

IN HOGER BEROEP

Perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen

Rapport van de Commissie Positiebepaling
Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende

Rijswijk, juni 1991

0. Inleiding	4
DEEL I DE VERPLEGING EN VERZORGING IN 1991	7
I. Wat is verplegen en verzorgen.....	7
I.1 Inleiding	7
I.2 Historisch perspectief.....	7
I.3 Het kennisgebied.....	8
I.4 De beroepsgroep	9
I.5 Samenvatting.....	10
II. Het werk in de verpleging en verzorging	11
II.1 Inleiding.....	11
II.2 Beschrijving.....	11
II.3 Het dagelijks functioneren van verplegenden en verzorgenden	12
II.4 De verplegenden en verzorgenden in de organisatie	15
II.5 Samenvatting	16
III De opleiding	18
III.1 Inleiding	18
III.2 Verschillende vormen van onderwijs	18
III.3 Knelpunten in het onderwijs.....	19
III.4 Onderwijs en beroepsuitoefening	21
III.5 Samenvatting	21
IV De arbeidsmarkt	22
IV.1 Inleiding	22
IV.2 Recente ontwikkelingen	22
IV.3 Donkere wolken	23
IV.4 Welke oorzaken.....	23
IV.5 Samenvatting.....	24
V. De professionele beroepsuitoefening	26
V.1 Inleiding.....	26
V.2 Differentiatie in de verpleegkundige beroepsuitoefening	26
V.3 Het verpleegkundig beroepsprofiel	27
V.4 Wettelijke verankering	28
V.5 Samenvatting	29
VI. De functiewaardering	30
VI.1 Inleiding	30
VI.2 Functiewaardering in de gezondheidszorg.....	30
VI.3 Toepassing van de systemen voor functiewaardering.....	31
VI.4 Samenvatting.....	31
VII. Vier algemene vraagstukken.....	33
VII.1 Inleiding	33
VII.2 Autonomie in de beroepsuitoefening.....	33
VII.3 Een stem in beleid en beheer	34
VII.4 Organisatie van de beroepsgroep	35
VII.5 Financiering	35
VII.6 Samenvatting	37
DEEL II DE VERPLEGING IN DE TOEKOMST	38
VIII Toekomstperspectief.....	38
VIII.1 Inleiding.....	38
VIII.2 Veranderingen in de gezondheidszorg	38
VIII.3 Een bezoek aan Denemarken als inspiratiebron.....	39
VIII.4 Professioneel verplegen en verzorgen	41

VIII.5 Een autonome en zelfbewuste beroeps uitoefening: wat is daarvoor nodig?	43
VIII.6 Opleidingen, wetenschap en onderzoek	44
IX Conclusies en aanbevelingen	47
IX.1 Inleiding	47
IX.2 De uitoefening van het werk	47
IX.3 Een herzien onderwijsstelsel	48
IX.4 De arbeidsmarkt	49
IX.5 Gedifferentieerde werkzaamheden.....	49
IX.6 Functiewaardering.....	50
IX.7 Belangenbehartiging en vertegenwoordiging van de beroepsgroep	51
IX.8 Financiering	52

0. Inleiding

De jaren 80 hebben in het teken gestaan van het economisch herstelbeleid. Ook de gezondheidszorg is daar intensief bij betrokken geweest. Een decennium lang werd het beleid voor de gezondheidszorg gekenmerkt door een niet aflatende stroom van maatregelen om de kosten te beteugelen en terug te dringen. Het invoeren van de budgettering voor de instellingen van gezondheidszorg, kortingen op de tarieven van beroepsbeoefenaren, salarisreducties, eigen bijdragen voor de patiënten, bouwstop voor nieuwe voorzieningen en tenslotte een complete herziening van het stelsel van verzekeringen voor ziektekosten in het kielzog van het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) hebben de gemoederen in deze sector gedurende de jaren tachtig allerwegen beroerd. Het resultaat is indrukwekkend. De kosten van de gezondheidszorg zijn gestabiliseerd en als percentage van het bruto nationaal produkt zelfs gedaald. Dit alles tegen een groeiende vraag, als gevolg van de vergrijzing en medisch technologische ontwikkelingen, in.

Op de breuklijn van de jaren negentig werd duidelijk dat het eenzijdige technocratische beleid van kostenbeheersing zijn grenzen had bereikt. Massaal lieten tienduizenden verplegenden en verzorgenden weten dat het zo niet meer langer kon. Voor hen was de afgelopen periode geen aandacht geweest, terwijl juist zij de spanning tussen beperktheid aan middelen en groeiende zorgbehoefte het meest voelden. Onder de verzamelnamen “werkdruk” en “looneisen”, waren het de Verplegenden en Verzorgenden In Opstand, de V.V.I.O., die als eersten aan de bel trokken. De massaliteit en hardnekkigheid van het protest verraste iedereen, inclusief werkgevers, vakbonden en overheid. Plotseling werd duidelijk, wat in het beleid gedurende 10 jaar was verwaarloosd: de aandacht voor de zorgverlening en zorgverleners zelf. Maatregelen gericht op kostenbeheersing en stelseldiscussies alleen kunnen de honderdduizenden verpleegkundigen en verzorgenden niet gemotiveerd houden om dag in dag uit, 24 uur per dag, 7 dagen in de week geïnspireerd door te gaan met het verzorgen van patiënten en andere hulpbehoevenden. Hoe fraai het nieuwe stelsel voor de gezondheidszorg ook moge worden, als er niet meer voldoende en goed opgeleide mensen zijn, die in deze sector willen werken, dan zal het eindprodukt van dat nieuwe stelsel toch ernstig te kort blijven schieten. De protesten van de V.V.I.O. en anderen hebben dit op pijnlijke wijze duidelijk gemaakt. Tijdens het beleidsdebat in de Eerste Kamer van 20 juli 1990 heeft mevrouw Ermen een motie ingediend, waarin de regering is gevraagd een commissie van onafhankelijke deskundigen in te stellen die zich indringend zou gaan verdiepen in de vraagstukken rond de professionalisering en positie van het beroep van verpleegkundige en verzorgende. Deze motie werd met algemene stemmen aanvaard (bijlage 1). Staatssecretaris Simons heeft daarop een commissie samengesteld en geïnstalleerd op 25 september 1990. De commissie kreeg als naam mee: “Commissie positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende” en als belangrijkste taak: “het doen van voorstellen omtrent maatregelen die leiden tot het waarborgen respectievelijk vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige en verzorgende”. De volledige tekst van de taak en samenstelling van de commissie is als bijlage 2 toegevoegd.

De commissie heeft het niet nodig geoordeeld zelf nieuw onderzoek te entameren. De grote hoeveelheid bestaande rapporten, adviezen, onderzoeken en enquêtes maakte het starten van eigen onderzoek overbodig en zou slechts tot vertraging hebben geleid in de werkzaamheden. Een overzicht

van de geraadpleegde literatuur treft u aan in bijlage 3.

Wel heeft de commissie zich uitgebreid laten informeren door anderen en zij heeft vele organisaties uit de gezondheidszorg uitgenodigd hun zienswijze kenbaar te maken in een reeks hoorzittingen. Een volledig overzicht van geraadpleegde instanties treft u aan in bijlage 4.

Tenslotte heeft de commissie specifieke deskundigen ingeschakeld voor een tweetal werkgroepen die zich specifiek hebben gebogen over het vraagstuk van de “functiedifferentiatie” en van de “functiewaardering”. De samenstelling van de werkgroepen en het rapport van de twee werkgroepen zijn als bijlage 5 en 6 aan het rapport toegevoegd. Behalve deze twee werkgroepen waaraan commissieleden en deskundigen van buiten de commissie deelgenomen, hebben twee externe deskundigen bijgedragen aan dit rapport: dr. J.K. van Dijk en dr. van der Bruggen.

Aldus heeft de commissie zich breed willen oriënteren. Zij heeft dat niet alleen gedaan, maar heeft velen opgeroepen bij te dragen aan de discussie over de positie van de verplegenden en verzorgenden. De commissie is verheugd dat zovelen hebben gereageerd op deze uitnodiging. Zij ziet het als een goed teken, dat het onderwerp in toenemende mate in de belangstelling komt te staan.

Het eerste deel van het rapport van de commissie belicht verschillende facetten van de huidige positie van de verplegenden en verzorgenden. Daar doen zich verschillende knelpunten voor. Toch is het niet alleen maar een opsomming van kommer en kwel in de verpleging en verzorging. Dat zou bepaald een vertekend beeld geven van in alle opzichten boeiende, verantwoordelijke beroepen die veel persoonlijke voldoening geven en die maatschappelijk hoog aanzien verdienen. Vandaar dat het eerste hoofdstuk in deel I allereerst ingaat op de vraag wat verplegen en verzorgen inhoudt en op de betekenis ervan voor de samenleving. Het rapport richt zich in hoofdzaak tot het verpleegkundig domein. Dat omvat globaal genomen de werkzaamheden van de huidige verpleegkundigen, verplegers en verpleegsters en ziekenverzorgenden. Op dit ogenblik werken in deze functies meer dan 170.000 mensen. Dat is ruim eenderde van alle werknemers in de gezondheidszorg.

Hoofdstuk II geeft een beeld van de huidige realiteit van de uitoefening van het beroep in al zijn facetten. De organisatie op de werkplek in de directe zorgverlening, de relatie met andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg en vele andere aspecten. Hier tekenen zich de verschillen af tussen het beroepsprofiel en beroepsuitoefening, tussen beroepsverwachting en beroepsbeleving. Duidelijk wordt dat de problematiek die schuilt gaat achter de verzamelnaam “werkdruk” complex is en vele facetten kent, die niet met één simpele maatregel valt op te lossen. Indien dat het geval zou zijn geweest dan had deze commissie niet ingesteld behoeven te worden. Het derde hoofdstuk beschrijft het huidige stelsel van opleidingen en de knelpunten die zich daarin voordoen. Hoofdstuk vier gaat in op de groeiende discrepantie tussen vraag en aanbod en de hogere eisen die de zorgverlening stelt. Duidelijk wordt dat, wil ook in de toekomst in de zorgbehoefte kunnen worden voorzien, naast maatregelen ter bevordering van de instroom van mensen voor deze sector, zeker zoveel, zo niet meer aandacht moet worden besteed aan maatregelen die de hoge uitstroom kunnen terugbrengen.

Hoofdstuk V gaat in op het vraagstuk van de functiedifferentiatie. Het gebrek aan een duidelijke beroepsidentiteit en vastlegging van wat tot het domein van de verpleging behoort blijkt veel gevoelens van onvrede in de werksituatie op te roepen.

Hoofdstuk VI behandelt de functiewaardering. In tal van sectoren bestaat een grote discrepantie tussen de vastgestelde functiewaardering en de daarop gebaseerde inschaling en de feitelijk betaalde salarissen, omdat bij de invoering niet voldoende financiële middelen beschikbaar zijn gesteld.

Hoofdstuk VII geeft een overzicht van meer algemene vraagstukken betreffende de positie van de verplegenden en verzorgenden, zoals de gebrekkige organisatiegraad van de beroepsgroep zelf, het slecht vertegenwoordigd zijn van deze beroepsgroep in de advies-, beleids- en beheersorganen voor de zorgsector en de invloed van de budgettering van de instellingen voor gezondheidszorg. Het overzicht maakt duidelijk dat niet met één of twee eenvoudige maatregelen de zorgverlening van voldoende kwalitatief niveau het komend decennium kan worden veilig gesteld. Structurele en baanbrekende maatregelen zijn daarvoor nodig.

Deel II geeft een beschrijving van de verpleging en verzorging zoals de commissie die in het jaar 2000 als ideaal voor ogen staat. Een perspectief voor al degenen die in de opleiding, de tewerkstelling, het beleid, in de directe verzorging en verpleging of in de arbeidsvoorwaarden betrokken zijn bij de vormgeving en de uitoefening van het beroep. Een perspectief waarvan de commissie hoopt en verwacht dat velen zich daar achter zullen scharen.

Hoofdstuk 9 geeft tenslotte een overzicht van de aanbevelingen van de commissie. Deze zijn niet alleen gericht op de overheid maar meer nog op alle participanten in het veld van de gezondheidszorg. Veel moet gebeuren. Eenvoudige middelen helpen niet. Een doorbraak is geboden op het terrein van het onderwijs, de beroepserkenning, de positie in de organisatie, de functiewaardering en de profilering. Het zelfde geldt voor het terrein van de kwaliteitsnormering en de organisatie van de beroepsgroep zelf tot een volwassen beroepsvereniging.

Aldus heeft de commissie haar werkzaamheden opgevat en haar bevindingen op schrift gesteld. Niet als een klaagzang, maar als een perspectief biedend manifest voor al degenen die zoeken naar en werken aan een betere positie voor de verpleging en verzorging. Allereerst is nodig dat alle betrokken partijen de verbetering van dit beroep serieus nemen en hoog op de agenda plaatsen, in de instellingen, in de extramurale thuiszorg, bij de vele koepelorganisaties en adviesorganen, in het onderwijs, bij de overheid en in de beroepsgroep zelf. Als de werkzaamheden van de commissie en dit rapport daaraan bijdragen dan is al veel bereikt.

DEEL I DE VERPLEGING EN VERZORGING IN 1991

I. Wat is verplegen en verzorgen

I.1 Inleiding

Het eerste hoofdstuk legt een theoretische basis voor de verdere analyse en aanbevelingen van dit rapport. Halverwege de vorige eeuw beschreef Florence Nightingale als eerste het beroep van verpleegkundige niet meer in termen van vrijwillige liefdadigheid maar in termen van professioneel beroepsmatig handelen. Uit paragraaf drie blijkt, dat pas na de Tweede Wereldoorlog de verpleegwetenschap zich op universitair niveau heeft ontwikkeld. Uiteindelijk heeft dat ook de basis gelegd voor het Verpleegkundig profiel dat in 1988 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is gepubliceerd.

I.2 Historisch perspectief

De verzorging van zieken, gewonden en gehandicapten is eeuwenlang mede gebaseerd geweest op intuïtie en op kennis verworven via ‘trial-and-error’, zoniet op medisch-magische kennis. De verzorging geschiedde veelal vanuit gevoelens of overwegingen van medemenselijkheid of vanuit religieuze bewogenheid. Kenmerken van ziekenzorg waren lange tijd liefdevolle toewijding, moederlijke (of in ieder geval vrouwelijke) zorgzaamheid, belangeloosheid en opofferingsgezindheid. Algemeen wordt aangenomen dat de moderne verpleegkunde start met de publikatie van het boek van Florence Nightingale in 1859: *Notes on nursing, what it is and what it is not*. Nightingale stelde rationaliteit tegenover intuïtieve kennis en vrouwelijke roeping. Verplegen, zo stelt zij, is een vak dat men door grondige studie moet leren. Verpleegkundige zorgverlening moet zich baseren op kennis, verworven via nauwkeurige observaties en grondig onderzoek. Bij haar verdere ontwikkelingen bleek de beroepsgroep van verplegenden zich te modelleren naar het beeld van de beroepsgroep der artsen. Ook de verpleegkundige kennis, de ‘body of knowledge’, werd ontwikkeld naar het voorbeeld van de medische kennis. Deze had zich in de negentiende en eerste helft van de twintigste eeuw ontwikkeld op geleide van een cartesiaans mensbeeld. Enerzijds werd een somatische, mechanistische, orgaan-gerichte geneeskunde gepraktiseerd. In de twintigste eeuw leidde deze tot deze steeds verder gaande specialisaties betreffende menselijke organen. Anderzijds legden Freud en zijn volgelingen het theoretisch fundament voor de geneeskunde van de geest.

De verpleegkundige discipline volgde dezelfde parallele ontwikkeling. In Nederland kreeg dat zijn wettelijk beslag in de Wet op de Ziekenverpleging (1921). Deze wet werd in 1924 en 1925 zodanig gewijzigd dat sindsdien het diploma geldt: ‘hetzij voor de gewone ziekenverpleging, in welk geval het als diploma A wordt aangeduid, hetzij voor de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen, in welk geval het als diploma B wordt aangeduid’. Na deze beide basisdiploma’s verpleegkunde volgde in 1978 een derde, namelijk het Z-diploma voor verpleegkundigen in de zwakzinnigenzorg. Met terugwerkende kracht werden Z-diploma’s erkend die waren behaald na examens, afgenomen onder toezicht van de vereniging van directeuren van zwakzinnigeninrichtingen na 1 januari 1961. De A-, B- en Z-opleidingen worden aangeboden als in-service onderwijs evenals de opleiding tot

ziekenverzorgenden, vanaf 1965. Sinds 1972 kan het basisdiploma verpleegkundige eveneens worden behaald via dagonderwijs, namelijk het Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO-V) en het Hoger Beroepsonderwijs (HBO-V). De MBO-V werd in 1984 ondergebracht bij het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs (MDGO-Vp). Tenslotte bestaat sinds 1980 de academische opleiding verplegingswetenschap.

I.3 Het kennisgebied

In de naoorlogse jaren groeide het besef dat het dualistische, op de filosofie van Descartes geïnspireerde mensbeeld, dat mede had geleid tot de parallelle somatische en psychische benadering in zorgverlening en in de betreffende opleidingen, niet langer toereikend was. In de geneeskunde leidde dit tot meer holistisch getinte benaderingen als de antropologische geneeskunde, de psychosomatische, de integrale, de humanistische geneeskunde of de *médecine de la personne*. Ook in de verpleging is een dergelijke holistische tendens merkbaar. ‘The nurse must give total patient care’, werd in de Angelsaksische landen de leidraad voor goed verplegen. In het Nederlands werd de patiënt ‘heel de mens’.

Maar als ‘heel de mens’ het object is van de geneeskundige én ook van de verpleegkundige benadering, dan is het de vraag waarin geneeskunde en verpleegkunde van elkaar verschillen. Deze vraag heeft in de Nederlandse verpleging sinds 1950 geleid tot een voortdurend zoeken naar en pogingen tot formuleren van de eigenheid, de identiteit van het verplegen. Dit leidde rond 1970 tot enkele belangwekkende rapporten, die in de literatuurlijst staan vermeld.

Mede ten gevolge van de genoemde identiteitscrisis – of beter: van de oplossingen die men voorstond – ontstonden enkele andere ontwikkelingen. Sinds het begin van de jaren zeventig worden in Nederland leerboeken verpleegkunde gebruikt met holistisch georiënteerde uitgangspunten, probleemverkenning en interventies. Ook het ontstaan van de MBO-V’s en de HBO-V’s in het begin van de jaren zeventig is mede te zien als neerslag van de reflectie op de identiteit van het verplegen: de dagopleidingen hebben een generalistisch karakter, men leert er het generieke van ‘verplegen’. Tenslotte leidden reflecties over de eigen identiteit van het verplegen ook tot formulering van eigen wetenschappelijke modellen en theorieën. Aanvankelijk beperkte dit zich tot introductie van Amerikaanse voorbeelden. Vervolgens verschenen in kort tijdsbestek, onafhankelijk van elkaar, de eerste nederlandstalige aanzetten tot theorievorming.

Daarnaast trokken andere publikaties de aandacht, hetzij in boek- of artikelvorm hetzij in de vorm van nota’s of papers bij symposia en studiedagen. Eind jaren tachtig bleek dat de theorievorming in Nederland zich niet voltrok via één of enkele overheersende gedachtenstromen. Integendeel, er is sprake van een zeer diverse theorievorming. Ter formulering van het beroepseigene inspireren de auteurs zich op uiteenlopende theoretische kaders, afkomstig uit uiteenlopende takken van filosofie, wetenschapsfilosofie, menswetenschappen, ideologieën en religieuze of esoterische stromingen. Op het terrein van de Nederlandse verpleging is er geen sprake van enkele goed bevaarbare stromen. Eerder wordt het beeld gewekt van een onoverzichtelijk deltagebied van stromingen, scholen of denkrichtingen. Deze verschillen niet alleen van elkaar wat betreft hun theoretische inspiratie, maar ook in de praktische uitwerking. Zij lopen zeer uiteen in onderwerpen als de concrete verpleegkundige praktijkvorming, organisatie modellen op de verpleegafdeling of geëigende verpleegopleidingen.

Vanuit de nederlandstalige theorievorming is tot nu toe nauwelijks empirisch onderzoek verricht. ‘Het meest globale perspectief van een discipline’ wordt tegenwoordig met betrekking tot de verpleging ‘het verplegingswetenschappelijk metaparadigma’ genoemd. Dit ‘dient als een allesomvattende eenheid, of denkraam, waarbinnen zich de meer begrensde structuren ontwikkelen.’ Fawcett stelt, in navolging van Yura en Torres, dat het domein van verpleging en verplegingswetenschap wordt begrensd door de vier sindsdien als essentieel aangeduide begrippen: persoon, omgeving, gezondheid, verpleging. De belangrijkste gevolgtrekking hieruit wordt getrokken door Donaldson en Crowley: ‘De verpleegkunde bestudeert de heilheid of gezondheid van mensen, met dien verstande dat mensen voortdurend in interactie zijn met hun omgeving’. Welnu, na analyse van de nederlandstalige (aanzetten tot) theorievorming is het niet zeker dat de auteurs elkaar op het aldus afgebakende terrein zullen ontmoeten, noch bovengeformuleerde conclusie zullen delen.

De discussies over de definities en het begrippenkader voor de verpleegkunde hebben ook geleid tot het zoeken naar een meer praktijk-gerichte omschrijving als basis voor het formuleren van de functies en bijbehorende taken van de verpleegkundige beroepsgroep. In 1988 publiceerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid het Verpleegkundig beroepsprofiel. Dit stelt: ‘Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid’.

I.4 De beroepsgroep

De bovengeschetste ontwikkelingen in de theoretische grondslagen van de verpleging spelen zich af tegen de achtergrond van een voortschrijdend proces van professionalisering. Kenmerkend voor professionalisering van een beroepsgroep is de autonomie, de zelfstandigheid bij het beoordelen van situaties en het dienovereenkomstig handelen. Daartoe is solide kennis nodig, een ‘body of knowledge’, gebaseerd op een voortdurende wisselwerking tussen theoretische reflectie en wetenschappelijk onderzoek. Daartoe weer zijn specifieke opleidingsfaciliteiten noodzakelijk, vanaf basisopleidingen tot en met post-HBO en universitaire opleidingen. Beroepsbeoefenaars in verpleging en verzorging kunnen kiezen uit een veelheid van basis- en vervolgoopleidingen, bij- en nascholingscursussen. Aldus kan de beroepsbeoefenaar zich bekwamen in steeds gedetailleerder en gespecialiseerder zorgverlening. Hier doet zich een paradox voor. De steeds verdergaande specialisering strookt moeilijk met de tegenovergestelde tendens: de integrale, holistische benadering van de patiënt. De veelheid van opleidingen en aanvullende cursussen komt zowel tegemoet aan de wensen van de zittende en toekomstige werknemers als aan de diversiteit van arbeidsplaatsen, taken en functies in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Op zeer uiteenlopende plaatsen in de gezondheidszorg zijn verpleegkundigen werkzaam: intramuraal, extramuraal, in thuiszorg, bij schoolgezondheidsdiensten of in de bedrijfsgezondheidszorg. Zij vervullen diverse functies en taken in staf- en lijnfuncties, in de directe zorgverlening, in het onderwijs, onderzoek en management. De activiteiten van verplegenden en verzorgenden raken of zelfs overlappen soms die van de collega-werkers in de gezondheidszorg: medici, paramedici, administratief en hotelpersoneel.

Van verplegenden wordt steeds meer expertise gevraagd in onze steeds complexer worden de maatschappij, waar technologische kennis en vaardigheden in de gezondheidszorg een even hoge vlucht lijken te nemen als ethische en normatieve problemen. Het spreekt vanzelf dat de Nederlandse gezondheidszorg gebaat is bij verpleegkundige zorgverlening, geleid door rationaliteit en gebaseerd op theorieontwikkeling en onderzoek. Algemeen wordt aanvaard dat de verpleegkundige zorgverlening 'research based' moet zijn. De kwaliteit van de zorgverlening kan slechts worden gegarandeerd, bewaakt en verbeterd, indien de beroepsgroep, ondersteund door wetenschappelijk onderzoek, zelf kwaliteitscriteria ontwikkelt en daaraan de verleende zorg voortdurend toetst. Evenzo is het verpleegkundig management van kwalitatief hoog niveau gefundeerd in wetenschappelijke principes. Met een dergelijke wetenschappelijke achtergrond kan de verpleegkundige functioneren als gelijkwaardige partner naast de overige werkers in de gezondheidszorg.

Het huidige proces van professionalisering is in Nederland zover gevorderd, dat een opleidingscarrière kan worden uitgestippeld van basisopleidingen tot universitair onderwijs. Ook de verpleegkunde in Nederland bezit dus thans haar academische opleiding en academisch gevormde top.

I.5 Samenvatting

Het verschijnen van het boek van Florence Nightingale: *Notes on nursing, what it is and what it is not*, legde de basis voor de moderne verpleegkunde. Net als de ontwikkeling van de medische beroepsbeoefening heeft de verpleegkunde in de afgelopen eeuw een wetenschappelijk gefundeerd begrippenkader ontwikkeld. Sinds de jaren 20 is de titel van verpleegkundige wettelijk beschermd. Binnen de verpleegkunde doet zich een paradox voor: enerzijds is het besef gegroeid dat het dualistische mensbeeld met de scheiding tussen geest en lichaam te kort doet aan de werkelijkheid. Op grond van dit inzicht is een meer holistische benadering van de ziekenverpleging op de voorgrond geraakt. Anderzijds dwingt de snel voortschrijdende medische technologie en de gedifferentieerde vraagontwikkeling tot specialisatie. In ieder geval is een wetenschappelijke fundering van de verpleegkunde een voorwaarde om deze ontwikkelingen te kunnen volgen en waar nodig en mogelijk te begeleiden en te sturen.

II. Het werk in de verpleging en verzorging

II.1 Inleiding

Dit hoofdstuk schetst de huidige positie van verpleging en verzorging. De tweede paragraaf begint met enkele kerngegevens over het aantal mensen dat werkt in de gezondheidszorg. Vervolgens komen meer kwalitatieve aspecten aan de orde. Wat speelt zich af in de dagelijkse praktijk van de verplegenden en verzorgenden: de organisatie van de werkzaamheden, de arbeidsomstandigheden, het verschil tussen verwachting en werkelijkheid van beginnende werknemers. Er is sprake van een grote diversiteit in werkomstandigheden in de verschillende organisaties en sectoren. De derde paragraaf vat de belangrijkste knelpunten in het dagelijks functioneren van verpleging en verzorging samen.

Paragraaf vier wijst op enkele oorzaken van deze knelpunten en gaat daarbij in op de positie van de beroepsgroep in de organisatie. In ziekenhuizen en andere instellingen in de gezondheidszorg blijkt deze groep niet erg sterk in management en beheer te zijn vertegenwoordigd. Er is zelfs sprake van achteruitgang in vergelijking met andere groepen.

De commissie wil hier overigens nog eens opmerken, dat het niet alleen maar kommer en kwel is in de gezondheidszorg. Ondanks veel van de genoemde negatieve aspecten noemen de beroepskrachten ook de positieve kanten van het werk: verantwoordelijkheden dragen voor zorgbehoevende mensen, het werken in teamverband, het omgaan met mensen, de grote mate van zelfstandigheid en afwisseling in het werk, het werken in de gezondheidszorg als een sector waar zich de snelle en interessante technologische ontwikkelingen en medisch-ethische kwesties voordoen. Uit de hoorzittingen is gebleken dat de samenleving in het algemeen een traditioneel beeld heeft over verplegen en verzorgen.

II.2 Beschrijving

Enige kerngegevens

In de gezondheidszorg in Nederland werken op dit ogenblik in totaal ruim 435.000 mensen, bijna 325.000 daarvan in intramurale instellingen en 110.000 in de extramurale zorg. Tabel 1 bevat een overzicht, gemeten in aantallen full-time arbeidsplaatsen.

De verpleging beslaat een belangrijk deel van dit totaal: naar schatting werken op dit moment in de gezondheidszorg ruim 92.000 gediplomeerde verpleegkundigen en 31.700 leerling-verpleegkundigen, 36.000 ziekenverzorgenden en 13.400 leerling-ziekenverzorgenden. In totaal zijn dat 173.100 personen.

Tabel 1 Aantal full-time arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg, 1989

sector

(arbeidsplaatsen)

Ziekenhuizen (alg. en ac.)	136.834
Psychiatrische ziekenhuizen	27.493
Zwakzinnigen inrichtingen	31.675
Verpleeghuizen	58.199
Bejaardenoorden	53.270
Kruiswerk	11.854
Gezinsverzorging	40.302
Kraamzorg	5.606
Overige extramurale zorgverlening	10.000
TOTAAL	375.233

bron: Financieel Overzicht Zorg, 1991

Tabel 2 biedt een overzicht van de aantallen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in de periode 1985-1989.

Tabel 2 Aantal full-time arbeidsplaatsen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, 1985-1989

Sector	1985	1990	gemiddelde jaarlijkse groei 1985 1990 (%)
(full-time arbeidsplaatsen)			
Intramuraal			
- gedipl. verpleegkundigen	57.200	59.600	(1,0)
- leerling-verpleegkundigen	18.100	14.300	(-0,5)
- gedipl. ziekenverzorgenden	19.900	21.500	(2,0)
- leerling ziekenverzorgenden	7.700	6.600	(-0,4)
Bejaardenoorden			
- verpleegkundigen	3.700	3.900	(1,3)
- ziekenverzorgenden	4.000	6.100	(11,1)
Extramuraal			
- verpleegkundigen	8.800	10.100	(3,5)
- ziekenverzorgenden	1.200	1.500	(5,7)
TOTAAL	120.600	123.600	(0,6)

bron: nota Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1991

II.3 Het dagelijks functioneren van verplegenden en verzorgenden

Er bestaat een grote diversiteit naar soorten werk en naar sectoren. In de verschillende sectoren lopen de organisatie van de werkzaamheden, de complexiteit van het werk, de zorgzwaarte en de opleidingseisen uiteen. Zo kennen de verzorgenden en verplegenden in verpleeghuizen veelal een meer

zelfstandige professionele beroepsuitoefening dan in algemene ziekenhuizen. In veel instellingen zijn zij de enige beroepsgroep die 24 uur per dag aanwezig is. Ook de wijkverpleging voert de verpleegkundige functie relatief zelfstandig uit. Werken in de zwakzinnigenzorg leidt tot heel andersoortige werkrelaties met andere beroepsgroepen dan in de somatische zorg. Dit zijn slechts enkele voorbeelden. Bovendien bestaan er grote verschillen in stijl en kwaliteit van management tussen organisaties en instellingen. Dat maakt het moeilijk om generaliserende conclusies over de werksituatie te trekken. De typering van de huidige organisatie van het werk geeft dan ook niet een volledig of genuanceerd beeld. In het navolgende wil de commissie dan ook niet een gedetailleerd beeld van het werk van verplegenden en verzorgenden in alle sectoren schetsen. Wel staan in dit hoofdstuk enkele algemene trends belicht die zich naar het oordeel van de commissie in min of meerdere mate voordoen op alle terreinen van de gezondheidszorg.

Werkdruk

De laatste jaren zijn tal van studies, rapporten en zwartboeken verschenen over de redenen dat mensen ontevreden zijn over het werk in de gezondheidszorg (rapporten ABVA/KABO, CFO, NMV, NEI-onderzoek, WIO-enquête). Uit deze rapporten komen verschillende punten naar voren: de zware werkdruk, het gebrek aan maatschappelijke en financiële waardering, de stroef lopende samenwerking met andere beroepsgroepen, de onduidelijk afgebakende eigen bevoegdheden en taken en onvoldoende mogelijkheden om de eigen taken zelfstandig uit te kunnen voeren. Ook tijdens de hoorzittingen van de commissie werden werkdruk en arbeidsomstandigheden veelvuldig genoemd als de zwaarste knelpunten in de positie van de verplegenden en verzorgenden.

Werklast en werkdruk in de zorgsectoren staan sterk in de belangstelling, zo schrijven de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in een brief aan de Tweede Kamer in augustus 1990. In deze brief geven beide bewindslieden een reactie op het inspectieonderzoek in verplegingsinrichtingen. Dit onderzoek werd uitgevoerd door de Arbeidsinspectie van SZW en de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid van WVC. Aanleiding voor het onderzoek was dat regelmatig signalen binnen kwamen over knelpunten in de arbeidsomstandigheden in de verpleging en de toegenomen werklast. Deze zijn geen geïsoleerd vraagstuk, zo staat in de brief. Er liggen nauwe relaties met de arbeidsmarkt en met het niveau en de kwaliteit van de voorzieningen.

Al eerder waren deze onderwerpen aan de orde gekomen in beleidsnota's van WVC: "De Arbeidsmarkt in de jaren 90: een zorg!" en "Werken aan zorgvernieuwing". Beide nota's besteden aandacht aan werkdruk en werklast. Ook is in het voorjaar 1990 tussen overheid en organisaties van werkgevers en werknemers het Beleidskader arbeidsmarkt zorgsector overeengekomen. In dit beleidskader is afgesproken, dat de komende jaren extra financiële middelen beschikbaar komen voor uitbreiding van personeel en het oplossen van specifieke knelpunten. Het gaat om bedragen van 100 miljoen gulden in 1991 oplopend tot 900 miljoen in 1992.

Het begrip werklast slaat op de meetbare, objectiveerbare aspecten van het werk: de hoeveelheid werk en het aantal mensen dat daarvoor beschikbaar is, de aard en de kwaliteit van het werk en de kwalificatie van de werknemers en tenslotte de beschikbare tijd om het werk te doen.

De term werkdruk geeft aan hoe zwaar iemand de werklast ervaart. Bij de werkdruk gaat het zowel om

de subjectieve beleving als om de feitelijke werklast. De subjectieve beleving hangt samen met persoonlijke omstandigheden, de waardering van de eigen omgeving en de maatschappelijke status van het beroep. Daarbij spelen ook factoren zoals de organisatie van het werk, de stijl van leiding geven, de mate waarin men in het werk ruimte krijgt om de kwalificaties van de eigen opleiding te gebruiken. Wat de feitelijke werklast betreft is de vraag welke factoren hier invloed op hebben. Uit tabel 2 valt af te lezen dat in de jaren 1985-1990 het aantal arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg ruim een half procent per jaar steeg. Tegelijk daalde het aantal arbeidsplaatsen bezet door leerling-verpleegkundigen in de intramurale sector (zie tabel 2).

Tegenover deze lichte groei van het arbeidsvolume en de beddenreductie in de intramurale zorg staat een aantal belangrijke veranderingen dat werkdrukverhogend heeft gewerkt. Als eerste de aard van de zorg. Deze is zwaarder geworden als gevolg van de vergrijzing en de medische technologie. Ook nam de verpleeglast per patiënt in de ziekenhuizen toe doordat de opnameduur sterk is gedaald. Mensen gaan na de behandeling veel sneller naar huis dan vroeger zodat de opgenomen patiënten gemiddeld genomen meer werk vergen. De tweede verandering betreft de secundaire arbeidsvoorwaarden. Extra vrije dagen door de invoering van de ATV-maatregelen, het verruimen van ouderschaps- en zwangerschapsverlof betekent dat de uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen zich niet heeft vertaald in een evenredige uitbreiding van het werkelijk beschikbare personeel aan het bed. Een derde factor is de verbetering van het onderwijs. De laatste jaren is sprake van een verlenging van de cursusduur. Ook is de leerstof van de studenten zwaarder geworden. Dit legt een beperking op aan het inzetten van de leerlingen of studenten. Voorts is het aantal onvervulde vacatures gestegen. Tenslotte is het aantal deeltijdwerkers gegroeid, wat organisatorische problemen met zich heeft meegebracht.

Naast deze werkdrukverhogende ontwikkelingen wil de commissie nog op een aantal andere zaken wijzen die in de verschillende nota's en rapporten worden genoemd:

- er worden onvoldoende exit-interviews gehouden. Het management heeft onvoldoende inzicht in de oorzaken van het personeelsverloop. Het is daarom moeilijk om precies te weten wat daaraan valt te doen;
- onvoldoende differentiatie in het werk;
- de grote wisseling van personeel (verloop, uitval leerlingen, snel wisselende stroom stagiaires, uitzendkrachten) belemmert de continuïteit in de zorgverlening;
- de inzet van leerlingen als werkracht betekent in zekere zin roofofbouw op een toch reeds kwetsbare groep;
- administratieve verplichtingen en overleg vergen steeds meer tijd en beperken de beschikbaarheid voor verpleegkundige werkzaamheden.

Arbeidsomstandigheden

Het werk van verplegenden en verzorgenden is ongedifferentieerd. Dat leidt tot een grote mate van overlapping in de werkzaamheden van hoger en lager personeel. Er bestaat geen duidelijke taakverdeling tussen verpleegkundigen, verplegers, verpleegsters en ziekenverzorgenden. Soms doen ze allemaal hetzelfde werk en bestaat er geen hiërarchie binnen deze groep. Hierdoor is onduidelijk wie de eindverantwoordelijkheid draagt voor het coördineren van de werkzaamheden en voor de uitvoering van de verpleegkundige taken. Ook staat dit het delegeren van uitvoerende werkzaamheden in de weg.

Najaar 1989 publiceerde het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de resultaten van het eerder genoemde inspectie-onderzoek in de nota Inspectie-onderzoek verplegingsinrichtingen. Deze nota bevat enkele specifieke aanbevelingen, zoals een regelmatige inspectie naar de werk- en rusttijden van personeel in operatiekamers en laboratoria en naar de naleving van de bestaande bepalingen met betrekking tot de minimale dagelijkse rust. Andere aanbevelingen betreffen onder meer wetenschappelijk onderzoek, aanpassingen in het onderwijs, deskundigheidsbevordering binnen de instellingen en de invoering van het Werktijdenbesluit voor Verplegings- en Verzorgingsinrichtingen. Uiteindelijk komen dergelijke maatregelen de continuïteit en de kwaliteit van de patiëntenzorg ten goede. Het is eigenlijk opmerkelijk dat nog niet alle organisaties of instellingen van de gezondheidszorg binnen het bereik van een bedrijfsgezondheidsdienst vallen.

Verwachting en werkelijkheid

De beginnend verpleegkundige, verpleger/verpleegster en ziekenverzorgende beschikt over kennis, kunde en een beroepshouding die tijdens de opleiding zijn aangeleerd. Hij of zij verwacht na afloop van de studie in het werk deze vakbekwaamheden te kunnen toepassen. Veelal leidt dit tot een teleurstelling. De verwachtingen blijken niet overeen te komen met de werkelijkheid: de eisen die de organisatie stelt blijken slecht aan te sluiten bij de beroepsopvattingen en de opleiding. De hoger opgeleide verpleegkundige verwacht, net als andere HBO-opgeleiden, een brug te kunnen slaan tussen verworvenheden uit wetenschap en de praktijk. Het vakmatig en professioneel handelen stoelt bij deze opgeleiden op wetenschappelijke inzichten.

Voor een groot deel van de beginnende leerlingen en studenten vormt de verwachting in de uitoefening van het beroep de medemens troost en verlichting te kunnen schenken, de belangrijkste motivatie voor de beroepskeuze. Dat botst met de werkelijkheid: al snel na binnenkomen of tijdens de opleiding blijkt dat de dagelijkse werkzaamheden te weinig ruimte bieden voor een persoonlijke benadering van de patiënt. Bovendien bestaat er een zekere spanning tussen de wens tot deze persoonlijke benadering en het beeld van de moderne beroepsbeoefenaar die op basis van kennis en kunnen zelfstandig, in goede samenwerking met de arts, beslissingen neemt. Men weet daardoor vaak niet goed waar men precies aan begint. De eigen verwachting noch de beeldvorming over het beroep stroken met de werkelijkheid en men voelt zich in het dagelijkse werk onvoldoende gesteund. In de opleidingen ontbreekt het aan voldoende mogelijkheden de studenten en leerlingen te begeleiden in het dragen van verantwoordelijkheden voor patiënten. Nog teveel zijn verpleegafdelingen en zorginstellingen gericht op het uitvoeren van taken in plaats van op het werken met een organisatiesysteem van patiëntentoe wijzing. Binnen dit organisatiesysteem leren studenten en leerlingen vanaf het begin van hun opleiding verantwoordelijkheid te dragen voor heel de patiënt, cliënt, pupil of bewoner. Zo wordt ook voldaan aan de behoefte van leerlingen om meer persoonlijk met mensen om te gaan.

II.4 De verplegenden en verzorgenden in de organisatie

De commissie meent dat voor een belangrijk deel de oorzaken van de bovengenoemde knelpunten te vinden zijn op het niveau van de organisatie. Op dit niveau gaat het om de positie van de verplegenden en verzorgenden in de instelling. De manier waarop binnen een organisatie of instelling de arbeidsorganisatie is geregeld, bepaalt wie waar werkt. Het organisatorisch kader is belangrijk voor de

doelmatigheid van de zorgverlening en de arbeidsmotivatie van het personeel. De meeste verpleegkundigen, verpleegsters/verplegers en ziekenverzorgenden werken in dienstverband binnen een instelling. De organisatie van de instelling stelt dus de kaders voor de beroepsuitoefening. De kwaliteit van de hulpverlening is onlosmakelijk verbonden met de kwaliteit van de organisatie waarbinnen wordt gewerkt. Welk appèl wordt er op de verpleegkundige gedaan? Welke mogelijkheden worden geboden? Wat is de managementstijl? Op welke wijze hebben de verpleegkundige beroepsbeoefenaren een stem in de organisatie?

In maar weinig instellingen of organisaties bestaat een stafconvent verpleging als centrale stafafdeling en plaats van overleg voor de verpleegkundige beroepsbeoefenaren. Bij de fusies tussen de organisaties van kruiswerk en gezinsverzorging is in de meeste gevallen ook het stafconvent verpleging dat bij het kruiswerk bestond, opgeheven.

Doorgaans bestaat er wel een medisch stafconvent. De Commissie Medisch specialisten ziekenhuisorganisatie (waarin NZR, LSV en NZI deelnemen) heeft onlangs de nota Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen uitgebracht. Deze nota pleit voor een versterkte positie van de specialist in het management van instellingen. Ook stelt de nota 'Het Ziekenhuis aan bod' (een beleidsnota van de sectie Ziekenhuizen van de NZR) voor om "de betrokkenheid van de professionele zorgverlener bij het ziekenhuisbeleid te vergroten" en "de effectieve betrokkenheid van medische specialisten, verpleegkundigen en paramedici bij het management te versterken". Maar de alinea eindigt: "Overleg met de LSV zal hierbij onmisbaar zijn". Niet wordt vermeld of overleg met verplegenden en verzorgenden nodig wordt geacht. Hiermee ontwikkelt de medische beroepsgroep zich tot een staf met beslissingsbevoegdheden en invloed op het strategisch beleid op alle niveaus. De verpleegkundige lijkt in even hoog tempo aan invloed in te boeten.

In het begin van deze eeuw stonden verpleegkundige directrices – soms welbespraakte dames van goeden huize, soms diaconessen of nonnen – aan het hoofd van ziekenhuizen en instellingen. Zij maakten letterlijk en figuurlijk de dienst uit, doch zij hebben in de loop der jaren het veld geruimd voor de geneesheer-directeur en de economisch directeur.

Dit alles leidt ertoe, dat beslissingen over zaken die de verpleging direct raken, worden genomen zonder stem van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep zelf. Zaken als de verdeling van mensen en middelen over afdelingen, het opname- en ontslagbeleid, de beslissingen tot de aanschaf van medische apparatuur en de verdeling van het budget naar verschillende categorieën personeel. Zo komt voor, dat gespecialiseerde apparatuur wordt aangeschaft zonder dat voor de verpleging van behandelde patiënten voldoende verplegend en verzorgend personeel beschikbaar is. Hier doet zich bovendien het probleem voor, dat met de invoering van de instellingsbudgettering in de loop van de jaren tachtig niet langer vaste normen voor verpleegkundig personeel bestaan, De verpleegkundige participeert in het management op alle niveaus niet op een gelijkwaardige professionele basis als de andere beroepsgroepen.

II.5 Samenvatting

Er werken op dit ogenblik in Nederland zo'n 173.000 verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Dat is

ruim eenderde van alle werkers in de gezondheidszorg. De laatste vijf jaar steeg het aantal verpleegkundigen en verzorgenden, maar dit leidde niet tot een evenredige stijging in beschikbare mankracht en in invloed. De werkweek is korter geworden, het aantal mensen dat in deeltijd werkt, nam toe. Bovendien steeg in veel gevallen de zwaarte van het werk. De laatste jaren zijn tal van studies en rapporten verschenen over het werken in de gezondheidszorg. Deze noemen veelvuldig de hoge werkdruk en matige arbeidsomstandigheden als negatieve aspecten van het werk. Daarnaast signaleert de commissie andere knelpunten: het uiteenlopen van verwachting en werkelijkheid van de beginnend beroepsbeoefenaar en de zwakke vertegenwoordiging van de beroepsgroep in de organisatie. Uit de rapporten blijkt dat de instroom van leerlingen de laatste jaren is gedaald. De laatste jaren zijn extra financiële middelen beschikbaar gesteld voor het verminderen van de werkdruk. De commissie acht dat een goede zaak maar is van mening dat meer fundamentele aanpak van de knelpunten nodig is.

III De opleiding

III.1 Inleiding

In dit derde hoofdstuk komt het huidige stelsel van opleidingen in de gezondheidszorg aan de orde. Paragraaf III.2 beschrijft het huidige onderwijsstelsel. Paragraaf III.3 noemt enkele van de knelpunten in dit stelsel. Tenslotte wijst paragraaf III.4 op de gebrekkige aansluiting van het onderwijs op de eisen van de moderne beroepsuitoefening.

III.2 Verschillende vormen van onderwijs

Nederland kent verschillende vormen van onderwijs voor de verpleegkundige beroepen. Naast het algemene beroepsonderwijs (het 'reguliere' onderwijs) bestaat het in-service onderwijs. Het in-service onderwijs ressorteert onder het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De financiering loopt via het budget van ziekenhuizen en instellingen. Er bestaan afzonderlijke opleidingen voor de verschillende sectoren. De duur van de opleiding is afhankelijk van de opleidingsrichting. In het in-service onderwijs heet de student leerling-verpleegkundige of leerling-ziekenverzorgende. Leren en werken worden hier gecombineerd op basis van een leer-arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis of de instelling.

Het reguliere beroepsonderwijs ressorteert onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en wordt door onderwijsinstellingen verzorgd. Voor het grootste deel zijn dit dagopleidingen, maar de laatste jaren zijn ook part-time opleidingen in opkomst. De onderwijsinstellingen leiden op tot verpleegkundige, verplegende of verzorgende in alle velden van de gezondheidszorg. Hierbij bestaat het onderscheid tussen de MDGO-verpleger/verpleegster, de MDGO-verzorgende, en de HBO-verpleegkundige. De duur van de MDGO-opleidingen bedraagt drie jaar en die van de HBO-opleiding vier jaar.

Naast bovengenoemde opleidingen voor verplegende en verzorgende beroepen bestaan verschillende beroepsopleidingen voor werk in de gezondheidszorg. Voorbeelden zijn de opleidingen tot bejaardenverzorger, kraamverzorgster, de in-service opleiding gezinsverzorging.

Ook bestaan in de gezondheidszorg vervolgopleidingen op het terrein van de verpleging, zoals de kaderopleiding, intra- en extramurale tweede graads lerarenopleiding en bijscholing. De duur van die opleidingen varieert tussen 9 maanden en twee jaar in part-time of full-time studie. Voortgezette opleidingen in de gezondheidszorg omvatten onder andere verpleegkundige specialisaties, beroepsinnovatie en management. Post-HBO onderwijs biedt de verpleegkundige cursussen op het terrein van klinisch specialisme, onderzoek en management.

Tenslotte kunnen studenten sinds 1980 een opleiding op universitair niveau volgen.

In 1980 besloot het toenmalige Kabinet de in-service opleidingen voor verpleegkundige te laten samengaan met het dagonderwijs. In 1986 adviseerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid op korte termijn met een concreet plan te komen voor het wijzigen van bestaande onderwijsvormen in reguliere beroepsopleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden onder verantwoordelijkheid van de overheid. Tot op heden is nog geen uitvoering gegeven aan het eerder genoemde kabinetsbesluit,

aanvankelijk op grond van budgettaire overwegingen. Ook inhoudelijke argumenten zijn allengs gaan meespelen. Beide onderwijsvormen kennen voor- en nadelen. Reeds jaren worden discussies gevoerd over de keuze tussen in-service en dagonderwijs. Voorstanders van dagonderwijs wijzen op de voordelen van deze onderwijsvorm: ongestoord kunnen leren naast kortere perioden van praktische stages en het meer generieke karakter van het onderwijs, dat zich niet beperkt tot een specifieke sector. Voorstanders van het in-service-onderwijs wijzen op de hier gemakkelijk te leggen relatie tussen leren en werken en op het gegeven dat dit onderwijs onderdak biedt aan herintreders, ouderen en bijvoorbeeld aan studenten die al een andere opleiding achter de rug hebben.

In 1990 hebben de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur besloten om in een zestal regio's experimenten te starten om te onderzoeken hoe de verschillende vormen van onderwijs naar elkaar toe kunnen groeien. De experimenten moeten leiden tot samenwerking of integratie van het in-service onderwijs en het reguliere beroepsonderwijs. Deze experimenten kunnen worden gezien als voorlopers van een nieuwe opleidingsstructuur.

III.3 Knelpunten in het onderwijs

Binnen het reguliere dagonderwijs en de in-service opleidingen voor verpleegkundige en verzorgende beroepen is in de loop der jaren een complex geheel van opleidingen ontstaan, deels door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen gesubsidieerd en deels gefinancierd uit de verpleeggelden. Voor een deel is dit het gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt. Instellingen doen alle moeite om personeel te werven en om mensen die vroeger een diploma hebben behaald, tot herintreden aan te sporen. Dit heeft geleid tot alle mogelijke vormen van verkorte opleidingen, vrijstellingen en sektorgerichte cursussen op HBO-V's die al dan niet samenwerken met het in-service onderwijs. Dit komt de overzichtelijkheid en de kwaliteit van het onderwijs niet ten goede.

De vele varianten in het reguliere HBO- en MBO- en in-service onderwijs naar niveau, structuur en gezondheidssector maken het voor decanen en andere beroepsvoorlichters niet eenvoudig om schoolverlaters adequaat voor te lichten en te motiveren voor een verplegend of verzorgend beroep.

Uit onderzoeken blijkt dat de keuze voor een beroep in de gezondheidszorg in een belangrijke mate wordt bepaald door de wens te willen zorgen voor de medemens. Uit het rapport van het Nederlands Economisch Instituut uit 1990, waarin de redenen van uitval uit het in-service onderwijs zijn onderzocht blijkt dat naast werklast, juist het aspect 'omgaan met de medemens' door de in-service leerlingen als zwaar wordt ervaren. Ook de combinatie van (te veel en te zwaar) leren en werken en het gebrek aan carrièreperspectief worden als redenen genoemd waarom men stopt met het in-service onderwijs. Leerlingen uit het dagonderwijs krijgen op een later moment in de opleiding veelal te maken met de 'reality shock'.

De bij de herstructurering van het in-service onderwijs beoogde invoering van landelijk uniforme eindexamens is vooralsnog niet realiseerbaar gebleken. De kwaliteitscontrole door de overheid is geregeld door aanwijzing van rijksgecommitteerden bij eindexamens. Gedacht wordt aan de vorming van visitatie-commissies die regelmatig de kwaliteit van de opleidingen toetsen. In de praktijk vindt

deze toetsing nog niet plaats.

Binnen het onderwijs wordt nog onvoldoende aandacht geschonken aan het onderscheid dat het verpleegkundig beroepsprofiel maakt naar eerste en tweede deskundigheidsniveau. Het huidige stelsel van opleidingen bevat allerlei leerwegen die niet goed op deze differentiatie aansluiten. Ook zijn de opleidingen onderling niet op elkaar aangepast. Zo kan het voorkomen, dat een student met een A--diploma die naar de zwakzinnigenzorg wil overstappen, vrijwel opnieuw aan het begin van de Z-opleiding moet starten. In andere gevallen bieden instellingen een verkorte opleiding voor herscholing van gediplomeerden.

De opleidingen bieden de mogelijkheid om werken en leren te combineren en om al werkende vakbekwaamheid op te doen. Dat veronderstelt dat tijdens de werkperiode voldoende en goede begeleiding wordt gegeven. Dat veronderstelt eveneens, dat de werkperiodes niet zoveel tijd vergen dat er geen gelegenheid voor studeren overblijft. Aan deze beide condities blijkt de praktijk niet te voldoen. Personeelstekorten en langdurige vacatures leiden tot een hoge werklast voor de leerlingen waardoor de begeleiding er wel eens bij inschiet. Hierdoor komt bovendien de studietijd in gedrang.

Opvallend is dat bijna de helft van de afgestudeerden van de MDGO-VP opleiding doorstroomt naar de HBO-V en de VHBO-V. Daarnaast stroomt een niet onaanzienlijk deel van de MDGO-VP door naar de verschillende in-service opleidingen, zo signaleert de begeleidingscommissie MDGO-VP in een evaluatierapport uit 1991 (begeleidingscommissie MDGO-VP, 1991). Dat was uiteraard niet de bedoeling toen in 1984 het VP onderwijs werd gestart. Als belangrijke motieven om door te willen studeren na drie jaar MBO worden genoemd de wens om de titel verpleegkundige te halen en het zicht op betere carrièreperspectieven.

Docenten Verpleegkunde

In het HBO-onderwijs werken doorgaans docenten met een academische opleiding. Dat is nog maar in beperkte mate het geval met de docenten verpleegkunde. Hiermee ontbreekt het deze docenten aan voldoende kennis en achtergrond om wetenschappelijk gefundeerde begrippenkaders en methoden en technieken te kunnen onderwijzen.

Financiering van de studie

Een geheel andere kwestie speelt rond de bekostiging van de opleidingen. Het huidige HBO- en MBO-dagonderwijs valt onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en wordt uit de onderwijsbegroting betaald. De studenten kunnen studiefinanciering krijgen. Het in-service onderwijs valt onder het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De kosten worden via de budgetten van de instellingen verrekend. Een eerder gewenste budgettaire neutrale, overheveling van het in-service onderwijs naar het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen bleek niet haalbaar volgens een studie van het Instituut voor Onderzoek naar Overheidsuitgaven (IOO, 1989). In Denemarken heeft men hiervoor een oplossing gevonden. Tijdens de theorieperioden van de opleiding ontvangt de student de normale studiebeurs. Tijdens de stageperiode is de student werknemer en ontvangt loon.

III.4 Onderwijs en beroepsuitoefening

De opleidingen tot verplegende en verzorgende beroepen zijn niet voldoende aangepast aan de eisen van de moderne beroepsuitoefening. Nog te vaak worden studenten voorbereid op het functioneren in bepaalde, goed omschreven beroepsrollen, terwijl een snel evaluerende beroepspraktijk vraagt om studenten die flexibel kunnen inspelen op veranderingen.

Daarnaast zijn met name de in-service opleidingen tot verplegende en verzorgende beroepen niet aangepast aan de veranderingen die gaande zijn in de structuur van de gezondheidszorg. Te sterk nog wordt voor één sector opgeleid waardoor de afgestudeerde verpleegkundige slechts inzetbaar is voor één intramurale zorgsector. Op deze wijze kan niet goed worden ingespeeld op de behoefte aan breed inzetbare verpleegkundigen die zich richten op een verschuiving in zorg van intramurale sectoren naar trans- en extramurale zorg.

Een belemmerende factor voor sturing van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs is dat de verantwoordelijkheid voor verplegende en verzorgende beroepen onder twee verschillende ministeries valt. Dit bemoeilijkt het stellen van eisen, richtlijnen en regels ten aanzien van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs, bijvoorbeeld met betrekking tot verticale en horizontale doorstroming.

III.5 Samenvatting

Nederland heeft een breed scala van opleidingen voor de verplegende en verzorgende beroepen. Naast het algemene onderwijs op middelbaar en hoger niveau biedt het in-service onderwijs opleidingen voor verplegenden en verzorgenden. In de loop der tijd zijn allerlei leerwegen ontstaan: dagstudie en deeltijd opleidingen, verkorte cursussen voor herscholing of voor bijscholing van gediplomeerden, speciale cursussen voor mensen met een onvoldoende vooropleiding. Dit is een niet erg overzichtelijk geheel dat zich niet eenvoudig laat toetsen aan algemeen geformuleerde kwaliteitsnormen. Het onderwijs schenkt onvoldoende aandacht aan de differentiatie in de beroepsuitoefening. Het onderwijs slaagt er niet in om een brug te slaan tussen de beroepsverwachtingen van de beginnende beroepsbeoefenaren en de eisen die het werk stelt. De docenten verpleegkunde beschikken in vergelijking met andere HBO-docenten veel minder over een academische achtergrond. De opleidingen sluiten niet goed aan bij de eisen van de moderne beroepsuitoefening.

IV De arbeidsmarkt

IV.1 Inleiding

Hoofdstuk IV gaat over de arbeidsmarkt. Eerst worden enkele recente ontwikkelingen in de personeelssituatie geschetst. Als deze ontwikkelingen zich de komende jaren ongewijzigd voortzetten, dan dreigen donkere wolken voor de gezondheidszorg. De vierde paragraaf wijst op verschillende achterliggende factoren zoals het verloop van personeel en uitval uit de opleidingen, het ziekteverzuim, het toenemende aantal mensen dat deeltijd werkt.

IV.2 Recente ontwikkelingen

Mede door de toegenomen vraag naar verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in de extramurale gezondheidszorg en bejaardenoorden doen zich personeelstekorten voor. Steeds meer verplegenden en verzorgenden willen part-time werken. Er zijn dus meer mensen nodig. Bovendien wordt het werk zwaarder door de vergrijzende populatie in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Het blijkt steeds meer moeite te kosten om personeel te werven. De tekorten doen zich vooral gelden in de Randstadprovincies, zo blijkt uit een recente studie van het Nationale Ziekenhuis Instituut (NZI, 1991).

De in 1988 voorspelde ernstige tekorten aan verpleegkundig personeel zijn tot op heden slechts in beperkte mate uitgekomen. De instellingen in de gezondheidszorg hebben op de indertijd alarmerende berichten met verschillende maatregelen gereageerd. Het aanbieden van meer mogelijkheden om in deeltijd te werken en het voorzien in meer kinderopvang hebben er toe bijgedragen dat het verloop van personeel is verminderd. Dit geldt met name voor vrouwen in de leeftijdscategorie van 25-35 jaar. In zijn algemeenheid is de participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt de laatste jaren gestegen. De gezondheidszorg, waarbinnen 20% van de in Nederland werkzame vrouwen emplooi vindt, heeft van deze maatschappelijke ontwikkeling geprofiteerd en daar door genoemde maatregelen ook zelf aan bijgedragen.

Het verloop van personeel in de gezondheidszorg is de laatste jaren aan het dalen, zo blijkt uit een rapport van het NZI uit 1991 (NZI, 1991). Veel mensen gingen part-time in plaats van full-time werken. Ook stapte een aanzienlijk aantal verpleegkundigen en ziekenverzorgenden over van een ziekenhuis of een andere intramurale instelling naar de extramurale gezondheidszorg en de verzorgingstehuizen.

De participatiegraad in het beroep, dat wil zeggen het percentage mensen dat nu werkzaam is in het beroep ten opzichte van het aantal dat gekwalificeerd is en qua leeftijd het beroep zou kunnen uitoefenen, is de laatste jaren gestegen. In de periode 1985-1989 nam dit percentage toe van 45,1 tot 47,8. Een en ander betekent dat de "gemiddelde" loopbaan van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden langer is dan vaak wordt aangenomen. Het bovengenoemde NZI-rapport schat dat verpleegkundigen tegenwoordig 16 jaar hun beroep uitoefenen en ziekenverzorgenden 9 jaar.

IV.3 Donkere wolken

Hoe zal de situatie op de arbeidsmarkt voor verplegenden en verzorgenden zich de komende jaren ontwikkelen? Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) heeft een aantal verkenningen uitgevoerd die resulteerden in enkele scenario's. Het "basisscenario" berust op een ongewijzigde voortzetting van de huidige ontwikkelingen. De andere scenario's berekenen de gevolgen van aanvullende maatregelen inzake de arbeidsmarkt. In het basisscenario wordt de ontwikkeling van de arbeidsmarkt in de periode tot 2000 geraamd. Daarbij wordt uitgegaan van ontwikkelingen, zoals ze zich nu aftekenen bij ongewijzigd beleid. Per saldo zal het aantal arbeidsplaatsen naar verwachting met 1 % per jaar groeien. Het jaarlijkse netto-verloop zal volgens dit scenario kunnen dalen tot 5,4%. Deze daling wordt vooral veroorzaakt doordat de groep onder de 30 jaar langer blijft werken en zal met name in het begin van de jaren 90 plaatsvinden. Daarna treedt een zekere stabilisatie op. Het aantal herintreders zal betrekkelijk constant blijven en zal zich bewegen rond het huidige niveau.

Bij ongewijzigd beleid zal in het jaar 2000 per saldo één op de vijf arbeidsplaatsen voor verplegenden en verzorgenden niet vervuld kunnen worden. In het jaar 2000 zou het aandeel van het verpleegkundig onderwijs in de stroom relevante schoolverlaters 14,6 % moeten zijn om het bestand aan gediplomeerden op peil te houden. Daarmee wordt overigens niet de reeds bestaande tekortsituatie opgevangen.

De arbeidsmarktverkenningen wijzen uit dat er de komende jaren vooral een tekort gaat ontstaan aan ziekenverzorgenden. Deze ontwikkeling heeft vooral te maken met het geleidelijk stijgend opleidingsniveau van de schoolverlaters in Nederland. Het aantal schoolverlaters van het LBO en de MAVO neemt in verhouding tot andere onderwijssoorten veel sneller af, zo blijkt uit de gegevens van het Centraal Planbureau. Voorts betreft het hier een 'gewilde' groep voor de andere bedrijfssectoren zoals de politie of de detailhandel. Bovendien is de populariteit van de non-profit sector afgenomen. Gezien de bovengenoemde factoren valt het nog mee dat de afgelopen jaren de gezondheidszorg erin is geslaagd om de instroom van nieuwe leerlingen redelijk op peil te houden en zo'n 10 à 11 % van de schoolverlaters aan te trekken.

De commissie acht het echter niet realistisch om te veronderstellen dat de gezondheidszorg erin zal slagen om een veel hoger percentage van de schoolverlaters aan te trekken.

Er doemen derhalve donkere wolken boven de gezondheidszorg in Nederland op wanneer de bakens niet worden verzet. In het basisscenario van de NZI-studie ontstaat in het jaar 2000 een tekort aan verplegenden van maar liefst 20 % van de totale gezondheidszorg. Maatschappelijk gezien ontstaat dan een onaanvaardbare situatie.

IV.4 Welke oorzaken

In navolging van analyses van het NZI (NZI, 1991) onderscheidt de commissie een zestal oorzaken voor de (te verwachten) problematische arbeidsmarktsituatie van de verpleging en verzorging.

Allereerst het verloop. In de verpleging valt een relatief hoog verloop vast te stellen bij degenen die slechts een paar jaar daarvoor het diploma behaald hebben.

Een andere oorzaak is het studierendement. Ruim een kwart van de mensen die aan het

verpleegkundig onderwijs beginnen maakt de studie niet af.

Een derde oorzaak is de onvoldoende instroom van schoolverlaters. De marktpositie van het verpleegkundig onderwijs onder schoolverlaters is de afgelopen jaren niet wezenlijk verslechterd. Het is vooral de daling van het aantal schoolverlaters die de gezondheidszorg, overigens net als andere bedrijfstakken, parten speelt.

Als volgende oorzaak kan de hoogte van de gemiddelde werkweek worden genoemd. Momenteel daalt de gemiddelde werkweek nog in hoog tempo. Het is echter niet uitgesloten dat hier een eind aan komt. Wanneer er op grotere schaal kinderopvang beschikbaar komt, zal de animo om korter te gaan werken wellicht afnemen en leidt emancipatie tot een langere gemiddelde werkweek.

Een vijfde oorzaak is het nauwelijks of niet bestaan van functiedifferentiatie. Het NZI-rapport merkt op dat in veel gevallen gediplomeerde verpleegkundigen en ziekenverzorgenden taken uitvoeren die eigenlijk niet tot het verpleegkundig domein behoren. Dat zijn verzorgende en huishoudelijke werkzaamheden. Deze constatering heeft geleid tot de experimenten met een functiedifferentiatie waarbij afdelingsassistenten deze niet-verpleegkundige taken uitvoeren. Opgemerkt zij dat het hier niet zozeer gaat om een functiedifferentiatie binnen de verpleging en verzorging als om een hernieuwde omschrijving en afbakening van de functies en taken. Het gaat hier om werkzaamheden die als oneigenlijke taken door verpleging en verzorging worden uitgevoerd.

Tenslotte heeft de commissie de indruk dat het ziekteverzuim in de verpleging en verzorging boven het gemiddelde niveau ligt (zie o.a. NZI, 1990). Wel merkt zij op dat bij de cijfers over ziekteverzuim rekening moet worden gehouden met de samenstelling van het personeel. Het overgrote deel van de mensen die in de gezondheidszorg werken, bestaat uit vrouwen jonger dan 40 jaar. In de statistieken wordt zwangerschapsverlof veelal onder het ziekteverzuim gerekend. Deze manier van rekenen geeft een oneigenlijk beeld van het feitelijke ziekteverzuim in de sector. Voorzichtige ramingen stellen het verzuimpercentage voortkomend uit zwangerschap op anderhalf procent. Worden de verzuimcijfers hiermee verlaagd, dan blijkt dat in sommige deelsectoren zich nog een hoog ziekteverzuim voordoet. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Het hoge ziekteverzuim kan komen door te weinig personeel, maar ook de inrichting en planning van het werk kan dit veroorzaken.

IV.5 Samenvatting

Hoewel het aantal mensen dat in de verpleging en verzorging werkt, de laatste jaren gestaag is toegenomen heeft dit het probleem van vele vacatures niet kunnen oplossen. Het aantal verplegenden en verzorgenden stijgt, maar omdat steeds meer mensen part-time werken leidt dit niet tot een evenredige toename van het aantal bezette arbeidsplaatsen. Een recente studie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut wijst op enkele specifieke knelpunten. Deze studie concludeert dat als de huidige trends zich ongewijzigd voortzetten, in het jaar 2000 per saldo één op de vijf arbeidsplaatsen voor verplegende en verzorgende niet kan worden vervuld. Verschillende factoren spelen een rol bij de dreigende tekorten: het hoge verloop van gediplomeerden, de uitval uit de opleidingen, de dalende instroom van schoolverlaters, hoog ziekteverzuim, de toename van part-time werk waardoor de gemiddelde werkweek steeds korter is geworden en tenslotte het niet of nauwelijks bestaan van functiedifferentiatie.

Overigens merkt de commissie op, dat de gegevens over ziekteverzuim onvoldoende rekening houden

met de samenstelling van het personeel. Doordat zwangerschapsverlof in de statistieken als ziekteverzuim wordt genoteerd, geven deze een vertekend beeld.

V. De professionele beroepsuitoefening

V.1 Inleiding

Dit vijfde hoofdstuk gaat in op de professionele beroepsuitoefening van verplegenden en verzorgenden. Het begrip functiedifferentiatie komt in de tweede paragraaf aan de orde. Verschillende groepen en organisaties kijken elk vanuit de eigen optiek naar de differentiatie. In dit hoofdstuk is het verpleegkundig beroepsprofiel, zoals dat in 1988 door de Nationale Raad van de Volksgezondheid is geformuleerd, als uitgangspunt gekozen. Paragraaf V.3 schetst de ontstaansgeschiedenis. Paragraaf V.4 gaat in op de wettelijke verankering die bij de professionele beroepsuitoefening hoort.

V.2 Differentiatie in de verpleegkundige beroepsuitoefening

Het begrip functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging heeft de laatste jaren sterk in de belangstelling gestaan. Verschillende groepen en organisaties in de gezondheidszorg kijken ieder met een andere bril naar deze differentiatie. De optiek verschilt naar gelang de positie van de kijker. Zo zien de instellingen in de gezondheidszorg functiedifferentiatie vooral als een mogelijkheid om nieuwe groepen werknemers te werven die voor bestaande verpleegkundige functies onvoldoende zijn gekwalificeerd. De overheid ziet in functiedifferentiatie een weg tot het verlagen van werkloosheid onder minderheden of gehuwde vrouwen. De beroepsgroep zelf benadert de mogelijkheden tot functiedifferentiatie vanuit de professionele beroepsuitoefening. De werkgroep Functiedifferentiatie, die in opdracht van de commissie een deelrapport over het onderwerp schreef (zie bijlage 5), concludeert dat functiedifferentiatie nauw samenhangt met de kwaliteit van de zorgverlening. Deze werkgroep ziet functiedifferentiatie in eerste instantie als beroepsvraagstuk, als een mogelijkheid om de feitelijke uitoefening van de professionele werkzaamheden van verplegenden beter te ordenen en te structureren.

In de tweede plaats is functiedifferentiatie een organisatievraagstuk. Differentiatie stelt hoge eisen aan de organisatie. Functiedifferentiatie betreft arbeidsdeling, zowel individueel als groepsgericht. Het gaat daarbij enerzijds om een horizontale taakvernieuwing: het laten verrichten van een grotere variëteit in taken. Anderzijds betreft de horizontale differentiatie een taakverrijking: het uitbreiden van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

De professionele, gedifferentieerde beroepsuitoefening sluit aan op het beroepsprofiel van de NRV. Verplegen is gericht op het herstel van de onafhankelijkheid of het leren leven met zorg indien mensen deze permanent nodig hebben of, indien er niet meer te genezen valt, op vredig sterven. De verpleegkunde omvat een breed scala van functies en taken. Enkele belangrijke functies zijn: het helpen bij dagelijkse activiteiten en uitvoeren van verpleegtechnische handelingen, het geven van instructies, het stellen van verpleegdiagnoses, de bewaking van patiënten die dat nodig hebben, het administreren en controleren van therapeutische interventies, het ontwikkelen en bewaken van de kwaliteit van de zorgverlening en het uitvoeren van coördinerende werkzaamheden. Veel van deze functies zijn voor buitenstaanders niet goed zichtbaar. Daardoor ontstaat een eenzijdig en onvolledig beeld van het verpleegkundig beroep.

Professionele verpleging is veel complexer dan alleen maar het uitvoeren van een aantal taken. Het richt zich op de problemen van een patiënt en zijn omgeving. Het vergt gedegen kennis en ervaring om een goede diagnose te kunnen stellen, een verpleegplan op te stellen, en zo nodig interventies uit te voeren.

Bij de uitvoering van de werkzaamheden onderscheidt de commissie in navolging van de NRV twee deskundigheidsniveaus. Het eerste niveau, de all round verpleegkundige is verantwoordelijk voor het verpleegbeleid. Deze verpleegkundige voert de regie in het verpleegkundig zorgproces en wijst patiënten toe. Op het tweede deskundigheidsniveau werken de verplegers, verpleegsters en ziekenverzorgenden. Zij zijn verantwoordelijk voor uitvoering van het verpleegkundig proces.

V.3 Het verpleegkundig beroepsprofiel

Het ontstaan van het Verpleegkundig Beroepsprofiel 1988 van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) vindt zijn oorsprong in 1983. De Raad kreeg in 1983 van de Staatssecretaris van (het toenmalige) Volksgezondheid en Milieuhygiëne het verzoek om een advies op te stellen over de verpleegkundig beroepsbeoefenaars. Deze adviesaanvraag hing samen met de besluitvorming rond de middelbare beroepsopleiding in de verpleging. In september 1984 bracht de Raad het rapport Het verpleegkundig beroepsprofiel uit. In dit advies werd onderscheid gemaakt tussen enerzijds de beroepsbeoefenaars op het eerste niveau van deskundigheid: de verpleegkundigen en anderzijds de beroepsbeoefenaars op het tweede niveau van deskundigheid: de verplegers/verpleegsters en de ziekenverzorgenden.

De vaste commissie Verpleging van de NR V heeft de reacties op het advies 1984 geïnventariseerd en van commentaar voorzien. De commissie besloot op basis hiervan tot bijstelling van het advies. In september 1988 bood de Raad het rapport Reacties verpleegkundig beroepsprofiel aan de staatssecretaris van WVC. Dit rapport bevat een herziene versie van het in 1984 uitgebrachte profiel.

Het beroepsprofiel is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met alle relevante en belanghebbende organisaties.

Het Verpleegkundig beroepsprofiel onderscheidt enerzijds de beroepsbeoefenaars opgeleid voor de verschillende velden van de gezondheidszorg via de hogere beroepsopleiding (HBO-V). Voor deze categorie wordt de titel verpleegkundige gebruikt (het eerste deskundigheidsniveau). Anderzijds wordt de term “tweede deskundigheidsniveau” gehanteerd voor de beroepsbeoefenaar opgeleid op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs, met de titel verpleger / verpleegster en ziekenverzorgende. De beroepsbeoefenaar met het HBO-V diploma en het MBO-V diploma (uitgegeven tot 1987) zijn bevoegd tot het voeren van de titel verpleegkundige op alle terreinen van de gezondheidszorg.

Volgens het Verpleegkundig Beroepsprofiel kunnen de in-service opgeleiden A-, B- en Z-verpleegkundige op het eerste niveau van deskundigheid als verpleegkundige slechts functioneren in ‘het veld’ waarin de opleiding heeft plaatsgevonden.

In het kader van dit rapport is vooral van belang: hoe staat het nu met de operationalisering van het Verpleegkundig beroepsprofiel? Hoewel het Verpleegkundig beroepsprofiel door de betrokken partijen is

geaccepteerd, wordt het in de praktijk nauwelijks toegepast. Het lijkt of verpleegkundige functies allemaal hetzelfde zijn.

Ter illustratie zij gewezen op de advertenties die regelmatig in de dagbladen verschijnen. Bijvoorbeeld: een psychiatrisch centrum vraagt voor een bepaalde afdeling een medewerker aangeduid als ‘verpleegkundige/ziekenverzorgende/MDGO-VP’. De functie-eisen daarbij zijn:

- in het bezit van het diploma B, HBO-V, A, MDGO-VP of ZV
- werkervaring en affiniteit met genoemde doelgroep wordt op prijs gesteld.

Ook algemene ziekenhuizen vragen in advertenties regelmatig om A-gediplomeerden of HBO-V/MDGO-VP gediplomeerden wel of niet met ervaring.

Kennelijk gaan de instellingen ervan uit, dat al deze (divers) gediplomeerden de functies kunnen vervullen. Dat roept de vraag op of dit niet leidt tot frustraties bij de HBO-V, A en B gediplomeerden want ‘iemand van het tweede deskundigheidsniveau kan blijkbaar hetzelfde’. Aan de andere kant zullen de ZV en MDGO-VP gediplomeerden zich afvragen waarom zij minder krijgen betaald als zij hetzelfde werk moeten doen.

In de praktijk lijkt het weinig of niet relevant welke studie is gevolgd. Uit het oogpunt van personeelsbeleid is dit op zijn minst merkwaardig. Kennelijk vinden de werkgevers voor veel functies een opleiding op MBO-niveau voldoende. Om in een dergelijke situatie dan iemand aan te nemen met een opleiding op HBO-niveau is duidelijk overvraagd.

V.4 Wettelijke verankering

Het ontwerp van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (de Wet BIG) legt de basis voor een stelsel van titelbescherming. In de huidige situatie is het voeren van de titel verpleegkundige toegestaan indien men één van de wettelijk voorgeschreven diploma’s heeft behaald. Onder het regime van de Wet BIG zal het mogen voeren van de titel gekoppeld zijn aan het ingeschreven staan in een door de overheid beheerd register. De overheid bepaalt de eisen waaraan moet zijn voldaan om ingeschreven te kunnen worden. De tuchtrechtregeling zal van toepassing zijn op verpleegkundigen.

De beroepsorganisaties moeten zelf regelingen instellen ten aanzien van de titels van verpleegkundig specialisten. Het gaat om het formuleren van eisen aangaande de opleiding, de opleiders en de opleidingsplaatsen, voorschriften voor registratie (inclusief de mogelijkheid van periodieke (her)registratie) met uiteindelijk goedkeuring van de regelingen door de overheid.

De Wet BIG biedt in artikel 51 eveneens de mogelijkheid tot titelbescherming voor verplegers, verpleegsters en ziekenverzorgenden. Voor deze beroepen geldt dat het mogen voeren van de titel gekoppeld is aan het behalen van het diploma. Hier is dus sprake van een niet aan registratie gekoppelde titelbescherming. Voor deze categorie brengt de Wet BIG op dit punt dus geen verandering.

Wat de bevoegdheden betreft met betrekking tot voorbehouden handelingen gaat de Wet BIG uit van een

zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid voor verpleegkundigen. Een nadere uitwerking van deze regelingen zal plaatsvinden in een Algemene Maatregel van Bestuur.

V.5 Samenvatting

De professionele beroepsuitoefening van verplegenden en verzorgenden is gebaseerd op het verpleegkundig beroepsprofiel dat in 1988 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is geformuleerd. Het beroepsprofiel onderscheidt twee niveaus van functies binnen het verpleegkundig domein: de verpleegkundige op het eerste deskundigheidsniveau en de uitvoerende verpleger of verpleegster of ziekenverzorgende op het tweede deskundigheidsniveau. De eerste functie vereist een opleiding op HBO-niveau, de tweede op het niveau van het middelbaar beroepsonderwijs. Hoewel het beroepsprofiel van de NRV door de belangrijkste organisaties in de gezondheidszorg is aanvaard, heeft dit nog maar in heel beperkte mate tot invoering in de praktijk geleid. Het werk is ongedifferentieerd. De werkzaamheden van hoger en lager opgeleid personeel overlappen en er bestaat geen duidelijke taakverdeling tussen verpleegkundigen, verplegers of verpleegsters en ziekenverzorgende. Ook voeren deze beroepsgroepen taken uit die eigenlijk niet tot het domein der verpleging en verzorging behoren. Tenslotte merkt de commissie op dat er nog onvoldoende wettelijke verankering van het beroep bestaat in de vorm van aan registratie gebonden titelbescherming. Ook is de beroepsgroep zelf onvoldoende betrokken bij het registratiesysteem en bij de registratie van gespecialiseerde verpleegkundigen.

VI. De functiewaardering

VI.1 Inleiding

Dit zesde hoofdstuk gaat over functiewaardering. Het hoofdstuk is gebaseerd op de bevindingen van de werkgroep Functiewaardering van de commissie. Het rapport van deze werkgroep staat in bijlage 5. Paragraaf VI.2 schetst de huidige systemen voor functiewaardering in de gezondheidszorg. De maatschappelijke waardering voor een beroep weerspiegelt zich in de beloning. Binnen de verschillende deelsectoren in de gezondheidszorg bestaan systemen voor functiewaardering. Deze bieden in principe een objectieve basis om de zwaarte en het gewicht van bepaalde functies vast te stellen. Paragraaf VI.3 signaleert enkele knelpunten in de praktische toepassing van deze systemen.

VI.2 Functiewaardering in de gezondheidszorg

Functiewaardering van de verpleging en verzorging heeft alles te maken met de arbeidsvoorwaarden. Bij arbeidsvoorwaarden gaat het om primaire en secundaire voorwaarden. De eerste omvatten zaken als de hoogte van het loon en andere directe betalingen. Bij de secundaire voorwaarden gaat het om zaken als flexibele roosters, ruime mogelijkheid om part-time te werken, na- en bijscholing, pensioenregelingen, kinderopvang (ook buiten kantooruren, ook voor kinderen ouder dan vier jaar), omscholingsmogelijkheden voor herintreders, bijscholing voor mensen met een tekort schietende vooropleiding. Op dit vlak is de laatste jaren al veel verbeterd.

De maatschappelijke waardering voor een bepaald beroep weerspiegelt zich in de beloning. Voor het meten van de zwaarte van functies zijn systemen van functiewaardering (f.w.-systemen) ontwikkeld. Deze dienen voor de werkgever als norm bij het bepalen van het functieniveau van de individuele werknemer. De feitelijk uitgeoefende taken en niet de kwaliteiten zoals vooropleiding of ervaring zijn daarbij bepalend. Binnen de gezondheidszorg gelden zes collectieve arbeidsovereenkomsten (cao's): gezinszorg en maatschappelijk werk, kruiswerk en kraamzorg, gezinsvervangende huizen en dagverblijven, ambulante geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuiswezen en bejaardenoorden. Voor gemeentelijke, provinciale en academische ziekenhuizen gelden afzonderlijke rechtspositieregelingen. De functiewaardering binnen deze regelingen wijkt af van die binnen de cao's. De werkgroep Functiewaardering heeft zich in eerste instantie beperkt tot een analyse van de systemen voor functiewaardering voor de vier grootste groepen werknemers: in ziekenhuizen, bij het kruiswerk en de kraamzorg, in bejaardenoorden en bij gezinszorg en maatschappelijk werk. In totaal vallen ruim 206.000 verplegenden en verzorgenden onder deze cao's. Binnen deze cao's bestaan verschillende systemen van functiewaardering: het FWG-systeem, het FUW A-systeem en het I.M.F.-systeem. In bijlage 6 staan deze beschreven.

VI.3 Toepassing van de systemen voor functiewaardering

In het algemeen achten de verplegenden en verzorgenden het een goede zaak, dat in de gezondheidszorg de f.w.-systemen zijn ingevoerd als instrument om te komen tot een rechtvaardige honorering waarbij de zwaarte van een functie uitgangspunt vormt. Wel doet zich in de praktijk een aantal knelpunten voor. In de eerste plaats is er niet genoeg geld beschikbaar om de huidige systemen correct toe te passen. Deze kwestie wordt ook wel “oud zeer” genoemd. Met andere woorden: werknemers hebben onder de huidige f.w.-systemen recht op meer geld dan zij thans ontvangen. Hier ligt een onbetaalde rekening van ruim 350 miljoen gulden. Dat leidt tot grote frustraties. Ten tweede blijken de systemen op een aantal punten achter te lopen bij de feitelijke beroepsontwikkeling. Functiewaarderingssystemen weerspiegelen de maatschappelijke normen en waarden. De f.w.-systemen in de gezondheidszorg zijn ontstaan in een tijd waarin verzorgende (vrouwen-)arbeid niet hoog in het economisch aanzien stond. Sinds die tijd is sprake van een professionele beroepsontwikkeling en van een toenemende discrepantie tussen deze beroepsontwikkeling en de normen en waarden van de f.w.-systemen. Het werk is zwaarder en complexer geworden en stelt hogere eisen aan vakinhoudelijke kennis. Deze aspecten komen onvoldoende tot uitdrukking in de bestaande f.w.-systemen. Deze zijn dus toe aan actualisering, ook wel aangeduid als “achterstallig onderhoud”, met alle financiële gevolgen van dien. Zo is bij het AFA-f.w.systeem reeds onderhoud gepleegd. Daarbij bleek dat alleen al voor de toepassing in de academische ziekenhuizen tenminste 20 miljoen gulden nodig is.

Voor het toepassen en onderhouden van de f.w.-systemen is specialistische kennis nodig, zowel bij het management van instellingen als bij de beroepsgroep zelf. Daar schort het nu aan. Ook is sprake van versnippering van organisaties die de belangen van verplegenden en verzorgenden behartigen. De beroepsgroep heeft daardoor een zwakke stem in het overleg over de opzet en de inhoud van de f.w.-systemen. Naast de feitelijke toepassing en de actualisering van de bestaande f.w.-systemen speelt een derde kwestie: het ontbreken of het onvoldoende waarderen van bepaalde aspecten van het werk. Dit gaat om aspecten als zorg, psychische belasting, complexiteit en nieuwe ontwikkelingen in de beroepspraktijk. Daarnaast zijn in de loop der tijd nieuwe functies ontstaan. Dit alles heeft ertoe geleid dat de huidige systemen voor functiewaardering enerzijds incompleet zijn, anderzijds niet voldoende aansluiten bij de praktijk.

VI.4 Samenvatting

Bij arbeidsvoorwaarden gaat het om primaire en secundaire voorwaarden. De primaire voorwaarden betreffen de hoogte van het inkomen en andere directe betalingen. Voor het meten van de zwaarte van bepaalde functies als basis voor het vaststellen van de hoogte van het inkomen zijn systemen van functiewaardering ontwikkeld. Vanaf het midden van de jaren 70 zijn deze f.w.-systemen ook in de gezondheidszorg ingevoerd.

In het algemeen achten de verpleegkundige beroepsbeoefenaren het een goede zaak dat deze f.w.-systemen bestaan. Ze bieden een objectief meetinstrument. Wel blijkt zich in de praktijk een drietal knelpunten voor te doen: in sommige deelsectoren ontbreekt het geld om de huidige systemen correct toe

te passen. Bovendien lopen de f.w.-systemen achter bij de feitelijke beroepsuitoefening. Een derde punt is het ontbreken van voldoende specialistische kennis bij het management en bij de beroepsgroep zelf om de f.w.-systemen correct toe te passen en te onderhouden.

VII. Vier algemene vraagstukken

VII.1 Inleiding

De commissie heeft in de hoofdstukken II t/m VI een aantal belangrijke onderwerpen op het terrein van de verpleging en verzorging besproken. Bij deze onderwerpen heeft de commissie een aantal knelpunten en specifieke oorzaken genoemd.

In dit hoofdstuk beschrijft de commissie een viertal algemene vraagstukken. Het gaat om de autonomie in de beroepsuitoefening, een stem in beleid en beheer, de organisatie van de beroepsgroep en de financiering van de zorg.

VII.2 Autonomie in de beroepsuitoefening

De verpleegkundige wordt niet gezien als professionele spil in de verpleging. De inhoud en het tempo van het werk worden in hoge mate bepaald en gestuurd door opdrachten van derden, vooral door de medisch specialisten. Bij wet (de Wet op de uitoefening van de Geneeskunst) is geregeld dat de arts de eindverantwoordelijkheid heeft voor de totale behandeling van de patiënten. In de praktijk gaan medici er vanuit, dat deze eveneens de verantwoordelijkheid voor de verpleging en verzorging omvat. De arts geeft de opdracht, de verpleegkundige voert uit. De verpleging is in deze werkrelatie ondergeschikt en niet nevenschikt. De arts is verantwoordelijk voor diagnostiek en behandeling. De verpleging is verantwoordelijk voor het verplegen, maar in de praktijk ontbreekt vaak de ruimte voor een zelfstandig en autonome beslissingsbevoegdheid.

Ook de relatie met andere beroepsgroepen lijkt eenzijdig. Van de verpleging wordt verwacht, zich te allen tijde aan te passen aan de werkschema's van anderen. Een afdeling fysiotherapie roept dikwijls patiënten op voor behandeling zonder met de verpleging te overleggen of het tijdstip van behandelen schikt. Ook andere behandelaars gaan van eigen dagschema's uit. Dit maakt het moeilijk om overeengekomen verpleegplannen volgens eigen regie uit te voeren. Niet overal bestaan overigens verpleegplannen. Verpleegkundige beroepsbeoefenaren krijgen nogal eens taken toegeschoven die niet tot het eigen domein behoren. Van verplegenden en verzorgenden wordt verwacht, dat zij invallen voor anderen. Bij ziekte van keukenpersoneel brengen verpleegkundigen het eten rond. Het omgekeerde is echter zelden het geval. Een arts zal niet gauw inspringen bij het opmaken van bedden of bij de lichamelijke verzorging van patiënten.

Hoewel de Wet op de ziekenverpleging de titel van verpleegkundige beschermt, biedt de wet geen omschrijving van het verpleegkundig handelen. Verpleegkundigen zijn wettelijk niet bevoegd tot het verrichten van geneeskundige handelingen. Aangezien deze handelingen in de praktijk tot het normale dagelijkse werk van verpleegkundigen behoren betekent dit strikt genomen dat zij de wet op de Uitoefening van de geneeskunst overtreden. Daarnaast wordt ook het Wetboek van Strafrecht (art. 436) overtreden, hetgeen tot strafvervolging kan leiden. Om deze praktijk van het verplegen mogelijk te maken is hier een oplossing voor gevonden: de zogenaamde “verlengde arm” theorie. In de praktijk leidt dit soms

tot onduidelijke of onredelijke verhoudingen: men voert wel taken uit, doch ontvangt daarvoor geen beloning.

VII.3 Een stem in beleid en beheer

Het is de commissie opgevallen, dat de positie van de beroepsgroep binnen de overheid, de adviesinstellingen en beleidsvoorbereidende organen de afgelopen jaren eerder zwakker dan sterker is geworden. Enkele in het oog springende voorbeelden zijn:

- bij de laatste reorganisatie is op het ministerie van WVC de afdeling VVBO (verpleegkundige, verzorgende beroepen en opleidingen) opgeheven. Hiermee is een afdeling verdwenen die zich bezig hield met onderwerpen van inhoudelijke aard;
- het Stafbureau Beleidsontwikkeling binnen WVC heeft vier artsen doch geen enkele verpleegkundige of verzorgende als beleidsmedewerker. De beroepsgroep lijkt daarmee niet te bestaan als beleidsonderwerp in het centrale beleid;
- in Nederland ontbreekt de figuur van de Chief Nursing Officer. In andere landen bestaat deze wel. Hiermee spreekt de beroepsgroep mee op centraal niveau binnen de overheid;
- bij de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid is na het vertrek van de inspecteur voor de verplegende en verzorgende beroepen geen opvolger aangesteld.

Afzonderlijke aandacht verdient het onderzoek naar de gevolgen van bepaalde beleidsmaatregelen voor de positie van de verpleegkundigen en verzorgenden. Opmerkelijk is dat in het onderzoek dat de Rijksuniversiteit Limburg op dit moment uitvoert naar de gevolgen van ziekenhuisbudgettering, de positie van de verpleegkundigen en verzorgenden niet aan de orde komt.

Bij de centrale koepels van instellingen en beroepsbeoefenaren ontbreekt de stem van verpleegkundigen en verzorgenden. Dit leidt ertoe, dat binnen die koepelorganisaties beleid wordt ontwikkeld dat de positie van de beroepsgroep aangaat zonder dat deze groep is gehoord.

Bovenstaande geldt in nog sterkere mate voor de advieslichamen in de gezondheidszorg. In de Ziekenfondsraad, Gezondheidsraad en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zijn de verpleegkundigen niet (of slecht) vertegenwoordigd. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) heeft het voornemen, de afzonderlijke Vaste Commissie voor Verpleging op te heffen. Hiermee verdwijnt een van de weinige overlegstructuren, waar overheid, werkgevers en beroepsgroepen elkaar ontmoeten voor inhoudelijk overleg. Wel heeft de NRV inmiddels besloten om de Raad uit te breiden met twee zetels voor vertegenwoordigers van de verpleging en om ook een verpleegkundige in het Presidium op te nemen.

Bovengenoemde voorbeelden illustreren, dat de stem van de verplegende en verzorgende beroepsgroepen op maar weinig plaatsen op centraal niveau binnen de overheid en in de adviesstructuur doorklinkt. Het ontbreekt de beroepsgroep dus aan voldoende mogelijkheden om deel te nemen aan formeel overleg. Hierdoor ontbreekt het tevens aan de ervaring om deel te nemen aan discussies over zaken als de herinrichting van het onderwijs, het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en

de benodigde wetenschap ter ondersteuning: ontwikkelen van methoden en technieken of instrumenten voor het bewaken van kwaliteit, bijvoorbeeld intercollegiale toetsing. Bij deze beroepsinhoudelijke kwesties lijkt sprake van grote achterstand in vergelijking met andere beroepsgroepen.

VII.4 Organisatie van de beroepsgroep

Op dit moment zijn de verplegenden en verzorgenden matig georganiseerd. Bovendien zijn er verschillende organisaties die elkaar soms beconcurreren. Enerzijds organiseren verplegenden en verzorgenden zich in de vakbonden ABVA/KABO en CFO. Daarnaast bestaan de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde (NMV) en sinds 1988, de VVIO. Deze twee hebben besloten om te fuseren. Ook kent de verpleging meer dan 20 verschillende categoriale beroepsverenigingen. Een dergelijke verboddeling belemmert een sterke belangenbehartiging. Het ontbreekt de beroepsgroep aan een sterke beroepsorganisatie om normen en kwaliteitscriteria voor het beroepsmatig handelen te ontwikkelen of om een systeem op te zetten voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van dat handelen. Het beheer van de titel-registratie ligt niet bij de beroepsgroep zelf. Binnen instellingen zijn de verplegenden en verzorgenden zwak in het management vertegenwoordigd. Wil een dergelijke vertegenwoordiging ook werkelijk tot een systematische versterking van de positie van de verpleging kunnen leiden, dan zijn daarvoor professioneel geschoolde mensen nodig.

Bovenstaande punten gaan de komende jaren des te sterker spelen omdat zich in de gezondheidszorg snelle veranderingen voordoen. Instellingen voeren reorganisaties door die een grotere betrokkenheid van de professionele beroepsbeoefenaren in het management op alle niveaus beogen. Het ontbreken van een geschoold kader van verplegenden en verzorgenden zal ertoe leiden dat in nog sterkere mate dan thans het geval is, beslissingen worden genomen over verpleegkundige zaken zonder dat de beroepsgroep daarover zelf is gehoord. In een tijd waarin de dienstverlening in de gezondheidszorg ingrijpende veranderingen doormaakt, dreigt de positie van de beroepsgroep eerder zwakker dan sterker te worden. Hiermee verdwijnen mogelijkheden om vanuit deze groep invloed uit te oefenen op inhoudelijk vraagstukken. En dit terwijl in toenemende mate wordt erkend, dat de verpleegkundige naast de arts de primaire drager van het zorgproces is. Dat kan niet goed blijven gaan. Registratie, her-registratie, het ontwikkelen van systemen voor kwaliteitsbewaking, de wettelijke verankering van het beroepsmatig handelen en de herstructurering van het onderwijs zijn evenzovele voorbeelden van onderwerpen, waarbij een professionele beroepsgroep in de toekomst betrokken dient te zijn.

VII.5 Financiering

Voor de invoering van de budgettering hanteerde het COTG richtlijnen voor het vaststellen van tarieven. Een van die richtlijnen was de richtlijn verpleging. Deze methodiek had voor de verpleging het voordeel dat jaarlijks over de hoogte van de richtlijn werd onderhandeld. De verpleging kreeg hierdoor alle aandacht in het beleid.

Bovendien moesten alle partijen (overheid, verzekeraars, verpleging, NZR, COTG) zich uitspreken over het aanvaardbare kostenniveau van de verpleegkundige zorg. Tenslotte was het zo dat de richtlijnen

opeisbaar waren, omdat ze de wettelijke grondslag vormden voor de tarieven.

In 1983 werd de budgettering ingevoerd. De kenmerken hiervan zijn dat er substitutievrijheid bestaat voor de instellingen voor de besteding van het budget, dat de instelling de overschotten mag houden en dat er geen herkenbare richtlijnen meer zijn voor de verpleging.

Aan dit systeem zijn voor de verpleging veel nadelen verbonden:

- Geen landelijk debat meer over de benodigde hoeveelheid verpleging. De laatste 10 jaar is dat ook niet meer gebeurd. Immers de richtlijn was weggevallen en andere parameters werden geïntroduceerd (adherentie, specialistenplaatsen, polikliniekbezoeken, etc.).
- Het vaste budget deed de spanning tussen materiële uitgaven en verpleging steeds groter worden.
- Niemand weet meer hoeveel voor verpleging in de budgetten is ingecalculerd. De verpleging niet, de directies niet, de verzekeraars niet, de overheid niet. Met andere woorden niemand kan meer controleren of de instellingen voldoende in hun budget ingecalculerd hebben gekregen om een adequate verpleging te kunnen bieden.
- Mogelijkheden voor specifieke compensatie voor ontwikkelingen in de verpleging zijn nagenoeg weg (opleiding, beroepsuitoefening, arbeidsvoorwaarden, etc.).
- Vooral door de functiebudgettering is een onevenredig grote aandacht gegaan naar en belang ontstaan voor de medische verrichtingen.

Conclusie: de bekostigingsstructuur heeft nadelig gewerkt voor verpleging en verzorging.

Onverlet de verantwoordelijkheid van de directies van instellingen om zelf te beslissen hoeveel van het budget wordt besteed aan verpleging voor een adequate zorgverlening, zal het in ieder geval nodig zijn in de bekostigingsstructuur en budgetteringscalculatiemodellen, op een herkenbare (transparante) wijze vast te leggen, hoeveel voor verpleging is ingecalculerd, op basis van een algemeen aanvaarde notie omtrent een kwalitatief en kwantitatief verantwoorde verpleegkundige zorg. Het introduceren van een functieparameter verpleegkundige zorg is daarvoor een vereiste, gesplitst in een vaste (infrastructurele) en een variabele (productie afhankelijke) component.

In het verlengde van de medische functies en ontwikkelingen krijgen op die manier ook de verpleegkundige functies in de bekostigingsmodellen een evenredige aandacht. Dit doet geen afbreuk aan de bestedingsvrijheid van het management. Het management kan per lokatie, zelf beslissen over de aanwending van het budget, afhankelijk van de interne organisatie, de taakverdeling en de specifieke patiëntenpopulatie. Maar alle partijen worden wel gedwongen zich druk te blijven maken over wat een redelijk niveau van verpleegkundige zorg is en zich te verantwoorden voor de in de functiebudgettering op te nemen parameterwaarden.

Binnen de individuele instellingen dienen directies zich te verantwoorden wanneer wordt afgeweken van algemeen aanvaarde noties omtrent een kwalitatief en kwantitatief verantwoord niveau van verpleging. De directies kunnen met deze benaderingswijze dan ook een relatie leggen tussen de interne kostenontwikkeling met betrekking tot de verpleging en wat externe instanties daar voor over hebben.

VII.6 Samenvatting

In dit zevende hoofdstuk analyseert de commissie een viertal vraagstukken van algemene aard. De eerste is het gebrek aan autonomie in de beroepsuitoefening. De verpleegkundige wordt niet gezien als professionele spil in de verpleging. De verpleegkundige is in de werkrelatie met medici ondergeschikt en niet nevenschikt. Andere beroepsbeoefenaren gaan er vanuit, dat de verplegenden en verzorgenden zich in het werk schikken naar de wensen van anderen. De commissie signaleert dat de laatste jaren de positie van de beroepsgroep in beleid en beheer eerder zwakker dan sterker is geworden. Dat geldt binnen instellingen en organisaties, maar dat geldt evenzeer binnen de overheid en de advieslichamen in de gezondheidszorg. Een derde kwestie is de verbrokkelde organisatie van de beroepsgroep. Verplegenden en verzorgenden zijn aangesloten bij vakbonden, speciale belangenorganisaties als NMV en VVIO en verscheidene beroepsverenigingen. Deze verbrokkeling maakt de beroepsgroep kwetsbaar. Een vierde punt is de financiering van de gezondheidszorg. Door de invoering van de functiegerichte budgettering voor ziekenhuizen en andere instellingen in de gezondheidszorg is de afzonderlijke verpleegparameter weggevallen. Hiermee dreigt een onevenredige aandacht voor medische verrichtingen te ontstaan, zonder dat er een garantie bestaat dat voldoende financiële middelen beschikbaar blijven voor goede verpleegkundige zorg.

DEEL II DE VERPLEGING IN DE TOEKOMST

VIII Toekomstperspectief

VIII.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetst de commissie een beeld van de verplegenden en verzorgenden als moderne beroepsgroep. Dit toekomstperspectief is de basis voor de aanbevelingen uit het rapport. Dit toekomstperspectief stelt eisen aan het management van instellingen, de overheid, de opleidingen, maar ook aan de beroepsgroep zelf. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg stellen steeds hogere eisen aan de verplegenden en verzorgenden. Paragraaf VIII.2 noemt enkele in het oogspringende veranderingen in de zorgverlening. In paragraaf VIII.3 staat een korte schets van de positie van de verpleegkundige in Denemarken. Paragraaf VIII.4 schetst een toekomstbeeld van de professionele verpleging en verzorging zoals de commissie deze voor ogen staat. De vijfde paragraaf gaat in op de randvoorwaarden en condities voor een dergelijke professionele beroepsuitoefening. In VIII.6 komt aan de orde, aan welke eisen het onderwijs moet voldoen. Tenslotte zij hier nog eens opgemerkt dat dit toekomstperspectief zich beperkt tot het domein der verpleegkunde. Het omvat de huidige functies en werkzaamheden van de verpleegkundigen, verplegers en verpleegsters en ziekenverzorgenden.

VIII.2 Veranderingen in de gezondheidszorg

De overheid stelt in toenemende mate grenzen aan de financiële middelen voor de gezondheidszorg. Verpleegkundigen en verzorgenden zullen in moeten spelen op deze ontwikkeling. Het is niet voldoende als een verpleegkundige of verzorgende aandacht heeft voor het zorgproces, zij zal ook aandacht moeten besteden aan de grenzen die worden gesteld door de beschikbare middelen. Het optimaal zorg kunnen bieden binnen gestelde grenzen vraagt een nieuwe attitude en nieuwe vaardigheden van de verpleegkundige en verzorgende. Dit vergt eveneens een meer zelfbewuste opstelling van verpleegkundigen en verzorgenden ten opzichte van andere hulpverleners, zowel professionele als niet-professionele. Wijzigingen in de structuur en financiering vragen ook dat verpleegkundigen en verzorgenden kunnen werken in organisaties die gedurende lange tijd onderhevig zijn aan veranderingen en onzekerheden.

Naast wijzigingen in de structuur en de financiering speelt de ontwikkeling van de (medische) technologie een belangrijke rol. Ingewikkelder behandelingen zijn mogelijk geworden. De patiënten hebben veelal hoge verwachtingen over de medische mogelijkheden; tegelijk heerst er vaak angst bij hen en bij hun familieleden voor de technologie. Keuzes in de behandeling en in de zorg zullen de komende jaren de nodige beroering brengen. Verpleegkundigen worden geacht patiëntenvoorlichting te geven, patiënten te steunen en patiënten voor te bereiden op de ingrepen en de behandelingen. Dit vereist dat zij kunnen omgaan met de technologische mogelijkheden en de keuzemomenten. Zij moeten ook beschikken over goed ontwikkelde sociale vaardigheden, zich in crisissituaties staande kunnen houden en tegelijk

ingewikkelde technische handelingen kunnen verrichten. De technologische ontwikkelingen vragen van de verpleging tevens meer deskundigheid op klinisch gebied.

Nieuw is voor veel verpleegkundigen en verzorgenden de nadruk op de ontwikkelingen in de thuiszorg. De wens van mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven, de wens om thuis te kunnen sterven, de toename van het aantal hoog bejaarden en de toename van het aantal chronisch zieken gekoppeld aan de wens naar substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn zullen een verschuiving van zorg te zien geven. Deze verschuiving wordt ook zichtbaar in de verkorting van de opnameduur en de toename van dagbehandeling, dag- c.q. nachtopname. De doorstroming van de klinische opnamen en dagopnamen in ziekenhuizen is van 23,3 patiënten per bed in 1979 gestegen naar 28,5 patiënten per bed in 1987. De verpleegduur is verkort van 13,3 dagen in 1979 naar 9,6 dagen in 1987. De betekenis hiervan is dat er zowel in de thuissituatie als in het ziekenhuis sprake is van een toename van de werkbelasting. Patiënten moeten steeds sneller acclimatiseren bij een opname, sneller worden voorbereid op ingrepen en sneller zichzelf redden. In de thuissituatie verandert hierdoor de zorgpopulatie. Verpleegkundigen en verzorgenden krijgen hierdoor te maken met een andere categorie patiënten dan zij gewend waren. Cijfers van de wijkverpleging laten zien dat de zorgvraag verandert en dat de zorg intensiever wordt. Daarbij komt dat onderzoek laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden vaak nog onvoldoende zijn toegerust in het omgaan met de specifieke problemen van ouderen en chronisch zieken. Bovenstaande verschuivingen in de zorg vragen om meer coördinatie in de zorg rond de patiënt.

Naast bovengenoemde zaken is er de noodzaak van het streven naar optimale kwaliteit. Het gaat hierbij niet alleen om de ontwikkeling van kwaliteit van het professioneel handelen. De toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de voorzieningen zijn belangrijke innovatiepunten. Dit vraagt dat verpleegkundigen en verzorgenden naast de aandacht voor het zorgproces en het zorgresultaat ook moeten participeren in de ontwikkeling bij organisatievernieuwing. Patiëntgericht verplegen vergt van de verpleegkundige en de verzorgende een klantgerichte houding en klantgerichte vaardigheden. De ontslagen ziekenhuispatiënt die nog zorg behoeft vraagt om een duidelijke en efficiënte verwijzing en opvang.

De voorgestane ontwikkelingen vragen veel van verpleegkundigen en verzorgenden. Naast de sterke beroepsontwikkeling van de laatste jaren wordt ook gevraagd dat de beroepsgroep in de pas blijft met de genoemde veranderingen in de zorgverlening. De gezondheidszorg vraagt flexibele verpleegkundigen en verzorgenden die zich snel kunnen inwerken in gewijzigde situaties. Dit vraagt ook dat er een duidelijk onderscheid is in de functies, waartoe mensen zich kunnen scholen en toerusten en zich daardoor meer veilig kunnen voelen en experimenten aandurven. De nadruk op de ontwikkeling van de thuiszorg, substitutie, technologische ontwikkelingen en kwaliteitsontwikkeling vragen een professionele beroepsuitoefening.

VIII.3 Een bezoek aan Denemarken als inspiratiebron

Over de richting van een eigentijdse professionele beroepsuitoefening heeft de commissie een aantal

ideeën ontwikkeld. Hiervoor heeft zij zich mede laten inspireren door een bezoek aan Denemarken. De commissie had op grond van een literatuuronderzoek Denemarken als reisdoel gekozen, omdat de positie van de verpleegkundigen op enkele cruciale punten belangrijk verschilt met die van de collega's in Nederland. De verpleegkundigen hebben eigen wettelijk afgebakende taken op grond van de Nurses Act uit 1956; er is een zeer lage uitval uit de beroepsopleidingen en een gering verloop onder de mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Er bestaat geen tekort aan verpleegkundigen. Op alle terreinen tekent zich een beeld af van een krachtige en zelfbewuste beroepsgroep die in hoge mate zelf de inhoud van het beroep en de opleidingen stuurt en bepaalt. Een schril contrast met Nederland.

De Dansk Sygeplejersrad (DSR) is de Deense beroepsorganisatie van verpleegkundigen. Vrijwel alle (98% of 60.000) verpleegkundigen zijn lid. De beroepsgroep kent, net als in de andere Scandinavische landen, een lange traditie: al vanaf 1920 speelt zij een belangrijke rol in de intramurale en extramurale zorg. De DSR treedt op als beroepsorganisatie, vertegenwoordigt de belangen, en treedt bij de onderhandelingen over arbeidsvoorwaarden op als partij.

In het midden van de jaren 60 ontstond een discussie over de vraag of ook ziekenverzorgenden konden toetreden. De DSR wees dat toen af. Daardoor zijn veel van deze verzorgenden lid geworden van de vakbond voor het gemeente- en provinciepersoneel, een grote bond met 120.000 leden. De DSR heeft formeel geen banden met een politieke partij. Door de hoge organisatiegraad en de forse contributies (bijna 100 gulden per maand) beschikt de DSR over ruime financiële middelen. De DSR heeft meerderheidsbelang in een bank en in een verzekeringsmaatschappij, exploiteert vakantiehuisen en hotels en beheert zowel het eigen pensioenfonds als het fonds voor werkloosheidsuitkeringen. De DSR heeft 16 regionale afdelingen. Deze bieden de leden service zoals het verstrekken van informatie, het organiseren van studiereizen, opleidingen van shop stewards, en het verstrekken van beurzen voor studies in het buitenland. Op centraal niveau wordt het algemene beleid geformuleerd en worden onderhandelingen over arbeidsvoorwaarden gevoerd.

Per 1 januari 1991 is in Denemarken een nieuw onderwijsstelsel van start gegaan. Het omvat een samenhangend geheel van opleidingen voor algemene en gespecialiseerde verpleegkundigen, paramedische beroepen, verpleegsters en verplegers (nurse assistant) en lager opgeleide werknemers in gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (social and health care service helps). Al vanaf het 17^e jaar kan men met een voorbereidend jaar beginnen. Het stelsel maakt afhankelijk van vooropleiding en ervaring, instroom en uitstroom op verschillende niveaus mogelijk. Het hoogste niveau is de "registered nurse" (HBO-niveau). Het onderwijs staat op een hoog niveau. De opleidingen worden gegeven aan 35 hogescholen. Aan het hoofd ervan staat op grond van wettelijke vereisten altijd een verpleegkundige. In de toekomst wordt ook gedacht aan een universitaire opleiding verplegingswetenschap. Jaarlijks starten zo'n 7000 studenten met de opleiding voor tweedegraads verpleegkundige. Ongeveer de helft daarvan kan doorstromen naar een eerstegraads bevoegdheid tot "registered nurse". De scholen vallen onder het ministerie van Onderwijs, maar de Board of Health is het belangrijkste adviserend orgaan over de inrichting van de opleidingen.

VIII.4 Professioneel verplegen en verzorgen

Dit hoofdstuk schetst een beeld van het professioneel verplegen en verzorgen. Verzorgen, in de zin van ziekenverzorgen, wordt hierbij opgevat als behorend tot het domein van verpleging. Verplegen wordt gezien in relatie tot gezondheidsproblemen van het individu. Andere vormen van zorg en hulp kunnen worden onderscheiden buiten het professioneel verplegen en verzorgen zoals zal blijken uit het onderstaande.

De definitie van verplegen van de NRV die in het tweede hoofdstuk van dit rapport staat vermeld, geeft het specifieke aandachts- en competentiegebied weer voor de professionele verpleging. Uit deze definitie kan worden afgeleid wat het feitelijk verplegen inhoudt. Een beroepsbeoefenaar op het terrein van de verpleging, ongeacht de functie die hij of zij vervult of het terrein van de gezondheidszorg waarop zij werkzaam is, rekent dit tot de kern van het professioneel handelen. De definitie geeft ook aan dat het gaat om hulp bij problemen bij de fundamentele levensverrichtingen van mensen die het gevolg zijn van ziekte, handicap of ontwikkelingsstoornis. De behandeling van de ziekte of de stoornis is niet het competentiegebied van de verpleging. Het handelen van verpleegkundigen, verpleegsters en ziekenverzorgenden is nooit gericht op de ziekte of handicap zelf.

Het handelen is er wel op gericht dat iemand zo snel mogelijk weer zijn/haar onafhankelijkheid terugvindt. Als dit doel niet kan worden gehaald is het doel iemand te helpen met de afhankelijkheid van zorg te leren leven. Indien genezing niet mogelijk is helpt de verpleegkundige, verpleegster en verzorgende iemand vredig te sterven.

Om deze doelen te bereiken hebben verpleegkundigen, verpleegsters, ziekenverzorgenden uiteenlopende functies en taken die afhankelijk zijn van de situatie. Zij leveren hierbij een bijdrage aan de gezondheidszorg vanuit een eigen referentiekader samen met andere disciplines binnen het totale gezondheidszorgsysteem.

Enkele functies worden hieronder genoemd. Het is geen uitputtende opsomming. Afhankelijk van de situatie van de patiënt en de werkplek van de verpleegkundige zal de samenstelling wisselen.

- De helpende functie; het gaat hierbij om het ondersteunen van de activiteiten van het dagelijks leven, het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen etc.
- De instructie- functie; bijvoorbeeld een patiënt leren hoe hij zichzelf kan injecteren. Of de patiënt leren hoe hij op een betere wijze kan ademhalen. Het gaat hierbij altijd om instructies gericht op het terugdringen van de effecten van de ziekte of aandoening.
- De diagnostische functie; het gaat hierbij om het vaststellen van de verpleegdiagnose, zodat patiënt en verpleegkundige afspraken kunnen maken over de te halen doelen.
- Patiëntbewakingsfunctie; patiënten kunnen of door hun ziekte of door de behandeling in situaties terecht komen die een gevaar kunnen betekenen. Verpleegkundigen hebben dan een bewakingsfunctie zoals het toezichthouden op infusen, of toezichthouden op het gedrag van een psychotische patiënt.
- Snel veranderende situaties onder controle houden; bijvoorbeeld bij patiënten met een acute psychose. Of bij patiënten van wie het ziekteverloop onvoorspelbaar is.
- Administreren en controleren van therapeutische interventies en therapeutische regimes, zoals

bijvoorbeeld oefeningen doen, leefregels opvolgen, kuren etc.

- Ontwikkelingsfunctie en bewakingsfunctie van de kwaliteit van de zorgverlening.
- Coördinerende werkzaamheden; bijvoorbeeld afspraken maken over behandelingen, overdracht van zorg regelen, afstemmen van de op de zorg- en behandelplannen en verpleegplannen.

Het zichtbaar maken van het werk van verpleegkundigen wordt nog te weinig gedaan waardoor mensen buiten de verpleging en verzorging onvoldoende informatie hebben voor een juiste beeldvorming. Het beeld is veelal gebaseerd op basis van een beperkt aantal zichtbare handelingen, zoals injecties geven of medicijnen toedienen. De niet direct zichtbare taken en functies worden hiermee niet duidelijk.

Bijvoorbeeld op een afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis zorgen voor een groepsklimaat dat gedragsregulerend voor de patiënten kan werken is niet direct uit te drukken in enkele handelingen.

Enkele voorbeelden maken dit duidelijk. Kenmerkend voor het werk van psychiatrisch verpleegkundigen is het feit dat zij voortdurend moeten inschatten hoeveel aandacht, zorg en begeleiding een patiënt nodig heeft en afwegen of, en zo ja hoe ver zij moeten ingrijpen in het gedrag en het handelen van de patiënten (Borgesius, De Lange, Meurs, 1988). Het goed kunnen omgaan met wisselende situaties en alert blijven maakt deel uit van het professioneel handelen.

Een ander voorbeeld is de situatie waar een dame van 75 jaar haar echtgenoot thuis verzorgt die verschijnselen van dementie vertoont. Het helpen van de man bij zijn wekelijkse badbeurt is belangrijk; maar op een zodanige wijze steun bieden aan de vrouw dat zij het vol kan houden vraagt vele malen meer deskundigheid, en is een veel voorkomende vorm van verpleging.

Weer een ander voorbeeld, de situatie waarin een echtpaar elkaar heeft beloofd dat zij thuis zullen sterven. Als de man hulpbehoevend en bedlegerig wordt heeft hij hulp nodig. Als de wijkverpleegkundige deze wens wil respecteren en het echtpaar daarbij helpt zal zij een verpleegbeleid voor deze situatie moeten maken dat uitmondt in een verpleegplan. Daarbij zal zij hulpkrachten inschakelen om dit doel te bereiken. Ook hier is de verpleegkundige taak niet uit te drukken in slechts enkele handelingen.

Het helpen en ondersteunen van een vrouw die een borstampuatie heeft ondergaan en in het reine moet zien te komen met een ander lichaamsbeeld en een andere lichaamsverzorging is een ingrijpend proces. Instructie, voorlichting en begeleiding zijn hier activiteiten die nodig zijn naast de ondersteuning bij de lichaamshygiëne.

De patiënt in het verpleeghuis helpen zo'n situatie te ontwikkelen dat hij zichzelf blijft herkennen en zich met de situatie kan identificeren vraagt meer van verpleegkundigen en verzorgenden dan alleen het bieden van goede lichaamsverzorging. Ook hier speelt het creëren van een gunstig klimaat voor de patiënt een grote rol.

Verplegen houdt ook in maatregelen treffen die bijv. gevolgen hebben voor andere hulpverleners en voor de vrijwilligers die de patiënt helpen.

Deze voorbeelden laten zien dat verplegen vele malen complexer is dan het uitvoeren van enkele taken. De problemen van een patiënt en zijn omgeving in een samenhangend geheel zien en daarop een doeltreffend verpleegbeleid maken of een juiste regie voeren wat tot uitdrukking komt in een verpleegplan is professionele verpleging. Professioneel verplegen vraagt een gedegen kennis van het vakgebied en

aanverwante kennisgebieden. De snel veranderende behandeltechnieken, het ontstaan van nieuwe ziekten en de wijziging in de vraag naar hulpverlening vragen dat verpleegkundigen hun handelen baseren op wetenschappelijke principes. Deze wetenschappelijke principes worden afgeleid van verpleegwetenschap en van andere wetenschappen.

Verplegen betreft de menselijke reacties op feitelijke of potentiële gezondheidsproblemen. Er wordt een verpleegdiagnose gesteld op basis van een analyse voor de waargenomen verschijnselen. Deze diagnose legt de basis voor eventuele interventies.

De uitkomst van het handelen staat in relatie tot de verpleegproblemen en de gezondheidstoestand van de patiënt.

VIII.5 Een autonome en zelfbewuste beroeps uitoefening: wat is daarvoor nodig?

Deze paragraaf sluit aan op de analyse uit de eerste vijf hoofdstukken. Het is als het ware het spiegelbeeld van de knelpunten: aan welke voorwaarden en condities moet zijn voldaan om een zelfbewuste en autonome beroepsuitoefening mogelijk te maken? Daarbij zijn onder meer de volgende aspecten in het geding: theoretisch begrippenkader, de opleidingen, organisatie van de dagelijkse werkzaamheden, de differentiatie in de beroeps uitoefening, de functiewaardering, de organisatie van de beroepsgroep en de stem in beleid en beheer.

Net als in de medische beroepsuitoefening, is bij de verpleegkunde sprake van een wetenschappelijk gefundeerd begrippenkader als basis voor de professionele beroepsuitoefening. Een theoretisch begrippenkader ligt ten grondslag aan het leergebied verpleegkunde in de opleiding en de beroepsuitoefening. Hierin is vastgelegd dat verpleegkundige hulpverlening in eerste instantie is gericht op het helpen oplossen en voorkomen van gezondheidsproblemen.

De hulpverleningsattitude is patiëntgericht; om de professionaliteit en de betrouwbaarheid van de hulpverlening te vergroten maakt de verpleegkunde gebruik van protocollen, standaarden en classificaties van verpleegproblemen. Ruim een eeuw na het verschijnen van het boek van Florence Nightingale over de afbakening van het verpleegkundig beroep formuleerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid het verpleegkundig beroepsprofiel. Dit beroepsprofiel ziet de commissie als uitgangspunt voor de aanbevelingen van dit rapport.

Het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek legt voorts de basis voor het ontwikkelen van instrumenten voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Ook een samenhangend en goed gestructureerd stelsel van opleidingen ziet de commissie als belangrijke voorwaarde voor een goede uitoefening van het beroep van de verplegenden en verzorgenden.

Eenzijds moet het onderwijs voldoen aan de eisen van de arbeidsmarkt om voldoende nieuwe leerlingen aan te kunnen trekken. Anderzijds stelt de moderne beroepsuitoefening eisen aan de vorm en inhoud van het onderwijs. Het moet goede aansluiting bieden op de beroepspraktijk en voorkomen dat verwachtingen en werkelijkheid uiteenlopen. De opleiding moet studenten opleiden die flexibel hun beroep kunnen uitoefenen en getraind zijn in probleemoplossend gedrag.

De organisatie van het dagelijks werk maakt patiënttoewijzing mogelijk. Het is er op gericht dat

verpleegkundigen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor het gehele verpleegproces ten behoeve van de patiënt.

Het referentiekader van een dergelijke beroepsuitoefening sluit aan bij de ontwikkelingen zoals zijn verwoord in het rapport “European Conference on Nursing” van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Dit rapport verscheen naar aanleiding van de Europese Conferentie over de verpleging in Wenen in 1988. Op deze conferentie spraken vertegenwoordigers uit meer dan 30 landen over de positie van de professionele verpleegkundige. Een van de slotresoluties bevat de aanbeveling om de basisopleidingen tot verpleegkundige zodanig in te richten, dat deze opleiden tot een allround verpleegkundige die inzetbaar is in de intramurale en extramurale gezondheidszorg. Deze opvatting sluit ook aan bij het beroepsprofiel van de NRV. Andere aanbevelingen richten zich op beleid en beheer: de conferentie concludeerde dat de planning in de gezondheidszorg meer rekening moet houden met de verpleging en verzorging, en dat de beroepsgroep deel moet nemen aan de beleidsdebatten.

Als vierde conditie voor het beter functioneren van de beroepsgroep ziet de commissie de noodzaak van het toepassen van de differentiatie in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Deze differentiatie sluit aan bij het verpleegkundig beroepsprofiel van de NRV. Dit maakt onderscheid tussen enerzijds de all round verpleegkundige op het eerste deskundigheidsniveau, die in alle sectoren in de gezondheidszorg breed inzetbaar is, en anderzijds de uitvoerende verplegers, verpleegsters en verzorgenden die op het tweede niveau werken.

Een vijfde kwestie is de functiewaardering. Een zorgvuldige toepassing van de huidige systemen voor functiewaardering en het onderhoud van de systemen acht de commissie van groot belang voor de beroepsgroep. De beroepsgroep voelt zich niet serieus genomen zolang de huidige systemen niet correct worden toegepast. Ook is sprake van achterstallig onderhoud.

Tenslotte ziet de commissie een sterke beroepsorganisatie als een onmisbaar element in de belangenbehartiging en het versterken van de positie van de beroepsgroep in beleid en beheer. Dat geldt voor het management binnen instellingen maar dat geldt eveneens voor de vertegenwoordiging binnen de overheid en bij de adviesorganen in de gezondheidszorg.

VIII.6 Opleidingen, wetenschap en onderzoek

Bij het voorstel om te komen tot een duidelijke en heldere afbakening van functies en taken voor de verplegende en verzorgende beroepen past de aanbeveling om het onderwijsstelsel te herzien. Op 10 december 1990 hebben de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een brief aan de Tweede Kamer gestuurd waarin zij hun beleid inzake opleidingen voor verpleegkundige en verzorgende beroepen uiteenzetten. Het in-service onderwijs en het door Onderwijs en Wetenschappen bekostigde onderwijs blijven voorlopig naast elkaar bestaan en worden uitgenodigd om binnen te starten regionale experimenten mee te werken aan de totstandkoming van een helder en samenhangend stelsel van opleidingen voor verplegende en verzorgende beroepen. Binnen deze experimenten moet worden onderzocht hoe beide leerwegen kunnen samenwerken c.q. naar elkaar toe

kunnen groeien. De commissie wil dit beleid ondersteunen. Niet echter zonder het volgende op te merken.

Het beroepsprofiel van de moderne verpleegkundige veronderstelt een breed scala van kennis en vaardigheden: het leren dragen van nieuwe verantwoordelijkheden, het voortdurend verwerven van kennis, het hanteren van hulpmiddelen, bronnen en strategieën voor het maken van analyses en het nemen van beslissingen. Dit vergt een flexibele manier van opleiden, binnen een stelsel dat snel kan inspelen op de ontwikkelingen in de beroepsuitoefening en de opleidingswensen van het werkveld.

Belangrijker dan de vorm, waarin het onderwijs wordt gegeven is het ontwikkelen van een stelsel van onderwijsvoorzieningen waarin de inhoud van het onderwijs aansluit op het beroepsprofiel op de verschillende niveaus. Daarnaast is een goede afstemming van belang. Het stelsel moet goed aansluiten op de arbeidsmarkt en de verschillende groepen toekomstige werknemers aantrekkelijke perspectieven bieden. Dit kan door het onderwijs zodanig modulair in te richten, dat doorstromen van de ene onderwijsvorm naar de andere mogelijk is.

Van groot belang is daarbij de relatie tussen de eisen die aan een bepaald diploma of certificaat worden gesteld: de eindtermen en de vereisten, die aan de verschillende (nieuwe) functies binnen de verplegende en verzorgende beroepen worden gesteld. Ook stelt de Europese wet- en regelgeving voorwaarden aan deze eindtermen.

Wat het niveau van het onderwijs betreft, gaat de commissie ervan uit, dat voor het uitoefenen van de functie van all round verpleegkundige een opleiding op HBO-niveau is vereist. De uitvoerende verpleger of verpleegster moet tenminste een opleiding op MBO-niveau hebben gevolgd.

Voor de verdere ontwikkeling van de professie verpleegkunde is het noodzakelijk dat de studie verplegingswetenschap en het verplegingswetenschappelijk onderzoek worden uitgebreid. Zo kan de professie de achterstand geleidelijk inlopen op het gebied van een wetenschappelijk begrippenkader, methoden en technieken van verplegingswetenschappelijk onderzoek, alsook theorievorming.

Op grond van bovengenoemde uitgangspunten zou een nieuw onderwijsstelsel globaal als volgt kunnen worden ingericht:

a. Een opleiding tot verpleger of verpleegster (MBO-niveau)

Deze zou er als volgt kunnen uit zien: de opleidingsduur bedraagt 36 maanden; een instroom van bezitters van minimaal van MAVO, LBO of een aantoonbaar gelijkwaardig niveau van ontwikkeling, ter bepaling door de opleiding; eindtermen gerelateerd aan het tweede deskundigheidsniveau van het in hoofdstuk vijf vermelde beroepsprofiel; een gemeenschappelijke beginfase met een duur die afhankelijk is van aantal en omvang van daarin aan te bieden modules; theorieperioden afgewisseld door stages waarin het accent aanvankelijk ligt op een generieke beroepsoriëntatie en later op een specifieke sector.

b. Een opleiding tot verpleegkundige (HBO-niveau)

Deze opleiding krijgt dezelfde structuur als de opleiding tot verpleger of verpleegster. De commissie

heeft de volgende kenmerken voor ogen: een opleidingsduur van 48 maanden; een instroom van bezitters van minimaal een HAVO, WVO of verwant (kort) MBO-diploma of een aantoonbaar gelijkwaardig niveau van ontwikkeling ter bepaling door de opleiding; eindtermen gerelateerd aan het beroepsprofiel van verpleegkundige; een gemeenschappelijke beginfase met een duur die afhankelijk is van aantal en omvang van daarin aan te bieden modules. Maximaal een jaar, maar bij voorkeur van kortere duur; theorieperioden afgewisseld door stages waarin het accent aanvankelijk ligt op een brede beroepsoriëntatie en in een later stadium op specialisatie c.q. differentiatie.

c. De opleiding verplegingswetenschap

Deze opleiding heeft een duur van vier jaar voor studenten met VWO, of twee jaar voor studenten met een HBO in de verpleegkunde. Als toelatingseis geldt het VWO of toelating via colloquium doctum op grond van de Wet Horizontale Doorstroming; tevens instroom van bezitters van een HBO in de verpleegkunde. De eindtermen worden vastgesteld door de faculteitsraad van de betreffende faculteit. De studie omvat afstudeerspecifieke onderwijsblokken die gemeenschappelijk zijn voor alle studenten, afgewisseld door keuzeblokken en eventueel door onderwijsblokken afgestemd op differentiatie. In het onderwijs zijn vaardigheidstrainingen geïntegreerd. Deze zijn afgestemd op de toekomstige beroepsuitoefening als verplegingswetenschapper.

In het huidige onderwijsstelsel bestaan allerlei mogelijkheden voor postgenerieke studie in de verpleging in de vorm van vervolg onderwijs en voortgezette en post-HBO-opleidingen. Om het onderwijsaanbod duidelijker en toegankelijker te maken is samenwerking tussen de universitaire en HBO-instellingen gewenst.

Bekostiging van het onderwijs

Een geheel andere kwestie betreft de bekostiging van het onderwijs. In hoofdstuk 3 merkt de commissie op dat de huidige verschillen in studiefinanciering samenwerken tussen verschillende opleidingsvormen in de weg staan. De commissie stelt voor de studiefinanciering ten behoeve van de verpleegkundige opleiding in Denemarken als voorbeeld te nemen en te onderzoeken of deze in de regionale experimenten kan worden toegepast.

IX Conclusies en aanbevelingen

IX.1 Inleiding

Dit laatste hoofdstuk vat de belangrijkste conclusies uit het rapport samen en geeft de aanbevelingen van de commissie Positiebepaling van Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende. De aanbevelingen volgen de volgorde van de hoofdstukken. De commissie richt zich met deze aanbevelingen tot alle partijen, die rechtstreeks zijn betrokken bij de positie van de verplegenden en verzorgenden: de beroepsgroep zelf, de overheid, de hulpverlenende instellingen en organisaties in de gezondheidszorg en de advies- en beheerslichamen.

IX.2 De uitoefening van het werk

In Nederland werken zo'n 435.000 mensen in de gezondheidszorg. Ruim 170.000 zijn verplegenden en ziekenverzorgenden. Deze zijn daarmee de grootste beroepsgroep. Er bestaat een grote diversiteit naar sectoren en naar soorten werk. De laatste jaren zijn tal van studies, rapporten en zwartboeken verschenen over de redenen waarom mensen ontevreden zijn over het werken in de gezondheidszorg. Uit deze rapporten komen verschillende punten naar voren: de zware werkdruk, het gebrek aan waardering, de onduidelijk afgebakende bevoegdheden en taken en onvoldoende mogelijkheden om de eigen taken zelfstandig uit te kunnen voeren. Een belangrijk kenmerk van de verpleging en verzorging is de geringe eigen regelcapaciteit in de dagelijkse werkzaamheden. De beginnend verpleegkundige, verpleger, verpleegster of ziekenverzorgende merkt al gauw dat de kennis en vaardigheden verkregen tijdens de opleiding niet goed aansluiten op de eisen van het dagelijks werk. De verwachting strookt niet met de werkelijkheid.

Veel instellingen zijn zo georganiseerd, dat de verplegende en verzorgende beroepskrachten slecht zijn vertegenwoordigd in beleid en management. Beslissingen die de beroepsuitoefening rechtstreeks raken, worden nog teveel genomen zonder dat de beroepsgroep zelf is gehoord.

Aanbeveling 1

Voor een goed functioneren van de verpleging en verzorging binnen instellingen en organisaties is een vertegenwoordiging in beleid en management op alle niveaus onontbeerlijk. De commissie stelt voor dat de instellingen en organisaties een stafconvent verpleging en verzorging instellen om op centraal niveau in de organisatie de stem van de beroepsgroep te laten klinken.

Aanbeveling 2

De commissie volstaat hier met het memoreren van enkele belangrijke maatregelen ter verbetering van de werksfeer en de arbeidsomstandigheden die veelvuldig worden genoemd in recente nota's vanuit de beroepsgroepen, de koepelorganisaties en de overheid. Voor een groot deel zijn dit maatregelen die het management binnen instellingen zelf kan uitvoeren:

- **onderzoek naar de feitelijke ontwikkelingen in werklast en werkdruk;**

- meer onderzoek naar de oorzaken van ziekteverzuim en personeelsverloop;
- concrete maatregelen om het blijven werken aantrekkelijker te maken zoals het naleven van het werktijden besluit voor Verplegings- en Verzorgingsinrichtingen, het uitbreiden van de bedrijfsgezondheidsdiensten, het verbeteren van de begeleiding van stagiaires, leerlingen en beginnende gediplomeerden, goede kinderopvang, ouderschapsverlof en flexibele roosters.

IX.3 Een herzien onderwijsstelsel

De commissie constateert, dat het huidig stelsel van opleidingen te weinig aansluiting biedt op enerzijds de wensen van de potentiële werknemers, anderzijds op de werkelijkheid van de alledaagse beroepsuitoefening. In de afgelopen jaren zijn uitgebreide en soms heftige discussies gevoerd over de voor- en nadelen van het inservice onderwijs ten opzichte van het dagonderwijs. De commissie pleit ervoor, de keuze tussen de ene of andere vorm (de leerweg) te laten rusten. Belangrijker dan de vraag in welke vorm het onderwijs wordt gegeven is de discussie over de voorwaarden die aan de verschillende vormen van onderwijs worden gesteld. Daarom beperkt de commissie zich tot het formuleren van enkele randvoorwaarden, waaraan het onderwijsstelsel moet voldoen.

Belangrijkste voorwaarde is het formuleren en toepassen van uniforme eindtermen. Het modulair inrichten van het onderwijs op grond van enerzijds generieke gedeelten, anderzijds sector-specifieke of gespecialiseerde gedeelten, vergemakkelijkt de overstap van de ene onderwijsinstelling naar de andere. Certificatie voor bepaalde onderwijsgedeelten maakt ook de overstap naar andere sectoren makkelijker.

Ter ondersteuning en verdere ontwikkeling van de verpleegkunde is wetenschappelijk onderwijs en onderzoek onmisbaar. Een professionele beroepsuitoefening vergt wetenschappelijk gefundeerde methoden en technieken en systematische methoden van evaluatie. Ook legt de wetenschap een grondslag voor de beoordeling van de kwaliteit van het beroepsmatig handelen.

Aanbeveling 3

De commissie stelt voor het onderwijsstelsel in de verplegende en verzorgende beroepen te herzien. Voor het uitoefenen van de functie allround verpleegkundige is een opleiding op HBO-niveau vereist. De uitvoerende verplegende en verzorgende moet een opleiding op MBO-niveau hebben gevolgd. De inhoud van het onderwijs moet goed aansluiten op het beroepsprofiel op twee niveaus, op de beroepsuitoefening in de praktijk en op de arbeidsmarkt. Van groot belang is het formuleren en toepassen van uniforme eindtermen.

De commissie beschouwt de regionale experimenten in het onderwijs als een goede weg om te onderzoeken hoe het onderwijsstelsel in de verplegende en verzorgende beroepen herzien en aangepast kan worden aan het voorgestane beroepsprofiel. De commissie beveelt een zorgvuldige begeleiding en evaluatie van de experimenten aan.

Aanbeveling 4

Een actieve betrokkenheid van de beroepsgroep bij het onderwijs maakt deel uit van de professionalisering. De commissie bepleit het oprichten van een orgaan dat toezicht houdt op de

kwaliteit van de opleidingen. Dit orgaan kan, analoog aan de andere beroepsgroepen, visitatie-commissies instellen.

Aanbeveling 5

De commissie stelt voor dat tenminste twee universiteiten de mogelijkheid bieden voor het volgen van de opleiding verplegingswetenschap en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

Aanbeveling 6

De commissie bepleit een actieve betrokkenheid van de beroepsgroep bij de wetenschappelijke ontwikkeling van instrumenten voor de beroepsuitoefening zoals het ontwikkelen van systemen voor het bewaken en toetsen van kwaliteit.

Aanbeveling 7

De beleidsverantwoordelijkheid voor de opleidingen vanuit twee ministeries is een belemmerende factor voor een evenwichtig en samenhangend onderwijsstelsel. De commissie acht het raadzaam om de verantwoordelijkheid voor het onderwijs uiteindelijk onder één ministerie te brengen, namelijk Onderwijs en Wetenschappen.

IX.4 De arbeidsmarkt

In de gezondheidszorg is het op dit moment reeds moeilijk om bestaande vacatures op te vullen. Bij een toenemende vraag naar verpleging en verzorging en een dalend aantal schoolverlaters dreigen deze tekorten zonder aanvullende maatregelen scherp toe te nemen.

Aanbeveling 8

Gezien de huidige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt beveelt de commissie aan om de komende jaren naast instroombevorderende maatregelen nog meer energie te steken in het verminderen van de uitval uit de opleidingen en de uitstroom van personeel. Het verminderen van de uitstroom zal naar haar mening moeten berusten op een breed scala van maatregelen gericht op het aantrekkelijker maken van het beroep. In dit rapport worden concrete maatregelen genoemd op het terrein van de organisatie van de dagelijkse werkzaamheden, de functiedifferentiatie en de functiewaardering.

IX.5 Gedifferentieerde werkzaamheden

Het werk van de verplegenden en verzorgenden is ongedifferentieerd. Dit leidt tot een grote mate van overlapping in de werkzaamheden van hoger en lager personeel. Er bestaat geen duidelijke taakverdeling tussen verpleegkundigen, verplegers en verpleegsters, ziekenverzorgenden en assisterend personeel. Soms doen ze hetzelfde werk en bestaat er geen herkenbare hiërarchie. Hierdoor is onduidelijk wie de eindverantwoordelijkheid draagt voor het coördineren van de werkzaamheden en voor de uitvoering van verpleegkundige taken. Functiedifferentiatie in de verpleging legt de basis voor een beter perspectief voor

de professionele beroepsuitoefening. Daarbij hoort ook een herkenbare wettelijke verankering van het beroep en de daarbij behorende bevoegdheden.

Aanbeveling 9

De commissie is op grond van haar studie tot de conclusie gekomen, dat het terrein van de verpleegkunde een duidelijke afbakening en differentiatie behoeft. Het verpleegkundig beroepsprofiel van de NRV is daarbij uitgangspunt. De invoering van dit beroepsprofiel stelt eisen aan de organisatie en aan de kwalificaties van de beroepsuitoefenaars.

Aanbeveling 10

De commissie stelt voor om de door haar bepleite functiedifferentiatie binnen het Verpleegkundig domein in een drietal proefstations uit te testen in verschillende velden in de gezondheidszorg. Een dergelijke proefopstelling van de voorgestane differentiatie in de verpleging op 2 niveaus moet wetenschappelijk worden begeleid.

Aanbeveling 11

Wettelijk verankerde bevoegdheden en helder geformuleerde beroepseisen vormen de basis voor zelfstandige beroepsuitoefening. Het daartoe strekkende wetsontwerp BIG moet met de grootst mogelijke voortvarendheid tot wet worden verheven.

Aanbeveling 12

Teneinde de beroepsgroep in staat te stellen een door de overheid erkend orgaan in te stellen met betrekking tot de regeling, erkenning en registratie van verpleegkundig specialisten moet de overheid financiële ondersteuning bieden.

Aanbeveling 13

De commissie acht het raadzaam om voor de beroepsbeoefenaren op het tweede deskundheidsniveau op het terrein van de verpleging één titel te hanteren namelijk verpleegster/verpleger.

IX.6 Functiewaardering

De maatschappelijke waardering voor een bepaald beroep weerspiegelt zich in de beloning. Voor het meten van de zwaarte van functies zijn systemen van functiewaardering (f.w.-systemen) ontwikkeld. In het algemeen achten de verplegenden en verzorgenden het een goede zaak, dat in de gezondheidszorg f.w.-systemen zijn ingevoerd als instrument om te komen tot een objectieve en rechtvaardige honorering waarbij de zwaarte van een functie uitgangspunt vormt. In de praktijk doet zich een aantal knelpunten voor. Er is niet genoeg geld om de huidige f.w.-systemen in het kruiswerk, de gezinsverzorging en de bejaardenoorden correct toe te passen (“oud zeer”); de systemen lopen op een aantal punten achter bij de feitelijke beroepsontwikkeling (“achterstallig onderhoud”). Het schort de beroepsgroep en management aan voldoende specialistische kennis voor het toepassen en onderhouden van de f.w.-systemen. De

beroepsgroep acht zich onvoldoende betrokken bij het onderhoud van de systemen.

Aanbeveling 14

De commissie constateert, dat wegens het gebrek aan financiële middelen overeengekomen f.w.-systemen niet volledig kunnen worden toegepast. Dit leidt in de praktijk tot grote frustraties bij de beroepsgroep. De commissie beveelt met klem aan om dit “oud zeer” zo snel mogelijk op te lossen. Dat kost voor het kruiswerk, de gezinsverzorging en de bejaardenoorden naar schatting 350 miljoen gulden.

Aanbeveling 15

De huidige f.w.-systemen in de gezondheidszorg lopen achter bij de feitelijke beroepsuitoefening van verplegenden en verzorgenden. De commissie bepleit een spoedige actualisering van deze systemen. Inhalen van dit “achterstallig onderhoud” heeft uiteraard ook financiële gevolgen.

Aanbeveling 16

De commissie constateert dat de beroepsgroep zich ondergewaardeerd voelt doordat de f.w.-systemen onvoldoende rekening houden met enkele specifieke aspecten van het werk zoals zorg, psychische belasting, complexiteit en nieuwe ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De commissie bepleit de bestaande f.w.-systemen op deze aspecten te actualiseren in nauwe samenspraak met de beroepsorganisaties.

IX.7 Belangenbehartiging en vertegenwoordiging van de beroepsgroep

In dit rapport heeft de commissie enkele specifieke knelpunten gesignaleerd in de beroepsuitoefening en de positie van de verplegenden en verzorgenden. Naast deze specifieke kwesties ziet zij enkele algemene punten die overal in de verpleging en verzorging spelen. Deze kan men kort samengevat aanduiden als een onvoldoende stem in beleid en beheer. De beroepsgroep wordt door andere beroepsbeoefenaren niet als gelijkwaardig beschouwd. Het ontbreekt aan formele instrumenten zoals een wettelijke verankering om het beroep zelfstandig uit te kunnen voeren. In de organisatie hebben de verplegenden en verzorgenden een zwakke stem. Ook op macro-niveau, het niveau van het overheidsbeleid, de inspecties voor de volksgezondheid, de advies- en beheerslichamen, is de positie van de beroepsgroep in de afgelopen jaren eerder zwakker dan sterker geworden.

De beroepsgroep zelf is niet erg goed georganiseerd. Er is sprake van versnippering en van elkaar soms beconcurrerende organisaties.

Aanbeveling 17

Het is de commissie opgevallen hoezeer de belangenbehartiging van de verplegende en verzorgende beroepen is verbrokkeld. Dit maakt de behartiging van beroeps belangen kwetsbaar. De beroepsgroepen zullen zich zelf beter moeten organiseren om hun wensen en noden op alle niveaus met gezag in te kunnen brengen. Dit proces maakt een wezenlijk onderdeel uit van een verdere

professionalisering van deze beroepen en is onmisbaar voor het bereiken van een betere positie voor de verpleegkundigen en verzorgenden. De commissie dringt er bij alle beroepsverenigingen die op dit terrein actief zijn op aan zich beter te organiseren. Alleen op die manier kunnen gezamenlijke standpunten ontstaan en met kracht worden ingebracht in het beleid.

Aanbeveling 18

De commissie bepleit een vertegenwoordiging van de verplegende en verzorgende beroepsgroep in de Ziekenfondsraad, in het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, net als andere beroepsgroepen die in deze organen zijn vertegenwoordigd. Voor een goede uitoefening van de wettelijke taken van deze organen is een krachtige vertegenwoordiging van verpleging en verzorging onmisbaar.

Aanbeveling 19

Naar het oordeel van de commissie is gestructureerd overleg tussen de beroepsgroep en het ministerie van WVC nodig. Ook binnen het ministerie is een herkenbare en aanspreekbare inbedding van verpleging en verzorging in de organisatie gewenst.

Aanbeveling 20

De commissie meent dat bij de inspectie voor de volksgezondheid een afzonderlijke afdeling voor verplegenden en verzorgenden wenselijk is die systematische aandacht kan schenken aan de positie van de beroepsgroep. Net als bij de medische beroepsgroep gaat het daarbij om het toezicht op zaken als de beroepsuitoefening, het bewaken van systemen voor kwaliteit en de registratie van beroepsbeoefenaars.

IX.8 Financiering

De bekostigingsstructuur van de instellingen voor gezondheidszorg heeft sedert de invoering van de budgettering een grote wijziging ondergaan. De richtlijnen voor de verpleging die ten grondslag lagen aan de tarieven zijn opgegaan in een algemene budget-richtlijn. In tegenstelling tot bijvoorbeeld medische functies en verrichtingen zijn veranderingen in de verpleegkundige en verzorgende functies en verrichtingen niet in de budget parameters opgenomen. De commissie acht dit een tekortkoming omdat daardoor het niveau van verplegen en verzorgen geen eigenstandig element in de onderhandelingen over de hoogte van het budget meer is, dit veelal in tegenwerking tot de medische verrichtingen.

Aanbeveling 21

De commissie stelt voor in de budgetformules een functie- en verrichtingen parameter verpleging en verzorging op te nemen. Een adviesaanvraag van de Staatssecretaris aan het C.O.T.G. hoe aan dit voorstel vorm gegeven kan worden, wordt door de commissie aanbevolen om het beleidsproces op gang te brengen.