



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

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

P. Mistiaen  
M. Kroezen  
M. Triemstra  
A.L. Francke

ISBN: 9789461221063

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT



Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# *A nurse is not a nurse*

## Begeleidingscommissie

Deze studie is uitgevoerd met subsidie van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), in het kader van het project V&V 2020.

Onze dank gaat uit naar de leden van de begeleidingscommissie voor de waardevolle adviezen en commentaar bij de opzet en rapportage van het onderzoek.

- Mevrouw prof. dr. P.L. Meurs,  
hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg Erasmus Universiteit
- De heer prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman,  
voorzitter Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Mevrouw Mr. G.P.M. Raas,  
senior adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (tot 1 september 2011)
- Mevrouw Dr. W.J.M. Scholte op Reimer,  
lector evidence based nursing & opleidingsmanager verpleegkunde Hogeschool van Amsterdam
- Mevrouw prof. dr. M.J. Schuurmans,  
hoogleraar verplegingswetenschap Universitair Medisch Centrum Utrecht

We bedanken ook mevrouw drs A. Grotendorst partner Kessels & Smit the learning company, projectadviseur V&V 2020, en de heer drs. J.A.M Lambregts, directeur Bureau Lambregts en projectleider V&V 2020 voor hun commentaren.

# Inhoudsopgave

<b>Begeleidingscommissie</b>	<b>4</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Achtergrond en methode</b>	<b>9</b>
1.1 Inleiding	
1.2 Doel- en vraagstelling	
1.3 Methode	
1.4 Leeswijzer	
1.5 Referenties	
<b>2 Definities van verplegen</b>	<b>15</b>
2.1 Gevonden definities	
2.2 Reflectie definities verplegen	
2.3 Referenties	
<b>3 Beroepen en professionals in de verpleging/verzorging per land</b>	<b>21</b>
3.1 België	21
Basisverpleegkundigen	
Meer gespecialiseerde verpleegkundigen	
Verpleegondersteunende beroepen	
Verhoudingen tussen beroepsbeoefenaren	
Opmerkingen	
3.2 Duitsland	27
Basisverpleegkundigen	
Meer gespecialiseerde verpleegkundigen	
Verpleegondersteunende beroepen	
Verhoudingen tussen beroepsbeoefenaren	
Opmerkingen	
3.3 Verenigd Koninkrijk	30
Basisverpleegkundigen	
Meer gespecialiseerde verpleegkundigen	
Verpleegondersteunende beroepen	
Verhoudingen tussen beroepsbeoefenaren	
Opmerkingen	
3.4 Verenigde Staten van Amerika	34
Basisverpleegkundigen	
Meer gespecialiseerde verpleegkundigen	
Verpleegondersteunende beroepen	
Verhoudingen tussen beroepsbeoefenaren	
Opmerkingen	
3.5 Canada	40
Basisverpleegkundigen	
Meer gespecialiseerde verpleegkundigen	
Verpleegondersteunende beroepen	
Verhoudingen tussen beroepsbeoefenaren	
Opmerkingen	
3.6 Reflectie beroepen & professionals V&V in de verschillende landen	44
3.7 Referenties	
<b>4 Aantal zorgprofessionals per land</b>	<b>53</b>
4.1 Aantal verpleegkundigen	
4.2 Aantal artsen	
4.3 Reflectie aantal zorgprofessionals	
4.4 Referenties	

<b>5</b>	<b>Vorbehouden handelingen en taakdelegatie</b>	<b>57</b>
5.1	België	57
5.2	Duitsland	59
5.3	Verenigd Koninkrijk	60
5.4	Verenigde Staten van Amerika	61
	California	
	North Carolina	
5.5	Canada	66
	Alberta	
	Québec	
5.6	Reflectie over vorbehouden handelingen en taakdelegatie	69
5.7	Referenties	
<b>6</b>	<b>Beroeps- en belangenorganisaties V&amp;V</b>	<b>73</b>
6.1	België	73
6.2	Duitsland	75
6.3	Verenigd Koninkrijk	75
6.4	Verenigde Staten van Amerika	76
6.5	Canada	78
6.6	Reflectie over beroeps- en belangenorganisaties	78
6.7	Referenties	
<b>7</b>	<b>Toekomstrapporten uit geselecteerde landen</b>	<b>81</b>
7.1	België	81
7.2	Duitsland	83
7.3	Verenigd Koninkrijk	85
7.4	Verenigde Staten van Amerika	87
7.5	Canada	90
7.6	Reflectie over toekomstrapporten	91
7.7	Referenties	
<b>8</b>	<b>Eerdere internationale vergelijkingen</b>	<b>95</b>
8.1	Studiebevindingen	
8.2	Reflectie over andere internationale vergelijkingen	
8.3	Referenties	
<b>9</b>	<b>Relatie tussen nursing staff en uitkomsten voor patiënten, verpleegkundigen en organisaties</b>	<b>99</b>
9.1	Inleiding	
9.2	Onderzoeksbevindingen	
9.3	Reflectie	
9.4	Referenties	
<b>10</b>	<b>Conclusies, discussie en aanbevelingen</b>	<b>107</b>
10.1	Conclusies	
10.2	Discussie	
10.3	Aanbevelingen	
10.4	Referenties	
	<b>Bijlagen</b>	
	1. Naamgevingen beroepsbeoefenaren V&V	117
	2. Voorbeelden competenties beroepsbeoefenaren	121
	3. Bevolkingstatistieken per land	129
	4. Lijst B1 en B2 handelingen België	131

## Samenvatting

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

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

De documenten werden verzameld via zoekacties in literatuurdatabases en op het internet.

De voornaamste bevindingen zijn:

- Definities van verplegen verschillen van land tot land en verzorging wordt meestal als onderdeel van verpleging beschouwd.
- In alle geselecteerde landen kan de nursing workforce onderscheiden worden in drie categorieën: basisverpleegkundigen, meer gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegondersteunende krachten.
- In alle geselecteerde landen zijn er meerdere opleidingswegen en -niveaus die leiden tot de functie van (basis)verpleegkundige. Meestal betreft het een variant op MBO en een variant op HBO-niveau.
- In alle geselecteerde landen is er een grote diversiteit, en hiermee gepaard gaand ook onduidelijkheid, aan namen, functies, titels, opleidingen en reguleringen van de nursing workforce.
- Er is een tendens om verpleegkundigen in de toekomst alleen nog op HBO-niveau op te leiden.
- Voorbehouden handelingen zijn te onderscheiden in handelingen die van medici naar verpleegkundigen worden gedelegeerd en in handelingen die van verpleegkundigen naar niet-verpleegkundigen worden gedelegeerd. Ieder land heeft hierin een geheel eigen weg gevonden om dit reguleren/reglementeren.
- In afzonderlijke primaire studies zijn er aanwijzingen dat kenmerken van de verpleegkundige/verzorgende personele bezetting geassocieerd zijn met patiëntenuitkomsten, maar wanneer deze studies in reviews in samenhang worden bekeken is er geen overtuigende evidentie over de relatie tussen kenmerken van verpleegkundige bezetting met uitkomsten bij patiënten, verpleegkundigen of organisaties.





# **1 Achtergrond en methode**

## **1.1 Inleiding**

In Nederland zijn de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging momenteel sterk in beweging, bijvoorbeeld door de opkomst van relatief nieuwe functies, als de ‘verpleegkundig specialist’ en gespecialiseerde verpleegkundigen en verzorgenden [1-3]. Ook spelen er discussies in de werelden van zorgbeleid en zorgpraktijk over de huidige kwalificatieniveaus [4], zoals: Is het onderscheid tussen (MBO) niveau 4 en (HBO) niveau 5 nog steeds bruikbaar of is er een voorkeur voor een andere indeling?

Daarnaast wordt de Nederlandse gezondheidszorg geconfronteerd met forse bezuinigingen. Hierdoor neemt de druk toe om taken die voorheen als ‘medisch’ werden betiteld, door met name verpleegkundige beroepsbeoefenaren uit te laten voeren. Een dergelijk proces van taakherschikking is al ingezet door de invoering en wettelijke verankering van de voornoemde verpleegkundig specialist. Maar ook het (naar verwachting op korte termijn) verlenen van een beperkte voorschrijfbevoegdheid aan verpleegkundigen gespecialiseerd in de zorg voor mensen met diabetes, longziekten of oncologische aandoeningen, is illustratief voor de herschikking van taken die momenteel plaatsvindt. Het is cruciaal dat de huidige en toekomstige ontwikkelingen ten aanzien van taakherschikking kunnen worden geacommodeerd binnen actuele beroepsprofielen [5].

Tevens wordt de zorg geconfronteerd met oplopende tekorten van vele tienduizenden verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden; dit heeft te maken met de Nederlandse samenleving die verouderd en waardoor in de toekomst het aantal ouderen met een complexere zorgvraag toeneemt [6,7]. Het fenomeen van een groeiende groep ouderen met chronische condities speelt in hele westerse wereld en wordt beschouwd als de grootste uitdaging voor het verpleegkundig werkveld in de toekomst [8].

Om het werken in de zorg aantrekkelijk(er) te maken, is het belangrijk dat er duidelijkheid is over de positie en rollen van de diverse beroepsbeoefenaren. Een samenhangend stelsel van beroepen, uitgedrukt in beroepsprofielen, is ook in dat licht van belang.

De huidige beroepsprofielen [9,10] zijn echter gedateerd, doordat ze bijvoorbeeld nog weinig of geen rekening houden met nieuwe specialisaties en met taakverschuivingen tussen zorgprofessionals. Herziening van de beroepsprofielen is daarom nodig. Daarbij is het wenselijk om – waar mogelijk – voort te bouwen op de ervaringen in het buitenland.

## **1.2 Doel- en vraagstelling**

Dit onderzoek had als doel informatie op te leveren die gebruikt kan worden bij het nader profileren van de verschillende professies binnen de verpleging en verzorging in Nederland.

In dit kader is het relevant om te leren van (een aantal geselecteerde) landen die qua cultuur en welvaartsniveau vergelijkbaar zijn met Nederland *en/of* waarvan bekend is dat zij voorop lopen als het gaat om de profilering en professionalisering van zorgprofessionals. Dit laatste kan bijvoorbeeld blijken uit de invloed die beroepsorganisaties hebben in die landen en uit het bestaan van wet- en regelgeving over de verpleging of verzorging (bijv. over de beroepsuitoefening, over de rollen bij voorbehouden handelingen en over opleidingen).

Verder is voor de toekomstige profilering van belang te weten of een verpleegkundige/verzorgende werkbezetting die anders wordt samengesteld, bijvoorbeeld in een andere mix van kwalificaties, van invloed is op patiëntenuitkomsten.

De volgende onderzoeksvragen worden daarom in dit onderzoek beantwoord:

- 1) Welke definities van verplegen / verpleging en verzorgen / verzorging worden in de beroepsprofielen of andere publicaties van beroepsorganisaties of overheidsorganen in de geselecteerde landen gehanteerd?
  - a) Welke specifieke beroepen zijn er binnen de verpleging en verzorging in de geselecteerde landen?
  - b) Welke soorten opleidingen/opleidingsniveaus gelden voor die specifieke beroepen?
  - c) Welke professionele rollen behoren bij die specifieke beroepen en in welke mate is daarbij sprake van professionele autonomie?
- 2) Hoeveel beroepsbeoefenaren zijn er werkzaam binnen de verpleging en verzorging en hoe verhouden die aantallen zich tot de aantallen artsen in de geselecteerde landen?
- 3) Welke beroepsbeoefenaren binnen de verpleging en verzorging, met welke opleidingsniveaus zijn bevoegd om bepaalde voorbehouden handelingen in de geselecteerde landen uit te voeren? En wat zijn de beleidsmatige overwegingen of aanleidingen geweest om bepaalde voorbehouden handelingen aan die beroepsbeoefenaren toe te kennen?
- 4) In welke mate hebben die beroepsbeoefenaren zich georganiseerd en bij welk soort beroeps- of belangenorganisaties?
- 5) Wat is er bekend over het effect van de inzet van anders samengestelde verpleegkundige/verzorgende bezettingen (bv. meer personeel per patiënt, meer hoger gekwalificeerd personeel)?

### 1.3 Methode

In overleg met de beroepsorganisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) is bij aanvang van het onderzoek een selectie gemaakt van de te onderzoeken landen. Het aantal werd ingegeven door de beschikbare onderzoekstijd en de landen/provincies zelf door het vermoeden dat daar informatie te vinden zou zijn die nuttig kan zijn voor de Nederlandse situatie.

Concreet werd de selectie: de buurlanden België en Duitsland en drie Angelsaksische landen die veelal als leidend worden gezien op het verpleegkundige gebied, namelijk: het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten van Amerika (met focus op de staten California en North Carolina) en Canada (met focus op de provincies Alberta en Québec).

Als methode is een internationale literatuurstudie uitgevoerd.

Er is op twee manieren gezocht naar relevante publicaties: via literatuurdatabases en via websites van betrokken organisaties. Tevens konden leden van de begeleidingscommissie bij hun bekende relevante documenten aandragen.

PUBMED en CINAHL zijn gebruikt als literatuurdatabases. De volgende zoekstrategieën zijn hierbij gehanteerd:

#### **PUBMED**

*("Nursing/manpower"[Majr] OR "Nursing/statistics and numerical data"[Majr] OR "Nursing/trends"[Majr] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Nurse Clinicians"[Mesh] OR "Advanced Practice Nursing"[Mesh] OR "enrolled nurses"[tiab] OR "enrolled nurse"[tiab] OR "Nurse's Role"[Mesh]) OR (((("Education, Nursing, Graduate"[Majr] OR "Education, Nursing, Diploma Programs"[Majr]) OR "Education, Nursing, Baccalaureate"[Majr]) OR "Nurses' Aides"[Majr] OR LPN\* OR "nurse assistant"[tiab] OR "nurse assistants"[tiab]) OR (nursing AND (workforce OR autonomy OR competenc\* OR capacity OR manpower OR ((labor OR labour) AND market))) AND (future OR trend\* OR development\* OR reform OR forecast\* OR "position statement"[tiab]) NOT (lactation OR breast OR milk) NOT (Editorial[ptyp] OR Letter[ptyp]) AND (hasabstract[text]) AND ("2008"[PDat] : "3000"[PDat])*

#### **CINAHL**

*(((MM "Nursing Manpower+") OR (MM "Nursing Staff, Hospital") OR (MM "Nurse Practitioners+") OR (MM "Nurses by Role+") OR (MM "Practical Nurses") OR (MM "Education, Nursing+") OR (MM "Education, Nursing, Baccalaureate+") OR (MM "Education, Nursing, Graduate+") OR (MM "Education, Nursing, Practical") OR (MM "Education, Nursing, Diploma Programs") OR (MM "Education, Nursing, Continuing") OR (MM "Education, Nursing, Associate") OR (nursing AND (workforce OR autonomy OR competenc\* OR capacity OR manpower OR ((labor OR labour) AND market))) OR (future N2 nursing)) AND (future OR trend\* OR development\* OR reform OR forecast\* OR "position statement") NOT (lactat\* OR breast OR milk)) NOT PT Book, Book Chapter, Book Review, Brief Item, Editorial, Letter, Proceedings, Response) and DT 2008-2011*

Voor beide databases was een datumrestrictie tot 2008 ingevoerd om verzekerd te zijn van recente literatuur. De verkregen referenties zijn eerst op titel/abstract beoordeeld of ze mogelijk relevante informatie bevatten door één beoordelaar (gaat over een van de geselecteerde landen, gaat over kenmerken van de V&V beroepsgroep (definitie, aantal, functie, opleiding, voorbehouden handeling) en is een onderzoeksartikel of een rapport van overheid of een V&V beroepsorganisatie). De eerste tien procent van de initiële hits werd door twee onderzoekers beoordeeld en de verschillen werden besproken. Mogelijke relevante referenties werden vervolgens nogmaals beoordeeld op basis van de volledige tekst.

Voor het zoeken op websites is begonnen met de pagina's van de bij ons bekende relevante verpleegkundige organisaties en overheidspagina's in de betreffende landen en daarna verder gezocht via de website-links en via de referenties in de verkregen documenten van de eerdere zoekacties. Een dergelijke manier van zoeken levert continu extra informatie op, waardoor de onderzoeksvraag steeds vollediger beantwoord kan worden. Nadeel is dat een dergelijke manier van zoeken niet herhaalbaar is en in grote mate steunt op de serendipiteit van de onderzoeker. Deze zoektocht kon zowel websites, nota's en rapporten, wetteksten als data-files opleveren waarin relevante informatie zat. Er is bij deze zoektocht geen strikte datumbepanking gehanteerd.

Voor beantwoording van vraag 5, is gekeken naar de documenten uit de net beschreven zoekacties en is aanvullend in Pubmed gezocht met 'nursing staff mix' en verder via 'related citations'.

Alle verkregen documenten zijn vervolgens tekstueel gescreend op informatie die antwoorden bevatte op de door ons gestelde vragen.

De zoekacties in de literatuurdatabase leverden 5522 referenties op waarvan 157 documenten werden geïnccludeerd; de websites searches resulteerden in 491 relevante documenten en de begeleidingscommissie leverde 22 documenten aan; een totaal van 670, waaruit uiteindelijk is geput voor de data-synthese. De omvang van de documenten kon variëren van een simpele '1 pagina webpage' tot lijvige boekwerken van vele honderden pagina's of zeer uitgebreide Excel-databestanden.

Door het grote aantal documenten is het onmogelijk alle in detail te bespreken. Mogelijk komen hierdoor finesses niet aan bod.

## **1.4 Leeswijzer**

Dit rapport is in eerste instantie bedoeld voor de leden van het projectteam en de stuurgroep van het V&VN project 'Verpleegkundigen & verzorgenden 2020'. Dit rapport is onderdeel van de vele andere activiteiten die in het kader van dat project worden uitgevoerd en kan het best in samenhang met die andere onderdelen worden gelezen.

Dit rapport bestaat uit tien hoofdstukken. Elk hoofdstuk, waar van toepassing, behandelt de resultaten per geselecteerd land in de volgorde België, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten van Amerika en Canada. Elk hoofdstuk eindigt met een reflectie op de bevindingen.

Na een inleidend hoofdstuk komen in hoofdstuk 2 definities van verplegen aan de orde, zoals die in de verschillende landen worden gehanteerd. Hoofdstuk 3 behandelt de V&V beroepen en functies in de landen. Hierbij is gekozen voor een driedeling in 'basisverpleegkundigen', 'meer gespecialiseerde

verpleegkundigen' en 'verpleegondersteunende beroepen'. Er wordt aandacht besteed aan de naamgevingen, opleidingen en competenties.

In hoofdstuk 4 worden gegevens gepresenteerd over het aantal verpleegkundigen en artsen.

Voorbehouden handelingen komen aan de orde in hoofdstuk 5. Hierbij is een onderscheid gemaakt naar medische handelingen die aan verpleegkundigen worden gedelegeerd en naar verpleegkundige handelingen die aan niet-verpleegkundigen worden gedelegeerd. Hoofdstuk 6 beschrijft per land een aantal beroeps- en belangenorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden.

Tendensen en ontwikkelingen voor de toekomst in de verschillende landen worden behandeld in hoofdstuk 7.

Hoofdstuk 8 bespreekt een aantal eerder uitgevoerde internationale vergelijkingen op het terrein van de verpleging.

Hoofdstuk 9 behandelt de bevindingen van (literatuur)onderzoeken naar het effect van de verpleegkundige / verzorgende staffmix.

Tot slot volgen in hoofdstuk 10 de discussie en conclusies van dit rapport, waarbij de reflecties van elk hoofdstuk terugkomen.

Op verschillende plaatsen in het rapport is ervoor gekozen om fragmenten in de oorspronkelijke taal van de documenten weer te geven, om zo geen details of finesses te verliezen. Elders in het rapport komen ook Engelstalige termen (bv. nursing workforce of staff mix) voor, waar ons inziens geen adequaat Nederlands equivalent voor handen is.

## 1.5 Referenties

1. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: *Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg*. Den Haag: De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ; 2011.
2. Ottes L, Grootjans van Kampen I: *Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2011.
3. Butterman O, van der Waal M: *Functies, beroepen en opleidingen in de publieke gezondheidszorg. Een kwalitatief overzicht van de stand van zaken en een blik op de toekomst*. =College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg; 2010.
4. VBOC, AVVV: *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. 2006.
5. V&VN: *Samenvatting project Nut en noodzaak en voorlopig literatuuroverzicht*. Utrecht: V&VN; 2010.
6. Eggink E, Oudijk D, Woittiez I: *Zorgen voor zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2010.
7. Woittiez I, Eggink E, Jonker JJ, Sadirai K: *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2009.
8. Buscher A, Sivertsen B, White J: *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009*. Copenhagen: WHO World Health Organization; 2010.
9. NIZW, LEVV: *Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden*. Utrecht: NIZW, LEVV; 2000.
10. NIZW, LEVV: *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Utrecht: NIZW, LEVV; 1999.



## 2 Definities van verplegen

### 2.1 Gevonden definities

Hieronder staan in tabel 2.1 de definities van verplegen zoals die in documenten uit de geselecteerde landen zijn aangetroffen. Er is voor gekozen om de teksten niet te vertalen om zo geen finesses weg te halen.

**Tabel 2.1: Definities Verplegen in verschillende landen**

Land	Definitie
<b>Internationaal:</b> International Council of Nurses & World Health Organization	Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles. [1,2]
<b>België</b>	<p>De wet betreffende de verpleegkunde [3] definieert de verpleegkunde als volgt :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- enerzijds de observatie en het nauwkeurig vastleggen van de symptomen en reacties van de patiënt, zowel op fysiek als op psychisch vlak, ten einde aan zijn verschillende noden tegemoet te komen en bij te dragen tot het stellen van de diagnose door de geneesheer of het uitvoeren van de geneeskundige behandeling met het oog op de zorg die zijn toestand vereist, en anderzijds, het onder zijn hoede nemen van een gezonde of zieke persoon om hem, dankzij een voortdurende bijstand, de handelingen te helpen verrichten die bijdragen tot het behoud, de verbetering of het herstel van de gezondheid of hem bij het sterven te begeleiden: dit alles om een globale verpleegkundige verzorging te verzekeren;</li> <li>- de uitvoering van technische verpleegkundige prestaties die verband houden met het stellen van de diagnose door de geneesheer of de uitvoering van een behandeling voorgeschreven door de geneesheer of het nemen van maatregelen van preventieve geneeskunde;</li> <li>- de uitvoering van geneeskundige handelingen die door een geneesheer kunnen worden toevertrouwd overeenkomstig art. 5, § 1, 2de en 3de lid.[4]</li> </ul> <p>Onder uitoefening van de verpleegkunde wordt verstaan het vervullen van de volgende activiteiten :</p> <p>a/ - het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysisch als sociaal vlak;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het omschrijven van verpleegproblemen;</li> <li>- het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling;</li> <li>- het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie;</li> <li>- het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt;</li> <li>- het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces;</li> </ul> <p>b/ de technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is, alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is. Die verstrekkingen kunnen verband houden met de diagnosesstelling door de arts, de uitvoering van een door de arts voorgeschreven behandeling of met het nemen van maatregelen inzake</p>

	<p>preventieve geneeskunde. c/ de handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd overeenkomstig artikel 5, § 1, tweede en derde lid.</p>
<b>Duitsland</b>	<p>Die Pflegefachkräfte bedienen sich der fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen, die zur Pflege von Menschen in unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen erforderlich sind. Die Tätigkeit ist dabei unter Einbeziehung geeigneter präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Für sterbende Menschen ist die bestmögliche, würdevolle Begleitung zu gewährleisten. [5]</p>
<b>Verenigd Koninkrijk</b>	<p>Nursing is the use of clinical judgement in the provision of care to enable people to improve, maintain, or recover health, to cope with health problems, and to achieve the best possible quality of life, whatever their disease or disability, until death. Its defining characteristics are:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A particular purpose: the purpose of nursing is to promote health, healing, growth and development, and to prevent disease, illness, injury, and disability. When people become ill or disabled, the purpose of nursing is, in addition, to minimise distress and suffering, and to enable people to understand and cope with their disease or disability, its treatment and its consequences. When death is inevitable, the purpose of nursing is to maintain the best possible quality of life until its end.</li> <li>2. A particular mode of intervention: nursing interventions are concerned with empowering people, and helping them to achieve, maintain or recover independence. Nursing is an intellectual, physical, emotional and moral process which includes the identification of nursing needs; therapeutic interventions and personal care; information, education, advice and advocacy; and physical, emotional and spiritual support. In addition to direct patient care, nursing practice includes management, teaching, and policy and knowledge development.</li> <li>3. A particular domain: the specific domain of nursing is people's unique responses to and experience of health, illness, frailty, disability and health-related life events in whatever environment or circumstances they find themselves. People's responses may be physiological, psychological, social, cultural or spiritual, and are often a combination of all of these. The term "people" includes individuals of all ages, families and communities, throughout the entire life span.</li> <li>4. A particular focus: the focus of nursing is the whole person and the human response rather than a particular aspect of the person or a particular pathological condition.</li> <li>5. A particular value base: nursing is based on ethical values which respect the dignity, autonomy and uniqueness of human beings, the privileged nurse-patient relationship, and the acceptance of personal accountability for decisions and actions. These values are expressed in written codes of ethics, and supported by a system of professional regulation.</li> <li>6. A commitment to partnership: nurses work in partnership with patients, their relatives and other carers, and in collaboration with others as members of a multi-disciplinary team. Where appropriate they will lead the team, prescribing, delegating and supervising the work of others; at other times they will participate under the leadership of others. At all times, however, they remain personally and professionally accountable for their own decisions and actions.[6]</li> </ol>
<b>Verenigde Staten van Amerika</b>	<p>Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations. [7]</p> <p>Definition of practice of nursing [8,9]:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. The practice of the profession of nursing as a registered professional nurse is defined as diagnosing and treating human responses to actual or potential</li> </ol>



	<p>health problems through such services as casefinding, health teaching, health counseling, and provision of care supportive to or restorative of life and well-being, and executing medical regimens prescribed by a licensed physician, dentist or other licensed health care provider legally authorized under this title and in accordance with the commissioner's regulations. A nursing regimen shall be consistent with and shall not vary any existing medical regimen.</p> <p>2. The practice of nursing as a licensed practical nurse is defined as performing tasks and responsibilities within the framework of casefinding, health teaching, health counseling, and provision of supportive and restorative care under the direction of a registered professional nurse or licensed physician, dentist or other licensed health care provider legally authorized under this title and in accordance with the commissioner's regulations.</p> <p><u>California</u> [10-12]:  The practice of nursing means those functions, including basic health care, that help people cope with difficulties in daily living that are associated with their actual or potential health or illness problems or the treatment thereof, and that require a substantial amount of scientific knowledge or technical skill, including all of the following:  (1) Direct and indirect patient care services that ensure the safety, comfort, personal hygiene, and protection of patients; and the performance of disease prevention and restorative measures.  (2) Direct and indirect patient care services, including, but not limited to, the administration of medications and therapeutic agents, necessary to implement a treatment, disease prevention, or rehabilitative regimen ordered by and within the scope of licensure of a physician, dentist, podiatrist, or clinical psychologist, as defined by Section 1316.5 of the Health and Safety Code.  (3) The performance of skin tests, immunization techniques, and the withdrawal of human blood from veins and arteries.  (4) Observation of signs and symptoms of illness, reactions to treatment, general behavior, or general physical condition, and (A) determination of whether the signs, symptoms, reactions, behavior, or general appearance exhibit abnormal characteristics, and (B) implementation, based on observed abnormalities, of appropriate reporting, or referral, or standardized procedures, or changes in treatment regimen in accordance with standardized procedures, or the initiation of emergency procedures.</p> <p><u>North Carolina</u> [13]  'Nursing' is a dynamic discipline which includes the assessing, caring, counseling, teaching, referring and implementing of prescribed treatment in the maintenance of health, prevention and management of illness, injury, disability or the achievement of a dignified death. It is ministering to, assisting, and sustained, vigilant, and continuous care of those acutely or chronically ill; supervising patients during convalescence and rehabilitation; the supportive and restorative care given to maintain the optimum health level of individuals, groups, and communities; the supervision, teaching, and evaluation of those who perform or are preparing to perform these functions; and the administration of nursing programs and nursing services.  The <b>"practice of nursing by a registered nurse"</b> consists of the following ten components:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assessing the patient's physical and mental health including the patient's reaction to illnesses and treatment regimens.</li> <li>2. Recording and reporting the results of the nursing assessment.</li> <li>3. Planning, initiating, delivering, and evaluating appropriate nursing acts.</li> <li>4. Teaching, assigning, delegating to or supervising other personnel in implementing the treatment regimen.</li> <li>5. Collaborating with other health care providers in determining the appropriate health care for a patient but, subject to the provisions of G.S. 90-18.2, not prescribing a medical treatment regimen or making a medical diagnosis, except under supervision of a licensed physician.</li> <li>6. Implementing the treatment and pharmaceutical regimen prescribed by any person authorized by State law to prescribe the regimen.</li> <li>7. Providing teaching and counseling about the patient's health.</li> <li>8. Reporting and recording the plan for care, nursing care given, and the patient's</li> </ol>
--	--

	<p>response to that care.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Supervising, teaching, and evaluating those who perform or are preparing to perform nursing functions and administering nursing programs and nursing services.</li> <li>10. Providing for the maintenance of safe and effective nursing care, whether rendered directly or indirectly.</li> </ol> <p>The “<b>practice of nursing by a licensed practical nurse</b>” consists of the following seven components:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participating in the assessment of the patient's physical and mental health, including the patient's reaction to illnesses and treatment regimens.</li> <li>2. Recording and reporting the results of the nursing assessment.</li> <li>3. Participating in implementing the health care plan developed by the registered nurse and/or prescribed by any person authorized by State law to prescribe such a plan, by performing tasks assigned or delegated by and performed under the supervision or under orders or directions of a registered nurse, physician licensed to practice medicine, dentist, or other person authorized by State law to provide the supervision.</li> <li>4. Assigning or delegating nursing interventions to other qualified personnel under the supervision of the registered nurse.</li> <li>5. Participating in the teaching and counseling of patients as assigned by a registered nurse, physician, or other qualified professional licensed to practice in North Carolina.</li> <li>6. Reporting and recording the nursing care rendered and the patient's response to that care.</li> <li>7. Maintaining safe and effective nursing care, whether rendered directly or indirectly.</li> </ol>
<p><b>Canada</b></p>	<p>Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles (met verwijzing naar ICN 2001). [14]</p> <p>Registered nurses are self-regulated health-care professionals who work autonomously and in collaboration with others. RNs enable individuals, families, groups, communities and populations to achieve their optimal level of health. RNs coordinate health care, deliver direct services and support clients in their self-care decisions and actions in situations of health, illness, injury and disability in all stages of life. RNs contribute to the health-care system through their work in direct practice, education, administration, research and policy in a wide array of settings. [14]</p> <p><u>Alberta</u></p> <p>In their practice, registered nurses do one or more of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) based on an ethic of caring and the goals and circumstances of those receiving nursing services, registered nurses apply nursing knowledge, skill and judgment to             <ol style="list-style-type: none"> <li>(i) assist individuals, families, groups and communities to achieve their optimal physical, emotional, mental and spiritual health and well-being,</li> <li>(ii) assess, diagnose and provide treatment and interventions and make referrals,</li> <li>(iii) prevent or treat injury and illness,</li> <li>(iv) teach, counsel and advocate to enhance health and well-being,</li> <li>(v) co-ordinate, supervise, monitor and evaluate the provision of health services,</li> <li>(vi) teach nursing theory and practice,</li> <li>(vii) manage, administer and allocate resources related to health services, and</li> <li>(viii) engage in research related to health and the practice of nursing, and</li> </ol> </li> <li>(b) provide restricted activities authorized by the regulations. [15]</li> </ol> <p><u>Québec</u></p> <p>L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et</p>

	<p>les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.</p> <p>Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;</li> <li>2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;</li> <li>3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;</li> <li>4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);</li> <li>5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;</li> <li>6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;</li> <li>7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;</li> <li>8° appliquer des techniques invasives;</li> <li>9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;</li> <li>10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;</li> <li>11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;</li> <li>12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;</li> <li>13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;</li> <li>14° décider de l'utilisation des mesures de contention. [16]</li> </ol> <p>Nursing is a dynamic process intended to maintain, restore or improve the health, well-being and quality of life of a person (family, group or community), prevent illness, accidents, social problems and suicide and promote rehabilitation. This process encompasses the assessment and monitoring of the person's physical and mental state of health, the determination of the therapeutic nursing plan and the nursing care and treatment plan, activities related to nursing and medical care and treatment, and to information, professional advice, teaching, referral and client support. These activities are carried out within a partnership with the client and with due respect for the client's capacities.</p> <p>Nursing practice aims to enable people (person, family, group or community) to take charge of their health, according to their capacities and to the resources available in their environment, regardless of their stage of life and regardless of the phase of their illness. Nursing practice also has the purpose of enabling persons to ensure their own well-being and to maintain a good quality of life. [17]</p>
--	---

## 2.2 Reflectie definities verplegen

Het valt op dat er overeenkomsten zijn in de definities en omschrijvingen van verpleegkunde en verpleegkundigen. Bijvoorbeeld verplegen houdt zowel bevordering van gezondheid, preventie van ziekte als behandeling/verzorging van ziektegerelateerde gevolgen/problemen in.

Maar er zijn ook verschillen te zien, alleen al voor wat betreft de hoeveelheid woorden die er gebruikt worden of de gedetailleerdheid van een definitie (bv. huidtesten). Ook lopen definities van verplegen en functieomschrijvingen van verpleegkundigen in elkaar over.

Hiernaast is het opvallend dat de 'autonomie' van de verpleegkundige wel voorkomt in de definitie van de ICN en Canada, terwijl de definitie van België veel klemtoon legt op

ondersteuning van het medisch handelen; ook in een USA-definitie komt het uitvoeren van 'prescribed' treatment voor.

Een ander opvallend verschil is de tweedeling die sommige landen maken tussen het werk van een 'registered nurse' (RN) en dat van een 'licensed practical nurse' (LPN): die RN kan meer en mag meer (bv. diagnosticeren/vaststellen van problemen).

In sommige landen staat de 'community' wel als doelgroep, in andere weer niet.

Behalve verschillen tussen landen, blijkt ook dat er binnen landen verschillende omschrijvingen worden gehanteerd.

Hierin ligt mogelijk al de basis voor de verschillen die later in het rapport aan de orde komen aangaande de soorten verpleegkundigen, de soorten opleidingen en de benodigde competenties om de verpleegkunde te kunnen uitoefenen.

Opvallend is ook dat de definities gaan over nursing en niet over caring, wat er op wijst dat het onderscheid tussen verpleging en verzorging in de geselecteerde landen minder wordt gemaakt dan in Nederland. Een definitie van verzorgen zoals we die tegenkomen in Nederland (*Verzorgen is het ondersteunen en stimuleren van de zorgvrager in zijn leefomgeving, wanneer deze niet voldoende in staat is zichzelf volledig te verzorgen. Het doel van verzorgen is de zorgvrager zo veel mogelijk te ondersteunen in zijn algemene dagelijkse levensbehoefte waar hij dit zelf niet meer kan en daarnaast het verbeteren of in stand houden van de kwaliteit van leven van de zorgvrager* (<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/verpleging-en-verzorging/wat-is-verpleging-en-verzorging/>)) valt in de buitenlandse definities onder verpleegkunde.

## 2.3 Referenties

1. ICN International Council of Nurses: *Definition of Nursing*. 2010.
2. WHO: *Nursing definition*. 2011.
3. Belgische regering: *Koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen*. Brussel: Belgische regering; 2001.
4. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu: *Actieplan voor de verpleegkunde van de Nationale Raad voor Verpleegkunde*. Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu; 1998.
5. Die Senatskanzlei: *Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Pflegefachkräfte-Berufsordnung)*, HmbGVBl. Nr. 43 edn. 2009.
6. RCN Royal College of Nursing: *Defining Nursing*. RCN Royal College of Nursing; 2003.
7. American Nurses Association: *Nursing: Scope and Standards of Practice*, 2nd edn. Silver Spring: American Nurses Association; 2010.
8. New York State Education Department, Office of the Professions: *Education Law. Article 139, Nursing*. New York State Education Department, Office of the Professions; 2010.
9. Djukic M, Kovner CT: **Overlap of registered nurse and physician practice: implications for U.S. health care reform**. *Policy Polit Nurs Pract* 2010, **11**: 13-22.
10. Board of Registered Nursing: *Business and Professions Code. Chapter 6: Nursing*. 2011.
11. Board of Registered Nursing: *California Nursing Practice Act 11/2010*. 2011.
12. Board of Registered Nursing: *An explanation of the scope of RN practice including Standardized Procedures*. 2011.
13. NC Board of Nursing: *State of North Carolina: Nursing Practice Act*. 2009.
14. Canadian Nurses Association: *Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada*. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2007.
15. Government of Alberta: *Health Professions Act. Revised Statutes of Alberta 2000 Chapter H-7; Current as of July 1, 2011*. Edmonton: Alberta Queen's Printer; 2011.
16. Ministère de la Justice: *Loi sur les Infirmières et les infirmiers*. Ministère de la Justice; 2011.
17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Outlook on the practice of Nursing*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2010.

### **3 Beroepen en professionals in de verpleging/verzorging**

Dit hoofdstuk gaat over de verschillende soorten zorgverleners op het verpleegkundige en verzorgende gebied. Het is ingedeeld per land (provincie/staat) en bij elk land is vervolgens een onderscheid gemaakt in zogenaamde ‘basis’-verpleegkundigen, ‘meer gespecialiseerde’ verpleegkundigen en ‘verpleegondersteunende beroepen’. Bij elke categorie komen soorten, titels en rollen aan de orde, evenals de opleidingswegen. Vervolgens worden voor elk land verhoudingen tussen diverse soorten zorgverleners grafisch weergegeven. Aan het eind volgt een kopje ‘opmerkingen’, waarin bijvoorbeeld trends worden weergegeven.

Een overzicht van de tegengekomen naamgevingen staat in Bijlage 1.

#### **3.1 België**

##### **3.1.1 Basisverpleegkundigen in België**

In België mag de verpleegkunde enkel uitgeoefend worden door dragers van hetzij de beroepstitel van *verpleegkundige*, hetzij de beroepstitel van *gegradueerde verpleegkundige*. De beroepstitel van *gegradueerde verpleegkundige* wordt uitsluitend toegekend aan een persoon met een diploma van hoger onderwijs in de verpleegkunde. De beroepstitel van *verpleegkundige* wordt enkel toegekend aan personen met een brevet of diploma van de 4de graad van het secundair onderwijs in de verpleegkunde of met een brevet van aanvullend secundair beroepsonderwijs, afdeling verpleegkunde [1]. Bedoelde diploma's of brevetten worden uitgereikt na een opleiding in het kader van het onderwijs met volledig leerplan van minstens drie studiejaren of van het equivalent ervan in het onderwijs van sociale promotie (lees avondonderwijs), georganiseerd in een door de overheid erkende onderwijsinstelling.

Vrij vertaald, betekent dit dat zowel een opleiding op middelbaar beroepsniveau als een opleiding op hoger beroepsniveau leidt tot de beroepskwalificatie van verpleegkundige [2,3]. In de literatuur duiken nog vaak de kwalificaties A1 en A2 op om respectievelijk de HBO en MBO opleidingen aan te duiden, hoewel deze termen officieel niet meer geldig zijn [4].

Hiernaast geeft het Koninklijk Besluit [1] ook aan dat de verpleegkunde uitgeoefend mag worden door de personen met een ‘geviseerd brevet’ of titel van verpleegassistent(e) of van ziekenhuisassistent(e). Deze beroepen en de opleidingen daartoe zijn aan het verdwijnen [3].

En recentelijk is, na hervorming van de MBO-opleiding in Vlaanderen, de naam ‘gegradueerd verpleegkundige HBO5’ ingesteld door de Vlaamse regering (ter vervanging van de vroegere namen van A2 of gebrevetteerd verpleegkundige) om de

verpleegkundige aan te duiden die een 3-jarige opleiding heeft gevolgd, verzorgd door MBO-scholen; deze nieuwe titel onderscheidt zich van de bachelors opleiding verpleegkunde die aan hogescholen wordt gevolgd [5]<sup>1</sup>.

De competenties voor een verpleegkundige op HBO-niveau zijn onder andere beschreven door de KU-Leuven [6]. Hierbij onderscheidt men zes gebieden, met in totaal 21 categorieën, met elk een aantal kenmerken in een driedeling (verkennen, verdiepen, integreren). Een voorbeeld staat in kader hieronder.

1. *De verpleegkundige als persoon handelt naar beroepsspecifieke situaties*
  - 1.1. *Empathie, verantwoordelijkheidszin, kritische ingesteldheid, aanpassingsvermogen en stressbestendigheid aanwenden in de verpleegkundige context*
    - 1.1.1. *Empathie*
      - 1.1.1.1. *(Verkennen): benoemt de behoeften en de gevoelens van de cliënt*
      - 1.1.1.2. *(Verdiepen): spiegelt de behoeften en de gevoelens van de cliënt*
      - 1.1.1.3. *(Integreren): houdt in het handelen rekening met de behoeften, gevoelens en omstandigheden waarin de cliënt verkeert*

Zorgnet Vlaanderen [7] beschrijft ook verpleegkundige competenties, maar zonder deze te koppelen aan een opleidingsniveau. In die competenties worden zes gebieden onderscheiden met in totaal 29 subcategorieën.

### **3.1.2 Meer gespecialiseerde verpleegkundigen in België**

De houders van het diploma of de titel van gegradueerde verpleger of van bachelor in de verpleegkunde kunnen elf wettelijk vastgestelde *bijzondere beroepstitels* [8] verkrijgen, namelijk:

1. verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en in de neonatologie;
2. verpleegkundige gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie;
3. verpleegkundige gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg;
4. verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie;
5. verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg;
6. verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie;
7. verpleegkundige gespecialiseerd in de medische beeldvorming;
8. verpleegkundige gespecialiseerd in de stomatherapie en in de wondverzorging;
9. verpleegkundige gespecialiseerd als operatie-assistent en als instrumentist;
10. verpleegkundige gespecialiseerd als perfusionist;
11. verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie.

---

<sup>1</sup> *saillant detail is dat de nieuwe officiële Vlaamse naam in strijd is met de federale Belgische wetgeving, waardoor deze titel niet erkend wordt en de nieuw opgeleide verpleegkundigen onder deze naam niet wettelijk erkend en geregistreerd kunnen worden.*

Naast de bijzondere beroepstitels is het voor houders van het diploma of de titel van gegradueerde verpleger, voor de bachelors in de verpleegkunde, voor de houders van het diploma van verpleegkunde en voor de houders van het brevet of de titel van verpleger, ook mogelijk een van onderstaande zes wettelijk vastgelegde *bijzondere beroepsbekwaamheden* [8] te verwerven:

1. verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie;
2. verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie;
3. verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de wondverzorging;
4. verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de palliatieve zorg;
5. verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de diabetologie;
6. verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de evaluatie en behandeling van de pijn.

Dit betekent dat bijzondere beroepsbekwaamheden verkregen kunnen worden door zowel MBO als HBO-opgeleide verpleegkundigen, maar dat de bijzondere beroepstitels voorbehouden zijn aan de HBO-opgeleide mensen [2].

Deze bijzondere beroepstitels en beroepsbekwaamheden worden verstrekt door de Erkenningscommissie van de Federale Raad voor de Verpleegkunde na controle of aan de gestelde eisen is voldaan. De bijzondere beroepstitels of beroepsbekwaamheden kunnen worden verkregen door het met succes volgen van een gespecialiseerde opleiding, waarvan de omvang en inhoud per specialisme wettelijk is vastgelegd (bv.[9-14]). Voor het bekomen van een bijzondere beroepstitel volgt men een zogenaamde ‘bachelor na bachelor’ opleiding van 1 jaar [2].

Verpleegkundigen met een bachelors-opleiding kunnen doorstromen naar de universiteit om een universitaire Master in Nursing (Sciences) te behalen [3].

Qua functienaamgevingen circuleren de termen van referentieverpleegkundige, verpleegkundig consulent, en verpleegkundig specialist [2,4,15-17]. Zorgnet Vlaanderen [7] geeft aan hoe deze drie van elkaar verschillen (zie tabel 3.1).

**Tabel 3.1 Onderscheid referentieverpleegkundige/ verpleegkundig consulent en verpleegkundig specialist**

Referentieverpleegkundige	Verpleegkundig consulent	Verpleegkundig specialist
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Werkt als verpleegkundige en werkt voor de referentieopdracht als professionele verpleegkundige.</li> <li>– Heeft een specifieke vakbekwaamheid verworven op een bepaald verpleegkundig gerelateerd domein en is referentiepunt voor de collega's en andere disciplines.</li> <li>– Volgt gespecialiseerde vorming en permanente vorming in het referentiedomein.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Is betrokken bij de patiëntenzorg, organisatiebreed of -overschrijdend.</li> <li>– Is een professionele verpleegkundige.</li> <li>– Heeft expertise in een specifiek klinisch domein.</li> <li>– Bachelorniveau met gespecialiseerde opleiding en permanente vorming in het domein, literaturopvolging, kennisnetwerken.</li> <li>– Focus is patiënt-georiënteerd of collega-georiënteerd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Specialisatie is gericht op een bepaalde doelgroep, een bepaalde therapievorm of een verpleegkundig deeldomein.</li> <li>– Werkt organisatiebreed of organisatieoverschrijdend in patiëntenzorg aan voortdurende verbetering, professionalisering en ontwikkeling van de verpleegkunde.</li> <li>– Master in de verpleegkunde met bijkomende specialisatieopleiding.</li> <li>– Actualiseert permanent zijn kennis en kunde.</li> </ul>

Referentieverpleegkundige	Verpleegkundig consulent	Verpleegkundig specialist
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Combinatie met een opdracht als verpleegkundige is mogelijk, maar met voldoende vrijstelling voor de opdracht als verpleegkundig consulent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behoudt link met basisverpleegkunde.</li> </ul>
<p>Onderstaande opdrachten hebben betrekking op het referentiedomein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collega's aanmoedigen tot meer patiëntgerichte en kwaliteitsvolle observaties.</li> <li>- Concrete implementatie van protocollen, standaarden, klinische paden.</li> <li>- Instructies en opleiding van collega's.</li> <li>- Spilfiguur in de communicatie.</li> <li>- Advies en bijstand aan patiënt en familie.</li> <li>- Fungeert als brug tussen de eigen afdeling en het overkoepelende zorgbeleid.</li> <li>- Assisteren bij specifieke technische, diagnostische of therapeutische interventies.</li> </ul>	<p>Onderstaande opdrachten hebben betrekking op het expertisedomein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coördineert werking.</li> <li>- Staat in voor vorming.</li> <li>- Geeft advies bij materiaal en apparatuurkeuze.</li> <li>- Volgt voor dit domein de ontwikkelingen.</li> <li>- Kan meewerken aan wetenschappelijk onderzoek.</li> <li>- Ontvangt zorgvragers en verstrekt zorg die tot het verpleegkundige domein behoort (advies, psycho-educatie...).</li> <li>- Geeft advies over de individuele patiëntenzorg aan individuele zorgverleners.</li> </ul>	<p>Onderstaande opdrachten hebben betrekking op het specialisatiedomein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Werkt resultaatgerichte verbeterprojecten uit zoals richtlijnen, protocollen, evidence-based guidelines, klinische zorgpaden.</li> <li>- Kent de evoluties in de geneeskunde en de verpleegkunde en maakt proactief een vertaling naar de verpleegkundige praktijk.</li> <li>- Geeft training en vorming.</li> <li>- Werkt multidisciplinair samen.</li> <li>- Doet aan ontwikkeling en onderzoek op een zelfstandige manier.</li> <li>- Zet kwaliteitsprojecten op.</li> <li>- Bereidt programma's voor patiënteneducatie voor en implementeert die.</li> <li>- Creëert continuïteit in het zorgtraject van patiënten door transmurale samenwerkingsverbanden te ontwikkelen en hierdoor de intramurale zorg te overstijgen.</li> <li>- Ondersteunt de ethische besluitvorming over de opdracht.</li> </ul>

### 3.1.3 Verpleegondersteunende beroepen in België

In België bestaat sinds 2006 het beroep van 'zorgkundige'. Onder zorgkundige wordt verstaan de persoon die specifiek is opgeleid om de verpleegkundige onder zijn/haar toezicht<sup>2</sup> bij te staan bij de zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding en logistiek in het kader van de door de verpleegkundige gecoördineerde activiteiten binnen een gestructureerde equipe<sup>3</sup> [1].

<sup>2</sup> Met toezicht wordt bedoeld dat de verpleegkundige erop toeziet dat de zorgverstrekking, de gezondheidsopvoeding en de logistieke activiteiten die zij aan de zorgkundige van de gestructureerde equipe heeft toevertrouwd, correct worden uitgevoerd. [18,19]

<sup>3</sup> De 'gestructureerde equipe' is een team dat aan volgende eisen voldoet [18,19]:

- Ze moet zodanig zijn opgesteld dat de verpleegkundigen toezicht kunnen uitoefenen op de activiteiten van de zorgkundigen.
- Ze moet de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekeren.
- Ze organiseert het gezamenlijk patiëntenoverleg waarbij het zorgplan geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd wordt.
- Ze voert een samenwerkingsprocedure in tussen verpleegkundigen en zorgkundigen. De zorgkundigen rapporteren nog dezelfde dag aan de verpleegkundige die toezicht houdt op hun activiteiten.
- Ze krijgt permanente opleiding.



De registratie als zorgkundige kan bekomen worden door:

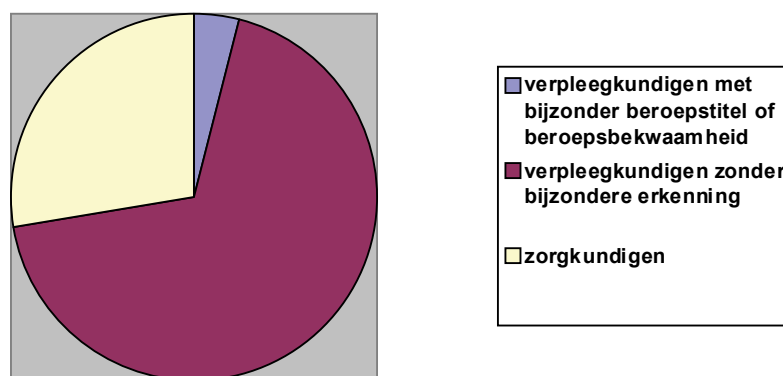
- een bewijs van slagen in het eerste jaar verpleegkunde (bachelor, gegradueerd of gebrevetteerd) of;
- een bewijs van slagen in de opleiding tot zorgkundige, wat een opleiding is die één studiejaar omvat of;
- een getuigschrift van sociale promotie of van beroepsopleiding dat een opleiding bekroont die, aanvullend op de elders verworven bekwamingen, door de bevoegde instanties gelijkgesteld is aan de opleiding van zorgkundige van één studiejaar [18]

Zorgkundigen mogen hun activiteiten enkel verrichten wanneer ze zijn toevertrouwd door een verpleegkundige. Verpleegkundigen kunnen die delegatie op elk moment beëindigen. De activiteiten die zorgkundigen onder toezicht van een verpleegkundige mogen uitvoeren zijn wettelijk vastgelegd [19] (zie verder in Hoofdstuk 5). Een alternatieve naam voor zorgkundige is ‘Polyvalent verzorgende/thuis- en bejaardenzorg’ [5,20].

Verder circuleren voor verpleegondersteunende rollen nog termen als hulpverpleegkundige, niet-gekwalificeerde assistent, bejaardenhelper, familiale helper, organisatieassistent, organisatiehulp, logistiek assistent, praktijkassistent en verzorgende [2,4,5,15-17,21]. Het is niet altijd duidelijk in hoeverre deze van elkaar of van de zorgkundige verschillen en of ze gezien moeten worden als aparte beroepen of functies.

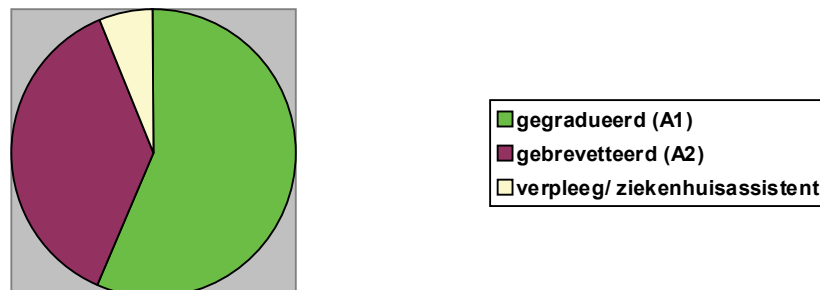
### 3.1.4 *Verhoudingen tussen soorten beroepsbeoefenaren V&V in België*

Uit Figuur 1 blijkt dat er ongeveer één zorgkundige is per drie verpleegkundigen en dat er nog maar weinig verpleegkundigen zijn met een bijzondere beroepstitel of beroepsbekwaamheid.



**Figuur 1** Verhouding verpleegkundigen-zorgkundigen 2009 [22-24]

Figuur 2 laat zien dat iets meer dan de helft van de nursing workforce in België bestaat uit mensen met een HBO-opleiding.



**Figuur 2 Verpleegkundige Workforce België 2009 naar hoogst behaalde verpleegkundig diploma [25]**

### 3.1.5 *Opmerkingen*

De verschillende opleidingstrajecten kunnen in België gekoppeld worden aan kwalificatieniveaus, zoals geformuleerd in de Vlaamse Kwalificatiestructuur [26]. Deze onderscheidt 8 niveaus, waarbij 8 staat voor een opleidingsniveau op doctors-niveau, 7 voor master-niveau, 6 voor bachelors-niveau en dan verder afdalend naar niveau 1 wat staat voor lager onderwijs. Deze 8 niveaus zijn gebaseerd op de Europese kwalificatiestructuur [27], die per niveau aangeeft welke kennis, welke vaardigheden en welke competenties er bij horen. De verpleegkunde strekt zich uit van niveau 5 tot 7 [28].

In België is er door de overheid een plan opgesteld om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken [29-31] (zie ook hoofdstuk 8). Componenten zijn onder meer het verminderen van de werklast, financiële premies gekoppeld aan het behalen van bijzondere beroepstitels of beroepsbekwaamheden, het herzien van de competenties vereist om de titel van verpleegkundige te voeren en duidelijker onderscheid tussen verpleegkundige opgeleid op MBO- en HBO/bachelor-niveau. Van diverse kanten gaan stemmen op om de opleiding tot verpleegkundige nog uitsluitend op bachelor-niveau aan te bieden en om ook een universitaire opleiding tot verpleegkundige te beginnen [15,28,32,33].

## 3.2 Duitsland

### 3.2.1 Basisverpleegkundigen in Duitsland

Duitsland kent verschillende mogelijkheden om het basisdiploma verpleegkunde te behalen [34-36]:

- Leerlingen kunnen een driejarige opleiding aan een beroepsschool volgen (verpleegkundeschool), die vaak verbonden is aan een zorginstelling. Als toelatingseis moet tien jaar algemeen onderwijs gevolgd zijn. Men verlaat de school met een basisdiploma verpleegkunde. Reguliere verpleegkunde-opleidingen omvatten drie differentiaties, die gelijk bij aanvang worden gekozen: pediatrie (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger-in), geriatrie (Altenpfleger-in) en algemene verpleegkunde (Gesundheits- und Krankenpfleger-in). De educatieve curricula van de driejarige basisopleiding hebben over het algemeen de volgende kenmerken [37]: competentiegericht, focus op respectievelijk competenties om in ziekenhuis te werken, competenties om te werken in wijksettings, competenties om te werken in institutionele langdurige zorgsettings en focus op onderzoek/evidence-based werken.
- Sinds 2004 biedt een aantal universiteiten een Bachelor-opleiding in de verpleegkunde aan. Voor verpleegkundigen die reeds via het beroepsonderwijs een diploma verpleegkunde behaald hebben en minimaal één jaar werkervaring hebben bieden universiteiten speciale programma's aan waarmee alsnog een Bachelor degree behaald kan worden. In 2009 had circa 1% van de verpleegkundigen in Duitsland een bachelor-opleiding [37].

De niet-universitaire basisopleiding verpleegkunde is meestal kostenvrij, behalve op private scholen. Leerlingen van sterk praktijkgerichte opleidingen (zoals de verpleegkunde) ontvangen meestal een maandelijks inkomen [38].

De Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) [39] geeft aan dat Duitsland de volgende *structures* van opleidingen tot verpleegkundige kent :

- *Geïntegreerde programma's*: de beroepsopleiding tot verpleegkundige is hierbij volledig in het hoger onderwijs geïntegreerd. De hogeschool waaraan de opleiding wordt gegeven past zowel de wettelijke eisen die aan een universitaire studie worden gesteld toe, maar ook de wettelijke eisen voor beroepsonderwijs. De praktische training vindt plaats in samenwerking met gezondheidszorginstellingen.
- *Getande programma's*: het beroepsopleidingssysteem en het academische systeem zijn bij dit soort getande programma's *naast elkaar* georganiseerd (en vormen dus niet zoals bij de geïntegreerde programma's een geheel). Dit betekent dat leerlingen tijdens de beroepsopleiding tot verpleegkundige ook aanvullende studieonderdelen uit de Bacheloropleiding tot verpleegkundige volgen. Na afronding van de beroepsopleiding wordt de opleiding voortgezet tot afsluiting van de academische Bachelor.

- *Studieprogramma's zonder verpleegkundige beroepstoelating:* Afgestudeerden aan deze programma's verwerven hun professionele licentie op een later moment wanneer zij delen van de verpleegkunde opleiding aan traditionele gezondheidszorgscholen voltooien.

De basisopleiding verpleegkunde is op federaal niveau geregeld, nascholing en vervolgoopleidingen worden aan de afzonderlijke deelstaten overgelaten [40]. Ook het aantal opleidingsplaatsen wordt door federale deelstaten bepaald [41]. In 2003 was 23% van de opleidingsplaatsen in Nordrhein Westfalen onbezet [40].

### **3.2.2 Meer gespecialiseerde verpleegkundigen in Duitsland**

Duitsland zet ook in op gespecialiseerde verpleegkundige functies en opleidingen.

Na afronding van de basisopleiding kunnen vervolgoopleidingen gevolgd worden bijvoorbeeld in de intensieve zorg, psychiatrische zorg, operatieassistent, oncologie, wijkverpleging, infectieziekten of familiegezondheidszorg.

In 2007 studeerden bijvoorbeeld de eerste *Familiengesundheitspflegerinnen* in Duitsland af. De opleiding tot *Familiengesundheitspfleger-in* is een vervolgoopleiding en is toegankelijk voor degenen die al een beroepskwalificatie als verpleegkundige (in één van de drie domeinen) of als verloskundige hebben en minimaal twee jaar werkervaring hebben. Deze opleiding duurt twee jaar. Een groot deel van de afgestudeerden ziet in Familiengesundheitspflege een interessant carrièreperspectief [39].

Men is ook bezig met de brede invoering van de Advanced Nursing Practice rol. De bijbehorende kwalificatie kan behaald worden als specialisatie op Masterniveau. De ontwikkeling en invoering van klinisch actieve *Pflegeexperten* kan helpen de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep te verhogen. Hierbij zijn volgens de DBfK [39] drie kenmerken van belang:

- Specialisatie: Nurse practitioners specialiseren zich op de gezondheidsproblemen van specifieke patiëntgroepen/vakgebieden.
- Uitbreiding: uitbreiding van verpleegkundige competenties en aanpassing aan de behoeften van patiënten.
- Vooruitgang: deze combinatie van specialisatie en uitbreiding leidt tot een vooruitgang in de verpleegkunde, ook met het oog op de toekomst.

De competenties van een Advanced Nurse Practitioner zijn nog niet geheel uitgewerkt in Duitsland. Wel haalt de DBfK [39] een aantal competenties aan:

- kan complexe situaties inschatten en klinische beslissingen nemen,
- kan grondige, omvangrijke lichamelijke diagnostiek toepassen,
- kan een diagnose stellen en een behandelplan opstellen,
- heeft de vaardigheden om anderen te ondersteunen en te leiden (Leadership)

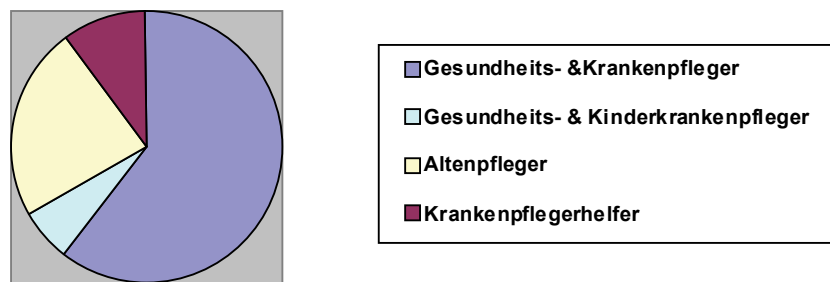
Daarnaast kunnen aan een aantal universiteiten Master/PhD titels in Pflegewissenschaft of in Pflegepädagogik behaald worden. Deze vervolgoopleidingen worden gereguleerd op federaal niveau [34,36,39].

### 3.2.3 Verpleegondersteunende beroepen in Duitsland

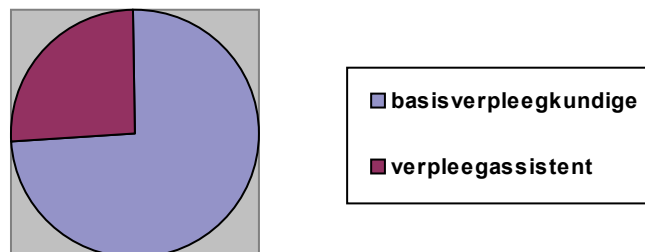
In Duitsland bestaat de opleiding tot Krankenpflegerhelfer-in / Sanitäter-in [42]. Deze duurt één jaar en wordt aangeboden aan verpleegkundescholen verbonden aan ziekenhuizen. Als toelatingseis geldt 9 jaar algemene scholing [35,36].

### 3.2.4 Verhoudingen tussen soorten beroepsbeoefenaren V&V in Duitsland

Figuur 3 en 4 tonen dat, afhankelijk van de bron, verpleegondersteunende mensen ergens tussen de 15 en 25% van de nursing workforce in Duitsland uitmaken.



**Figuur 3** Verhouding Duitsland 2010 tussen differentiaties verpleegkunde en verpleegassistenten [35]



**Figuur 4** Verhouding Duitsland 2009 tussen basisverpleegkundigen vs verpleegassistenten [42]

### **3.2.5 Opmerkingen**

In 2011 heeft het *Bundesministerium für Gesundheit* besloten de drie opleidingen tot *Gesundheits- und Krankenpfleger-in, Altenpfleger-in en Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger-in* samen te voegen. Dit moet afgestudeerden meer professionele ontwikkelingsmogelijkheden geven. Een voorzet hoe de nieuwe opleiding eruit moet zien is gegeven door het overkoepelend verbond van verpleegkundige organisaties [43]. In een recent project [44] is een koppeling gemaakt tussen taken, competenties en kwalificatieniveaus, wat kan dienen als leidraad bij het maken van modulair onderwijs.

De meerderheid van de verpleegkundigen in Duitsland is op dit moment opgeleid op Verpleegkundigen Scholen (Nursing Schools, beroepsonderwijs), maar verpleegkundig onderwijs wordt wel meer en meer aangeboden als vierjarige bacheloropleiding [34]. In 2010 waren er reeds 22 hogescholen waar een Bachelor of Nursing aangeboden werd. Tot op heden zijn er weinig hogescholen die een wetenschappelijke verpleegkunde opleiding voor de Advanced Nursing Practice rol aanbieden [39]. In 2009 was ongeveer 1% van het verpleegkundig personeel in Duitsland academisch geschoold [37].

## **3.3 Verenigd Koninkrijk (UK)**

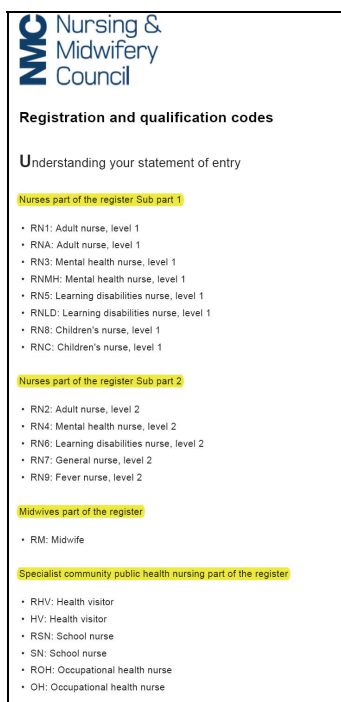
### **3.3.1 Basisverpleegkundigen in de UK**

In de UK zijn er momenteel nog twee manieren om verpleegkundige te worden, enerzijds de ‘diploma’-route en anderzijds de ‘bachelors degree’-route. De diploma-route duurt drie jaar, de bachelors degree-route drie tot vier jaar. Het eerste jaar is in beide opleidingen een gezamenlijk basisjaar, waarna de studenten gaan differentiëren in verpleegkunde voor volwassenen of voor kinderen of in de geestelijke gezondheidszorg of voor mensen met een leerprobleem [45-48].

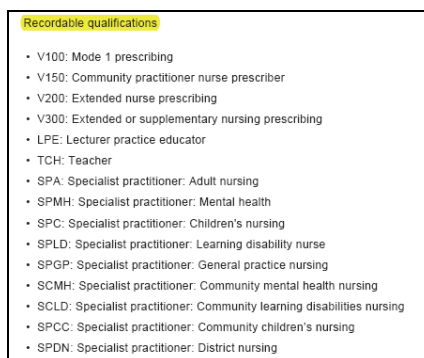
Vanaf 2013 worden in de UK nog uitsluitend verpleegkunde-opleidingen op bachelors-degree aangeboden.

De huidige ‘nursing workforce’ bestaat behalve uit mensen met een diploma of (higher) degree opleiding, ook nog voor een derde deel uit mensen die een andersoortige (oudere) beroepsopleiding genoten [49].

Om de verpleegkunde uit te mogen oefenen, moet men beschikken over een registratie bij de Nursing and Midwifery Council (NMC). Het NMC-register kent sinds 2005 een driedeling in nurses, midwives and specialist public health nursing. De nurses worden dan verder onderverdeeld in ‘part 1’ en ‘part 2’, waarin respectievelijk diverse soorten level 1 nurses en diverse soorten level 2 nurses zitten (zie kader hieronder) [50]. De level 2 nurses zijn mensen die in het verleden een bepaalde verpleegkundige opleiding hebben gehad in bepaalde delen van de UK, waarin minder opleidingsuren zaten; deze opleidingen bestaan niet meer en er worden dan ook geen nieuwe level 2 licenties uitgegeven; ze maken nu nog maar minder dan 2% van de workforce uit [51].



Behalve het registreren van verpleegkundigen in een bepaalde categorie, verleent de NMC ook kwalificaties, voor bijvoorbeeld medicatie voorschrijven, en licenties als verpleegkundig specialist (zie kader hieronder).



### 3.3.2 Meer gespecialiseerde verpleegkundigen in de UK

In de UK zijn er verschillende mogelijkheden voor academische vervolgoopleidingen op masters en doctorsniveau [52-58]. Naast de officiële 'specialist practitioners' kwalificaties die door de NMC worden verleend (zie hierboven), circuleren nog vele andere namen voor gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals modern matron, community matron, nurse consultant, (advanced) clinical nurse specialist, (advanced, senior, associate) nurse practitioner, advanced practice nurse, specialist nurse, expert nurse of extended scope practitioner [52,59-70].

Er zijn geen data beschikbaar over aantallen 'gespecialiseerde functionarissen' noch over de specifieke opleidingseisen van de vele soorten erin [71].

Ook kent de UK de opleiding tot en de functie van Physician assistant (PA) [72-75]. Een PA wordt gedefinieerd als “*a new healthcare professional who, while not a doctor, works to the medical model, with the attitudes, skills and knowledge base to deliver holistic care and treatment within the general medical and/or general practice team under defined levels of supervision*” [75] en wordt duidelijk gepositioneerd in het medische beroepsveld.

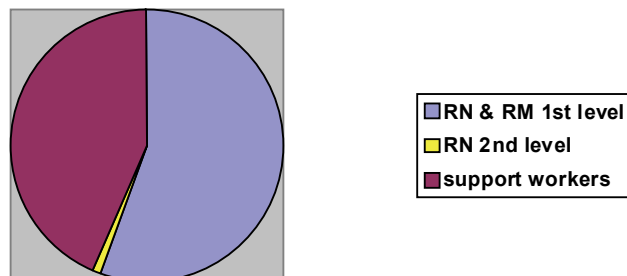
### 3.3.3 Verpleegondersteunende beroepen in de UK

In de UK zijn er ook tal van zorgverleners, die op een lager niveau zijn opgeleid en in ondersteunende functies werkzaam zijn. Namen die circuleren zijn onder andere assistant practitioners, foundation degree, healthcare assistant, auxilliary nurses, healthcare support worker, cadet nurse en healthcare assistant [59,76-87]. Deze functies bevinden zich op de niveaus 2-4 van het career framework [88,89], dit wil ongeveer zeggen lager tot middelbaar beroepsonderwijs.

Van de ondersteunende functionarissen zijn nauwelijks data te vinden over de aantallen, noch over de specifieke opleidingen en eisen ervoor [81,86,87].

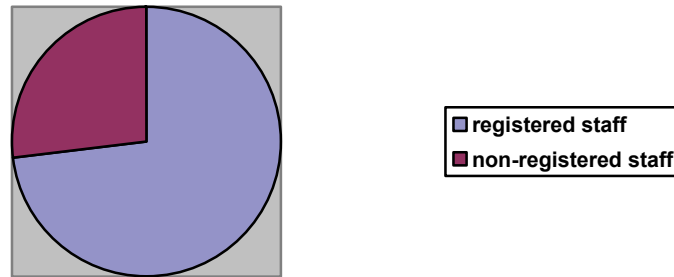
### 3.3.4 Verhoudingen tussen soorten beroepsbeoefenaren V&V in de UK

Figuren 5, 6 en 7 geven de verhoudingen weer tussen verpleegkundigen en verpleegondersteunende krachten. Afhankelijk van de bron vormen die verpleegondersteunende krachten een kwart tot bijna de helft van de workforce.

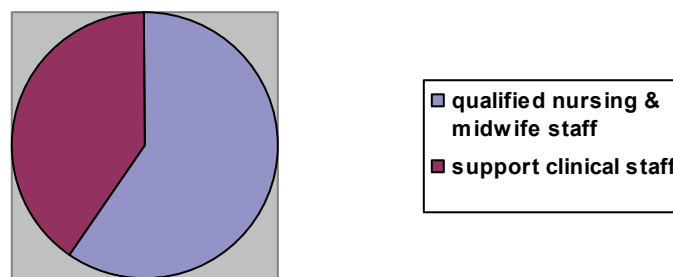


Figuur 5: Verhouding Registered (nursing & midwife) staff – support workers in NHS-England 2009 [81]



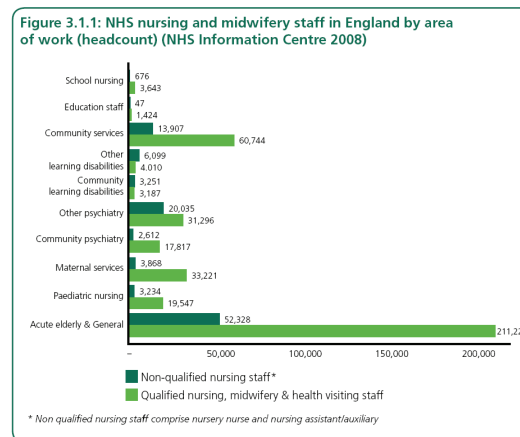


**Figuur 6: Nursing Workforce NHS Scotland 2011 by registration status [90]**



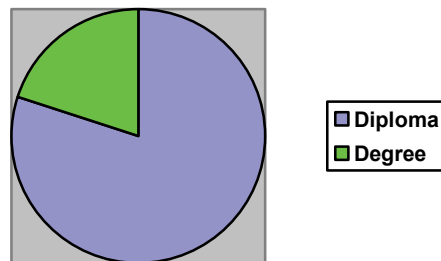
**Figuur 7: NHS England 2010 nursing and midwife workforce by qualification [51]**

Figuur 8 toont dat de meeste V&V mensen werkzaam zijn in de acute of ouderenzorg; in die sector zijn er relatief ook meer verpleegondersteunende krachten



**Figuur 8 NHS nursing and midwifery staff in England by area of work (headcount) [53]**

Figuur 9 toont dat in 2009 de (MBO) diploma-route nog veruit de meest favoriete opleidingsweg tot verpleegkundige was in de UK.



**Figuur 9 Percentage of nursing students per type education in 2009 UK [91]**

### 3.3.5 Opmerkingen

Vanaf 2013 worden er nog uitsluitend bachelors-degree opleidingen aangeboden [92], iets wat door vele organisaties eerder bepleit en gesteund werd [54,57,58], maar ook bekritiseerd door vakbonden omdat ze bang zijn dat de klemtoon meer op academische vaardigheden dan op basiszorg zal komen te liggen en dat daarmee de kern van het beroep tekort wordt gedaan [91,93].

Verder onderscheidt men 9 levels van level 1, support workers, tot level 9, bv. senior managers [70,89]; de RN-functies lopen van level 4 tot 9 [94]. Voor de onoverzichtelijkheid is er in Schotland een systeem met 12 levels [95]. Competenties voor de verschillende beroepsbeoefenaren zijn beschreven door o.m. het Scottish Government, NHS Education for Scotland [96] voor support workers en door de Nursing and Midwifery Council voor nurses [92]. Voorbeelden hiervan staan in Bijlage 2.

## 3.4 Verenigde Staten van Amerika (USA)

### 3.4.1 Basisverpleegkundigen in de USA

In de USA zijn er vier verschillende opleidingsroutes om 'licensed nurse' te worden. Er zijn twee categorieën van licensed nurses, namelijk 'registered nurses' (RN) en 'licensed practical (or vocational) nurses' (LPN/LVN).

Registered nurses worden opgeleid in drie soorten programma's: baccalaureate (bachelor) programma's die 4 jaar duren, de associate degree programs die 3 jaar duren, en de hospital diploma programma's die 2 tot 3 jaar duren [97-99]. Alle RN programma's zijn na minstens 12 jaar van algemene opleiding en diploma van middelbaar onderwijs (high school) of gelijkwaardig. Het eindexamen (NCLEX-RN) om een licentie als RN te bekomen is hetzelfde voor alle drie de opleidingsvormen. Het uitgeven van de licentie valt onder de verantwoordelijkheid van elke afzonderlijke staat.

Ook zijn er zogenaamde "fast track" programma's om mensen met een bachelors of andere graad op een ander gebied dan verpleegkunde, verpleegkundige te laten worden in 1 tot 2 jaar [98].

De opleidingen tot licensed practical/vocational nurse duren meestal 1 jaar en er is een apart examen om de licentie te bekomen (NCLEX-PN). Een LPN mag verpleegkundige zorg geven onder toezicht van een RN.

Het onderscheid in wat het werk van een RN en van een LPN inhoudt, wordt beschreven in de North Carolina Nursing Practice Act [100]. Het werk van een RN bestaat uit 10 componenten, dat van de LPN uit 7 (zie tabel 3.2). Bij de interpretatie van dit overzicht, moet er rekening meegehouden worden dat er grote inter-state variatie is in wat een LPN mag doen, hoe die zich verhoudt tot de RN en wat de opleidingseisen zijn [101,102].

**Tabel 3.2 Onderscheid werk RN en LPN in North Carolina [100]**

RN	LPN
a. Assessing the patient's physical and mental health including the patient's reaction to illnesses and treatment regimens.	a. Participating in the assessment of the patient's physical and mental health, including the patient's reaction to illnesses and treatment regimens.
b. Recording and reporting the results of the nursing assessment.	b. Recording and reporting the results of the nursing assessment.
c. Planning, initiating, delivering, and evaluating appropriate nursing acts.	c. Participating in implementing the health care plan developed by the registered nurse and/or prescribed by any person authorized by State law to prescribe such a plan, by performing tasks assigned or delegated by and performed under the supervision or under orders or directions of a registered nurse, physician licensed to practice medicine, dentist, or other person authorized by State law to provide the supervision.
d. Teaching, assigning, delegating to or supervising other personnel in implementing the treatment regimen.	d. Assigning or delegating nursing interventions to other qualified personnel under the supervision of the registered nurse. e. Participating in the teaching and counseling of patients as assigned by a registered nurse, physician, or other qualified professional licensed to practice in North Carolina.
e. Collaborating with other health care providers in determining the appropriate health care for a patient but, subject to the provisions of G.S. 90-18.2, not prescribing a medical treatment regimen or making a medical diagnosis, except under supervision of a licensed physician	
f. Implementing the treatment and pharmaceutical regimen prescribed by any person authorized by State law to prescribe the regimen.	
g. Providing teaching and counseling about the patient's health.	
h. Reporting and recording the plan for care, nursing care given, and the patient's response to that care.	f. Reporting and recording the nursing care rendered and the patient's response to that care.
i. Supervising, teaching, and evaluating those who perform or are preparing to perform nursing functions and administering nursing programs and nursing services.	
j. Providing for the maintenance of safe and effective nursing care, whether rendered directly or indirectly.	g. Maintaining safe and effective nursing care, whether rendered directly or indirectly.

De competenties voor de verschillende niveaus opleidingen (van practical / vocational programs tot en met PhD programs) zijn beschreven door de National League for Nursing [103], waarin vier gebieden worden onderscheiden: 'human flourishing', 'nursing judgment', 'professional identity' en 'spirit of inquiry'. Het overzicht is te vinden in Bijlage 2.

Competenties zijn ook beschreven door de American Nurses Association [104] aan de hand van 16 'standaarden', waarbij telkens onderscheid gemaakt wordt tussen basiscompetenties voor alle RNs en aanvullende competenties voor de verpleegkundigen die op gespecialiseerd niveau functioneren (en op masters of doctors niveau zijn opgeleid). Voorbeelden van aanvullende competentie voor verpleegkundigen op gespecialiseerd niveau zijn onder andere 'initiates and interprets diagnostic tests and procedures' of 'provides leadership in the coordination of interprofessional health care'.

### **3.4.2 Meer gespecialiseerde verpleegkundigen in de USA**

Naast 'gewone' RNs kent de USA ook 'Advanced Practice Registered Nurses' (APRNs). Binnen de APRNs zijn er officieel vier soorten [105]:

1. certified nurse practitioner,
2. certified registered nurse anesthetist,
3. certified nurse-midwife,
4. clinical nurse specialist.

Binnen die vier soorten kunnen dan weer diverse specialismen zijn (bv. acute care nurse practitioner, pediatric nurse practitioner; clinical nurse specialist adult health nursing, etc.). Er zijn eisen opgesteld waaraan een specialisme moet voldoen om als zodanig erkend te worden [105].

De definitie van een APRN van de APRN Consensus Work Group [106] staat in onderstaand kader.

<p>An Advanced Practice Registered Nurse (APRN) is a nurse:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- who has completed an accredited graduate-level education program preparing him/her for one of the four recognized APRN roles;</li><li>- who has passed a national certification examination that measures APRN, role and population-focused competencies and who maintains continued competence as evidenced by recertification in the role and population through the national certification program;</li><li>- who has acquired advanced clinical knowledge and skills preparing him/her to provide direct care to patients, as well as a component of indirect care; however, the defining factor for <b>all</b> APRNs is that a significant component of the education and practice focuses on direct care of individuals;</li><li>- whose practice builds on the competencies of registered nurses (RNs) by demonstrating a greater depth and breadth of knowledge, a greater synthesis of data, increased complexity of skills and interventions, and greater role autonomy;</li><li>- who is educationally prepared to assume responsibility and accountability for health promotion and/or maintenance as well as the assessment, diagnosis, and management of patient problems, which includes the use and prescription of pharmacologic and non-pharmacologic interventions;</li><li>- who has clinical experience of sufficient depth and breadth to reflect the intended license, and</li><li>- who has obtained a license to practice as an APRN in one of the four APRN roles: certified registered nurse anesthetist (CRNA), certified nurse-midwife (CNM), clinical nurse specialist (CNS), or certified nurse practitioner (CNP).</li></ul>
--

Naast de advanced practice nurses, bestaan er in de USA ook nog andere gespecialiseerde verpleegkundigen. Dit zijn bijvoorbeeld RNs die een certificaat in een bepaald veld (bijvoorbeeld home health nursing of pediatric nursing) hebben gehaald, maar (nog) niet tot de categorie van APRN horen. In een onderzoek van Wendt et al. [107] kwam naar voren dat circa 57% van de RNs minstens één specialisatiecertificaat heeft gehaald. De normen voor een certificaat worden bepaald door een specifieke accreditatieorganisatie in samenspraak met de specifieke beroepsvereniging (bv. de Pediatric Nursing Certification

Board (<http://www.pncb.org/>) die certificaten verleend voor ‘pediatric nurse’, ‘pediatric emergency nurse’, ‘primary care pediatric nurse practitioner’, ‘acute care pediatric nurse practitioner’ en ‘child & adolescent behavioral and mental health’). Het is niet duidelijk hoeveel nursing specialties er zijn in de USA, maar een recent rapport [108] meldt dat er 57 nursing specialty organisations zijn en dat het aantal nog groeit.

Om APRN te worden geldt in de meeste staten een minimale opleiding op masters niveau, maar er zijn ook staten waarin een bachelor-niveau voldoende is [109].

Naast de basisopleidingen tot RN zijn er programma’s om aanvullende kwalificaties te behalen op het master en doctors niveau. Het doctors niveau kent twee variëteiten, namelijk ‘a practice-focused’ en een ‘research-focused doctorate’.

Hiernaast zijn er ook nog Physician Assistants (PA) [108,110,111]: deze functionarissen hebben een klemtoon op medische taken en zijn vooral werkzaam in de eerste lijn.

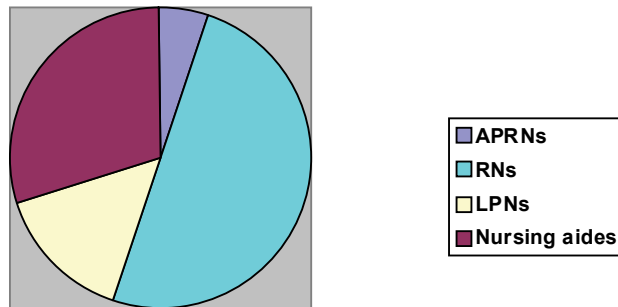
### **3.4.3 Verpleegondersteunende beroepen in de USA**

In zekere zin zouden de Licensed Practical Nurses en Licensed Vocational Nurses hier ook onder kunnen geschaard worden, omdat deze eigenlijk alleen maar verpleegkundige zorg onder toezicht van een RN mogen geven. We hebben dit echter niet gedaan omdat ze wel de titel *Licensed ...Nurse* dragen.

Verder is er nog een armada aan ondersteunende beroepen, waarvan de rollen, competenties en opleidingseisen vaak niet goed omschreven zijn en daarom ook moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn: RN first assistants, nursing aides, orderlies and (personal care) attendants [112,113], home health aides and personal and home care aides [114], nursing and psychiatric aides [115], medical assistants (= unlicensed individuals who perform non-invasive routine technical services under the supervision of a licensed physician and surgeon or podiatrist in a medical office or clinic setting) [116], direct care worker, ‘nursing assistant 1’, ‘nursing assistant 2’, ‘medication aide’, ‘geriatric aide’ [117], nurse aid I en nurse aid II [118,119]. De National Council of State Boards of Nursing [102] zegt hierover ‘*there are nursing assistants, certified nurse assistants, nurse aides, nurse techs, nurse extenders, medication aides, medication assistants, and the list of titles goes on and on. It is no wonder that nurses and other members of the health care team are confused, to say nothing of the public*’.

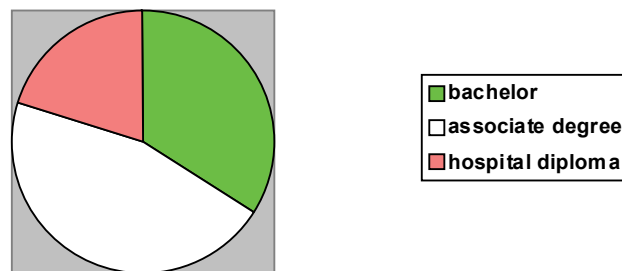
### 3.4.4 Verhoudingen tussen soorten beroepsbeoefenaren V&V in de USA

Figuur 11 laat zien dat nursing aides ruim een kwart van de nursing workforce vormen in de USA en dat er circa 5% Advanced Practice Registered Nurses zijn.



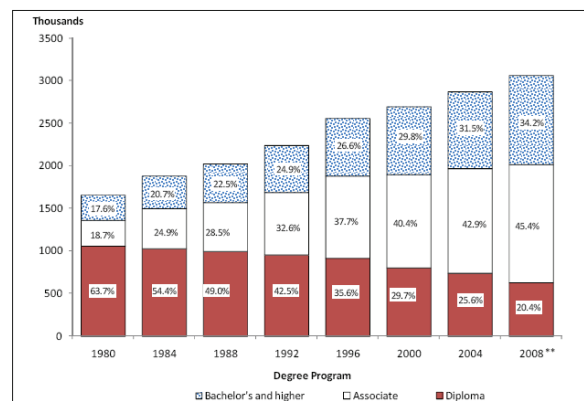
**Figuur 10: USA nursing workforce 2010 [99,112]**

Figuur 12 toont dat een derde van de Registered Nurses in de USA een initiële opleiding op het bachelors niveau volgde.



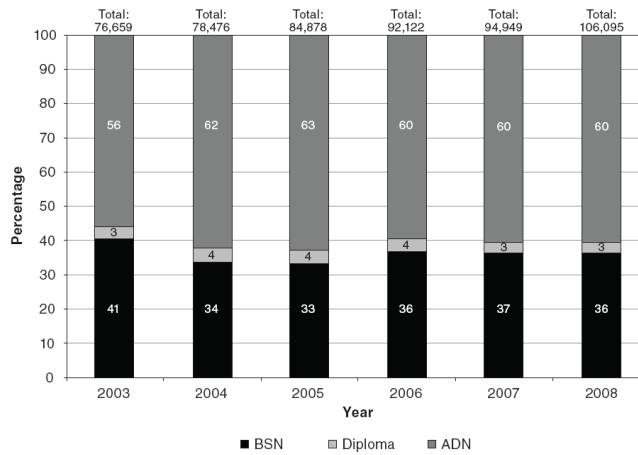
**Figuur 11: USA RN workforce naar initiële opleiding 2008 [99]**

Figuur 12 toont dat de hospital-diploma route om RN te worden in de loop der jaren vermindert ten voordele van de bachelor-route en vooral de associate degree weg.



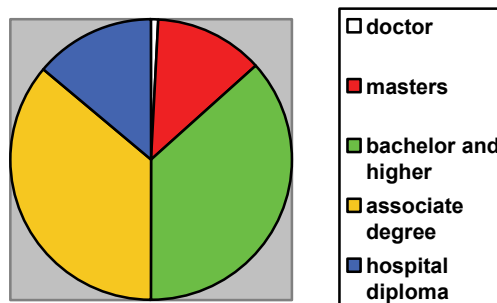
**Figuur 12 USA RN workforce naar initiële opleiding per jaar [99]**

Figuur 13 bevestigt het beeld dat circa een derde van de nieuw gediplomeerde RNs een bachelor-route hebben gevolgd, maar de data omtrent de diploma-route zijn in tegenspraak met de data van figuur 11 en 12.



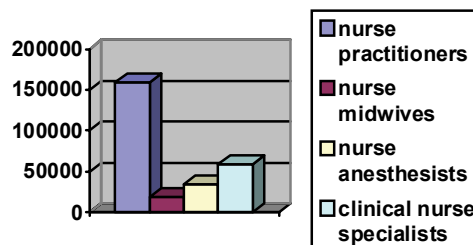
**Figuur 13 Trends in graduation from basic RN programs, by type, 2002–2008. [108]**

Figuur 14 laat zien dat ongeveer de helft van alle RNs in de USA al een bachelor-opleiding heeft gevolgd. Dit betekent, gezien de data uit figuur 11 en 12, waaruit bleek dat circa een derde initieel een bachelor-route volgde, dat nog veel van de associate-degree verpleegkundigen een aanvullende bachelor-opleiding hebben gevolgd.



**Figuur 14: USA RN workforce 2008 naar hoogst behaalde graad [99]**

Figuur 15 laat zien dat de Nurse Practitioners veruit de grootste groep vormen van Advanced Practice Registered Nurses.



**Figuur 15: USA APRN workforce 2008 naar soort [99]**

### **3.4.5 Opmerkingen**

Momenteel worden er in de USA discussies gevoerd omtrent het minimale opleidingsniveau voor RNs en voor APRNs. Het standpunt van veel nursing organisations [104,120-125] is dat een RN minimaal een bachelor niveau opleiding moet hebben. Voor de APRNs is er vrij grote overeenstemming dat hiervoor minimaal een masteropleiding nodig is [126,127]. Maar er gaan ook stemmen op om dit respectievelijk op masters (voor RNs) en doctorsniveau (voor APRNs) te brengen [128-131].

Voorts wordt ervoor gepleit dat RNs met een associate degree of hospital diploma verplicht worden om binnen 10 jaar na hun 1<sup>o</sup> RN-licentie een bachelors degree te halen [121,132] (in de staat New-York is dit reeds opgenomen in de wetgeving [132]), maar de National Organization of Associate Degree Nursing is het hier niet mee eens [133]. In deze discussie heeft de NLN [134] zeer recentelijk (september 2011) het belang van de LPN/LVN benadrukt als volwaardige en noodzakelijke kracht in de nursing workforce naast de (bachelor) registered nurses.

## **3.5 Canada**

### **3.5.1 Basisverpleegkundigen**

In Canada wordt verpleegkundige zorg geleverd door Registered Nurses (RNs), Licensed Practical Nurses (LPNs) (soms ook aangeduid als Registered Practical Nurses en als Registered Nursing Assistants [135]) en Registered Psychiatric Nurses (RPNs); deze titels worden verkregen op basis van provinciale wetgeving [136]. De professionals met een van deze titels vormen 'the regulated nursing workforce': de RNs vormen circa driekwart hiervan [137]<sup>4</sup>.

Er zijn diverse opleidingsroutes om verpleegkundige te worden in Canada [139]:

- de (universitaire) bachelors-degree route (4 jaar) (met 2 varianten: de bachelor in nursing en de bachelor in nursing science), leidend tot RN;
- de (niet-universitaire) diploma-route (3 jaar), leidend tot RN;
- de diploma route (2 jaar) om LPN te worden en
- de diploma route (2.5 jaar) om RPN te worden.

In 2009 bestond de regulated workforce voor 77% uit mensen met een diploma-route [137].

#### Registered nurse

Om de titel RN te bekomen dient een examen te worden afgelegd, het 'Canadian Registered Nurse Examination (CRNE)' (dit geldt voor alle provincies behalve voor Québec dat een eigen regeling heeft). In dat examen moeten de betreffende beroepsbeoefenaren laten zien dat ze over bepaalde competenties beschikken die nodig zijn als beginnend beroepsbeoefenaar [136]. Deze competenties (in totaal 148) zijn

---

<sup>4</sup> de term 'graduate' wordt in Canada gebruikt om iemand aan te duiden, die al wel de opleiding tot RN of LPN heeft gevolgd, maar nog het licentie-examen moet afleggen en/of in afwachting is van zijn officiële registratie [138]



beschreven door de Canadian Nurses Association [140] en worden gestructureerd aan de hand van vier categorieën. Omschrijvingen en een aantal voorbeelden per categorie worden weergegeven in Bijlage 2. Ook voor Québec zijn vereiste competenties beschreven [141].

#### Licensed practical nurse

Om LPN te worden dient ook een nationaal examen (CPRNE) afgelegd te worden. De competenties voor een beginnend LPN, die worden getest in dat examen, zijn beschreven door Canada's Testing Company, Assessment Strategies Inc. [142] (en worden formeel per provincie vastgesteld, bv. [143]). Ze gebruiken drie categorieën competenties; voorbeelden staan in Bijlage 2.

Er zijn soms ook verschillen tussen provincies qua opleidingseisen en scope of practice van de LPNs.

In Alberta bijvoorbeeld heeft het College of Licensed Practical Nurses een lijvig document (350 pag.) uitgegeven waarin de LPN-competenties (in 33 categorieën) worden beschreven [144]. De opleiding tot LPN is daar een tweejarig 'diploma in practical nursing' op 'college'-level, met minimaal 1650 uur, waarvan 750 theorie en 900 uur praktisch [139,145]. In Québec duurt de opleiding 1800 uur [146].

### **3.5.2 Meer gespecialiseerde verpleegkundigen in Canada**

Canada kent een groeiende groep verpleegkundigen in het zogenaamde advanced practice veld, ook wel RNs in the 'extended class' genoemd [147]. Men onderscheidt twee groepen van 'advanced practice nurses': de clinical nurse specialist en de nurse practitioner [148].

Een clinical nurse specialist (CNS) levert expert-verpleegkundige zorg en speelt een leidende rol in het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen. Hiernaast promoten CNS het gebruik van wetenschappelijke resultaten, geven expert ondersteuning en consultatie en faciliteren ze veranderingen.

Nurse practitioners (NPs) leveren directe patiëntenzorg, met de focus op gezondheidsbevordering en de behandeling van en omgang met gezondheidscondities. NPs hebben een uitgebreide scope of practice en mogen diagnoses stellen, diagnostische testen aanvragen en interpreteren; ook mogen ze medicatie voorschrijven en bepaalde procedures uitvoeren.

Dicenso et al. [149] wijzen erop dat er grote variatie is in functieomschrijvingen bij zowel CNS als NPs en dat het onderscheid tussen beide niet altijd helder is.

De minimale opleidingsgraad is een bachelors-niveau [148]. Specifieke competenties zijn beschreven door onder meer de Canadian Nurses Association, de Canadian Nurse Practitioners Initiative en het College and Association of Registered Nurses of Alberta [148,150-152]. De wetgeving over licentie en registratie als een advanced practice nurse verschilt van provincie tot provincie [153]. In sommige provincies worden de advanced practice nurse titels nog verder verdeeld in subspecialismen (bv. de provincie Ontario onderscheidt de NP-Primary Health Care, de NP-Adult en de NP-Paediatrics [147]).

Hiernaast zijn er nog andere types functionarissen die zich ergens in het advanced practice veld bevinden, zoals de nurse endoscopy, de RN First Assistant (een soort operatie-assistent), de RN First Call (een soort Spoedeisende Hulp-verpleegkundige), en de physician assistant [154,155].

Tot slot, onderscheidt de Canadian Nurses Association [156] negentien verschillende erkende specialisaties/velden, waarvoor verpleegkundigen een certificaat kunnen krijgen na het afleggen van een examen (zie kader op de volgende pagina).

<b>Erkende specialisaties in Canada</b>	
1.	cardiovascular nursing
2.	community health nursing
3.	critical care nursing
4.	critical care pediatric nursing
5.	emergency nursing
6.	enterostomal therapy nursing
7.	gastroenterology nursing
8.	gerontology nursing
9.	hospice palliative care nursing
10.	medical-surgical nursing
11.	nephrology nursing
12.	neuroscience nursing
13.	occupational health nursing
14.	oncology nursing
15.	orthopaedic nursing
16.	perinatal nursing
17.	perioperative nursing
18.	psychiatric/mental health nursing
19.	rehabilitation nursing

In 2009 waren er in Canada 15603 RNs (zijnde 5.5% van alle RNs) met zo'n specialisatie-certificaat. Voor elke specialisatie is een set aan competenties beschreven, waar het examen zich ook op richt (bv. [157-159]).

### 3.5.3 *Verpleegondersteunende beroepen in Canada*

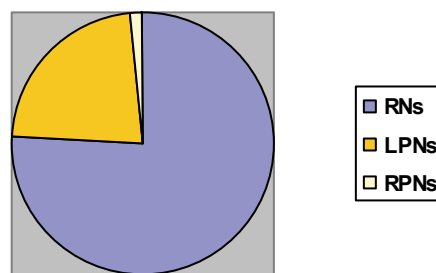
Naast the regulated nursing workforce bestaan de 'unregulated care providers'. Hiermee wordt bedoeld "paid providers who are neither registered nor licensed by a regulatory body. They have no legally defined scope of practice. They may not have mandatory education or practice standards. They work under the direction of a RN and/or other regulated nursing personnel. Unregulated care providers may have titles such as 'health care aide', 'nurse's aide' or 'personal support worker'" [136]. Andere namen die gebruikt worden bij unregulated providers zijn 'client care attendants', 'community workers', 'continuing care assistants', 'family aides', 'hospital attendant', 'home support worker', 'home aides', 'nursing attendant', 'orderly', 'patient care aide', 'personal aide', 'personal care attendant', 'personal support worker', 'psychiatric aide', 'recreational therapist', resident care workers', 'visiting homemaker', 'auxilliary health care worker', 'community health representative', 'respite aide', 'ward aide', 'palliative care worker' en 'unit aide' [160-162].

In Alberta zijn de competenties waarover een health care aide moet beschikken vastgelegd [163].

Qua opleidingen tot health care aide zijn er geen formele eisen, maar bestaan diverse on-the-job trainingen en kortdurende cursussen [162,164]. Deze groep is met name werkzaam in de verpleeghuis- en thuiszorgsector en minder in de acute ziekenhuiszorg [164]. De health care aides werken in principe altijd na toestemming en onder supervisie van een regulated nurse (RN, LPN, RPN) [161].

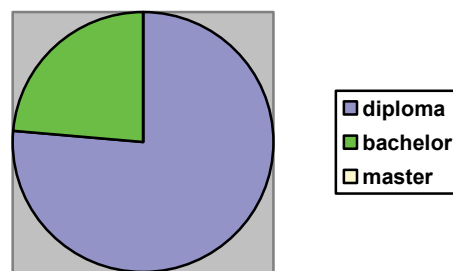
### 3.5.4 Verhoudingen tussen soorten beroepsbeoefenaren V&V in Canada

Figuur 16 toont de verdeling van de regulated nursing workforce in Canada; de LPNs vormen circa een kwart en de Registered Psychiatric Nurses maken minder dan 2% uit.



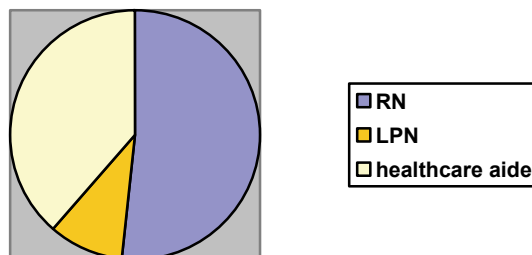
Figuur 16 Canada Regulated Nursing Workforce in 2009, numbers of registrations [137]

Figuur 17 toont dat circa een kwart van de regulated nursing workforce initieel een bachelor-opleiding volgde.



Figuur 17 Canada Regulated Nursing Workforce 2009 by Initial Education in Nursing [137]

Figuur 18 laat zien dat RN en LPNs samen minder dan tweederde van de nursing workforce uitmaken.



**Figuur 18 Canada 2003 Regulated nursing workforce (RN & LPN) versus unregulated nursing workforce (aides) [164]**

### 3.5.5 Opmerkingen

Veel provincies staan inmiddels op het standpunt om alleen nog de bachelors-degree route te aanvaarden als vereiste om aan het RN-licentie-examen deel te nemen [165]. Echter er zijn ook provincies, waaronder Québec, die deze visie niet delen en zelfs het aantal uren in de opleiding willen verminderen, maar hier is protest tegen [166].

Er worden discussies gevoerd over het onderscheid tussen generalist nurse, een specialized nurse en een advanced practice nurse en wanneer iemand de titel 'specialist' mag dragen [167].

## 3.6 Reflecties beroepen & professionals V&V in de verschillende landen

In alle besproken landen treffen we grosso modo drie categorieën professionals in de verpleging en verzorging aan: de 'basis'-verpleegkundigen, de 'meer gespecialiseerde' verpleegkundigen en de 'verpleegondersteunende' beroepen.

Binnen elk van deze categorieën bestaat er in elk land weer een (grote) diversiteit aan functiebenamingen, kwalificatieniveaus en opleidingsroutes ertoe. Het onderscheid tussen beroepen en functies is niet helder te maken. In elk land is er wel het beroep 'verpleegkundige', die vervolgens op diverse functies ingezet kan worden. Ook bij de meer gespecialiseerde verpleegkundigen zou je kunnen zeggen dat er het beroep is van verpleegkundig specialist, die diverse functies kan bekleden. Lastiger wordt het in de categorie verpleegondersteunende beroepen: wanneer kan in de immense hoeveelheid functionarissen die we tegenkwamen gesproken worden van een beroep? Het zou voor de herkenning naar buiten, andere beroepsgroepen en naar de consument/patiënt, goed zijn als beroep en functie meer onderscheiden en beter geordend worden.

Wat de *basisverpleegkundigen* betreft, is het in bijna alle landen zo dat er zowel een 'MBO-achtige' als een 'HBO-achtige' opleidingsvariant bestaat, die beiden leiden tot een zelfde titel en een zelfde soort functie.

Het percentage mensen dat een initiële HBO/bachelors opleiding volgt tot verpleegkundige varieert van circa 1% in Duitsland, 20% in de UK, 25% in Canada, 34% in de USA tot 56% in België. In de USA halen veel mensen met een associate degree of een hospital diploma later alsnog een bachelor, waardoor ruim 50% van de hele RN-populatie minimaal een bachelor-niveau heeft.

In de meeste landen zijn competenties beschreven die deze basisverpleegkundigen moeten hebben. Echter de manier waarop deze competenties zijn beschreven en geordend, verschillen dermate per land dat er geen vergelijkingen mogelijk zijn. Het is zeer de vraag of een basisverpleegkundige uit land A qua kunnen en weten vergelijkbaar is met die uit land B.

In alle besproken landen is er sinds kortere of langere tijd, zowel in de opiniestukken alsook al veelal in de wetgeving, een verschuiving te constateren om de opleiding tot basisverpleegkundige nog uitsluitend op HBO-niveau te organiseren (hetzij aan hogescholen of aan universiteiten).

In de Europese landen is op dit vlak een push uitgegaan van het zogenaamde Bologna-akkoord (BaMa-structuur), wat erop gericht is om vergelijkbaarheid te creëren in opleidingstructuur en -zwaarte in de Europese unie. Veel landen zijn nog steeds bezig met de overgang naar deze Europese eis te realiseren.

De Europese richtlijn aangaande beroepskwalificaties [168] heeft heldere criteria gesteld waaraan een opleiding tot verpleegkundige (in dit document heet het in de Nederlandse versie ‘verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger’) moet voldoen (o.a. 10 jaar onderwijs voorafgaand aan toelating tot de opleiding, is een voltijdse opleiding van tenminste drie studiejaren en minimaal 4600 uren theoretisch en klinisch onderwijs, en specificeert gebieden die beheerst moeten worden).

Ook is er door het Europees parlement een richtlijn uitgebracht over een Europese kwalificatiestructuur [27]. Hierin worden acht competentieniveaus onderscheiden, en voor ieder niveau worden kennis, vaardigheden en competenties beschreven; dit raamwerk zou gebruikt kunnen worden om de verpleegkundige opleidingen en beroepen in te ordenen. Opvolgen van het Bologna akkoord over de Ba-Ma structuur en van de Europese richtlijn voor beroepskwalificaties zou een stap voorwaarts kunnen betekenen in het verhelderen van het beroep van verpleegkundige en in het vergelijkbaar maken van verpleegkundige opleidingen binnen Europa.

Wat de *meer gespecialiseerde verpleegkundigen* betreft, zien we een grote diversiteit, binnen en tussen landen, aan soorten specialisaties, aan naamgevingen, aan het niveau waarop opleidingen worden aangeboden (binnen initiële of na initiële opleidingen, op MBO-, HBO- en universitair niveau), aan de duur van de opleidingen en hoe die wettelijk verankerd worden. Wat al die meer gespecialiseerde verpleegkundigen uiteindelijk kunnen en doen valt nauwelijks te vergelijken, noch binnen een land noch tussen landen, maar het is wel duidelijk dat ze meer competenties en bevoegdheden hebben dan de basisverpleegkundigen. Een gemeenschappelijkheid in de functies van meer gespecialiseerde verpleegkundigen is ook dat ze in meerdere of mindere mate taken van medici (zelfstandig) overnemen.

Ook hier zou het een stuk helderder worden als een beter onderscheid wordt gemaakt tussen het beroep van verpleegkundig specialist en gespecialiseerde functies binnen de verpleegkunde. Ook verdient het aanbeveling als de vereiste opleiding voor de meer gespecialiseerde verpleegkundigen gestroomlijnd wordt binnen de Europese BaMa-structuur en de competenties binnen de Europese kwalificatiestructuur.

Verder valt het op dat naast specialisaties binnen de verpleegkunde, er in veel landen nieuwe beroepen ontstaan naast of tussen de verpleegkunde en de geneeskunde (bv. de physician assistant). Hoe de ene specialisatie, of hoe het ene beroep zich van het andere onderscheidt is vaak nog niet uitgekristalliseerd.

Wat de *verpleegondersteunende beroepen* betreft, is de diversiteit en onoverzichtelijkheid welhaast nog groter dan bij de twee voorgaande categorieën. De hoeveelheid benamingen die hier op lokaal, regionaal en nationaal niveau circuleren is zeer groot. En wat deze professionals aan kennis, kunde, vaardigheden en competenties in huis hebben is moeilijk tot niet te achterhalen. Soms worden er opleidingseisen gesteld, soms niet en voor zover ze er zijn, zijn ze verschillend. Soms moet een bepaald examen afgelegd worden, soms niet. Soms worden deze mensen landelijk geregistreerd, maar veelal niet, waardoor er in de meeste landen geen zicht, maar ook geen greep bestaat op deze categorie beroepskrachten.

Wat ze mogen doen, en in hoeverre ze zelfstandig verpleegkundige activiteiten mogen uitvoeren kan erg per regio en land verschillen, zelfs per zorginstelling.

Voor alle categorieën geldt dat het verzamelde materiaal overzicht biedt van naamgevingen, opleidingswegen en wat de diverse functionarissen aan competenties in huis zouden moeten hebben, maar ontbreekt wat ze in de praktijk feitelijk doen en hoe de praktijk georganiseerd is en hoe er samengewerkt wordt. Hiervoor zou informatie verzameld moeten worden op het niveau van functiebeschrijvingen in afzonderlijke zorginstellingen.

Ondanks alle diversiteit, zijn er ‘overall’ toch een paar opmerkelijke gemeenschappelijke tendensen:

- Verpleegkundige basisopleidingen worden naar het bachelors-niveau getrokken, mede om het beroep aantrekkelijker te maken en om beter het hoofd te kunnen bieden aan de toenemende mate van complexiteit van de zorg.
- Er komen meer en meer verpleegkundige specialisaties mede om taken van artsen te kunnen overnemen, omdat er artsen te kort zouden zijn en om economische redenen. De verpleegkundige specialisaties worden in toenemende mate op universitair (masters/doctor) niveau georganiseerd.
- Er wordt in toenemende mate beroep gedaan op verpleegondersteunende beroepen, mede omdat deze goedkoper zijn en er veel verpleegactiviteiten mogelijk evengoed door hen kunnen worden gedaan.
- Er ontstaan nieuwe beroepen in de zorg zowel aan de bovenkant (bv. physician assistant) als aan de onderkant van het zorgspectrum (bv. zorgkundige in België)

- Er vindt overheveling plaats van medische taken naar de meer gespecialiseerde en basisverpleegkundigen en er vindt overheveling plaats van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen.
- Hoewel in bijna alle landen competenties als uitgangspunt worden genomen voor de opleiding, is er geen eenduidigheid welke competenties een (basis/ meer gespecialiseerde/ ondersteunende) verpleegkundige moet hebben en hoe die competenties het best beschreven en geordend kunnen worden.
- Alle landen maken zich zorgen over het toenemend aantal ouderen en inherent de toenemende zorgvraag in de toekomst en hoe daaraan kwantitatief en kwalitatief het hoofd geboden moet worden. Hervormingen en herschikking van opleidingen en functies in de gezondheidszorg, zijn dan ook overal aan de orde van de dag. Hoe die precies vorm worden gegeven is afhankelijk van de historie en het politieke beleidsklimaat in elk land.
- Diverse publicaties wijzen erop dat het voor de individuele burger/zorgvrager het haast onmogelijk is inzicht te hebben in het scala aan zorgverleners waarmee ze te maken hebben en wat ze er van kunnen verwachten.

### 3.7 Referenties

1. Belgische regering: *Koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen*. Brussel: Belgische regering; 2001.
2. Berckmans G, Alvarez Irusta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S *et al.*: *Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis: mogelijkheden en beperkingen*. Brussel: KCE; 2008.
3. Gerkens S, Merkur S: **Belgium. Health system review**. *Health Systems in Transition* 2010, **12**: 1-266.
4. Defloor T, Grypdonck M, Darras E: *Functiedifferentiatie in de verpleegkunde: Een onderzoek naar de verpleegkundige competenties*. UGent/UCL; 2004.
5. Vlaamse regering, kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: *Werk maken van wer in de zorgsector. Actieplan ter bevordering van de werkgelegenheid in de zorgsector*. Brussel: Vlaamse regering; 2010.
6. Associatie K.U.Leuven: *Competentieprofiel Bachelor in de Verpleegkunde*. 2006.
7. Zorgnet Vlaanderen: *Functiedifferentiatie en functieclassificatie in de verpleegkundige beroepsbeoefening. Voorstellen tot actualisatie van de zorgorganisatie*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen; 2011.
8. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Koninklijk besluit van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde*. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2006.
9. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de peri-operatieve zorg*. Brussel: **Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer**. Gezondheidszorgberoepen; 2010.
10. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de pediatrie en neonatologie*. Brussel: **Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer**. Gezondheidszorgberoepen; 2009.
11. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de palliatieve zorg*. Brussel: **Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer**. Gezondheidszorgberoepen; 2009.
12. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de oncologie*. Brussel: **Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer**. Gezondheidszorgberoepen; 2009.
13. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geestelijke*

- gezondheidszorg en psychiatrie. Brussel: **Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer**. Gezondheidszorgberoepen; 2010.
14. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden zich te beroepen op de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de diabetologie*. Brussel: **Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer**. Gezondheidszorgberoepen; 2009.
  15. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen: *Advies m.b.t. de problematiek van verpleegkundigen in zorginstellingen*. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen; 2009.
  16. Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen: *Beroepsprofiel Verzorgende*. 2003.
  17. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Advies van de Nationale Raad voor de Verpleegkunde betreffende het ontwerp van "opleiding van praktijkassistenten in de eerstelijns geneeskunde"*. Brussel: **Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer**. Gezondheidszorgberoepen; 2009.
  18. NVKVV: *FAQ-Zorgkundigen*. 2011.
  19. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Koninklijk besluit tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen*. 2006.
  20. Onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap: *Leerplan: Polyvalent verzorgende/thuis- en bejaardenzorg (zorgkundige)*. 2007.
  21. Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen: *Beroepsprofiel Logistiek assistent(e)*. 2007.
  22. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Aantal verpleegkundigen 2009. 2010. =Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.
  23. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Aantal zorgkundigen 2009. 2010. =Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.
  24. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Jaarstatistieken Gezondheidsberoepen in België: Aantal beroepsbeoefenaars 31/12/2009 en instroom 2009*. Brussel: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2010.
  25. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Planningsmodellen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Beroepsgroep Verpleegkundigen*. 2010.
  26. Vlaamse Overheid: *Vlaamse kwalificatiestructuur*. Brussel: 2009.
  27. European Commission Education and Culture: *The European Qualifications Framework for Lifelong Learning (EQF)*. Luxembourg: European Communities; 2008.
  28. Degadt P: *De toekomst van het verpleegkundig beroep*. Zorgnet; 2009.
  29. NVKVV: *FAQ - Attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep in de ziekenhuizen*. 2010.
  30. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Definitief advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde in verband met het meerjarenplan d.d. 28 augustus 2008 van Minister Laurette Onkelinx voor het verhogen van de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep*. 2008.
  31. Onkelinx L: *Aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep*. Brussel: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid; 2008.
  32. Werkgroep Promotie Verpleegkunde Vlaanderen: *Nood aan instroom van studenten op bachelorniveau in de verpleegkunde*. 2008.
  33. Fédération Nationale des Infirmières de Belgique: *Vers un titre unique d'infirmière en Communauté française....* Fédération Nationale des Infirmières de Belgique; 2011.
  34. DBfK-Bundesverband: *WENR Report 2009: Germany*. 2009.
  35. ICN International Council of Nurses: *Nursing Workforce Profile. Database summary*. Geneva: International Council of Nurses; 2010.
  36. Robinson S, Griffiths P: *Nursing education and regulation: international profiles and perspectives*. National Nursing Research Unit; 2007.
  37. Buscher A, Sivertsen B, White J: *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009*. Copenhagen: WHO World Health Organization; 2010.
  38. Busse R, Riesberg A: **Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland**. *Health Systems in Transition* 2005, 6.
  39. DBfK-Bundesverband: *Advanced Nursing Practice. Pflegerische expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin: DBfK-Bundesverband; 2011.
  40. Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kummerling A, Simona M: *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtiger Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2005.
  41. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J: *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. Paris: OECD; 2005.
  42. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. *Berufe im Spiegel der Statistik*. 2010.
  43. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: *Pflegebildung offensiv. Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege*. Berlin: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe; 2010.
  44. Hundenborn G, Knigge-Demal B: *Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung. Zwischenbericht*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2010.
  45. Department of Health, Social Services and Public Safety: *Nursing and Midwifery Update Review 2008*. 2008.
  46. Robinson S, Murrells T, Hickey G, Clinton M, Tingle A: *A tale of two courses: comparing careers and competencies of nurses prepared via three-year degree and three-year diploma courses*. School of Nursing & Midwifery, Kings College; 2003.



47. Boyle S: **United Kingdom (England). Health system review.** *Health Systems in Transition* 2011, **13**.
48. NMC Nursing & Midwifery Council: *Pre-registration nursing education in the UK.* Nursing and Midwifery Council; 2010.
49. Ball J, Pike G: *Past imperfect, future tense. Nurses' employment and morale in 2009.* Royal College of Nursing; 2009.
50. NMC Nursing & Midwifery Council: *Registration and qualification codes.* NMC Nursing & Midwifery Council; 2010.
51. NHS. NHS non-medical bulletin tables 2000-2010. 2011.
52. Council for healthcare regulatory excellence: *Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments.* 2009.
53. The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England: *Front Line Care: the future of nursing and midwifery in England. Report of the Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England 2010.* 2010.
54. Department of Health: *Modernising Nursing Careers - Setting the Direction.* Department of Health; 2006.
55. NHS Education for Scotland: *National guidance for Clinical Academic Research Careers for Nursing, Midwifery and Allied Health Professions in Scotland.* 2010.
56. NHS. Academic levels of study. 2006.
57. Department of Health: *A High Quality Workforce.* 2008.
58. UK Clinical Research Collaboration: *Developing the best research professionals. Qualified graduate nurses: recommendations for preparing and supporting clinical academic nurses of the future.* UK Clinical Research Collaboration; 2007.
59. NHS Information Centre for health and social care: *National Health Service. Occupation Code Manual Version 9.* NHS; 2010.
60. Scottish Government: *Advanced Nursing Practice Roles. Guidance for NHS Boards.* 2010.
61. Currie L, Watterson L: **Investigating the role and impact of expert nurses.** *Br J Nurs* 2009, **18**: 816, 818-816, 824.
62. Girot EA, Rickaby CE: **Education for new role development: the Community Matron in England.** *J Adv Nurs* 2008, **64**: 38-48.
63. Husband J: **The evolving role of the community nurse specialist in palliative care.** *Br J Community Nurs* 2008, **13**: 26-30.
64. Knowles G: *Advanced Nursing Practice Framework - Cancer Nurse Specialist Example.* 2007.
65. Lillyman S, Saxon A, Trembl H: **Community matrons and case managers: who are they?** *Br J Community Nurs* 2009, **14**: 70-73.
66. Mencia H: **The implementation of the role of Modern Matron in the operating department.** *Journal of Advanced Perioperative Care* 2008, **3**: 107-114.
67. Mitchell T, Butler-Williams C, Easton K, Ingledew I, Parkin D, Wade S *et al.*: **The consultant nurse - expert practitioner and much more.** *Br J Nurs* 2010, **19**: 481-488.
68. Morgan S: **What are the differences in nurse practitioner training and scope of practice in the US and UK?** *Nurs Times* 2010, **106**: 21-24.
69. Srivastava N, Tucker JS, Draper ES, Milner M: **A literature review of principles, policies and practice in extended nursing roles relating to UK intensive care settings.** *J Clin Nurs* 2008, **17**: 2671-2680.
70. Scottish Government: *Consultant Nurses, Midwives & Allied Health Professionals (NMAHPs). Guidance for NHS Boards.* 2010.
71. NHS Workforce Review Team: *Assessment of Workforce Priorities 2009/10 .* 2009.
72. Begg PA, Ross NM, Parle JV: **Physician Assistant Education in the United Kingdom: The First Five Years.** *The Journal of Physician Assistant Education* 2008, **19**: 47-50.
73. Hooker RS, Kuilman L: **Physician Assistant Education: Five Countries.** *The Journal of Physician Assistant Education* 2011, **22**: 53-58.
74. Hooker RS, Hogan K, Leeker E: **The Globalization of the Physician Assistant Profession.** *The Journal of Physician Assistant Education* 2007, **18**: 76-85.
75. Department of Health, NHS: *The Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant.* Department of Health; 2006.
76. NHS careers: *Healthcare assistants/ auxiliary nurses.* 2011.
77. NHS North West: *Foundation Degrees: Developing the Workforce of the Future in the Health and Social Care Sector.* 2009.
78. NHS Scotland: *Healthcare Support Workers. The Development of the Clinical Healthcare Support Worker Role: A Review of the Evidence.* 2010.
79. NHS Scotland. Definition of Assistant Practitioner in clinical role. 2011.
80. SDO network: **The support workforce in the NHS.** *Research Digest* 2011, 1-11.
81. Hand T: *Assistant Practitioner Scoping Project.* London: Royal College of Nursing; 2010.
82. Spilsbury K: **The impact of assistant practitioners on acute NHS trusts.** *British Journal of Healthcare Assistants* 2009, **3**: 508-509.
83. Spilsbury K, Stuttard L, Adamson J, Atkin K, Borglin G, McCaughan D *et al.*: **Mapping the introduction of assistant practitioner roles in acute NHS (hospital) trusts in England.** *J Nurs Manag* 2009, **17**: 615-626.
84. Spilsbury K, Adamson J, Atkin K, Bartlett C, Bloor K, Borglin G *et al.*: *Evaluation of the Development and Impact of Assistant Practitioners Supporting the Work of Ward-Based Registered Nurses in Acute NHS (Hospital) Trusts in England. Final report.* NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.

85. Spilsbury K, Adamson J, Atkin K, Bloor K, Carr-Hill R, McCaughan D *et al.*: **Challenges and opportunities associated with the introduction of assistant practitioners supporting the work of registered nurses in NHS acute hospital trusts in England.** *J Health Serv Res Policy* 2011, **16 Suppl 1**: 50-56.
86. Wakefield A, Spilsbury K, Atkin K, McKenna H: **What work do assistant practitioners do and where do they fit in the nursing workforce?** *Nurs Times* 2010, **106**: 14-17.
87. Mackinnon I, Kearney J: *Assistant Practitioners: scoping exercise*. London: The Mackinnon Partnership; 2009.
88. NHS Scotland: *Framework for Developing Nursing Roles*. 2005.
89. Skills for Health: *Key Elements of the Career Framework*. 2010.
90. Information Services Division, NHS Scotland: *NHS Scotland Workforce* . 2011.
91. Laurance J: **Unions divided by decision to force nurses to take degree.** *The Independent Health News* 2009, **Friday 13 november 2009**.
92. NMC Nursing & Midwifery Council: *Standards for pre-registration nursing education*. 2010.
93. Unison: *Creating the nurses of the future. An analysis of issues raised by the Nursing and Midwifery Council's consultation on the future of pre-registration nursing education*. 2008.
94. RCN Royal College of Nursing: *Educational framework*. 2007.
95. The Scottish Credit and Qualifications Framework: *SCQF Level Descriptors. Scotland's lifelong learning framework* . Glasgow: The Scottish Credit and Qualifications Framework ; 2010.
96. Scottish Government, NHS Education for Scotland: *A Guide to Healthcare Support Worker Education and Role Development (revised 2010)*. 2010.
97. Bureau of Labor Statistics: *Registered Nurses*. 2010.
98. Aiken LH, Cheung RB: *Nurse Workforce challenges in the United States: Implications for policy*. *OECD Health Working Papers No35*. OECD; 2008.
99. US Department of Health and Human Services - Health Resources and Services Administration: *The Registered Nurse Population. Findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses* . 2010.
100. NC Board of Nursing: *State of North Carolina: Nursing Practice Act*. 2009.
101. Seago JA, Spetz J, Chapman S, Dyer W, Grumbach K: *Supply, Demand, and Use of Licensed Practical Nurses* . Health Resources and Services Administration; 2004.
102. National Council of State Boards of Nursing: *Working with Others: A Position Paper*. 2005.
103. National League for Nursing: *Outcomes and Competencies for Graduates of Practical/Vocational, Diploma, Associate Degree, Baccalaureate, Master's, Practice Doctorate, and Research Doctorate Programs in Nursing*. 2010.
104. American Nurses Association: *Nursing: Scope and Standards of Practice*, 2nd edn. Silver Spring: American Nurses Association; 2010.
105. American Nurses Association: *Recognition of a nursing specialty, approval of a specialty nursing scope of practice statement, and acknowledgment of specialty nursing standards of practice* . 2010.
106. APRN Consensus Work Group: *Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education* . 2008.
107. Wendt A, Alexander M: **Toward a Standardized and Evidence-Based Continued Competence Assessment for Registered Nurses.** *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation* 2007, **9**: 74-86.
108. Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, Institute of Medicine: *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington: National Academies Press; 2011.
109. National Council of State Boards of Nursing: *Regulation of Advanced Practice Nursing*. 2010.
110. Essary AC, Stoehr J: **Incorporation of the Competencies for the Physician Assistant Profession into Physician Assistant Education** . *J Physician Assist Educ* 2009, **20**: 6-14.
111. National Commission on Certification of Physician Assistants: *Competencies for the Physician Assistant Profession*. National Commission on Certification of Physician Assistants; 2006.
112. American Nurses Association: *Employment and Earnings of Registered Nurses in 2010* . 2011.
113. Buerhaus PI, Staiger DO, Auerbach DI: *The Future of the Nursing Workforce in the United States: Data, Trends and Implications*. Jones & Bartlett Learning; 2009.
114. Bureau of Labor Statistics: *Home Health Aides and Personal and Home Care Aides*. 2011.
115. Bureau of Labor Statistics: *Nursing and Psychiatric Aides*. 2011.
116. Board of Registered Nursing: *Information about Medical Assistant*. 2010.
117. North Carolina Institute of Medicine: *Short- and Long-Term Solutions for Co-Location in Adult and Family Care Homes: A Report of the NCIOM Task Force on the Co-Location of Different Populations in Adult Care Homes* . 2011.
118. NC Board of Nursing: *Nurse Aide I Tasks*. 2011.
119. NC Board of Nursing: *Nurse Aide II Tasks*. 2011.
120. American Association of Colleges of Nursing: *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice*. 2008.
121. American Nurses Association: *Educational Advancement for Registered Nurses*. 2008.
122. Education Committee of the Association of Community Health Nurse Educators: **Essentials of baccalaureate nursing education for entry-level community/public health nursing.** *Public Health Nurs* 2010, **27**: 371-382.
123. Tri-Council for Nursing: *Educational Advancement of Registered Nurses; A Consensus Position. A policy statement from the Tri-Council for Nursing: American Association of Colleges of Nursing (AACN), American Nurses Association (ANA), American Organization of Nurse Executives (AONE), National League for Nursing (NLN)* . 2010.
124. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L: *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. Jossey-Bass; 2009.

125. National Advisory Council on Nurse Education and Practice: *Addressing New Challenges Facing Nursing Education: Solutions for a Transforming Healthcare Environment*. 2010.
126. American Academy of Nurse Practitioners: *Standards of Practice for Nurse Practitioners*. 2010.
127. National Association of Clinical Nurse Specialists: *Criteria for the Evaluation of Clinical Nurse Specialist Master's, Practice Doctorate, and Post-Master's Certificate Educational Programs*. 2011.
128. American College of Physicians: *Nurse Practitioners in Primary Care*. 2009.
129. American Association of Colleges of Nursing: *The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice*. 2006.
130. Kung YM, Porterfield S: **The DNP: a need for standardized educational policies**. *American Journal for Nurse Practitioners* 2009, **13**: 34.
131. Pfeiffer KA, Koeniger-Donohue R: **The DNP for advanced practice nurses: integrating practice into a terminal degree**. *Women's Health Care: A Practical Journal for Nurse Practitioners* 2008, **7**: 27-33.
132. Lane SH, Kohlenberg E: **The future of baccalaureate degrees for nurses**. *Nurs Forum* 2010, **45**: 218-227.
133. National Organization for Associate Degree Nursing: *Position on the Requirement of Bachelor's Degree in Nursing (BSN) for Continued Practice*. 2008.
134. National League for Nursing: *Recognizing the Vital Contributions of the Licensed Practical/Vocational Nurse*. National League for Nursing; 2011.
135. Villeneuve M, MacDonald J: *Towards 2020: Visions for Nursing*. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2006.
136. Canadian Nurses Association: *Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada*. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2007.
137. Canadian Institute for Health Information. Regulated Nurses Summary Tables 2009. 2010. **Canadian Institute for Health Information**.
138. College and Association of Registered Nurses of Alberta: *The Graduate Nurse: Scope of Practice*. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2009.
139. Knowledge and Education Project Steering Committee: *Knowledge and education at entry to nursing practice in Alberta*. 2009.
140. Canadian Nurses Association: *Canadian Registered Nurse Examination. Competencies June 2010 – May 2015*. 2011.
141. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Programme Actualisation professionnelle en soins infirmiers*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2008.
142. Canada's Testing Company, Assessment Strategies Inc.: *Canadian Practical Nurse Registration. Examination Blueprint*. 2011.
143. College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia: *Entry Level Competencies for Licensed Practical Nurses of Nova Scotia (2012 - 2017)*. 2010.
144. College of Licensed Practical Nurses of Alberta: *Competency Profile for Licensed Practical Nurses*, 2nd edn. Edmonton: College of Licensed Practical Nurses of Alberta; 2005.
145. College of Licensed Practical Nurses of Alberta: *LPNs in Alberta. Education*. 2011.
146. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec: *L'infirmière et infirmier Auxiliaire*. 2011.
147. Health Professions Regulatory Advisory Council: *A report to the minister of Health and Long-Term Care on the Review of Scope of Practice for Registered Nurses in the Extended Class (Nurse Practitioners)*. 2008.
148. Canadian Nurses Association: *Advanced Nursing Practice: A national framework*. Canadian Nurses Association; 2008.
149. Dicenso A, Bryant-Lukosius D: *Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada. A decision support synthesis*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.; 2010.
150. Canadian Nurse Practitioner Initiative: *Competence Assessment Framework for Nurse Practitioners in Canada*. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2006.
151. Canadian Nurses Association: *The Canadian Nurse Practitioner Core Competency Framework*. 2010.
152. College and Association of Registered Nurses of Alberta: *Nurse Practitioner (NP) Competencies*. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2011.
153. Canadian Nurses Association, Canadian Institute for Health Information: *The Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada*. 2005.
154. College of Registered Nurses of British Columbia: *RN First Call Certified Practice*. 2010.
155. Canadian Nurses Association: *Exploring new roles for advanced nursing practice*. Canadian Nurses Association; 2005.
156. Canadian Nurses Association: *CNA Certification: Specialties/Areas of Nursing Practice*. 2011.
157. Canadian Nurses Association: *Critical Care (Adult) Nursing Certification. Exam Blueprint and Specialty Competencies*. 2010.
158. Canadian Nurses Association: *Community Health Nursing Certification. Exam Blueprint and Specialty Competencies*. 2009.
159. Canadian Nurses Association: *Cardiovascular Nursing Certification. Exam Blueprint and Specialty Competencies*. 2009.
160. Canadian Nurses Association: *Unregulated Health Workers: A Canadian and Global Perspective*. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2008.
161. College and Association of Registered Nurses of Alberta, College of Licensed Practical Nurses of Alberta, College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta: *Decision-making standards for nurses in the supervision of health care aides*. College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2010.
162. Pan-Canadian Planning Committee on Unregulated Health Workers: *Valuing health-care team members. Working with unregulated health workers*. 2008.
163. Alberta Health and Wellness: *Health Care Aides Competency Profile*. 2001.

164. Pyper W: **Employment trends in nursing**. *Perspectives on Labour and Income* 2004, **5**: 5-17.
165. Canadian Nurses Association: *Becoming a Registered Nurse*. 2010.
166. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Position de l'OIIQ sur le projet d'actualisation du programme d'études soins infirmiers DEC180.B0; transmise au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2011.
167. College and Association of Registered Nurses of Alberta: *Standard for the Use of the Title "Specialist" in Registered Nurse Practice*. College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2006.
168. Europese Gemeenschap: *RICHTLIJN 2005/36/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties*. 2007.

## 4 Aantal zorgprofessionals per land

In tabel 4.1 en 4.2 worden de aantallen verpleegkundigen, respectievelijk artsen per land per 1000 inwoners gepresenteerd over de jaren 2000-2010. Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende bronnen, met als voornaamste de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) [1]. Cijfers van de OECD staan in de geel gemarkeerde rijen; cijfers van andere bronnen staan in de rijen eronder.

In sommige gevallen gaf de bron zelf al de verhouding per 1000 inwoners. In andere gevallen gaven ze enkel een absoluut aantal; deze zijn dan door het onderzoeksteam naar relatieve cijfers omgerekend op basis van de bevolkingstatistieken van de United Nations [2] (deze statistieken vindt u in Bijlage 3; voor de geïnteresseerde lezer bevat Bijlage 3 ook cijfers over het aantal 65-plussers in de landen).

### 4.1 Aantal verpleegkundigen

Tabel 4.1 Verpleegkundigen-dichtheid per 1000 inwoners

Land	jaar bron	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Neder-land	OECD[1] *	..	..	7.8	8	8.1	8.2	8.2	8.3	8.4	..	..
	Anders				13.7 [3]	4.2 [4]			15.1 [5]	0.15 [6]	13.7 [3]	
België	OECD[1]	..	..	..	..	..	..	..	..	..	14.8	..
	Anders	9.7 [7]				6 [4] 13.4 [5]				0.3 [6]	14.4 [8] **	
Duits-land	OECD[1]	9.6	9.7	9.8	10	10.1	10.2	10.3	10.5	10.7	11.0	..
	Anders	9.6 [9]		9.9 [3]		9.7 [4]	7.7 [10] 8.5 [11]	7.8 [5]		10.8 [6] 13.8 [12]	9.6 [9] 8.0 [10] 8.9 [11]	
UK	OECD[1]	8.7	9	9.3	9.7	9.8	10.1	9.7	9.5	9.5	9.7	9.5
	Anders	8.8 [9]				9.2 [4]	9.1 [13]	10.8 [13]			8.1 [14] 10.3 [6] 10 [15]	
USA	OECD[1]	10.2	10.2	10.2	10.1	10.3	10.4	10.5	10.6	10.8	10.8	..
	Anders	9.1 [9] 11 [16]	10.9 [16]	11.1 [16]	11.0 [16]	8.25 [17] 10.4 [16]	9.8 [6] 11.3 [16]			8.5 [17] 8.6 [18,19]		10.1 [20] 8.6 [21]
CA		5.3 [22]				5.8 [16]			6.4 [16]	6.4 [17,22]		6.4 [23]
NC										8.9 [17]		9.5 [23]
CAN	OECD[1]	10.1	10	9.4	8.5	8.5	8.7	8.8	9	9.2	9.4	..
	Anders	10.0 [24] 9.9 [9] 7.6 [25]	7.5 [25]	7.4 [25]	9.7 [26] 7.6 [25]	9.9 [4] 7.7 [25]	7.8 [25]	9.6 [24] 10.0 [6] 7.8 [25]	7.85 [25]	7.85 [25]	7.9 [25]	
AL											9.1 [25]	
QU											9.6 [25] 8.5 [27]	

\* OECD geeft aan dat "Data refer to practising nurses. Practising nurses are defined as those providing care directly to patients" voor NL, D, UK, en CAN; voor USA geeft OECD aan dat "Data refer to professionally active nurses. They include practising nurses plus other nurses working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of nurses)"; voor B geeft OECD aan dat het gaat om "all nurses who are licensed to practice". Verder geeft OECD aan dat "practising nurses include professional nurses and associate professional nurses"

\*\* En dat is exclusief de zorgkundigen, die er ook 5.8 per 1000 zijn [8] !

## 4.2 Aantal artsen

Tabel 4.2 Artsen-dichtheid per 1000 inwoners

Land	jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	bron											
Neder- land	OECD[1]	2.4	2.5	2.5	2.6	2.6	2.7	2.7	2.8	2.9	..	..
	Anders			3.1 [3]					3.9 [5,6]			
België	OECD[1]	2.8	2.8	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	..
	Anders			4.5 [3]		4.2 [5]	4.1 [28]	4.1 [28]		4.1 [28] 3.0 [6]	4.3 [8]	
Duits- land	OECD[1]	3.3	3.3	3.3	3.4	3.4	3.4	3.5	3.5	3.6	3.6	..
	Anders				3.4 [3]	3.7 [3]	2.0 [11]	3.5 [5]		3.5 [6] 3.9 [12]	2.2 [11]	
UK	OECD[1]	2	2	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.5	2.6	2.7	2.7
	Anders	2.0 [14]		2.1 [3]							2.7 [6,14]	
USA	OECD[1]	2.3	2.3	2.3	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	..
	Anders					2.7 [6]						
CAN	OECD[1]	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.2	2.3	2.4	..
	Anders							1.9 [6]				

## 4.3 Reflectie aantal zorgprofessionals

Voorgaande tabellen laten grote verschillen zien tussen landen (bijvoorbeeld in 2009 in België een verpleegkundigen-dichtheid van 14.8 versus 9.4 in Canada). Maar er zijn ook verschillen tussen bronnen voor eenzelfde land (bv. voor NL in 2007 vinden we een verpleegkundigen-dichtheid van zowel 8.3 als 15.1 en voor Canada in 2006 vinden we 7.8; 8.8; 9.6; en 10.0). Verder kunnen er in een land ook aanzienlijke regionale verschillen zijn. Bijvoorbeeld in de USA in 2008 was de landelijke verpleegkundigen-dichtheid 8.5 maar varieerde fors per staat (bv. 13.3 in South Dakota versus 6.0 in Utah en 6.4 in California en 8.9 in NorthCarolina) [17].

Overigens geven de OECD-data [1] informatie dat de verschillen nog groter zijn als een grotere selectie van landen genomen wordt: niet alleen in verpleegkundigen-dichtheid (bv. in 2009 hadden Spanje, Griekenland en Turkije een respectievelijke verpleegkundigen-dichtheid van 4.9, 3.3 en 1.5) maar ook in de verhouding tussen verpleegkundigen- en artsen-dichtheid (bv. in 2009 waren in Griekenland 3.3 verpleegkundigen op 6.1 artsen per 1000 inwoners en in Turkije 1.5 verpleegkundigen op 1.6 artsen, terwijl in de door ons bestudeerde landen altijd veel meer verpleegkundigen dan artsen waren).

Een voordeel van de OECD cijfers is dat we vanuit eenzelfde bron getallen hebben voor alle landen en bovendien in een tijdsreeks van 10 jaar. Echter de OECD verzamelt de gegevens niet zelf, maar is afhankelijk van bronnen binnen de respectievelijke landen, die ofwel zelf data aanleveren aan de OECD, dan wel documenten produceren die de OECD kan analyseren.

Dat betekent dat de OECD cijfers net zo goed (of slecht) zijn als de bronnen waaruit de OECD put. Dit betekent ook dat de cijfers van de landen niet zomaar met elkaar vergeleken kunnen worden, omdat de verzamelingsmethode per land kan verschillen. De verschillen kunnen te maken hebben met werkelijke verschillen tussen het aantal verpleegkundigen per land, maar kunnen evengoed te maken hebben met definitieverschillen (Wat is een verpleegkundige? Om welke niveaus gaat het? Is er

onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen en verloskundigen?), met methodeverschillen (Betreft het verpleegkundigen die geregistreerd zijn een nationaal register? Of betreft het werkzame verpleegkundigen? Of betreft het werkzame verpleegkundigen, werkzaam in de directe zorg? Zijn het landelijk verzamelde data of betreft het een extrapolatie van een steekproef? Zijn het ‘hoofdelijke’ tellingen of zijn het FTE’s?) en met fouten in de cijfers.<sup>1</sup> Dit alles maakt het moeilijk om landen te vergelijken voor wat betreft aantallen verpleegkundigen.

Dat de verschillen mogelijk te maken kunnen hebben met een andere bevolkings-samenstelling (meer zorgbehoevende 65-plussers) blijkt weinig waarschijnlijk. Zo heeft Duitsland met 7% meer 65-plussers dan de USA geen grotere verpleegkundigen-dichtheid en België met de grootste verpleegkundigen-dichtheid heeft niet heel veel meer 65-plussers dan bijvoorbeeld de UK.

In eerste instantie leek het interessant om aantallen verpleegkundigen af te zetten tegen aantallen artsen. Echter, de onnauwkeurigheid in het aantal verpleegkundigen, speelt op een vergelijkbare manier bij de cijfers over artsen. Wanneer deze twee in een ratio ten opzichte van elkaar worden gebracht, worden de onzekerheid en foutmarge vermenigvuldigd en heeft het dan ook weinig zin om die verhoudingen te presenteren.

Als de (OECD)cijfers longitudinaal bekeken worden en in verhouding tot de toename van 65-plussers in een land, dan is er niet een evenredige of een duidelijke relatie met een af/toename in verpleegkundigen-dichtheid. Variaties in verpleegkundigen-dichtheid over de tijd kunnen dan ook niet uit een veranderende zorgvraag verklaard worden. Wellicht zijn de schommelingen te wijten aan andere factoren zoals economische conjunctuur, toelatingsbeleid op verpleegkundige opleidingen, aantrekkelijkheid van het beroep, etc. Of het kan zo zijn dat het aantal verpleegkundigen relatief stabiel blijft bij een toenemende zorgvraag en dat het hiaat wordt opgevuld door verpleegondersteunende beroepen, die niet in de statistieken zijn opgenomen.

#### 4.4 Referenties

1. OECD. OECD Health Data 2011. 2011. Paris, OECD.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population statistics. 2011. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
3. Busse R, Riesberg A: **Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland**. *Health Systems in Transition* 2005, 6.
4. Robinson S, Griffiths P: *Nursing education and regulation: international profiles and perspectives*. National Nursing Research Unit; 2007.
5. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Wester G, Devillé W *et al.*: **The Netherlands. Health system review**. *Health Systems in Transition* 2010, 12.

---

<sup>1</sup> Een goed voorbeeld hoe de manier van tellen invloed heeft is te vinden in een Duits rapport [12] dat zowel hoofdelijke als FTE-cijfers presenteert van 2008 (N.B.: het OECD-cijfer voor dit jaar bedraagt 10.7): als de hoofdelijke telling wordt gebruikt resulteert dit in een verpleegkundigen-dichtheid van 13.8, terwijl als de FTE-telling wordt gebruikt wordt de dichtheid 10.2; als echter ook nog de assistent-verpleegkundigen worden meegerekend bij de nursing workforce komt de dichtheid op 16.8 hoofdelijk en 12.4 FTE; en in dit Duitse rapport zijn geen cijfers te vinden over de kinderverpleegkundigen, die wel in andere bronnen staan: de vraag is of die opgenomen zijn onder een andere categorie of simpelweg vergeten zijn.

6. WHO. Global Health Observatory Data Repository. Health workforce, infrastructure, essential medicines, Health workforce. 2011.
7. Pacolet J, Merckx S: *Manpowerplanning voor de verpleegkunde en vroedkunde in België: synthese*. Federal overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2006.
8. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Jaarstatistieken Gezondheidsberoepen in België: Aantal beroepsbeoefenaars 31/12/2009 en instroom 2009*. Brussel: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2010.
9. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J: *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. Paris: OECD; 2005.
10. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Berufe im Spiegel der Statistik. 2010.
11. Bundesagentur für Arbeit, *Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland*. Nürnberg: 2010.
12. Isfort M, Weidner F: *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.; 2010.
13. Longley M, Shaw C, Dolan G: *Nursing: Towards 2015. Alternative Scenarios for Healthcare, Nursing and Nurse Education in the UK in 2015*. Welsh Institute for Health and Social Care, Faculty of Health Sport and Science, 2007.
14. Boyle S: **United Kingdom (England). Health system review**. *Health Systems in Transition* 2011, **13**.
15. Attree M, Flinkman M, Howley B, Lakanmaa RL, Lima-Basto M, Uhrenfeldt L: **A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England**. *Journal of Nursing Management* 2011, **19**: 786-802.
16. Aiken LH, Cheung RB: *Nurse Workforce challenges in the United States: Implications for policy*. *OECD Health Working Papers No35*. OECD; 2008.
17. US Department of Health and Human Services - Health Resources and Services Administration: *The Registered Nurse Population. Findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses*. 2010.
18. Bureau of Labor Statistics. Employment by industry, occupation, and percent distribution, 2008 and projected 2018. 2008.
19. Bureau of Labor Statistics: *Registered Nurses*. 2010.
20. ICN International Council of Nurses: *Nursing Workforce Profile. Database summary*. Geneva: International Council of Nurses; 2010.
21. American Nurses Association: *Employment and Earnings of Registered Nurses in 2010*. 2011.
22. Bates T, Dower C: *California Nurses Facts and Figures*. California HealthCare Foundation; 2010.
23. Statehealthfacts.org. Registered Nurses per 100,000 Population, 2010. 2011. Statehealthfacts.org.
24. Canadian Institute for Health Information: *Canada's Health care Providers, 1997 to 2006. A reference Guide*. Ottawa: 2008.
25. Canadian Institute for Health Information: *Regulated Nurses: Canadian Trends, 2005 to 2009*. **Canadian Institute for Health Information**; 2010.
26. Pyper W: **Employment trends in nursing**. *Perspectives on Labour and Income* 2004, **5**: 5-17.
27. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Portrait Sommaire Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010*. =Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2010.
28. Gerkens S, Merkur S: **Belgium. Health system review**. *Health Systems in Transition* 2010, **12**: 1-266.



## 5 Voorbehouden handelingen & taakdelegatie

In dit hoofdstuk komen handelingen aan bod die voorbehouden zijn aan een bepaalde beroepsgroep, maar onder condities door een andere worden uitgevoerd. In de analyse zal onderscheid gemaakt worden naar handelingen die typisch onder het medisch domein vallen en naar verpleegkundigen worden gedelegeerd en naar handelingen die typisch binnen het verpleegkundig domein horen en worden gedelegeerd naar niet-verpleegkundigen.

### 5.1 België

In België bestaat er een wettelijk vastgelegde lijst met “technische verpleegkundige verstrekkingen” en met activiteiten die geneeskundigen aan verpleegkundigen kunnen toevertrouwen [1-4].

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in B1 en B2 handelingen (de volledige lijst is opgenomen in Bijlage 4):

- B1 = prestaties waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is  
(bv. plaatsen van een intraveneuze katheter in een perifere vene, bloedafneming en intraveneuze perfusie met een isotonische zoutoplossing, eventueel met gebruik van een debietregelaar)
- B2 = prestaties waarvoor een voorschrift van de arts nodig is.  
(bv. Voorbereiding, uitvoering van en toezicht op verwijderen van cutaan hechtingsmateriaal, wieken, drains en cutane katheters)

Naast de B1 en B2 handelingen, zijn er nog de C-handelingen ‘de toevertrouwde medische handelingen’, die artsen aan verpleegkundigen kunnen toevertrouwen, nl.:

- Voorbereiding en toediening van chemotherapeutische middelen en isotopen
- Voorbereiding en toepassing van therapieën met radioactieve materialen en met stralingsapparatuur
- Beoordeling van de parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels
- Bediening van toestellen voor medische beeldvorming
- Analyses, die tot de klinische biologie behoren, op lichaamsvochten, excreties, urine en vol bloed door middel van eenvoudige technieken in de nabijheid van de patiënt uitgevoerd, onder de verantwoordelijkheid van een erkend klinisch laboratorium
- Voorbereiding en toediening van vaccins, in aanwezigheid van een arts
- Vervanging van de externe tracheacanule
- Het debrideren van decubituswonden
- Voorbereiding, assistentie, instrumenteren en postoperatieve zorg bij keizersnede
- Het uitvoeren van de handelingen [...] tijdens de zwangerschap, de bevalling en het postpartum, in zover deze betrekking hebben op pathologie of afwijkingen al dan niet veroorzaakt door de zwangerschap en in het kader van de

multidisciplinaire samenwerking binnen de voor de betrokken pathologie gespecialiseerde diensten

- Bloedafneming door arteriële punctie

Een verpleegkundige is bevoegd is voor de genoemde toevertrouwde handelingen, maar het Koninklijk Besluit bepaalt ook dat ze bekwaam dient te zijn: *“Het bekwaam zijn is een individuele beoordeling en hangt af van de opleiding en de ervaring van de verpleegkundige zelf. Indien aan een verpleegkundige gevraagd wordt handelingen te stellen die hij onvoldoende beheerst of niet veilig kan uitvoeren dan dient de verpleegkundige te weigeren en dit onmiddellijk te melden aan zijn hiërarchische overste en aan de opdrachtgevende arts”* [1].

Bovendien stelt de wetgeving dat de uitvoering van de verstrekkingen door verpleegkundigen beschreven moet zijn in standaardverpleegplannen. De verstrekkingen mogen door allerlei types verpleegkundigen worden uitgevoerd, maar ziekenhuisassistenten mogen deze alleen doen onder toezicht van een gegradueerd of gebrevetteerd verpleegkundige [4].

Verder is het relevant dat er nog andere B1, B2 en C handelingen (bv. intubatie, plaatsen intra-osseuse katheter, ..) zijn die alleen uitgevoerd mogen worden door verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid in een bepaald veld [4].

Aan de andere kant van het spectrum bestaat een lijst met activiteiten die een verpleegkundige aan een zorgkundige mag overdragen. Zorgkundigen mogen hun activiteiten enkel verrichten wanneer ze zijn toevertrouwd door een verpleegkundige. Verpleegkundigen kunnen die delegatie op elk moment beëindigen. De activiteiten die zorgkundigen onder toezicht van een verpleegkundige mogen uitvoeren zijn wettelijk vastgelegd en omvatten de activiteiten in het volgende kader [5].

**Verpleegkundige activiteiten die zorgkundigen mogen uitvoeren:**

- Het observeren en signaleren bij de patiënt/resident van veranderingen op het fysische, psychisch en sociaal vlak binnen de context van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
- Het informeren en adviseren van de patiënt/resident en zijn familie conform het zorgplan, voor wat betreft de toegestane technische verstrekkingen
- Het bijstaan van de patiënt/resident en zijn omgeving in moeilijke momenten
- Mondzorg
- Het verwijderen en heraanbrengen van kousen ter preventie en/of behandeling van veneuze aandoeningen, met uitsluiting van compressietherapie met elastische verbanden
- Het observeren van het functioneren van de blaassonde en het signaleren van problemen
- Hygiënische verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is
- De orale vochtinname van de patiënt/resident bewaken en het signaleren van problemen
- De patiënt/resident helpen bij inname van geneesmiddelen via orale weg, nadat het geneesmiddel door middel van een distributiesysteem, door een verpleegkundige of een apotheker werd klaargezet en gepersonaliseerd
- De vocht- en voedseltoediening bij een patiënt/resident langs orale weg helpen verrichten, uitgezonderd bij slikstoornissen en bij sondevoeding
- De patiënt/resident in een functionele houding brengen met technische hulpmiddelen en het toezicht hierop, conform het zorgplan
- Hygiënische verzorging van patiënten/residenten met een dysfunctie van de ADL, conform het zorgplan
- Vervoer van patiënten/residenten, conform het zorgplan
- Toepassing van de maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels, conform het zorgplan
- Toepassing van de maatregelen ter voorkoming van infecties, conform het zorgplan
- Toepassing van de maatregelen ter voorkoming van decubitusletsels, conform het zorgplan
- Het meten van de polsslag en de lichaamstemperatuur en het meedelen van de resultaten
- De patiënt/resident helpen bij niet steriele afname van excreties en secreties

## 5.2 Duitsland

De federale regering heeft in het kader van de gezondheidszorghervorming pilot-projecten opgezet waarin van oudsher medische taken worden overgedragen aan verpleegkundigen [6,7]. Diagnostiek, differentiële diagnostiek en therapie zijn taken die van origine door artsen uitgevoerd worden en niet delegerbaar zijn [6].

Ook de *Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht* (DGMR) heeft in 2008, met het oog op deze taakverschuiving ingezet door de federale regering, haar mening over de delegatie van medische verantwoordelijkheden uiteengezet [7].

Wat de DGMR [7] betreft zijn de volgende taken

- door artsen delegerbaar:
  - o laboratoriumdiensten,
  - o verwisselen katheter,
  - o verwisselen eenvoudige verbanden
  - o en radiologische diensten.
- door artsen bij uitzondering delegerbaar (bij voldoende kwalificaties en ervaring van de niet-arts):
  - o injecties,
  - o infusen aanbrengen
  - o en bloed afnemen [7].

Het *Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht* stelt verder dat bij taaksubstitutie ook de verantwoordelijkheid op de ontvanger (niet-arts) moet overgaan [7]. Ook de German Union of Orthopedic and Trauma Surgery stelt dat bij taaksubstitutie de

verantwoordelijkheid op de ontvanger (niet-arts) moet overgaan, terwijl bij taakdelegatie de verantwoordelijkheid bij de arts blijft liggen [6].

Op basis van de jarenlange ervaring die het Universitair Ziekenhuis Freiburg heeft met *Pflegeexperten* wijst zij de volgende praktijkdomeinen aan als het domein van de *Pflegeexpert*: directe patiëntenzorg, advisering, ondersteuning en controle van verpleegkundigen, ontvangst en ontwikkeling van verpleegkundigencompetenties, advisering van het management, kwaliteit- en organisatieontwikkeling, overdracht tussen theorie en praktijk, verpleegkundig onderzoek, PR, begeleiding en training van medewerkers, ondersteuning van verpleegkundigen in complexe zorgsituaties, het definiëren van professionele verpleegkundige kwaliteitseisen [8].

Uit survey onderzoek (*DBfK-Meinungsumfrage 2008/09*, N=3048) onder verpleegkundigen geeft 50,2% van de respondenten aan meer dan 20% van de werktijd kwijt te zijn aan taken die niet bij hun functie horen (zoals het duwen van eetwagens). Maar aan de andere kant geeft 31,8% van de respondenten aan dagelijks één tot vijf handelingen te verrichten waarvoor ze niet toereikend gekwalificeerd zijn [9].

### **5.3 Verenigd Koninkrijk**

In de door ons gevonden literatuur gaat het weinig over voorbehouden medische handelingen die naar verpleegkundigen worden geschoven (behalve medicatie voorschrijven [10-19]), maar wel relatief veel over het delegeren van verpleegkundige taken naar healthcare assistants/support workers [20-23].

Opvallend is dat de literatuur niet gaat over lijsten met activiteiten die gedelegeerd kunnen worden naar ondersteunend personeel, maar wel over de voorwaarden. Zo stelt de RCN [23] dat de RN zich er van moet verzekeren dat de taak die ze delegeert noodzakelijk is, dat het in het belang van de patiënt is, dat de support worker de taak begrijpt en weet hoe die uit te voeren, dat de support worker de benodigde vaardigheden en competenties heeft voor die taak en dat de support worker duidelijk de taak en de verantwoordelijkheid aanvaardt. Verder moet er documentatie komen en is de RN verantwoordelijk voor de evaluatie van de uitgevoerde taak.

Wat het medicatie voorschrijven betreft, blijkt uit de systematische review van Kroezen et al. [14] dat er ‘independent prescribers’ zijn die kunnen voorschrijven uit de gehele ‘British National Formulary (BNF)’, naast ‘supplementary prescribers’ die ook uit de gehele BNF kunnen voorschrijven mits ze zijn opgenomen in het klinisch verpleegplan dat gefiatteerd is door de independent prescriber, de verpleegkundige en de patiënt. ‘Community practitioner nurse prescribers’ hebben een beperkter formularium waaruit ze kunnen voorschrijven.

## 5.4 Verenigde Staten van Amerika

Omdat de regelingen van voorbehouden handelingen op het niveau van de staten worden getroffen, wordt geen landelijk beeld geschetst maar worden twee staten uitgelicht. Wel is door de National Council of State Boards of Nursing advies gegeven hoe de individuele State Boards het delegeren naar niet-verpleegkundigen kunnen organiseren en waar ze op moeten letten [24]; in deze publicatie wijzen ze overigens op de vele verschillen per staat.

### 5.4.1 California

In California worden het werkveld en taken van verpleegkundigen onderscheiden in verschillende functies [25], genoemd in het nu volgende kader.

- **independent functions:**
  - direct and indirect patient care services that insure the safety, comfort, personal hygiene and protection of patients, and the performance of disease prevention and restorative measures. (Indirect services include delegation and supervision of patient care activities performed by subordinates)
  - the performance of skin tests, immunization techniques and withdrawal of human blood from veins and arteries
  - observation of signs and symptoms of illness, reactions to treatment, general behavior, or general physical condition and determination of whether these exhibit abnormal characteristics; and based on this determination, the implementation of appropriate reporting or referral, or the initiation of emergency procedures.
- **dependent functions:**
  - direct and indirect patient care services, including, but not limited to, the administration of medications and therapeutic agents necessary to implement a treatment, disease prevention, or rehabilitative regimen ordered by and within the scope of licensure of a physician, dentist, podiatrist or clinical psychologist
- **interdependent functions:**
  - appropriate standardized procedures or changes in treatment regimen in accordance with standardized procedures after observing signs and symptoms of illness, reactions to treatment, general behavior, or general physical condition, and determining that these exhibit abnormal characteristics. These activities overlap the practice of medicine and may require adherence to a standardized procedure when it is the nurse who determines that they are to be undertaken.

De term voor voorbehouden handeling is hier ‘standardized procedures’, gedefinieerd als en onderverdeeld in [26]:

*“Standardized procedures,” as used in this section, means either of the following:*

*(1) Policies and protocols developed by a health facility licensed pursuant to Chapter 2 (commencing with Section 1250) of Division 2 of the Health and Safety Code through collaboration among administrators and health professionals including physicians and nurses.*

*(2) Policies and protocols developed through collaboration among administrators and health professionals, including physicians and nurses, by an organized health care system*

*which is not a health facility licensed pursuant to Chapter 2 (commencing with Section 1250) of Division 2 of the Health and Safety Code.  
The policies and protocols shall be subject to any guidelines for standardized procedures that the Division of Licensing of the Medical Board of California and the Board of Registered Nursing may jointly promulgate. If promulgated, the guidelines shall be administered by the Board of Registered Nursing.*

Standardized procedures zijn dus protocollen die door gezondheidszorginstellingen worden opgesteld, en later door de Medical en door de Nursing Board van de staat worden goedgekeurd. Er is dus geen ‘lijst’ met voorbehouden handelingen voor de hele staat, maar per instelling.

Als algemene regel geldt dat voor alles wat onder de scope van geneeskunde valt<sup>1</sup>, de verpleegkundige een ‘standardized procedure’ nodig heeft om iets hieruit te kunnen doen. Echter sommige medische zaken zijn in de loop der jaren zo’n gewoon onderdeel van de verpleegkunde geworden dat er geen standardized procedure meer nodig voor is (bv. toediening van medicatie dmv injectie).

Er is een criterialijst ontworpen waaraan een standardized procedure moet voldoen (zie kader).

#### **Criteria voor standardized procedures in California**

1. Be in writing, dated and signed by the organized health care system personnel authorized to approve it.
2. Specify which standardized procedure functions registered nurses may perform and under what circumstances.
3. State any specific requirements which are to be followed by registered nurses in performing particular standardized procedure functions.
4. Specify any experience, training and/or education requirements for performance of standardized procedure functions.
5. Establish a method for initial and continuing evaluation of the competence of those registered nurses authorized to perform standardized procedure functions.
6. Provide for a method of maintaining a written record of those persons authorized to perform standardized procedure functions.
7. Specify the scope of supervision required for performance of standardized procedure functions, for example, telephone contact with the physician.
8. Set forth any specialized circumstances under which the registered nurse is to immediately communicate with a patient's physician concerning the patient's condition.
9. State the limitations on settings, if any, in which standardized procedure functions may be performed.
10. Specify patient record-keeping requirements.
11. Provide for a method of periodic review of the standardized procedures.

Met betrekking tot medicatie uitgeven (dispense) stelt de Californische wetgeving dat ‘*a registered nurse may dispense drugs or devices upon an order by a licensed physician*

<sup>1</sup> *De scope of medicine wordt gedefinieerd als “to diagnose mental and physical conditions, to use drugs in or upon human beings, to sever or penetrate the tissues of human beings and to use other methods in the treatment of diseases, injuries, deformities or other physical or mental conditions.” [25].*

and surgeon if the nurse is functioning within a licensed clinic' [26]. Verder geeft deze wetgeving aan dat het voor een zorginstelling verboden is om een RN aan te nemen die uitsluitend met medicatie uitgeven is belast, en dat verdovende middelen (controlled substances) niet onder de term medicatie vallen (N.B.: voor nurse practitioners is het wel toegestaan om uit deze categorie medicatie dingen uit te geven).

Dezelfde wet [26] bevat verder een lijst van handelingen die uitsluitend door RNs en niet door lager geschoolden mogen worden uitgevoerd; het betreft:

1. Administration of medication.
2. Venipuncture or intravenous therapy.
3. Parenteral or tube feedings.
4. Invasive procedures including inserting nasogastric tubes, inserting catheters, or tracheal suctioning.
5. Assessment of patient condition.
6. Educating patients and their families concerning the patient's health care problems, including postdischarge care.
7. Moderate complexity laboratory tests.

De California board of Vocational Nurses and Psychiatric Technicians [27] heeft een lijst gemaakt van zaken die LVNs mogen doen en de condities waaronder (zie kader).

- A licensed vocational nurse *when directed by a physician and surgeon* may do all of the following:
- (a) Administer medications by hypodermic injection.
  - (b) Withdraw blood from a patient, if prior thereto such nurse has been instructed by a physician and surgeon and has demonstrated competence to such physician and surgeon in the proper procedure to be employed when withdrawing blood, or has satisfactorily completed a prescribed course of instruction approved by the board, or has demonstrated competence to the satisfaction of the board.
  - (c) Start and superimpose intravenous fluids if all of the following additional conditions exist:
    - a. The nurse has satisfactorily completed a prescribed course of instruction approved by the board or has demonstrated competence to the satisfaction of the board.
    - b. The procedure is performed in an organized health care system in accordance with the written standardized procedures adopted by the organized health care system as formulated by a committee which includes representatives of the medical, nursing, and administrative staffs.
  - (d) may perform: (1) tuberculin skin tests, coccidioidin skin tests, and histoplasmin skin tests, providing such administration is within the course of a tuberculosis control program, and (2) immunization techniques, providing such administration is upon standing orders of a supervising physician, or pursuant to written guidelines adopted by a hospital or medical group with whom the supervising physician is associated. The supervising physician under whose direction the licensed vocational nurse is acting pursuant to subdivision (a) shall require such nurse to: (1) Satisfactorily demonstrate competence in the administration of immunizing agents, including knowledge of all indications and contraindications for the administration of such agents, and in the recognition and treatment of any emergency reactions to such agents which constitute a danger to the health or life of the person receiving the immunization; and (2) Possess such medications and equipment as required, in the medical judgment of the supervising physician and surgeon, to treat any emergency conditions and reactions caused by the immunizing agents and which constitute a danger to the health or life of the person receiving the immunization, and to demonstrate the ability to administer such medications and to utilize such equipment as necessary.

Voor nurse practitioners is er een aparte wet gemaakt [28], waarin extra ‘standardized procedures’ uitsluitend voor NPs worden aangegeven, namelijk:

- bestellen van ‘durable medical equipment’
- na lichamelijk onderzoek en in samenspraak met een arts, het vaststellen van (blijvende) invaliditeit
- na consultatie van een arts, vaststellen, ondertekenen, aanvullen en veranderen van een behandelplan voor personen die thuiszorg ontvangen
- medicatie voorschrijven en uitgeven

### 5.4.2 North-Carolina

Er wordt onderscheid gemaakt in wat een RN mag doen [29,30], wat een LPN mag doen [31] en wat ‘unlicensed assistive personnel’ (UAP) mag doen [32-34]. Een voorbeeld van wat een RN wel en een LPN niet mag doen is het voorlichten en aanleren van dingen aan patiënten.

Wat medische voorbehouden handelingen betreft, is door de Nursing Board [35] aangegeven wat een RN, LPN of nurse aide mag doen. Een voorbeeld met betrekking intraveneuze toegang en infusiotherapie [36] ziet u hieronder.



P.O. BOX 2129  
Raleigh, NC 27602  
(919) 782-3211  
FAX (919) 781-9461  
Nurse Aide II Registry (919) 782-7499  
www.ncbon.com

#### INFUSION THERAPY/ACCESS PROCEDURES

##### Position Statement for RN, LPN, and NAII Practice

The following table outlines the Board approved Infusion Therapy and Access activities. **IMPORTANT: BEFORE assigning, delegating, or accepting responsibility for any of these procedures, agency policies/procedures, formal education/training, and competency validation for the authorized level of provider MUST first be in place.**

Activity	Procedure	RN	LPN	NAII
Collection of blood samples	Phlebotomy	X	X	X*
	Arterial puncture	X	X	
	Central line access	X	X	
	PICC Line	X	X	
Pressure monitoring and manipulation of catheters	Pulmonary artery wedge pressures/Cardiac outputs	X		
	Central Venous Pressure	X		
Assistive Activities	Assemble/flush tubing during set up	X	X	X
	Monitor flow rate	X	X	X
	Site care/dressing change	X	X	X
Intravenous access (insertion)	Peripheral access	X	X	
	Femoral vein cannulation	X		
	Jugular vein cannulation	X		
	Umbilical artery	X		
	Umbilical vein	X		
	Intraosseous	X	X	
	Peripheral Insertion of Central Catheter (PICC)	X		
	Peripheral Insertion of Midline Catheter	X		
	IV Push	X	X	
Medication, Fluid, or Blood Product Administration via (see exceptions on next page)	Peripheral route	X	X	
	PICC line	X	X	
	Midline catheter	X	X	
	Central catheter/implanted port	X	X	
	Epidural/Caudal catheter	X		
	Intraosseous	X	X	
	Intrathecal catheter	X	X	
	Intraoral infiltrates	X		
	Body cavity/organ via existing access device	X		
	Cranial intraventricular via reservoir	X	X	
	Removal of IV access device	Peripheral	X	X
PICC line	X	X		
Midline catheter	X	X		
Central venous/arterial catheters	X	X		
Epidural/Caudal catheter	X	X		
Intraosseous	X	X		
Intrathecal catheter	X	X		



De Nursing Board [37,38] heeft omschreven wanneer en onder welke condities een RN een taak mag delegeren naar ‘unlicensed assistive personnel’:

- het moet gaan over een verpleegkundige taak
- de verpleegkundige heeft de verpleegkundige anamnese afgerond en het verpleegplan gemaakt
- de verpleegkundige is competent om te delegeren naar iemand anders
- de taak die ze wil delegeren moet vaak voorkomen, geen onvoorspelbaar beloop hebben, moet in enkele overzichtelijk stappen uitgevoerd kunnen worden
- de unlicensed assistive persoon moet getraind en bekwaam gevonden zijn om die taak te kunnen aanvaarden
- er moeten standaardverpleegplannen/protocollen voor die taak in de instelling aanwezig zijn
- en er moet supervisie mogelijk zijn.

Voor het delegeren van taken door een LPN aan UAP, gelden extra voorwaarden.

Hiernaast zijn er documenten [39-41] over de scope of practice van Nurse Practitioner en Clinical Nurse Specialists wat deze mogen doen op medisch terrein (zoals diagnose stellen, anamnese afnemen, diagnostische testen aanvragen, etc.).

De regels met betrekking tot medicatie voorschrijven en nurse practitioners in North Carolina is vastgelegd door de Medical Board [41] en staan in onderstaand kader.

**21 NCAC 32M .0109 PRESCRIBING AUTHORITY**

(a) The prescribing stipulations contained in this Rule apply to writing prescriptions and ordering the administration of medications.

(b) Prescribing and dispensing stipulations are as follows:

(1) Drugs and devices that may be prescribed by the nurse practitioner in each practice site shall be included in the collaborative practice agreement as outlined in Rule .0110(b) of this Section.

(2) Controlled Substances (Schedules II, IIN, III, IIN, IV, V) defined by the State and Federal Controlled Substances Acts may be procured, prescribed or ordered as established in the collaborative practice agreement, providing all of the following requirements are met:

(A) the nurse practitioner has an assigned DEA number which is entered on each prescription for a controlled substance;

(B) dosage units for schedules II, IIN, III and IIN are limited to a 30 day supply; and

(C) the supervising physician(s) possesses the same schedule(s) of controlled substances as the nurse practitioner's DEA registration.

(3) The nurse practitioner may prescribe a drug or device not included in the collaborative practice agreement only as follows:

(A) upon a specific written or verbal order obtained from a primary or back-up supervising physician before the prescription or order is issued by the nurse practitioner; and

(B) the written or verbal order as described in Part (b)(3)(A) of this Rule shall be entered into the patient record with a notation that it is issued on the specific order of a primary or back-up supervising physician and signed by the nurse practitioner and the physician.

(4) Refills may be issued for a period not to exceed one year.

(5) Each prescription shall be noted on the patient's chart and include the following information:

(A) medication and dosage;

(B) amount prescribed;

(C) directions for use;

(D) number of refills; and

(E) signature of nurse practitioner.

(6) Prescription Format:

(A) All prescriptions issued by the nurse practitioner shall contain the supervising physician(s) name, the name of the patient, and the nurse practitioner's name, telephone number, and approval number.

(B) The nurse practitioner's assigned DEA number shall be written on the prescription form when a controlled substance is prescribed as defined in Subparagraph (b)(2) of this Rule.

(C) The nurse practitioner may obtain approval to dispense the drugs and devices other than samples included in the collaborative practice agreement for each practice site from the Board of Pharmacy, and dispense in accordance with 21 NCAC 46 .1700, that is hereby incorporated by reference including subsequent amendments of the referenced materials.

## 5.5 Canada

In Canada worden voorbehouden handelingen op provinciaal niveau geregeld. Voorbehouden handelingen noemen ze hier ‘controlled acts’[42] maar ook ‘restricted activities’[43-45] of ‘reserved acts’ (in British Columbia) of ‘activités réservés’ (Québec) [46,47].

### 5.5.1 Alberta

De provincie Alberta heeft een lijst uitgegeven met ‘Health services restricted activities’ [45]. Deze handelingen mogen alleen door (bepaalde) personen uit de ‘regulated workforce’ gedaan worden. Wie de regulated workforce is, is vastgelegd in de Health Professions Act [48] en wie wat mag doen wordt vervolgens door een overkoepelende organisatie van een van de ‘regulated professions’ bepaald. Voor de Registered Nurses is dit het College and Association of Registered Nurses of Alberta [43] en voor de Licensed Practical Nurses wordt het geregeld door het College of Licensed Practical Nurses of Alberta [49,50]. Ook voor de RPN is een lijst van toegelaten restricted activities opgesteld [51].

De handelingen mogen alleen gedaan worden als het een regulier onderdeel is van de praktijk in die setting en als de betreffende persoon kennis, kunde en vaardigheid erin heeft.

De restricted activities voor de LPNs worden onderverdeeld in drie categorieën:

- *Basic*-restricted activities taught in the basic practical nurse program;
- *Additional*-restricted activities acquired through experience, on the job, education or post basic education;
- *Specialized*-restricted activities requiring advanced education recognized by the CLPNA.

Op basis van de statements van de respectievelijke beroepsverenigingen, is in Tabel 5.1 weergegeven welke handelingen in principe een LPN, RN, NP en RPN in Alberta mag doen<sup>2</sup>.

De minister kan in overleg met de ‘regulated’ beroepsverenigingen uitzonderingen maken en andere (unregulated) personen toelating geven deze acties uit te voeren, waarbij de Minister ook de voorwaarden stelt waaronder dit mag gebeuren.

---

<sup>2</sup> *Opvallend is dat dit niet geheel overeenkomt met het lijstje uitgegeven door het College of Physicians and Surgeons of Alberta [44]; bv. volgens deze bron zou de LPN wel maar de RN en NP niet ‘set or reset a fracture of a bone’ en zou de LPN niet ‘insert or remove instruments, devices, fingers or hands beyond the point in the nasal passages where they normally narrow’ mogen.*

**Table 5.1 Restricted activities Alberta per beroepsgroep**

	LPN	RN	NP	RPN*
(1) The following, carried out in relation to or as part of providing a health service, <b>are restricted activities</b> :				
- to cut a body tissue, to administer anything by an invasive procedure on body tissue or to perform surgical or other invasive procedures on body tissue	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
o (i) below the dermis or the mucous membrane or	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
o in or below the surface of the cornea;	N	N	N	N
o (ii) in or below the surface of teeth, including scaling of teeth;	N	N	N	N
- to insert or remove instruments, devices, fingers or hands	Y	Y	Y	Y
o (i) beyond the cartilaginous portion of the ear canal,	N	Y	Y	Y
o (ii) beyond the point in the nasal passages where they normally narrow,	Y	Y	Y	Y
o (iii) beyond the pharynx,	Y	Y	Y	Y
o (iv) beyond the opening of the urethra,	Y	Y	Y	Y
o (v) beyond the labia majora,	Y	Y	Y	Y
o (vi) beyond the anal verge, or	Y	Y	Y	Y
o (vii) into an artificial opening into the body;	Y	Y	Y	Y
- to insert into the ear canal	Y	Y	Y	Y
o (i) under pressure, liquid, air or gas;	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
o (ii) a substance that subsequently solidifies;	N	N	N	N
- to set or reset a fracture of a bone;	N	N	N	N
- to reduce a dislocation of a joint except for a partial dislocation of the joints of the fingers and toes;	N	Y	Y	Y <sub>add</sub>
- to use a deliberate, brief, fast thrust to move the joints of the spine beyond the normal range but within the anatomical range of motion, which generally results in an audible click or pop;	N	N	N	N
- to prescribe a Schedule 1 drug within the meaning of the <i>Pharmacy and Drug Act</i> ;	N	N	Y	N
- to dispense, compound, provide for selling or sell a Schedule 1 drug or Schedule 2 drug within the meaning of the <i>Pharmacy and Drug Act</i> ;	N	N	Y	Y
- to prescribe parenteral nutrition	N	N	Y	N
- to administer a vaccine	N	Y	Y	Y <sub>add</sub>
- or parenteral nutrition;	N	Y	Y	Y
- to prescribe,	N	N	Y	N
- compound or administer blood or blood products;	N	Y	Y	Y
- to prescribe	N	N	Y	N
- or administer diagnostic imaging contrast agents;	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
- to prescribe	N	N	N	N
- or administer anesthetic gases, including nitrous oxide, for the purposes of anesthesia or sedation;	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
- to prescribe	N	N	Y	N
- or administer radiopharmaceuticals, radiolabelled substances, radioactive gases or radioaerosols;	Y	Y	Y	Y
- to order or apply any form of ionizing radiation in	N	N	Y	N
o (i) medical radiography,	N	N	Y	N
o (ii) nuclear medicine, or	N	N	Y	N
o (iii) radiation therapy;	N	N	N	N
- to order or apply non-ionizing radiation in	N	N	Y	N
o (i) lithotripsy,	N	N	N	N

	LPN	RN	NP	RPN*
o (ii) magnetic resonance imaging, or	N	N	N	N
o (iii) ultrasound imaging, including any application of ultrasound to a fetus;	N	N	Y	N
- to prescribe or fit	N	N	N	N
o (i) an orthodontic or periodontal appliance,	N	N	N	N
o (ii) a fixed or removable partial or complete denture, or	N	N	N	N
o (iii) an implant supported prosthesis;	N	N	N	N
- to perform a psychosocial intervention with an expectation of treating a substantial disorder of thought, mood, perception, orientation or memory that grossly impairs	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
o (i) judgment,	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
o (ii) behaviour,	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
o (iii) capacity to recognize reality, or	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
o (iv) ability to meet the ordinary demands of life;	Y <sub>add</sub>	Y	Y	Y
- to manage labour or deliver a baby;	N	Y	Y	Y
- to prescribe or dispense corrective lenses.	N	N	N	N
(2) Despite subsection (1), the following <b>are not restricted activities</b> : -activities of daily living, whether performed by the individual or by a surrogate on the individual's behalf, -giving information and providing advice with the intent of enhancing personal development, providing emotional support or promoting spiritual growth of individuals, couples, families and groups, and -drawing venous blood				
*RPN=Registered Psychiatric Nurse **Add= For some specialties as dialysis, orthopedics and foot care additional activities are allowed or as a member of a multi-disciplinary team and under direction				

Wat de 'healthcare aides' (HCA) (een trapje onder de LPNs) mogen doen en de condities waaronder, is vastgelegd in een gezamenlijk document van het College and Association of Registered Nurses of Alberta; het College of Licensed Practical Nurses of Alberta en het College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta [52]. Een HCA mag een restricted activity doen, mits toestemming en supervisie van een regulated nurse, en de beroepsvereniging van die regulated nurse heeft toestemming gegeven dat een HCA die restricted activity mag doen en er een regeling is waarin beschreven staat hoe de regulated nurse de uitvoering moet superviseren. De drie beroepsverenigingen van de regulated nurses hebben bijvoorbeeld toestemming gegeven dat HCAs de handelingen 'activities of daily living' en 'insert or remove instruments, devices, fingers or hands, beyond the labia majora and beyond the anal verge' mogen uitvoeren [52]. Hoewel het strikt genomen geen restricted activities zijn, beschouwen de drie verpleegkundige beroepsverenigingen de volgende activiteiten als higher risk als ze door unregulated HCAs worden uitgevoerd: 'assistance with medication', 'taking vital signs' en 'feeding of clients'.

Omtrent het voorschrijven van medicatie door nurse practitioners in Alberta is een apart document met kaders en nadere precisering uitgegeven [53]. In principe kunnen de NPs onafhankelijk voorschrijven.

### 5.5.2 Québec

Voorbehouden (medische) handelingen in Québec zijn wettelijk geregeld via de Wet op de Geneeskunde [54], de Wet op de Verpleegkunde [55] en de Code des Professions [56]. In de Wet op de Geneeskunde worden tien categorieën handelingen genoemd die zijn voorbehouden aan medici, maar eventueel door niet-medici mogen worden gedaan (zie kader).

#### Québec: voorbehouden handelingen

1. diagnostiquer les maladies ;
2. prescrire les examens diagnostiques;
3. utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
4. déterminer le traitement médical;
5. prescrire les médicaments et les autres substances;
6. prescrire les traitements;
7. utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;
8. exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;
9. effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;
10. décider de l'utilisation des mesures de contention.

In de wet op de Verpleegkunde staat dat verpleegkundigen handelingen uit de categorieën 2, 3, 5, 6 en 7 (geel gearceerd in bovenstaand kader) mogen doen. De voorwaarden waaronder een voorbehouden handeling door een niet-medicus mag worden gedaan, zijn onder meer dat er een schriftelijk 'voorschrift' moet zijn, aan een persoon die de kennis, kunde en vaardigheid heeft om die handeling uit te voeren [46,57]. Dit grote kader wordt dan nader gespecificeerd, voor specifieke handelingen zoals intraveneuze therapie [58] of voor diverse velden zoals, verpleegkundigen gespecialiseerd in de cardiologie, neonatologie en andere [59-62]. Behalve verpleegkundigen mogen assistent verpleegkundigen (infirmières auxiliaires) ook sommige voorbehouden handelingen verrichten (bv. venapunctie, vaccinatie, maagsonde plaatsen, bijdragen aan intraveneuze therapie, blaassonde inbrengen en verzorgen van een tracheotomie) [46,47,63].

## 5.6 Reflectie over voorbehouden handelingen en taakdelegatie

In alle geselecteerde landen bestaat wel zoiets als 'voorbehouden' handelingen, die tot het medisch terrein behoren maar door meer (gespecialiseerde) verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd. Daarnaast bestaan er 'voorbehouden' verpleegkundige handelingen die tot het verpleegkundig terrein horen, maar door niet-verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd.

Wat die voorbehouden handelingen precies zijn, verschilt van land tot land. En dat geldt zowel voor medische als de verpleegkundige handelingen. Sommige landen zoals België hanteren zeer gedetailleerde lijsten, terwijl andere landen zoals de UK zich tot meer algemene kaders beperken.

Ook zijn er verschillen in indeling van de handelingen en in de manier waarop de delegatie (wettelijk) geregeld is, bijvoorbeeld over mate van zelfstandigheid of de wijze van toezicht en controle. De regelingen zijn soms op nationaal soms op lokaal of regionaal niveau. Ook de instanties die regelingen uitgeven kunnen verschillen: bv. ministeriële instanties of beroepsverenigingen.

De diversiteit aan beroepen en naamgevingen ervan, plus de hoge mate aan juridisch jargon, maken de regelingen moeilijk vergelijkbaar tussen landen.

Desalniettemin, zijn er opvallende verschillen: in Duitsland bijvoorbeeld wordt bloedafname als uitzonderlijk delegeerbare taak gezien, terwijl dit in Québec door een verpleegassistent mag gebeuren.

Maar ook in één en hetzelfde land kunnen opvallende verschillen bestaan, bv. omtrent medicatie voorschrijven door niet-medici in de verschillende staten van de USA: in 35 staten moet er een dokter betrokken zijn bij het medicatie voorschrijven door een NP, terwijl in 16 andere staten de NP dit zelfstandig kan doen [64].

## 5.7 Referenties

1. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Ministeriële omzendbrief betreffende het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gericht aan de beheersorganen van de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden, de diensten voor thuisverpleging, de artsen en de verpleegkundigen*. 2007.
2. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Koninklijk besluit 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen*. 2007.
3. Technische commissie voor Verpleegkunde: *Verduidelijkingen bij de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de toevertrouwde geneeskundige handelingen op basis van de briefwisseling met de Technische Commissie voor Verpleegkunde*. 2007.
4. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Koninklijk besluit houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 04/09/1990, 25/11/1991, 27/12/1994, 06/06/1997, 02/07/1999, 07/10/2002, 13/07/2006 en 21/04/2007*. 2007.
5. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Koninklijk besluit tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen*. 2006.
6. Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H: **[The delegation of medical services: is it a Trojan horse?]**. *Unfallchirurg* 2008, **111**: 367-370.
7. Wienke A: **[Delegating medical responsibilities to non-medical staff]**. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2008, **102**: 550-554.
8. Mendel S, Feuchtinger J: **[Domains in the clinical practice of Clinical Nursing Experts in Germany and their correspondence with the internationally described "Advanced Nursing Practice"]**. *Pflege* 2009, **22**: 208-216.
9. DBfK-Bundesverband: *Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? - Fakten zum Pflegekollaps*. Berlin: DBfK-Bundesverband; 2009.
10. Bray K, Dawson D, Gibson V, Howells H, Cooper H, McCormick J *et al.*: **British Association of Critical Care Nurses position statement on prescribing in critical care**. *Nurs Crit Care* 2009, **14**: 224-234.
11. Devan N: **Nurse prescribing: uncontrolled experiment or innovation?** *Practice Nursing* 2011, **22**: 284.
12. Farrell C, Molassiotis A, Beaver K, Heaven C: **Exploring the scope of oncology specialist nurses' practice in the UK**. *Eur J Oncol Nurs* 2011, **15**: 160-166.
13. Hemingway S, Ely V: **Prescribing by mental health nurses: the UK perspective**. *Perspect Psychiatr Care* 2009, **45**: 24-35.

14. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL: **Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature.** *BMC Health Serv Res* 2011, **11**: 127.
15. Lovatt P: **Legal and ethical implications of non-medical prescribing.** *Nurse Prescribing* 2010, **8**: 340-343.
16. NMC Nursing & Midwifery Council: *Guidance for continuing professional development for nurse and midwife prescribers.* 2008.
17. NMC Nursing & Midwifery Council: *Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers.* 2006.
18. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain: *Nurse Prescribers' Formulary for Community practitioners 2009-2011.* 2009.
19. Bowskill D: *The Integration of Nurse Prescribing: Case Studies in Primary and Secondary Care.* University of Nottingham; 2009.
20. Gillen P, Graffin S: **Nursing delegation in the United Kingdom.** *Online Journal of Issues in Nursing* 2010, **15**: 6.
21. Hand T: *Assistant Practitioner Scoping Project.* London: Royal College of Nursing; 2010.
22. NMC Nursing & Midwifery Council: *Delegation.* 2008.
23. RCN Royal College of Nursing: *The principles of accountability and delegation for nurses, students, health care assistants and assistant practitioners.* 2011.
24. National Council of State Boards of Nursing: *Working with Others: A Position Paper.* 2005.
25. Board of Registered Nursing: *An explanation of the scope of RN practice including Standardized Procedures.* 2011.
26. Board of Registered Nursing: *California Nursing Practice Act 11/2010.* 2011.
27. Board of Vocational Nursing & Psychiatric Technicians: *Vocational Nursing Practice Act with rules and regulations .* 2011.
28. Board of Registered Nursing: *Nurse Practitioners: Laws & Regulations.* 2010.
29. NC Board of Nursing: *RN Scope of Practice - Clarification .* 2010.
30. NC Board of Nursing: *State of North Carolina: Nursing Practice Act.* 2009.
31. NC Board of Nursing: *LPN Scope of Practice - Clarification .* 2010.
32. NC Board of Nursing: *Roles of Unlicensed Personnel.* 2008.
33. NC Board of Nursing: *Nurse Aide I Tasks.* 2011.
34. NC Board of Nursing: *Nurse Aide II Tasks.* 2011.
35. NC Board of Nursing: *North Carolina Board of Nursing Advisory Statements Activities Within the Scope of Practice for the RN or LPN.* 2009.
36. NC Board of Nursing: *Infusion therapy/Access procedures .* 2009.
37. NC Board of Nursing: *Decision tree for delegation to UAP .* 2007.
38. NC Board of Nursing: *Delegation and assignment of nursing activities .* 2010.
39. NC Board of Nursing: *Clinical nurse specialist practice.* 2010.
40. NC Board of Nursing: *Approval of nurse practitioners .* 2010.
41. North Carolina Medical Board.: *Rules of the North Carolina Medical Board: Approval of Nurse Practitioners.* 2011.
42. Health Professions Regulatory Advisory Council: *A report to the minister of Health and Long-Term Care on the Review of Scope of Practice for Registered Nurses in the Extended Class (Nurse Practitioners).* 2008.
43. College and Association of Registered Nurses of Alberta: *Health Professions Act: Standards for Registered Nurses in the Performance of Restricted Activities.* Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2005.
44. College of Physicians and Surgeons of Alberta: *Physician Supervision of Other Workers' Performance of Restricted Activities.* Edmonton: College of Physicians and Surgeons of Alberta; 2007.
45. Government of Alberta: *Government Organization Act. Revised Statutes of Alberta 2000 Chapter G-10; Current as of December 2, 2010.* 2010.
46. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières.* Westmount: =Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2010.
47. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec: *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Champ d'exercice, activités réservées et autorisées.* Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec; 2011.
48. Government of Alberta: *Health Professions Act. Revised Statutes of Alberta 2000 Chapter H-7; Current as of July 1, 2011.* Edmonton: Alberta Queen's Printer; 2011.
49. College of Licensed Practical Nurses of Alberta: *Competency Profile for Licensed Practical Nurses,* 2nd edn. Edmonton: College of Licensed Practical Nurses of Alberta; 2005.
50. College of Licensed Practical Nurses of Alberta: *Understanding Licensed Practical Nurse Practice and Restricted Activity Authorizations.* Edmonton: College of Licensed Practical Nurses of Alberta; 2007.
51. Government of Alberta: *Health Professions Act. Registered Psychiatric and Mental Deficiency Nurses Profession Regulation. Alberta Regulation 231/2005.* Government of Alberta; 2005.
52. College and Association of Registered Nurses of Alberta, College of Licensed Practical Nurses of Alberta, College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta: *Decision-making standards for nurses in the supervision of health care aides.* College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2010.
53. College and Association of Registered Nurses of Alberta: *Prescribing and Distributing Guidelines for Nurse Practitioners.* Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2004.
54. Ministère de la Justice: *Loi Médicale.* Ministère de la Justice; 2011.
55. Ministère de la Justice: *Loi sur les Infirmières et les infirmiers.* Ministère de la Justice; 2011.
56. Office des Professions du Québec: *Codes des professions.* =Office des Professions du Québec; 2011.
57. Ministère de la Justice: *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire.* 2011.

58. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec: *Fiche d'information: Partage d'activités professionnelles: Contribution a la thérapie intraveineuse*. 2011.
59. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec: *Etendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2006.
60. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec: *Etendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2006.
61. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec: *Etendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2006.
62. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des Médecins du Québec: *Etendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligen*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2008.
63. Province de Quebec: *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. 2011.
64. Pearson L: *The 2011 Pearson Report: A National Overview of Nurse Practitioner Legislation and Health Care Issues*. 2011.



## 6 Beroeps- en belangenorganisaties V&V

### 6.1 België

In België zijn er diverse beroepsverenigingen voor verpleegkundigen [1], opgedeeld naar taal, maar ook naar gezindte en naar specialisatie. Hieronder in het kader een niet uitputtend overzicht:

- Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN)  
<http://www.infirmieres.be>
- Fédération nationale des infirmières de Belgique (FNIB)  
<http://www.fnib.be>
- Deutschsprachige Krankenpflegevereinigung in Belgien (KPVDB)  
<http://www.kpvdb.be>
- Federale Neutrale Beroepsvereniging Verpleegkundigen (FNBV)  
<http://www.fnbv.be/>
- Nationaal verbond van katholieke Vlaamse verpleegkundigen en vroedvrouwen (NVKVV)  
<http://www.nvkvv.be>
- Association francophone des infirmières spécialisées en santé mentale psychiatrique (AFIP)  
<http://www.afip.be>
- Association francophone d'infirmiers(ères) en stomathérapie, cicatrisation et plaies Belgique (AFISCEP)  
<http://www.afiscep.be>
- Association francophone des infirmières de salle d'opération de Belgique (AFISO)  
<http://www.afiso.be>
- Association francophone des infirmiers de santé au travail en Belgique (AFISTEB)  
<http://www.afisteb.be>
- Association francophone des infirmier(e)s d'urgence (AFIU)  
<http://www.afiu.be>
- Association d'infirmier(e)s spécialisé(e)s en éducation du patient (AIEP)  
<http://www.aiep.be>
- Association belge des infirmier(e)s en endoscopie (AIEVV)  
<http://www.aievv.be>
- Association des infirmier(e)s gradué(e)s de pédiatrie (AIGP)  
<http://www.cali.be>
- Belgische vereniging van endoscopieverpleegkundigen (BVEV)  
<http://www.aievv.be>
- De Vlaamse Verpleegunie (VVU)  
<http://www.vlaamseverpleegunie.be/>

Hiernaast bestaan nog 'raden en commissies' die te maken hebben met de verpleging, zowel op provinciaal, gewestelijk en federaal vlak [2]. Ook zijn verpleegkundigen nog vertegenwoordigd in categorale belangenorganisaties als de Nationale Raad voor

Ziekenhuisvoorzieningen en Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en andere.

Tabel 6.1 presenteert de federale raden/commissies met een typerend verpleegkundige opdracht.

**Tabel 6.1 Belgische raden en commissies met een verpleegkundige opdracht**

RADEN & COMMISSIES	
<u>Federale Raad voor Verpleegkunde</u>	De Federale Raad voor Verpleegkunde heeft tot taak aan de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, op diens verzoek of op eigen initiatief, advies te verstrekken over alle aangelegenheden in verband met de verpleegkunde, meer bepaald betreffende de uitoefening van de verpleegkunde en de kwalificatie hiertoe De raad bestaat uit vertegenwoordigers van verpleegkundige organisaties, artsen, autoriteiten op opleidingsgebied en ambtenaren uit het Ministerie
<u>Technische Commissie voor Verpleegkunde</u>	De Technische Commissie voor Verpleegkunde heeft als taak de Minister van Volksgezondheid advies te geven over: - de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen; - de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd; - de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen; - de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen. De commissie bestaat uit vertegenwoordigers van verpleegkundige organisaties en artsorganisatie en een ambtenaar uit het Ministerie
<u>Erkenningscommissie van de Federale Raad voor Verpleegkunde</u>	Deze heeft als opdrachten - Advies geven over de aanvragen om erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden om een beroepstitel of een bijzondere beroepstitel te dragen of zich te beroepen op een bijzondere beroepsbekwaamheid - Nagaan of de voorwaarden voor het behoud van een bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid nageleefd worden - Advies geven over de registratie als zorgkundige - Wanneer bij controle blijkt dat de voorwaarden voor het behoud van een titel of bekwaamheid niet nageleefd worden, geeft de Erkenningscommissie een advies aan de bevoegde minister in verband met de schorsing.
<u>Planningscommissie</u>	De commissie onderzoekt de behoeften op het vlak van het medisch aanbod voor de artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten. Om die behoeften te bepalen, houdt ze rekening met de evolutie van de behoeften op het vlak van de medische zorg, de kwaliteit van de zorgverstrekking, en de demografische en sociologische evolutie van de betrokken beroepen. De commissie evalueert voortdurend de weerslag die de evolutie van deze behoeften heeft op de toegang tot de studies voor voormelde beroepen. Zij bezorgt jaarlijks een verslag aan de Minister van Volksgezondheid over het aantal personen dat toegang zal hebben tot een bepaald gezondheidsberoep. Zij geeft de Minister van Volksgezondheid advies op het vlak van de contingentering. Daarvoor gebruikt de planningscommissie een rekenmodel dat toekomstprojecties maakt.
<u>Federale raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit</u>	Deze raad is opgericht om de initiatieven tot verbetering van de verpleegkundige activiteit te helpen in gang zetten, systematiseren en harmoniseren om gedeelde praktijken die hun nut hebben bewezen te bevorderen. De raad zal dus belast worden met de volgende taken. 1. Het wetenschappelijke aspect van het beroep van verpleegkundige ontwikkelen op basis van Evidence Based Nursing 2. De deelname van verpleegkundigen aan het beleid van evaluatie van de verzorgingsprocessen bevorderen 3. De verspreiding van informatie en de uitwisseling van goede praktijken bevorderen

Tot slot zijn de Belgische verpleegkundigen nog vertegenwoordigd in internationale organisaties als de WENR, ICN, EFN, etc.

Voor de zorgkundigen bestaat de BEFEZO, de Belgische federatie voor zorgkundigen ([www.befezo.be](http://www.befezo.be)), maar de eerder genoemde organisaties van verpleegkundigen rekenen de zorgkundigen ook onder hun doelgroep.

## 6.2 Duitsland

Hier bestaat de Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBP) (<http://www.bildungsrat-pflege.de/>); dit is een overkoepelende organisatie van vijf andere koepelorganisaties (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen, Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland, Berufsverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe en Verband der Schwesternschaften vom DRK). De DBP houdt zich vooral bezig met de ontwikkeling en aanpassing van de kwalificaties voor verpleegkundige beroepen.

Hiernaast is er de Deutscher Pflegerat (<http://www.deutscher-pflegerat.de/home.html>) die zich bezig houdt met de (politieke) belangenbehartiging voor verpleeg- en verloskundigen.

En het Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (<http://www.dbfk.de/>) houdt zich ook bezig met belangenbehartiging en hiernaast ook met kwaliteitsbevordering en richtlijnontwikkeling en verdere bevordering van de verplegingswetenschap. Binnen de DBfK bestaan afdelingen gericht op verpleegkundige specialismen als thuiszorg, oncologie of psychiatrie.

Andere organisaties zoals het Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/dgp/>) en het Bildungsnetzwerk Gesundheits- und Pflegeberufe (<http://www.netzwerk-pflegeschulen.de/>) zijn meer gericht op de opleiding van verpleegkundigen.

Het Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (<http://www.dnqp.de/>) houdt zich bezig met kwaliteitsbevordering en richtlijnontwikkeling.

Naast deze nationale instanties zijn er ook verenigingen op deelstaatniveau.

## 6.3 Verenigd Koninkrijk

De belangrijkste belangenorganisatie van verpleegkundigen (en support personeel) in de UK is het Royal College of Nursing (RCN, <http://www.rcn.org.uk/>) met zijn subafdelingen voor England, Scotland, Wales en Northern Ireland. Behalve belangenbehartiging, ontwikkelt de RCN ook scholingsprogramma's, doet ze wetenschappelijk onderzoek, bevordert ze netwerkvorming en formuleert ze standpunten op actuele gebeurtenissen. Binnen de RCN zijn er communities georganiseerd rond een diversiteit aan thema's, zoals schoolnursing, discharge planning, cardiovasculaire ziekten of jonge verpleegkundigen.

Rondom specialisaties zijn er ook nog aparte verpleegkundige beroepsorganisaties, bijvoorbeeld the British Association of Critical Care Nurses (<http://www.baccn.org.uk/>),

the British Association of Neuroscience Nurses (<http://www.bann.org.uk/>) of the Community and District Nursing Association (<http://www.cdna-online.org.uk/>).

Een belangrijk overheidsorgaan is de Nursing and Midwifery Council (NMC; <http://www.nmc-uk.org/>). Deze NMC formuleert de standaarden waaraan de verpleegkunde opleidingen moeten voldoen, registreert de verpleegkundige beroepsbeoefenaren en geeft de licenties uit om de verpleegkunde te mogen uitoefenen. Bijzondere vermelding verdient de Chief Nursing Officer. Dit is een zeer hooggeplaatste ambtenaar in het Ministerie van Volksgezondheid speciaal belast met alle zaken rondom de verpleging. Ze geeft onder meer expert advies aan de overheid, en vertegenwoordigt de verpleegkundige beroepsgroep in binnen- en buitenland (<http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionalofficers/Chiefnursingofficer/index.htm>).

## **6.4 Verenigde Staten van Amerika**

In de USA is er een zeer grote hoeveelheid beroeps- en belangenorganisaties die gericht zijn op verpleegkundigen. Dit kunnen zowel verenigingen zijn die gericht zijn op bepaalde vakinhoudelijke aspecten en verpleegkundig specialisten op dat gebied, maar ook op opleiding, belangenbehartiging van specifieke verpleegkundige groepen (bv, hispanic, black,..), enz. Sommige organisaties zijn lokaal georganiseerd, andere opereren regionaal of nationaal. In het volgende kader een -niet uitputtend- overzicht van enkele nationaal opererende koepelorganisaties in de USA.

- The American Association of Colleges of Nursing (AACN) (<http://www.aacn.nche.edu/ContactUs/index.htm>)
  - o is the national voice for America's baccalaureate- and higher-degree nursing education programs.
- The American Nurses Association (ANA) (<http://www.nursingworld.org/>)
  - o is the only full-service professional organization representing the interests of the nation's 3.1 million registered nurses through its constituent member nurses associations and its organizational affiliates. The ANA advances the nursing profession by fostering high standards of nursing practice, promoting the rights of nurses in the workplace, projecting a positive and realistic view of nursing, and by lobbying the Congress and regulatory agencies on health care issues affecting nurses and the public.
- The National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) (<https://www.ncsbn.org/index.htm>)
  - o provides education, service, and research through collaborative leadership to promote evidence-based regulatory excellence for patient safety and public protection.
- The American Board of Nursing Specialties (<http://www.nursingcertification.org/>)
  - o We are focused on improving patient outcomes and consumer protection by promoting specialty nursing certification. ABNS member organizations represent more than a half million certified registered nurses worldwide. We have a strong, unified voice. Becoming an ABNS member is the best way to connect with other nursing credentialing organizations and dialogue about the specific issues nurses face
- The National League for Nursing (NLN) (<http://www.nln.org/aboutnln/index.htm>)
  - o the premier organization for nurse faculty, schools of nursing, and leaders in nursing education. Dedicated to excellence in nursing, the NLN offers faculty development, networking opportunities, testing services, nursing research grants, and public policy initiatives to its members, who represent all types of nursing education programs, from doctoral to licensed practical nursing.
- National Organization for Associate Degree Nursing (<https://www.noan.org/>)
  - o Advocate for associate degree nursing education practice, promoting collaboration in charting the future of health care education and delivery. View membership and officer information, and discussion board.
- The National Association for Practical Nurse Education and Service NAPNES (<http://napnes.org/drupal-7.4/>)
  - o is dedicated to the promotion of quality nursing service through the practice of licensed practical nurses and licensed vocational nurses.
- The Nursing Organizations Alliance (<http://www.nursing-alliance.org/>)
  - o is a coalition of nursing organizations united to create a strong voice for nurses. The Alliance provides a forum for identification, education, and collaboration building on issues of common interest to advance the nursing profession.
- The American College of Nurse Practitioners (ACNP), (<http://www.acnpweb.org/>)
  - o is a national, non-profit membership organization whose mission is to ensure a solid policy and regulatory foundation that enables Nurse Practitioners to continue providing accessible, high quality healthcare to the nation. ACNP's unique membership structure consisting of both individual nurse practitioners as well as national and state NP organizations unites the diverse practice specialties of NPs.

Daarnaast zijn er in elke staat “Boards of Nursing”, die omschreven worden als *‘state governmental agencies that are responsible for the regulation of nursing practice. More than 100 years ago, state governments established boards of nursing to protect the public's health and welfare by overseeing and ensuring the safe practice of nursing. Boards of nursing achieve this mission by outlining the standards for safe nursing care and issuing licenses to practice nursing. Once a license is issued, the board's job continues by monitoring licensees' compliance to state laws and taking action against the licenses of those nurses who have exhibited unsafe nursing practice.’*

De State Boards of Nursing hebben een overkoepelende organisatie “The National Council of State Boards of Nursing (NCSBN)”.

In sommige staten bestaat ook een ‘Board of Vocational Nursing & Psychiatric Technicians’ die precies als de Boards of Nursing werkt, maar dan voor de LVN/LPNs.

Verder is er nog The [National Advisory Council on Nurse Education and Practice \(NACNEP\)](#) met de volgende functie: *‘advises the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Congress on policy issues related to the Title VIII programs administered by the HRSA Bureau of Health Professions Division of Nursing, including nurse workforce supply, education and practice improvement’.*

Ook zijn er in de meeste staten Nursing Workforce Centers, die statistieken bijhouden over de nursing workforce en adviezen geven. Deze state-centers hebben een overkoepelend orgaan The Forum of State Nursing Workforce Centers (<http://www.nursingworkforcecenters.org/AboutUs.aspx>) die de lokale centers ondersteunen omtrent welke data en hoe die te verzamelen [3].

## **6.5 Canada**

The Canadian Nurses Association ([www.cna-nurses.ca](http://www.cna-nurses.ca)) is een federatie van elf provinciale registered nurses associations. Ze heeft tot doel het beroep en de praktijk van de verpleegkunde te bevorderen, door onder meer het ontwikkelen van een nationaal examen, nodig voor registratie als verpleegkundige, politieke belangenbehartiging, nationale en internationale vertegenwoordiging van de Canadese verpleegkundigen, het ontwikkelen van richtlijnen en het innemen en publiceren van standpunten rondom actuele zaken. Op provinciaal niveau opereren de deelorganisaties van de CNA met dezelfde doelstellingen. De CNA heeft ook lidorganisaties die georganiseerd zijn rondom een bepaalde specialisaties, zoals bijvoorbeeld the Operating Room Nurses Association of Canada (<http://www.ornac.ca/>).

De Canadian Nursing Foundation (<http://www.cnf-fiic.ca/>) is een stichting die geld beschikbaar stelt voor verpleegkundig onderzoek en scholarships.

## **6.6 Reflectie over beroeps- en belangenorganisaties**

In alle geselecteerde landen is er een scala aan organisaties waarin verpleegkundigen en verzorgenden georganiseerd zijn. Veelal betreft het verenigingen georganiseerd rondom bepaalde specialisaties, die op hun beurt deel uitmaken van een (nationale of regionale) koepelorganisatie.

De koepelorganisaties behartigen (politieke) belangen, vertegenwoordigen de beroepsgroep naar buiten, ontwikkelen initiatieven voor kwaliteitsbevordering en maken richtlijnen voor de beroepsuitoefening.

Hiernaast zijn er in de meeste landen ook speciale regulerende organisaties, die zich richten op eindkwalificaties, registraties en licenties. Deze regulerende gremia kunnen zowel nationaal als regionaal opereren.

Tot slot participeert de verpleegkundige beroepsgroep ook in bredere adviesorganen voor de gezondheidszorg.

Uit het verzamelde materiaal is niet duidelijk geworden hoeveel mensen uit de V&V beroepsgroepen lid zijn van de organisaties, noch in welke mate die beroepsverenigingen werkelijk invloed uitoefenen.

## **6.7 Referenties**

1. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Beroepsverenigingen van Verpleegkundigen in België*. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2011.
2. Gerkens S, Merkur S: **Belgium. Health system review**. *Health Systems in Transition* 2010, **12**: 1-266.
3. The Forum of State Nursing Workforce Centers: *NATIONAL NURSING WORKFORCE MINIMUM DATASETS*. 2011.





## 7 Toekomstrappen uit de geselecteerde landen

In veel landen wordt er nagedacht over de toekomst en hoe de verpleegkunde zich dient te ontwikkelen in de toekomstige maatschappij met meer zorgvraag, en hogere kwaliteitseisen.

### 7.1 België

In 2008 lanceerde het Ministerie van Sociale zaken en Volksgezondheid een plan om het verpleegkundig beroep aantrekkelijk te maken [1], vanwege een reeds jaren bestaand tekort aan verpleegkundigen en nog groter voorzien tekort in de toekomst. Het plan telt vier actiedomeinen:

1. Verminderen van de werklust en van de stress
2. Kwalificaties
3. Bezoldiging
4. Sociale erkenning en betrokkenheid in het besluitvormingsproces

Bij het verminderen van de werklust/werkstress is onder andere gedacht aan meer informatisering en vermindering van de registratiedruk, toevertrouwen van logistieke en administratieve activiteiten aan laag gekwalificeerd personeel, meer ergonomische hulpmiddelen in de dagelijkse praktijk en het koppelen van de verpleegkundige bezetting aan de zorgzwaarte van de patiënten.

Met betrekking tot de kwalificaties geeft het plan een aardige probleemanalyse:

*‘Tot op heden wordt de functie van verpleegkundige uitgeoefend door personen die over verschillende kwalificaties beschikken, zonder dat er voldoende onderscheid gemaakt wordt in de uitgevoerde activiteiten en de verantwoordelijkheid die men daarbij aanvaardt: dit draagt bij tot verwarring en tot een de facto verlies van beroepswaarde van alle verpleegkundigen in de ogen van het publiek en de partners. [...] De differentiëring inzake de toegang tot de specialisaties (beroepstitels voorbehouden aan de bachelors, bijzondere beroepskwalificaties die eveneens toegankelijk zijn voor de gebrevetteerde ziekenhuisverpleegkundigen) verbeteren deze situatie beetje bij beetje, maar ze volstaan niet om het onderscheid te maken tussen hen bij het uitoefenen van het beroep en bij de zorgverstrekking. [...] Een beroep dat onder dezelfde benaming personen met een opleiding op beroepsniveau en op het niveau van het hoger onderwijs, inclusief universitair, groepeerd, geeft een weinig duidelijk beeld van de inhoud ervan en van de mogelijkheden die het biedt: het blijkt dus weinig aantrekkelijk te zijn.’*

Men wil hierin dan ook verandering brengen en de verpleegkundige kwalificaties herdefiniëren; hoe dit er precies moet uitzien, laat het plan nog in het midden. Wel wordt gezegd dat de titel van verpleegkundige voorbehouden moet worden voor een gehetwaarderd competentieniveau (noot PM: lees bachelor-niveau, hoewel het er niet letterlijk zo staat), dat de herdefiniëring moet gebeuren in relatie tot de functie van zorgkundige, dat de herdefiniëring moet aansluiten bij de BaMa structuur van het Bologna-akkoord en dat er op de universiteiten ook een master-opleiding verpleegkunde moet komen.

Ook wordt aangegeven dat de overheveling van taken/bevoegdheden van artsen naar verpleegkundigen en van verpleegkundigen naar zorgkundigen herzien (en uitgebreid) moet worden en in een kader van competenties geplaatst moet worden. Als derde onderdeel met betrekking tot kwalificaties stelt het plan dat permanente vorming een verplichting zou moeten zijn en de financiering hiervan vanuit de zorgverzekeringen zou moeten gebeuren.

Qua bezoldiging, voorziet het plan onder andere in een uitbreiding van het aantal uren waarvoor extra betaling geldt (bv. vroege avonduren), salarisopslag na het behalen van een bijzonder beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid of een masters verpleegkunde; in 2010 zijn deze plannen geconcretiseerd en ingevoerd middels een Koninklijk Besluit.

Het laatste onderdeel van het plan betreft de sociale erkenning van de verpleegkundige beroepsgroep. Men pleit onder andere voor herinvoering van de functie van verpleegkundig directeur in ziekenhuizen, het meer betrekken van verpleegkundigen in officiële lokale, regionale en nationale adviesorganen, duidelijker de verpleegkundige beroepsuitoefening in de wetgeving opnemen en financiering van verpleegkundige beroepsverenigingen vanuit de ziektekostenverzekering.

Een dergelijk plan van een Minister leidde uiteraard tot een hoop reacties. De Nationale Raad voor de Verpleegkunde [2] kon instemmen met de meeste aanbevelingen uit het plan, maar vond wel dat er meerdere wegen kunnen leiden tot de titel van verpleegkundige en dat die niet uitsluitend op bachelor-niveau moeten zijn. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen [3] stelt in haar (overwegend positieve) reactie onder meer dat het gezien de krappe personeelsbezetting op verpleegafdelingen het onmogelijk is om specifieke opdrachten en bevoegdheden toe te kennen afhankelijk van de basisopleiding van verpleegkundigen. Ook is zij het niet eens met het voornemen van de minister om de titel van verpleegkundige voor te behouden voor bachelors; ze pleit ervoor om te vertrekken van zorgbehoefte en de daarvoor vereiste competenties om van daaruit dan weer de nodige onderwijscompetenties en -niveaus af te leiden; ze beveelt bovendien aan om het aantal instroom- en opleidingsmogelijkheden tot het verpleegkundig beroep ruim te houden. Verder onderschrijft deze raad dat het van het hoogste belang is duidelijkheid te verschaffen wat een verpleegkundige is, mag en niet mag, moet kunnen en niet moet kunnen en dat hierom het verpleegkundig beroepsprofiel dringend aan een actualisering toe is; idem dito hoort dit ook te gebeuren voor de zorgkundigen en de logistieke assistenten. Ook beklemtoont deze raad dat het absoluut

niet aangewezen is om tussenniveaus te creëren, noch tussen de logistiek assistent en de zorgkundige, noch tussen de zorgkundige en de verpleegkundige en dat er juist nood is aan een duidelijke profilering. De raad pleit ook voor taakuitzuivering, verschuiven van niet-verpleegkundige taken naar logistiek personeel en voor meer specialisatie en duidelijk onderscheiden gespecialiseerde verpleegkundige functies in het ziekenhuis. Het vermijden van tussenniveaus wordt volledig onderschreven door Zorgnet Vlaanderen [4,5], die tegelijkertijd pleit voor een duidelijk onderscheid tussen het beroep van verpleegkundige en dat van verzorgende en voor meer professionele zelfstandigheid van deze laatste; ze opperen ook om naast de MBO en HBO variant om verpleegkundige te worden ook een universitaire route te starten. In een ander rapport pleit Zorgnet Vlaanderen [6] voor verdere taakuitzuivering en introductie van meer specialistische functies; ook doet ze concrete voorstellen voor functiedifferentiatie, functieclassificatie en benodigde competenties per functie(niveau).

Ook de Vlaamse Gemeenschap [7] en sommige politieke partijen [8] zien geen heil in het plan van de federale minister om maar één opleidingsniveau (bachelor) tot de titel van verpleegkundige te gaan hanteren.

De Werkgroep Promotie Verpleegkunde Vlaanderen [9] schreef een nota (ondertekend door meer dan 30 directeuren verpleegkunde) aan de minister, waarin ze hun warme ondersteuning voor meer bachelors in de verpleging tonen, maar adviseren nader onderzoek voor dat de MBO-toegangsweg tot de verpleegkunde wordt afgeschaft.

## **7.2 Duitsland**

Duitsland is al jaren bezig de verpleegkundige opleidingsinhoud en -structuren te herzien en te hervormen om zo de aantrekkelijkheid van de verpleegkunde te vergroten en het aantal verpleegkundigen te laten toenemen [10,11]. Zo wordt het steeds meer de regel verpleegkundige opleidingen generalistisch of geïntegreerd aan te bieden, voor de verpleging van alle leeftijdsgroepen. Opleidingen in de verpleegkunde worden dus samengevoegd. Een verpleegkundigenopleiding wordt dan afgesloten zonder leeftijdspecifiek te zijn, waarna gespecialiseerde opleidingen, bijv. in de gerontologie, gevolgd kunnen worden [12,13]. Ook wordt er voor gepleit [14] modulair onderwijs in te voeren binnen het verpleegkundige beroepsonderwijs (beruflichen Weiterbildung). Balsing ([14]) haalt hierbij als voorbeeld het voorstel tot nieuwe opleidingen voor Intensiv- und Anästhesiepflege en Operationspflege van het Universitair Ziekenhuis Ulm aan, waarbij de opleidingen modulair zijn opgebouwd en elke module tot doel heeft bepaalde beroepscompetenties te verkrijgen.

Er lopen meer van dit soort ‘voorbeeldtrajecten’ in Duitsland [15,16] waaruit de volgende educatieve trends afgeleid kunnen worden:

- 1) De drie gescheiden verpleegkundige beroepen (i.e. Gesundheits- und Krankenpflegerin, Altenpflegerin en Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin) worden tot één algemeen verpleegkundig beroep samengevoegd
- 2) Het verpleegkundig onderwijs zal in de toekomst ook aan hogescholen plaatsvinden
- 3) De verpleegkundeopleiding en de verpleging zelf oriënteren zich meer op het individu en zijn gezondheid

- 4) De opleiding richt zich niet meer op onderwerpen, maar op educatieve doelen en te verwerven competenties
- 5) Er is een betere kwalificatie van leraren en instructeurs nodig wat betreft leerprocesbeheer
- 6) Praktijktraining is onmisbaar.

In 2011 geeft het Bundesministerium für Gesundheit [17] aan dat de christelijk-liberale coalitie in het regeerakkoord in lijn met deze trends besloten heeft de drie opleidingen tot Gesundheits- und Krankenpfleger-in, Altenpfleger-in en Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger-in samen te voegen. Dit moet afgestudeerden van deze opleiding meer professionele ontwikkelingsmogelijkheden geven.

In het actieprogramma 2020 van de DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) staan een aantal specifieke educatiedoelen [18]:

- Zo moeten er in de verpleegkunde verschillende opleidingsniveaus komen ('Sekundarbereich II und Tertiärer Sector', ofwel voortgezet onderwijs voor de betere leerlingen, vergelijkbaar met havo/vwo, en tertiaire onderwijssector, hoger (beroeps) en academisch onderwijs), waar leerlingen generalistisch opgeleid worden (en beide opleidingsniveaus toegang geven tot het beroep verpleegkundige). De basisopleiding wordt uitsluitend aan hogescholen aangeboden. Afgestudeerden via het niveau Sekundarbereich II mogen na afronding van de basisopleiding (Erstqualifizierung) de beroepstitel voeren en kunnen daardoor tevens toegelaten worden tot de hogeschool.
- Vervolgopleidingen worden landelijk geïmplementeerd en een deel van de specialisaties wordt als masteropleiding aangeboden aan hogescholen.
- Vervolgopleidingen zijn modulair opgebouwd en via kredietpunten met elkaar verbonden.
- DBfK zet zich in voor vervolgopleiding van verpleegkundigen o.a. middels beurzen/subsidies.

Daarnaast is Duitsland bezig met de brede invoering van de Advanced Nursing Practice rol. De ontwikkeling en invoering van de Advanced Nursing Practice rol / klinisch actieve Pflegeexperten kan helpen de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep te verhogen.

In 2010 waren er 22 hogescholen waar een Bachelor of Nursing aangeboden werd. Daarmee groeit de noodzakelijkheid, zo stelt de DBfK, om afgestudeerden ook op de middel- en lange termijn postuniversitaire kwalificaties aan te bieden in de vorm van Masterprogramma's in de verpleegkunde. Tot op heden zijn er weinig hogescholen die een wetenschappelijke verpleegkunde opleiding aanbieden die samenvloeit met het beroep van verpleegkunde in termen van de ANP rol [19].

In 2009 was ongeveer 1% van het verpleegkundig personeel in Duitsland HBO of academisch geschoold. De gewenste proportie is echter 15% [20].

## 7.3 Verenigd Koninkrijk

In de UK heeft de overheid van Engeland een commissie ingesteld om te adviseren omtrent de toekomst van de verpleeg- en verloskunde; deze commissie bracht in maart 2010 hun adviesrapport uit [21]. Verdeeld over 7 thema's formuleerden ze 20 aanbevelingen:

### High quality, compassionate care

1. **A pledge to deliver high quality care:** Nurses and midwives must renew their pledge to society and service users to tackle unacceptable variations in standards and deliver high quality, compassionate care.
2. **Senior nurses' and midwives' responsibility for care:** All senior nursing and midwifery managers and leaders must uphold the pledge, accept full individual managerial and professional accountability for high quality care, and champion quality from the point of care to the board.
3. **Corporate responsibility for care:** The boards of NHS trusts and other health employers must accept full accountability for commissioning and delivering high quality, compassionate care, and must recognize and support directors of nursing to champion care at board level.
4. **Protecting the title 'nurse':** To ensure public protection and allay confusion about roles, titles and responsibilities, urgent steps must be taken to protect the title 'nurse' and limit its use to nurses registered by the Nursing and Midwifery Council.
5. **Regulating advanced nursing and midwifery practice:** Advanced nursing practice must be regulated to ensure that advanced practitioners are competent to carry out their roles and functions. The regulation of advanced midwifery practice should also be considered.
6. **Regulating support workers:** To ensure they deliver care that is effective, safe, patient-centred and compassionate, some form of regulation must be introduced for the support staff to whom registered nurses and midwives delegate tasks.

### The political economy of nursing and midwifery

7. **Evaluating nursing and midwifery:** To ensure the public gets the best return on its large investment in nursing and midwifery, more studies of their clinical, social and economic effectiveness should be commissioned, and the findings of all such evidence should be fully utilized.
8. **Measuring progress and outcomes:** The development of a user-friendly national framework of indicators of nursing outcomes must be accelerated, and further work should be done to identify better outcome indicators for midwifery.

### Health and wellbeing

9. **Nurses' and midwives' contribution to health and wellbeing:** Nurses and midwives must recognize and scale up their important role design, monitoring and delivery of services to improve health and wellbeing and reduce health inequalities.
10. **A named midwife for every woman:** The midwifery contribution to improving health and wellbeing and reducing health inequalities must be enhanced by ensuring every woman has a named midwife to provide support and guidance and ensure coordinated care.
11. **Staff health and wellbeing:** Nurses and midwives must acknowledge that they are seen as role models for healthy living, and take personal responsibility for their own health. Their employers must value and support staff health and wellbeing.

### Caring for people with long-term conditions

12. **Nursing people with long-term conditions:** The redesign and transformation of health and social care services must recognize nurses' leading role in caring for people with long-term conditions, and all barriers that prevent them from utilizing their full range of capacities and competencies must be removed.
13. **Flexible roles and career structures:** Nurses must become competent to work across the full range of health and social care settings, and career structures must enable them to move easily between settings and posts.

### Promoting innovation in nursing and midwifery

14. **Building capacity for innovation:** Nursing and midwifery fellows should be appointed as champions of change and leaders of transformational peer review teams that raise standards and embed innovation and excellence.
15. **Making best use of technology:** Nurses' and midwives' capacity to understand, influence and use new technologies and informatics, including remote care, should be improved.

### Nurses and midwives leading services

16. **Strengthening the role of the ward sister:** To drive quality and safety and provide visible, authoritative leadership and reassurance for service users and staff, immediate steps must be taken to strengthen the linchpin role of the ward sister, charge nurse and equivalent team leader in midwifery and community settings.
17. **Fast-track leadership development:** More opportunities must be available to develop nursing and midwifery leaders, and to fast-track successful candidates to roles with significant impact on care delivery.

### Careers in nursing and midwifery

18. **Educating to care:** To ensure high quality, compassionate care, the move to degree-level registration for all newly qualified nurses must be implemented in full. All nursing and midwifery staff must be fully supported if they wish to obtain a relevant degree. There must be greater investment in continuing professional development.
19. **Marketing nursing and midwifery:** Campaigns must be launched to tell new stories of nursing and midwifery that will inspire the current workforce, attract high calibre candidates, highlight career opportunities, educate the public, and update the public images of the professions.
20. **Integrating practice, education and research:** Urgent steps must be taken to strengthen the integration of nursing and midwifery practice, education and research; develop and sustain the educational workforce; facilitate sustainable clinical academic career pathways; and further develop nurses' and midwives' research skills.

De reactie van de overheid op dit advies kwam een jaar later [22]. Hierin zit onder meer het streven om meer autonomie te geven aan verpleegkundigen (met name in de zorg voor chronisch zieken), een publiciteitscampagne te starten over de aantrekkelijkheid van het beroep, het instellen van een loket waar geklaagd kan worden over slechte zorg, initiatieven om de administratieve werkdruk te verminderen en het instellen van een commissie die zorgverleners, die niet onder wettelijke regeling vallen (the unregulated workers, tzt. de verpleegondersteunende beroepen) gaat registreren. Maar ze gaat bijvoorbeeld niet in op het punt om de titel van verpleegkundige verder te beschermen dan nu al het geval is en ze zien ook niet de noodzaak voor verdere wetgeving om advanced practice te regelen. Op veel andere punten beklemtonen ze de eigen verantwoordelijkheid van zorgverleners, de beroepsgroepen, de opleidingsinstituten en werkgevers om de voorgestelde doelen van de commissie te bereiken.

In 2010 presenteerde de federale regering van de UK een plan om de NHS te hervormen [23]; speerpunten hierin zijn onder meer:

- de patiënt centraal; meer keuze-informatie over zorginstellingen en zorgverleners, zodat patiënt beter zelf zijn zorg kan kiezen
- evaluatie van het systeem gebeurt op basis van klinische patient-outcomes/effecten en niet langer op basis van administratieve/procedurele kenmerken; meer evidence-based health care
- meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid voor de artsen en verpleegkundigen
- verminderen van de bureaucratie en verhogen van de efficiency
- meer klemtoon op de eerstelijnszorg (met een centrale coördinerende rol voor de huisarts) en op public health

Dit plan kon rekenen op een positieve ontvangst bij de RCN [24], maar ze tekent wel aan dat de rol van de verpleging in relatie tot public health meer beklemtoond moet worden, en vindt dat de huisarts een te grote rol toebedeeld krijgt en er geen oog is voor een mogelijke coördinerende rol van verpleegkundigen in de eerste lijn. Ook vindt de RCN dat er een duidelijke plaats moet zijn voor ‘nursing-sensitive’ patient outcomes, zodat de rol en inbreng van de verpleegkundigen duidelijker wordt.

Zoals in een ander hoofdstuk reeds aangehaald heeft de UK de overstap gemaakt naar een all-degree opleiding voor verpleegkundigen en vanaf 2013 worden er nog uitsluitend bachelors-degree opleidingen aangeboden [25]. Deze move kan rekenen op ondersteuning uit het veld [26-29]. Mede-aanleiding tot deze stap was een ‘toekomst-studie’ van Longley et al. [30] uitgevoerd in opdracht van de Nursing en Midwifery Council, die wees op meer nood aan specialisaties en meer kennis van evidence-based health care waardoor een hoger opleidingsniveau noodzakelijk is. De verandering is echter ook bekritiseerd door vakbonden omdat ze bang zijn dat de klemtoon meer op academische vaardigheden dan op basiszorg zal komen te liggen en dat daarmee de kern van het beroep tekort wordt gedaan [31,32].

## 7.4 Verenigde Staten van Amerika

In de USA heeft het Institute of Medicine een comité samengesteld en belast met de vraag “*What roles can nursing assume to address the increasing demand for safe, high-quality, and effective health care services?*”. Dit heeft geleid tot de publicatie in 2011 van een 700-pagina’s dik document “*The future of nursing: leading change, advancing health*” [33]. Belangrijk is de context van dit document, namelijk de al jarenlange discussie over de hervorming van de gezondheidszorg in de USA, die telkens weer op politieke barricades stuitte, maar in 2010 eindelijk leidde tot de “Patient Protection and Affordable Care Act” [34]. De problemen waar de Amerikaanse gezondheidszorg en verpleging voor staat, zijn onder andere:

- een gefragmenteerd en onder de maat presterend zorgsysteem met vele schotten tussen sectoren, tussen zorginstellingen en tussen zorgverleners, een zeer duur gezondheidszorgsysteem,

- verschillen van staat tot staat,
- een ouder wordende beroepsgroep van verpleegkundigen,
- een overwegend blanke (en vrouwelijke) verpleegkundige beroepsgroep in een (toenemende) multiraciale bevolking,
- een grote mate van bureaucratie waardoor bed-side tijd in gevaar komt en verpleegkundigen inefficiënt worden ingezet,
- de toenemende beschikbaarheid van onderzoeksresultaten op verpleegkundig gebied die een zorgvuldige afweging vereisen door verpleegkundigen,
- de toenemende complexiteit van zorg door het toenemend aantal (oude) ouderen met multimorbiditeit en chronische condities, die grotere/hogere vaardigheden, kennis en competenties van verpleegkundigen vereist

Volgens het rapport bestaat er consensus over dat de gezondheidszorg meer ‘patient centered’ moet zijn, dat eerstelijnszorg en preventie een belangrijker rol moeten gaan spelen, dat de zorg meer bij de mensen thuis moet geleverd worden en dat de zorg meer gecoördineerd moet worden.

Het rapport geeft vier kernaanbevelingen voor de verpleegkundige beroepsgroep in de toekomstige gezondheidszorg:

1. Nurses should practice to the full extent of their education and training.
2. Nurses should achieve higher levels of education and training through an improved education system that promotes seamless academic progression. (*lees: bij voorkeur een bachelor als initiële opleiding en vervolgopleidingen op masters en doctorsniveau*)
3. Nurses should be full partners, with physicians and other health professionals, in redesigning health care in the United States.
4. Effective workforce planning and policy making require better data collection and an improved information infrastructure.

Het advies van de commissie om te komen tot meer bachelors in de verpleging berust grotendeels op de observationele studies van Aiken et al. [35,36], die een relatie vonden tussen proportioneel meer bachelor opgeleiden verpleegkundigen en minder mortaliteit van patiënten tijdens hun ziekenhuisopname.

Moeilijkheden die de commissie op de weg naar realisatie van de aanbevelingen ziet zijn onder andere een tekort aan zorgkrachten, waardoor hun doel van een all- bachelor opleiding niet haalbaar is en een tekort aan academisch onderwijspersoneel om alle benodigde bachelors en masters in de verpleegkunde te kunnen opleiden.

Verder bevelen ze aan om meer ‘human caring models’ te gebruiken, dit wil zeggen systemen die oog hebben voor de gehele mens en minder dan de huidige systemen gericht zijn op ziekte en techniek. Ook moet volgens hen de ziekenhuizen veranderen naar plekken waar zorg en de mens centraal staan; als goede voorbeeld wijzen ze op het concept van ‘Magnet hospitals’.

Ze zien ook een belangrijke rol voor een toenemende inzet van nurse practitioners.



Een belangrijk onderdeel van de nieuwe zorgwetgeving, the Patient Protection and Affordable Care Act, is het reduceren van de kosten van de gezondheidszorg. Een interessante gedachtengang in dit verband werd in 2009 gepubliceerd door de Robert Johnson Wood Foundation [37]: namelijk een *pay-for-performance* voor verpleegkundige activiteiten. Verpleegkundigen vormen de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg (en zorgen dus voor hoge personeelskosten), maar in de betalingssystemen is hun inbreng/output eigenlijk niet zichtbaar. Als verpleegkundige activiteiten worden benoemd, van een prijskaartje voorzien en geormerkt worden opgenomen in de financiering, verwacht men dat in ieder geval de verpleegkundige inbreng veel zichtbaarder wordt en de kwaliteit van zorg en de arbeidstevredenheid zullen stijgen. De auteurs wijzen er wel op dat er nog de nodige stappen te zetten zijn vooraleer dit gerealiseerd kan worden, maar in ieder geval is in de nieuwe wetgeving wel opgenomen dat het idee verder onderzocht en plannen nader moeten worden uitgewerkt .

Interessante punten in de nieuwe USA-wetgeving [34], the Patient Protection and Affordable Care Act, zijn dat die onder meer voorziet in:

- de oprichting en financiering van “nurse-managed health clinics” (=“*a nurse-practice arrangement, managed by advanced practice nurses, that provides primary care or wellness services to underserved or vulnerable populations and that is associated with a school, college, university or department of nursing, federally qualified health center, or independent nonprofit health or social services agency.*”)
- maatregelen om de eerstelijnszorg te bevorderen en meer evidence-based te maken (primary care extension program) o.a. door het initiëren van de ‘health extension agencies and agents’ (=“*any local, community-based health worker who facilitates and provides assistance to primary care practices by implementing quality improvement or system redesign, incorporating the principles of the patient-centered medical home to provide high-quality, effective, efficient, and safe primary care and to provide guidance to patients in culturally and linguistically appropriate ways, and linking practices to diverse health system resources*”) of door het project ‘independence at home medical practice’
- financiële maatregelen om LPNs en de verpleegondersteunende beroepen de mogelijkheid te bieden om een verpleegkundige opleiding op bachelors-niveau te behalen
- financiële ondersteuning voor organisaties om verpleegkundigen in het beroep te houden
- financiële ondersteuning voor organisaties om samenwerking tussen verpleegkundigen en andere zorgprofessionals te bevorderen en om verpleegkundigen meer te betrekken in het management en besluitvorming van zorginstellingen
- aantrekkelijke leningen en terugbetalingen voor mensen die een verpleegkundige (vervolg)opleiding willen gaan doen, om zo de instroom in het beroep te vergroten
- financiële middelen om de uitvoering van public health te bevorderen, evenals voor de opleiding tot public health workers en voor de uitbouw van het wetenschappelijk onderzoek in public health. De wet noemt hierbij verpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants als belangrijke spelers op dit terrein
- incentives voor staten om thuiszorg te organiseren en aan te bieden als alternatief voor geïnstitutionaliseerde langdurige zorg
- de oprichting van een ‘Patient-Centered Outcomes Research Institute’ met als doel “*to assist patients, clinicians, purchasers, and policy-makers in making*

*informed health decisions by advancing the quality and relevance of evidence concerning the manner in which diseases, disorders, and other health conditions can effectively and appropriately be prevented, diagnosed, treated, monitored, and managed through research and evidence synthesis that considers variations in patient subpopulations, and the dissemination of research findings with respect to the relative health outcomes, clinical effectiveness, and appropriateness of the medical treatments, services, and items”*

- een studie te doen naar het nut en haalbaarheid van het oprichten van een register voor nurse aides

Een ander belangrijk toekomstthema in de USA is het verwachte tekort in de nursing workforce. Buerhaus et al. [38] berekenden dat de overall behoefte aan RNs met 41% stijgt tussen 2000 en 2020, maar specifiek voor de thuiszorg stijgt de behoefte met 91% en voor de langdurige zorg met 73%. Omstreeks 2020 verwacht Buerhaus dat er circa 300.000 RNs tekort zullen zijn. Een andere bron maakt zelfs gewag van één miljoen verpleegkundigen tekort in 2020 [39]. Anderzijds is er ook bron die beweert dat er een overschot van ruim 80.000 verpleegkundigen zou zijn in de USA [40,41]

Interessant verder in de studie van Buerhaus et al. [38] is dat er jaarlijks duizenden kandidaten voor een bachelors verpleegkundige opleiding worden geweigerd (bv. in 2005 waren dit er 37514) omdat er onvoldoende capaciteit is aan gekwalificeerde docenten, en dat dit docententekort alleen nog maar gaat groeien in de komende jaren [39]. Overigens geldt het weigeren van kandidaten en het docententekort ook voor de opleidingen op associate degree en diploma niveau (bv. In 2005 werden 110576 geschikte kandidaten voor de associate degree opleiding geweigerd en nog eens 3600 voor de diploma opleiding) [42]. Dit probleem was ook nog in 2009 aanwezig, waar 42% van de mensen die een verpleegkundige basisopleiding wilden doen en over alle kwalificaties beschikten werden geweigerd [43]. Een aanzienlijk verschil in salariering tussen klinische en onderwijsfuncties kan mede een verklaring zijn voor het docententekort [44]. Ook de te lage doorstroom van verpleegkundigen naar masters en doctors programs, nodig om les te kunnen geven aan BSN-opleidingen, is een verklaring voor het tekort [39], alsook het feit dat er te weinig mensen worden opgeleid op BSN-niveau, noodzakelijk om door te kunnen stromen naar de masters en doctors programma's [45].

## 7.5 Canada

Villeneuve en MacDonald [46] hebben in 2006 een toekomstrapport geschreven over de verpleging in Canada in 2020. In het rapport staan de bekende thema's in de achtergrond als een toenemend tekort aan verpleegkundigen, een ouder wordende verpleegkundige beroepsgroep, een ouder wordende bevolking met een toenemende prevalentie van chronisch zieken. Een paar discussiepunten in de nota zijn onder andere:

- de toenemende specialisatie in de verpleging, of dat wel nodig is, en of dat een verwijdering betekent van het echte vak; en of de verschillende specialismen/specialisaties in de verpleging elkaar niet gaan beconcurreren

- of de ontwikkeling van het vak moet gaan op geleide van wat ‘nursing leaders’ vinden dat het zou moeten of eerder op wat patiënten verwachten dat verpleegkundigen doen
- de overlap in praktijk van RNs, LPNs, gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners, artsen en verpleegondersteunende beroepen, waardoor het voor de overheid moeilijk is om een goede workforce policy te maken en het voor de maatschappij onduidelijk is wie wat doet en wat men van wie mag verwachten. Er is onduidelijkheid omtrent taken maar ook over ieders competenties, en over de kosten en opbrengsten van al deze overlappende gezondheidsberoepen. Zijn ze allemaal nodig en in welke verhouding?
- de verwachting dat in 2020 meer klemtoon zal liggen op thuiszorg
- zorgen/vraagtekens of er wel voldoende gekwalificeerde opleiders zullen zijn om het benodigd (groeïend) aantal verpleegkundigen op te leiden op universitair niveau

In Québec wordt er momenteel gediscussieerd over een nieuwe opleiding om verpleeghulpen op te leiden naar het niveau van verpleegkundigen. Het ontwerp van deze opleiding door het ministerie [47] wordt ernstig bekritiseerd door de verpleegkundige beroepsvereniging [48,49], omdat de studenten aan het eind wel de titel verpleegkundige krijgen, maar niet over dezelfde competenties en kennis beschikken, die verkregen worden door mensen die de reguliere initiële bachelors-opleiding tot verpleegkundige volgen (en die pas nog in 2008 gereviseerd werd [50]).

Kikuchi [51] vreest dat deze ‘nieuwe’ opleiding geen alleenstaand voorval is; ze zegt dat overal in Canada de RN’s ‘opklimmen’ naar meer medische en coördinerende taken, waardoor verpleegkundige en verzorgende taken overgelaten worden aan lager geschoolden, die dan een aanvullende opleiding doen. Met die aanvullende opleiding krijgen ze dan weliswaar de titel verpleegkundige, maar de opleiding zelf is niet van bachelor-niveau maar eerder van MBO-niveau.

Het beroep moet aantrekkelijker worden gemaakt om zo de instroom te vergroten en de mensen te behouden. Dit zou onder meer kunnen door bezoldigingsmaatregelen en meer carrièreperspectief.

## **7.6 Reflectie over toekomstrapporten**

In alle geselecteerde landen speelt de problematiek van een toenemende zorgvraag in de toekomst, zowel kwantitatief als kwalitatief, door de groter wordende groep ouderen met chronische ziektes en complexe zorgvragen. Overal verwacht men een tekort aan zorgverleners (zowel kwantitatief als kwalitatief) die deze toenemende zorgvraag moet beantwoorden.

Een van de oplossingen die in meerdere landen wordt aangedragen is het verhogen van het opleidingsniveau van verpleegkundigen naar minimaal het bachelorsniveau. Dit kan zowel rekenen op steun als op kritiek. Bovendien wordt in meerdere landen verwacht dat er een onvoldoende aantal gekwalificeerde opleiders zal zijn om die bachelors te kunnen opleiden.

Ook pleit men in de diverse landen om meer duidelijkheid te verschaffen in de vele beroepen, rollen en namen van functionarissen in het V&V werkveld.

Er moet ook aandacht zijn voor de opleiding en regulering van de verpleeg-  
ondersteunende beroepen, omdat die in de toekomst alleen nog maar meer nodig zullen  
zijn om de groter wordende zorgvraag te beantwoorden.

Er wordt een toenemend belang verwacht van eerstelijnszorg en public health en  
verpleegkundigen zouden hierin een belangrijke (coördinerende) rol kunnen hebben.

## 7.7 Referenties

1. Onkelinx L: *Aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep*. Brussel: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid; 2008.
2. Nationale Raad voor de Verpleegkunde: *Definitief advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde in verband met het meerjarenplan d.d. 28 augustus 2008 van Minister Laurette Onkelinx voor het verhogen van de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep*. 2008.
3. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen: *Advies m.b.t. de problematiek van verpleegkundigen in zorginstellingen*. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen; 2009.
4. Zorgnet Vlaanderen: *Zorg voor de zorgende. Tienpuntenplan voor een toekomstig manpowerbeleid in de zorg*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen; 2009.
5. Degadt P: *De toekomst van het verpleegkundig beroep*. Zorgnet; 2009.
6. Zorgnet Vlaanderen: *Functiedifferentiatie en functieclassificatie in de verpleegkundige beroepsbeoefening. Voorstellen tot actualisatie van de zorgorganisatie*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen; 2011.
7. Vlaamse regering, kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: *Werk maken van wer in de zorgsector. Actieplan ter bevordering van de werkgelegenheid in de zorgsector*. Brussel: Vlaamse regering; 2010.
8. CD&V: *Bezorgdheden van CD&V bij ontwikkelingen inzake verpleegkunde*. 2009.
9. Werkgroep Promotie Verpleegkunde Vlaanderen: *Nood aan instroom van studenten op bachelorniveau in de verpleegkunde*. 2008.
10. Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen: *Brennpunkt Pflege. Zur Situation der beruflichen Pflege in Deutschland*. 2005.
11. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J: *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. Paris: OECD; 2005.
12. Maiwald C: **Overview on the training situation of assistant jobs in nursing [German]**. *Pflegewissenschaft* 2008, **10**: 453-464.
13. Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS): *Berufsordnung für professionell Pflegende*. Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS); 2004.
14. Balsing R: **Modules -- a new pathway for specialist nursing education in intensive care, anaesthetic practice and operating department practice [German]**. *Pflegewissenschaft* 2008, **10**: 9-15.
15. Sieger M, Plenter C: *Erarbeitung von Qualitätskriterien für die Curriculare Gestaltung der Pflegeausbildungen*. DG Pflegewissenschaft; 2007.
16. Muller K: **Trends in German nursing education: results of pilot projects from the nursing education network TiP [German]**. *Pflegewissenschaft* 2009, **11**: 197-200.
17. Bundesministerium für Gesundheit: *Pflegefachkräftemangel*. 2011.
18. DBfK-Bundesverband: *DBfK Aktionsprogramm 2020: Stark für die Pflege!* 2010.
19. DBfK-Bundesverband: *Advanced Nursing Practice. Pflegerische expertise für eine leistungsfähige gesundheitsversorgung*. Berlin: DBfK-Bundesverband; 2011.
20. Buscher A, Sivertsen B, White J: *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009*. Copenhagen: WHO World Health Organization; 2010.
21. The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England: *Front Line Care: the future of nursing and midwifery in England. Report of the Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England 2010*. 2010.
22. Department of Health: *The Government's response to the recommendations in Frontline Care: the report of the Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England*. 2011.
23. Secretary of State for Health: *Enabling Excellence. Autonomy and Accountability for Healthcare Workers, Social Workers and Social Care Workers*. 2011.
24. RCN Royal College of Nursing: *Response to the NHS White Paper: 'Equity and Excellence: Liberating the NHS' (England)*. 2011.
25. NMC Nursing & Midwifery Council: *Standards for pre-registration nursing education*. 2010.
26. NHS London: *Modernising nursing careers: Workplace preparation - A London snapshot*. London : NHS; 2011.
27. Department of Health: *A High Quality Workforce*. 2008.

28. UK Clinical Research Collaboration: *Developing the best research professionals. Qualified graduate nurses: recommendations for preparing and supporting clinical academic nurses of the future*. UK Clinical Research Collaboration; 2007.
29. Department of Health: *Modernising Nursing Careers - Setting the Direction*. Department of Health; 2006.
30. Longley M, Shaw C, Dolan G: *Nursing: Towards 2015. Alternative Scenarios for Healthcare, Nursing and Nurse Education in the UK in 2015*. Welsh Institute for Health and Social Care, Faculty of Health Sport and Science, 2007.
31. Unison: *Creating the nurses of the future. An analysis of issues raised by the Nursing and Midwifery Council's consultation on the future of pre-registration nursing education*. 2008.
32. Laurance J: **Unions divided by decision to force nurses to take degree**. *The Independent Health News* 2009, **Friday 13 november 2009**.
33. Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, Institute of Medicine: *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington: National Academies Press; 2011.
34. USA House Office of the Legislative Counsel: *Patient Protection and Affordable Care Act*. Washington: = USA House Office of the Legislative Counsel; 2010.
35. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH: **Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality**. *JAMA* 2003, **290**: 1617-1623.
36. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T: **Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes**. *J Nurs Adm* 2008, **38**: 223-229.
37. Robert Wood Johnson Foundation: *Charting Nursing's Future: Perspectives on Pay for Performance in Nursing: Key Considerations in Shaping Payment Systems to Drive Better Patient Care Outcomes*. 2009.
38. Buerhaus PI, Staiger DO, Auerbach DI: *The Future of the Nursing Workforce in the United States: Data, Trends and Implications*. Jones & Bartlett Learning; 2009.
39. Ellenbecker CH: **Preparing the Nursing Workforce of the Future**. *Policy Politics Nursing Practice* 2010, **11**: 115-125.
40. Economic Modeling Specialists: *Digging deeper into data on registered nurses*. 2009.
41. Economic Modeling Specialists: *Comparing the output of nurse with estimated demand*. 2009.
42. Klestzick K: **Despite encouraging trends suggested by the NLN's comprehensive survey of all nursing programs, large number of qualified applications continue to be turned down**. *NLN-news* 2005.
43. National League for Nursing: *Findings from the Annual Survey of Schools of Nursing Academic Year 2009-2010. Executive summary*. 2010.
44. Cleary BL: **Building a Nursing Workforce for the 21st Century**. *Journal of Nursing Regulation* 2010, **1**: 26-30.
45. Aiken LH, Cheung RB, Olds DM: **Education policy initiatives to address the nurse shortage in the United States**. *Health Aff (Millwood)* 2009, **28**: w646-w656.
46. Villeneuve M, MacDonald J: *Towards 2020: Visions for Nursing*. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2006.
47. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport: *Actualisation du programme d'études soins infirmiers (DEC180.B0)*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; 2010.
48. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Avis sur l'actualisation du programme d'études soins infirmiers DEC 180.B0*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2011.
49. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Étude de la proposition d'actualisation du programme d'études soins infirmiers DEC 180.B0*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2011.
50. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *Programme Actualisation professionnelle en soins infirmiers*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2008.
51. Kikuchi JF: **A return to diploma-prepared registered nurses**. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2009, **22**: 26-32.



## 8 Eerdere internationale vergelijkingen

### 8.1 Studiebevindingen

Er zijn in de afgelopen jaren reeds meerdere studies uitgevoerd die vergelijkingen probeerden te maken tussen landen, qua soorten beroepen in de zorg en de opleidingen ertoe. Hieronder staan de voornaamste bevindingen van een aantal studies.

- Robinson et al. 2007 [1] vergeleken 18 landen. Zij vonden dat verpleegkundigen zowel op MBO als HBO (of universitair) niveau worden opgeleid en dat er een verschuiving in de meeste landen plaats vindt om de verpleegkundige opleiding op een HBO-niveau te brengen. In 10 landen zijn er twee niveaus van verpleging, maar op het 1<sup>e</sup> niveau kunnen zowel MBO als HBO opgeleide verpleegkundigen behoren. Ze vonden grote diversiteit op gebied van specialisaties, zowel in aantal als in het moment dat de specialisaties worden aangeboden (bv. reeds in initiële opleiding of pas daarna) en in het niveau waarop. Tot slot vonden ze grote verschillen tussen landen in de dichtheid van verpleegkundigen per bevolkingsaantal (bv. in 2003: 4.2 per 1000 inwoners in Nederland, 5.4 in Italië, 6 in België en 7 in Denemarken, versus 14.9 in Noorwegen of 15 in Ierland)
- Attree et al. [2] vergeleken 5 Europese landen (Denemarken, Finland, Ierland, Portugal en de UK(Engeland)) en vonden opvallende verschillen in verpleegkundigen-dichtheid (bv. in 2009: 5 per 1000 inwoners in Portugal versus 15 in Ierland) en in nurse/physician ratio (bv. in 2009: 1/5 in Portugal versus 5/1 in Ierland). De vijf landen hadden allen imperfecte data om een goed nursing workforce beleid te voeren, en voor zover er beleid was, was dat nauwelijks evidence-based.
- De International Council of Nurses (ICN) constateerde diversiteit in opleidingssoorten, opleidingsduur en titels [3]. In bijna alle onderzochte landen werd een (onmiddellijk) tekort aan verpleegkundigen verwacht. Een eerder ICN-rapport [4] zegt dat de dichtheid aan verpleegkundigen per land varieert van 0.1 tot 100 per 1000 inwoners; tevens zegt men dat moeilijk is om een ‘nursing-shortage’ te definiëren en dit mogelijk landafhankelijk is.
- De OECD [5] vond grote verschillen in dichtheid aan verpleegkundigen per land (>10 in Ierland, Australië en Zwitserland versus <5 in Spanje, Portugal, Korea en Mexico in 2000), waarbij ze aantekenen dat die verschillen nooit alleen aan definitiekwesties (hoewel ruimschoots aanwezig) kunnen worden geweten. In de meeste landen is er al of verwacht men een tekort aan verpleegkundigen. Onder de oorzaken voor het tekort zijn een toenemend aantal ouderen met meer chronische ziekten en een ouder wordende verpleegkundige beroepsbevolking; ook de verwachtingen van het publiek nemen steeds meer toe (meer kwaliteit,

- meer diagnostiek, beste behandelingen,..). Tevens constateren ze een verschuiving van de zorgzwaarte uit ziekenhuizen richting verpleeg- en verzorgingshuizen, maar overall is er een toename van zorgzwaarte over het hele systeem, waardoor de vraag naar verpleegkundige zorg toeneemt.
- De Amerikaanse Robert Wood Johnson Foundation [6] constateert dat er internationaal gezien grote verschillen, qua duur en niveau, zijn in opleidingen tot verpleegkundige. Volgens hun is de diploma-weg (soort MBO/inservice) internationaal gezien de meest voorkomende weg tot verpleegkundige, maar HBO-opleidingen zijn wel sterk in opkomst. Ze tekenen echter hierbij aan dat er in de meeste landen een tekort is aan gekwalificeerde opleiders om die HBO-opleidingen goed van de grond te krijgen. Ook constateren ze dat er een grote variatie bestaat in zowel competenties die een verpleegkundige moet beheersen alsook in naamgeving en titulatuur van verpleegkundigen.
  - De WHO onderzocht 35 Europese landen [7]. Men vond dat in 22 landen de opleiding tot verpleegkundige of verloskundig op universitair/HBO niveau plaats vond, terwijl in 15 landen een ‘vocational qualification’ (MBO) gold. Ze tekenen hierbij aan dat er definitieverschillen bestaan omtrent het begrip ‘universitaire opleiding’: sommige bedoelden ermee een HBO bachelorsopleiding, andere een universitaire masters of doctorsprogramma. In vergelijking met hun vorige onderzoek uit 2004 constateren ze een algemene verschuiving in opleiding richting bachelors-niveau, wat door de WHO als norm is gesteld. In een ander WHO-rapport wordt erop gewezen dat veel landen nog problemen hebben om een all-bachelors verpleegkundige opleiding te verwezenlijken, onder andere door gebrek aan gekwalificeerde docenten [8].
  - De Canadian Nurses Association [9] bestudeerde het onderwerp van de ‘unregulated health workers’ (UHWs) in internationaal perspectief. Deze UHWs zijn de mensen die niet gekwalificeerd zijn als verpleegkundige, maar wel (ondersteuning bij) verpleegkundige zorg geven. Allereerst constateerden ze dat er internationaal tientallen benamingen zijn om deze zorgers aan te duiden en dat er grote diversiteit bestaat in functie-eisen, functiebeschrijvingen, opleidingstrajecten en (gebrek aan) wettelijke regulering. Verder constateren ze dat UHWs toenemend worden ingezet tengevolge van kostenbesparingen in de gezondheidszorg, een tekort aan verpleegkundigen, een groeiende zorgvraag en toenemende specialisatie (verenging) van het verpleegkundig beroep. Er is een trend gaande van substitutie van verpleegkundigen door UHWs. Ook geven ze aan dat UHWs een deel van de nursing workforce is die moeilijk in kaart te brengen is door de vele benamingen en omdat er in de meeste landen geen (goede) statistieken over bijgehouden worden. Tot slot wijzen ze erop dat het voor een leek moeilijk is een onderscheid te maken tussen een UHW en een verpleegkundige, als ze beiden dezelfde taken doen.
  - Baumann et al. [10] constateren dat de term ‘nurse’ in internationaal opzicht (zowel tussen als binnen landen) wordt gebruikt voor een hele range van gezondheidszorgwerkers variërend van onopgeleide en niet gereguleerde werkers tot verpleegkundigen met een bachelors opleiding of zelfs een masters of doctors opleiding. Ook concluderen ze dat in veel landen geen of onvolledige en



inconsistente databases zijn met gegevens over de nursing workforce, waardoor het moeilijk is om internationale vergelijkingen te maken.

- Hegarty et al. [11] constateren dat er nog grote verschillen zijn tussen landen in niveaus van opleiden tot verpleegkundige, maar dat er in het algemeen een verschuiving plaatsvindt naar minimaal bachelors niveau.
- Spitzer et al. [12] vergeleken de opleidingen tot verpleegkundige in 20 Europese landen; hieruit bleek dat er grote verschillen zijn in het niveau (MBO, HBO, universitair) van opleiding, de duur van de opleidingen en de titulatuur die verkregen wordt.
- Pulcini et al. [13] onderzochten middels enquêtes 32 landen op het titulatuur, opleiding, wetgeving en scope of practice of advanced practice nurses. Ze vonden dat er 13 naamgevingen circuleerden voor de functie, dat de advanced practice nurses zowel op bachelor als masters niveau werden opgeleid, en dat de functies in circa twee derde van landen formeel gereguleerd was. Ze constateerden ook dat er onduidelijkheid bestaat tussen ‘specialty nursing’ en ‘advanced practice nursing’. Ook vonden ze verschillen in de mate waarin advanced practice nurses zelfstandig konden functioneren en in de mate waarin ze medicatievoorschrijfbevoegdheid hadden. Bij de rolontwikkeling kon in de meeste landen op steun van verpleegkundigen en zorginstellingen gerekend worden, maar kwam er weerstand van artsen(organisaties).
- Literatuurstudies van Duffield et al. [14] en van Mantzoukas & Watkinson [15] bevestigen het beeld van diversiteit in de verschillende aspecten van de advanced practice nurse.

## 8.2 Reflectie over andere internationale vergelijkingen

Deze studies bevestigen het beeld uit eerdere hoofdstukken omtrent de enorme diversiteit in de nursing workforce, zowel kwantitatief als kwalitatief. Ook de andere studies hadden te maken met onvolledige en tegenstrijdige data over de aantallen in de nursing workforce.

Volgens deze vergelijkende studies is er internationaal de tendens naar een ‘all-bachelors’ niveau voor verpleegkundigen.

## 8.3 Referenties

1. Robinson S, Griffiths P: *Nursing education and regulation: international profiles and perspectives*. National Nursing Research Unit; 2007.
2. Attree M, Flinkman M, Howley B, Lakanmaa RL, Lima-Basto M, Uhrenfeldt L: **A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England.** *Journal of Nursing Management* 2011, **19**: 786-802.
3. ICN International Council of Nurses: *Nursing Workforce Profile. Database summary*. Geneva: International Council of Nurses; 2010.
4. Buchan J, Calman L: *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. ICN International Council of Nurses; 2004.
5. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J: *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. Paris: OECD; 2005.
6. Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, Institute of Medicine: *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington: National Academies Press; 2011.

7. Buscher A, Sivertsen B, White J: *Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009*. Copenhagen: WHO World Health Organization; 2010.
8. WHO: *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. Geneva: WHO; 2009.
9. Canadian Nurses Association: *Unregulated Health Workers: A Canadian and Global Perspective*. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2008.
10. Baumann A, Blythe J, Kolotylo C, Underwood J: *The International Nursing Labour Market*. Ottawa: The Nursing Sector Study Corporation; 2004.
11. Hegarty J, Walsh E, Condon C, Sweeney J: **The undergraduate education of nurses: Looking to the future.** *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2009, **6**: 1-11.
12. Spitzer A, Perrenoud B: **Reforms in nursing education across Western Europe: Implementation processes and current status.** *Journal of Professional Nursing* 2006, **22**: 62-71.
13. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY: **An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation.** *J Nurs Scholarsh* 2010, **42**: 31-39.
14. Duffield C, Gardner G, Chang AM, Catling-Paull C: **Advanced nursing practice: a global perspective.** *Collegian* 2009, **16**: 55-62.
15. Mantzoukas S, Watkinson S: **Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features.** *J Clin Nurs* 2007, **16**: 28-37.

## 9 Relatie tussen nursing staff en uitkomsten voor patiënten, verpleegkundigen en organisaties

### 9.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is duidelijk geworden dat er een grote diversiteit is in de nursing workforce: verschillende opleidingen, verschillende niveaus van opleidingen en functies, verschillende namen, verschillende competentielijsten waaraan voldaan moet worden, enzovoort.

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag of personele kenmerken van de nursing workforce er toe doen. Maakt het bijvoorbeeld uit voor een patiënt als er een RN of een LPN aan zijn bed staat of maakt het wat uit als er 60% bachelors verpleegkundigen op een afdeling zijn ten opzichte van 20%? En is een RN met 2 jaar ervaring vergelijkbaar met een RN die 25 jaar ervaring heeft? Moet er bij het maken van het verpleegkundig rooster rekening gehouden worden met de medische bezetting? Hoe speelt complexiteit van zorg bij de patiënten hierin mee? Is een model van primary nursing beter dan een model van teamverpleging?

En als personele kenmerken wat uitmaken, wegen de eventuele extra kosten voor bijvoorbeeld hoger opgeleiden op tegen de eventuele besparingen door een betere kwaliteit van zorg en leven?

De antwoorden op deze vragen zijn essentieel voor het management van zorginstellingen (hoeveel mensen van welk soort moet ik inzetten?), voor opleidingen (welke mensen en hoeveel moet ik opleiden en op welk niveau?) en voor de overheid (hoe ik kan optimale kwaliteit van zorg garanderen tegen aanvaardbare kosten?).

Deze vragen zijn ook van belang omdat er bijvoorbeeld in de staat California sinds 2004 een minimum aantal RNs per patiënt in het ziekenhuis in de wet [1] is vastgelegd omdat men daar allerlei positieve effecten van verwacht (betere patiëntenuitkomsten, minder gezondheidszorgkosten) [2-4]. Een evaluatie van deze wetgeving liet zien dat het aantal patiënten per verpleegkundige na invoering van de wet verminderde, maar dat er tegen de verwachting in na twee jaar nog geen duidelijke verbeteringen in patiëntenuitkomsten waren [5]. In het verlengde hiervan voerden Donaldson en Shapiro [6] een systematische review uit waarin ze twaalf studies includeerden met uitsluitend Californische data om zo de impact van de wetgeving na te gaan: ze vonden dat na invoering van de wet het aantal patiënten per verpleegkundige verminderde, dat het aantal directe uren patiëntenzorg van de verpleegkundigen vermeerderde, en de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen hoger werd, maar ze vonden geen verbeteringen op kwaliteitsindicatoren, niet minder adverse events (maar ook niet meer) en geen effect op kosten. De auteurs zeggen dat het 'no evidence of effect' mogelijk te wijten is aan methodologische tekortkomingen in de geïncludeerde studies en dat verder onderzoek nodig is.

Het idee van een wettelijke minimum voor een nurse-patient ratio is door sommige staten overgenomen, maar in andere weer niet. Zo vindt North Carolina de Californische wet een te simpele rekensom die te weinig rekening houdt met de werkelijke zorgvraag [7].

Ook elders zijn er reeds veel onderzoeken op dit terrein gebeurd. Bij die onderzoeken gaat het meestal om drie soorten onafhankelijke variabelen: staffnummer, staffmix en skillmix of een combinatie hiervan die dan afgezet worden tegen afhankelijke variabelen bij de patiënten (bv. herstelduur, aantal complicaties) of bij de zorginstellingen (kosten, opnamemogelijkheden) of bij de zorgverleners (arbeidstevredenheid, personeelsverloop) of bij het zorgsysteem in zijn geheel (meer of minder uitgaven aan zorg). Op basis van de eerdere hoofdstukken is te begrijpen dat de onafhankelijke variabelen een grote diversiteit vertonen, waardoor de onderzoeken niet altijd goed vergelijkbaar zijn. Idem dito geldt dit voor de afhankelijke variabelen die een groot scala beslaan en op zeer diverse manieren gemeten kunnen worden.

## **9.2 Onderzoeksbevindingen**

Ten eerste zijn er de (frequent aangehaalde) observationele studies in een ziekenhuissetting van bijvoorbeeld Aiken et al. [8,9], Blegen et al.[10,11], Manojlovich et al. [12], Needleman et al. [13], Rafferty et al. [14] waarin een duidelijk verband wordt gevonden tussen een hoger aantal (uren) verpleegkundigen en een grotere proportie hoger opgeleide verpleegkundigen met minder negatieve patiëntenuitkomsten (minder overlidens, heropnames, decubitus, medicatiefouten, infecties,...) en meer positieve effecten bij verpleegkundigen en organisatie. Maar andere onderzoeken [15-17] vinden een minder duidelijke relatie.

Observationele onderzoeken [18-22] in een verpleeghuissetting zijn niet eenduidig en wijzen op een complex samenspel tussen aantal, soort, opleiding en mix in de onafhankelijke variabele met betere of slechtere uitkomsten.

Ten tweede zijn er op basis van de inmiddels grote hoeveelheid primaire studies al diverse (systematische) reviews [6,23-41] uitgevoerd. De bevindingen van deze reviews staan in tabel 9.1 (reviews in oplopende volgorde van jaar van publicatie, en zonder de pretentie om uitputtend te zijn).

**Tabel 9.1. Reviews naar relatie staffmix en outcomes**

Review/jaar	Aantal geïnccludeerde referenties	Setting	Conclusies
Lang 2004 [39]	43	ziekenhuis	The literature offers <b>no support</b> for specific, minimum nurse-patient ratios for acute care hospitals, especially in the absence of adjustments for skill and patient mix, although total nursing hours and skill mix do <b>appear</b> to affect some important patient outcomes
Crossan 2005 [30]	33	gemengd	The evidence which currently exists offers some <b>limited support for the suggestion</b> that redistribution of certain tasks in nursing could be possible and could contribute to strategies for meeting the demands of changes within health care delivery. Any reallocation of task, and substitution of qualified by unqualified staff, should be based on sound evidence and not merely on staff availability, service demand or apparent costs
Currie 2005 [31]	?	gemengd	Several <b>limitations</b> are present in research that has been undertaken on the relationship between quality of care, nurse staffing, skill mix and autonomy.
Lankshear 2005 [38]	22	ziekenhuis	They strongly <b>suggest</b> that higher nurse staffing and richer skill mix (especially of registered nurses) are <b>associated</b> with improved patient outcomes, <b>although the effect size cannot be estimated reliably.</b>
Bostick 2006 [29]	87	verpleeghuis	There is <b>a proven association</b> between higher total staffing levels (especially licensed staff) and improved quality of care.
Ayre 2007 [32]	40	ziekenhuis	While there is a growing body of literature explicating associations between nursing skill mix and positive outcomes, the evidence <b>does not as yet provide firm directions</b> in determining the best configuration. In addition, differences in nursing workforce characteristics also make it difficult to apply findings from one healthcare setting to another
Kane 2007a [27]	96	ziekenhuis	Higher registered nurse staffing <b>was associated with</b> less hospital-related mortality, failure to rescue, cardiac arrest, hospital acquired pneumonia, and other adverse events, but the association <b>is not necessarily causal.</b> Greater registered nurse hours spent on direct patient care were associated with decreased risk of hospital-related death and shorter lengths of stay. <b>Limited evidence suggests</b> that the higher proportion of registered nurses with BSN degrees was associated with lower mortality and failure to rescue.
Kane 2007b [40]	28	ziekenhuis	Studies with different design <b>show associations</b> between increased RN staffing and lower odds of hospital related mortality and adverse patient events. Patient and hospital characteristics, including hospitals' commitment to quality of medical care, likely contribute to the actual causal pathway

Review/jaar	Aantal geïnccludeerde referenties	Setting	Conclusies
Sermeus 2007 [24]	45	ziekenhuis	Our literature review identified a good deal of evidence supporting a relationship between nurse staffing parameters (both numbers of nurses as well as staff skill mix) and patient outcomes. However, <b>not all patient outcomes studied have been consistently linked with staffing</b> , and in a number of cases (for instance, nosocomial infections), <b>evidence has not been as conclusive</b> from generally correlational studies as some would suggest. Also, a number of outcomes believed to be associated with staffing, such as readmission rates (presumably affected by quality of discharge planning and preparation that in turn are affected by staffing levels), have not yet been studied.
Thungjaroenkul 2007 [26]	17	ziekenhuis	Research examining the relationships between nurse staffing, hospital costs, and length of stay is varied using a range of methods and definitions. This lack of coherence in definitions and measurement tools for cost and length of stay <b>makes it difficult to conclude with certainty</b> the results of nurse staffing on hospital cost and length of stay. However, the evidence reflected that significant reductions in cost and LOS <b>may be possible</b> with higher ratios of nursing personnel in hospital settings.
Collier 2008 [28]	71	verpleeghuis	Considerable research effort has been directed toward evaluating the relationships between staffing characteristics and resident outcomes. <b>However</b> , the literature is largely characterized by quasi-experimental, descriptive, and cross-sectional studies that include measures at the facility or unit level. The quality of extant nursing facility research is also compromised by small samples, the quality of data sources, the lack of geographic diversity, and the absence of uniform quality definitions and measures across studies, as well as inadequate controls to account for both case-mix measures and endogenous relationships between staffing characteristics and other variables.
Ridley 2008 [41]	22	ziekenhuis	Although studies <b>suggest</b> that increasing RN dose (i.e., number of care hours) and skill mix (versus LPN) are associated with improved patient safety, <b>evidence</b> linking RN education level (i.e., BSN, ADN, diploma) is sorely <b>lacking</b> .
Dubois 2009 [33]	250	gemengd	Despite conflicting findings and the need for further research, a number of studies and systematic reviews <b>suggest</b> that a richer staff-mix <b>may be associated</b> with better outcomes and fewer adverse events for patients. The <b>evidence, however, is highly limited by practical limitations and methodological shortcomings</b> . While many studies have reported positive impacts from enriching staff-mix, they do not offer clear guidance about ideal thresholds in terms of personnel/patient ratios or the proportion of different categories of staff members on teams.
Flynn 2009 [36]	584	gemengd	The relevant research literature <b>is insufficiently robust or extensive to demonstrate clear associations</b> between nurse staffing levels and the organization of nursing work and various outcomes of interest.

Review/jaar	Aantal geïnccludeerde referenties	Setting	Conclusies
Donaldson 2010 [6]	12 (uitsluitend Californische data)	ziekenhuis	A key finding from this synthesis is that the implementation of minimum nurse-to-patient ratios reduced the number of patients per licensed nurse and increased the number of worked nursing hours per patient day in hospitals. Another finding is that there were <b>no significant impacts of these improved staffing measures on measures of nursing quality and patient safety indicators</b> across hospitals. A critical observation may be that adverse outcomes did not increase despite the increasing patient severity reflected in case mix index. We <b>cautiously</b> posit that this finding may actually suggest an impact of ratios in preventing adverse events in the presence of increased patient risk.
Goryakin 2011 [37]	17	ziekenhuis	In general, it was found that nurses can provide cost effective care, compared to other health professionals. On the other hand, more intensive nurse staffing was associated with both better outcomes and more expensive care, and therefore <b>cost effectiveness was not easy to assess</b> . There is a need for further rigorous economic evaluation of the effect of variation and change in nurse staffing levels and nurse-physician substitution/changes in nursing skill mix.
Butler 2011 [34] (Cochrane review)	15	ziekenhuis	Despite the number of studies conducted on this topic, <b>the quality of evidence overall was very limited</b> . We found <b>no evidence</b> that the addition of specialist nurses to nursing staff reduces patient death rates, attendance at the emergency department, or readmission rates, but it is likely to result in shorter patient hospital stays, and reductions in pressure ulcers. The evidence in relation to the impact of replacing Registered Nurses with unqualified nursing assistants on patient outcomes is <b>very limited</b> . We found no eligible studies of educational interventions, grade mix interventions, or staffing levels and therefore we are unable to draw conclusions in relation to these interventions. The findings <b>suggest</b> interventions relating to hospital nurse staffing models <b>may</b> improve some patient outcomes, particularly the addition of specialist nursing and specialist support roles to the nursing workforce. Interventions relating to hospital nurse staffing models <b>may</b> also improve staff-related outcomes, particularly the introduction of primary nursing and self-scheduling. However, <b>these findings should be treated with extreme caution due to the limited evidence available from the research conducted to date</b> .
Hodgkinson 2011 [35] (Cochrane-review)	2	verpleeghuis	<b>No conclusive research exists</b> to suggest that any nursing model or skill-mix model would be effective at improving patient or staff wellbeing in a residential aged-care facility. The evidence presented for a primary-care model <b>is not sufficient to suggest its use</b> in an aged care facility.

Review/jaar	Aantal geïnccludeerde referenties	Setting	Conclusies
Spilsbury 2011 [25]	50	verpleeghuis	The studies present a wide range and varied mass of findings that use disparate methods for defining and measuring quality (42 measures of quality identified) and nurse staffing (52 ways of measuring staffing identified). It is difficult to offer conclusions and recommendations about nurse staffing based on the existing research evidence: research has produced inconsistent and contradictory results about the link between nurse staffing and quality in nursing homes. The existing evidence base does not enable any firm conclusions to be drawn when considering the relationship between nurse staffing and quality of care for residents in nursing homes.

Verder zijn er nog een paar reviews [23,26,37,38] die geprobeerd hebben te kijken naar kosten-effectiviteit van een andere staffmix in relatie tot patiëntenuitkomsten, maar deze reviews konden zeer weinig studies includeren en niet tot overtuigende conclusies komen.

Het merendeel van de reviews uit de voorgaande tabel is gebaseerd op observationele longitudinale of cross-sectionele studies (en van variabele methodologische kwaliteit), waardoor alleen associaties en geen oorzaak-effect relaties aangetoond kunnen worden. De conclusies van de reviews zijn meestal gebaseerd op kwalitatieve data-synthese en niet op kwantitatieve statistische synthese. Tevens dient aangetekend te worden dat de reviews overwegend studies includeerden van USA-origine.

### 9.3 Reflectie

Er blijkt al heel veel onderzoek te zijn gebeurd, gelet op het aantal reviews wat beschikbaar is en gelet op het aantal studies dat die reviews konden includeren. De reviews laten over het algemeen zien dat er in afzonderlijke primaire studies aanwijzingen zijn dat kenmerken van een ‘betere’ (in de zin van meer en/of meer hoger opgeleide) personele verpleegkundige bezetting geassocieerd zijn met betere patiëntenuitkomsten, maar wanneer de geïnccludeerde studies samen worden bekeken is er geen overtuigende evidentie over de relatie tussen kenmerken van verpleegkundige bezetting met uitkomsten bij patiënten, verpleegkundigen of organisaties. Opvallend is dat dit ook geldt voor de review met uitsluitend data uit California, de staat waarin een maximale patient/nurse ratio wettelijk is vastgelegd en waar de van te voren verwachte effecten op patiëntenuitkomsten nog niet aantoonbaar vastgesteld kunnen worden.

De ‘no evidence of effect’ heeft te maken met de onduidelijkheid in begrippen, de complexiteit van de begrippen, de complexiteit van de relaties en interacties tussen onafhankelijke, intermediërende, confounding en afhankelijke variabelen en de suboptimale researchdesigns en methoden.

Deze overall bevinding van ‘no evidence of effect’ wil dus niet zeggen dat die relaties er niet zijn, maar dat voorsnog de evidentie beperkt is. Goed opgezet vervolgonderzoek is nodig om meer zicht te krijgen op de effecten van de personele bezetting. Dit is in



Europees verband inmiddels opgepakt door RN4Cast ([www.rn4cast.eu/](http://www.rn4cast.eu/)) [42] en het is dus uitzien naar de resultaten van deze onderzoeken.

## 9.4 Referenties

1. California Assembly: *California Assembly Bill 394*. Los Angeles: California Assembly; 1999.
2. Institute for Health & Socio-Economic Policy: *California Health Care: Sicker patients, fewer RNs, Fewer staffed beds*. Institute for Health & Socio-Economic Policy; 1999.
3. Institute for Health & Socio-Economic Policy: *AB 394: California and the demand for safe and effective nurse to patient staffing ratios*. Institute for Health & Socio-Economic Policy; 2001.
4. California Nurses Association, National Nurses Organizing Committee: *The Ratio Solution. CNA/NNOC's RN-to-Patient Ratios Work - Better Care, More Nurses*. 2009.
5. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Sandhu M, Fridman M *et al.*: **Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and postregulation**. *Policy Polit Nurs Pract* 2007, **8**: 238-250.
6. Donaldson N, Shapiro S: **Impact of California Mandated Acute Care Hospital Nurse Staffing Ratios: A Literature Synthesis**. *Policy Politics Nursing Practice* 2010, **11**: 184-201.
7. North Carolina Organization of Nurse Leaders: *Position Statement on Mandated Nurse Staffing Ratios*. 2011.
8. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH: **Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality**. *JAMA* 2003, **290**: 1617-1623.
9. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T: **Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes**. *J Nurs Adm* 2008, **38**: 223-229.
10. Blegen MA, Goode CJ, Reed L: **Nurse staffing and patient outcomes**. *Nurs Res* 1998, **47**: 43-50.
11. Blegen MA, Goode CJ, Vaughn T, Park SH: **Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals**. *Medical Care* 2011, **49**: 406-414.
12. Manojlovich M, Sidani S, Covell CL, Antonakos CL: **Nurse dose: linking staffing variables to adverse patient outcomes**. *Nurs Res* 2011, **60**: 214-220.
13. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M: **Nurse staffing and inpatient hospital mortality**. *N Engl J Med* 2011, **364**: 1037-1045.
14. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M *et al.*: **Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records**. *Int J Nurs Stud* 2007, **44**: 175-182.
15. Hart P, Davis N: **Effects of nursing care and staff skill mix on patient outcomes within acute care nursing units**. *J Nurs Care Qual* 2011, **26**: 161-168.
16. Krapohl G, Manojlovich M, Redman R, Zhan L: **Nursing Specialty Certification and Nursing-Sensitive Patient Outcomes in the Intensive Care Unit**. *Am J Crit Care* 2010, **19**: 490-498.
17. Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC, Jawad AF: **The relationship between nurse staffing and patient outcomes**. *J Nurs Adm* 2003, **33**: 478-485.
18. Bowblis JR: **Staffing ratios and quality: an analysis of minimum direct care staffing requirements for nursing homes**. *Health Serv Res* 2011, **46**: 1495-1516.
19. Castle NG, Engberg J: **Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality**. *Gerontologist* 2008, **48**: 464-476.
20. Castle NG, Engberg J, Aiju M: **Nurse aide agency staffing and quality of care in nursing homes**. *Med Care Res Rev* 2008, **65**: 232-252.
21. Castle NG, Engberg JB: **The influence of agency staffing on quality of care in nursing homes**. *J Aging Soc Policy* 2008, **20**: 437-457.
22. Castle NG, Engberg J: **The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes**. *Health Serv Res* 2007, **42**: 1822-1847.
23. Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K *et al.*: *The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews*. London: EPPI Centre; 2010.
24. Sermeus W, Van den Heede K, Vleugels A: *Database quality of nursing care. Scientific Report*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2007.
25. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C: **The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review**. *Int J Nurs Stud* 2011, **48**: 732-750.
26. Thungjaroenkul P, Cummings GG, Embleton A: **The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: a systematic review**. *Nurs Econ* 2007, **25**: 255-265.
27. Kane RL, Shamlivan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ: **Nurse staffing and quality of patient care**. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007, 1-115.
28. Collier E, Harrington C: **Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities**. *Res Gerontol Nurs* 2008, **1**: 157-170.
29. Bostick JE, Rantz MJ, Flesner MK, Riggs CJ: **Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes**. *J Am Med Dir Assoc* 2006, **7**: 366-376.
30. Crossan F, Ferguson D: **Exploring nursing skill mix: a review**. *J Nurs Manag* 2005, **13**: 356-362.
31. Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S: **Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review**. *J Adv Nurs* 2005, **51**: 73-82.

32. Ayre TC, Gerdtz MF, Parker J, Nelson S: **Nursing skill mix and outcomes: a Singapore perspective.** *Int Nurs Rev* 2007, **54**: 56-62.
33. Dubois CA, Singh D: **From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management.** *Hum Resour Health* 2009, **7**: 87.
34. Butler M, Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathuna DP, Schultz TJ *et al.*: **Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2011, CD007019.
35. Hodgkinson B, Haesler EJ, Nay R, O'Donnell MH, McAuliffe LP: **Effectiveness of staffing models in residential, subacute, extended aged care settings on patient and staff outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2011, CD006563.
36. Flynn M, McKeown M: **Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research.** *J Nurs Manag* 2009, **17**: 759-766.
37. Goryakin Y, Griffiths P, Maben J: **Economic evaluation of nurse staffing and nurse substitution in health care: a scoping review.** *Int J Nurs Stud* 2011, **48**: 501-512.
38. Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A: **Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence.** *ANS Adv Nurs Sci* 2005, **28**: 163-174.
39. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL: **Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes.** *J Nurs Adm* 2004, **34**: 326-337.
40. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ: **The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis.** *Med Care* 2007, **45**: 1195-1204.
41. Ridley RT: **The relationship between nurse education level and patient safety: an integrative review.** *J Nurs Educ* 2008, **47**: 149-156.
42. Sermeus W, Aiken LH, Van den HK, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT *et al.*: **Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology.** *BMC Nurs* 2011, **10**: 6.

## **10 Conclusies, discussie en aanbevelingen**

### **10.1 Conclusies**

Voor dit onderzoek waren vijf vragen geformuleerd:

- 1) Welke definities van verplegen / verpleging en verzorgen / verzorging worden in de beroepsprofielen of andere publicaties van beroepsorganisaties of overheidsorganen in de geselecteerde landen gehanteerd?
  - a) Welke specifieke beroepen zijn er binnen de verpleging en verzorging in de geselecteerde landen?
  - b) Welke soorten opleidingen/opleidingsniveaus gelden voor die specifieke beroepen?
  - c) Welke professionele rollen behoren bij die specifieke beroepen en in welke mate is daarbij sprake van professionele autonomie?
- 2) Hoeveel beroepsbeoefenaren zijn er werkzaam binnen de verpleging en verzorging en hoe verhouden die aantallen zich tot de aantallen artsen in de geselecteerde landen?
- 3) Welke beroepsbeoefenaren binnen de verpleging en verzorging, met welke opleidingsniveaus zijn bevoegd om bepaalde voorbehouden handelingen in de geselecteerde landen uit te voeren? En wat zijn de beleidsmatige overwegingen of aanleidingen geweest om bepaalde voorbehouden handelingen aan die beroepsbeoefenaren toe te kennen?
- 4) In welke mate hebben die beroepsbeoefenaren zich georganiseerd en bij welk soort beroeps- of belangenorganisaties?
- 5) Wat is er bekend over het effect van de inzet van anders samengestelde verpleegkundige/verzorgende bezettingen (bv. meer personeel per patiënt, meer hoger gekwalificeerd personeel)?

In hoofdstuk 2 bleek dat er overeenkomsten zijn tussen landen in de gebruikte definities en omschrijvingen van verpleegkunde en verpleegkundigen. Bijvoorbeeld verplegen houdt zowel bevordering van gezondheid, preventie van ziekte als behandeling en verzorging van ziektegerelateerde gevolgen/problemen in. Maar er zijn ook verschillen: het is bijvoorbeeld opvallend dat de ‘autonomie’ van de verpleegkundige wel voorkomt in de definitie van de ICN en Canada, terwijl de definitie van België veel klemtoon legt op ondersteuning van het medisch handelen en dat in sommige landen de ‘community’ wel als doelgroep vermeld staat en in andere niet.

Opvallend is ook dat de definities gaan over nursing en niet over caring, wat er op wijst dat het onderscheid tussen verpleging en verzorging in de geselecteerde landen minder wordt gemaakt dan in Nederland.

Definities van verplegen en functieomschrijvingen van verpleegkundigen lopen in elkaar over.

In hoofdstuk 3 bleek dat in alle besproken landen grosso modo drie categorieën professionals in de verpleging en verzorging te onderscheiden zijn: de ‘basis’-verpleegkundigen, de ‘meer gespecialiseerde’ verpleegkundigen en de ‘verpleegondersteunende’ beroepen. Binnen elk van deze categorieën bestaat er in elk land weer een (grote) diversiteit aan functiebenamingen, kwalificatieniveaus en opleidingsroutes. Het onderscheid tussen beroepen en functies is niet helder te maken. Wat de *basisverpleegkundigen* betreft, is het in alle geselecteerde landen (nog) zo dat er zowel een ‘MBO-achtige’ als een ‘HBO-achtige’ opleidingsvariant bestaat, die beiden leiden tot een zelfde titel en een zelfde soort functie. Het percentage mensen dat een initiële HBO/bachelors opleiding volgt tot verpleegkundige varieert van circa 1% in Duitsland, 20% in de UK, 25% in Canada, 34% in de USA tot 56% in België. Overall is een verschuiving te constateren om de opleiding tot basisverpleegkundige nog uitsluitend op HBO-niveau te organiseren.

Wat de *meer gespecialiseerde verpleegkundigen* betreft, zien we een grote diversiteit, binnen en tussen landen, aan soorten specialisaties, aan naamgevingen, aan het niveau waarop opleidingen worden aangeboden (binnen initiële of na initiële opleidingen, op MBO-, HBO- en universitair niveau), aan de duur van de opleidingen en hoe die wettelijk verankerd worden. Wat al die gespecialiseerde verpleegkundigen uiteindelijk kunnen en doen valt nauwelijks te vergelijken, noch binnen land als tussen landen, maar het is wel duidelijk dat ze meer competenties en bevoegdheden hebben dan de basisverpleegkundigen. Een gemeenschappelijkheid in de functies van meer gespecialiseerde verpleegkundigen is ook wel dat ze in meerdere of mindere mate taken van medici (zelfstandig) overnemen.

Wat de *verpleegondersteunende beroepen* betreft, is de diversiteit welhaast nog groter dan bij de twee voorgaande categorieën. Wat ze mogen doen, en in hoeverre ze zelfstandig verpleegkundige activiteiten mogen uitvoeren kan erg per regio en land verschillen, zelfs per zorginstelling.

Voor alle categorieën geldt dat het verzamelde materiaal overzicht biedt van naamgevingen, opleidingswegen en wat de diverse functionarissen aan competenties in huis zouden moeten hebben, maar de informatie over wat ze in de praktijk feitelijk doen en hoe de praktijk georganiseerd is en hoe er samengewerkt wordt, is zeer schaars. Hiervoor zou informatie verzameld moeten worden op het niveau van functiebeschrijvingen in afzonderlijke zorginstellingen.

Opvallend is dat het beroep van verzorgende, zoals het in Nederland bekend is als een zelfstandige identiteit, eigenlijk niet is aangetroffen in de literatuur uit andere landen. Daar zijn de verzorgende functies onderdeel van de verpleging en hebben de functionarissen geen of weinig zelfstandige bevoegdheid.

Ondanks alle diversiteit, zijn er ‘overall’ toch een paar opmerkelijke gemeenschappelijke tendensen:

- Verpleegkundige basisopleidingen worden naar het bachelors-niveau getrokken, mede om het beroep aantrekkelijker te maken en om beter het hoofd te kunnen bieden aan de toenemende mate van complexiteit van de zorg.

- Er komen meer en meer verpleegkundige specialisaties, die in toenemende mate op universitair (masters/doctor) niveau worden georganiseerd.
- Er wordt in toenemende mate beroep gedaan op verpleegondersteunende beroepen.
- Er ontstaan nieuwe beroepen in de zorg zowel aan de bovenkant (bv. physician assistant) als aan de onderkant van het zorgspectrum (bv. zorgkundige in België).
- Er vindt overheveling plaats van medische taken naar de meer gespecialiseerde en basisverpleegkundigen en er vindt overheveling plaats van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen.
- Er is geen eenduidigheid welke competenties een (basis/ meer gespecialiseerde/ ondersteunende) verpleegkundige moet hebben en hoe die competenties het best beschreven en geordend kunnen worden.
- Alle landen maken zich zorgen over het toenemend aantal ouderen en inherent de toenemende zorgvraag in de toekomst en hoe daaraan kwantitatief en kwalitatief het hoofd geboden moet worden. Hervormingen en herschikking van opleidingen en functies in de gezondheidszorg, zijn dan ook overal aan de orde van de dag. Hoe die precies vorm worden gegeven is afhankelijk van de historie en het politieke beleidsklimaat in elk land.
- Diverse publicaties wijzen erop dat het voor de individuele burger/zorgvrager het haast onmogelijk is inzicht te hebben in het scala aan zorgverleners waarmee ze te maken hebben en wat ze er van kunnen verwachten.

In hoofdstuk 4 kwam het aantal verpleegkundigen en artsen aan bod. De statistieken laten soms grote verschillen zien tussen landen, binnen een land en tussen verschillende jaren, afhankelijk van de geraadpleegde bron. De verschillen kunnen te maken hebben met werkelijke verschillen tussen het aantal zorgverleners per land, maar kunnen evengoed te maken hebben met definitieverschillen, methodeverschillen en met fouten in de cijfers. Van de verpleegondersteunende beroepen ontbreken meestal data.

Voorbehouden handelingen waren het onderwerp van hoofdstuk 5. Er is onderscheid gemaakt tussen ‘voorbehouden’ handelingen die tot het medisch terrein behoren maar door (meer gespecialiseerde) verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd en ‘voorbehouden’ verpleegkundige handelingen die tot het verpleegkundig terrein horen, maar door niet-verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd. Wat die voorbehouden handelingen precies zijn, verschilt van land tot land en ook binnen een land. Verder zijn er verschillen in indeling en de manier waarop de delegatie (wettelijk) geregeld is, bijvoorbeeld over mate van zelfstandigheid of de wijze van toezicht en controle. De regelingen zijn soms op nationaal, soms op lokaal of regionaal niveau. Ook de instanties die regelingen uitgeven kunnen verschillen: bv. ministeriële instanties of beroepsverenigingen.

In hoofdstuk 6 is besproken hoe de V&V beroepsgroepen in de verschillende landen zijn georganiseerd. Overal is er een scala aan organisaties waarin verpleegkundigen en verzorgenden georganiseerd zijn. Veelal betreft het verenigingen georganiseerd rondom

bepaalde specialisaties, die op hun beurt deel uitmaken van een (nationale of regionale) koepelorganisatie.

De koepelorganisaties behartigen (politieke) belangen, vertegenwoordigen de beroepsgroep naar buiten, ontwikkelen initiatieven voor kwaliteitsbevordering en maken richtlijnen voor de beroepsuitoefening.

Daarnaast zijn er in de meeste landen ook speciale regulerende organisaties, die zich richten op eindkwalificaties, registraties en licenties. Deze regulerende gremia kunnen zowel nationaal als regionaal opereren.

Uit het verzamelde materiaal is niet duidelijk geworden hoeveel mensen uit de V&V beroepsgroepen lid zijn van de organisaties, noch in welke mate die beroepsverenigingen werkelijk invloed uitoefenen.

Hoofdstuk 7 laat de tendensen en hervormingen in de zorg in de geselecteerde landen zien. Overal speelt de problematiek van een toenemende zorgvraag, zowel kwantitatief als kwalitatief, door de groter wordende groep ouderen met chronische ziektes en complexe zorgvragen. Overal verwacht men een tekort aan zorgverleners (zowel kwantitatief als kwalitatief) die deze toenemende zorgvraag moeten beantwoorden. Een van de oplossingen die in meerdere landen wordt aangedragen is het verhogen van het opleidingsniveau van verpleegkundigen naar minimaal het bachelors niveau. Dit kan zowel rekenen op steun als op kritiek. Bovendien wordt in meerdere landen verwacht dat er een onvoldoende aantal gekwalificeerde opleiders zal zijn om die bachelors te kunnen opleiden.

Verder wordt ervoor gepleit om meer duidelijkheid te verschaffen in de vele beroepen, rollen en namen van functionarissen in het V&V werkveld.

Ook komt naar voren dat er meer aandacht moet zijn voor de opleiding en regulering van de verpleegondersteunende beroepen, omdat die in de toekomst alleen nog maar meer nodig zullen zijn om de groter wordende zorgvraag te beantwoorden.

Er wordt een toenemend belang verwacht van eerstelijnszorg en public health en de verpleegkundigen zouden hierin een belangrijke (coördinerende) rol kunnen hebben.

In hoofdstuk 8 is een aantal eerdere internationaal vergelijkende studies besproken. Deze bevestigen het beeld van de grote diversiteit in het verpleegkundige/verzorgende werkveld en de internationale tendens naar een 'all-bachelors' niveau voor verpleegkundigen.

Hoofdstuk 9 geeft een twintigtal literatuurstudies naar het effect van anders samengestelde verpleegkundige/verzorgende bezettingen (bv. meer verpleegkundigen en/of meer/hoger gekwalificeerde mensen) weer. De reviews laten over het algemeen zien dat er in afzonderlijke primaire studies aanwijzingen zijn dat kenmerken van een 'betere' (in de zin van meer en/of meer hoger opgeleide) personele verpleegkundige bezetting geassocieerd zijn met betere patiëntenuitkomsten, maar wanneer de geïncludeerde studies samen worden bekeken is er geen sterk ondersteunende evidentie over de relatie tussen kenmerken van verpleegkundige bezetting met uitkomsten bij patiënten, verpleegkundigen of organisaties. Dit heeft te maken met de onduidelijkheid in begrippen, de complexiteit van de relaties en de suboptimale researchdesigns en

methoden. De overall bevinding van ‘no evidence of effect’ wil dus niet zeggen dat die relaties er niet zijn, maar dat vooralsnog de evidentie beperkt is. Goed opgezet vervolgonderzoek is nodig om meer zicht te krijgen op de effecten van de personele bezetting.

## **10.2 Discussie**

Een rode draad door alle hoofdstukken heen is de diversiteit, en hiermee gepaard gaande onduidelijkheid, die er bestaat in het verpleegkundig werkveld. Diversiteit in namen, titels, rollen, opleidingen, competenties, functies, reguleringen, etc. De diversiteit speelt zowel bij de verpleegondersteunende beroepen als bij categorie van de basisverpleegkundigen als bij de meer gespecialiseerde functies. Een zelfde vlag kan meerdere ladingen dekken. Dit geldt zowel binnen een land als tussen landen.

Hierdoor bestaat er ook onduidelijkheid over de aantallen die er zijn of nodig zijn.

Bovendien blijkt dat met name van de verpleegondersteunende beroepen er veelal geen statistieken bij gehouden worden.

De onduidelijkheid zorgt er ook voor dat er (nog) geen conclusies getrokken kunnen worden over in hoeverre een andere samenstelling van de personele bezetting of een wettelijk vastgelegde maximale patient/nurse ratio zoals in California leidt tot andere patiëntenuitkomsten.

Een andere rode draad is dat alle geselecteerde landen geconfronteerd worden met een toenemende zorgvraag in de toekomst door meer ouderen met complexere zorgproblemen en men hierdoor een tekort aan verpleegkundigen/verzorgenden verwacht. Overal is men (meestal een veelheid aan partijen) dan ook bezig om dit zo goed mogelijk het hoofd te bieden. Opvallend is de algemene tendens om een bachelors-opleiding als minimum te zien voor een verpleegkundige, om aldus adequaat de complexere zorgvragen te kunnen beantwoorden. Ook is er overal een toename aan meer specialistische verpleegkundige functies. Maar tevens ziet men in dat de verpleegondersteunende beroepen een noodzakelijke en essentiële groep is om de vele patiënten/cliënten te kunnen bedienen. Hervormingen zijn overal aan de orde van de dag en deze gaan veelal gepaard met het creëren van nieuwe functies, waardoor echter de eerder genoemde diversiteit verder dreigt toe te nemen.

Dit rapport besteedt geen aandacht aan hoe de bevindingen uit andere landen zich verhouden tot de situatie in Nederland. Hier is niet voor gekozen omdat parallel aan deze studie, een kennissynthese is uitgevoerd naar de vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland [1]. Beide rapporten verdienen dan ook in samenhang te worden gelezen.

### 10.3 Aanbevelingen

In hoeverre de organisatie van het verpleegkundig werkveld en de hervormingen ervan in de verschillende landen, staten of provincies toepasbaar zijn in de Nederlandse situatie, is niet eenvoudig aan te geven. Enerzijds door de onduidelijkheid in termen en hoeverre die vergelijkbaar zijn met de Nederlandse en anderzijds omdat de huidige en toekomstige organisatie van het verpleegkundig werkveld in elk land een eigen specifieke historie en context kent. Ook wetgeving kan ervoor zorgen dat aantrekkelijke oplossingen en voorstellen uit een ander land niet zomaar naar Nederland zijn te vertalen. Bijvoorbeeld het beroep van zorgkundige in België is daar wettelijk verankerd qua titel maar ook qua beroepsinhoud; dat kan daar omdat België een systeem van beroepsbescherming kent. Kopiëren van dat model naar Nederland kan niet zonder meer omdat Nederland geen beroepsbescherming maar titelbescherming heeft (iedereen mag de geneeskunde of verpleegkunde beoefenen, zolang men zich maar geen arts of verpleegkundige noemt). Ideeën en oplossingen uit andere landen zullen dan altijd ook op hun juridische merites en consequenties beoordeeld moeten worden vooraleer ze vertaald kunnen worden naar de Nederlandse situatie.

Toch is er in ieder geval één klare boodschap voor de Nederlandse situatie: schep duidelijkheid.

- Maak duidelijk wat een verpleegkundige is, kan en mag
- Maak duidelijk welk opleidingsniveau hoort bij het beroep verpleegkundige
- Maak duidelijk onderscheid tussen beroep en functies
- Maak duidelijk onderscheid tussen verpleegkundig specialist en gespecialiseerde functies binnen de verpleegkunde
- Maak duidelijk wat een niet-verpleegkundige kan en mag op het terrein van de verpleegkunde
- Maak duidelijk wat de verpleegondersteunende beroepen kunnen en mogen
- Maak duidelijk welk opleidingsniveau hoort voor de categorie verpleegondersteunende beroepen.

Deze duidelijkheid is nodig om het beroep te profileren naar andere beroepsgroepen en naar de patiënt. Dit zal er toe bijdragen om de introzin van dit rapport ‘a nurse is not a nurse’, om te draaien naar een helder ‘a nurse IS a nurse’.

Om dit te bereiken bieden Europese richtlijnen mogelijk handvatten. Behalve de Europese Bachelors-Masters structuur voor het hoger onderwijs, is er de Europese richtlijn aangaande beroepskwalificaties [2], waarin criteria zijn opgesteld waaraan een opleiding tot verpleegkundige moet voldoen (o.a. 10 jaar onderwijs voorafgaand aan toelating tot de opleiding, is een voltijdse opleiding van tenminste drie studie jaren en minimaal 4600 uren theoretisch en klinisch onderwijs, en specificeert gebieden die beheerst moeten worden). Ook is er door het Europees parlement een richtlijn uitgebracht over een Europese kwalificatiestructuur [3]. Hierin worden acht competentieniveaus onderscheiden, en voor ieder niveau worden kennis, vaardigheden en competenties beschreven; dit raamwerk zou gebruikt kunnen worden om de verpleegkundige opleidingen en beroepen in te ordenen. Opvolgen van het Bologna akkoord over de



BaMa-structuur en van de Europese richtlijn voor beroepskwalificaties zou een stap voorwaarts kunnen betekenen in het verhelderen van het beroep van verpleegkundige in Nederland en in het vergelijkbaar maken van verpleegkundige opleidingen binnen Europa. Ook de meer gespecialiseerde verpleegkundigen en de verpleegondersteunende beroepen zouden mogelijk in die Europese kaders ingepast kunnen worden om duidelijkheid te creëren.

In dit kader is het ook aan te bevelen de tendensen uit andere landen als een 'all-bachelor' niveau voor de verpleegkundige basisopleiding, grotere inzet van verpleegkundig specialisten en een duidelijker omschrijving/afbakening van verpleegondersteunende, c.q. verzorgende, beroepen op hun merites te bekijken.

Om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen is het tevens van belang dat het verpleegkundig beroep aantrekkelijk(er) wordt. Duidelijkheid in het beroepsprofiel en een helder functieopbouwstelsel kunnen hierbij helpen. Ook carrièremogelijkheden scheppen in een stelsel met functies die verdieping en specifieke competenties vereisen is van belang.

De publicaties uit andere landen laten niet alleen zien dat de zorgvraag toe zal nemen, maar ook dat de aard ervan zal veranderen. Meer zorg thuis, meer zelfmanagement van patiënten, meer e-health, meer preventie. Dit zal ongetwijfeld ook in Nederland het geval zijn en betekent dat de verpleegkundige van de toekomst wellicht over andere en aanvullende competenties zal moeten beschikken. De nieuwe beroepsprofielen kunnen hier alvast rekening mee houden.

In het hoofdstuk over voorbehouden handelingen en taakdelegatie kwam naar voren dat in de meeste landen niet alleen de delegatie van medische taken naar verpleegkundigen, maar ook de delegatie van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen een belangrijk issue is. Dit is ook voor Nederland van belang in het kader van duidelijk maken wat de diverse professionals binnen de verpleging en verzorging kunnen en mogen. Bovendien levert delegatie van medische taken naar verpleegkundigen mogelijk meer werk op voor het al krappe zorgaanbod van verpleegkundigen, terwijl delegatie van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen hier juist verlichting in kan brengen.

In de bestudeerde landen bleek dat met name over de verpleegondersteunende beroepen veel onduidelijkheid was over aantallen en wat ze mogen/kunnen doen. Er is weinig zicht op deze beroepen, omdat ze niet goed gereguleerd en geregistreerd worden. Voor Nederland valt te overwegen om op deze belangrijke categorie in het zorgaanbod wel meer zicht te krijgen, door naast het BIG-register ook een vorm van registratie voor deze functionarissen op te zetten.

Een laatste aanbeveling betreft het geconstateerde manco van 'no evidence of effect' in studies over een anders samengestelde V&V personele bezetting. Een gedeeltelijke verklaring hiervoor kan zijn dat nog onvoldoende bekend is hoe en wanneer effecten van verpleegkundige/verzorgende interventies het best gemeten kunnen worden. Meer onderzoek is nodig om de uitkomsten van verpleegkundig en verzorgend handelen

zichtbaar te maken aan de buitenwereld (patiënten, politiek en zorgverzekeraars). Dergelijk onderzoek kan ook een stimulans zijn om te blijven investeren in een kwalitatief en kwantitatief goed zorgaanbod.

## **10.4 Referenties**

1. van der Velden LFJ, Francke AL, Batenburg RS: *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van onderzoeksrapporten en gegevensbronnen*. Utrecht: Nivel; 2011.
2. Europese Gemeenschap: *RICHTLIJN 2005/36/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties*. 2007.
3. European Commission Education and Culture: *The European Qualifications Framework for Lifelong Learning (EQF)*. Luxembourg: European Communities; 2008.

## **Bijlagen**

- Bijlage 1: Naamgevingen beroepsbeoefenaren V&V
- Bijlage 2: Voorbeelden competenties beroepsbeoefenaren
- Bijlage 3: Bevolkingstatistieken per land
- Bijlage 4: Lijst België B1-B2 handelingen



## Bijlage 1: Naamgevingen beroepsbeoefenaren V&V

Land	Hoger segment	Midden segment	Lager segment
België	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verpleegkundig specialist</li> <li>• gespecialiseerde verpleegkundige</li> <li>• verpleegkundig consultant</li> <li>• referentieverpleegkundige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpleegkundige A1 (gegrupeerde)</li> <li>• Verpleegkundige A2 (gebrevetteerde)</li> <li>• verpleegkundigen met bijzondere beroepstitels <ul style="list-style-type: none"> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en in de neonatologie;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de medische beeldvorming;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de stomatherapie en in de wondverzorging;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd als operatie-assistent en als instrumentist;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd als perfusionist;</li> <li>- verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie</li> </ul> </li> <li>• verpleegkundigen met bijzondere beroepsbekwaamheden <ul style="list-style-type: none"> <li>- verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie;</li> <li>- verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie;</li> <li>- verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de wondverzorging;</li> <li>- verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de palliatieve zorg;</li> <li>- verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de diabetologie;</li> <li>- verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de evaluatie en behandeling van de pijn.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgkundige</li> <li>• verzorgende</li> <li>• Polyvalent verzorgende</li> <li>• Verpleeg- en ziekenhuisassistent</li> <li>• Praktijkassistenten</li> <li>• Hulpverpleegkundigen</li> <li>• Logistiek assistent</li> <li>• Niet-gekwalificeerde assistenten</li> <li>• bejaardenhelper,</li> <li>• familiale helper,</li> <li>• organisatieassistent,</li> <li>• organisatiehulp,</li> </ul>
Duitsland	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advanced nurse practitioner</li> <li>• Familiengesundheitspfleger-in</li> <li>• Pflegeexperten</li> <li>• Intensiv- und Anästhesiepflege</li> <li>• Operationspflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Krankenpfleger-in,</li> <li>• Altenpfleger-in</li> <li>• Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger-in</li> <li>• General nurse</li> <li>• Krankenschwester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• krankenpflegehelfer-in</li> <li>• Sanitäter/innen</li> </ul>
United Kingdom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• community matron</li> <li>• modern matron</li> <li>• nurse consultant,</li> <li>• (advanced) clinical nurse specialist,</li> <li>• (advanced, senior, associate) nurse practitioner,</li> <li>• advanced practice nurse,</li> <li>• specialist nurse,</li> <li>• expert nurse</li> <li>• physician assistant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• registered nurse 1<sup>st</sup> level (degree en diploma)</li> <li>• registered nurse 2<sup>nd</sup> level</li> <li>• specialist public health nursing</li> <li>• adult nurses</li> <li>• mental health nurses</li> <li>• learning disabilities nurses</li> <li>• children's nurses</li> <li>• enrolled nurse</li> <li>• district nurse 1<sup>st</sup> level</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trainee assistant practitioner</li> <li>• nursing assistant practitioner</li> <li>• non-registered workers</li> <li>• health care assistant</li> <li>• advanced health care assistant</li> <li>• senior health care assistant</li> <li>• support worker</li> <li>• health care support worker</li> <li>• senior health care support worker</li> <li>• clinical health care support worker</li> </ul>

Land	Hoger segment	Midden segment	Lager segment
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• case manager</li> <li>• health visitor</li> <li>• health visitor specialist</li> <li>• specialist nurse</li> <li>• clinical nurse specialist</li> <li>• advanced clinical nurse specialist</li> <li>• practitioner</li> <li>• senior practitioners</li> <li>• advanced practitioner</li> <li>• consultant practitioner</li> <li>• specialist practitioners</li> <li>• GP practice nurse</li> <li>• nurse clinician</li> <li>• extended scope practitioner</li> <li>• SPA: Specialist practitioner: Adult nursing</li> <li>• SPMH: Specialist practitioner: Mental health</li> <li>• SPC: Specialist practitioner: Children's nursing</li> <li>• SPLD: Specialist practitioner: Learning disability nurse</li> <li>• SPGP: Specialist practitioner: General practice nursing</li> <li>• SCMh: Specialist practitioner: Community mental health nursing</li> <li>• SCLD: Specialist practitioner: Community learning disabilities nursing</li> <li>• SPCc: Specialist practitioner: Community children's nursing</li> <li>• SPDN: Specialist practitioner: District nursing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• district nurse 2<sup>nd</sup> level</li> <li>• ward sister</li> <li>• charge nurse</li> </ul> <p>Nurses part of the register Sub part 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RN1: Adult nurse, level 1</li> <li>• RNA: Adult nurse, level 1</li> <li>• RN3: Mental health nurse, level 1</li> <li>• RNMh: Mental health nurse, level 1</li> <li>• RN5: Learning disabilities nurse, level 1</li> <li>• RNLD: Learning disabilities nurse, level 1</li> <li>• RN8: Children's nurse, level 1</li> <li>• RNC: Children's nurse, level 1</li> </ul> <p>Nurses part of the register Sub part 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RN2: Adult nurse, level 2</li> <li>• RN4: Mental health nurse, level 2</li> <li>• RN6: Learning disabilities nurse, level 2</li> <li>• RN7: General nurse, level 2</li> <li>• RN9: Fever nurse, level 2</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RHV: Health visitor</li> <li>• HV: Health visitor</li> <li>• RSN: School nurse</li> <li>• SN: School nurse</li> <li>• ROH: Occupational health nurse</li> <li>• OH: Occupational health nurse</li> <li>• RFHN: Family health nurse</li> <li>• FHN: Family health nurse</li> <li>• RPHN: Specialist community public health nurse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nursing auxiliaries</li> <li>• nursing assistant</li> <li>• nursing aid</li> <li>• nursery nurse</li> <li>• maternity care assistant</li> <li>• mental health assistant</li> <li>• emergency department assistant</li> <li>• associate practitioner</li> <li>• assistant practitioners,</li> <li>• foundation degree,</li> <li>• auxiliary nurses,</li> <li>• cadet nurse,</li> </ul>
USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advanced Practice Registered Nurse (APRN)</li> <li>• Certified Nurse Practitioner (CNP)</li> <li>• Certified Clinical Nurse Specialist (CNS)</li> <li>• Certified Nurse Midwife (CNM)</li> <li>• Certified Nurse Anesthetist (CAN)</li> <li>• clinical nurse specialist adult health nursing</li> <li>• Acute Care Nurse Practitioner</li> <li>• Adult Nurse Practitioner</li> <li>• Adult PMH Nurse Practitioner</li> <li>• Family Nurse Practitioner</li> <li>• Family PMH Nurse Practitioner</li> <li>• Gerontological Nurse Practitioner</li> <li>• Pediatric Nurse Practitioner</li> <li>• Certified Director of Nurse Administration</li> <li>• Long Term Care (CDONA/LTC)</li> <li>• Certified Health Education Specialist (CHES)</li> <li>• Clinical Nurse Specialist (CNS)</li> <li>• Certified Pediatric Nurse Practitioner. (CPNP)</li> <li>• Certified Urologic Nurse Practitioner (CUNP)</li> <li>• Certified Urologic Physician Assistant (CUPA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• registered nurse (RN)</li> <li>• AIDS Certified Registered Nurse (ACRN)</li> <li>• Certified Ambulatory Perianesthesia Nurse (CAPA)</li> <li>• Certified Addictions Registered Nurse (CARN)</li> <li>• Certified Breastfeeding Educator (CBE)</li> <li>• Certified Correctional Health Profession (CCHP)</li> <li>• Certified Case Manager (CCM)</li> <li>• Certified Clinical Research Associate (CCRA)</li> <li>• Certified Clinical Research Coordinator (CCRC)</li> <li>• Certified Critical Care Registered Nurse (CCRN)</li> <li>• Certified Clinical Research Professional (CCRP)</li> <li>• Certified Clinical Transplant Coordinator (CCTC)</li> <li>• Certified Drug and Alcohol Counselor (CDAC)</li> <li>• Certified Developmental Disabilities Nurse (CDDN)</li> <li>• Certified Diabetes Educator (CDE)</li> <li>• Certified Emergency Nurse (CEN)</li> <li>• Certified Enterostomal Therapy Nurse (CETN)</li> <li>• Certified Flight Registered Nurse (CFRN)</li> <li>• Certified Gastroenterological Nurse (CGN)</li> <li>• Certified Gastroenterological Registered Nurse (CGRN)</li> <li>• Certified Health Education Specialist (CHES)</li> <li>• Certified Hemodialysis Nurse (CHN)</li> <li>• Certified Hospice and Palliative Nurse (CHPN)</li> <li>• Certified Hemodialysis Technologist (CHT)</li> <li>• Certified Hyperbaric Technologist (CHT)</li> <li>• Certified Infection Control (CIC)</li> <li>• Certified Insurance Rehabilitation Specialist (CIRS)</li> <li>• Certified Life Care Planner (CLCP)</li> <li>• Certified Legal Nurse Consultant (CLNC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• licensed practical nurse (LPN)</li> <li>• licensed vocational nurse (LVN)</li> <li>• nursing aides</li> <li>• orderlies</li> <li>• (personal care) attendants</li> <li>• Home Health Aides</li> <li>• Personal and Home Care Aides</li> <li>• psychiatric aides</li> <li>• medical assistant</li> <li>• feeding assistant</li> <li>• direct care worker</li> <li>• certified 'nursing assistants'</li> <li>• nursing assistant 1,</li> <li>• nursing assistant 2</li> <li>• medication aide</li> <li>• geriatric aide</li> <li>• nurse aid I</li> <li>• nurse aid II</li> <li>• Nurse tech</li> <li>• Nurse extender</li> <li>• Nursery nurse</li> <li>• Care partner</li> <li>• Home care aide</li> <li>• Medication technician</li> <li>• Medication aide</li> <li>• Medication assistant</li> <li>• Nursing assistant orderlies</li> <li>• Patient care attendant</li> <li>• Personal aide</li> <li>• Psychiatric aide</li> <li>• Resident assistant</li> <li>• Service associate</li> </ul>

Land	Hoger segment	Midden segment	Lager segment
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certified Nursing Administration (CNA)</li> <li>• Certified Nephrology Nurse (CNN)</li> <li>• Certified Nurse Operating Room (CNOR)</li> <li>• Certified Neuroscience Registered Nurse (CNRN)</li> <li>• Certified Occupational Health Nurse (COHN)</li> <li>• Certified Perianesthesia Nurse (CPAN)</li> <li>• Certified Peritoneal Dialysis Nurse (CPDN)</li> <li>• Certified Professional Healthcare Quality (CPHQ)</li> <li>• Certified Pediatric Nurse (CPN)</li> <li>• Certified Pediatric Oncology Nurse (CPON)</li> <li>• Certified Pain Practitioner (CPP)</li> <li>• Certified Plastic and Reconstructive Surgical Nurse (CPSN)</li> <li>• Certified Procurement Transplant Coordinator (CPTC)</li> <li>• Certified Rehabilitation Counselor (CRC)</li> <li>• Certified Radiology Nurse (CRN)</li> <li>• Certified Registered Nurse First Assistant (CRNFA)</li> <li>• Certified Registered Nurse Hospice (CRNH)</li> <li>• Certified Registered Nurse Intravenous (CRNI)</li> <li>• Certified Registered Nurse Ophthalmology (CRNO)</li> <li>• Certified Rehabilitation Registered Nurse (CRRN)</li> <li>• Certified Specialist (CS)</li> <li>• Certified Surgical Assistant (CSA)</li> <li>• Certified School Nurse (CSN)</li> <li>• Certified Surgical Technologist (CST)</li> <li>• Certified Urologic Registered Nurse (CURN)</li> <li>• Certified Holistic Nurse (HNC)</li> <li>• Lamaze Certified Childbirth Educator (LCCE)</li> <li>• Legal Nurse Consultant Certified (LNCC)</li> <li>• Oncology Certified Nurse (OCN)</li> <li>• Orthopedic Nurse Certified (ONC)</li> </ul>	
Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• advanced practice nurse</li> <li>• nurse practitioners/ l'infirmière praticienne</li> <li>• Clinical nurse specialist</li> <li>• public health nurse</li> <li>• physician assistant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registered Nurses (RNs) (diploma en bachelors)</li> <li>• Registered Psychiatric Nurses (RPNs)</li> <li>• registered psychiatric and mental deficiency nurse</li> <li>• graduate nurse</li> <li>• nurse endoscopy</li> <li>• RN First Assistant</li> <li>• RN First Call</li> <li>• Certified cardiovascular nurse</li> <li>• Certified community health nurse</li> <li>• Certified critical care nurse</li> <li>• Certified critical care pediatric nurse</li> <li>• Certified emergency nurse</li> <li>• Certified enterostomal therapy nurse</li> <li>• Certified gastroenterology nurse</li> <li>• Certified gerontology nurse</li> <li>• Certified hospice palliative care nurse</li> <li>• Certified medical-surgical nurse</li> <li>• Certified nephrology nurse</li> <li>• Certified neuroscience nurse</li> <li>• Certified occupational health nurse</li> <li>• Certified oncology nurse</li> <li>• Certified orthopaedic nurse</li> <li>• Certified perinatal nurse</li> <li>• Certified perioperative nurse</li> <li>• Certified psychiatric/mental health nurse</li> <li>• Certified rehabilitation nurse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licensed Practical Nurses (LPNs)</li> <li>• Registered Practical Nurses</li> <li>• Registered Nursing Assistants</li> <li>• Personal support worker</li> <li>• health care aide</li> <li>• Nursing assistant</li> <li>• l'infirmière auxiliaire</li> <li>• client care attendants</li> <li>• community workers</li> <li>• continuing care assistants</li> <li>• family aides</li> <li>• hospital attendant</li> <li>• home support worker</li> <li>• home aides</li> <li>• nursing attendant</li> <li>• orderly</li> <li>• nurse extender</li> <li>• patient care aide</li> <li>• personal aide</li> <li>• personal care attendant</li> <li>• personal support worker</li> <li>• psychiatric aide</li> <li>• recreational therapist</li> <li>• resident care workers</li> <li>• visiting homemaker</li> <li>• auxilliary health care worker</li> <li>• community health representative</li> <li>• respite aide</li> <li>• ward aide</li> <li>• palliative care worker</li> <li>• unit aide</li> <li>• service associate</li> </ul>

*Bijlage 1*



## Bijlage 2: Voorbeelden competenties beroepsbeoefenaren

### UK

Titel	definitie	competenties
Healthcare Support Worker BRON [1]	The HCSW has the awareness and ability to address the basic care needs of individual patients/clients under the direction and supervision of healthcare professionals. They support the multidisciplinary team in the delivery of high quality care. The HCSW will possess, or have the opportunity to attain within an agreed timeframe, education at SCQF level 6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Will work under direction and instruction from registered professionals and/or assistant practitioners.</li> <li>• Will carry out repetitive, routine and familiar tasks during their working day.</li> <li>• Through experience and instruction, a HCSW will develop an awareness of what is normal concerning their patient/clients' wellbeing and report that which is outwith normal to registered professionals.</li> <li>• Will understand and be able to carry out reflective practice.</li> <li>• Will work on their own initiative concerning their own workload within their role remit which will consist of delegated tasks.</li> <li>• Will plan and prioritise their own work tasks and activities.</li> <li>• Can communicate both routine and complex/sensitive information to patients, clients, relatives and staff.</li> <li>• Will be able to problem solve related to the task at hand.</li> <li>• Will develop, or will have developed, organisational and time management skills.</li> <li>• Will recognise risk in relation to care provision.</li> <li>• As a co-producer will work with patients/clients with varying levels of dependence. At times they may be considered a 'lone worker' and as such will carry out and undertake familiar tasks with minimum supervision.</li> <li>• Will be able to recognise patient/clients response to care and will recognise the basic care needs of patients/ clients.</li> <li>• In some circumstances the HCSW will spend more time with patients/clients post assessment than registered staff and will be able to report to registered practitioners regarding patient/client progress.</li> <li>• Will show awareness of patient advocacy and an awareness of wider patient/client issues (e.g. home concerns, etc).</li> <li>• At all times, will act under the delegation and supervision of a registered practitioner and/or assistant practitioner.</li> </ul>
Senior Healthcare Support Worker BRON [1]	The Senior HCSW can evidence previous experience and/or consolidation of practice as a HCSW or can evidence an appropriate level of knowledge. They will have the understanding and ability to deliver delegated care under the direction and supervision of healthcare professionals and support the multidisciplinary team in the delivery of high quality care. The Senior HCSW will possess, or have the opportunity to attain within an agreed timeframe, education at SCQF level 7.	<p>Senior HCSWs will have all the attributes, skills and knowledge described for HCSWs and:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Will have a generalised knowledge and understanding of their job role and related tasks although it is expected that this will be further developed than a HCSW.</li> <li>• Will have a broad skill base related to their practice.</li> <li>• Will possess an awareness and relative understanding of what is normal concerning their patient/clients' wellbeing and report that which is outwith normal to registered professionals.</li> <li>• Will be able to problem solve and take action regarding patient/client care through an awareness of policy and legislation.</li> <li>• Following an initial assessment of the patient/client by the registered practitioner, and under guidance and supervision while following set protocols and procedures, will carry out routine elements of assessment to enhance the patient/client journey.</li> <li>• Will understand and be able to carry out reflective practice.</li> <li>• Will work on their own initiative within their role remit which may involve more advanced clinical skills and tasks than a HCSW, dependent on the area and site of their work.</li> <li>• Role remit will consist of delegated tasks and duties which they will plan and prioritise in consultation with registered practitioners.</li> <li>• Can communicate both routine and complex/sensitive information to patients, clients, relatives and staff.</li> <li>• Will have developed organisational and time management skills.</li> <li>• As a co-producer, the senior HCSW will work with</li> </ul>

		<p>patients/clients with varying levels of dependence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At times they may be considered a 'lone worker' and as such will carry out and undertake familiar tasks with minimum supervision.</li> <li>• Will have an awareness of subtle cues concerning patient/client wellbeing and will respond to/take action concerning common symptoms within agreed protocols and guidelines pertinent to their work area.</li> <li>• Their general workload is likely to increase in complexity where familiar but less routine tasks will be delegated to them.</li> <li>• Will be expected to participate in running groups and activities, giving help and support to registered colleagues.</li> <li>• Will recognise risk in relation to care provision and will further develop risk assessment skills.</li> <li>• Will support and act as a role model to HCSWs.</li> <li>• Will show awareness of patient advocacy and an awareness of wider patient/client issues (e.g. home concerns, etc). They will recognise and understand their role boundaries and limitations.</li> <li>• At all times, will act under the delegation and supervision of a registered practitioner.</li> </ul>
Assistant Practitioner BRON [1]	<p>The Assistant Practitioner can evidence previous experience and consolidation of practice as a Senior HCSW and/or has the appropriate skills and knowledge and demonstrates the depth of understanding and ability required to participate in the planning and carrying out of holistic, protocol based care under the direction and supervision of healthcare professionals. They will assist and support the multidisciplinary team in the delivery of high quality care. The Assistant Practitioner will possess or have the opportunity to attain within an agreed timeframe, education at SCQF level 8.</p>	<p>Assistant Practitioners will have all the attributes, skills and knowledge described for HCSWs and Senior HCSWs and:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Will have an in-depth knowledge and understanding of their job role and related tasks.</li> <li>• Will recognise the need for evidence based practice and carry out delegated care accordingly.</li> <li>• Will have a comprehensive skill base related to their practice. Interventions practised by the Assistant Practitioner will be achieved through additional, focused training and education.</li> <li>• Will also develop knowledge on how and why their care provision and that of others in the multidisciplinary team, impacts on patients'/clients' journey.</li> <li>• Working within agreed protocols and guidelines, an Assistant Practitioner will modify approaches and activities within care interventions and programmes under the direction and supervision of a registered practitioner.</li> <li>• Will carry out routine elements of patient/client assessment following protocols and guidelines</li> <li>• Will problem solve related to needs and tasks and take action within the agreed parameters of the role.</li> <li>• Assistant Practitioners' workload will increase in complexity where less familiar and less routine tasks will be delegated to them.</li> <li>• Workload will be directed by the registered practitioner but Assistant Practitioners will participate in planning care.</li> <li>• Will be responsible for planned, delegated care.</li> <li>• Will support and act as mentor and role model to senior HCSWs and HCSWs.</li> <li>• Can be a patient's advocate.</li> <li>• Will have developed risk assessment skills in relation to patient/client care.</li> <li>• As a relief/substitute, Assistant practitioners will develop screening skills within agreed protocols and guidelines and will contribute to discharge planning and make referrals under direction and within agreed protocols.</li> <li>• Will recognise and understand their role boundaries and limitations and at all times, will act under the delegation and supervision of a registered practitioner.</li> </ul>
Adult nurse [2]		<p><b>Domain 1: Professional values</b>  <b>Generic standard for competence</b>  All nurses must act first and foremost to care for and safeguard the public. They must practise autonomously and be responsible and accountable for safe, compassionate, person-centred, evidence-based nursing that respects and maintains dignity and human rights. They must show professionalism and integrity and work within recognised professional, ethical and</p>

		<p>legal frameworks. They must work in partnership with other health and social care professionals and agencies, service users, their carers and families in all settings, including the community, ensuring that decisions about care are shared.</p> <p><b>Field standard for competence</b></p> <p><b>Adult nurses</b> must also be able at all times to promote the rights, choices and wishes of all adults and, where appropriate, children and young people, paying particular attention to equality, diversity and the needs of an ageing population. They must be able to work in partnership to address people's needs in all healthcare settings.</p> <p><b>Competencies</b></p> <p>1 All nurses must practise with confidence according to <i>The code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives</i> (NMC 2008), and within other recognised ethical and legal frameworks. They must be able to recognise and address ethical challenges relating to people's choices and decision-making about their care, and act within the law to help them and their families and carers find acceptable solutions.</p> <p>1.1 <b>Adult nurses</b> must understand and apply current legislation to all service users, paying special attention to the protection of vulnerable people, including those with complex needs arising from ageing, cognitive impairment, long-term conditions and those approaching the end of life.</p> <p>2 All nurses must practise in a holistic, non-judgmental, caring and sensitive manner that avoids assumptions, supports social inclusion; recognises and respects individual choice; and acknowledges diversity. Where necessary, they must challenge inequality, discrimination and exclusion from access to care.</p> <p>3 All nurses must support and promote the health, wellbeing, rights and dignity of people, groups, communities and populations. These include people whose lives are affected by ill health, disability, ageing, death and dying. Nurses must understand how these activities influence public health.</p> <p>4 All nurses must work in partnership with service users, carers, families, groups, communities and organisations. They must manage risk, and promote health and wellbeing while aiming to empower choices that promote self-care and safety.</p> <p>5 All nurses must fully understand the nurse's various roles, responsibilities and functions, and adapt their practice to meet the changing needs of people, groups, communities and populations.</p> <p>6 All nurses must understand the roles and responsibilities of other health and social care professionals, and seek to work with them collaboratively for the benefit of all who need care.</p> <p>7 All nurses must be responsible and accountable for keeping their knowledge and skills up to date through continuing professional development. They must aim to improve their performance and enhance the safety and quality of care through evaluation, supervision and appraisal.</p> <p>8 All nurses must practise independently, recognising the limits of their competence and knowledge. They must reflect on these limits and seek advice from, or refer to, other professionals where necessary.</p> <p>9 All nurses must appreciate the value of evidence in practice, be able to understand and appraise research, apply relevant theory and research findings to their work, and identify areas for further investigation.</p> <p><b>Domain 2: Communication and interpersonal skills</b></p> <p><b>Generic standard for competence</b></p> <p>All nurses must use excellent communication and interpersonal skills. Their communications must always be safe, effective, compassionate and respectful. They must communicate effectively using a wide range of strategies and interventions including the effective use of communication technologies. Where people have a disability, nurses must be able to work with service users and others to obtain the information needed to make reasonable adjustments that promote optimum health</p>
--	--	---

		<p>and enable equal access to services.</p> <p><b>Field standard for competence</b>  <b>Adult nurses</b> must demonstrate the ability to listen with empathy. They must be able to respond warmly and positively to people of all ages who may be anxious, distressed, or facing problems with their health and wellbeing.</p> <p><b>Competencies</b></p> <p>1 All nurses must build partnerships and therapeutic relationships through safe, effective and non-discriminatory communication. They must take account of individual differences, capabilities and needs.</p> <p>2 All nurses must use a range of communication skills and technologies to support person-centred care and enhance quality and safety. They must ensure people receive all the information they need in a language and manner that allows them to make informed choices and share decision making. They must recognise when language interpretation or other communication support is needed and know how to obtain it.</p> <p>3 All nurses must use the full range of communication methods, including verbal, non-verbal and written, to acquire, interpret and record their knowledge and understanding of people's needs. They must be aware of their own values and beliefs and the impact this may have on their communication with others. They must take account of the many different ways in which people communicate and how these may be influenced by ill health, disability and other factors, and be able to recognise and respond effectively when a person finds it hard to communicate.</p> <p>3.1 <b>Adult nurses</b> must promote the concept, knowledge and practice of selfcare with people with acute and long-term conditions, using a range of communication skills and strategies.</p> <p>4 All nurses must recognise when people are anxious or in distress and respond effectively, using therapeutic principles, to promote their wellbeing, manage personal safety and resolve conflict. They must use effective communication strategies and negotiation techniques to achieve best outcomes, respecting the dignity and human rights of all concerned. They must know when to consult a third party and how to make referrals for advocacy, mediation or arbitration.</p> <p>5 All nurses must use therapeutic principles to engage, maintain and, where appropriate, disengage from professional caring relationships, and must always respect professional boundaries.</p> <p>6 All nurses must take every opportunity to encourage health-promoting behaviour through education, role modelling and effective communication.</p> <p>7 All nurses must maintain accurate, clear and complete records, including the use of electronic formats, using appropriate and plain language.</p> <p>8 All nurses must respect individual rights to confidentiality and keep information secure and confidential in accordance with the law and relevant ethical and regulatory frameworks, taking account of local protocols. They must also actively share personal information with others when the interests of safety and protection override the need for confidentiality.</p> <p><b>Domain 3: Nursing practice and decision-making</b></p> <p><b>Generic standard for competence</b>  All nurses must practise autonomously, compassionately, skilfully and safely, and must maintain dignity and promote health and wellbeing. They must assess and meet the full range of essential physical and mental health needs of people of all ages who come into their care. Where necessary they must be able to provide safe and effective immediate care to all people prior to accessing or referring to specialist services irrespective of their field of practice. All nurses must also meet more complex and coexisting needs for people in their own nursing field of practice, in any setting including hospital, community</p>
--	--	---

		<p>and at home. All practice should be informed by the best available evidence and comply with local and national guidelines. Decision-making must be shared with service users, carers and families and informed by critical analysis of a full range of possible interventions, including the use of up-to-date technology. All nurses must also understand how behaviour, culture, socioeconomic and other factors, in the care environment and its location, can affect health, illness, health outcomes and public health priorities and take this into account in planning and delivering care.</p> <p><b>Field standard for competence</b></p> <p><b>Adult nurses</b> must be able to carry out accurate assessment of people of all ages using appropriate diagnostic and decision-making skills. They must be able to provide effective care for service users and others in all settings. They must have in-depth understanding of and competence in medical and surgical nursing to respond to adults' full range of health and dependency needs. They must be able to deliver care to meet essential and complex physical and mental health needs.</p> <p><b>Competencies</b></p> <p>1 All nurses must use up-to-date knowledge and evidence to assess, plan, deliver and evaluate care, communicate findings, influence change and promote health and best practice. They must make person-centred, evidence-based judgments and decisions, in partnership with others involved in the care process, to ensure high quality care. They must be able to recognise when the complexity of clinical decisions requires specialist knowledge and expertise, and consult or refer accordingly.</p> <p>1.1 <b>Adult nurses</b> must be able to recognise and respond to the needs of all people who come into their care including babies, children and young people, pregnant and postnatal women, people with mental health problems, people with physical disabilities, people with learning disabilities, older people, and people with long term problems such as cognitive impairment.</p> <p>2 All nurses must possess a broad knowledge of the structure and functions of the human body, and other relevant knowledge from the life, behavioural and social sciences as applied to health, ill health, disability, ageing and death. They must have an in-depth knowledge of common physical and mental health problems and treatments in their own field of practice, including co-morbidity and physiological and psychological vulnerability.</p> <p>Enzovoort; voor volledig zie rapport zelf [2]</p>
--	--	---

## USA

## Competenties naar opleidingsniveau in de USA [3]

Competencies	Practical/Vocational Programs	Associate Degree and Diploma Programs	Baccalaureate Programs	Master's Programs	Practice Doctorate	Research Doctorate
Human Flourishing	Promote the human dignity, integrity, self-determination, and personal growth of patients, oneself, and members of the health care team.	Advocate for patients and families in ways that promote their self-determination, integrity, and ongoing growth as human beings.	Incorporate the knowledge and skills learned in didactic and clinical courses to help patients, families, and communities continually progress toward fulfillment of human capacities.	Function as a leader and change agent in one's specialty area of practice to create systems that promote human flourishing.	Systematically synthesize evidence from nursing and other disciplines and translate this knowledge to promote human flourishing within the organizational culture.	Design and implement research that promotes human flourishing of the nurse, nursing profession, patients, families, communities, populations, and systems.
Nursing Judgment	Provide a rationale for judgments used in the provision of safe, quality care and for decisions that promote the health of patients within a family context.	Make judgments in practice, substantiated with evidence, that integrate nursing science in the provision of safe, quality care and promote the health of patients within a family and community context.	Make judgments in practice, substantiated with evidence, that synthesize nursing science and knowledge from other disciplines in the provision of safe, quality care and promote the health of patients, families, and communities.	Make judgments in one's specialty area of practice that reflect a scholarly critique of current evidence from nursing and other disciplines and the capacity to identify gaps in knowledge and formulate research questions.	Systematically synthesize evidence from nursing and other disciplines and translate this knowledge to enhance nursing practice and the ability of nurses to make judgments in practice.	Provide leadership in designing and implementing research that expands the evidence underlying nursing practice and strengthens nurses' ability to make judgments
Professional Identity	Assess how one's personal strengths and values affect one's identity as a nurse and one's contributions as a member of the health care team.	Implement one's role as a nurse in ways that reflect integrity, responsibility, ethical practices, and an evolving identity as a nurse committed to evidence-based practice, caring, advocacy, and safe, quality care for diverse patients within a family and community context.	Express one's identity as a nurse through actions that reflect integrity a commitment to evidence-based practice, caring, advocacy and safe, quality care for diverse patients, families, and communities, and a willingness to provide leadership in improving care.	Implement one's advanced practice role in ways that foster best practices, promote the personal and growth of oneself and others, demonstrate leadership, promote positive change in people and systems, and advance the profession.	As a nurse-scholar, seek ways to translate research findings into practice, and help design and implement changes in nursing practice and health policy that will best serve a diverse population and a diverse nursing workforce.	Implement one's role as a research scholar committed to a spirit of inquiry, the systematic investigating of nursing-related problems, and the dissemination of research findings, in a manner informed by a sense of responsibility to shape a preferred future for our profession
Spirit of Inquiry	Question the basis for nursing actions, considering research, evidence, tradition, and patient preferences.	Examine the evidence that underlies clinical nursing practice to challenge the status quo, question underlying assumptions, and offer new insights to improve the quality of care for patients, families, and communities.	Act as an evolving scholar who contributes to the development of the science of nursing practice by identifying questions in need of study, critiquing published research and using available evidence as a foundation to propose creative, innovative, or evidence-based solutions to clinical problems	Contribute to the science of nursing in one's specialty area of practice by analyzing underlying disparities in knowledge or evidence; formulating research questions; and systematically evaluating the impact on quality. when evidence-based solutions to nursing problems are implemented.	Disseminate practice-based knowledge by engaging in practice with an open mind, systematically studying the practice of other nurses, and reviewing extant research to formulate evidence-based proposals enhancing nursing practice, nursing education, or the delivery of nursing services.	Engage in the science of discovery by designing and implementing research studies and disseminating findings to improve nursing practice, nursing education, or the delivery of nursing services.

## Canada

### Voorbeelden competenties RN in Canada [4]

Categorie	Omschrijving en Competenties (voorbeeld)
PROFESSIONAL PRACTICE (28 competencies)	<p>Registered nursing competencies in this category focus on personal professional growth, as well as intraprofessional, interprofessional and intersectoral practice responsibilities. Each registered nurse is accountable for safe, compassionate, competent and ethical nursing practice. Professional practice occurs within the context of the <i>Code of Ethics for Registered Nurses</i> (CNA, 2008), provincial/territorial standards of practice and scope of practice, legislation and common law. Registered nurses are expected to demonstrate professional conduct as reflected by the attitudes, beliefs and values espoused in the <i>Code of Ethics for Registered Nurses</i></p> <p>PP-4 uses professional judgment when accessing, organizing and using electronic resources (e.g., for own professional development, nursing practice, text messaging, personal digital assistant).</p> <p>PP-11 provides rationale for nursing actions and decisions based on professional judgment and theoretical and evidence-informed knowledge from nursing and related disciplines.</p>
NURSE-CLIENT PARTNERSHIP (14 competencies)	<p>Registered nursing competencies in this category focus on therapeutic use of self, communication skills, nursing knowledge and collaboration to achieve the client's identified health goals. The nurse-client partnership is a purposeful, goal-directed relationship between nurse and client that is directed at advancing the best interest and health outcome of clients. The therapeutic partnership is central to all nursing practice and is grounded in an interpersonal process that occurs between the nurse and client. The nurse approaches this partnership with self-awareness, trust, respect, openness, empathy and sensitivity to diversity, reflecting the uniqueness of the client.</p> <p>NCP-3 establishes a therapeutic relationship with the client (e.g., maintaining professionalism, maintaining boundaries).</p> <p>NCP-9 supports the informed choice of the client in making decisions about care (e.g., right to refuse, right to request care, right to choose, right to participate in research).</p>
HEALTH AND WELLNESS (27 competencies)	<p>Registered nursing competencies in this category focus on recognizing and valuing health and wellness. The category encompasses the concept of population health and the principles of primary health care. Registered nurses partner with clients to develop personal skills, create supportive environments for health, strengthen community action, reorient health services and build healthy public policy. Nursing practice is influenced by continuing competency, determinants of health, life phases, demographics, health trends, economic and political factors, evidence-informed knowledge and research.</p> <p>HW-8 collaborates with other health-care team members in implementing strategies related to the prevention and early detection of prevalent diseases (e.g., cardiovascular disease, cancer, diabetes, communicable disease).</p> <p>HW-13 promotes healthy lifestyle practices (e.g., physical activity and exercise, nutrition, rest/sleep, stress management, sexual health, family planning, contraception, hygiene, waste disposal, food preparation, infection prevention and control, smoking cessation, mental health).</p>
CHANGES IN HEALTH (79 competencies)	<p>Registered nurse competencies in this category focus on care across the lifespan of the client who is experiencing changes in health. The competencies in this category thus focus on health promotion and illness prevention activities, as well as on acute, chronic, rehabilitative, palliative and end-of-life care. Such nursing actions may be delivered across a range of settings. Essential aspects of nursing care include critical inquiry, safety, solution-focused approaches, reflective practice and evidence-informed decision-making. Registered nurses collaborate with clients and other health-care professionals to identify health priorities and empower clients to improve their own health. In responding to and managing health situations, nurses promote optimal quality of life and development of self-care capacity and dignity during illness and during the dying and death process.</p> <p>CH-3 collects assessment data from a range of appropriate sources (e.g., the client, previous and current health records, nursing care plans, collaborative plans of care, family members, significant others, substitute decision-makers, census data, epidemiological data, evidence-informed data, referrals, other health-care providers).</p> <p>CH-12 uses evidence-informed knowledge to assist the client to understand interventions and their relationship to expected outcomes (e.g., possible risks and benefits, discomforts, inconveniences, costs).</p> <p>CH-61 intervenes in a rapidly changing health situation: acute neurological event (e.g., brain attack [stroke], trans-ischemic attack [TIA], seizure, head injury).</p>

## VOORBEELDEN competenties LPN in Canada [5]

- Professional, Ethical and Legal Practice: bijvoorbeeld:
○ PR-2 develop the therapeutic nurse-client relationship. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ initiate, maintain and terminate the therapeutic nurse-client relationship.</li><li>▪ provide client care in a non-judgmental manner.</li><li>▪ respect clients' right to self-determination, informed decisionmaking and directives.</li></ul>
○ PR-6 promote clients' rights and responsibilities. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ ensure implied and/or informed consent.</li><li>▪ protect clients' rights by maintaining confidentiality, privacy and dignity.</li><li>▪ support clients' right to self-determination as part of the plan of care.</li></ul>
- Foundations of Practice:
○ FP-1 complete comprehensive health assessments of clients throughout the lifespan. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ perform individualized health assessments.</li><li>▪ select and utilize appropriate technology.</li><li>▪ accommodate individual client diversity.</li><li>▪ perform physical assessments, including observation, inspection, auscultation and palpation.</li><li>▪ perform mental, spiritual, emotional, psychological and social assessments.</li><li>▪ research relevant clinical data.</li><li>▪ interpret and integrate findings from health assessments.</li></ul>
○ FP-6 facilitate health education. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ collaborate with clients in the discharge planning process.</li><li>▪ plan and implement strategies to enhance client learning.</li><li>▪ evaluate client learning and revise strategies as necessary.</li></ul>
- Collaborative Practice:
○ CP-3 demonstrate leadership within the health-care team. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ collaborate with other members of the health-care team to teach, implement and evaluate care.</li><li>▪ assess, initiate and revise goals and priorities.</li><li>▪ assign and provide clinical guidance to unregulated health workers.</li><li>▪ provide, receive and reflect on constructive feedback.</li><li>▪ collaborate with other members of the health-care team to coordinate the actions of others in emergency situations, including fire alarms, codes and disease outbreak.</li><li>▪ integrate evidence-informed research in collaboration with members of the health-care team.</li><li>▪ participate in quality improvement and risk management activities.</li></ul>

## Referenties

1. Scottish Government, NHS Education for Scotland: *A Guide to Healthcare Support Worker Education and Role Development (revised 2010)*. 2010.
2. NMC Nursing & Midwifery Council: *Standards for pre-registration nursing education*. 2010.
3. National League for Nursing: *Outcomes and Competencies for Graduates of Practical/Vocational, Diploma, Associate Degree, Baccalaureate, Master's, Practice Doctorate, and Research Doctorate Programs in Nursing*. 2010.
4. Canadian Nurses Association: *Canadian Registered Nurse Examination. Competencies June 2010 – May 2015*. 2011.
5. Canada's Testing Company, Assessment Strategies Inc.: *Canadian Practical Nurse Registration. Examination Blueprint*. 2011.



## Bijlage 3: Bevolkingstatistieken per land

Aantal inwoners x 1000 [1]

Land	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
NL	15863	15953	16046	16138	16225	16305	16378	16443	16503	16559	16613
B	10176	10211	10254	10303	10357	10414	10475	10539	10602	10661	10712
D	82349	82384	82432	82484	82524	82541	82536	82516	82475	82405	82302
UK	58874	59097	59340	59604	59892	60203	60538	60896	61270	61652	62036
USA	282496	285545	288467	291291	294063	296820	299564	302285	304989	307687	310384
CAN	30667	30967	31282	31609	31944	32283	32628	32977	33328	33675	34017

Aantal 65-plus per land x 1000

Land	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
NL	2151	2178	2205	2231	2259	2289	2328	2370	2417	2474	2543
B	1724	1742	1759	1774	1787	1798	1811	1822	1833	1847	1867
D	13428	13807	14300	14847	15347	15736	16070	16314	16485	16628	16775
UK	9308	9362	9420	9483	9550	9620	9730	9840	9959	10106	10290
USA	34974	35299	35594	35888	36221	36618	37207	37872	38634	39516	40534
CAN	3854	3923	3990	4060	4137	4224	4314	4413	4525	4654	4801

Percentage 65-plus per land

Land	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
NL	13.6	13.7	13.7	13.8	13.9	14.0	14.2	14.4	14.6	14.9	15.3
B	16.9	17.1	17.2	17.2	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.4
D	16.3	16.8	17.3	18.0	18.6	19.1	19.5	19.8	20.0	20.2	20.4
UK	15.8	15.8	15.9	15.9	15.9	16.0	16.1	16.2	16.3	16.4	16.6
USA	12.4	12.4	12.3	12.3	12.3	12.3	12.4	12.5	12.7	12.8	13.1
CAN	12.6	12.7	12.8	12.8	13.0	13.1	13.2	13.4	13.6	13.8	14.1

## Referentie

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population statistics. 2011. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.



## Bijlage 4: Lijst België B1-B2 handelingen [1-4]

<b>B1</b> = prestaties waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is.	<b>B2</b> = prestaties waarvoor een voorschrift van de arts nodig is.
<b>1. BEHANDELINGEN</b>	
<b>1.1 Ademhalingsstelsel</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luchtwegenaspiratie en drainage</li> <li>• Verpleegkundige zorgen aan en toezicht op patiënten met een kunstmatige luchtweg</li> <li>• Gebruik van en toezicht op toestellen voor gecontroleerde beademing</li> <li>• Cardiopulmonaire resuscitatie met niet invasieve middelen</li> <li>• Zuurstoftoediening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik van en toezicht op thoraxdrainagesysteem</li> <li>• Cardiopulmonaire resuscitatie met invasieve middelen</li> </ul>
<b>1.2. Bloedsomloopstelsel</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaatsen van een intraveneuze katheter in een perifere vene, bloedafnemng en intraveneuze perfusie met een isotonische zoutoplossing, eventueel met gebruik van een debietregelaar</li> <li>• Plaatsen van een intraveneuze perfusie met een isotonische zoutoplossing via een subcutaan poortstelsel dat verbonden is met een ader, bloedafnemng en gebruik van een debietregelaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanbrengen van verbanden en kousen ter preventie en/of behandeling van veneuze aandoeningen</li> <li>• Voorbereiding, toediening van en toezicht op intraveneuze perfusies en transfusies eventueel met technische hulpmiddelen</li> <li>• Gebruik van en toezicht op toestellen voor extracorporele circulatie en contrapulsatie.</li> <li>• Verwijderen van arteriële en diepveneuze katheters.</li> <li>• De afname en behandeling van transfusiebloed en van bloederivaten.</li> <li>• Het verrichten van de aderlating</li> </ul>
<b>1.3. Spijsverteringsstelsel</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuele verwijdering van fecalomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiding, uitvoering en toezicht op darmspoeling, maagspoeling, lavement, gastrointestinale tubage en drainage</li> <li>• Verwijdering, vervanging na fistelvorming (met uitzondering van de eerste vervanging uit te voeren door de arts) en toezicht op de percutane gastrostomiesonde met ballon</li> </ul>
<b>1.4. Urogenitaal stelsel</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaginale spoeling</li> <li>• Aseptische vulvazorgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiding, uitvoering en toezicht op blaassondage, blaasinstillatie, drainage van de urinaire tractus</li> <li>• Verwijdering, vervanging na fistelvorming (met uitzondering van de eerste vervanging uit te voeren door de arts) en toezicht op de suprapubische blaassonde met ballon.</li> </ul>
<b>1.5. Huid en zintuigen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiding, uitvoering van en toezicht op wondverzorging, de verzorging van stomata, wonden met wiken en drains, verwijderen van losse vreemde voorwerpen uit de ogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiding, uitvoering van en toezicht op verwijderen van cutaan hechtingsmateriaal, wiken, drains en cutane katheters</li> <li>• Spoeling van neus, ogen en oren</li> <li>• Warmte- en koudetherapie</li> <li>• Therapeutische baden</li> <li>• Verwijderen van een epidurale katheter</li> <li>• Toepassen van therapeutische lichtbronnen</li> <li>• Plaatsen van kopglazen, bloedzuigers en larven</li> </ul>

<b>B1</b> = prestaties waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is.	<b>B2</b> = prestaties waarvoor een voorschrift van de arts nodig is.
<b>1.6. Metabolisme</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorbereiding, uitvoering van en toezicht op technieken van: hemodialyse, hemoperfusie, plasmaforese, peritoneale dialyse</li> <li>In evenwicht houden van de vochtbalans</li> </ul>
<b>1.7. Medicamenteuze toedieningen</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorbereiding en toediening van medicatie via de volgende toegangswegen: oraal (inbegrepen inhalatie), rectaal, vaginaal, subcutaan, intramusculair,</li> <li>intraveneus, via luchtweg, hypodermoclyse, via gastrointestinale katheter, via drain, oogindruppeling, oorindruppeling, percutane weg.</li> <li>Vorbereiding en toediening van een medicamenteuze onderhoudsdosis via een door de arts geplaatste katheter : epidurale, intrathecale intraventriculair, in de plexus met als doel een analgesie bij de patiënt te bekomen.</li> </ul>
<b>1.8. Bijzondere technieken</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Verpleegkundige zorgen aan en toezicht op prematuren met gebruik van incubator</li> <li>Toezicht op de voorbereiding van te steriliseren materialen en op het sterilisatieproces</li> <li>Manipulatie van radioactieve produkten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwijderen van gipsverbanden</li> <li>Drainage van intracerebraal vocht via een ventrikeldrain onder permanente controle van de intracraniele druk</li> <li>Toepassing van de behandelingen tot immobilisatie van alle letsels, na eventuele manipulatie door de arts, zoals het aanbrengen van verbanden in gips en gipsvervangende producten en het toepassen van andere technieken tot immobilisatie</li> </ul>
<b>2. VOEDSEL EN VOCHTTOEDIENING</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enterale vochten voedseltoediening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parenterale voeding</li> </ul>
<b>3. MOBILITEIT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De patiënt in een functionele houding brengen met technische hulpmiddelen en het toezicht hierop.</li> </ul>	
<b>4. HYGIENE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Specifieke hygiënische zorgen als voorbereiding op een onderzoek of behandeling</li> <li>Hygiënische zorgen bij patiënten met ADLdysfunctie</li> </ul>	
<b>5. FYSISCH BEVEILIGING</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vervoer van patiënten die een bestendig toezicht nodig hebben</li> <li>Maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht</li> <li>Maatregelen ter preventie van infecties</li> </ul>	

<b>B1</b> = prestaties waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is.	<b>B2</b> = prestaties waarvoor een voorschrift van de arts nodig is.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maatregelen ter preventie van decubitusletsels</li> <li>• Meting van de parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels</li> </ul>	
<b>6. VERPLEEGKUNDIGE ACTIVITEITEN DIE VERBAND HOUDEN MET HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE EN DE BEHANDELING</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meting van de parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiding van en assistentie bij invasieve ingrepen tot diagnosestelling</li> <li>• Gebruik van apparaten voor observatie en behandeling van de verschillende functiestelsels</li> <li>• Staalafneming en collectie van secreties en excreties</li> <li>• Bloedafneming door veneuze en capillaire punctie langs aanwezige arteriële katheter</li> <li>• Uitvoeren en aflezen van cutane en intradermotesten</li> </ul>
<b>7. ASSISTENTIE BIJ MEDISCHE HANDELINGEN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beheer van de chirurgische en anesthesiologische uitrusting</li> <li>• Voorbereiding van de patiënt op de anesthesie en de chirurgische ingreep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deelneming aan de assistentie en aan het toezicht tijdens de anesthesie</li> <li>• Voorbereiding, assistentie en instrumenteren bij medische en chirurgische ingrepen</li> </ul>

## Referenties

1. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Ministeriële omzendbrief betreffende het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gericht aan de beheersorganen van de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden, de diensten voor thuisverpleging, de artsen en de verpleegkundigen*. 2007.
2. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Koninklijk besluit 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen*. 2007.
3. Technische commissie voor Verpleegkunde: *Verduidelijkingen bij de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de toevertrouwde geneeskundige handelingen op basis van de briefwisseling met de Technische Commissie voor Verpleegkunde*. 2007.
4. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: *Koninklijk besluit houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 04/09/1990, 25/11/1991, 27/12/1994, 06/06/1997, 02/07/1999, 07/10/2002, 13/07/2006 en 21/04/2007*. 2007.

