



# Leren van de toekomst

**V&V** 2020  
VERPLEEGKUNDIGEN  
& VERZORGENDEN

DEEL  
**1**

---

# Leren van de toekomst

Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020  
Deel 1

---

# Colofon

©

V&V 2020 Deel 1 Leren van de toekomst

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 Johan Lambregts**

Ontwerp omslag:

**Rob de Visser**

---

# Inhoud

<b>1. Voorwoord: leren van de toekomst</b>	<b>4</b>
<b>2. Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>3. Samenvatting: een nieuw beroepenhuis V&amp;V</b>	<b>8</b>
<b>4. Werkwijze V&amp;V 2020 en belangrijkste resultaten</b>	<b>11</b>
4.1 Plan van aanpak	11
4.2 Leren van het verleden	11
4.3 De beroepsbeoefenaren aan het woord	12
4.4 NIVEL studie 1: internationale vergelijking	12
4.5 NIVEL studie 2: vraag- en aanbodontwikkelingen in Nederland	13
4.6 Consultatie deskundigen	14
4.7 Nieuwe beroepsprofielen met context	15
4.8 Overleggen met 'stakeholders'	15
4.9 Deskundigheidsgebieden	16
<b>5. Zorgvragen van de toekomst</b>	<b>17</b>
5.1 Welke trends zien de beroepsbeoefenaren?	17
5.1.1 Verzorgenden	17
5.1.2 Verpleegkundigen	17
5.1.3 Verpleegkundig specialisten	17
5.2 Welke trends zien de onderzoekers?	23
5.2.1 Internationaal: ontwikkelingen in en tussen beroepsgroepen	24
5.2.2 Nationaal: trends in zorgvraag en -aanbod	24
5.2.3 Kwantitatieve gegevens aantallen zorgprofessionals	26
5.2.4 Verwachte aantallen chronisch zieken	27
<b>6. Gezondheid en zelfmanagement in de 21<sup>e</sup> eeuw</b>	<b>29</b>
6.1 Gezondheid in de 21 <sup>e</sup> eeuw	29
6.2 Zelfmanagement en het ICF	30
6.3 ICF	30
6.4 Kernset van patiëntproblemen	31
6.5 Resultaten van handelen	33
<b>7. Beroepenhuis V&amp;V</b>	<b>34</b>
7.1 Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening	34
7.2 Beroepenhuis V&V: typering	37
7.3 Implicaties voor wet BIG	38
<b>8. De agenda voor V&amp;V 2020</b>	<b>41</b>
8.1 Een veranderkundige opgave van formaat	41
8.2 Het 'zenuwcentrum'	42

---

# 1. Voorwoord: leren van de toekomst

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

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

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

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

---

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

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

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

---

## 2. Inleiding

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

Voor patiënten is de situatie ook niet duidelijk. Er wordt steeds meer in teams gewerkt, buiten de traditionele context van ziekenhuis of huisartsenpraktijk. Er is een veelheid aan benamingen (onder andere POH'er, VIG'er, EVV'-er), die geen van alle toegang hebben gevonden bij de patiënt. Die heeft het meestal simpelweg over 'de zuster'. Toch heeft de patiënt grote behoefte aan duidelijkheid over de competenties van degene die hij tegenover en naast zich heeft. Die behoefte zal in de toekomst, waarin steeds vaker multidisciplinair samengestelde teams werkzaam zullen zijn, alleen maar groter worden. Een voorwaarde voor patiëntveiligheid - én veiligheid voor de zorgprofessional - is enerzijds een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals en anderzijds het vermogen om voorbij die beroepsgrenzen samen te werken.

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

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

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

---

Dit Eindrapport beschrijft de doelstelling van het project, de gekozen werkwijze en de resultaten van het project op hoofdlijnen. Van de deelprojecten, die ook de nieuwe beroepsprofielen bevatten, wordt separaat en per onderdeel verslag gedaan, zodat zij als losse documenten gelezen en gebruikt kunnen worden. Het betreft hier Deel 2 Beroepsprofiel zorgkundige, Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige, Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist en Deel 5 Bijlagen.



---

### 3. Samenvatting: een nieuw beroepenhuis V&V

*V&V 2020 heeft op basis van:*

- de rondetafelgesprekken met vele honderden beroepsbeoefenaren;
  - de achtergrondstudies met een review van wetenschappelijk onderzoek naar de V&V-beroepen;
  - een internationale vergelijking<sup>1</sup>;
  - consultatie van terzake deskundigen, zoals artsen, lectoren en hoogleraren;
  - invitational conferences met patiënten- en mantelzorgorganisaties, het werkveld van zorg en onderwijs, brancheorganisaties en vakbonden, geconstateerd dat:
- door de te verwachten ontwikkelingen in de maatschappij en de zorg de vraag naar verpleging en verzorging drastisch zal toenemen en sterk van aard en complexiteit zal veranderen;
  - met de huidige beroepen (zoals beschreven in de profielen van Verpleegkundige en Verzorgende/helpende, resp. 1999 en 2000<sup>11</sup>) onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de behoeften van patiënten in de toekomst, waaronder een sterk groeiende groep chronisch zieken en kwetsbare ouderen;
  - er in de toekomst schaarste ontstaat op de arbeidsmarkt aan verpleegkundigen en verzorgenden;
  - deze schaarste niet alleen kwantitatief opgelost kan worden (inzet van méér zorg-verleners), maar vooral ook kwalitatief (inzet van professionals die degelijk toegerust zijn voor de complexe en gedifferentieerde zorg van morgen);
  - er een helder onderscheid dient te komen tussen beroepen en functies;
  - het onderscheid tussen beroepen duidelijker moet worden,

en geconcludeerd dat een actualisering en opwaardering van het ‘beroepenhuis’ van verpleegkundigen en verzorgenden dringend noodzakelijk is.

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

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

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

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

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

---

De verpleegkundig specialist komt op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, diagnostiek) tot aanvullende diagnostiek. Past in aansluiting hierop medisch-verpleegkundige, therapeutische, evidence-based interventies toe. Indiceert en verricht voorbehouden handelingen (zelfstandige bevoegdheid).

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

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

De verpleegkundige is een *allround* zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen, (jong)volwassenen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen.

De verpleegkundige verleent zorg op basis van het continue, cyclische proces van klinisch redeneren. Dit omvat: risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie. Zij beargumenteert deze beslissingen en communiceert daarover met patiënten en collega-zorgverleners, betreft daarin morele, professionele en persoonlijke afwegingen. Werkt op basis van partnerschap samen met patiënten, hun naasten en mantelzorgers.

De verpleegkundige voert alle vormen van preventie uit. Preventie omvat alle interventies die anticiperen op risico, en actie ondernemen wanneer er een verhoogd risico aanwezig is, of als de eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is of dreigt te verergeren. De verpleegkundige verricht voorbehouden handelingen, deels met zelfstandige bevoegdheid, voor het grootste deel met functionele zelfstandigheid.

Heeft een coördinerende rol rond de patiënt of groepen patiënten: tussen disciplines en 24 uur per dag, 7 dagen per week. Participeert in praktijkonderzoek.

### **De zorgkundige (artikel 34 Wet BIG, mbo-4)<sup>III</sup>**

De zorgkundige is een zorgprofessional met een *specifieke bekwaamheid* voor het werken met één of enkele *omschreven* groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking.

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

---

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

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

### **De allround zorgkundige (art. 34 Wet BIG, Associate Degree)**

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

### **Verzorgende wonen en welzijn, kraamverzorgende, helpende**

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

### **Expertisegebieden verpleegkundige**

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

---

## 4. Werkwijze V&V 2020 en belangrijkste resultaten

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

### *V&V 2020 stelde zich de volgende taken:*

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

### 4.1 Plan van aanpak

De stuurgroep en het projectteam hebben zo'n anderhalf jaar gewerkt aan deze opdracht. Er is uitgebreid gesproken met honderden beroepsbeoefenaren en deskundigen van uiteenlopende disciplines, en er werden bij het NIVEL twee onderzoeken in opdracht gegeven. In twee rondes, een eerste informerend, een tweede consulterend, werd met de betrokken 'stakeholders' gesproken. Een uitvoerige beschrijving van het gefaseerde Plan van aanpak, de consultaties met betrokken partijen en bron- en literatuurverwijzingen treft u aan in Deel 5 van het Eindrapport.

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

### 4.2 Leren van het verleden

Hoe is de huidige beroepsstructuur ontstaan? V&V 2020 richt zich op de toekomst, maar heeft ook onderzocht hoe in het verleden gemaakte keuzes hebben geleid tot de huidige situatie, om daaruit lering te trekken. Projectadviseur en onderwijsdeskundige Ans Grotendorst ontrafelde de geschiedenis van het beroepsprofiel van de verpleegkundige. Haar belangrijkste conclusie: in het verleden is niet de beroepspraktijk van verpleegkundigen (en verzorgenden) het uitgangspunt geweest, maar vormden de profielen vooral een reac-

---

tie op de veelheid aan opleidingswegen die leidde naar het beroep. De onduidelijkheid op de werkvloer ten aanzien van het opleidingsniveau van de beroepsbeoefenaren wordt veroorzaakt door het feit dat zowel het mbo- als het hbo-diploma toegang geeft tot registratie als verpleegkundige artikel 3 wet BIG. De geschiedenis van het beroepsprofiel van verpleegkundige vindt u in Deel 5 Bijlage.

### **4.3 De beroepsbeoefenaren aan het woord**

V&V 2020 heeft met zo'n 900 verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten gesproken. Dat heeft cruciale informatie opgeleverd, die als input is gebruikt bij de ontwikkeling van de beroepsprofielen en bij het formuleren van de visie op de toekomst van de zorg die in Hoofdstuk 5 staat beschreven. Beknopte verslagen zijn opgenomen in dat hoofdstuk, de volledige verslagen zijn te downloaden via de website van V&VN (vakdossiers).

### **4.4 NIVEL studie 1: internationale vergelijking**

In opdracht van V&V 2020 deed het NIVEL onderzoek naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen, die veelal met dezelfde problematiek kampen: een vergrijzende bevolking, een toenemend complexe zorgvraag en de uitdaging om goede zorg betaalbaar te houden. Ervaringen en tendensen in het buitenland kunnen behulpzaam zijn. Daarom is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de rollen en posities van verpleegkundige en verzorgende beroepen in België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika en Canada. De documenten werden verzameld via onderzoek in literatuurdatabases en op het internet.

#### ***De voornaamste bevindingen zijn:***

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

---

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

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

### *Aan de vraagkant:*

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

### *Aan de aanbodkant:*

- Het toekomstige zorgaanbod wordt beïnvloed door de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en het stijgende opleidingsniveau.
- Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen kunnen het werken in de zorg aantrekkelijker maken.
- De opkomst van nieuwe beroepen en functies, zoals verpleegkundig specialisten en 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.
- Er is een tendens te zien naar meer lokale samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals.

De resultaten van de NIVEL-studies zijn gebruikt bij de ontwikkeling van de beroepsprofielen. Bij de voorbereiding op de toekomst hoort ook de vraag: hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden hebben we nodig in 2020? V&V 2020 kwam tot de ontdekking dat het de onderzoekers voor een verantwoorde inschatting daarvan ontbreekt aan de benodigde cijfers. Een cruciaal punt als je bedenkt dat we een ding wél zeker weten: ook in 2020 zullen verpleegkundigen en verzorgenden veruit de grootste groep zorgprofessionals vormen in Nederland. Dit punt wordt opgenomen in de (onderzoeks)agenda V&V 2020 (Hoofdstuk 8).

---

## 4.6 Consultatie deskundigen

Gedurende het project zijn zo'n vijftig deskundigen geconsulteerd uit praktijk, onderwijs, ethiek, onderzoek en beleid (zie overzicht in Deel 5 bijlagen). Dit gebeurde tijdens diners pensant met hoogleraren en lectoren, in een bijeenkomst onder leiding van prof. dr. M.J. Schuurmans en in vele individuele gesprekken. Net als bij de rondetafelgesprekken met de beroepsbeoefenaren was telkens de centrale vraag: 'Wat ziet u als de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen tien jaar en hoe ziet u de zorg en de beroepen in 2020?' In de latere fase van het project werden conceptversies van de beroepsprofielen voorgelegd ter becommentariëring. Er was in het algemeen bij de deskundigen veel waardering voor de aanpak van V&V 2020.

### *Dit brachten de deskundigen naar voren:*

Het gebruik van ic-technologie is sterk toegenomen; dit biedt grote kansen (kwaliteitsverbetering, efficiency) maar houdt tevens risico's in (bijvoorbeeld voor vertrouwelijkheid van patiëntgegevens) en vraagt om (bij)scholing van beroepsbeoefenaren. De samenwerking met andere dan verpleegkundige en verzorgende disciplines wordt groter. Na jaren van institutionele schaalvergroting is een beweging merkbaar naar de wijk en kleinschaligheid. De juridisering neemt toe: overheid, zorgverzekeraars en toezichthouders verlangen steeds meer verantwoording, die gepaard gaat met toenemende administratielast. Te ver doorgevoerde specialisatie kan ten koste gaan van flexibiliteit. Het werk wordt teveel vanuit bedrijfsvoering, te weinig vanuit professionele kwaliteit geregisseerd. Overregulering dreigt: te veel protocollen, richtlijnen en afspraken.

We keren terug naar de professional en naar de mens die integrale zorg nodig heeft.

Geef de verpleegkundige regie in de zorg. Zo richt je je op continuïteit en coördinatie.

Leg perspectief op samenwerking met de patiënt door dialoog, respect voor de mondigheid en ondersteunen van zelfmanagement. Zo houdt de patiënt zijn situatie zoveel mogelijk in eigen hand. Er komen (nog) meer manieren van multi- en interdisciplinair samenwerken buiten traditionele contexten.

### *Hun advies:*

Daarvoor is van belang: een helder beroepenhuis. Maak duidelijk onderscheid tussen beroepen en functies. Geef een helder antwoord op de langsepende 'hbo-mbo'-kwestie voor de verpleegkundige. Ga van nadruk op proces naar focus op resultaat van het handelen. Belangrijk om verpleegkundigen te behouden door carrièrepaden, platte organisaties en invloed op praktijkvoering. Organisaties moeten in die richting veranderen.

Professionele inhoud en management moeten worden gekoppeld. Het middenkader is heel belangrijk, dat moet de beroepstrots stimuleren. Er is echt een kwaliteitsimpuls nodig in organisaties die professionele autonomie faciliteert, in verbinding met de organisatie en ten gunste van de patiënt.

Ook nodig: rolmodellen kweken en het 'meester-gezel'-model herintroduceren.

---

## 4.7 Nieuwe beroepsprofielen met context

V&V 2020 heeft de ambitie meer te leveren dan lijsten met competenties, hoe nuttig die op zichzelf ook zijn. De beroepsprofielen bevatten tevens een visie op de zorg van de toekomst. Hierbij is gebruik gemaakt van een benadering die de patiënt, en zijn (on-)vermogen zich aan gezondheidsproblemen aan te passen, centraal staat. Dit wordt beschreven aan de hand van het ICF, een model dat een aanvulling is op de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). In Hoofdstuk 5 wordt uitgebreid ingegaan op dit model, dat ook de basis kan vormen voor een vereenvoudiging en waar mogelijk bundeling van specialismen. Ook de rol van de instellingen en beroepsorganisaties komt aan de orde.

De nieuwe beroepsprofielen onderscheiden zich op belangrijke onderdelen van de huidige: ze zijn niet alleen proces- maar vooral resultaatgericht, ze hanteren een nieuwe benadering van de begrippen 'zorg', 'verplegen' en 'gezondheid' en ze sluiten, met hun beschrijving van de competentiegebieden volgens de 'CanMEDS', aan bij een internationaal gehanteerde terminologie.

## 4.8 Overleggen met 'stakeholders'

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

De reacties waren over het algemeen positief: er bestond waardering voor het feit dat de beroepsgroepen zelf de regie van het project in handen hadden. Ook de geschetste problematiek wordt grotendeels (h)erkend. Dit betekent niet dat alle partijen zich meteen konden vinden in het 'beroepenhuis' dat V&V 2020 schetst. Tijdens de overleggen met de zorg- en onderwijskoepels bleek dat het niet voor iedereen bekend en vanzelfsprekend is dat V&VN 'over de beroepsprofielen gaat'. Gezien de geschiedenis van de beroepsprofielen is dat goed te begrijpen, maar het is wel een situatie waarin helderheid geschapen dient te worden. De professionele verantwoordelijkheid van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en zorgkundigen, met toenemende taakherschikking tussen beroepsbeoefenaren, vraagt om heldere verhoudingen: voor de patiënt, de collega's, het onderwijs en de instellingen. Die helderheid wordt met dit voorstel voor het 'eigenaarschap' van de beroepsprofielen geschapen.

Een beknopt overzicht van de resultaten van de acht invitationals is opgenomen in Deel 5 Bijlagen.



---

## 4.9 Deskundigheidsgebieden

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

---

## 5. Zorgvragen van de toekomst

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

### 5.1 Welke trends zien de beroepsbeoefenaars?

Ruim 900 verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten deelden hun expertise, ervaringen en verwachtingen voor de toekomst met V&V 2020.

De rondetafelgesprekken werden door deskundigen geleid en thematisch geordend rond de CanMEDS-rollen die ook in de beroepsprofielen zijn opgenomen: van zorgverlener/ behandelaar, tot communicator en organisator. Van de bijeenkomsten werden verslagen gemaakt, die werden teruggekoppeld naar de deelnemers. Per beroepsgroep zijn de verslagen vervolgens gebundeld, geanalyseerd en verwerkt tot documenten die werden gebruikt bij de ontwikkeling van de beroepsprofielen en het formuleren van de toekomstvisie. Hieronder een beknopt overzicht van de belangrijkste punten per beroepsgroep.

#### 5.1.1 Verzorgenden

##### *Vraag- en mensgerichte zorg*

Het zorgleefplan ervaren verzorgenden in de verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg als een goed instrument bij het - in samenspraak met de cliënt en zijn familie - bepalen van de zorg die nodig is om een bijdrage te leveren aan kwaliteit van leven.

Managers mogen beter geïnformeerd zijn over wat er nodig is op de werkvloer, zij zouden vaker een kijkje op de afdeling of achter de voordeur moeten nemen.

##### *Schaarste in de zorg*

Verzorgenden zijn zich goed bewust van de kosten van de zorg. Vaak werd gehoord: 'Als ik te veel uren aan deze bewoner besteed, kom ik bij de volgende cliënt tijd te kort.'

De Zorgzwaarte Pakketten intramuraal en indicaties extramuraal bieden een handvat, maar verzorgenden zouden graag willen dat hun kennis meer wordt gebruikt bij de indicatiestelling, zodat zij beter kunnen inspelen op de - vaak veranderende - behoefte van de zorgvrager. In de thuiszorg wordt de bedrijfsvoering te veel de persoonlijke verantwoordelijkheid van de verzorgenden: telefonische overdracht, bijwerken van het zorgleefplan, bekijken van rooster/ planning, reistijd van cliënt naar cliënt en overleg met disciplines of familie vindt vaak plaats in eigen - onbetaalde - tijd. Ook andere kosten die bij het werk horen - zoals printkosten- worden niet altijd vergoed.

##### *Dalend opleidingsniveau*

Verzorgenden merken een sterke daling van het gemiddelde opleidingsniveau van de beroepsgroep: in veel zorgorganisaties is inmiddels 20 procent gediplomeerd verzorgende en 80 procent helpenden/ leerlingverzorgenden. Voor de verzorgende betekent dat een te zware verantwoordelijkheid, er is geen mogelijkheid voor ruggespraak met een collega-gediplomeerd verzorgende. Daarnaast draagt de verzorgende nu veelal ook de verant-

---

woordelijkheid voor het handelen van de helpenden en leerlingen. Haar rol verschuift van zorginhoudelijk en cliëntgebonden naar coachend, adviserend en het voornamelijk uitvoeren van verpleegtechnische handelingen.

### ***Taakherschikking***

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

### ***Complexere zorgvraag***

Cliënten en bewoners hebben meer en intensievere zorg nodig dan voorheen. Cliënten blijven langer thuis wonen, ziekenhuizen sturen hun patiënten steeds sneller naar huis of naar het verpleeghuis. Verzorgenden zorgen zodoende steeds vaker voor mensen met complexe problematiek: cliënten die in het ziekenhuis uitbehandeld zijn en niet revalideren, ouderen met een chronische spierziekte, reuma of neurologische aandoening, mensen met niet-aangeboren hersenletsel, zorgvragers met Korsakov of andere verslavingsproblemen. En een hele grote en groeiende groep mensen met dementie. Verzorgenden krijgen steeds vaker te maken met mensen met een psychiatrische achtergrond of een verstandelijke handicap.

### ***Samenwerking in de zorgketen***

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

### ***Aantoonbare kwaliteit***

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

---

zorgende wordt transparanter en gelijkwaardiger. Dat leidt volgens verzorgenden tot beter op de cliënt afgestemde zorg.

### ***Samenwerken met mantelzorg***

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

### ***ICT***

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

### ***Arbeidsmarkt***

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

## **5.1.2 Verpleegkundigen**

### ***Persoonsgerichte zorg én standaardisering***

De zorg wordt steeds meer gericht op de vraag van het individu. Verpleegkundigen redeneren vanuit de vragen en wensen van de patiënt, nemen het patiëntenperspectief en/of dat van familie en naasten als uitgangspunt. Geen twee personen of situaties zijn gelijk. Tegelijkertijd krijgen verpleegkundigen steeds meer te maken met standaarden en protocollen. Voor een deel 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 echter ook veel voordelen: er kan sneller en efficiënter worden gewerkt, zodat er tijd overblijft voor persoonlijke aandacht. Verpleegkundigen willen betrokken zijn bij de ontwikkeling van de standaarden en protocollen.

---

### ***Persoonsgerichte zorg én verzakelijking bedrijfsvoering***

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

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

Bij ketenzorg stemmen zorgverleners de zorg af op de behoeften van de patiënt, onder meer door de ontwikkeling van zorgpaden. Zo ontvangt de patiënt een integraal, kwalitatief passend zorgaanbod, zonder last te hebben van 'muren' tussen organisaties en professionals. Mensen met complexe en/of meervoudige zorgvragen (bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen) hebben veel baat bij ketenzorg, waarin de verpleegkundige een belangrijke schakel vormt. Multidisciplinair samenwerken is nu op veel plaatsen al gewoon en zal dat in 2020 zeker zijn. Dat is in het belang van de patiënt en de continuïteit van de zorg.

De verschuiving van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist en de verpleegkundige zal onverminderd doorgaan. Een soortgelijke taakverschuiving vindt voortdurend plaats tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Verzorgenden voeren nu veel taken uit die tien, vijftien jaar geleden aan verpleegkundigen waren voorbehouden. De steeds toenemende specialisatie, functiedifferentiatie en het vervagen van domeingrenzen maken dat het steeds belangrijker wordt precies te weten wie wat doet en wie de regie heeft. Patiënten hebben te maken met veel verschillende hulp- en zorgverleners. De oplossing ligt niet in sterkere afbakening van beroepsdomeinen, maar juist eerder in het verlaten van de klassieke 'territoria'.

### ***Generalistisch én specialistisch***

Is de verpleegkundige in 2020 vooral een generalist of een specialist? (Met 'specialist' wordt hier niet bedoeld de verpleegkundig specialist, art. 14 Wet BIG, maar de verpleegkundige met een specifieke expertise). Dat is voor een deel afhankelijk van de context waarin de verpleegkundige dan werkt. Er zullen relatief meer generalistische verpleegkundigen in de thuiszorg/ eerstelijnsgezondheidszorg werken, en meer specialistische in de intramurale zorg. Maar ook de intramurale zorg heeft generalisten nodig, en de thuiszorg kan het niet stellen zonder verpleegkundigen met gespecialiseerde kennis. Effectief samenwerken is van belang, elkaar op cruciale momenten consulteren en inschakelen. Denken in teamcompetenties wordt steeds belangrijker: de noodzakelijke specialistische kennis en vaardigheden hoeven niet bij elke verpleegkundige aanwezig te zijn, maar wel in het team waarin zij werken.

### ***ICT***

Voor verpleegkundigen kan ICT een belangrijke kwalitatieve stap vooruit betekenen, zowel in de directe zorgverlening als bij administratie en rapportage. ICT biedt snelheid, gemak en betere multidisciplinaire samenwerking – mits het systeem deugt en niet elke organisatie zijn eigen systeem gebruikt. Bij een toenemende afhankelijkheid van geautomatiseerde systemen is het belangrijk dat verpleegkundigen (en V&VN als beroepsorganisatie) bij de

---

ontwikkeling een duidelijke rol krijgen. Uniform taalgebruik, bijvoorbeeld in het verpleegkundig dossier, is zeer wenselijk. Een verpleegkundige standaard is noodzakelijk.

Verpleegkundigen zien ook voordelen in het elektronisch patiëntendossier (EPD), mits de privacy van patiënten voldoende is gewaarborgd. De technologische ontwikkelingen maken zorg op afstand - en dus meer contacten per verpleegkundige - mogelijk: monitoring en dagelijks contact via webcam, snel doorspelen van gegevens, checks. E-health neemt een vlucht. Zorgorganisaties en verpleegkundigen maken in toenemende mate gebruik van sociale media, ook in het contact met patiënten. Dat bevordert onderlinge contacten en kennisuitwisseling. Verpleegkundigen menen dat ICT niet de behoefte aan menselijke nabijheid en aanraking kan vervangen. Die behoefte is doorgaans groter bij mensen met gezondheidsproblemen.

### ***Mondige én minder mondige patiënten***

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

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

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

### ***Individualisering en eenzaamheid***

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

---

### ***Loopbaan- en ontwikkelmogelijkheden***

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

### **5.1.3 Verpleegkundig specialisten**

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

De toename van het aantal ouderen door de vergrijzing leidt tevens tot een toename in comorbiditeit (het vóórkomen van twee of meer aandoeningen tegelijkertijd bij een patiënt); comorbiditeit leidt tot complexere zorg en vraagt om hoger opgeleide professionals. Verpleegkundig specialisten kunnen met hun diepgaande kennis van verpleegkunde en behandeling aan die vraag voldoen.

#### ***Taakherschikking***

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

#### ***Beroepen voortdurend in beweging***

Hoewel alle beroepen in de zorg 'in beweging' zijn, geldt dit voor het nieuwe beroep van de verpleegkundig specialist in het bijzonder: de beroepsuitoefening, de rol en de positie zijn nog volop in ontwikkeling. Vooral het zoeken 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 verpleegkundige discipline werkt steeds meer evidence based, dus volgens wetenschappelijk onderbouwde effectieve methoden. Met hun toegang tot wetenschappelijke publicaties en hun kennis van diverse disciplines zijn verpleegkundig specialisten de aangewezen professionals om nieuwe methodieken om te zetten in de verpleegkundige praktijk. Er zijn al tal van voorbeelden waarin zij - na pilots - een nieuwe werkwijze hebben doorgevoerd, vaak doelmatiger én met een beter resultaat voor de patiënt.

#### ***Toenemend belang van preventie***

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

---

### ***Wegvallende traditionele netwerken***

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

### ***Mondige patiënten***

De mondigheid en kennis van patiënten nemen toe. Patiënten komen steeds vaker zelf al met ideeën over diagnose en behandeling, opgedaan via internet. Voor de verpleegkundig specialist is 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 verantwoordelijkheid 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 tweede lijn wordt verwezen.

## **5.2 Welke trends zien de onderzoekers?**

V&V 2020 gaf het NIVEL opdracht twee onderzoeken te doen: één (Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief, Mistiaen e.a., 2011) naar de situatie in een aantal met Nederland vergelijkbare landen ten aanzien van de beroepenstructuur en het opleidingsniveau, en één (Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland, Van der Velden e.a., 2011) naar de te verwachten behoefte aan, en het aanbod van, verpleegkundige zorg in Nederland in 2020. Hieronder worden de resultaten zeer beknopt op hoofdpunten gegeven, de volledige rapporten zijn opgenomen in Deel 5 Bijlage.



---

### 5.2.1 Internationaal: ontwikkelingen in en tussen beroepsgroepen

De Nederlandse samenleving verouderd en vergrijsd en hiermee neemt in de toekomst het aantal ouderen met een complexere zorgvraag toe. Aan de andere kant staat de Nederlandse gezondheidszorg voor de uitdaging om de zorg betaalbaar te houden. In dit kader is de organisatie en hervorming van de verpleging/verzorging van belang en dienen de beroepsprofielen herzien te worden.

Mogelijk kunnen ervaringen en tendensen in andere westerse landen hierbij behulpzaam zijn. Daarom is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de rollen en posities van verpleegkundige en verzorgende beroepen in vijf andere landen: België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika en Canada. De documenten werden verzameld via database-onderzoek.

De voornaamste bevindingen zijn:

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

### 5.2.2 Nationaal: trends in zorgvraag en -aanbod

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

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

Ook vóordat een ziekte of aandoening manifest wordt kunnen verpleegkundigen mensen motiveren zich gezond te gedragen, door te werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en door gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving ('Van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'; RVZ, 2010).

---

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

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

### ***Ondersteuning van zelfmanagement***

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

Ook patiëntenorganisaties zijn steeds actiever met het aanbieden van instrumenten voor zelfmanagement, bijvoorbeeld in de vorm van e-health tools.

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

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

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

### ***Conclusie***

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

## 5.2.3 Kwantitatieve gegevens aantallen zorgprofessionals

### Aantal en aandeel zorgprofessionals in opleidingen niveau 1 t/m 5

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

### Aantallen en aandeel werkzame personen in 2000, 2005 en 2010 naar opleiding

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

### Aantal werkzame verpleegkundig specialisten naar specialisme

specialisme	Aantal 2011	Aantal 2007
Intensieve zorg bij somatische aandoeningen	528	---
Chronische zorg bij somatische aandoeningen	220	---
Geestelijke gezondheidszorg	204	---
Acute zorg bij somatische aandoeningen	59	---
Preventieve zorg bij somatische aandoeningen	26	---
	<b>Totaal 1.037</b>	<b>Totaal ca 450</b>

**Aantal werkzame personen naar opleiding per sector in 2010**

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

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

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

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

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

#### 5.2.4. Verwachte aantallen chronisch zieken

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

Bron: RIVM 2006

---

## 6. Gezondheid en zelfmanagement in de 21<sup>e</sup> eeuw

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

We wensen het elkaar dagelijks toe. Maar wat is gezondheid eigenlijk? De gedachten daarover zijn aan het veranderen. Paragraaf 6.1 geeft het begrip een nieuwe inhoud. In de toekomst zal daarom ook de focus van de verpleegkundig specialist, de verpleegkundige en de zorgkundige verschuiven. Die ligt nu veelal nog op de ziekte van de patiënt, maar zal steeds meer moeten komen te liggen op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt. Zij zullen zich steeds meer gaan richten op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk. In paragrafen 6.2 en 6.3 wordt nader ingegaan op het begrip *zelfmanagement*, en op het ICF, een model om het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid te benaderen. Daarbij wordt uitgegaan van een kernset van (potentiële) *patiëntproblemen* (paragraaf 6.4). Meer dan voorheen zullen zorgprofessionals hun bijdrage zichtbaar gaan maken in resultaten. Immers: alleen wie de resultaten definieert kan zien of hij het goede doet, kan vergelijken, monitoren, toetsen en bijsturen.

### 6.1 Gezondheid in de 21<sup>e</sup> eeuw

De World Health Organization (WHO) definieerde in 1948 gezondheid als 'een toestand van volledig, lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden'. In de beroepsprofielen van 1999 en 2000 is die definitie nog een richtpunt voor de zorg. De definitie is echter niet langer behulpzaam en zelfs contraproductief geworden, omdat hij veelal niet haalbaar is. Volgens deze definitie zou immers vrijwel de hele wereldbevolking ongezond zijn. De definitie doet geen recht aan het vermogen dat mensen hebben om op eigen kracht het hoofd te bieden aan uitdagingen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied. Ook met een aandoening, ziekte of beperking is het goed mogelijk een betekenisvol leven te leiden, waarbij er sprake is van welbevinden.

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

---

## 6.2 Zelfmanagement en het ICF

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

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

### *Behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren*

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

## 6.3 ICF

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

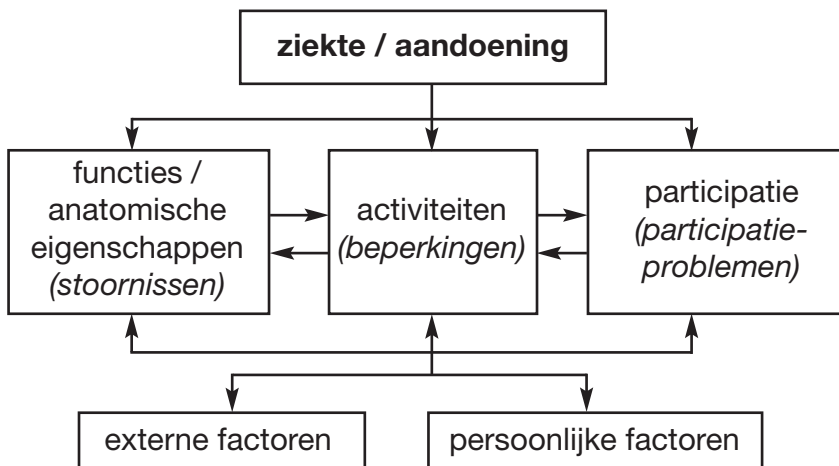
Vanuit ICF-perspectief gezien is gezondheid een wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving. Mensen zijn nooit los te zien van hun context. Maatschappelijke verhoudingen, posities en structuren en contextgebonden factoren kunnen invloed hebben op de gezondheidstoestand en het ontstaan, het in stand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

van ziekten en beperkingen en uit de kortere levensverwachting die mensen uit lagere sociaal-economische klassen hebben.

Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen zien mensen in hun context en zoeken vanuit die kennis naar mogelijkheden om de situatie te optimaliseren en problemen te voorkomen, ieder vanuit eigen kennis, bekwaamheid, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Zij doen dit vanuit het perspectief van de samenhang tussen fysieke, sociale en emotionele factoren, zoals beschreven in de WHO-definitie van gezondheid en zoals uitgewerkt in de ICF.

## Kenmerken ICF: Schema ICF

# ICF



## 6.4 Kernset van patiëntproblemen

De problemen van mensen kunnen geordend worden op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. Ze zijn ondergebracht in het overzicht hieronder. Veel van deze problemen zijn terug te vinden in de verschillende theorieën, modellen en classificatiesystemen, ontwikkeld binnen de verpleegkunde. Er is hier niet gekozen voor één theorie, model of systeem maar er is gezocht naar de gemeenschappelijke problemen die verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen in de dagelijkse praktijk tegenkomen. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen en ouderen en bij mensen met zeer diverse aandoeningen.

Deze lijst van problemen kan beschouwd worden als 'kernset' van patiëntproblemen. Dat wil niet zeggen dat alles wat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen doen in deze lijst terug te vinden is. Naast deze generieke problemen kunnen zij, afhankelijk van de groep mensen aan wie zij zorg verlenen, te maken krijgen met specifieke problemen.

In deze kernset kan het handelen zichtbaar tot resultaat kan komen. De problemen komen voor in alle settings en vrijwel altijd in combinatie.



## Lichamelijk

Bedreigde of verstoorde vitale functies  
(ademhaling, circulatie, hersenfuncties)  
Koorts  
Smetten  
Jeuk  
Wonden  
Pijn  
Vermoeidheid  
Verlies van eetlust  
Misselijkheid, braken  
Gewichtsverlies  
Gewichtstoename  
Uitdroging / verstoorde vochtbalans  
Uitscheidingsproblemen (mictie, diarree,  
obstipatie, overmatige transpiratie,  
incontinentie)

## Psychisch

Bewustzijnsstoornissen  
Stemmingsstoornissen  
Stoornissen in geheugen  
Stoornissen in denken en waarnemen  
(achterdocht, wanen, hallucinaties)  
Persoonlijkheidsstoornissen  
Stoornissen in gedrag (agitatie, agressie,  
claimen, obsessie, automutilatie)  
Angst, paniek  
Stress  
Verslaving  
Verlies  
Rouw  
Onzekerheid  
Kennistekort  
Ineffectieve coping  
Zingevingsproblemen

# KERNSET PATIËNTENPROBLEMEN

## Functioneel

Tekort zelfmanagement  
Tekort zelfredzaamheid ADL IADL HDL  
Zintuiglijke beperkingen  
Verstoorde mobiliteit  
Vallen  
Slaap/waakproblemen

## Sociaal

Seksualiteitsstoornissen  
Participatieprobleem  
Sociale incompetentie  
Eenzaamheid  
Gebrek aan sociaal netwerk  
Tekort aan mantelzorg  
Overbelaste mantelzorg

---

## 6.5 Resultaten van handelen

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

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

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

De door verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en zorgkundigen verleende zorg is op deze wijze niet alleen proces- maar ook resultaatgericht. Goed te monitoren en te evalueren.

## 7. Beroepenhuis V&V

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

### 7.1. Beroepen en niveaus van beroepsuitoefening

Verplegen					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Voorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF / NLQF
Verpleegkundig specialist	Art. 14 Wet BIG	Allround, met specialistische focus en expertkennis  Individuele Gezondheidszorg	Zelfstandige bevoegdheid (art. 36)	Hbo-master (professionele master)	6, op termijn mogelijk 7 (vergelijkbaar met acad. master)
Verpleegkundige	Art. 3 Wet BIG	Allround  Individuele gezondheidszorg	Zelfstandig bevoegd voor toedienen injecties, catheterisaties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (artikel 36). Functionele zelfstandigheid, regeling ex art. 39. Voor andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 van de wet BIG	Hbo-bachelor	6
Verzorgen					
Niveaus van beroepsuitoefening	Wettelijk kader	Domein	Voorbehouden handelingen	Opleiding (of EVC)	EQF / NLQF
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Specifiek  Individuele gezondheidszorg	Functionele zelfstandigheid conform regeling ex artikel 39. (Huidige regeling: toedienen subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie; verrichten catheterisatie blaas bij volwassenen en inbrengen maagsonde of infuus; verrichten venapunctie en hielprik bij neonaten). Andere voorbehouden handelingen: uitvoering mogelijk op basis van art. 35 t/m 38 Wet BIG	Mbo-4 (3jarig)	4
Zorgkundige	Art. 34 Wet BIG	Allround  Individuele gezondheidszorg	Idem als Zorgkundige Specifiek	AD	5 = allround (vergelijkbaar met associate degree)
Verzorgende, kraamverzorgende (nog ontwikkelen)		Specifiek  Wonen & welzijn		Mbo-3	3
Helpende (nog ontwikkelen)		Specifiek  Wonen & welzijn		Mbo-2	2



# BEROEPENHUIS V&V 2020

Dit is de visualisatie van het Beroepenhuis V&V 2020.

---

## 7.2 Beroepenhuis V&V: typering

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

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

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

### *De Verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG, HBO-master)*

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

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

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

De verpleegkundige is een *allround* zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamenlijke, het psychische, het functionele en het sociale. Deze problemen zijn niet ziektespecifiek, zij kunnen optreden bij zowel acuut als chronisch zieke mensen, bij kinderen, (jong)volwassenen en ouderen en bij mensen met zeer verschillende aandoeningen.

De verpleegkundige verleent zorg op basis van het continue, cyclische proces van klinisch redeneren. Dit omvat: risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, evidence-based interventie, monitoring en evaluatie. Zij beargumenteert deze beslissingen en communiceert daarover met patiënten en collega-zorgverleners, betreft daarin morele, professionele en persoonlijke afwegingen. Werkt op basis van partnerschap samen met patiënten, hun naasten en mantelzorgers.

---

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

#### ***De zorgkundige (artikel 34 Wet BIG, MBO-4)***

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

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

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

#### ***De allround zorgkundige (art. 34 Wet BIG, Associate Degree)***

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

#### ***Verzorgende zorg en welzijn, en kraamverzorgende***

V&V2020 heeft zich niet uitgesproken over de beroepsprofielen verzorgende wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening en kraamverzorgende. Deze beroepen vallen niet onder de Wet BIG. Zij adviseert de Taskforce hierop met voorrang actie te ondernemen.

---

## 7.3 Implicaties voor wet BIG

V&V2020 heeft de gevolgen van deze voorstellen voor de wijziging van de wet BIG onderzocht en heeft advies gevraagd aan Prof. mr. J.K.M Gevers. Op basis van dit advies en de overige bevindingen is de conclusie dan een aanpassing van de wet BIG noodzakelijk is. Binnen de systematiek van de BIG kunnen de wettelijke posities van de verpleegkundige en de zorgkundige als volgt worden samengevat:

### *Verpleegkundige:*

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

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

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

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

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

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

---

## **Tuchtrecht**

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

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

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

## **Kwaliteitsborging**

V&V 2020 kan niet genoeg benadrukken dat de wet BIG ‘slechts’ de voorwaarden schept om beroepsbeoefenaren toe te rusten voor het verlenen van kwalitatief verantwoorde zorg. De aan de opleidingen te stellen eisen vormen daarbij een beginpunt. Maar er is meer voor nodig. Terecht legt de Kwaliteitswet zorginstellingen verplichtingen op aan de instellingen. Zij zijn het die de zorg op een zodanige manier moeten organiseren dat sprake is van verantwoorde zorg. Naast een kwaliteits- en veiligheidsbeleid dat de instellingen hiervoor dienen te ontwikkelen, zijn afspraken over taakverdeling en samenwerking tussen al die verschillende beroepsbeoefenaren essentieel. In dat licht dienen instellingen zich rekenschap te geven van het feit dat beroepsbeoefenaren zich nogal eens overvraagd kunnen voelen. “Verzorgenden merken een sterke daling van het gemiddelde opleidingsniveau van de beroepsgroep: in veel zorgorganisaties is inmiddels 20 procent gediplomeerd verzorgende en 80 procent helpenden/ leerlingverzorgenden. Voor de verzorgende betekent dat een te zware verantwoordelijkheid, er is geen mogelijkheid voor ruggespraak met een collega- gediplomeerd verzorgende” (zie ook par. 5.1.1).

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

Dat die verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk verbetering behoeft, illustreert de volgende passage uit de achtergrondstudie van Gevers: “Wil sprake zijn van verant-



---

woorde 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 verschraving 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. Het is in dit verband allereerst van belang dat er normen zijn over het aantal gediplomeerden (verpleegkundigen, zorgkundigen en anderen) waarover instellingen moeten beschikken gelet op aard en omvang van de te verlenen zorg. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het veld.” Die normering is onderwerp van een van de aanbevelingen van V&V 2020 (Hoofdstuk 8). Vooruitlopend op de totstandkoming van die normering is V&V 2020 voorstander van meer openheid over de kwalificaties van de professionals die in instellingen werken. In het jaarverslag zouden instellingen moeten rapporteren hoeveel professionals van welke discipline ze in huis hebben.

---

## 8. De agenda voor V&V 2020

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

### *Wat moet er gebeuren?*

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

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

Daarmee zijn we er nog niet. Een eerste essentiële voorwaarde voor het draagvlak binnen en buiten de beroepsgroep is het ontwerp van aanvaardbare en werkzame overgangsuregelingen, die op voldoende draagvlak kunnen rekenen. De verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep van vandaag met uiteenlopende opleidingsachtergronden en ervaringen zullen stap voor stap – *met behoud van positie* – de overgang maken naar de nieuwe beroepenstructuur en ook voor de nieuwe lichten geldt dat zij ingepast zullen worden in de nieuwe beroepenstructuur.

Een tweede essentiële voorwaarde betreft een betere cijfermatige onderbouwing van de voorstellen, een capaciteitsprognose dus. Deze dient gebaseerd te zijn op een inhoudelijke normstelling voor de inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel. Op basis van de huidige cijfers is het niet verantwoord een inschatting te maken van het aantal benodigde mbo-zorgkundigen en hbo-opgeleide verpleegkundigen.

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

### 8.1 Een veranderkundige opgave van formaat

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

---

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

Vanzelfsprekend hebben de voorstellen die hier worden gepresenteerd veel gevolgen voor de verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Zij hebben veel te winnen bij de voorstellen! Als de veranderingsprocessen echter niet zorgvuldig worden aangepakt, hebben zij ook veel te verliezen.

V&VN zal zich moeten richten op zowel het externe krachtenveld als op de eigen achterban. Niet zozeer om compromissen te sluiten maar om de gevolgen van de voorstellen goed in kaart te brengen, te beoordelen op organisatorische, zorginhoudelijke, personele en financiële consequenties. En daar waar nodig te vertalen in concrete acties en aanscherping van de beroepsprofielen.

Een beroepsprofiel is allesbehalve een papieren tijger, het is een referentiekader van waaruit verder wordt gewerkt en ontwikkeld. Niveaubepaling en wettelijke verankering zijn de vaste onderdelen van dit referentiekader. Tegelijkertijd is het van belang te blijven werken aan een verdere invulling en concretisering van de inhoud van het beroep.

### ***Hoe moet het vervolg er uit zien?***

Wij doen enkele voorstellen voor de inrichting van het vervolg, rekening houdend met de aard van de opdracht die voorligt en het ingrijpende karakter van de voorgestelde verandering. De voorstellen beslaan een periode van 4 jaar: 2012 - 2016. Deze periode is bewust gekozen in verband met de opleidingscohorten, de te verwachten duur van de wettelijke wijzigingen en het kunnen verwerken van resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

### ***Het 'zenuwcentrum'***

V&VN krijgt de opdracht van het Ministerie van VWS en voor wat betreft de opleidingen: van het Ministerie van OC&W, om de agenda zoals hier voorgesteld uit te voeren. Daartoe richt V&VN een Taskforce op die verantwoordelijk is voor de coördinatie tussen alle onderdelen van de agenda.

De ervaring heeft geleerd dat het zeer effectief is om zo'n zenuwcentrum te bemensen met personen van verschillende achtergronden en disciplines. Niet alleen verpleegkundigen en verzorgenden maar ook aanpalende disciplines, bestuurders en beleidsmakers. Deze groep mensen vormt de Taskforce en wordt ondersteund door een projectbureau

---

dat goed is ingevoerd in de wereld van zorg, wetgeving, opleiden, verplegen en verzorgen. We kiezen bewust voor de term ‘zenuwcentrum’, omdat we tot uitdrukking willen brengen dat dit proces alleen kans van slagen heeft als er sprake is van een eenduidige sturing en verantwoordelijkheid. Daarnaast is het van het allergrootste belang dat er voor een netwerkaanpak wordt gekozen.

De tijd heeft ons ontbroken om alle deskundigheid en creativiteit te mobiliseren, maar we zijn onder de indruk geraakt van het grote enthousiasme waarmee professionals in het veld, bestuurders van zorginstellingen, medisch specialisten, beleidsmakers en anderen hebben willen meedenken over de versterking van de rol en positie van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden.

Het ligt voor de hand dat vanuit het zenuwcentrum met regelmaat bijeenkomsten en rondetafelgesprekken worden georganiseerd met verschillende actoren in het veld. Meer in het bijzonder denken wij aan overleg met de brancheorganisaties, de politiek, de vakbonden, de betrokken departementen.

## **8.2 Opdracht Zenuwcentrum**

Vanuit het zenuwcentrum zal een mobilisatiestrategie ontwikkeld kunnen worden om die expertise en creativiteit ook daadwerkelijk te benutten.

De taskforce en het projectbureau zijn verantwoordelijk voor de coördinatie en – in samenwerking met andere betrokkenen – de realisatie van de volgende taken:

### **1. Wettelijke verankering**

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

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

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

### **2. Formele positionering van de beroepsorganisatie**

De beroepsorganisatie van V&V is niet vertegenwoordigd in de organisatie die leerbedrijven erkent en verantwoordelijk is voor de kwalificatiestructuur van het mbo. Dat moet wel gebeuren. Meer in het algemeen is het nodig verandering aan te brengen in het institutionele krachtenveld opdat het beroepsinhoudelijk perspectief op de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden leidend wordt.

De beroepsorganisatie heeft op basis van de Wet Educatie en Beroepsonderwijs in het mbo geen formele positie bij de totstandkoming van de kwalificatiedossiers. De wet heeft in deze zin aanpassing. De Minister van OCW zou alleen tot erkenning van een kenniscentrum dienen over te gaan als is aangetoond dat de beroepsorganisatie (hier: V&VN) in voldoende mate in het bestuur van het kenniscentrum is vertegenwoordigd.

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

---

### 3. Ervaring opdoen in concrete zorgpraktijken

Wij hebben opgetekend dat reeds nu meerdere zorginstellingen en hun bestuurders mee willen werken aan 'proeftuinen' waarin wordt geëxperimenteerd met verschillende arrangementen van teams met verzorgenden, zorgkundigen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Met de proeftuinen kan ervaring worden opgedaan met de effecten van de personele mix op de kwaliteit van zorg, de kosten, de tevredenheid van patiënten en cliënten. Deze proeftuinen worden met onderzoek begeleid.

De uitkomsten van de proeftuinen worden benut bij de curriculumontwikkeling voor het mbo en het hbo en uiteraard bij de verdere ontwikkeling van het beroepsprofiel.

*Realisatie: geïnteresseerde zorginstellingen, wetenschappelijk onderzoekers.*

### 4. Opleidingen

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

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

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

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

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

### 5. Overgangsmaatregelen

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

Naast beperkte wettelijke overgangsbepalingen zijn in de praktijk van de zorg overgangsmaatregelen noodzakelijk. In het belang van goede en veilige patiëntenzorg spreekt het

---

voor zich dat de huidige beroepsbeoefenaren zich uitgedaagd voelen zich voortdurend bij te scholen en op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen op hun vakgebied. Ook werkgevers hebben hierin een verantwoordelijkheid, door ruim baan te bieden voor scholing en bijscholing van zittend personeel. De beroepsorganisatie V&VN zou een aantrekkelijk scholingsaanbod kunnen (laten) ontwikkelen, gekoppeld aan de eisen voor registratie in het kwaliteitsregister van V&VN.

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

## **6. Onderzoeksagenda**

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

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

## **7. Capaciteitsprognoses**

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

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

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

V&V 2020 is van mening dat V&VN er bij het in te stellen Nationaal Kwaliteitsinstituut sterk op moet aandringen te komen met een normstelling voor de inzet van V&V- personeel (verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, zorgkundigen, verzorgenden en helpenden). V&VN zou een voorzet kunnen geven, daarbij gebruikmakend van de normstelling die in het verleden is gehanteerd (in de erkenningseisen) en/of buitenlandse ervaring en wetgeving op dit punt.

*Realisatie: V&VN en Kwaliteitsinstituut.*

---

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

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

*Realisatie: VWS & V&VN.*

## **9. Expertisegebieden**

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

*Realisatie: V&VN.*

### **De eerstvolgende stap**

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

---

## Noten

- <sup>i</sup> Mistiaen P., Kroezen M., Triemstra M., Francke A.L. Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging. NIVEL: 2011
- Van der Velden L.F.J., Francke A.L., Batenburg R.S. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen. NIVEL: 2011
- <sup>ii</sup> Haterd, J. v.d., e.a. (2000) Beroepsprofiel helpenden en verzorgenden; Utrecht / Maarssen NIZW, LCVV, Elsevier
- Leistra, E., S. Liefhebber, M. Geomini en H. Lens (1999) Beroepsprofiel van de verpleegkundige Maarssen/Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom & LCVV
- <sup>iii</sup> We gaan hierbij uit van een 3-jarige mbo-4-opleiding tot zorgkundige, waarin zij of hij zich voorbereidt op het werken met één of enkele patiëntencategorieën. Mbo-ers die na hun opleiding door willen studeren voor allround zorgkundige (werken met alle zorgcategorieën) kunnen kiezen voor de 2-jarige Associate Degree (AD). Voorwaarde is een afgeronde mbo-4-opleiding, dus geen instroom in deze AD via het havo. Deze oplossing biedt veel mogelijkheden voor een soepele doorstroming naar het hbo. Hogescholen en mbo-instellingen kunnen hun samenwerking versterken, door deze doorstroming van mbo naar hbo te bevorderen. Dit houdt in dat het mbo studenten voorbereidt op het AD-programma.
- <sup>vi</sup> VBOC/AVV: Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. VBOC / AVV. Utrecht, 2006
- <sup>v</sup> Zie ook: Gezondheidsraad. Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011
- <sup>vi</sup> In de British Medical Journal (BMJ) van 30 juli 2011 is een artikel gewijd aan de discussie over een nieuwe definitie van gezondheid. Dit artikel is mede gebaseerd op de uitkomsten van een door de Gezondheidsraad en ZonMw georganiseerde internationale bijeenkomst eind 2009. Onder de noemer 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' discussieerde een international gezelschap hierover bij ZonMw. Dit leverde een signalement op over de noodzaak de definitie aan te passen aan de hedendaagse situatie en over de implicaties voor beleid, onderzoek en (publieke) gezondheid.