

Lezing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr E. Borst-Eilers bij de uitreiking van de eerste diploma's nurse practitioner/advanced nursing practice op 19 januari 2000, te Groningen, aanvang 16.00 uur

Dames en heren,

Tot de leuke onderdelen van mijn functie behoort het bijwonen van feestelijke gelegenheden zoals vandaag, de eerste diploma-uitreiking van de vervolgopleiding "advanced nursing practice". Een typische Groningse aangelegenheid, om meerdere redenen.

Allereerst staat het academisch ziekenhuis Groningen bekend als een plaats waar vernieuwende initiatieven tot stand komen voor personeelsbeleid, opleidingen en organisatie. "Steeds iets nieuws in Groningen"! En kennelijk geldt dat vernieuwingskarakter ook voor de Hanze Service Hanzehogeschool, waar de Masters hun theorieopleiding ontvingen. Maar Groningen zou Groningen niet zijn als deze feestelijke gelegenheid niet meteen voor iets nuttigs werd gebruikt. En zo is de diploma-uitreiking gekoppeld aan een symposium om de discussie over de verhoudingen tussen de beroepen verder te stimuleren. Ik doe daar graag aan mee want het geeft mij een mooie gelegenheid om mijn visie op de beroepenstructuur in de zorg toe te lichten.

De opleiding in Advanced Nursing Practice is onderdeel van een zich steeds vernieuwend zorgaanbod. Ook de organisatie van de zorg is geen statisch gegeven. Ik wil graag met u de werkers in de gezondheidszorg, in gesprek blijven over de manier waarop we de veranderende 'zorgvraag' zoals dat zo mooi genoemd wordt, adequaat kunnen blijven beantwoorden, ook in het licht van de krapper wordende arbeidsmarkt. Je kunt het onderwerp vanuit diverse invalshoeken benaderen: het kan over de financiering gaan, over verzekeringen, of over de nieuwste medische technieken. Ik kies – aansluitend bij de feestelijke aanleiding van mijn komst hier - voor de benadering vanuit de beroepsbeoefenaars in de zorg. Daarmee heb ik de kern van het zorgaanbod te pakken; zonder verpleegkundigen, verzorgenden, medici, paramedici en al die anderen, bestaat er feitelijk geen zorg. Het primaire proces is de zorg.

U en ik staan aan het begin van deze eeuw voor een grote opgave: het realiseren van een passende beroepenvoorziening in kwalitatieve én kwantitatieve zin. Om dat voor elkaar te krijgen, moeten we hard aan de slag met de bouw van een adequate personele infrastructuur geschikt voor de nieuwe eeuw. Liever gezegd, we moeten vakkundig

restaureren want het bouwwerk staat er immers al geruime tijd. Mét alle aanbouw en aanpassingen van de laatste decennia. We zijn eigenlijk toe aan groot onderhoud en dat heeft kans van slagen als we allemaal de mouwen opstropen. Want ook in de gezondheidszorg waait de prikkelende wind van het poldermodel: we doen het graag samen.

Voor een goed plan moeten we eerst ons realiseren wat er speelt aan de basis: de zorgvraag.

De zorgvraag ontwikkelt zich steeds meer tot een ingewikkelde en samengestelde vraag. Als gevolg van de vergrijzing krijgen we bijvoorbeeld in toenemende mate te maken met chronische klachten en met mensen die verschillende klachten tegelijk hebben: de zogenaemde co-morbiditeit. Het groeiende aantal chronische patiënten stelt andere eisen aan de organisatie van de zorg en aan de verschillende zorgverleners. Zaken die van oudsher tot de kern-bevoegdheden van artsen horen, zoals het stellen van de diagnose en het kiezen van de therapie, zijn in de continue zorg voor chronische patiënten minder vaak aan de orde.

Dáár geldt meer het belang van de begeleiding, de coördinatie tussen diverse hulpverleners, de controle op het ziekteproces. Daarnaast is aandacht voor zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven belangrijk. Zaken waar de verpleegkundige een belangrijke leidende rol in kan vervullen. Zij zal daardoor voor de chronische patiënt steeds meer de positie van centrale hulpverlener kunnen gaan innemen.

Maar er is meer gaande in de zorg.

Nieuwe ontwikkelingen stellen nieuwe eisen aan de deskundigheid van professionals, aan hun technische en sociale vaardigheden, aan hun samenwerkingskwaliteiten en ook aan hun flexibiliteit. Zelfstandige, onafhankelijke beroepsuitoefening is nauwelijks meer denkbaar. De alleen werkende huisarts bestaat bijna niet meer; de zorg vergt teamwork: in de 1^e en in de 2^e lijn.

De gezondheidszorg heeft een geschiedenis van zich voortdurend ontwikkelende beroepen, waarin vooral het voortgaande specialiseren opvalt. Probeer u zich maar voor te stellen hoe het beroep van verpleegkundige er in januari 1900 of 1950 uit zag. Veel van de verpleegkundige taken van toen, zoals laboratoriumwerk, zijn in de loop der tijd afgesplitst en hebben tot nieuwe beroepen geleid.

Al deze nieuwe beroepen groeperen zich rond de patiënt.

Dit vereist regelingen over bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Er moeten afspraken gemaakt worden over taakverdeling, waarneming en onderlinge communicatie. Dat geldt binnen disciplines, maar ook er tussen. Hadden we vroeger een tandarts voor ál onze mondzorg, nu wordt binnen het cluster mondzorg bepaald welke professional de aangewezen behandelaar is voor bepaalde specifieke gebitsklachten. De tandarts deelt zijn vroegere taak nu met mondhygiënist, orthodontist; en paradontoloog met de tandprotheticus en de profylaxe-assistent. En ieder heeft zijn eigen taken.

Het beleid voor de komende jaren richt zich op die schikking van beroepen, veelal rond clusters van zorgvragen. Dat zal misschien ook leiden tot herschikking van beroepsdomeinen en bevoegdheden, steeds vanuit de doelstelling adequate zorg te bieden, met de juiste zorgverlener op de juiste plek.

Ik gaf al aan dat de veranderende zorgvraag de belangrijkste drijfveer is voor dit soort vernieuwingen in de beroepenstructuur. In de discussie over beroepen in de zorg speelt daarnaast de arbeidsmarkt een belangrijke rol.

We staan voor decennia met een gespannen arbeidsmarkt; de vraag naar professionals lijkt het aanbod lijkt royaal te overtreffen. Oorzaak: de combinatie van economische groei en vergrijzing. Ook het onderwijs, de politie en de detailhandel zitten te springen om mensen.

Wil de zorgsector in de strijd om personeel kunnen concurreren met de andere sectoren dan zal zij zich als aantrekkelijke sector moeten profileren.

In de zorg werken vooral vrouwen. Er is nog een groot potentieel aan vrouwelijke werknemers dat we zeker moeten proberen te mobiliseren. Wil dat kans van slagen hebben dan moet de sector op een positieve manier aan de weg timmeren; werken in de zorg is aantrekkelijk. Het is een inspirerende sector waar professionele zorg en de zorg voor onze naasten goed te combineren zijn. Het werk moet uitdagend zijn, bevredigend, met een goed werkklimaat, maar ook met een aantrekkelijk loopbaanperspectief voor alle beroepsgroepen.

Goede arbeidsvoorwaarden spelen natuurlijk een rol in de strijd om de werknemer. Maar, het gaat toch vooral ook om aantrekkelijk en aansprekend werk, met voldoende eigen verantwoordelijkheden en met loopbaanmogelijkheden.

Als we praten over een nieuwe beroepenstructuur moeten we dáár dus ook aandacht aan besteden: aan doorstroom- en doorgroeimogelijkheden. We moeten fuikfuncties voorkomen,

horizontale en verticale mobiliteit bevorderen en permanente educatie als vanzelfsprekend beschouwen. Kortom: werken in de zorg nog aantrekkelijker maken.

Het werk is op allerlei niveaus toegankelijk en biedt alle medewerkers ontwikkelingsmogelijkheden.

Zo spelen er dus twee dominante thema's in de discussie over de beroepenstructuur in de zorg:

- de zorgvraag verandert en
- de arbeidsmarkt wordt steeds krappere.

Deze ontwikkelingen dwingen ons te werken aan een passende beroepenstructuur, en aan een grondige restauratie van de personele infrastructuur.

Dit is geen nieuws voor u, geen beleidsfantasie uit Den Haag waar het veld mee bestookt gaat worden. We zien op verschillende plaatsen in de zorg immers al initiatieven die inspelen op deze ontwikkelingen. Hier in Groningen is menig nieuw idee geboren en uitgewerkt. De nurse practitioner is zo'n nieuw concept, evenals de ziekenhuisarts. Ook de eerder genoemde clustering van de mondzorg heeft wortels hier in het Noorden. Maar ook elders in het land zijn nieuwe verpleegkundige functies ontstaan; de praktijkverpleegkundige (1^e lijn), de transmurale verpleegkundige en de verpleegkundige specialist.

In 1997 heb ik al eens gezegd dat de verpleegkundige sommige taken zou kunnen overnemen van de arts.

Toen deed dat nogal wat stof opwaaien, maar we zien nu dat die taakherschikking een belangrijk onderdeel is van het denken over de beroepenstructuur. Verpleegkundigen verrichten nu al diverse medisch-technische handelingen en onderscheiden zich vaak door hun 'handigheid' daarin. Taakverschuiving en wellicht ook uitbreiding van bevoegdheden ligt dan in de rede.

Het effect is tweeledig: nieuwe mogelijkheden voor de verpleegkundige en het takenpakket van de medisch specialist ontdoen van zaken waar zijn opleiding niet voor nodig is.

De verschillende verpleegkundige vervolgoopleidingen bieden aanknopingspunten voor dergelijke herschikkingen van taken en bevoegdheden. Ik denk bijvoorbeeld aan de verpleegkundigen op de ambulances, waar de wens naar meer zelfstandige bevoegdheden dringend gevoeld wordt. Maar misschien is het ook wel mogelijk om beroepen of functies in te richten waarvoor niet direct een verpleegkundige basis noodzakelijk is. Die hulpverleners

zouden kunnen werken bij de spoedeisende hulp, in de operatiekamer, of bij de IC. Wij zijn daarover in gesprek met verschillende partners in het veld. Zo spreekt het ministerie bijvoorbeeld met de universiteit van Utrecht over een mogelijke vervolgopleiding voor HBO-ers tot Physician Assistant of Surgeon Assistant. Die mensen zijn dan vooral bedoeld voor de teams voor hart-chirurgie. De Engelse termen geven al aan dat men in de Angelsaksische landen voorop loopt met dit soort nieuwe functies.

Ook “advanced nursing practice” lijkt ingegeven door diverse overwegingen: van zowel zorginhoudelijke, zorgorganisatorische als arbeidsmarktstrategische aard. Het is een aanvulling op het scala van verpleegkundige vervolgopleidingen die het verpleegkundigen mogelijk maakt door te groeien in hun loopbaan, zonder dat die loopbaan zich “van het bed af” weegt. Want als 'hogerop komen in de zorg' automatisch betekent dat de verpleegkundige meer management-taken en minder zorgtaken krijgt, dan laten we veel potentieel onbenut en verliezen ook veel verpleegkundigen hun belangstelling. Vervolgopleidingen en specialisaties houden het beroep aantrekkelijk. En ze houden de verpleegkundigen bij het soort werk waarvoor zij ooit gekozen hebben. Dat vind ik érg belangrijk. Tegelijk biedt het ruimte aan hun groeiende ambitie om dit mooie beroep verder vorm te geven.

Toch, dames en heren, het is niet alles goud wat er blinkt. Er schuilen ook gevaren in het ontwikkelen van steeds nieuwe specialisaties en vervolgopleidingen. De mogelijkheden aan bij- en nascholing, differentiatie en specialisatie vertonen al snel een weliswaar bont, maar onoverzichtelijk geheel. Met de invoering van het nieuwe stelsel van opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden is samenhang gebracht tussen de initiële opleidingen. Ik vind het belangrijk dat ook de vervolgopleidingen onderling worden afgestemd en dat ze goed aansluiten op het initiële stelsel. Daar zijn ook al verschillende initiatieven toe genomen. Binnenkort kunnen we het resultaat tegemoet zien van een werkgroep die een landelijk kader heeft ontwikkeld voor verpleegkundige vervolgopleidingen in de curatieve sector. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen zat in die werkgroep tezamen met de Vereniging van Academische Ziekenhuizen. Het proces verliep in samenspraak met de koepel van verpleegkundige beroepsorganisaties, de AVVV.

Ik wacht ook nog op de eerste fase van het vervolgproject V4 dat ik financieel heb ondersteund. Dit project is gericht op de structurering van alle vervolgopleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Naar verwachting wordt de eerste fase binnenkort afgesloten met een convenant tussen de instellingen, en verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen. In dat convenant wordt dan vastgelegd dat men met elkaar de samenhang in de vervolgwakificaties zal regelen. Daarbij komt ook de kwalificatie van 'verpleegkundig specialist' aan de orde, die mogelijk in aanmerking komt voor erkenning in het kader van artikel 14, wet BIG.

Een landelijke aanpak van kwalificaties van vervolgopleidingen is bijzonder effectief. Juist in het belang van de hergroepering van zorgberoepen, is helderheid en eenduidigheid ten aanzien van kwalificaties broodnodig. Ik dat verband is het belangrijk dat de eindtermen en structuur-elementen van de opleiding in 'advanced nursing practice' worden ingebracht in deze landelijke ontwikkelingen. Met andere woorden: in het V4-project. Pas dan zullen de verworvenheden van deze pioniers-opleiding constructief bijdragen aan een samenhangend stelsel van vervolgopleidingen. En de houders van het diploma "advanced nursing practice" voeren dan ook een landelijk erkende kwalificatie. Dat zal hun persoonlijke positie op de arbeidsmarkt zeker versterken.

Dames en heren,

Als minister mag ik vaak aanwezig zijn bij feestelijke gebeurtenissen. Een diploma-uitreiking is natuurlijk altijd een mooi moment, met bloemen en felicitaties. Vandaag is iedereen - niet alleen de 16 gediplomeerden - trots op het bereikte resultaat. De eerste diploma's zijn ook voor de initiatiefnemers van de opleiding een spannende aangelegenheid. De eerste fase is nu afgerond: de nieuwbakken opgeleide Masters staan klaar om te bewijzen dat zij een aanwinst zijn voor de zorg van vandaag. Ik ben daar van overtuigd.

Mijn felicitaties gaan dus naar meerdere personen: ik feliciteer allereerst de gediplomeerden met het behaalde resultaat, maar zeker óók de mensen die de opleiding van de grond hebben getild met deze mijlpaal van 16 gediplomeerden in advanced nursing practice.

-0-0-0-