

# DE VERPLEEGKUNDIGE IN DE WET BIG

## De positiebepaling van de verpleegkundige als basisberoep en dan van de SPV als specialisme

*Dit artikel is een weergave van een lezing, welke werd gehouden op de lustrumviering van de NVSPV van 24 november 1994. De vereniging bestond toen 15 jaar.*

Graag wil ik de NVSPV van harte feliciteren met het lustrum.

Allereerst wil ik mezelf en het LCVV kort voorstellen.

Ik ben verpleegkundige en socioloog en sinds 15 december 1994 bij het LCVV werkzaam als directeur.

### Doel en functies van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om u uitleg te geven over het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV), hoe het met **uw** Centrum gaat, want het is per slot van rekening het centrum van de verpleging en verzorging. Ik wil u uitleggen wat ons doel is en welke activiteiten we ontplooiën.

### Inleiding

Het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) werd 15 oktober vorig jaar geïnstalleerd. Op 15 december is het kantoor geopend in Utrecht. De acties van een aantal jaren geleden en de Commissie 'Werner' gaan vooraf aan de oprichting van het Centrum. De Commissie adviseerde de overheid ten aanzien van drie speerpunten: Arbeidsmarkt en arbeidsomstandigheden, opleidingen en positionering. Voor het laatste speerpunt werd een subsidie van 5 miljoen per jaar vrij gemaakt, de zogenaamde 'Werner-gelden', waar de vakbonden en de vakvereniging de

beschikking over kregen. Helaas kwamen zij niet tot overeenstemming, waarna dr. Carla Frederiks werd aangezocht als 'informatuur'. Haar adviesrapport werd in grote lijnen overgenomen door het kabinet. Ze schreef een programma, uit te voeren door een onafhankelijke stichting, die later de naam kreeg

### **Drs. J.K. Bastiaanse.**

*De heer Bastiaanse is directeur van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV)*

'Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging'.

*Hoofddoel van het LCVV is het verbeteren en versterken van de positie van de verpleging en verzorging. In het programma dat het LCVV heeft meegekregen van de overheid worden vier functies genoemd, waarmee deze doelstelling verwezenlijkt dient te worden: **steunpunt, transferpunt, aanspreekpunt en coördinatiepunt.** De vier trefwoorden geven de kern van het programma van het LCVV.*

### **steunpunt**

Het LCVV ondersteunt specifieke beroepsverenigingen. Een van onze beleidsmedewerkers is speciaal met deze taak belast. Middels een enquête hebben we 58 specifieke verenigingen geïnventariseerd. We bieden facilitaire

ondersteuning aan verenigingen die in doelstelling en activiteiten aansluiten bij de doelstelling van het LCVV, zoals aan de NVSPV en STIP. De besturen van verenigingen vergaderen bij ons, we kunnen de leden administratie verzorgen, het LCVV fungeert als postadres van een groot aantal verenigingen. Onze juridisch medewerker adviseert ondermeer bij het opstellen van statuten. Vorige maand is de eerste van een serie workshops voor de verenigingen gestart. Het eerste onderwerp is 'het schrijven van een artikel'. Daarna volgen work-shops met als onderwerp: het ontwikkelen van een functieprofiel, het formuleren van onderzoeksvragen, het opstellen van een plan voor public relations.

#### **transferpunt**

Het LCVV heeft een informatiecentrum waar u vragen kunt stellen over de uitoefening van het beroep. Centraal daarbij staat de helpdeskfunctie. Het aantal vragen neemt per week toe. Men weet ons te vinden. We streven naar zo concreet mogelijke antwoorden op vragen over de uitoefening van het beroep. Veel scriptie-schrijvers bellen, maar ook stafmedewerkers en beleidsmakers. De bibliotheek groeit gestaag. We verzamelen vooral de 'grijze literatuur': verslagen van goede projecten, voorbeelden van protocollen etc. Daarnaast wordt een databank opgezet van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten op het gebied van de verpleging en verzorging vanaf 1985. Volgend jaar zal een gezamenlijke databank worden gerealiseerd met het NZI en het NIVEL. Vanzelfsprekend is het informatiecentrum bedoeld voor verplegenden en verzorgenden uit alle velden van de gezondheidszorg en kunt ook u terecht met uw vragen.

Een tweede belangrijke activiteit in het kader van de transferfunctie is het selecteren en subsidiëren van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten. Ruim 3 miljoen per jaar wordt aan projecten uitbesteed. Twee commissies van deskundigen beoordelen de ingediende projecten. Op basis van een inventarisatie van het onderzoek op het gebied van de verpleging en verzorging wordt momenteel een studie naar de gewenste prioriteiten verricht. Hiermee legt het LCVV de basis voor sturing op het terrein van onderzoek. Als voorbeeld van door het LCVV gesubsidieerd onderzoek noem ik graag het project van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) gericht op het ontwikkelen van een eenduidig begrippenkader, met als eerste onderdeel het definiëren en classificeren van verpleegkundige diagnoses. Er zijn ook onderzoeken en ontwikkelingsprojecten op het gebied van de psychiatrische verpleging, zoals een project gericht op het ontwikkelen van standaard zorgplannen in de psychiatrie en een project gericht op het ontwikkelen van verpleegkundige diagnoses in de extramuraal psychiatrie. (Groningen).

#### **aanspreekpunt**

Het LCVV is geen vereniging en spreekt dus niet namens leden. Het LCVV spreekt als een onafhankelijk expertise centrum met als vertrekpunt het verbeteren van de positie van verpleging en verzorging. Op die manier heeft het LCVV geadviseerd op de ontwikkelingen ten aanzien van een samenhangend opleidingsstelsel. Maar ook op het rapport van de Commissie Biesheuvel en het rapport van de commissie Welschen heeft het Centrum een uitgebreid beargumen-

teerde reactie geschreven. We hebben een groot netwerk opgebouwd en proberen zo invloed uit te oefenen op de besluitvorming bij de overheid, de politiek en bij belangrijke koepelorganisaties, zonder daarmee op het terrein van de bonden te komen. We hebben een 'zwaar bestuur' met veel politieke ervaring en aanzien en dat is op dit moment van groot belang voor de verpleging.

### **coördinatiepunt**

Het centrum wil een knooppunt en een bindmiddel worden, vele meningen bundelen, uitwisseling stimuleren en ervoor zorgen dat anderen het elders uitgevonden wiel kunnen benutten. Een belangrijk voorbeeld vormt hierbij de ontwikkeling naar wettelijk erkende specialisaties in de verpleging. Een aantal jaren geleden is door de drie bonden veel energie gestoken in het oprichten van een Stichting Verpleegkundige Registratie. De registratie is toen helaas niet van de grond gekomen. Momenteel wordt overleg gevoerd tussen AbvaKabo, CFO, NU'91 en het LCVV. De laatste ontwikkelingen zijn positief en als het proces zo doorgaat komt de samenwerking binnenkort tot stand. Daarna komt het moeilijke proces van formuleren van criteria waaraan voldaan moet worden om voor de wettelijk erkende specialisten titel in aanmerking te komen. De uitvoering van de registratie zal naar alle waarschijnlijkheid door het LCVV worden verzorgd. Samenwerking is noodzakelijk om daarmee gezamenlijk de verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor ons beroep en alles wat dat met zich mee brengt. Over dit onderwerp straks meer.

### **kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee van de zorg**

Het hoofddoel 'verbeteren en versterken

van de positie van verpleging en verzorging' en de vier daarmee samenhangende hoofdfuncties zijn geen doel op zich, maar dienen bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.

### **De plaats van de verpleegkundige in de Wet BIG**

Er is bij de behandeling van de Wet BIG veel te doen geweest over de plaats van de verpleegkundige en het zal u duidelijk worden waarom.

### **De Wet spreekt van artikel 3 beroepen:**

Het betreft beroepen waar speciale regels op van toepassing zijn:

#### **\* beschermde titel**

Niet geregistreerden mogen de betreffende titel niet voeren ook niet een titel die lijkt op een volgens artikel 3 beschermde titel. Dat betekent dat een constructie in de vorm van 'Verpleegkundige 1' en 'Verpleegkundige 2' zeer waarschijnlijk niet mogelijk is, zo ook de benaming verpleegkundige A, B of E.

In een AMvB wordt vastgelegd aan welke eisen een verpleegkundige moet voldoen om geregistreerd te kunnen worden en daarna de titel te mogen voeren.

De verwachting is dat het eerder uitgebrachte advies van de Raad BIG gevolgd zal worden met uitzondering van het advies dat het gewenste opleidingsniveau HBO niveau is. Hiermee geeft de regeling ons inziens weinig kwaliteitsgaranties. Als voorbeeld kan met stellen dat 80 uur psychiatrie aan het basisonderwijs en aan de universiteit gedoceerd kan worden en dus geen garantie over het niveau van de beroepsbeoefenaar biedt.

Op dit moment worden eindtermen voor de opleidingen tot verplegende en verzorgende geformuleerd. Daarna wordt vergeleken of de eindtermen voldoen aan de in de AMvB geformuleerde eisen. Als een MBO opleiding in de eindtermen voldoet aan de gestelde eisen betekent dit dat de verplegende op MBO niveau opgeleid geregistreerd wordt en de beschermde titel 'verpleegkundige' mag voeren. De beroepsgroep heeft op dit moment weinig invloed op dit proces. Opleidingsprofielen worden gemaakt door opleidingen met een geringe betrokkenheid van sociale partners, de beroepsgroep doet niet tot nauwelijks mee.

#### \* **tuchtrecht**

Op de artikel 3 beroepen is tuchtrecht van toepassing, hetgeen ondermeer betekent dat tuchtnormen ontwikkeld dienen te worden, waaraan het handelen getoetst kan worden; een grote verantwoordelijkheid voor de beroepsgroep. Een belangrijk voorbeeld van geformuleerde beroepsnormen is een beroepscode. De vraag is vooral welk opleidingsniveau noodzakelijk is om dit alles waar te kunnen maken.

#### \* **voorbehouden handelingen**

Via een AMvB wordt vastgelegd welke handelingen verpleegkundigen mogen uitvoeren. De Raad BIG zal hierover waarschijnlijk advies uitbrengen aan de overheid, nadat de betrokken partijen gehoord zijn.

#### \* **erkende specialismen**

artikel 3 beroepen kunnen een register instellen om specialisten te erkennen en te registreren. Hierop zal ik straks uitgebreid terug komen.

Om u een beeld te geven van de omvang van de groepen de volgende cijfers:

<b>artikel 3 beroepen</b>	<b>aantal</b>
artsen	47.621
tandartsen	9.800
apothekers	2.811
klinisch psychologen	(geen bestand)
psychotherapeuten	2.363
fysiotherapeuten	28.800
verloskundigen	3.300
verpleegkundigen	230.691

De groep verplegenden is groter dan alle andere beroepen samen. Het betreft hier alle beroepsbeoefenaren, die momenteel de titel mogen voeren. Hiermee wordt duidelijk waarom het probleem zo groot is en waarom de verpleegkundige beroepsgroep bij de behandeling van wet dan weer in en dan weer uit de regeling geschreven is.

Om u een indruk te geven van de verhouding binnen de beroepsgroep het volgende overzicht.

#### *aantallen beroepsbeoefenaren 1993:* (bron: SCP)

1e deskundigheidsniveau	105.000
2e deskundigheidsniveau	210.000
psychiatrie	15.000

Deze cijfers ontleend aan Sociaal Cultureel planbureau. Leerlingen zijn als werknemers opgeteld bij het tweede deskundigheidsniveau. De gehele gezondheidszorg is meegeteld, inclusief bejaardenoorden.

belangrijke vragen zijn:

- is een register voor zo'n grote groep te realiseren en te onderhouden ?
- is tuchtrecht waar te maken voor een groep van deze omvang ?

- is de volledige beroepsgroep in staat normen te ontwikkelen, waarop het handelen getoetst kan worden ?

Een aantal zaken wordt duidelijk:

- momenteel is de verhouding 1e / 2e deskundigheidsniveau 30/70. De verhouding kan verschuiven ten gunste van het 2e niveau. Uit het oogpunt van arbeidsmarktproblematiek is de verhouding gunstig.
- Het gevaar is niet ondenkbeeldig dat de verpleegkundige beroepsgroep bij de evaluatie van de Wet BIG na een aantal jaren weer uit de regeling van - conform artikel 3 verdwijnt. De volledige groep verplegenden registreren is slecht uit oogpunt van positieverbetering.
- De groep psychiatrische verpleegkundigen vormt een kleine en daarmee kwetsbare groep:
- Het veld gaat nu de eindtermen vaststellen, maar hoe gaat dat en welke invloed heeft de beroepsgroep en welke invloed heeft een deelgroep, zoals de psychiatrische verpleegkundigen. Gevaar dat de grote van de groep de inhoud van het beroep ook op dat terrein bepaald, met weinig aandacht voor veld specifieke aspecten. (overigens is de mogelijkheid tot differentiatie inmiddels in de opleidingsregeling opgenomen).
- Buiten de registratie regeling vallen betekent daarentegen geen tuchtrecht en geen kwaliteitsgarantie.

Dat brengt mij bij het doel van de Wet BIG.

#### **Doel van de Wet BIG:**

- voorwaarden kwaliteit van zorg
  - garanties voor cliënten
- De Wet BIG is in principe een kwaliteitswet.

Feitelijk mag iedereen alles na het invoeren van de Wet, echter onder gestelde voorwaarden, waardoor bescherming voor de cliënt ontstaat. De cliënt weet bovendien wat hij van welke hulpverlener kan verwachten. Op twee niveau's opleiden binnen één titel gaat dan ook lijnrecht in tegen het doel van de Wet BIG.

#### **Doelen van verpleegkundigen ?:**

- kwaliteit van zorg
- kwaliteit van de beroepsuitoefening
- erkenning / status ?
- middel voor loon-eis ?

Verpleegkundige zullen middels erkenning en registratie van het basisdiploma en specialisaties zeker aan kwaliteit van de beroepsuitoefening willen werken. Op deze manier ontstaat immers erkenning voor de bijdrage die het beroep levert aan de gezondheid van mensen. Een vergissing die vele verpleegkundigen maken is de veronderstelling dat na een wettelijke erkenning van een specialisatie, salarisverhoging geëist kan worden. Hoewel ik me hier op het terrein van de vakbonden begeef wil ik het punt graag kort toelichten. Belangrijk is het gegeven dat de werkgever met de Kwaliteitswet Zorginstellingen vrij is te bepalen welke beroepsbeoefenaar hij op welke functie inzet.

Met andere woorden, De beslissing om een verpleegkundige of een verpleegkundig specialist in te zetten op de functie van eerstelijns cara consulent is een beslissing van de werkgever. Het salaris kan daarmee een zaak van vraag en aanbod worden. Het gaat vervolgens om uw marktwaarde.

Dat brengt ons langzamerhand bij de verpleegkundig specialist. en bij de vraag hoe specialisatie volgens de regels van de wet BIG tot stand kan komen:

**De regeling dient ingesteld te worden door een vereniging van basisberoepsbeoefenaren.**

**Deze vereniging dient voldoende vertegenwoordiging te bieden voor de beroepsgroep.**

Op dit punt hebben we als beroepsgroep een probleem. Verpleegkundigen hebben in tegenstelling tot andere beroepsgroepen niet één vereniging, die kan gelden als voldoende vertegenwoordigend. Het LCVV heeft de coördinatie en de uitvoering van de regeling als taak van de overheid meegekregen, maar kan ook alleen in samenwerking met de betrokken andere partijen aan de uitvoering van die opdracht gestalte geven.

Bbetrokken partijen:  
voor wat betreft de regeling:

- CFO / AbvaKabo / NU'91
- LCVV

De eerste drie partijen hebben de bevoegdheid en ook de taak de regeling op te stellen. Het LCVV coördineert dat proces en voert de regeling straks uit. Om de regeling invulling te geven is een aantal betrokken deskundigen noodzakelijk:

aangevuld ten aanzien van de inhoud:

- 'club 40' specialistische verenigingen
- HOAZ (Hoofden Opleiding Academische Ziekenhuizen)
- onderwijskoepels
- werkgevers ?

Vervolgens zal ik u kort toelichten hoe de regeling eruit zal zien. Ter opstelling en uitvoering van de regeling dient een aantal organen ingesteld te worden. De regeling in de Wet is vrijwel volledig overgenomen van de regeling, die medisch specialisten al geruime tijd toepassen.

**In te stellen organen:**

**centraal college**

Stelt vast aan welke criteria voldaan dient te worden.

Stelt vast of een regeling aan de gestelde criteria voldoet.

**registratie commissie**

Regelt daadwerkelijk de erkenning en registratie per specialisme

**commissie van beroep**

behandeld beroepsprocedures.

Het wordt tijd stil te staan bij de inhoudelijke kant van de zaak. Wie wordt specialist en wie niet ? Aan welke criteria moet een verpleegkundige straks voldoen om in aanmerking te komen voor de titel specialist ? en zal er dan sprake zijn van specialisatie in de wijk?

Zoals eerder gezegd kan LCVV deze vragen formeel niet beantwoorden, gezien de in de Wet vastgelegde verantwoordelijkheden. De vereniging van basis beroepsbeoefenaars dient de regeling in te stellen. Er is echter een aantal rapporten en artikelen verschenen waaruit duidelijk wordt momenteel over dit onderwerp wordt gedacht. Het is goed in dat kader stil te staan bij de volgende veel gebruikte begrippen.

**Specialisatie,**

Hierbij gaat het om verdieping en verbreding van het beroep. Het gaat om verplegen vanuit:

- geheel-benadering in tegenstelling tot aspect benadering
- situatie-benadering in tegenstelling tot probleem benadering
- continuïteit als uitgangspunt

### ***differentiatie***

Waarbij gelden als trefwoorden: kennis op een deel van het totale toepassingsgebied van de verpleegkunde, zoals een veld A, B, Z of een aspect. Als voorbeelden kunnen genoemd worden de verpleging van gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten, chirurgische verpleging, opname afdeling, chronische psychiatrie, moeder- en kindzorg in de thuisverpleging.

### ***Bijscholing***

Voor iedere beroepsbeoefenaar in de verpleging is het noodzakelijk om het vak bij te houden en straks wordt het noodzakelijk om bijscholing te volgen om voor herregistratie van de basis kwalificatie in aanmerking te kunnen komen. In de toekomst is het van belang om bijvoorbeeld een punten systeem te ontwikkelen, waarmee herregistratie vormgegeven kan worden. Het is niet ondenkbeeldig dat vele cursussen op deel gebieden van de beroepspraktijk, zoals op aspecten van de praktijkvoering, in de toekomst in aanmerking kunnen komen voor kwalificatie als bijscholing ten behoeve van herregistratie.

Het Rapport van de NRV uit 1989 noemt een aantal criteria, waar een verpleegkundig specialist aan dient te voldoen:

#### **Criteria voor specialisme:**

(een vrije interpretatie)

- ***consulten verlenen*** ondermeer aan collega's
- ***kwaliteitstoetsing uitvoeren*** en kunnen opzetten, daarmee een vorm van onderzoek kunnen uitvoeren en interpreteren
- ***onderzoek opzetten en interpreteren***
- ***directe betrokkenheid bij patiëntenzorg***. Er kan dus geen

sprake zijn van een bureaufunctie. De specialist zal in staat moeten zijn als geen ander de totale situatie van de patiënt te analyseren en de verschillende verpleegkundige diagnoses in hun onderlinge samenhang te begrijpen. Vanuit deze deskundigheid kan zij de onderzoeks- en consultfunctie waarmaken.

ook genoemd worden:

- onderwijs en deskundigheidsbevordering
- innovatie en het opstellen van zorgbeleid

Deze laatste twee niet in het overzicht opgenomen omdat deze functies mijns inziens te sterk de indruk geven dat het managers of innovatoren betreft.

Management en innovatie zijn zeker belangrijke taken van de verpleegkundig specialist, maar dan vanuit een zorgoptiek en dat is momenteel ongebruikelijk. We hebben mijns inziens geen behoefte aan nog meer 'mannelijks met koffertjes', die het beter weten, we hebben in de verpleging behoefte aan mensen, die juist vanuit de essentie van zorg invloed uitoefenen op de bedrijfs- en beleidsvoering van instellingen en van het overheidsbeleid. Op die manier kan de verpleegkundig specialist een nieuwe zorgdimensie toevoegen, als tegenwicht tegen de overmatige aandacht voor het financieel economisch denken in de gezondheidszorg.

Opvallend is dat in het advies van de NRV als voorbeelden van verpleegkundig specialist de huidige aantekeningen op het basisdiploma worden genoemd (wijkverpleging, gynaecologie / obstetrie, kinderverpleging en Intensive Care), terwijl deze aantekeningen niet lijken te voldoen aan de in het rapport gestelde criteria.

**Criteria voor erkenning:**

- de regeling voldoet
- voorziet in een maatschappelijke behoefte
- leidt niet tot ongewenste fragmentatie

De minister heeft het laatste woord. Al deze eisen leiden tot de vraag naar het opleidingsniveau. Als eerste vereiste geldt dat de beroepsbeoefenaar verpleegkundige dient te zijn voordat men specialist kan worden. Daarbij is van essentieel belang of een verpleegkundige HBO of MBO wordt opgeleid. Daarna gelden de eisen voor de opleiding tot verpleegkundig specialist.

**Gewenste opleidingsniveau:**

**Bij- en nascholing?**, zoals de cursus stomazorg en de huidige aantekeningen.

**Voortgezette Opleiding ?**, zoals de verpleegkundig specialist oncologie, geriatrie, psychiatrie en SPV.

**Masters-degree ?**

**Universitair ?**

**Combinaties ?** van bijvoorbeeld een deel universitaire opleiding aangevuld met een nascholing.

Tenslotte is een belangrijk gegeven dat de weg bewandeld kan worden van het verenigingsregister. Los van de vraag of een opleiding leidt tot een wettelijke erkenning, kan een vereniging een registratie en erkenning opzetten. Voorbeelden zijn het reeds functionerende register van bedrijfsverpleegkundigen en het momenteel ontwikkelde register van oncologie verpleegkundigen en SPV-en.

Dit alles leidt terug naar het doel van de Wet BIG en het doel dat wij als beroepsgroep moeten nastreven. Of een specialisatie voldoet aan de criteria en daarmee zal worden vastgelegd als wettelijke erkend specialisme of niet, het doel is uiteindelijk de ontwikkeling

van kwaliteitsgaranties en daarmee professionalisering.

Dat brengt me bij het laatste deel van deze lezing: professionalisering en de relatie naar specialisatie. Bij dit onderdeel wil ik kort stil staan bij de kenmerken van een geprofessionaliseerd beroep, waarna we tenslotte terugkeren naar de verpleegkundig specialist met de vraag hoe de ontwikkeling van specialisaties kan bijdragen aan de professionalisering van het beroep van verpleegkundige.

**Kenmerken van een geprofessionaliseerd beroep:**

- **eigen kennis-domein** met verschillende theorieën, waarmee de beroepswerkelijkheid begrepen kan worden. Voor ons beroep is het belangrijk niet te blijven steken in één theoretisch verklaringsmodel. Het accent zal in de komende periode moeten liggen op het toetsen van verpleegkundige interventies in de praktijk, ter onderbouwing van de theoretische concepten.
- **beroepsnormen**, waaraan het handelen getoetst kan worden, ontwikkeld door de beroepsgroep zelf en gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek in de praktijk. Deze beroepsnormen vormen de basis voor het tuchtrecht.
- **zelfregulerende systemen**, met andere woorden autonomie van de beroepsgroep, bij voorbeeld op de volgende terreinen: kwaliteit van zorg; registratie en onderwijs erkenning.
- **beroepsvereniging**, waar de basis voor de ontwikkeling van de eerder genoemde systemen wordt gelegd.
- **tuchtrecht** vanuit door de beroepsgroep ontwikkelde normen, waaraan het handelen getoetst kan worden. De beroepsgroep trekt consequenties uit uitspraken van de tuchtrechter.

- **hoog aanzien in de samenleving** als gevolg van al deze door de beroepsgroep zelf ontwikkelde systemen. Voor de samenleving dient duidelijk te worden wat onze bijdrage aan gezondheid en aan de gezondheidszorg is, pas dan zal ons aanzien stijgen en zal onze waarde toenemen, wellicht ook in financiële zin.

Tenslotte wil ik toe naar de vraag hoe dit alles in de toekomst zal verlopen. Hoewel de toekomst moeilijk te voorspellen is kunnen wel een aantal scenario's worden uitgestippeld:

#### **Scenario's voor de jaren '90 ten aanzien van de verpleegkundige specialisaties.**

Negatief:

- Specialisaties ontwikkelen zich als versplintering waarbij iedere deelgroep van de beroepsgroep streeft naar erkenning van het eigen deelgebied. De valkuil ligt in het gegeven dat het bereiken van de specialisten titel voor iedereen de collectieve degradatie van de titel als gevolg heeft.
- Verpleegkunde ontwikkelt zich van beroep tot functie. De werkgevers bepalen in dat geval aan welke kwalificaties een functionaris minimaal dient te voldoen. Deze minimale functie-eisen vormen de basis voor een functie opleiding. Een gevaarlijke tendens, die al ten dele is ingezet.

Positief

- positionering van factor zorg
- synthese uit vorige periodes
- specialisatie als professionalisering

Als we lering trekken uit het verleden, kan de invloed van onze beroepsgroep groot zijn, door juist de spilfunctie in de zorg te vervullen en van daaruit invloed uit te oefenen op de bedrijfsvoering en

beleidsvoering van de instellingen en de gezondheidszorg als geheel. Hiermee kan de beroepsgroep een tegenwicht vormen, vooral tegen het overwicht aan financieel-economisch denken van de afgelopen periode. Lering trekken uit het verleden impliceert ondermeer dat essentiële elementen uit vorige periodes een vervolg krijgen waarmee voorkomen wordt in de volgende "mode" te ten onder te gaan:

- zorg als uitgangspunt, van waaruit een bijdrage aan emancipatie van zorg in de samenleving
  - theorie om de werkelijkheid te kunnen begrijpen
  - verhelderen wat de bijdrage van de verpleging aan de samenleving is. De domeinstrijd voorbij betekent aandacht voor de vraag 'wat levert de verpleging'.
  - hier ligt een essentiële taak van onze beroepsgroep ten aanzien van de kwetsbare groepen in de samenleving
- Specialisatie in de verpleging kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren.

Daarbij kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Specialisatie heeft verdieping van het beroep als uitgangspunt
- zorg is het werkterrein
- specialisten vormen de schakel tussen wetenschap en praktijk
- vanuit deze zorgdeskundigheid leveren de specialisten een bijdrage aan de bedrijfs- en beleidsvoering van de instelling en van het overheidsbeleid

Tenslotte nog twee uitspraken, die bij het negatieve scenario op de grafzerk van de verpleging kunnen prijken:

*"Georganiseerd maar niet gebundeld"  
"Verdeeldheid in gedachte is de achillespees van de verpleging"*