

**Hogere
Beroeps-
opleiding
Verplegenden
Eindrapport
van
de Commissie**

Staatsuitgeverij
December 1969

Woord vooraf

Met belangstelling en waardering heb ik van het rapport Hogere Beroepsopleiding Verplegenden kennis genomen.

Dit rapport draagt een titel, welke – evenals de benaming van de commissie die het rapport uitbracht – de suggestie zou kunnen oproepen, dat het voornamelijk handelt over een voortgezette opleiding ná het behalen van het diploma verpleegkundigen.

Het rapport handelt in hoofdzaak over een verkorte opleiding in de verpleegkunde voor degenen, die een middelbare schoolopleiding hebben genoten hoger dan het MAVO-niveau. Dat is dus het HAVO-niveau en V.W.O.

Vanwege deze vooropleiding spreekt men volgens de Mammoetwet van hoger beroepsonderwijs.

Bij de instelling van de commissie is overwogen dat het versterken van het verpleegkundig kader van belang is en dat een nieuwe toevoer van leerlingen voor de hogere beroepsopleiding gewenst is. Deze nieuwe toevoer komt dan via een verkorte opleiding, dus via een nieuwe ingang.

Daarom lijkt het mij van belang het rapport – dat reeds in 1968 gereed kwam – te beschouwen als een rapport over een nieuwe ingang tot de verpleegkunde.

Als Directeur-Generaal van de Volksgezondheid acht ik het op gang brengen van een gedachtewisseling over een nieuwe ingang tot de verpleegkunde in hoge mate urgent.

De urgentie zie ik met het oog op het personeelsbeleid en met het oog op de planning van het verantwoord inzetten van de “manpower”.

Het stemt tot voldoening en dankbaarheid dat zovele deskundigen eensgezind een voorstel hebben geformuleerd over een nieuwe ingang.

Dit is van belang met name omdat de snelle evolutie van de geneeskunde en van de technologische ontwikkeling met zijn vele nieuwe instrumenten voortdurend wijzigingen vragen, met name in de klinische gezondheidszorg. Dit geldt in het bijzonder voor de functie-differentiatie binnen het ziekenhuis.

Gaarne zie ik opmerkingen en voorstellen naar aanleiding van dit rapport tegemoet. Voorzover deze betrekking hebben op de Hogere Beroepsopleiding zullen opmerkingen en voorstellen in overleg met het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen worden bestudeerd. Zonodig zal ook nader overleg met alle betrokken organisaties plaatsvinden.

Ik stel er prijs op mijn bijzondere waardering uit te spreken voor allen die aan een overleg in de commissie hebben deelgenomen.

De Directeur-Generaal van de Volksgezondheid,
w.g. Dr. P. Siderius

AAN de heer Directeur-Generaal van de
Volksgezondheid

Betreft:
aanbiedingsbrief van rapport

september 1968

Door uw voorganger is een commissie ingesteld met de opdracht zich te beraden over de inhoud van het verplegen en over de mogelijkheid van nieuwe ingangen voor de opleiding van verplegers.

Het doet de commissie genoegen u hierbij het eindrapport te kunnen aanbieden. In de samenvatting en in de rapporten van de drie afzonderlijke werkgroepen is een aantal conclusies van de commissie verwerkt. De commissie beveelt aan toestemming tot publikatie van haar rapport.

Zij vertrouwt, dat de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, indien deze met de beleidsvisie van het rapport kan instemmen, het overleg opent met zijn ambtgenoot van Onderwijs en Wetenschappen over de mogelijkheid van de instelling van een geïntegreerde basisopleiding voor verplegers in het kader van de W.V.O., aansluitend op het hoger algemeen voortgezet onderwijs.

In dat officiële overleg zullen de specifiek onderwijskundige aspecten zoals de aansluiting, de opleidingsduur e.a. diepgaander aan een beschouwing moeten worden onderworpen, dan het geval kon zijn in deze commissie.

Tenslotte moge de commissie u in overweging geven de volgende maatregelen voor te bereiden met het oog op het waarborgen van een adequate beroepsuitoefening op het terrein van de verpleging in de toekomst.

1. Regeling van de beroepsuitoefening in de verpleging (tuchtrecht, belofte, geheimhouding; blz. I-10 en I-11).
2. Nadere analyse van de behoefte aan beroepskrachten, gedifferentieerd naar niveau's: lager, middelbaar en hoger. In verband hiermede dient ook de aansluiting van de opleidingen A, B en Z nader te worden aangepast (I-31).
3. Het maken van een studie omtrent het verkrijgen van een duidelijker beroepenstructuur (I-38).
4. Het maken van een studie ter bevordering van de samenhang in het recruterings- en opleidingsbeleid van de gezondheidssector, mede tegen de achtergrond van de wet op het voortgezet onderwijs (I-32, I-38; gelet op het rapport over de opleiding in de verpleegkunde van de studiec commissie van de drie gezamenlijke examencommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, de Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen en de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken).

De Voorzitter v. d. plenaire commissie,
w.g. Dr. P. C. J. van Loon

Inleiding op het rapport

STRUCTUURVRAGEN OPLEIDING VERPLEGENDEN

I. Voorgeschiedenis

In 1966 werden op initiatief van de toenmalige Directeur-Generaal van de Volksgezondheid Dr. R.J.H. Kruisinga, op verzoek van de ziekenhuisorganisaties, de kruisorganisaties, de beroeps- en vakorganisaties, enkele besprekingen onder zijn leiding gehouden over de personeelsvoorziening in de gezondheidssector. Met name is gesproken over de vraag of de structurering van de beroepen in het algemeen voldoende perspectieven bood voor abituriënten van het V.W.O. en van de toekomstige HAVO om zich aan te melden voor een opleiding van verplegenden.

In deze besprekingen werd met het oog hierop door de toen aanwezigen een hoge prioriteit toegekend aan een nader beraad over het tot stand brengen van een hogere beroepsopleiding voor verplegenden.

Men achtte dit de meest urgente lacune in het scala van opleidingen.

Dit heeft geresulteerd in de instelling van de sommige Hogere Beroepsopleiding Verpleging (hierna te noemen: plenaire commissie). Hierin waren vertegenwoordigd:

de Stichting “Het Nederlands Ziekenhuiswezen”

de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen

de Nationale Federatie “Het Wit-Gele Kruis”

de Algemene Nederlandse Vereniging “Het Groene Kruis”

de Prot. Chr. Vereniging “Het Oranje-Groene Kruis”

de Federatie van Verenigingen, die de Verpleging en andere onderdelen van de gezondheidszorg bevorderen

de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid

de Vereniging voor psychiatrische inrichtingen in Nederland

de Kath. Vereniging van inrichtingen voor behandeling en verpleging van geestelijk gestoorden

de drie bonden van overheidspersoneel

de Geneeskundige Hoofdinspectie en de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid

het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

In dezelfde periode vond onder leiding van de Directeur-Generaal een bespreking plaats over de opleidingsproblematiek in de sector van de verpleging, mede naar aanleiding van een verzoek hierover van de zijde van de Contactcommissie van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland en de Katholieke Vereniging voor behandeling en verpleging van geestelijk gestoorden. In deze vergadering werd besloten een studiegroep in te stellen over het begrip “verplegen”, aangezien meer duidelijkheid op dit punt zou kunnen bijdragen tot een helderder inzicht in de behoeften met betrekking tot de

opleidingsprogramma's.

Dr. Kruisinga besloot in overleg met de organisaties deze studie te verbinden met de studie over de hogere beroepsopleiding voor verplegenden.

Uit de plenaire commissie werd een drietal werkgroepen samengesteld, die ieder vanuit een eigen invalshoek een nadere studie zouden maken. Wanneer men ervan uitgaat dat het verplegen als onderdeel van de gezondheidszorg door drie dimensies wordt bepaald, te weten:

- a. door de stand van de wetenschap;
- b. door de beroepen indeling; en
- c. door de institutionalisering in gezondheidsbedrijven,

dan kunnen de opdrachten van de afzonderlijke werkgroepen als volgt worden weergegeven:

Wergroep I: een studie over “wat is verplegen” uitgaande van A, hetgeen B en C;

Wergroep II: een studie over de mogelijkheid van een andere ingang in de verpleging, uitgaande van B, gegeven A en C;

Wergroep III: een studie over functies, waarvoor een hogere beroepsopleiding gewenst is, uitgaande van C, gegeven B en A.

Voor de samenstelling van de werkgroepen wordt verwezen naar de afzonderlijke deelrapporten.

II. Samenvatting

De werkgroepen hebben hun rapporten uitgebracht; deze zijn in de plenaire vergadering van de commissie d.d. 4 juni 1968 besproken. Besloten werd deze rapporten samen te bundelen tot één geheel. Tezamen behandelen zij een aantal structuurvragen omtrent de opleiding verplegenden. Hier volgt een samenvatting van een aantal conclusies.

Wergroep I

Wergroep I is onder meer tot de volgende conclusies gekomen:

1. “Verplegen zou men kunnen omschrijven als het systematisch begeleiden van een individu, gehandicapt danwel bedreigd door een stoornis, met als doel, dat deze mens onder optimale condities kan functioneren” (I-6).
2. “De verpleging is gericht op een optimaal functioneren: dit houdt derhalve primair in: het bieden van “bijstand” aan het individu om optimaal te zijn gehele scala van behoeften te kunnen voorzien en het nemen van die maatregelen, die een potentiële stoornis kunnen voorkomen. Dit houdt secundair in: het participeren in de medische behandeling van de patiënt, in die zin, dat de verpleging zorgt voor een optimale situatie, voor een effectieve medische behandeling. Dit houdt tevens in: in paramedische zin participeren in de therapie in die gevallen waarin het “begeleiden” een therapeutisch effect met zich kan brengen” (I-6).

De kunde, die aan dit beroep ten grondslag ligt, heeft de werkgroep gedefinieerd als zijnde “de wetenschap”, die zowel met eigen als met aan de medische en sociale wetenschappen ontleende methoden, de zorg voor de zieke en in zijn gezondheid bedreigde mens in zijn toepassing, ontwikkeling en wezen tot object heeft” (I-33).

De werkgroep meent, dat deze conclusies voor alle taken van de verpleging gelden. De werkgroep bepleit

onder meer:

- een toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen en gezamenlijk de opleiding ter hand te nemen;
- de noodzaak deze samenwerking uit te strekken over zowel de A- als de B-opleiding, alsmede de opleiding ziekenverzorging en de opleiding voor zwakzinnigenzorg.
- het uitbouwen van deze samenwerking tot een gezamenlijke te exploiteren “school”, die onderwijskundig verantwoord is (voldoende groot voor een efficiënte stafbezetting, mogelijkheid van vakontwikkeling, research, studiebegeleiding, enz.); het verbeteren van onderwijsmethoden ter verhoging van de kwaliteit.

Voor een verantwoorde gezondheidszorg zal een betere onderlinge afstemming van de verschillende functie-inhouden van de beroepen op dit terrein dringend noodzakelijk zijn. Daarom stelt de werkcommissie dan ook als de twee eindconclusies:

- in het recruiters- en opleidingsbeleid van de gehele gezondheidssector dient een grotere samenhang tot stand te worden gebracht;
- de beroepenstructuur in de volksgezondheid vereist een heroriëntatie, de bestaande formele regelingen moeten gemoderniseerd worden en nieuwe regelingen voor nog groeiende beroepen moeten mogelijk worden gemaakt.

Werkgroep II

Werkgroep II heeft zich primair beziggehouden met de vraag op welke wijze nieuwe ingangen kunnen worden gevonden tot de opleidingen op het gebied der verpleging. Bij deze studie is tevens in discussie gekomen of het wenselijk en mogelijk zou zijn voorzieningen voor te stellen teneinde een topopleiding in te bouwen in een universitair kader. De beschouwingen hierover zijn opgenomen in het rapport, doch zij zijn niet geconcretiseerd.

De werkgroep is van mening, dat voorrang moet worden gegeven aan het maken van een nieuwe ingang in de opleidingen voor verplegenden door voor abiturienten van het V.W.O. en van het HAVO met een speciaal vakkenpakket, een verkorte basisopleiding (in het kader van de wet op het Voortgezet Onderwijs) een hogere beroepsopleiding mogelijk te maken. In deze basisopleiding zou de leerstof van de opleiding voor het diploma A en B ziekenverpleging en van de opleiding voor de maatschappelijke gezondheidszorg moeten worden geïntegreerd.

Het is de bedoeling, dat degenen, die deze opleiding hebben gevolgd, middenkaderfuncties kunnen bekleden.

Het is uitdrukkelijk de bedoeling, dat degenen, die de normale opleidingen A en B hebben gevolgd, de mogelijkheid behouden via het volgen van een stafcursus deze middenkaderfuncties te vervullen.

Voor het bekleden van topfuncties zal een topopleiding moeten worden gevolgd hetzij na bovengenoemde geïntegreerde opleiding of na de normale opleiding Van 3 ½ jaar met een stafopleiding. Dus langs beide wegen zal toelating tot de topopleiding mogelijk zijn. De opzet van deze topopleiding zal nog nader moeten worden gezien.

Op bovenuiteengezette wijze kan worden verzekerd dat topfuncties zowel bereikt kunnen worden door de opgeleiden met de normale basisopleidingen met de stafopleiding, als door de opgeleiden met de verkorte basisopleiding.

De werkgroep hecht grote waarde aan deze integratie in de top, omdat slechts op deze wijze kan worden voorkomen, dat een discriminatie optreedt tussen de abiturienten van verschillend vooropleidingsniveau. De werkgroep heeft een curriculum voor een verkorte basisopleiding voorgesteld.

Werkgroep III

Werkgroep III is tot de conclusie gekomen, dat een opleiding, bestemd voor abiturienten met een HAVO- of VWO-vooropleiding, van groot belang is voor het waarborgen van het bezetten van verschillende verpleegkundige kaderfuncties. De werkgroep stelt daarbij vast, dat dezelfde functies ook bereikbaar moeten zijn voor degenen, die de normale basisopleiding en een stafopleiding hebben genoten. Deze functies zijn de volgende:

A. Adviserende, coördinerende en researchfuncties bij overheid en overkoepelende organisaties

- verpleegkundige in algemene dienst bij landelijke particuliere organisaties en bij de rijksoverheid.

B. Functies bij de opleidingen

1. directrice van school voor verplegenden
2. hoofd van de opleidingen
3. directrice internaat voor opleiding van kraamverzorgsters
4. stafdocente, o.m. aan hogere scholen voor verplegenden, stafopleidingen, opleidingen voor maatschappelijke gezondheidszorg
5. docent-verpleegkundige, o.m. voor opleiding diploma's A, B en ziekenverzorging
6. superviserend verpleegkundige t.b.v. begeleiding methodiekstage in de maatschappelijke gezondheidszorg.

C. Functies in de intramurale zorg

(algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor zwakzinnigen, enz.)

1. (adjunct) directrice
2. hoofdverpleegkundige
3. 1e verpleegkundige
4. gespecialiseerd verpleegkundige
5. bijzondere functies, randfuncties (hostess, sociotherapeut, verplegende voor maatschappelijk ziekenhuiswerk).

D. Functies in de extramurale zorg

(ambulante gezondheidszorg)

1. verpleegkundige in algemene dienst van provinciale organisaties
2. districtsverpleegkundige
3. hoofdwijkverpleegkundige
4. hoofdverpleegkundige G.G. en G.D.
5. leidster-docente kraamcentrum
6. sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

7. verpleegkundige maatschappelijke gezondheidszorg (wijkverpleging, bedrijfsverpleging, schoolverpleging)
8. bijzondere functies, randfuncties (verpleegkundige voor maatschappelijk ziekenhuiswerk).

Rapport werkgroep I

Aanbiedingsbrief van de Voorzitter van Werkgroep

Aan de Voorzitter
van de Commissie H.B.O. Verpleging

Betreft:
rapport werkgroep I

28 maart 1968

Bijgaand moge ik u het rapport van werkgroep I “Wat is verplegen” doen toekomen. De algemeenheid van de vraagstelling heeft het voor de werkgroep niet gemakkelijk gemaakt; het thans gereedgekomen rapport is het resultaat van zeer veel studies en gedachtenwisselingen van alle leden van de groep. Het rapport bevat geen pasklare antwoorden op eventuele vragen, vele aspecten vereisen nog een nadere uitwerking. De werkgroep heeft echter gemeend zijn werkzaamheden te moeten afronden om geen vertraging te veroorzaken ten aanzien van de opdracht van de plenaire werkgroep, die gericht is op een hogere beroepsopleiding in de verpleging.

Het studie-object had echter een wijdere strekking dan alleen de hogere beroepsopleiding en de leden van de werkgroep hebben als wens te kennen gegeven dit rapport in bredere kring te mogen verspreiden, niet zozeer wegens de inhoud van het rapport als zodanig, maar vooral op grond van de opgedane ervaring.

Aan de discussies is deelgenomen door “vogels van diverse pluimage”: de onderlinge gedachtenwisselingen hebben zeer verhelderend gewerkt, mede doordat vanuit meerdere disciplines en gezichtshoeken problemen werden besproken.

De werkgroep was van mening, dat het rapport een uitgangspunt kan vormen voor studies van anderen en als zodanig een nuttige functie kan vervullen.

De Voorzitter van Werkgroep I,
w.g. J.B. M. Veraart, zenuwarts

Rapport werkgroep I H BO-Verplegenden¹

Inhoud

- 1 **Instelling en opdracht van de werkgroep**
 - 1.1 Aanleiding tot de instelling van de werkgroep
 - 1.2 Inventarisatie van vraagpunten
 - 1.3 Samenstelling van de werkgroep
 - 1.4 Interpretatie van de opdracht
 - 1.5 Wat is verplegen?; begripsomschrijving
- 2 **Verplegen in nationaal en internationaal perspectief**
 - 2.1 Verplegen in historisch perspectief
 - 2.3 Verplegen in juridisch perspectief
 - 2.4 Verplegen in internationaal perspectief
- 3 **Verplegen, gezien vanuit verschillende gezichtshoeken**
 - 3.1 Kunde, wetenschap, verpleegkunde
 - 3.2 Het verplegen als beroepsuitoefening
 - 3.3 De verpleging als functie
- 4 **De welzijnszorg voor de mens in relatie tot de gezondheidszorg**
 - 4.1 De behoeften van de mens
 - 4.2 De behoeftenvoorziening, institutionalisering van de zorg
 - 4.3 Deskundigheid, afbakening van werkerterreinen
 - 4.4 Deskundigheid en stratificatie
- 5 **Herformulering van de vragen**
 - 5.1 Problemen, samenhangend met differentiatie en specialisatie
 - 5.2 Problemen, samenhangend met de regeling van het beroep
 - 5.3 Problemen, samenhangend met de opleidingsstructuur
- 6 **Wat is verplegen?**
 - 6.1 Verpleegkunde als wetenschap
 - 6.2 Verplegen als beroepsuitoefening
 - 6.3 Het verplegen in de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg
 - 6.4 Raakvlakken van de verpleging
 - 6.5 De verpleging, toekomstperspectief
- 7 **Conclusie**

Bijlage I: Vergelijkend overzicht opleidingsduur

Bijlage II: De code van de ethiek in de verpleging

¹ In dit rapport wordt niet de term “verplegenden” gebruikt, doch steeds gesproken van “verplegers”, waartoe dan worden gerekend zowel de verplegers als de verpleegsters. Ter goed begrip moge hier tevens worden vermeld. dat in deze nota onder “Hogere Beroepsopleiding” wordt verstaan een basisopleiding in de verpleging, aansluitend op een algemene vorming van tenminste het niveau HAVO, als omschreven in de Wet op het Voortgezet Onderwijs.

1. Instelling en opdracht van de werkgroep

1.1. Aanleiding tot de instelling van de werkgroep

Op 27 oktober 1966 vond onder leiding van de toenmalige directeur-generaal van de Volksgezondheid een gesprek plaats over de opleiding van verplegers, op verzoek van de Contactcommissie van de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland en de Katholieke Vereniging voor behandeling en verpleging van Geestelijk Gestoorden. Mede aanleiding hiertoe was een publikatie van de gezamenlijke examencommissies over de opleiding in de verpleegkunde. Een fundamentele bezinning over het opleidingsbeleid werd door alle aanwezigen op die bespreking noodzakelijk geacht, gezien een groot aantal punten, waarover onvoldoende meningsvorming tot stand is kunnen komen.

In deze zelfde periode was een discussie op gang gekomen over de wenselijkheid van een hogere beroepsopleiding voor verplegers. In een hierover gehouden vergadering onder leiding van de directeur Gezondheidszorg op 24 november 1966 bleek eveneens de behoefte aanwezig aan een meer fundamentele bezinning over het begrip “verpleging”.

In het kader van de Commissie Hogere Beroepsopleiding voor verpleging werd dan ook besloten een aantal werkgroepen in te stellen ter voorbereiding van de discussies hierover. Eén van deze werkgroepen werd belast met een studie over “wat is verplegen”.

1.2. Inventarisatie van vraagpunten

De hierboven geschetste behoefte aan een meer fundamentele bezinning over dit vraagpunt laat zich wellicht het beste illustreren door een opsomming van een aantal discussiepunten uit genoemde vergaderingen:

1. Moet er gestreefd worden naar een algemeen basisdiploma voor verpleger?
2. Is Z-verplegen werkelijk “verplegen”; moet uit onder de werking van de wet gebracht worden?
3. Hoe is de relatie verpleger-verzorger?
4. En de relatie verpleger-pedagoog?
5. Welke normen van verplegen zijn er, welke eisen moeten aan de verpleging worden gesteld, wat is gemeenschappelijk in dit verplegen?
6. Dient de verpleegopleiding ingepast te worden in het systeem van de Wet Voortgezet Onderwijs?
7. Moet B een afspiegeling van A zijn? Is de “grond” voor A en B dezelfde? Is een gemeenschappelijke basis mogelijk/wenselijk?
8. Hoe ontwikkelt zich het beroepsbeeld van de verpleger?
9. Is de differentiatie naar niveau wenselijk en mogelijk?
10. Moet het beroepsbeeld of moeten de geïnstitutionaliseerde functies uitgangspunt zijn bij de opleiding?
11. Moeten ook aantekeningen op het B-diploma mogelijk zijn?
12. Welke functies moeten voorbehouden blijven aan verplegers; in welk geval is het verantwoord of gewenst gespecialiseerde krachten in te schakelen?
13. Moet de opleiding tot ziekenverzorg(st)er gesplitst worden in een A- B- en Z-opleiding?
14. Wat is de taak van de ziekenhuizen t.a.v. de opleidingen, moeten zij ook opleiden voor functies buiten het ziekenhuis; is dit voor de ambulante gezondheidszorg een bevredigende situatie?

15. Is het beroepsbeeld en de inrichting van de opleiding dusdanig, dat ook de mannelijke leerling alle kansen krijgt?
16. Hoe staat het met de doorstromingsmogelijkheden?
17. Moet er een universitaire opleiding voor verplegenden komen; wat houdt deze dan in?

1.3. Samenstelling van de werkgroep

De werkgroep stond onder leiding van de heer J.B.M. Veraart, Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid, het secretariaat berustte bij mejuffrouw E.I. Weyland.

Verder werd aan de discussies deelgenomen door:

C. de Bruijn (Ned. Chr. Bond van overheidspersoneel, groep Volksgezondheid),
Mej. M. van Driel Krol (verpleegster in algemene dienst van de Ned. Vereniging v. Verpleegkundigen),
Drs. A.M.C. Emich (Directoraat-Generaal Volksgezondheid),
Dr. C.A. Graafland (Geneesheer-Directeur St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem),
Dr. D. Jacobs, arts (Geneesheer-Directeur van het Ned. Herv. Psychiatrisch Centrum "Zon en Schild" en "Hebron" te Amersfoort en van het Ned. Herv. Psych. Ziekenhuis voor Bejaarden "Oranje Nassau's Oord" te Renkum),
J. v. d. Kluit, arts (Geneeskundige Hoofdinspectie Volksgezondheid),
Dr. A.C. Lit (Geneesheer-Directeur Chr. Sanatorium voor Neurosen en Psychosen te Zeist),
Dr. H. Loois (Geneesheer-Directeur Psychiatrische Inrichting Willem Arntzhuis te Utrecht),
H. Piers (Docent-verpleegkundige Psych. Inrichting "Licht en Kracht" te Assen),
Mej. C. Slotboom (Verpleegster bij de Geneeskundige Hoofdinspectie Volksgezondheid),
J. Veerman, arts (Geneesheer-Directeur van de Inrichting voor Zwakzinnigen "Groot Schuylenburg" te Apeldoorn),
Mej. C.A.M. Verbeek (Adj.-Directrice Seminarium voor Praktische Gezondheidszorg te Utrecht),
Dr. R. Zijlstra (Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid).

1.4. Interpretatie van de opdracht

De aan de werkgroep verstrekte opdracht was vrij algemeen en weinig concreet. Een antwoord op een vraag "wat is verplegen" kan niet beperkt worden tot een definitie. De in par. 1.2. opgenomen lijst van vraagpunten toont ruimschoots aan, dat vele concrete aspecten om een zeer concreet antwoord vragen, doch voor een verantwoorde besluitvorming is overeenstemming nodig omtrent de uitgangsprincipes. De werkgroep heeft het niet tot zijn taak gerekend pasklare antwoorden te geven op de gestelde vragen, doch een werkstuk opgesteld, dat een nader reliëf kan geven aan deze vragen.

Het rapport bestaat uit 7 hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk behandelt de instelling, opdracht en werkwijze van de werkgroep. De hoofdstukken 2, 3 en 4 geven een inventarisatie en nadere analyse van verplegen als maatschappelijk fenomeen. In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van het verplegen in historisch-juridisch perspectief met tevens de internationale aspecten. Het vormt een documentatie van het huidige verplegen.

In het derde hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van het maatschappelijk verschijnsel "verplegen" vanuit het wetenschapsbegrip, vanuit de dimensie van de beroepsuitoefening en vanuit het functioneren van de gezondheidszorg als geheel.

Deze gezondheidszorg vormt een deel van de totale welzijn,zorg voor de mens. In hoofdstuk 4 is dit aspect nader bestudeerd.

Na deze terreinverkenning wordt in hoofdstuk 5 teruggekeerd tot de vraagstelling als opgenomen in het eerste hoofdstuk.

Hoofdstuk 6 vormt een samenvatting onder de titel “Wat is verplegen”, terwijl tenslotte in hoofdstuk 7 een tweetal conclusies werden geformuleerd en toegelicht. De werkgroep is er zich van bewust, dat deze studie niet meer is dan een nadere oriëntering, een verzameling van bouwstenen, die wellicht een bijdrage vormen voor een vruchtbare discussie.

1.5. Wat is verplegen?

In de vakliteratuur wordt meestal gebruik gemaakt van het antwoord, gegeven door V. Henderson in haar publikatie “Basic principles of nursing care” op deze vraag. Deze omschrijving luidt:

“De individu, ziek of gezond, bij te staan in het volbrengen van die activiteiten, die bijdragen tot gezondheid of herstel (of te helpen vredig te sterven, wanneer geen herstel meer mogelijk is), die deze individu zonder hulp zou kunnen verrichten, als hij de nodige kracht, het nodige wilsvermogen en de nodige kennis daartoe bezat. De verpleger dient dit te doen op zulk een wijze, dat de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk wordt”.

In meer algemene termen is deze omschrijving door de werkgroep als volgt samen gevat:

“Verplegen is het systematisch begeleiden van een individu, gehandicapt danwel bedreigd door een stoornis, met als doel dat deze mens onder optimale conditie kan functioneren”.

Onder stoornis wordt hier verstaan een somatisch en/ of psychische situatie, al dan niet beïnvloed door sociale omstandigheden, die het individu verhindert als “normaal” mens in zijn behoeften te voorzien. Hieronder vallen niet de zuiver sociale, ethische en culturele behoeftenstoornissen. Evenmin valt hieronder het opheffen van de stoornis zelf, wel het begeleiden van de patiënt gedurende het proces, waarin de stoornis wordt opgeheven. Onderkend wordt, dat in bepaalde situaties de verpleegtaak wordt uitgeoefend in combinatie met sociale, ethische en morele doelstellingen; deze verbrede doelstellingen kunnen echter niet met het verplegen vereenzelvigd worden.

De verpleging is gericht op een optimaal functioneren; dit houdt derhalve *primair* in: het bieden van “bijstand” aan het individu om optimaal in zijn gehele scala van behoeften te kunnen voorzien en het nemen van die maatregelen, die een potentiële stoornis kunnen voorkomen.

Dit houdt *secundair* in: het participeren in de medische behandeling van de patiënt, in die zin, dat de verpleging zorgt voor een optimale situatie, voor een effectieve medische behandeling. Dit houdt tevens in: in paramedische zin participeren in de therapie in die gevallen, waarin het “begeleiden” een therapeutisch effect met zich kan brengen.

De hier gegeven opvatting over wat de werkgroep verstaat onder “wat is verplegen” wordt in het navolgende verder uitgewerkt en toegelicht. In hoofdstuk zes zal dan opnieuw worden teruggekomen op deze centrale vraagstelling.

2. Verplegen in nationaal en internationaal perspectief

2.1 Verplegen in historisch perspectief

Voor dit rapport kan voor de historische ontwikkeling van de verpleging volstaan worden met te verwijzen naar het hoofdstuk “De Mensen” en daarvan speciaal de paragraaf “Verpleging” van het boek “Godshuizen en Gasthuizen” van Prof. Dr. A. Querido.

Het Reveil van de verpleging in de 19e eeuw, door het werk van Th. Fliedner in Duitsland en Florence Nightingale in Engeland, wordt door de schrijver duidelijk beschreven, alsmede de invloeden, die verder nog hun stempel hebben gedrukt op het moderne beroep van de verpleger (emancipatie, ontwikkeling der geneeskunde). Letterlijk schrijft Prof. Querido o.m.:

“De moderne verpleging is gebaseerd op de nuchtere waarneming en de juiste waardering van feitelijkheden, waarbij de behoeften van de patiënt centraal worden gesteld.

De geneeskunde in de 19e eeuw kreeg een natuurwetenschappelijke basis, die de medicus leerde denken in diagnostische begrippen, in ziekte-eenheden, die met exacte methoden afgegrensd en bevestigd moesten worden. De kunst was in de zieke mens de ziekte te isoleren en te concretiseren. Deze instelling is van generatie tot generatie, van leermeester op student overgedragen en sloot ieder begrip voor de zieke mens in zijn totaliteit uit. De student leerde niets omtrent het wezen van de patiënt en zo kon hij niet beseffen, dat er nog andere kanten zijn aan de zieke dan de afwijkingen aan de organen, die hij leerde bestuderen. Bij de jonge arts ontbrak ten enen male het begrip, dat er behoeften bestonden bij de zieke en dus functies te vervullen waren, die niet door de arts werden verricht, zodat er geen plaats was voor de verpleegster naast de arts. De verpleegster werd een rad in de medische machine, niet iemand met een zelfstandige taak; de verpleging werd niet nevensgeschikt, maar ondergeschikt aan de geneeskunst tot nadeel van beide.

De crisis, die op het ogenblik het vraagstuk van de verpleging beheerst – het tekort aan verpleegkundig personeel – is gedeeltelijk een conjunctuurverschijnsel, veroorzaakt door een krappe arbeidsmarkt en een hoog niveau van welvaart, maar is in hoofdzaak de consequentie van de wijze waarop de moderne verpleegstersfiguur is ontstaan. Daarom is het niet onwaarschijnlijk, dat alleen een herziening van de grondslagen van het verpleegstersberoep en van de positie van verpleegster een radicale oplossing zal kunnen geven”.

In Nederland werden in de laatste decennia van de vorige eeuw vrouwen opgewekt zich aan het werk der ziekenverpleging te wijden, teneinde in de onmenselijke toestanden in de ziekenverpleging verbetering te brengen. Aan opleiding en arbeidsvoorwaarden werd vooreerst nog niet gedacht, totdat de Noordhollandse vereniging Het Witte Kruis, opgericht door de Geneeskundige Raad van Noord-Holland in 1874, als waarborg voor een goede uitvoering van de Wet op besmettelijke ziekten, zich afvroeg of als middel ter bereiking van haar doel, nl. afwering van epidemieën, misschien cursorisch opgeleide vrouwen uit de beschaafde stand als uitwonende verpleegsters het inwonend gasthuis personeel zouden kunnen aanvullen en op hoger peil brengen. De overweging van deze vraag leidde tot de instelling van een commissie voor de opleiding van ziekenverpleegsters.

Op 28 oktober 1878 werd als afdeling van de Noordhollandse vereniging Het Witte Kruis de *Vereniging*

voor *Ziekenverpleging* opgericht. Met de opleiding van beroepsverplegers werd een begin gemaakt; een theoretische cursus werd gegeven door Dr. G. Waller, terwijl Dr. Thijs, en, als directeur der beide Amsterdamse gasthuizen, zich bereid verklaarde de gasthuizen beschikbaar te stellen voor praktische oefening.

Namen van Jeltje de Bosch Kemper en Anna Reynvaan mogen hier niet ongenoemd blijven. In de door hen in 1893 opgerichte Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging werden in een commissie van pre-advies de wensen voor opleiding geformuleerd. Toen deze bond levensvatbaar bleek, heeft Het Witte Kruis de verantwoordelijkheid voor de opleiding overgedragen aan deze bond. In 1915 nam de bond 80% van alle examens af, dat wil zeggen, dat zijn gedelegeerden op verzoek van de ziekenhuizen aanwezig waren bij het examen. Daarnaast bestonden ook enkele andere examencommissies van ziekenhuizen en de beroepsorganisatie Nosokomos.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie nam vanaf 1892 reed examens af in de krankzinnigenverpleging.

2.2. Verplegen in juridisch perspectief

Op 24 september 1907 zond de Nederlandse Vereniging tot Bevordering van de belangen van verpleegsters en verplegers Nosokomos een adres aan Z.E. de Minister van Binnenlandse Zaken, vergezeld van een Memorie van Toelichting, waarin gezegd wordt:

“dat het meer en meer wenselijk blijkt, dat ook verpleegsters en verplegers voor eene daarvoor bevoegde en door den Staat aangestelde commissie blijf geven eene voldoende opleiding te hebben genoten, zodat het diploma, dat na afgelegd examen wordt uitgereikt, aan het publiek een zekeren waarborg geeft van de kennis en bekwaamheid van de geëxamineerden, terwijl het niet-bezitten van zulk een Staatsdiploma onbevoegden moet beletten zich als verpleegster of verpleger uit te geven”.

In de Memorie van Toelichting wijst men er o.m. op, dat reeds in 1892 door dr. W. P. Ruijsch (Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid van 1902-1912) in een voordracht over “De eisen aan de aspirant-verpleegsters en verplegers te stellen”, de stelling werd verdedigd, dat het wenselijk was deze wensen bij de wet te regelen: Nosokomos zond ook een adres aan de Tweede Kamer der Staten Generaal en naar aanleiding van deze beide adressen zonden de Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging, de Vereniging tot Bevordering der R.K. Ziekenverpleging en de Nederlandse Verplegers-vakvereniging eveneens een adres aan de Minister van Binnenlandse Zaken. Deze adressen werden door de Minister ter hand gesteld aan de Centrale Gezondheidsraad, die een commissie van pre-advies instelde. Deze commissie hoorde diverse deskundigen en stelde een enquête in de opleidingsinrichtingen, zowel voor algemene ziekenverpleging als voor krankzinnigenverpleging.

Van dit onderzoek werd in 1911 door de Centrale Gezondheidsraad een uitvoerig rapport aan de Minister uitgebracht, dat op verzoek van de Raad is gepubliceerd.

Ook van de zijde van de vereniging van Psychiatrie en Neurologie werd een commissie ingesteld om in studie te nemen het vraagstuk of het wenselijk is, dat door deze vereniging stappen gedaan worden om te verkrijgen dat een algemeen staatsexamen voor krankzinnigenverpleging wordt ingesteld (rapport 1908). In de jaren tot 1920 was bij overheid, volksvertegenwoordiging, beroepsorganisaties en andere

organisaties, werkzaam op het terrein van de verpleegkundige zorg, dit probleem onderwerp van studie en overleg.

Bij de staatsbegroting in 1920 werd de belofte gedaan, dat de nodige wettelijke regelingen ter bescherming van diploma en titel van ziekenverpleger en ziekenverpleegster zullen worden voorbereid.

In september 1920 wordt het ontwerp van Wet tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging aan de Tweede Kamer der Staten Generaal aangeboden.

Op 16 maart 1921 wordt de wet aangenomen en bij Koninklijk Besluit van 6 december 1923 wordt bepaald, dat deze op 1 januari 1924 in werking zal treden. Zo komt een wettelijke regeling tot stand, gebaseerd op een onderzoek dat in de jaren 1907-1911 plaatsvond.

Wet op de Ziekenverpleging

De wet op de ziekenverpleging is een raamwet met slechts twaalf artikelen, waarin titel, diploma, onderscheidingsteken, register worden gewaarborgd. De uitvoeringsvoorschriften van de wet zijn in Koninklijke Besluiten en Ministeriële beschikkingen geregeld.

De opleiding tot verpleger moet worden gegeven in door de Minister erkende ziekenhuizen, waar voor een geregelde theoretische en praktische opleiding wordt zorggedragen door of vanwege een, in overleg met de betrokken inspecteur, voor de opleiding verantwoordelijk gesteld persoon.

De regeling *opleiding verplegenden voor diploma A* is laatstelijk vastgelegd in een ministeriële beschikking van 23 september 1966, die is ingegaan per 1 januari 1967. Hierbij werd afdeling I van de ministeriële beschikking, die daarvóór gold, van 2/6 december 1929, ingetrokken, met dien verstande, dat leerlingen, die vóór 1 januari 1967 aan de opleiding zijn begonnen, tot een nader door de minister te bepalen datum nog examen kunnen doen volgens de oude regeling.

De regeling *opleiding verplegenden voor diploma B* is nog steeds geregeld bij afdeling II van de ministeriële beschikking van 2/6 december 1929, doch ook hier is men bezig om een nieuwe regeling voor te bereiden,

Merkwaardig is, dat in artikel 31 van afdeling II van de beschikking 1929, dus regelende de opleiding voor het diploma B, staat, dat de geëxamineerde pas het diploma mag ondertekenen, nadat hij een *belofte tot geheimhouding* heeft afgelegd. Nóch in de beschikking van 1929, noch in die van 1966 staat een dergelijk artikel. Wel is thans in het praktijk- en rapportenboekje (bijlage bij de beschikking van 1961) de tekst van de belofte afgedrukt met de mededeling, dat deze moet worden afgelegd bij het in ontvangst nemen van het diploma A.

Nergens staat, dat, wanneer men eenmaal deze belofte heeft afgelegd (iemand, die tweede diploma haalt), deze niet nogmaals behoeft af te leggen.

Wetten betreffende uitoefening der geneeskunst

In de wet is dus geen artikel over de belofte opgenomen, Dit in tegenstelling tot artikel 21 van de Wet d.d. 25 december 1878, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouwen apothekersbediende, waarin staat:

“Zij, die voldaan hebben bij het examen als arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw of apothekersassistent, leggen, voordat zij als zodanig worden toegelaten in handen van den voorzitter

der examinerende faculteit of commissie den volgenden eed (of belofte) af: “Ik zweer (beloof), dat ik de genees-, heel- en verlos- (tandheel-, artsenijbereid-, verlos-) kunst volgens de daarop wettelijk vastgestelde bepalingen, naar mijn beste weten en vermogen zal uitoefenen en dat ik aan niemand zal openbaren wat in die uitoefening als geheim mij is toevertrouwd of te mijner kennis is gekomen, tenzij mijne verklaring, als getuige of deskundige in regten, gevorderd of ik anderszins tot het geven van mededeling door de wet verplicht worde. Zoo waarlijk helpe mij God Almachtig! (Dat beloof ik”).”

De tekst van de belofte, die in het praktijk- en rapportenboekje voor de opleiding diploma A is afgedrukt, luidt:

“Ik beloof geheim te zullen houden al wat mij bij de uitoefening van het beroep als verpleegster/verpleger als geheim is toevertrouwd of te mijner kennis is gekomen”.

Ter vergelijking kan hier genoemd worden, dat in Frankrijk in de Code de la Santé Publique (livre IV, titre 11, chapitre 11) art. 481 luidt:

“Les infirmiers ou infirmières et les élèves des écoles préparant à l'exercice de la profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées à l'article 378 du code pénal”.

In artikel 378 staat, dat ieder, die in de gezondheidszorg werkzaam is, geheim moet houden wat hem/ haar door de uitoefening van het beroep ter kennis is gekomen, tenzij de wet anders eist. Op het niet naleven van deze eis tot geheimhouding staat gevangenisstraf of boete.

Tuchtwet

In Nederland kennen wij een Medische Tuchtwet, waaronder de artsen, tandartsen, vroedvrouwen en apothekers vallen.

Het is mogelijk, dat de arts de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep ontzegd wordt.

In Nederland bestaat voor verplegenden een eenmalige diplomaregistratie. Het is niet mogelijk, zoals b.v. in Engeland waar men het systeem van een jaarlijkse registratie hanteert, dat een verpleger uit het register geschrapt wordt.

Arbeidswet

Voor de arbeid in de verplegingsinrichtingen vallen de verplegers en de leerlingverplegers onder het *verplegingsbesluit*, dat als bijlage van de arbeidswet de *arbeidstijden* in de verpleeginrichtingen reglementeert.

In Nederland valt het accent bij de opleiding tot verplegen geheel op de *interne bedrijfsopleiding*. Dit houdt in, dat de leerling werknemer is op basis van een arbeidsovereenkomst. Als zodanig valt hij onder de bepalingen van het *arbeidsrecht* en het *sociale verzekeringsrecht*. Alle rechten en plichten vloeien uit de gesloten arbeidsovereenkomst voort. Daar het de bedoeling is, dat de leerling wordt opgeleid voor een

diploma ziekenverpleging, moet de opleiding een overeenkomst in de arbeidsvoorwaarde zijn. De juridische aspecten van het verpleegkundig beroep bepalen in belangrijke mate de status van het beroep mede.

2.3. Verplegen in internationaal perspectief

Langzamerhand wordt over de gehele wereld de verpleegkundige dienstverlening gezien als een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg, dat niet meer los gezien kan worden van andere takken van dienstverlening in de totale gezondheidszorg. De toeneming van de wereldbevolking, de ontwikkeling van wetenschappen en techniek en de grotere communicatiemogelijkheden hebben een uitbreiding van de gezondheidszorg nodig en mogelijk gemaakt. Het beroep van verpleger kent men over de gehele wereld en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelde in 1956 een definitie van de verpleger op, die alom erkend is. Ook in Nederland ging men van deze definitie uit bij de opstelling van het rapport van de Voorlopige Verplegings Raad, dat als grondslag diende voor de nieuwe beschikking A-opleiding. Deze definitie van de WHO is eigenlijk een algemene taakomschrijving van de verpleger in 5 punten, die luiden:

1. Het deskundig verplegen van zieken en invaliden;
2. Het geven van onderricht of raad op het gebied van de gezondheidszorg aan patiënten en gezinnen thuis, in ziekenhuizen, op scholen of in bedrijven;
3. Het nauwkeurig waarnemen van lichamelijke en geestestoestanden en voorwaarden, welke van belang zijn voor het vraagstuk van de gezondheidszorg en het mededelen van deze waarnemingen aan andere leden van het bij de zorg voor de patiënt betrokken team;
4. Het selecteren, opleiden en leidinggeven aan hulpkrachten, die nodig zijn voor de vervulling van de verpleegkundige diensten in het ziekenhuis en daarbuiten. Dit bevat ook het bepalen van de verpleegkundige zorg, die een patiënt behoeft en het aanwijzen van personeel overeenkomstig de behoeften van die patiënt op een gegeven ogenblik.
5. Het deelnemen, samen met andere leden van het team, aan het analyseren van de behoeften in verband met de gezondheidszorg, het bepalen van de diensten, welke nodig zijn en het opstellen van plannen voor de opbouw en uitbreiding van die takken van dienst.

In 1965 stelde de *International Council of Nurses* (ICN), nadat een uitgebreid onderzoek over de gehele wereld had plaatsgehad, een internationaal erkende definitie van de verpleegkundige vast:

“De verpleegkundige is diegene, die een volledige basisopleiding tot verpleger heeft genoten en in eigen land bevoegd en gerechtigd is om de meest verantwoorde verpleegkundige zorg te verlenen ter bevordering van de gezondheid, het voorkomen van ziekte en de zorg voor de zieke mens. Een basisopleiding voor verpleger is een vastgesteld opleidingsprogramma, dat voorziet in een brede en solide basis voor de uitoefening van de praktijk der verpleegkundige dienstverlening en voor voortgezette verpleegkundige opleidingen”.

De International Labour Organization (ILO) heeft in 1960 een rapport uitgegeven over de arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden van verplegen, over de gehele wereld. Het rapport steunt

op een enquête, die gehouden is met medewerking van de internationale beroeps- en vakorganisaties, waarbij verplegers zijn aangesloten. De ILO stelde in 1958 ten behoeve van volkstellingen etc. standaardomschrijvingen van beroepen vast, waaronder ook de verplegers. In deze omschrijving worden ook de verpleegkundige handelingen genoemd:

“Nurse, Professional (General). Provides Professional nursing care for the sick, the injured or the infirm, assists physicians and performs other nursing tasks in hospital, clinic, sanatorium or other medical establishment for the treatment of various kinds of mental and physical disorders, helps patients to become adjusted to place of treatment; prepares instruments and equipment for use by physicians; administers drugs, medicines and injections, applies and changes surgical dressings and gives other forms of therapeutic treatment as prescribed by physicians; observes, measures and records body temperature, rate of respiration, pulse beat and other symptoms; notes mental conditions of patients and reports on symptoms such as depression; encourages patients to participate in social, educational, diversional and other activities, which help to restore health; bathes, massages, feeds and otherwise attends seriously ill patients; assists and instructs in use of artificial limbs and other orthopaedic aids; tends women during childbirth; gives first-aid treatment in emergencies. May assist in research into nursing practices. May take charge of and direct assistant nurses”.

De ILO onderscheidt naast deze “general nurse” nog “gespecialiseerde” verplegers, met de navolgende omschrijving:

“Nurse, Professional (Specialised). Specialises in a particular type of professional nursing in a hospital, clinic, sanatorium or similar medical establishment. Performs tasks similar to those of Nurse, professional, general, but specialises in a particular branch of nursing, such as obstetric, orthopedic, pediatric or psychiatric nursing, or in a particular tasks such as giving anaesthetics or assisting surgeons during operations”.

In het rapport van de ILO komt naar voren, dat in de verpleging, evenals in de geneeskunde, veel afhangt van de kennis en ervaring, die van het ene land overkomt naar het andere.

De WHO, de Rockefeller Foundation en een aantal andere instellingen hebben beurzen beschikbaar gesteld voor verplegers om in het buitenland te studeren. Vanaf 1949 heeft de ICN een programma opgesteld om de mogelijkheid te openen enige tijd als verpleger in het buitenland te werken. Verder komt de emigratie van verplegers naar andere landen steeds meer voor.

Binnen Europa wordt zowel in de Raad van Europa als in de EEG reeds jaren de mogelijkheid bestudeerd om te komen tot een onderlinge erkenning van het diploma en de titel van de verpleger. Het statuut van de EEG, het Verdrag van Rome van 1957, stelt vast, dat gekomen moet worden tot een vrije uitwisseling van diensten, waartoe ook de verpleegkundige diensten worden gerekend. “Teneinde de toegang tot de werkzaamheden en de uitoefening daarvan te vergemakkelijken, stelt de Raad richtlijnen vast inzake de onderlinge erkenning van diploma's, certificaten en andere titels”.

In de Raad van Europa heeft een commissie van deskundigen een rapport opgesteld over de

minimum-eisen, die aan de opleiding tot verpleger gesteld moeten worden om te komen tot een erkenning van de nationale diploma's, zodat binnen de landen van de Raad van Europa een vrije uitwisseling van verpleegkundige dienstverlening mogelijk is.

Dit rapport is door de Raad van Ministers aanvaard en op grond hiervan is thans een overeenkomst opgesteld, die aan de regeringen ter tekening is toegezonden. Voor Nederland zal het nog niet mogelijk zijn deze overeenkomst te tekenen, daar wij niet kunnen voldoen aan de minimum-eisen, zoals deze door de Raad van Europa worden gesteld, hetgeen bijgevoegd staatje duidelijk maakt (zie bijlage 1). Wanneer drie landen deze overeenkomst hebben getekend, dan gaat voor deze landen drie maanden na tekening de overeenkomst in.

In vele landen ziet men de opleiding tot verpleger als een beroepsopleiding, waarvoor speciale daarop gerichte onderwijsinstituten, die een nauwe relatie hebben met ziekenhuizen, waar de praktijkopleiding en -ervaring moet plaats hebben, noodzakelijk zijn.

De opleiding is in deze eeuw gegroeid van:

een praktijkervaring als werkkraft in het ziekenhuis: waarnaast een weinig theoretische kennis werd gegeven, tot:

een gerichte theoretische basisopleiding waarop een vanuit het onderwijsinstituut begeleide praktijk als integraal onderdeel van de opleiding wordt gezien en georganiseerd.

Deze groei is in het ene land sneller gegaan dan in het andere, mede afhankelijk van bestaande traditie en van culturele en sociale ontwikkelingen.

Zo ziet men de verschillende opleidingsvormen in sommige landen ook nog naast elkaar bestaan.

Een vergelijking van de westeuropese, de scandinavische en noordamerikaanse landen zal dit duidelijk maken voor westeuropese landen (zie bijlage I).

Over de gehele wereld zijn verplegers ingeschakeld in de totale gezondheidszorg. hetgeen specialistische opleidingen na de basisopleiding noodzakelijk heeft gemaakt.

3. Verplegen, gezien vanuit verschillende gezichtshoeken

In dit hoofdstuk zal het begrip “verplegen” worden benaderd vanuit drie te onderscheiden invalshoeken. In 3.1. zal “verplegen” gezien worden vanuit het wetenschapsbegrip, als systematisch verzamelde kennis van een object. Vooral zal hierin de relatie worden nagegaan ten opzichte van de meest verwante kennisgebieden, te weten de medische en sociale wetenschappen. In 3.2. zal de beroepsuitoefening centraal worden gesteld en ingegaan worden op het beroepsbeeld van de verpleger. Tenslotte zal in 3.3. “verplegen” behandeld worden als een functie in het totale veld van de gezondheidszorg.

3.1. Kunde, wetenschap, verpleegkunde

3.1.1. Het wetenschapsbegrip

Van oudsher is het wetenschapsbegrip een standaard-onderwerp in de filosofie geweest. Er zijn in de loop der tijden talloze pogingen gedaan om tot een classificatie van wetenschappen te komen, alle zijn even zovele malen aangevochten. Het ligt niet in de bedoeling in het kader van dit rapport hieraan een uitgebreide studie ten grondslag te leggen; voor een nadere plaatsing van het “verplegen” is echter nuttig

erop te wijzen, dat de theorie van Aristoteles hieromtrent nog steeds van invloed is. Aristoteles onderscheidde de wetenschappen in:¹

- theoretische wetenschappen (b.v. anatomie, natuurkunde, wiskunde, metafysica). Binnen deze theoretische wetenschappen wordt dan een onderscheid gemaakt tussen de wijsbegeerte en de positieve wetenschappen, waarbij elke positieve wetenschap een wijsgerig component heeft;
- praktische wetenschappen, niet, zoals de theoretische, gericht op het zijnde, op de logos, doch gericht op een doel. Deze categorie wordt dan weer onderscheiden in:
 - gericht op het (immanente) handelen, veelal met normatief karakter (ethiek economie, politiek) en
 - gericht op het voort te brengen werk.

Het is met name in deze laatste sfeer, dat zich de ervaring, via kunst tot kunde, tot wetenschap heeft ontwikkeld. Nauw met deze laatste ontwikkeling verbonden is het losmaken van directe praktisch te verwezenlijken, veelal sociaal gerichte, doelstellingen, om te komen van technè tot epistèmè, van kunde naar wetenschap.²

Wat de verpleging betreft is een discussie over het evolueren van kunde naar wetenschap nog nauwelijks relevant; op dit terrein is voornamelijk de discussie gericht op de samenhang tussen kunst en kunde, met name de vraag of een meer systematisch wetenschappelijke benadering van deze “kunst” – derhalve een bestudering als “kunde” – gewenst en mogelijk is. Uiteraard zal ook in dit verband de geciteerde uitspraak van Kuypers opgeld doen. Met name in het zo praktisch gerichte veld van de functionele gezondheidszorg heeft men toch primair belangstelling voor een effectieve “kunst”-beoefening. Dat de beroepsbeoefenaren een meer systematische benadering van hun “kunst” nastreven. ligt eveneens voor de hand. Een en ander zal hieronder verder worden uitgewerkt.

Voorafgaande aan deze oriëntering zal echter eerst een nadere afbakening gegeven dienen te worden van die wetenschappelijke sectoren, die de verpleegfunctie direct (kunnen) beïnvloeden.

Wanneer als werkhypothese voor “verplegen” wordt uitgegaan van “specifieke activiteiten, gericht op de zorg voor de zieke of in gezondheid bedreigde mens”, dan ligt het voor de hand, dat, uitgaande van het object, aansluiting wordt gezocht bij de medische wetenschappen en uitgaande van methoden wordt aangesloten bij de medische en sociale wetenschappen.

3.1.2. De medische en de sociale wetenschappen

Wat men de *medische* wetenschap noemt, is formeel – volgens het academisch statuut – de faculteit der *geneeskunde*, die een studierichting kent “geneeskunde (artsenstudie) naast de tandheelkunde. In deze benaming verraadt zich de tweeslachtige doelstelling van het wetenschappelijk onderwijs:

Artikel 1. Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs:

Wetenschappelijk onderwijs omvat de vorming tot zelfstandige beoefening der wetenschap en de voorbereiding tot het bekleden van maatschappelijke betrekkingen, waarvoor een wetenschappelijke opleiding vereist is of dienstig kan zijn en ...”.’

¹ Ontleend aan Inleiding tot de Wijsbegeerte door dr. J.H.E. Hogveld (I en II), Utrecht, 1944.

² Wetenschap en kunde: Openbare les van dr. K Kuypers, Utrecht, 1951, pag. 17.

In artikel 2 wordt overigens – naar oud-Griekse traditie! – weer gestipuleerd, dat de universiteiten in ieder geval beogen, naast het geven van onderwijs, de beoefening der wetenschap.

De splitsing tussen de meer wetenschappelijke “kunde” en de praktische “kunst” is terug te vinden in de splitsing tussen het theoretisch doctoraal en het praktisch artsexamen (art. 31 van het Academisch Statuut).

Een buitengewoon accent op het natuurwetenschappelijke karakter kan aan deze studie niet ontzegd worden. Bij de discussies van de laatste jaren over een wijziging van dit statuut is met name de lacune in de sociaal-wetenschappelijke dimensie aan de orde gesteld. De relatie beroepsbeoefenaar versus patiënt zou in geformaliseerde zin in dit statuut reeds tot uitdrukking moeten komen, met name bij de opleiding van de huisarts. De benadering van de mens, het ontmoetingsveld tussen mensen, is slechts sedert kort object van wetenschappelijke studie. Ook dit behoorde tot de “kunst”, die men al doende diende aan te leren en niet bestudeerd behoefde te worden of kon worden. Alhoewel bij de artsenopleiding in toenemende mate aandacht wordt geschonken aan de psychische en sociale factoren, is het juridische kader in het statuut (nog steeds) eenzijdig natuurwetenschappelijk bepaald.

Concluderend zou gesteld kunnen worden, dat de verpleegkunde qua object ondergebracht zou kunnen worden in de medische wetenschappen, doch de historisch gegroeide formalisering van deze medische wetenschappen, met een eenzijdig accent op de natuurwetenschappen, biedt ten aanzien van de methodologische aspecten weinig uitkomst. De faculteit der *sociale wetenschappen* kent subfaculteiten in

- a. de westerse sociologie, de niet-westerse sociologie en culturele anthropologie;
- b. de psychologie; en
- c. de opvoedkunde.

Met name onder b. en c. treft men examenvakken aan (als fysiologie, opvoedkunde van het normale en psychisch defecte kind), die – in ieder geval methodologisch – van betekenis kunnen zijn als aanvulling bij de bestudering van “verpleegkunde”.

Naast de zuiver wetenschappelijke studie van de sociale wetenschappen, heeft zich juist op dit terrein het onderwijsbestel meer pragmatisch georiënteerd. De “kunst” als studie-object voor de praktijkwerker is tot ontwikkeling gebracht in het kader van het beroepsonderwijs: in het verleden via leergangen en gespecialiseerde studies in het kader van het nijverheidsonderwijs; in het meer recente verleden via afzonderlijke “academies”.

Het is de bijdrage van deze instituties geweest, die de door Kuypers gesignaleerde kloof tussen kunde en wetenschap in het vlak van de sociale wetenschappen hebben overbrugd.

3.1.3. Verpleegkunde in relatie tot de medische en sociale wetenschappen

Na deze globale oriëntatie omtrent wetenschap in het algemeen en de medische en sociale wetenschappen in het bijzonder, weer terugkerende tot verplegen, kan de vraag gesteld worden: binnen welk kader zou een meer systematische bezinning op de inhoud van het verplegen – een evoluerende derhalve van kunst tot kunde dienen te geschieden?

De kengebieden van de medische wetenschappen vormen voor een belangrijk deel tevens kengebieden voor de verpleging. De inhoud van deze kengebieden is uiteraard niet identiek, doch al datgene wat kennis geeft omtrent wat in de medische wetenschappen als “ziek” wordt aangegeven, is eveneens van invloed op datgene wat als kennis moet dienen voor “verplegen van de zieke”.

De gerichtheid van de psycho-sociale kennis is echter anders. De medische wetenschap vervult de rol van fundamenteel onderzoek op het terrein van de natuurwetenschappelijke processen van het ziek-zijn (fysisch en psychisch) en de beïnvloeding van deze processen = therapie. De verpleegkunde heeft een kennis nodig van deze processen, teneinde een optimale situatie te realiseren. Hieraan zijn twee aspecten verbonden, t.w.:

- a. de medische functie: de waarneming tijdens het proces, signalering en (zo nodig) bijsturing en de therapeutische participatie, en
- b. de sociale functie: het proces – ten behoeve van de patiënt – te begeleiden, zodat de betrokkene in die situatie zich zo volledig mogelijk als mens zal blijven terugvinden.

Afhankelijk van de concrete werksituatie zal soms het eerste, soms het tweede extra geaccentueerd kunnen worden. Dit mag echter niet een scheiding tussen beide functie-elementen zijn, daar in dat geval de wezenskenmerken van het verplegen worden aangetast. Bij een systematische vakontwikkeling zullen beide aspecten bestudeerd moeten worden.

3.2. De verpleegkunde als beroepsuitoefening

3.2.1. Het begrip “beroep”

Een beroep is, volgens het Nederlands woordenboek van Van Dale: “Een maatschappelijke werkkring, waarvoor men de vereiste bekwaamheid en/ of bevoegdheid heeft verkregen”.

Alvorens het verplegen zich tot een beroep ontwikkelde, bestond het uit een dienst aan de naaste, van het zorgen voor de dagelijkse levensbehoeften van deze mens, die door zijn ziek-zijn hiertoe zelf niet in staat is.

Een kennis van de ziekte-oorzaken, ziekteverschijnselen en een gerichte aanpassing van de verpleging hieraan kwam hierbij nog niet ter sprake.

Op de ontwikkeling van de uitoefening van de verpleegkunst tot een beroep hebben in de 19e en 20e eeuw meerdere factoren invloed gehad:

- de emancipatie van de vrouw;
- de ontwikkeling van het inzicht dat:
 - a. een goede verpleging niet mogelijk was zonder daartoe opgeleid te zijn;
 - b. de geneeskunde minder tot zijn recht kwam zonder deskundige verpleging.

Florence Nightingale heeft met de instelling van de opleidingsschool aan het St. Thomas Hospital te Londen de stoot gegeven voor een gerichte opleiding. De grondslagen, zoals deze door haar voor de opleiding werden gelegd, zijn het voorbeeld voor vele landen geweest.

3.2.2. Het beroepsbeeld van de verpleger

Een beroepsbeeld wordt bepaald door:

- a. de hoofd- en nevenfuncties van het beroep;
- b. de status van het beroep; en
- c. de ethische normen, die men aan de beroepsbeoefenaar stelt.

- a. Hoofd- en nevenfuncties zijn vastgelegd in de definitie van de WHO en worden nader uitgewerkt in

rapport 347 van de WHO (zie 2.3.).

- b. De status van het beroep valt uiteen in een juridische status, een economische status en een sociale status.
- c. De ethische normen zijn vastgelegd in de Code van de Ethiek. zoals deze door ICN is vastgelegd (zie bijlage II).

De sociale status van het beroep hangt af van wat de verplegers zelf van het beroep denken en wat anderen ervan denken. Sterk leeft nog de overtuiging, dat de verpleging een charitatieve taak is. Men dient echter in te zien, dat verplegen een beroepsuitoefening is met alle consequenties van dien.

In vele geïndustrialiseerde landen staat het beroep in hoog aanzien, omdat het een directe bijdrage levert tot de productiviteit, de gezondheid en het welzijn van de bevolking.

In oudere geïndustrialiseerde landen van West-Europa stuiten de moderne factoren echter steeds op tradities, die met meer of minder succes overwonnen worden.

Dit alles kan men lezen in het hoofdstuk over de sociale status van de verplegers van het rapport “Employment and conditions of work” van de ILO. Gewezen wordt hier op de andere factoren, die van belang zijn, als:

- de opkomst van het beroep der ziekenverzorgers;
- de positie van de verplegers in het ziekenhuis, afhankelijk van de strengheid, waarmede de directie de hiërarchische structuur handhaaft;
- de verhouding artsen-verplegers;
- de status van de werkende vrouw.

De conclusie is tenslotte, dat de status van de verplegers en dus van de verpleging, alleen verbeterd kan worden door een goede voorlichting in de ruimste zin des woords over de taak en het werk van de verpleging.

Een niet-tevreden-zijn met de huidige status zou één der factoren kunnen zijn, die mede het groeiend tekort aan verplegend kader veroorzaken.

3.2.3. Ontwikkelingsnormen

De opleiding tot het beroep vanuit professioneel standpunt

Het beroep van verpleger heeft zich ontwikkeld als een zelfstandig beroep in de maatschappij.

Wanneer men de opleiding tot dit beroep kiest, doet men dit met het oogmerk om als verpleger later werkzaam te zijn, al staat het waar en hoe waarschijnlijk niet altijd bij de aanvang van de opleiding al duidelijk voor ogen, zoals dat bij deelnemers aan andere opleidingen ook is. Ieder meent dat de wereld voor hem open staat; straks zal hij een keus doen, afhankelijk van eigen omstandigheden en ontwikkeling. In de huidige maatschappij wenst niemand meer aan een werkkring vastgeklonken te worden. In de opleiding zoekt men de aanknopingspunten met eigen aanleg en ontwikkeling, in de hoop deze zo goed mogelijk verder te kunnen ontplooiën.

Het beroep van de verpleger is een beroep, dat staat of valt met de goede intermenselijke communicatie en relatie. Daarom zullen hoge eisen aan de persoonlijkheid en de persoonlijkheidsontwikkeling van de leerlingen moeten worden gesteld. De technische aanleg en opleiding is secundair, daar, afhankelijk

hiervan, verdere specialisaties gekozen kunnen worden. Een goede basiskennis is voor alle verplegers noodzakelijk. In de opleiding moet de mentaliteit worden aangeleerd, waardoor men zich steeds afvraagt waarom men zus en niet zo handelt. Dit vraagt een wetenschappelijke benadering van de leerstof en geen klakkeloos aanvaarden. Een integratie van de theorie in de praktische opleiding zal een vanzelfsprekend sluitstuk van de opleiding in zijn totaliteit moeten zijn.

3.3. De verpleging als functie in de gezondheidszorg

Hierboven is een algemeen beeld gegeven van het beroep van de verpleger. Dit beroep wordt uitgeoefend in zeer verschillende werksituaties, welke situaties tegenwoordig voor een belangrijk deel worden bepaald door de aard van de stoornis en de wijze waarop de patiënt “medisch-technisch” wordt behandeld. De gasthuizen en verpleegtehuizen van vroeger zijn heden ten dage uitgegroeid tot in eerste instantie medische behandelingscentra. Binnen de gezondheidszorg heeft zich in Nederland een institutionalisatie ontwikkeld, die rechtstreeks van invloed is geweest op de taken van de daar werkzame beroepencategorieën en ook op de daarmee samenhangende opleidingsstructuur. Een en ander zal hieronder nader worden toegelicht

3.3.1. De maatschappelijke institutionalisering van de gezondheidszorg

Een volledig overzicht van instituties op het terrein van de gezondheidszorg is binnen dit bestek welhaast niet te geven. Een grote verscheidenheid is aanwezig. In het overzicht van de gegevens der ziekenhuizen in Nederland over 1962 en 1963¹ wordt de navolgende indeling van ziekenhuizen gemaakt:

algemene en academische ziekenhuizen	218
kinderen	10
oogziekten	3
orthopedie	5
kraamkliniek	8
kankerbehandeling	1
reuma	2
epilepsie	2
neurologie	4
astma	4
revalidatie	8

Hierin zijn niet opgenomen de inrichtingen, die liggen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid.

Aan deze lijst zouden kunnen worden toegevoegd:

psychiatrische ziekenhuizen	39
inrichtingen voor zwakzinnigen	± 50
inrichtingen voor psychisch gestoorde bejaarden	± 35
universiteitsklinieken	6
psychiatrische dagziekenhuizen	2

¹ Zie: Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, juni 1967, pag. 1173.

Dit terrein is nog voor verdere uitbreiding vatbaar, zij het dat dan het grensgebied van de gezondheidszorg wordt betreden:

pedologische instituten	4
klinieken voor verslavingszieken	6
instituten ter behandeling van psychisch gestoorde delinquenten	8

Buiten beschouwing zijn dan nog gelaten de verpleegtehuizen (ca. 150), terwijl de bejaardentehuizen niet tot de gezondheidszorg worden gerekend, doch in vele gevallen wel een beroep op verpleegkundige of verzorgende “specialisten” doen.

Naast deze sector – gewoonlijk aangeduid als de intramurale zorg – dient uiteraard ook de extramurale sector of de “ambulante” zorg genoemd te worden.

Bij de medische zorg staat hier de huisarts centraal; op het terrein van de verpleging en verzorging is dit de verpleger in de maatschappelijke gezondheidszorg. De verpleegkundige taak in de maatschappelijke gezondheidszorg is behalve curatief ook preventief.

Ook in de ambulante zorg is een grote mate van specialistisch gerichte institutionalisatie aanwezig. Zonder volledig te willen zijn, kunnen hier vermeld worden: de speciale diensten voor de bestrijding van reuma, kanker, tuberculose en geslachtsziekten; de zuigelingen- en kleuterzorg; geneeskundige en tandheelkundige zorg op scholen; de sociaal psychiatrische diensten; revalidatiediensten; de medisch-opvoedkundige bureaus; consultatiebureaus voor alcoholisten; bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden; medische kleuterdagverblijven en koloniehuisen; Mytylscholen, enz. Het behoeft geen betoog, dat elke institutie een personeelsbehoefte nodig heeft, *aangepast aan de eigen specifieke doelstelling*.

3.3.2. Personeelsvoorziening in de gezondheid

Uit bovenstaande blijkt duidelijk, dat binnen de gezondheidszorg behoefte bestaat aan geschoold personeel.

Gelet op de aantallen, gaat hierbij vooral een grote invloed uit van de behoefte van de algemene ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen, de inrichtingen voor zwakzinnigenzorg en de wijkverpleging. Onmiddellijk komt hier dan de vraag naar voren in welke mate van kwantiteit en kwaliteit deze behoefte aanwezig is en zich ontwikkelt. Wanneer ergens de behoefte aan research nodig is, dan is dit op het terrein van de personeelsvoorziening en opleidingsmethodieken in het veld van de gezondheidszorg.

Alle instellingen hebben behoefte aan geschoold personeel. Waaruit deze “scholing” dient te bestaan is vaag. In de gezondheidszorg is de opleiding steeds een aangelegenheid van de betrokken organisaties geweest. Dit heeft de mogelijkheid geboden, dat de opleidingen zich richten op datgene, wat in de concrete omstandigheden door de betrokken instanties wordt geëist. Het gehele veld heeft hierdoor grote zorg kunnen besteden aan de kwaliteit en kwantiteit van de verzorging van de patiënten. Zodra de behoefte ontstond aan een bepaalde gespecialiseerde functie in enige omvang werd een hiervoor passende opleiding gecreëerd.

Vanuit de functies gezien heeft dit echter geleid tot een bonte lappendeken; als enige tegenkracht heeft hierbij slechts gefungeerd de wettelijke titelbescherming van de verpleger. Door deze bescherming

enerzijds en het ontbreken van een gecoördineerd beleid en de vaagheid van het begrip “verpleger” anderzijds, bestaat er enige ongerustheid ten aanzien van tal van nieuwe functies, die worden gecreëerd en die soms naast de verpleging staan (fysiotherapeut, analist, röntgenassistent) doch vaak ook zich bewegen op het terrein van de verpleging (arbeidstherapeut, creatieve therapeut, sociotherapeut. enz.).

Ook het probleem van de zwakzinnigenverpleging dient hier genoemd te worden. Een in kwantiteit belangrijke groep heeft – teneinde in eigen sector over goed opgeleide krachten te kunnen beschikken – een onderlinge regeling ingesteld met betrekking tot het diploma zwakzinnigenverpleging. Dient dit gezien te worden als een derde, zelfstandige peiler naast het diploma A en het diploma B voor ziekenverpleging of moet het deel uitmaken van de psychiatrische verpleging?

In algemene zin zijn deze problemen te zien als het vraagstuk van *specialisatie en differentiatie*. Hierbij wordt dan onder specialisatie verstaan het op een bestaande – gemeenschappelijke – basis verder specialiseren in een bepaalde richting; onder differentiatie het van begin af aan scheiden naar verschillende richtingen.

Zo heeft de wetgever in de jaren twintig gekozen voor een differentiatie tussen A en B en specialisatie op A ten aanzien van wijkverpleging, kraamverpleging en kinderverpleging.

3.3.3. *Personeelsvoorziening en vooropleidingseisen, te stellen aan het personeel*

Naast de hierboven gesignaleerde onderscheiding tussen specialisatie en differentiatie, op eenzelfde niveau kan men nog gaan onderscheiden naar niveau. De opleiding tot de verpleging is gebaseerd op een weinig gedifferentieerde structuur uit de jaren twintig. Sedertdien is het algemeen vormend onderwijs in zijn structuur meer gaan differentiëren naar verschillende niveaus, terwijl ook het bedrijfsleven een meer gedifferentieerde vertikale structuur te zien heeft gegeven. Deze vertikale structurering is in de gezondheidszorg slechts summier gegroeid. De wettelijke regeling van het beroep van ziekenverzorg(st)er kan wel in dit licht gezien worden, doch de facto is dit probleem niet opgelost, omdat in vele gevallen de leerlingverplegers worden belast met die taken. De gezondheidszorg kan echter niet voorbijgaan aan de meer gedifferentieerde opleidingsstructuur: wil men over voldoende krachten van de vereiste kwaliteit beschikken, dan zal er een voldoende aantrekkingskracht dienen te worden uitgeoefend. Reeds bemerkt men, dat in incidentele gevallen hierop gezinspeeld wordt; als voorbeeld moge wederom verwezen worden naar de vele “therapeutische” beroepen in wording. Een heroriëntering omtrent de beroepenstructuur is dan ook – mede om deze reden – gewenst.

4. De welzijnszorg voor de mens in relatie tot de gezondheidszorg

De welzijnszorg, waartoe de gezondheidszorg gerekend zou kunnen worden, richt zich op individu en samenleving.

Het begrip “welzijnszorg” heeft in de laatste tientallen jaren een duidelijk andere en positievere inhoud gekregen dan in het verleden. Vanuit een filosofie van de “survival of the fittest” met daaraan gekoppeld de bescherming van “de gezonde”, “de normale” tegen de zieke en de abnormale, wordt heden *het* gezonde, *het* normale nagestreefd door ook de zieke en de abnormale te brengen tot een zo dicht mogelijke benadering van een gewenste situatie. Bij deze zorg staat het individu centraal. Wel dienen, bij strijdigheid van belangen, de individuele tegen de maatschappelijke belangen te worden afgewogen.

4.1. De behoeften van de mens

De behoeften van de mens, waarop de welzijnszorg zich richt, worden naar soort veelal teruggevoerd tot somatisch-fysische, psychische en sociale behoeften.

Een verfijning hiervan, die overigens tevens de graduele samenhang tussen de onderscheiden behoeften illustreert, is de volgende:

- a. zuiver fysiologische behoeften, betrekking hebbende op het functioneren als levende organismen;
- b. psychisch-fysiologische behoeften, betrekking hebbende op het functioneren in een levende omgeving;
- c. psychisch-sociale behoeften, betrekking hebbende op het functioneren als mens met mensen;
- d. sociale behoeften, betrekking hebbende op het volwaardig als mens geaccepteerd worden;
- e. ethische en culturele behoeften, betrekking hebbende op het ontplooiën van een individueel volledig mens-zijn.

Wil een individu zich in onze samenleving kunnen ontplooiën, dan zal hij in meer of mindere mate zijn behoeften op al deze niveaus moeten kunnen bevredigen, zonder dat er ooit sprake zal kunnen zijn van een integrale behoeftebevrediging. Bovendien kan een wisselwerking tussen de onderscheiden behoeften geconstateerd worden: de behoeften, liggende op het terrein van bijvoorbeeld de sociale sfeer, zullen eerst bewust ervaren worden, wanneer de psychisch-sociale en psychisch-fysiologische behoeften tot een zekere graad bevredigd zijn. Zo zal men zich in tijd van oorlog, hongersnood of werkloosheid weinig gelegen laten liggen aan ethische of culturele behoeften of aan sociale status. Tevens zal het weinig nut hebben behoeften te stimuleren op het vlak van het sociale, ethische en culturele terrein, indien de betrokken persoon behoeften van zuiver fysiologische, psychologische aard als zeer manifest ervaart.

4.2. De behoeftevoorziening, institutionalisering van de zorg

In elke samenleving zijn maatregelen getroffen, die het individu behulpzaam zijn bij deze behoeftevoorziening. Hierbij zou onderscheid gemaakt kunnen worden tussen voorzieningen t.b.v. normale situaties (zoals: de regeling van het onderwijs) en regelingen, gericht op abnormale situaties. Deze laatste regelingen hebben zich historisch ontwikkeld van een negatief, beschermend karakter (de bescherming van de samenleving tegen kwalijke invloeden van “a-normalen”) tot een positief herstellend karakter.

De geschiedenis van het ziekenhuis – een ontwikkeling van pesthuis en “dolhuis” via “gasthuis” tot medisch verzorgingscentrum – is in dit verband illustratief. Ook in het gevangeniswezen is een dergelijke trend waarneembaar.

In de moderne samenleving heeft de institutionalisering van deze zorg geleid tot een zeer gedifferentieerd patroon. Telkens wanneer er een manko in het patroon manifest wordt ervaren, is de tendens aanwezig via pressure-groepen dat speciale aspect te bewaken. Deze multiplicering leidt tot een wel zeer ingewikkeld patroon, althans vergeleken bij een minder ontwikkeld land, waar de institutionalisatie zich beperkt tot die voorzieningen, die het individu in staat kunnen stellen de primaire behoefte tot een minimaal niveau te kunnen bevredigen. In een dergelijke situatie is derhalve nog geen sprake van welzijnszorg, terwijl de gezondheidszorg zich beperkt tot direct zichtbare somatische afwijkingen (op zuiver fysiologisch niveau).

Zodra echter de meest primaire voorzieningen zijn getroffen, ontstaan automatisch nieuwe behoeftepatronen, soms rechtstreeks ingebouwd in de “algemene zorg”, vaker echter via afzonderlijke institutionalisatie, die later weer met veel moeite geïntegreerd wordt tot één totaal systeem. Men denke hierbij aan de sociale wetgeving en de hiermede gepaard gaande speciale diensten, die hiervoor zijn gecreëerd om na verloop van tijd weer te verdwijnen.

4.3. Deskundigheid, afbakening van werkterreinen

De specialisering van de zorg heeft uiteraard geleid tot verbijzondering van velerlei functies. Was de welzijnszorg in het verleden uitsluitend het werkterrein van door charitas gedreven groeperingen, thans geschiedt deze op professionele basis. Hieruit vloeit voort, dat het werkterrein scherper wordt afgebakend, zowel horizontaal als vertikaal. Een afbakening van de gezondheidszorg t.a.v. de overige terreinen van de welzijnszorg zou voor de curatieve gezondheidszorg als volgt aangegeven kunnen worden. De gezondheidszorg richt zich dan op de storingen bij het individu, die hem beletten te voorzien in de zuiver fysiologische, de psychisch-fysiologische en de – tot op zekere hoogte – psychisch-sociale behoeften. In dit laatste veld gaat de gezondheidszorg echter over in het maatschappelijk werk, dat zich richt op de belemmeringen om te kunnen voorzien in de sociale behoeften. De ethisch-culturele behoeftevoorziening vormt tenslotte het specifieke werkterrein van de zielzorg. Men spreekt van “ziek”, indien een individu niet in staat is volgens de geldende normen zelf te voorzien in zijn fysiologische en psychische behoeften. Een dergelijke storing heeft directe gevolgen voor zijn behoeftevoorziening op het terrein van de sociale en ethisch-culturele behoeften. Indien het individu in deze laatste terreinen tekort schiet, spreekt men echter niet van ziekte. Als regel blijkt er echter een nauwe samenhang te bestaan tussen deze laatstbedoelde “tekort”-komingen en fysieke en psychische aspecten en vormt derhalve de reden van een noodzakelijke coördinatie tussen gezondheidszorg en de overige “zorg”.

De positieve en preventieve gezondheidszorg richt zich evenals de curatieve gezondheidszorg op het individu, en betreft hierbij tevens het gehele leefklimaat

De interdependentie strekt zich dan op nog veel breder terrein uit en omvat dan de gehele structurering van de samenleving: het onderwijs, de huisvesting, streekontwikkeling, enz., enz. Vanuit al deze gezichtshoeken is het mogelijk en wenselijk de gezondheidszorg te beïnvloeden.

4.4. Deskundigheid en stratificatie

In paragraaf 4.3. is in globale zin de afbakening aangeduid tussen gezondheidszorg en het overige gebied van de welzijnszorg. Thans zal dieper ingegaan worden op de stratificatie binnen elk “verzorgings”-gebied.

Ongeacht het object van de zorg – of dit nu gezondheidszorg is of een saneringsproject van een stadswijk of een reorganisatie van een bestaande werksituatie in algemene zin - kan het proces van deze zorg in een aantal fasen worden ingedeeld, die een spiraalvormig beeld te zien geven:

fase a: de fase waarin het onderzoek plaatsvindt naar de aard en soort van de afwijking of stoornis;

fase b: het opstellen van een plan ten aanzien van de te volgen weg bij re-adaptatie of herstel;

fase c: uitvoeren van die maatregelen, benodigd voor het voorgenomen re-adaptatie; de therapie-fase;

fase d: waarnemen van het voortgangsproces, zorgdragen voor continuïteit van gestoorde of vervangen functies;

fase e: evalueren van het proces, bijsturing = fase a.

Bij een dergelijk proces zijn meerdere deskundigheden vereist, als regel is er dan sprake van een team van deskundigen, die gezamenlijk een project ten uitvoering brengen. Wel kan men steeds een leidinggevende discipline aanwijzen, die verantwoordelijk is voor het gehele project in algemene zin en zich vooral belast met de fasen a, b en e. Voor de fasen c en d kan in voorkomende gevallen gebruik gemaakt worden van specialistische deskundigen, die met behoud van eigen verantwoordelijkheden toch de leidinggevende discipline “volgen”. In meer complexe situaties zullen ook bij de fasen a, b en e meer disciplines kunnen worden betrokken, terwijl ook de leidinggevende discipline gedurende het verloop van het proces kan wijzigen, naarmate het accent meer op een andere discipline komt te liggen. Dit proces houdt in, dat alle betrokkenen in een dergelijk proces niet alleen hun eigen discipline dienen te beheersen, doch ook kennis dienen te hebben van de andere hierbij betrokken disciplines en de grenzen in acht dienen te nemen.

Dit functioneren in teamverband impliceert geen hiërarchische situatie van de ene discipline t.o.v. de andere, noch een dergelijke verhouding t.o.v. de hierbij betrokken deskundigen; wel het onderkennen van de “leidinggevende” richting bepalende discipline. Binnen de gezondheidszorg is er dus geen sprake van een hiërarchische situatie tussen medicus en verpleger, wel zal als regel de medicus representant zijn van de leidinggevende discipline. Het “niveau” van de bij het proces betrokken functionarissen kan uiteraard verschillend zijn. Met name fasen a, b en e zullen als regel een meer wetenschappelijke ingang eisen, fasen c en d als regel een meer op kundigheden gebaseerde ingang. Uit dien hoofde is er dus een vorm van maatschappelijke stratificatie zonder dat dit tot een hiërarchische stratificatie in de bedrijfsstructuur hoeft te leiden. De aanwezigheid van een maatschappelijke stratificatie kan echter tot gevolg hebben, dat de leidinggevende discipline te veel bepalend wordt voor het gehele proces en alle andere bij het proces betrokken disciplines hieraan ondergeschikt worden. In de gezondheidssector eist dit de speciale aandacht: de tendens is aanwezig fase d geheel dienstbaar te maken aan het medisch-technisch aspect van fase a. In dat geval staat niet meer de mens, maar de stoornis centraal.

Wat het niveau van de bij de zorg – vooral in fase d – betrokken functionarissen betreft, zij opgemerkt, dat hier, afhankelijk van het “afbreuk-risico”, hogere of minder hoog gekwalificeerde krachten kunnen worden ingeschakeld om te komen tot een optimale situatie tussen de behoeften, die uit het proces voortvloeien en de bedrijfs-economische overwegingen. Dit afbreuk-risico wordt gevormd door de mate waarin zelfstandig beoordeeld moet worden of de optredende verschijnselen door deze functionarissen moeten worden behandeld danwel teruggevoerd naar andere fasen en door het inzicht, dat van deze functionarissen vereist wordt ten aanzien van het verloop van de gestoorde of te vervangen functies van de patiënt.

Concluderend zou gesteld mogen worden, dat de gezondheidszorg en de algemene welzijnszorg elkaar steeds zullen raken door de afhankelijkheid, die bestaat in de onderscheiden behoeften bij de mens. Het is vooral de verpleger, die tot taak heeft te waken over eventuele stoornissen en daaruit ontstane behoeften in andere “velden” dan de oorspronkelijke stoornis, die de aanleiding vormde tot medische behandeling. Er ontstaat derhalve automatisch een overlapping van het werkterrein van de verpleger met de beide andere hoofddisciplines, te weten de medische en sociale. De overlapping met de sociale dimensie wordt geaccentueerd in die werksituaties, waar de preventieve en positieve gezondheidszorg centraal staan.

5. Herformulering van de vragen

In paragraaf 1.2. werd een aantal vragen opgenomen. Thans zal een aantal van deze vraagpunten, tegen de achtergrond van het voorgaande, nader worden bezien. De problemen zijn hierbij in drie hoofdgroepen verdeeld, te weten:

- 5.1. betrekking hebben de op de differentiatie en specialisatie;
- 5.2. betrekking hebbende op de (wettelijke?) regeling van het beroep;
- 5.3. betrekking hebbende op de structuur van de opleiding.

Een nadere analyse van de problemen is gewenst, ook al is de werkgroep van mening dat een beantwoording van de vragen niet op zijn terrein ligt, doch meer op het beleidsvlak.

5.1. Problemen, samenhangend met de differentiatie en specialisatie

In dit bestek dient vooral aandacht te worden besteed aan de opleiding voor het A en B-diploma ziekenverpleging, voor de zwakzinnigenverpleging en voor de verpleging in de maatschappelijke gezondheidszorg.

5.1.1. De relatie tussen het A en B-diploma

Jaarlijks komen ca. 6.000 leerlingen in opleiding voor het diploma A en ca. 1.000 voor het diploma B. Zij ontvangen een opleiding in dienstverband. Wil men beide diploma's behalen, dan bestaat er de mogelijkheid van korting op de opleidingsduur. De wetgever heeft in de jaren twintig gekozen voor differentiatie tussen A en B, terwijl de mogelijkheid van specialisatie in de vorm van aantekeningen op het diploma A is geregeld voor de kraamverpleging (thans ingebouwd in de A-opleiding), de kinderverpleging en de wijkverpleging (zie 5.1.3.).

Opgemerkt moge worden, dat de keus tussen differentiatie en specialisatie in de ons omringende landen anders is uitgevallen. In Duitsland kent men een differentiatie voor de kinderverpleging, in België een specialisatie voor de psychiatrische verpleging. De argumenten voor de wetgever om te kiezen voor differentiatie gelden ook thans nog: de combinatie tussen beroepsuitoefening en beroepsopleiding en de gerichtheid van respectievelijk de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen is in wezen niet veranderd. Toch zijn er aspecten, die aanleiding geven tot een herbezinning.

De wetenschappelijke ontwikkeling heeft geleid tot het stellen van hogere eisen aan de theoretische opleiding. Met name de kleinere ziekenhuizen beschikken nauwelijks over de mogelijkheden om de theoretische lessen te kunnen verzorgen. Het belangrijkste argument tegen de bestaande differentiatie is echter, dat een eenzijdig oriënteren op een bepaald aspect de onderlinge samenhang van het totale verplegen teloor doet gaan. De verpleging dreigt daardoor te veel gezien te worden als het uitvoerende element van de medische verzorging en ondergeschikt gemaakt te worden aan de medische behandeling. In internationale kring wordt gepleit voor een algemeen basisdiploma, waarna men zich kan specialiseren in een bepaald terrein van de verpleging. Nagegaan zal dienen te worden of een dergelijke gedachte realiseerbaar is, te weten:

- in welke mate is er sprake van gemeenschappelijke taak en derhalve van leerstof?
- kan deze leerstof in beide typen van inrichtingen adequaat worden onderwezen?
- is er behoefte en bestaat de mogelijkheid aan stagering. gegeven het huidige systeem van inservice-

opleiding?

- zou een pre-professionele onderbouw overwogen moeten worden?

5.1.2. De opleiding voor de zwakzinnigenverpleging

Jaarlijks komen circa 1.000 leerlingen in opleiding voor het diploma zwakzinnigenverpleging, het z.g. diploma Z.

In de laatste vijftien jaren is het aantal verplegenden in inrichtingen, welke hoofdzakelijk voor dieper zwakzinnigen zijn bedoeld, aanmerkelijk toegenomen.

Er worden thans in Nederland $\pm$ 25.000 dieper zwakzinnigen in inrichtingen verpleegd. (Daarnaast neemt de ambulante zorg voor deze gehandicapten toe).

Tegelijkertijd werden de behandeling en verpleging in vele inrichtingen – in het algemeen die, welke ingevolge artikel 7 van de Krankzinnigenwet zijn aangewezen – kwalitatief belangrijk verbeterd.

Daarmede kwam de behoefte aan een specifieke opleiding tot verpleger voor zwakzinnigen naar voren.

Ten tijde van de totstandkoming van de wet op de ziekenverpleging en de ministeriële beschikkingen m.b.t. de opleiding voor de diploma's A en B. werd een zodanige afzonderlijke opleiding nog niet overwogen.

Het typische van inrichtingen voor dieper zwakzinnigen is, dat er zeer weinig verpleegden worden ontslagen. Men heeft dus in het algemeen te maken met langdurig verblijf. Voorafgaand aan dit langdurige verblijf of in het begin ervan dient een grondig, multidisciplinair, specialistisch, integraal onderzoek plaats te vinden en op grond daarvan een adekwate primaire behandeling. Daarna resteren de situaties, die kunnen worden aangeduid als “revalidatie” en verpleging van uitsluitend hulpbehoevenden.

De term “revalidatie” behoeft nadere aanduiding. Zeker is er sprake van een binnen de inrichting zo aangepast mogelijk maken van de verpleegden. De methodiek van de onderhavige revalidatie is echter niet op de eerste plaats mechanisch, motorisch. of psychiatrisch, maar medisch-pedagogisch. Zij kan slechts leiden tot beperkte zelfstandigheid en moet grotendeels genoegen nemen met het aankweken van gewoonten.

Door een en ander onderscheidt zich de verpleging van dieper zwakzinnigen van die van vele andere somatisch of psychisch gehandicapten. Bij al deze vormen van verpleging is gemeenschappelijk, dat bij lichamelijke afwijkingen en bij lichamelijk hulpbehoevendheid een ruime mate van zorg noodzakelijk is. Tenslotte dient te worden opgemerkt dat de B-opleiding vrijwel uitsluitend de verpleging van volwassen patiënten betreft, terwijl bij de verpleging van zwakzinnigen voor een belangrijk deel van jeugdigen sprake is.

De Z-opleiding is dus een opleiding tot verplegen van in het algemeen dieper zwakzinnigen van elke leeftijd. Zij heeft een specifieke (onderscheidende) en aspecifieke (gemeenschappelijke) inhoud. Tot nu toe mist zij een wettelijke basis.

Met betrekking tot deze Z-opleiding komen o.m. de volgende vragen aan de orde:

1. Sluit zij naar inhoud en niveau aan bij de opleiding A en B?
2. Dienen bij toelating van gediplomeerden Z tot de opleidingen A en B en omgekeerd faciliteiten te worden toegestaan?
3. Of is er een uitsluitende affiniteit tot de B-opleiding?
4. Is er bij de verpleging van dieper zwakzinnigen naast verplegers ook behoefte aan

ziekenverzorg(st)ers?

5.1.3. De opleiding voor specialisaties in de verpleegkunde; het principe van aantekeningen op een diploma

De wijkaantekening is geregeld in de beschikking van 8 november 1933 tot vaststelling van de voorwaarden voor de opleiding en het examen in de wijkverpleging. De wetgever heeft de opleiding voor wijkverpleger geregeld als een specialisatie op het diploma A voor ziekenverpleging. Dit houdt in, dat de maatschappelijke gezondheidszorg het personeel recruteert, dat in de ziekenhuizen is opgeleid voor het diploma A voor ziekenverpleging en daarna een examen heeft afgelegd conform de regeling van 8 november 1933. Deze opleiding duurt tien maanden. De ambulante gezondheidszorg heeft in de afgelopen decennia meer en meer het accent gelegd op de preventieve en positieve aspecten. Dit heeft ertoe geleid dat voorgesteld is de opleidingsduur te verlengen van tien tot tweeëntwintig maanden, hetgeen thans in de praktijk wordt getoetst.

Gegeven deze ontwikkeling zou men zich kunnen afvragen of deze vorm van opleiden (diploma A + diploma maatschappelijke gezondheidszorg) de meest efficiënte is, met andere woorden of de keuze, die in de jaren twintig is gemaakt tussen specialisatie en differentiatie ook heden nog opportuun is.

Naast de aantekening voor wijkverpleging is tevens geregeld de aantekening kraamverpleging en de aantekening kinderverpleging. De aantekening kraamverpleging is als zodanig komen te vervallen voor hen die het diploma behalen volgens de “regeling opleiding verplegenden diploma A”, die per 1 januari 1967 van kracht is geworden.

De bedoeling van de wetgever is hierbij geweest wettelijke garanties ten behoeve van de patiënt of “het publiek” te geven voor de kwaliteit van deze vormen van verpleging, die specifieke eisen zouden stellen. Sedert de jaren twintig is geen verder gebruik gemaakt van deze wettelijke mogelijkheid tot het plaatsen van aantekeningen op het diploma. Thans dient men zich af te vragen of dit systeem een verdere ontwikkeling behoeft. In de praktijk blijkt momenteel behoefte te bestaan aan tal van nieuwe “specialisaties”, vormen van verplegen, die speciale eisen stellen aan het kennen en kunnen, waarbij aangedrongen wordt op het stellen van een algemene regeling, een erkenning derhalve van dergelijke specialisaties. In par. 5.2. zal hier nader op worden ingegaan.

5.2. Problemen, samenhangend met de regeling van het beroep

5.2.1. De wettelijke regeling van een beroep

In hoofdstuk 3 par. 2 is in algemene zin een schets gegeven van de verpleegkunde als beroep. De regeling van een beroep is een vraagstuk afzonderlijk en wordt bepaald door verschillende factoren:

- a. de behoefte aan garanties voor de patiënt, de cliënt, het publiek ten aanzien van de kwaliteit van de dienstverlening;
- b. de noodzaak om ondeskundige hulp te bestrijden;
- c. de noodzaak het beroep voor de beroepsbeoefenaren te handhaven;
- d. de behoefte van de maatschappelijke instituties om hun taken deskundig te laten uitvoeren.

De mogelijkheden tot “regeling” zijn zeer verschillend, te weten:

- regeling door de wetgever (titelbescherming of bescherming van het beroep);
- regeling door de overheid via subsidienormen (voorwaarden te stellen aan het beroep om voor subsidie in aanmerking te komen);
- regeling door beroepenverenigingen (erecode, tuchtrecht);
- regeling door belangengroepen (eisen, die ziekenhuizen en kruisverenigingen hanteren);
- regeling door onderwijsmaatregelen (de opbouw van het beroepsonderwijs heeft een regulerende werking t.a.v. een beroep of beroepengroep).

In het voorgaande is gebleken, dat de wettelijke regeling van de titel van verpleegster een nuttige invloed heeft uitgeoefend: enige uniformiteit in de opleidingen voor het diploma A, resp. diploma B is hiermede bereikt; de status van het beroep is hiermede verhoogd. Men mag echter niet vergeten dat mede door deze regeling een uitholling van het beroep dreigt: slechts de titel is beschermd, de werkzaamheden zijn niet gemonopoliseerd, zodat de weg vrij is voor allerlei differentiatievormen.

Een nadere toelichting van de rol van overheid in dit verband is gewenst. De overheid kan in rechtstreekse zin ingrijpen in het maatschappelijk bestel door bepaalde beroepsuitoefening aan regels te binden (uitoefening van de geneeskunst), danwel door niet de beroepsuitoefening, maar het voeren van een titel te regelen (academische titels, verpleger, ziekenverzorger).

De overheid kan ook indirect invloed uitoefenen en wel door ten behoeve van het subsidiëren van een opleiding regels te stellen aan de eisen, waaraan een dergelijke opleiding moet voldoen (het algemeen vormend onderwijs, alle gesubsidieerde vormen van beroepsonderwijs). Dit geeft maatschappelijke waarborgen voor de kwaliteit van het diploma zonder dat er rechtstreekse regelen ten aanzien van beroep of titel uit voortvloeien.

Een andere indirecte methode is de subsidiering van bepaalde activiteiten (mede afhankelijk te stellen van het bezit van een bepaald diploma (b.v. bij de gezinszorg). Ook dit accentueert een bepaald beroep.

Als regel heeft de overheid op het standpunt gestaan, dat een regeling van een beroep (danwel titelbescherming) slechts plaatsvindt, indien de samenleving in het algemeen (dus niet de betrokken beroepsgroep!) hieraan duidelijk behoefte heeft; het notariaat, de advocatuur, de uitoefening van de geneeskunde zijn hier voorbeelden van.

Gezien de verstrekkende consequenties van dergelijke regelingen, heeft men zich waar enigszins mogelijk, beperkt tot titelbescherming; men herinnert zich ongetwijfeld de discussies over het beroep van de accountant en het beroep van de rij-instructeur. De vraag rijst daarnaast of de liberalisatie van het internationale verkeer geen behoefte schept aan een nadere regeling van beroepen, ook wanneer een nationale regeling niet noodzakelijk hoeft te zijn, maar waar, uit oogpunt van internationale verhoudingen, een officiële kwalificatie niet kan ontbreken.

Een bijzonder aspect hierbij is nog de ambtseed. Voor sommige beroepsuitoefeningen is deze wettelijk geregeld, voor de verpleging staat deze niet op een wettelijke basis; de belofte wordt afgenomen bij de diploma-uitreiking.

5.2.2. Verticale differentiaties, resp. de regeling van een beroep

Een hernieuwde oriëntatie op alle beroepen in de sector van de gezondheidszorg is mede gewenst uit het oogpunt van de noodzaak een efficiënt gebruik te maken van de beschikbare kwantiteit. Het vraagstuk van

differentiatie en specialisatie vraagt om een nadere bezinning, niet alleen op het horizontale, maar tevens op het verticale vlak. De wettelijke regeling van paramedische beroepen naast de regeling van de uitoefening der geneeskunst, de wettelijke regeling van het diploma ziekenverzorging naast de wet op de ziekenverpleging, kunnen genoemd worden als voorbeelden van verticale differentiatie.

De doorvoering van de differentiatie wordt echter doorkruist door het opleidingssysteem; gezien het langdurige karakter van de inservice-opleiding worden in belangrijke mate de lager te waarderen taken opgedragen aan leerlingen in plaats van aan ziekenverzorgers. Differentiatie naar niveau heeft repercussies op kwalificatie-aanduiding: naar buiten dient dit geen misverstand te scheppen t.a.v. het verwachtingsbeeld.

De doorstroming bij een verticale differentiatie vraagt tevens de aandacht. Criteria dienen hiervoor te worden aangelegd. In de wet op het voortgezet onderwijs gaat men er als regel van uit, dat het beroepsonderwijs aansluit op een bepaald niveau van vooropleiding. In vele gevallen is echter geregeld dat ook via het beroepsonderwijs, toelating kan geschieden naar een hoger niveau. In de bestaande situatie wordt voor het volgen van de opleiding voor de verpleging ook aan de ziekenverzorger de eis van een ulodiploma gesteld, waarbij enige tolerantie wordt gegeven t.a.v. het tijdstip waarop dit diploma, of een daarmee gelijk te stellen diploma wordt behaald.

Nagegaan zal dienen te worden of deze doorstromingsregeling in de praktijk voldoet, danwel of andere wegen overwogen zouden moeten worden. Op de doorstromingsmogelijkheid van middelbaar naar hoger niveau zal in dit verband niet worden ingegaan, daar dit primair tot uitdrukking komt in het rapport van Werkgroep II. De gecompliceerdheid van deze materie – met name op het terrein van de gezondheidszorg – heeft geleid tot de instelling van een Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening. Het is niet bekend of betrokken commissie zich zal inlaten met de verplegende sector. Aan een heroriëntering op alle gezondheidszorgberoepen – ook de niet-academische – is een duidelijke behoefte.

5.3. Problemen, samenhangend met de opleidingsstructuur

Ten dele vormen de problemen, die hiermede samenhangen, een onderwerp van Werkgroep II; als zodanig zal dan ook niet verder worden ingegaan op de mogelijkheid en wenselijkheid van een hogere beroepsopleiding of universitaire opleiding voor verplegers. Fundamenteel blijven echter de in 1.2. gestelde vragen 6 (inpassing in de wet op het voortgezet onderwijs) en 7 (integratie van A en B), alsmede de rol van het ziekenhuiswezen in de opleiding van verplegers (10 en 14).

Men denke hierbij aan het in 1966 gepubliceerde voorstel van de studietoelatingscommissie van de drie gezamenlijke examencommissies van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, de Vereniging van Katholieke Gestichtsartsen en de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken over de “opleiding in de verpleegkunde”. Deze publikatie vormde een poging de lijn van de wet op het Voortgezet Onderwijs door te trekken naar de verpleegopleiding. Het is de commissie bekend, dat er regelmatig wordt gewezen op de uitzonderingspositie, waarin verplegers zouden verkeren: als enige categorie van gekwalificeerde functionarissen een opleiding te ontvangen, die niet de rechten heeft van het (gesubsidieerde) middelbare beroepsonderwijs. Er wordt dan gepleit voor een rechtstreekse (schoolse, preprofessionele) opleiding, aansluitend op het algemeen voortgezet onderwijs.

Beperken wij ons in dit verband tot het middelbare niveau, voor het hoger beroepsonderwijs moge

verwezen worden naar het rapport van Werkgroep II.

Gezien de kwantiteit van de groep en het ingrijpen in de structuur van het functioneren van de gezondheidszorg, zal een heroriëntatie slechts langs de weg der geleidelijkheid bereikt kunnen worden.

Als bijdrage in ontwikkeling, met behoud van de voordelen en beperking van de nadelen, zou te overwegen zijn, indien de navolgende fasen worden aanvaard:

- toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen om gezamenlijk de opleiding ter hand te nemen;
- deze samenwerking zou zich kunnen uitstrekken over zowel de A- als de B-opleiding alsmede diploma ziekenverzorging en de opleiding voor de zwakzinnigenzorg;
- uitbouw van deze samenwerking tot een gezamenlijk te exploiteren school, die economisch rendabel is (voldoende groot voor een efficiënte stafbezetting, mogelijkheid van vakontwikkeling en research, studiebegeleiding, enz.);
- verbetering van onderwijsmethodieken, verhoging van kwaliteit;
- onderzoek van de mogelijkheid de “school” conform de wet op het voortgezet onderwijs te financieren;
- nagaan of het mogelijk is een reeds op het beroep gerichte preprofessionele opleiding aan een school te verbinden.

De werkgroep heeft de indruk dat een dergelijke ontwikkeling bij kan dragen tot de kwaliteit van de verpleging: een direct ingrijpen in de huidige structuur acht men voor het functioneren van de gezondheidszorg een riskante aangelegenheid, onverlet de noodzaak van onderzoek naar de mogelijkheid van een fundamentele herstructurering.

6. Wat is verplegen

In 1.5. is beknopt weergegeven hoe de werkgroep heeft gemeend antwoord te moeten geven op de vraag “wat is verplegen”. Ter afsluiting van dit rapport zal deze vraag geplaatst worden tegen de achtergrond van de reeds eerder gebruikte driedeling (wetenschap-beroep-bedrijf).

In 6.4. zal het raakvlak met verwante vakgebieden omschreven worden, terwijl tenslotte in 6.5 enkele toekomstperspectieven worden belicht.

6.1. Verpleegkunde als wetenschap

Wetenschappelijk zou de verpleegkunde als volgt gedefinieerd kunnen worden:

“Verpleegkunde is de wetenschap, die zowel met eigen (autologie), als met aan medische en sociale wetenschappen ontleende (heterologe) methoden, de zorg voor de zieke en in zijn gezondheid bedreigde mens in zijn toepassing, ontwikkeling en wezen tot object heeft”.

De kengebieden in de verpleegkunde kunnen als volgt worden aangegeven:

A. Basiskennis (object gerichte kennis)

- kennis van de samenleving
- kennis van de mens en van de mens in de samenleving

- kennis van ziekteveroorzakende factoren
- kennis van de invloed van afwijkingen op het gedrag van de mens.

B. Methodische kennis

- techniek van observatie en herkenning
- kennis van de processen van herstel van afwijkingen
- kennis van technieken van gedragsbeïnvloeding van de mens in verschillende situaties
- kennis van algemene en specifieke verplegingshandelingen.

C. Kennis van de gezondheidsleer en het beroep

- de organisatie van de gezondheidszorg
- de organisatie van de verpleging, de beroepsuitoefening
- de maatschappelijke organisatie van de welzijnszorg in het algemeen; aanrakingsvlakken met de verpleging en de gezondheidszorg.

6.2. Verplegen als beroepsuitoefening

Vanuit professioneel standpunt bezien omvat het verplegen *het geheel* van kundigheden om de zieke of in gezondheid bedreigde mens die bijstand te kunnen verlenen, die de betrokkene in staat stelt om – gegeven de storingen – zich zo volledig mogelijk “mens” te kunnen voelen.

Deze taak zal de beroepsbeoefenaar in elke willekeurige “setting” moeten kunnen vervullen, hierbij onderkende, dat elke “setting” nieuwe ervaring en aanvullende kennis met zich brengt. Bepaalde taakbestanddelen kunnen aan de basistaak van verplegen worden toegevoegd (taakverbreding): methodisch gerichte voorlichting; arbeidsanalyse; doceren; leidinggeven.

Het komt eveneens voor, dat bepaalde verpleegkundige taakbestanddelen worden verbijzonderd tot afzonderlijke “beroepen”. Het verzorgen van zieken behoort tot het verplegen; de ziekenverzorger verpleegt, doch onder bepaalde voorwaarden en is daardoor nog geen verpleger in de zin der wet. Voor het verplegen kan de verbijzondering van therapeutische taken een problematische aangelegenheid zijn. Enerzijds is “therapie” geen primaire verpleegkundige aangelegenheid, doch anderzijds is het begeleiden van de patiënt niet los te maken van de medisch-therapeutische behandeling, die gebaseerd kan zijn op een systematische gedragsbeïnvloeding. De verpleegkundige begeleiding vervult hierbij een belangrijke rol. Dit accentueert wel de bijzondere betekenis, waarin de gediplomeerde “B” thans geraakt. Bij de A-verpleging ligt het accent primair op de fysiologische en psychisch-fysiologische verpleging, waarbij de verpleger tevens de (mede)verantwoordelijkheid heeft voor een zo goed mogelijke behoeftebevrediging in de psycho-sociale dimensies. Voor zover er sprake is van “therapeutisch participeren”, speelt zich dit af in het somatische vlak: het psychisch begeleiden is in de A-verpleging nog weinig geïntegreerd. Geheel anders ligt het bij de B-verpleging. De tendens is, dat in deze sector een hoofdaccent gelegd wordt op de therapeutische functie. Het verplegen van de psychiatrische patiënt krijgt hierdoor een eigen dimensie. Van een dergelijke verbijzondering is tevens sprake bij de verpleging van zwakzinnigen: hierbij is het ortho-pedagogische geaccentueerd tot een specifiek eigen dimensie.

Vanuit verpleegkundig-professionele zijde wordt met enige zorg de ontwikkeling gevolgd. Naarmate

bepaalde dimensies een meer eigen specifieke accentuering krijgen ten koste van het algemeen beroepsbeeld, is het gevaar niet denkbeeldig dat:

- a. de talloze functiedifferentiaties tot gevolg zullen hebben, dat elke verpleger slechts een zeer beperkte bekwaamheid bezit;
- b. de functie van verpleger wordt uitgehold door het ontstaan van nieuwe differentiaties (groepstherapeut, arbeidstherapeut, ergotherapeut, enz.).

Uit het oogpunt van de ontwikkeling van een beroep zou dit een ongewenste situatie zijn.

6.3. Verplegen in de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg

Vanuit bedrijfs-institutioneel standpunt gezien domineert uiteraard het streven om een optimale behandeling en verpleging van het patiëntenbestand mogelijk te maken.

Dit patiëntenbestand is in zekere zin selectief bepaald, aangezien er reeds een categorische scheiding gemaakt wordt tussen het verplegen in en buiten de inrichtingen.

De ambulante zorg stelt andere eisen aan het verplegen dan de institutionele. De institutionele zorg is selectief bepaald: naast “algemene” ziekenhuizen kent men psychiatrische ziekenhuizen en inrichtingen voor de behandeling van zwakzinnigen. Bedrijfs-institutioneel is hier een latente conflictsituatie: men leidt verplegend personeel op om in eigen behoefte te kunnen voorzien; men dient echter op te leiden voor een meer algemeen beroep. De vaagheid van dit algemene beroepsbeeld – gegeven de bestaande wettelijke differentiaties (A en B) en specialisatie (wijk) en gegeven de talloze nieuwe functies, die zich regelmatig aandienen – vormt voor de opleidende instanties een beperking om te kunnen voldoen aan deze algemene eis. De huidige regeling van de inservice-opleiding heeft grote voordelen voor de kwaliteit van het verplegen in de afzonderlijke ziekenhuizen. Zij wordt echter niet als optimaal ervaren door die instanties, die de aldus elders opgeleide verplegers na verdere (om)scholing inschakelen (o.m. de wijkverpleging door de kruisorganisaties).

Eenzelfde probleem doet zich voor bij die verplegers, die na het behalen van het diploma A (of B) hun opleiding willen afronden met het behalen van diploma B (of A).

6.4. Raakvlakken van de verpleging

De afbakening van de verpleging ten opzichte van de raakvlakken kan als volgt worden weergegeven.

De met elkaar samenhangende “vlakken”, gezien vanuit de verpleging zijn: geneeskunde, maatschappelijk werk, onderwijs en opvoeding.

Karakteristiek voor verplegen is de begeleiding van een patiënt, d.w.z. deze “patiënt” ondergaat gelijktijdig een behandeling, gericht op genezing of her-aanpassing. In dit proces heeft de verpleging een eigen methodische inbreng, doch geschiedt elke situatie steeds in relatie met het totaal van de gezondheidszorg.

- I. *Geneeskunde en verplegen* raken elkaar in het vlak van de gerichte therapeutische begeleiding; dit is derhalve een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Naarmate de begeleiding een meer continu karakter krijgt, gaat het verpleegaspect overheersen; is de begeleiding slechts zeer incidenteel en gericht op een beperkt behoeftengamma, dan is er geen sprake meer van verpleging en ontstaat een

(para)medische zelfstandige verantwoordelijkheid.

- II. *Verpleging en maatschappelijk werk* raken elkaar in die situaties, waar de stoornis ligt op het psychisch-somatische en het sociale vlak. Dit is het geval wanneer de “cliënt” van het maatschappelijk werk zich als individu in zijn omgeving niet kan handhaven en derhalve een meer intensieve individuele begeleiding gaat vergen. Indien het “niet kunnen handhaven” zich beperkt tot een bepaald aspect, de begeleiding primair gericht is op het beïnvloeden van de leefsituatie en secundair het leren leven met die situatie, dan gaat verplegen over in maatschappelijk werk.
- III. *Verplegen versus pedagogiek (agogiek)*: dit raakt elkaar in die situaties, waarbij individuen zich niet in de normale samenleving kunnen handhaven, uit dit oogpunt verpleging behoeven en de betrokkenen “getraind” worden tot gedragsuitingen, die hen in staat kunnen stellen zo normaal mogelijk te functioneren. Zolang het hoofdaccent van het trainen ligt op het geleidelijk verzelfstandigen van het individu, waarbij vele functies nog overgenomen moeten worden, is er sprake van verpleging (bijv. bij zwakzinnigen). Het vindt echter zijn component in de pedagogische methodieken, die niet inhaerent zijn aan verplegen. Naarmate minder algemene begeleiding aanwezig is en slechts weinig functies behoeven te worden overgenomen (blinden, doofstommen), zal er niet meer gesproken worden van verplegen, doch van pedagogiek of agogiek. In hoeverre het verplegingsbestanddeel beantwoordt aan het generale begrip verplegen, wordt hier buiten beschouwing gelaten.

6.5. De verpleging; toekomstperspectief

De Werkgroep is van mening, dat in dit rapport niet voorbijgegaan mag worden aan de problemen in de toekomst. Het beleid mag niet alleen gebaseerd zijn op het verleden en het heden, doch dient zich te richten op een toekomstige structuur. Volstaan zal worden met het plaatsen van enkele kanttekeningen, het onderwerp als zodanig vereist een afzonderlijke bestudering, hetgeen de rapportage te veel zou vertragen.

6.5.1. De behoefte aan mankracht; te verwachten aanbod

In de Volksgezondheidsnota 1966 is op pagina 156 gesteld, dat de behoefte van de algemene ziekenhuizen aan verplegers zal stijgen van 2,55 per 1.000 inwoners in 1963 tot 3,25 in 1980, in absolute aantallen een stijging van ruim 30.000 tot circa 50.000. De ontwikkeling in de psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigenzorg en de ambulante zorg wijkt naar de mening van de werkgroep hiervan nauwelijks af. In algemene zin zal derhalve de behoefte ten opzichte van de huidige situatie stijgen met circa 80 procent. Gegeven de prognoses van het recruiteringsveld – afnemende van de bevolkingsgroei en de verlaging van de huwelijksleeftijd – zal de recruiting om de behoeften te kunnen dekken vele inspanningen vergen.

6.5.2. De rol van de verpleging in de gezondheidszorg

Het arbeidsintensieve karakter – tot uitdrukking komende in de behoeftenschattingen – van de verpleging zal in de komende jaren weliswaar niet beïnvloed worden, doch een wijziging in de functie-inhoud is niet denkbeeldig. De technische mogelijkheden om deeltaken van de verpleging via automatisering over te nemen, wachten slechts op invoering: de controle van “het proces”, nu voor een belangrijk deel

opgedragen aan de verpleger, zal langs automatische systemen plaatsvinden. De vertaling van deze waarneming in therapeutische bijsturingstechnieken zal eveneens geautomatiseerd kunnen worden. Te verwachten valt, dat de medische discipline daardoor in veel mindere mate dan thans afhankelijk zal zijn van de waarneming van de verpleger. Daarentegen zal van de verpleger veel meer geëist worden op het vlak van de begeleiding, de vervangende behoeftenvoorziening, zodat de zieke tijdens de fase, dat hij onderworpen is als object in het medisch-technische proces zich nog als mens zal blijven terugvinden! Ook in het technische vlak zullen zich veranderingen gaan voordoen. De automatisering van de informatieverstrekking zal deskundigen vragen, die deze verstrekkingen kunnen overzien, bewaken en “vertalen”: een verpleegkundige “operator”?

Ook de partiële registratie (E.E.G.-laborant!) zal in toenemende mate een technisch aspect gaan vertonen: het beroepsbeeld van de verpleger zal hierdoor beïnvloed worden door het ontstaan van gespecialiseerde nevenfuncties danwel doordat nieuwe beroepen categorieën ontstaan.

Het beroepsbeeld van de verpleger in de ambulante zorg zal zich eveneens gaan wijzigen. Dit vraagstuk wordt mede bepaald door eventuele herstructureringen van het veld van de maatschappelijke gezondheidszorg. Welke eisen zullen de preventie en voorlichting stellen? Intensiever gebruik van communicatietechnieken, inbouw in meer algemeen functionerende contacten? Verdere toeneming van gezondheidscentra zal eveneens een heroriëntatie vragen. De relatie ziekenhuis-ambulante zorg is evenmin statisch en de hierin optredende wijzigingen zullen het behoeftebeeld beïnvloeden.

6.5.3. Opleidingsperspectief

Het onder 4.1. en 4.2. gestelde stelt aan de opleiding de eis te zorgen voor een zo hoog mogelijk rendement, dat wil zeggen: effectieve opleidingssystemen, die voldoende aantrekkingskracht uitoefenen op het recruteringsveld, een optimaal gebruik van de beschikbare arbeidsperiode mogelijk maken en voldoende gedifferentieerd om de behoefte te dekken, zonder dat dit leidt tot een professionele versplintering. Deze eisen zijn ogenschijnlijk met elkaar in tegenspraak; een eerste vereiste hierbij is echter dat de feitelijke werkzaamheden in de verpleging en de beroepsopleiding *wederzijds* op elkaar aansluiten. Het gevaar is niet denkbeeldig, dat de concurrentie tussen de “afnemers” van het te recruterende veld de efficiency van het geheel ongunstig zal beïnvloeden. Een gecoördineerde benadering lijkt derhalve noodzakelijk, een coördinatie, die mogelijk zich op nog breder terrein zal dienen uit te strekken dan de in 5.3. geschetste fasering.

7. Conclusie

De werkgroep heeft gemeend het rapport te moeten besluiten met een tweetal conclusies als “samenvatting en aanbeveling”.

7.1.

De beroepenstructuur in de volksgezondheid vereist een heroriëntatie; de bestaande formele regelingen moeten gemoderniseerd worden en nieuwe regelingen voor nog groeiende andere beroepen moeten mogelijk gemaakt worden.

7.2.

Een grotere samenhang in het recruiters- en opleidingsbeleid van de gehele gezondheidszorg-sector dient tot stand gebracht te worden.

Ter toelichting moge het volgende dienen:

Het wettelijke kader vertoont geen samenhangend geheel. De wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging valt in twee delen uiteen; hiernaast bestaan wettelijke voorschriften voor ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters; geheel los hiervan is er de wet op de paramedische beroepen.

Aantekeningen kunnen worden verleend op het diploma A, niet op het diploma B. De relatie tussen ziekenverzorgen en verplegen komt in de wettelijke regeling onvoldoende tot uiting. Tal van opleidingen worden gegeven voor beroepen waarvoor (nog) geen officiële regelingen bestaan en in min of meerdere mate verwant zijn aan de verpleging. De werkgroep acht het zeer gewenst dat meer duidelijkheid in dit patroon wordt gebracht en zou het op prijs stellen, wanneer de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening in zijn advies alle beroepen in de sector van de gezondheidszorg zou betrekken.

Al dan niet op basis van deze visie op de beroepenstructuur acht de werkgroep het gewenst dat een grotere samenhang wordt opgebouwd in het gehele recruiters- en opleidingsbeleid in de sector van de gezondheidszorg. In de eerste plaats is er in de verpleegsector behoefte aan een integratie, althans een meer op elkaar afstemmen van de huidige gedifferentieerde opleidingen. Ook de structuur van deze opleidingen vereist een her-oriëntatie als aangegeven in 3.3. Het ontbreken van een wetenschappelijk onderzoek op universitair niveau op het terrein van de verpleging is – gezien de problemen waarvoor de verpleging in de toekomst gesteld kan gaan worden – een lacune.

Er dient voor gewaakt te worden dat discrepantie ontstaat tussen de beroepsopleiding enerzijds en de beroepsuitoefening anderzijds. Het gebruiken van opleidingen als middel tot voorziening in de behoefte aan werkrachten komt niet ten goede aan een juiste beroepsvorming. De differentiatie van werkzaamheden naar niveau's van opleiding is naar de mening van de werkgroep nog onvoldoende gerealiseerd, terwijl de doorstroming is geregeld.

Naast deze “vertikale” differentiatie blijft uiteraard het probleem van de horizontale differentiatie. Wat betreft dit laatste, kan men de volgende vragen stellen:

- welke grenzen en overlappingen zijn aan te brengen in de verschillende beroepen;
- aan welke beroepen is nu en in de toekomst behoefte;
- hoe dient de opleiding hiervoor geregeld te worden.

De hoge kosten en grote inspanningen, die dergelijke opleidingen vereisen, nopen tot een gecoördineerde aanpak van deze problemen.

Bijlage I

Vergelijkend overzicht opleidingsduur (I-40)

Landen	Wettelijke regeling van	Duur basis-opleiding	Aantal uren theorie	Aantal uren praktijk per week	Aantal weken vakantie per jaar	Bijzonderheden
Duitsland	1965	3	1.200	47 uur	4 weken	
België	1957	3	2.750	36/40 uur	8 weken	
Frankrijk	1959	2	1.008	40 uur	6 weken	12 uur theorie p.w. en 24 uur begeleide praktijk p.w.
Nederland	1966	3 ½	800	45 uur	4 weken	
Zwitserland	1966	3	1.250	48 uur	4 weken	
Agreement Raad van Europa			1/3 x 4.600 = 1.533 uur	praktijk min. ½ x 4.600		

Landen	Voor praktijk blijven tijdens de gehele opleiding over	Dit is gelijk aan	In totaal voor gehele opleiding dus
Duitsland	120 weken	120x47 = 5.640 uur	5.640 uur praktijk + 1.200 uur theorie = 6.840 uur
België	62 weken	62 x 40 = 2.480 uur	2.480 uur praktijk + 2.750 uur theorie = 5.230 uur
Frankrijk	67 weken	67 x 40 = 2.680 uur	2.680 uur praktijk + 1.008 uur theorie = 3.688 uur
Nederland	148 weken	148 x 45 = 6.660 uur	6.660 uur praktijk + 800 uur theorie = 7.460 uur
Zwitserland	112 weken	122 x 48 = 5.376 uur	5.376 uur praktijk + 1.250 uur theorie = 6.626 uur

Gegevens berusten op informaties die slechts een oriënterend karakter hebben. Het is niet uitgesloten dat het begrip “theorie-uren” in de verschillende landen anders geïnterpreteerd wordt. Een kwalitatieve vergelijking kan op grond van deze gegevens niet gemaakt worden.

Bijlage II

De code van de ethiek in de verpleging

Hieronder volgt thans de code, zoals deze door de ICN is vastgesteld.

Code van de ethiek

voor zover deze van toepassing is op de uitoefening van de verpleegkunde.

Aangenomen door de Organisaties van Verpleegkundigen, aangesloten bij de International Council of Nurses op 10 juli 1953; aangevuld en herzien juni 1965.

Verpleegkundigen zijn zieken behulpzaam en nemen de verantwoordelijkheid op zich voor het scheppen van een lichamelijk, maatschappelijk en geestelijk klimaat dat de genezing bevordert. Zij werken mede aan het voorkomen van ziekten en het bevorderen van de gezondheid door onderwijs en voorbeeld. Zij verlenen hun diensten op het terrein van de gezondheidszorg ten behoeve van het individu, het gezin en de gemeenschap en coördineren hun diensten met die van leden van andere beroepen in de gezondheidszorg. De eerste plicht van de verpleegkundigen en de reden van het bestaan van hun beroep is de dienstverlening aan de medemens. De behoefte aan verpleegkundige diensten staat overal ter wereld. De dienstverlening van de verpleegkundige is gebaseerd op de menselijke nood en kan daarom niet beperkt worden door overwegingen aangaande nationaliteit, ras, geloof, huidskleur, politieke overtuiging of sociale status.

Aan deze Code is inhaerent het beginsel dat de verpleegkundigen geloven in de essentiële vrijheden van de mens en in het instandhouden van het leven. Het is van belang, dat iedere verpleegkundige zich bewust is van de beginselen van het Rode Kruis evenals van de rechten en plichten als verpleegkundigen volgens de Conventie van Genève van 1949.

De verpleegkundigen erkennen dat een internationale code niet in details alle werkzaamheden en verhoudingen in het beroep kan omvatten, daar persoonlijke opvattingen en geloofsovertuiging deze mede kunnen beïnvloeden.

1. De fundamentele verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is drievoudig:
 - Het leven beschermen,
 - Het lijden verzachten,
 - De gezondheid bevorderen.
2. De verpleegkundige moet te allen tijde de hoogste maatstaven handhaven wat betreft verpleegkundige verzorging en gedrag bij de uitoefening van het beroep.
3. De verpleegkundige moet niet alleen goed zijn opgeleid, maar zal tevens kennis en vaardigheid op hoog peil moeten houden.
4. De religieuze overtuiging van de patiënt moest steeds geëerbiedigd worden.

5. Verpleegkundige beloven geheim te zullen houden al wat hen in hun functie als verpleegster (verpleger) als geheim is toevertrouwd of te hunner kennis is gekomen.
6. Verpleegkundigen erkennen niet alleen de verantwoordelijkheid, maar ook de begrenzing van hun functie: alleen in noodgevallen adviseren en geven zij medische behandeling zonder medisch voorschrift en zij rapporteren dit zo spoedig mogelijk aan een arts.
7. De verpleegkundige is verplicht de voorschriften van de arts weldoordacht en stipt uit te voeren; zij zal moeten weigeren om deel te nemen aan handelingen in strijd met de ethiek.
8. De verpleegkundige steunt het vertrouwen in de arts en in andere werkers op het gebied van de gezondheidszorg; onbekwaamheid of gedrag, dat tegen de ethiek indruist, moet uitsluitend ter kennis worden gebracht van de bevoegde autoriteit.
9. De verpleegkundige heeft recht op een rechtvaardige beloning en accepteert slechts een zodanige directe of indirecte vergoeding als uit haar/zijn contract c.q. arbeidsovereenkomst, al dan niet schriftelijk vastgelegd, voortvloeit.
10. Verpleegkundigen staan niet toe dat hun naam wordt gebruikt, noch voor enigerlei vorm van reclame voor aanbeveling van producten, noch ten eigen bate.
11. De verpleegkundige werkt samen met en onderhoudt een goede verstandhouding met leden van andere beroepsgroepen en met beroepsgeenoten.
12. De verpleegkundige zal zich persoonlijk zodanige ethische normen stellen, dat het aanzien van het beroep wordt bevorderd.
13. In hun persoonlijke gedragingen behoren verpleegkundigen niet opzettelijk de gangbare gedragsregels van de gemeenschap, waarin zij leven en werken, te veronachtzamen.
14. Bij het bevorderen van maatregelen om aan behoeften op het terrein van de gezondheidszorg van de bevolking – zowel plaatselijk, provinciaal, nationaal als internationaal – tegemoet te komen, deelt de verpleegkundige de verantwoordelijkheid hiervoor met haar medeburgers en met leden van andere beroepsgroepen, werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg.

Rapport Werkgroep II

Aanbiedingsbrief van de Voorzitter van Werkgroep II

AAN: de Voorzitter
van de Commissie HBO-verplegenden

Betreft:
rapport werkgroep II

21-2-1968

Hierbij moge ik U het rapport aanbieden van de werkgroep die tot taak had het bestuderen van de mogelijkheden van nieuwe ingangen tot de opleidingen op het gebied der verpleging.

Alhoewel de werkgroep ook de wenselijkheid van een universitaire opleiding voor verplegenden in zijn studie heeft betrokken, heeft hij toch gemeend zich vooralsnog te moeten beperken tot het indienen van een voorstel voor een vierjarige hogere beroepsopleiding, steunend op het VWO en het HAVO met een nader te omschrijven vakken-pakket.

In deze opleiding, welke in daartoe aan te wijzen scholen en met medewerking van een of meer ziekeninrichtingen en instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg zal moeten worden gegeven, zijn zowel de stof van de A- als van de B-opleiding als ook de theorie van de opleiding voor de maatschappelijke gezondheidszorg geïntegreerd.

Het doel van deze opleiding is op te leiden voor het bezetten van functies die uitzicht bieden op leiding geven op hoger niveau, ook in de gespecialiseerde sectoren van de gezondheidszorg, aan welke functionarissen momenteel de grootste behoefte blijkt te bestaan.

De Werkgroep verwacht dat deze opleiding er toe zal bijdragen dat er een verbreding van de stroom gegadigden zal komen en dat met name ook een groter aantal mannelijke leerlingen dan thans het geval is een carrière in de gezondheidszorg zal gaan kiezen.

Naast deze opleiding blijven uiteraard de bestaande inservice-opleidingen bestaan die derhalve voor MAVO-opgeleiden ook toegankelijk zullen zijn voor HAVO-opgeleiden die niet het vereiste vakkenpakket bezitten en meer praktisch zijn ingesteld.

De werkgroep staat op het standpunt dat er zeker redenen voor een universitaire opleiding van verplegenden zijn aan te voeren. Immers een wetenschappelijke vorming zal bijdragen tot de verdere ontwikkeling van de verpleegkunde. Een eigen verpleegkundige faculteit acht de werkgroep echter vooralsnog moeilijk realiseerbaar. Wel zou hij willen aanbevelen de mogelijkheid van de stichting van een afzonderlijke leerstoel in de medische faculteit, met een inbreng van de sociale wetenschappen, te overwegen.

De Voorzitter van Werkgroep II
w.g. B.T.G. de Jong, arts

Inhoud

1 Inleiding

- 2.1 Aanleiding tot de instelling van de werkgroep
- 2.1 Opdracht van de werkgroep
- 1.3 Samenstelling van de werkgroep

2 Nadere analyse van de opdracht

- 2.1 Vooropleiding en beroepsopleiding
- 2.2 Alternatieve mogelijkheden toelaatbaarheid tot de opleiding
- 2.3 H.B.O. en de bestaande opleidingen voor het diploma ziekenverpleging A en B
- 2.4 H.B.O.-verpleging en de bestaande vervolgopleidingen
- 2.5 Opleidingssysteem in het buitenland

3 Universitaire opleiding in de verpleegkunde

- 3.1 Wenselijkheden van een universitaire opleiding
- 3.2 Mogelijkheden van een universitaire opleiding
- 3.3 Conclusie

4 Uitgangstellingen bij het voorstel H.B.O.-verplegenden

- 4.1 De opleiding tot verpleegkundige vereist een harmonisch samengaan tussen theorie en praktijk
- 4.2 Een geïntegreerde opleiding wordt verkozen boven een gefaseerde “stapel”-opleiding
- 4.3 Een hogere beroepsopleiding leidt op voor het bezitten van functies, die uitzicht bieden op leiding geven op hoger niveau
- 4.4 De gediplomeerden dienen een potentiële geschiktheid te hebben om ook in gespecialiseerde sectoren van de gezondheidszorg te kunnen worden ingezet
- 4.5 Het diploma dient toegang te geven tot een universitaire studie

5 Organisatorische structuur van het H.B.O.

- 5.1 Relatie school-ziekenhuis
- 5.2 Departementale verantwoordelijkheid
- 5.3 Eisen, te stellen aan de school: behoefte aan dit type van scholen
- 5.4 De positie van de leerling

6 Leerplan voor H.B.O.

- 6.1 Algemene beschouwingen
- 6.2 De theoretische leerstof
- 6.3 De stages
- 6.4 Conclusie

- Bijlagen Voorstel curriculum H.B.O.-Basisopleiding
 Curriculum H.B.O.-verpleging
 Urentabel H.B.O.
 Schematische weergave H.B.O.-verpleging

1. Inleiding

1.1. Aanleiding tot de instelling van de werkgroep

In een vergadering van de Werkgroep H.B.O.-Verpleging d.d. 24 november 1966 werd besloten een drietal sub-werkgroepen in te stellen teneinde een voorstudie te maken van enkele onderdelen van de gehele probleemstelling.

1.2. Opdracht van de werkgroep

In genoemde vergadering werd de opdracht als volgt geformuleerd: “Bestudering van de mogelijkheden van nieuwe ingangen tot de opleidingen op het gebied de verpleging”.

De achtergrond hiervan was het nagaan van de carrièremogelijkheden van afgestudeerden van gymnasium en HBS in de verpleging.

1.3. Samenstelling van de werkgroep

De werkgroep stond onder leiding van de heer B.T.G.de Jong. arts, Hoofd van (Hoofdafdeling Algemene Gezondheidszorg van de Geneeskundige Hoofdinspectie; het secretariaat berustte bij mej. E.I. Weyland.

Verder werd aan de discussies deelgenomen door:

Br. Amantius Simons, Kath. Ver. van Inr. voor beh. en verpl. van Geestelijk Gestoorden.

Mej. A.A. Brij, Directrice Dijkzigt Ziekenhuis te Rotterdam.

Mej. E.C. Daamen, verpleegkundige; afd. Verpleging en Verzorging v. d. Geneeskundige Hoofdinspectie v. d. Volksgezondheid.

Drs. A.M.C. Emich, hoofd afd. Opleidingen, Directoraat-Generaal Volksgezondheid.

Mej. D. van Esch, adjunct-directrice School voor Maatsch. Gezondheidszorg Driebergen.

Dr. C.A. Graafland, Geneesheer-Directeur van het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem.

J.A. Idenburg, Algemene Bond van Ambtenaren.

Drs. J.R.M. van Ratingen, psycholoog; Zwakzinnigen inrichting “Maria Roepaan” Ottersum.

A.J. Salomé, arts, Academisch Ziekenhuis, Leiden.

Zr. Savio Bruggemeyer, stafdocente Kath. Hogere School voor Verplegenden Nijmegen.

Dr. N.W. de Smit, sociaal psychiater; Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam.

Mej. S.C.H.M. de Theije, verpl. in alg. dienst bij het Centr. Bureau voor het Kath. Ziekenhuiswezen.

Dr. R. Zijlstra. Geneeskundige Hoofdinspectie v. d. Geestelijke Volksgezondheid.

2. Nadere analyse van de opdracht

2.1. Vooropleiding en beroepsopleiding

De opleiding in de verpleging kent eerst sedert kort een formele toelatingseis ten aanzien van de vooropleiding. Deze is gesteld op het niveau van een 4-jarige ULO; een uitgangspunt, dat in de praktijk in

het verleden, vóórdat deze eis formeel werd vastgesteld, door zeer veel opleidingen werd gehanteerd. De opleiding heeft het karakter van een inservice-opleiding; tijdens het dienstverband ontvangen de leerlingen een praktische en theoretische opleiding. De ontwikkeling van de gezondheidszorg heeft haar eisen gesteld aan de verpleging; in de praktijk is gebleken, dat, teneinde de opleiding met vrucht te kunnen volgen, men een algemene ontwikkeling dient te bezitten van een niveau, dat overeenkomst met een 4-jarige ULO. Dit impliceert niet, dat personen met minder algemene ontwikkeling niet geschikt zouden zijn voor speciale functies in de verpleging: de opleiding tot het diploma voor ziekenverzorging voorziet in deze mogelijkheid. Het is logisch, dat, wanneer men het opleidingsrendement tracht te vergroten door de opleiding aan te laten sluiten bij een bepaalde vooropleiding, men zich eveneens afvraagt of deze opleiding de meest gewenste is voor hen, die meer vooropleiding hebben genoten dan de vereiste ULO-opleiding.

Het gehele beroepsonderwijs in Nederland is zoveel mogelijk een directe aansluiting op het algemeen vormend onderwijs; de Wet Voortgezet Onderwijs heeft dit tot uitgangspunt gekozen en het beroepsonderwijs ingedeeld in lager, middelbaar en hoger beroepsonderwijs. Een dergelijk uitgangspunt geeft het hoogste rendement voor de opleidingen en voor de leerlingen.

Een ander uitgangspunt wordt gevormd door de vraag naar functionarissen met meer algemene ontwikkeling en een beroepsopleiding van zwaarder gehalte. Een nadere inventarisatie van deze wens vormt het uitgangspunt van studie van Werkgroep III, doch heeft als werkhypothese ten grondslag gelegen aan de discussies. Een derde uitgangspunt kan tenslotte gevonden worden in het relatief geringe aantal van hen, die een hogere opleiding dan ULO bezitten en de verpleging als carrière kiezen. Dit moge blijken uit onderstaand overzicht.

Vooropleiding	Vrouwelijke eindexamen- kandidaten 1966 (Bron CBS)	1e-jaars leerlingen in 1966 in ziekenhuizen; naar vooropleiding		
		aantal (Bron GHI)	3 in % van 2	3 in % van totaal van 3
1	2	3	4	5
ULO	23.125	2.730	11,8 %	41,9 %
Gymnasium A/B	1.894	51	2,6 %	0,8 %
HBS A/B	3.271	123	3,7 %	1,9 %
MMS	5.062	418	8,2 %	6,4 %
Overige opleidingen		3.188		49,0 %
Totaal		6.510		100 %

5.2.2. Alternatieve mogelijkheden; toelaatbaarheid tot de opleiding

In de opdracht is sprake van “nieuwe ingangen”. De Commissie heeft zich uitvoerig beraden over de mogelijkheden, die hiertoe aanwezig kunnen zijn en zich daarbij gebaseerd op de bestaande situatie van het onderwijs. Een “hogere opleiding” kan in strikte zin gezien worden als “H.B.O.”, zoals deze voorkomt

in de wet op het voortgezet onderwijs, te weten beroepsonderwijs, aansluitend op HAVO (hoger algemeen voortgezet onderwijs, 5-jarige cursusduur). In ruimere zin kan ook het academisch onderwijs tot de hogere opleidingen gerekend worden. Toelatingseis hiervoor is V.W.O. (gymnasium, atheneum). In hoofdstuk 3 zullen enige beschouwingen worden gegeven over een universitaire opleiding in de verpleegkunde. De commissie heeft zich echter vooralsnog beperkt tot een voorstel van een H.B.O. in strikte zin.

Hierbij dient echter tevens gesteld te worden, dat niet elke HAVO-abituriënt zonder meer toegelaten behoort te worden tot een dergelijke opleiding. Als toelaatbaar zijn te beschouwen:

- kandidaten, die met goed gevolg een eindexamen Gymnasium of Atheneum hebben afgelegd;
- kandidaten, die met gunstig gevolg een eindexamen HAVO hebben afgelegd, mits zij geëxamineerd zijn in nog nader vast te stellen vakken (gedacht wordt aan de exacte vakken).

Daarboven zal de betrokken opleiding steeds zijn eigen beleid kunnen formuleren m.b.t. de toelatingswaardigheid van leerlingen, die formeel voldoen aan de eis van de toelaatbaarheid.

In hoeverre in de eerstkomende jaren leerlingen van de MMS tot deze opleiding worden toegelaten, zal nader dienen te worden gezien. De commissie heeft vernomen, dat de eindexamens gebaseerd zouden kunnen zijn op zeer uiteenlopende leerplannen en aarzelt voor een automatisch toelatingsbeleid voor deze categorie.

2.3. H.B.O. en de bestaande opleidingen voor het diploma ziekenverpleging A en B

Een ernstig punt van overweging in de commissie vormde de vraag of de voorgestelde opleiding zou gaan ten koste van de kwantiteit van de bestaande opleiding voor de diploma's A en B. Een en ander zou alleen een verschuiving tot gevolg kunnen hebben. De commissie is in dit geval van mening, dat dan weliswaar enige positieve resultaten kunnen worden bereikt (o.a. betere voorbereiding op kaderfuncties), doch betwijfeld werd of de vereiste financiële inspanning hiervoor gevraagd zou mogen worden. Als zeer belangrijke doelstelling dient gesteld te worden dat een verbreding van de stroom ontstaat, derhalve dat *meer* jongeren een carrière in de gezondheidszorg zullen ambiëren, een categorie derhalve, die nu “verloren” gaat. De aard en inrichting van het onderwijs zal tevens dusdanig moeten zijn, dat in grotere mate dan thans het geval is, mannelijke leerlingen zullen worden gewonnen voor de verpleging. Het ligt evenmin in de bedoeling de bestaande “inservice”-opleiding niet meer toegankelijk te verklaren voor leerlingen met HAVO-vooropleiding. Integendeel: meer praktisch ingestelde leerlingen zullen bij voorkeur op deze vorm van opleiding gewezen moeten worden. Het selectiebeleid van de toekomstige “H.B.O.-scholen” zal hierop gericht dienen te zijn.

2.4. H.B.O.-verpleging en de bestaande vervolgoopleidingen

Ter goed begrip moge gesteld worden, dat men in de verpleging een aantal opleidingen kent, die bij de inwerkingtreding van de W.V.O. gerekend kunnen worden tot het hoger beroepsonderwijs. Te denken valt hierbij aan de in studie zijnde opleiding voor maatschappelijke gezondheidszorg (wijkopleiding) en de bestaande hogere scholen voor verplegenden. Beide hier bedoelde opleidingen zijn *vervolg*-opleidingen, gebaseerd op de huidige structuur. De wijkopleiding wordt jaarlijks gevolgd door ± 350 leerlingen en voorziet in de behoeften van de kruisorganisaties aan wijkverpleegsters. Naar uit 4.1. zal blijken, is in de

voorgestelde HH.B.O. ook een belangrijk deel van de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg verwerkt, doch de behoeftevoorziening van het veld zal in hoofdzaak aangewezen zijn op het bestaande type van opleidingen. De voorgestelde H.B.O. richt zich dan meer op potentiële kader-functionarissen. De huidige hogere opleidingen (2 scholen: één te Utrecht en één te Nijmegen) hebben tot doel een scholing te geven aan (reeds gediplomeerde) verplegenden, die voorbestemd (kunnen) zijn voor het vervullen van de hogere leidinggevende functies. De behoefte aan een verdere opleiding zal ook na invoering van een “H.B.O.-verpleging” in enigerlei vorm blijven bestaan, hetzij als de weg “buitenom”, teneinde de doorstromingsmogelijkheden via de beroepsuitoefening te ondersteunen, hetzij als een voortgezette opleiding, zoals ook de sociale academies deze kennen voor het maatschappelijk werk. De commissie meent derhalve te moeten stellen, dat er ongetwijfeld een samenhang zal bestaan tussen de voorgestelde H.B.O. en het curriculum van de hogere scholen voor verplegenden, doch het principe ervan wordt er niet door aangetast.

De gebroken stafopleidingen zijn ingesteld voor midden-kaderfuncties en gaan uit van de huidige opleidingen op ULO-niveau. Zij kunnen voor sommigen gezien worden als een onderdeel voor de weg “buitenom” naar de hogere functies. De voorgestelde H.B.O. richt zich eveneens op een spoedig bereiken van middenkaderfuncties zonder dat een aanvullende gebroken stafopleiding hiervoor nog gevolgd zou moeten worden.

De in voorbereiding zijnde ongebroken docentenopleiding dient op korte termijn te voorzien in een groot tekort aan deskundige docenten. In het desbetreffende rapport van de V.V.R. wordt wel gesteld, dat het niveau ervan op den duur toch het H.B.O. dient te zijn. In hoeverre deze opleiding als specialisatie gezien zal moeten worden na de voorgestelde H.B.O.-basisopleiding, is door de commissie niet besproken: dit zal mede betrokken dienen te worden in een studie over het systeem van voortgezette opleidingen, nadat een beslissing is genomen over het onderhavige voorstel.

2.5. Opleidingssystemen in het buitenland

Het heeft niet in de bedoeling van de commissie gelegen een uitgebreide studie te maken van de in het buitenland bestaande opleidingssystemen. Verschil in de structuur van de gezondheidszorg en in onderwijsstructuur maakt dit onderwerp tot een gespecialiseerd studie-object. Binnen dit kader wordt derhalve volstaan met de constatering, dat men in meerdere landen “experimenteert” met verschillende ingangen in de verpleging, waaronder ook zuiver schoolse benaderingen. In enkele landen (o.a. België, Engeland, Amerika) is een dergelijke opleiding bij enkele universiteiten ingepast in het hoger onderwijs en kan leiden tot een baccalaureaat, graad of “Master-degree”. Ook in het buitenland heeft men geen eensluidende opvattingen over de verhouding “theorie en praktijk”. Er zijn voorbeelden bekend (o.a. in Amerika), dat, wanneer het accent eenzijdig op een theoretische opleiding wordt gelegd, dit leidt tot een verschuiving van de feitelijke verpleging naar ander krachten. In diverse landen worden zgn. “verpleeghulp” ingeschakeld, een ontwikkeling, die de commissie minder wenselijk acht. Het is om deze redenen, dat niet is aangesloten bij buitenlandse systemen, doch primair is uitgegaan van de Nederlandse situatie.

3. Universitaire opleiding in de verpleegkunde

Zoals reeds is gesteld, heeft de commissie zich gericht op het begrip “H.B.O.” in enge zin. Dit neemt niet weg, dat een universitaire opleiding wel in discussie is geweest.

3.1. Wenselijkheden van een universitaire opleiding

Onderkend werd, dat er redenen zijn, die pleiten voor een universitaire opleiding, te weten:

- a. Voor de vervulling van een – zij het beperkt – aantal functies op verpleegkundig terrein is een universitaire vorming bijzonder nuttig. Het ontbreken van voldoende hoog geschoold kader leidt ertoe, dat men er soms toe overgaat in andere disciplines opgeleide krachten in deze functies aan te stellen.
- b. Voor de verdere ontwikkeling van de verpleegkunde wordt een systematische studie in al zijn aspecten noodzakelijk geacht. Dit zou wellicht het beste kunnen geschieden in universitair verband.

3.2. Mogelijkheden van een universitaire opleiding

Het academisch statuut kent de mogelijkheid van nieuwe studierichtingen. Het initiatief hiertoe dient uit te gaan van één of meer bestaande faculteiten. Voorwaarde is, dat men de mogelijkheid dient te hebben, toegelaten te worden tot een promotie, d.w.z. een doctoraal examen moet afgelegd kunnen worden. Een primaire gerichtheid op een praktijkexamen (via baccalaureaatsexamen) ligt niet in de bestaande wetgeving besloten. Alhoewel er derhalve wel een theoretische weg is, valt niet verwachten, dat een dergelijk initiatief op korte termijn gerealiseerd zal worden. Minder problematisch is de mogelijkheid van een leerstoel in de verpleegkunde: de procedure is betrekkelijk eenvoudig (W.V.O., art. 129-136), terwijl de mogelijkheden van meer wetenschappelijke benadering van het vraagstuk van de verpleegkunde dan aanwezig zijn.

Een dergelijke leeropdracht zou uit kunnen gaan van een medische faculteit. Een inbreng van de sociale wetenschappen is daarbij echter wel gewenst: bij voorkeur als een geïntegreerd aspect in de medische faculteit, mogelijk ook als een interfacultaire leeropdracht.

Een geheel andere weg is de vorming van een para-universitair verband: in samenwerking met een of meer faculteiten een soort “leergang in de verpleegkunde” instellen, al dan niet gekoppeld aan een bestaande basis- of vervolgopleiding in de verpleegkunde. Dergelijke samenwerkingsvormen bestaan tot op zekere hoogte reeds, doch de commissie is onvoldoende competent om te beoordelen of in die gevallen een werkelijke wetenschappelijke beïnvloeding voldoende tot haar recht komt of kan komen.

3.3. Conclusie

De commissie is van mening, dat een wetenschappelijke vorming bij kan dragen tot de verdere ontwikkeling van de verpleegkunde. De stichting van een afzonderlijke leerstoel in de medische faculteit met een inbreng van de sociale wetenschappen, zou zij dan ook bijzonder toejuichen. Een geheel eigen verpleegkundige faculteit acht zij vooralsnog moeilijk realiseerbaar en zal bovendien niet op korte termijn tegemoet kunnen komen aan de thans bestaande behoefte aan theoretisch fundamenteel geschoold kader.

4. Uitgangsstellingen bij het voorstel H.B.O.-verplegenden

In het voorgaande is gemotiveerd, dat de commissie gemeend heeft te moeten kiezen voor een beroepsopleiding naar analogie van het H.B.O. in de zin van de wet op het voortgezet onderwijs. Aan het in hoofdstuk 6 nader toegelichte curriculum liggen uiteraard een aantal vooronderstellingen ten grondslag, die thans nader zullen worden toegelicht.

4.1. De opleiding tot verpleegkundige vereist een harmonisch samengaan tussen theorie en praktijk

De leerstof (zie 6.) overziende is het theoretisch denkbaar, dat de vereiste kennis in een periode van circa 2 à 3 jaren overgedragen kan worden, zo kort mogelijk en derhalve een sterk eenzijdige theoretische scholing. De commissie is van mening, dat de volksgezondheid niet gebaat is met krachten, die een dergelijke opleiding hebben genoten. De afgestudeerden dienen n.l. op korte termijn in staat te zijn functies met een bredere dan normale verantwoordelijkheid te bekleden. In de opleiding dient derhalve ruimte te worden gereserveerd voor praktische werkzaamheden, die verder gaan dan een werkbezoek of oriëntatiestage.

4.2. Een geïntegreerde opleiding wordt verkozen boven een gefaseerde “stapel”-opleiding

De doelstelling is een opleiding voor “kader”-functies, die een potentiële geschiktheid veronderstellen om in het gehele terrein van de gezondheidszorg ingeschakeld te kunnen worden. Om dit te bereiken, zou men uit kunnen gaan van een algemene basis en hierop bepaalde specialisaties als afzonderlijke, afgeronde delen plaatsen, waarbij men kan kiezen (of/of) danwel opeenvolgend meerdere specialisaties afwerken (en/en). Hierbij wordt gedacht aan de huidige splitsing tussen het huidige diploma A, het diploma B; speciale opleidingen voor de wijkverpleging, voor de kinderverpleging en voor niet-formeel geregelde opleidingen als zwakzinnigenzorg, intensive-care-verpleging, enz. Ook tussentijds uitstappen zou bij deze stapelmethode derhalve mogelijk zijn. De commissie staat afwijzend tegenover deze benadering. Dit zou n.l. veronderstellen, dat de verschillende specialisaties telkens iets “anders” zijn, terwijl zij van mening is, dat slechts de omstandigheden anders zijn en de essentie gelijk is. De huidige (middelbare) opleidingen, die gespecialiseerd of gedifferentieerd zijn ingericht, tonen duidelijk aan, dat een afzonderlijk benaderen van de “specialisatie” de integratie van het gehele object ernstig bemoeilijkt. Zo dit voor de middelbare functies als een overkomelijk bezwaar zou kunnen worden gezien, voor een hogere opleiding wordt dit beslist afgewezen: juist deze functionarissen zouden het gevaar van een te eenzijdig benaderen van de praktijk dienen tegen te gaan.

4.3. Een hogere beroepsopleiding leidt op voor het bezetten van functies, die uitzicht bieden op leiding geven op hoger niveau

In het voorgestelde curriculum zal wel enige aandacht geschonken worden aan personeelsbeleid en leiding geven, doch het ware niet juist dit als een hoofdvak op te nemen. Primair is er een gerichtheid op het verplegen in algemene zin. De principes van leiding geven enz. worden wel aangegeven, zodat verwacht

kan worden dat de leerling na afloop van de studie na enige begeleiding op dit terrein eenzelfde niveau zal hebben als de meer ervaren verpleegster volgens de bestaande opleidingssystemen na een stafcursus. Een afzonderlijk curriculum voor het leidinggeven op hoger niveau blijft hierbij gewenst. Met betrekking tot dit aspect acht de commissie de stapel-methode *wel gewenst*. Overigens moge ten aanzien van dit punt verwezen worden naar het gestelde in 2.4. Hieraan kan nog worden toegevoegd, dat de voortgezette studie naar de mening van de commissie kan geschieden direct na de H.B.O., indien de leerling hiertoe geschikt geacht wordt, danwel na onderbreking door één of meer praktijkjaren.

4.4. De gediplomeerden dienen een potentiële geschiktheid te hebben om ook in gespecialiseerde sectoren van de gezondheidszorg te kunnen worden ingezet

De commissie onderkent, dat de afgestudeerden op geen enkel terrein beschouwd kunnen worden als volledig ervaren krachten. Het is aan de organisatie, waar zij werk gesteld worden, ervoor zorg te dragen, dat betrokkenen een begeleide inwerkperiode krijgen. In principe dient de gediplomeerde echter voldoende algemene kennis te bezitten, zodat het specifieke van het gespecialiseerde terrein hierin na enige ervaring kan worden geïntegreerd. Zonder dit specifieke te willen aantasten zou de commissie het betreuren, indien ook op het diploma H.B.O. weer diverse “aantekeningen” zouden gaan verschijnen.

4.5. Het diploma dient toegang te geven tot een universitaire studie

De commissie verwacht, dat te zijner tijd maatregelen worden genomen tot dusdanige wijzigingen van art. 27 van de W.V.O., dat de abiturienten toegang hebben tot een universitaire studie. Een dergelijke doorstroombmogelijkheid bestaat reeds voor gediplomeerden van kweekscholen, hogere technische scholen en hogere landbouwscholen (art. 27 V.W.O.).

5. Organisatorische structuur van het H.B.O.

Alhoewel het niet tot de opdracht van de commissie behoorde in te gaan op de organisatorische vraagstukken, meent de commissie toch enkele aspecten in dit verband aan te moeten tippen.

5.1. Relatie school-ziekenhuis

Het gehele karakter van de opleiding wijst op een afwijkende situering van de huidige, waarin – volgens art. 3 van de wet tot wettelijke bescherming van het diploma voor ziekenverpleging – slechts onder verantwoordelijkheid van daartoe erkende ziekeninrichtingen kan worden opgeleid. De voorgestelde opleiding dient beleidsmatig en financieel onafhankelijk te zijn van ziekeninrichtingen, doch zal slechts kunnen opleiden, indien hieraan door een of meerdere zieken inrichtingen en door instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg een actieve medewerking wordt verleend. Deze medewerking zal vooral dienen te bestaan uit het ter beschikking stellen van plaatsen, waarin de leerlingen de praktijk der verpleging op een actieve wijze leren ervaren. In deze periode zal de leerling een gedoseerde verantwoordelijkheid moeten leren dragen. In overleg met de school zal tevens een regeling dienen te

worden getroffen voor de begeleiding. De opleiding geschiedt echter onder verantwoordelijkheid van de school.

5.2. Departementale verantwoordelijkheid

De commissie signaleert het vraagstuk van de gescheiden verantwoordelijkheid: de huidige opleidingen zijn financieel gebonden aan ziekenhuizen en geschieden onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De voorgestelde opleiding zal niet op deze wijze gefinancierd kunnen worden, gelet op de eigen verantwoordelijkheid van de school. De wet op het voortgezet onderwijs voorziet in een volledige betaling van opleidingen uit 's-Rijks kas. Daar denkt de commissie dan ook aan, zonder echter hiermede te willen treden in het vraagstuk van de departementale verantwoordelijkheid.

5.3. Eisen, te stellen aan de school; behoefte aan dit type van scholen

Teneinde een opleiding als hier bedoeld te kunnen verzorgen, dient het instituut een duidelijke pedagogisch-didactische gerichtheid te bezitten en een voldoende aantal bekwame docenten uit deze disciplines, alsmede te kunnen rekenen op een voldoende aantal medische deskundigen. De opleiding kan geen cursorisch karakter hebben, waarbij – al improviserend – lessen worden gegeven op daartoe geschikte momenten. De outillage zal derhalve gericht moeten zijn op een systematische planning en derhalve dienen lessen en stages op vooraf gestelde tijdstippen doorgang te vinden. Normen zullen derhalve ontwikkeld moeten worden voordat in de toekomst erkenningen voor deze opleidingen gegeven kunnen worden, gebaseerd op de uitgangspunten:

- een eigen, sociaal-medisch gerichte, pedagogische en didactische staf;
- de mogelijkheid vakdocenten aan te trekken, die “vast” aan de opleidingen verbonden dienen te zijn;
- verzekerd zijn van de medewerking van een aantal ziekeninrichtingen op betrekkelijk geringe afstand en van andere instellingen van gezondheidszorg;
- aan de opleiding dienen supervisors verbonden te zijn voor de verpleegkundige praktijkbegeleiding.

De commissie is van oordeel, dat een vestiging in de omgeving van een universiteit vele voordelen met zich zal brengen.

De behoefte aan dit type scholen laat zich moeilijk schatten. De commissie is van mening, dat om meerdere redenen vooralsnog volstaan zal dienen te worden met enkele experimentele opleidingen. Deze redenen zijn:

- Toetsing van leerplan, evaluatie van de opleiding;
- De bestaande structuur (inservice-opleiding) mag geen leegzuigende invloed van deze opleiding ondergaan;
- Nauwkeurig bezien hoe het aanbod van leerlingen de vraag van het gezondheidszorgveld zal volgen.

5.4. De positie van de leerling

De leerling zal niet in dienst zijn van één der ziekenhuizen, die aan de opleiding hun medewerking

verlenen. Dit impliceert, dat er gezocht dient te worden naar de mogelijkheid van studiebeurzen, terwijl ook een zakgeldregeling tijdens de stage te overwegen ware. De belangrijke arbeidsrechtelijke gevolgen van het niet in dienst van een ziekenhuis zijn van de leerlingen van de hogere beroepsopleiding zijn in het hiernavolgende aangegeven.

De leerling wordt gedurende een bepaalde tijd in het ziekenhuis geplaatst en zal in het werkschema moeten worden ingepast in verband met de gedoseerde verantwoordelijkheid.

Dit impliceert, dat deze leerling gedurende die bepaalde tijd werk onder leiding van één of meerdere aan het ziekenhuis verbonden verplegenden en van deze(n) opdracht ontvangt:

- a. terzake van datgene, wat aan arbeid verricht moet worden:
- b. terzake van het tijdstip, waarop die arbeid moet worden verricht.

Er is sprake van een *gezagsverhouding*, terwijl voorts arbeid wordt verricht. Twee elementen van de arbeidsovereenkomst zijn aanwezig. Een derde – en zeker het belangrijkste element – ontbreekt, te weten het loon, dat is bedongen.

Zolang de leerling geen loon heeft bedongen, noch voor haar arbeid enige vergoeding, hoe dan ook genoemd, ontvangt, is *géén sprake van een arbeidsovereenkomst in de zin van het B.W.*

Dit betekent, dat zij niet is verzekerd ingevolge de Ziektewet en het Ziekenfondsbesluit. Voorts, dat, indien uit haar handelen of nalaten te handelen een wettelijk aansprakelijkheid ontstaat, deze zich niet kan richten tot de inrichting.

Het is dan ook noodzakelijk, wanneer de leerling in de hierboven geschetste situatie in een ziekenhuis werkt, een figuur te creëren, waarin de leerling verbonden *blijft* aan de school en door deze wordt “uitgeleend” aan de inrichtingen ten behoeve van de praktijkstages.

Ingevolge de bepalingen van het B.W. zal in geval van wettelijke aansprakelijkheid deze zich dan tot de school richten (zie art. 1403 B.W.), welke laatste zich uiteraard tegen een en ander via een verzekering dient te dekken. Een bijkomende – echt niet onbelangrijke – zaak is, dat door de school bepaalde voorwaarden aan het werken in een inrichting zullen moeten worden gesteld, b.v. een aantal arbeidsuren per dag en per week, eventueel aantal nachtdiensten en de lengte daarvan, dit om te voorkomen, dat met de “stagiaires” eventuele “gaten” in de dienstroosters worden gestopt, maar waardoor de betekenis van de stage in waarde kan dalen.

6. Leerplan voor H.B.O.

6.1. Algemene beschouwingen

Zoals in het voorgaande werd uiteengezet, heeft de commissie voor de algemene opzet van de opleiding de opzet van de sociale academies voor ogen gehouden. Voor de H.B.O. voor verplegenden wordt uitgegaan van een basisopleiding van vier jaren, waarna nog een topopleiding van een of twee jaar kan worden gevolgd.

Het ligt in de bedoeling in de eerste vier jaren een volledige verpleegkundige basisopleiding te geven.

Het niveau, waarop de opleiding zal worden gegeven, wordt bepaald enerzijds door de vereiste vooropleiding (V.W.O. en HAVO met het juiste vakkenpakket), anderzijds door het streven een aansluiting mogelijk te maken aan een universitaire studie. Hiermede zal ook rekening moeten worden

gehouden bij de keuze van de lesvakken. Het praktische karakter van de verpleegkunde erkennend, heeft de commissie gemeend in de voorgestelde opleiding uitgebreid aandacht te besteden aan de praktische training in de vorm van stages en praktijkperioden. In de voortgezette opleiding na de eerste 4 jaar wordt de mogelijkheid gegeven tot specialisatie voor de hogere leidinggevende functies.

6.2. De theoretische leerstof

De theoretische leerstof zal de complete leerstof van het basisdiploma geïntegreerd moeten bieden. Er wordt verwacht, dat de kandidaten korte tijd na het behalen van dit diploma geschikt zullen zijn voor het vervullen van middenkaderfuncties. Met het oog hierop wordt reeds tijdens deze opleiding aandacht besteed aan leidinggeven aan en omgaan met mensen. Onderwerpen, die overigens vooral in die vervolgopleiding na het basisdiploma ter sprake zullen komen.

De opleiding wordt verdeeld in een aantal cursusperiodes, afgewisseld met stages en praktijkperioden. Telkens zal de theorie in een cursusperiode speciaal worden gericht op de daarnakomende praktijkperiode, zodat de gedoeerde vakken per cursusperiode kunnen wisselen.

Daarnaast zijn enkele “integratieve” onderwerpen geplanned, die in elke cursusperiode terugkomen.

Tenslotte heeft de commissie gemeend een inleiding tot de methoden van wetenschappelijk onderzoek te moeten aanbevelen. De theoretische vakken worden verdeeld in een zestal groepen, te weten:

- I. medisch-biologische vakken
- II. sociaal-medische vakken
- III. vormen van maatschappelijke hulpverlening
- IV. methodieken
- V. geestelijke en maatschappelijke stromingen
- VI. methoden van wetenschappelijk onderzoek

Zij worden in de bijlagen nader uitgewerkt, waarbij tevens de voor elk vak de benodigde tijd wordt geschat. Op deze wijze kwam de bijgevoegde uren tabel tot stand.

6.3. De stages

Bij het opstellen van een schema voor de praktijkopleiding werd uitgegaan van volgende overwegingen: stages in het eerste jaar;

- a. De praktijkperioden worden voorbereid door een aantal korte oriënterende stages in het eerste jaar;
- b. Elke praktijkperiode wordt grondig voorbereid in de voorafgaande cursusperiode;
- c. De opleiding wordt beëindigd met een stage in de middenkaderfunctie op een algemene verpleegafdeling.

Er zijn in totaal 119 weken voor praktijk beschikbaar tegen 66 cursusweken. De praktijkweken werden als volgt verdeeld:

algemene oriëntatie	3 weken
geneeskunde	18 weken
heelkunde	16 weken
kindergeneeskunde	12 weken

obstetrie	12 weken
psychiatrie	20 weken
maatschappelijke gezondheidszorg	20 weken
leidinggeven	12 weken + 4 weken voorbereiding.

Zij worden in details weergegeven in bijgevoegd schema. De stages en praktijkperioden worden begeleid vanuit de school. De leerlingen zullen niet worden opgenomen in de bezetting van de ontvangende afdeling. Wel zullen zij aan alle diensten meedoen en in het algemeen volledig meewerken, waarbij hun een toenemende verantwoordelijkheid zal worden gegeven.

6.4. Conclusie

In de hier geschetste opzet wordt nadrukkelijk gebroken met de in de verpleegkunde gangbare methode van inservice-training. Dit maakt een brede opzet van opleiding mogelijk, terwijl de vereiste vooropleiding een intensievere en diepgaande studie binnen het bereik brengt. Er werd naar gestreefd een opleiding te ontwerpen, die aansluit bij het niveau van de vooropleiding. Ondanks het feit dat de praktische training aanzienlijk meer tijd in beslag neemt dan de theoretische opleiding, meent de commissie, dat de nadruk ligt op de theorie. Het is dan ook niet de bedoeling om, zoals dat bij de “inservice”-opleiding gebruikelijk is, bij het examen kandidaten af te leveren, die de routine van de opleidende inrichting volledig beheersen. Veeleer ligt de nadruk erop, dat de kandidaten theoretisch het niveau hebben om in het uitvoerende vlak na een voor hen aangepaste inwerkperiode de kaderfuncties te gaan bezetten. In het specifieke werkterrein, dat de kandidaten kiezen, zullen zij deze inwerkperiode nodig hebben om tot volle ontplooiing te komen.

Bijlage

Voorstel curriculum en H.B.O.-basisopleiding

De subcommissie, belast met het opstellen van de inhoud der cursusblokken, is begonnen met een inventarisatie van de te geven leerstof. Hiertoe werd de stof verdeeld in een aantal categorieën, die ieder een groep van lesvakken omvat, zoals weergegeven in onderstaande lijst. Voor elk vak wordt globaal de inhoud gegeven, het tijdstip, waarop het betreffende onderwerp ter sprake dient te komen, benevens een schatting van het aantal uren, dat ervoor nodig zal zijn. Op deze wijze werd een urentabel samengesteld, uitgaande van de volgende overwegingen:

1. Een aantal vakken, zoals de ziektenleer, moet zijn afgerond, voordat de betreffende stage begint. Tengevolge hiervan moeten dan ook de basisvakken afgesloten zijn.
2. Een aantal “integratieve” onderwerpen moet in elke cursusperiode terugkomen. Dit geldt met name voor de epidemiologie en, zij het niet strikt, voor methodiek van het groepswerk.
3. Onderwerpen als psychologie en sociologie worden in de eerste cursusperiode ingeleid en in de latere jaren verder uitgebreid en verdiept.

Het spreekt vanzelf, dat in een later stadium over de nadere inhoud van de vakken overlegd zal moeten worden met de betreffende deskundigen. Daarbij kunnen nog op basis van dit algemene schema praktische aanpassingen worden gerealiseerd. Er is in de hier voorgestelde opzet nog een reserve aan uren. Deze zullen nodig voor algemene activiteiten als b.v. lichamelijke opvoeding, excursies en wat dies meer zij. Hieronder volgt nu eerst de lijst met de omschrijving van de onderwerpen met tijdstip en uren. De cursusperioden zijn aangegeven met de Romeinse cijfers I t/ m V in het eerste jaar, VI t/m VIII in het tweede jaar, IX t/m X in het derde jaar en XII en XIII in het vierde jaar volgens het schema van de praktijkstages.

Tenslotte worden de gegevens kort samengevat in een tabel.

Curriculum H.B.O.-Verpleging

Groep I, Medisch-biologische vakken

Anatomie

- A. Inleiding, algemene bouwprincipes, histologie, algemene embryologie, algemene topografie
- B. Communicatiesystemen: circulatie, zenuwstelsel, endocriene organen
- C. Orgaansystemen: spijsvertering, ademhaling, topografie borst, buik, urogenitaal systeem, ogen, oren, bewegingsleer, arthrologie
- D. Speciële embryologie (organo genese)

Physiologie

- Algemene principes, eigenschappen levende stof, biochemische principes
- Regelsystemen: circulatie, zenuwstelsel, hormonen, immunologie
- Orgaansystemen: spijsvertering, ademhaling, urogenitaal systeem
- Chemische beïnvloeding: farmacologie, geneesmiddelen

Ziektenleer

- A. *Interne*
 - algemene begrippen en verschijnselen
 - algemene bacteriologie, infecties
 - hart en vaten, bloed
 - stofwisselingsziekten
 - endocrinologie
 - ademhalingswegen
 - urinewegen
 - bindweefselziekten
- B. *Chirurgie*
- C. *Psychiatrie (w.o. medische psychologie)*
 - inleiding klinische psychiatrie
 - klinische en sociale psychiatrie
 - klinische psychiatrie
 - medische psychologie
- D. *Kindergeneeskunde*
- E. *Obstetrie*
- F. *Oogheelkunde*
- G. *K.N.O.*
- H. *Neurologie*

Voedings- en dieetleer

Groep II, Sociaal-medische vakken

Psychologie

algemene, sociale, ontwikkelingspsychologie, karakterkunde
kinderpsychologie

Sociologie

algemene sociologie
medische sociologie
met accentuering sociologische problemen i.v.m. maatsch. gezondheidszorg
algemene sociologie en modern
maatschappijproblemen

Epidemiologie

inleiding. begripsbepaling
relatie ziek-gezond als verschijnsel in de samenleving
toepassingen als integratieve onderwerpen aan het eind van elke cursusperiode

Leer van het leidinggeven en organisatie

leidinggeven
organisatiestructuren
personeelsbeleid en bedrijfseconomie

Groep III, Vormen van maatschappelijke hulpverlening

Oriëntatie algemeen

historie en ontwikkeling van organen voor maatschappelijke hulpverlening
huidige vormen
plaatsbepaling v. d. gezondheidszorg

Gezondheidszorg

historie v. d. geneeskunde en ziekenverpleging
hygiëne van het individu
structuur van nationale en internationale organisaties voor de gezondheidszorg
curatieve, preventieve, positieve gezondheidszorg
organisatie ziekenhuiswezen (+ ziekenhuisorganisatie) en verpleegtehuiswezen
organisatie maatschappelijke gezondheidszorg (plaats en taak v. d. verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg)

Groep IV, Methodieken

Verpleegkunde

Gezien als “total patient care”; omvat verpleegtechnische handelingen, inclusief de kennis van de medische apparatuur en de benadering van de patiënt
wordt in elke cursusperiode gegeven (totaal 164 uur) met toespitsing op de psychiatrische verpleegkunde in blok IV, V en IX
individuele en gezinsgerichte methodiek in de maatschappelijke gezondheidszorg
kinderverpleging
obstetrische verpleging
leiding verpleegafdeling
(zie verder tabel)

Het groepsgesprek

groepspracticum
herhaling in blokken II t/m VIII en XII en XIII

Individuele gespreksvoering

Groep V, Geestelijke en maatschappelijke stromingen

enige wijsgerige stromingen
ethica, politieke en culturele actualia
theologische oriëntatie (afhankelijk v. instelling)

Groep VI, Methoden wetenschappelijk onderzoek

o.a. beginselen beschrijvende en mathematische statistiek

Urentabel H.B.O.

Lesvakken			cursusperioden													
			1 ^e jaar					2 ^e jaar			3 ^e jaar			4 ^e jaar		
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	
Groep I																totaal
anatomie			21	18	12	12	12	12	12	12			12			123
fysiologie			14	12	8	12	12	12	12	12						94
ziektenleer																
interne			10	20	24			12	18	18						124
chirurgie					10	10		30	30	20						100
psychiatrie						16	24	12	12	12	38					114
kindergeneeskunde											20	20				40
obstetrie												20	20			40
oogheelkunde										10						10
k.n.o.										15						15
neurologie							10	10	10							30
voedingsleer							12	12	12							36
Groep II																
psychologie			14	12	16							28	20	16	20	126
sociologie			14	12				12	10	10	14	10	14	20	20	136
epidemiologie			13	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	67
leiding en organisatie													12	12	12	36
Groep III																
oriëntatie maatschap. gezondheidszorg			7	12	12	12										43
gezondheidszorg			28	12				12	12	12				24		100
Groep IV																
verpleegkunde			28	24	8	4	16	24	12	12	32	16	16	16	88	216
groepsgesprek			20	4	4	4	4	4	4	4				4		52
gespreksvoering															20	20
Groep V																
stromingen			14	12	8	8	8	12	12	12	8	8	8	8	8	126
Groep VI																
wet. onderzoek												8	8	8	16	40
Totaal			183	148	106	106	102	168	160	153	116	114	114	112	108	1.690
aantal beschikbare uren (= aantal weken x 30 uur)			210	180	120	120	120	180	180	180	120	120	120	120	120	1.890

Schematische weergave HBO-verpleging

Leerjaar 1	theorie	praktijk
Blok I	7 weken	3 weken oriëntatiestage
Blok II	6 weken	
	2 weken vakantie	
		4 weken interne geneeskunde
Blok III	4 weken	4 weken interne geneeskunde
Blok IV	4 weken	4 weken chirurgie
Blok V	4 weken	
	2 weken examens	
	4 weken vakantie	
		4 weken psychiatrie
Leerjaar 2	theorie	praktijk
Blok VI	6 weken	4 weken maats. gezondheidszorg
Blok VII	6 weken	
	2 weken vakantie	
Blok VIII	6 weken	
		12 weken chirurgie
	2 weken examens	
	4 weken vakantie	
		10 weken interne geneeskunde
Leerjaar 3	theorie	praktijk
Blok IX	4 weken	
		16 weken psychiatrie
Blok X	4 weken	
		12 weken kindergeneeskunde
Blok XI	4 weken	
	4 weken vakantie	
		8 weken obstetrie
Leerjaar 4	theorie	praktijk
Blok XII		4 weken vervolg obstetrie
	4 weken	
		16 weken maats. gezondheidszorg
		4 weken oriëntatiestage "leiding"
Blok XIII	4 weken	
		12 weken stage leiding geven

Rapport Werkgroep III

Aanbiedingsbrief van de Voorzitter van Werkgroep III

AAN: de Voorzitter
van de Commissie HBO-verplegenden

Betreft:
rapport werkgroep III

16-1-1968

Bijgaand moge ik U aanbieden het resultaat van de studies van de subgroep, die tot taak had een inventarisatie te maken van de verpleegkundige beroepen, waarvoor het gevolgd hebben van een hogere beroepsopleiding wenselijk wordt geacht.

Ik meen er goed aan te doen U erop te wijzen, dat de eindredactie van het rapport in algemene bewoordingen is gesteld.

Tijdens de discussies is diepgaand ingegaan op de specifieke situaties in de afzonderlijke sectoren, te weten de algemene ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen, de inrichtingen voor verpleging van zwakzinnigen en de ambulante zorg. Door de leden van de werkgroep zijn vele functiebeschrijvingen opgesteld resp. verzameld, die als zodanig een waardevolle aanwijzing geven voor het eigene van elke situatie. Het leek de commissie echter niet wenselijk deze in het rapport op te nemen. Alhoewel in grote lijnen overeenkomsten zijn aan te geven, heeft elke situatie een heel eigen accent, wat zowel in benaming als in functie is terug te vinden. Na ampele overweging is besloten het rapport zo algemeen mogelijk te houden en de afzonderlijke studies er niet in op te nemen, doch ter beschikking te stellen van het secretariaat van de plenaire werkgroep.

Met name de vertegenwoordiger van de zwakzinnigenzorg heeft het betreurd, dat hierdoor het bijzondere van de zwakzinnigenzorg, met name het ortho-pedagogische aspect hiervan, onvoldoende tot uitdrukking komt. De meerderheid van de commissie was echter van mening, dat vermeden moest worden, dat binnen de commissie vooruitgelopen zou worden op de resultaten van de werkgroep I, die zich over de inhoud van het begrip “verplegen” beraadt.

Genoemde vertegenwoordiger heeft zich met deze zienswijze kunnen verenigen. Om dezelfde reden is geen definitie gegeven van de term “verpleegkundige”. Deze term is gebruikt ter navolging van de gebezigde titulatuur op het nieuwe insigne van het diploma A voor ziekenverpleging. De inhoud ervan dient echter veel ruimer gezien te worden dan wat is bedoeld bij de (wettelijke) regeling van het diploma A voor ziekenverpleging.

Ik moge U verzoeken goed te keuren, dat het rapport ter kennisneming aan alle leden van de plenaire werkgroep alsmede aan de leden van de afzonderlijke subgroepen wordt toegezonden.

Prof. Dr. S. Wiegersma

Inhoud

1 Inleiding

- 1.1 Taak van Werkgroep III
- 1.2 Samenstelling van de Werkgroep
- 1.3 Werkwijze

2 Algemene aspecten

- 2.1 Het begrip “hoger”
- 2.2 Aard van de hogere opleiding
- 2.3 Gerichtheid van de hogere beroepsopleiding
- 2.4 “Entry-jobs”, doorstroommogelijkheden
- 2.5 Functies voor verpleegkundigen resp. niet-verpleegkundigen

3 Inventarisatie van verpleegkundige beroepen

- A. Adviserende, coördinerende en researchfuncties bij overheid en overkoepelende organisaties
- B. Functies bij de opleidingen
- C. Functies in de intra-murale zorg
- D. Functies in de extra-murale zorg

Rapport H.B.O. Verplegenden Werkgroep III

Rapport Werkgroep III van de Commissie H.B.O.-verplegenden

1. Inleiding

Op de vergadering van de Commissie Hogere Beroepsopleiding verplegenden, d.d. 24 november 1966, werd besloten een drietal werkgroepen in te stellen ter nadere bestudering van een aantal detail-aspecten. Het resultaat van de studies van Werkgroep III wordt in onderhavig rapport weergegeven.

1.1. Taak van Werkgroep III

Werkgroep III kreeg tot opdracht: “De opstelling van een inventarisatie van verpleegfuncties op hoger niveau, rekening houdende met een zekere gradatie en uitgaande van de opleidingen boven het niveau van het A, B of Z-diploma. Hierbij zal tevens rekening worden gehouden met de andere beroepen in de inrichtingen en in de maatschappelijke gezondheidszorg”.

1.2. Samenstelling van de werkgroep

De werkgroep stond onder voorzitterschap van Prof. Dr. S. Wiegersma; secretaris was Drs. J. D. G.

Poldermans. Aan de discussies van de Werkgroep werd deelgenomen door:

Dr. J.H. Baay, directeur-geneesheer Centraal Ziekenhuis, Alkmaar;

Zr. H.L.F. Geuzenbroek, verpleegster in algemene dienst bij A.N.V. Het Groene Kruis;

E. Hoejenbos, zenuwarts, geneesheer-directeur H. van Boeijen-Oord, inrichting voor zwakzinnigen te Assen;

Zr. J.L. Hoitink, hoofddocente psychiatrisch ziekenhuis Zon en Schild, Amersfoort;

Zr. S.H. Hooykaas, Hoofd Afd. Verpleging en Verzorging bij de Geneeskundige Hoofdinspectie Volksgezondheid;

Zr. J. de Jong, hoofdverpleegster jeugdpsychiatrische afd. G.G. en G.D., Amsterdam;

Zr. A. Schras, verpleegkundige bij de Stichting Het Nederlands Ziekenhuiswezen;

C.A. Teltelaar, zenuwarts, afdelings-geneesheer van het psychiatrisch ziekenhuis Stichting Rozenburg te Loosduinen; alsmede door:

P.J. van Bochove, chef bureau beroepenstudie, Dir.-Generaal Arbeidsvoorziening;

Drs. A.M.C. Emich, hoofd afd. opleidingen, Dir.-Generaal Gezondheidszorg.

1.3. Werkwijze

De Werkgroep heeft in eerste aanleg een inventarisatie gemaakt van functies, die in principe de revue zouden moeten passeren, teneinde te voldoen aan de opdracht. Hierbij heeft de Werkgroep gemeend zich te moeten beperken tot bestaande en min of meer algemeen voorkomende functies. Onderkend werd, dat er een tendens waarneembaar is naar een groeiend aantal functies, waarbij het dubieus is, of hier nog sprake is van verplegen. Enerzijds zijn dit “randfuncties”, waarin in meer of mindere mate een andere taak naar voren treedt, die voorkomt in combinatie met het beroep van verplegende (verpleegster voor

maatschappelijk ziekenhuiswerk, verpleegster arbeidsanalist, mentrix), anderzijds nieuwe functies, waarin een bepaald specialisme overheerst (groepstherapeut, nierdialist).

In afwachting van de rapportage van Werkgroep I (Wat is verplegen) heeft de Werkgroep gemeend zich op dit punt te moeten beperken.

Het vraagstuk van de ontwikkeling naar nieuwe functies in het algemeen in de gezondheidszorg heeft de Werkgroep uitdrukkelijk niet in discussie genomen als niet behorende tot de opdracht. Dit zou een geheel ander soortige studie vergen, waardoor de rapportage aanzienlijk zou worden vertraagd.

Van de door de Werkgroep geselecteerde functies werd een korte schets opgesteld, die in hoofdstuk 3 van dit rapport is opgenomen. Aan de hand van door de leden van de Werkgroep opgestelde functiebeschrijvingen werd een aantal functies meer uitvoerig besproken.

2. Algemene aspecten

De discussie over de verschillende beroepen heeft geleid tot een aantal algemene gedachten, die, voorafgaande aan een gedetailleerde inventarisatie, in dit hoofdstuk worden weergegeven.

2.1. Het begrip “hogere”

Bij een nadere analyse van de functies, die in discussie waren, kwam naar voren, dat aan deze functies gemeenschappelijk is, dat een meer fundamenteel inzicht in de verpleegkunde noodzakelijk is. Het niveau van de functies en de daaraan verbonden verantwoordelijkheid veronderstellen een diepergaande kennis. In een enkel geval kunnen ook de medisch-verpleegkundig-technische eisen van een functie tot de noodzaak van een hogere beroepsopleiding leiden. Als regel beperkt dit zich tot zeer specialistische gebieden. Het “hogere” richt zich vooral op het meerdimensioneel kunnen doordringen in verpleegkundige problemen, uitgaande van een breed fundamenteel inzicht in de verpleegkunde.

2.2. Aard van de hogere opleiding

In de discussie is in de eerste plaats als uitgangspunt gekozen een hogere beroepsopleiding in de zin van de wet op het voortgezet onderwijs, aansluitend derhalve op hoger algemeen vormend onderwijs (toekomstig HAVO).

Een wetenschappelijke opleiding, aansluitend op het V.W.O. in de zin van de wet op het wetenschappelijk onderwijs, bleek door sommige leden uitdrukkelijk gewenst voor een aantal functies. In de beroepenschetsen is deze preferentie aangegeven.

Terzijde moge worden opgemerkt, dat reeds thans andere opleidingsvormen op het terrein van de verpleging voorkomen, die eveneens de kwalificatie hoger beroepsonderwijs hebben of zullen kunnen verkrijgen, te weten de hogere opleiding voor verplegenden respectievelijk de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg. De Werkgroep heeft zich niet ingelaten met de onderlinge samenhang tussen de voorgestane (primaire) hogere beroepsopleiding, waarover in dit rapport sprake is, en de hier genoemde (vervolg-)opleiding van het niveau H.B.O.; tot goed begrip van de gebruikte terminologie moge dit niet onvermeld blijven.

2.3. Gerichtheid van de hogere beroepsopleiding

In alle sectoren van de gezondheidszorg, zowel intra- als extra-muraal, blijkt behoefte te bestaan aan functionarissen met een hogere beroepsopleiding. Het tijdens een hogere beroepsopleiding reeds differentiëren naar afzonderlijke sectoren (bijv. de psychiatrische verpleging, de verpleging van zwakzinnigen, enz.) werd door de meeste leden als ongewenst aangemerkt. Geen verbijzondering derhalve: de gediplomeerden zouden in principe een potentiële geschiktheid moeten bezitten – onder beperking van persoonlijke geaardheid en ambitie en specifiek te stellen eisen – om in elke sector een functie te kunnen vervullen.

2.4. “Entry-jobs”, doorstroommogelijkheden

De Werkgroep heeft gemeend duidelijk te moeten vastleggen, waar zij de grens ziet tussen functies van middelbaar opgeleiden en hoger opgeleiden.

Als algemene richtlijn wordt de functie van eerste verplegende beschouwd als de eindrang van de middelbaar opgeleide en de spoedig te bereiken beginrang van de hoger opgeleide. Dit wil niet zeggen dat elke middelbare kracht deze rang zal behalen, noch dat zij niet verder zou kunnen komen. Een systeem van voortgezette opleidingen is voor deze doorstroming noodzakelijk. Ook zal niet elke hoger opgeleide onmiddellijk in deze rang aangesteld kunnen worden: na een zekere aanlooperperiode zal deze rang echter spoedig bereikt moeten kunnen worden.

In de maatschappelijke gezondheidszorg zou de functie van “verplegende in de maatschappelijke gezondheidszorg” zowel bereikbaar moeten zijn via de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg (wijkaantekening) als voor de abiturient van het H.B.O. In dit laatste geval zou er sprake kunnen zijn van een voortgezette opleiding danwel van een periode van systematische begeleiding.

2.5. Functies voor verpleegkundigen resp. niet-verpleegkundigen

In de discussies is naar voren gekomen, dat bij een aantal functies een dusdanig breed en anders gericht kennisgebied wordt vereist, dat men de vraag stelde of voor deze functies wel de verpleegkunde als juist uitgangspunt gesteld behoorde te worden. Met name was dit het geval bij de hoogste dirigerende functies in inrichtingen en bij opleidingsscholen. Sommige leden van de Werkgroep waren van mening, dat ook in andere disciplines opgeleide functionarissen een dergelijke functie zouden kunnen bekleden, doch de voorkeur van de gehele Werkgroep ging zeer beslist uit naar verpleegkundigen met een hogere beroepsopleiding, dan wel academische vorming.

3. Inventarisatie van verpleegkundige beroepen

Als bijlage is aan dit rapport een lijst toegevoegd van in de Werkgroep besproken functies, waarvoor het gevolgd hebben van een hogere beroepsopleiding wenselijk is. Van deze functies wordt hieronder een korte schets gegeven.

Het opnemen in de lijst houdt niet in, dat de Werkgroep de betrokken functies ziet als een “hogere functie”

met dienovereenkomstige rang c.q. salariëring, doch als, na kortere of langere tijd, bereikbare functies voor verplegenden met een hogere beroepsopleiding, al dan niet voorafgegaan door verdere voortgezette opleidingen. Het is de Werkgroep bekend, dat de benaming van functies van plaats tot plaats en van inrichting tot inrichting verschillend kan zijn. Dit hangt samen met de zeer gedifferentieerde vormen, waarin de gezondheidszorg is geïnstitutionaliseerd. De Werkgroep heeft echter gemeend zich te moeten beperken tot de meer algemene benaming van functies en een dienovereenkomstige algemene typering. De inhoud van de functies kan, evenals de benaming, sterk variëren.

A. Adviserende, coördinerende en researchfuncties bij overheid en overkoepelende organisaties

Bij de landelijke overkoepelende organisaties alsmede bij het rijk is een aantal verpleegkundigen werkzaam. In algemene zin kunnen deze functies als volgt gekarakteriseerd worden: Adviseren ten aanzien van beleidszaken en andere aangelegenheden betreffende verplegingsdiensten en de opleidingen in de verpleegkundige sector in de ruimste zin van het woord binnen en buiten de eigen instelling op verzoek en uit eigen beweging.

Gezien het karakter van deze functie zou een hogere beroepsopleiding noodzakelijk en een academische vorming gewenst gesteld kunnen worden.

B. Functies bij de opleidingen

B.1. Directrice van een school voor verplegenden

Leiding geven in vormend, didactisch en zakelijk opzicht aan een school, die – in samenwerking met één of meer ziekenhuizen – de opleiding van leerling-verplegenden verzorgt.

De directrice heeft een coördinerende en stimulerende taak ten aanzien van de staf van docenten. Zij heeft ook een nauw contact met de directie van het ziekenhuis inzake de praktische opleiding, waarvan de planning en de uitvoering in een nauw samenspel tussen school en ziekenhuis dient plaats te vinden.

De directrice van de school en de directrice van het ziekenhuis vervullen tezamen in onderling overleg deze taak en hebben functionarissen, waaraan ze de dagelijkse uitvoering delegeren.

Deze directrice heeft verder een belangrijke taak in de samenstelling van het lesrooster en het overleg met alle docenten voor de onderling te verdelen leerstof, de te volgen methodiek en het lesrooster. Zij zet mede een stempel op het gehele klimaat van de school en is een belangrijke factor in de overdracht van het beroepsinsigne.

Bij scholen van enige omvang is een academisch niveau wenselijk.

B.2. Hoofd van de opleidingen

De opleiding van verplegenden geschiedt niet altijd in “scholen”. Regel is, dat de opleiding door het ziekenhuis zelf wordt verzorgd.

Het hoofd van de opleiding in een ziekenhuis heeft een overeenkomstige functie als de directrice van een verpleegstersschool. Zij zal in minder of meerdere mate hierin worden bijgestaan door één of meer directieleden van het ziekenhuis, die verantwoordelijk is (of zijn) voor de opleiding.

Het aantal leerlingen kan veel lager zijn dan in een school.

B.3. Directrice internaat voor opleiding van kraamverzorgster

Voorafgaande aan een praktische opleiding verblijven de leerling-kraamverzorgsters gedurende $\pm$ 13 weken in het internaat voor een algemene en op het beroep gerichte vorming. De directrice heeft de algemene leiding in een internaat. Deze functie stelt naast verpleegkundige toch vooral organisatorische, agogische en didactische eisen.

B.4. Stafdocent (aan hogere scholen voor verplegenden, stafopleidingen, opleidingen maatschappelijke gezondheidszorg, enz.)

Aan diverse instituten worden opleidingen gegeven, gericht op de voortgezette vorming van verplegenden. Hieraan zijn één of meer stafdocenten verbonden. Zij hebben een verantwoordelijkheid voor de verdere methodische ontwikkeling van het betrokken vakgebied en/of de individuele en groepsgeleiding van de cursisten, zij coördineren met betrekking tot de lesprogramma's. Een academische vorming kan voor deze functies gewenst zijn.

B.5. Docent-verpleegkundige

Geven van lessen in verpleegkunde aan groepen van leerling-verplegenden of leerling-ziekenverzorgsters. Door individuele en groepsbegeleiding zorg dragen voor de beroepsvorming.

B.6. Superviserend verpleegkundige t.b.v. begeleiding methodiekstage in de maatschappelijke gezondheidszorg

De begeleiding van de stagiaire in haar methodische benadering en coördinatie hieromtrent met de stageleidsters gedurende de methodiekstage tijdens de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg. Het houden van evaluatiebesprekingen, individueel en – na terugkeer op school – groepsgeleids; de voorbereiding van de plaatsing van stagiaires.

C. Functies in de intra-murale zorg

C.1. (Adjunct-)directrice

Leiding geven aan de verpleegkundige gang van zaken in ziekenhuis of mede-adviseren en/of medebeslissen vanuit verpleegkundig opzicht in het directieteam.

Een academische opleiding wordt voor deze functie gewenst geacht.

C.2. Hoofdverpleegkundige

Heeft de algemene leiding van een afdeling, medeverantwoordelijk voor de opleiding van op de afdeling geplaatste leerlingen, is in eerste instantie belast met de externe contacten (o.a. het informeren van familieleden van patiënten). Beslist over de verpleging van de patiënten, mede op basis van de door de behandelende arts verstrekte medische indicaties.

C.3. Eerste verpleegkundige

Assisteert het hoofd van een afdeling, coördineert de dagelijkse werkzaamheden, informeert het hoofd en dienstdoende artsen, geeft directe leiding aan het verpleegkundig, verzorgend en huishoudelijk personeel

op de afdeling. Zie ook par. 2.4., “Entry-jobs”.

C.4. Gespecialiseerd verpleegkundige

Zie hierover de opmerkingen, gemaakt in par. 2.1. Hierbij is gedacht aan functies op een operatiekamer, een intensive-care unit, de functie van nierdialiste, enz. Een hogere beroepsopleiding werd in het algemeen niet noodzakelijk geacht, doch kan soms wel zeer wenselijk zijn.

C.5. Bijzondere functies, randfuncties

Zie eveneens par. 2.1.; hierbij is gedacht aan functies als hostess, verpleegkundige t.b.v. maatschappelijk werk, groepstherapeut.

Hostess: Belast met het toezicht op en de begeleiding van de leerling-verplegenden gedurende de vrije tijd in het internaat of verpleegstershuis. Deze functie kan niet beschouwd worden als een verpleegkundige functie.

Verpleegkundige t.b.v. maatschappelijk ziekenhuiswerk: Ondersteunt de werkzaamheden van artsen en verplegenden door zorg te dragen dat de maatschappelijke condities het behandlings- en genezingsproces kunnen ondersteunen. Verschaft informatie t.b.v. diagnostiek. De functie is in de praktijk onduidelijk en (nog) niet geheel tot ontwikkeling gekomen.

Sociotherapeut (groepstherapeut): Met behulp van groepsdynamische methodieken therapeutisch werkzaam in psychiatrische inrichting, teneinde een re-adaptatie voor te bereiden. Deze functie komt incidenteel voor. Over het karakter van deze functie heeft de Werkgroep zich niet uitgesproken, daar dit ligt op het terrein van Werkgroep I.

D. Functies in de extra-murale zorg

D.1. Verpleegkundige in algemene dienst provinciale kruisorganisaties

Het bestuur en de leiding van de organisatie adviseren t.a.v. de verpleegkundige aspecten van de taken van de organisatie, opstellen van programma's voor bijscholing van verplegend en verzorgend personeel, coördineren van verpleegkundige activiteiten van de overige onder D. genoemde functionarissen. Academische vorming is gewenst.

D.2. Districtsverpleegkundige

Binnen het raam van instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg een specifieke verantwoordelijkheid voor een bijzonder object als kinderhygiëne, revalidatie, geestelijke volksgezondheid, kanker-, rheuma- of geslachtsziektebestrijding, t.b.c., enz. Zij heeft als regel een coachend-begeleidende taak voor één of meer van deze onderdelen met betrekking tot de wijkverplegenden in het district, in sommige gevallen tevens belast met de daadwerkelijke bestrijding en preventie van ziekten.

D.3. Hoofdwijkverpleegkundige

Belast met de organisatie en coördinatie van de werkzaamheden van wijkverplegenden; onderhoudt en bevordert het contact met andere instellingen in de gezondheids- en welzijnszorg, adviseert bestuur en

directies van plaatselijke verenigingen t.a. v. de verdere ontwikkeling van het werk.

D.4. Hoofdverpleegkundige G.G. en G.D.

Belast met organisatie en coördinatie van de verpleegkundige activiteiten van de gemeentelijke maatschappelijke gezondheidszorgdiensten; onderhoudt en bevordert het contact met andere instellingen. adviseert m.b.t de verdere ontwikkeling van het werk.

D.5. Leidster-docente kraamcentra

Regelt de hulpverlening van de kraamzorg bij thuisbevalling; heeft de leiding Over de werkzaamheden van de bij de gezinnen geplaatste kraamverzorgsters. Zij draagt zorg voor de opleiding van kraamverzorgsters, nadat de leerling een eerste vorming in een internaat heeft ontvangen. Wordt als regel geassisteerd door één of meer adjunct-leidster.

D.6. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

Als lid van een team van een sociaal-psychiatrische dienst bijstand verlenen aan uit inrichtingen ontslagen patiënten danwel de begeleiding van patiënten, waarvoor opname (nog) niet noodzakelijk wordt geacht

D.7. Verpleegkundige maatschappelijke gezondheidszorg

Al dan niet onder supervisie van een hoofd wijkverpleegster verantwoordelijk voor de verpleging van de patiënten in huis, zorgdragen voor inschakeling van andere functionarissen, indien dit in het belang is van de betrokken patiënt; het nemen van maatregelen, die de gezondheidszorg helpen bevorderen en ziekte kunnen voorkomen. Zie par. 2.A4: "Entry-jobs".

Onder deze categorie kunnen ook genoemd worden de bedrijfsverpleegkundige (in dienst van een bedrijf de gezondheidszorg in dat bedrijf bevorderen, voorlichting, enz., alsmede de bedrijfsarts assisteren) en de schoolverpleegkundige: (de schoolarts behulpzaam zijn bij het onderzoeken van leerlingen, voorlichting geven over gezondheidszorg op scholen).

De beide laatstgenoemde functies variëren van plaats tot plaats zeer sterk naar inhoud en derhalve ook naar niveau. Het is de commissie bekend, dat men zich in de betrokken kringen beraadt over deze problematiek.

D.8. Bijzondere functies, randfuncties

Ook in ambulante gezondheidszorg zijn functies te onderkennen met een zeer incidenteel karakter, die al dan niet tot verdere ontwikkeling kunnen komen. Gedacht wordt hierbij aan verplegende voor maatschappelijk (ziekenhuis-)werk (reeds genoemd onder C.5.), die vanuit de maatschappelijke gezondheidszorg de coördinatie regelt met anderen (huisarts, het maatschappelijk werk, de ziekenhuizen, enz.).

Ook zouden in dit verband z.g. "health educators" genoemd kunnen worden: verplegenden die zich gespecialiseerd hebben op het terrein van de gezondheidsvoorlichting in algemene zin. Deze functies liggen echter op het randgebied van de verpleging.

RAPPORT H.B.O.-VERPLEGENDEN WERGROEP III

Inventarisatie van verpleegkundige functies, waarvoor een “hogere beroepsopleiding” gewenst is

A. Adviserende, coördinerende en researchfuncties bij overheid en overkoepelende organisaties

- verpleegkundige in algemene dienst bij landelijke particuliere organisaties en bij de rijksoverheid.

B. Functies bij de opleidingen

1. directrice van school voor verplegenden
2. hoofd van de opleidingen
3. directrice internaat voor opleiding van kraamverzorgsters
4. stafdocente; o.m. aan hogere scholen voor verplegenden, stafopleidingen, opleidingen voor maatschappelijke gezondheidszorg
5. docent-verpleegkundige, o.m. voor opleiding diploma A, B, Ziekenverzorging
6. superviserend verpleegkundige t.b.v. begeleiding methodiekstage in de maatschappelijke gezondheidszorg

C. Functies in de intra-murale zorg (algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor zwakzinnigen, enz.)

1. (adjunct-)directrice
2. hoofdverpleegkundige
3. 1e verpleegkundige
4. gespecialiseerd verpleegkundige
5. bijzondere functies, randfuncties (hostess, sociotherapeut, verplegende voor maatschappelijk ziekenhuiswerk)

D. Functies in de extra-murale zorg (ambulante gezondheidszorg)

1. verpleegkundige in algemene dienst van provinciale organisaties
2. districtsverpleegkundige
3. hoofdwijkverpleegkundige
4. hoofdverpleegkundige G.G. en G.D.
5. leidster-docente kraamcentrum
6. sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
7. verpleegkundige maatschappelijke gezondheidszorg (wijkverpleging, bedrijfsverpleging, schoolverpleging)
8. bijzondere functies, randfuncties (verpleegkundige voor maatschappelijk ziekenhuiswerk).