. Doelen die verstoord worden door beperkingen, voortkomend uit ziekten en de daarmee gepaard gaande stoornissen. Dit zijn echter geen op zichzelf staande verbanden, ze worden beïnvloed door externe factoren zoals hoe iemand woont en hoe zijn sociale omgeving eruit ziet. Daarnaast spelen persoonlijke factoren een belangrijke rol, zoals kennisniveau, copingstijl, opleidingsniveau en inkomen. Er is veel onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat bijvoorbeeld mensen met een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen minder beperkingen ervaren van ziekte dan mensen met een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Hoe sterk omgevingsfactoren de gezondheidsconditie van mensen bepalen, blijkt onder meer uit de hogere prevalentie van ziekten en beperkingen en uit de kortere levensverwachting die mensen uit lagere sociaaleconomische klassen hebben.

Verpleegkundig specialisten zien mensen in hun context en zoeken vanuit die kennis naar mogelijkheden om de situatie te optimaliseren en problemen te voorkomen. Zij doen dit vanuit het perspectief van

de samenhang tussen fysieke, sociale en emotionele factoren, zoals beschreven in de WHO-definitie van gezondheid en zoals uitgewerkt in de ICF.

## 2.4 Kernset van patiëntproblemen

De problemen van mensen waar verpleegkundig specialisten zich in belangrijke mate op richten kunnen geordend worden op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. De problemen van patiënten, zoals verpleegkundig specialisten die aantreffen in de verschillende velden van de gezondheidszorg, zijn ondergebracht in tabel 2.1. Veel van deze problemen zijn terug te vinden in de verschillende theorieën, modellen en classificatiesystemen, ontwikkeld binnen de verpleegkunde. Er is hier niet gekozen voor één theorie, model of systeem, maar er is gezocht naar de gemeenschappelijke problemen die verpleegkundig beroepsbeoefenaars in de dagelijkse praktijk tegenkomen. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen. Voor de inschatting van het risico, het vroegsignaleren, het herkennen van het probleem, de interventies en de monitoring maakt de verpleegkundig specialist gebruik van kennis van het betreffende probleem in combinatie met kennis van een specifieke ziekte of aandoening.

Bijvoorbeeld: een kind met kanker, een patiënt met een nierziekte en een oude patiënt met een depressie kunnen als primair probleem hebben dat ze moe zijn en daardoor tot niets komen. Het vaststellen van het risico op vermoeidheid zal per ziekte verschillen, maar het signaleren, het herkennen van het probleem en de verpleegkundige interventies en monitoring zullen bij de drie mensen met de verschillende aandoeningen meer overeenkomsten dan verschillen laten zien.

De lijst van problemen in tabel 2.1 kan beschouwd worden als 'kernset' van patiëntproblemen in de verpleegkunde. Dat wil niet zeggen dat alles wat verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten doen in deze lijst terug te vinden is. Naast deze generieke problemen kunnen zij, afhankelijk van de groep mensen aan wie zij zorg verlenen, te maken krijgen met specifieke problemen. In deze kernset kan het verpleegkundig handelen zichtbaar tot resultaat komen. De problemen komen voor in alle settings en vrijwel altijd in combinatie.

<b>Tabel 2.1 Kernset van patiëntproblemen</b>	
<b>LICHAMELIJK</b>	<b>PSYCHISCH</b>
Bedreigde of verstoorde vitale functies (ademhaling, circulatie, hersenfuncties)	Bewustzijnsstoornissen
Koorts	Stemmingsstoornissen
Smetten	Stoornissen in geheugen
Jeuk	Stoornissen in denken en waarnemen, (achterdocht, wanen, hallucinaties)
Wonden	Persoonlijkeitsstoornissen
Pijn	Stoornissen in gedrag (agitatie, agressie, claimen, obsessie, automutilatie)
Vermoeidheid	Angst, paniek
Verlies van eetlust	Stress
Misselijkheid, braken	Verslaving
Gewichtsverlies	Verlies
Gewichtstoename	Rouw
Uitdroging/verstoorde vochtbalans	Onzekerheid
Uitscheidingsproblemen (diarree, obstipatie, overmatige transpiratie, incontinentie)	Kennistekort
	Ineffectieve coping
	Zingevingproblemen
<b>FUNCTIONEEL</b>	<b>SOCIAAL</b>
Tekort zelfmanagement	Seksualiteitsstoornissen
Tekort zelfredzaamheid ADL, IADL, HDL	Participatieproblemen
Zintuiglijke beperkingen	Sociale incompetentie
Verstoorde mobiliteit	Eenzaamheid
Vallen	Gebrek aan sociaal netwerk
Slaap-/waakproblemen	Tekort aan mantelzorg
	Overbelaste mantelzorg

## 2.5 Klinisch redeneren en preventie

De verpleegkundig specialist verleent zorg op basis van het proces van klinisch redeneren. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Omdat ie-

der mens anders reageert op ziekte en behandeling, zowel fysiologisch, psychologisch, functioneel als sociaal, maakt de verpleegkundig specialist gebruik van een veelheid aan informatie. Allereerst informatie van de persoon zelf, van zijn of haar omgeving en van andere zorgverleners. Dit kan mondelinge informatie zijn, informatie uit observaties en lichamelijk onderzoek, en uit overdrachten en dossiers. Om te weten welke informatie nodig is en hoe die te verkrijgen, beschikt de verpleegkundig specialist over kennis van verschillende vakgebieden. Voor het verzamelen van informatie maakt zij gebruik van gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten. Vanuit de analyse van deze informatie komt de verpleegkundig specialist tot een waarschijnlijke probleemstelling die richting geeft aan de verdere zorgverlening.

Door klinisch redeneren kan de verpleegkundig specialist de beslissingen die zij neemt beargumenteren en daarover communiceren. Bij de beslissingen betreft zij ook professionele en persoonlijke morele afwegingen. Het gaat immers niet over een waardenvrij proces van logisch redeneren, maar om de inzet van moreel verantwoorde professionaliteit en het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid voor de beslissingen.

Het continue, cyclische proces van klinisch redeneren omvat:

### **1. Risico-inschatting**

De verpleegkundig specialist weet op basis van diepgaande kennis welke mensen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van bepaalde problemen. Afhankelijk van de risico-inschatting zal zij in veel situaties preventieve maatregelen in gang zetten.

### **2. Vroegsignalering**

De verpleegkundig specialist weet dat veel problemen zich aandienen met voortekenen of vroege symptomen, zij kent die en kan daardoor tijdig een probleem signaleren.

### **3. Probleemherkenning**

De verpleegkundig specialist richt zich op een groot aantal problemen die zich bij heel verschillende mensen in heel verschillende situaties kunnen voordoen, variërend van problemen met voeding en uitscheiding tot problemen in de sociale context. Zij kent de uitingsvormen van deze problemen en kan ze objectiveren.

### **4. Interventie**

De verpleegkundig specialist past een groot scala aan interventies toe. Niet alleen interventies die voortkomen uit haar eigen vaststelling van

de problemen van een individu en diens sociale context, maar ook interventies die bijvoorbeeld door huisartsen en medisch specialisten, fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten en andere paramedici worden voorgeschreven.

### 5. Monitoring

De verpleegkundig specialist monitort de werkzaamheid van de interventies, en volgt het beloop van de ziekte, de aandoening of de behandeling.

#### RISICOSIGNALERING EN PREVENTIE

Verpleegkundig specialisten zijn voortdurend bezig met het signaleren van risico's en het 'voorkomen van erger'. Dit doen ze door tijdig zaken waar te nemen, door vóórdat het probleem zich voordoet in te grijpen of door als het probleem aanwezig is te voorkomen dat het verergert. Dit kunnen we samenvatten in het begrip 'preventie', niet alleen in de zin van gezondheidsbevordering en -educatie, maar in brede zin. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is dan wel eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren.

We kunnen preventie indelen in: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) heeft deze indeling gekozen, omdat deze uitgaat van risicodenken in plaats van symptoom-/ziekten denken<sup>[4]</sup>. Daarmee is meer ruimte gecreëerd voor preventieve interventies in het zorgdomein.

Universele preventie is gericht op de bevolking als geheel en heeft tot doel de kans op het ontstaan van risicofactoren of ziekte te verminderen en de gezondheid te bevorderen. Selectieve preventie heeft tot doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren, zodat de gezondheid wordt bevorderd. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie of een behandeling bij een individu met een gedefinieerd verhoogd risico op die ziekte. Zorggerelateerde preventie is gericht op het ondersteunen van het individu met bestaande gezondheidsproblemen, het reduceren van de ziektelast en het tegengaan van complicaties.

Preventie, en dan met name de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, is onderdeel van de beroepsuitoefening van alle verpleegkundig specialisten. Bij de verpleegkundig specialist preventieve zorg staan (alle vormen van) preventie centraal.

## 3.1 Definitie

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, op basis van een door de NVAO geaccrediteerde masteropleiding en ervaring op het niveau van expert, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaat. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven staan hierbij centraal.

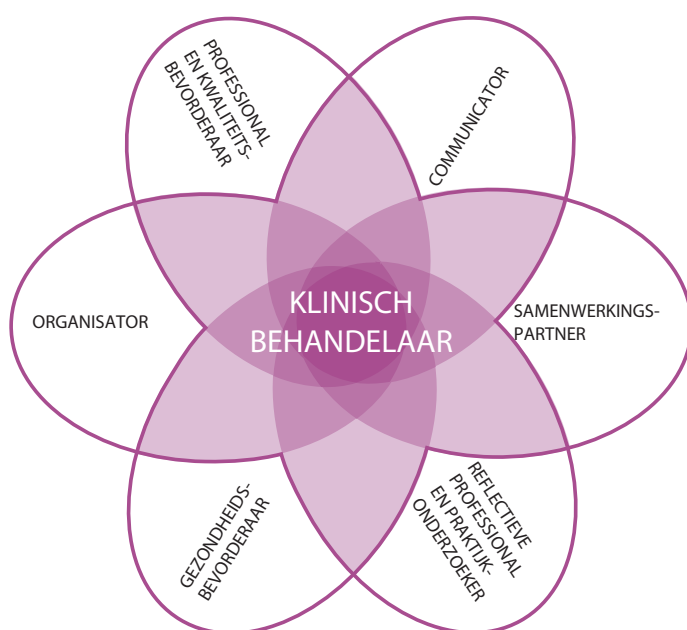
Op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, aanvullende diagnostiek) komt de verpleegkundig specialist tot aanvullende diagnostiek. In aansluiting hierop past zij evidence-based interventies toe, en indiceert en verricht zij voorbehouden handelingen.

## 3.2 Competentiegebieden

Bij de beschrijving van de verpleegkundig specialist 2020 maken we gebruik van de ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists) (figuur 3.1). De competentiegebieden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden; de kern van de beroepsuitoefening van de verpleegkundig specialist is het klinisch handelen. Alle andere competentiegebieden krijgen er richting door. De competentiegebieden zijn in dit beroepsprofiel als volgt uitgewerkt:

- 1 Klinisch handelen: de verpleegkundig specialist als zorgverlener en behandelaar.
- 2 Communicatie: de verpleegkundig specialist als communicator.
- 3 Samenwerking: de verpleegkundig specialist als samenwerkingspartner.

- 4 Kennis en wetenschap: de verpleegkundig specialist als reflectieve professional en praktijkonderzoeker.
- 5 Maatschappelijk handelen: de verpleegkundig specialist als gezondheidsbevorderaar.
- 6 Organisatie: de verpleegkundig specialist als organisator.
- 7 Professionaliteit: de verpleegkundig specialist als professional en kwaliteitsbevorderaar.



**Figuur 3.1** Competentiegebieden verpleegkundig specialist in CanMEDS

### 3.3 Bekwaamheid

Voor het beschrijven van de bekwaamheid<sup>[5]</sup> van de verpleegkundig specialist gebruiken we de sleutelbegrippen context, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheden. Als referentiepunt is het NLQF gekozen. Dit Nederlands kwalificatiekader is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus in Nederland en is een vertaling van het Europese kwalificatiekader voor een leven lang leren (EQF). Voor een uitgebreide toelichting op NLQF, zie hoofdstuk 7 bijlage 2.

## DE CONTEXT WAARIN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST WERKT

De context vatten we hier op als de situaties waarin de verpleegkundig specialist haar beroep uitoefent. Die zorgsituaties zijn complex. De mate van complexiteit wordt bepaald door factoren die de patiënt betreffen, de omgeving en de handelingen.

Complexiteit omvat zowel 'case complexity' als 'patient complexity'.

### *Case complexity*

- De ziekte: de mate van complexiteit van de medische problemen.
- De persoon met de ziekte: meer of minder complexe patiënten en meer of mindere mate van (gezondheids)geletterdheid.
- De populatie aan wie zorg wordt verleend: mate van complexiteit van de populaties.
- Het zorgstelsel waarin zorg wordt verleend: mate van complexiteit zorgsystemen.

### *Patient complexity*

- Gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal.
- Problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen, waardoor het beeld gecompliceerd is.
- Wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid.
- Onvoorspelbaarheid, onzekerheid.
- Tempo waarin veranderingen optreden is hoog.
- Routines en richtlijnen 'passen' niet.
- Grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende hulpverleners.
- Lage (gezondheids)geletterdheid.

In alle sectoren is een toename te verwachten van de complexiteit van zorg, vooral door toename van het aantal (oude en chronisch zieke) patiënten, de hoeveelheid zorg die patiënten nodig hebben, de diversiteit aan patiënten en het aantal verschillende disciplines dat bij de zorg is betrokken.

## VERANTWOORDELIJKHEID

De verpleegkundig specialist heeft in de uitoefening van haar beroep professionele verantwoordelijkheid. Dat houdt zowel in verantwoordelijkheid nemen en dragen als verantwoording afleggen.



### BALANS VAN VERANTWOORDELIJKHEDEN

De professionele verantwoordelijkheid van alle professionals in de zorg, en dus ook van de verpleegkundig specialist, omvat drie dimensies: functionele, beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheid (Commissie Ethiek, 2011; Houtlosser, 2010).

*Functionele verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de verpleegkundig specialist heeft in de context van de organisatie. De organisatie heeft (gedrags)regels, protocollen, meldcodes en visies op zorg die mede de functionele verantwoordelijkheid bepalen.

*Beroepsmatige verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de verpleegkundig specialist heeft als lid van de beroepsgroep en/of beroepsorganisatie. De beroepsorganisatie voorziet in handreikingen en richtlijnen, die behulpzaam zijn bij het vormgeven van de beroepsmatige verantwoordelijkheid. Daarnaast zijn er vaak ook op lokaal niveau afspraken met beroepsgenoten over wat zij verstaan onder 'goede zorg'.

*Persoonlijke verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die elke verpleegkundig specialist heeft jegens de persoon van de patiënt, in de zorgrelatie: open te staan voor de zorgbehoefte van de patiënt en de respons van de patiënt op de geboden zorg, en daarop te reageren. Bij de persoonlijke verantwoordelijkheid spelen ook de eigen waarden en normen een rol.

*Professionele verantwoordelijkheid* is een dynamisch evenwicht tussen deze drie dimensies. In elke situatie maakt de verpleegkundig specialist zelfstandig een afweging van haar verschillende verantwoordelijkheden en probeert hierin een balans te vinden. Om die balans te kunnen vinden, is het van belang dat zij over de nodige kennis en vaardigheden beschikt om die afwegingen te maken.

### 3.4 Competentiegebieden, kennis en vaardigheden

Hierna beschrijven we elk competentiegebied apart, inclusief kennis en vaardigheden.

#### KLINISCH HANDELEN

De verpleegkundig specialist biedt binnen de directe patiëntenzorg complexe evidence-based verpleegkundig-specialistische zorg in combinatie met geprotocolleerde geneeskundige zorg binnen het eigen deskundigheidsgebied. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Hierbij gaat de verpleegkundig specialist een zelfstandige behandelrelatie aan met de patiënt.

### **Zelfstandige behandelverantwoordelijkheid**

De verpleegkundig specialist geeft zelfstandig vorm aan het zorgproces van de patiënt door het aangaan van een zelfstandige behandelrelatie binnen het eigen deskundigheidsgebied. Het gaat daarbij om een integraal proces: van diagnostiek, opstellen van het behandelplan met de daarbij behorende interventies en het evalueren en afsluiten van de behandeling. Onderdeel van de behandelrelatie is het zelfstandig indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen. Deze bevoegdheden zijn sinds 2011 wettelijk geregeld (toevoeging Wet BIG, art. 36a). In het kader van deze bevoegdheden kan de verpleegkundig specialist ook opdracht verlenen tot het verrichten van voorbehouden handelingen aan anderen die daartoe niet zelfstandig bevoegd zijn.

### **Binnen kaders**

In alle gevallen bewaakt de verpleegkundig specialist scherp de grenzen van haar deskundigheidsgebied en bekwaamheid; de verantwoordelijkheid hiervoor ligt uitsluitend bij de verpleegkundig specialist zelf. Indien de zorg die een patiënt nodig heeft haar bekwaamheid te boven gaat, kan zij deze doorverwijzen en/of andere disciplines consulteren.

De grenzen van de zelfstandige behandelverantwoordelijkheid zijn, althans voor zover het de voorbehouden handelingen betreft, nader omschreven in het Besluit tijdelijke regels zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten (2012). Het gaat om handelingen waarvan de risico's te overzien zijn, handelingen van een beperkte complexiteit en routinematige handelingen. Daarnaast wordt als voorwaarde genoemd dat er wordt gehandeld volgens landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Dit evidence-based werken is kenmerkend voor het beroep van verpleegkundig specialist; voor de voorbehouden handelingen is hier nu een wettelijke basis aan gegeven. Dit neemt niet weg dat de verpleegkundig specialist een autonome en verantwoordelijke zorgprofessional is, die bij individuele patiënten een persoonlijke afweging maakt, en op basis daarvan gemotiveerd van de standaard kan afwijken.

### **Ingebed in samenwerkingsafspraken**

Uitgangspunt is de zelfstandige behandelrelatie tussen verpleegkundig specialist en patiënt. Bij de zorgverlening aan patiënten zijn vrijwel altijd meerdere zorgverleners en disciplines betrokken. Dit vraagt om een sterke focus op samenwerking, met het oog op de kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg. De betrokken zorgverleners maken daartoe afspraken op lokaal niveau, rondom individuele patiënten,

op afdelings- en instellingsniveau en met betrokken zorgverleners en instanties daarbuiten. Afspraken worden gemaakt, en schriftelijk vastgelegd over onder andere: Wie is in welke fase van de zorg het aanspreekpunt voor patiënt en familie, wie coördineert de zorgverlening en wie is wanneer verantwoordelijk? Verpleegkundig specialisten handelen hierin autonoom en zelfbewust en gaan uit van hun individuele bekwaamheid.

Het kader voor deze samenwerkingsafspraken wordt geboden door de *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* (KNMG, V&VN, KNOV, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF, 2010).

De wijze waarop aan deze zelfstandige behandelrol van de verpleegkundig specialist in de praktijk vorm en inhoud wordt gegeven, is afhankelijk van de gemaakte afspraken. Binnen (multidisciplinaire) zorgteams vervult de verpleegkundig specialist verschillende posities, waaronder die van hoofd- of medebehandelaar. De praktijk anno 2012 is zeer divers en volop in ontwikkeling.

### Kennis

De verpleegkundig specialist heeft kennis van:

- het menselijk functioneren, ziekten en behandeling algemeen en specifiek voor het eigen specialisme;
- medische basiskennis;
- de ‘state of the art’ van het specialisme waarin zij werkzaam is;
- gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische status;
- complicaties van ziekte en behandeling;
- farmacologie en therapie;
- evidence-based practice, actuele richtlijnen en protocollen;
- het proces van diagnosestelling tot behandeling en afronding;
- wet- en regelgeving die van toepassing is in de gezondheidszorg en op het verpleegkundig handelen (in het bijzonder op het gebied van voorbehouden en risicovolle handelingen);
- ontwikkelingspsychologie, levensfasen van de mens, copingstijlen;
- principes van zelfmanagement.

### Vaardigheden en attitude

De verpleegkundig specialist kan:

- doelgericht informatie verzamelen door observatie, zelfstandig lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek;
- diagnoses formuleren op basis van klinisch redeneren;
- differentiaaldiagnose stellen;
- een medische diagnose stellen;

- een behandelplan opstellen;
- diagnostische, therapeutische en preventieve interventies uitvoeren;
- gestelde doelen evalueren;
- de voortgang van een behandeling bewaken;
- een follow-up organiseren (vervolgbehandeling/nazorg);
- zelfstandig een behandeling afsluiten;
- actuele (wetenschappelijke) informatie in de praktijk toepassen;
- indien noodzakelijk expliciet en onderbouwd afwijken van richtlijnen en protocollen;
- voorbehouden handelingen zelfstandig indiceren en uitvoeren of overdragen;
- complicaties signaleren en adequaat handelen bij complicaties;
- zelfmanagement bevorderende strategieën toepassen;
- omgaan met verschillende copingstijlen;
- patiënten en hun naasten informeren en begeleiden.

#### COMMUNICATIE

De verpleegkundig specialist draagt zorg voor een effectieve communicatie met de patiënt, communiceert vanuit het perspectief van de patiënt en interpreteert informatie in de juiste context.

De verpleegkundig specialist streeft naar een effectieve behandelrelatie, betreft de patiënt en zijn naasten in de besluitvorming en integreert hun mening in het diagnostisch proces. Zij communiceert met de patiënt en zijn naasten, op basis van gelijkwaardigheid, over het diagnostisch proces, de behandelfase en mogelijke alternatieven, zodanig dat de verwachtingen van (de resultaten van de) behandeling realistisch zijn en de patiënt op grond daarvan een keuze kan maken. De verpleegkundig specialist adviseert over leefstijl, zingeving en kwaliteit van leven.

De verpleegkundig specialist maakt gebruik van informatie- en communicatietechnologie en ondersteunt de patiënt bij het zoeken naar betrouwbare (online) informatie over diagnose en behandeling. De verpleegkundig specialist is de spil in de zorg en hulpverlening rondom de patiënt, communiceert met verschillende disciplines en op verschillende niveaus binnen de organisatie. De verpleegkundig specialist zorgt voor een adequate verslaglegging en overdracht van gegevens.

#### Kennis

De verpleegkundig specialist heeft kennis van:

- alle vormen van informatie- en communicatietechnologie die van belang zijn voor het verlenen van adequate zorg;
- verschillende gesprekstechnieken en niveaus van communiceren;
- wet- en regelgeving inzake informatieoverdracht.

### Vaardigheden en attitude

De verpleegkundig specialist kan:

- een samenwerkingsrelatie met patiënt en diens naasten opbouwen en onderhouden;
- zich in het perspectief van de patiënt verplaatsen;
- effectief communiceren met en over de patiënt (verslaglegging, patiëntbespreking, overdracht etc.);
- uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk, vaktaal in gewone mensentaal omzetten;
- communiceren op inhouds-, procedure- en procesniveau;
- gesprekstechnieken aanpassen aan de zorgvrager (begripsniveau, achtergrond, lichamelijke en psychische toestand, beleving);
- adviseren en instrueren;
- omgaan met moderne informatie- en communicatietechnologie en sociale media;
- op basis van haar expertise vertrouwen creëren bij de patiënt.

### SAMENWERKING

De verpleegkundig specialist werkt op basis van gelijkwaardigheid als zelfstandig behandelaar samen met andere zorgprofessionals. Zij stemt taken zorgvuldig en doelmatig met hen af. Zij maakt heldere afspraken over de patiëntengroepen die zij ziet binnen haar deskundigheidsgebied en – in het verlengde hiervan – over het indiceren van voorbehouden handelingen aan deze patiëntengroepen. Waar nodig roept zij andere beroepsbeoefenaren in consult. Zij verleent consult vanuit haar eigen deskundigheid en betreft hierbij het patiëntenperspectief. Zij adviseert gevraagd en ongevraagd.

Wanneer de zorgvraag van de patiënt de eigen deskundigheid overstijgt, verwijst zij door, daarbij zorgdragend voor de kwaliteit en continuïteit van de behandeling. De verpleegkundig specialist is de ‘organisator’ van samenwerking en de verbindende schakel tussen medisch specialismen, tussen settings, tussen disciplines en in de ketenzorg. Zij vervult een brugfunctie (intermediaire rol) tussen zorgkundigen, verpleegkundigen, artsen en andere disciplines in de zorgketen.

De verpleegkundig specialist heeft een adviserende, coachende en instruerende rol naar individuele of teams van verpleegkundigen bij (medische) zorgvragen en coacht en adviseert andere professionals vanuit haar eigen deskundigheid.

De verpleegkundig specialist komt als zelfstandig werkend professional in contact met de patiënt door directe verwijzing en treedt op als

casemanager van individuele patiënten met zeer complexe zorgvragen. Hierbij is zij de verbindende schakel en fungeert als aanspreekpunt voor alle betrokkenen.

### **Kennis**

De verpleegkundig specialist heeft kennis van:

- de reikwijdte van haar eigen deskundigheidsgebied, de deskundigheid van zorgkundigen, verpleegkundigen, artsen en andere disciplines;
- wet- en regelgeving inzake het zelfstandig indiceren van voorbehouden handelingen en voorschrijven van medicatie;
- de ketenprocessen en de organisatie van zorg in de eigen regio en in de eigen organisatie;
- de sociale kaart van de eigen regio;
- netwerken binnen en buiten de eigen setting;
- samenwerkings- en teamprocessen;
- actuele zorgstandaarden en handreikingen daarin.

### **Vaardigheden en attitude**

De verpleegkundig specialist kan:

- leiding nemen en organiseren;
- samenwerken met de patiënt en zijn naasten;
- samenwerken met verschillende disciplines op verschillende niveaus;
- zichzelf positioneren als zelfstandig behandelaar en case-manager voor individuele patiënten en optreden als verbindende schakel en aanspreekpunt voor alle betrokkenen;
- efficiënt en effectief overleggen, vanuit een collegiale en open houding binnen verschillend samengestelde teams en met samenwerkingspartners;
- omgaan met verschillen in opvatting en zienswijze;
- omgaan met moderne informatie- en communicatiemiddelen en sociale media.

### **KENNIS EN WETENSCHAP**

De verpleegkundig specialist heeft een reflectieve en lerende houding en is hierin een rolmodel voor anderen. Zij is gericht op kennis delen en levert bijdragen aan de deskundigheid van collega's en andere zorgprofessionals. De verpleegkundig specialist speelt een actieve rol in het opleiden van toekomstige beroepsgeenoten, in de praktijk en op hogescholen.

De verpleegkundig specialist volgt met regelmaat geaccrediteerde bij- en nascholing, nationaal en internationaal, zowel op het gebied van het klinisch handelen binnen het eigen deskundigheidsgebied als gericht op de andere competentiegebieden. De kwaliteit van de zorg die door de verpleegkundig specialist wordt geleverd wordt hoog gehouden door intercollegiale toetsing met (collega-)verpleegkundig specialisten of andere beroepsbeoefenaren met wie wordt samengewerkt. De verpleegkundig specialist is goed op de hoogte van recente wetenschappelijke ontwikkelingen binnen het eigen specialisme en deskundigheidsgebied en beoordeelt wetenschappelijke informatie kritisch. Zij bevordert de ontwikkeling en implementatie van kennis en kunde binnen het eigen specialisme en het eigen deskundigheidsgebied. Zij stimuleert kennisuitbreiding binnen het specialisme en het eigen deskundigheidsgebied door het uitvoeren van (multidisciplinair) onderzoek of door participatie in onderzoek, geïntegreerd in de patiëntenzorg. Zij vertaalt wetenschappelijke uitkomsten naar de beroepspraktijk en neemt deel aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Zij publiceert en werkt mee aan (wetenschappelijke) publicaties.

### **Kennis**

De verpleegkundig specialist heeft kennis van:

- leerprincipes, begeleidings- en instructiemethoden;
- de principes van evidence-based practice en kennisontwikkeling;
- verschillende onderzoeksdesigns en de uitvoering van (multidisciplinair) onderzoek;
- evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO-methode);
- epidemiologie;
- didactiek van het leren op de werkplek, coaching en intervisie;
- procedures met betrekking tot collegiale toetsing;
- methoden voor de implementatie van nieuw verworven kennis en vaardigheden binnen het eigen deskundigheidsgebied.

### **Vaardigheden en attitude**

De verpleegkundig specialist kan:

- kennis overdragen en collega's van eigen en andere disciplines adviseren;
- de toegevoegde waarde van het eigen handelen onderbouwen in termen van het beschikbare bewijs (evidence-based practice) en kosteneffectiviteit;
- een verbinding leggen tussen de beroepspraktijk en de wetenschap;

- nieuwe interventies ontwikkelen op basis van resultaten van praktijkonderzoek;
- trends herkennen (in voorkomende problemen) en nieuwe aanpakken bedenken;
- onderzoeksvragen formuleren, ontleend aan de beroepspraktijk;
- een onderzoeksdesign uitwerken en (multidisciplinair) onderzoek uitvoeren;
- vaardigheden op het gebied van eigen manieren van leren/vak bijhouden toepassen;
- uitkomsten van onderzoek en ontwikkeling presenteren;
- eigen deskundigheid op peil houden via reflectie op eigen handelen, feedback van collega's, lezen van vakliteratuur, volgen van (geaccrediteerde) scholing, nationale en internationale congressen, intercollegiale toetsing en intervisie;
- een bijdrage leveren aan het leerklimaat van werkplekken waar zorg wordt verleend.

#### MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

De verpleegkundig specialist helpt individuele en groepen patiënten hun weg te vinden in het gezondheidszorgsysteem en toegang te krijgen tot de juiste zorg op het juiste moment. Daarnaast bevordert zij het vermogen van de patiënt om als kritisch consument op te treden (empowerment gericht op zelfmanagement).

De verpleegkundig specialist behartigt de belangen van de individuele patiënt of specifieke patiëntengroepen en draagt bij aan het maatschappelijk debat daarover. Vanuit haar specifieke deskundigheid signaleert zij gezondheidsrisico's bij patiënten(groepen), waaronder risico's ten aanzien van de patiëntveiligheid, binnen het specialisme op individueel, organisatie- en maatschappelijk niveau en onderneemt gericht actie om hierop invloed uit te oefenen. Zij houdt zich aan meldcodes, bijvoorbeeld bij het signalen van mishandeling en verwaarlozing, kan deze bespreekbaar maken en coacht zorgprofessionals hierop.

De verpleegkundig specialist volgt de berichtgeving in de media over inzichten en tendensen met betrekking tot het eigen specialisme. Zij implementeert de kwaliteitseisen uit wet- en regelgeving in het zorg- en behandelproces.

#### Kennis

De verpleegkundig specialist heeft kennis van:

- nationale en internationale gezondheidszorgsystemen en -beleid;
- leefstijl en gedrag, sociale netwerken en zelfmanagement;
- cultuurgebonden opvattingen over gezondheid, ziekte en zorg;



- epidemiologie;
- preventie en gezondheidsvoorlichting, gezondheids- en gedragsdeterminanten;
- principes van beïnvloeding van gedrag en gedragsverandering;
- maatschappelijke trends binnen doelgroepen;
- kwaliteitseisen uit wet- en regelgeving;
- overheidsbeleid op het gebied van patiëntveiligheid.

### Vaardigheden en attitude

De verpleegkundig specialist kan:

- optreden als belangenbehartiger van patiënten of patiëntengroepen;
- gezondheidsrisico's signaleren (individueel, op organisatie- en maatschappelijk niveau);
- beleid en interventies ontwikkelen gericht op preventie en vroegsignalering;
- het sociaal netwerk rondom een patiënt versterken;
- resultaten van epidemiologisch onderzoek interpreteren.

### ORGANISATIE

De verpleegkundig specialist functioneert vanuit een zelfstandige handelverantwoordelijkheid. De verpleegkundig specialist is gesprekspartner van zorgverzekeraars, kan zelfstandig productieafspraken maken, denkt mee over de gewenste kwaliteit van zorg en kosteneffectiviteit en levert de daarvoor benodigde gegevens aan. Het takenpakket is goed afgestemd met dat van andere disciplines met bijbehorende verantwoordelijkheden, bevoegdheden en werklast. De verpleegkundig specialist heeft de mogelijkheid zich samen met andere beroepsbeoefenaren zelfstandig te vestigen. Zij draagt actief bij aan het beleid van zorgorganisaties, onder meer door zitting te hebben in verpleegkundige adviesraden. De verpleegkundig specialist (re)organiseert zorgprocessen ten behoeve van een betere beschikbaarheid en continuïteit van zorg, beperking van wachttijd voor de patiënt en grotere kosteneffectiviteit. Daarnaast ontwikkelt zij nieuwe zorgvormen onder meer met behulp van e-health<sup>[6]</sup>, al dan niet samen met andere professionals en met specifieke aandacht voor de herkenbaarheid van het verpleegkundig vakgebied.

Zij voert de organisatie van een onderdeel van de zorg (bijvoorbeeld een poli, spreekuur of zorgprogramma) en maakt daarbij optimaal gebruik van de mogelijkheden van de moderne technologie en houdt daarbij rekening met de mogelijkheden van de patiënt.

### Kennis

De verpleegkundig specialist heeft kennis van:

- de wettelijke kaders van zelfstandige behandelverantwoordelijkheid en de eigen bevoegdheden;
- zorgbekostiging en kosteneffectiviteit;
- organisatievormen en -principes in de zorg;
- ondernemen en zelfstandige praktijkvoering;
- e-health;
- formele en informele relaties, macht en gezag, invloeden en beïnvloedingsmogelijkheden binnen organisaties;
- macro-economische ontwikkelingen en wijzen van bekostiging van de zorg (publiekprivaat);
- strategische meerjarenagenda van de overheid in de zorg.

### Vaardigheden en attitude

De verpleegkundig specialist kan:

- informatie leveren voor en onderhandelen over productie met zorgverzekeraars;
- de eigen beroepsgroep vertegenwoordigen en positioneren binnen de organisatie;
- zorgprocessen organiseren en (her)inrichten;
- met beroepsgenoten en/of andere zorgprofessionals een zelfstandige praktijk of groepspraktijk opzetten en organiseren;
- projectmatig en procesmatig werken.

### PROFESSIONALITEIT EN KWALITEIT

De verpleegkundig specialist is een zelfbewuste beroepsbeoefenaar, die sturing geeft aan haar vak en permanent werkt aan persoonlijke en professionele ontwikkeling. Zij levert op eerlijke, oprechte en betrokken wijze hoogwaardige patiëntenzorg, met aandacht voor de integriteit en autonomie van de patiënt. Zij laat aan de hand van haar dagelijks functioneren zien dat zij het vertrouwen van de patiënt en zijn omgeving waard is. De verpleegkundig specialist biedt transparantie en legt verantwoording af over het eigen professioneel handelen. Zij kent de grenzen van haar eigen competenties en maakt met andere professionals duidelijke afspraken over de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en regie.

De verpleegkundig specialist werkt aan de profilering en professionalisering van het specialisme en participeert in beroeps- en belangenverenigingen. Zij heeft een innovatieve en initiatiefrijke beroepshouding. Verpleegkundig specialisten organiseren zich krachtig in professionele netwerken.

### **Kennis**

De verpleegkundig specialist heeft kennis van:

- kwaliteitskaders voor de zorg;
- de beroepscode;
- de professionele standaarden en richtlijnen;
- actuele wetenschappelijke inzichten binnen het eigen expertisegebied;
- de visie van de beroepsgroep op goede zorg en de rol van verpleegkundig specialisten;
- de visie van het eigen specialisme;
- medisch-ethische, juridische en maatschappelijke ontwikkelingen;
- beroepsgroepen en beroepsorganisaties, ook internationaal.

### **Vaardigheden en attitude**

De verpleegkundig specialist kan:

- haar visie op kwaliteit van zorg uitdragen;
- de beroepsgroep positioneren in de gezondheidszorg;
- zich positioneren als zelfstandig behandelaar en case-manager van patiënten;
- omgaan met de verantwoordelijkheden van zelfstandig behandelaar;
- het eigen handelen kritisch beoordelen;
- omgaan met feedback en professioneel feedback geven;
- professioneel leiderschap tonen.

Hierna volgt een overzicht van de vijf wettelijk vastgelegde specialismen waarin verpleegkundig specialisten zijn geregistreerd. Het profiel per specialisme wordt gevormd door de verschillende elementen beschreven in hoofdstuk 3 in combinatie met de aanvulling die in onderstaande paragrafen per specialisme wordt gegeven. Aan het eind van elk specialisme zijn de voorbehouden handelingen opgenomen waarvoor aan de betreffende verpleegkundig specialisten op grond van artikel 36a van de Wet BIG en het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten een zelfstandige bevoegdheid is toegekend.

## 4.1 Verpleegkundig specialist intensieve zorg

### *Deskundigheidsgebied*

Het zelfstandig verrichten van handelingen betrekking hebbend op de aard en oorzaak van gezondheidsproblemen en de middelen en zorg gewijd aan het behandelen (genezen) ervan.

### *Aard van de zorg*

In dit specialisme staan de ziekte, de behandeling van de ziekte en de consequenties van de ziekte voor het directe functioneren (ICD-dominante zorg) centraal. Er is sprake van sterke invloed van medische diagnostiek en behandeling op de aard van de zorg.

### *Focus*

De intensieve zorg omvat medische en verpleegkundige handelingen bij zorgvragen die (technisch-)specialistische expertise vereisen.

### *Doelgroep*

Patiënten met somatische aandoeningen in de behandelfase.

### Setting

De verpleegkundig specialist intensieve zorg is vooral te vinden binnen de algemene en academische ziekenhuizen, in de eerste lijn (huisartsenpraktijk) en de langdurige zorg. In de ziekenhuissector werkt zij veelal hooggespecialiseerd, binnen een smal deskundigheidsgebied (overeenkomstig een medisch (sub)specialisme). Binnen de huisartsenpraktijk en de langdurige zorg werkt zij meer generalistisch, voor een bredere, gevarieerdere patiëntenpopulatie en vanuit een breder deskundigheidsgebied. Maar ook hier kan zij zich specialiseren, bijvoorbeeld in de richting van een specifieke patiëntengroep of specifieke klachten.

### SPECIFIEKE KENNIS EN VAARDIGHEDEN (AANVULLEND OP ALGEMENE KENNIS EN VAARDIGHEDEN)

#### Klinisch handelen

De verpleegkundig specialist intensieve zorg biedt zelfstandig medische en verpleegkundige zorg aan mensen met een somatische aandoening in de behandel fase. Zij richt zich op zorgvragen die (technisch-)specialistische expertise vereisen en maakt daarbij gebruik van hoogwaardige technologie.

#### Kennis

De verpleegkundig specialist intensieve zorg heeft kennis van de medische technologie binnen haar deskundigheidsgebied.

#### Vaardigheden en attitude

De verpleegkundig specialist intensieve zorg kan omgaan met hoogwaardige technologische medische apparatuur.

#### Vorbehouden handelingen

De verpleegkundig specialist intensieve zorg is bevoegd tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van de volgende voorbehouden handelingen:

- het verrichten van heekundige handelingen;
- het verrichten van endoscopieën;
- het verrichten van katheterisaties;
- het geven van injecties;
- het verrichten van puncties;
- het verrichten van electieve cardioversie;
- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

## 4.2 Verpleegkundig specialist acute zorg

### Deskundigheidsgebied

Het zelfstandig verrichten van handelingen betrekking hebbend op de aard en oorzaak van acute en/of door de patiënt als acuut ervaren gezondheidsproblemen en de middelen en zorg gewijd aan het behandelen (stabiliseren) ervan.

### Aard van de zorg

In dit specialisme gaat het om het voorkómen en behandelen van dringende vragen naar spoedzorg (van laag- tot hoogcomplex).

### Focus

De acute zorg omvat triage, stabilisatie en behandeling bij dringende laagcomplexere zorgvragen tot en met dringende levensbedreigende zorgvragen.

### Doelgroepen

Patiënten met acute of als acuut ervaren gezondheidsproblemen, van laagcomplex tot levensbedreigend.  
Slachtoffers van ongevallen, rampen of oorlogsgeweld.

### SPECIFIEKE KENNIS EN VAARDIGHEDEN (AANVULLEND OP ALGEMENE KENNIS EN VAARDIGHEDEN)

#### Klinisch handelen

De verpleegkundig specialist acute zorg biedt medische en verpleegkundige zorg ten behoeve van acute en/of door de patiënt als acuut ervaren klachten, van laagcomplex tot levensbedreigend (ICD-dominante zorg). Zij diagnosticeert, indiceert en behandelt spoedeisende klachten en aandoeningen. Zij verricht triage naar urgentie en zorgtraject, biedt zorg ten behoeve van de stabilisatie van en behandeling bij gezondheids- of levensbedreigende klachten en biedt hulp aan slachtoffers van ongevallen, rampen of oorlogsgeweld.

#### Communicatie

De verpleegkundig specialist acute zorg verkrijgt patiënteninformatie onder tijdsdruk. Zij onderhoudt na grootschalige incidenten contact met de andere betrokken partijen zoals ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, overheden, GHOR en GGD.

### Samenwerking

De verpleegkundig specialist acute zorg triert en indiceert (ook in de thuissituatie) wie de zorg kan leveren. Zij voert doelmatig overleg in snel wisselende teams in acute, gezondheids- en levensbedreigende situaties. Na de behandeling regelt zij de follow-up en schakelt zij de benodigde zorg in, zoals thuiszorg of opname verpleeghuis, verslavingszorg, jeugdzorg, politie, of een slaapplek. Zij onderhoudt en verbetert waar nodig de communicatie en samenwerkingsrelatie met andere partijen betrokken bij de acute zorg, ook in geval van groot-schalige incidenten.

### Organisatie

De verpleegkundig specialist acute zorg neemt deel aan de ontwikkeling van een goed georganiseerde dag en nacht beschikbare en toegankelijke spoedzorg.

### Kennis

De verpleegkundig specialist acute zorg heeft kennis van:

- traumatologie;
- spoedeisende geneeskunde, zowel op traumatologisch gebied als op het gebied van de beschouwende specialismen zoals cardiologie en interne geneeskunde;
- de zorg voor een slachtoffer van (seksueel) geweld;
- de sociale kaart.

### Vaardigheden en attitude

De verpleegkundig specialist acute zorg kan:

- triage verrichten;
- diagnosticeren, indiceren en behandelen in een acute situatie;
- onder tijdsdruk zorgvuldig en effectief communiceren met de patiënt en zijn naasten;
- onder tijdsdruk effectief overleg voeren in wisselende teams;
- in acute/stressvolle situaties de leiding nemen en het werk organiseren;
- (kinder)mishandeling signaleren en hulp in gang zetten;
- onder tijdsdruk evidence-based procedures en richtlijnen vertalen naar de behandelpraktijk.

### Vorbehouden handelingen

De verpleegkundig specialist acute zorg is bevoegd tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van de volgende voorbehouden handelingen:

- het verrichten van heekundige handelingen;

- het verrichten van endoscopieën;
- het verrichten van katheterisaties;
- het geven van injecties;
- het verrichten van puncties;
- het verrichten van electieve cardioversie;
- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

### 4.3 Verpleegkundig specialist chronische zorg

#### Deskundigheidsgebied

Het zelfstandig verrichten van handelingen betrekking hebbend op de aard en oorzaak van chronische gezondheidsproblemen en de middelen en zorg gewijd aan het behandelen, begeleiden en ondersteunen ervan.

#### Aard van de zorg

In dit specialisme gaat het om de voortgaande behandeling van de chronisch-somatische aandoening, zorggerelateerde preventie, omgaan met stoornissen, beperkingen en handicaps, voortvloeiend uit een of meer aandoeningen (comorbiditeit), alsook sociale inclusie centraal (ICF-dominante zorg).

#### Focus

De chronische zorg omvat medische en verpleegkundige zorg bij chronische zorgvragen, gericht op het optimaliseren van therapietrouw, zelfmanagement en kwaliteit van leven.

#### Doelgroepen

- patiënten met chronisch somatische en psychische aandoeningen en stoornissen, beperkingen en handicaps;
- ouderen met leeftijdsverwante problematiek, kwetsbare ouderen;
- ouderen met niet specifiek geriatrische aandoeningen zoals overgewicht, gevolgen van een hartinfarct, een beroerte, artrose, kanker en artritis;
- patiënten die vanuit bovenstaande aandoeningen in de laatste levensfase komen en palliatieve zorg behoeven.



## SPECIFIEKE KENNIS EN VAARDIGHEDEN (AANVULLEND OP ALGEMENE KENNIS EN VAARDIGHEDEN)

### **Klinisch handelen**

De verpleegkundig specialist chronische zorg biedt langdurige verpleegkundige en medische zorg aan chronische patiënten, bij wie veelal sprake is van comorbiditeit en problematiek op verschillende levensgebieden tegelijk. Zij richt zich op het omgaan met stoornissen, beperkingen en handicaps, voortvloeiend uit een of meer chronische, somatische aandoeningen, gericht op zelfmanagement en bevordering van de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie. Zij verleent palliatieve zorg aan de chronische, terminale patiënt. De verpleegkundig specialist chronische zorg biedt haar patiënten zorggerelateerde preventie met als doel verergering van de ziekte en complicaties te voorkomen. Bijvoorbeeld door het bevorderen van therapietrouw, ondersteuning bij medicijngebruik, bevorderen gezonde leefstijl, met specifieke aandacht voor de groep bij wie gedragsverandering moeilijk te bewerkstelligen is.

### **Communicatie**

Zij vervult een voorbeeldfunctie voor anderen in de benadering en begeleiding van patiënten met (psychische) aandoeningen, zoals dementie.

### **Samenwerking**

De verpleegkundig specialist chronische zorg betreft en onderhoudt het netwerk van de patiënt bij het organiseren van ondersteuning in de omgeving van de patiënt. Zij bouwt een langdurige samenwerkingsrelatie op met de patiënt, familieleden en andere betrokkenen.

### **Organisatie**

De verpleegkundig specialist chronische zorg ontwikkelt nieuwe zorgvormen en reorganiseert zorgprocessen en maakt daarmee de gewenste veranderingen en taakverschuivingen in de organisatie van de chronische zorg mogelijk, binnen ziekenhuizen en van ziekenhuizen naar extramurale settings, dicht bij huis. De verpleegkundig specialist chronische zorg levert ambulante zorg, biedt ziekenhuisverplaatste zorg laagdrempelig en toegankelijk en brengt 'ziekenhuisspecialismen' bij patiënten thuis.

### **Kennis**

De verpleegkundig specialist chronische zorg heeft kennis van:

- interventies bij ICF-gerelateerde aandoeningen;

- verpleegkundige en medische behandelingsmogelijkheden in de palliatieve en terminale zorg;
- de sociale kaart;
- alle vormen van preventie, en specifiek de zorggerelateerde.

### **Vaardigheden en attitude**

De verpleegkundig specialist chronische zorg kan:

- familieleden, mantelzorgers, zorgverleners/instanties inschakelen bij de zorg voor de patiënt, op basis van de zorgvraag en de (specifieke) zorgcontext;
- specifieke gesprekstechnieken toepassen zoals motivational interviewing;
- interne en externe bronnen activeren ter bevordering van functies, activiteiten en participatie van de patiënt (ICF);
- een langdurige behandelrelatie met de patiënt onderhouden;
- het netwerk van de patiënt organiseren, ondersteunen en onderhouden;
- ziekenhuiszorg in de thuissituatie leveren;
- zorg verlenen in de laatste levensfase.

### **Voorbehouden handelingen**

De verpleegkundig specialist chronische zorg is bevoegd tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van de volgende voorbehouden handelingen:

- het verrichten van heelkundige handelingen;
- het verrichten van endoscopieën;
- het verrichten van katheterisaties;
- het geven van injecties;
- het verrichten van puncties;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

## **4.4 Verpleegkundig specialist preventieve zorg**

### **Deskundigheidsgebied**

Het zelfstandig verrichten van handelingen betrekking hebbend op de aard en oorzaak van gezondheidsproblemen en de middelen en zorg gewijd aan het voorkómen ervan.

### **Aard van de zorg**

In dit specialisme gaat het om het onderkennen en voorkómen van dreigende gezondheidsproblemen, het bevorderen van gezond gedrag

en het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren en het terugdringen daarvan.

### **Doelgroepen**

- kinderen 0-19 jaar en hun ouders;
- patiënten met stoornissen, beperkingen en handicaps, voortvloeiend uit een of meer chronische somatische aandoeningen;
- ouderen met leeftijdsgerelateerde problematiek;
- ouderen met niet-specifiek geriatrische aandoeningen zoals overgewicht, gevolgen van een hartinfarct, een beroerte, artrose, kanker en reumatoïde artritis.

### **SPECIFIEKE KENNIS EN VAARDIGHEDEN (AANVULLEND OP ALGEMENE KENNIS EN VAARDIGHEDEN)**

#### **Klinisch handelen**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg biedt medische en verpleegkundige zorg gericht op het voorkomen van somatische aandoeningen. Hierbij staan selectieve preventie en geïndiceerde preventie centraal. Zij signaleert, onderkent en voorkomt somatische, psychosociale en ontwikkelingsproblematiek bij de verschillende doelgroepen en dringt deze terug. Zij houdt rekening met het kind als individu binnen het (gezins)systeem. Zij verricht periodiek geïntegreerd verpleegkundig/medisch onderzoek en beoordeelt de lichamelijke en psychosociale gezondheid van individuen of risicogroepen met als doel inzicht te krijgen in hun gezondheidstoestand. Zij zet eventuele vervolgacties in gang en voert deze uit. Zij verricht triage naar urgentie en zorgtraject. De verpleegkundig specialist preventieve zorg biedt sociaal-maatschappelijke zorg en begeleiding aan maatschappelijk kwetsbare groepen en individuen in risicosituaties en bij (hoog)complexe (gezins)problematiek, werkt outreachend, vervult een vangnetfunctie en zorgt voor toegang tot effectieve zorg. De verpleegkundig specialist preventieve zorg autoriseert verpleegkundigen voor de uitvoering van individuele en massavaccinatie en geeft voorlichting over het Rijksvaccinatieprogramma met als doel het bereiken van een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad.

Zij voert screeningsprogramma's uit en beoordeelt de effectiviteit van deze programma's; op basis hiervan doet zij voorstellen ter verhoging van het screeningsbereik. De verpleegkundig specialist preventieve zorg draagt proactief bij aan zorggerelateerde preventie binnen de eerstelijnszorg, ziekenhuis- en verpleeghuiszorg.

### **Communicatie**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg richt zich op het bouwen en onderhouden van een goede verstandhouding en langdurige vertrouwensrelatie met patiënten en hun familie en/of wettelijk vertegenwoordigers. Zij maakt informatie uit epidemiologisch onderzoek beschikbaar en bespreekbaar voor individuen, doelgroepen, overheid en samenleving. De verpleegkundig specialist preventieve zorg maakt effectief gebruik van media bij het bevorderen van gezond gedrag en adviseert, gevraagd en ongevraagd, over gezond gedrag en gezondheidsrisico's op individueel en collectief niveau. Zij is alert op signalen van mishandeling en verwaarlozing, kan deze bespreekbaar maken en coacht verpleegkundigen hierop.

### **Samenwerking**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg coördineert het afgesproken preventiebeleid en fungeert als aanspreekpunt voor diverse betrokken organisaties en professionals, zoals leerkrachten, huis- en bedrijfsartsen, jeugdzorg, AMK, gemeente, wijkregisseurs en RIVM. Zij adviseert en begeleidt hen en ontwikkelt gezamenlijk adequate interventies (of ketenzorg).

### **Kennis en wetenschap**

Zij initieert onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van preventieprogramma's of participeert daarin.

### **Maatschappelijk handelen**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg signaleert belangrijke gezondheidsvraagstukken en -determinanten op individueel, organisatie- en maatschappelijk niveau. Zij richt zich op beïnvloeding van maatschappelijke opvattingen over gezond gedrag en werkt aan beleidsbeïnvloeding om gezondheidsrisico's te verminderen. De verpleegkundig specialist preventieve zorg bevordert de empowerment van kwetsbare (gezins)systemen.

### **Organisatie**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg houdt zich actief bezig met innovatie op het gebied van gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Zij ontwikkelt en implementeert groeps- en individuele interventies gericht op risicogroepen en vervult een centrale rol binnen lokale preventie-initiatieven zoals de centra voor jeugd en gezin.

### **Kennis**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg heeft kennis van:

- selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie(programma's);
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- het preventiebeleid van gemeente en rijk;
- de sociale kaart;
- innovaties op het gebied van gezondheidsbescherming, -bevordering en ziektepreventie;
- specifieke speerpunten als alcohol, roken, drugs, depressie, overgewicht en borstvoeding.

### **Vaardigheden en attitude**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg kan:

- uitkomsten van epidemiologisch onderzoek vertalen naar de praktijk;
- preventieprogramma's initiëren, ontwikkelen en implementeren;
- triëren naar urgentie en zorgtraject;
- omgaan met ongerust publiek;
- effectief gebruikmaken van de media;
- gebruikmaken van netwerken binnen en buiten de gezondheidszorg om de zorgbehoefte van individuen of risicogroepen in kaart te brengen en verwijzingsmogelijkheden te benutten;
- een brug slaan tussen probleemanalyse en interventie op groeps- en individueel niveau.

### **Vorbehouden handelingen**

De verpleegkundig specialist preventieve zorg is bevoegd tot het binnen het wettelijk kader zelfstandig indiceren en uitvoeren van de volgende voorbehouden handelingen:

- het geven van injecties;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

## **4.5 Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg**

### **Deskundigheidsgebied**

Het zelfstandig verrichten van handelingen betrekking hebbend op de aard en oorzaak van problemen met betrekking tot de geestelijke gezondheid van individuen en de middelen en zorg gewijd aan het herstel ervan.

### **Aard van de zorg**

In dit specialisme gaat het om het voorkomen, hanteerbaar maken of opheffen van klachten en disfuncties en voorkomen van terugval vanuit het perspectief van de patiënt en diens omgeving (DSM IV-dominante zorg).

### **Focus**

Het specialisme geestelijke gezondheidszorg omvat het binnen zorgketens verlenen van preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg, al naar gelang de situatie van de patiënt hierom vraagt.

### **Doelgroepen**

Patiënten met stoornissen in de geestelijke gezondheid binnen de aandachtsgebieden kinderen en jeugdigen, volwassenen, ouderen, forensische psychiatrie en verslavingszorg.

## **SPECIFIEKE KENNIS EN VAARDIGHEDEN (AANVULLEND OP ALGEMENE KENNIS EN VAARDIGHEDEN)**

### **Klinisch handelen**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg biedt, als hoofd- of medebehandelaar, medische en verpleegkundige zorg bij patiënten met psychiatrische stoornissen en hun omgeving. Zij heeft daarbij specifieke aandacht voor comorbiditeit van verschillende psychiatrische stoornissen en van psychiatrische en somatische aandoeningen. Zij behandelt, begeleidt en ondersteunt patiënten met hoogcomplexere problemen op meerdere levensgebieden. Zij vertaalt beperkingen en handicaps, of functionele stoornissen, zoals bedoeld in de ICF, die voortvloeien uit een psychiatrische stoornis in verpleegkundige diagnostiek. De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg verricht triage en screening bij aanmelding en spoedeisende zorgvragen. Zij geeft psycho-educatie en geeft het (sociale) steunsysteem een plaats in de behandeling, waarbij het steunsysteem zelf ook onderwerp is van de geboden zorg. Zij verleent spoedeisende psychiatrie, vervult crisisdiensten, past crisisinterventie toe, indiceert voor risicovolle handelingen in het kader van Middelen en Maatregelen en handelt hierbij volgens juridische kaders.

### **Communicatie**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg richt zich op het bouwen en onderhouden van een goede verstandhouding en

langdurige vertrouwensrelatie met patiënten en hun familie en/of wettelijk vertegenwoordigers.

### **Samenwerking**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg werkt effectief samen met andere bij de zorg voor psychiatrische patiënten betrokken organisaties zoals maatschappelijke organisaties, huisartsen, politie en gemeente, om gezamenlijk adequate interventies (of ketenzorg) te ontwikkelen en uit te voeren.

### **Kennis en wetenschap**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg heeft bij de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis specifieke aandacht voor de samenhang en toegankelijkheid van de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

### **Maatschappelijk handelen**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg bevordert de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen en bevordert hun herstel, empowerment en zelfmanagement. Zij richt zich op de inzet van ervaringsdeskundigheid binnen de geestelijke gezondheidszorg.

### **Kennis**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg heeft algemene kennis van de psychiatrie en specifieke kennis van een of meer van de volgende aandachtsgebieden: spoedeisende psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, volwassenenpsychiatrie, ouderenpsychiatrie, forensische psychiatrie, verslavingszorg, consultatieve psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg.

### **Vaardigheden en attitude**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg kan:

- vrijheidsbeperkende interventies toepassen;
- omgaan met zorgmijders;
- gebruikmaken van ervaringsdeskundigheid van cliënten.

**Vorbehouden handelingen**

De verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg is bevoegd tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van de volgende voorbehouden handelingen:

- het geven van injecties;
- het verrichten van puncties;
- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.



Bij het uitvoeren van de competenties die in de vorige hoofdstukken zijn beschreven, is de werkomgeving van de verpleegkundig specialist van grote invloed. Temeer, daar dit nieuwe niveau van verpleegkundige in veel zorginstellingen nog een optimale positionering moet vinden. De verpleegkundig specialisten hebben in de nog korte geschiedenis van hun beroep laten zien dat zij over veel initiatief beschikken om veranderingen teweeg te brengen. Zij kunnen ook bijdragen aan het aantrekkelijk maken en houden van de verpleegkunde voor huidige en toekomstige beroepsbeoefenaren.

Maar ook de zorginstellingen, werkgevers- en beroepsorganisaties hebben op dit gebied belangrijke taken. Er zijn veel goede voorbeelden van werkcontexten, waarin er evenwicht en samenspel is – ook in de zorg. Al in het begin van de jaren '80 werd er onderzoek gedaan naar de aantrekkingskracht en het behoud van verpleegkundigen in ziekenhuizen (McClure e.a., 1983). De deelnemende ziekenhuizen werden geselecteerd op hun reputatie voor uitzonderlijke resultaten:

- a de instelling was succesvol in het aantrekken en behouden van verpleegkundigen;
- b de verpleegkundigen vonden dat de instelling een goede werkgever was;
- c de verpleegkundigen vonden de instelling een goede plek om het beroep uit te oefenen: de kwaliteit van de zorg was goed.

Vanwege de aantrekkingskracht die deze zorgorganisaties hadden op verpleegkundigen werden zij 'magneetziekenhuizen' genoemd.

### 5.1 Kenmerken van een uitnodigende werkomgeving

Geïnspireerd door het magneetconcept in de Verenigde Staten ontwikkelen V&VN en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) 'excellente zorg'. Excellente zorg staat voor de beste zorg aan patiënten. 'Geboden door de verpleegkundigen en verzorgenden die

met overgave, volgens de laatste stand van de wetenschap hun werk doen.' Doordat alle kennis en passie tot hun recht komen, ligt het ziekteverzuim en het verloop van zorgprofessionals laag (website V&VN).

De volgende kenmerken zijn voor verpleegkundig specialisten essentiële voorwaarden om excellente zorg te verlenen:

- werken met vakbekwame collega's;
- goede werkrelaties met de artsen;
- autonomie;
- support van de direct leidinggevende;
- zeggenschap over de beroepsuitoefening;
- mogelijkheden voor leren en ontwikkeling;
- voldoende personeel;
- een patiëntgerichte zorgcultuur.

De acht magneetkenmerken zijn ontleend aan een reeks van onderzoeken van Kramer en Schmalenberg (2004). Hierna een beknopte (geactualiseerde) toelichting op elk van de kenmerken.

#### *Werken met vakbekwame collega's*

In een aantrekkelijke werkomgeving kunnen verpleegkundig specialisten met vakbekwame collega's werken. Extra vakbekwaamheid wordt erkend, gewaardeerd en beloond. De personeelsbezetting is gebaseerd op de vakbekwaamheid van de zorgprofessionals, en in de organisatie werkt men doelgericht aan het vergroten van de vakbekwaamheid.

#### *Goede werkrelaties met de artsen*

In een aantrekkelijk werkomgeving worden voorwaarden gecreëerd voor goede werkrelaties tussen verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en artsen. Voor arts kan ook gelezen worden: psychiater, verpleeghuisarts, huisarts of andere behandelaar of behandelverantwoordelijke met wie de verpleegkundig specialisten te maken krijgen.

#### *Autonomie*

In een aantrekkelijke werkomgeving hebben verpleegkundig specialisten professionele autonomie en verantwoordelijkheid – in verbinding met de organisatie.

#### *Support van leidinggevende*

In een aantrekkelijke werkomgeving zijn leidinggevend (of eerstverantwoordelijke voor zorg) zichtbaar, beschikbaar en toegankelijk. Zij

bevorderen de persoonlijke en professionele groei van de verpleegkundig specialisten.

#### *Zeggenschap over de beroepsuitoefening*

In een aantrekkelijke werkomgeving hebben verpleegkundig specialisten zeggenschap over de beroepsuitoefening. In de organisatie wordt brede participatie van verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten bevorderd en erkend.

#### *Mogelijkheden voor leren en loopbaanontwikkeling*

Verpleegkundig specialisten vinden loopbaanmogelijkheden een zeer belangrijke voorwaarde voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Bij loopbaanmogelijkheden kan onder meer gedacht worden aan verticale doorstroom naar hogere functies, en aan horizontale functie-differentiatie, waarbij men zich specialiseert in het werken met een bepaalde groep zorgvragers. Loopbaanmogelijkheden worden daarnaast verruimd als doorstromen naar hbo- en academische opleidingen wordt gefaciliteerd.

#### *Voldoende personeel*

In een aantrekkelijke werkomgeving is de zorgkundige-verpleegkundige-verpleegkundig specialist-zorgvrager-ratio afgestemd op de zorgzwaarte of de complexiteit van de zorg. De zorgorganisatie voert een actief beleid om de werkdruk van verpleegkundig specialisten op een werkbaar niveau te houden.

#### *Zorgvragergerichte cultuur*

In een aantrekkelijke werkomgeving bestaat een zorgvragergerichte cultuur. Verpleegkundig specialisten zijn actief betrokken bij de vormgeving daarvan.

## **5.2 De rol van zorginstellingen, werkgevers**

Werkgevers zijn zich scherp bewust van de schaarste op de arbeidsmarkt en van de noodzaak om professionals ruim baan te geven in de beroepsuitoefening. In de arbeidsmarktagenda voor de zorg (2010) spreekt de vereniging Brancheorganisaties Zorg (BoZ) de ambitie uit een duurzaam evenwicht te realiseren tussen vraag en aanbod op de zorgarbeidsmarkt. Kwantitatief, maar ook kwalitatief. Enkele belangrijke punten van deze agenda waarin professionals en werkgevers elkaar kunnen ontmoeten:

- de bureaucratie en administratieve lasten van regelgeving en toezicht worden tot een minimum beperkt;
- de zeggenschap van de professional in de zorg- en dienstverlening is vergroot en biedt alle ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid;
- er wordt zo veel mogelijk gebruikgemaakt van ICT en robottechnologie voor innovatie van zorg-, technische en logistieke processen;
- professionals worden ingezet op een manier die optimaal aansluit bij hun bekwaamheid;
- werken in de zorg heeft het imago van werken in een professionele en ondernemende organisatie, goed georganiseerd en met nadruk op professionele ontwikkelingsmogelijkheden;
- voor iedere professional zijn er horizontale en/of verticale loopbaanmogelijkheden;
- professionals krijgen volop gelegenheid om scholing en opleiding te volgen;
- het werkveld is leidend bij het vormgeven van de beroepsopleiding zodat de aansluiting tussen onderwijs en praktijk goed is;
- leerplekken zijn innovatief ingericht, leren is vernieuwen.

Uit de V&V 2020-rondetafelgesprekken met verpleegkundig specialisten bleek de mate waarin de zorginstelling gebruikmaakt van hun deskundigheid sterk te variëren: van het maximaal benutten van de mogelijkheden tot expliciet afwijzen van de verpleegkundig specialist. Het is belangrijk dat zorgorganisaties een duidelijke beleidsvisie ontwikkelen, zodat de toegevoegde waarde van verpleegkundig specialisten volledig wordt verzilverd. Zo'n beleid moet de verpleegkundig specialist onder meer in staat stellen de wettelijke verplichtingen voor het op peil houden van de deskundigheid te kunnen nakomen. Ook aan de bekendheid van de verpleegkundig specialist bij de patiënt zal veel moeten worden verbeterd. Verpleegkundig specialisten hebben de ambitie van de werkvloer tot binnen directies en besturen op te komen voor hoogwaardige verpleegkundige zorg.

### 5.3 De werkplek als leeromgeving

De agenda van de werkgevers is uitnodigend voor professionals. Zeker op het gebied van leren en ontwikkelen is er nog een wereld te winnen. Ontwikkelbeleid in zorgorganisaties kent nog veel klassieke trekken. De traditionele kennisoverdracht scoort nog heel hoog (Biemans, 2011). Leren en ontwikkelen vindt voornamelijk plaats door opleidingen, seminars en conferenties – weg van de werkplek. Nieuwere leer-

vormen op de werkplek verdienen meer aandacht, zoals ‘participeren’ (leren door uitwisseling en dialoog) en ‘ontdekken’ (informeel leren en leren door zelfsturing). Juist de minder formele ontwikkelstrategieën passen goed bij een flexibeler personeelsbestand. In een pool met zowel vaste als flexibele medewerkers wordt het belangrijker om te leren door dialoog of door de kunst af te kijken.

Verbeteringen en vernieuwingen in het werk komen niet tot stand zonder dat medewerkers (professionals, leidinggevenden) leren. Vaak gaat het daarbij om leerprocessen, die plaatsvinden in het dagelijks werk. Het is van belang deze leerprocessen op te sporen, expliciet te maken, en ze te bevorderen, zodat de dagelijkse werkomgeving ook een leeromgeving wordt, waarin leren en werken samenvallen (Grotendorst e.a., red., 2007; Kessels, 2001). Hebben de teams, heeft de organisatie het vermogen om mensen tot leren te ‘verleiden’? Kennis uitwisselen en ontwikkelen op de werkplek is voor zorgorganisaties van levensbelang. Hoe kan de aanwezige kennis productief worden gemaakt? Hoe kan daarmee de zorgverlening worden verbeterd? Een lerende organisatie is een organisatie waarin kennis en bekwaamheid van de professionals productief worden gemaakt voor zorginnovatie.

#### 5.4 Een krachtige beroepsvereniging

Beroepsverenigingen spelen een cruciale rol in de professionalisering van ieder beroep. Zij komen op voor de belangen van de beroepsgroepen in de relaties met overheden, branche- en werkgeversorganisaties, leveren een bijdrage aan de kwaliteit van het vak en spelen in op specifieke wensen van de leden. Lange tijd kenden de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden voor alle vakgebieden een eigen vereniging. In 2006 hebben de belangrijkste spelers hun krachten gebundeld in Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Dit was een noodzakelijke en cruciale stap om, in een tijdperk van fusies van zorginstellingen en een steeds grotere focus op efficiency en bedrijfsvoering, het eminente maatschappelijke belang van de verplegende en verzorgende beroepen zichtbaarder te maken.

Op centraal niveau is sindsdien veel energie besteed aan, onder meer, het realiseren van de intrede van de verpleegkundig specialist in de zorg, de totstandkoming van een systeem van kwaliteitsregistratie en het uitbouwen van de ontmoetingsfunctie binnen de vereniging. In 2010 is de beroepsgroep verder versterkt door de fusie van V&VN met Sting (beroepsvereniging voor verzorgenden) en het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging). Naast V&VN is nog een andere beroepsorganisatie actief in de sector: NU’91.

V&VN is sinds de oprichting uitgegroeid tot een gezaghebbende speler in de gezondheidszorg in Nederland, en wel op alle niveaus: het microniveau van individuele beroepsbeoefenaren, het mesoniveau van de zorginstellingen en het macroniveau van belangrijke partners als overheid, onderwijsinstellingen en werkgevers- en brancheorganisaties. Dit blijkt onder meer uit het uitgebreide aanbod van na- en bijscholing voor beroepsbeoefenaren en instellingen, het door de vereniging ontworpen en gefaciliteerde Kwaliteitsregister V&V, het feit dat V&VN in de media en relevante fora binnen en buiten de zorg toenemend fungeert als dé vertegenwoordiger van de beroepsgroepen, en uit innovatieve, toekomstgerichte projecten als Excellente Zorg (paragraaf 5.1) en V&V 2020, die V&VN uitvoert in opdracht van – en veelal gefinancierd door – het ministerie van VWS.

V&VN streeft naar uitbreiding van het aantal leden uit de beroepsgroepen en naar verbreding van het aantal opdrachtgevers en financiers. Het Meerjarig Beleidsplan van V&VN benoemt voor de periode 2012-2015 onder meer de volgende uitgangspunten en doelstellingen<sup>[7]</sup>: De vraag naar zorg neemt de komende jaren in kwantitatief en in kwalitatief opzicht sterk toe. Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten spelen in de samenleving nu reeds een grote rol; deze rol zal de komende jaren alleen nog maar toenemen. Een belangrijk accent komt daarbij te liggen op de rol die deze zorgverleners kunnen spelen in de sfeer van preventie en het bijdragen aan meer zelfmanagement van de burger. Het verlenen van basiszorg blijft daarnaast een van de belangrijkste kerntaken van de verpleegkundige en de verzorgende. De optimale positionering van de beroepsbeoefenaren, op maatschappelijk, economisch en professioneel gebied, vormt de belangrijkste doelstelling van V&VN. Concreet betekent dit dat de vereniging ertoe wil bijdragen dat verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in alle vakgebieden hun cruciale (en waar mogelijk: coördinerende) rol kunnen vervullen.

De V&VN-afdeling Verpleegkundig Specialisten (V&VN VS) heeft als belangrijkste activiteit het behartigen van de beroepsinhoudelijke belangen van verpleegkundig specialisten in het krachtenveld van de gezondheidszorg. De afdeling V&VN VS richt zich voornamelijk op de beroepsontwikkeling en positionering van alle verpleegkundig specialisten die op grond van art. 14 van de Wet BIG zijn ingeschreven in het Verpleegkundig Specialisten Register en treedt daarnaast op als spreekbuis van en aanspreekpunt voor de beroepsbeoefenaren.

De afdeling heeft als strategische doelstellingen:

- 1 Een optimale positionering van verpleegkundig specialisten binnen het krachtenveld van de gezondheidszorg.

- 2 Het tot stand brengen van een zelfstandige toegankelijkheid van verpleegkundig specialisten, met een eigen tarief (DBC-systematiek, zzp-financiering, AGB-code).
- 3 Het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en verdere professionalisering van de verpleegkundig specialisten.
- 4 Het realiseren van een optimaal pakket aan na- en bijscholing.
- 5 Het ondersteunen van kwaliteitsborging, door het voordragen van leden-verpleegkundig specialisten voor relevante (landelijke) commissies zoals het College Specialismen Verpleegkunde (CSV), de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) en de Accreditatiecommissie RSV en het ondersteunen van deze leden.

V&VN VS voert regelmatig overleg met patiëntenorganisaties, collega-beroepsorganisaties (o.a. de KNMG, KNMP en NVZA) en de ministeries van VWS en OCW. De afdeling streeft naar een uitbreiding van het ledenbestand in de komende jaren tot minimaal 75 procent van de geregistreerde verpleegkundig specialisten in Nederland.

## Bijlage 1: Historielijn verpleegkundig specialist

6

Voor een goed begrip bieden we hier enige achtergrondinformatie, in de vorm van een historielijn. Er zijn belangrijke stappen gemaakt in de wording van het beroep van verpleegkundig specialist, door de beroepsgroep, de beroepsorganisatie (eerst AVVV, later V&VN), de opleidingen en de politiek. De ontwikkelingen zijn hierna in vogelvlucht beschreven.

### JAREN '90

Verskillende ontwikkelingen in de loop van de jaren '90 zijn aan de introductie van de verpleegkundig specialist in 2009 vooraf gegaan:

- De Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie Werner) brengt in juni 1991 haar rapport 'In Hoger Beroep' uit, met daarin 21 aanbevelingen om de positie van de verpleegkundigen en verzorgenden te versterken. Enkele aanbevelingen beogen carrière aan het bed mogelijk te maken; onder andere wordt geadviseerd voor de verpleegkunde een specialisme in het leven te roepen.
- Eind 1998 brengt minister Borst-Eilers (VWS) haar Beleidsvisie op de geestelijke gezondheidszorg uit en stelt daarin een herziening van de beroepstructuur van de GGZ voor. Zij staat voor de verpleegkundige beroepsgroep een onderscheid voor tussen basisberoepsbeoefenaren (artikel 3 Wet BIG) en specialistische beroepsbeoefenaren (artikel 14 Wet BIG). De Tweede Kamer neemt het advies over.
- De Stichting GGZ Verpleegkundig Specialist wordt opgericht door het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO), in samenspraak met het Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen in de GGZ (COOV), het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) en de AVVV; vanaf 1998 worden hier verpleegkundig specialisten opgeleid voor de sector GGZ.
- Eind 1997 starten de eerste 'master advanced nursing practice'-studenten aan de Hanzehogeschool in Groningen, de eerste opleiding



in Nederland waar verpleegkundigen een beroepsinhoudelijke mastertitel kunnen verwerven. Uit ideologie geboren en overgewaaid uit de Verenigde Staten: uitmuntende verpleegkundigen krijgen de mogelijkheid om hun beroep op een hoger niveau uit te oefenen. En dan niet hogerop in management, onderwijs of wetenschap, maar hogerop in de patiëntenzorg. Verpleegkundigen met ambities kunnen zo behouden blijven voor de zorg. De eerste 16 masterdiploma's worden in 2000 door minister Borst-Eilers uitgereikt.

#### 2002

Taakherschikking in de gezondheidszorg, een concept van alle tijden, krijgt in die periode een extra impuls. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg brengt er een advies over uit (2002) dat wordt overgenomen door VWS. Taakherschikking wordt gezien als kans om gezondheidszorgberoepen interessant en aantrekkelijk te houden, maar ook als kostenbesparing, en oplossing voor het artsentekort. Ook in de opleidingen komt het primaire proces, de patiëntenzorg, steeds meer in het perspectief van taakherschikking te staan. De opleiding Master Advanced Nursing Practice wordt gaandeweg aan meer hogescholen aangeboden; het huidige aantal van negen wordt bereikt in 2006.

#### 2005

De Wet BIG (1993) beschrijft de handelingen waarvoor personen bevoegd zijn op het gebied van de individuele gezondheidszorg. 'Onbekwaam is onbevoegd', is de vuistregel. In artikel 14 van de Wet BIG worden de procedure en voorwaarden voor het invoeren van een beschermde titel voor specialismen van de in artikel 3 geregelde basisberoepen beschreven. Er moet ten minste een specialistenregister worden ingesteld op basis van een regeling die ontworpen is door een vereniging die voldoende representatief is voor de beroepsbeoefenaars. In geval van de verpleegkundigen heeft de minister deze rol toebedeeld aan de toenmalige Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). De AVVV ontwerpt in nauwe samenwerking met het CONO, het COOV, de Federatie Verpleegkunde Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ; koepel van verpleegkundige beroepsverenigingen in de GGZ) de Regeling Specialismen Verpleegkunde, die na goedkeuring door de minister van VWS op 1 februari 2005 in werking treedt.

## 2006

De AVVV stelt, mede op verzoek van de minister van VWS, de Stuurgroep Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm (VBOC) in. Het VBOC krijgt de opdracht:

- de verpleegkundige beroepsstructuur te beschrijven, met plaats voor vernieuwing van de verpleegkundige beroepsuitoefening;
- een duidelijke omschrijving te maken van het onderscheid tussen ‘basisverpleegkundigen’ en verpleegkundigen met een specialisatie;
- een ontwerp te maken voor een verpleegkundig opleidingscontinuüm met samenhang tussen initiële opleidingen, gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

In haar eindrapport ‘Verpleegkundige toekomst in goede banen’ (2006) concludeert VBOC dat het wenselijk is in de landelijke beroepsstructuur uit te gaan van twee beroepen: de verpleegkundige (artikel 3) en de verpleegkundig specialist (artikel 14), die beiden specifieke bekwaamheden, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden hebben. De verpleegkundig specialist:

- gaat zelfstandig een behandelrelatie aan met de patiënt en treedt op als (mede)behandelaar;
- heeft een specifiek deskundigheidsgebied waarbinnen zij zelfstandig besluit over de uit te voeren interventies:
  - stelt binnen het eigen deskundigheidsgebied diagnoses;
  - stelt binnen het eigen deskundigheidsgebied behandeling in waarvan het indiceren van voorbehouden handelingen en het medicamenteus behandelen deel uit kunnen maken;
  - voert binnen het eigen deskundigheidsgebied deze behandeling zelf uit of geeft opdracht tot uitvoering aan anderen;
  - beëindigt binnen het eigen deskundigheidsgebied de behandeling;
  - verwijst binnen het eigen deskundigheidsgebied de patiënten door en of consulteert andere disciplines.

Andere hulpverleners kunnen rechtstreeks verwijzen naar de verpleegkundig specialist. De Stuurgroep stelt dat de verpleegkundig specialist, naast brede generieke deskundigheid, dient te beschikken over diepgaande kennis op een van de deelgebieden:

- Preventieve zorg
- Acute zorg
- Intensieve zorg
- Chronische zorg

Per deelgebied wordt een onderscheid gemaakt naar de aard van de aandoening: somatisch, psychisch en/of gedragsmatig.

#### 2007

Opdrachtgever van de uitwerking en implementatie van het rapport 'Verpleegkundige toekomstig in goede banen' is het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG). In juli 2007 wordt het VBOC-deelproject 'Implementatie Verpleegkundig Specialist' door het ministerie van VWS gefiatteerd en gefinancierd. V&VN is opdrachtnemer.

Doelstelling van het project is het realiseren van een aantal essentiële voorwaarden voor positionering van de verpleegkundig specialist binnen de verpleegkundige beroepenstructuur. Daaronder een algemeen en een aantal specifieke competentieprofielen VS en inzicht in de benodigde opleidingscapaciteit voor de verpleegkundig specialist. Rapportage over deze onderwerpen vindt plaats in de loop van 2008 en 2009.

#### 2006-2008

De eerdergenoemde Regeling Specialismen Verpleegkunde voorziet in de oprichting van het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) en de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV).

Het CSV start medio 2006 met zijn werkzaamheden en heeft onder andere tot taak het aanwijzen van de specialismen, het instellen van specialistenregisters en het vaststellen van de eisen voor opleidingen en (her)registratie van specialisten (zie ook hoofdstuk 9 bijlage 4, referenties).

De belangrijkste taak van de RSV is het inrichten en in stand houden van registers van specialisten. De RSV neemt individuele besluiten over specialisten, opleiders en opleidingsinstellingen. Ook houdt de RSV toezicht op naleving van collegebesluiten door opleiders en opleidingsinstellingen. Deze hebben tot doel de kwaliteit van de specialistische beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken. De RSV gaat in het voorjaar van 2008 van start.

#### 2009

Het CSV wijst vijf deelgebieden van de verpleegkunde aan als specialisme en stelt de bijbehorende specialistenregelingen vast. De besluiten over de vier specialismen binnen de algemene gezondheidszorg, respectievelijk preventieve zorg, chronische zorg, intensieve zorg en acute zorg bij somatische aandoeningen, bouwen voort op de conclusies van de Stuurgroep VBOC en het VBOC-deelproject 'Implementatie

verpleegkundig specialist'. Echter, het deelgebied geestelijke gezondheidszorg wordt op verzoek van een substantieel deel van het veld, in afwijking van het VBOC-advies, als specialisme aangewezen. Binnen dit specialisme zijn de preventieve, acute, intensieve en chronische zorg geïntegreerd. De wettelijke erkenning van de vijf specialistentitels heeft plaatsgevonden bij besluiten van de minister van VWS in 2009. De eerste verpleegkundig specialisten worden op 26 maart 2009 door minister Klink symbolisch in het specialistenregister ingeschreven. Bij de inhoudelijke verantwoording van het VBOC-deelproject in juli 2009, concludeert het CBOG dat er een flink tekort dreigt aan verpleegkundig specialisten in 2020, met name in de chronische zorg. Het kost jaren om dit tekort weg te werken. Om te realiseren dat verpleegkundig specialisten de kwaliteit van zorg en leven op een hoger peil brengen, is per patiëntengroep een kritische massa aan verpleegkundig specialisten nodig. Zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid moeten de organisatorische en financiële voorwaarden verbeteren voor een optimale inzet van verpleegkundig specialisten. Ook geeft het CBOG de volgende aanbevelingen:

- Creëer meer opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten.
- Schep duidelijkheid over de gewenste verhouding van het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants.
- Bereken de toekomstige behoefte aan verpleegkundig specialisten.
- Maak een helder beleid voor de inzet van verpleegkundig specialisten, afgaande op de vraag van de patiënt en niet (alleen) uitgaande van bedrijfseconomische overwegingen.

#### WAAR STAAN WE IN 2012?

##### **Zelfstandige bevoegdheden voorbehouden handelingen wettelijk geregeld**

Per 1 januari 2012 is het Besluit van 21 december 2011, houdende tijdelijke regels inzake de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van verpleegkundig specialisten (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten), in werking getreden.

Met deze algemene maatregel van bestuur wordt uitvoering gegeven aan artikel 36a van de Wet BIG om voor een periode van maximaal vijf jaar een bepaalde categorie van beroepsbeoefenaren zelfstandig bevoegd te verklaren tot het verrichten van in het besluit aangewezen handelingen. Artikel 36a biedt tevens de mogelijkheid bij algemene maatregel van bestuur een opleiding aan te wijzen die betrekking heeft op de aangewezen voorbehouden handelingen. Het onderhavige

besluit wijst de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten aan. Naast de aanwijzing van de beroepsgroep worden in dit besluit ook de voorbehouden handelingen aangewezen waarvoor een zelfstandige bevoegdheid aan de verpleegkundig specialist wordt verleend. Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen welke te rekenen zijn tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundig specialist en om het stellen van beperkingen die de verpleegkundig specialist bij het verrichten van die handelingen in acht dient te nemen.

#### **Aantal verpleegkundig specialisten richting 1500**

Op 1 januari 2012 staan 1373 verpleegkundig specialisten in de specialistenregisters ingeschreven, als volgt verdeeld over de verpleegkundig specialismen:

- 80 verpleegkundig specialisten acute zorg bij somatische aandoeningen;
- 271 verpleegkundig specialisten chronische zorg bij somatische aandoeningen;
- 691 verpleegkundig specialisten intensieve zorg bij somatische aandoeningen;
- 34 verpleegkundig specialisten preventieve zorg bij somatische aandoeningen;
- 294 verpleegkundig specialisten geestelijke gezondheidszorg.

Verpleegkundig specialisten zijn werkzaam in nagenoeg elk type zorginstelling, zoals ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, ouderenzorg, eerstelijnszorg, revalidatiecentra, GGD's, thuiszorg, ambulance- en gehandicaptenzorg.

Bij het beschrijven van de bekwaamheid van de verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG) is het Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren (European Qualifications Framework for Life Long Learning, afgekort EQF) als referentiepunt gekozen. Om een goede koppeling van de Nederlandse situatie aan het EQF mogelijk te maken, is een nationaal kwalificatiekader ontwikkeld, het NLQF.

### WAT IS HET NLQF?

Het Nederlands kwalificatiekader (NLQF) is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus in Nederland van basiseducatie niveau 1 tot en met het doctoraat. Kwalificaties worden ingeschaald in de niveaus van het NLQF en krijgen daarmee een niveauaanduiding (tabel 7.1). Het NLQF is een nieuwe beschrijving van de Nederlandse kwalificatieniveaus, het is geen herziening van het Nederlands onderwijsstelsel. Het kader is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap en tot stand gekomen in nauwe samenwerking met experts en stakeholders op het terrein van onderwijs en opleiding. Het kader bestaat uit een instroomniveau gevolgd door 8 niveaus. Waarbij niveau 1 het minst complex en niveau 8 het meest complex is. Het NLQF verhoogt de transparantie in de wereld van opleiding en training in Nederland, maar doet ook veel niet. Het is geen herziening van het Nederlandse onderwijsstelsel. Een NLQF-niveau-aanduiding geeft geen recht op titels of graden. NLQF-niveaus zijn niet gebonden aan onderwijssectoren. In- en doorstroomrechten worden niet geregeld in het NLQF.

Het Nederlandse kwalificatiekader biedt de mogelijkheid aan aanbieders van niet door de overheid gereguleerde kwalificaties om hun opleidingsprogramma's en kwalificaties te laten inschalen in een niveau van het NLQF. Hiervoor zijn de benodigde procedures en criteria ontwikkeld. Het NLQF heeft als doel om de arbeidsmobiliteit te

vergemakkelijken door inzicht te geven in de niveaus van alle bij het Nationaal Coördinatiepunt NLQF opgenomen kwalificaties in het NCP-register. Daarnaast vormt het een stimulans om de deelname aan een leven lang leren te vergroten.

#### SLEUTELBEGRIPPEN VOOR NIVEAUBESCHRIJVING

Voor beschrijving van de niveaus gebruikt men de sleutelbegrippen: context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

##### **Context**

De contextbeschrijving is samen met de kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden.

##### **Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid**

Het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen.

##### **Kennis**

Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het verpleegkundig beroep (en de deskundigheidsgebieden).

##### **Vaardigheden en attitude**

Cognitieve vermogens (logisch, intuïtief en creatief denken) en praktische vermogens (psychomotorische vaardigheden in toepassing van methodes, materialen, hulpmiddelen en instrumenten) om binnen een gegeven context:

- kennis te reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
- problemen te herkennen en op te lossen;
- zich te kunnen ontwikkelen als beroepsbeoefenaar, zelfstandig of met begeleiding;
- informatie te verkrijgen, verzamelen, verwerken, combineren, analyseren en beoordelen;
- te communiceren op basis van in de werk-/beroepscontext geldende conventies.

Tabel 7.1 EQF/NLQF in schema.					
EQF NLQF	Volwassenen- educatie	Vmbo	Mbo	Havo/vwo	Ho
8					Doctoraat
7					Master
6					Bachelor
5	Vavo-vwo			Vwo	Associate Degree
4	Vavo-havo		Mbo-4	Havo	
3			Mbo-3		
2	Vavo-vmbo tl BasisEdu. 3	Vmbo kb, gl en tl	Mbo-2		
1	BasisEdu. 2	Vmbo bb	Mbo-1		
Instreamniveau	BasisEdu. 1				

De verpleegkundig specialist is een hbo-master (NLQF 6). Het NLQF hanteert één kader voor de inschaling van kwalificaties in het hoger onderwijs. Op termijn is inschaling als NLQF 7 goed denkbaar (vergelijkbaar met academische master).



## Bijlage 3: Beroepenhuis, niveaus en typering

### 1 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening (tabel 8.1)

### 2 Beroepenhuis V&V: typering

#### TWEE BEROEPEN, UITGEOEFEND OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

De Stuurgroep kiest voor twee niveaus van beroepsuitoefening op het gebied van de verpleegkunde: de verpleegkundige (artikel 3 Wet BIG) en de verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG), met verschillende verantwoordelijkheden, bekwaamheden en bevoegdheden. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten oefenen hun beroep uit op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daarnaast zijn er twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging: de zorgkundige (artikel 34 Wet BIG; dit is een beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg) en de verzorgende/helpende (met primaire gerichtheid op wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening). De stuurgroep heeft ervoor gekozen allereerst de beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te beschrijven. De ontwikkeling van de profielen ‘verzorgende/helpende’ zal een van de eerste opdrachten zijn van de op te richten Taskforce.

#### DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST (ARTIKEL 14 WET BIG, HBO-MASTER)

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, als expert, met een omschreven groep patiënten individuele, zelfstandige behandelrelaties aangaat. Biedt vanuit het perspectief van de patiënt care en cure geïntegreerd aan, ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven van de patiënt staan hierbij centraal. De verpleegkundig specialist komt op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, diagnostiek) tot aanvullende diagnostiek. Past in aansluiting hierop medische-verpleegkundige, therapeutische, evidence-based interventies toe. Indiceert en verricht voorbehouden handelingen (zelfstandige bevoegdheid). Zij of hij vervult als verpleegkundig leider een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onder-

bouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Levert een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van de verpleegkundige beroepsgroep en aan de kwaliteit van de zorg. Vervult een brugfunctie tussen artsen en verpleegkundigen en speelt een cruciale rol in zorgcoördinatie, taakherschikking, het bevorderen van vraagsturing en de verbetering van de kwaliteit van zorg en leven, begeleiden en coachen van verpleegkundigen en zorgkundigen, als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in patiënt- of doelgroepgebonden onderzoek.

#### DE VERPLEEGKUNDIGE (ARTIKEL 3 WET BIG, HBO-BACHELOR)

De verpleegkundige is een allround zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen, (jong)volwassenen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen. De verpleegkundige verleent zorg op basis van het continue, cyclische proces van klinisch redeneren. Dit omvat: risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie. Zij beargumenteert deze beslissingen en communiceert daarover met patiënten en collega-zorgverleners, betreft daarin morele, professionele en persoonlijke afwegingen. Werkt op basis van partnerschap samen met patiënten, hun naasten en mantelzorgers.

De verpleegkundige voert alle vormen van preventie uit. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is, of als de eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren. De verpleegkundige verricht voorbehouden handelingen, deels met zelfstandige bevoegdheid, voor het grootste deel met functionele zelfstandigheid. Heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Participeert in praktijkonderzoek.

Tabel 8.1 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening.					
VERPLEGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Voorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Verpleegkundig specialist	Art. 14 Wet BIG	Allround, met specialistische focus en expertkennis Individuele Gezondheidszorg	Zelfstandige bevoegdheid (art. 36)	Hbo-master (professionele master)	6, op termijn mogelijk 7 (vergelijkbaar met acad. master)
Verpleegkundige	Art. 3 Wet BIG	Allround Individuele gezondheidszorg	Zelfstandig bevoegd voor toedienen injecties, katheterisaties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (artikel 36). Functionele zelfstandigheid, regeling ex art. 39. Voor andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 van de Wet BIG	Hbo-bachelor	6

VERZORGEN					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Vorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF/NLQF
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Specifiek Individuele gezondheidszorg	Functionele zelfstandigheid conform regeling ex artikel 39. (Huidige regeling: toedienen subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie; verrichten katheterisatie blaas bij volwassenen en inbrengen maagsonde of infuus; verrichten venapunctie en hielprik bij neonaten.) Andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 Wet BIG	Mbo-4 (3-jarig)	4
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Allround Individuele gezondheidszorg	Idem als Zorgkundige Specifiek	AD	5 = allround (vergelijkbaar met associate degree)
Verzorgende, kraamverzorgende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-3	3
Helpende (nog ontwikkelen)		Specifiek Wonen & welzijn		Mbo-2	2

**DE ZOR GKUNDIGE (ARTIKEL 34 WET BIG, MBO-4);  
DE ALLROUND ZOR GKUNDIGE (ARTIKEL 34 WET BIG,  
ASSOCIATE DEGREE)**

De zorgkundige is een zorgprofessional met een specifieke bekwaamheid voor het werken met één of enkele omschreven groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek,

behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. De allround zorgkundige is een zorgprofessional die bekwaamheid heeft voor het werken met alle zorgcategorieën<sup>[8]</sup>. De zorgkundige richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, leeftijds- of contextgebonden. Stelt de behoefte aan zorg vast en beschrijft die in een (leef)zorgplan; biedt de patiënt lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning; voert zorggerelateerde preventie uit; draagt zorg voor informatievoorziening, voorlichting en advies. Werkt samen met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, steunt hen en verwijst hen waar nodig. Signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt tijdig.

De zorgkundige werkt in zorgsituaties die in het algemeen relatief stabiel zijn. Het handelen verloopt in die situaties grotendeels volgens (professionele) standaarden en richtlijnen. In instabiele, acute, complexe situaties werkt de zorgkundige onder supervisie van de verpleegkundige, bij wie dan de eindverantwoordelijkheid berust. De zorgkundige heeft voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid.

#### VERZORGENDE ZORG EN WELZIJN, HELPENDE

De Stuurgroep heeft zich niet uitgesproken over de beroepsprofielen verzorgende wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening en kraamverzorgende. Deze beroepen vallen niet onder de Wet BIG. Zij adviseert de Taskforce hierop met voorrang actie te ondernemen.

### Bronnen en referenties

- ActiZ. *Nieuwe professionaliteit in de langdurige zorg*. Vergaderstuk 11.060 bestuur Actiz 24 mei 2011. Utrecht: Actiz, 2011
- AWVN, FNV Bondgenoten, CNV Vakmensen, De Unie. *Naar nieuwe arbeidsverhoudingen. Mensen maken het verschil, mensen realiseren groei*. Sociaal Manifest, januari 2011
- Benner, P.C., Tanner, C., Chesla, C. From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advanced Nursing Science*, vol. 14 (3), p. 13-28, 1992.
- Biemans, P., e.a. *Jaarboek Personeelsmanagement 2012. Veranderende arbeidsrelaties*. Gids Personeelsmanagement / Kluwer, 2011.
- British Medical Journal: *BMJ* 2011;343:d4163
- Besluit tijdelijke regels zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten. 2012
- Brancheorganisaties Zorg (BOZ)<sup>[9]</sup>: Agenda 2015. Arbeidsmarktagenda voor de zorg. Bijlage brief, Utrecht, 3 juni 2010.
- CanMEDS: [www.collaborativecurriculum.ca/en/modules/CanMEDS/CanMEDS-intro-background01.jsp](http://www.collaborativecurriculum.ca/en/modules/CanMEDS/CanMEDS-intro-background01.jsp)
- College Specialismen Verpleegkunde. *Algemeen besluit Specialismen Verpleegkunde en vijf Specifieke besluiten over de verpleegkundig specialismen preventieve zorg, chronische zorg, intensieve zorg en acute zorg bij somatische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg*. CSV, Utrecht, 2008/2009
- College voor Zorgverzekeringen. *Van preventie verzekerd*. Diemen: CVZ, 2007.
- Commissie Ethiek V&VN, *De morele lading van individuele professionaliteit*: V&VN, 2011.
- Gezondheidsraad. *Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid*, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011
- Grotendorst, A., I. van Aken, C. Sino en B. van Veldhuizen (red.). *Verleiden tot leren in het werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007

- Houtlosser, Mirjam. In goede handen. Verpleegkundige beroepsuitoefening in moreel perspectief. Academisch proefschrift. Universiteit Leiden. 2010.
- ICF: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> en <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm>
- ICD: <http://www.who.int/classifications/icf/en> en <http://www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm>
- Kessels, J.W.M. Verleiden tot kennisproductiviteit. Oratie, Universiteit Twente, 2001
- KNMG, V&VN, KNOV, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 2010.
- Kramer, M., C. Schmalenberg. Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. *Journal of Nursing Administration*, 34, 365-378, 2004
- McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D., Wandelt, M.A., Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. Kansas City, MO: American Nurses Association, 1983
- Mistiaen P., Kroezen M., Triemstra M., Francke A.L. Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging. NIVEL: 2011 Download: <http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-Verpleging-Verzorging-internationaal-perspectief.pdf>
- NIZW en LCVV: Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Redactie: E. Leistra, S. Liefhebber, M. Geomini en H. Hens. Elsevier Gezondheidszorg/ LCVV/ NIZW. Maarssen/Utrecht, 1999
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: *Perspectief op gezondheid 20/20*. <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/perspectief-op-gezondheid-20-20> Bijbehorende brochure: Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal
- Sackett e.a. (1996) *BMJ* 1996;312:71-72 (13 January)
- Schuurmans, M. J.: Florence voorbij? Over verplegen, passie & wetenschappelijk onderzoek. Oratie. UMCU, 2010
- Ursum J., M. Rijken, M. Heijman, M. Cardol, F. Schellevis. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: NIVEL, 2011
- Van der Velden L.F.J., Francke A.L., Batenburg R.S. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen. NIVEL: 2011 (te downloaden via <http://www.nivel.nl>)
- VBOC/AVVV: Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samspel in de beroepsuitoefening. VBOC / AVVV. Utrecht, 2006

V&VN: Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Leren van de toekomst. Plan van aanpak V&VN. Utrecht, 2010/2011

V&VN: Beroepscode. [www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf)

Wet BIG: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum\\_25-01-2010](http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_25-01-2010)

[www.venvn.nl/Vakdossiers/VerpleegkundigenVerzorgenden2020.aspx](http://www.venvn.nl/Vakdossiers/VerpleegkundigenVerzorgenden2020.aspx)

[www.venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg.aspx](http://www.venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg.aspx)

### Noten

- 1 Een uitgebreide samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten van verpleegkundig specialisten is als bijlage opgenomen in het Eindrapport V&V 2020.
- 2 In dit profiel wordt gekozen voor de verpleegkundig specialist als een 'zij', om het telkens terugkerende hij/zij, hem/haar te voorkomen.
- 3 In de British Medical Journal (BMJ) van 30 juli 2011 is een artikel gewijd aan de discussie over een nieuwe definitie van gezondheid. Dit artikel is mede gebaseerd op de uitkomsten van een door de Gezondheidsraad en ZonMw georganiseerde internationale bijeenkomst eind 2009. Onder de noemer 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' discussieerde een internationaal gezelschap hierover bij ZonMw. Dit leverde een signalement op over de noodzaak de definitie aan te passen aan de hedendaagse situatie en over de implicaties voor beleid, onderzoek en (publieke) gezondheid.
- 4 De bekostiging van preventie is afhankelijk van de doelgroep waarop de activiteit(en) zich richt(en). Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft voor de bekostiging van universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie een tweedeling voorgesteld (CVZ, 2007). Universele en selectieve preventie zijn volgens het CVZ collectieve vormen van preventie, omdat ze zich niet richten op individuen, maar op populaties. Zij dienen om die reden betaald te worden door de gemeentelijke of landelijke overheid (bijvoorbeeld vanuit de Wpg of Wmo). Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn gericht op individuen en vallen volgens het CVZ daarom onder de zorgverzekeringwet.
- 5 'Competentie' is een synoniem van 'bekwaamheid'. In de CanMeds hanteert men het begrip 'competentie'. De wet BIG spreekt consequent van 'bekwaamheid'. In dit profiel gaat de voorkeur uit naar het begrip bekwaamheid: combinatie van kennis, vaardigheden en beroepshouding.



- 6 E-health: toepassing van de moderne informatie- en communicatie-technologie ten dienste van de gezondheidszorg.
- 7 Bron: Meerjarig Strategisch Beleidsplan 2012 -2015, Verplegenden en Verzorgenden Nederland.
- 8 Uit de NIVEL-studie Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief (2011) blijkt dat er veel overeenkomsten zijn in de definities en omschrijvingen van verpleegkunde en verpleegkundigen. Bijvoorbeeld verplegen houdt zowel bevordering van gezondheid, preventie van ziekte als behandeling/verzorging van ziektegerelateerde gevolgen/problemen in. Maar er zijn ook verschillen te zien, alleen al voor wat betreft de hoeveelheid woorden die er gebruikt worden of de gedetailleerdheid van een definitie. Ook lopen definities van verplegen en functieomschrijvingen van verpleegkundigen in elkaar over. Hiernaast is het opvallend dat de 'autonomie' van de verpleegkundige wel voorkomt in de definitie van de ICN en Canada, terwijl de definitie van België veel klemtoon legt op ondersteuning van het medisch handelen; ook in een USA-definitie komt het uitvoeren van 'prescribed' treatment voor. Een ander opvallend verschil is de tweedeling die sommige landen maken tussen het werk van een 'registered nurse' (RN) en dat van een 'licensed practical nurse' (LPN): die RN kan meer en mag meer (bv. diagnosticeren/vaststellen van problemen). In sommige landen bestaat de 'community' wel als doelgroep, in andere weer niet.
- 9 In BOZ zijn verenigd: ActiZ organisatie van zorgondernemers, GGZ Nederland, NFU Nederlandse Federatie van universitaire medische centra, NVZ vereniging van ziekenhuizen, VGN vereniging gehandicaptenzorg Nederland.



# Deel 5 Bijlagen

Redactie:

Drs. Johan Lambregts en drs. Ans Grotendorst

- 1 **Bijlage 1 Leren van de toekomst 231**
- 2 **Bijlage 2 Projectorganisatie, geconsulteerde deskundigen, stakeholders en deelnemers invitational conferences 235**
- 3 **Bijlage 3 Overzicht presentaties en bijeenkomsten 246**
- 4 **Bijlage 4 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundigen oktober 2010 - mei 2011 250**  
Drs. A.M.M. Kieft, Drs. A. Grotendorst, Drs. J.A.M. Lambregts
- 5 **Bijlage 5 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verzorgenden januari - oktober 2011 256**  
Drs. A.M. de Been, G. van Brummelen, Drs. A. Grotendorst,  
Drs. J.A.M. Lambregts
- 6 **Bijlage 6 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundig specialisten 261**  
Ir. S.C. van Bronkhorst, Drs. J. van den Berg, Drs. A. Grotendorst,  
Drs. J.A.M. Lambregts
- 7 **Bijlage 7 Samenvatting achtergrondstudie 1, uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&V 2020 264**  
Dr. L.F. van der Velden, Prof. dr. A.L. Francke, Dr. R.S. Batenburg
- 8 **Bijlage 8 Samenvatting achtergrondstudie 2 uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&V 2020 274**  
Dr. P. Mistiaen, Drs. M. Kroezen, Dr. M. Triemstra, Prof. dr. A.L. Francke
- 9 **Bijlage 9 Historielijn van een beroepsprofiel 284**  
Drs. Ans Grotendorst
- 10 **Bijlage 10 De lijnen van het speelveld: wetten en regels 293**
- 11 **Bijlage 11 Juridische aspecten van de voorgestelde beroepsstructuur 297**  
Prof. mr. J.K.M. Gevers

- 12 Bijlage 12 Samenvatting gesprekken stakeholders en invitational conferences 314**
- 13 Bijlage 13 Bekwaamheid en NLQF 322**
- 14 Bijlage 14 Begrippenkader 325**

### **Inleiding**

Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 (V&V 2020) had als taken:

- Maak toekomstbestendige beroepsprofielen voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten, die richtinggevend zijn voor het beroep en die een basis kunnen vormen voor de leerprogramma's van de onderwijsinstellingen en de functionele toepassing in de zorgpraktijk.
- Richt een beroepenhuis V&V in dat heldere verhoudingen schept tussen de beroepsgroepen, gebaseerd op hun beroepsuitoefening en opleidingsniveau.
- Bied een oplossingsrichting voor de huidige grote hoeveelheid deelprofielen die een belemmering vormt voor de flexibiliteit van de 'workforce'.
- Geef richting aan de implementatie van de beroepsprofielen.

De resultaten van het project zijn:

- |        |  |
|--------|--|
| Deel 1 | Leren van de toekomst. Hierin doet V&V 2020 voorstellen voor een nieuwe beroepsstructuur en worden de implicaties beschreven. Het rapport bevat tevens een toekomstagenda. |
| Deel 2 | Beroepsprofiel zorgkundige.  |
| Deel 3 | Beroepsprofiel verpleegkundige.  |
| Deel 4 | Beroepsprofiel verpleegkundig specialist.  |

V&V 2020 is een omvangrijk project, dat anderhalf jaar in beslag heeft genomen. De bovengenoemde resultaten zijn tot stand gekomen na uitgebreide consultaties van honderden beroepsbeoefenaren en ter zake deskundigen uit het onderwijs, de wetenschap en de zorg. Tevens werd onderzoek in opdracht gegeven. In de delen 1, 2, 3 en 4 konden slechts de conclusies van die consultaties worden opgenomen. Dit deel 5 bevat 'het bewijsmateriaal'.

Het materiaal is echter zo omvangrijk, dat het in een bijlage niet volledig kan worden opgenomen. Op twee uitzonderingen na, de bijdragen van Ans Groten-dorst en Prof. mr. J.K.M. Gevers, worden hier de samenvattingen aangeboden, vanzelfsprekend met verwijzingen naar de volledige rapporten, die via downloads toegankelijk zijn.

V&V 2020 heeft kunnen profiteren van de kennis en betrokkenheid van een groot aantal deskundigen uit diverse vakgebieden. U treft hun namen in bijlage 2 aan. De grootste groep werd echter gevormd door de ruim 900 enthousiaste verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten die hun inzichten, kennis en ervaring met ons deelden tijdens de rondetafelbijeenkomsten. Het was helaas niet mogelijk hen allen persoonlijk te vermelden.



# Bijlage I Leren van de toekomst

Op weg naar een nieuw beroepsprofiel van verpleegkundigen en verzorgenden

## Plan van aanpak juni 2010 t/m 2011

### PROJECTFASE 1

De ontwikkeling van nieuwe beroepsprofielen van verpleegkundigen en verzorgenden is naar ons idee vooral een proces van onderzoeken en leren, waaraan veel beroepsbeoefenaren meedoen en waarin stakeholders een inbreng hebben. Een proces dat gericht is op het ontwerpen van de toekomst en niet op het reproduceren van heden en verleden. Een proces, waarbij de identiteit van de beroepsgroep verder kan groeien en zich versterken. Dat vraagt een open, interactieve en dynamische benadering. Projectfase I staat helemaal in het teken daarvan. De eerste fase van het project is gericht op het opsporen van recente en te verwachten ontwikkelingen in de gezondheidszorg en deze vanuit verschillende perspectieven (en belangen) bekijken. Het gaat vooral om ontwikkelingen die van belang zijn voor de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden, voor hun positie, rollen en competenties. Hoe kunnen zij anticiperen op 2020, 'leren van de toekomst' en deze waar mogelijk beïnvloeden of samen (met elkaar en met stakeholders) ontwerpen?

Uitgangspunten in de eerste fase:

- V&VN is de gezaghebbende vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden. De beroepsorganisatie neemt samen met Sting het voortouw in de ontwikkeling van het beroep en een toekomstgericht beroepsprofiel. Zij doet dat op een open, deskundige en communicatieve wijze, eerst met de eigen actieve leden, met professionals die geen lid zijn en met stakeholders.
- We doen recht aan de verscheidenheid die de vereniging op dit moment kenmerkt (beroepsdeelprofielen, deskundigheidsgebieden Kwaliteitsregister en afdelingen en platforms), terwijl we tegelijkertijd toewerken naar verbinding en eenheid in de verscheidenheid.
- We doen recht aan de uitkomsten en adviezen van het VBOC-rapport 'Verpleegkundige toekomst in goede banen' (2006), met

name voor verheldering van de verpleegkundige beroepsstructuur, en het CBOG-VBOC-project 'Implementatie Verpleegkundig Specialist' (2009). Daarmee bouwen we voort op belangrijke stappen die genomen zijn en worden, en voorkomen we dat discussies worden overgedaan.

#### **Mei - half juli 2010: inrichten projectstructuur, officiële start project**

- (Verder) inrichten projectstructuur en -organisatie
- Bemensing, secretariële ondersteuning en communicatiestructuur (permanente infovoorziening)
- Installeren stuurgroep en officiële start project (15 juli)

#### **Permanent: bronnenstudie**

- 1 Documenten- en bronnenstudie, begrippenlijst (lopend en *ongoing* onderzoek). Aanscherpen vraagstelling; overzicht van bronnen en databases.
- 2 Valideren van de uitkomsten bronnenstudie en begrippen (hoe, door wie nader te bepalen?).

Het NIVEL verricht twee studies die van belang zijn voor de onderbouwing van de conclusies en keuzen die in het project V&V 2020 worden gemaakt. Studie 1: literatuurstudie met als doel het inventariseren van bestaande gegevens over vraag- en aanbodontwikkeling op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verzorgenden en helpenden. Daarbij wordt een aantal prominente onderzoekspublicaties bestudeerd en beschreven en wordt nagegaan wat deze publicaties zeggen over te verwachten ontwikkelingen in de komende tien jaar. Studie 2: onderzoek naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging in internationaal perspectief. Het is voor V&V 2020 van belang te leren van ontwikkelingen en publicaties in andere landen (onze buurlanden, Verenigd Koninkrijk, VS en Canada, Ierland, Zweden en Finland). Resultaat: wetenschappelijke onderbouwing van conclusies en te maken keuzes in project V&V 2020.

#### **Half juni - eind juli 2010: voorbereiding en planning activiteiten fase 1**

- Voorbereiden, plannen, uitnodigen t.b.v. rondetafelbijeenkomsten
- Opstellen uitnodigingen aan besturen, afdelingen en personen binnen en buiten V&VN
- Voorbereiden, plannen, uitnodigen t.b.v. van de focusgroepen (invitational, persoonlijk)



- Voorbereiden en plannen van consultatieve gesprekken met VWS en werkgevers
- Voorbereiden en uitnodigen hbo-V-studenten voor case study's (via opleiders en studenten V&VN)
- Opzetten webpagina (of website) t.b.v. dit project, koppelen aan V&VN- en Stingsites
- Kiezen van moderators voor de websites

### **Augustus 2010 - eind februari 2011: uitvoeren activiteiten fase 1**

- 3 Rondetafelbijeenkomsten, waarvoor een diversiteit aan leden van V&VN wordt uitgenodigd. Belangrijke oogmerken: creëren van beweging binnen de beroepsvereniging, uitwisseling, snel overzicht van ontwikkelingen in de praktijk, divergeren, breed perspectief op wat gaande is, eigenaarschap en verbinding creëren.

Parallel voor verzorgenden (uitnodigingen via Sting) en mbo- en hbo-verpleegkundigen (via V&VN). Per rondetafel één dagdeel (ca. 4 uur), te organiseren op middagen en avonden, in Utrecht, onder begeleiding van leden projectteam (incl. projectleider, -adviseur, -secretaris). Voor grote clusters valt te denken aan meerdere bijeenkomsten. Per keer tussen 25 en 30 deelnemers (5-6 tafels). In totaal ca. 15 tot 20 rondetafels van één dagdeel. Eerste ronde: uitwisseling over zorgvraaggebonden taken, met 'eigen' groep. Tweede ronde: uitwisseling over professiegebonden taken, gemixte groepen. Derde ronde: uitwisseling over organisatiegebonden én -overstijgende taken, gemixte groepen. Rondetafels worden door elke deelnemer voorbereid aan de hand van vragen. Zij kunnen deze van tevoren beantwoorden samen met collega's/vakgenoten. De vragen (en de voorbereide antwoorden) zijn ook leidraad voor de verslaglegging.

- 4 Onderhouden website, bieden van de mogelijkheid om te reageren op de thema's die aan de rondetafels zijn besproken (forum, poll, Twitter). We organiseren hiertoe een iteratief proces, dat wil zeggen dat online-deelnemers voortbouwen op uitkomsten van de rondetafels. Zij krijgen geen open vragen voorgelegd, maar stellingen of uitspraken die zij kunnen bevestigen, weerleggen of aanvullen.
- 5 Reeks korte case study's in zorgorganisaties, uit te voeren door groepen studenten van hogescholen.
- 6 Focusgroepen.

*Focusgroep 1: lectoren, hoogleraren, onderzoekers op V&V-gebied*

2 bijeenkomsten, van 16.00 tot 20.30 uur, inclusief eenvoudig buffet. Centrale vraag: welke ontwikkellijnen zien lectoren en hoog-

leraren naar 2020, die van belang zijn voor de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden? Hoe daarop anticiperen, hoe invloed en positie nemen?

*Focusgroep 2: artsen (invitational, via KNMG)*

2 bijeenkomsten, zoals focusgroep 1

*Focusgroep 3: patiënten (invitational, via NPCF)*

2 bijeenkomsten, zoals focusgroep 1

7 Informatieve en consultatieve gesprekken met stakeholders

### **December 2010**

8 Voorbereiding en planning van projectfase 2 en 3

Fase 2 = Bundelen bevindingen uit fase 1, analyse, contouren nieuwe profielen (prototyping).

Terugkoppeling naar alle gesprekspartners fase 1, met verzoek om reactie (schriftelijk, digitaal).

Vaststellen welke info van wie nog nodig is. Doordenken van mogelijke consequenties nieuwe (concept)beroepsprofielen. Consultatieve gesprekkondes met: RvZ, Zorgverzekeraars, Onderwijs brancheorganisaties en werkveld.

Fase 3 = brede raadpleging concept nieuwe beroepsprofielen.

## Bijlage 2 Projectorganisatie, geconsulteerde deskundigen, stakeholders en deelnemers invitational conferences

### Projectorganisatie

#### STUURGROEP

- Mevrouw prof. dr. P.L. Meurs, voorzitter, hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg Erasmus Universiteit
- Mevrouw mr. drs. C. Kervezee, voorzitter PO-Raad
- Mevrouw prof. dr. M.J. Schuurmans, hoogleraar verplegingswetenschap Universitair Medisch Centrum Utrecht
- De heer drs. M. van Rijn, voorzitter Executive Committee van pensioenuitvoeringsorganisatie PGGM
- De heer prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Mevrouw drs. J. van Vliet, lid Raad van Bestuur Franciscus Ziekenhuis Roosendaal
- Mevrouw dr. M.L.M. Brouns, voorzitter College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
- De heer dr. H.E.W. de Laat, opleider Universitair Medisch Centrum St Radboud Nijmegen
- Mevrouw mr. G.P.M. Raas, senior adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

#### PROJECTTEAM

- De heer drs. J.A.M. Lambregts, projectleider Bureau Lambregts
- Mevrouw drs. A. Grotendorst, projectadviseur Kessels & Smit
- Mevrouw A.L. Schipaanboord, directeur V&VN (tot 1 januari 2012)
- De heer G. Jagt, projectadviseur V&VN (tot 1 januari 2011)
- De heer drs. A.M. Eliens, projectadviseur V&VN (tot 1 januari 2011)
- De heer B. Vogel, projectsecretaris V&VN (tot 1 januari 2011)
- Mevrouw ir. S.C. van Bronkhorst, projectadviseur V&VN
- Mevrouw drs. A.M. de Been, projectadviseur V&VN

- Mevrouw drs. A.M.M. Kieft, projectadviseur V&VN (vanaf 1 januari 2011)
- Mevrouw drs. J. van de Berg, projectadviseur V&VN (januari-oktober 2011)
- Mevrouw drs. M.M. van Halm-Walters, projectadviseur V&VN (aug.-dec. 2011)
- Mevrouw G.M. van Brummelen, projectadviseur V&VN (vanaf 1 januari 2011)
- Mevrouw drs. M. Roedoe, hoofd communicatie V&VN (vanaf 1 januari 2011)
- Mevrouw M. Verkerk, projectadviseur communicatie V&VN (tot 1 januari 2011)
- Mevrouw E. Pouw, secretaresse V&VN (tot 1 juni 2010)
- Mevrouw D.A.C. van der Schilden, secretaresse V&VN
- De heer drs. C.S.J. van Merwijk, teksten en journalistieke bijdragen
- Mevrouw A. Riemann, vrijwilliger

### Geconsulteerde deskundigen

Door middel van diners pensants, bijeenkomsten, maar ook individueel werden de volgende deskundigen in verschillende fasen van het project geconsulteerd:

- De heer prof. dr. T.H. van Achterberg, hoogleraar verplegingswetenschap, UMCN St Radboud
- Mevrouw dr. M. Adriaansen, lector Langdurige Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Mevrouw B. Albers, programmaleider, Vilans
- Mevrouw drs. R. Arts, zorggroepmanager, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
- De heer drs. P.M.M. Bakens, docent, Haagse Hogeschool
- Mevrouw drs. A. Bannink, strategisch adviseur Zorg, Calibris
- Mevrouw drs. B.J.M. de Brouwer, adviseur Excellente Zorg, V&VN
- Mevrouw G. Carlier, teamhoofd medium care, St. Antonius ziekenhuis
- De heer drs. J.N.G.M. van Dartel, ethicus en verpleegkundige, afdeling medische ethiek LUMC
- Mevrouw dr. E.J. Finnema, lector Samenhang in de Ouderenzorg, Hogeschool Rotterdam
- Mevrouw prof. dr. A.L. Francke, hoogleraar verpleging en verzorging in de laatste levensfase, VU Medisch Centrum en programmaleider Verpleging en Verzorging, NIVEL

- De heer prof. dr. J.P.H. Hamers, bijzonder hoogleraar verpleging en verzorging van ouderen, Universiteit Maastricht
- Mevrouw drs. A. Hamming, directeur Triageplus
- Mevrouw dr. M. Houtlosser, docent ethiek en onderzoeker, Leids Universitair Medische centrum
- Mevrouw R. Heinen MZO, verpleegkundige publieke gezondheidszorg
- Mevrouw dr. M.J. Kaljouw, voorzitter Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- De heer drs. F. Klomp, onderwijskundige St. Antonius Academie
- De heer P.J.M. Koopman, gepensioneerd bestuurder GGZ, Deventer
- Mevrouw drs. M. de Leeuw, verpleegkundig specialist GGZ, Altrecht
- Mevrouw M.W. Leijen, sociaal verpleegkundige, GGD Kennemerland
- De heer dr. B.K.G. van Meijel, lector GGZ, Hogeschool InHolland
- Mevrouw drs. J. Oostendorp, adjunct-directeur, GGD Nederland
- Mevrouw mr. G.P.M. Raas, senior adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- De heer F. Raemakers, verpleegkundige SEH, Haga ziekenhuis
- De heer D.C.E.E. Rammers, coördinator, Centrum voor Consultatie en Expertise
- Mevrouw prof dr. P.F. Roodbol, hoogleraar healthy ageing, UMCG en lector verpleegkundige innovatie en positionering, Hanze Hogeschool Groningen
- De heer drs. A.P.N. van Rooijen, hoofd medische opleiding St. Antonius ziekenhuis
- De heer drs. F.J. Roos, directeur, Verenso
- De heer dr. H. Rosendal, lector Mensen met chronische ziekten, Hogeschool Leiden
- Mevrouw dr. D. Ruiten, medewerker ontwikkeling en innovatie, Calibris
- Mevrouw dr. W.J.M. Scholte op Reimer, lector Evidence-Based Nursing, Hogeschool van Amsterdam
- Mevrouw H.A. Schreuder-Cats, voorzitter V&VN Oncologie
- Mevrouw prof. dr. M.J. Schuurmans, hoogleraar verplegingswetenschap, UMCU
- Mevrouw dr. A.L. van Staa, lector Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam
- Mevrouw K.C. Timm, MANP, verpleegkundig specialist, IJsselland Ziekenhuis
- Mevrouw drs. A.S. Uitslag, lid van de CDA-fractie, Tweede Kamer der Staten-Generaal

- Mevrouw drs. J.A.H. van Veen, voormalig hoofdinspecteur IGZ VVT
- Mevrouw drs. C. Veldhuizen, voorzitter V&VN reumatologie
- Mevrouw E. Vrijland, MANP verpleegkundig specialist intensieve zorg, huisartsenzorg Delft
- Mevrouw drs. W. Wesselink, hoofdbehandelaar, GGZ Centraal
- De heer dr. L. Wigtersma, directeur beleid, KNMG

#### COMMISSIE ETHIEK V&VN

- Mevrouw J.S. Bolier, verpleegkundige, Ziekenhuis Gelderse Vallei
- De heer drs. J.N.G.M. van Dartel, docent ethiek LUMC, voorzitter V&VN Commissie Ethiek
- Mevrouw A.C. Dubbelman, verpleegkundig specialist, NKI/Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis
- Mevrouw E. Rijken, verzorgende IG, ouderenzorg, Osiragroep
- Mevrouw H. Roode-Meijlink, verzorgende 's Heerenloo
- De heer drs. J. Tenwolde, directeur onderwijs en docent Universiteit voor Humanistiek
- Mevrouw drs. J.I. de Witte, adviseur Ethiek, V&VN

#### Stakeholders

Vanaf mei 2010 werden de volgende stakeholders geïnformeerd:

#### BRANCHEOVERLEG ZORG BOZ

- Mevrouw drs. J.W. Deggens, senior beleidsmedewerker NFU
- De heer drs. J. Kamoschinski, beleidsadviseur Financiering en Arbeidszaken GGZ Nederland
- De heer drs. H.W. Kanters, senior beleidsmedewerker, Actiz
- De heer J.A.M. Scholten MaMHR, beleidsadviseur Kwaliteit en Arbeid, NVZ
- De heer J.P.N. Timmerman, senior beleidsmedewerker Onderwijs en Arbeidsmarkt VGN
- Mevrouw M. Vos-Breel, secretariaat BoZ

#### ACTIZ

- Mevrouw S. Bruijns, senior adviseur
- De heer drs. H. Kanters, senior beleidsmedewerker
- De heer drs. A. Koster, directeur
- De heer prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, voorzitter
- Mevrouw drs. A. Mulder, senior beleidsmedewerker
- De heer A. Wirtz, manager werkgeverszaken

**NVZ VERENIGING VAN ZIEKENHUIZEN**

- De heer J.A.M. Scholten MaMHR, beleidsadviseur Kwaliteit en Arbeid NVZ
- Mevrouw drs. M. van der Starre, directeur

**VERENIGING GEHANDICAPTENZORG NEDERLAND**

- Mevrouw drs. Y. Heijnen-Kaales MBA, manager zorgbeleid
- Mevrouw drs. M. van der Rijt, beleidsmedewerker
- De heer J.P.N. Timmerman, senior beleidsmedewerker

**NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA**

- Mevrouw G.M.J. Berkhout MA, zorgmanager divisie VUMC
- De heer drs. G.T.W.J. van den Brink, zorgacademie UMC St Radboud
- Mevrouw drs. A. van der Dussen, sectormanager zorgacademie Erasmus MC
- Mevrouw J.A. Meijers, manager zorg Divisie Kinderen UMCU
- Mevrouw drs. M.A.P. Mens, verpleegkundig bestuurder, AMC
- Mevrouw prof. dr. P.F. Roodbol, hoofd Wenckebach Instituut UMCG
- Mevrouw drs C.C. van Beek, MCM Raad van Bestuur UMC St Radboud
- De heer mr. D.A. Kramer, coördinator arbeidsvoorwaarden

**GGZ NEDERLAND, COMMISSIE WERKGEVERS EN ARBEIDSZAKEN**

- De heer G.J. Hoogeland
- De heer A. Jansen, voorzitter Raad van Bestuur, GGZ Noord-Holland-Noord
- De heer R.N. van der Plank, voorzitter Commissie WAZ, bestuurslid GGZ Nederland
- De heer drs. J. Schaart MHA, lid Raad van Bestuur, Centrum '45
- De heer B.J.N. Schreuder, voorzitter Raad van Bestuur, GGZ Centraal
- De heer P.G.M. Willems MHA-H, lid Raad van Bestuur, De Bascule

**ORDE VAN MEDISCH SPECIALISTEN**

- De heer mr. F.H.G. de Grave, voorzitter
- De heer dr. B.J. Heesen, directeur

**ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND**

- De heer drs. A.J. Lamping, directeur zorg
- Mevrouw drs. M.C.M. Verbeek, senior beleidsadviseur zorg

**HBO-ONDERWIJS**

- De heer mr. H. Drost, voorzitter directie Faculteit/voorzitter SAC HBO-Raad Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde, waarin vertegenwoordigd alle hbo-opleidingen Verpleegkunde
- Mevrouw drs. C. van Mierlo, directeur HBO-V Hogeschool Arnhem Nijmegen, voorzitter LOOV
- De heer drs. F.G.M. Pol, directeur Academie Gezondheidszorg Saxion Hogescholen, lid SAC HBO-Raad
- Mevrouw G. Steendam, dean Academie voor Gezondheidsstudies Hanzehogeschool Groningen, lid SAC HBO-Raad
- Mevrouw drs. M.A.M. Urlings, directeur School of Health Hogeschool Inholland, lid SAC, HBO-Raad
- Mevrouw mr. A.A.M. Zimmerman, secretaris SAC HBO-Raad

**MBO-ONDERWIJS**

- Achterban V&V Bedrijfstakgroep Gezondheidszorg Dienstverlening en Welzijn, waarin vertegenwoordigd alle ROC's met mbo-opleidingen verpleegkunde en verzorging
- Mevrouw N. Adèr, MCM beleidsadviseur, bedrijfstakgroepen en internationalisering, MBO Raad
- Mevrouw J. Drost, directeur Zorg en Welzijn, ROC Midden Nederland
- Mevrouw W.I.M. Hoebink, directeur dienst examinering, Koning Willem I College
- De heer ing. J.P.C.M. van Zijl, voorzitter MBO Raad/Voorzitter SBB

**MINISTERIE VAN VWS**

- Mevrouw R.D. de Beer MSc, senior beleidsmedewerker, directie Curatieve Zorg (Eerstelijnszorg en Taakherschikking)
- De heer drs. P.H.A.M. Huijts, directeur-generaal Volksgezondheid
- Mevrouw drs. E.K. Leistra, senior beleidsmedewerker directie MEVA
- Mevrouw drs. C.E. Mur, directeur MEVA
- Mevrouw drs. I.A. Rasser, senior beleidsmedewerker, directie Langdurige Zorg



#### MINISTERIE VAN OCW

- De heer drs. M. Odekerken, beleidsadviseur directie Hoger Onderwijs
- De heer dr. L.J. Roborgh, directeur Generaal Hoger Onderwijs

#### COLLEGE ZORGOPLEIDINGEN

- Mevrouw M. van Schelven, beleidsadviseur
- Mevrouw drs. E. Wardenaar, directeur CZO
- Mevrouw N. Wassenaar, beleidsadviseur

#### Invitational conferences

In invitational conferences werden de volgende stakeholders, organisaties en personen geconsulteerd:

#### PATIËNTEN- EN MANTELZORGERSORGANISATIES

- Mevrouw drs. A. Bögels, directeur Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
- Mevrouw drs. Y.C.M. van Gilse, directeur LOC Zeggenschap in zorg
- Mevrouw drs. M. Hooimeijer, senior beleidsmedewerker Mezzo
- Mevrouw I. Humalda, ervaringsdeskundige, Reumapatiëntenbond
- Mevrouw drs. J.H.C.M. Meerveld, hoofd belangenbehartiging en zorgvernieuwing Alzheimer Nederland
- Mevrouw drs. P.J. Schout, beleidsmedewerker NPCF
- De heer dr. C. Smit, ervaringsdeskundige

#### VAKBONDEN

- Mevrouw drs. A. Cremers, beleidsmedewerker NU'91
- Mevrouw M. Meere, bestuurder CNV Publieke zaak

#### ZIEKENHUIZEN

- Mevrouw C. Van den Akker, organisatorisch manager, Martini Ziekenhuis
- Mevrouw drs. R. Arts, Zorggroep-manager, St. Elisabeth Ziekenhuis
- De heer J. van Barneveld MHA, manager Zorg, divisie Hart en longen, UMC Utrecht
- Mevrouw G. Berkhout, zorgmanager Divisie 1, VUMC
- De heer prof. dr. D. Biesma, voorzitter Raad van Bestuur, St. Antonius Ziekenhuis
- De heer G. van den Brink, directeur Radboud Zorgacademie, UMCN St Radboud
- Mevrouw drs. J.W. Deggens, senior beleidsmedewerker, NfU

- Mevrouw drs. A. van der Dussen, sectormanager zorgacademie Erasmus MC
- De heer drs. K. Goverde, stafmedewerker kwaliteit VUMC
- Mevrouw H. de Groot, hoofd Beroeps(vervolg)opleidingen & Bedrijfstrainingen, Kennemer Gasthuis
- Mevrouw drs. M.A.P. Mens, verpleegkundig bestuurder divisie Inwendige specialismen, AMC
- Mevrouw R. Nauta, coördinator en senior adviseur Bureau Management Ondersteuning, Ziekenhuis Tjongerschans
- Mevrouw prof. dr. P.F. Roodbol, hoofd opleidingsinstituut Wenckebach instituut UMCG
- De heer M. Rook, voorzitter Vereniging Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
- De heer K. van Rossum, LUMC
- De heer J.A.M. Scholten, MaMHR beleidsadviseur Kwaliteit en Arbeid NVZ
- Mevrouw drs. M. van der Starre, directeur NVZ
- De heer R. Simons, verpleegkundig bestuurder, AMC
- Mevrouw J. van Vliet MHA, lid Raad van Bestuur, Franciscus Ziekenhuis
- Mevrouw dr. L. Vloet, voorzitter verpleegkundige staf, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

#### GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

- Mevrouw M.W. Bijma, voorzitter raad van bestuur GGZ Perspectief, praktijkhouder GGZ Praktijk, GGZ-verpleegkundig specialist
- De heer drs. C.L. Bruisma, Raad van Bestuur, Lentis
- Mevrouw dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde, voorzitter Raad van Bestuur, GGZ Oost Brabant
- De heer R. Meijburg, opleider verpleegkundig specialist, Parnassoa Bavo Groep
- Mevrouw drs. L.M. Kronenberg, hoofdopleider, GGZ Dimence
- Mevrouw H. Otto, teamleider Verpleegkundige Opleidingen, GGZ Altrecht
- De heer E. Nicasie, hoofd opleidingen, secretaris kamer verpleegkundigen CONO, Ggnet
- De heer A. Nijland, hoofd opleidingen, GGZ Drenthe
- De heer R. Lammers, centrummanager GGZ Eindhoven
- Mevrouw M. van Mullem, opleider initiële opleiding, Delta Psychiatrisch Centrum
- Mevrouw Y. Slee, hoofd opleidingen (Bouman GGZ), voorzitter kamer verpleegkundigen CONO

- Mevrouw drs. S. van Eck, bestuursadviseur, GGZ Noord-Holland-Noord
- De heer P. Schippers, GGZ-verpleegkundig specialist, GGZ West-Noord-Brabant
- Mevrouw A. Kwartan, adviseur opleiden, Vincent van Gogh
- Mevrouw V. Mobach, praktijkopleider, hoofd vp-opleidingen, HVO Querido
- Mevrouw M. ten Have, opleidingsadviseur, De Bascule, K&J GGZ
- De heer drs. J. Kamoschinski, beleidsadviseur afdeling Financiering en Arbeidszaken, GGZ Nederland
- Mevrouw drs. D. Polhuis, verpleegkundig specialist ggz/hoofd-opleider GGZ-VS, Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist
- De heer drs. W. Houtjes, Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist
- Mevrouw drs. M.G.C. de Leeuw, manager verkorte opleidingen, Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist
- De heer P. Groenewegen, projectleider Excellente Zorg, Delta Psychiatrisch Centrum
- Mevrouw H. de Kam, verpleegkundig specialist i.o., GGz Centraal

#### OUDERENZORG: VERPLEEGHUIZEN, VERZORGINGS- HUIZEN EN THUISZORG

- Mevrouw drs. E.W.C. Ambaum, sectorhoofd extramuraal, Hilverzorg
- De heer dr. T.J.E.M. Bakker, Raad van Bestuur, Argos zorggroep
- Mevrouw W. Klein Baltink, verpleegkundig expert geriatrie, Tergooiziekenhuizen
- Mevrouw M. Beekman, beleidsmedewerker, Zonnehuisgroep noord
- De heer M. van der Meer, directeur Wonen en Zorg, Omring
- De heer D. Herfst, voorzitter Raad van Bestuur, ZZG Zorggroep
- De heer P.G.J.M. Hermsen MHA, Raad van Bestuur, Stichting MaasDuinen
- Mevrouw mr. M. van Jaarsveld, Warande, Raad van Bestuur
- Mevrouw drs. E.E.P.M. Janssen-Sengers, directeur, Waalboog
- Mevrouw O. Jaspas, manager Opleiding en Ontwikkeling, Vierstroom
- De heer drs. H.W. Kanters, team werkgeversbeleid, ActiZ
- Mevrouw drs. T.F. van der Kruk, verpleegkundige Buurtzorg
- De heer B. Petersen, interim-manager en coach, Kreetz
- De heer J. van der Spek, secretaris, Brancheorganisaties Zorg

- Mevrouw R.M.A. van Troost, directeur Van Kleef instituut
- Mevrouw drs. P. van Veen, Raad van Bestuur, Vitalis woonzorggroep
- Mevrouw drs. A.H.M. van Verhoeven, beleidsadviseur regio west, Cordaan
- Mevrouw J. de Visser, voorzitter VAR, Vierstroom
- De heer drs. W. van de Vrie, voorzitter V&VN Geriatrie verpleegkunde
- Mevrouw drs. G. Wallinga, rayonmanager, Icare V&V Flevoland
- De heer T. Winder, locatiemanager, Woon- en zorgcentrum de Nieuwpoort
- De heer J. van der Zee, Amsta

#### GEHANDICAPTENZORG

- Mevrouw dr. M.L.M. Brouns, onderzoek en ontwikkeling, Zorggroep Alliade
- Mevrouw dr. M. Cardol, senior onderzoeker, NIVEL
- Mevrouw drs. Y. Heijnen-Kaales MBA, manager zorgbeleid, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- De heer J. van Hoof, sectorhoofd Zorg, Severinus
- De heer J.P.N. Timmerman, senior beleidsmedewerker, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Mevrouw G. van der Weerd, verpleegkundig specialist, Reinaerde

#### MBO

- Mevrouw N. Adèr MCM, beleidsadviseur BTG&I, MBO Raad
- Mevrouw drs. C.V. van Aalsum, directeur, ROC Nijmegen
- Mevrouw E. van der Bent, onderwijsmanager Opleiding Verzorgenden, Verpleegkunde en Assisterende Gezondheidszorg, ROC Mondriaan
- De heer drs. H.E.H. Dahlmans MME, beleidsmedewerker, MBO Raad
- Mevrouw A. Dassen, adjunct-directeur Branche Gezondheidszorg, Albeda College
- Mevrouw J. Drost, directeur gezondheidszorgcollege, ROC Midden Nederland
- Mevrouw J. Groenendijk, manager, Prove2Move
- Mevrouw W. van IJsseldijk, afdelingsmanager opl. Verpleegkunde, ROC Midden Nederland
- De heer A.C.M.M. de Jong, Koning Willem 1 College, afdelingsdirecteur Verpleging en Verzorging
- De heer R.P.P.M. Koch, directeur Strategische Accounts, ROC Midden Nederland

- Mevrouw drs. J.C. Leenhouts, voorzitter college van het bestuur ROC Mondriaan, lid bestuur MBO Raad
- Mevrouw A.C.M. Romeijnders, directeur branche gezondheidszorg, Albeda College
- Mevrouw drs. E. Smit, opleidingsmanager Verpleegkunde, ROC van Amsterdam
- Mevrouw drs. A.J. Veldman MMO, college van bestuur ROC Aventus, voorzitter bedrijfstakgroep ZWS MBO Raad
- De heer H. Voerman, senior beleidsmedewerker Zorg & Welzijn, ROC van Amsterdam

#### HBO

- Mevrouw drs. E.P.L. Albersnagel, hogeschoolhoofddocent en opleidingsmanager MANP, Hanzehogeschool Groningen
- De heer ASN P.M.M. Bakens, docent HBO-verpleegkunde, De Haagse Hogeschool
- Mevrouw I. Biesbroek, teamleider Academie voor verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen
- Mevrouw H. Bosman MSc, secretaris, HBO-Raad
- De heer dr. R.J.J. Gobbens, coördinator MANP, Hogeschool Rotterdam
- De heer drs. W. Houtjes, hoofdopleider/assistent lector Saxion, Opleidingsinstelling GGZ-VS
- Mevrouw drs. C. van Mierlo, directeur Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Instituut Verpleegkundige-Studies; voorzitter LOOV
- De heer drs. F.G.M. Pol, directeur Academie Gezondheidszorg, Saxion
- Mevrouw drs. S.M.L. Roofthoof MSc, onderwijsmanager, Hogeschool Leiden
- De heer dr. R. van der Sande, lector langdurige zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Mevrouw dr. W.J.M. Scholte op Reimer, opleidingsmanager verpleegkunde, lector evidence-based care, Amsterdam School of Health professions
- Mevrouw drs. I. Spaan, directeur Verpleegkundige studies, Hogeschool Utrecht
- Mevrouw drs. A.J.M. Tuijp, docent HBO-verpleegkunde, De Haagse Hogeschool

# Bijlage 3 Overzicht presentaties en bijeenkomsten

## Presentaties en bijeenkomsten V&V 2020

8 september 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
30 september 2010	Verenigingsconferentie V&VN, Nunspeet
12 oktober 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
13 oktober 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
18 oktober 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
20 oktober 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
21 oktober 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
26 oktober 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
1 november 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
2 november 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
3 november 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
10 november 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
17 november 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
17 november 2010	Presentatie Den Treegroep, Doorn
18 november 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
29 november 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
2 december 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
6 december 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
10 december 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht
20 december 2010	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Utrecht

14 januari 2011	Besturen V&VN Verpleegkundig Specialisten en V&VN GGZ
19 januari 2011	Presentatie congres wijkverpleegkundigen, Utrecht
25 januari 2011	Rondetafelbijeenkomst managers en leidinggevenden, Utrecht
27 januari 2011	Rondetafelbijeenkomst Verzorgenden, Arnhem
27 januari 2011	Verenigingsconferentie V&VN, Utrecht
27 januari 2011	Congres V&VN Opleiders
4 februari 2011	Regionale rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Tilburg
7 februari 2011	Regionale rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Leiden
8 februari 2011	Workshop V&VN Congres, Utrecht
1 maart 2011	Presentatie Project Basisvoorziening wijkverpleging, Utrecht
3 maart 2011	Diner pensant hoogleraren en lectoren, Utrecht
7 maart 2011	Regionale rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Nijmegen
10 maart 2011	Ledenraad V&VN, Utrecht
16 maart 2011	Workshop Zorgtotaal, Utrecht
17 maart 2011	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Heiloo
17 maart 2011	Overleg registers en beheerders deskundigheidsgebieden
17 maart 2011	Werkconferentie met Stuurgroep, Utrecht
29 maart 2011	Regionale rondetafelbijeenkomst verpleegkundigen, Hengelo
30 maart 2011	Presentatie congres wijkverpleegkundigen, Utrecht
5 april 2011	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundig specialisten, Utrecht
6 april 2011	Specialisten Registratie Commissie, Utrecht
7 april 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Utrecht
19 april 2011	Bijeenkomst HBO-V Haagse Hogeschool alumni, Den Haag
20 april 2011	GGZ kenniskring InHolland, Amsterdam
20 april 2011	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundig specialisten, Utrecht
21 april 2011	Presentatie VAR netwerkdag, Amsterdam
11 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundig specialisten, Utrecht
12 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Vlaardingen
12 mei 2011	ROC, Hengelo
12 mei 2011	Symposium VAR GGnet, Apeldoorn
13 mei 2011	Presentatie congres Hans Makinstituut, Bussum

16 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Den Haag
18 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundig specialisten, Utrecht
19 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Utrecht
24 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verpleegkundig specialisten
25 mei 2011	Minisymposium oncologieverpleegkundigen AVL, Amsterdam
26 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Groningen
27 mei 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Groningen
31 mei 2011	Presentatie STTI Rho Chi Erasmus MC, Rotterdam
6 juni 2011	Presentatie Sint Jans Gasthuis, Weert
8 juni 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Hengelo
16 juni 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Utrecht
20 juni 2011	College Specialismen Verpleegkunde, Utrecht
27 juni 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Nijmegen
21 juli 2011	Invitational verpleegkundig specialisten, Utrecht
8 september 2011	Rondetafelbijeenkomst kraamverzorgenden, Utrecht
15 september 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Assen
22 september 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Groningen
27 september 2011	Rondetafelbijeenkomst verzorgenden, Delft
28 september 2011	Bijeenkomst verpleegkundig specialisten, preventieve zorg
18 oktober 2011	Bijeenkomst patiënten en mantelzorgers
28 oktober 2011	Congres V&VN oncologieverpleegkundigen, Ede
10 november 2011	Werkconferentie stuurgroep, Utrecht
22 november 2011	Bijeenkomst deelnemers coachingstraject Excellente Zorg
18 januari 2012	Bijeenkomst stuurgroep
13 januari 2012	Invitational conference VVT
25 januari 2012	Invitational conference HBO



---

2 februari 2012	Invitational conference MBO
15 februari 2012	Invitational conference gehandicaptenzorg
20 februari 2012	Bijeenkomst stuurgroep
8 maart 2012	Eindcongres

# Bijlage 4 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundigen oktober 2010 - mei 2011

## Ontwikkelingen en spanningsvelden in de beroeps- uitoefening

Auteurs:

Drs. A.M.M. Kieft

Drs. A. Grotendorst

Drs. J.A.M. Lambregts

### Hoofdpijnen uit de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundigen

#### ONTWIKKELINGEN EN SPANNINGSVELDEN

Hoe gevarieerd de deelnemersgroepen ook waren en hoe divers de inbreng: steeds keerden een aantal ontwikkelingen, vraagstukken en spanningsvelden terug. We beschrijven de belangrijkste daarvan in dit hoofdstuk op beknopte wijze en in willekeurige volgorde.

#### *Vraag- en mensgerichte zorg in relatie tot standaardisering*

De zorg wordt steeds meer gericht op de vraag van het individu (minder op groepen). We willen redeneren vanuit de vragen en wensen van de zorgvrager, het cliëntenperspectief en/of dat van familie en naasten als uitgangspunt nemen. Geen mens of situatie is dezelfde. Tegelijkertijd krijgen we steeds meer te maken met standaarden en protocollen. Voor een deel gebeurt dat onder externe druk, bijvoorbeeld van zorgverzekeraars, en door toenemende juridisering (zorginstellingen en professionals dekken zich in tegen schadeclaims, rechtszaken en negatieve publiciteit). Standaardisering waar dat mogelijk is heeft ook veel voordelen. Er kan sneller en efficiënter worden gewerkt, zodat er tijd overblijft voor persoonlijke aandacht. Het is wel noodzakelijk dat verpleegkundigen zelf betrokken zijn bij de ontwikkeling van de standaarden en protocollen en niet louter moeten uitvoeren wat door anderen of elders is bedacht. Standaardisering als het kan, maatwerk waar dat moet? Hoe vinden we een goede balans tussen beide?

### Vraag- en mensgerichte zorg in relatie tot verzakelijking en bedrijfsvoering

Verpleegkundigen willen zorg verlenen die voldoet aan hun hoge eisen aan professionaliteit en kwaliteit. Marktwerking, bedrijfsvoering gericht op kostenbeheersing en -reductie, productie, uren en cijfers staan daar in de praktijk vaak haaks op. Verpleegkundigen zijn niet tegen verzakelijking, hebben oog voor de noodzaak van kostenbeheersing en efficiency, maar ze ervaren managers en planners vaak als kille regelaars, die handelen met weinig kennis van en feeling met wat er op de werkvloer gebeurt. Anders is het wanneer de leidinggevende een verpleegkundige achtergrond heeft, zoals bij veel teamleiders het geval is. Het denken en organiseren op geleide van kwantiteit en spreadsheets staat de kwaliteit en mensgerichte zorg vaak in de weg. Sturing vanuit het management en sturing vanuit de professionals: hoe kunnen deze zich beter tot elkaar gaan verhouden?

#### Blauw en groen

Het is een spanning die zich in de denktrant van Léon de Caluwé<sup>[1]</sup> laat beschrijven in de kleuren blauw en groen. Blauw is de wereld van het organiseren, groen die van de (lerende) professional. Bij blauw verloopt alles volgens planning; daar doen mensen wat hun gezegd wordt, zij gaan op het doel af, laten zich niet afleiden en leveren wat gevraagd wordt. Wel denken vooraf, maar niet tijdens. Dan is denken verboden. Dan moet je ervoor gaan. En als het kan versnellen. Bij groen komt het onverwachte om de hoek kijken en laten mensen juist nieuwe impulsen toe. Zij staan open; ze denken en komen op andere gedachten. Twijfel is gezond. Je moet altijd blijven nadenken en steeds opnieuw keuzes maken. Af en toe moet je vertragen en stilstaan bij wat gebeurt. Blauwe mensen (in een groene context) stellen altijd de volgende vragen: Kan dat niet sneller? En als we het efficiënter aanpakken? Is dat bewezen? Wat is de officiële lezing? Hebben we hier iets aan? Je eigen ideeën kun je beter thuislaten. We hebben alleen je handen nodig, niet je hoofd en zeker geen emoties. Groene mensen (in een blauwe context) stellen altijd de volgende vragen: Kan het niet anders? Als mensen het niet zien zitten, gaat het niet werken. Daar kun je op veel verschillende manieren tegenaan kijken. Ja, zo zie jij het, maar dat kan ook anders. Heb je dat wel eens meegemaakt? Wat is jouw ervaring daarmee?

### **Ketenzorg in relatie tot taakverschuiving en domeingrenzen**

Bij ketenzorg stemmen alle betrokken zorgverleners de zorg af op de behoeften van de cliënt. Ze werken samen in de uitvoering van de zorg en brengen hierin samenhang, onder meer door de ontwikkeling van zorgpaden. De cliënt ontvangt een integraal, kwalitatief passend zorgaanbod, zonder last te hebben van muren en belangen tussen organisaties en professionals. Mensen met complexe en/of meervoudige zorgvragen (bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen) hebben veel baat bij ketenzorg. Verpleegkundigen zijn belangrijke schakels in de ketenzorg, die op steeds meer plaatsen vorm krijgt. Multidisciplinair samenwerken is gewoon geworden. Dat is in het belang van de zorgvrager en de continuïteit van de zorg. De verschuiving van taken van de arts en de psychiater naar de verpleegkundig specialist en de verpleegkundige gaat onverminderd en versneld door. Verzorgenden doen inmiddels veel van hetgeen verpleegkundigen 10, 15 jaar geleden deden. Waar verpleegkundigen, verzorgenden, sph'ers, spw'ers en anderen samenwerken is vaak niet duidelijk wie wat doet, wie waarvoor inzetbaar is. Door de steeds verdergaande specialisatie, functiedifferentiatie en het vervagen van domeingrenzen is het vaak niet duidelijk wie nu wat doet en wie de regie heeft. Cliënten, maar ook verpleegkundigen, hebben te maken met een wirwar aan hulp- en zorgverleners, die onderling niet zelden concurreren. Ook binnen de beroepsgroep vindt concurrentie plaats. Vinden we een oplossing door een sterkere afbakening van beroepsdomeinen, of juist door de klassieke domeinen los te laten<sup>[2]</sup>? Welke andere kansen liggen er?

### **Generalistisch en specialistisch**

Over 10, 15 jaar is de zorg anders, de verpleegkundige zorg ook. Dat roept (opnieuw) de vraag op: is de verpleegkundige in 2020 vooral een generalist of een specialist? Beantwoording van die vraag lijkt vooral afhankelijk van de context waarin de verpleegkundige werkt. Meer generalistisch verpleegkundigen in de thuiszorg/eerste lijn (en bij poortwachtersfunctie), meer specialistisch in de ziekenhuizen/intramuraal? Hoe werken zij samen, wanneer schakelen zij elkaar in? Of moeten we meer gaan denken in teamcompetenties? Dan zijn de noodzakelijke kennis en vaardigheden niet bij elke verpleegkundige aanwezig, maar wel in het team waarin zij werken.

### **Digitalisering met oog voor privacy en nabijheid**

Verpleegkundigen beschouwen digitalisering als een belangrijke kwalitatieve stap vooruit, vooral wanneer het gaat om verlichting van de administratieve last. Momenteel kost administratie en registratie (tal

van rapportages, indicatoren en meetmomenten) niet zelden 30-40% van de werktijd. ICT (via computers, PDA's, iPads) biedt snelheid, gemak en betere multidisciplinaire samenwerking, mits het systeem deugt en niet elke organisatie zijn eigen systeem gebruikt. De afhankelijkheid van systemen wordt groter, het is daarom van belang dat verpleegkundigen en V&VN als beroepsorganisatie een rol spelen bij de ontwikkeling ervan. Eenheid van taal, bijvoorbeeld voor het verpleegkundig dossier, is zeer wenselijk. Een verpleegkundige standaard ontbreekt nog. Verpleegkundigen zien ook grote voordelen in het elektronisch patiëntendossier (EPD), hebben wel twijfel of de privacy van zorgvragers voldoende is gewaarborgd. Ook als de zorgvrager bepaalt wie inzage mag hebben: gegevens blijven lang bewaard, ook belastende. De technologische ontwikkelingen maken zorg op afstand mogelijk: monitoring en dagelijks contact via webcam, snel doorspelen van gegevens, checks. Maakt meer contacten per verpleegkundige mogelijk, wat bij personeelstekorten een bijkomend voordeel is. Zorgvragers zijn tevreden, het geeft rust. Maar: gaat de digitalisering en de zorg op afstand het persoonlijke, nabije contact niet vervangen? Zorgorganisaties en ook verpleegkundigen maken in toenemende mate gebruik van sociale media. Dat bevordert onderlinge contacten en kennisuitwisseling. Het roept ook nieuwe vragen op. Wat kun je wel en niet uitwisselen op FaceBook, waarover twitter je wel en waarover niet?

### **Mondige en minder mondige zorgvragers**

Zorgvragers zijn grosso modo mondiger dan 10, 15 jaar geleden, niet in de laatste plaats doordat zij goed geïnformeerd zijn via internet. Zij komen niet alleen met vragen, maar vaak ook al met antwoorden, diagnoses en oplossingen de spreekkamer binnen. De positieve kant daarvan is dat zorgvrager en verpleegkundige partners in zorg kunnen zijn, waarbij het stimuleren van de zelfsturing (coachen waar nodig) de basis is. Lastige kant is dat het internet een enorme mix biedt van rijpe en groene informatie, waarbij kaf en koren niet van elkaar gescheiden zijn, wetenschappelijke informatie en persoonlijke verhalen op forums zijn lang niet altijd te onderscheiden. Het vraagt van de verpleegkundige vaak stevigheid en tact om de zorgvrager ervan te overtuigen dat de informatie die hij heeft gevonden niet de juiste is, of onbetrouwbaar.

Verpleegkundigen vinden dat de mondigheid van zorgvragers vaak wordt overschat. Wie angstig is, verward of depressief staat meestal niet erg zelfbewust in zijn schoenen. Daarnaast hebben we, ondanks stijging van het opleidingsniveau in Nederland, nog altijd te maken met een enorme groep mensen die laaggeletterd is. Naar schatting

anderhalf miljoen volwassenen zijn laaggeletterd<sup>[3]</sup>. Zij hebben grote moeite met lezen en schrijven, waardoor zij in het dagelijks leven – privé of op het werk – minder goed kunnen functioneren. Van deze anderhalf miljoen is één miljoen van Nederlandse afkomst en een half miljoen van niet-Nederlandse afkomst. Ongeveer 250.000 volwassenen in ons land met een Nederlandse achtergrond zijn analfabeet. De verpleegkundige steunt de zorgvrager bij het handhaven of het opnieuw verwerven van de regie over het eigen leven, voor zover mogelijk. Zij helpt hem of haar om op te komen voor de eigen belangen of de vragen en wensen te verwoorden. Zorgvragers zijn echter ook in toenemende mate ‘demanding’, willen krijgen wat zij vragen en liefst meteen. Dan is het aan de verpleegkundige om duidelijk te maken dat de zorg geen kwestie is van ‘u vraagt, wij draaien’. Naast betrokkenheid is ook een zakelijke houding van belang, een afweging tussen wensen, mogelijkheden en kosten. Verpleegkundigen krijgen met al deze mondige en minder mondige burgers te maken. Wat vraagt dat van hen?

### **Individualisering en eenzaamheid**

De burger/zorgvrager van 2020 is – naar verwachting – individualistischer, autonomer, mondiger, thuis op internet en vaardig met sociale media. Dat geldt ook voor de ouderen van straks. Het is de burger die zorg aan huis en zorg op maat vraagt – en mogelijk krijgt. Maar van wie? Lang niet altijd van professionals als de te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt werkelijkheid worden en de bezuinigingen in het huidige tempo doorgaan. Van mantelzorgers? De mantelzorgers van nu zijn straks oud of hebben een baan. Het aantal vrijwilligers neemt gestaag af. Op welk sociaal netwerk kan de zorgvrager een beroep doen in 2020 als hij ziek wordt? Is zorg op afstand dan toereikend? Red je het met contacten via de sociale media? Welke rol hebben verpleegkundigen wanneer mantelzorg of een sociaal netwerk ontbreekt?

### **Gemotiveerde en minder gemotiveerde collega's**

De gemotiveerde collega's zijn ambitieus. De hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn relatief meer gericht op carrière, ‘vliegen uit’, vinden elders functies met een nieuwe uitdaging, binnen de zorg maar ook daarbuiten. Hoe houden we hen vast, zonder voor elke ambitie een nieuwe functie of mogelijkheid te creëren? Of moeten we dat juist wel doen? Hoe motiveren we onze minder gemotiveerde collega's?

### Nog uit te diepen thema's en vragen

- Welke verschillen zijn er tussen sectoren en zorginstellingen op het gebied van hiërarchie en aansturing? Belangwekkend in het licht van de vraag: hebben we meer verpleegkundigen nodig in hogere leidinggevende functies, of zouden we juist meer moeten streven naar zelforganisatie, zelfsturende teams van professionals, waarin natuurlijk en informeel leiderschap zich kan ontplooiën?
- Is het groeiend aantal zzp'ers goed voor de ontwikkeling van het beroep? Wat zijn de voordelen van zzp'er zijn, wat de nadelen?
- In 2020 hebben we een groep mensen met geld, die met private middelen zelf zorg kunnen inkopen en een (grote) groep die van publieke middelen afhankelijk is. Hoe verhouden wij ons daartoe als verpleegkundigen?

**Het volledige rapport kunt u downloaden op [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl).**

### Noten

- 1 L. de Caluwé en H. Vermaak (2006): *Leren veranderen: Een handboek voor de veranderkundige*. Deventer, Kluwer.
- 2 Zie bijvoorbeeld pleidooi Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 'Bekwaam is bevoegd' (2011): Door de veranderende vraag wordt een beroep gedaan op andere competenties en een grotere diversiteit aan beroepen. De vaste beroependomeinen verdwijnen en een afgeslankte beroepstructuur blijft over.
- 3 Zie onder meer <http://www.tno.nl>

# Bijlage 5 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verzorgenden januari - oktober 2011

5

## De verzorgende van de toekomst

### Auteurs:

Drs. A.M. de Been

G. van Brummelen

Drs. A. Grotendorst

Drs. J.A.M. Lambregts

### Ontwikkelingen en spanningsvelden

De gesprekken hadden een duidelijke rode draad: ontwikkelingen en vraagstukken die vrijwel aan iedere tafel naar voren kwamen. Die rode draad staat hier beschreven.

#### VRAAG- EN MENSGERICHTE ZORG

Verzorgenden in de langdurende zorg hebben een duidelijk beeld van de kern van hun vak, waar zij een bijdrage aan willen leveren en wanneer zij met een tevreden gevoel naar huis gaan. Verzorgenden willen het verschil maken voor hun kwetsbare cliënten, willen de cliënt in het dagelijkse leven zodanig ondersteunen dat deze het leven kan leiden dat hij/zij wil leiden. Verzorgenden willen belevingsgerichte en op het individu gerichte zorg bieden. Met voldoende aandacht voor mensen en aansluitend bij hun individuele wensen. Afgestemd op de mogelijkheden en onmogelijkheden van naasten om de zorg op te te vangen op het brede terrein van wonen, zorg en welzijn. Het zorgleefplan ervaren verzorgenden in de verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg over het algemeen als een ondersteunend instrument. Het ondersteunt de brede blik die nodig is om in samenspraak met de cliënt en zijn familie zorg te bieden die bijdraagt aan kwaliteit van leven. Om op zijn of haar beurt vraag- en mensgerichte zorg te ondersteunen, moet de manager geïnformeerd zijn over wat er nodig is op de werkvloer. Verzorgenden geven aan dat de manager of leidinggevende vaker een kijkje op de afdeling of achter de voordeur mag komen nemen.



### SCHAARSTE IN DE ZORG

Verzorgenden zijn over het algemeen goed geïnformeerd over de financiering van de zorg, ze denken na over de financiën. Ze realiseren zich dat niet alles kan. 'Als ik te veel uren aan deze bewoner besteed, kom ik bij de volgende cliënt tijd tekort.' De Zorgzwaartepakketten intramuraal en indicaties extramuraal bieden een handvat, bieden een kans op een meer rechtvaardige verdeling van de schaarse middelen. Verzorgenden zouden wel meer invloed willen hebben op de indicatiestelling, zodat zij beter kunnen inspelen op de daadwerkelijke en vaak veranderende behoefte van de zorgvrager. Zij ervaren dat nu nog onvoldoende gebruikgemaakt wordt van hun kennis bij het bijstellen van een indicatie. Verzorgenden zijn en voelen zich verantwoordelijk om goed met de schaarse middelen om te gaan. In de thuiszorg wordt nu echter een onterecht groot deel van de bedrijfsvoering een persoonlijke verantwoordelijkheid van de verzorgenden. Het is in een groot deel van de zorgorganisaties gebruikelijk dat tijd voor onder andere telefonische overdracht, bijwerken van het zorgleefplan, bekijken van rooster/planning, reistijd van cliënt naar cliënt en doorgeven van informatie over de cliënt aan andere disciplines of familie in eigen tijd gebeurt. Ook andere kosten die bij het werk horen, zoals printkosten en reiskosten, worden niet altijd vergoed door de organisatie.

### DALEND OPLEIDINGSNIVEAU

Verzorgenden ervaren de afgelopen jaren in veel zorgorganisaties een sterke daling van het gemiddelde opleidingsniveau op een afdeling of in een team. Landelijk zijn de verschillen groot, maar in een aantal verpleeghuizen is inmiddels sprake van een verhouding van 20 procent gediplomeerd verzorgenden en 80 procent helpenden/leerlingverzorgenden op een afdeling. Voor de verzorgende betekent dat een te zware verantwoordelijkheid voor het eigen handelen, er is geen mogelijkheid voor ruggenspraak met een collega-gediplomeerd verzorgende. Daarnaast draagt de verzorgende nu veelal ook de verantwoordelijkheid voor het handelen van de helpenden en leerlingen. Haar rol verschuift van zorginhoudelijk en cliëntgebonden naar coachend, adviserend en het voornamelijk uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. Het werk dat de verzorgende tien jaar terug nog deed, wordt nu door de helpende gedaan. De verzorgende doet nu het werk dat tien jaar terug nog door een verpleegkundige gedaan werd. In de uitvoering vind je op dit moment nog maar heel weinig verpleegkundigen in de intramurale ouderenzorg. Verzorgenden geven aan hun werk niet goed te kunnen doen als enig gediplomeerde op een afdeling, zonder terug

te kunnen vallen op collega's of teamleiding. Nu het opleidingsniveau daalt, neemt het risico op fouten in de zorg toe.

#### VERANDERINGEN IN ZORGVRAAG

Cliënten en bewoners hebben juist meer en intensiever zorg en ondersteuning nodig dan voorheen. De zorgbehoefte van individuele cliënten neemt toe. Cliënten blijven langer thuis wonen, pas als het echt niet anders meer kan, verhuizen ze naar het verpleeghuis. Ziekenhuizen sturen hun patiënten steeds sneller naar huis of naar het verpleeghuis. Cliënten die voorheen naar een verzorgingshuis verhuisden, blijven nu thuis wonen. Kortom verzorgenden zorgen steeds vaker voor mensen met complexe problematiek. Zoals cliënten die in het ziekenhuis uitbehandeld zijn en niet kunnen/hoeven revalideren. Ouderen met een chronische spierziekte, reuma of neurologische aandoening. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Zorgvragers met korsakov of andere verslavingsproblemen. En een hele grote en groeiende groep mensen met dementie. Verzorgenden treffen steeds vaker in de VV&T ook mensen met een psychiatrische achtergrond of een verstandelijke handicap. Deze zorgvragers wonen zo lang mogelijk thuis en zijn cliënt in de thuiszorg. Zij worden daarnaast ook steeds ouder en komen vaker in het verpleeghuis terecht.

#### SAMENWERKING IN DE ZORGGKETEN

Over het algemeen wordt er door verzorgenden een toenemende gelijkwaardigheid ervaren in de samenwerking met de andere disciplines. Al stellen verzorgenden ook vast dat het belangrijk is om 'sterk in je schoenen te staan' in de samenwerking met de hoger opgeleide arts, apotheker, diëtist, psycholoog, ergotherapeut en anderen. Daarbij is het van belang dat verzorgenden zich bewust zijn van de waarde van de eigen kennis en ervaring. Experts zoals de arts, psycholoog, fysiotherapeut, maar ook de verpleegkundige, staan in de intramurale ouderenzorg op steeds grotere afstand van de cliënt. Die afstand lijkt hier en daar ook groter te worden. Dat vraagt van de verzorgende dat ze een vertaalslag maakt van het advies van deze expert naar het dagelijkse leven van de cliënt. Verzorgenden kunnen minder terugvallen op deze experts in de dagelijkse zorg. Deze zijn minder in de wandelgangen aanspreekbaar voor consult als het gaat om bijvoorbeeld groepsprocessen in de zorg, het voordoen en voorleven van een interventie et cetera. Ook zijn er minder mogelijkheden voor een lesavond of klinische les door deze andere disciplines. In de thuiszorg missen verzorgenden het contact met – en daarmee de waardevolle cliëntinformatie van – de helpenden huishoudelijke zorg. Deze zijn naar de Wmo gegaan

en daarom meer op afstand gekomen van de verzorgende teams. Op eigen initiatief wordt er contact gezocht waar men dat professioneel nodig acht.

#### AANTOONBARE KWALITEIT

De maatschappij, maar ook individuele cliënten of hun naasten vragen om transparantie in de zorg en aantoonbare kwaliteit. Steeds vaker wordt aan verzorgenden gevraagd om zich te verantwoorden. Waarom hebben jullie zo gehandeld? Had dat niet anders gekund/gemoeten? De maatschappelijke vraag om aantoonbare kwaliteit leidt tot veel extra handelingen (meten) en administratieve processen (verwerken). Verzorgenden vinden dat te veel van hun tijd gaat naar het bijhouden van dossiers en schriftelijk rapporteren van ontwikkelingen, incidenten, veranderingen bij en afspraken met de cliënt. Naar hun mening en ervaring gaat dit op dit moment ten koste van de aandacht en zorg voor de cliënt. Het feit dat cliënten en hun naasten om verantwoording vragen en mondiger zijn, wordt positiever gewaardeerd. Verzorgenden vinden het 'logisch' dat ze duidelijk uitleggen wat cliënt en naasten van de zorg mogen verwachten. De communicatie tussen cliënt en verzorgende wordt transparanter en gelijkwaardiger. Dat leidt volgens verzorgenden tot beter op de cliënt afgestemde zorg.

#### SAMENWERKEN MET MANTELZORG

Verzorgenden schetsen een toekomst waarin nog scherper keuzes gemaakt moeten gaan worden. Zonder een goede samenwerking met mantelzorg en vrijwilligers zal er geen goede zorg meer geleverd kunnen worden. Dat vergt van verzorgenden wel het een en ander. Mantelzorger en vrijwilliger moeten zich uitgenodigd voelen, begeleid worden en – soms ook – begrensd in de zorg. De mondigheid van familie wordt wel eens als lastig ervaren. Deze betrokkenheid is echter ondersteunend bij het kunnen leveren van goede zorg. Als het contact goed is, leer je de cliënt via de familie ook weer beter kennen. Familie komt met ideeën, zoekt informatie op. Dat verhoogt de kwaliteit van leven van de cliënt, zo stellen verzorgenden.

#### DIGITALISERING EN ICT

De opmars van de computer in het werk van de verzorgende is niet te stuiten. Steeds meer communicatie en informatieoverdracht gaat digitaal. Verzorgenden zien het voordeel van het elektronisch cliëntendossier (ECD). Op een goede manier ingezet, levert het een bijdrage aan goed kunnen afstemmen van de zorg op wensen en behoeften van de cliënt. Verzorgenden worden te weinig in de digitale ontwikkelingen

meegenomen. Er wordt van ze verwacht dat ze zich aanpassen, maar slechts een enkele keer organiseert een zorgorganisatie passende bijscholing op dat terrein. Verder vragen zij zich af of digitale communicatie wel altijd het juiste middel is in de communicatie onderling of met bijvoorbeeld familie. Sommige zaken kun je beter in een persoonlijk gesprek afhandelen. Ook cliënten en patiënten maken veel gebruik van internet en e-mail, hebben contact met elkaar, zoeken informatie op, skype en zitten op Facebook. Verzorgenden constateren dat dat van waarde is voor de sociale betrokkenheid en zelfredzaamheid van een cliënt. Verzorgenden zelf maken ook steeds meer gebruik van sociale media zoals Twitter en Hyves. Dat biedt kansen, maar roept ook vragen op. Wat zet je wel/niet op Twitter als het over je werk gaat? Ook dat vraagt om reflectie en intervisie.

#### ARBEIDSMARKT

Fulltime contracten worden in de zorg nog nauwelijks door werkgevers aangeboden. In veel zorgorganisaties kun je alleen aan de slag met een parttime contract of een klein contract aangevuld met een oproepcontract. Mannen en jongeren zullen op deze manier niet grootschalig voor de zorg gaan kiezen, zo vrezen verzorgenden. We weten dat deze beperkte contracten ook in de kraamzorg een belemmering voor jongeren vormen om voor dit vak te kiezen.

**Het volledige rapport kunt u downloaden op [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl).**

## Bijlage 6 Samenvatting van de rondetafelbijeenkomsten verpleegkundig specialisten

*Zo zien verpleegkundig specialisten hun beroep in 2020*

*Auteurs:*

*Ir. S.C. van Bronkhorst*

*Drs. J. van den Berg*

*Drs. A. Grotendorst*

*Drs. J.A.M. Lambregts*

### **Welke trends zien verpleegkundig specialisten?**

Uit de rondetafelgesprekken met zo'n honderd verpleegkundig specialisten kwamen de volgende trends naar voren:

#### **COMORBIDITEIT EN COMPLEXERE ZORG**

De toename van het aantal ouderen door de vergrijzing leidt tevens tot een toename in comorbiditeit (het vóórkomen van twee of meer aandoeningen tegelijkertijd bij een patiënt); comorbiditeit leidt tot complexere zorg en vraagt om hoger opgeleide professionals. Verpleegkundig specialisten kunnen met hun diepgaande kennis van verpleegkunde en behandeling aan die vraag voldoen.

#### **TAAKHERSCHIKKING**

De herschikking van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist zal doorgaan, onder druk van de toenemende zorgvraag, zowel in omvang als in mate van complexiteit. Hierdoor zullen ook de acceptatie van en waardering voor de rol van de verpleegkundig specialist toenemen, zowel bij patiënten en collega-zorgprofessionals (artsen, paramedici en verpleegkundigen) als bij directies en raden van bestuur van zorginstellingen.

#### **BEROEPEN VOORTDUREND IN BEWEGING**

Hoewel alle beroepen in de zorg 'in beweging' zijn, geldt dit voor het nieuwe beroep van de verpleegkundig specialist in het bijzonder: de beroepsuitoefening, de rol, positie zijn nog volop in ontwikkeling.

Vooral het zoeken van de balans tussen productie, kwaliteit en onderzoek gaat nog door. Tegelijkertijd zullen verpleegkundig specialisten steeds meer naar buiten treden, hun voortrekkersrol waarmaken en voorbeeldfuncties vervullen in de ontwikkeling van hun specialisme en de verpleegkunde in het algemeen.

#### NIEUWE INZICHTEN IN DE PRAKTIJK

De verpleegkunde werkt steeds meer evidence based, dus volgens wetenschappelijk bewezen effectieve methoden. Met hun toegang tot wetenschappelijke publicaties en hun kennis van diverse disciplines zijn verpleegkundig specialisten de aangewezen professionals om nieuwe methodieken om te zetten in de verpleegkundige praktijk. Er zijn al tal van voorbeelden waarin zij – na pilots – een nieuwe werkwijze hebben doorgevoerd, vaak doelmatiger én met een beter resultaat voor de patiënt.

#### TOENEMEND BELANG VAN PREVENTIE

Preventie wordt steeds belangrijker, zowel het voorkomen van aandoeningen door een gezonde(re) levensstijl als het voorkomen van complicaties en andere gevolgen van aandoeningen. Dit vraagt een hoog opleidingsniveau in de preventieve zorg. Het belang van preventie wordt in het algemeen nog niet voldoende ingezien. Met name in de eerste lijn kunnen verpleegkundig specialisten een rol spelen bij vroegsignalering van bijvoorbeeld alcohol- of drugsproblematiek.

#### WEGVALLEN TRADITIONELE NETWERKEN

Steeds vaker ontbreken bij patiënten traditionele netwerken als die van burens en mantelzorg. Dit maakt een goede ketenzorg, die de situatie van de patiënt centraal stelt en waarin verpleegkundig specialisten een centrale rol (kunnen) spelen, nóg belangrijker. Bij de situatie van de patiënt wordt niet alleen de thuissituatie betrokken, maar onder andere ook de mate waarin hij in staat is om te gaan met de gevolgen van gezondheidsproblemen (coping).

#### MONDIGE PATIËNTEN

De mondigheid en kennis van patiënten nemen steeds verder toe. Patiënten komen steeds vaker zelf al met ideeën over diagnose en behandeling, opgedaan via internet. Voor de verpleegkundig specialist is het een belangrijke taak – op basis van haar of zijn deskundigheid – om samen met de patiënt de validiteit van de informatie te beoordelen.

### KENNIS VAN ETHISCHE ZAKEN

Nieuwe technische en wetenschappelijke ontwikkelingen en een toename in behandel mogelijkheden leiden steeds vaker tot ethische kwesties, bijvoorbeeld de vraag of een behandeling al dan niet zinvol is. De toenemende – en op zichzelf positief te waarderen – mondigheid van patiënten en hun naasten maakt het belang van kennis van ethische zaken en goede communicatievaardigheden van verpleegkundig specialisten steeds groter.

### TOENAME REGELDRUK

De afgelopen jaren is de regeldruk, en daarmee het verantwoordingsafleggen voor en verslag doen van activiteiten, sterk toegenomen. Interne en externe audits, HKZ en jaarverslagen vragen tijd en aandacht. Verpleegkundig specialisten kunnen met hun overstijgende denk- en redeneervaardigheden alsook hun kennis en vaardigheid op het gebied van organisatie, financiën en rapportage, hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

### ZELFSTANDIGE PRAKTIJK

In de toekomst zullen verpleegkundig specialisten steeds vaker werken in zelfstandige behandelcentra (ZBC), gepositioneerd tussen de eerste- en tweedelijnszorg, van waaruit niet-complexe zorg wordt geleverd. ZBC's hebben een filterfunctie, dat wil zeggen dat zij indiceren voor welke zorg de patiënt naar de tweede lijn wordt verwezen.

**Het volledige rapport kunt u downloaden op [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl).**

# Bijlage 7 Samenvatting achtergrondstudie 1, uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&V 2020

**Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland**  
**Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen**

Auteurs:

Dr. L.F. van der Velden

Prof. dr. A.L. Francke

Dr. R.S. Batenburg

**Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland**

## SAMENVATTING EN CONCLUSIES

De bevolking vergrijst. Er komen meer ouderen met vaak meerdere aandoeningen, waardoor ze een groot beroep doen op zorg. Tegelijkertijd moet de zorg betaalbaar blijven. Met subsidie van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland analyseerde het NIVEL bestaande onderzoeks- en adviesrapporten en gegevensbronnen. Hoofddoel van deze kennissynthese was het geven van inzicht in hoe de toekomstige zorgvraag en het zorgaanbod zich de komende jaren zullen ontwikkelen en welke consequenties dat zal hebben voor de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in Nederland.

Demografische ontwikkelingen, zoals de verdere groei van het aantal ouderen, zullen leiden tot een groei van de *zorgvraag*. Daarnaast zullen epidemiologische ontwikkelingen, zoals een toename van chronische ziekten en comorbiditeit, invloed hebben op de *zorgvraag*. Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers zullen eveneens leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorg wordt beïnvloed door sociaal-culturele ontwikkelingen: er worden meer eisen aan de zorg zelf gesteld, aan



de behandel mogelijkheden, technologie, medicatie, maar ook aan de informatievoorziening en communicatie rond zorgprocessen. Het toenemende aantal allochtone ouderen zal eveneens consequenties hebben voor de aard van de zorgvraag, evenals de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. De zorgvraag van ouderen zal dus niet alleen in volume toenemen, ze zal met de nieuwe generaties ouderen ook andere eisen stellen.

Het toekomstige zorgaanbod wordt onder meer beïnvloed door de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en het stijgende opleidingsniveau. Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen kunnen het werken in de zorg aantrekkelijker maken. De opkomst van nieuwe beroepen en functies, zoals van verpleegkundig specialisten en van praktijkverpleegkundigen, zal ook bijdragen aan werving en behoud van personeel voor de zorg. Verdere verhoging van de arbeidsproductiviteit wordt onder meer nagestreefd door taakherschikking tussen hoger en lager opgeleide zorgverleners en door inzet van arbeidsbesparende technologie. Ook is een tendens te zien naar meer lokale samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals.

#### AANBEVELINGEN

Op basis van de bestudeerde literatuur zijn in dit rapport drie soorten aanbevelingen onderscheiden, namelijk aanbevelingen over: (1) het aantrekkelijker maken van opleidingen en werk in de zorg; (2) efficiënter werken; en (3) een heroriëntatie op de aard van de zorg.

Voor het aantrekkelijker maken van opleidingen en werk is een goede aansluiting van belang tussen enerzijds functies in de praktijk en anderzijds het beroep waarvoor men is opgeleid. Daarnaast zijn goede loopbaanmogelijkheden essentieel: bijvoorbeeld door mogelijkheden voor verticale en horizontale functiedifferentiatie aan te bieden. Bij de opleidingen moet expliciete aandacht uitgaan naar het populairder maken van werken in de zorg voor ouderen. Goede lesmaterialen en deskundige en enthousiaste rolmodellen binnen de opleidingen en op stageplaatsen zijn daarbij belangrijk. Tevens wordt aanbevolen om te blijven investeren in vervolgopleidingen en bij- en nascholing. Daarbij is speciale aandacht nodig voor uitbreiding van het scholingsaanbod voor verzorgenden en helpenden. Verder wordt het belang van meer professionele verantwoordelijkheid genoemd; dat is vooral voor de hoger opgeleide zorgprofessionals belangrijk voor de aantrekkelijkheid van het beroep.

Binnen de categorie efficiënter werken, valt de aanbeveling om vaker gebruik te maken van technologische innovaties, zoals domotica, e-health en zorg op afstand. Uit onderzoek is bekend dat zorgpro-

professionals wel openstaan voor nieuwe technologie, mits die in hun perceptie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Meer aandacht voor efficiëntie sluit ook aan bij het overheidsbeleid om integrale zorg en samenwerking tussen professionals in de buurt van de zorgvrager te stimuleren.

In het kader van de *heroriëntatie* op de aard van de zorg wordt aanbevolen om meer aandacht te hebben voor preventie, bevorderen van een gezonde leefstijl en zelfmanagement van patiënten. Deze aspecten krijgen tot nu toe nog weinig aandacht in de verpleging en verzorging, vanuit de traditionele sterke gerichtheid op het overnemen van zorgtaken. Deze heroriëntatie op de aard van de zorg doet een beroep op de agogische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden van de toekomstige zorgprofessional.

## Synthese en een doorkijk naar de toekomst

### INLEIDING

In de voorgaande hoofdstukken van de studie zijn vraag-, aanbod- en werkprocesontwikkelingen beschreven. Die beschrijving was (in empirische zin) vooral gebaseerd op statistieken die de periode 2000-2010 beslaan. Dit lijkt op het eerste gezicht een 'status quo' te zijn waarin vraag en aanbod redelijk in evenwicht zijn en zich geleidelijk hebben ontwikkeld. De meer kwalitatieve informatie uit de gebruikte bronnen geeft echter aan dat schijn bedriegt: in bijna alle sectoren van de verpleging en verzorging dienen zich grote problemen met grote urgentie aan. Wat zien we als we deze ontwikkelingen nu samen nemen, en de betreffende publicaties en gegevensbronnen expliciet bekijken met het oog op de toekomst? Hieronder zetten we dit eerst op een rij voor de drie onderdelen vraag, aanbod en werkproces. Daarna zetten we een aantal beleidsaanbevelingen (c.q. oplossingsrichtingen) op een rij die in de literatuur worden genoemd.

### TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN IN VRAAG, AANBOD EN WERKPROCES OP EEN RIJ

Als het gaat om ontwikkelingen in *zorgvraag* en *zorgaanbod* zijn diverse publicaties en bronnen van belang (o.a. van het RIVM, Prismant, het CBS en AZWinfo). Uit die publicaties en bronnen komt het beeld naar voren dat op de middellange termijn zich onder meer door de vergrijzing, de toename van chronisch zieken en comorbiditeit grote tekorten aan zorgpersoneel gaan komen. Deze dreigende tekorten vormen een grote uitdaging voor de toekomst. Zo geeft het rapport van Prismant aan dat het aantal schoolverlaters stabiel of dalend zal zijn. Dat

betekent dat niet alleen ingezet moet worden op een hogere instroom op de opleidingen in de zorg, maar ook op omscholing van andere werknemers. Uitstroom uit de zorg is een groot probleem. Daarnaast zijn knelpunten onder meer: weinig animo voor langer doorwerken en het ontbreken van een integrale HRM-aanpak gericht op het behoud van personeel. Prismant verwacht vooral in de aan de grootstedelijke regio's grenzende regio's tekorten.

Ook de meest recente *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)* van het RIVM is bezorgd over de toenemende schaarste aan zorgpersoneel. Het RIVM verwacht dat in de periode 2007-2030 er een groei van 300.000 arbeidsjaren – overeenkomend met ongeveer 450.000 personen – nodig zal zijn om aan de groei van de zorgvraag te kunnen voldoen. Dit betekent een jaarlijkse gemiddelde groei van 1,4% in de capaciteit die werkzaam zal moeten worden in de zorg- en welzijnssector; in de ouderenzorg zelfs 2,5%. In de VTV wordt ook benadrukt dat vooral de groeiende complexiteit van de zorgvraag (door comorbiditeit) de gevolgen voor de vraag naar arbeid bepaalt. Voor een deel zou dat opgevangen kunnen worden door de inzet van bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten die taken van artsen kunnen overnemen. De VTV 2010 noemt het 'dreigende personeelstekort in de zorg de grootste uitdaging voor de toekomst van de zorg'.

Eveneens een belangrijk rapport is 'Zorgen voor Zorg' van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uit 2010. Hierin wordt gesteld dat in de nabije toekomst één op de vijf werknemers in Nederland in de zorg zal moeten werken. De vraag naar personeel wordt daarbij niet alleen beïnvloed door de vraag naar zorg, maar ook door de beperkte/achterblijvende arbeidsproductiviteit in de zorg. Dit rapport geeft aan dat de schaarste op de arbeidsmarkt mede veroorzaakt wordt doordat de beroepsbevolking – door de vergrijzing – minder hard groeit dan het aantal ouderen dat een beroep doet op de zorg. Het SCP ziet echter ook dat een (nog) grotere inzet van vrouwen in de zorg onbedoeld kan leiden tot een daling van het aanbod van mantelzorg, en daarmee indirect tot een stijgende vraag naar personeel. Het werken in de zorg zal gestimuleerd moeten worden, bijvoorbeeld door de arbeidsvoorwaarden te verbeteren en door allochtone jongeren en vrouwen aan te trekken. In overeenstemming met de andere publicaties geeft het SCP het cruciale belang aan om een jonge generatie werknemers voor de zorg te binden die zich 'thuis moet voelen' in de sector.

Ook het rapport 'Zorg voor mensen, mensen voor de zorg' van het Zorginnovatieplatform stelt dat in 2025 er een tekort van 450.000 zorgwerknemers zal zijn door een groeiende vraag naar zorg en een afname van het aantal arbeidskrachten; een bevestiging van trends die in de voor-

noemde rapporten ook zijn beschreven. De groei in zorgvraag ontleent zij aan de prognoses van het RIVM in 'ziekten van de oude dag', zoals hartfalen, dementie en beroerte. Dit gaat gepaard met een groeiend aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen. De daling van het arbeidsaanbod kan volgens dit rapport samengevat worden in: (1) ontgroening (er komen minder jongeren op de arbeidsmarkt); en (2) de vergrijzing, waardoor er meer oudere werknemers uitstromen. Interessant in dit verband is dat in de recente Arbeidsmarktbrief van de minister en staatssecretaris van VWS (11 oktober 2011) beide bewindslieden aangeven op meerdere fronten de zorginstellingen daarbij te willen ondersteunen. Belangrijk onderdeel van het beleid van VWS is om de komende jaren het gezamenlijke regionale arbeidsmarktbeleid (ook financieel) te ondersteunen en te stimuleren dat in iedere regio zorginstellingen meer strategisch arbeidsmarktbeleid gaan voeren, meer mensen gaan werven en opleiden voor de zorg en duurzaam in gaan zetten.

Tevens bevatten diverse van de bestudeerde kernpublicaties relevante gegevens over ontwikkelingen in het werkproces, bijvoorbeeld met betrekking tot specialisatie en taakherschikking.

Voorbeelden daarvan zijn taakherschikkingen tussen de specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) en de verpleegkundig specialist of hbo-verpleegkundige in de ouderenzorg, tussen huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, tussen medisch specialist en verpleegkundig specialist op de polikliniek, tussen arts verstandelijk gehandicapt en verpleegkundig specialist en tussen GGD-arts en sociaal-verpleegkundige.

#### BELEIDSAANBEVELINGEN MET MOGELIJKE CONSEQUENTIES VOOR DE BEROEPSPROFIELEN

Aan het eind van dit rapport zetten we op basis van de bestudeerde literatuur een aantal beleidsaanbevelingen op een rij. Daarbij beperken we ons, gezien de aanleiding en achtergrond van dit rapport tot aanbevelingen die consequenties kunnen hebben voor de herziening van de beroepsprofielen.

Relatief veel aanbevelingen die in de literatuur worden genoemd, vallen onder de categorie *het aantrekkelijker maken van opleidingen en werk in de verpleging en verzorging*. Het vergroten van de aantrekkelijkheid van opleiding en werk is belangrijk voor de (toekomstige) professionals zelf, maar ook om te anticiperen op de toenemende schaarste aan zorgpersoneel.

Een eerste aanbeveling in deze categorie is het *creëren van een goede aansluiting tussen enerzijds functies in de praktijk en anderzijds de beroepen*

waar zorgprofessionals voor zijn opgeleid. Door in beleid en praktijk een duidelijk onderscheid te maken tussen functies van mbo- en hbo-opgeleide zorgverleners komen heldere carrièrepaden in beeld, wat het werken in de zorg aantrekkelijker maakt. Momenteel doen bijvoorbeeld verpleegkundigen op niveau 4 en niveau 5 vaak hetzelfde werk, omdat er in de praktijk weinig of geen onderscheid wordt gemaakt naar opleidingsniveau. Dit kan leiden tot een gebrek aan uitdaging in het werk, één van de belangrijkste redenen voor verpleegkundigen om te vertrekken uit de zorg. De diverse functies die passen bij de diverse niveaus, lopend van niveau 1 en 2 van de zorghulpen en helpenden tot het masterniveau van de verpleegkundig specialist, zouden meer inzichtelijk moeten worden gemaakt. Zorginstellingen dienen er daarbij voor te zorgen dat iedere werknemer een functie krijgt die past bij zijn of haar opleiding(sniveau).

Een tweede aanbeveling die uit de bestudeerde literatuur naar voren komt betreft het *creëren van meer loopbaanmogelijkheden*. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden zelf loopbaanmogelijkheden een heel belangrijke voorwaarde voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg, maar slechts ongeveer een derde is tevreden over de eigen loopbaanmogelijkheden. Bij loopbaanmogelijkheden kan onder meer gedacht worden aan mogelijkheden voor (verticale) doorstroom naar hogere functies, maar ook aan (horizontale) functiedifferentiatie waarbij men zich specialiseert in het werken met een bepaalde patiëntengroep. Tevens worden loopbaanmogelijkheden verruimd en het doorstromen van mbo- naar hbo-opleidingen wordt gefaciliteerd.

Het vorige punt brengt ons bij een derde aanbeveling, namelijk het *bieden van goede initiële opleidingen en stagebegeleiding*. Veel gesignaleerde problemen betreffen een weinig flexibele overgang vanuit het mbo-onderwijs naar het hbo en uitval en vertraging in de hbo-propedeuse. Onder meer het Zorginnovatieplatform wijst erop dat de verdere ontwikkeling van doorlopende leerlijnen van vmbo naar mbo en van mbo naar hbo gewenst is. Een betere aansluiting van de leertrajecten moet voortijdige uitval in het onderwijs en uit de zorgsector reduceren. In verschillende regio's werken hogescholen en de ROC's inmiddels aan een betere doorstroom en aansluiting van mbo naar hbo.

Daarnaast pleit de RVZ voor competentiegericht leren, waarbij in het geheel van competenties de nadruk ligt op kennis, vaardigheden en professioneel gedrag die nodig zijn voor bijvoorbeeld het toepassen van technologische innovaties (zoals het werken met e-health-tools, domotica en technologie voor 'zorg op afstand') en multidisciplinaire samenwerking.

Uit onder meer de hoek van de hogescholen wordt er daarnaast op gewezen dat er in de opleidingen expliciete aandacht moet zijn voor de groeiende groep ouderen. Een groot probleem is het gebrek aan interesse in en kennis over zorgbehoevende ouderen bij studenten verpleegkunde. Schuurmans e.a. pleiten daarom voor goede lesmaterialen op dit gebied en voor gemotiveerde en deskundige rolmodellen binnen de opleidingen en op stageplaatsen. Zowel kwaliteit als kwantiteit van stages is een belangrijke succesfactor.

Tevens wordt aanbevolen om te investeren in *vervolgopleidingen en bij- en nascholing*. Onder andere de RVZ geeft aan dat het systeem van bij- en nascholing minder vrijblijvend moet worden. Het moet een krachtig instrument worden om de beroepen continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. Beroepsbeoefenaren kunnen door vervolgoopleidingen en bij- en nascholingen nieuwe kennis en vaardigheden ontplooien en op de hoogte worden gesteld van innovaties in de zorg. Daarbij is ook speciale aandacht nodig voor beroepen die niet onder de Wet BIG vallen, zoals verzorgenden en helpenden, en waarbij het aanbod aan vervolgoopleidingen en bij- en nascholingen geringer is dan bij verpleegkundigen.

Verder wordt in verschillende van de bestudeerde publicaties het belang van *meer professionele verantwoordelijkheid* genoemd; dat is vooral voor de hoger opgeleide professionals belangrijk voor de aantrekkelijkheid van het beroep. Het feit dat Buurtzorg Nederland – die uitsluitend met zelfsturende teams werkt – onlangs tot werkgever van het jaar is gekozen, is illustratief. Mede in het kader van het toekennen en invullen van professionele verantwoordelijkheid is het van belang dat werkgevers het verschil tussen mbo- en hbo-opgeleid zorgpersoneel expliciteren en benutten. Bijvoorbeeld door onderscheid te maken naar taken en taakverantwoordelijkheid, en door bepaalde handelingen voor te behouden aan hbo'ers.

Daarnaast is er een categorie aanbevelingen die te maken heeft met efficiënter werken binnen een context van een groeiende zorgvraag en oplopende personeelstekorten.

Hieronder valt de aanbeveling om vaker gebruik te maken van *technologische innovaties*. Verschillende publicaties en beleidsdocumenten wijzen op de noodzaak tot innoveren teneinde de personele schaarste enigszins op te vangen en kosten te reduceren. Wetenschappelijke vooruitgang en nieuwe technologie moeten het faciliteren om zonder kwaliteitsverlies taken van bijvoorbeeld artsen naar verpleegkundigen te verschuiven. Voor professionals binnen het veld van de verpleging en verzorging zijn het kunnen toepassen van nieuwe technologie, en het daarbij kunnen samenwerken met collega's en andere disciplines

belangrijk. Uit onderzoek van het NIVEL is bekend dat verpleegkundigen en verzorgenden openstaan voor nieuwe technologie, mits die in hun perceptie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Kostenefficiëntie alleen is voor hen geen reden om nieuwe technologie toe te passen. Meer aandacht voor efficiëntie betekent ook een *groeïende noodzaak tot samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, zo veel mogelijk in 'de buurt' van de zorgvrager*. De RVZ bijvoorbeeld pleit voor zorgnetwerken, waarin verschillende zorgprofessionals samenwerken, onderling en met hun patiënten, om integrale zorg te kunnen bieden. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan gezondheidscentra in wijken of buurten, van waaruit de coördinatie van zorg voor chronische ziekten plaatsvindt en waarbinnen ook poliklinische voorzieningen zijn geïntegreerd.

In een recente beleidsbrief geven ook minister Schippers en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten aan dat integrale zorg en samenwerking tussen professionals in de buurt van de zorgvrager van groot belang is: het zou een onnodig beroep op zorg of op te zware vormen van zorg kunnen reduceren. Integrale lokale samenwerkingsverbanden zouden daarnaast ook leiden tot betere dienstverlening en eerdere signalering van problemen bij zorgvragers.

Ten slotte wordt in diverse publicaties en beleidsdocumenten gewezen op de noodzaak van een *heroriëntatie op de aard van de zorg*. Binnen deze categorie vallen de volgende aanbevelingen.

Er moet *meer aandacht komen voor preventie en bevorderen van een gezonde leefstijl*. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch ziekten maakt preventieve taken van verpleegkundigen en verzorgenden steeds belangrijker. De aandacht voor preventie is echter momenteel in de verpleging en verzorging nog beperkt. Toch biedt preventie mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Zorgprofessionals kunnen mensen motiveren zich gezond te gedragen door te werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en door gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving.

Ook wordt *aanbevolen om meer aandacht te hebben voor het bevorderen van zelfmanagement* van patiënten. Ondersteuning van zelfmanagement is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg binnen de programmatische aanpak van chronische ziekten die de Nederlandse overheid voorstaat. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn echter van oudsher gewend om zich vooral te richten op wat mensen niet kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe nog weinig aandacht in de zorg, vanuit de traditionele sterke gerichtheid



op behandeling en op het overnemen van zorgtaken. Deze heroriëntatie op de aard van de zorg, vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven. Ook patiëntenorganisaties zijn in toenemende mate actief in het aanbieden van instrumenten voor zelfmanagement, bijvoorbeeld in de vorm van e-health-tools. Zelfmanagement impliceert dat patiënten de regie voeren over hun leven met de ziekte en de behandeling daarvan.

Daarbij valt op dat in de bestudeerde publicaties nog weinig aandacht wordt gegeven aan de vraag of en zo ja, op welke wijze zelfmanagement ingevuld kan worden bij de meest kwetsbare groepen zorgvragers, zoals mensen met dementie, hoogbejaarden (85+) met veel complexe problemen, zorgvragers die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Individuele vaardigheden voor zelfmanagement zullen bij deze mensen vaak zeer beperkt zijn, maar zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk ingevuld worden.

De bestudeerde literatuur geeft ook geen specifieke en gedetailleerde weergave van de benodigde competenties van verpleegkundigen en verzorgenden voor het uitvoeren van hun preventieve taken, leefstijlbetereiding en zelfmanagementondersteuning. Wel wordt bijvoorbeeld door de RVZ in dit kader gewezen op het belang van agogische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden, ook al hoeft niet elke beroepsgroep binnen de verpleging en verzorging daarover in gelijke mate te beschikken. Wel stelt de RVZ dat deze vaardigheden aanwezig moeten zijn binnen een team, zodat aan de behoeften van de groeiende groep zorgvragers kan worden voldaan.

#### TOT SLOT

In dit rapport is bestaande informatie gesynthetiseerd uit Nederlandse documenten en gegevensbronnen. De meerwaarde van de gepresenteerde kennissynthese is dat op basis van bestaande informatie over trends in de zorgvraag en het zorgaanbod de consequenties daarvan voor de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging in kaart zijn gebracht. Het rapport besteedt geen aandacht aan ontwikkelingen in andere landen en hoe die zich verhouden tot ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en werkprocessen in Nederland. Parallel aan deze studie is echter een internationale literatuurstudie uitgevoerd naar de rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging in internationaal perspectief. Beide rapporten verdienen dan ook in samenhang te worden gelezen. Uit het internationale rapport blijkt dat ook andere westerse landen geconfronteerd worden met



een toenemende zorgvraag en oplopende tekorten aan zorgpersoneel. Overal zijn beleidspartijen bezig om op deze ontwikkelingen te anticiperen. Opvallend is de algemene tendens om een bachelorsopleiding (hbo-niveau) als minimum te zien voor een verpleegkundige, om zo de complexere zorgvragen te kunnen beantwoorden. Ook is er overal een toename aan meer specialistische verpleegkundige functies. Maar tevens ziet men in dat de verpleegondersteunende professionals – in Nederlandse termen de verzorgenden en helpenden – ook in de toekomst zeer belangrijk zijn om zorg te kunnen bieden aan de groeiende groepen zorgvragers.

**Het volledige NIVEL-rapport kunt u downloaden op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).**

# Bijlage 8 Samenvatting achtergrondstudie 2 uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&V 2020

**Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal  
perspectief**  
Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroeps-  
beoefenaren in de verpleging en verzorging

*Auteurs:*

*Dr. P. Mistiaen*

*Drs. M. Kroezen*

*Dr. M. Triemstra*

*Prof. dr. A.L. Francke*

## **Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief**

### **SAMENVATTING**

De Nederlandse samenleving veroudert en hiermee neemt in de toekomst het aantal ouderen met een complexere zorgvraag toe. Aan de andere kant staat de Nederlandse gezondheidszorg voor de uitdaging om de zorg betaalbaar te houden. In dit kader is de organisatie en hervorming van de verpleging/verzorging van belang en dienen de beroepsprofielen herzien te worden. Mogelijk kunnen ervaringen en tendensen in andere westerse landen hierbij behulpzaam zijn. Daarom is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de rollen en posities van verpleegkundige en verzorgende beroepen in vijf andere landen: België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika en Canada. De documenten werden verzameld via zoekacties in literatuurdatabases en op het internet.

De voornaamste bevindingen zijn:

- Definities van verplegen verschillen van land tot land en verzorging wordt meestal als onderdeel van verpleging beschouwd.
- In alle geselecteerde landen kan de nursing workforce onderscheiden worden in drie categorieën: basisverpleegkundigen, meer gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegondersteunende krachten.

- In alle geselecteerde landen zijn er meerdere opleidingswegen en -niveaus die leiden tot de functie van (basis)verpleegkundige. Meestal betreft het een variant op mbo- en een variant op hbo-niveau.
- In alle geselecteerde landen is er een grote diversiteit, en hiermee gepaard gaand ook onduidelijkheid, aan namen, functies, titels, opleidingen en reguleringen van de nursing workforce.
- Er is een tendens om verpleegkundigen in de toekomst alleen nog op hbo-niveau op te leiden.
- Voorbehouden handelingen zijn te onderscheiden in handelingen die van medici naar verpleegkundigen worden gedelegeerd en in handelingen die van verpleegkundigen naar niet-verpleegkundigen worden gedelegeerd. Ieder land heeft hierin een geheel eigen weg gevonden om dit te reguleren/reglementeren.

## Conclusies, discussie en aanbevelingen

### CONCLUSIES

Voor dit onderzoek waren vijf vragen geformuleerd:

- 1 Welke definities van verplegen/verpleging en verzorgen/verzorging worden in de beroepsprofielen of andere publicaties van beroepsorganisaties of overheidsorganen in de geselecteerde landen gehanteerd?
  - a Welke specifieke beroepen zijn er binnen de verpleging en verzorging in de geselecteerde landen?
  - b Welke soorten opleidingen/opleidingsniveaus gelden voor die specifieke beroepen?
  - c Welke professionele rollen behoren bij die specifieke beroepen en in welke mate is daarbij sprake van professionele autonomie?
- 2 Hoeveel beroepsbeoefenaren zijn er werkzaam binnen de verpleging en verzorging en hoe verhouden die aantallen zich tot de aantallen artsen in de geselecteerde landen?
- 3 Welke beroepsbeoefenaren binnen de verpleging en verzorging met welke opleidingsniveaus zijn bevoegd om bepaalde voorbehouden handelingen in de geselecteerde landen uit te voeren? En wat zijn de beleidsmatige overwegingen of aanleidingen geweest om bepaalde voorbehouden handelingen aan die beroepsbeoefenaren toe te kennen?
- 4 In welke mate hebben die beroepsbeoefenaren zich georganiseerd en bij welk soort beroeps- of belangenorganisaties?
- 5 Wat is er bekend over het effect van de inzet van anders samengestelde verpleegkundige/verzorgende bezettingen (bijv. meer personeel per patiënt, meer hoger gekwalificeerd personeel)?

In hoofdstuk 2 van de studie bleek dat er overeenkomsten zijn tussen landen in de gebruikte definities en omschrijvingen van verpleegkunde en verpleegkundigen. Bijvoorbeeld: verplegen houdt zowel bevordering van gezondheid, preventie van ziekte als behandeling en verzorging van ziektegerelateerde gevolgen/problemen in. Maar er zijn ook verschillen: het is bijvoorbeeld opvallend dat de 'autonomie' van de verpleegkundige wel voorkomt in de definitie van de ICN en Canada, terwijl de definitie van België veel klemtoon legt op ondersteuning van het medisch handelen en dat in sommige landen de 'community' wel als doelgroep vermeld staat en in andere niet. Opvallend is ook dat de definities gaan over nursing en niet over caring, wat er op wijst dat het onderscheid tussen verpleging en verzorging in de geselecteerde landen minder wordt gemaakt dan in Nederland. Definities van verplegen en functieomschrijvingen van verpleegkundigen lopen in elkaar over. In hoofdstuk 3 van de studie bleek dat in alle besproken landen grosso modo drie categorieën professionals in de verpleging en verzorging te onderscheiden zijn: de 'basisverpleegkundigen', de 'meer gespecialiseerde' verpleegkundigen en de 'verpleegondersteunende' beroepen. Binnen elk van deze categorieën bestaat er in elk land weer een (grote) diversiteit aan functiebenamingen, kwalificatieniveaus en opleidingsroutes. Het onderscheid tussen beroepen en functies is niet helder te maken. Wat de basisverpleegkundigen betreft, is het in alle geselecteerde landen (nog) zo dat er zowel een 'mbo-achtige' als een 'hbo-achtige' opleidingsvariant bestaat, die beide leiden tot eenzelfde titel en eenzelfde soort functie. Het percentage mensen dat een initiële hbo-bachelorsopleiding volgt tot verpleegkundige varieert van circa 1% in Duitsland, 20% in het Verenigd Koninkrijk, 25% in Canada, 34% in de VS tot 56% in België. Overal is een verschuiving te constateren om de opleiding tot basisverpleegkundige nog uitsluitend op hbo-niveau te organiseren.

Wat de meer gespecialiseerde verpleegkundigen betreft, zien we een grote diversiteit, binnen en tussen landen, aan soorten specialisaties, aan naamgevingen, aan het niveau waarop opleidingen worden aangeboden (binnen initiële of na initiële opleidingen, op mbo-, hbo- en universitair niveau), aan de duur van de opleidingen en hoe die wettelijk verankerd worden. Wat al die gespecialiseerde verpleegkundigen uiteindelijk kunnen en doen, valt nauwelijks te vergelijken, noch binnen het betreffende land als tussen landen, maar het is wel duidelijk dat ze meer competenties en bevoegdheden hebben dan de basisverpleegkundigen. Een gemeenschappelijkheid in de functies van meer gespecialiseerde verpleegkundigen is ook wel dat ze in meerdere of mindere mate taken van medici (zelfstandig) overnemen. Wat de

verpleegondersteunende beroepen betreft, is de diversiteit welhaast nog groter dan bij de twee voorgaande categorieën. Wat ze mogen doen en in hoeverre ze zelfstandig verpleegkundige activiteiten mogen uitvoeren, kan erg per regio en land verschillen, zelfs per zorginstelling. Voor alle categorieën geldt dat het verzamelde materiaal overzicht biedt van naamgevingen, opleidingswegen en wat de diverse functionarissen aan competenties in huis zouden moeten hebben, maar de informatie over wat ze in de praktijk feitelijk doen en hoe de praktijk georganiseerd is en hoe er samengewerkt wordt, is zeer schaars. Hiervoor zou informatie verzameld moeten worden op het niveau van functiebeschrijvingen in afzonderlijke zorginstellingen. Opvallend is dat het beroep van verzorgende, zoals het in Nederland bekend is als een zelfstandige identiteit, eigenlijk niet is aangetroffen in de literatuur uit andere landen. Daar zijn de verzorgende functies onderdeel van de verpleging en hebben de functionarissen geen of weinig zelfstandige bevoegdheid. Ondanks alle diversiteit, zijn er ‘overall’ toch een paar opmerkelijke gemeenschappelijke tendensen:

- Verpleegkundige basisopleidingen worden naar het bachelorsniveau getrokken, mede om het beroep aantrekkelijker te maken en om beter het hoofd te kunnen bieden aan de toenemende mate van complexiteit van de zorg.
- Er komen meer en meer verpleegkundige specialisaties, die in toenemende mate op universitair (master/doctor) niveau worden georganiseerd.
- Er wordt in toenemende mate beroep gedaan op verpleegondersteunende beroepen.
- Er ontstaan nieuwe beroepen in de zorg, zowel aan de bovenkant (bijv. physician assistant) als aan de onderkant van het zorgspectrum (bijv. zorgkundige in België).
- Er vindt overheveling plaats van medische taken naar de meer gespecialiseerde en basisverpleegkundigen en er vindt overheveling plaats van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen.
- Er is geen eenduidigheid welke competenties een (basis-, meer gespecialiseerde of ondersteunende) verpleegkundige moet hebben en hoe die competenties het best beschreven en geordend kunnen worden.
- Alle landen maken zich zorgen over het toenemend aantal ouderen en inherent daaraan de toenemende zorgvraag in de toekomst en hoe daaraan kwantitatief en kwalitatief het hoofd geboden moet worden. Hervormingen en herschikking van opleidingen en functies in de gezondheidszorg zijn dan ook overal aan de orde van de

dag. Hoe die precies vorm worden gegeven, is afhankelijk van de historie en het politieke beleidsklimaat in elk land.

- Diverse publicaties wijzen erop dat het voor de individuele burgers/zorgvragers haast onmogelijk is inzicht te hebben in het scala aan zorgverleners waarmee ze te maken hebben en wat ze ervan kunnen verwachten.

In hoofdstuk 4 van de studie kwam het aantal verpleegkundigen en artsen aan bod. De statistieken laten soms grote verschillen zien tussen landen, binnen een land en tussen verschillende jaren, afhankelijk van de geraadpleegde bron. De verschillen kunnen te maken hebben met werkelijke verschillen tussen het aantal zorgverleners per land, maar kunnen evengoed te maken hebben met definitieverschillen, methodeverschillen en met fouten in de cijfers. Van de verpleegondersteunende beroepen ontbreken meestal data.

Voorbehouden handelingen waren het onderwerp van hoofdstuk 5 van de studie. Er is onderscheid gemaakt tussen ‘voorbehouden’ handelingen die tot het medisch terrein behoren, maar door (meer gespecialiseerde) verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd en ‘voorbehouden’ verpleegkundige handelingen die tot het verpleegkundig terrein horen, maar door niet-verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd. Wat die voorbehouden handelingen precies zijn, verschilt van land tot land en ook binnen een land. Verder zijn er verschillen in indeling en de manier waarop de delegatie (wettelijk) geregeld is, bijvoorbeeld over mate van zelfstandigheid of de wijze van toezicht en controle. De regelingen zijn soms op nationaal, soms op lokaal of regionaal niveau. Ook de instanties die regelingen uitgeven, kunnen verschillen: bijvoorbeeld ministeriële instanties of beroepsverenigingen.

In hoofdstuk 6 van de studie is besproken hoe de V&V-beroepsgroepen in de verschillende landen zijn georganiseerd. Overal is er een scala aan organisaties waarin verpleegkundigen en verzorgenden georganiseerd zijn. Veelal betreft het verenigingen georganiseerd rondom bepaalde specialisaties, die op hun beurt deel uitmaken van een (nationale of regionale) koepelorganisatie. De koepelorganisaties behartigen (politieke) belangen, vertegenwoordigen de beroepsgroep naar buiten, ontwikkelen initiatieven voor kwaliteitsbevordering en maken richtlijnen voor de beroepsuitoefening. Daarnaast zijn er in de meeste landen ook speciale regulerende organisaties, die zich richten op eindkwalificaties, registraties en licenties. Deze regulerende gremia kunnen zowel nationaal als regionaal opereren. Uit het verzamelde materiaal is niet duidelijk geworden hoeveel mensen uit de V&V-beroepsgroepen

lid zijn van de organisaties, noch in welke mate die beroepsverenigingen werkelijk invloed uitoefenen.

Hoofdstuk 7 van de studie laat de tendensen en hervormingen in de zorg in de geselecteerde landen zien. Overal speelt de problematiek van een toenemende zorgvraag, zowel kwantitatief als kwalitatief, door de groter wordende groep ouderen met chronische ziektes en complexe zorgvragen. Overal verwacht men een tekort aan zorgverleners (zowel kwantitatief als kwalitatief) die deze toenemende zorgvraag moeten beantwoorden. Een van de oplossingen die in meerdere landen wordt aangedragen, is het verhogen van het opleidingsniveau van verpleegkundigen naar minimaal het bachelorsniveau. Dit kan zowel rekenen op steun als op kritiek. Bovendien wordt in meerdere landen verwacht dat er een onvoldoende aantal gekwalificeerde opleiders zal zijn om die bachelors te kunnen opleiden. Verder wordt ervoor gepleit om meer duidelijkheid te verschaffen in de vele beroepen, rollen en namen van functionarissen in het V&V-werkveld. Ook komt naar voren dat er meer aandacht moet zijn voor de opleiding en regulering van de verpleegondersteunende beroepen, omdat die in de toekomst alleen nog maar meer nodig zullen zijn om de groter wordende zorgvraag te beantwoorden. Er wordt een toenemend belang verwacht van eerstelijnszorg en public health en de verpleegkundigen zouden hierin een belangrijke (coördinerende) rol kunnen hebben.

In hoofdstuk 8 van de studie is een aantal eerdere internationaal vergelijkende studies besproken. Deze bevestigen het beeld van de grote diversiteit in het verpleegkundige/verzorgende werkveld en de internationale tendens naar een 'all-bachelors'-niveau voor verpleegkundigen.

Hoofdstuk 9 van de studie geeft een twintigtal literatuurstudies naar het effect van anders samengestelde verpleegkundige/verzorgende bezettingen (bijv. meer verpleegkundigen en/of meer/hoger gekwalificeerde mensen) weer. De reviews laten over het algemeen zien dat er in afzonderlijke primaire studies aanwijzingen zijn dat kenmerken van een 'betere' (in de zin van meer en/of hoger opgeleide) personele verpleegkundige bezetting geassocieerd zijn met betere patiëntenuitkomsten, maar wanneer de geïncludeerde studies samen worden bekeken, is er geen sterk ondersteunende evidentie over de relatie tussen kenmerken van verpleegkundige bezetting met uitkomsten bij patiënten, verpleegkundigen of organisaties. Dit heeft te maken met de onduidelijkheid in begrippen, de complexiteit van de relaties en de suboptimale researchdesigns en -methoden. De overall-bevinding van 'no evidence of effect' wil dus niet zeggen dat die relaties er niet zijn, maar dat vooralsnog de evidentie beperkt is. Goed opgezet ver-

volgonderzoek is nodig om meer zicht te krijgen op de effecten van de personele bezetting.

#### DISCUSSIE

Een rode draad door alle hoofdstukken heen is de diversiteit, en hiermee gepaard gaande onduidelijkheid, die er bestaat in het verpleegkundig werkveld. Diversiteit in namen, titels, rollen, opleidingen, competenties, functies, reguleringen, et cetera. De diversiteit speelt zowel bij de verpleegondersteunende beroepen en bij de categorie van de basisverpleegkundigen als bij de meer gespecialiseerde functies. Eenzelfde vlag kan meerdere ladingen dekken. Dit geldt zowel binnen een land als tussen landen. Hierdoor bestaat er ook onduidelijkheid over de aantallen die er zijn of nodig zijn. Bovendien blijkt dat met name van de verpleegondersteunende beroepen veelal geen statistieken bijgehouden worden. De onduidelijkheid zorgt er ook voor dat er (nog) geen conclusies getrokken kunnen worden over in hoeverre een andere samenstelling van de personele bezetting of een wettelijk vastgelegde maximale patient-nurse-ratio zoals in Californië leidt tot andere patiëntenuitkomsten.

Een andere rode draad is dat alle geselecteerde landen geconfronteerd worden met een toenemende zorgvraag in de toekomst door meer ouderen met complexere zorgproblemen waardoor men een tekort aan verpleegkundigen/verzorgenden verwacht. Overal is men (meestal een veelheid aan partijen) dan ook bezig om dit zo goed mogelijk het hoofd te bieden. Opvallend is de algemene tendens om een bachelorsopleiding als minimum te zien voor een verpleegkundige, om aldus adequaat de complexere zorgvragen te kunnen beantwoorden. Ook is er overal een toename van meer specialistische verpleegkundige functies. Maar tevens ziet men in dat de verpleegondersteunende beroepen een noodzakelijke en essentiële groep vormen om de vele patiënten/cliënten te kunnen bedienen. Hervormingen zijn overal aan de orde van de dag en deze gaan veelal gepaard met het creëren van nieuwe functies, waardoor echter de eerdergenoemde diversiteit verder dreigt toe te nemen.

Dit rapport besteedt geen aandacht aan hoe de bevindingen uit andere landen zich verhouden tot de situatie in Nederland. Hier is niet voor gekozen omdat parallel aan deze studie een kennissynthese is uitgevoerd naar de vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Beide rapporten verdienen dan ook in samenhang te worden gelezen.



## AANBEVELINGEN

In hoeverre de organisatie van het verpleegkundig werkveld en de hervormingen ervan in de verschillende landen, staten of provincies toepasbaar zijn in de Nederlandse situatie, is niet eenvoudig aan te geven. Enerzijds door de onduidelijkheid in termen en hoeverre die vergelijkbaar zijn met de Nederlandse en anderzijds omdat de huidige en toekomstige organisatie van het verpleegkundig werkveld in elk land een eigen specifieke historie en context kent. Ook wetgeving kan ervoor zorgen dat aantrekkelijke oplossingen en voorstellen uit een ander land niet zomaar naar Nederland zijn te vertalen. Bijvoorbeeld: het beroep van zorgkundige in België is daar wettelijk verankerd qua titel, maar ook qua beroepsinhoud; dat kan daar omdat België een systeem van beroepsbescherming kent. Kopiëren van dat model naar Nederland kan niet zonder meer omdat Nederland geen beroepsbescherming maar titelbescherming heeft (iedereen mag de geneeskunde of verpleegkunde beoefenen, zolang men zich maar geen arts of verpleegkundige noemt). Ideeën en oplossingen uit andere landen zullen dan ook altijd op hun juridische merites en consequenties beoordeeld moeten worden vooraleer ze vertaald kunnen worden naar de Nederlandse situatie.

Toch is er in ieder geval één klare boodschap voor de Nederlandse situatie: schep duidelijkheid.

- Maak duidelijk wat een verpleegkundige is, kan en mag.
- Maak duidelijk welk opleidingsniveau hoort bij het beroep verpleegkundige.
- Maak duidelijk onderscheid tussen beroep en functies.
- Maak duidelijk onderscheid tussen verpleegkundig specialist en gespecialiseerde functies binnen de verpleegkunde.
- Maak duidelijk wat een niet-verpleegkundige kan en mag op het terrein van de verpleegkunde.
- Maak duidelijk wat de verpleegondersteunende beroepen kunnen en mogen.
- Maak duidelijk welk opleidingsniveau hoort bij de categorie verpleegondersteunende beroepen. Deze duidelijkheid is nodig om het beroep te profileren naar andere beroepsgroepen en naar de patiënt. Dit zal ertoe bijdragen om de introzin van dit rapport ‘a nurse is not a nurse’ om te kunnen draaien naar een helder ‘a nurse IS a nurse’.

Om dit te bereiken bieden Europese richtlijnen mogelijk handvatten. Behalve de Europese Bachelors-Masters-structuur voor het hoger onderwijs, is er de Europese richtlijn aangaande beroepskwalificaties, waarin criteria zijn opgesteld waaraan een opleiding tot verpleegkun-

dige moet voldoen (onder andere tien jaar onderwijs voorafgaand aan toelating tot de opleiding en deze is een voltijdse opleiding van ten minste drie studie jaren en minimaal 4600 uren theoretisch en klinisch onderwijs, en specificeert gebieden die beheerst moeten worden). Ook is er door het Europees parlement een richtlijn uitgebracht over een Europese kwalificatiestructuur. Hierin worden acht competentieniveaus onderscheiden, en voor ieder niveau worden kennis, vaardigheden en competenties beschreven; dit raamwerk zou gebruikt kunnen worden om de verpleegkundige opleidingen en beroepen in te ordenen. Opvolgen van het Bologna-akkoord over de BaMa-structuur en van de Europese richtlijn voor beroepskwalificaties zou een stap voorwaarts kunnen betekenen in het verhelderen van het beroep van verpleegkundige in Nederland en in het vergelijkbaar maken van verpleegkundige opleidingen binnen Europa. Ook de meer gespecialiseerde verpleegkundigen en de verpleegondersteunende beroepen zouden mogelijk in die Europese kaders ingepast kunnen worden om duidelijkheid te creëren. In dit kader is het ook aan te bevelen de tendensen uit andere landen als een 'all-bachelor'-niveau voor de verpleegkundige basisopleiding, grotere inzet van verpleegkundig specialisten en een duidelijker omschrijving/afbakening van verpleegondersteunende c.q. verzorgende beroepen op hun merites te bekijken. Om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen, is het tevens van belang dat het verpleegkundig beroep aantrekkelijk(er) wordt. Duidelijkheid in het beroepsprofiel en een helder functieopbouwsysteem kunnen hierbij helpen. Ook carrièremogelijkheden scheppen in een systeem met functies die verdieping en specifieke competenties vereisen, is van belang.

De publicaties uit andere landen laten niet alleen zien dat de zorgvraag toe zal nemen, maar ook dat de aard ervan zal veranderen. Meer zorg thuis, meer zelfmanagement van patiënten, meer e-health, meer preventie. Dit zal ongetwijfeld ook in Nederland het geval zijn en betekent dat de verpleegkundige van de toekomst wellicht over andere en aanvullende competenties zal moeten beschikken. De nieuwe beroepsprofielen kunnen hier alvast rekening mee houden.

In het hoofdstuk van de studie over voorbehouden handelingen en taakdelegatie kwam naar voren dat in de meeste landen niet alleen de delegatie van medische taken naar verpleegkundigen, maar ook de delegatie van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen een belangrijk issue is. Dit is ook voor Nederland van belang in het kader van duidelijk maken wat de diverse professionals binnen de verpleging en verzorging kunnen en mogen. Bovendien levert delegatie van medische taken naar verpleegkundigen mogelijk meer werk op voor het

al krappe zorgaanbod van verpleegkundigen, terwijl delegatie van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen hier juist verlichting in kan brengen.

In de bestudeerde landen bleek dat met name over de verpleegondersteunende beroepen veel onduidelijkheid was over aantallen en wat ze mogen/kunnen doen. Er is weinig zicht op deze beroepen, omdat ze niet goed gereguleerd en geregistreerd worden. Voor Nederland valt te overwegen om op deze belangrijke categorie in het zorgaanbod wel meer zicht te krijgen, door naast het BIG-register ook een vorm van registratie voor deze functionarissen op te zetten.

Een laatste aanbeveling betreft het geconstateerde manco van ‘no evidence of effect’ in studies over een anders samengestelde V&V-personele bezetting. Een gedeeltelijke verklaring hiervoor kan zijn dat nog onvoldoende bekend is hoe en wanneer effecten van verpleegkundige/verzorgende interventies het best gemeten kunnen worden. Meer onderzoek is nodig om de uitkomsten van verpleegkundig en verzorgend handelen zichtbaar te maken aan de buitenwereld (patiënten, politiek en zorgverzekeraars). Dergelijk onderzoek kan ook een stimulans zijn om te blijven investeren in een kwalitatief en kwantitatief goed zorgaanbod.

**Het volledige NIVEL-rapport kunt u downloaden op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).**

# Bijlage 9 Historielijn van een beroepsprofiel

9

Auteur:

Drs. Ans Grotendorst

## Historielijn van een beroepsprofiel

Met het project Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (V&V 2020)<sup>[1]</sup> staan we aan de vooravond van een nieuw beroepsprofiel. Het gaat niet alleen om een formeel document, maar vooral om het verhaal dat verpleegkundigen<sup>[2]</sup> zelf willen vertellen, de bijdrage die de beroepsgroep wil leveren aan de zorg in 2020. Daarmee leggen we een sterke, gezamenlijke basis voor een nieuwe profilering. Dialoog en interactie staan centraal in het project, binnen de beroepsgroep en met vele betrokkenen daaromheen. We focussen op de toekomst, en kijken ook naar het verleden – met waardering én met kritische blik. Welke ontwikkeling heeft het verpleegkundig beroepsprofiel doorgemaakt? Wat zijn de *lessons learned*?

### HET BEGIN: DIPLOMABESCHERMING

De eerste opleidingen voor verpleegkundigen dateren van eind 19de eeuw. Deze krijgen pas in 1921 een erkende status, met het van kracht worden van de Wet tot wettelijke bescherming van het diploma ziekenverpleging. Deze wet vormt de basis voor de regelingen voor de A-opleiding (algemene ziekenhuizen) en de B-opleiding (psychiatrische ziekenhuizen), beide in 1923, en voor de Z-opleiding (verstandelijk gehandicaptenzorg) in 1978.

Begin jaren '70 ontstaat een stroomversnelling in het denken over het verpleegkundig beroep en het beroepsonderwijs. Van de hand van de Commissie Von Nordheim verschijnt een nota met aanbevelingen voor verbetering van de inservice-opleidingen. De commissie doet meteen ook het voorstel om de inservice-opleidingen te vervangen door middelbare beroepsopleidingen voor verpleegkundigen (mbo-v). In 1972 gaan er vijf experimentele mbo-v's van start, opleidend tot het beroep

van verpleegkundige. Deze vallen onder het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. In 1984 gaan de mbo-v's deel uitmaken van het middelbaar dienstverlenings- en gezondheidszorgonderwijs (3-jarige mdgo-vp) en vallen dan onder het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen.

Intussen zijn in 1972 ook hogere beroepsopleidingen tot verpleegkundige (4-jarige hbo-v) van start gegaan, en worden de inservice-opleidingen gemoderniseerd. In 1977 verschijnt de Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige, aangepast aan Europese richtlijnen van 1977.

#### VERPLEEGKUNDIG BEROEPSPROFIEL 1988

De situatie in de jaren '80 is dus, voorzichtig uitgedrukt, nogal verwarrend, zowel voor de beroepsgroep als voor de praktijk. De hbo-v, mbo-v, inservice-A, -B en -Z leiden alle op tot het beroep van verpleegkundige. Hoe kunnen deze verpleegkundigen met verschillende deskundigheden in de praktijk samenwerken? Deze vraag wordt nog prangender als in 1984 de mdgo-vp'er ten tonele verschijnt.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt gevraagd advies uit te brengen: wie mag zich 'verpleegkundige' noemen? De Vaste Commissie Verpleging van de raad buigt zich geruime tijd over deze vraag, inventariseert reacties op een eerste concept bij alle belangenorganisaties en brengt ten slotte in 1988 het Verpleegkundig Beroepsprofiel uit. De verpleegkundige wordt in dit beroepsprofiel aangeduid met de term 'eerste deskundigheidsniveau', naar analogie van de in internationaal verband gehanteerde aanduiding 'first level nurse', voor de hoogst opgeleide beroepsbeoefenaar. Het eerste deskundigheidsniveau (verpleegkundige) omvat tevens het tweede (verpleger/verpleegster en ziekenverzorgende).

Het gaat de opstellers van het profiel om twee zaken:

- 1 het vaststellen dat er sprake is van één verpleegkundig beroep;
- 2 zorginstellingen een handreiking bieden voor een werkverdeling op basis van professionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Als onderscheidend kenmerk voor de deskundigheid van de verpleegkundige geldt de diagnostiek en het bepalen van de complexiteit van de verpleegsituatie en het op basis hiervan kunnen toewijzen van een patiënt aan een verpleegkundige, dan wel een verpleegster/verpleger of ziekenverzorg(st)er. De professionalisering die het beroep al heeft doorgemaakt, zowel in de praktijk als in de wetenschap, komt in het beroepsprofiel tot uiting in het gegeven dat er sprake is van patiëntoewijzing, niet om het verdelen van taken. Die laatste vorm van

arbeidsdeling wordt als onwenselijk en achterhaald beschouwd. Ook blijkt de voortschrijdende professionalisering uit de beschrijving van verpleegproblemen en het methodisch handelen, ofwel het verpleegkundig proces. Verder gaat er aandacht uit naar de beroepshouding en de beroepsethiek. Voor beide niveaus van deskundigheid worden vervolgens de taakgebieden uitgewerkt.

### **Wat verandert er na verschijning beroepsprofiel?**

De publicatie van het beroepsprofiel maakt duidelijk wie de titel ‘verpleegkundige’ mogen voeren op alle terreinen van de zorg: degenen met een mbo-v-diploma (tot 1987 verstrekt) en een hbo-v-diploma. Wie een diploma A-, B-, of Z-verpleegkundige heeft, functioneert op het eerste deskundigheidsniveau, maar alleen in het veld waarvoor zij of hij is opgeleid. Het diploma mdgo-vp geeft recht op de titel ‘verpleger’ of ‘verpleegster’, op alle terreinen van de gezondheidszorg. Ook de ziekenverzorgenden functioneren op het tweede deskundigheidsniveau. Hoewel het beroepsprofiel wordt erkend als richtinggevend document, verandert er in de praktijk niet veel. De inservice-opleidingen blijven gewoon bestaan naast de hbo-v’s en mdgo-vp’s. De opstellers van het beroepsprofiel laten de uitwerking in functieprofielen over aan de werkgevers/de zorginstellingen en de vertaling in opleidingsprofielen aan het onderwijs. Zo zijn immers de verantwoordelijkheden verdeeld. De beschrijving van deskundigheidsniveaus blijkt weinig onderscheidend. In de praktijk en in de beroepsopleidingen kan men er niet goed mee uit de voeten, zodat er van de beoogde werkverdeling niet veel terecht komt.

### **JAREN '90: COMMISSIE WERNER, WET BIG, EXPERIMENTEN, KWALIFICATIESTRUCTUUR**

Eind jaren '80 voeren verpleegkundigen en verzorgenden actie. Zij protesteren tegen de salarisachterstand, de hoge werkdruk en het gebrek aan erkenning als gevolg van bezuinigingen in de voorafgaande jaren. Op aandringen van de Eerste Kamer wordt daarop de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie Werner) geïnstalleerd. In juni 1991 brengt de commissie haar rapport *In Hoger Beroep* uit, waarin 21 aanbevelingen staan om de positie van de beroepsgroepen te versterken en te verbeteren. Een van de aanbevelingen van dit rapport leidt in 1993 tot de oprichting van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV). Het LCVV richt zich op de ontwikkeling van de beroepen en de versterking van de invloed en positie van verpleegkundigen en verzorgenden<sup>[3]</sup>.

### Wet BIG

Inmiddels vinden volop voorbereidingen plaats voor de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Het beroep van verpleegkundige is, anders dan dat van arts, nooit beschermd geweest. De Raad Beroepen Individuele Gezondheidszorg neemt het beroepsprofiel van 1988 als leidend voor het stellen van de opleidingseisen. De raad concludeert dat ‘de eisen die aan de beroepsuitoefening worden gesteld en de aard, omvang en diepgang van de kennis en vaardigheden die daarvoor nodig zijn, een opleiding rechtvaardigen die te vergelijken is met hbo-niveau.’ Eind 1993 wordt de Wet BIG gepubliceerd in het Staatsblad en daarna gefaseerd ingevoerd, het eerst voor verpleegkundigen. ‘Verpleegkundige’ is vanaf dan een artikel 3-beroep, met titelbescherming. Eind 1997 wordt de invoering afgerond met de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen en tuchtrecht.

### Experimenten

In dezelfde periode (1991-1995) vinden in het onderwijs in zes regio’s experimenten plaats, met de opdracht een samenhangend stelsel van opleidingen te ontwerpen voor de verplegende, verzorgende en helpende/assisterende beroepen. In de eindrapportage *Het Lopend Vuur* (1995) is zowel sprake van beroepen als van functieniveaus: verpleegkundig beroepsbeoefenaar (eerste functieniveau), verpleegkundig naast verzorgend beroepsbeoefenaar (tweede functieniveau), assistierend/helpend beroepsbeoefenaar (derde functieniveau). Het begrip ‘deskundigheidsniveau’ is verlaten, daarvoor in de plaats is ‘functieniveau’ gekomen, waarmee men een betere aansluiting wil bevorderen tussen de beroepen en functies in de zorginstellingen.

### Commissie Kwalificatiestructuur; niveau 4/5

De experimenten leveren de input waarmee in 1995 de Commissie Kwalificatiestructuur aan de slag gaat. Aan tafel zitten de sociale partners (werkgeversorganisaties en vakbonden) en vertegenwoordigers van onderwijsorganisaties (inservice, mbo en hbo). Het LCVV levert een waarnemer. Een krachtige beroepsorganisatie zoals we die tegenwoordig kennen (V&VN), is er op dat moment nog niet. De zojuist van kracht geworden Wet Educatie en Beroepsonderwijs (WEB) blijkt dominant te zijn in de ordening van beroepskwalificaties<sup>[4]</sup> die de commissie kiest – een ordening die op het moment van totstandkoming van de WEB in feite al is verouderd<sup>[5][6]</sup>. In het rapport *Gekwalificeerd voor de Toekomst* (1996) legt de commissie het besluit vast dat verpleegkundigen op twee kwalificatieniveaus kunnen afstuderen: niveau 4 (mbo) en niveau 5 (hbo). Beide groepen afgestudeerden

kunnen zich registreren als verpleegkundige artikel 3 Wet BIG. Bij verpleegkundigen op kwalificatieniveau 4 ligt het zwaartepunt op de uitvoering van de directe zorgverlening. Verpleegkundigen ‘op niveau 5’ verrichten eveneens handelingen in het primaire verpleegkundige proces, zijn daarnaast in staat complexere problematiek te behandelen, een zorginhoudelijke regiefunctie te vervullen, consulten te vervullen, een voorbeeldfunctie te vervullen en voorwaarden te scheppen voor de verbetering van de beroepsuitoefening. Het lijkt of de deskundigheidsniveaus terug zijn – deze keer beide voorzien van de titel ‘verpleegkundige’. De Wet BIG maakt geen onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. Wat verpleegkundige bekwaamheden betreft, zijn zij voor de wet gelijk.

#### VERPLEEGKUNDIG BEROEPSPROFIEL 1999

In 1999 ziet een nieuw verpleegkundig beroepsprofiel het licht. Het rapport *Gekwalificeerd voor de Toekomst* vormt van dit beroepsprofiel een belangrijke bouwsteen. De opstellers beschrijven de gemeenschappelijke kern van de beroepsuitoefening, die van toepassing is op alle werkvelden. In het profiel wordt afscheid genomen van de deskundigheidsniveaus. Verpleger, verpleegster en ziekenverzorgende vallen niet meer onder de reikwijdte van het beroepsprofiel van 1999. Het gaat om één ongedeelde beroepsprofiel van de verpleegkundige,

*‘waarbij recht wordt gedaan aan de veelvormigheid in de praktijk. Om die reden is bij de beschrijving van competenties gekozen voor een brede insteek. De competenties zijn in een breed spectrum beschreven.’*

In de beschrijving van de beroepsuitoefening worden de criteria overgenomen die ten grondslag liggen aan de indeling in kwalificatieniveaus: verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer. De niveau 4/5-kwestie wordt in het profiel geheel in het midden gelaten, terwijl op dat moment een heldere positionering de beroepsgroep zeer behulpzaam zou zijn geweest. Ook in dit beroepsprofiel worden taakgebieden uitgewerkt, onderverdeeld in zorgvragergebonden en voorwaardenscheppende taken.

#### **Wat verandert er na verschijning beroepsprofiel?**

Na verschijning van het beroepsprofiel verandert er... weinig. De kwalificatiestructuur die vanaf 1997 wordt ingevoerd, is allesoverheersend. Het mbo ontwikkelt de inhouden conform de deelkwalificaties, het hbo aanvankelijk ook. In de praktijk verschijnen vanaf begin van deze eeuw ‘niveau 4 en niveau 5’. De tweedeling roept enorm veel vragen op. Zorginstellingen vinden het lastig om de kwalificatieniveaus 4



en 5 te positioneren ten opzichte van bestaande functies. Vaak komt het erop neer dat verpleegkundigen van beide niveaus in vergelijkbare functies worden ingezet. Daarbij stelt men óf te hoge eisen (aan mbo'ers) óf men maakt te weinig aanspraak op de competenties die de verpleegkundige bezit (hbo'er).

#### JAREN '00: HBO-ROLLEN, VBOC, V&V 2020

De hbo-v's kiezen een eigen weg in 2001 en markeren dat moment met de publicatie van *Met het oog op de toekomst*<sup>[7]</sup>. Daarin zijn de competenties van de hbo'er beschreven, geordend in vijf rollen: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Deze ordening vindt in de loop der jaren heel geleidelijk zijn weg naar de beroepspraktijk.

#### VBOC: ARTIKEL 3 EN 14

Het beroep meandert gewoon verder door de tijd. In 2006 verschijnt het rapport *Verpleegkundige toekomst in goede banen*, onder aanvoering van het VBOC (Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm) en de AVVV, voorloper van de V&VN. De nieuwe beroepsstructuur die wordt voorgesteld en op brede instemming kan rekenen, gaat uit van een verticale tweedeling in het verpleegkundig beroep: de verpleegkundige, artikel 3 Wet BIG en de verpleegkundig specialist, artikel 14 Wet BIG. Ook de verpleegkundigen die na hun beroepsopleiding een functiegerichte vervolgopleiding hebben gedaan zijn en blijven verpleegkundigen artikel 3 – met vermelding van hun specifieke deskundigheidsgebied.

#### VERPLEEGKUNDIGEN & VERZORGENDEN 2020

Terug naar de vragen die we aan het begin van dit artikel stelden. Opvallend is hoezeer de ontwikkeling van het beroep(sprofiel) van verpleegkundige verweven is met die van de beroepsopleidingen. De twee beroepsprofielen die we tot op heden kennen (1988,1999) zijn beide voor een belangrijk deel een reactie op veranderingen in de inhoud en structuur van het onderwijs. De professionalisering van het beroep is sterk gestimuleerd door het verpleegkundig onderwijs (en de wetenschap). Dat is positief, het heeft echter ook het dilemma opgeleverd waar we ons tot de dag van vandaag het hoofd over breken: één ongedeelde beroep (beroepsprofiel), één beschermde titel met dezelfde bekwaamheidseisen (Wet BIG), twee kwalificatieniveaus.

Hoe onmisbaar sociale partners en onderwijsorganisaties ook zijn: een beroep komt niet tot stand aan een onderhandelingstafel, niet in een functiegebouw, niet in een curriculum. Dat kan alleen wanneer een krachtige, toonaangevende beroepsorganisatie de koers mede bepaalt.

Het ontbreken van zo'n beroepsorganisatie is in de historielijn zichtbaar en voelbaar.

#### AGENDASETTING VOOR DE KOMENDE 10 JAAR

De tijden zijn veranderd. Er is een krachtige beroepsorganisatie. Met V&V 2020 reageren we niet op het verleden, maar anticiperen we op de toekomst. We zijn volop in gesprek, binnen en buiten de beroepsgroep. Het profiel zal niet alleen een beschrijving bevatten van de verpleegkundige anno 2020, maar ook een agendasetting: de beschrijving van de weg daar naartoe.

Vast staat al wel dat bij de beschrijving van de verpleegkundige 2020 gebruik wordt gemaakt van de ordening in rollen, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Deze ordening met daarin zeven beroepsrollen wordt wereldwijd al gebruikt als standaard voor de opleiding van medisch specialisten. Ook de verpleegkundig specialisten hebben gekozen voor deze systematiek, waarmee zij aansluiten bij het medisch opleidingscontinuüm (eis van de minister van VWS).

Voor de beschrijving van de bekwaamheid van de verpleegkundige zoeken we aansluiting bij het Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren (European Qualifications Framework for Life Long Learning, afgekort EQF). Alle Europese lidstaten hebben dit in 2008 onderschreven. Om een goede koppeling van de Nederlandse situatie met het EQF mogelijk te maken<sup>[8]</sup>, is een nationaal kwalificatiekader ontwikkeld, het NLQF. Voor beschrijving van de niveaus gebruikt men de sleutelbegrippen: context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

**Een bewerking van deze bijlage is gepubliceerd in TVZ nummer 5, oktober 2011 'Verleden heb je, toekomst moet je maken' (Marc Andries).**

#### Bronnen en referenties

- Bakker, J.H. en M.J.M. le Grand-van den Boogaard (red.): *Verpleegkundig beroepsprofiel* Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer, 1988
- Besluit van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 16 juli 1985 inzake de vergelijkbaarheid van getuigschriften van vakbekwaamheid tussen Lidstaten van de Europese Gemeenschap. 85/368/EEG
- Boog, W., J.H.J. de Jong en J.A.M. Kersten: *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten, 2002

- Commissie Kwalificatiestructuur: *Gekwalificeerd voor de Toekomst*. Kwalificatiestructuur voor Verpleging en Verzorging. Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen / Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer/Rijswijk, 1996
- Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (Commissie-Werner) geïnstalleerd: In Hoger Beroep. Ministerie van WVC, Den Haag, 1991
- Grotendorst, A.: *Alles draait om bekwaamheid. De betekenis van de Wet BIG voor verpleegkundigen en verzorgenden*. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten, 1998
- Landelijk Centrum Wet- & regelgeving Zorgberoepen, website: [www.lcwz.nl](http://www.lcwz.nl)
- NIZW en LCVV: *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Redactie: E. Leistra, S. Liefhebber, M. Geomini en H. Hens. Elsevier Gezondheidszorg/ LCVV/ NIZW. Maarssen/Utrecht, 1999
- Pro6: *Het lopend vuur. Ontwerp samenhangend stelsel voor verplegende, verzorgende en assisterende/helpende beroepen*. Spruyt, Van Mantgem & De Does. Leiden, 1995
- Pool, A., C. Pool-Tromp, F. Veltman-van Vugt en S. Vogel: *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van de hbo-verpleegkundige*. Utrecht, Vilans, 2001
- Pool, A.: *Doordacht verplegen. Beroepsrollen van de bachelor-verpleegkundige*. Den Haag, Boom Lemma, 2007
- Raad Beroepen Individuele Gezondheidszorg: *Advies opleidingseisen verpleegkundigen*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer, 1994
- VBOC/AVVV: *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. VBOC/AVVV. Utrecht, 2006
- V&VN: *Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Leren van de toekomst. Plan van aanpak V&VN*. Utrecht, 2010/2011 <http://www.venvn.nl/Vakdosiers/VerpleegkundigenVerzorgenden2020.aspx>
- Westerhuis, A.: *European Structures of Qualification Levels. Reports on recent developments in Germany, Spain, France, the Netherlands and in the United Kingdom (England and Wales) Volume II*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001

## Noten

- 1 Project Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Leren van de toekomst. Onder regie van V&VN, in opdracht van het ministerie van VWS.
- 2 En van de verpleegkundig specialist en de verzorgende. Over de verpleegkundig specialist is elders in deze aflevering van TvZ te lezen. De beroepsgroep van verzorgenden krijgt op een later moment aandacht in een aparte publicatie.
- 3 Die rol ligt sinds 2006 bij de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). In 2010 zijn het LEVV (voorheen LCVV) en Sting, de beroepsorganisatie van verzorgenden, samengegaan in V&VN.
- 4 Kwalificatieniveau 1 t/m 4 vormen het mbo, met kwalificatieniveau 5 wordt het hbo aangeduid.
- 5 Met de indeling in 5 kwalificatieniveaus sluit de commissie aan bij het SEDOC – het weinig bekende Europese systeem van beroepenclassificatie, ingesteld in 1985 door de EG, bedoeld om de internationale vergelijkbaarheid van getuigschriften te bevorderen. Die indeling ligt ten grondslag aan de WEB, maar werd in Europees verband reeds in 1993 als ‘rigide’ ervaren.
- 6 Bovendien was het SEDOC niet bedoeld voor indeling in kwalificatieniveaus. Zie rapport A. Westerhuis (2001). SEDOC is al in 1993 vervangen door EURES, ‘which has a similar set-up, namely to compare offer and demand of jobs and assist labour and employers in finding adequate jobs or to fill job vacancies.’
- 7 De hbo-v’s nemen daarmee afstand van de mbo-ordening in deeltkwalificaties, zoals beschreven in *Gekwalificeerd voor de Toekomst*. Zij kiezen, binnen de kaders van de Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek, voor een onderscheidender typering van de hbo-opgeleide verpleegkundige. In 2007 verschijnt *Doordacht Verplegen*, als antwoord op de vragen die in de praktijk bestaan over de invulling van de vijf rollen en hun onderlinge verhouding.
- 8 Het gaat dus om koppeling aan, niet om herziening van het onderwijsstelsel.

## Bijlage 10 De lijnen van het speelveld: wetten en regels

### Wetten en regels

Verschillende wetten vormen het kader voor de beroepsuitoefening van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden (Wet BIG, WGBO, Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet Bopz) of zijn daarop indirect van invloed (bijvoorbeeld wetgeving ten aanzien van structuur en financiering van de zorg, privacywetgeving). Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de belangrijkste wetgeving die anno 2012 van toepassing is. Beroepsbeoefenaren hebben zelf de verantwoordelijkheid om kennis te nemen en op de hoogte te blijven van alle actuele wetgeving.

#### WET OP DE BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG (WET BIG)

De Wet BIG beoogt de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De belangrijkste instrumenten die de Wet BIG biedt zijn titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht. In de Wet BIG staan acht beroepen waarvan de beroepstitel wordt beschermd, waaronder dat van arts en verpleegkundige. De titel geeft garantie aan publiek en verzekeraars dat de drager deskundig is op een bepaald terrein van de gezondheidszorg. Voor deze beroepen zijn opleidingseisen en een deskundigheidsgebied vastgesteld. Om de titels te mogen voeren, moet een beroepsbeoefenaar zijn ingeschreven in het BIG-register. Om in het BIG-register te kunnen worden ingeschreven, moet aan door de overheid gestelde opleidingseisen zijn voldaan. Tevens geldt voor verpleegkundigen (en enkele andere beroepsgroepen) een herregistratieplicht die vooral eisen stelt aan werkervaring. Voor de acht beroepen geldt tuchtrechtspraak. Die dient voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, met het oog op de belangen van de patiënt. De beroepsorganisaties

kunnen specialismen benoemen. Dit betekent dat de beroepsbeoefenaar bijzondere deskundigheid heeft verkregen door het volgen van een nadere (specialisten)opleiding. Zij kunnen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verzoeken de daaraan verbonden specialistentitels wettelijk te erkennen. Alleen personen die zijn ingeschreven in zowel het BIG-register als in het specialistenregister van de beroepsorganisatie, kunnen een wettelijk erkende specialistentitel voeren. Voor het specialistenregister geldt een herregistratie-eis met betrekking tot werkervaring en deskundigheidsbevordering. Binnen de basisberoepen arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog en verpleegkundige bestaan wettelijk erkende specialismen. De Wet BIG maakt onderscheid tussen beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn en beroepsbeoefenaren die niet zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren. De wet geeft per voorbehouden handeling aan welke beroepsbeoefenaren zelfstandig bevoegd zijn: artsen, tandartsen en verloskundigen. Per 1 januari 2012 is met het van kracht worden van het Tijdelijk Besluit Zelfstandige Bevoegdheid Verpleegkundig Specialisten voor een periode van maximaal vijf jaar de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten, met inachtneming van enkele wettelijke beperkingen, zelfstandig bevoegd verklaard tot het indiceren en uitvoeren van een aantal voorbehouden handelingen. De zelfstandig bevoegde stelt de indicatie en beslist of hij de voorbehouden handeling zelf uitvoert of opdraagt aan een andere beroepsbeoefenaar. Niet zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaren kunnen onder bepaalde voorwaarden in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar voorbehouden handelingen uitvoeren. De belangrijkste voorwaarde is dat de opdrachtnemer bekwaam is om de voorbehouden handeling uit te voeren.

#### WET OP DE GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST (WGBO)

De rechten en plichten van patiënten en hulpverleners (bijvoorbeeld een huisarts, een tandarts of een specialist) zijn onder meer vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Op grond van de WGBO heeft de patiënt een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de zorgverlener die hem of haar behandelt. In de WGBO staan rechten en plichten die bij deze geneeskundige behandelingsovereenkomst horen. De WGBO is een algemene wet die voor de hulpverleners in de gehele gezondheidszorg van belang is. Zo heeft de zorgverlener de plicht om de patiënt te informeren over zijn huidige gezondheidstoestand en de vooruitzichten, de aard en het doel van het onderzoek en de behandeling, de te verwachten gevolgen en de

risico's van het onderzoek en de behandeling en andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen. De patiënt heeft onder andere het recht op duidelijke informatie over zijn gezondheids-toestand, nodig om toestemming te geven voor onderzoek of behan-deling en op inzage in zijn medisch dossier.

#### KWALITEITSWET ZORGINSTELLINGEN

De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet noemt vier kwaliteitseisen waaraan een instelling moet voldoen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssys-teem en het maken van een jaarverslag. In de wet staat beschreven aan welke kwaliteitseisen zorginstellingen moeten voldoen. De wet ver-plicht zorgaanbieders om verantwoorde zorg te leveren. Dit is zorg van goed niveau die doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht is. Het beleid dat de instelling voert, moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

#### WET BIJZONDERE OPNEMINGEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN (WET BOPZ)

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) regelt de omstandigheden waaronder iemand onvrijwillig mag worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, instelling voor mensen met een verstandelijke handicap, een verpleeghuis of een Bopz-afdeling van een verzorgingshuis. Een belangrijk doel van de wet is het bieden van rechtsbescherming aan patiënten, zowel tijdens de procedure voor onvrijwillige opname als tijdens het onvrijwillige verblijf in de instelling. Voor mensen met een verstandelijke beperking of met dementie is een aparte wet in de maak: de wet Zorg en Dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Ook is een vervanging van de Wet Bopz door het wetsvoorstel verplichte geeste-lijke gezondheidszorg in voorbereiding.

#### WET CLIËNTENRECHTEN ZORG

Met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) wil het kabinet de rechtspo-sitie van de cliënt versterken en verduidelijken. De wet geeft cliënten recht op goede zorg. De cliënt kan straks gemakkelijker kiezen voor de zorgaanbieder die bij hem en zijn zorgvraag past. En wie niet tevreden is, kan daarover eenvoudiger en effectiever een klacht indienen. De Wcz regelt ook de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders voor de kwaliteit van zorg. Door de regels over de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt op te nemen in één wettelijke regeling, zijn de rechten en

plichten van beide partijen beter op elkaar afgestemd. De Wet cliëntenrechten zorg zal de Kwaliteitswet zorginstellingen vervangen. Het wetsvoorstel ligt ter behandeling in de Tweede Kamer.



## Bijlage II Juridische aspecten van de voorgestelde beroepsstructuur

### Auteur:

Prof. mr. J.K.M. Gevers

Emeritus hoogleraar gezondheidsrecht

Academisch Medisch Centrum

Universiteit van Amsterdam

### II.1 Inleiding

De huidige beroepsstructuur houdt in dat zowel hbo- als mbo-opgeleide verpleegkundigen zich als ‘verpleegkundige’ in de zin van art. 3 van de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) kunnen laten registreren en de beroepstitel ‘verpleegkundige’ kunnen voeren. Door de Stuurgroep van het project Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 wordt voorgesteld om dit te wijzigen. In essentie komt het voorstel erop neer:

- dat de positie als artikel-3 beroep (met wettelijke registratie en beroepstitelbescherming) wordt voorbehouden aan degenen die een hbo-bachelor (hbo-v) hebben behaald (dan wel degenen die blijkens een gedegen vormgegeven EVC-traject geacht kunnen worden over vergelijkbare kwalificaties te beschikken);
- dat al degenen die nu reeds als verpleegkundigen geregistreerd zijn hun wettelijke positie behouden en degenen die voor invoering van de nieuwe beroepsstructuur aan de mbo-opleiding tot verpleegkundige zijn begonnen, zich nog als ‘verpleegkundigen’ in de zin van art. 3 kunnen laten registreren;
- dat de mbo-opleiding gaat leiden tot de wettelijk beschermde (opleidings)titel ‘zorgkundige’, een beroep waarvan opleiding, titel en deskundigheidsgebied wettelijk te regelen zijn op basis van art. 34 Wet BIG<sup>[1]</sup>;
- dat het beroep ‘verzorgende in de individuele gezondheidszorg’ verdwijnt als in het kader van art. 34 geregeld beroep, en dat degenen die die opleidingstitel hebben verworven het recht krijgen de

nieuwe titel van ‘zorgkundige’ te voeren, inclusief degenen die voor invoering van deze nieuwe regeling al aan de opleiding tot ‘verzorgende in de individuele gezondheidszorg’ begonnen zijn.

Hieronder wordt allereerst de vraag beantwoord hoe in de huidige wetgeving juridisch vorm kan worden gegeven aan deze nieuwe beroepsstructuur, eerst ten aanzien van de verpleegkundige (paragraaf 11.2.1) en vervolgens ten aanzien van de zorgkundige (paragraaf 11.2.2). Daarbij wordt met name besproken wat de voorstellen betekenen voor de wettelijke regeling van opleiding, deskundigheidsgebied en titelbescherming.

De voorstellen roepen daarnaast een aantal andere juridische vragen op, onder meer betreffende kwaliteitsborging, tuchtrecht, voorhouden handelingen en afstemming van verantwoordelijkheden. Die vragen komen in paragraaf 11.3 aan de orde; aan het eind van die paragraaf zal ook worden ingegaan op de gevolgen van de nieuwe structuur voor beroepsuitoefening in een andere EU-lidstaat. In de slotbeschouwing (paragraaf 11.4) wordt geresumeerd wat de verschillen zijn in de beoogde wettelijke positie van de verpleegkundige respectievelijk zorgkundige en wat de belangrijkste wijzigingen van de huidige regeling zijn die nodig zijn om die posities te realiseren.

## 11.2 Vormgeving van de voorgestelde beroepsstructuur in de huidige beroepenwetgeving

### 11.2.1 DE VERPLEEGKUNDIGE

De voorgestelde nieuwe beroepsstructuur heeft geen consequenties voor de regelingen ten aanzien van verpleegkundig specialisten (op basis van art. 14 Wet BIG). Die regelingen kunnen dus buiten beschouwing blijven. Ook impliceren de voorstellen in hun huidige vorm geen wijziging van art. 3 zelf; dat bepaalt immers slechts dat er voor acht beroepen – waaronder dat van verpleegkundige – registers worden ingesteld waarin men zich kan laten inschrijven indien men aan de wettelijke opleidingseisen voldoet. Het voorstel de inschrijving als verpleegkundige voor te behouden aan degenen die de desbetreffende hbo-bachelor hebben behaald, heeft wel consequenties voor art. 32 (opleidingseisen verpleegkundige) alsmede – gelet op het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundige – voor art. 33 (deskundigheidsgebied verpleegkundige). Voorts kan een en ander zijn weerslag hebben op de in het kader van de regeling van periodieke registratie (herregistratie) van verpleegkundigen genoemde kerncompetenties.

Art. 32 bepaalt, kort gezegd, dat voor inschrijving een getuigschrift vereist is, dat ofwel voldoet aan de voorwaarden gesteld in een algemene maatregel van bestuur (gebaseerd op de Wet BIG), ofwel aan de voorwaarden gesteld bij en krachtens de Wet educatie en beroepsonderwijs. De mbo-opleiding valt – als opleiding met kwalificatieniveau 4 – onder die laatste wet; de hbo-opleiding tot verpleegkundige – kwalificatieniveau 5 – valt onder de wetgeving op het hoger onderwijs. Beperking van inschrijving als verpleegkundigen tot degenen die hoger beroepsonderwijs hebben gevolgd, impliceert dat het tweede deel van art. 32 (dat betrekking heeft op het getuigschrift van een beroepsopleiding als bedoeld in de Wet educatie en beroepsonderwijs) kan vervallen. De nieuwe tekst van art. 32 wordt dan: ‘Om in het betreffende register als verpleegkundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.’ De bedoelde algemene maatregel van bestuur – voorheen het Besluit opleidingseisen verpleegkundige – is nu het Besluit opleidingseisen verpleegkundige 2011. Art. 2 daarvan loopt parallel aan het bepaalde in art. 32 Wet BIG; als voorwaarde voor inschrijving in het register van verpleegkundigen noemt het besluit namelijk ofwel het getuigschrift van de verpleegkundeopleiding opgenomen in het Centrale register voor opleidingen hoger onderwijs (Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek) ofwel dat genoemd in het Centrale register voor beroepsopleidingen (Wet educatie en beroepsonderwijs). Ook hier kan dit laatste deel van het artikel (dat betrekking heeft op een mbo-getuigschrift) vervallen.

Voor het overige zou gezien moeten worden hoe de artikelen 3 en 4 die omvang, inhoud en eindtermen van de opleiding beogen aan te geven, aangepast dienen te worden gelet op het nieuwe beroepsprofiel en de beperking tot hbo-opgeleiden. Daarbij zijn vier kanttekeningen te plaatsen:

- 1 Als het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige in art. 33 Wet BIG wordt bijgesteld (zie hieronder) kan dat consequenties hebben voor de opsomming in art. 3 lid 1 van de voor de opleiding relevante aspecten van de beroepsuitoefening; die hebben immers betrekking op dat wettelijk deskundigheidsgebied.
- 2 Ook het minimaal aantal uren voor theoretisch respectievelijk praktisch onderwijs genoemd in art. 3 lid 2 zal vermoedelijk bijstelling behoeven.
- 3 Volgens art. 3 lid 3 moet het theoretisch en praktisch onderwijs ten minste voldoen aan de eisen gesteld in punt 5.2.1 van Bijlage V van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroeps-

kwalificaties; nu beperking van de inschrijving tot hbo-opgeleiden aanscherping mogelijk maakt van de in het besluit genoemde eisen, hoeft dit geen probleem op te leveren.

- 4 Bij de aanpassing van de in art. 4 lid 1 tot en met 8 opgenomen eindtermen aan het nieuwe beroepsprofiel dient ook aandacht te worden besteed aan de mogelijkheid dat aan verpleegkundigen nieuwe stijl zelfstandige bevoegdheden tot het verrichten van enkele voorbehouden handelingen worden verleend (zie daarover verder paragraaf 11.3.2).

Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige is momenteel als volgt omschreven in art. 33 Wet BIG:

- a het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Het eerste element betreft de traditionele kern van het verpleegkundig handelen; het tweede het handelen in opdracht van (doorgaans) de arts. Als geheel genomen voldoet de beschrijving van het deskundigheidsgebied al langer niet meer, omdat zij te weinig recht doet aan de extra beroepskwalificaties waarover veel verpleegkundigen in de praktijk beschikken en aan de zelfstandigheid waarmee velen van hen in de praktijk hun beroep uitoefenen. Het nieuwe beroepsprofiel en de daarmee samenhangende beperking van de inschrijving als verpleegkundige tot hbo-opgeleiden maakt aanpassing van de omschrijving van het deskundigheidsgebied des te meer noodzakelijk. Hieraan kan op verschillende manieren worden vormgegeven:

- 1 het deskundigheidsgebied zeer globaal omschrijven als 'het verrichten van handelingen op het gebied van de verpleegkunde' (vergelijk de omschrijving van het deskundigheidsgebied van artsen respectievelijk van tandartsen); nadeel is dat het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige nieuwe stijl dan minder goed kan worden gemarkeerd ten opzichte van het nieuwe beroep zorgkundige;
- 2 het deskundigheidsgebied omschrijven als 'bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen' (vergelijk de omschrijving van het deskundigheidsgebied van verloskundigen); dat is vooral zinvol als een meer gedetailleerde omschrijving wenselijk wordt geacht om het deskundigheidsgebied af te bakenen;

- 3 het aanhouden van de middenweg tussen globaal en meer specifiek die in de huidige omschrijving van art. 33 is gevolgd.

Als voor de tweede optie gekozen wordt, dan zou in art. 33 uitdrukkelijk de mogelijkheid moeten worden geopend om het deskundigheidsgebied bij algemene maatregelen van bestuur te omschrijven. Bij keuze voor de derde optie – die het eenvoudigst is – dient het eerste element van de omschrijving van het deskundigheidsgebied (onderdeel a) te worden aangepast aan het nieuwe beroepsprofiel zodat het recht doet aan de veranderde beroepsrol en kwalificaties van de verpleegkundige nieuwe stijl. Die aanpassing zou in elk geval betrekking moeten hebben op het (mede) kunnen handelen in complexe behandelings- en verpleegsituaties (zie ook hieronder in paragraaf 11.2.2); daarnaast kan worden gedacht aan het vervullen van een zorginhoudelijke regiefunctie, het kunnen dragen van verantwoordelijkheid voor het werk van anderen (zoals de zorgkundige), en aan andere punten waarin de hogere kwalificaties van de hbo-opgeleide tot uiting komen. Onderdeel b zou kunnen vervallen. Het doet onvoldoende recht aan het feit dat de verpleegkundige behalve ‘in opdracht’ ook vaak in overleg of zelfstandig zal (moeten kunnen) handelen. Het laat bovendien geen ruimte voor de mogelijkheid dat aan de verpleegkundige een zelfstandige bevoegdheid wordt gegeven voor het verrichten van enkele voorbehouden handelingen (zie verder paragraaf 11.3.2). Voor zover zij niet zelfstandig bevoegd worden, kunnen ook als dit onderdeel vervalt uiteraard nog steeds conform de artikelen 35-39 van de Wet BIG voorbehouden handelingen worden opgedragen aan verpleegkundigen. Ook doet het wegvallen van onderdeel b niet af aan het gegeven dat de arts doorgaans de (eind)verantwoordelijkheid zal dragen voor diagnostiek en behandeling.

Opgemerkt in dit verband dat ook in het Kwaliteitsregister V&V van V&VN wordt gesproken over ‘deskundigheidsgebieden’, behorend bij deelprofielen die veelal gerelateerd zijn aan bepaalde gespecialiseerde verpleegkundige functies en de daarvoor vereiste kwalificaties (in principe te verwerven door het volgen van de relevante vervolgoopleidingen). Afgezien van het feit dat wellicht beter over ‘functieprofielen’ kan worden gesproken, kan gebruik van de term ‘deskundigheidsgebied’ verwarring oproepen met het wettelijk begrip. Te overwegen valt daarom in het kader van dit verenigingsregister een andere term te gebruiken, bijvoorbeeld competentiegebied, expertisegebied of beroepskwalificatiegebied.

Ten slotte kan het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundige zijn weerslag hebben op de huidige regeling van de herregistratie van ver-

pleegkundigen. In art. 6 lid 1 van de Regeling periodieke registratie Wet BIG zijn een aantal kerncompetenties en kernvaardigheden opgenomen, die nader worden uitgewerkt in de leden 2-6 van dat artikel. Bezien zou moeten worden in hoeverre het daar gestelde bijstelling behoeft gelet op het beroepsprofiel van de verpleegkundige nieuwe stijl. Onderdeel van de voorstellen zoals aangegeven in paragraaf 11.1 is dat degenen die nu op basis van een mbo-opleiding als verpleegkundigen geregistreerd zijn hun wettelijke positie behouden, en dat degenen die voor invoering van deze nieuwe regeling aan de mbo-opleiding tot verpleegkundige zijn begonnen, zich nog als ‘verpleegkundigen’ in de zin van art. 3 kunnen laten registreren. Om dat te realiseren, zal in het Besluit opleidingseisen verpleegkundigen 2011 een overgangsbepaling, analoog aan het huidige art. 6, moeten worden opgenomen, inhoudende dat de bevoegdheid zich in te schrijven in het wettelijk register van verpleegkundigen bedoeld in art. 3 Wet BIG ook toekomt aan houders van een getuigschrift dat voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen verpleegkundigen 2011, zoals dat luidde op het tijdstip waarop de wijziging van dat besluit verband houdend met de nieuwe beroepsstructuur in werking trad, mits hun opleiding niet later dan genoemd tijdstip is aangevangen. Een andere implicatie van de keuze om de huidige mbo-opgeleide verpleegkundigen hun positie als art. 3-beroep te laten behouden is dat aandacht nodig is voor de vraag hoe met deze groep moet worden omgegaan in het kader van de periodieke registratie. Als in dat kader meer inhoudelijke eisen worden gesteld aan bij- en nascholing is met hun specifieke achtergrond rekening te houden, maar wel in het perspectief van het geleidelijk verkleinen van het niveauverschil met de hbo-opgeleiden.

### 11.2.2 DE ZOR GKUNDIGE

Een tweede belangrijk element in de voorgestelde nieuwe beroepsstructuur is dat de mbo-opleiding tot verpleegkundige gaat leiden tot de wettelijk beschermde (opleidings)titel ‘zorgkundige’, een beroep waarvan opleiding, titel en deskundigheidsgebied wettelijk te regelen zijn op basis van art. 34 Wet BIG. Dat nieuwe beroep zou dan in plaats komen van de ‘verzorgende in de individuele gezondheidszorg’, met dien verstande dat dat laatste beroep daarin zou moeten opgaan. Voor uitvoering van dit voorstel is geen wijziging van art. 34 vereist. De in het kader van dat artikel geregelde beroepen worden immers niet in de wet genoemd, maar bij algemene maatregel van bestuur aangewezen. Dat betekent dat een Besluit zorgkundige tot stand moet worden gebracht, met daarin regeling van het deskundigheidsgebied, alsmede de opleiding en de daaraan verbonden titelbescherming. In dat nieuwe

besluit kan dan als een van de slotbepalingen worden opgenomen dat het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg (van 5 oktober 1999) wordt ingetrokken.

Wat betreft het deskundigheidsgebied van de nieuwe ‘zorgkundige’ zijn van belang de omschrijving van het oude (huidige) deskundigheidsgebied van de verpleegkundige (zie paragraaf 11.2.1), alsmede de omschrijving van het deskundigheidsgebied van de verzorgende in de individuele gezondheidszorg (in het besluit van 1999). Dat laatste omvat, evenals het huidige deskundigheidsgebied van de verpleegkundige, twee elementen:

- a het verrichten van handelingen op het gebied van verzorging, verpleging, observatie en begeleiding in verzorgings- en niet complexe behandelings- en verpleegsituaties;
- b het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Onderdeel b. is identiek aan dat van het huidige deskundigheidsgebied van de verpleegkundige.

Onderdeel a. verschilt daarvan, maar de verschillen zijn beperkt, want het gaat om hetzelfde soort handelen (observatie, begeleiding, verzorging, verpleging). Het belangrijkste verschil is dat voor ander handelen dan verzorging een beperking is aangebracht tot ‘niet-complexe behandelings- en verpleegsituaties’. Ervan uitgaande dat het primaire verschil met de hbo-opgeleide verpleegkundige (zie paragraaf 11.2.1) zit in het kunnen omgaan met complexe behandelings- en verpleegsituaties – naast uiteraard andere verschillen in de sfeer van regie, verantwoordelijkheid voor werk van anderen en dergelijke – zou de hierboven weergegeven omschrijving van het deskundigheidsgebied van de verzorgende in beginsel zeer wel kunnen dienen als omschrijving van het deskundigheidsgebied van de nieuwe zorgkundige. Onderdeel a. geeft dan immers een adequate aanduiding, die het ook mogelijk maakt dat de huidige verzorgende in de individuele gezondheidszorg voortaan de titel ‘zorgkundige’ zou gaan voeren. En anders dan bij de verpleegkundige nieuwe stijl (zie paragraaf 11.2.1) kan onderdeel b. hier gehandhaafd blijven, omdat het in dit geval niet op gespannen voet staat met de praktijk; de opdracht gevende beroepsbeoefenaar kan daarbij overigens ook de verpleegkundige nieuwe stijl ex art. 3 zijn. In verband met dat laatste zou aan de omschrijving van het deskundigheidsgebied van de zorgkundige eventueel nog een onderdeel c. toe te voegen zijn, luidende: ‘het onder regie van een verpleegkundige



verrichten van handelingen in complexe behandelings- en verpleegsituaties'<sup>[2]</sup>. Ten slotte zij opgemerkt dat handhaving van onderdeel b er op geen enkele manier aan in de weg staat om de nieuwe zorgkundige op de voet van art. 39 voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid te verlenen, dat wil zeggen dat men een eenmaal gegeven opdracht zelfstandig, zonder verdere tussenkomst of toezicht van de opdrachtgever, kan uitvoeren.

Volgens het huidige Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg is het recht tot het voeren van de betreffende titel voorbehouden aan degene die het diploma heeft van de opleiding tot verzorgende 'die is opgenomen in het Centraal register beroepsopleidingen, bedoeld in art. 6.4.1 van de Wet educatie en beroepsonderwijs, waarvan de deelkwalificatie verplegende elementen onderdeel heeft uitgemaakt'. Bij vervanging van 'verzorgende' als art. 34-beroep door 'zorgkundige' behoeft in het nieuwe besluit – afgezien van eventuele toevoeging van een derde onderdeel in de omschrijving van het deskundigheidsgebied (zie hierboven) – in principe alleen de oude aanduiding door de nieuwe vervangen te worden; daarnaast kan aanpassing nodig zijn van de verwijzing naar de Wet educatie en beroepsonderwijs. Inhoudelijk blijft uiteraard de vraag staan in hoeverre de opleidingseisen zoals die nu voor de verzorgende omschreven zijn, aanpassing behoeven. Dat zal nader bezien moeten worden, mede in verband met de voorgestelde opleidingsduur van drie jaar. Bij die opleidingsduur zijn overigens nog twee kanttekeningen te plaatsen:

- 1 De keuze voor een driejarige opleiding rechtvaardigt enerzijds dat de huidige mbo-verpleegkundige (die een vierjarige opleiding heeft gevolgd) zich nog wel in het kader van art. 3 Wet BIG als verpleegkundige kan registreren, en anderzijds dat de huidige verzorgende in de individuele gezondheidszorg (niveau 3 volgens de gangbare onderwijskwalificatieniveaus) de nieuwe titel zorgkundige gaan voeren (zie hieronder).
- 2 De tweede opmerking betreft de inhoud van de opleiding in relatie tot EU-richtlijn 2005/36/EG. De eisen die deze stelt (in Bijlage V) aan het studieprogramma voor de verpleegkundige impliceren een brede opleiding. Bij het kiezen van een driejarige opleidingsduur kan men er niet meer van uitgaan dat de nieuwe 'zorgkundige' nog als 'verpleegkundige' in de zin van genoemde richtlijn kan gelden (zie ook paragraaf 11.3.5). Tegelijk biedt dit meer ruimte om de betreffende opleiding in sterke mate branchegericht te maken.

De verdwijning van de 'verzorgende in de individuele gezondheidszorg' als in het kader van art. 34 geregeld beroep en de intrekking van



het desbetreffende besluit impliceren dat ook de betreffende beroepstitel niet langer wettelijk beschermd zal zijn. In dat verband is onderdeel van de voorstellen dat degenen die die opleidingstitel al hebben verworven het recht krijgen de nieuwe titel van ‘zorgkundige’ te voeren, inclusief degenen die voor invoering van deze nieuwe regeling al aan de opleiding tot ‘verzorgende in de individuele gezondheidszorg’ begonnen zijn. Om dat te realiseren, zal in het nieuwe Besluit zorgkundige een overgangsbepaling moeten worden opgenomen, inhoudende dat de bevoegdheid de opleidingstitel van ‘zorgkundige’ te voeren ook toekomt aan houders van een getuigschrift dat voldoet aan de eisen van het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg, zoals dat luidde toen het werd ingetrokken, mits hun opleiding niet later dan genoemd tijdstip is aangevangen.

### 11.3 Overige juridische aspecten

#### 11.3.1 KWALITEITSBORGING EN TUCHTRECHT

Wat betekent de voorgestelde nieuwe beroepsstructuur, waarin de wettelijke registratie als verpleegkundige en dus de toepasselijkheid van het tuchtrecht beperkt blijft tot hbo-opgeleiden, voor het waarborgen van de kwaliteit van het professioneel handelen, ook wat betreft het nieuwe beroep van ‘zorgkundige’?

Ten aanzien van de verpleegkundige die zich na invoering van de nieuwe structuur conform art. 3 Wet BIG in het wettelijk register laat registreren, verandert er niets. Behalve aan de verplichting tot periodieke herregistratie, blijft hij of zij ook onderworpen aan het wettelijk tuchtrecht. Dat geldt overigens ook voor mbo-opgeleiden die al als verpleegkundige geregistreerd waren of voor invoering van de wijzigingen aan die opleiding begonnen waren. Bij totstandkoming van de Wet BIG was de behoefte om verpleegkundigen onder het wettelijk tuchtrecht te laten vallen de reden voor regeling in het kader van art. 3<sup>[3]</sup>. Overigens was daar aanvankelijk nogal wat discussie over. Beperking van registratie en tuchtrecht tot hbo-opgeleiden versterkt echter de argumenten voor die keuze vanwege hun grotere verantwoordelijkheid en zelfstandigheid, en de daarmee gepaard gaande grotere afhankelijkheid van de patiënt van hun beslissingen.

Een jaar of vier na invoering van de wijzigingen zal het aantal inschrijvingen in het register aanzienlijk afnemen omdat de instroom vanuit het mbo wegvalt; dat zal uiteraard ook gevolgen hebben voor het totaal aantal ingeschrevenen in het register; tegelijkertijd zal het percentage hbo-opgeleiden onder de ingeschrevenen geleidelijk toenemen.

Vanuit de toepassing van het tuchtrecht bezien zal dat niet tot grote veranderingen leiden. Het aantal tuchtzaken tegen verpleegkundigen is ook in de huidige situatie beperkt: volgens het Jaarverslag 2010 van de Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg had maar 6% van de door de regionale colleges behandelde klachten op verpleegkundigen betrekking; voor de zaken in hoger beroep, behandeld door het centraal college, was dat percentage slechts 4%. Van belang is wel dat de groep onder het tuchtrecht vallende verpleegkundigen meer homogeen wordt, althans op den duur. Als duidelijker wordt wat van verpleegkundigen kan worden verwacht en als vaker sprake zal zijn van een hoger opleidingsniveau, zal dat in de toekomst kunnen leiden tot nadere precisering en geleidelijke aanscherping van de aan het beroep te stellen eisen.

Spelen periodieke herregistratie en tuchtrecht uit het oogpunt van kwaliteitsborging zeker een rol, zij vormen slechts elementen in een veel omvattender systeem van maatregelen en voorzieningen dat moet waarborgen dat het beroep op adequate wijze wordt uitgeoefend. Wettelijk is de beroepsbeoefenaar verplicht tot het in acht nemen van de zorg van een goed hulpverlener (art. 7:453 BW) respectievelijk – als hij of zij solitair werkt – het zodanig organiseren van de beroepsbeoefening dat het verlenen van verantwoorde zorg gewaarborgd is (art. 40 Wet BIG). Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet ook degene die een instelling in stand houdt (de zorgaanbieder) zorgen voor verantwoorde zorg, dat wil zeggen zorg van goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Dat houdt onder meer in dat de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert, de instelling kwalitatief en kwantitatief zodanig van personeel en materieel voorziet en zorgdraagt voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat verwacht mag worden dat sprake is van verantwoorde zorg (art. 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen). Dit impliceert dat instellingen een breed kwaliteits- en veiligheidsbeleid voeren dat op het handelen van alle hulpverleners in de instelling betrekking heeft en waarvan afspraken over taakverdeling en samenwerking tussen de verschillende disciplines deel uitmaken. Ten aanzien van risicovolle handelingen betekent dit bijvoorbeeld dat vastgelegd wordt welke handelingen door welke disciplines mogen worden uitgevoerd, inclusief gerichte scholing en periodieke bekwaamheidstoetsing, en dat waar nodig sprake is van protocollering. In dit proces van kwaliteitsbevordering en -bewaking spelen de beroepsverenigingen overigens een belangrijke rol, onder meer in de sfeer van verdere ontwikkeling van het beroepsprofiel, na- en bijscholing, registratie van kwalificaties,

ontwikkeling van richtlijnen en dergelijke. Dit systeem van kwaliteitsborging, met zijn verschillende lagen en facetten, is een cruciaal gegeven, zowel bij de art. 3- als de art. 34-beroepen in de Wet BIG. Dat in de voorgestelde beroepsstructuur de mbo-opleiding tot verpleegkundige niet langer leidt tot wettelijke registratie en onderworpen zijn aan het tuchtrecht, maar tot het kunnen voeren van de opleidingstitel ‘zorgkundige’ in het kader van art. 34, behoeft dan ook aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening geen afbreuk te doen, zolang instellingen, beroepsverenigingen en individuele beroepsbeoefenaren hun rol op dit gebied maar blijven spelen. Toepassing van het tuchtrecht is enerzijds bij de nieuwe zorgkundige veel minder nodig omdat zijn/haar werk primair niet-complexe situaties betreft, het veel meer plaatsvindt in aansluiting op en in opdracht van andere beroepsbeoefenaren en geen sprake is van een zelfstandige indicatiebevoegdheid ten aanzien van voorbehouden handelingen (zie ook het in paragraaf 11.2.2 besproken deskundigheidsgebied van de zorgkundige). Anderzijds wordt met het buiten het bereik van het tuchtrecht laten van de zorgkundige voorkomen dat hij/zij wordt getoetst aan beroepsnormen die de in opleiding verkregen beroepskwalificaties te boven gaan.

### 11.3.2 VOORBEHOUDEN EN ANDERE RISICOVOLLE HANDELINGEN

Er zijn op het gebied van de gezondheidszorg nogal wat handelingen die – indien verricht door niet-deskundigen – tot aanmerkelijk gevaar kunnen leiden voor het leven of de gezondheid van patiënten. Een aantal van die handelingen (die ook redelijk af te grenzen zijn) is expliciet in art. 36 Wet BIG benoemd en voorbehouden aan bepaalde beroepsbeoefenaren. Laatstgenoemden hebben een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van die handelingen, mits zij daartoe ook daadwerkelijk bekwaam zijn. Anderen kunnen die handelingen alleen in hun opdracht en onder hun toezicht uitvoeren. De behoefte aan een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van een of meer voorbehouden handelingen kan een reden zijn tot regeling van een beroep in het kader van art. 3 (wettelijke registratie en beroepstitelbescherming); de andere reden daarvoor kan zijn dat men een beroep onder het wettelijk tuchtrecht wil brengen.

De regeling van de voorbehouden handelingen staat niet op zichzelf, maar is een kwaliteitsinstrument binnen het geheel van kwaliteitsregelingen in de zorg. Omgekeerd passen veel instellingen op niet in de Wet BIG als voorbehouden aangewezen, risicovolle handelingen eenzelfde regiem toe (van onder meer bekwaamheidsverklaringen) als op de voorbehouden handelingen.

Bij de toekenning van zelfstandige bevoegdheden gold en geldt als uitgangspunt dat het betreffende beroep onder het wettelijk tuchtrecht moet vallen; art. 34-beroepen komen daarom tot nu toe niet voor die toekenning in aanmerking<sup>[4]</sup>. Het belangrijkste verschil tussen art. 3- en art. 34-beroepen zit echter niet in de eerste plaats in het al dan niet kunnen beschikken over zelfstandige bevoegdheden ten aanzien van voorbehouden handelingen. Dat ligt veeleer in het hogere opleidingsniveau, het kunnen dragen van eindverantwoordelijkheid voor eigen en andermans handelen, het zelfstandig kunnen handelen in complexe zorgsituaties en dergelijke. Het was op grond van art. 36 lid 14 Wet BIG reeds mogelijk om aangewezen categorieën verpleegkundigen onder bepaalde voorwaarden een voorschrijfbevoegdheid te geven. Het Tijdelijk besluit regels zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten (gebaseerd op het eind 2011 in de Wet Big opgenomen nieuwe art. 36a, het zogenaamde experimenteerartikel, dat verband houdt met de beoogde verruiming van de mogelijkheden tot taakherschikking) introduceert voor verschillende categorieën verpleegkundig specialisten ook voor andere voorbehouden handelingen zelfstandige bevoegdheden (zij het ook hier weer met bepaalde begrenzings)<sup>[5]</sup>. Dat de voorgestelde beroepsstructuur de registratie als ‘verpleegkundige’ beperkt tot hbo-opgeleiden, biedt een goede basis om op deze weg door te gaan en aansluitend aan de ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking eventueel ook aan bepaalde groepen verpleegkundigen die niet als specialist geregistreerd zijn zelfstandige bevoegdheden toe te kennen (inclusief het stellen van indicaties), bijvoorbeeld ten aanzien van injecties, katheterisaties en/of het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Een dergelijk besluit vereist uiteraard aanpassing van art. 36 Wet BIG (waarin per voorbehouden handeling is aangegeven wie daartoe zelfstandig bevoegd is); daarbij kunnen ook randvoorwaarden en begrenzings worden aangegeven (zoals het handelen binnen het eigen deskundigheidsgebied en conform bestaande protocollen). Voor zover het zelfstandige bevoegdheden betreft waarvoor de verpleegkundige nu reeds een zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid heeft, zal dan ook het op art. 39 Wet BIG gebaseerde Besluit functionele zelfstandigheid gewijzigd moeten worden. Ook kan verlening van zelfstandige bevoegdheden consequenties hebben voor de kerncompetenties en -vaardigheden van verpleegkundigen zoals verwoord in art. 6 van de Regeling periodieke registratie Wet BIG (met name lid 5 van dat artikel).

Dat de mbo-opleiding verpleegkunde in de nieuwe beroepsstructuur voortaan zal gaan leiden tot de opleidingstitel van het in het kader van art. 34 geregelde beroep van ‘zorgkundige’, betekent binnen het hui-

dige beleid dat er geen ruimte is voor het toekennen van zelfstandige bevoegdheden (inclusief het stellen van indicaties) voor voorbehouden handelingen. Anderzijds verzet het karakter van art. 34-beroep zich beslist niet tegen het toekennen aan (eventueel nader aan te wijzen categorieën van) zorgkundigen van een zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid voor een of meer voorbehouden handelingen op basis van art. 39 Wet BIG. Indien hiertoe wordt overgegaan, zal een en ander in het Besluit functionele zelfstandigheid moeten worden geregeld.

### 11.3.3 VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING EN SAMENWERKING

In de praktijk van de zorgverlening gaat het uiteraard niet alleen om voorbehouden handelingen, maar om alle risicovolle handelingen respectievelijk het zorgproces in brede zin. Zie ook wat daarover eerder is opgemerkt in paragraaf 11.3.1, onder meer ten aanzien van de verplichting van instellingen een breed kwaliteitsbeleid te voeren. Een belangrijk element daarin is het waarborgen dat wordt samengewerkt op basis van een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden en taakverdeling. Art. 3 Kwaliteitswet zorginstellingen spreekt in dit verband over het zorgen voor een zodanige verantwoordelijkheids-toedeling dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Het is van belang dat die afbakening van taken en verantwoordelijkheden ook in de relatie verpleegkundige-zorgkundige zo duidelijk mogelijk is. Verankering daarvan in Wet BIG is (in beperkte mate) mogelijk via de wettelijke regeling van deskundigheidsgebieden; zie de voorgestelde omschrijving van de deskundigheidsgebieden van de verpleegkundige nieuwe stijl (paragraaf 11.2.1) respectievelijk de nieuwe zorgkundige (paragraaf 11.2.2). Die wettelijke verankering neemt echter niet de noodzaak weg om in de praktijk van de zorg tot nadere, op de betreffende werksituaties toegesneden afspraken over regie, taakverdeling, verantwoordelijkheden en (delegeren van) taken te komen. Hoe aan de rol van de verpleegkundige ten opzichte van die van de zorgkundige in concreto het beste vorm kan worden gegeven, zal immers in sterke mate situatiegebonden zijn. In dit verband zij ook gewezen op de toekomstige Wet cliëntenrechten zorg die onder meer de Kwaliteitswet zorginstellingen moet gaan vervangen<sup>[6]</sup>. Art. 7 van dat wetsvoorstel bepaalt dat de zorgaanbieder niet alleen (in het voetspoor van de Kwaliteitswet) zorg moet dragen voor een adequate toedeling van verantwoordelijkheden tussen hulpverleners, maar ook van ‘afstemmings- en verantwoordingsplichten’. Dat impliceert dat ook de rolverdeling tussen verpleegkundige en zorgkundige in instellingsverband voldoende wordt

vastgelegd, met in achtname van de onderscheiden kwalificaties en deskundigheidsgebieden van beide beroepen.

#### 11.3.4 NORMERING, TOEZICHT EN HANDHAVING

Wil sprake zijn van verantwoorde zorg, dan is het nodig dat de verdeling van taken en verantwoordelijkheden niet alleen correspondeert met wettelijke deskundigheid en bevoegdheid, maar ook met feitelijke bekwaamheid. Toegespitst op de positie van verpleegkundigen en zorgkundigen betekent dat, dat instellingen voldoende gediplomeerden in dienst hebben, en dat geen risicovolle handelingen worden overgelaten aan personen die de daarvoor vereiste opleiding ontberen. In toenemende mate komen er overigens signalen uit de praktijk dat aan deze voorwaarden lang niet altijd wordt voldaan; het streven naar kostenreductie en de daarmee gepaard gaande verschraling in de zorg (gecombineerd met de ruimte die functionele omschrijving van zorgaanpakken biedt), zouden er bijvoorbeeld toe leiden dat in veel sectoren steeds meer voorbehouden handelingen worden uitgevoerd door zorgverleners zonder gedegen basisopleiding<sup>[7]</sup>. Het is in dit verband allereerst van belang dat er normen zijn over het aantal gediplomeerden (verpleegkundigen, zorgkundigen en anderen) waarover instellingen moeten beschikken gelet op aard en omvang van de te verlenen zorg. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het veld. Het in te stellen Nationaal Kwaliteitsinstituut voor de zorg (dat onder meer de taak heeft te zorgen voor de ontwikkeling van voldoende richtlijnen en standaarden) kan hierbij zo nodig een sturende rol spelen. Indien de uit het oogpunt van verantwoorde zorg noodzakelijke zelfregulering achterwege blijft, zou de overheid regelend moeten optreden; art. 6 van de Kwaliteitswet zorginstellingen resp. art. 8 van de voorgenomen Wet cliëntenrechten zorg bieden daar een wettelijke grondslag voor<sup>[8]</sup>. Naast regels en normen dient uiteraard ook sprake te zijn van voldoende toezicht en handhaving om te waarborgen dat degenen die bepaalde taken verrichten daartoe ook daadwerkelijk bekwaam zijn. Zorginstellingen dienen ervoor te zorgen dat zij inzicht hebben in de competenties van hun medewerkers (zeker waar het risicovolle handelingen betreft), dat die competenties leidend zijn in het kader van het geven en nemen van opdrachten, dat zij daarop toezicht houden, en dat de competenties worden onderhouden. Ten slotte zal de inspectie erop moeten toezien dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid in dit opzicht waarmaken en handhavend moeten optreden waar de bekwaamheidseis wordt uitgehold.

### 11.3.5 BEROEPSUITOEFENING IN ANDERE EU-LIDSTATEN

Wat zijn de gevolgen van de voorgestelde beroepsstructuur voor beroepsuitoefening in een andere lidstaat van de EU? Voor de verpleegkundige nieuwe stijl en de nieuwe zorgkundige is met name van belang of zij zullen vallen onder het regiem van automatische erkenning. Voor de beroepen van arts, tandarts, apotheker, verloskundige en verpleegkundige – de zogenaamde gereguleerde beroepen – zijn op grond van Richtlijn 2005/36/EG inzake de erkenning van beroepskwalificaties de opleidingseisen geharmoniseerd doordat gemeenschappelijke (minimum)eisen zijn vastgesteld. Dit betekent dat de desbetreffende beroepsbeoefenaren in andere lidstaten van de EU in aanmerking komen voor automatische erkenning van hun getuigschrift. Voor de verpleegkundige nieuwe stijl zal die automatische erkenning ook zonder meer in de toekomst gelden. Immers de nieuwe beroepsstructuur maakt aanscherping van de opleidingseisen mogelijk (waarmee ons land overigens de trend in het buitenland zou volgen<sup>[9]</sup>). Daarmee wordt alleen maar beter voldaan aan de opleidingseisen voor ‘verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger’ opgenomen in punt 5.2.1. van Bijlage V van de genoemde richtlijn (zie ook paragraaf 11.2.1).

Voor de nieuwe zorgkundige ligt het aanspraak maken op die automatische erkenning – mede gelet op de genoemde trend tezamen met de beoogde driejarige opleidingsduur – niet meer voor de hand, zoals reeds werd aangegeven in paragraaf 11.2.2. In het op grond van art. 60 van de Richtlijn aan de Europese Commissie uitgebracht tweejarig verslag over de jaren 2008-2009 geeft de regering wel als knelpunt aan dat de Europese minimumopleidingseisen voor onder andere het gereguleerde beroep van verpleegkundige weinig concreet zijn en veel interpretatieruimte laten, en dat er tussen de lidstaten grote verschillen zijn wat betreft de mate waarin verpleegkundigen zelfstandig moeten kunnen functioneren<sup>[10]</sup>. Lijkt dit laatste toch ruimte te bieden om de zorgkundige in Europees verband als ‘verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger’ in de zin van de Richtlijn te laten gelden, nu de internationale trend van verdere professionalisering van het verpleegkundig beroep zich voortzet en vroeg of laat ongetwijfeld ook in de gemeenschappelijke minimumopleidingseisen in de betreffende EU-richtlijn vertaling zal gaan vinden, is het beter hierin heldere keuzen te maken. Dat laatste is trouwens ook van belang om op transparante wijze te kunnen omgaan met beroepsbeoefenaren uit het buitenland die zich hier als verpleegkundige in het kader van art. 3 Wet BIG willen laten registreren.



## II.4 Slotbeschouwing

Resumerend kunnen de wettelijke posities van de verpleegkundige nieuwe stijl respectievelijk de zorgkundige als volgt worden samengevat.

### *Verpleegkundige:*

- art. 3-beroep, met wettelijke registratie en beroepstitelbescherming;
- heeft een wettelijk geregelde opleiding die zich qua duur en inhoud onderscheidt van die van de zorgkundige;
- heeft een in de wet omschreven deskundigheidsgebied waarvan het handelen in complexe situaties en het kunnen voeren van de regie over het verpleegkundig handelen kenmerkende elementen zijn;
- is onderworpen aan periodieke (her)registratie;
- valt onder het wettelijk tuchtrecht;
- kan in aanmerking komen voor toekenning van een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren en verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen;
- kan aanspraak maken op automatisch erkenning als verpleegkundige in andere EU-lidstaten.

### *Zorgkundige:*

- art. 34-beroep zonder wettelijke registratie maar met opleidingstitelbescherming;
- heeft een wettelijk geregelde opleiding die zich qua duur en inhoud onderscheidt van die van de verpleegkundige;
- heeft een bij algemene maatregel van bestuur omschreven deskundigheidsgebied waarvan het handelen in niet-complexe situaties respectievelijk het handelen onder regie van andere beroepsbeoefenaren kenmerkende elementen zijn;
- is niet onderworpen aan periodieke (her)registratie;
- valt niet onder het wettelijk tuchtrecht;
- kan in aanmerking komen voor toekenning van de bevoegdheid tot het zelfstandig uitvoeren van door andere beroepsbeoefenaren opgedragen voorbehouden handelingen;
- kan geen aanspraak maken op automatische erkenning als verpleegkundige in andere EU-lidstaten.

Om deze wettelijke posities te realiseren zijn een aantal aanpassingen nodig van de bestaande wet- en regelgeving, waarbij overigens de wijziging van de Wet BIG beperkt kan blijven.



De belangrijkste wijzigingen in verband met de verpleegkundige zijn:

- wijziging van het Besluit opleidingseisen verpleegkundige 2011, onder meer in verband met aanpassing aan het nieuwe beroepsprofiel;
- bijstelling van het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige in art. 33 Wet BIG.

De belangrijkste wijzigingen in verband met de zorgkundige zijn:

- intrekking van het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg;
- totstandkoming en invoering van een Besluit zorgkundige, met daarin regeling van opleiding, titelbescherming en deskundigheidsgebied.

## Noten

- 1 Een andere optie is het beoogde, nieuwe art. 34-beroep aan te duiden als ‘verpleegkundige MBO’; de titel van de hbo-opgeleide verpleegkundige (te regelen in het kader van art. 3 Wet BIG) zou dan worden ‘verpleegkundige BA’.
- 2 Het feit dat het deskundigheidsgebied van de art. 34-beroepen (anders dan dat van de meeste art. 3-beroepen) bij algemene maatregel van bestuur geregeld wordt, biedt overigens meer mogelijkheden om het desgewenst wat nader uit te werken.
- 3 Inmiddels speelt bij bepaalde categorieën verpleegkundigen ook de zelfstandige indicatiebevoegdheid ten aanzien van enkele voorbehouden handelingen een rol.
- 4 Overigens is wel bepleit hier verandering in te brengen; zie J.C.J. Dute e.a., *Voorbehouden handelingen tegen het licht; de regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen*, AMC/UvA, September 2009.
- 5 Besluit van 21 december 2011, in werking getreden op 1 januari 2012.
- 6 Kamerstukken II, 2009-2010, 32402, nrs. 2-3.
- 7 J.C.J. Dute e.a., o.c., p.76.
- 8 Zie wat betreft de WCZ Kamerstukken II, 2009-2010, 32402, nr.3, p.43-45.
- 9 Zie P. Mistiaen e.a., *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief; een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging*, NIVEL, Utrecht 2011.
- 10 Zie in dit verband overigens ook de brief van de Minister van OCW met de kabinetsreactie op het Groenboek ‘Modernisering van de richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties’ van de Europese Commissie, Kamerstukken II, 2010-2011, 22112, nr.1213.

# Bijlage 12 Samenvatting gesprekken stakeholders en invitational conferences

I2

## Stakeholders

Bij de start van V&V 2020 zijn *informatieve* gesprekken gevoerd met stakeholders. In een latere, consultatieve fase, heeft de Stuurgroep de concept-resultaten in acht invitationals voorgelegd aan vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, vakbonden, brancheorganisaties, zorgorganisaties en onderwijsinstellingen. Hieraan namen in totaal 100 personen deel (zie overzicht in hoofdstuk 5 deel 5 bijlage 5). In het algemeen hebben de stakeholders waardering voor de aanpak van het project.

### INFORMERENDE GESPREKKEN

In de informerende gesprekken zijn doel en tijdspad van het project toegelicht. Met name spreekt het aan dat de beroepsbeoefenaars in een actieve rol worden geplaatst en worden aangezet om na te denken over hun toekomst, in relatie tot de eigen beroepsverantwoordelijkheid. Positief is men over de manier waarop de beroepsgroepen worden betrokken bij het ontwikkelen van de nieuwe profielen. De gekozen aanpak kan leiden tot een actievere rol van de beroepsgroep en tot verdere emancipatie.

### Adviezen:

- Focus op de inhoud van het beroep: welke rollen moeten verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden vervullen, wat hebben ze nodig om dit te kunnen doen?
- Houd rekening met profilering van het beroep op de arbeidsmarkt en de aantrekkelijkheid voor studenten (vo, vmbo, zij-instromers).
- Kijk naar afstemming met aanpalende en reeds lopende projecten.
- Kijk naar trends in de samenleving, bijvoorbeeld diversiteit. Zorg dat die een plek krijgen in de profielen.

## Invitationals

In de *consultatieve* ronde reageerden de stakeholders op de voorliggende conceptberoepsprofielen en waren de reacties bijgevolg veel specifiek van aard. Er waren per invitational grote verschillen in de reacties op de voorstellen, maar in het algemeen kan worden opgemerkt dat de profielen van de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist brede steun kregen. De meeste twijfel en kritiek bestond op de voorstellen van V&V 2020 inzake de beroepsbeoefenaar opgeleid op mbo-4-niveau: de zorgkundige.

### PATIËNTENORGANISATIES

Voor de toekomstige ouderenzorg en de zorg voor mensen met chronische aandoeningen wordt de verpleegkundige op hbo-niveau vanuit het patiëntenperspectief zeer wenselijk geacht. Ook geeft men aan dat er veel meer onderzoek nodig is. Men pleit voor een advies van de Gezondheidsraad betreffende alle aspecten van de beroepsgroepen, zoals staffmix, effecten van zorg en invloed op beleid. De samenwerking met mantelzorgers zal ook in de toekomst cruciaal zijn. Er is nog veel onduidelijkheid bij patiënten over wat verpleegkundig specialisten mogen en kunnen.

### ZIEKENHUIZEN

Over het algemeen wordt er positief gereageerd op het verpleegkundig beroepsprofiel en dat van de verpleegkundig specialisten. Er is waardering voor de zorgvuldigheid waarmee V&V 2020 te werk gaat. Punten van aandacht, kritiek en waardering:

- Leg meer nadruk in het profiel op loopbaanontwikkeling.
- Benadruk meer het multiprofessioneel handelen (o.a. binnen de ketenzorg).
- Uitdaging: regiefunctie voor verpleegkundigen.
- Bedrijfseconomisch valt hiermee winst te behalen.
- Steeds meer patiënten met comorbiditeit, daarbij zijn meerdere zorgverleners betrokken.
- De opnameduur wordt steeds korter, niet het hele zorgproces wordt per se in het ziekenhuis uitgevoerd, denk aan voor- en nazorg en zorggerelateerde preventie.
- Men kiest voor een carrière in de zorg. Het zou mooi zijn wanneer dit als uitdaging in het profiel opgenomen wordt.
- Goed dat de resultaatgebieden beschreven staan. De verpleegkundige beroepsgroep heeft veel ‘weggegeven’ de afgelopen jaren, het

is goed dat het nu helder wordt waar ze op aangesproken kunnen worden.

- Betrokkenheid bij landelijke en institutionele gremia is niet opgenomen in het profiel: verpleegkundigen kunnen invloed uitoefenen op verschillende niveaus.

#### **Over de implementatie van het profiel en 'de mbo-hbo-kwestie:**

- Ontwikkel een raamplan verpleegkunde voor de beroepsopleiding. Dit raamplan kan aangepast worden aan een veranderende context.
- Durf het 'het oude' los te laten en geef de verpleegkundige een regierol en de 'zorgkundige' (de naam vindt bijval) vooral de gestandaardiseerde zorg.
- Werk toe naar intensieve samenwerking tussen mbo-opgeleide en hbo-opgeleide professionals (teams) waarbij een duidelijk onderscheid bestaat tussen de beroepsuitoefening van beide groepen.
- Het is sterk aan de nieuwe profielen dat er geen nadruk meer ligt op de voorbehouden handelingen. Die vormen niet het kenmerkend onderscheid tussen niveaus van beroepsuitoefening.
- Let op de gevolgen voor de arbeidsmarkt. Ziekenhuizen vragen hbo-verpleegkundigen, zeker in 2020.
- De ontwikkelingen gaan zéér snel. Binnen het profiel moet hier goed rekening mee gehouden worden; sluit het aan bij de situatie in 2020?
- Zorg voor een goed transitie-model voor de huidige mbo-opgeleiden, maar laat je niet weerhouden van een goede keuze voor de toekomst. Leer van de ervaring van ziekenhuizen die succesvol functiedifferentiatie hebben ingevoerd.

#### **GGZ**

Binnen de branche wordt verschillend gedacht over de voorgelegde beroepsprofielen. Positief wordt gereageerd op het verpleegkundig beroepsprofiel en dat van de verpleegkundig specialist. Punten van aandacht, kritiek en waardering:

- Goed dat de CanMEDS-rollen worden gehanteerd; het zou uniek zijn als dit zou leiden tot een beroepscontinuüm.
- De definitie van verplegen heeft een kwaliteitsslag gemaakt.
- De nadruk op de rol van zorgverlener is goed. De zorg wordt steeds complexer, er is steeds meer sprake van comorbiditeit en bewegingen in de ketenzorg. De rol van de verpleegkundige als zorgverlener hierin is niet te onderschatten. Er moet wel een duidelijk onderscheid gevonden worden tussen de mbo- en de hbo-opgeleide professional in de rol van zorgverlener.

- Meer nadruk mag nog gelegd worden op ondersteuning van het zelfmanagement, en op de verschuiving van de klinische naar de ambulante setting.
- De verpleegkundige in de GGZ in 2020 werkt vooral ambulant.
- Binnen de GGZ en specifiek binnen de verslavingszorg is de multi-complexiteit van het gezinssysteem belangrijk. Verpleegkundigen moeten daarop kunnen anticiperen.
- Preventie en innovatie mogen zwaarder aangezet worden in het profiel.
- Op dit moment wordt er onvoldoende prikkel ervaren om evidence based te werken.
- Beroep wordt sterk inhoudelijk neergezet. Wat vraagt dit van de werkomgeving? Voor het opleiden is het van belang dat de werkomgeving ook leeromgeving is.
- Algemeen profiel legt basis voor de beroepsuitoefening, daarnaast bestaat behoefte aan een contextspecifieke vertaling.

V&V 2020 benadrukt beslist geen pleidooi te houden voor het vervangen van alle verpleegkundigen door hbo-opgeleiden! Het gaat om een goede balans in teams tussen mbo- en hbo-opgeleiden. De verwachting is juist kostenbesparing en efficiëntie door een betere benutting en combinatie van kwalificaties. De Stuurgroep maakt zich zorgen over de inzet van uitsluitend lager opgeleiden zonder dat is voorzien in toezicht en tussenkomst van gekwalificeerde professionals. Dit speelt vooral in de VVT-sector.

Er wordt veel waardering uitgesproken voor de invulling van het profiel voor de verpleegkundig specialist. Men wil graag dat de rol van hoofdbehandelaar in het profiel wordt beschreven. Men is van mening dat als de verpleegkundig specialist hoofdbehandelaar is deze een DBC moet kunnen openen. Geadviseerd wordt te zorgen voor een professioneel statuut op het niveau van de instelling. Dit statuut kan gekoppeld zijn aan het beroepsprofiel. Moet het niveau van de opleiding niet omhoog?

#### VERPLEEG-/VERZORGINGSHUIZEN, THUISZORG

In deze sector wil men graag meer hbo-opgeleide professionals, maar is bang dat door 'statusverlies' minder mensen voor het mbo zullen kiezen. Aandachtspunten:

- Kwetsbare ouderen graag nadrukkelijker zichtbaar maken.
- Psychogeriatricie komt te weinig terug in de stukken.
- Behoefte aan specialisatie bestaat alom.
- Goede aanpak, praktijkgericht.

- De angst dat de aantrekkelijkheid van het ‘mbo-beroep’ wegvalt als de titel ‘verpleegkundige’ komt te vervallen.
- Kijk naar KNMG-model.
- Het is wel waar dat ‘de mensen’ geen idee hebben: die denken dat de wijkzuster kousen aantrekt; wat dat betreft zou meer duidelijkheid erg goed zijn.
- Krijgen we wel genoeg mensen? Wordt er niet een arbeidsmarktprobleem gecreëerd in plaats van opgelost?
- Wat betekent de keuze die je maakt voor de kosten?
- Profielen moeten goed passen in de ontschotting die al gaande is, en die door zal gaan.

#### GEHANDICAPTENZORG

Het is goed dat bij de definitie van verplegen zelfmanagement genoemd wordt. Er mag nog meer nadruk komen op ondersteuning van participatie van cliënten in het maatschappelijk verkeer. De afgelopen jaren is de somatische gezondheidskant in de gehandicaptenzorg onderbelicht. Cliënten worden ouder en hebben complexe multiproblematiek. Gedrag- en gezondheidsproblemen nemen toe.

Het domein van de verpleegkundige is verplaatst naar de wijk, van intra- naar extramuraal. De meeste verstandelijk gehandicapte mensen – van ernstig tot matig gehandicapt – wonen extramuraal. De context is veranderd en verpleegkundigen worden te weinig voorbereid op deze ambulante rol. Er is volgens de aanwezigen weinig expertise binnen organisaties om het (problematische) gedrag te begeleiden. In de praktijk komt het erop neer dat hbo-opgeleide professionals ingezet worden op complexe zorg in de wijk. Zij bewaken en coördineren; ook de welzijnskant. Bij de mbo-opgeleiden gaat het meer over uitvoering van zorg, volgens standaarden en instructies. Ook in de gehandicaptenzorg heeft de verpleegkundig specialist (VS) zijn intrede gedaan. Door de schaarste aan artsen verstandelijk gehandicaptenzorg (AVG) zijn verpleegkundig specialisten opgeleid. Zij nemen taken van de AVG over. Direct na dit project zou een experiment (proeftuin) moeten worden opgezet om te kunnen beoordelen hoe de toepassing van de nieuwe profielen uitwerkt – een proeftuin gericht op een juiste staffmix. De VGN wil hierin graag samenwerken.

#### HBO

Het nieuwe profiel wordt gezien als een grote opdracht voor het hbo waar men graag de schouders onder zet. Punten van aandacht, kritiek en waardering:

- Waar is niveau NLQF 5 gebleven? Het werkveld vraagt veelal niveau 4+.
- Waarom begrip competenties opgegeven ten gunste van kennis en vaardigheden?
- Versterk de band V&VN met het hbo.
- Er is al veel samenwerking tussen hbo-opleidingen, breid die uit, inclusief input vanuit werkveld.
- Werk samen aan een raamplan.

Over de verpleegkundig specialist:

- De kracht zit in de generieke kernachtige beschrijving; bij sommige specialismen zijn de beschrijvingen nog te summier.
- Huidige indeling in vijf specialismen/gebieden (acuut, chronisch, intensief, ggz, preventief) voldoet niet. Er is vanuit instellingen vaak pressie op de VS om intensief te kiezen; dit is niet altijd in overeenstemming met de realiteit. De GGZ-VS heeft een heel eigen ontstaansgeschiedenis.
- Sommigen vinden twee jaar te kort voor de MANP-opleiding, maar algemeen is de opvatting dat het knelpunt niet zit in het onderscheid tussen verpleegkundige en verpleegkundig specialist, maar in het onderscheid mbo-hbo.

### Implementatie

Voor het onderwijs ligt veel werk bij het implementeren van de profielen in de onderwijsprogramma's. De zorg die de stuurgroep heeft over de kwaliteit van het onderwijs zal opgepakt worden door de hbo-v's om gezamenlijk een raamplan te maken voor een nieuw curriculum, waarbij de rol van zorgverlener een prominente plek krijgt.

### MBO

De beroepsprofielen verpleegkundige en verpleegkundig specialist krijgen niet veel commentaar, maar de voorgestelde wijzigingen in het beroepenhuis leiden tot grote zorg bij vertegenwoordigers van de MBO Raad. Andere aanwezigen zien wel kansen. Er wordt twijfel geuit over de representativiteit van de resultaten van de rondetafels, en daarmee aan de validiteit van de resultaten. Men is bang voor verlies van doorgroeimogelijkheden en doorstroom van mbo naar hbo, en verlies van leerlingen, die een andere beroepskeuze zullen gaan maken. Ook wordt gevraagd wat nu precies het probleem is dat twee opleidingen tot de titel verpleegkundige leiden. Enkele aanwezigen vinden dat in deze kwestie meer vanuit een gevoel dan vanuit de realiteit is gehandeld. Een ander punt is hoe V&V 2020 zich verhoudt tot de nieuwe

kwalificatiestructuur die het mbo momenteel ontwerpt in opdracht van OCW.

In reactie wijst V&V 2020 erop dat ook in de toekomst de zorgkundige (mbo-4 opgeleid, indien allround: associate degree) van cruciaal belang zal blijven, en dat het dus belangrijk is zo veel mogelijk jongeren de keuze voor de zorg (juist ook op mbo-niveau!) te helpen maken. Het gaat erom op basis van de profielen, die vanuit de beroepspraktijk en met inzichten uit wetenschappelijk onderzoek zijn geschreven, aantrekkelijke onderwijsprogramma's voor het mbo en het hbo te ontwikkelen. Een taskforce krijgt als opdracht de gevolgen van de huidige voorstellen in kaart te brengen, en zo veel mogelijk lopende veranderingstrajecten te combineren, om in de richting van de twee betrokken ministeries (OCW en VWS) gezamenlijk te kunnen opereren. Dit idee vindt breed steun, zonder dat de aanwezigen zich wensen te committeren aan de keuzes van V&V 2020. Ook het idee van 'proeftuinen', waarin de gevolgen van het nieuwe beroepenhuis in praktijk kunnen worden gebracht en onderzocht, vindt bijval.

#### VAKBONDEN

In het gesprek met de vakbonden vinden op een aantal punten fundamentele discussies plaats.

- Wat is de rol van de werkgever? Gaat hij de profielen valideren? Werkgever komt in de profielen nauwelijks aan bod.
- Hoe gaan we de mbo'er noemen? Wat zijn de gevolgen voor mbo'er?
- Er is (in deze concepten) nog weinig verschil te zien tussen hbo- en mbo-opgeleide professional.
- Kijk naar de behoefte in het veld.
- Houd rekening met wat de markt vraagt.
- Werkgevers en werknemers moeten aangeven welke beroepsbeoefening nodig is.
- Werkgevers willen geen hbo'er aan het bed, daar willen ze mbo'er.
- Onderscheid hbo-mbo moet ook in tuchtrecht gemaakt worden.

#### Conclusie V&V 2020

De invitationals hebben een belangrijke rol gespeeld bij het beoordelen van het draagvlak voor de voorstellen van V&V 2020. Voor de profielen van de verpleegkundige en verpleegkundig specialist is een redelijk draagvlak. Wat betreft de voorgestelde veranderingen ten aanzien van de verpleegkundige mbo en verzorgende IG en zorgkundige zijn de meningen verdeeld. Bovendien maakten de ontmoetingen duidelijk dat het 'eigenaarschap' van de beroepsprofielen van verpleegkundigen



en verzorgenden door uiteenlopende partijen wordt geclaimd. Het heeft voor V&V 2020 de behoefte aan duidelijkheid in de verhoudingen, ook op macroniveau, extra benadrukt. Voor V&V 2020 is duidelijk dat de beroepsbeoefenaren verantwoordelijk zijn voor de beroepsprofielen. Op hun beurt richten het onderwijs en de zorginstellingen op basis van de profielen hun onderwijsprogramma's respectievelijk functiegebouwen in. De rol van de beroepsvereniging vraagt om een wettelijke verankering. De invitationals zijn onmisbaar geweest, zowel voor het leggen van extra accenten als voor het opstellen van een toekomstagenda voor V&V 2020.

### Bekwaamheid en NLQF

Bij het beschrijven van de bekwaamheden van de BIG voor de beroepsgroepen verpleegkundigen, verplegenden en verpleegkundig specialisten is het Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren (European Qualifications Framework for Life Long Learning, afgekort EQF) als referentiepunt gekozen. Om een goede koppeling van de Nederlandse situatie aan het EQF mogelijk te maken, is een nationaal kwalificatiekader ontwikkeld, het NLQF.

#### WAT IS HET NLQF?

Het Nederlands kwalificatiekader (NLQF) is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus in Nederland van basiseducatie niveau 1 tot en met het doctoraat. Kwalificaties worden ingeschaald in de niveaus van het NLQF en krijgen daarmee een niveauaanduiding (tabel 13.1). Het NLQF is een nieuwe beschrijving van de Nederlandse kwalificatieniveaus; het is geen herziening van het Nederlands onderwijsstelsel. Het kader is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap en tot stand gekomen in nauwe samenwerking met experts en stakeholders op het terrein van onderwijs en opleiding. Het kader bestaat uit een instroomniveau gevolgd door 8 niveaus. Waarbij niveau 1 het minst complex en niveau 8 het meest complex is. Het NLQF verhoogt de transparantie in de wereld van opleiding en training in Nederland, maar doet ook veel niet. Het is geen herziening van het Nederlandse onderwijsstelsel. Een NLQF-niveau-aanduiding geeft geen recht op titels of graden. NLQF-niveaus zijn niet gebonden aan onderwijssectoren. In- en doorstroomrechten worden niet geregeld in het NLQF. Het Nederlandse kwalificatiekader biedt de mogelijkheid aan aanbieders van niet door de overheid gereguleerde kwalificaties om hun opleidingsprogramma's en kwalificaties te laten inschalen in een niveau van het NLQF. Hiervoor zijn de benodigde procedures en criteria ontwikkeld. Het NLQF heeft

als doel om de arbeidsmobiliteit te vergemakkelijken door inzicht te geven in de niveaus van alle bij het Nationaal Coördinatiepunt NLQF opgenomen kwalificaties in het NCP-register. Daarnaast vormt het een stimulans om de deelname aan een leven lang leren te vergroten.

#### SLEUTELBEGRIPPEN VOOR NIVEAUBESCHRIJVING

Voor beschrijving van de niveaus gebruikt men de sleutelbegrippen: *context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.*

##### **Context**

De contextbeschrijving is samen met de kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden.

##### **Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid**

Het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen.

##### **Kennis**

Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het verpleegkundig beroep (en de deskundigheidsgebieden).

##### **Vaardigheden**

Cognitieve vermogens (logisch, intuïtief en creatief denken) en praktische vermogens (psychomotorische vaardigheden in toepassing van methodes, materialen, hulpmiddelen en instrumenten), om binnen een gegeven context:

- kennis te reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
- problemen te herkennen en op te lossen;
- zich te kunnen ontwikkelen als beroepsbeoefenaar, zelfstandig of met begeleiding;
- informatie te verkrijgen, verzamelen, verwerken, combineren, analyseren en beoordelen;
- te communiceren op basis van in de werk-/beroepscontext geldende conventies.

Tabel 13.1 EQF/NLQF in schema					
EQF NLQF	Volwasseneneducatie	Vmbo	Mbo	Havo/vwo	Ho
8					Doctoraat
7					Master
6					Bachelor
5	Vavo-vwo			Vwo	AD degree
4	Vavo-havo		Mbo-4	Havo	
3			Mbo-3		
2	Vavo-vmbo tl BasisEdu. 3	Vmbo kb, gl en tl	Mbo-2		
1	Basis Edu. 2	Vmbo bb	Mbo-1		
Instroomniveau	Basis Edu. 1				

Indien een kenniscentrum van mening is dat voor een individuele kwalificatie een andere inschaling is gewenst, dan kan dit bij het Nationale Coördinatiepunt NLQF worden aangevraagd.

Beroep	<p>Het beroep van verpleegkundige artikel 3 Wet BIG.</p> <p>Het beroep van zorgkundige artikel 34 Wet BIG.</p> <p>Het beroep van verpleegkundig specialist artikel 14 Wet BIG</p>
Beroepsdeelprofiel	Beschrijving van het beroepsdeel als een specifiek expertisegebied van het beroep van verpleegkundige of verzorgende.
Beroepsprofiel	Het beroepsprofiel is een beschrijving van het domein waarbinnen het beroep wordt uitgeoefend, de kern van het beroep en de competentiegebieden die kenmerkend zijn voor de uitoefening van het beroep uitgewerkt in kennis, vaardigheden en attitude.
Competentie	Een combinatie van kennis, vaardigheden en houding die nodig is om adequaat te handelen in specifieke beroepssituaties. Competenties zijn contextgebonden.
Deelgebieden	<p>Term die wordt gehanteerd door het VBOC voor de deelgebieden binnen de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten.</p> <p>De deelgebieden zijn: preventieve zorg (voorkomen), acute zorg (behandelen), intensieve zorg (behandelen en begeleiden), chronische zorg (begeleiden en ondersteunen) en geestelijke gezondheidszorg.</p>
Deskundigheid	Het geheel aan competenties dat nodig is voor het uitoefenen van een beroep of op een specifiek expertisegebied.
Deskundigheidsgebied	De competenties die zijn vereist om het beroep van verpleegkundige of verzorgende uit te oefenen, zoals vastgelegd in het door V&VN erkende beroepsprofiel.

Deskundigheidsgebied beroepsdeel	De specifieke competenties die zijn vereist om het beroep van verpleegkundige of verzorgende uit te oefenen binnen een beroepsdeel, zoals vastgelegd in een door V&VN erkend beroepsdeelfprofiel.
Deskundigheidsgebieden in het Kwaliteitsregister V&V	Onderdelen van het Kwaliteitsregister V&V waarin verpleegkundigen en verzorgenden kunnen vastleggen op welke wijze zij hun specifieke deskundigheid onderhouden.
Kennissen	Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met een beroep of een kennisdomein.
Kwaliteitsregister V&V	Het register van de beroepsgroepen Verpleegkundigen en Verzorgenden, waarin verpleegkundigen en verzorgenden kunnen vastleggen op welke wijze zij hun deskundigheid onderhouden. De eisen die het register stelt, zijn gebaseerd op het beroepsprofiel.
Vaardigheden	Cognitieve vermogens en praktische vermogens <sup>[22]</sup> om binnen een gegeven context: kennis te reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toe te passen in een beroep of kennisdomein; problemen te her- en onderkennen en op te lossen; zich te kunnen ontwikkelen, zelfstandig of met begeleiding; informatie te verkrijgen, verzamelen, verwerken, combineren, analyseren en beoordelen; te communiceren op basis van de in de context geldende conventies.*
Vervolgopleiding	Aanvullende opleiding (op de initiële opleiding) waarin een verpleegkundige of verzorgende specifieke competenties verwerft.
Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid	Het bewezen vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werk- en studieresultaten en/of dat van anderen.

\* Onder cognitieve vermogens verstaan we logisch, intuïtief en creatief denken. Onder praktische vermogens verstaan we psychomotorische vaardigheden bij het toepassen van methodes, materialen, hulpmiddelen en instrumenten.









