

**Prof.dr. Pauline Meurs is socioloog, lid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en tevens als bijzonder hoogleraar verbonden aan het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. De afgelopen twee jaar was zij voorzitter van de Stuurgroep VBOC, Verpleegkundige Beroepenstructuur en OpleidingsContinuüm en op 11 mei zal zij het rapport ‘Verpleegkundige toekomst in goede banen’ aanbieden aan de voorzitter van de AVVV en aan de minister van VWS.**

## ‘Het beroep goed op de kaart zetten’

Pauline Meurs werd in één week tijd gevraagd om voorzitter te worden van de stuurgroep VBOC en lid te worden van het presidium van de stuurgroep MOBG (Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg). Dat was toevallig, maar het gaf wel de mogelijkheid om een verbinding te leggen tussen beide stuurgroepen. Het VBOC bestond naast een stuurgroep uit een projectgroep. Meurs: ‘Het eigenlijke werk is in de projectgroep gedaan, maar de stuurgroep heeft zich uiteraard stevig bemoeid met de discussies en de richting die gekozen is.’

*In welke reeks van overheidsadviezen en maatschappelijke ontwikkelingen past het VBOC-advies en waar heeft de commissie zich precies mee beziggehouden?*

‘Dit advies is een vervolg op het rapport De arts van straks, dat zich richtte op herstructurering van de artsopleiding en op het advies van de commissie Imple-

mentatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (commissie LeGrand). Het VBOC komt voort uit een van de aanbevelingen van deze commissie. Het VBOC-advies ligt in de lijn van de pogingen het hele veld van de gezondheidszorgberoepen in kaart te brengen en te vernieuwen. Het gaat erom de samen-

### **‘We hebben belang bij voldoende hbo-opgeleiden’**

hang binnen en tussen de verschillende beroepen te verbeteren. De opdracht aan de stuurgroep was gericht op de beroepsstructuur en de vervolopleidingen. Dat is voor de stuurgroep lastig geweest: je moet het dak leveren maar je mag je niet met het fundament bemoeien. We hebben dus als stuurgroep bij het aanvragen van de opdracht gesteld dat we de mogelijkheid open wilden houden om, wanneer we dat nodig vonden, ook opmerkingen te maken over de niveaus 4 en 5.’

‘Het tweede dat speelde was dat de opdracht en het maatschappelijk debat daaromheen uitsluitend in het kader van de taakherschikking werden geplaatst. Ik had wel eens het gevoel dat we eigenlijk bezig waren met taakherschikking, terwijl we feitelijk gevraagd waren om een advies uit te brengen over hoe de beroepsstructuur en de opleiding van de verpleegkundige toekomstbestendig gemaakt zouden kunnen worden. Uiteindelijk was ons standpunt dat we ons zouden moeten richten op de beroepsstructuur en het daaraan gekoppelde opleidingscontinuüm en dat we die zo flexibel en vernieuwend zouden moeten maken dat het ook mogelijkheden zou kunnen bieden tot taakherschikking. We willen dat het beroep goed op de kaart blijft staan en dat de mogelijkheden van verpleegkundigen optimaal benut worden en de kwaliteit van de beroepsuitoefening geborgd wordt. Uiteraard tegen de achtergrond van de maatschappelijke ontwikkelingen

(vergrijzing, groeiende vraag naar zorg, afnemende middelen, marktwerking, verkleuring et cetera), want datgene wat we voorstellen moet natuurlijk wel haalbaar zijn.’

*In het advies wordt de functie van verpleegkundig specialist gepositioneerd op het niveau van de opleiding tot professional Master en wordt aanbevolen om de physician assistant en de nurse practitioner deels samen te voegen.*

‘De discussie over de verpleegkundig specialist leek voornamelijk over de nurse practitioner te gaan. Het was een soort icoon van waar het met de verpleegkundige beroepsgroep naar toe zou moeten. Maar in termen van kwantiteit en van wat de beroepsgroep als geheel betekent is het heel merkwaardig dat er zoveel aandacht naar de nurse practitioner gaat. Het is een soort verenging van een specifiek onderdeel dat vooral met taakherschikking te maken heeft en met

de discussie over de verhouding tussen nurse practitioner en medisch specialist. We hebben daarom aangegeven dat we er voor alle verpleegkundigen willen zijn en niet alleen voor de nurse practitioners. In de MOBG hebben we zelfs in het begin een werkgroep gehad die gericht was op verheldering van de relatie tussen de nurse practitioner en de physician assistant omdat daar veel gedoe en onduidelijkheid over was. Bij discussies over het onderscheid tussen het verpleegkundig en het medisch domein voel je je wel eens als Alice in Wonderland, terwijl het toch veel belangrijker is je te richten op de kwaliteiten die nodig zijn om het werk, dat deels medisch en deels verpleegkundig is, goed te kunnen organiseren. De discussie wordt dan veel productiever en de in mijn ogen onvruchtbare domeindiscussie kunnen we dan achter ons laten. Een van de punten in het advies is dat de nurse practitioner wat ons betreft een verpleegkundig specialist is die als professional Master gepositioneerd moet worden. Deze functie heeft eenzelfde basis als die van physician assistant en daarom kan het gemeenschappelijke deel van de opleiding groter worden. Na dat gemeenschappelijke deel volgt een differentiatie, waarin je verder óf als verpleegkundig specialist óf als physician assistant opgeleid wordt. Je moet niet van alle opleidingen afzonderlijke kleine zuiltjes en hokjes maken, dat is de dood in de pot.'

**Wat zijn de hoofdlijnen van het advies en welk probleem wordt ermee opgelost?**

'Ik hoop dat de enorme verwarring over titels, functies, bevoegdheden en competenties nu is opgelost. We hebben een betrekkelijk eenduidig kader gemaakt, dat goed kan worden uitgelegd. Daarbij hebben we ook naar het

civiel effect gekeken. Patiënten en burgers moeten kunnen begrijpen wie er aan hun bed staan en welke kwalificaties deze personen hebben. Ik denk dat de winst is dat we getracht hebben te verhelderen en te flexibiliseren en van al die verschillende beroepsdeelprofielen meer de samenhang te laten zien dan de verscheidenheid. Dat is de winst, maar er is nog veel werk aan de winkel. Het einde van een advies is altijd het begin van het volgende stadium. Wij hebben nu enkele piketpalen neergezet, maar het gebied moet nader ingevuld worden. We hebben bijvoorbeeld de gespecialiseerde verpleegkundige uit het bouwwerk gehaald, maar dat betekent niet dat dat onmiddellijk de realiteit van morgen is. Er ligt voor de AVVV een belangrijke opdracht om overgangsregelingen in te stellen voor de transitiefase van de huidige naar de nieuwe situatie. Sommige verpleegkundigen die zich nu beschouwen als verpleegkundig specialist, zullen tot de conclusie komen dat zij dat volgens het advies eigenlijk niet zijn. In onze voorstellen is de verpleegkundig specialist - qua opleidingsniveau en competentieprofiel - hoger gepositioneerd dan de meeste verpleegkundigen die zich nu verpleegkundig specialist noemen. En wat ons betreft moet er voor hen geen generaal pardon komen. Wel moeten degenen die nu die titel voeren een route aangeboden krijgen waarlangs zij zich alsnog kunnen kwalificeren, conform het raster dat we daarvoor gemaakt hebben.'

**Er wordt dus een duidelijker onderscheid aangebracht tussen het mbo- en het hbo-niveau?**

'Het wordt moeilijker gemaakt om met mbo en een specialistische vervolgopleiding door te groeien naar de functie van verpleegkundig specialist. Wanneer

je de mbo-opleiding hebt gedaan kom je in aanmerking voor vervolgopleidingen, maar het is niet vanzelfsprekend dat je in de hbo en daarna de professional Master-route terecht komt. Wanneer je een hbo-opleiding hebt gedaan kan de professional Master een logische volgende stap zijn. We hebben dus eigenlijk via de route over het vervolg uitspraken gedaan over het begin. We hebben gezegd dat wanneer je het als middelbare scholier belangrijk vindt om later als verpleegkundig

### **'Wat ons betreft komt er geen generaal pardon voor de huidige verpleegkundig specialisten'**

specialist te gaan werken, de route primair via het hbo loopt. Daar hebben we veel over gediscussieerd, want er is natuurlijk wel iets aantrekkelijks in de doorlopende leerlijnen mbo-hbo. Ik ben van mening dat wanneer je kiest voor niveau 4 of 5, daar bepaalde kwaliteiten, competenties en werkvelden bij horen die op dat specifieke niveau liggen. Zo neem je de keuze voor een van beide niveaus serieus.'

**Werkgevers hebben het idee geopperd om hbo-verpleegkundigen na drie jaar een BIG-registratie te geven en hen later te laten beslissen of ze hun hbo-diploma alsnog willen behalen.**

'De werkgevers hebben dit voorstel inderdaad gedaan. Op zich is er wel wat voor te zeggen, maar we hebben toch deze keuze niet gemaakt omdat we verwachten dat wanneer je voor die route kiest, de kans kleiner wordt dat je als student ook daadwerkelijk voor het vierde jaar gaat. Je krijgt een soort nivellering van de hbo-route, terwijl onze boodschap is dat we belang hebben bij een voldoende aantal hbo-opgeleiden,

gezien de kwaliteit van het beroep, de toekomstige ontwikkelingen en de toenemende vraag naar zorg. Er zit wel een voorstel in het advies om in de BIG-registratie uiteindelijk een differentiatie aan te brengen, zodat er wanneer je BIG-geregistreerd bent via artikel 3, een nadere aanduiding is van niveau 4 en niveau 5 en de betekenis daarvan. Dat moet nog worden uitgewerkt.'

**Iedere hbo-instelling kent langzamerhand een zogenoemde minor, die draait om een door de student te kiezen thema van een half jaar. Zou de indaling van de vervolgopleidingen via een minor gestalte kunnen krijgen?**

'Dit soort initiatieven is heel belangrijk. Het is vanuit hun gezichtspunt heel goed te begrijpen dat werkgevers het essentieel vinden om mensen in dienst te hebben die voldoende deskundig en goed inzetbaar zijn en die ze een passende functie kunnen aanbieden. Andersom zeggen wij tegen de werkgevers dat ze bereid moeten zijn om kwaliteit in te kopen en te leveren. Aan beide kanten zijn er dus investeringen nodig en ik denk dat het tijd daarvoor nu gunstig is omdat het voor iedereen duidelijk is dat we met de bestaande indelingen niet uitkomen. Ik ben een aantal keren in Engeland geweest en het verslag van een van deze bezoeken had als titel 'Nursing Power'. Ik vond dat dat goed de essentie aangeeft van wat we daar gezien hebben. De verpleegkundige speelt een cruciale rol in de keten van zorg, in de eerste lijn of als triageverpleegkundige. In specifieke gevallen met een zelfstandige rol en eigen bevoegdheden en in andere specifieke gevallen in een duidelijke samenspraak met de medisch specialist. Dat moeten wij hier in Nederland toch ook kunnen?'

*De bovenkant van het continuüm lijkt nu helder geregeld te gaan worden. Maar hoe zit het met de verschillende mbo-niveaus in de verzorging en verpleging, want ook die kunnen worden beschouwd als onderdeel van het continuüm.*

‘Dit advies heeft een soort domino-effect. We hebben daarom ook geadviseerd naar de positie van de verzorgende te kijken in relatie tot niveau 4. Ook dat is een diffuus middengebied. Ik heb begrepen dat de AVVV activiteiten in die richting wil ontplooiën. Door meer eenduidigheid aan te brengen valt ook daar een wereld te winnen. Dan houdt het continuüm niet op bij de verpleegkundige, maar kan het worden betrokken naar de verzorgende. Van belang zijn vragen als: hoe verhoudt de verpleegkundige niveau 4 zich tot de verzorgende, welke mogelijkheden zijn er om door te stromen en welke barrières moeten er eventueel opgeworpen worden? Dit onderwerp hebben wij niet aangesneden, maar we zijn wel van mening dat niveau 4 niet alleen ten opzichte van niveau 5 moet worden gepositioneerd maar ook ten opzichte van niveau 3. Waar ik wel huiverig voor ben is dat er binnen het mbo allerlei mbo+ varianten ontwikkeld worden. Het is altijd goed om te blijven werken aan de kwaliteit van de eigen opleiding en te zorgen dat er goede verpleegkundigen worden afgeleverd, maar als er verschillen zijn moeten we die ook echt maken. Er bestaat een natuurlijke neiging om verschillen weer te verkleinen. Ik ben er dan ook voor om eerder een scherpere route te maken van hoe je van het mbo naar het hbo kunt gaan dan een mbo+ variant te maken die weer veel onduidelijkheid in het hele gebouw oplevert. Zorg dus dat het helder is wat de kwalificaties zijn van mbo-verpleegkundigen

en hoe de relatie is met de functiegebonden contextgerelateerde vervolgoopleidingen. Doe hetzelfde voor het hbo en breng vooral geen *firewall* tussen beide niveaus aan, maar geef wel helder de stappen aan die gezet moeten worden bij doorstroming. Zorg voor een evenwicht tussen differentiatie en gemeenschappelijkheid, maar voeg niet alles weer bij elkaar, waardoor het gewenste onderscheid weer verdwijnt. Het “opplussen” van het mbo leidt tot een diffuse en ondoor-dringbare wereld met een stapeling van opleidingen, cursussen en diploma’s waar het gewicht niet van bekend is.’

#### **Wat moet er in het implementatietraject nog gebeuren?**

‘Wat er nog meer moet gebeuren heeft betrekking op de relatie tussen initiële en vervolgopleidin-

### **‘De onvruchtbare domeindiscussie kunnen we beter achter ons laten’**

gen. Ik heb me erover verbaasd dat er zoveel vervolgoopleidingen zijn en in mijn ogen zegt dat ook iets over het initiële niveau. In ons advies hebben we er sterk voor gepleit te onderzoeken in hoeverre een aantal van die vervolgoopleidingen of onderdelen van deze opleidingen kunnen indalen in het vierde jaar van het hbo. Dat zou ik in termen van flexibilisering maar ook in termen van positionering toejuichen. Wij hopen dat op regionaal niveau instellingen en opleiders om de tafel gaan zitten en hiermee experimenteren om ervaring op te doen. Ik geloof op dit punt niet in een landelijk model. Van vervolgoopleidingen met een landelijke erkenning zouden er niet al te veel moeten zijn en de kwaliteit ervan moet getoetst worden.

Daarnaast moet het voor degenen die dat willen natuurlijk altijd mogelijk blijven om losse cursussen en modules te volgen. In vervolgoopleidingen zitten veel gemeenschappelijke onderdelen, die ook gemeenschappelijk aangeboden zouden moeten worden. Dat maakt bijvoorbeeld een carrièreswitch voor de individuele verpleegkundige na een aantal jaren gemakkelijker omdat zij zich daarbij dan alleen op het contextgebonden onderdeel hoeft te richten.’

#### **Wat is de rol van de AVVV bij de implementatie van het advies?**

‘Het is van belang dat de AVVV de regie voert over de verschillende onderdelen van de implementatie en een aantal zaken zelf ter hand neemt. Voor een deel zal dat gebeuren in het kader van het CBOG (het in te stellen college voor beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg). Binnen

het CBOG is een kamer voor de verpleging voorzien en daarin zal de AVVV een voortrekkersrol moeten vervullen. Inmiddels heeft de AVVV het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) ingesteld. Dit college stelt het toetsingskader, de opleidingseisen en de overgangsregelingen voor verpleegkundig specialisten vast. Voorts is het van belang dat er op regionaal niveau werk wordt gemaakt van een betere aansluiting tussen opleiding en werkveld en dat er geëxperimenteerd wordt met nieuwe varianten. Ook hierin kan de AVVV een belangrijke aanjagende rol vervullen. De implementatie zou niet langer dan twee jaar moeten duren. In het advies hebben we een overzicht gegeven van de implementatietaken die voorliggen. De AVVV zal daarbij vooral het belang van de beroepsgroep als geheel en minder dat van de oorspronkelijke lidorganisaties moeten dienen.’ ■