

service public fédéral  
**SANTE PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**



federale overheidsdienst  
**VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

**Directoraat-Generaal Gezondheidszorg**  
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening

**Future of Nursing: improving health, driving change.**



Werkzaamheden gerealiseerd op vraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Mevrouw Maggie De Block, en gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

**Auteurs :**

Prof. dr. Walter Sermeus, Leuvens Instituut voor GezondheidszorgBeleid, Katholiek Universiteit Leuven

Prof. dr. Kristof Eeckloo, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep

Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent

Charlotte Van der Auwera, Leuvens Instituut voor GezondheidszorgBeleid, Katholiek Universiteit Leuven

Prof. dr. Ann Van Hecke, Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Faculteit

Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg,

Universiteit Gent

**Coördinatie voor de FOD Volksgezondheid:**

Miguel Lardennois, Directoraat-Generaal Gezondheidszorg (DGGs), Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Cel Strategie van de gezondheidszorgberoepen.

**Hoe dit rapport citeren?**

Sermeus W., Eeckloo K., Van der Auwera C., Van Hecke A. (2018) « **Future of Nursing: improving health, driving change** : Lessen uit de internationale literatuur en studiedagen 2017», FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 26b.

## 1. Inleiding

Op donderdag 30 november en vrijdag 1 december 2017 vond in Brussel het symposium plaats “Future of nursing: improving health, driving change: een toekomstgericht visie op verpleegkunde”. Het symposium werd ingericht door Zorgbeleid.be in samenwerking met het Trefpunt Verpleegkunde van de FOD Volksgezondheid.

De aanleiding van het symposium was de perspectieve van hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen dat na vijftig jaar zou plaats maken voor een nieuw wettelijk kader dat de verdeling van de bevoegdheden van de diverse zorgverstrekkers binnen de gezondheidszorg zal hertekenen. Er wordt ingezet op interdisciplinaire samenwerking met competente zorgverleners, op maat van de patiënt en met de patiënt. De focus van deze studiedag lag op het verpleegkundig zorgdomein.

In dit rapport schetsen we in een eerste deel de ontwikkelingen binnen de verpleegkundige opleiding en het beroep. In tweede instantie wordt stilgestaan bij de voornaamste conclusies uit het symposium en de workshops om van hieruit een aantal aanbevelingen voor de toekomst te formuleren.

## 2. De verpleegkundige opleiding en beroep in België: van ziekenoppasser tot een professionele verpleegkundige opleiding

Het KB van 4 april 1908 voerde een bekwaamheidsgetuigschrift voor verpleegkundigen in. Het luidde de start in van de professionalisering van het beroep, daar tot dan veeleer steunde op liefdadigheid en naastenliefde dan op medische deskundigheid. Deze verschuiving was geïnspireerd op het Engelse model dat door Florence Nightingale in het Londense Sint Thomas was geïntroduceerd en tot goede resultaten leidde. Onder impuls van Dr. Depage, chirurg en hoogleraar aan de ULB, werd de Brusselse verpleegkundige opleiding op Engels model hervormd tot een tweejarige opleiding in het Sint-Jansziekenhuis (nu Brugmann ziekenhuis) en een driejarige opleiding in het Sint-Pietersziekenhuis (*L'École Belge d'Infirmières Diplômées*). In beide ziekenhuizen werd een Engelse verpleegkundige als “directeur” aangesteld. In het Sint-Pietersziekenhuis was dit Edith Cavell. Dit leidde tot wel at controversie om dit niet alleen leidde tot meer professionalisering maar inging tegen de gangbare praktijk dat zorg in hoofdzaak verleend werd door religieuzen waarvoor deze opleiding niet haalbaar was. Vanuit Katholieke kant werd, in samenwerking met Sint-Elisabeth ziekenhuis te Ukkel, een éénjarige opleiding gestart die zou voorbereiden op het “certificat de capacité” dat later in 1908 zou worden ingesteld. Deze eenjarige opleiding, die door de wetgever zelfs niet verplichtend werd gemaakt voor de uitoefening van de verpleegkunde, was voor de religieuze congregaties veel meer haalbaar. In 1909 waren 90% van alle deelnemers aan het examen religieuzen. Tevens leken rekruteerde waardoor het gekoppeld werd aan andere maatschappelijke thema's zoals laïcisering en feminisering.

De eerste wereldoorlog (WO1) vormde de voedingsbodem voor een grondige hervorming van de opleiding in 1921 schreef de overheid een driejarige opleiding voor gasthuisverpleging voor (naast een tweejarige opleiding voor krankzinnigenverpleging en een driejarige opleiding voor verpleegster-bezoekers (wat we nu sociale verpleegkundigen zouden noemen). In 1936 telde België 36 scholen voor verpleegkunde. De eisen waren hoog: minstens 18jaar, beschikken over een diploma van middelbaar onderwijs. Vrouwelijke studenten moesten verplicht op internaat. Het aantal kandidaten liep sterk terug en in 1926 werd een éénjarige opleiding tot ziekenoppasser ingevoerd, toegankelijk voor kandidaten van minstens 18jaar die alleen het lager onderwijs hadden afgewerkt.

De roep rondom professionalisering rondom WO1 leidde in 1919 tot de oprichting van een verpleegkundige beroepsorganisatie. Niet alleen waren er de werkomstandigheden die combinatie met

een gezinsleven bijna onmogelijk maakte: de achturedag werd voor verpleegkundigen pas in 1937 ingevoerd, 16jaar na de invoering ervan bij arbeiders. Maar het beroep werd niet als volwaardig beschouwd en werd gezien als roeping die in lijn lag met de “natuurlijke zorgfunctie” van de vrouw. Absolute onderdanigheid en gehoorzaamheid aan artsen werd vereist. De nieuwe verpleegkundige beroepsverenigingen ijverden voor een wettelijke bescherming van de titel van verpleegkundige. Een enquête in 1938 bracht aan het licht dat minder dan 50% van de “verpleegkundigen” in de ziekenhuizen over een verpleegkundig diploma beschikten. In 1946 werd de titel officieel beschermd (15 november 1946).

De bescherming van de uitoefening van de functie volgde pas in 1974. De verpleegkundigen mochten dan wel een hogere opleiding hebben en technische handelingen uitvoeren die vroeger tot het domein van de geneeskunde behoorden, hun bevoegdheid was niet gedefinieerd. Ze werkten in principe onder toezicht en op voorschrift van artsen. Verpleegkundigen voerden dagelijks handelingen uit waarvoor ze wel bekwaam maar niet bevoegd waren en konden vervolgd worden voor onwettige uitoefening van de geneeskunde. Dit probleem werd opgelost door in 1974 in het KB nr. 78 over de uitoefening van de geneeskunde dat dateert van 1967 een onderdeel over de uitoefening van de verpleegkunde op te nemen. De uitoefening van de verpleegkunde werd nu beschermd. De verpleegkundigen kregen een zekere autonomie t.a.v. de artsen en via een lijst van technische handelingen werd vastgelegd welke de rol van de verpleegkundige en die van de arts was. Het KB nr. 78 bood de verpleegkundigen rechtszekerheid voor een aantal zaken waarin daarvoor praktijk en regelgeving niet gelijklieden.

In 1957 vond een grondige onderwijshervorming plaats. Het nationale onderwijskader liet twee opties toe: de verpleegkundige opleiding onderbrengen in het middelbaar (technisch of beroeps) onderwijs ofwel in het hoger onderwijs (niveau “A1” van die tijd). België koos resoluut voor de laatste optie, gegeven de sterke en snelle ontwikkeling van de geneeskunde, die ook van de verpleegkundigen een goede basiskennis over de gezonde en de zieke mens vereist. De verpleegkundigen kregen een minder hoogopgeleide professional, opgeleid in het aanvullend (middelbaar) beroepsonderwijs (niveau “A2” van die tijd), de verpleegassistente als ondersteuning. De instroom in de nieuwe opleiding kwam slechts mondjesmaat van de grond om aan de groei van het ziekenhuislandschap en de nieuwe ziekenhuisnormen van 1963 (met oa. verpleegkundige 24u permanentie) te kunnen beantwoorden, en vrij snel werd aan de beroepsopleiding ten tijdelijke titel (voor 5 jaar) een derde jaar toegevoegd. Er kwam naast de “A1-opgeleide” verpleegkundige een zogenaamde “A2-opgeleide” verpleegkundige met (bijna) dezelfde bevoegdheden. In 1996 werd het diploma van verpleegassistente afgeschaft. Dit betekent dat er in België tot op vandaag twee wegen zijn die leiden tot de beroepskwalificatie van verpleegkundige: de bachelor verpleegkundige en de HBO5 verpleegkundige (Hoger Beroeps Onderwijs).

### 3. De verpleegkundige opleiding en beroep in ontwikkeling in Europa

#### Basisopleiding en -competenties

De ontwikkelingen in Europa en de rest van de wereld loopt parallel met deze in België. Ook hier start het verhaal bij Florence Nightingale die in 1860 in St Thomas, Londen een professionele opleiding voor verpleegkundigen start. De Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery & Palliative Care is nu geïntegreerd in Kings’ College London en is nog steeds één van meest gerenommeerde opleidingsinstituten in de wereld. Om tred te houden met ontwikkelingen in de geneeskunde (oa. besmettelijke ziekten) was Nightingale dat verpleegkundigen goed opgeleid moesten zijn. Zij voorzag een opleiding van één jaar met vakken als anatomie, fysiologie, chemie, hygiëne, ethiek en plichtenleer. Naast theoretisch onderwijs deden de studenten ook praktijk in het ziekenhuis. Deze opleiding zou het model worden voor de verpleegkundige opleiding in de UK, Gemenebest en de rest van de wereld. In de USA werden verschillende “Nightingale Schools” geopend zoals Bellevue in New York in 1873 of Johns Hopkins

in 1883 (Diepeveen-Speekenbrink, 1992). In 1899 ging in Teachers College Columbia University, New York, de eerste universitaire opleiding voor verpleegkundigen in de USA van start. Dit werd gevolgd door verschillende andere universiteiten. Toch kon deze ontwikkeling zich niet doorzetten en na WO1 zien we dat de inservice-opleiding van verpleegkundigen in ziekenhuizen opnieuw de overhand haalt. Het Goldmark-rapport van 1923 verdedigde de universitaire opleiding voor verpleegkundigen en vond dat de opleiding van verpleegkundigen gelijkaardig moest zijn aan de medische opleiding. In 1910 was het Flexner rapport verschenen. Dit rapport legde voor de medische opleiding de nadruk op een wetenschappelijke benadering met twee jaar basiswetenschappen in de universiteit gevolgd door twee jaar klinische praktijk in de (academische ziekenhuizen). Het meester-gezel-model dat typerend was voor de inservice-opleiding werd vervangen door een academisch model waar onderzoek niet alleen wordt beschouwd als middel om de praktijk te verbeteren maar tevens geldt als rolmodel voor opleiding. Het Flexner-rapport werd de blauwdruk voor de opleiding geneeskunde in de USA en de gehele wereld en heeft een sterk ontwikkeling in de geneeskunde ingeluid en mogelijk gemaakt. Het Goldmark rapport, ondanks verdienstelijk, heeft niet dezelfde impact gehad. Heel wat universiteiten zijn in opvolging van het rapport gestart met opleidingen verpleegkunde, eerst op bachelorniveau, later ook op master- en doctoraatsniveau. Meest bekende voorbeeld is Yale University (gestart met de verpleegkundige opleiding in 1923). Maar vooral omwille van tekorten op de arbeidsmarkt bleven in vele landen de bachelor- en inservice opleiding naast elkaar bestaan. Het is trouwens een bezoek aan de USA die de Belgische overheid er in 1957 ervan overtuigde resoluut in te zetten op de bacheloropleiding (graduaat-A1 in België). Ook de WHO zette hier volop op in na een studiereis en een meeting in Brussel in 1955.

Een belangrijke stap in de harmonisering van de verpleegkundige opleidingen in Europa is gezet door het formuleren van een richtlijn voor de automatische erkenning van beroepskwalificaties. Het verdrag van Rome in 1957 voor het vrij verkeer van goederen en personen lag hieraan de grondslag. Indien een arts of verpleegkundige wou werken in een andere lidstaat, moest een moeizaam proces van erkenning van diploma worden doorlopen. Dit principe van vrije mobiliteit werd in de praktijk sterk gehinderd door nationale wetgeving. In 1977 werd beslist om voor een aantal beroepen een automatische erkenning van beroepskwalificaties te voorzien voor een beperkte lijst van zes beroepen (Directive 77/452/EEC): arts (zowel huisarts als arts-specialist), algemeen verpleegkundige, vroedvrouw, architect, tandarts en dierenarts. Voor elk van deze beroepen werden de minimale beroepskwalificaties beschreven om in aanmerking te komen voor vrij verkeer. Voor verpleegkunde werd dit vastgelegd op een opleiding van minimaal 3 jaar of 4600 uur theorie en praktijk na een basisopleiding van tenminste 10 jaar. In 1989 werd bijkomend vastgelegd dat de opleiding minstens voor één derde uit theoretische vorming zou bestaan en dat minstens de helft van de minimale vereisten (d.w.z. 2300 uur) zou bestaan uit klinische vorming. Zowel de Belgische verpleegkundige A1- als de A2-opleiding voldeden aan deze voorwaarden. Het is belangrijk op te merken dat tijdens het tot stand komen van deze richtlijn, de Europese Gemeenschap toen slechts 9 landen telde (BE, NL, LU, FR, DE, IT, GB, IE, DK) en dat de betrachting van de lidstaten voornamelijk was om vrij verkeer te stimuleren.

De richtlijn kende een belangrijke herziening in 2005 (Richtlijn 2005/36/EC). Ondertussen was de Europese Unie uitgebreid tot 25 landen en was er een bezorgdheid over de kwaliteit van de verpleegkundige opleiding in veel van de nieuwe lidstaten. Verschillende (nieuwe) lidstaten kenden een beperkte verpleegkundige opleiding die reeds startte op de leeftijd van 14 jaar met een groot aandeel algemene vorming en weinig vorming op vlak van basiswetenschappen, geneeskunde, verpleegkunde. Meeste opleidingen waren beperkt in duur. De docenten waren meestal artsen en geen verpleegkundigen. Dit creëerde een nood aan harmonisering van opleidingen en beroepskwalificaties. Deze nood aan harmonisering sloot perfect aan bij de Bologna-verklaring die op 19 juni 1999 door 29 Europese Ministers van Onderwijs werd ondertekend om een Europese hoger onderwijsruimte te creëren en de internationale competitiviteit te verhogen. Ondertussen hebben 46 landen de Bologna verklaring

ondertekend en in de nieuwe lidstaten was deze hervorming onderdeel van het eisenpakket tot toetreding tot de EU. De internationale organisaties zoals EU en WHO en vele lidstaten (waaronder ook België) hebben heel wat inspanningen geleverd om de verpleegkunde in deze nieuwe lidstaten op niveau te brengen. Voorbeelden hiervan zijn de Verklaring van München (2000) waarbij de Ministers van Volksgezondheid van 48 Europese landen verklaren om de positie van verpleegkunde en vroedkunde in Europa te versterken<sup>1</sup>. Een ander voorbeeld is het WHO LEMON (Learning Material On Nursing) project van de Wereldgezondheidszorg<sup>2</sup> waarbij opleidingsmateriaal aan de nieuwe lidstaten ter beschikking wordt gesteld.

Vrij snel wordt de bezorgdheid rondom kwaliteit en harmonisering aangevuld met een bezorgdheid rondom patiëntveiligheid. In 2000 is door het Institute of Medicine (IOM) het rapport "To Err is Human" (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000) gepubliceerd dat grote vragen stelde bij de patiëntveiligheid in de ziekenhuizen. Vrij snel blijkt de aanzienlijke bijdrage van verpleegkundige bestaande en kwalificatie aan patiëntveiligheid (Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002). Deze relaties worden in Europa door de resultaten van de RN4CAST studie bevestigd (Aiken et al., 2014). Ondertussen is de richtlijn in 2013 (2013/55/EU) opnieuw aangepast die de drie doelstellingen van vrij verkeer, harmonisatie en kwaliteit en patiëntveiligheid probeert te verenigen. In functie van vrij verkeer wordt het dubbelspoor van hoger onderwijs en beroepsonderwijs behouden. Inzake harmonisatie worden specifieke eisen gesteld naar opleidingsduur en inhoud en wordt tevens vereist dat specifieke beroepscompetenties worden behaald. Inzake kwaliteit en patiëntveiligheid zijn er bovendien specifieke vereisten naar registratie (beroepskaart), kennis van de taal en permanente vorming.

De richtlijn 2013/55/EU dd. 20 november 2013 betreffende de erkenning van de beroepskwalificatie van verpleegkundigen (verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger) voorziet:

1. Tenminste een studieduur van drie studiejaar
2. die daarnaast kunnen worden uitgedrukt in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, maar bestaande uit ten minste 4 600 uur theoretisch en klinisch onderwijs
3. dat de duur van het theoretisch onderwijs tenminste een derde van de opleiding bedraagt
4. dat de duur van het klinisch onderwijs tenminste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt (dwz. 2300u)
5. dat er toegang is voorzien na twaalf jaar algemeen onderwijs wanneer onderwijs verleend wordt door een universiteit of een als gelijkwaardig erkende instelling voor hoger onderwijs of na minstens tien jaar algemeen onderwijs wanneer onderwijs verleend wordt door een school voor beroeps onderwijs of een beroepsopleiding voor verpleegkunde
6. dat, ongeacht de plaats waar het onderwijs wordt verleend, de opleiding moet waarborgen dat de betrokken beroepsbeoefenaar de volgende kennis en vaardigheden (lijst van 8 competenties) heeft verworven
  1. competentie om met de huidige theoretische en klinische kennis *zelfstandig* een diagnose te stellen voor de nodige verpleegkundige verzorging en om de verpleegkundige verzorging bij de behandeling van patiënten te plannen, organiseren en implementeren
  2. competentie om doeltreffend samen te werken met andere actoren in de gezondheidszorg

---

<sup>1</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/53854/E93016.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf)

<sup>2</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108181/EUR\\_ICP\\_DLVR02\\_96\\_0-12.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108181/EUR_ICP_DLVR02_96_0-12.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

3. competentie om personen, gezinnen en groepen te helpen een gezonde levensstijl aan te nemen en voor zichzelf te zorgen
4. competentie om *zelfstandig* urgente levensreddende maatregelen te kunnen treffen en in crisis- en rampensituaties te kunnen handelen
5. competentie om zorgbehoevenden en hun naasten *onafhankelijk* te adviseren, instrueren en ondersteunen
6. competentie om *zelfstandig* de kwaliteit van verpleegkundige verzorging te kunnen garanderen en evalueren
7. competentie om beroepsmatig duidelijk te communiceren en samen te werken met andere personen die op het gebied van de gezondheidszorg werkzaam zijn
8. competentie om de kwaliteit van de zorg te analyseren en om hun eigen praktijkervaring als verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger te verbeteren

De inspanningen die geleverd zijn door de Europese Unie via de richtlijn, het Bologna-proces, de verklaringen en ondersteuning van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft geleid tot een belangrijke opschaling van de verpleegkundige opleiding om tegemoet te kunnen komen aan de uitdagingen van een steeds complexer wordende gezondheidszorg en de veranderende rol van de verpleegkundige. Het is duidelijk dat in vele landen, en voornamelijk de centraal- en Oost-Europese landen, dit proces door de richtlijn is versneld doordat de naleving van de richtlijn één (van de vele) voorwaarden was voor toetreding tot de EU (Bohinc & Cibic, 2005; Kalnins, 1995; Kalnins, Barkauskas, & Šeškevičius, 2001; Šimunović et al., 2010; Ślusarska, Zarzycka, Dobrowolska, Marcinowicz, & Nowicki, 2018; Tóthová & Sedláková, 2008; Vladescu & Olsavsky, 2009). Tevens is het duidelijk dat dit proces nog niet geheel is afgerond. De variëteit van opleidingswegen tot verpleegkundige in Europa blijft groot en varieert van driejarige opleidingen in het beroepsonderwijs na 10 jaar algemene vorming tot vierjarige bacheloropleidingen binnen de universiteit na 12 jaar algemene vorming. Deze twee sporen zijn ook merkbaar in de Europese richtlijn die de twee opleidingswegen nog steeds erkent, maar harmonisatie verwacht inzake opleidingsduur, stage, programma en meer belangrijker nog competenties. Ongeacht het opleidingstraject dat verpleegkundigen ook hebben gevolgd, moeten zij dezelfde set van competenties verwerven. Het is opvallend dat in driekwart van de competenties verwezen wordt naar zelfstandigheid en samenwerking wat in het Europese kwalificatieraamwerk precies de kwalificaties van niveau 6 of bachelor zijn. En dit geeft dan ook tegelijkertijd de richting van de transitie duidelijk weer.

De verschuiving in de rol en plaats van verpleegkundigen in de gezondheidszorg is internationaal, onmiskenbaar en speelt zich inderdaad af in dit tijdsvak van de laatste 50 jaar. Deze verschuiving is trouwens opgepikt door de internationale arbeidsorganisatie (ILO) in de International Standard Classification of Occupations (ISCO) (International Labour Organisation, 2008). In de ISCO-88 werden (professionele) verpleegkundigen nog in hun afhankelijke relatie tot artsen gedefinieerd "Nursing and midwifery professionals *apply medical concepts and principles* relating to the delivery of babies and to nursing of the ill, injured or disabled .... Tasks performed usually include: *helping medical doctors in the practical application of preventive and curative measures ...*". In de meest recente definitie van ISCO-08 in 2008 worden (professionele) verpleegkundigen als zelfstandige beroepsbeoefenaars geduid: "Nursing and midwifery professionals *provide treatment and care services* for people who are physically or mentally ill, disabled or infirm, .... They assume *responsibility for the planning, management and evaluation of the care of patients*, including the supervision of other health care workers, working *autonomously or in teams with medical doctors* and others in the practical application of preventive and curative measures."

## Future of Nursing: improving health, driving change.

Terwijl de ILO de verschuiving in de beroepspraktijk van verpleegkundigen al wel heeft opgepikt, verloopt de opname en integratie in de opleiding tot verpleegkundige wel wat trager, maar is deze eveneens onmiskenbaar. Dertig van de 32 EU/EEA/EFTA landen bieden momenteel een bacheloropleiding aan. Uitzonderingen zijn Liechtenstein die geen verpleegkundige opleiding inricht en Luxemburg die nog uitsluitend een 4 jarige-beroepsopleiding aanbiedt (één instelling) maar voor de bacheloropleiding expliciet verwijst naar de buurlanden (Ministère de l'enseignement supérieur et de la Recherche, 2017).

In zeventien van deze dertig landen is de bacheloropleiding de enige opleiding en is het streefdoel gerealiseerd. In elf van deze landen is de bachelor verpleegkunde volledig binnen de universiteit georganiseerd. IJsland is hierin de voorloper waarbij de verpleegkundige opleiding reeds in 1973 als bacheloropleiding binnen de universiteit (4 jaar) werd ingericht. In de meeste landen heeft deze transitie zich voltrokken in de laatste 20 jaar. De wijze waarop deze transitie is voltrokken is voor deze landen erg verschillend verlopen. In sommige landen, zoals Spanje, zijn alle diploma's met retrograde werking gelijkgesteld met een bachelordiploma (Zabalegui & Cabrera, 2009). In andere landen zijn brugprogramma's ingericht. Het meest in het oog springende brugprogramma is ingericht door Cyprus die de beroepsopleiding heeft gestopt in 2007, de verpleegkundige opleiding heeft overgedragen aan de universiteit en dan een grootschalig brugprogramma van 60 ECTS heeft opgestart dat gelopen heeft van 2008 tot 2012 om alle verpleegkundigen de mogelijkheid te geven om een bachelordiploma te behalen. Meer dan 4000 verpleegkundigen (meer dan 90%) hebben via dit brugprogramma een bachelordiploma behaald. Een gelijkaardige inspanning is geleverd door Polen in 2009 waarbij 36000 verpleegkundigen (86% van de workforce) een brugprogramma heeft gevolgd tot bachelor (Ślusarska et al., 2018).

Tabel 1: Overzicht van opleidingswegen tot verpleegkundige in de verschillende EU-landen (28), EEA/EFTA landen (Noorwegen, IJsland, Zwitserland, excl. Liechtenstein die geen verpleegkundige opleiding aanbiedt).

Country	Diploma - vocational					Bachelor degree – higher education				
	Name	Length	Age	Place	Stop	Name	Length	Age	Place	Since
Austria - AT	Diploma	3y – 2120h	17y	School for healthcare & nursing	-	BA in health sciences	3y – 180 ECTS	18y	Univ Applied Sciences	2008
Belgium - BE	Diploma	3y – 4320h	18y	Secondary schools	-	BA in nursing	4y – 240 ECTS	18y	University colleges	1957
Bulgaria – BG	-	-	-	-	1996	BA in nursing	4y – 240 ECTS	18y	University	1997
Croatia – HR	Diploma	3y	16y	Vocational schools	-	BA in nursing	3Y – 180 ECTS	16y	University of Applied sciences	2005
Cyprus - CY	-	-	-	-	2007	BA in nursing	4y – 240 ECTS	18y	University	2007
Czech Republic - CZ	Diploma	3y	18y	Higher school of nursing	-	BA in nursing	3y – 180 ECTS	18y	University & Polytechnics	2004
Denmark - DK	-	-	-	-	-	BA in nursing	3,5y – 210 ECTS	18y	University colleges	1990
Estonia - EE	-	-	-	-	-	BA in nursing	3,5y – 210 ECTS	18y	University colleges	1990
Finland - FI	-	-	-	-	-	BA in healthcare, nursing	3,5y – 210 ECTS	18y	University of Applied Sciences	1990

Future of Nursing: improving health, driving change.

France - FR	-	-	-	-		BA in nursing	3y-180 ECTS	18y	University college Nursing training school + university	2012
Germany - DE	General diploma in nursing	3y-4400h	16y	Vocational nursing school	-	BA in nursing science	3y – 180 ECTS	18y	University, University of Applied Sciences	2004
Greece - GR	-	-	-	-		BA in Nursing	4y – 240 ECTS	18y	University of Applied Sciences (TEI) University	1979
Hungary - HU	Diploma	3y	18y	Nursing school		BA in nursing	4y 240 ECTS			2000
Iceland - IS	-	-	-	-	1986	BA in nursing	4y – 240 ECTS	19y	University	1973
Ireland - IE	-	-	-	-		BA in nursing	4y – 4665h	18y	University	2002
Italy - IT	-	-	-	-	1998	BA in nursing	3y – 180 ECTS	18y	University	1996
Latvia - LV	Diploma	3y – 180 ECTS	18y	Colleges		BA in healthcare, nursing	4y – 240 ECTS	18y	University	1991
Lithuania - LT	Prof. qualification for nurses	3,5y – 210 ECTS	18y	Colleges		BA in general practice nursing	4y – 240 ECTS	18y	University	1990
Luxembourg - LU	BTS brevet de technician superieur	4y – 5747h	17y	Lyceé technique professions de santé		-	-	-	-	
Malta - MT	Diploma in nursing	3y – 180 ECTS	18y	Higher Educational Institutes (HEI)		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18y	University	?
Netherlands - NL	Diploma (MBOV)	4y	18y	Beroepsopleiding		BA in nursing (HBOV)	4y – 240 ECTS	18y	University of Applied Sciences / University	1972
Norway - NO	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	19y	Universities	2002
Poland - PL	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18y	University	1999
Portugal - PT	-	-	-	-	1975	BA in nursing	4y – 240 ECTS	18y	Polytechnic higher education University	1988
Romania - RO	Diploma in nursing	3y – 4920h	18y	Nursing school		BA in nursing	4y – 240 ECTS	18y	University	2004
Slovakia - SK	Diploma	3y		College		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18y	University	2002
Slovenia - SI	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	19y	University Health Faculties	2004
Spain -ES	-	-	-	-		BA in nursing	4y – 240 ECTS	18y	University	2007
Sweden - SE	-	-	-	-		BA in nursing	3y – 180 ECTS	18y	University	1977

## Future of Nursing: improving health, driving change.

Switzerland -CH	Diploma	3y	18y	College	BA in nursing	3y – 180 ECTS	18y	University of Applied Sciences / University	1991
United Kingdom -GB	-	-	-	-	BA in nursing	3y – 300 credits	17y	University	2013
					Honours programme	4y – 360 credits			

Bron: eigen compilatie van data uit (Humar & Sansoni, 2017; Lahtinen, Leino-Kilpi, & Salminen, 2014; Robinson & Griffiths, 2007; Spitzer & Perrenoud, 2006)

Dertien landen hebben in twee opleidingstrajecten tot verpleegkundige. Hierbij zijn een aantal kanttekeningen relevant.

Ten eerste is het noodzakelijk te weten dat in alle landen alle verpleegkundig onderwijs, in tegenstelling tot de medische opleiding, als inservice-onderwijs is gestart waarbij verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk werden opgeleid (meester-gezel model). Deze opleiding is dan gaandeweg omgevormd en ingebed in het beroepsonderwijs waarbij er formeel onderwijs werd gegeven maar waarbij de praktijkcomponent toch nog erg groot en tastbaar bleef. In een laatste stap is dan dit onderwijs overgebracht naar het hoger onderwijs. De snelheid waarmee deze transitie is verlopen verschilt van land tot land. Alle zeventien landen die de verpleegkundige opleiding uitsluitend als een bacheloropleiding aanbieden hebben allen dit veranderingstraject doorlopen. De landen die nog twee opleidingstrajecten aanbieden (nog dertien Europese landen) zijn nog onderweg. De keuze voor de bacheloropleiding is voornamelijk ingegeven op basis van vereisten van complexiteit en kwaliteit van zorg, waarbij de beroepsopleiding zowel inzake instroom als programma ontoereikend is.

Een tweede kanttekening is de vraag of er één of twee beroepsprofielen worden gehanteerd. Het ILO voorziet twee categorieën van verpleegkundigen: ISCO 2221 (nursing professionals) en ISCO 3221 (nursing associate professionals) (zie Tabel 2 voor verhouding 2221 en 3221 professionals in de verschillende Europese lidstaten). Nursing Professionals (ISCO 2221) “assume responsibility for the planning and management of the care for patients, including the supervision of other health care workers, working autonomously or in teams with medical doctors and others in the practical application of preventive and curative measures”. Nursing Associate Professionals (ISCO 3221) “generally work under the supervision of, and in support of, implementation of health care, treatment and referral plans established by medical, nursing and other health professionals”.

Het is niet steeds even duidelijk en consistent hoe landen deze classificatie hanteren. België, maar ook bijvoorbeeld Tsjechië maakt geen onderscheid en beschouwt alle verpleegkundigen als nursing professionals (ISCO 2221). Duitsland maakt dit onderscheid wel, maar groepeerd wel alle verpleegkundigen die een driejarige opleiding doorlopen hebben onder ISCO 2221. Associate professional nurses hebben hier maar een éénjarige opleiding doorlopen. Andere landen maken dit onderscheid wel maar ook dan is het nog wenselijk om de lokale praktijk te kennen om deze data te kunnen interpreteren. Nederland maakt bijvoorbeeld een onderscheid tussen de HBO-V bachelor verpleegkundigen onder ISCO-2221 en MBO-V verpleegkundigen (in service opgeleid) onder ISCO-3221. De discussie in Nederland over het niveau van de opleiding dateert hier eveneens van 1915, waar gepleit werd om de opleiding onder te brengen in het hoger onderwijs (Diepeveen-Speekenbrink, 1992). Het duurde nog tot 1972 dat de eerste HBO-V opleidingen van start gingen (Leusden en Nijmegen), naast de bestaande in-service opleidingen. In 1980 besliste de Nederlandse overheid om de MBO stop te zetten. Maar er waren geen uitvoeringsbesluiten en de beslissing werd nooit uitgevoerd. De tabel maakt duidelijk dat Nederland slechts 22% HBOV-verpleegkundigen heeft.

Slovenië maakt eveneens een onderscheid. De bachelor verpleegkundigen (ISCO-2221) worden opgeleid aan drie opleidingsinstituten. Zij leiden ongeveer 300 studenten per jaar op. Daarnaast hebben zij negen beroepsgerichte scholen voor verpleegkunde die voor de hervorming verpleegkundigen opleidden en nu jaarlijks 1000 verpleegassistenten (ISCO-3221) opleiden (Bohinc & Cibic, 2005). Alle landen waar beide opleidingstrajecten in gebruik zijn, voorzien in brugprogramma's om de overstap te maken van een diploma naar een bachelor.

Een derde kanttekening is dat er naast de verpleegkundigen ISCO 2221 (nursing professionals) en ISCO 3221 (nursing associate professionals) een derde groep van healthcare assistants ISCO 5321) wordt gedefinieerd. De ILO hanteert de volgende definitie: "Health care assistants provide direct personal care and assistance with activities of daily living to patients and residents in a variety of healthcare settings such as hospitals, clinics and residential nursing care facilities. They generally work in implementation of established care plans and practices, and under the direct supervision of medical, nursing or other health professionals or associate professionals." In België betreft dit zowel de verzorgenden, zorgkundigen, aides soignantes. Uit de studie van Kroezen et al. (2018) blijken grote verschillen in minimale leeftijd, duur, opleiding en taken van healthcare assistants in de verschillende Europese landen. Bij de interpretatie van het aantal verpleegkundigen per land, is het wenselijk om ook de healthcare assistants mee in rekening te nemen bij de beoordeling van verpleegkundige personeelsinzet. In Tabel 2 worden de drie groepen naast elkaar weergegeven op basis van de meest recent beschikbare statistieken van OECD en Eurostat.

Tabel 2: Overzicht van verhouding nursing professionals (ISCO 2221) en nursing associate professionals (ISCO 3221) in de verschillende EU-landen (28) en EEA/EFTA landen (Noorwegen, IJsland, Zwitserland)

Country	Data Source	Number of nurses	Density (per 1 000 inhabitants)	ISCO 2221 Nursing Professionals	ISCO 3221 Nursing Associates	Percentage Professional nurses /total	ISCO 5321 Healthcare assistants
Austria - AT	2016, OECD, Practising	69768	7.99	59165	10603	85%	4698
Belgium - BE	2016, OECD, Practising	126091	11.13	-	-	NA	133838
Bulgaria – BG	2015, Eurostat, Practising	31397	4.37	31397	0	100%	124
Croatia – HR	2015, Eurostat, Practising	24552	5.83	5704	18848	23%	407
Cyprus - CY	2015, Eurostat, Practising	4316	52.3	4316	0	100%	?
Czech Republic - CZ	2016, OECD, Practising	85304	8.07	-	-	NA	27952
Denmark - DK	2015, OECD, Practising	96051	16.9	55732	40319	58%	49818
Estonia - EE	2016, OECD, Practising	8029	6.1	-	-	NA	3673
Finland - FI	2014, OECD, Practising	77867	14.26	55861	22086	72%	107709
France - FR	2015, Eurostat, Professional active	681459	9.92	681459	0	100%	416029
Germany - DE	2016, OECD, Practising	1058000	12.85	893000	164000	84%	371398
Greece - GR	2016, OECD,	35019	3.25	20459	14560	58%	5827

## Future of Nursing: improving health, driving change.

Hungary - HU	Practising 2016, OECD,	63158	6.44	47494	15664	75%	27247
Iceland - IS	Practising 2017, OECD,	4978	14.71	2980	1998	60%	5200
Ireland - IE	Practising 2015, Eurostat,	55700	11.91	55700	0	100%	24700
Italy - IT	Professional active 2017, OECD,	331984	5.48	331984	0	100%	62780
Latvia - LV	Practising 2016, OECD,	9086	4.64	-	-	NA	2100
Lithuania - LT	Practising 2016, OECD,	22099	7.7	22099	0	100%	7515
Luxembourg - LU	Practising 2016, OECD,	6998	11.72	6998	0	100%	3644
Malta - MT	Practising 2015, Eurostat,	3699	7.94	3699	0	100%	3058
Netherlands - NL	Practising 2016/2008, OECD,	180262	10.58	40300	97900	22%	198000
Norway - NO	Practising 2017, OECD,	93222	17.73	93222	0	100%	89752
Poland - PL	Practising 2016, OECD,	195838	5.16	195838	0	100%	5675
Portugal - PT	Practising 2016, Eurostat,	66769	6.29	66769	0	100%	29485
Romania - RO	Professional active 2015, Eurostat,	127012	6.41	12104	114908	10%	62687
Slovakia - SK	Practising 2015, Eurostat,	30904	5.7	30904	0	100%	11554
Slovenia - SI	Professional active 2016, OECD,	19933	9.65	6345	13588	32%	3798
Spain -ES	Practising 2016, OECD,	256333	5.51	256333	0	100%	435933
Sweden - SE	Practising 2015, OECD,	108399	11.06	108399	0	100%	?
Switzerland - CH	Practising 2016, OECD,	142522	17.02	95272	47250	67%	64367
United Kingdom - GB	Practising 2017, OECD,	516930	7.86	423158	94072	82%	1038731

Bron: OECD ([https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)) en Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>)

Een vierde kanttekening betreft het effect van een omschakeling van een beroepsopleiding of dual traject (beroepsopleiding en bacheloropleiding) naar uitsluitend een bacheloropleiding verpleegkunde. De vrees leeft dat dit zal aanleiding geven tot een terugval in de instroom omwille van hogere eisen en kwalificaties. Het is duidelijk dat dit niet wenselijk is bij dreigende tekorten op de arbeidsmarkt. We hebben dit onderzocht op basis van de beschikbare Eurostat-cijfers voor een aantal West-Europese landen die deze transitie in het laatste decennium hebben doorlopen. Dit zijn: Ierland en Noorwegen (2002), Slovenia (2004), Cyprus en Spanje (2007) en Frankrijk (2012). We hebben gekeken naar het aantal verpleegkundigen dat werkzaam is in de sector van de gezondheidszorg (Practising) of andere cijfers zoals het aantal verpleegkundigen dat geregistreerd is (licensed) of professioneel actief is (Prof. Active) als het aantal in de praktijk niet beschikbaar was. We hebben tevens gekeken naar het aantal nieuw

afgestudeerde verpleegkundigen dat instroomt in het beroep (new graduates). Telkens wordt de situatie 5 jaar voor de omschakeling weergegeven (of korter indien deze gegevens niet voorhanden waren), een omschakeling van 3 jaar – wat in de meeste landen overeenkomt met de duur van de opleiding) en de situatie 5 jaar na de omschakeling (schema: 5 – 3 – 5). We hebben de basisgegevens op 100% gezet om onderlinge vergelijking mogelijk te maken (zie tabel 3).

Uit de vergelijking blijkt dat na de omschakeling alle aantallen (zowel totaal als nieuwe afgestudeerden) hoger liggen dan voordien. De stijging van het totale aantal varieert van + 15% in Slovenië tot + 31% in Spanje. De stijging van de instroomcijfers van nieuwe afgestudeerden varieert van + 3% in Noorwegen tot + 90% in Cyprus. We zien niet de gevreesde negatieve effecten op instroom en aantallen.

Tabel 3: Vergelijking van het aantal verpleegkundigen en instroom van nieuwe afgestudeerde verpleegkundigen na omschakeling van de opleiding naar een full bacheloropleiding verpleegkunde in zes Europese landen.

Land	Data	5 jaar voordien	Omschakeling 3 jaar	5 jaar nadien
<b>Ierland (2002)</b>	Licensed	51361 (100%)	59946 (117%)	66478 (129%)
	New graduates	1361 (100%)	1386 (102%)	1471 (108%)
<b>Noorwegen (2002)</b>	Practising	NA	58035 (100%)	67446 (116%)
	New graduates	NA	3453 (100%)	3542 (103%)
<b>Slovenië (2004)</b>	Practising	14195 (4y) (100%)	14992 (106%)	16351 (115%)
	New graduates	1214 (4y) (100%)	1579 (130%)	1696 (139%)
<b>Spanje (2007)</b>	Practising	184506 (100%)	219855 (119%)	241646 (131%)
	New graduates	8622 (100%)	9069 (105%)	10085 (117%)
<b>Cyprus (2007)</b>	Practising	3176 (100%)	3654 (115%)	4129 (130%)
	New graduates	129 (100%)	200 (155%)	245 (190%)
<b>Frankrijk (2012)</b>	Prof. Active	527798 (100%)	616879 (117%)	671035 (2y) (127%)
	New graduates	22152 (100%)	25868 (117%)	25888 (1y) (117%)

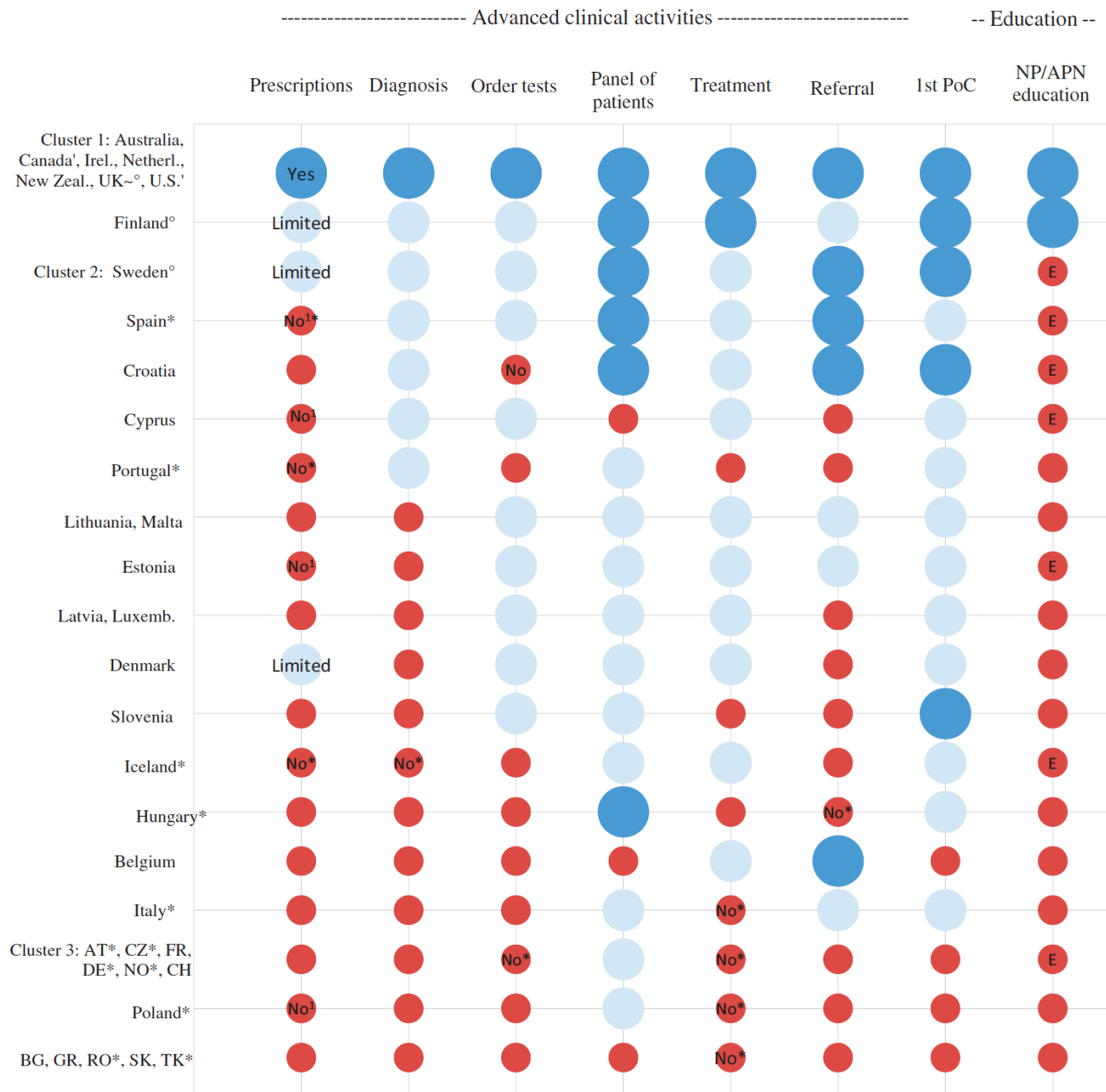
Gelijkaardige bevindingen zien we in Zwitserland (zie tabel 4). Hier heeft de Franstalige gemeenschap beslist om vanaf 2006 nog uitsluitend een bacheloropleiding verpleegkunde aan te bieden. We hebben geen uitgesplitste cijfers voor de Franstalige gemeenschap. Voor het geheel van Zwitserland (Franstalige gemeenschap is 20% van de totale bevolking) merken we eenzelfde stijging van het aantal verpleegkundigen op de arbeidsmarkt dan in de andere bestudeerde landen.

Tabel 4: Vergelijking van het aantal verpleegkundigen en instroom van nieuwe afgestudeerde verpleegkundigen na omschakeling van de opleiding naar een full bacheloropleiding verpleegkunde in Zwitserland.

Land	Data	5 jaar voordien	Omschakeling 3 jaar	5 jaar nadien
<b>Zwitserland (2006)</b>	Practising	101771 (100%)	111319 (109%)	130128 (128%)
	New graduates	4689 (100%)	4878 (104%)	6071 (129%)

## Voortgezette opleiding en competenties

De publicatie van Maier en Aiken (Maier & Aiken, 2016) geeft de status weer van de meer geavanceerde bevoegdheden van verpleegkundigen. Hierbij wordt gekeken naar een aantal klinische activiteiten die traditioneel aan artsen zijn voorbehouden maar eveneens, onder bepaalde voorwaarden, kunnen toegewezen worden aan verpleegkundigen. Deze zeven klinische activiteiten zijn voorschrijven, het stellen van een diagnose, aanvragen van onderzoeken en testen, het volgen van een cohorte van patiënten, instellen van een behandeling, verwijzing en eerste contactpunt voor de patiënt (1st PoC). Uit een analyse en vergelijking van 37 landen (Europa en een aantal Angelsaksische landen wereldwijd) blijkt dat er een groep van landen is (Australië, Canada, Ierland, Nederland, Nieuw-Zeeland, UK, USA, Finland) waar reeds uitgebreid deze taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen is geregeld. België kan worden ondergebracht in een tweede cluster waar reeds enkele van deze taken worden opgenomen, maar niet erg uitgebreid of systematisch.



Figuur 1: Taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen voor 7 geavanceerde klinische activiteiten en vereisten naar opleiding in 37 landen (Maier & Aiken, 2016)

Legende: Grote cirkel (blauw-ja): wetgevend kader – ruime bevoegdheid, medium cirkel (licht blauw – ja): wetgevend kader – beperkte bevoegdheid, kleine cirkel (rood-nee): geen wetgevend kader

## 4. Lessen uit het symposium Future of Nursing in Belgium

Het symposium heeft tot doel om te leren uit ervaringen van het buitenland en doelstellingen voor verpleegkunde in België te formuleren. Waar willen we staan binnen 10 jaar en wat moeten we hier precies voor doen?

### Lessen uit de buitenlandse ervaringen

Tijdens het symposium zijn vijf buitenlandse ervaringen in Spanje, Cyprus, Nederland, Zwitserland en Ierland gepresenteerd. Ontwikkelingen in Europa wijzen op **een opwaartse beweging van de verpleegkunde, zowel in de opdracht** waarvoor ze verantwoordelijk zijn als **in de opleiding tot verpleegkundige en in de deskundigheidsbevordering**.

#### Autonoom en samenwerken

Daar waar de verpleegkundige vroeger eerder een ‘helpende rol’ voor de artsen kreeg toebedeeld, is de verpleegkundige nu **een autonome zorgverlener** die verantwoordelijk is voor de planning, coördinatie en evaluatie van de zorg voor patiënten. De verpleegkunde is nu een eigenstandige discipline binnen het interdisciplinair team. ‘Silo-denken’ is voorbijgestreefd en **interdisciplinariteit** is de toekomst. Op het symposium werden voorwaarden voor succesvolle interdisciplinaire samenwerking benoemd waaronder (1) kennis hebben van de eigen discipline en wat anderen (maatschappij, werkgever, collega’s) van de eigen discipline verwachten, (2) kennis hebben van de andere disciplines waarmee samengewerkt wordt (wie zijn ze, welke taal spreken ze), (3) ERkennen van de andere disciplines, (4) duidelijkheid omtrent leiderschap, (5) het spreken van een gemeenschappelijke taal met aandacht voor standaard procedures in de communicatie en (6) integreren van patiënten en hun omgeving in deze dynamiek van samenwerken waarin geïntegreerde terugkoppeling van informatie aan patiënten belangrijk is (“wij als team zijn van mening dat”).

#### Harmonisatie en “upscaling” van de verpleegkundige opleiding

Tijdens het symposium kwamen ervaringen m.b.t. de evolutie in de opleiding verpleegkunde uit Spanje, Cyprus en Nederland aan bod.

In uitvoering van de Bologna verklaring kozen Spanje en Cyprus resoluut voor de evolutie naar een 4-jarige bachelor en enige opleiding tot verpleegkunde.

In Cyprus gaven 58.6% van de verpleegkundigen die deelnamen aan de RN4cast studie aan de job te willen verlaten en rapporteerden ze het uitvoeren van veel niet-verpleegkundige taken. Via de transitie (2008-2012) naar een bachelor degree hoopte men het beroep aantrekkelijker te maken en de kwaliteit van zorg te verbeteren. In Cyprus, die er ook voor koos om de opleiding verpleegkundige te organiseren aan de universiteit, lijkt deze transitie een succes te zijn. Zo bleek nadien de opleiding verpleegkunde de meest populaire studiekeuze te zijn voor jongeren, steeg het aantal inschrijvingen voor de opleiding, steeg het aantal afgestudeerden en werden hogere standaarden bereikt bij afgestudeerden die startten in de job. Kenmerkend voor Cyprus was de grote betrokkenheid van het ministerie van volksgezondheid en onderwijs, van de Raad voor de verpleegkunde en de vroedkunde, een verenigde stem van de

verpleegkundige beroepsorganisaties en goed overwogen vormingsprogramma's voor mensen die zich moeten omscholen tot bachelor niveau. Typerend was ook de korte periode van 2-3 jaar waarin de transitie plaatsvond.

Ook Spanje koos in 2008 voor een 4-jarige bacheloropleiding binnen de universiteit waarbij er geen transitiemogelijkheden waren om van een beroepsopleiding tot verpleegkunde (diploma degree) naar een bachelordiploma te gaan. In 2015 werden diploma opgeleide verpleegkundigen gelijkgesteld met bachelor opgeleide verpleegkundigen. Het valt te betwijfelen of dit proces tot een meer kwaliteitsvolle verpleegkundige opleiding en zorg leidde.

Bij het zoeken naar toekomstbestendige beroepen in de zorg poogde Nederland in 2012 te kiezen voor één beroepsprofiel voor de verpleegkundige. Hierin zou een onderscheid gemaakt worden tussen de verpleegkundige hbo en de zorgkundige mbo. Dit stootte echter op veel weerstand omwille dat in Nederland HBO-verpleegkundigen slechts een kwart van het aantal verpleegkundigen zijn. In 2015 werd een 'compromis' gesloten: twee beroepsprofielen voor verpleegkundigen m.n. mbo *basis*verpleegkundige en hbo *regie*verpleegkundige. De mbo basisverpleegkundige werkt vooral in situaties met een planbare en voorspelbare zorgvraag terwijl de hbo regieverpleegkundige vooral zorgsituaties die onvoorspelbaar en complex zijn voor haar rekening neemt. Deze laatste is de regisseur van het hele zorgproces. Hoewel het nog wachten is op de wetgeving voor deze twee beroepsprofielen, experimenteert Nederland momenteel met de implementatie ervan in de praktijk. Er lijken zich toch enkele problemen af te tekenen. Zo is er geen consensus rond de terminologie van 'basis' versus 'regie' verpleegkundige, lijkt het onderscheid maken in de zorg voor de twee beroepsprofielen op het gebied van complexiteit moeilijk en wordt het onderscheid nu vooral gezocht in de mate van autonomie, diepgang van kennis, vaardigheden en attitude.

### Opwaartse beweging in de verpleegkundige deskundigheidsbevordering

Naast de tendens tot hoogopgeleide basisverpleegkundigen, is er ook vraag naar meer **gespecialiseerde verpleegkundigen** en naar het **versterken van de professionele ontwikkeling** binnen het verpleegkundig terrein. In dit kader werden tijdens het symposium acht aanbevelingen van de IOM (2016) benadrukt:

1. Remove scope-of-practice barriers
2. Expand opportunities for nurses to lead and diffuse collaborative improvement efforts
3. Implement nurse residency programs
4. Increase the proportion of nurses with a baccalaureate degree to 80% by 2020
5. Double the number of nurses with a doctorate by 2020
6. Ensure that nurses engage in lifelong learning
7. Prepare and enable nurses to lead change and advance in health
8. Build an infrastructure for the collection and analysis of interprofessional health care workforce data.

Ook de **Advanced Practice Nursing (APN)** rollen spelen in de verpleegkundige deskundigheidsbevordering en de versterking van de professionele ontwikkeling een belangrijk rol. Beide bewegingen worden ook gevoed door de toenemende verwachtingen van de diverse werkvelden als gevolg van de steeds complexer wordende zorg. Advanced Practice Nursing rollen kenmerken zich door specialisatie, verbreding naar andere gezondheidszorgterreinen (o.a. via substitutie medische taken, psychotherapeutische technieken in de sector van de GGZ) en verbreding/advancement in het verpleegkundig terrein (o.a. casemanager, e-Health monitoring, ondersteuning van zelfmanagement, implementatie van zorginnovatie). Vooral landen zoals Nederland, Ierland, UK, Australië en Canada hebben een duidelijk uitgewerkt kader om substitutie van medische taken mogelijk te maken. België loopt

in de ontwikkeling en implementatie van advanced practice nursing rollen nog wat achter (Maier et al. 2016).

Tijdens het symposium werden de ervaringen m.b.t. APN evoluties uit Zwitserland en Ierland uitgebreid toelicht.

Pioniers in APN opleidingen in Zwitserland dateren van 2000. Advanced nursing rollen zijn er vooral geïmplementeerd in ziekenhuizen, maar zijn schaars in de thuiszorg en residentiële ouderenzorg. Tot op vandaag ontbreekt een wetgevend kader voor deze rollen. Immers, het Zwitsers parlement keurde in 2016 een aparte regelgeving voor deze advanced rollen niet goed. Het Zwitsers verhaal laat heel wat barrières voor APN-implementatie zien, barrières die ook in de internationale literatuur gerapporteerd worden m.n. geen bescherming van de titel, rolonduidelijkheid, geen financiële vergoeding, weerstand bij andere zorgverleners en stakeholders en verschillen in opleidingsprogramma's. Zwitserland doorloopt momenteel een analoge denkoefening als België m.n. het nadenken over het te gebruiken framework om één APN-functieprofiel te omschrijven (Hamric et al. 2014 versus Canmeds model), over vereisten op vlak van regelgeving en over het vormgeven en uitdenken van een toezichthoudend orgaan voor dergelijke functies.

Ierland zette de voorbije 17 jaar sterk in op de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van advanced practice rollen in hun gezondheidszorgsysteem. In 2000 werd een kader voor het doorgroeien van verpleegkundigen op de klinische ladder opgesteld. Het takenpakket, educatievereisten en aantal jaren werkervaring (respectievelijk 5-7 jaar in totaal waarvan 2-5 jaar binnen het specialisatie domein) van de 'clinical nurse/midwife specialist' en 'advanced nurse/midwife practitioner' werden hierin gedefinieerd. Een uitgebreide evaluatie van de effectiviteit van deze rollen toont een duidelijke verbetering op het niveau van patiënt/cliënt gerelateerde uitkomsten (o.a. afname van mortaliteit, toename van zelfmanagement vaardigheden, afname van het aantal ziekte opstoten), op het niveau van zorgverleners gerelateerde uitkomsten (o.a. toename van kennis en vaardigheden bij andere zorgverleners, fungeren als zorgmodellen, verhoogde motivatie bij andere zorgverleners) en op het niveau van de geboden diensten (o.a. afname van wachttijden, afname van het aantal heropnames, afname van de kosten, grotere implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk) (Begley et al., 2013; Begley, Murphy, Higgins, & Cooney, 2014). Advanced practitioner rollen toonden een hogere mate van klinisch leiderschap (educatie, ondersteuning, rolmodel, onderzoek uitvoeren). Er is dus een duidelijk aangetoonde meerwaarde van deze expertfuncties in de zorg. De huidige recessie die Ierland sedert 2008 kent, maakt dat het ministerie van gezondheidszorg recentelijk de beslissing nam om het aantal advanced nurse/midwife practitioners uit te breiden van 201 in 2016 naar 700 in 2021 tot 2% van alle verpleegkundigen. Zij zouden vooral ingeschakeld worden in de chronische zorg, ouderenzorg en acute onvoorspelbare zorg. Tegelijkertijd werd beslist om de opleidingsvereisten voor APN terug te brengen van 7 naar 2 jaar werkervaring. Of dit zal volstaan om de complexe jobs vorm te geven, zal nog moeten blijken uit de evaluatie. NB. Ter vergelijking: in 2004 werken 8,4% van de verpleegkundigen in een APN-rol.

## Lessen uit de workshops

### Workshop Advanced Practice Nursing

De zorg heeft de laatste 20 jaar belangrijke transformaties doorgemaakt, en dit zowel in het zorgaanbod als in de patiëntenpopulatie. Deze transformaties hebben een diepgaande impact op de organisatie van de zorg, op professionalisering van zorgverleners en op de opdracht, taakinfilling en organisatie van de

verpleegkundige praktijkvoering. Eén van de belangrijke evoluties is de toenemende ontwikkeling van '**Advanced Practice Nursing**' (APN).

**Waar hebben we het over?** De International Council of Nursing definieert APN als '*a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and / or country in which she / he is credentialed to practice. A master level degree is recommended for entry level*' (Schober, 2016). Internationaal is er een toename van het aantal masteropleidingen o.a. voor APN, waarbij ook PhD programma's ingericht worden (Lahtinen et al. 2014). APN wordt beschouwd als een paraplueterm waarbij – in tegenstelling tot de term Advanced Nursing Practice (ANP) – de focus niet alleen ligt op de taken die de advanced practice nurse doet, maar ook op het brede veld van activiteiten die deze persoon opneemt binnen een bepaalde context (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004). In deze workshop werd het belang benadrukt van de juiste (APN) en ook brede term te gebruiken gezien de denkoefening in kader van KB78 hervorming ruimer gaat dan alleen het opnemen van taken.

Internationaal en ook in België zijn de termen **(klinisch) verpleegkundig specialisten** en **nurse practitioners** het meest gekend. Kenmerkend voor beide rollen is de link met de directe patiëntenzorg. Verpleegkundig specialisten bieden eerder complementaire zorg, staan in voor directe complexe patiëntenzorg en voor de begeleiding, opleiding en ondersteuning van verpleegkundigen en andere leden van het multidisciplinaire team en hebben een belangrijke rol in het implementeren van evidence based practice, innovaties en in de verdere professionalisering van het verpleegkundig beroep (*advancement*). Nurse practitioners nemen meer de substitutierol op waarbij ze taken opnemen die traditioneel aan een andere beroepsgroep (bv. artsen) toegewezen wordt. Zij verlenen meer klinische expertenzorg, waaronder het medisch assessment, de diagnose en behandeling van eenvoudige medische problemen en het voorschrijven van medicatie (o.a. in Nederland, UK, Zweden, Australië). Vooral in Vlaanderen zien we vaak 'blended rollen' waarin de mate van substitutie en complementariteit wel eens durft te verschillen (Van Hecke, Beeckman, Verhaeghe, & Decoene, 2017).

**Randvoorwaarden voor implementatie van advanced practice rollen:** Uit getuigenissen tijdens de workshop bleek dat de implementatie van advanced practice rollen complex en vaak moeizaam verloopt. Tijdens de discussie werden volgende randvoorwaarden genoemd om dergelijke rollen tot hun recht te laten komen:

- Een masteropleiding als vereiste, naast een doorgedreven klinische ervaring en een voldoende klinische opleiding waarbij het portfolio (cf KB 78 hervorming) een belangrijk monitoringsinstrument kan zijn;
- Een degelijk wetgevend kader met o.a. aandacht voor autonomie, mogelijkheid tot voorschrijven en voldoende brede verpleegkundige diagnostiek;
- Eén eenduidig functieprofiel waarin zowel de opdrachten van verpleegkundig specialisten als nurse practitioners vervat zitten, dat toelaat om blended rollen op te nemen naargelang de werkcontext, waarbij de differentiatie met andere expertfuncties (zoals gespecialiseerde verpleegkundige, verpleegkundig consulent) helder is en waarbij dit ook helder gecommuniceerd kan worden naar patiënten en hun omgeving. Het gebruik van één profiel werd vooral gemotiveerd om de complexiteit in de verschillende gezondheidszorg beroepen te reduceren.
- Financiële incentives/vergoeding voor advanced practice rollen met aandacht voor de financiële impact op andere zorgverleners (bv. derven van inkomsten van artsen);
- Nood aan een netwerk van peers o.a. in kader van intervisie;
- Nood aan leidinggevers die faciliterend werken;
- Nood aan bekendmaking van deze rollen bij andere zorgverleners (o.a. (huis)artsen, paramedici)

### Aandachtspunten voor de toekomst

Naast de randvoorwaarden voor implementatie benoemden de deelnemers enkele toekomstige aandachtspunten:

- Er is nood aan uitbreiding van de advanced practice nursing rollen naar een niet-ziekenhuis context o.a. eerstelijnszorg, ouderenzorg, sector voor personen met een beperking, geestelijke gezondheidszorg. Ook is de uitdaging om advanced practice rollen meer transmuraal in te zetten met aandacht voor o.a. coördinatie van zorg, waarbij 'silo-rollen' vermeden moeten worden;
- Voldoende bewaken dat advanced practice rollen de link met de directe patiëntenzorg blijven behouden;
- Bewaken dat de substitutie en het opnemen van medische taken niet de voorrang krijgen ten opzichte van verpleegkundige taken in deze rollen, met expansie zonder verpleegkundige klinische verdieping en gebrek aan 'advancement' als resultaat;
- Tijdens de workshop werd geponereerd om in België momenteel best te focussen op het 'advancement' (o.a. het ondernemen van activiteiten die de vooruitgang van de verpleegkunde tot doel heeft, ontwikkeling en implementatie van innovaties in de zorg) en de complementaire zorg gezien de verschillende terreinen waar ontwikkeling nog nodig is o.a. preventie, ondersteuning van zelfmanagement en therapietrouw in follow-up consultaties, e-Health, casemanager, deskundigheidsbevordering bij (verpleegkundige) teams;
- Deelnemers aan de workshop stelden zich de vraag of advanced practice nurses die via wetenschappelijk onderbouwde en specialistische klinische competenties de diepgang en innovatie van de zorg bewerkstelligen en die een verscheidenheid aan rollen opnemen (o.a. coach en begeleider van patiënten en familieleden en van verpleegkundigen en andere zorgverleners, onderzoeker, klinisch en professioneel leider, innovator, ondersteuner van ethische besluitvorming) geen 'witte raven' zijn. Is er momenteel geen discrepantie tussen de nood en de realiteit van de advanced practice nursing profielen die zich aandienen?

### Workshop Verpleegkundige diagnose

Verpleegkundige diagnose wordt gedefinieerd als " a **clinical judgement concerning a human response to health conditions/life processes , or vulnerability for that response**, by an individual, family, group, or community. A nursing diagnosis provides the basis for selection of **nursing interventions** to achieve outcomes for which the **nurse has accountability**" (NANDA 2009,2013) Een verpleegkundige diagnose is dus een klinisch oordeel van een verpleegkundige over de reactie van een zorgvrager (individu, groep of gemeenschap) op een potentieel of actueel gezondheidsprobleem waarbij zij op grond van opleiding en ervaring bevoegd en bekwaam is tot verpleegkundig handelen. Een verpleegkundige diagnose wordt gesteld op basis van analyse van de uit de Verpleegkundige anamnese verkregen informatie. Het proces van analyseren (diagnostisch redeneren) maakt deel uit van het verpleegproces. De verpleegkundige diagnose leidt tot het maken van een keuze in verpleegkundige interventies en resultaten. Er is nood aan een coderingsstelsel of uniforme taal dat een coherente omschrijving van de verpleegkundige interventies omvat om de verpleegkundige zorg te meten. Een verpleegkundige diagnose is opgebouwd volgens de PES-structuur:

1. Probleem: bestaat uit een label en een kernachtig geformuleerde definitie
2. Etiologie: oorzaken, beïnvloedende factoren
3. Signalen en symptomen: kenmerken, criteria

Voor een verpleegkundige diagnose wordt gebruik gemaakt van een eenduidige terminologie. De meest gebruikte is de NNN classificatie die bestaat uit de classificatie van de North American Nursing Diagnosis

Association (NANDA) voor het benoemen van verpleegkundige diagnoses, de Nursing Intervention Classification (NIC) en nursing Outcome Classification (NOC). Het opnemen van een verpleegkundige diagnose (NANDA), samen met een verpleegkundige interventie (NIC) en het resultaat van de zorg (NOC) in het elektronische patiëntendossier (EPD) biedt een grote meerwaarde om de verpleegkundige zorg in een consistent en gekwantificeerd formaat te krijgen. Het gebruik van een standaard terminologie riskeert echter dat individuele noden van de patiënt in het EPD verloren gaan.

Er werden enkele criteria besproken voor het selecteren van interventies tijdens het verpleegproces o.a. de outcomes voor de patiënt (NOC), recente evidentie, feasibility van de interventie (kost en tijd), interpersoonlijke skills, verpleegkundige skills en de bereidheid van de patiënt om de geselecteerde interventie te aanvaarden. Voor de accuraatheid van de diagnose is het belangrijk om klinisch te redeneren, in partnership met de patiënt, de context van de situatie te evalueren en de diagnose af te stemmen met de patiënt en andere zorgverleners. Het tweede deel van de workshop ging voornamelijk over 'diagnoses decision support systems' en de accuraatheid van gedocumenteerde diagnostiek (W. Paans, Sermeus, Nieweg, Krijnen, & van der Schans, 2012; Wolter Paans, Sermeus, Nieweg, & Van Der Schans, 2010).

### Workshop Permanente vorming

Permanente vorming of Continuous Professional development (CPD) wordt gedefinieerd als "The systematic maintenance, improvement and continuous acquisition and/or reinforcement of the lifelong knowledge, skills and competences of health professionals. It is pivotal to meeting patient, health service delivery and the individual professional learning needs. The term acknowledges not only the wide ranging of competences needed to practise high quality care delivery but also the multi-disciplinary context of patient care" (EAHC, 2013).

Tijdens de workshop is verwezen naar de 'knowledge doubling curve' van Buckminster Fuller (1982). Hieruit blijkt dat in de jaren '50 de halfwaardetijd van medische kennis nog 50 jaar bedroeg. Dit betekent dat een arts of verpleegkundige die in de jaren '50 afstudeerde met zijn verworven kennis tijdens de opleiding zonder veel problemen kon functioneren tot aan zijn pensioen. Permanente vorming was dan ook niet echt nodig. Momenteel is de halfwaardetijd van medische kennis nog amper 3 tot 5 jaar, waardoor verworven kennis snel verouderd en achterhaald is. Permanente vorming wordt daardoor een noodzaak voor een kwalitatieve hulpverlening.

Tijdens de workshop zijn de resultaten van de studie van het Executive Agency for health and Consumers (EAHC) in 2013 gepresenteerd. In deze studie wordt CPD voor de verschillende zorgberoepen in Europa vergeleken. Uit deze studie blijkt dat er in België, in tegenstelling tot wat gebruikelijk is in de meeste Europese landen, voor verpleegkundigen momenteel geen verplichting is tot permanente vorming. Er zijn echter wel wat uitzonderingen voorzien: voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel (BBT) of een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBK) is er een verplichting tot het volgen van 60 uur permanente vorming per 4 jaar. Indien dit niet wordt gehaald kan de beroepstitel worden geschorst. De opvolging gebeurt door de gemeenschappen. Permanente vorming kan aangeboden worden door professionele organisaties, overheden, onderwijsinstellingen en wetenschappelijke verenigingen. Er is eveneens een verplichting tot permanente vorming voor leidinggevende verpleegkundigen in de ziekenhuizen (hoofdverpleegkundig departement, diensthoofdverpleegkundigen, en hoofdverpleegkundigen) op vlak van management en leiderschap (ziekenhuiswetgeving en –financiering, personeelsbeleid en coaching, sociale wetgeving, principes van bedrijfsbeheer, epidemiologie, beheer van ziekenhuisgegevens, kwaliteitsbeleid). In totaal moet minstens 60 uur gedurende 4 jaar worden gevolgd. Daarnaast voorzien de sociale akkoorden vanaf 1 januari 2008 sociale akkoorden in de toekenning van een functiecomplement (premie) aan de hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen-diensthouders van de

ziekenhuizen, woonzorgcentra, diensten voor thuisverpleging, psychiatrische verzorgingshuizen, beschut wonen met minstens 18 jaar loonanciënniteit wanneer zij minstens 8u permanente vorming per jaar volgen op vlak van beheer van uurroosters, arbeidsduur, CAO's, welzijn op het werk en het managen van een team. Voor vroedvrouwen is er een verplichting tot het volgen van permanente vorming van 75 uur per 5 jaar. Indien zij hieraan niet tegemoetkomen, verliezen zij mogelijk hun registratie en visum.

De meerderheid van de deelnemers aan de workshop zijn voorstander om permanente vorming verplicht te maken. Hierbij moet er een mix zijn tussen een deel vrijwillige vorming aangevuld met een aantal verplichte onderdelen. De participanten die voorstander zijn van vrijwillige bijscholing, vinden dat CPD moet passen binnen het persoonlijk ontwikkelingsplan van elke individuele zorgprofessional. Het voorstel van het bijhouden van een CPD portfolio sluit daar bij aan.

Ondanks het feit dat vrijwilligheid de meest wenselijke situatie is en voortbouwt op intrinsieke motivatie, blijkt dat dit in de praktijk niet steeds lukt. Heel wat verpleegkundigen volgen geen permanente vorming door gebrek aan tijd. Slechts 10% die zich inschrijft voor een Massive Open Online Course (MOOC) blijkt deze ook te beëindigen. Zelfs als permanente vorming gratis wordt aangeboden (bv. door beroepsverenigingen) blijken slechts weinig verpleegkundigen geneigd om hiervoor in te schrijven. Een externe prikkel lijkt wenselijk.

Tijdens de workshop is uitvoerig gepraat over de inhoud, vorm, omvang van de permanente vorming. Minimale vereisten worden best ontwikkeld en opgelegd door de beroepsverenigingen en sluiten best aan bij de behoeften van het werkveld (bv. kwaliteit en patiëntveiligheid, antibioticagebruik, rol patiënten, ...). De meerderheid van de deelnemers is voorstander van een accreditatie van opleidingsinstituten die permanente vorming aanbieden om zowel inhoudelijk als onderwijskundig een kwaliteitsaanbod te voorzien. Er wordt gevraagd dat opleidingsinstituten sterk samenwerken met de praktijk om de transfer van kennis van opleiding naar praktijk, maar ook van praktijk naar opleiding te bewerkstelligen.

Het is belangrijk dat de nodige voorwaarden worden gecreëerd zodat verpleegkundigen aan de permanente vorming kunnen participeren. Voor werkgevers betekent veelal dat zij de inschrijvingskost dragen, dat de nodige tijd voor permanente vorming wordt vrijgemaakt, dat wordt voorzien in een interessant aanbod. Meer en meer verschuift permanente vorming naar e-learning en web-based learning.

#### Aanbevelingen:

- Voor alle betrokkenen (overheden, werkgevers, verpleegkundigen): belang erkennen van de permanente vorming en een voldoende groot aanbod creëren dat aansluit op interesse en behoeften van verpleegkundigen en vroedvrouwen
- Voornaamste barrières (geen tijd, kostprijs) wegwerken en prikkels voorzien zodat verpleegkundigen en vroedvrouwen daadwerkelijk aan de permanente vorming kunnen deelnemen. Dit kan eveneens door flexibele werkvormen te voorzien (web-based, e-learning) waardoor permanente vorming beter op de werkvloer kan worden geïntegreerd
- Patiëntveiligheid is een belangrijk onderwerp dat herhaaldelijk moet worden aangeboden
- Koppeling met accreditatie (zowel van instellingen, opleidingsinstituten, professionals) is essentieel waarbij de stap kan en mag gezet worden naar een beoordeling van de kwaliteit en de resultaten van de zorg
- Europese samenwerking geeft voornamelijk mogelijkheden in functie van uitwisseling van best practices op vlak van permanente vorming.

## The future of nursing: toekomstperspectieven

Hoe moet het nu verder? Verschillende internationale rapporten blikken vooruit en bieden inspiratie voor België. We selecteerden vier rapporten.

Vooreerst is er het rapport van het Institute of Medicine (2010) "The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health" (Institute of Medicine, 2010), waarop het Belgische initiatief voor de studiedag is geïnspireerd. Verpleegkundigen vormen de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg (meer dan 3 miljoen verpleegkundigen in de USA) en het rapport verkent hoe de rol, verantwoordelijkheid en opleiding van verpleegkundigen moet veranderen om aan de stijgende en complexere zorgbehoefte van een vergrijzende en chronisch zieke bevolking het hoofd te bieden. Het rapport geeft verpleegkundigen een centrale rol in de toekomstige gezondheidszorg. Vier kernboodschappen zijn geformuleerd:

1. Nurses should practice to the full extent of their education and training
2. Nurses should achieve higher levels of education and training through an improved education system that promotes seamless academic progression
3. Nurses should be full partners, with physicians and other health care professionals, in redesigning health care in the United States
4. Effective workforce planning and policy making require better data collection and an improved information infrastructure

Ook de Wereld Gezondheidszorg Organisatie (WHO) geeft een centrale rol aan de verpleegkundige. In 2015 formuleerde de regionale directie voor Europa strategische richtingen ter versterking van de verpleegkunde en vroedkunde om de gezondheidsdoelen van 2020 te realiseren. In 2016 werd dit overgenomen door WHO International. WHO Europa (WHO Europe, 2015) zet in op vier thema's:

1. Scaling up and transforming education and training
2. Workforce planning and optimizing skill mix
3. Ensuring positive work environments
4. Promoting evidence-based practice and innovation

Van 2014 tot 2017 heeft Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, wereldwijd panels samengebracht om na te denken over de toekomst van de verpleegkunde en vroedkunde. Begin 2018 is het zogenaamde GAPFON (Global Advisory Panel on the Future of Nursing and Midwifery) rapport verschenen (Klopper & Hill, 2015). Hun voornaamste boodschap is dat leiderschap vereist is om het beroep in de juiste richting te gidsen. En leiderschap is nodig op vlak van zowel onderzoek, onderwijs, praktijk, werkgelegenheid als beleid.

Het vierde rapport is het werk van Lancetcommissie onder leiding van Frenk en Chen (Frenk et al., 2010) 100 jaar na het Flexner rapport (1910), dat de blauwdruk legde voor de huidige medische en andere gezondheidszorgopleidingen (oa. verpleegkunde). De Lancet-commissie vindt dat de opleiding onvoldoende tred houdt met de uitdagingen van een complex gezondheidszorgsysteem, wat zich uit in slecht teamwerk, een te beperkte technische focus waarbij de mens achter de ziekte vaak wat uit het oog wordt verloren, een te dominante oriëntatie op het ziekenhuis en specialisatie, te weinig contextuele kennis om flexibel wisselende situaties naar behoren te kunnen inschatten en hierop te kunnen anticiperen en zwak leiderschap gericht op verbetering van de kwaliteit en de performantie van het systeem.

## Wat betekent dit concreet voor België?

Op basis van de literatuur en de discussies tijdens het symposium worden enkele aanbevelingen geformuleerd over de opleiding tot verpleegkundige, de rol en positie van de APN-verpleegkundige, permanente vorming, interdisciplinaire samenwerking en leiderschap. Over de laatste thema's was er tijdens het symposium een vrij grote eensgezindheid. Over het eerste thema is er vooralsnog weinig eensgezindheid.

### Aanbeveling 1: Opschalen van de verpleegkundige deskundigheid

Het blijkt duidelijk uit de literatuur dat de basiskwalificaties voor verpleegkunde in vele landen nog volop in verandering en work in progress is. De variatie binnen Europa is groot. Opschaling van de verpleegkundige deskundigheid van een beroepsopleiding naar een bacheloropleiding, naar een verdere uitbouw van masteropleidingen, naar meer doctoraten is in lijn met de internationale aanbevelingen en ontwikkelingen. Er is uitgebreide evidentie dat het kwalificatieniveau van de verpleegkundige impact heeft op de kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. We vinden deze aanbeveling terug in de rapporten van het Institute of Medicine en de WHO. Vele landen (zowel Europees als internationaal) hebben deze beweging reeds ingezet. De discussies gaan niet over de evidentie of de visie die veelal wordt gedeeld, maar wel hoe en hoe snel we dit moeten realiseren en hoe verleden en toekomst moeten worden verzekerd.

Concrete aanbevelingen:

- Keuze om, in lijn met de internationale aanbevelingen, de verpleegkundige beroepsuitoefening in de toekomst voor te behouden vanaf het niveau van bachelor verpleegkunde
- Voorzien in de nodige stimulansen, overgangsmaatregelen en opleidingen opdat verpleegkundigen die momenteel niet beschikken over de vereiste competenties, deze binnen een voorziene termijn kunnen verwerven.
- In de toekomst op nader te bepalen datum de toegang tot het beroep voor de nieuw afgestudeerden voor te behouden tot minstens bachelor-opgeleide verpleegkundigen

### Aanbeveling 2: Inzet van Advanced Practice Nursing

Gezien de relatief beperkte uitrol van APN verpleegkundigen in België en de sterke evidentie over de impact op de kwaliteit en continuïteit van de zorg, bevelen we aan sterk te investeren in de positie van APN verpleegkundigen. De capaciteit om verpleegkundigen op masterniveau op te leiden is aanwezig (zowel in het Nederlandstalig als Franstalig landsgedeelte). De barrières situeren zich voornamelijk op het ontbreken van een statuut, bevoegdheid, passende werkvoorwaarden. In de Belgische context opteren we voor het behoud van de huidige benaming *Verpleegkundig Specialist (VS)* en *Infirmier Pratique Avancée (IPA)* als vertaling voor de Engelstalige term APN.

Concrete aanbevelingen:

- Vastleggen van competenties en bevoegdheden (cfr. Hamric, CanMeds rollen)
- Vastleggen van opleidingsvoorwaarden minimaal op academisch masterniveau met aanduiding van essentiële componenten van de opleiding, naast een doorgedreven klinische ervaring en een voldoende klinische opleiding waarbij het portfolio een belangrijk monitoringsinstrument kan zijn;
- Vastleggen van de werkervaringseisen (algemeen en binnen het specialisatiedomein)

## Future of Nursing: improving health, driving change.

- Erkenning en registratie als VS/IPA in het kadaster voor verpleegkunde waarbij de voorwaarden voor deze erkenning gemonitord kunnen worden via het portfolio
- Vastleggen van werkvoorwaarden en wetgevend kader (autonomie, mogelijkheid tot voorschrijven, voldoende brede verpleegkundige diagnostiek, loonvoorwaarden, jobinvulling)
- Voldoende bewaken dat advanced practice rollen de link met de directe patiëntenzorg blijven behouden;
- Bewaken dat de substitutie en het opnemen van medische taken niet de voorrang krijgen ten opzichte van verpleegkundige taken in deze rollen;
- Nood aan een netwerk van peers o.a. in kader van intervisie, aan leidinggevendenden die faciliterend werken en aan bekendmaking van deze rollen bij andere zorgverleners (o.a. (huis)artsen, paramedici)

### Aanbeveling 3: Inzetten op interprofessionele samenwerking

De Lancet commissie van Frenk et al. (2010) doet twee majeure aanbevelingen. De eerste aanbeveling is om van bij de start van de opleiding de gezondheidsopleiding transprofessioneel te organiseren waarbij ingezet wordt op systematisch teamwerk in directe samenwerking met de praktijk en het werkveld. Eerder dan zoals het nu gebeurt, professionals onafhankelijk van elkaar gedurende 4 tot zoveel jaren op te leiden en dan hopen dat het lukt wanneer ze later in de praktijk moeten samenwerken. De tweede aanbeveling is om, naast informatief (kennis, vaardigheden) en formatief leren (waarden, professionele attitudes), sterker in te zetten op het transformatief leren waarbij professionals leren leiderschapsvaardigheden verwerven om, afhankelijk van de context, de juiste beslissingen te nemen.

Concrete aanbevelingen:

- Sterkere betrokkenheid van het werkveld bij de opleiding
- Inzetten op teamcompetenties eerder dan individuele competenties

### Aanbeveling 4: Permanente vorming

België heeft, in tegenstelling tot wat gebruikelijk is in de meeste Europese landen, voor verpleegkundigen momenteel geen algemene verplichting tot permanente vorming. Er zijn echter wel wat uitzonderingen voorzien: voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel (BBT) of een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBK) is er een verplichting tot het volgen van 60 uur permanente vorming per 4 jaar. We stellen voor dat permanente vorming (Continuing Professional Development - CPD) zou verplicht worden voor alle gezondheidszorgbeoefenaars en dus ook voor verpleegkundigen en voorwaarde zou zijn voor re-licentie voor het uitoefenen van het beroep.

Concrete aanbevelingen:

- Verpleegkundigen houden een portfolio van permanente vorming bij
- Een deel van het portfolio betreft de kwaliteit van de geleverde zorg
- Het portfolio moet als kwaliteitsbevorderend instrument worden ingezet. Het is geen controlemechanisme dat enkel wordt nagetrokken wanneer een specifiek probleem zich stelt bij de beroepsuitoefening. Hiervoor moeten de nodige tools worden uitgewerkt
- Interdisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg en stimulatie van interprofessionele overleg moet in de permanente vorming geïntegreerd worden
- In de permanente navorming zouden enkele vaste rubrieken, van groot belang voor de verpleegkunde, verplicht gevolgd moeten worden
- Permanente vorming dient betaalbaar te blijven

## Referenties

- Aiken, L. H., Clarke, J., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organisational Support , and quality of care: cross -national findings. *International Journal for Quality and Healthcare*, 14(1), 5–13.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Begley, C., Elliott, N., Lalor, J., Coyne, I., Higgins, A., & Comiskey, C. M. (2013). Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1323–1337.
- Begley, C., Murphy, K., Higgins, A., & Cooney, A. (2014). Policy-makers' views on impact of specialist and advanced practitioner roles in Ireland: The SCAPE study. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 410–422.
- Bohinc, M., & Cibic, D. (2005). Country Profile: Slovenia. *Nursing Ethics*, 12(3), 317–322.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519–529.
- Diepeveen-Speekenbrink, J. C. M. H. (1992). The developing discipline of nursing from a Dutch perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 29(2), 99–111. h
- EAHC. (2013). *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU - Final Report*. Retrieved from [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd\\_mapping\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf)
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Ttransforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958.
- Humar, L., & Sansoni, J. (2017). Bologna Process and Basic Nursing Education in 21 European Countries. *Ann Ig*, 29(2), 561–571.
- Institute of Medicine. (2010). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Medicine. h
- International Labour Organisation. (2008). International Standard Classification of Occupations. *Isco-08*, 1, 1–433. Retrieved from <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/publication08.pdf>
- Kalnins, I. (1995). Pioneers in academia: Higher education for nurses in Estonia, Latvia, and Lithuania. *Nursing Outlook*, 43(2), 84–87.
- Kalnins, I., Barkauskas, V. H., & Šeškevičius, A. (2001). Baccalaureate nursing education development in 2 Baltic countries: Outcomes 10 years after initiation. *Nursing Outlook*, 49(3), 142–147.
- Klopper, H., & Hill, M. (2015). Global Advisory Panel on the Future of Nursing (GAPFON) and Global Health. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 3–4.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (Vol. 21).
- Kroezen, M., Schäfer, W., Sermeus, W., Hansen, J., & Batenburg, R. (2018). Healthcare assistants in EU Member States: An overview. *Health Policy*.
- Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H., & Salminen, L. (2014). Nursing education in the European higher education area - Variations in implementation. *Nurse Education Today*, 34(6), 1040–1047.
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934.

- Ministère de l'enseignement supérieur de de la Recherche, L. G. du G.-D. de L. (2017). *Professions de Santé*. Retrieved from [www.cedies.lu](http://www.cedies.lu)
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, *346*(22), 1715–1722. h
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. M. B., Krijnen, W. P. P., & van der Schans, C. P. P. (2012). Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. *BMC Nursing*, *11*.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. R. M., & Van Der Schans, C. P. C. P. C. P. C. P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(11), 2481–2489.
- Robinson, S., & Griffiths, P. (2007). Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. *National Nursing Research Unit*, (October), 1–36. Retrieved from <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/Publications/Reports/NurseEduProfiles.pdf>
- Schober, M. (2016). *Introduction to Advanced Nursing Practice*. Cham: Springer International Publishing.
- Šimunović, V. J., Županović, M., Mihanović, F., Zemunik, T., Bradarić, N., & Janković, S. (2010). In Search of a Croatian Model of Nursing Education. *Croatian Medical Journal*, *51*(5), 383–395.
- Ślusarska, B., Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Marcinowicz, L., & Nowicki, G. (2018). Nursing education in Poland – The past and new development perspectives. *Nurse Education in Practice*, *31*(April), 118–125.
- Spitzer, A., & Perrenoud, B. (2006). Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Processes and Current Status. *Journal of Professional Nursing*, *22*(3), 162–171.
- Tóthová, V., & Sedláková, G. (2008). Nursing education in the Czech Republic. *Nurse Education Today*, *28*(1), 33–38.
- Van Hecke, A., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Decoene, E. (2017). Verpleegkundige specialisten in Vlaamse algemene en universitaire ziekenhuizen: hun functie-inhoud. *TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE*, *73*(17), 1036–1048.
- Vladescu, C., & Olsavsky, V. (2009). Migration of nurses: The case of Romania. *Management in Health*, *13*(4), 12–16.
- WHO Europe. (2015). *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Marmorvej; 2015*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020\\_en-REV1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1)
- Zabalegui, A., & Cabrera, E. (2009). New nursing education structure in Spain. *Nurse Education Today*, *29*(5), 500–504.