



Op vrijdag 28 november 2003 nam drs. Jos Werner afscheid als voorzitter van de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud in Nijmegen. Werner is bij verpleegkundigen vooral bekend door het voorzitterschap van de commissie die zijn naam droeg en die begin jaren negentig advies uitbracht aan de regering over de positieverbetering van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen. TvZ sprak met de scheidende voorzitter over de laatste ontwikkelingen in de zorg en de beroepsgroepen.

Werner optimistisch over positie verpleegkundigen en verzorgenden

De Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende (commissie Werner) werd in 1990 op aandringen van de Eerste Kamer geïnstalleerd door staatssecretaris Simons. Aanleiding vormden onder meer de acties die door ontevreden verpleegkundigen en verzorgenden werden gevoerd onder het motto 'Witte Woede'. In juni 1991 bracht de commissie haar rapport *In Hoger Beroep* uit, waarin 21 aanbevelingen om de positie van de beroepsgroepen te versterken en te verbeteren. De commissie stond onder voorzitterschap van drs. F.J.M. Werner, toen vice-voorzitter van de Raad van Bestuur van het AMC te Amsterdam.

Hoe oordeelt u zelf over de resultaten van de commissie

Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende?

'Laat ik vooropstellen dat ik er veel van heb geleerd. Onze commissie heeft, met steun van invloedrijke mensen uit politiek, wetenschap en beleid, zoals mevrouw Veder-Smit en de heren Dunning en Van Londen, hard gewerkt aan het verkrijgen van een zo groot mogelijk draagvlak voor haar uiteindelijke rapport. In de verpleging was een ratjetoe aan door elkaar heen lopende functies en opleidingen gegroeid. Verpleegkundigen verrichtten werkzaamheden waarvan ze het gevoel hadden daar niet of te hoog voor te zijn opgeleid en er was geen duidelijke carrièrelijn. Als commissie hebben wij geadviseerd dat de initiële opleidingen gestroomlijnd moesten worden en ondergebracht bij het ministe-

rie van OC en W, en dat de functies voor verpleegkundigen en verzorgenden moesten aansluiten bij de opleidingen. Het is een proces van lange adem geweest, maar geleidelijk aan is een en ander gerealiseerd met behulp van heel veel betrokkenen. Op advies van de commissie kwam het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) tot stand (thans Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging/LEVV). Door toedoen van het LCVV is inmiddels in een groot deel van de instellingen voor gezondheidszorg een Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad (VAR) gevormd, waarin een vertegenwoordiging van de verplegende en verzorgende beroepsgroepen formeel kan meepraten over het beleid. En mede door de inspanningen van het LCVV zijn de ver-

pleegkundige en verzorgende beroepsorganisaties verenigd in de koepelorganisatie Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV), die als beroepsorganisatie inmiddels ook dient als spreekbuis voor de aangesloten organisaties en landelijk aanspreekpunt voor de overheid. Een van de belangrijkste resultaten van de commissie is dat wij bij VWS nog altijd verzekerd zijn van expliciete steun voor de verplegende en verzorgende beroepen.'

Wat vindt u van de manier waarop de functiedifferentiatie gestalte heeft gekregen?

'Functiedifferentiatie was geen doel op zich voor de commissie. Wel was het zaak opleidingen en functies beter op elkaar te laten aansluiten en bovendien ging het

ons om loopbaanperspectief. In het Radboud zie je nu bijvoorbeeld dat er per afdeling naar geschikte combinaties van functies wordt gezocht - niveau 3 en 5, of 2 en 4 - zodat mensen de werkzaamheden kunnen verrichten waarvoor ze zijn gekwalificeerd en bovendien carrière kunnen maken binnen het domein van verplegen en verzorgen. We merken wel dat het in de praktijk moeilijk is een onderscheid te maken tussen niveau 4 en niveau 5. We stellen ons in het Radboud op het standpunt dat mensen van niveau 4 die goed zijn in hun werk, zullen doorgroeien naar niveau 5 en dat het verschil tussen die twee kwalificaties voornamelijk tot uitdrukking komt in ervaring en kennis en minder in te onderscheiden functies.'

Was het dan niet beter geweest in plaats van die twee niveaus één niveau te creëren?

'Nee, alsjeblieft, we gaan de opleidingsstructuur die we nu hebben niet wéér op de schop nemen; we kunnen hier de eerste tien jaar prima mee vooruit. Het functiehuis van de verpleging in het Radboud bevat alle functies, van verzorgende met 2 maanden opleiding tot expert verpleegkundige; dat maakt een mooie carrièregang mogelijk. Nee, de structuur is het probleem niet. In de praktijk werkt die heel goed. De een is meer uitvoerend, de ander meer reflectief; dat zie je in het bedrijfsleven ook. De ene keer zet je een HTS-er in, de andere keer een ingenieur. Bovendien heb je zo een veel bredere instroom en groter bereik op de arbeidsmarkt voor het beroep van verpleegkundige en dat is hard nodig. De Nurse Practitioner en de Physician

Assistent vormen een goede aanvulling op de carrièrelijn. Verpleegkundigen zijn gemiddeld slechts acht jaar actief in hun vak; alles wat het beroep aantrekkelijker maakt kan ze motiveren om langer te blijven en dat is pure winst. Aan de andere kant vraag ik me wel eens af of we niet teveel aan het differentiëren zijn. Voor patiënten is het soms volstrekt onduidelijk wie wat doet in die stoet van professies die langs het bed trekt.'

De commissie Werner was voorstander van budgetparameters voor de verpleging. Daar is nooit wat van gekomen.

'We staan aan de vooravond van een nieuw bekostigingssysteem in de zorg; de budgettering is op sterven na dood. Het nieuwe stelsel zal een vergoeding geven per dbc (Diagnose Behandeling Combinatie): qua model nogal theoretisch en in de praktijk moeilijk te implementeren. De ziekenhuizen krijgen méér ruimte om met de zorgverzekeraars over die DBC's te onderhandelen -over de kwaliteit, het niveau van zorg en de prijs. Ik denk dat dit nieuwe bekostigingssysteem verpleegkundigen op lokaal niveau binnen de instelling de kans biedt om invloed uit te oefenen op het vaststellen wat goede zorg is en van de prijs. Het is niet langer de overheid of het CTG die bepalen wat in rekening mag worden gebracht, maar het zijn de instellingen zelf die tarieven kunnen overeenkomen met de ziektekostenverzekeraars. De Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraden kunnen dan met hun directies gaan praten over de hoogte van de tarieven voor verpleging en verzorging. Directies maken beleid op grond van gegevens die zij

'De VAR's kunnen met hun directies gaan praten over de hoogte van de tarieven voor verpleging en verzorging'

vanuit de zorgverlening krijgen aangereikt, dus hier ligt dé kans voor verpleegkundigen om duidelijk te maken wat er nodig is om goede - verpleegkundige - zorg te bieden. Andere beroepsgroepen, zoals de medici, doen dat ook.'

Denkt u echt dat de zorg beter toegankelijk wordt door het nieuwe stelsel waarin de regie bij de zorgverzekeraars komt te liggen en waarin marktwerking gestimuleerd wordt?

'Slechter dan het centralistische budgetteringssysteem kan het niet: wachtlijsten, gedemotiveerde professionals en grote tekorten zijn er het gevolg van. En niemand voelt zich daar echt verantwoordelijk voor. In het nieuwe stelsel weten we wie we daar op kunnen aanspreken: de verzekeraars. Zij hebben de plicht voldoende zorg voor de verzekerden te waarborgen. Ook zij voelen de hete adem van de patiënt in de nek. Dat geeft, lijkt mij, meer waarborgen voor goede zorg dan een oerwoud aan beleidsinstanties die afstandelijk werken, veel bureaucratie met zich meebrengen en waarin

'Het RIO is een extra tussenstation met weinig toegevoegde waarde. Bureaucratisch, vertragend en duur.'

iedereen de schuld van de tekorten op de ander afschuift. Daarenboven is de participatie vanuit het veld in veel van die organen uitgehold en dat heeft het bureaucratisch gehalte alleen maar vergroot. Soms heb ik wel eens het idee dat het Centraal Planbureau en het Ministerie van Financiën meer invloed hebben op de gezondheidszorg dan het eigen Ministerie van VWS. Dat is toch de omgekeerde wereld, en waar blijft zo de invloed van de patiënt, de verzekerde? Want daar gaat het toch uiteindelijk om. We moeten natuurlijk wel uitkijken dat de marktwerking

niet te ver doorschiet en zorgen dat de bescherming van de zwakkeren gegarandeerd blijft. In ieder geval geeft een beetje marktwerking professionals en instellingen de kans hun verantwoordelijkheid waar te maken. Die uitdaging moeten we serieus oppakken.'

Over de invloed van de patiënt gesproken: wat vindt u eigenlijk van de Regionale Indicatie Organen (RIO's)?

'RIO's zijn ontstaan uit wantrou-

Drs. F.J.M. (Jos) Werner is econoom en was werkzaam in diverse functies bij het Ministerie van VWS, waaronder directeur Financieel Beleid Gezondheidszorg. Van 1984 tot 1991 was hij vice-voorzitter van de Raad van Bestuur van het AMC te Amsterdam en van 1991 tot 2003 voorzitter van de Raad van bestuur van het UMC St Radboud te Nijmegen.

Jos Werner bekleedt een groot aantal bestuurlijke functies bij maatschappelijke, culturele en wetenschappelijke organisaties. Zo is hij commissaris bij enkele bedrijven, voorzitter van de Raad van Toezicht van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, bestuurslid van het Gelders Orkest en voorzitter van het bestuur van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek en Onderwijs Gezondheidszorg Tilburg. Hij is bestuurslid van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging en van het Nationaal Museum Verpleging en Verzorging. Sinds 1996 is hij lid van de CDA-fractie van de Eerste Kamer, waarvan hij recent fractievoorzitter werd.

wen tegen professionals. Men ging ervan uit dat professionals niet onafhankelijk zijn en niet de juiste inschatting maken als ze mensen zorg aanbieden. Ik ben er nooit een groot voorstander van geweest. Het is een dure voorziening die weinig bijdraagt aan betere zorg. Wij hadden bij het Radboud een transferpunt om de overgang van ziekenhuis naar huis te regelen. Dat werkte goed; al bij opname werd gekeken wat een patiënt thuis nodig zou kunnen hebben. Toen kwam het RIO er tussen en dat werd een extra tussenstation met weinig toegevoegde waarde. Bureaucratisch, vertragend en duur.'

Kunnen professionals zelf iets bijdragen aan een betere toegankelijkheid van de zorg?

'Professionals zijn doorgaans hoog en goed opgeleide mensen en hun drijfveer is het bieden van goede zorg. Als bestuurder moet je de voorwaarden creëren waaronder zij hun werk goed en efficiënt kunnen doen. De problemen in de gezondheidszorg worden niet alleen door het beleid veroorzaakt. Professionals kunnen hun werk ook beter - in de zin van efficiënter - organiseren: méér teamwerk, méér multidisciplinaire gerichtheid. Vooral medici hebben er moeite mee zich te schikken naar de eisen van de organisatie, zoals bijvoorbeeld de eis van een goede logistieke opzet van behandel- en verpleegprocessen. Daarvoor is een sterke regie nodig en die wordt lang niet altijd geaccepteerd. Dat is een van de redenen waarom professionals roepen dat er teveel managers zijn. Ook bedrijfsdiscipline is geboden.'

Wat vindt u van de gevolgen die de recente bezuinigingen hebben voor chronisch zieken en mensen met een handicap?

'Eerlijk gezegd kan ik niet goed

begrijpen waarom een ombuigingsoperatie waar zo'n 19 miljard mee gemoeid is, geen ruimte laat om mensen te ontzien die kwetsbaar en afhankelijk zijn en vaak geen mogelijkheden hebben om hun inkomen zelf aan te vullen. Juist in slechte tijden zijn zij op overheidsbescherming aangewezen. Het kabinet had wel wat zorgvuldiger te werk mogen gaan. Gelukkig hebben Tweede en Eerste Kamer compensatiemaatregelen kunnen afdwingen, maar het had wel wat spontaner gemogen. Ik denk dat als we volgend jaar over het nieuwe zorgstelsel gaan praten, de regering alerter zal zijn en niet weer het risico zal willen lopen op zo'n fel debat. Zelf zal ik al mijn invloed laten gelden om te zorgen dat de zwakkere groepen optimaal beschermd worden. Ook in het nieuwe stelsel. Dat is een kerntaak van de overheid die niet aan de markt kan worden overgelaten.'

U heeft aan de basis gestaan van het LCVV/LEVV en de vorming van de AVVV. Hoe kijkt u aan tegen de ontvlechting van beide organisaties die afgelopen jaar haar beslag kreeg en hoe ziet u hun toekomst?

'Voor mij is het betrekkelijk eenvoudig: de AVVV moet een zelfstandig expertisecentrum voor de verpleging en verzorging koesteren. De AVVV is een belangenorganisatie en expertise moet in onafhankelijkheid gedijen. Die twee aspecten, belangenbehartiging en expertiseontwikkeling, moet je niet vermengen. Een soortgelijk model zie je bij alle professionele organisaties; ook artsen hebben naast hun belangenorganisaties bijvoorbeeld het huisartseninstituut en wetenschappelijke verenigingen voor het bijhouden en ontwikkelen van het vak. Ik begrijp best dat er door de ontvlechting tijdelijk

'De AVVV moet een zelfstandig expertisecentrum voor de verpleging en verzorging koesteren'

verwarring heerst, maar als men elkaars functie erkent en er gebruik van maakt, kunnen de beroepsgroepen er alleen maar bij winnen. Het LEVV is er voor het ordenen, toegankelijk maken en ontwikkelen van kennis en informatie over het vakgebied en werkt in de wereld van de wetenschap en op langere termijn. De AVVV opereert meer in concrete onderhandelingsituaties en kan daarbij putten uit de kennis die het LEVV vergaard heeft. Dat het nog niet zo gesmeerd loopt, komt ook omdat verpleegkundigen en verzorgenden niet voldoende doorkneed zijn in politiek-strategisch handelen, iets wat ze overigens gemeen hebben met veel andere beroepsgroepen. Wat de

toekomstige financiering van AVVV en LEVV betreft, vind ik dat je in beginsel niet afhankelijk moet willen zijn van overheids-gelden. De AVVV zal zichzelf voor een groot deel met contributies moeten gaan bedruipen. Dat zal echter niet voldoende zijn: de beroepsgroepen en de werkgevers kunnen niet alle benodigde gelden opbrengen. Misschien is er enig soelaas te vinden bij een dubbellidmaatschap van vakbond en AVVV. Ook zou op projectbasis geld van de overheid kunnen worden ingezet voor bijzondere activiteiten en voor het in stand houden van de kennisinfrastructuur. Dat zal de beroepsgroep nooit zelf kunnen opbrengen.' ■