

Standpunt positionering regieverpleegkundigen.

Inleiding.

Ik heb bijna 40 jaar in het verpleegkundig onderwijs gewerkt, zowel inservice-opleidingen als op een Hogeschool en daarbij de ontwikkelingen in het verpleegkundig onderwijs en de verpleegkundige beroepsuitoefening. Ook ben ik betrokken geweest bij de ontwikkelingen van het verpleegkundig Beroepsprofiel 2012, bij het document Bachelor Nursing 2020 en bij de ontwikkelingen van diverse expertisegebieden.

Vanuit die ervaringen wil graag mijn reactie geven over de ontstane discussie rond de positionering van "regieverpleegkundigen" in de Wet BIG II

1. Functiedifferentiatie

Het is mijns inziens volkomen terecht om een onderscheid te maken tussen de verschillende niveaus binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening. Dat geldt niet alleen voor verpleegkundigen maar dat onderscheid hanteren we in alle beroepsgroepen. Geen zinnig denken mens zal durven te beweren dat na afronding van hun opleiding een LTSer hetzelfde heeft geleerd als een MTSer, een HTSer of een afgestudeerde ingenieur aan de Technische universiteiten. Dat onderscheid zien we ook tussen afgestudeerden Mbo Juridische Hulpverlening, Hbo Recht en afgestudeerde juristen aan de universiteit, tussen afgestudeerden MBO Social Work, Hbo Social Work en universitair afgestudeerd agogen.

In al deze sectoren kenden men de afgelopen decennia diverse functieprofielen, aansluiten bij hun opleidingsniveau.

In de gezondheidszorg is dit, na de invoering van de Mbo-V en de Hbo-V in veel gevallen, zeker in de ziekenhuissector, nagelaten met als gevolg dat heel divers opgeleide verpleegkundigen allemaal hetzelfde werk en verantwoordelijkheden hadden.

In andere sectoren zoals de wijkverpleging werd dat onderscheid wel gemaakt. Zo kenden we "verpleegkundigen in de wijk" (mbo-niveau) en "wijkverpleegkundigen" (hbo-niveau).

Nu is het grote verschil met veel andere beroepen dat het verpleegkundig beroep wettelijk geregeld is geworden in de Wet BIG, een wet die er overigens xx jaar over heeft gedaan om van wetsvoorstel naar wet verheven te worden, daarmee onderwerp geworden van politieke besluitvorming en dat komt de eenduidigheid meestal niet ten goede.

Het resultaat bij de invoering van de wet BIG was, bij gebrek aan functiedifferentiatie in de praktijk, ook geen onderscheid werd gemaakt in de wet: ongeacht het opleidingsniveau kreeg iedereen de titel "Verpleegkundige".

Dit leidde tot een unieke situatie: Geen enkel ander beroep in artikel xx van de wet BIG kende aan mbo-variant. Er bestaan geen mbo-fysiotherapeuten, geen mbo-diëtisten etc, alleen mbo-opgeleiden met de BIG-titel verpleegkundigen. Dat was de belangrijkste reden waarom in het project Verpleegkundig Beroepsprofiel een volstrekt terecht onderscheid gemaakt werd tussen de "verpleegkundige" (Hbo-niveau) en de overigens uiterst ongelukkig gekozen term "zorgkundige" (mbo-niveau).

2. Overgangsregeling: Gevolgd Opleidingsniveau is niet allesbepalend

Maar beschikken nu alleen verpleegkundigen met een Hbo-V over de competenties zoals die zijn beschreven in het verpleegkundig Beroepsprofiel van 2012 aan de hand van de 7 CanMeds-rollen ??.

No way. Het gevolgde opleidingsniveau garandeert alleen dat iemand **aan het eind van zijn opleiding** wel/ niet over bepaalde competenties beschikt maar het zegt absoluut niets over de competenties die iemand **momenteel** beheerst. Zo is het uit mijn eigen waarneming (en veel leidinggevenden, kwaliteitfunctionarissen en praktijkopleiders zullen dit moeten beamen) de stelling verdedigbaar dat een behoorlijk percentage mbo-/ inserviceopleide verpleegkundigen op Hbo-niveau functioneren net zoals eveneens een behoorlijk percentage Hbo-opgeleide verpleegkundigen op mbo-niveau functioneren.

Alles koppelen aan het ooit behaalde opleidingsniveau van 5, soms 10, 20, 30 jaar geleden doet absoluut geen recht aan de bestaande situatie in de praktijk. Ter bepaling van het competentieniveau van de verpleegkundige beroepsuitoefening zullen we dus moeten leren bepalen wat iemand door opleiding, trainingen, cursussen, praktijk etc. aan competenties beheerst maar dan wel over de **breedheid van het verpleegkundig beroep.**

Het kwaliteitsregister V&VB gekoppeld aan de diverse Expertisegebieden geeft veel meer ruimte om de daadwerkelijke competentieontwikkeling zichtbaar te maken in de volle breedte van de CanMeds dan alleen het ooit behaalde diploma

3. De grens van 2012 voor Hbo-verpleegkundigen: Volstrekt arbitrair en onterecht gekozen

In de overgangsregeling wordt een onderscheid gemaakt tussen hbo-verpleegkundigen die voor of na 2012 hun diploma hebben behaald. Degenen die na 2012 hun diploma hebben behaald kunnen zich automatisch laten registreren als regieverpleegkundige, diegenen die voor 2012 hun diploma hebben behaald moeten een aanvullende toets doen. Deze grens is werkelijk nergens op gebaseerd. Degenen die in 2012 hun diploma hebben behaald zijn in 2008 met hun opleiding gestart aangezien een HboV-opleiding regulier 4 jaar duurt. Wat is er radicaal per september 2008 aan het HboV-curriculum veranderd wat deze stellingname rechtvaardigt: **NIETS !!!**. Het HboV-curriculum was in zowel voor als na 2008 gebaseerd op de 5 rollen van Pool (zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar) en de meeste Hogescholen zijn pas in 2016 gestart met een nieuw curriculum op basis van Bachelor of Nursing 2020 in 2016, gebaseerd op de 7 nieuwe Canmeds-rollen (zorgverlener, gezondheidsbevorderaar, organisator, samenwerkingspartner. Xxxxxx

De eerste afgestudeerde Hbo-verpleegkundigen opgeleid vanuit dit concept zullen veelal pas in 2020 hun diploma behalen.

Tot wat voor ongerijmdheden deze split van 2012 leidt de volgende **drie illustraties** uit mijn eigen waarneming:

- Het **ZonMW-project “Zichtbare Schakel”** (2008-2012) wordt breed in de politiek (zowel Kamer als ministerie) gezien als een grondlegger van de “wijkverpleegkundige nieuwe stijl” die grenzen verlegt, zorg en preventie combineert en bijdraagt aan een terugdringen van (onnodige) zorglast en bijbehorende kosten. Alle wijkverpleegkundigen die hierin geparticipeerd hebben waren afgestudeerd voor 2012 en moeten cf. de overgangsregeling nu een toets gaan afleggen bij een Hogeschool, terwijl ze in de praktijk ruimschoots hun competenties bewezen hebben.
- Sinds 2011 kennen we het **“ambassadeursproject wijkverpleegkundigen”**. Vanaf dat moment waren deze ambassadeurs graag geziene gasten op het ministerie, in de media etc en bewindslieden, incl. de minister lieten zich maar wat graag vereeuwigen met deze ambassadeurs vanwege hun potentiële bijdrage aan de noodzakelijke vernieuwing van de gezondheidszorg. Maar het grootste gedeelte van deze ambassadeurs heeft hun diploma behaald voor 2012 en moeten cf. de overgangsregeling nu een toets gaan afleggen bij een Hogeschool, terwijl ze in de praktijk ruimschoots hun competenties bewezen hebben
- Sinds 2017 kennen we het **“ambassadeursproject jeugdverpleegkundigen/ verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg”**. Vanaf dat moment waren ook deze ambassadeurs graag geziene gasten op het ministerie, in de media etc en bewindslieden, incl. de minister lieten zich maar wat graag vereeuwigen met deze ambassadeurs vanwege hun potentiële bijdrage aan de noodzakelijke preventie in de gezondheidszorg. Maar ook het grootste gedeelte van deze ambassadeurs heeft hun diploma behaald voor 2012 en moeten cf. de overgangsregeling nu een toets gaan afleggen bij een Hogeschool, terwijl ze in de praktijk ruimschoots hun competenties bewezen hebben

Conclusie

1. Erkenning onderscheid tussen mbo- en hbo-niveau noodzakelijk en wenselijk
2. Niet alle hbo-opgeleiden functiobere op hbo-niveau terwijl sommige mbo-opgeleiden dat wel doen: Erkenning dat competentieontwikkeling meer omvat de behaalde opleidingsniveau's
3. grens van 2012 voor hbo-verpleegkundigen is arbitrair en onterecht gekozen

Huub Sibbing, adviseur bestuur V&VN afdeling Maatschappij en Gezondheid