

Versie 3**VERPLEEGKUNDIGE DIFFERENTIATIE: A BIG ISSUE (?)****DOEL EN DOELGROEP VAN DIT DOCUMENT**

Dit document is bedoeld voor alle belanghebbenden en betrokkenen inzake de discussie over het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) II. Daarmee worden onder andere, maar niet uitsluitend, bedoeld: de minister voor Medische Zorg en Sport, bemiddelaar prof. dr. A. Rinnooy Kan, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de vakbonden (FNV, CNV, NU'91), werkgeversorganisaties, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), MBO- en HBO-opleidingsinstituten en, *last but not least*, het Actiecomité 'BIG 2 in overgang' en alle verpleegkundigen in Nederland.

Dit document beoogt een eerste aanzet te zijn tot een constructieve oplossing voor de problematiek, die is ontstaan naar aanleiding van de eventuele implementatie van de wet BIG II. Het hier geponeerde voorstel is kaderscheppend; de concrete invulling van bepaalde voorstellen kan uiteraard i.o.m. belanghebbenden en betrokkenen verder gestalte krijgen. Het idee van de opstellers van deze bijdrage was vooral om een 'uitgangsdokument' te creëren, dat kan fungeren als voer voor een oplossingsgerichte discussie over de onderhavige thematiek, waardoor hopelijk in een relatief kort tijdsbestek een – al dan niet wettelijk vastgelegde – overeenstemming bereikt kan worden, die voor alle betrokken partijen te verteren is. Met andere woorden, soms is het makkelijker om vanuit een voorstel te werken dan helemaal vanaf nul aan een oplossing te beginnen. Mogelijk zijn niet alle ca. 180.000 verpleegkundigen precies op de hoogte van alle details rondom deze discussie. Dan kan een document als dit eventueel helpen.

Duidelijk moet zijn dat dit document is bedoeld om tot een oplossing te komen, die vooral ten faveure van de gezondheidszorg is. Dat wil zeggen, dat adequate zorg voor patiënten gegarandeerd wordt en niet beperkt wordt door bijv. verpleegkundige tekorten of onwerkbaar situaties op de werkvloer. De opstellers van dit document menen dat verkapt bezuinigingsmaatregelen of dubbele agenda's anderszins geen rol zouden moeten spelen in deze problematiek.

TOTSTANDKOMING VAN DIT DOCUMENT

De opstellers van dit document, zijnde de ondergetekenden, zijn beiden medisch specialist. Beiden hebben zij het nodig geacht om zich als specialist te mengen en te verdiepen in de discussie aangaande de wet BIG II, allereerst om de verpleegkundigen – HBO, MBO én inservice – te steunen in hun poging om tot een rechtvaardigere oplossing van het probleem te komen, daarnaast vanuit het besef dat de bedoelde wet ook potentiële (nadelige) gevolgen kan hebben voor medisch specialisten en de gezondheidszorg in het algemeen.

Beide opstellers hebben zich aan de hand van velerlei officiële documenten, waaronder het wetsvoorstel zelf en de bijbehorende memorie van toelichting, alsook de berichtgeving vanuit de hierboven aangehaalde betrokken partijen in de reguliere en sociale media, uitgebreid ingelezen in de materie. Zij hebben diverse verpleegkundigen geconsulteerd, waaronder ook een enkeling in het buitenland. Zij hebben voorts kort overleg gehad met twee juristen. Verder hebben zij kennis genomen van datgene wat besproken is op de eerste regiobijeenkomst 'Pas op de plaats', die recentelijk door de V&VN georganiseerd was, waarbij de beroepsvereniging met haar achterban in discussie is gegaan over een oplossing voor de ontstane hectiek rondom de invoering van de wet BIG II.

HET 'PROBLEEM'

De achtergronden van het onderhavige probleem veronderstellen wij inmiddels bekend, in ieder geval bij het merendeel van de hierboven genoemde belanghebbenden. Tot de essentie gereduceerd, komt het probleem erop neer dat er historisch gezien meerdere opleidingen voor het vak verpleegkunde zijn ontstaan, te weten het HBO-V, het MBO-V en de inservice opleiding (laatstgenoemde opleiding is overigens rond de millenniumwisseling afgeschaft), terwijl degenen die deze opleidingen hebben gevolgd in wezen allen dezelfde functie vervullen, namelijk die van verpleegkundige, met in de praktijk nagenoeg geen onderscheid qua taken en bevoegdheden (en salaris).

Volgens diverse bronnen wordt al decennialang gepoogd het onderscheid tussen het MBO-V en het HBO-V zichtbaar te laten worden in de uitoefening van het verpleegkundig beroep, echter tevergeefs. Waarom lukte het al die tijd niet om de specifieke Hbo-competenties uit de verf te laten komen? Mogelijke antwoorden zijn: gebrek aan geld, tijd, personeel en motivatie, toch meer affiniteit met de directe patiëntenzorg en het feit dat degenen, die deze competenties wél echt oppakken, vaak 'doordifferentiëren' tot verpleegkundig specialist of physician assistant. Commissies van overheidswege hebben zich de afgelopen jaren met dit vraagstuk bezig gehouden. De beroepsvereniging (V&VN) heeft in de voorbije jaren peilingen gedaan, waaruit naar voren zou zijn gekomen, dat een meerderheid van de geconsulteerde verpleegkundigen voorstander zou zijn van (meer) functiedifferentiatie binnen het verpleegkundig werkveld. Men kan zijn bedenkingen hebben bij de representativiteit van deze peilingen. Het zou bijzonder zijn dat een beroepsgroep, die grotendeels uit niet-HBO-V opgeleide verpleegkundigen bestaat, zou aangeven dat zij per se willen dat Hbo'ers zich mogen gaan differentiëren. Het aantal respondenten bij deze peilingen was bovendien slechts een (zeer) kleine fractie van het totale verpleegkundige werkveld. Als de (volledige) beroepsgroep al duidelijk voorstander van differentiatie tussen Mbo'ers en Hbo'ers zou zijn, dan bedoelt zij waarschijnlijk 'functiedifferentiatie' en niet 'beroepsdifferentiatie', getuige de inhoud van de protesten die uit verpleegkundige hoek *en masse* zijn geuit. Functiedifferentiatie gebeurt in feite al tijden binnen het verpleegkundig beroep, zoals het ook in andere beroepsgroepen en branches gebruikelijk is, dat werknemers zich soms specifiek gaan toeleggen op bepaalde (zorg)processen of dat zij bepaalde (neven)taken gaan uitvoeren, al dan niet na de daarvoor noodzakelijke bij- en nascholing. Het is maar zeer de vraag of 'beroepsdifferentiatie' – het creëren van een nieuw beroep met bijbehorende beroepstitel, bevoegdheden en aparte BIG-registratie – echt datgene is, waar het werkveld 'zelf om heeft gevraagd', zoals de minister van Medische Zorg en Sport en de V&VN hebben voorgespiegeld.

In de visie van de opstellers van dit document is het zeker een redelijk verzoek vanuit het perspectief van de HBO-opleiders en -opgeleiden, dat de meerwaarde van hun opleiding voor het verpleegkundig beroep erkend wordt en als zodanig terug te zien is in de dagelijkse uitvoering van het verpleegkundig werk. Dat is logisch. Echter, de manier waarop de minister heeft getracht deze erkenning te bewerkstelligen, namelijk middels een wettelijk verankerde beroepsdifferentiatie, waarbij Hbo-opgeleiden niet alleen erkenning krijgen met een navenant scala aan bevoegdheden, maar waarbij impliciet ook een niet-werkbaar onderscheid tussen twee groepen wordt gecreëerd, inclusief een potentiële devaluatie en degradatie van het resterende, maar veel grotere verpleegkundige werkveld, heeft onzes inziens verkeerd uitgekapt. Hbo'ers zouden er misschien op vooruit mogen gaan, maar Mbo'ers en inservice opgeleiden dienen er niet simultaan op achteruit te gaan. Kortom: het idee was goed bedoeld, doch de uitvoering in de vorm van het wetsvoorstel BIG II was minder geslaagd.

DE OPLOSSING

Voor alle duidelijkheid: de aangedragen voorstellen, zoals die hier genoemd worden, hebben feitelijk alleen betrekking op het wetsvoorstel BIG II voor zover het de verpleegkundigen betreft. De opstellers van dit document laten zich niet uit over de ook in dit wetsvoorstel beschreven afbakening van het deskundigheidsgebied van apothekers en de realisatie van een Zorginstituut.

Het wetsvoorstel bevat in essentie drie kernelementen: 1) de introductie van een 'regieverpleegkundige', 2) de differentiatie tussen Hbo'ers en Mbo'ers, en 3) een uiteenzetting over deskundigheidsbevorderende activiteiten in het kader van de verplichte, 5-jaarlijkse herregistratie. De voorstellen, die de opstellers van dit document doen, zullen stuk voor stuk te maken hebben met deze drie kernelementen.

De regieverpleegkundige

Ongeacht de manier, waarop eventueel invulling gegeven zal worden aan de 'wens' tot differentiatie tussen Hbo'ers en Mbo'ers, is het ons voorstel om géén gebruik te maken van de term 'regieverpleegkundige'. Dit heeft een aantal redenen, waarbij de laatste drie de voornaamste bezwaren behelzen. Ten eerste is het inmiddels een erg beladen term, die een negatieve connotatie heeft gekregen. Ten tweede wordt het woord regieverpleegkundige al in enkele sectoren gebruikt met een andere betekenis; hierdoor kan verwarring ontstaan. Ten derde hebben de meeste aanduidingen, die vóór het woord 'verpleegkundige' worden gezet, doorgaans betrekking op diegene of datgene waaraan de verpleegkundige haar of zijn zorg verleent, zoals daar zijn de oncologieverpleegkundige, dialyseverpleegkundige, stomaverpleegkundige en wijkverpleegkundige. Bij de term 'regieverpleegkundige' is dat geenszins het geval. Ten vierde is 'regie' slechts één van de beoogde, extra bevoegdheden voor Hbo'ers. Men zou dan ook kunnen beargumenteren om dit nieuwe beroep te betitelen als 'evidence-based practice'-verpleegkundige, organisatieverpleegkundige, management-verpleegkundige of kwaliteitsbewakende verpleegkundige. Ten vijfde doet de term 'regieverpleegkundige' vermoeden, dat er sprake is van een hiërarchische differentiatie. Los van het feit of dat zo bedoeld is, lijkt het alsof deze verpleegkundige 'de regie voert' over de andere verpleegkundigen, iets wat volgens de opstellers van dit document, maar ook volgens de leden van het Actiecomité en waarschijnlijk ook volgens de minister zelf, niet zo hoort te zijn.

Ten zesde: regieverpleegkundige is een internationaal niet-aansluitende term. Mocht er besloten worden tot het invoeren van een nieuwe beroepstitel, dan zou deze gelegenheid aangegrepen moeten worden om de titelvoering af te stemmen op het buitenland, zoals dat bij ‘physician assistant’ en ‘nurse practitioner’ ook het geval is geweest. Bachelor of Nursing (BN) is dan de meest voor de hand liggende keuze.

Functiedifferentiatie en beroepsdifferentiatie

Naar de inzichten van de opstellers van dit document, alsmede op basis van de vele reacties die zij vernomen hebben en gezien de uitkomsten van de eerste regiobijeenkomst van de V&VN in Arnhem, is er redelijke consensus binnen het verpleegkundig werkveld over de noodzaak c.q. meerwaarde van functiedifferentiatie. Het is immers curieus dat twee verschillende opleidingen uiteindelijk leiden tot één functieprofiel.

Alvorens hier verder op in te gaan, volgt eerst een kort intermezzo over het alternatief van differentiatie, namelijk unificatie (van verpleegkundige opleidingen). Het doorvoeren van functiedifferentiatie (of beroepsdifferentiatie) is eigenlijk ‘de omgekeerde wereld’. Normaliter neemt men een beroep en ontwerpt men daarvoor een opleiding. Nu wordt gezegd: we hebben nu eenmaal twee opleidingen, dan gaan we daar aparte functies (of beroepen) voor maken. Het alternatief zou zijn om vast te houden aan één functie/beroep, maar de MBO-V en HBO-V te laten samensmelten tot één opleiding met een gemiddeld niveau, of één van beide opleidingen af te schaffen. Ofschoon dat in principe niet de insteek van deze hele discussie is geweest, valt hier op zich wat voor te zeggen. Echter, er zitten wel wat lastige haken en ogen aan een dergelijk plan. Het belangrijkste bezwaar betreft de vraag hoe de instroom voor deze ene opleiding dan vormgegeven moet worden. Stel: het HBO-V wordt afgeschaft. Havisten, Vwo’ers en, meer in zijn algemeenheid, studenten met wellicht een andere manier van denken en handelen (bijv. meer theoretisch/analytisch) zullen dan verloren gaan voor het verpleegkundige beroep, aangezien cijfers uitwijzen dat slechts een klein gedeelte van deze middelbaar scholieren thans opteert voor het MBO-V. Let wel: er wordt hier gesteld ‘een *andere* manier van denken en handelen’. Niet beter, niet slechter, maar gewoon anders; er schuilt nadrukkelijk géén waardeoordeel in deze opmerking. Stel: het MBO-V wordt afgeschaft. Aangezien degenen die normaal gesproken deze opleiding zouden gaan doen (in eerste instantie) niet voldoen aan de toelatingseisen voor het HBO-V, zal er een nog veel grotere groep verloren gaan voor de verpleegkundige sector. Allemaal geen aantrekkelijke ideeën in de context van een zorgveld dat al kampt met grote verpleegkundige tekorten. Stel: je maakt er één opleiding van met een gemiddeld niveau. Dat is onzes inziens te overwegen, maar dan nog kost de regulering van de instroom heel wat hoofdbreken. Wat worden de toelatingseisen? Laat staan dat alle instituten, inclusief docenten en lesmateriaal, bij elkaar gebracht moeten worden binnen één opleiding.

Terug naar de insteek van de discussie: functiedifferentiatie. Moet dit bij wet geregeld worden? Dat hoeft zeker niet (zo laat de minister zelf ook weten). Met goede afspraken, die door een vakkundige beroepsvereniging geïnitieerd, uitgewerkt, geratificeerd en gehandhaafd worden, kan functiedifferentiatie adequaat gereguleerd worden. Naar wij begrepen heeft functiedifferentiatie al gestalte gekregen bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de Verpleeghuis-, Verzorgingshuis- en Thuiszorg (VVT) en wijkverpleging – even los van de vraag of daarbij de verdeling van bevoegdheden op een voor alle betrokkenen bevredigende manier heeft plaatsgevonden. Ook in de eigen ervaring van de opstellers van dit document vindt functiedifferentiatie al plaats in de praktijk van alle dag,

zonder dat het onderscheid daarbij evident wordt gemaakt o.b.v. vooropleiding, maar meer op grond van interesse, bijscholing en verworven, aantoonbare expertise. Ter vergelijking: sommige medische subspecialismen zijn ook niet wettelijk vastgelegd, maar worden alleen erkend en beheerd door de concilia subspecialistische opleidingen (CSO) van de betreffende beroepsverenigingen. Het advies zou overigens wel zijn om de voornoemde afspraken in een landelijk beleidsplan te vervatten. Locoregionale afspraken lopen het risico op termijn dezelfde valkuilen op te leveren als de inservice opleiding van weleer, namelijk dat er verschillen tussen ziekenhuizen en regio's ontstaan, waardoor zij in dezen niet meer goed vergelijkbaar zijn. Dat kan problemen opleveren als een verpleegkundige bijvoorbeeld de overstap maakt naar een ander ziekenhuis.

Zijn er argumenten om functiedifferentiatie bij wet te regelen? Ja, die zijn er, maar ze zijn niet erg doorslaggevend. Nota bene: indien men dit bij wet wil regelen, komen we in feite te spreken over *beroeps*differentiatie. Redenen om differentiatie wél bij wet te regelen zijn o.a. het feit dat het de beroepsgroep en beroepsvereniging klaarblijkelijk al decennia niet lukt om eruit te komen, dat de handhaving van het afgesprokene beter te realiseren valt en dat men zich in geval van problemen kan beroepen op afspraken die 'zwart op wit staan'. In de rapportages van zowel de commissie Terpstra als de commissie Meurs ontbreken doorslaggevende argumenten voor een wettelijke verankering. Onder verpleegkundigen bestaat daarentegen de vrees, dat deze wettelijk verankerde *beroeps*differentiatie op termijn door werkgevers aangegrepen zal worden om, onder het mom van een reorganisatie, de salarissen bij te stellen. Het is overigens goed om te beseffen dat de wet BIG een kaderwet is. Dat wil zeggen dat er kaders beschreven worden, maar dat de invulling kan plaatsvinden door uitvoeringsinstanties en belanghebbenden (lees: de verpleegkundige beroepsgroep en beroepsvereniging in samenwerking met de werkgevers). Naar het idee van de opstellers van dit document zouden de kaders in dit geval wel krachtig omschreven moeten worden, wil je de keuze om differentiatie bij wet te regelen legitimeren, anders heeft het weinig meerwaarde. Daarmee wordt bedoeld, dat er in de wet wel concrete voorstellen zouden moeten komen te staan wat differentiatie eigenlijk inhoudt, oftewel een globale opzet van de twee beoogde functie- dan wel beroepsprofielen. Vanzelfsprekend kunnen de details en praktische uitvoering verder door de beroepsgroep en -vereniging ingekleurd worden.

Zoals een peiling onder de aanwezigen van de eerste regiobijeenkomst in Arnhem liet zien, kon 37% zich vinden in een wet om differentiatie te regelen. Wat moet er dan in die wet komen te staan? Hoe moeten de beroepsprofielen eruit zien? Waarin ligt het onderscheid tussen Hbo'ers en Mbo'ers? Buiten kijf staat wat ons betreft, dat er géén hiërarchisch onderscheid tussen de 'reguliere' verpleegkundige en de 'nieuwewetse' verpleegkundige – die wij dus liever verpleegkundige BN dan regieverpleegkundige willen noemen – wordt gecreëerd. Dat zou de onderlinge samenwerking absoluut niet ten goede komen. Ook is het een theoretisch al wankel, maar vooral praktisch schier onuitvoerbaar voorstel in het huidige wetsvoorstel om de scheidslijn aan te brengen tussen voorspelbare, laagcomplexe zorg aan de ene kant en onvoorspelbare, hoogcomplexe zorg aan de andere kant. Geneeskunde en gezondheidszorg zijn bijna per definitie onvoorspelbaar. Zoals we vaak tegen patiënten zeggen: 'We hebben geen glazen bol'. Daarnaast laat complexiteit van zorg zich erg lastig definiëren. Dat is veeleer afhankelijk van de situatie, persoon, afdeling, tijd, werkervaring, beschikbare collega's voor overleg en verworven competenties, dan van de vooropleiding die men heeft gehad. Het onderscheid kan dus niet liggen in de directe patiëntenzorg. Het onderscheid zou moeten worden gemaakt op die terreinen, waarop de Hbo'ers nu juist 'aanvullende scholing' hebben

genoten en waarvoor het HBO-V ooit was bedoeld: vakoverstijgende competenties (of niet-klinische kerntaken, zoals ze in de geneeskundige beroepsgroep worden genoemd). Voorbeelden zijn: management (bijv. teamleider), (branche overstijgende) organisatie van zorg, 'evidence-based practice' (EBP), praktijkgericht of meer basaal wetenschappelijk onderzoek (verpleegwetenschappers), onderwijs, kwaliteitsbewaking (o.a. vervaardigen van protocollen en standaarden) en *last but not least* klinisch redeneren. Nogmaals: het is niet gezegd dat Mbo'ers dit allemaal niet kunnen – want dat is pertinent onwaar – maar het idee is dat dit in eerste instantie de aandachtsgebieden en verantwoordelijkheden worden van Hbo'ers, omdat deze zaken nu eenmaal meer aansluiten op hun vooropleiding. Let wel: doordat Hbo'ers/bachelors zich een deel van hun werktijd zullen gaan toeleggen op deze vakoverstijgende competenties, zullen zij iets minder 'aan bed' werken. Mbo'ers zullen dus relatief meer patiëntenzorg gaan doen – wat menigeen, onder de juiste voorwaarden wel te verstaan, geen probleem vindt, want niet iedereen voelt de behoefte om al die andere competenties te verwerven en te onderhouden. Dit is een extra argument voor het advies om geen onderscheid te creëren in de directe patiëntenzorg ten gunste van de bachelors. Mbo'ers zullen, volgens deze gedachtegang, juist meer ervaring opdoen in die zorg aan bed! Als de één dus een beetje meer van het ene doet, en de ander iets meer van het andere, dan zorgen beide groepen tezamen voor het nog verder omhoog tillen van de kwaliteit van zorg in Nederland.

Indien er geen onderscheid gemaakt zal worden tussen 'reguliere' verpleegkundigen en bachelors met betrekking tot de directe patiëntenzorg en Mbo'ers alsmede inservice opgeleide verpleegkundigen hun bevoegdheden (voorbehouden handelingen) dus niet 'kwijtraken' aan de bachelors - iets wat momenteel erg gevreesd wordt door menig verpleegkundige, aangezien hier in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel vrij duidelijk op gezinspeeld wordt – dan zullen de tuchtrechtelijke bepalingen, die samenhangen met de wet BIG, gelijkelijk van toepassing blijven op beide groepen verpleegkundigen.

De uiteindelijke functiemix kan per afdeling worden geregeld en zal afhangen van de soort zorg die aldaar geleverd wordt. Het is volgens het hier beschreven concept niet reëel om afdelingen voor 100% met bachelors te bemensen; er moet naast de vakoverstijgende competenties uiteraard ook voor de patiënten gezorgd worden!

De overgangsregeling

Het onderscheid in vakoverstijgende competenties tussen Hbo'ers/bachelors en Mbo'ers zou gemaakt kunnen gaan worden voor de verpleegkundigen die nog moeten afstuderen en het werkveld in de toekomst gaan betreden. Het is echter respectloos, onrechtvaardig, irreëel en zeer kostbaar om van alle huidig werkende verpleegkundigen (ca. 180.000) het grootste gedeelte (ca. twee derde tot drie kwart van dit aantal is inservice of MBO-opgeleid, bovendien heeft een deel een Hbo-diploma van vóór 2012) niet de mogelijkheid te bieden om direct en definitief 'regieverpleegkundige' te worden en hen min of meer te verplichten terug naar de schoolbanken te gaan voor een verkorte HBO-V-opleiding. Alleen een kleine groep Hbo'ers, die na 2012 afgestudeerd is, zou deze mogelijkheid geboden worden. Gezien de grote onvrede over de voorgestelde overgangsregeling, dreigen vele verpleegkundigen hun werk op te gaan geven, wat met de al grote tekorten in de gezondheidszorg een majeur probleem wordt. Het kostenplaatje voor de aanvullende scholing van al deze verpleegkundigen – inclusief de kosten (en de roostertechnische moeilijkheden) om deze verpleegkundigen te vervangen, wanneer zij in de schoolbanken zitten – zal eveneens van grote omvang zijn. Ook moeten verpleegkundigen de

(privé) omstandigheden en financiële reserve hebben om deze scholing te kunnen volgen. Bovendien valt op inhoudelijke gronden op te merken, dat vele inservice verpleegkundigen destijds een opleiding hebben genoten die het HBO-V niveau haalt. Ook verpleegkundigen met een specialisatie draaien onzes inziens mee op het juiste Hbo-niveau. De ‘knipjes’, die de commissie Meurs bij de jaartallen 2012 (ontwikkeling beroepsprofiel nieuwe HBO-verpleegkundige) en 2003 (CZO-erkenning van de verpleegkundige vervolgoopleidingen) heeft aangebracht, zijn nogal rigoureuus en slechts ten dele gerechtvaardigd. Deze ‘knipjes’ kan men beschouwen als een impliciete diskwalificatie van de veelal adequate opleidingen, die verpleegkundigen vóór die data hebben gevolgd. In zijn algemeenheid kunnen, naar het idee van ondergetekenden, vele verpleegkundigen met jarenlange werkervaring, waarin zij formele bijscholing hebben gekregen, regelmatige ‘training-on-the-job’ alsmede andere deskundigheidsbevorderende en -onderhoudende activiteiten hebben gevolgd en vakoverstijgende competenties hebben ontwikkeld, zich meten met het (nieuwe) Hbo-niveau. Daarom wordt hier gepleit voor een brede, coulante overgangsregeling, waarbij gespecialiseerde, inservice opgeleide en zeer ervaren verpleegkundigen erkend worden op Hbo-niveau (NLQF-6). Het voorstel is als volgt.

De volgende groepen verpleegkundigen mogen opteren voor de functie-equivalent van verpleegkundige BN. Zij zullen waarschijnlijk niet het predicaat ‘bachelor’ krijgen, zolang ze niet formeel een Hbo-opleiding hebben afgerond, omdat internationale wet- en regelgeving dit niet mogelijk maakt. Wellicht is het een suggestie om dan te spreken van ‘bachelor-equivalent in nursing’ of iets dergelijks. Als vastgehouden wordt aan de titel regieverpleegkundige, kan dit ‘stempel’ wel toebedeeld worden aan:

- Alle verpleegkundigen die hun HBO-V diploma na 2012 behaald hebben (NLQF-6). Het handhaven van deze ‘knip’ kan enerzijds gezien worden als erkenning van de meerwaarde van het nieuwe HBO-curriculum. Anderzijds werd er in het ‘oude’ HBO-curriculum ook al wel aandacht besteed aan zaken als verpleegkundig onderzoek en EBP. Derhalve kan men zich afvragen hoe groot die meerwaarde daadwerkelijk is. Het valt te overwegen om een écht onafhankelijke commissie – liefst binnen afzienbare tijd – te laten beoordelen of en in hoeverre het nieuwe curriculum verpleegkundigen beter voorbereidt op het beoogde functieprofiel van de verpleegkundige BN/regieverpleegkundige. Mocht deze meerwaarde tegenvallen, dan dient men zich af te vragen of de ‘knip’ van 2012 wel legitiem is.
- Alle HBO-, MBO- en inservice opgeleide verpleegkundigen die een specialisatie hebben, ongeacht in welk jaar de vervolgopleiding werd afgerond (bijv. dialyseverpleegkundigen, intensive care verpleegkundigen, kinderverpleegkundigen, CCU-verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, ambulance verpleegkundigen etc.) (erkennen als NLQF-6).
- Alle HBO-, MBO- en inservice opgeleide verpleegkundigen die minstens 10 jaar ervaring hebben en in die jaren één of meer (middels een curriculum vitae) aantoonbare competenties hebben verworven op boven beschreven, vakoverstijgende terreinen (erkennen als NLQF-6). Er is gekozen voor 10 jaar als cesuur. Bij gebrek aan ‘evidence’ wordt deze arbitraire doch weloverwogen scheidslijn voorgesteld met de gedachte dat verpleegkundigen, die vanuit de schoolbanken komen, eerst enkele jaren nodig hebben om bekend te raken met de zorgpraktijk, werkomgeving, collega’s, richtlijnen, logistiek e.d., alvorens zij een solide basis hebben om zich te gaan verdiepen in andere, vakoverstijgende aandachtsgebieden. Die verdieping en opbouw van expertise vergt ook weer enkele jaren. Derhalve werd 10 jaar als te verantwoorden cesuur beschouwd.

- *Optioneel*: alle HBO-, MBO- en inservice opgeleide verpleegkundigen die een toelatingstoets met goed gevolg afronden (zie onder).

Degenen die onder deze coulante overgangsregeling ('generaal pardon') vallen, zullen zich in de loop der jaren, waar nodig, verder scholen en bekwamen in met name de vakoverstijgende competenties om (ook 'op papier') te kunnen gaan voldoen aan het vereiste niveau van het opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020. Zodoende kan de kwaliteitsslag gemaakt worden, die men met functiedifferentiatie voor ogen had. Zoals hieronder beschreven wordt (zie *Herregistratie*), zal deze overgangsgroep dus na ongeveer 10-15 jaar ophouden te bestaan. Daarna zal er sprake zijn van een door de minister beoogde situatie, namelijk twee opleidingen met twee bijbehorende functie- dan wel beroepsprofielen. Het vergt enige coulance, maar dit voorstel is onzes inziens respectvoller en waarschijnlijk ook goedkoper.

Wij stellen voor om de bekwaamheidsbeoordeling t.a.v. de eventuele kwalificatie voor de nieuwe functie (verpleegkundige BN/regieverpleegkundige) over te laten aan de ziekenhuizen zelf, m.a.w. om gebruik te maken van decentrale (lokale) i.p.v. centrale selectie. Deze beoordeling geschiedt onzes inziens namelijk het meest praktisch, billijk en 'op maat', indien zij uitgevoerd wordt door personen, die niet alleen geïnformeerd zijn over de voor- en vervolgopleiding van de verpleegkundigen, maar ook goed op de hoogte zijn van andere relevante achtergronden en onderdelen van het verpleegkundig curriculum vitae, zoals werkervaring, expertise, eerder verworven competenties (EVC), gevolgde nascholing, attitude, interesses en ambities. Verpleegkundig teamleiders zouden bijvoorbeeld een voorname rol in dit beoordelingsproces kunnen hebben, mede omdat zij de dynamiek van de groep verpleegkundigen kennen en veelal weten wat de mogelijkheden binnen een afdeling/team zijn. Met de mogelijke extra salariëring voor bachelors/regieverpleegkundigen in het verschiet – wat overigens discutabel is voor een functie die vooral 'anders' en niet zozeer 'hoger' is – alsmede uitgaande van de integriteit van deze beoordelaars, mag de minister er zeker van zijn dat er kritisch gekeken gaat worden naar wie wel en wie niet in aanmerking komt voor deze nieuwe functie. Men moet bovendien het 'zelfregulerende' karakter van een verpleegkundig team niet onderschatten: zij, die niet goed functioneren of niet geschikt bevonden worden voor dit soort functies, verdwijnen, door de kritische houding jegens elkaar, doorgaans vanzelf uit het werkveld.

Toetsing

In de Verenigde Staten alsook in Canada bestaat de National Council Licensure Examination voor Registered Nurses (NCLEX-RN). Dit is een landelijke, computergestuurde toets voor verpleegkundigen. Iets dergelijks zou mutatis mutandis aangewend kunnen worden om te beoordelen of verpleegkundigen de rol van verpleegkundige BN/regieverpleegkundige kunnen krijgen (registratie) en/of behouden (herregistratie). Echter, dat vergt wel de nodige aanpassingen. Ten eerste is dit een 'afstudeertoets': de inhoud gaat over zaken, die aan bod zijn gekomen in de verpleegkundige vooropleiding en beslaat daarmee bijna het hele werkveld (lees: diverse specialismen, uiteenlopende ziektebeelden etc.). Als zodanig is deze toets dus niet toepasbaar op verpleegkundigen, die al enige tijd binnen een specialisme werkzaam zijn en niet de mogelijkheid – en ook niet de noodzaak – hebben gehad om de kennis en kunde van andere specialismen te onderhouden.

Ten tweede gaan verreweg de meeste vragen over medische en verpleegkundige zorg, dus niet over de vakoverstijgende competenties. Dat maakt een dergelijk examen minder geschikt voor de selectie van verpleegkundigen BN/regieverpleegkundigen, althans, in de geest van het hierboven beschrevene. Sowieso is het de vraag of je een praktijkvak als verpleegkunde kunt examineren met een theoretische multiple-choice toets.

Herregistratie

Het huidige wetsvoorstel voert, benevens de werkervaringseis (i.e. het aantal gewerkte uren), deskundigheidsbevorderende activiteiten in als voorwaarde voor herregistratie. Dit is niet per se een verkeerde gedachte. Ter vergelijking: medisch specialisten moeten ook iedere 5 jaar voldoende accreditatiepunten verzamelen om te kunnen herregistreren. Echter, het moet wel een eerlijke regeling worden, met name voor de groep die onder de overgangsregeling valt. Daarom stellen wij het volgende voor:

- Van de verpleegkundigen, die in de toekomst gaan afstuderen en als bachelor het werkveld gaan betreden, is het redelijk om te verlangen dat zij aan bepaalde, van tevoren gekende eisen gaan voldoen met betrekking tot het volgen van deskundigheidsbevorderende activiteiten. Middels een accreditatiepuntensysteem kunnen zij laten zien dat zij door bijscholing de bekwaamheden, zoals zij die in hun HBO-vooropleiding hebben verworven, met name ook op het gebied van de vakoverstijgende competenties, hebben onderhouden.
- Van de verpleegkundigen, die vallen onder de overgangsregeling, is het op individueel niveau onredelijk en op team-/afdelingsniveau praktisch onhaalbaar om te verlangen, dat zij *binnen 5 jaar* aan eisen gaan voldoen, die samenhangen met een vooropleiding die ze niet hebben gehad. Let wel: ze hebben, zoals hierboven beargumenteerd, wel hetzelfde niveau o.b.v. hun kennis en ervaring, maar hebben waarschijnlijk een wat andere kennisopbouw en verzameling van competenties. Van deze verpleegkundigen mag verlangd worden, dat zij in eerste instantie 'vormbehoud' vertonen. Om een voorbeeld te geven: als een neonatologie verpleegkundige, op het moment dat zij/hij toegelaten wordt als verpleegkundige BN/regieverpleegkundige, de bevoegdheid en bekwaamheid heeft om met beademingsmachines te werken, ECMO-zorg te leveren, infusen te prikken, onderwijs te geven en verpleegkundige standaarden te schrijven, dan zou die persoon na 5 jaar moeten kunnen aantonen dat zij/hij voldoende heeft gewerkt en voldoende nascholing heeft gehad om deze competenties te onderhouden. Ook als er iets wezenlijks op haar of zijn afdeling is veranderd (bijv. nieuwe apparatuur, nieuwe systemen, nieuwe werkvormen), is het logisch dat de verpleegkundige hierin is geschoold. Op den duur, na een traject dat *langer dan 5 jaar in beslag mag nemen*, is het wel het streven dat deze verpleegkundigen zich zodanig ontwikkelen en scholen, dat zij aan de herregistratie eisen van eerstgenoemde groep gaan voldoen. Wij stellen voor om twee tot maximaal drie herregistratietermijnen (10 tot max. 15 jaar) te gebruiken om deze overgang ordentelijk te laten verlopen.
- Voor zowel de verpleegkundigen die nog gaan afstuderen als de verpleegkundigen die al werkzaam zijn, geldt dat het onredelijk en onhaalbaar is om bij (de eerst volgende) herregistratie te voldoen aan *alle* (vakoverstijgende) competenties. Van een arts wordt immers ook niet verwacht dat hij expertise opbouwt en onderhoudt in *alle* (vakoverstijgende) competenties; meestal is er sprake van expertise in één of twee niet-klinische kerntaken. Er zal dus in goed overleg aan een nader overeen te komen minimaal aantal vereisten voldaan moeten worden.

CONCLUSIE EN ADVIES

Er lijkt op dit moment onvoldoende draagvlak te zijn, met name onder de verpleegkundigen zelf, voor een wettelijke verankering van verpleegkundige functiedifferentiatie. Ook ondergetekenden vinden dat het aanbrengen van (verdere) functiedifferentiatie binnen de verpleegkundige beroepsgroep primair een aangelegenheid en verantwoordelijkheid is van de beroepsgroep en de beroepsvereniging. Deze twee partijen zouden samen in staat moeten zijn om een systeem te smeden, waarbinnen alle verpleegkundigen o.b.v. hun kennis, kunde én ervaring zo goed en effectief mogelijk ingezet kunnen worden voor de patiëntenzorg in haar volle omvang, met een goed werkklimaat en een harmonieuze samenwerking tussen elkaar motiverende collega's, die verschillende voor- en/of vervolgoopleidingen hebben gehad, maar waarbij tegelijkertijd ruimte wordt geboden aan bepaalde (Hbo-opgeleide) collega's om nevenactiviteiten te ontplooien, zodat zij zich kunnen profileren, differentiëren en richten op zaken waar ze oorspronkelijk voor opgeleid zijn. Van dit alles zal de hele zorg profiteren en zal de kwaliteit van zorg in Nederland naar een nog hoger niveau gebracht worden. Hopelijk draagt het ook bij aan het terugdringen van de verpleegkundige tekorten, doordat de instroom verbetert en de uitstroom afneemt, respectievelijk door de aantrekkende werking van een beroep dat voor iedereen uitdagend is en betere carrièreperspectieven voor degenen die dat willen en daarvoor opgeleid zijn. Dit gezegd hebbende, is het ons advies om het wetsvoorstel BIG II vooralsnog te 'parkeren'. Laat het werkveld en de beroepsvereniging met een landelijk beleidsplan komen om (verdere) functiedifferentiatie te bewerkstelligen. Spreek desnoods met de betrokken partijen een deadline af; mocht het over een nader overeen te komen aantal jaren nog steeds niet zijn gelukt, dan kan men zich altijd nog tot de wetgever c.q. minister wenden. Als heden of in de toekomst toch gekozen wordt voor invoering van de wet BIG II, dan hopen wij dat deze beschouwing meegenomen wordt in de besluitvorming en raden wij in ieder geval ten eerste aan om gebruik te maken van een bredere, coulantere en respectvollere overgangsregeling, in de vorm of geest van datgene wat wij hierboven daarover geschreven hebben.

NAWOORD

De opstellers hopen ten eerste dat dit document ter harte wordt genomen door betrokkenen en belanghebbenden en dat het als leidraad mag fungeren bij het voorspoedig vlottrekken van de discussie rondom het wetsvoorstel BIG II. We houden ons aanbevolen voor vragen, opmerkingen en aanpassingen. Tevens spreken we de hoop uit dat de vertrouwensband tussen het verpleegkundig werkveld en de beroepsvereniging (V&VN) in ere wordt hersteld, zodat zij vruchtbaar kunnen samenwerken aan de oplossing voor het voorliggende probleem. Een geloofwaardige, kritische en door de achterban gedragen beroepsvereniging is immers onontbeerlijk voor het opstellen van een landelijk beleidsplan inzake de verpleegkundige differentiatie. Wij wensen alle betrokken partijen veel succes en wijsheid toe bij het realiseren van een voor iedereen zo bevredigend mogelijke oplossing.

Met vriendelijke groeten,

Mathijs Binkhorst

Kinderarts-neonatoloog

binkhorst.mathijs@gmail.com

&

Ralph Bronsema

Forensisch psychiater

LinkedIn: <https://nl.linkedin.com/in/ralph-bronsema-84450111>

Mede namens:

Rosita Wellink-Doldersum

ICN-verpleegkundige

&

Chantal Luijten-Arts

ICN-verpleegkundige

Nota bene: dit document is op persoonlijke titel geschreven.