



Foto: Sjin Rademaker

**‘Ik denk niet dat de lezers van TvZ me kennen’, zegt Arno van Rooijen, projectleider van het project ‘Implementatie verpleegkundig specialist’, een van de drie deelprojecten die voort zijn gekomen uit het rapport ‘Verpleegkundige toekomst in goede banen’. TvZ sprak met hem over de stand van zaken bij de invoering van de titel verpleegkundig specialist.**

## ‘Die titel vertegenwoordigt iets’

Arno van Rooijen volgde de insertie-opleiding tot verpleegkundige en daarna de HBO-V met vrijstellingen. Hij kwam op een gegeven moment in het verpleegkundig onderwijs terecht en werd eind jaren tachtig hoofd opleidingen in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht. Van daaruit initieerde hij een fusie tussen het opleidingsinstituut van het WKZ en het UMC Utrecht om ‘onderwijskundige slagkracht te kunnen genereren en te werken aan de aansluiting bij de beroepspraktijk’. Hij studeerde vervolgens Gezondheidswetenschappen en deed voor zijn scriptie onderzoek naar multi-professionele opleidingen, in het bijzonder naar de mogelijkheden om voor artsen en verpleegkundigen een gezamenlijk onderwijsproject op te zetten.

‘Inmiddels werk ik al ruim 7 jaar als beleidsadviseur bij de KNMG. Ik houd me bezig met de vraagstukken rond het medisch onderwijs: hoe de initiële opleiding en de vervolgoopleidingen op elkaar aansluiten en of ze ook voldoen aan de zorgvraag. Dat doe ik niet vanuit een onderwijskundig perspectief, maar vanuit de vraag

welke gevolgen de ontwikkelingen in de zorg voor de inrichting van de opleidingen hebben en hoe daar in overleg met allerlei betrokkenen invulling aan gegeven kan worden. Vanuit mijn functie bij de KNMG was ik rond 2001 als secretaris van de projectgroep betrokken bij het project “De arts van straks”. Dat is voor V&VN reden geweest om mij in 2005 te vragen leiding te gaan geven aan het VBOC-project. Daaruit is in 2006 het rapport “Verpleegkundige toekomst in goede banen” voortgekomen. Sinds april dit jaar ben ik als projectleider bezig met de uitwerking van de aanbevelingen omtrent de verpleegkundig

### **‘De beroepsgroep mag zichzelf wel wat scherper profileren’**

specialist, een van de drie deelprojecten bij de implementatie van het VBOC-advies. Grofweg zijn uit het VBOC-rapport drie clusters van aanbevelingen te halen: de aansluiting van de initiële opleidingen bij de beroepsuitoefening, het vraagstuk van de ge-

specialiseerde verpleegkundige en de vervolgoopleidingen, en de verpleegkundig specialist.’

### *Wat houdt het project voor de implementatie van de verpleegkundig specialist allemaal in?*

‘We houden ons in het project “Implementatie verpleegkundig specialist” met drie vragen bezig: wat hebben we nodig, hoe komen we eraan, hoeveel hebben we nodig? Voor de beantwoording van de eerste vraag hebben we een werkgroep samengesteld onder voorzitterschap van Petrie Roodbol. De werkgroep is bemenst met nurse practitioners, verpleegkundig specialisten uit de GGZ en zorgmanagers uit diverse geledingen. Die hebben samen het algemeen competentieprofiel en de specifieke deelprofielen van de verpleegkundig specialist ontwikkeld. Inmiddels is het profiel overgedragen aan het College Specialismen Verpleegkunde (CSV), dat op basis hiervan de regelgeving voor de verpleegkundig specialist verder zal uitwerken. Daarmee is de eerste opdracht in dit project vervuld. De tweede opdracht, waar we nu mee bezig zijn, is na

te gaan hoe iemand verpleegkundig specialist kan worden.\* Dat doen we in een werkgroep voor erkenning van competenties. Er zijn verpleegkundigen die al jaren als specialist in de zorg werken, maar niet de masteropleiding hebben gevolgd die vereist is om straks als verpleegkundig specialist ingeschreven te kunnen worden. De vraag is hoe je zo efficiënt mogelijk kunt omgaan met alle kennis en vaardigheden van deze verpleegkundigen en op welke manier je deze kunt waarderen en in vrijstellingen vertalen. En hoe het instrument dat je daarvoor gebruikt eruit moet zien. Er zijn tien aanbieders van opleidingen tot Master in Advanced Nursing Practice, de opleiding tot verpleegkundig specialist. Ze gebruiken diverse varianten van EVC-procedures. Onze belangrijkste taak is om daar samen een landelijk kader van te maken. De hogescholen hebben een intentieverklaring getekend dat ze met elkaar op dezelfde wijze het examen- en opleidingsreglement zullen aanpassen.’

‘Voor de beantwoording van de derde vraag – hoeveel specialisten er nodig zijn – is de werkgroep

capaciteit ingesteld. In het VBOC-rapport wordt geadviseerd ervoor te zorgen dat over tien jaar 5 procent van de ongeveer 150 duizend verpleegkundigen die de beroepsgroep telt, uit verpleegkundig specialisten zal bestaan.'

**Waar is het percentage van 5 procent op gebaseerd?**

'Dit aantal is geformuleerd vanuit de ambities van de beroepsgroep, dus niet vanuit de behoefte van de zorgpraktijk. Je hebt een substantiële hoeveelheid mensen van een bepaald niveau nodig om ontwikkelingen in gang te zetten en in gang te houden: mensen die, vanuit de zorg geredeneerd, een voortrekkersrol kunnen vervullen. Het VBOC-advies volgt hierin de Angelsaksische landen waar het percentage verpleegkundig specialisten/nurse practitioners tussen 5 en 7 procent ligt.'

**Moet je hierbij niet ook de ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij in aanmerking nemen en ook de behoefte van de patiënten?**

'Jazeker. De vraag "wat is goed voor de patiënt" moet leidend zijn voor de wijze waarop je de zorg verleent en waarop je de zorgverlening organiseert. De ontwikkelingen in de samenleving en in de zorg hebben we in het VBOC-rapport proberen te vangen onder de noemers preventieve, acute, intensieve en chronische zorg. De focus ligt nu nog op de cure gerichte zorg, maar patiënten worden in toenemende mate buiten het ziekenhuis behandeld en verzorgd. Verder zet de overheid heel

zwaar in op preventieve zorg. En dan is er nog het vraagstuk van de vergrijzing, de co-morbiditeit, en de zorgverlening aan ouderen die langer thuis leven. Om aan die zorgvraag tegemoet te komen moet je heel creatief zijn bij het inzetten van alle betrokken zorgverleners. Bij het opzetten en uitvoeren van preventieprogramma's en bij de regie en de zorgcoördinatie kunnen verpleegkundig specialisten belangrijke rollen vervullen. De werkgroep zal bij zijn toekomstverkenningen nadrukkelijk kijken naar deze en andere ontwikkelingen in de zorg. Hier voor zullen tal van experts worden geraadpleegd.'

**Als een verpleegkundige met ambitie, die momenteel als mammacare verpleegkundige werkt, straks iets wil blijven betekenen in het vak of voortrekker wil zijn, moet ze zich dus gaan aanmelden voor opleiding en registratie als verpleegkundig specialist?**

'Nee, ik denk niet dat je dat zo kunt stellen. Ook vanuit de financiering geredeneerd zal het niet zo zijn dat iedereen verpleegkundig specialist moet en zal worden. Heel belangrijk is ook dat de hbo-verpleegkundige meer dan tot nu toe op haar competenties wordt aangesproken. Je hebt koplopers nodig die de vertaling kunnen maken van wetenschappelijk onderzoek en de toepassing daarvan naar de praktijk. Je kunt niet alles concentreren op het specialistenniveau, daarin moet je realistisch zijn. Aan de onduidelijkheid over niveau 4 en niveau 5 moet een

eind komen: de beroepsgroep moet durven differentiëren. Dat wordt hopelijk scherp opgepakt in een volgend project dat moet gaan over de samenhang tussen beroep en opleidingen op initieel niveau. De RVZ waarschuwde twee jaar

**'De context bepaalt op welke competenties van de verpleegkundig specialist een beroep wordt gedaan'**

geleden in het advies "Arbeidsmarkt en zorgvraag" voor een dreigend personeelstekort in de gezondheidszorg. Ook in verband daarmee moet je differentiëren en ieders rollen helder hebben, zodat duidelijk is wie waarvoor ingezet kan worden om gezamenlijk het beste resultaat te behalen. Daarvan zijn nu al voorbeelden in de verpleeghuizen, waar weer hbo-verpleegkundigen en soms ook nurse practitioners werken. Zij ontdekken problemen, durven en kunnen die verwoorden en komen met oplossingen.'

**Over de positie en taken van nurse practitioners, de verpleegkundig specialisten van straks, heersen nogal verschillende ideeën.**

'De beroepsgroep mag zichzelf wel wat scherper profileren. Nurse practitioners worden nogal eens gezien als verpleegkundigen die er "iets medisch" bij mogen doen. Maar het zijn verpleegkundigen met medische competenties en onderzoeksvaardigheden. Dat is een heel ambitieus profiel en in die groep zit een power die best wat meer naar buiten mag komen, ook richting KNMG. Dat hoeft niet altijd via de band van V&VN. Stuur een brief naar *Medisch Contact* of schrijf een artikel, zorg ervoor dat je gezien en gehoord wordt. Het zelfbewustzijn is er, maar het mag best wat actiever uitgedragen worden: dit hebben

wij patiënten te bieden, dit hebben wij dokters te bieden, dit hebben wij elkaar te bieden.'

**In de teksten over de verpleegkundig specialist kom je nog steeds tegen dat de arts de supervisie heeft. Staat dat niet op gespannen voet met de regeling van de verpleegkundig specialist?**

'Dat is nog heel ingewikkeld: we hebben nog geen taal om die nieuwe setting te omschrijven. In de oude situatie houdt de medicus de supervisie als hij iemand opdraagt een voorbehouden handeling te verrichten. De verpleegkundig specialist zoals wij die voor ogen hebben, en de physician assistant, worden bevoegd zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren. Feitelijk zal die supervisiebepaling ook komen te vervallen. Wat ermee bedoeld wordt is dat er wel een kwaliteitswaarborg moet zijn. Hopelijk zal begin 2009 de voorgenomen wijziging van de wet BIG een feit zijn. Die houdt in dat ook anderen dan artsen de bevoegdheid krijgen een voorbehouden handeling uit te voeren. Daarna zal deze bevoegdheid voor twee groepen professionals, de physician assistant en de verpleegkundig specialist, in een Algemene Maatregel van Bestuur uitgewerkt worden. Dat gaat dan over de opleiding, het deskundigheidsgebied en de randvoorwaarden. Voor V&VN en de KNMG betekent dit, dat er een heel nieuw begripkader rond de verantwoordelijkheidsverdeling ontwikkeld moet worden, want het woord supervisie volstaat dan niet meer.'

**Er wordt ook wel over de verpleegkundig specialist gesproken alsof het een functie is en niet een beroep. Hoe moeten we dat verstaan?**

'Nee, het is geen functie. Je bent verpleegkundige, dat is een beroep, binnen dat beroep kun je

CSV	College Specialismen Verpleegkunde
EVC	Erkennen Verworven Competenties
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VBOC	Verpleegkundige Beroepsstructuur en OpleidingsContinuüm



specialist worden. Die onduidelijkheid komt omdat de wettelijke bescherming van de titel er nog niet is. Nu wordt in veel instellingen voor bepaalde functies de benaming “specialist” gebruikt. Het CSV heeft de wettelijke bevoegdheid om voor bepaalde groepen verpleegkundigen specialistentitels in te stellen. De minister moet daar zijn instemming aan geven. Zogauw dat gebeurd is hebben we een wettelijk erkende verpleegkundig specialist. Dat is een wet BIG artikel-14-beroepsbeoefenaar die als zodanig onder het wettelijk tuchtrecht valt. Bij tuchtzaken wordt het handelen van de betreffende beroepsbeoefenaar getoetst aan de normen van de beroepsgroep. Daarom is het zo belangrijk dat het CSV er is gekomen dat de normen voor de beroepsuitoefening van de verpleegkundig specialist vastlegt.’

*Inmiddels heeft het CSV besloten om voor de algemene gezondheidszorg vier verpleegkundig specialismen aan te wijzen: voor de preventieve, acute, intensieve en chronische zorg. Waarop is deze indeling gebaseerd?*

‘Toen we met het VBOC-rapport bezig waren hadden we voor ogen dat je niet in een heel verfijnde titel- en registerstructuur terecht

moet komen, want dan ga je alles op slot zetten en houd je mobiliteit tegen. De registers moeten dermate breed zijn dat je er wel goed in kunt bewegen, dus dat je van functie kunt veranderen zonder dat je elke keer in het ene register uitgeschreven moet worden en in het andere ingeschreven. Binnen de breedte waar nu voor gekozen is kun je makkelijk nog differentiëren. Dat is de balans die gezocht is. Er zijn allerlei indelingen de revue gepasseerd en bediscussieerd: indelingen op leeftijd,

### **‘Er zal een heel nieuw begrippenkader rond de verantwoordelijkheidsverdeling ontwikkeld moeten worden’**

organisatievorm, locatie, aandoening, op branche, combinaties daarvan. Een aantal daarvan stuitte op bezwaren. Als je bijvoorbeeld een indeling naar zorgorganisatie zou maken – het verpleeghuis bijvoorbeeld –, dan zou dat suggereren dat je altijd in een verpleeghuis werkt en dat zal niet het geval zijn. En een indeling naar branches maakt kwetsbaar, want de zorg is ongelooflijk in beweging. De thuiszorg is daar een voorbeeld van. Vroeg of laat zal ook vanuit de ziekenhuizen,

net als vanuit de verpleeghuizen, transmurale zorg verleend worden. Dit zijn allemaal redenen om de gekozen indeling, die aansluit bij de vierdeling uit het VBOC-rapport, te willen gebruiken. Het is een contextgerichte indeling. Daarvoor hebben we destijds gekozen omdat de context bepaalt op welke competenties van de verpleegkundig specialist een beroep wordt gedaan. Het CSV heeft deze indeling nu voor de somatische zorg overgenomen. Over twee jaar zal geëvalueerd worden hoe het in de praktijk werkt.’

*De gekozen titels zullen voor de patiënten toch niet gemakkelijk zijn in het gebruik. Die willen een verpleegkundig specialist kinderverpleegkunde, of ouderzorg. Dan weten ze wie ze voor zich hebben.*

‘Dat klopt. Het is waarschijnlijk op te lossen door de manier waarop een specialist zich voorstelt: “Ik ben verpleegkundig spe-

cialist en werk op de kinderafdeling”. Als de minister heeft ingestemd met een specialisme dan betekent dat dat je al die mooie CanMEDS-rollen weet te vervullen: dat je expert, innovator, onderzoeker bent. Maar het betekent ook dat je zorg van specialistenniveau is en dat een patiënt je daarom zal weten te vinden. Jouw titel vertegenwoordigt iets. Misschien klinkt het in het begin niet helemaal, maar het is wel duidelijk te maken en het is ook een kwestie van kijken hoe het zich in het taalgebruik gaat ontwikkelen. ■

\* Zie het artikel op p. 38-41 van dit nummer.

Zie voor dit onderwerp ook:  
TvZ 2006, nr. 5, p. 29, over ‘Verpleegkundige toekomst in goede banen’  
TvZ 2006, nr. 5, p. 26, interview met de voorzitter van de stuurgroep VBOC  
TvZ 2007, nr. 10, p. 10, dossier Verpleegkundig Specialist

## **VIER VERPLEEGKUNDIG SPECIALISMEN AANGEWZEN**

Op 30 juni jl. heeft het College Specialismen Verpleegkunde besloten om voor de algemene gezondheidszorg vier verpleegkundig specialismen aan te wijzen. Bij de specialismen horen de volgende titels: Verpleegkundig Specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen Verpleegkundig Specialist acute zorg bij somatische aandoeningen Verpleegkundig Specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen Verpleegkundig Specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen Het is een contextgerichte indeling, waarbij de context bepaalt op welke competenties van de verpleegkundig specialist een beroep wordt gedaan. Per context heeft de verpleegkundig specialist andere kennis en vaardigheden nodig. Minister Klink heeft twee maal 13 weken de tijd om zijn instemming aan het besluit van het CSV te geven. Zodra de minister instemt, kunnen de registers worden opengesteld en kunnen de eerste verpleegkundig specialisten worden ingeschreven.

*Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met een erkende specifieke masteropleiding en ervaring op het niveau van expert wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele zelfstandige behandelrelatie aangaat. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel zorg als behandeling, het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven.*