



# Bijlagen

**V&V** 2020  
VERPLEEGKUNDIGEN  
& VERZORGENDEN

DEEL  
**5**

---

# Bijlagen

Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020  
Deel 5

---

# Colofon

©

V&V 2020 Deel 5 Bijlagen

Overige delen V&V 2020:

**Deel 1 Leren van de toekomst**

**Deel 2 Beroepsprofiel zorgkundige**

**Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige**

**Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist**

**Deel 5 Bijlagen**

Utrecht, 8 maart 2012

Redactie:

**Drs. Johan Lambregts**

**Drs. Ans Grotendorst**

Eindredactie:

**Drs. Cuno van Merwijk**

Fotografie:

**Guus Pauka en drs. Johan Lambregts**

Ontwerp omslag:

**Rob de Visser**

---

# 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 terzake 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 Grotendorst en Sjef 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 Hoofdstuk 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.

---

# Inhoudsopgave

<b>1. Plan van aanpak V&amp;V 2020</b>	<b>5</b>
Op weg naar een nieuw beroepsprofiel van verpleegkundigen en verzorgenden	
<b>2. Projectorganisatie</b>	<b>9</b>
Stuurgroep, projectgroep, geconsulteerde deskundigen	
<b>3. Overzicht presentaties en bijeenkomsten</b>	<b>19</b>
Rondetafelbijeenkomsten, consultaties deskundigen, 'stakeholders'	
<b>4. Rondetafelbijeenkomsten verpleegkundigen</b>	<b>22</b>
Ontwikkelingen en spanningsvelden <i>Drs. R. Kieft, Drs. A. Grotendorst, Drs. J.A.M. Lambregts</i>	
<b>5. Rondetafelbijeenkomsten verzorgenden</b>	<b>28</b>
De verzorgende van de toekomst <i>Drs. M. de Been, G. van Brummelen, Drs. A. Grotendorst, Drs. J.A.M. Lambregts</i>	
<b>6. Rondetafelbijeenkomsten verpleegkundig specialisten</b>	<b>33</b>
Zo zien verpleegkundig specialisten hun beroep in 2020 <i>Ir. S.C. van Bronkhorst, Drs. J. van den Berg, Drs. A. Grotendorst, Drs. J.A.M. Lambregts</i>	
<b>7. Samenvatting NIVEL-achtergrondstudie 1</b>	<b>36</b>
Vraag en- aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland <i>Dr. L.F. van der Velden, Prof. dr. A.L. Francke, Dr. R.S. Batenburg</i>	
<b>8. Samenvatting NIVEL-achtergrondstudie 2</b>	<b>45</b>
Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief <i>Dr. P. Mistiaen, Drs. M. Kroezen, Dr. M. Triemstra, Prof. dr. A.L. Francke</i>	
<b>9. Historielijn van een beroepsprofiel</b>	<b>53</b>
<i>Drs. A. Grotendorst</i>	
<b>10. De lijnen van het speelveld: wetten en regels</b>	<b>61</b>
<b>11. Juridische aspecten van de voorgestelde beroepsstructuur</b>	<b>64</b>
<i>Prof. mr. J.K.M. Gevers</i>	
<b>12. Samenvatting gesprekken met stakeholders V&amp;V 2020</b>	<b>80</b>
<b>13. Bekwaamheid en NLQF</b>	<b>87</b>
<b>14. Begrippenkader</b>	<b>90</b>

---

# **Bijlage 1**

**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 1 staat helemaal in het teken van 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&V2020 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 10 jaar.

**Studie 2:** onderzoek naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging in internationaal perspectief. Het is voor V&V2020 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&V2020

### Half juni - eind juli 2010: voorbereiding en planning activiteiten fase 1

- Voorbereiden, plannen, uitnodigen tbv rondetafelbijeenkomsten
- Opstellen uitnodigingen aan besturen, afdelingen en personen binnen en buiten V&VN.
- Voorbereiden, plannen, uitnodigen tbv van de focusgroepen (invitationaal, persoonlijk)
- Voorbereiden en plannen van consultatieve gesprekken met VWS en werkgevers
- Voorbereiden en uitnodigen hbov-studenten voor case study's (via opleiders en studenten V&VN)
- Opzetten webpagina (of website) tbv dit project - koppelen aan V&VN- en Stingsites
- Kiezen van moderatoren 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 1 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 1 dagdeel. Eerste ronde: uitwisseling over zorgvragergebonden 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 te voren 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 (bijlage 3)

2 bijeenkomsten, van 16.00 tot 20.30, inclusief eenvoudig buffet.

Centrale vraag: welke ontwikkellijnen zien lectoren en hoogleraren 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 gesprekrondes met: RvZ, Zorgverzekeraars, Onderwijs brancheorganisaties en werkveld.

**Fase 3 =** brede raadpleging concept nieuwe beroepsprofielen.

---

## **Bijlage 2**

**Projectorganisatie  
Geconsulteerde deskundigen en stakeholders  
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 Francisziekenhuis 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 diner pensants, bijeenkomsten, maar ook individueel werden 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. Elisabethziekenhuis 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 drs. 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 drs. A.L. van Staa, lector Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam
  - Mevrouw K.C. Timm, MANP, verpleegkundig specialist, IJssellandziekenhuis
  - 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 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 van 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 HBOV 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, senior adviseur
- Mevrouw 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. Sleen, 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/hoofdopleider 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, verzorgingshuizen 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, Zonnehuisgroepnoord
- 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 woonzorg groep
- 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 drs. 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 leidinggevendenden, 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 coachings traject Excellente Zorg
18 januari 2012	Bijeenkomst stuurgroep
13 januari 2012	Invitational conference VVT
25 januari 2012	Invitational conference HBO
02 februari 2012	Invitational conference MBO
15 februari 2012	Invitational conference gehandicaptenzorg
20 februari 2012	Bijeenkomst stuurgroep
8 maart 2012	Eindcongres

---

# **Bijlage 4**

## **Samenvatting**

### **Hoofdpijnen uit de rondetafelbijeenkomsten Oktober 2010 - Mei 2011**

Deelproject verpleegkundigen

Drs. A.M.M. Kieft  
Drs. A. Grotendorst  
Drs. J.A.M. Lambregts

Het volledige rapport is te downloaden via [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)

---

## 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 - 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 is dat onder 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 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 / 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 verzakelijk 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 efficiëntie, 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?



---

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 een ander been te staan. 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 meegeemaakt? 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?

<sup>1</sup> L. de Caluwé en H. Vermaak (2006): *Leren veranderen: Een handboek voor de veranderkundige*. Deventer, Kluwer.

<sup>2</sup> 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 beroepsdomeinen verdwijnen en een afgeslankte beroepenstructuur blijft over.

---

## **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 ooral 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, kaf en koren staan door elkaar, 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 (verwacht men) 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 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?

<sup>3</sup> Zie ondermeer <http://www.tno.nl>

---

### **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 ontplooien?
- 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?

---

# **Bijlage 5**

## **Samenvatting**

### **De verzorgende van de toekomst Rondetafelbijeenkomsten verzorgenden januari-oktober 2011**

Drs A.M. de Been  
G. van Brummelen  
Drs. A. Grotendorst  
Drs. J.A.M. Lambregts

Het volledige rapport is te downloaden via [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)

---

## Ontwikkelingen en spanningsvelden

Uit de gesprekken is een duidelijke rode draad te halen, 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 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 te kort.'

De Zorgzwaarte Pakketten 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 gebruik gemaakt 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 in veel zorgorganisaties een sterke daling van het gemiddelde opleidingsniveau op een afdeling of in een team de afgelopen jaren. 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 ruggespraak 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 bijvoorbeeld 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 V,V en 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 zorgketen**

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 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 etc.. 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 mondig 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- begrenst 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 bv familie. Sommige zaken kun je beter in een persoonlijk gesprek afhandelen.

Ook cliënten en patiënten maken veel gebruik van internet en email, 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.

---

## **Bijlage 6**

### **Samenvatting**

#### **Zo zien verpleegkundig specialisten hun beroep in 2020 Historielijn en uitkomsten rondetafelgesprekken**

Ir. S.C. van Bronkhorst  
Drs. J. van den Berg  
Drs. A. Grotendorst  
Drs. J.A.M. Lambregts

Het volledige rapport is te downloaden via [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)

---

## 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 een belangrijke taak het - op basis van haar of zijn deskundigheid - 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 Behandel Centra, 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 tweedelijns wordt verwezen.

---

# Bijlage 7

## **Samenvatting, aanbevelingen en conclusies**

Vraag- en aanbodontwikkelingen in de  
verpleging en verzorging in Nederland  
Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen

Dr. L.F. van der Velden  
Prof. dr. A.L. Francke  
Dr. R.S. Batenburg

Uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&V 2020

2011

Volledig rapport te downloaden via [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

---

## 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 mondig 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 vervolgoopleidingen 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 zorgprofessionals 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 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 geven echter aan dat schijn bedreigt: 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 [3], Prismant [5], het CBS [32] en AZWinfo [33]). 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 [5] 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 [28]. 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 bij de aan de grootstedelijke regio's grenzende regio's tekorten [5].

Ook de meest recente *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* van het RIVM [3] 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 "dreigend 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 uit 2010 [11]. 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 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 [48] 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 voornoemde 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, (2) en 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) [62] 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 [63], tussen huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, tussen medisch specialist en verpleegkundig specialist op de polikliniek, tussen Arts Verstandelijk Gehandicapten 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 (zie hoofdstuk 1) 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* (o.a.

[6,27,30,34,48]). 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* (o.a. [47,48]) 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 [4,33]. 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 [47,48]. Zorginstellingen dienen daarbij er 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 (o.a. [6,27,30,48]) 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 [30]. 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 als 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* (o.a. [5,20,30,48,55]). 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 Zorginnovatie-platform [48] 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 ROCs inmiddels aan een betere doorstroom en aansluiting van mbo naar hbo.

Daarnaast pleit de RVZ [20] 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 [64,65] 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. [64] 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 zijn een belangrijke succesfactor.

- Tevens wordt aanbevolen om te *investeren in vervolgoopleidingen en bij- en nascholing*. Onder andere de RVZ [20] 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 ontplooiën 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 (o.a. [7,20,48]) 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 in-

---

vullen van professionele verantwoordelijkheid is het van belang dat werkgevers het verschil tussen mbo- en hbo-opgeleid zorgpersoneel expliciteren en benutten [48]. 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 (o.a. [19,20,48,56,62]) 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 [56] 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 (zie ook [20]).
- Meer aandacht voor efficiëntie betekent ook een *groeijende noodzaak tot samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, zoveel mogelijk in 'de buurt' van de zorgvrager*. Bijvoorbeeld de RVZ [66] 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 zieken plaatsvindt en waarbinnen ook poliklinische voorzieningen zijn geïntegreerd.

In een recente beleidsbrief [67] geven ook minister Schippers en staatsecretaris Veldhuizen van Zanten aan dat integrale zorg en samenwerking tussen professionals in de buurt van de zorgvrager van groot belang is: het zou 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 (o.a. [20,21,67,68,69]) 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* [20,21,68,69]. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maken 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 [20,21,68,69]. Ondersteuning van zelfmanagement is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg binnen de programmatische aanpak van chronische ziekten die de Nederlandse overheid voorstaat [67]. 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 [68]. 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 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, leefstijlbevordering en zelfmanagementondersteuning. Wel wordt bijvoorbeeld door de RVZ [20] 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 [70]. 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 bachelors-opleiding (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.

---

## **Bijlage 8**

Samenvatting,  
conclusie, discussie en aanbevelingen

### **Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief**

Een literatuurstudie naar rollen en posities van  
beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging

Dr. P. Mistiaen  
Drs. M. Kroezen  
Dr. M. Triemstra  
Prof. dr. A.L. Francke

Uitgevoerd door het NIVEL in het kader van V&V 2020

2011

Volledig rapport te downloaden via [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

---

## 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 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 lan-

- 
- den 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 (bv. meer personeel per patiënt, meer hoger gekwalificeerd personeel)?

**In hoofdstuk 2** 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** bleek dat in alle besproken landen grosso modo drie categorieën professionals in de verpleging en verzorging te onderscheiden zijn: de 'basis'-verpleegkundigen, 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 beiden leiden tot een zelfde titel en een zelfde soort functie. Het percentage mensen dat een initiële hbo/bachelors opleiding volgt tot verpleegkundige varieert van circa 1% in Duitsland, 20% in de UK, 25% in Canada, 34% in de USA tot 56% in België. Overall 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 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 moe-



---

ten 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 bachelors-niveau 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 (masters/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 (bv. physician assistant) als aan de onderkant van het zorgspectrum (bv. 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/ 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 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 burger/zorgvrager het haast onmogelijk is inzicht te hebben in het scala aan zorgverleners waarmee ze te maken hebben en wat ze er van kunnen verwachten.

**In hoofdstuk 4** 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. 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: bv. ministeriële instanties of beroepsverenigingen.

**In hoofdstuk 6** 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** 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 bachelors niveau. 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** 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** geeft een twintigtal literatuurstudies naar het effect van anders samengestelde verpleegkundige/verzorgende bezettingen (bv. 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 meer 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 kenmer-

---

ken 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 vervolgonderzoek 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, etc. De diversiteit speelt zowel bij de verpleegondersteunende beroepen als bij categorie van de basisverpleegkundigen als bij de meer gespecialiseerde functies. Een zelfde 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 er veelal geen statistieken bij gehouden 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 California 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 en men hierdoor 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 bachelors-opleiding als minimum te zien voor een verpleegkundige, om aldus adequaat 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 beroepen een noodzakelijke en essentiële groep is 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 eerder genoemde 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 [1]. 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 altijd ook 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 voor de categorie verpleeg-ondersteunende beroepen.

Deze duidelijkheid is nodig om het beroep te profileren naar andere beroepsgroepen en naar de patiënt. Dit zal er toe bijdragen om de introzin van dit rapport ‘a nurse is not a nurse’, om te 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 [2], waarin criteria zijn opgesteld waaraan een opleiding tot verpleegkundige moet voldoen (o.a. 10 jaar onderwijs voorafgaand aan toelating tot de opleiding, is een voltijdse opleiding van tenminste 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 [3]. 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 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.

---

## **Bijlage 9**

### **Historielijn van een beroepsprofiel**

Ans Grotendorst

Een bewerking van deze bijlage is gepubliceerd in TVZ nummer 5, oktober 2011  
Verleden heb je, toekomst moet je maken.  
Marc Andries

---

## Historielijn van een beroepsprofiel

Met het project Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (V&V2020)<sup>4</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>5</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 19e 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 dienst-verlenings- 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.

<sup>4</sup> Project Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Leren van de toekomst. Onder regie van V&VN, in opdracht van het ministerie van VWS.

<sup>5</sup> 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.

---

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:

- het vaststellen dat er sprake is van één verpleegkundig beroep
- 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 *patiëntentoe wijzing*, 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>6</sup>.

### **Wet BIG**

Inmiddels vinden volop voorbereidingen plaats voor de Wet op de Beroepen in de Individuele Zorg (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), assisterend/ helpend beroepsbeoefenaar (derde functieniveau). Het begrip ‘deskundighedsniveau’ 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.

<sup>6</sup> 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.

---

De zojuist van kracht geworden Wet Educatie en Beroepsonderwijs blijkt dominant te zijn in de ordening van beroepskwalificaties<sup>7</sup> die de commissie kiest - een ordening die op het moment van totstandkoming van de WEB in feite al is verouderd.<sup>8 9</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 verlenen, 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.

<sup>7</sup> Kwalificatieniveau 1 t/m 4 vormen het mbo, met kwalificatieniveau 5 wordt het hbo aangeduid.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Bovendien was het SEDOC niet bedoeld voor indeling in kwalificatieniveaus. Zie rapport A. Westers (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.”

---

## 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 inhoud 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 òf te hoge eisen (aan mbo'ers) òf men doet 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>10</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 V&VN. De nieuwe beroepenstructuur 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. (Zie interview met Odile Frauenfelder, elders in het blad). 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.

<sup>10</sup> De hbo-v's nemen daarmee afstand van de mbo-ordening in deelkwalificaties, zoals beschreven in *Gequalificeerd voor de Toekomst*. Zij kiezen, binnen de kaders van de Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek, voor een onderscheidende 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.

---

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&V2020 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 aan het EQF mogelijk te maken<sup>11</sup>, is een nationaal kwalificatiekader ontwikkeld, het NLQF. Voor beschrijving van de niveaus gebruikt men de sleutelbegrippen: context, kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

<sup>11</sup> Het gaat dus om koppeling aan, niet om herziening van het onderwijsstelsel

---

## Bronnen, 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/Vakdossiers/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

---

## **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 er een 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 gezondheidstoestand, nodig om toestemming te geven voor onderzoek of behandeling 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 kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag. In de wet staat beschreven aan welke kwaliteitseisen zorginstellingen moeten voldoen. De wet verplicht 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 geestelijke gezondheidszorg in voorbereiding.

### ***Wet cliëntenrechten zorg***

Met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) wil het kabinet de rechtspositie 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 11**

## **Juridische aspecten van de voorgestelde beroepsstructuur**

Prof. mr. J.K.M. Gevers

Emeritus hoogleraar gezondheidsrecht

Academisch Medisch Centrum  
Universiteit van Amsterdam

Alkmaar, februari 2012

---

# Inhoud

1. Inleiding
2. Vormgeving van de voorgestelde beroepsstructuur in de huidige beroepenwetgeving
  - 2.1 De verpleegkundige
  - 2.2 De zorgkundige
3. Overige juridische aspecten
  - 3.1 Kwaliteitsborging en tuchtrecht
  - 3.2 Voorbehouden en andere risicovolle handelingen
  - 3.3 Verantwoordelijkheidsverdeling en samenwerking
  - 3.4 Normering, toezicht en handhaving
  - 3.5 Beroepsuitoefening in andere EU-lidstaten
4. Slotbeschouwing

---

## 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>12</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 (par. 2.1) en vervolgens ten aanzien van de zorgkundige (par. 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, voorbehouden handelingen en afstemming van verantwoordelijkheden. Die vragen komen in par. 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 (par. 4) wordt geresumeerd wat de verschillen zijn in de beoogde wettelijke positie van de verpleegkundige respectievelijk van zorgkundige en wat de belangrijkste wijzigingen van de huidige regelgeving zijn die nodig zijn om die posities te realiseren.

<sup>12</sup> Een andere optie is het beoogde, nieuwe art. 34 beroep aan te duiden als 'verpleegkundige MBO'; de titel van de de HBO-opgeleide verpleegkundige (te regelen in het kader van art. 3 Wet BIG) zou dan worden 'verpleegkundige BA'

---

## 2. Vormgeving van de voorgestelde beroepsstructuur in de huidige beroepenwetgeving

### 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 verpleegkunde opleiding 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:

- 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;
- ook het minimaal aantal uren voor theoretisch respectievelijk praktisch onderwijs genoemd in art. 3 lid 2 zal vermoedelijk bijstelling behoeven;
- volgens art. 3 lid 3 moet het theoretisch en praktisch onderwijs tenminste voldoen aan de eisen gesteld in punt 5.2.1 van Bijlage V van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties; 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;
- 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 par. 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;

- 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;

- 
- 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;
  - 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 meest eenvoudig 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 par. 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 par. 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.

Opmerking verdient 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.

Tenslotte kan het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundige zijn weerslag hebben op de huidige regeling van de herregistratie van verpleegkundigen. 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 par. 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.

Omdat 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 niveau-verschil met de hbo-opgeleiden.

## **2.2 De zorgkundige**

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.

Voor wat betreft het deskundigheidsgebied van de nieuwe 'zorgkundige' zijn van belang de omschrijving van het oude (huidige) deskundigheidsgebied van de verpleegkundige (zie hierboven in par. 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 par. 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 par. 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>13</sup>

Tenslotte 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 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:

- De keuze voor een 3-jarige opleiding rechtvaardigt enerzijds dat de huidige mbo-verpleegkundige (die een 4-jarige 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).

<sup>13</sup> 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



- 
- 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 3-jarige 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 par. 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.

Omdat 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.

### **3. Overige juridische aspecten**

#### **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 voor 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>14</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.

<sup>14</sup> Inmiddels speelt bij bepaalde categorieën verpleegkundigen ook de zelfstandige indicatiebevoegdheid ten aanzien van enkele voorbehouden handelingen een rol.

---

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 zorgt draagt 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 par. 2.2 besproken deskundigheidsgebied van de zorgkundige). Anderzijds wordt met het buiten het bereik van het tuchtrecht laten van de zorgkundige voorkomen dat de hij/zij wordt getoetst aan beroepsnormen die de in opleiding verkregen beroepskwalificaties te boven gaan.

---

### 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), zijn 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 een zelfde 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>15</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>16</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, catheterisaties en/of het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Een dergelijk besluit ver-

<sup>15</sup> 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

<sup>16</sup> Besluit van 21 december 2011, in werking getreden op 1 januari 2012

---

eist 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 verpleegkundige 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 huidige 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.

### **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 par. 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 duidelijk afbakening van verantwoordelijkheden en taakverdeling. Art. 3 Kwaliteitswet zorginstellingen spreekt in dit verband over het zorgen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling 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 (par. 2.1) respectievelijk de nieuwe zorgkundige (par. 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 situatie gebonden zijn.

In dit verband zij ook gewezen op de toekomstige Wet cliëntenrechten zorg die onder meer de Kwaliteitswet zorginstellingen moet gaan vervangen.<sup>17</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

<sup>17</sup> Kamerstukken II, 2009-2010, 32402, nrs. 2-3

---

wordt vastgelegd, met in achtneming van de onderscheiden kwalificaties en deskundigheidsgebieden van beide beroepen.

### 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 voldaan wordt; het streven naar kostenreductie en de daarmee gepaard gaande verschraling in de zorg (gecombineerd met de ruimte die functionele omschrijving van zorgaanspraken biedt) zouden er bijvoorbeeld toe leiden dat in veel sectoren steeds meer voorbehouden handelingen worden uitgevoerd door zorgverleners zonder gedegen basisopleiding.<sup>18</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>19</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 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. Tenslotte zal de inspectie erop moeten toezien dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid in dit opzicht waarmaken en handhavend moeten optreden waar de bekwaamheidseis wordt uitgehold.

<sup>18</sup> J.C.J.Dute e.a., o.c., p.76.

<sup>19</sup> Zie voor wat betreft de WCZ Kamerstukken II, 2009-2010, 32402, nr.3, p.43-45

---

### 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 zg. 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>20</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 par. 2.1).

Voor de nieuwe zorgkundige ligt het aanspraak maken op die automatische erkenning - mede gelet op de genoemde trend tezamen met de beoogde 3-jarige opleidingsduur - niet meer voor de hand, zoals reeds werd aangegeven in par. 2.2. In het op grond van art. 60 van de Richtlijn aan de Europese Commissie uitgebracht 2-jarig verslag over de jaren 2008-2009 geeft de regering wel als knelpunt aan dat de Europese minimum opleidingseisen voor o.a. 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>21</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 minimum opleidingseisen in de betreffende EU richtlijn vertaling zal gaan vinden, is het beter hierin een 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.

<sup>20</sup> Zie P.Mistiaen e.a., Verpleegkundigen in verzorgenden in internationaal perspectief; een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging, NIVEL, Utrecht 2011.

<sup>21</sup> 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

---

## 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

---

## **Bijlage 12**

**Samenvatting gesprekken stakeholders  
en invitational conferences**

**V&V 2020**



---

## 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 Deel 5 bijlagen). 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 beroepsbeoefenaren 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 invitationals 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.

### 1. 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.

---

## 2. 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 hele zorgproces wordt perse 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 zijn 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 beiden.
- 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.

---

### 3. 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 CanMEDSrollen 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?

---

#### 4. 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.
- Psychogeriatricatie komt te weinig terug in de stukken.
- Behoeftte 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.

#### 5. 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 er op 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 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 staff-mix. De VGN wil hierin graag samenwerken.

---

## 6. 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 te beschrijvingen nog te summier.
- Huidige indeling in vijf specialismen/gebieden (acuut, chronisch, intensief, ggz, preventief) voldoet niet. Er is vanuit instellingen vaak pressie op 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 verpleegkundige/ verpleegkundig specialist, maar in 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.

## 7. 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 aan 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 verpleegkundigen 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 zoveel 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 in-

---

zichten 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 zoveel mogelijk lopende verandertrajecten 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.

## 8. 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 beroepsbeoefenaar 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. Voor 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.

---

## **Bijlage 13**

### **Bekwaamheid en NLQF**

---

## 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. 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 in 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 levenlang 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

<b>EQF / NLQF in schema</b>					
EQF NLQF	Volw.Educatie	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	BasisEdu. 2	Vmbo bb	Mbo-1		
Instream niveau	BasisEdu. 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.

---

# **Bijlage 14**

## **Begrippenkader**

Beroep	Het beroep van verpleegkundige artikel 3 Wet BIG Het beroep van zorgkundige artikel 34 Wet BIG Het beroep van verpleegkundig specialist artikel 14 Wet BIG
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.
Beroepsdeelprofiel	Beschrijving van het beroepsdeel als een specifiek expertisegebied van het beroep van verpleegkundige of verzorgende
Deelgebieden	Term die wordt gehanteerd door het VBOC voor de deelgebieden binnen de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten. De deelgebieden zijn: Preventieve zorg (voorkomen), Acute zorg (behandelen), Intensieve zorg (behandelen en begeleiden) Chronische zorg (begeleiden en ondersteunen) en Geestelijke gezondheidszorg.
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 beroepsdeelprofiel.
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.
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.
Vervolgopleiding	Aanvullende opleiding (op de initiële opleiding) waarin een verpleegkundige of verzorgende specifieke competenties verwerft.
Competentie	Een combinatie van kennis, vaardigheden en houding die nodig is om adequaat te handelen in specifieke beroepssituaties. Competenties zijn contextgebonden.

---

Deskundigheid	Het geheel aan competenties die nodig is voor het uitoefenen van een beroep of op een specifiek expertisegebied.
Kennis	Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met een beroep of een kennisdomein.
Vaardigheden	<p>Cognitieve vermogens en praktische vermogens om binnen een gegeven context:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kennis te reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toe te passen in een beroep of kennisdomein;</li> <li>• problemen te her- en onderkennen en op te lossen;</li> <li>• zich te kunnen ontwikkelen, zelfstandig of met begeleiding;</li> <li>• informatie te verkrijgen, verzamelen, verwerken, combineren, analyseren en beoordelen;</li> <li>• te communiceren op basis van de in de context geldende conventies.</li> </ul> <p>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.</p>
Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid	Het bewezen vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werk- en studie-resultaten en/of dat van anderen.