

Toekomstgerichte indeling verpleegkundig specialisten

- Advies

November 2017
Stuurgroep Toekomstbestendige Specialismen

Auteurs: Paul Poortvliet en Arnout Uitewaal
Utrecht 21 november 2017

Inhoudsopgave

	Voorwoord	4
1	Inleiding	5
1.1	Probleemdefinitie	5
1.2	Doel van het traject	6
1.3	Aanpak	6
1.4	Leeswijzer	7
2	Achtergrond	8
2.1	Verpleegkundig specialist	8
2.2	Totstandkoming huidige indeling specialismen	11
2.3	Verpleegkundig specialist binnen beroepenstructuur zorg	13
3	Uitgangspunten voor een nieuwe indeling	18
3.1	Ontwikkelingen in de zorg	18
3.2	Regulering van het beroep en het belang van een indeling	22
3.3	Samenvatting van de uitgangspunten	24
4	Opties voor nieuwe indeling in specialismen	26
4.1	Inventarisatie van opties	26
4.2	Selectie opties voor een indeling in specialismen	27
4.3	Toetsing van geselecteerde opties aan uitgangspunten	27
4.4	Perspectief van privaatrechtelijke regulering	35
5	Conclusies en advies	38
5.1	Advies voor een nieuwe indeling	38
5.2	Adviezen voor de uitwerking van de nieuwe indeling	39
5.3	Adviezen voor de implementatie van de nieuwe indeling	40
	Bijlage 1: Bronnenoverzicht	44
	Bijlage 2: Opzet traject en geraadpleegde experts	47
	Bijlage 3: Toetsing indeling in specialismen	49

Voorwoord

In opdracht van het College Specialisme Verpleegkunde is dit jaar gewerkt aan een nieuwe indeling in specialismen voor de verpleegkundig specialist. Veel mensen hebben hier aan bijgedragen. In de eerste plaats de beroepsgroep zelf. Verder is veel werk verzet door de leden van de projectgroep en ook de klankbordgroep heeft een waardevolle voeding geleverd

Het resultaat is een breed gedragen advies voor een nieuwe indeling. Dit is een goede basis voor de ontwikkeling van het beroep. In de komende twee jaar werken de beroepsgroep, het college en de opleidingen de nieuwe indeling verder uit.

Namens de stuurgroep bedank ik alle betrokkenen voor hun inzet en wens ik degenen die het vervolg op pakken veel succes!

Wilma Scholte op Reimer
Voorzitter van de stuurgroep

1

Inleiding

Het beroep van de verpleegkundig specialist is op dit moment in vijf specialismen ingedeeld:

1. intensieve zorg bij somatische aandoeningen;
2. chronische zorg bij somatische aandoeningen;
3. acute zorg bij somatische aandoeningen;
4. preventieve zorg bij somatische aandoeningen;
5. geestelijke gezondheidszorg.

Reeds bij totstandkoming van de keuze voor deze specialismen in 2008, is door het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) benoemd dat evaluatie van de besluiten van belang is. Deze evaluatie vond plaats in 2015 en het CSV concludeert dat er binnen de algemene gezondheidszorg (de eerste vier specialismen) veel onduidelijkheid over en te weinig draagvlak is voor de huidige indeling¹.

Om deze reden is in eind 2016 met een traject gestart om tot een nieuwe indeling te komen.

1.1

Probleemdefinitie

De nieuwe indeling moet een oplossing bieden voor de volgende problemen.

Communicatieve waarde en gebruik van officiële titels

De officiële specialisme titels worden door de beroepsgroep weinig gebruikt, met uitzondering van het specialisme GGZ. In plaats daarvan noemen velen zich verpleegkundig specialist, al dan niet gevolgd door het expertisegebied of opleidingstitel (Master of Advanced Nursing Practice).

In de officiële specialisme titels wordt geen link gelegd met de inhoud van het beroep. De titels maken daarmee aan patiënten of andere beroepsbeoefenaren (zoals artsen) niet duidelijk waar het beroep van verpleegkundig specialist voor staat.

Overlap tussen de specialismen

In de praktijk doen zich knelpunten voor als gevolg van het onduidelijke onderscheid tussen de specialismen. Omdat de huidige indeling onvoldoende aansluit bij hoe de zorg is georganiseerd, is het moeilijk de indeling te gebruiken voor onderscheidende kwaliteitscriteria.

Er is veel overlap tussen de specialismen, vooral tussen chronische zorg en intensieve zorg, door overlap in patiëntengroepen. De werkplek van de VS in de praktijk is niet altijd logisch gekoppeld aan het specialisme. VS in hetzelfde expertisegebied kunnen een verschillend specialisme hebben.

¹ Eindrapportage evaluatie verpleegkundig specialismen. College Specialismen Verpleegkunde. 21 september 2015.

Bij registratie en erkenning leidt dit tot knelpunten in het aanvragen van een specialisme door de verpleegkundig specialist, omdat het soms lastig is te bepalen welk specialisme het best past. Verder zijn de specialismen moeilijk te koppelen aan een werkervaringseis.

Verpleegkundig Specialisten die nu van het ene specialisme overgaan naar het ander, passen hun registratie niet altijd aan. Dit laat zien dat er weinig belang wordt gehecht aan de registratie van het specialisme.

1.2 Doel van het traject

Het college verwacht dat de positie van de verpleegkundig specialist verder vorm krijgt als de indeling van de beroepsgroep meer duidelijkheid biedt, minimale overlap toelaat en meer onderscheidend geformuleerd wordt. Daarom is het traject 'Toekomstbestendige verpleegkundig specialismen' gestart.

Doel van dit traject was om tot een toekomstgerichte nieuwe indeling te komen, die aansluit bij het werkveld van de VS en de te verwachten ontwikkelingen binnen de zorg.

Opdrachtgevers van dit traject zijn het CSV en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Het CSV in zijn wettelijk taak om deelgebieden van de verpleegkunde aan te wijzen als specialismen en titels vast te stellen. V&VN als 'houder' van het beroepsprofiel.

1.3 Aanpak

Inrichting van het traject

Voor dit traject is een stuurgroep, een klankbordgroep en een projectgroep ingesteld. De samenstelling van de groepen staat in bijlage 2.

Stuurgroep	De stuurgroep was eindverantwoordelijk voor het traject, de oplevering van producten, stelde de adviezen vast, creëerde bestuurlijk draagvlak voor resultaten. De stuurgroep is in de periode maart t/m november 2017 vier keer bij elkaar geweest.
Projectgroep	De projectgroep richtte zich vooral op de voorbereiding en totstandkoming van producten. Functioneerde als expertgroep en was verantwoordelijk voor (concept) producten van het traject. Leden waren inhoudelijk deskundig. De projectleider was de voorzitter en penvoerder van de projectgroep. De projectgroep heeft zes bijeenkomsten gehad.
Klankbordgroep	De klankbordgroep adviseerde de projectgroep op het moment dat conceptproducten gereed waren. Klankbordgroep leden gaven Inhoudelijk voeding en organiseerden draagvlak en afstemming binnen hun eigen beroeps- en brancheorganisaties. Leden zijn inhoudelijk deskundig. De klankbordgroep is drie keer bij elkaar gekomen.

Daarnaast is gedurende het traject bilateraal afgestemd met:

- Chief Nursing Officer
- KNMG en federatiepartners
- Zover nodig met de brancheorganisaties (Actiz, NFU, NVZ, GGZ-NL).

Het ministerie van VWS (directie MEVA) is tijdens het traject geïnformeerd over de voortgang (vier afspraken).

Fasering van het traject

De aanpak bestond uit de volgende stappen:

1. In de steigers zetten van het traject, bemensing (december 2016).
2. Literatuuronderzoek en raadpleging van experts over het ontstaan van de huidige indeling (januari – maart 2017). De bronnen die geraadpleegd zijn staan in bijlage 1 en bijlage 2.
3. Inventarisatie verschillende indelingsmogelijkheden en selectie van voorkeursopties voor een nieuwe indeling (april – juni)
4. Toetsing van de voorkeursopties aan uitgangspunten en onder belanghebbenden (juni – september). Hiervoor zijn alle eerder genoemde groepen geraadpleegd. Daarnaast zijn drie bijeenkomsten georganiseerd met verpleegkundig specialisten. In totaal waren er ruim 50 deelnemers, die ook weer collega's hebben geraadpleegd. De afdeling Verpleegkundig Specialisten van V&VN heeft de netwerken in haar achterban geraadpleegd.
5. Besluitvorming over het advies aan het CSV (september)
6. Uitwerking van de nieuwe indeling (september-november)
7. Formulering van eindadvies (november 2017)

1.4

Leeswijzer

Dit rapport is het eindresultaat van het traject 'Toekomstbestendige verpleegkundig specialisten'.

In hoofdstuk 2 schetsen we het profiel van de verpleegkundig specialist, de totstandkoming van de huidige indeling en hoe de verpleegkundig specialist zich verhoudt tot aanpalende beroepsbeoefenaren.

In hoofdstuk 3 komen de uitgangspunten voor een nieuwe indeling aan de orde. We schetsen ontwikkelingen in de zorg en laten zien wat wettelijke uitgangspunten zijn.

In hoofdstuk 4 staan de opties voor een nieuwe indeling, we laten zien hoe we tot een selectie en een keuze zijn gekomen.

In hoofdstuk 5 staan de conclusies en het advies van de stuurgroep.

2

Achtergrond

In dit hoofdstuk schetsen we de positie van de verpleegkundig specialist. Een goed begrip van deze positie is ook van belang om tot een nieuwe indeling te komen. Vervolgens schetsen we de totstandkoming van de huidige indeling in specialismen. Welke overwegingen en argumenten zijn destijds aan de orde geweest?

2.1

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die zich na registratie in het betreffend specialistenregister conform de Wet Big inzet voor een omschreven groep patiënten. De verpleegkundige specialist krijgt deze registratie op basis van een NVAO- geaccrediteerde masteropleiding.

Vanuit het perspectief van de patiënt biedt de verpleegkundig specialist care en cure geïntegreerd aan. Zij bevordert daarmee de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven staan hierbij centraal. Op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, aanvullende diagnostiek) komt de verpleegkundig specialist tot een diagnose. In aansluiting hierop past zij evidence-based interventies toe, indiceert en verricht zij voorbehouden handelingen. Als verpleegkundig leider vervullen verpleegkundig specialisten een voortrekkersrol in de innovatie van het beroep en de zorg, onderbouwd door onderzoek en door implementatie van onderzoeksresultaten. Zij leveren een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van eigen en andere disciplines en aan de kwaliteit van de zorg. De titel 'Verpleegkundig Specialist' is een wettelijk beschermde titel en uitsluitend voorbehouden aan diegenen die aan de hierboven omschreven definitie voldoen (V&VN, 2015).

De verpleegkundig specialist staat ingeschreven in het specialistenregister (Artikel 14) van de Wet BIG. Door het in werking stellen van het experimenteel artikel 36a met de daarbij behorende AMvB op 1 januari 2012 kan de verpleegkundig specialist een zelfstandige behandelrelatie aangaan met een patiënt.

Op 3 oktober 2017 stemde de Eerste Kamer in met het opnemen in de wet BIG van de voorbehouden handelingen voor de beroepsgroep verpleegkundig specialisten. Daarmee is de experimenteel-fase voorbij. Want, zo staat het in de stukken waar de Eerste Kamer over stemde: "Uit het experiment blijkt dat deze definitieve toekenning voor een aantal handelingen bijdraagt aan het efficiënter inrichten van zorgprocessen en de juiste inzet van professionals" (Eerste Kamer 2017).

De verpleegkundig specialist richt zich, naast de belangrijke verpleegkundige taken zoals het bevorderen van gezondheid, het voorkomen van ziekten, het herstellen van gezondheid en het verlichten van het lijden, ook op de ziekte zelf en gaat een behandelrelatie aan met de patiënt. De verpleegkundig specialist is verantwoordelijk voor de werkzaamheden binnen deze behandelrelatie, binnen het eigen deskundigheidsgebied. Zij is daarvoor verantwoordelijk en legt ook – indien nodig – verantwoording af aan collega's, artsen en leidinggevenden. (V&VN, 2015)

Vijf specialismen

Het verpleegkundig beroep kent vijf wettelijk vastgelegde specialismen. De specialismen zijn beschreven in specifieke besluiten: <https://vsregister.venvn.nl/Het-register/Regelgeving> In onderstaande tabel is per specialisme de focus en doelgroep weergegeven en het huidige aantal geregistreerde specialisten. Uit Tabel 2.1 blijkt dat binnen de specialismen 'intensieve zorg bij somatische aandoeningen' (48%) en 'geestelijke gezondheidszorg' (30%) de meeste verpleegkundig specialisten zijn geregistreerd. De groep specialisten binnen 'preventieve zorg bij somatische aandoeningen' is klein van omvang.

Tabel 2.1 Verdeling verpleegkundig specialismen @

Specialisme	Focus	Doelgroep	Aantal	Perc.	i.o ²
Intensieve zorg bij somatische aandoeningen	Medische en verpleegkundige handelingen bij zorgvragen die (technisch-) specialistische expertise vereisen.	Patiënten met somatische aandoeningen in de behandelfase	1570	48%	472
Acute zorg bij somatische aandoeningen	Triage, stabilisatie en behandeling bij dringende laagcomplexen zorgvragen tot en met dringende levensbedreigende zorgvragen	Patiënten met acute of als acuut ervaren gezondheidsproblemen van laagcomplex tot levensbedreigend. / Slachtoffers van ongevallen, rampen of oorlogsgeweld.	150	5%	30
Chronische zorg bij somatische aandoeningen	Medische en verpleegkundige zorg bij chronische zorgvragen, gericht op het optimaliseren van therapietrouw, zelfmanagement en kwaliteit van leven.	Patiënten met chronisch somatische en psychische aandoeningen en stoornissen, beperkingen en handicaps. / Ouderen met leeftijdsverwante problematiek, kwetsbare ouderen. / Ouderen met niet specifiek-geriatrische aandoeningen zoals overgewicht, gevolgen van een hartinfarct, een beroerte, artrose, kanker en artritis./ Patiënten die vanuit bovenstaande aandoeningen in de laatste levensfase komen en palliatieve zorg behoeven.	539	16%	87

² In opleiding

Preventieve zorg bij somatische aandoeningen	Het onderkennen en voorkómen van dreigende gezondheidsproblemen, het bevorderen van gezond gedrag en het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren en het terugdringen daarvan.	Kinderen 0-19 jaar en hun ouders./ Patiënten met stoornissen, beperkingen en handicaps, voortvloeiend uit een of meer chronische somatische aandoeningen. / ouderen met leeftijdsgerelateerde problematiek. / Ouderen met niet-specifiek geriatrische aandoeningen zoals overgewicht, gevolgen van een hartinfarct, een beroerte, artrose, kanker en reumatoïde artritis.	41	1%	20
Geestelijke gezondheidszorg	Triage, stabilisatie en behandeling bij dringende laagcomplexere zorgvragen tot en met dringende levensbedreigende zorgvragen	Patiënten met stoornissen in de geestelijke gezondheid binnen de aandachtsgebieden kinderen en jeugdigen, volwassenen, ouderen, forensische psychiatrie en verslavingszorg.	975	30%	331
Totaal			3.275	100%	940

Bron cijfers: <https://vsregister.venvn.nl/over-het-register> , 10 november 2017

Bron focus en doelgroep: Beroepsprofiel verpleegkundig specialist, V&V 2020, 8 maart 2012.

In totaal zijn er 3.275 verpleegkundig specialisten³. Volgens een schatting in een van de scenario's in een studie naar de toekomstige behoefte naar verpleegkundig specialisten, is de behoefte aan verpleegkundig specialisten minimaal 5% van het totaal aantal verpleegkundigen (Vulto & Vianen 2009). Met het huidige aantal verpleegkundigen⁴ zouden dit ruim 9.300 verpleegkundig specialisten zijn. Dit kwantitatieve gegeven is van belang bij de beoordeling van een maximaal aantal specialismen. Elk specialisme zal voldoende omvang moeten hebben om zichzelf te continueren.

Opleiding verpleegkundig specialist

De opleidingen tot verpleegkundig specialisten somatische aandoeningen worden allen verzorgd door hogescholen. Voor de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz zijn er twee verschillende opleidingsroutes. Namelijk een driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz aan de opleidingsinstelling GGZ-VS, met uitstroomdifferentiaties in ggz-domeinen, en de tweejarige gezondheidszorg brede opleiding aan een van de negen hogescholen met een uitstroomdifferentiatie ggz. Beide opleidingen zijn door de NVAO geaccrediteerde professionele masteropleidingen en zijn dual van opzet.

De MANP opleiding van de hogescholen wordt vanwege het maatschappelijk belang met subsidie gefinancierd door het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap

³ Peildatum 10 november 2017

⁴ Op 21 april 2017 waren er 186.000 geregistreerde verpleegkundigen (Statline CBS).

(OCW) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). OCW neemt daarbij de binnenschoolse kosten voor zijn rekening en VWS compenseert (een deel van) de salariskosten voor de vervanging van degene die de opleiding volgt. Elke vijf jaar wordt bekeken of de subsidie verlengd wordt. Recent is deze subsidie weer voor vijf jaar verlengd.

De categorale opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ wordt anders gefinancierd. De financiering van het praktijkdeel vindt rechtstreeks plaats vanuit de NZa beschikbaarheidsbijdrage aan de instellingen. Het cursorische deel aan de opleiding wordt door de deelnemende instelling gefinancierd.

Aanvragen van een nieuw specialisme

Wanneer een verpleegkundig specialist een registratie in een ander specialisme wil, is er sprake van een nieuwe registratie. Net als voor een reguliere registratie, is hiervoor een nieuwe ondertekende eindverklaring van de hoofdopleider nodig, waarin deze verklaart dat de verpleegkundig specialist beschikt over de competenties van het specialisme waarvoor zij registratie aanvraagt. Hiervoor moet de verpleegkundig specialist contact opnemen met één van de hoofdopleiders van de MANP-opleidingen die zijn erkend door de RSV. De hoofdopleider bepaalt welk traject nodig is om een nieuwe eindverklaring te krijgen. Hiermee kan de verpleegkundig een registratie voor het nieuwe specialisme aanvragen.

Als een verpleegkundig specialist binnen het specialisme verandert van expertisegebied, bijvoorbeeld binnen het specialisme intensieve zorg van oncologie naar cardiologie, of van volwassenen naar kinderen, is geen nieuwe registratie nodig.

2.2

Totstandkoming huidige indeling specialismen

In 2006 stelde de AVVV (beroepsorganisatie verpleegkundigen, voorloper van V&VN), mede op verzoek van de minister van VWS, de Stuurgroep Verpleegkundige Beroepsstructuur en Opleidingscontinuüm in. Het VBOC bracht in het rapport 'Verpleegkundige toekomst in goede banen' advies uit over de landelijke beroepsstructuur. In dit advies kwam men tot vier deelgebieden (preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg), waarbij per deelgebied een onderscheid kon worden gemaakt naar de aard van de aandoening: somatisch, psychisch en/of gedragsmatig.

In 2009 wees het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) vijf deelgebieden van de verpleegkunde aan als specialisme. In hetzelfde jaar heeft wettelijke erkenning van de vijf specialistentitels plaatsgevonden door de minister van VWS. De besluiten over de vier specialismen binnen de algemene gezondheidszorg bouwen voort op de conclusies van de Stuurgroep VBOC. Echter, het deelgebied geestelijke gezondheidszorg werd op verzoek van een substantieel deel van het veld, in afwijking van het VBOC-advies als specialisme aangewezen. Binnen dit specialisme zijn de preventieve, acute, intensieve en chronische zorg geïntegreerd. (Beroepsprofiel verpleegkundig specialist, V&V 2020, 2013)

Hieronder zijn meer in detail de afwegingen bij de huidige indeling weergegeven.

VBOC advies

Belangrijke argumenten bij de totstandkoming van de huidige indeling waren voor VBOC de balans tussen flexibiliteit en het stimuleren van ketendenken enerzijds, en aansluiting bij de gevarieerde en specifieke context waarin de verpleegkundig specialist werkt anderzijds. Uitgangspunt ten tijde van het advies was een situatie met veel scholingsprogramma's en specialisaties. (VBOC, 2006)

Flexibiliteit en ketendenken

Een van de redenen om te kiezen voor een horizontale ordening van de nieuwe beroepsstructuur met brede deelgebieden, was de toekomstbestendigheid van deze deelgebieden. In een innovatieve beroepsstructuur moeten deze deelgebieden niet te smal worden gemaakt. Zij moeten immers kunnen meebewegen met de ontwikkelingen en veranderingen in de markt. Om snel en flexibel in te kunnen spelen op de veranderende zorgvragen uit de samenleving, werd een eenvoudige en niet tot in detail ingevulde verpleegkundige beroepsstructuur voorgesteld. Dit had als voordeel dat er geen smalle opleidingen ontstaan, die tot fuikfuncties voor verpleegkundigen leiden.

De toenmalige stuurgroep verwachtte destijds dat er met de horizontale indeling een duidelijker onderscheid was te maken tussen generieke competenties binnen een deelgebied en specifieke competenties voor een differentiatie. Hierdoor zou het mogelijk zijn om een deel van de scholingsprogramma's voor de toenmalige differentiaties samen te voegen.

Samenvoegen van een deel van de scholingsprogramma's leidde tot een breder werkveld van beroepsbeoefenaren, zodat meerdere zorgvragers binnen een deelgebied doelmatiger konden worden geholpen. Dit vergrootte de flexibiliteit en de inzetbaarheid van verpleegkundigen binnen een deelgebied in het werkveld. Tevens ondersteunde deze wijze van opleiden de ontwikkeling van een breder werkveld bij beroepsbeoefenaren en daarmee een integrale benadering van de patiënt.

Aansluiting bij de context in de beroepspraktijk

Voor een adequate verpleegkundige zorgverlening moet de verpleegkundige beschikken over toegesneden kennis en vaardigheden op het gebied van bepaalde zorgvragen of zorgvragers, zo laat de beroepspraktijk zien. Van een verpleegkundige met een algemene beroepsopleiding kun je niet verwachten dat ze over voldoende kwalificaties beschikt om alle voorkomende zorgvragen aan te kunnen. Daarvoor is aanvullende scholing nodig. De beroepspraktijk is nu eenmaal gevarieerd en complex.

Daar waar de verpleegkundige zorg vooral wordt bepaald door de context (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg), is de zorg veelal georganiseerd naar de aard van de benodigde (verpleegkundige) interventies. In de ene context (c.q. afdeling) staat primaire preventie centraal, in de andere context juist meer de (vaak medische) behandeling. De verpleegkundige heeft per context andere bijzondere kennis en vaardigheden nodig. Deze verbijzonderingen zijn terug te brengen tot de vier

hoofdgroepen: preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg. (VBOC, 2006)

College Specialismen Verpleegkunde

Tijdens de vergaderingen van het College Specialismen Verpleegkunde, die indertijd de specialismen moest vaststellen, is de keuze tussen één specialisme somatische zorg of de vier specialismen zoals voorgesteld in het VBOC-advies onderwerp van discussie geweest. Met name NVZ en NFU hadden twijfel bij de voorgestelde indeling 'bij somatische aandoeningen' en opteerden voor één specialisme 'bij somatische aandoeningen'. Een argument hierbij is dat verpleegkundigen in de praktijk werken binnen verschillende gebieden, en dat het onderscheid daarmee te theoretisch is (CSV, juni 2008). Over de juridische haalbaarheid van het verpleegkundig specialisme 'somatische zorg' werd het LEVV om advies gevraagd. Het LEVV gaf aan dat het verpleegkundig specialisme 'somatische zorg' niet aansluit bij de huidige opleiding en beroepspraktijk, aangezien bij dit specialisme een zeer brede basis van kennis en kunde op het niveau van verpleegkundig specialist hoort. "De opleiding tot VS echter (gestoeld op de huidige MANP-opleiding) is weliswaar gericht op het verkrijgen van de algemene en specifieke competenties, in de praktijk vindt het overgrote deel van de (duale) opleiding plaats binnen de eigen beroepspraktijk. Dit is veelal een heel specifieke setting, gericht op een specifieke patiëntencategorie (bijvoorbeeld oncologiepatiënten binnen het ziekenhuis of specifieke patiëntencategorieën binnen de huisartsenpraktijk)", aldus het LEVV-advies. (LEVV, 2008) Naar aanleiding van het advies van het LEVV is uiteindelijk door het college bij meerderheid besloten tot de huidige indeling. (CSV, 2015, p. 5).

De indeling in acute, chronische, preventieve en intensieve zorg voor de GGZ kon noch bij de beroepsgroep, noch bij het werkveld op draagvlak rekenen. De specialismen werden niet passend gevonden bij de zorgstructuur van de GGZ. Uiteindelijk werd eind 2008 door de acht GGZ afdelingen van V&VN gezamenlijk een aanvraag is ingediend om de geestelijke gezondheidszorg als (ongedeeld) verpleegkundig specialisme aan te wijzen. Het college heeft deze aanvraag gehonoreerd met name gezien het brede draagvlak ervoor. (CSV, 2015, p. 5).

2.3

Verpleegkundig specialist binnen beroepenstructuur zorg

Binnen deze paragraaf lichten we de positie van verpleegkundig specialisten binnen de bredere zorgberoepenstructuur toe. Hierbij schetsen we hoe het verpleegkundig specialistisch beroep zich verhoudt tot verpleegkundigen en physician assistants.

Verpleegkundigen

Het belangrijkste verschil tussen een verpleegkundige (artikel 3, Wet BIG, hbo bachelor) en een verpleegkundig specialist (artikel 14, Wet BIG, hbo master) is dat eerstgenoemde een ongedeelde generalistisch basisberoep is voor de gehele gezondheidszorg en voorbehouden handelingen uitvoert onder verantwoordelijkheid van een arts (taakdelegatie). Laatstgenoemde heeft zich gespecialiseerd op een deelgebied van de gezondheidszorg en draagt zelfstandige verantwoordelijkheid voor de op dat deelgebied van toepassing zijnde voorbehouden handelingen

(taakherschikking) (Wet BIG en Platform Zorgmaster, 2012). Om het onderscheid tussen verpleegkundige beroepen en functies te verduidelijken, is het van belang om te kiezen voor vergelijkbare categoriseringsgronden bij verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

Het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV) heeft in 2014 opdracht gegeven voor de ontwikkeling van een nieuw opleidingsprofiel, dat onder andere gebaseerd is op het beroepsprofiel verpleegkundige (Schuurmans et al., 2012) en het rapport 'Voortrekkers in verandering' (Verkenningcommissie hbo-gezondheidszorg, 2013). Het doel was om het landelijke opleidingsprofiel toekomstbestendig te maken, als kader voor alle opleidingen tot generalistisch verpleegkundige op bachelor niveau. Op bachelor niveau is er "vraag naar verpleegkundigen die overal inzetbaar zijn en die professioneel kunnen omgaan met zorgvragers, ongeacht of hun vragen nu somatisch, psychosociaal, functioneel of sociaal van aard zijn" (LOOV, 2015: 53).

Binnen het rapport 'Bachelor of Nursing 2020' is daarnaast gekeken naar de relatie tussen de 'bachelor of nursing' (hbo) en beroeps- en functiegerichte vervolgopleidingen. Ook op bachelor niveau speelt de vraag welke focus en differentiatie wenselijk is (LOOV, 2015). Het curriculum voor hbo-bachelor verpleegkundigen bepaalt hoe kan worden voorgesorteerd op verpleegkundige vervolgopleidingen. Om te zorgen voor een doorlopende leerlijn tussen bachelor en post-bachelor onderwijs waarin specialisaties worden verworven, dient er goede afstemming te zijn tussen de verschillende curricula. Binnen het rapport 'Bachelor of Nursing 2020' wordt gesproken over functiegerichte vervolgopleidingen (p. 54). Het is echter onduidelijk of een functiegerichte indeling van verpleegkundige vervolgopleidingen de meest toekomstbestendige categorisering van beroepen is. Afstemming tussen de doorontwikkeling van het beroepsprofiel van verpleegkundigen (hbo-bachelor), verpleegkundig specialist (hbo-master) is dan ook cruciaal.

In het traject 'Toekomstbestendige beroepen verpleging & verzorging' (2015) is voor de hbo-bachelor verpleegkundige de titel regie-verpleegkundige geadviseerd. Regievoering en coördinatie vormen een belangrijk onderdeel in het profiel. Momenteel bereidt V&VN een experimenteel artikel voor waarbij de hbo-verpleegkundige een zelfstandige bevoegdheid krijgt voor een aantal voorbehouden handelingen.

Physician assistants

Physician assistants zijn medische zorgprofessionals met een hbo-masteropleiding die zelfstandig en structureel laag tot midden complexe taken van medisch specialisten overnemen. De physician assistant werkt dus binnen het medisch domein en in samenwerking met de medisch specialist. In de periode 2012-2016 is het aantal physician assistants gestegen van 347 in 2012 naar 762 in 2016. De meeste physician assistants zijn werkzaam bij de specialismen heelkunde en huisartsgeneeskunde (Van der Velde & Wierenga, 2016).

In 2001 is de opleiding tot physician assistant van start gegaan in Nederland en wordt aan vijf hogescholen aangeboden. Om de opleiding te volgen dient de

student een hbo-bachelor opleiding in de gezondheidszorg te hebben afgerond en minimaal twee jaar relevante werkervaring te hebben opgedaan in directe patiëntenzorg.

Het onderscheid tussen de physician assistant en de verpleegkundig specialist is niet geheel duidelijk, “waardoor het voor zorgorganisaties en artsen onduidelijk is welke professional zij het beste kunnen inzetten om taken aan over te dragen en dreigt er een domeinstrijd tussen beide professionals te ontstaan” (Laurant et.al., 2014: 5). Deze onduidelijkheid belemmert de verdere taakherschikking in de gezondheidszorg. Overigens is dit onduidelijke onderscheid mogelijk vooral het resultaat van een gebrekkige implementatie en communicatie (op papier is het onderscheid wel helder).

De PA kent geen formele indeling in specialismen. Bevoegdheid wordt gekoppeld aan het deskundigheidsgebied waarin de PA is opgeleid⁵. De PA heeft geen specialismen en is zelfstandig bevoegd voor alle handelingen die bij de VS in de specialismen zit. Bij de VS moeten artsen en zorgaanbieders goed kijken welke bevoegdheden een specialisme heeft.

Hieronder zijn de belangrijkste verschillen tussen physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS) samengevat (Laurant et.al., 2014):

- de VS neemt medische taken over voor één of meer vast omschreven (geselecteerde) patiëntcategorieën binnen een medisch specialisme; de PA neemt medische taken over voor alle patiëntcategorieën binnen een medisch specialisme;
- PA's zijn doorgaans alleen in het medische domein werkzaam, terwijl de VS-en zowel in het medische als verpleegkundige domein werkzaam zijn. De brug tussen medische en verpleegkundige domein/integratie van 'cure' en 'care' wordt als belangrijke meerwaarde van de VS functie gezien;
- nagenoeg alle taken van de PA's behoren primair tot het medische domein ('cure'), terwijl de VS-en, naast taken in het medische domein ('cure'), ook taken in het (complex) verpleegkundige domein uitvoeren ('care'). Een uitzondering hierop is de huisartsengeneeskunde. Hier ligt bij 80% van de VS-en de nadruk op het medische domein;
- de *VS Acute Zorg bij somatische aandoeningen* richt zich vooral op behandeling, terwijl bij de *VS GGZ* alle zorgaspecten (voorkomen, behandelen, begeleiden en ondersteunen) terugkomen. De taakuitoefening van de *VS Chronische Zorg bij somatische aandoeningen* en de *VS Intensieve Zorg bij somatische aandoeningen* liggen het dichtst bij elkaar;
- binnen het theoretische onderwijsprogramma ontvangt de PA twee keer zoveel medisch onderwijs in vergelijking met de VS;
- VS-en richtten zich vaker op de coördinatie van de zorg (regisseur) en ontwikkeling van ketenzorg in vergelijking met de PA's;

⁵ Zie artikel 7 uit Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant. Staatsblad 2011 658.

- VS-en voeren vaker screeningsprogramma's uit en geven vaker voorlichting over gedrag, gezondheid, hygiëne, veiligheid en opvoeding in vergelijking met de PA's.

Een signaal uit de evaluatie was dat de positionering van de VS binnen de instelling uitsluitend wordt beïnvloed door de voorbehouden handelingen (CSV, 2015). De verschillen en overeenkomsten in voorbehouden handelingen tussen de professionals zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2.2 Voorbehouden handelingen per functie en specialisme⁶

	<i>Verpleegkundig specialist</i>				<i>Physician assistant</i>	
	Somatische aandoeningen					GGZ
	Acute zorg	Chronische zorg	Intensieve zorg	Preventieve zorg		
Heelkundige handelingen	•	•	•		•	
Catheterisaties	•	•	•		•	
Injecties	•	•	•	•	•	
Puncties	•	•	•		•	
Electieve cardioversie	•		•		•	
Defibrillatie	•		•		•	
Endoscopieën	•	•	•		•	
Voorschrijven van UR-geneesmiddelen	•	•	•	•	•	

Verpleegkundig specialist in de eerstelijns zorg

De inzet van verpleegkundig specialisten in de eerstelijns zorg komt voort uit de toenemende zorgvraag die huisartsenpraktijken constateerden. De verwachting is dat huisartsen hierdoor worden ontlast en dat de wachttijden bij huisartsenpraktijken afnemen. Daarnaast verwachten huisartsen dat de kwaliteit van zorg verbetert en dat de continuïteit van zorg beter kan worden gegarandeerd (De Bakker, 2013; Laurant & Wijers, 2014). Huisartsen zetten verpleegkundig specialisten relatief vaak in voor zorg voor ouderen, omdat zij het verpleegkundig perspectief dat verpleegkundig specialisten toevoegen aan het medische perspectief binnen de patiëntenzorg hierbij van meerwaarde vinden (Laurant & Wijers, 2014).

Naast direct patiëntgebonden taken (zoals consulten en visites) neemt de verpleegkundig specialist ook indirecte taken over (beoordelen labuitslagen, verwerken post). Hoe de taakherschikking eruit ziet, is sterk afhankelijk van de opvattingen van de huisarts (Van der Burgt et.al., 2015). Zowel huisartsen als verpleegkundig specialisten voeren voorbehouden handelingen uit, zoals het voorschrijven van medicatie (Van der Burgt, 2015). Uit onderzoeken blijkt dat de huisarts en de verpleegkundig specialist voornamelijk aandoeningen aan huid, luchtwegen, het bewegingsapparaat en KNO het meeste zien. Bij de verpleegkundig specialisten beslaan deze aandoeningen 70% van de diagnoses, terwijl dit bij huisartsen 40% is. Dit laat zien dat de huisarts een grotere variëteit aan diagnoses

⁶ Verpleegkundig Specialisten Register (2016)

tegenkomt in de dagelijkse praktijk (Nivel/Stichting KOH, 2013; Van der Burgt et.al., 2015).

Een belangrijke voorwaarde voor taakherschikking in de huisartsenzorg, is dat de kwaliteit van zorg gelijk blijft of toeneemt. Zowel huisartsen als patiënten hebben vertrouwen in de deskundigheid van de verpleegkundig specialist. Tevens blijkt de patiënttevredenheid over de verpleegkundig specialist uit verschillende onderzoeken (Wijers et al., 2013; Van der Burgt et.al., 2015).

In tabel 2.3 staat een samenvatting van de verschillen tussen (gespecialiseerde) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Tabel 2.3 Verschillen (gespecialiseerde) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants			
	<i>(Gespecialiseerde) verpleegkundige</i>	<i>Verpleegkundig specialist</i>	<i>Physician assistant</i>
Opleiding	Hbo bachelor	Hbo master	Hbo master
Beroepsprofiel	Algemeen Competentieprofiel. Voorstel gedaan om bekwaamheden als AMvB o.b.v. Wet BIG vast te stellen	Algemeen Competentieprofiel in Algemeen Besluit CSV	Algemeen Competentieprofiel, AMvB
Specialisaties	Generalistisch en breed opleidingsprofiel Gespecialiseerd verpleegkundige: diabetes-, long- of oncologieverpleegkundige	1) Intensieve zorg 2) Acute zorg 3) Chronische zorg 4) Preventieve zorg 5) GGZ	Een breed geneeskundig uitstroomprofiel
Curriculum/accent	CANmeds-competenties; kwaliteitszorg	CANmeds-competenties; klinisch handelen; kwaliteitszorg; wetenschappelijk onderzoek	CANmeds-competenties; medisch klinisch handelen; evidence-based medicine
Vaardigheden cure en/of care	Care	Cure & care; verbreding medisch handelen binnen geselecteerde patiëntencategorieën; Verdieping verpleegkundig handelen	Cure; verbreding en verdieping medisch handelen naar geneeskundig curriculum
Substitutie van zorg/beleid	Alleen van toepassing op beperkte groep gespecialiseerd verpleegkundigen (voorschrijven medicatie)	Zelfstandige medische diagnostiek en behandeling binnen geselecteerde patiëntencategorieën	Zelfstandige medische diagnostiek en behandeling binnen het deelgebied van de geneeskunst.
Kernactiviteit	Patiëntenzorg, ketenzorg	Patiëntenzorg; ketenzorg, innovatie	Geneeskundige zorg (specialisme gerelateerd)
BIG wet	Artikel 3, 39 en 36 (lid 14, gespecialiseerd verpleegkundige); kwaliteitsregister	Artikel 14, 36, 36a, 39; Verpleegkundig Specialisten Register	Artikel 36; NAPA-kwaliteitsregister
Voorbehouden handelingen	Zelfstandig indiceren en uitvoeren VBH afhankelijk van registratie als gespecialiseerd verpleegkundige	Zelfstandig indiceren en uitvoeren VBH afhankelijk van geregistreerd specialisme	Zelfstandig indiceren en uitvoeren VBH breed
Registratie	Vermelding specialisatie in BIG-register	RSV-register en vermelding VS in BIG-registratie	Kwaliteitsregister NAPA

3

Uitgangspunten voor een nieuwe indeling

In het vorige hoofdstuk gingen we in op het profiel van de verpleegkundig specialist en de positie ten opzichte van verpleegkundigen en physician assistants. In dit hoofdstuk beschrijven we uitgangspunten voor een nieuwe indeling. Een belangrijk uitgangspunt is dat een nieuwe indeling toekomstbestendig moet zijn. Dit betekent dat in de keuze van een nieuwe indeling rekening moet worden gehouden met ontwikkelingen die plaats (zullen) vinden in de zorg.

In het tweede deel van dit hoofdstuk gaan we in op het 'waarom' van een indeling. Wat is de reden om specialismes te definiëren? Welk doel dient het? We beschrijven de wettelijke uitgangspunten voor de indeling in specialismen.

Aan het einde van het hoofdstuk vatten we het geheel samen met een opsomming van uitgangspunten die we in het volgende hoofdstuk gebruiken om verschillende opties voor indelingen te toetsen.

3.1

Ontwikkelingen in de zorg

Vershillende demografische, maatschappelijke, economische en technologische ontwikkelingen veranderen het zorglandschap. Daarnaast zijn er ontwikkelingen in het zorgberoepenveld die gevolgen hebben voor het werk van verpleegkundig specialisten. Hieronder worden de belangrijkste ontwikkelingen benoemd alsmede de implicaties hiervan voor de ontwikkeling van een toekomstbestendige beroepsstructuur voor verpleegkundig specialisten.

Toename ouderen, chronisch zieken & multimorbiditeit

De vergrijzing vormt één van de belangrijkste uitdagingen voor de Nederlandse gezondheidszorg. Volgens het Nationaal Programma Ouderenzorg (2014), zal meer dan driekwart van de verpleegkundigen te maken krijgen met ouderen. Niet iedere oudere heeft een chronische ziekte, wel neemt met het stijgen van de jaren de kans op een of meer (chronische) aandoeningen toe. Daarom is extra aandacht in de curricula voor deze groeiende groep noodzakelijk. De CanMEDS-rollen en competenties in het opleidingsprofiel zijn van toepassing op alle zorgvragers, in alle contexten. Ook op de ouder wordende zorgvrager met specifieke risico's op gerontologische en geriatrische problemen (LOOV, 2015).

De vraag hoe de groep ouderen in opleidingscurricula aan bod moet komen, is dan ook een belangrijke overweging bij de doorontwikkeling van het verpleegkundig beroep. De integrale problematiek van de oudere patiënt is buiten beeld geraakt. De toename van (chronische) multimorbiditeit vereist dat verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten op dusdanige wijze worden opgeleid dat zij van meer aandoeningen verstand hebben. De zorg zal veel meer een integraal karakter moeten krijgen. Deze ontwikkelingen hebben er al toe geleid dat meer zorgprofessionals hoger worden opgeleid. De initiële verpleegkundige opleidingen worden naar het bachelorsniveau getrokken. Deze trend, die ook internationaal zichtbaar is, beoogt tevens het verpleegkundig beroep aantrekkelijker te maken (Lambregts, 2012).

Toenemend belang preventie & zelfmanagement

De toename van het aantal chronisch zieken maakt preventiezorg steeds belangrijker. “Preventie wordt steeds belangrijker, zowel het voorkómen van aandoeningen door een gezonde(re) levensstijl als het voorkómen van complicaties en gevolgen van aandoeningen” (Lambregts, 2012: 6). Dit vraagt een specifieke bekwaamheid van professionals werkzaam in de preventieve zorg. De inzet van verpleegkundig specialisten verschilt naar gelang de aard van de zorg. Verpleegkundig specialisten een grotere rol spelen bij de bevordering van zelfmanagement en gezond gedrag. Tevens kunnen zij een rol spelen bij het tijdig signaleren van bijvoorbeeld alcohol- of drugsproblematiek. Daarnaast kan door taakherschikking van de tweede lijn (medisch-specialistische zorg) naar de eerste lijn (huisartsenzorg en thuiszorg) preventiezorg worden uitgebreid. Hierdoor kan de toename van (poli)klinische consulten en opnamen worden teruggedrongen (Lambregts, 2012).

Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger staan centraal. Niet het bestaande aanbod aan zorg, beroepen en opleidingen is het uitgangspunt, maar de toekomstige vraag naar zorg, waarbij de focus ligt op wat moet en niet op wat kan. Een toekomstgericht continuüm van bekwaamheden is dynamisch en vraagt regelmatige actualisering om in te kunnen spelen op veranderingen in de benodigde zorg (Kaljouw & Van Vliet, 2015).

Extramuralisering van zorg

“Zowel psychiatrische zorgvragers als ouderen met een zorgvraag wonen weer vaker thuis. Er zal niet alleen somatische ondersteuning nodig zijn, maar ook op psychosociaal gebied” (LOOV, 2015: 53). Zorgorganisaties moeten hun diensten en ondersteuningsarrangementen hierop aanpassen. Zorg wordt dichtbij de cliënt georganiseerd, onder de regie van de cliënt en samen met hem en informele zorgverleners (Invoorzorg, 2015; Kaljouw & Van Vliet, 2015). Echter, steeds vaker ontbreken bij patiënten sociale netwerken, zoals die van burens en mantelzorg. Dit maakt een goede ketenzorg, waarin de situatie van de patiënt centraal wordt gesteld, steeds belangrijker (LOOV, 2015). Deze extramuralisering is vooral waarneembaar in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg (Birch Consultants, 2015). Ook in de psychiatrie vindt deze extramuralisering plaats.

Ketenzorg & multidisciplinair werken

Naar verwachting zal in 2030 een groot deel van de mensen meerdere problemen en/of aandoeningen hebben en zij zullen zich in meerdere zorggebieden bewegen (Kaljouw & Van Vliet, 2015). Door de trend van toenemende multimorbiditeit en extramuralisering van zorg ontstaat er behoefte aan geïntegreerde, multidisciplinaire zorg (Federatie Medisch Specialisten, 2012; LOOV, 2015). “Multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams bestaan uit zorgprofessionals die tezamen beschikken over de bekwaamheden die nodig zijn om het functioneren te herstellen of te bevorderen” (Kaljouw & Van Vliet, 2015: 11). Mensen met complexe en meervoudige zorgvragen hebben veel baat bij ketenzorg en/of het aanbieden van zorgarrangementen door multidisciplinaire teams. Naar verwachting zal multidisciplinair werken in 2020 volledig ingebed zijn in zorgverleningsarrangementen (Werknemersinzorg, 2016a). Curatieve zorg en niet-curatieve langdurige zorg zijn in

de toekomst minder van elkaar afgegrensd, waardoor de samenwerking in de wijk in toenemende mate sector overstijgend is (Invoorzorg, 2015).

Technologie

Ontwikkelingen op het gebied van technologie hebben gevolgen voor zorgvraag van de toekomst en daarmee ook voor de invulling van beroepen in de gezondheidszorg (Kaljouw & Van Vliet, 2015). Naar verwachting gaan technologische ontwikkelingen een belangrijke bijdrage leveren aan de mogelijkheden om mensen te ondersteunen in zelfstandig functioneren en zelfmanagement van gezondheid.

Evidence-based werken

Verpleegkundig specialisten werken steeds meer volgens wetenschappelijk onderbouwde effectieve methoden. Omdat er in toenemende mate belang wordt gehecht aan *evidence-based* werken, moet de verpleegkundig specialist in staat zijn wetenschappelijke publicaties kritisch te beoordelen en binnen de praktijk toepasbaar te maken. Door haar/zijn kennis en ervaring binnen verschillende vakgebieden kan zij putten uit diverse disciplines vakgebieden. De verpleegkundig specialist beschikt daarom over de juiste kennis en ervaring om nieuwe methodieken te ontwikkelen voor de dagelijkse praktijk (Lambregts, 2012).

De toename van behandelmogelijkheden – en kennis over effectiviteit van behandelmethoden – leidt steeds vaker tot ethische kwesties, bijvoorbeeld de vraag of een behandeling al dan niet zinvol is. Dit impliceert dat verpleegkundig specialisten door de toename van *evidence-based* werken ook kennis moeten hebben van ethische vragen (Lambregts, 2012). De verpleegkundig specialist levert zowel effectieve en efficiënte als ethisch verantwoorde Patiëntenzorg'. Dit betekent dat de verpleegkundig specialist in staat is om het handelen te onderbouwen vanuit ethisch bewustzijn en om bij te dragen aan ethische afwegingen en besluiten in multidisciplinair verband.

Nieuwe kwalificatiestructuur Verpleging & Verzorging

De Stuurgroep Verpleging & Verzorging 2020 streeft ernaar dat vanaf 2020 verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe kwalificaties instromen op de arbeidsmarkt. In 2017 zijn er bijna 186.000 verpleegkundigen geregistreerd in het BIG-register. Sinds 2009 is er sprake van een verplichte herregistratie om de vijf jaar. Het beoordelingskader voor herregistratie voor hbo- en mbo-verpleegkundigen is in de huidige situatie gelijk aan elkaar. In de toekomst zal in het BIG-register tijdelijk een onderscheid worden gemaakt in drie beroepsgroepen voor verpleegkundigen: de huidige beroepsgroep 'verpleegkundige', een nieuwe beroepsgroep van 'mbo verpleegkundige' en een nieuwe beroepsgroep van 'hbo-verpleegkundige' (Stuurgroep V&V 2020, 2015).

De overgangsregeling voor het thema registratie beroepstitels geldt voor alle onder de wet BIG vallende verpleegkundigen, met uitzondering van de verpleegkundig specialist. Desalniettemin is het voor de doorontwikkeling van de verpleegkundig specialist van belang rekening te houden met de keuzes die worden gemaakt omtrent de nieuwe kwalificatiestructuur V&V. Om een duidelijke afbakening van rollen en

heldere positionering van het verpleegkundig (specialistisch) beroep te waarborgen, is het van belang na te gaan hoe de verschillende verpleegkundige beroepen zich tot elkaar verhouden.

Spanning tussen generalistische en specialistische deskundigheid

In het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren', heeft de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen zich gericht op het jaar 2030 en heeft zich de vraag gesteld welke zorg er dan nodig is op basis van lokale en regionale demografische ontwikkelingen. In het rapport wordt expliciet géén nieuwe beroepenstructuur gepresenteerd. Het belangrijkste advies is namelijk het ontwikkelen van "een dynamisch continuüm van bekwaamheden die gericht zijn op de zorgvraag" (Kaljouw & Van Vliet, 2015: 7). Dit betekent dat er continue aanpassing en afstemming nodig is binnen en tussen zorgberoepen en dit vergt veel meer flexibiliteit van zorgprofessionals dan het huidige systeem.

Het uitgangspunt voor het advies is het zogenoemde ABCD-model⁷; een integrale en dynamische benadering van het zorgproces. Het voorgestelde 'Continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg model' veronderstelt dat toekomstige patiënten- en cliëntenpopulaties in verschillende, en in elkaar overlopende, zorggebieden voorkomen. Dit betekent dat zorgprofessionals uit verschillende teams in verschillende zorggebieden werkzaam kunnen zijn. Door een einde te maken aan het huidige gefragmenteerde zorglandschap, is een nieuwe manier van werken vereist en hebben zorgprofessionals andere – generalistische – bekwaamheden nodig (Kaljouw & Van Vliet, 2015). Hier ligt in de ogen van de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen een grote uitdaging voor de beroepsgroep. Zorgprofessionals zullen zich moeten gaan richten op de *complete* zorgvraag en niet uitsluitend op de betreffende kwaal of aandoening. Het optimaal laten functioneren van de patiënt dient hierbij centraal te staan.

De trends op het gebied van demografie, technologie en type zorgvraag vereisen dat alle zorgprofessionals dienen te beschikken over een aantal generalistische bekwaamheden: "netwerkbekwaamheden, technologische bekwaamheden en maatschappelijke en context-bekwaamheden" (Kaljouw & Van Vliet, 2015: 11). Hierbij moeten (multidisciplinaire) zorgteams zo worden ingericht dat er adequate zorg op maat kan worden verleend aan mensen met bijvoorbeeld chronische aandoeningen, multimorbiditeit, functioneringsproblemen en psychische aandoeningen.

Naast de nadruk op het belang van generalistische en wendbare zorgprofessionals, is er ook een tendens naar specialisatie zichtbaar. Ernstige en complexe aandoeningen vereisen immers ook in de toekomst specialistische kennis en bekwaamheden (Kaljouw & Van Vliet, 2015). Onder druk van de toenemende complexe zorgvraag zal de herschikking van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist en physician assistants gaan. Daarnaast worden verpleegkundigen steeds hoger opgeleid. Dit betekent dat verpleegkundig specialisten en physician assistants naar verwachting in de toekomst meer en complexere zorgtaken van artsen over zullen nemen. Hiermee

⁷ Voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplexiteit en complexe zorg (C) en hoogcomplexiteit zorg (D).

zal het beroep van verpleegkundig specialist in ontwikkeling blijven en dienen er keuzes te worden gemaakt over de beroepsuitoefening en de rol en positie van verpleegkundig specialisten in het zorglandschap. Ook internationaal is er een tendens zichtbaar waarbij er steeds meer verpleegkundige specialisaties ontstaan, onder meer om taken van artsen over te nemen. Tegelijkertijd is er een verschuiving van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen (Lambregts, 2012; Laurant et.al., 2014).

Eenzijds neemt de verpleegkundig specialist meer zorgtaken over van artsen. Anderzijds vereist de aandacht voor preventie en de nadruk op extramuralisering van zorg er voor dat verpleegkundig specialisten zelfmanagement van patiënten en cliënten bevorderen. "Meer aandacht voor zelfmanagement vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven – of het voorkómen daarvan" (Lambregts, 2012: 9).

3.2

Regulering van het beroep en het belang van een indeling

Belangrijk bij het nadenken over een nieuwe indeling is de 'waarom' vraag. Wat is de reden om op grond van de wet BIG specialismen te definiëren? Welk doel dient het?

Doelstelling van de wet BIG

De doelstelling van de wet BIG is tweeledig: het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De wet spitst zich toe op de individuele gezondheidszorg. Hiermee wordt bedoeld op handelingen die rechtstreeks gericht zijn op een persoon en het doel hebben de gezondheid van die persoon te bevorderen of te bewaken.

De belangrijkste onderdelen van de Wet BIG zijn beroepenregulering en tuchtrecht. De beroepenregulering betreft de beroepen met een beschermde titel waarvoor de opleidingseisen en (her)registratie-eisen zijn opgenomen in het BIG register. Voor deze beroepen geldt ook het tuchtrecht (de zogenaamde artikel 3 beroepen). Het beroep van verpleegkundige is gereguleerd op grond van artikel 3. Daarnaast kent de Wet BIG een regeling 'voorbehouden handelingen'. Bevoegdheid tot indicatie stellen en uitvoering van handelingen met (aanmerkelijk) risico op schade voor de patiënt bij onoordeelkundig handelen is nader gereguleerd.

Wettelijke uitgangspunten voor erkenning specialismen

Op grond van artikel 14 van de Wet BIG kan de minister specialismen erkennen voor artikel 3 beroepen. Specialismen worden erkend op voordracht van de betreffende beroepsorganisatie. De minister beoordeelt vervolgens of een titel als wettelijk erkende specialistentitel aangemerkt wordt. Hierbij wordt het specialisme allereerst

getoetst aan de formele eisen uit artikel 14 van de Wet BIG en aan het beleidskader⁸. Zo beoordeelt de Minister of aanwijzing van het specialisme wenselijk is voor een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Dit betekent bijvoorbeeld dat het specialisme voldoende uitgekristalliseerd moet zijn, het specialisme zich moet onderscheiden van het basisberoep (artikel 3 beroepen) en andere wettelijk erkende specialismen. Een specialisme moet ook een toegevoegde waarde hebben. Er moeten voldoende beoefenaren van het betreffende specialisme zijn, dit om voldoende specifieke zorg te kunnen garanderen. Het specialisme vormt een deelgebied van het betreffende basisberoep en een verdieping ervan. Het specialisme dient een verbijzondering te zijn van de kwalificaties die verbonden zijn aan de uitoefening van het desbetreffende basisberoep. Het specialisme is te zien als een specifieke expertise op een omschreven onderdeel van het betreffende beroep, waarvoor verbijzondering en uitbreiding van de competenties die verworven in de opleiding vereist zijn. Het specialisme kent een eigen wetenschapsdomein.

Aan het aantal specialismen worden geen juridische eisen gesteld. Belangrijkste is dat een indeling in specialismen aansluit bij de maatschappij en draagvlak heeft. Een indeling kan dus uit één of meerdere specialismen bestaan.

Het beroep van de verpleegkundig specialist is geëvalueerd en voldoet aan de eisen die in de wet zijn gesteld. Het beroep is voldoende uitgekristalliseerd, en de kwaliteit en patiëntveiligheid zijn gewaarborgd. De gesignaleerde knelpunten bij de huidige indelingen (zie paragraaf 1.1) liggen vooral op het vlak van beroepsontwikkeling. De huidige indeling staat de verdere ontwikkeling van het beroep in de weg doordat er overlap is en de specialismen te weinig onderscheidend van elkaar zijn.

Andere niveaus van regulering

Naast de wet BIG zijn er ook andere mogelijkheden om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen. Uitgangspunt voor de stuurgroep bij het zoeken naar een nieuwe indeling was om verantwoordelijkheden zoveel mogelijk bij de verpleegkundig specialist zelf en bij de zorgaanbieder te leggen. Dit betekent dat een indeling op grond van de Wet BIG (bestuursrechtelijk) vooral op hoofdlijnen zou moeten zijn. De vraag is elke keer: Is de kwaliteit en veiligheid ook op een ander niveau te reguleren? Andere niveaus die aan de orde kwamen zijn:

- Privaatrechtelijk (door de beroepsgroep zelf, zie ook paragraaf 4.4)
- Regulering op brancheniveau (door verschillende stakeholders, (bijvoorbeeld met een Kwaliteitsstatuut of met convenanten)
- Informele landelijke netwerken van verpleegkundig specialisten op verschillende expertisegebieden.

⁸ Beleidsregels van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 oktober 2014, houdende wettelijke erkenning van specialistentitels als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Beleidsregels wettelijke erkenning specialistentitel Wet BIG)

- Afspraken op niveau van de zorgaanbieder (middels bijvoorbeeld protocollering, privileges⁹).

Regulering en positionering

Tenslotte draagt regulering bij aan de positionering van de verpleegkundig specialist. Het bestuursrechtelijk regelen van het beroep, middels een AMvB op grond van de Wet BIG, geeft een stevigere basis aan het beroep dan andere vormen van regulering. Het geeft bijvoorbeeld een helder signaal af dat er stabiliteit en publieke erkenning is.

Een stevige positionering helpt bij de ontwikkeling van het beroep. De meerwaarde van de verpleegkundig specialist is aangetoond en erkend, met het creëren van wettelijke waarborgen wordt een basis gecreëerd voor doorontwikkeling en een stevige en brede inzet van de specialist, die bijdraagt aan de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg.

3.3

Samenvatting van de uitgangspunten

De probleemstelling (paragraaf 1.1) en de uitgangspunten die in dit hoofdstuk aan de orde komen zijn samengevat in de onderstaande tabel:

Communicatieve waarde	Herkenbaar voor andere beroepsbeoefenaren, werkgevers en patiënten/cliënten. Specialismen leggen een link met waar de beroepsgroep voor staat.
Onderscheid basisberoep	Onderscheidend van het basisberoep van verpleegkundige en van andere beroepsgroepen.
Toegevoegde waarde	Toegevoegde waarde ten opzichte van bestaande beroepen en in relatie tot de zorgvraag.
Samenhang in specialismen	Geen overlap tussen specialismen, specialismen sluiten goed bij elkaar aan en zijn tegelijkertijd onderscheidend genoeg om tot specifieke kwaliteitscriteria te komen.
Toekomstbestendig en flexibel	Stimuleren van ketendenken en een integrale benadering van patiënten en cliënten. Aansluiten bij transitie in de zorg en voorkomen dat de VS belemmeringen ondervindt van de indeling. Voorkomen van te smalle specialismen, voorkomen van kokerdenken. Indelen op hoofdlijnen.
Balans specialistisch/generalistisch	VS hebben generalistische bekwamheden nodig en richten zich op complete zorgvraag. Naast deze generalistische bekwamheden zijn specialistische kennis en vaardigheden nodig. Het specialisme moet ruimte bieden voor beiden.

⁹ Joint Commission International. Internationaal accreditatie-instituut op vlak van zorg, onderwijs en onderzoek. Verschillende Nederlandse ziekenhuizen hebben deze accreditatie. Onderdeel is onder meer het vastleggen van verantwoordelijkheden van professionals in het zorgproces.

Body of knowledge	Bij een specialisme is sprake van een body of knowledge.
Volume	Het specialisme moet van voldoende omvang zijn (aantal verpleegkundig specialisten) om voldoende specifieke zorg te garanderen. Bij een te klein aantal specialisten bestaat het risico op 'uitsterven', daarnaast is het van belang voor het doelmatig opleiden van verpleegkundig specialisten. Wat voldoende is, is in dit traject niet nader gedefinieerd.
Registratie en erkenning	Accreditatie van scholing en werkervaringseisen zijn eenvoudig te koppelen aan de specialismen.
Juridisch haalbaar	Een indeling moet juridisch haalbaar zijn, conform de wet BIG.
Werkbaar voor opleiding	De opleiding moet een indeling kunnen vertalen naar een opleidingsplan.
Draagvlak	Primair is het draagvlak onder verpleegkundig specialisten van belang. Daarnaast is draagvlak nodig bij brancheorganisaties, werkgevers en bij artsen.

4

Opties voor nieuwe indeling in specialismen

Over de noodzaak om tot een nieuwe indeling te komen is brede consensus. Over de mogelijke indelingen was nog veel discussie. In deze discussies kwamen verschillende niveaus aan de orde: het niveau van een specialisme, dat globaal aangeeft voor welk gebied een verpleegkundig specialist is opgeleid én het niveau van het expertisegebied. Een expertisegebied geeft preciezer aan wat het deskundigheidsgebied is van de verpleegkundig specialist. Expertisegebieden zijn nu niet gereguleerd. Voorbeelden van expertisegebieden die in de praktijk door verpleegkundig specialisten als toevoeging (functienaam) worden gebruikt zijn cardiologie, hiv/aids, vasculaire geneeskunde, inwendige geneeskunde, openbare gezondheid, verpleeghuiszorg, pijn, diabetes, oncologie, huisartsenzorg, etc.

Bij het vinden van een nieuwe indeling is gewerkt in vier stappen. In de eerste plaats is geïnterviewd welke ideeën er zijn. Dit leverde een breed scala aan indelingsmogelijkheden op (zie bijlage 3). Deze zijn getoetst aan de uitgangspunten en bij stakeholders. Vervolgens heeft de stuurgroep een selectie gemaakt van indelingen die het meest in aanmerking kwamen (zie aanpak paragraaf 1.3). Ook deze selectie is getoetst aan de uitgangspunten die in hoofdstuk 3 aan de orde kwamen.

In dit hoofdstuk laten we zien welk resultaat deze stappen hebben opgeleverd, welke discussies plaatsvonden en welke argumenten aan de orde zijn gekomen.

4.1

Inventarisatie van opties

Op basis van de literatuurstudie en de voeding vanuit alle belanghebbenden zijn in de eerste inventarisatieronde de volgende indelingen aan de orde gekomen:

1. Algemene gezondheidszorg (AGZ), maatschappelijke gezondheidszorg (MGZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Maatschappelijke gezondheid kan ook als 'public health' of Maatschappij & Gezondheid betiteld worden
2. Algemene Gezondheidszorg en Geestelijke Gezondheidszorg
3. Indeling naar functie: sociaal, psychiatrisch en somatisch
4. Indeling naar intra- en extramuraal
5. Indeling naar leeftijdscategorie: kinderen, volwassenen, ouderen
6. Indeling in geneeskundig specialismen. Hierbij word drie clusters onderscheiden:
 - a. huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten
 - b. medisch specialisten (bijv. internisten, chirurgen of psychiaters)
 - c. bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, artsen Maatschappij en Gezondheid en profielen zoals o.a. jeugdarts. (sociale geneeskunde)
7. Indeling naar expertisegebieden. Expertisegebieden die verpleegkundig specialisten nu in de praktijk hanteren, zoals cardiologie, hiv/aids,

- vasculaire geneeskunde, inwendige geneeskunde, openbare gezondheid, ouderenzorg, diabetes, oncologie en verslavingszorg, forensische zorg.
8. Indeling naar branches/sectoren: Ziekenhuizen, GGZ, Publieke gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg, Verpleeghuizen en thuiszorg.
 9. Een ongedeeld specialisme. Het beroep is verpleegkundig specialist, er vindt geen nadere differentiatie van specialismen plaats.

In dit traject is ook nog het idee geopperd om verschillende indelingsprincipes te combineren. Bijvoorbeeld de indeling in AGZ, MGZ en GGZ met sub specialismen kinderen, jeugd en ouderen.

Tenslotte is ingebracht dat het goed is de indeling gefaseerd te regelen. In eerste instantie globale specialismen in de wet BIG en vervolgens de regulering van sub specialismen door het veld (privaatrechtelijk).

In bijlage 3 staat de toetsing van deze opties.

4.2 Selectie opties voor een indeling in specialismen

Na een eerste toetsing door alle belanghebbenden heeft de stuurgroep de volgende opties voor een toekomstige indeling in specialismen geselecteerd:

1. Een ongedeeld specialisme. Alleen de titel verpleegkundig specialist blijft wettelijk beschermd.
2. Een indeling in specialismen:
 - a. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Algemene Gezondheidszorg (AGZ).
 - b. Verpleegkundig specialist (zonder toevoeging) en verpleegkundig specialist GGZ.

4.3 Toetsing van geselecteerde opties aan uitgangspunten

Optie van een ongedeeld specialisme

Kenmerken van deze optie

Bij de optie van een ongedeeld specialisme is de gedachte dat de titel 'Verpleegkundig Specialist' in de wet BIG (artikel 14) staat, maar dat er geen onderscheid meer wordt gemaakt naar specialismen. Daarnaast specialiseert de verpleegkundig specialist zich wel degelijk op een expertisegebied, alleen is dit niet geregeld op grond van de wet BIG. Een sub optie is nog om dit wel te laten reguleren door de beroepsgroep, eventueel privaatrechtelijk, zoals bij de artsen (zie paragraaf 4.4).

In de onderstaande tabel is de optie van het ongedeelde specialisme afgezet tegen de uitgangspunten uit hoofdstuk 3.

<p>Communicatieve waarde</p>	<p>Centraal staat de titel verpleegkundig specialist. Deze titel is breed en zegt niet veel over het expertisegebied (waarin is men specialist). Om dit duidelijk te maken gebruiken verpleegkundig specialisten het expertisegebied waarop ze werkzaam zijn in hun functienaam (zoals verpleegkundig specialisten nu al binnen de vier 'AGZ specialismen' hanteren). Deze functienaam is herkenbaar voor patiënten en collega-beroepsbeoefenaren.</p>
<p>Onderscheid basisberoep</p>	<p>Het onderscheid met het basisberoep zit in een aantal generieke kenmerken van de verpleegkundig specialist. In feite is de verpleegkundig specialist een 'advanced' beroepsbeoefenaar. Onderscheid zit bijvoorbeeld in de zelfstandige behandelrelatie, onderzoekvaardigheden, leiderschap en het combineren van care en cure.</p> <p>Onlosmakelijk is daar ook een expertisegebied aan gekoppeld, maar welke expertisegebieden dit zijn is niet nader gereguleerd.</p>
<p>Toegevoegde Waarde</p>	<p>Uit de evaluatie van de verpleegkundig specialist is de conclusie dat sprake is van een toegevoegde waarde¹⁰. De indeling in AGZ specialismen voegt daar weinig waarde aan toe¹¹. Bij het specialisme GGZ ervaart men wel de meerwaarde van een wettelijke titel.</p>

¹⁰ De Bruijn e.a. VoorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de verpleegkundig specialist en de Physician Assistant. Maastricht, juli 2015.

¹¹ Eindrapportage evaluatie verpleegkundig specialismen. College Specialismen Verpleegkunde. 21 september 2015.

Samenhang in specialismen	Doordat sprake is van maar één specialisme is er per definitie samenhang. Het specialisme is breed, dat maakt dat het niet goed mogelijk is om onderscheidende kwaliteitscriteria te formuleren (per expertisegebied). Uitgangspunt is dit aan het veld wordt over gelaten en niet bestuursrechtelijk wordt gedefinieerd.
Toekomstbestendig en flexibel	Geeft alle ruimte aan ketenzorg en een integrale benadering. Er worden geen schotten of belemmeringen opgeworpen. Een verpleegkundig specialist is breed inzetbaar, mits deze zich goed verdiept in de specifieke zorgsetting en patiënten populatie.
Balans Specialistisch/generalistisch	De verpleegkundig specialist krijgt een generieke basis mee. Daarnaast specialiseert de VS zich op een expertisegebied.
Body of knowledge	De body of knowledge is breed (generiek voor de verpleegkundig specialist), toegespitst op de generieke rol die de verpleegkundig specialist heeft. Het opbouwen en opdoen van de expertise die nodig is in een bepaalde setting, is niet specifiek wettelijk gereguleerd en wordt aan het veld overgelaten. Een ongedeelde specialisme geeft ruimte voor groei, als op bepaalde gebieden kennis toeneemt, ontstaat op termijn de mogelijkheid om nieuwe specialismen te reguleren.
Volume	Het volume is het totale aantal verpleegkundig specialisten. Dit levert dus geen knelpunten op.
Registratie en erkenning	Aan accreditatie van deskundigheidsbevordering zijn generieke eisen verbonden. Werkervaring is beschreven in portfolio. Een koppeling naar specialisme is hier niet nodig, de belemmeringen van de huidige indeling worden daarmee weggenomen.

Juridisch	Deze variant is juridisch mogelijk.
Draagvlak	Voor een ongedeeld specialisme is geen draagvlak vanuit de GGZ (brancheorganisaties, bestuurders van zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren). Bij verpleegkundig specialisten die niet werkzaam zijn in de GGZ is het draagvlak voor deze optie verdeeld. Vanuit andere branches is wel draagvlak voor deze optie. (NVZ, NFU, Actiz).
Werkbaar voor opleidingen	In principe is een ongedeeld specialisme werkbaar voor opleidingen. Opleidingen hebben wel aangegeven dat een gedeeld specialisme meer handvatten geeft voor meer gerichte scholing in het cursorische deel van de opleiding.

Voordelen die bij een ongedeeld specialisme zijn genoemd¹²:

- Grote vraagstukken liggen ook op het snijvlak van somatiek en psyche. Mensen met complexe somatische problemen hebben meer kans om ook psychische problemen te ontwikkelen en omgekeerd, complexe psychische stoornissen en de hiervoor vereiste behandelingen leiden vaak tot somatische problemen.
- Het rapport van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen pleit voor zorgberoepen voor het loslaten van specialismen, maar om wel te werken met aandachtsgebieden¹³. Idee is dat dit beter aansluit bij de zorg. Het betekent dat er dan veel variatie ontstaat en dat er ruimte is voor dynamiek (ontstaan- veranderen- en verdwijnen van aandachtsgebieden). Vanuit deze gedachte blijft het beroep van verpleegkundig specialist de basis en is er vervolgens sprake van expertise- of aandachtsgebieden. Multidisciplinaire samenwerking is hierin van cruciaal belang. De zorgvraag van de cliënt is hierin leidend.
- In de discussies van de afgelopen jaren leidt elke indeling tot bezwaren, om dat het al snel tot structuren leidt die de praktijk in de weg zitten. Het risico is dat het een indeling is die op de tekentafel wordt gemaakt en wellicht op papier samenhangend is, maar de praktijk niet helpt.

Nadelen die bij een ongedeeld specialisme zijn genoemd:

- Een ongedeeld specialisme geeft geen accent aan de 'diepgang' van de inhoudelijke verpleegkundige bijdrage op het niveau van de verpleegkundig

¹² Uit projectgroep, klankbordgroep, stuurgroep, bijeenkomsten met verpleegkundig specialisten en experts.

¹³ Kaljouw, M. Vliet, K. van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. April 2015.

specialist. Het ontkent dat verpleegkundigen, internationaal en ook in Nederland, inmiddels op enkele terreinen voortgang hebben geboekt met wetenschappelijke onderbouwing van de beroepsuitoefening.

- Een 'specialisme' zonder specialiteit schept verwarring. 'Specialiseren' betekent immers in onderdelen splitsen, zich op iets bijzonder toeleggen. 'Specialist' is iemand die een bepaald onderdeel van zijn vakgebied beoefent. Dus, zonder erkend deelgebied, is geen sprake van specialismen.
- Een ongedeeld specialisme brengt schade toe aan het specialisme GGZ (zie volgende scenario).
- Bij een ongedeeld specialisme bestaat het risico dat de overstap van het ene naar het andere (ongereguleerde) expertisegebied te makkelijk gaat en dat een verpleegkundig specialist onvoldoende deskundig is, ten nadele van de patiënt.

Argumenten voor een indeling in specialismen

Kenmerken van deze optie

Bij deze optie vindt wel een wettelijke indeling in specialismen plaats, zoals nu ook is geregeld met de vijf specialismen. Ook bij een nieuwe indeling geldt dat het op hoofdlijnen is.

Voordelen en argumenten die bij een gedeeld specialisme zijn genoemd:

- Met een indeling in wettelijk erkende specialismen, is het duidelijker voor patiënten, zorgaanbieders en collega beroepsbeoefenaren op welk domein de verpleegkundig specialisten formeel deskundig zijn en waar de grenzen van het specialisme liggen. Dit is beter geborgd en geeft meer vertrouwen dan wanneer dit niet wettelijk geregeld is.
- Het geheel aan het veld overlaten leidt tot risico's. Onder druk wordt alles vloeibaar, dit kan er toe leiden dat er concessies worden gedaan aan zorgvuldigheid en kwaliteit. Regulering via AMvB's geeft meer waarborgen en continuïteit.
- Het verschil tussen bijvoorbeeld de algemene gezondheidszorg (agz) en de geestelijke gezondheidszorg is te groot om *geen* onderscheid te maken in specialismen.
- Voor de GGZ branche en de verpleegkundig specialist GGZ is de wettelijke erkenning een belangrijke en succesvolle stap. Een ongedeeld specialisme wordt door de GGZ als een stap achteruit ervaren. Het zou betekenen dat de titel van het specialisme GGZ niet meer via een AMvB is geregeld. Hiervoor is binnen de GGZ geen draagvlak. De bestuursrechtelijke borging van het specialisme helpt bij de acceptatie en positionering van de rol van regiebehandelaar, bij de financiering door zorgverzekeraars en bij het vastleggen van deze rol in het kwaliteitsstatuut GGZ. Het wegnemen van het specialisme brengt schade aan de ontwikkeling van de rol van verpleegkundig specialist in de GGZ, terwijl deze rol een belangrijke toevoeging is voor de patiëntenzorg.

Nadelen en tegenargumenten die bij een indeling in specialismen genoemd zijn:

- Het blijkt niet eenvoudig om grenzen duidelijk vast te stellen, doordat specialismen al snel overlap hebben. Ook binnen de algemene gezondheidszorg komt GGZ problematiek voor en vice versa.
- Voor het borgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening is het wettelijk regelen van een specialisme geen voorwaarde. Ook zonder kan het veld specifieke kwaliteitscriteria, competenties en standaarden vastleggen en een duidelijke kennisinfrastructuur en gerichte onderzoeks- en innovatieprogramma's inrichten.

Voorkeuren voor indelingen

Uit de discussies over mogelijke indeling komen twee opties naar voren als meest wenselijk.

1. *Een tweedeling in AGZ en GGZ.* Waarbij in plaats van AGZ ook 'somatische gezondheidszorg' genoemd wordt. Voor de titel 'somatische gezondheidszorg' is echter weinig draagvlak bij verpleegkundig specialisten. Het voordeel van deze indeling is dat het succesvolle specialisme GGZ gereguleerd blijft middels een AMvB en dat het een indeling is die onderscheid maakt tussen twee heel verschillende terreinen. De indeling is zo algemeen dat het ook de kenmerken en daarmee de voordelen heeft van een ongedeelde specialisme (toekomstbestendig, flexibel). Voordeel is ook dat de belemmerende vierdeling verdwijnt (intensief, acuut, preventief en chronisch). Nadeel is dat het voor de AGZ (of Somatische Gezondheidszorg) weinig toevoegt. Het specialisme zal door verpleegkundig specialisten niet in hun titel gebruikt worden. Een deel van het probleem lost het dus niet op.
2. Alleen opnemen van het specialisme GGZ. In dat geval zijn er twee opties, je bent verpleegkundig specialist óf verpleegkundig specialist GGZ. Dit lijkt in eerste instantie een vreemde constructie, maar als je het als een groeimodel ziet, waarbij ook andere specialismen kunnen ontstaan, geldt het specialisme GGZ als een voorbeeld en een lonkend perspectief. Een nadeel van een dergelijke indeling is dat het toch kan lijken of er een hiërarchie is (een verpleegkundig specialist GGZ lijkt meer dan een verpleegkundig specialist) of dat de verpleegkundig specialist GGZ een specialisatie is op de verpleegkundig specialist.

Een indeling waarin ook het specialisme *Maatschappelijke Gezondheidszorg* is opgenomen, is ook nog aan de orde geweest. Een dergelijke indeling sluit aan bij de bachelor opleiding. Het specialisme MGZ zou nog beter geladen moeten worden. Vooralsnog wordt daarbij vooral gedacht aan de zorgsetting (dicht bij leefomgeving van de cliënt). Het verschil tussen MGZ en AGZ is echter nog onduidelijk. Gezien de trends zullen deze twee steeds meer door elkaar gaan lopen. Dus hierover zijn grote twijfels bij alle geledingen (klankbord, projectgroep, stuurgroep en andere stakeholders). Daarom is deze variant uiteindelijk niet meegenomen als optie. In de onderstaande tabel zijn de twee indelingsopties afgezet tegen de uitgangspunten uit hoofdstuk 3.

Indeling	VS AGZ en VS GGZ	VS en VS GGZ
Communicatieve waarde	De succesvolle titel voor het specialisme GGZ blijft behouden. De titel AGZ zal in de praktijk naar verwachting niet gebruikt worden en lost het oorspronkelijke probleem niet op. Ook hier zal in de praktijk de communicatie vooral het expertisegebied gebruikt worden (functienaam).	Verpleegkundig specialist wordt als beschermde titel gebruikt. De titel AGZ wordt niet gehanteerd omdat het in de praktijk weinig meerwaarde biedt. De communicatieve waarde zit in de combinatie van verpleegkundig specialist en het expertisegebied. De GGZ behoudt de titel.
Onderscheid basisberoep	Het onderscheid met het basisberoep is gedifferentieerd met twee specialismen en specifiek omschreven dan bij een ongedeeld specialisme.	Ook hier is in feite sprake van twee specialismen.
Toegevoegde Waarde	De toegevoegde waarde zit in het profiel van de verpleegkundig specialist en in het specialisme. Het specialisme GGZ heeft de toegevoegde waarde onderbouwd. Het specialisme AGZ moet in de ontwikkeling nog meer waarde toevoegen (ontwikkelperspectief)	De toegevoegde waarde zit in het profiel van verpleegkundig specialist (ongedeeld) en in het specialisme GGZ.
Samenhang	De verdeling tussen twee specialismen zijn in principe samenhangend, al is er enige overlap tussen AGZ en GGZ voor verpleegkundig specialisten die met beide patiëntengroepen te maken hebben. Beide specialismen hebben een wel duidelijk een eigen zwaartepunt.	Onduidelijk is wat de titel verpleegkundig specialist omvat, is dit de volle breedte, specifieke expertisegebieden binnen de AGZ, of alles behalve GGZ (geïmpliceerd door het aparte specialisme GGZ)?

Toekomstbestendig/flexibel	Geeft ruimte aan ketenzorg en een integrale benadering. Het enige schot dat wettelijk wordt opgeworpen is het onderscheid tussen AGZ en GGZ. Verder is een verpleegkundig specialist breed inzetbaar, mits deze zich goed verdiept in de specifieke zorgsetting en patiënten populatie.	Idem.
Balans generalistisch/specialistisch	De verpleegkundig specialist specialiseert op een van de twee deelgebieden. Aanvullend specialiseert de VS zich op een expertisegebied (ongereguleerd).	Idem
Body of knowledge	In globale zin is sprake van twee verschillende brede gebieden met een eigen body of knowledge. Aangezien de verpleegkundig specialist een jong beroep is, is deze body of knowledge nog in ontwikkeling.	Niet geheel helder is hoe de body of knowledge van de verpleegkundig specialist zich onderscheidt van de verpleegkundig specialist GGZ.
Volume	De indeling is zo globaal dat er voldoende volume is (aantal verpleegkundig specialisten).	Idem.
Registratie en erkenning	Aandachtspunt hier geldt voor verpleegkundig specialisten die op het snijvlak werken van GGZ en AGZ ¹⁴ . Nascholing uit een ander specialisme die relevant is voor de patiëntenpopulatie waar de verpleegkundig specialist werkzaam is, wordt inmiddels geaccepteerd voor herregistratie. Dit knelpunt uit de evaluatie is dus al opgelost.	Idem.

¹⁴ Hiervan zijn tijdens de bijeenkomsten met verpleegkundig specialisten en in de klankbordgroep verschillende voorbeelden gegeven.

Juridisch	Juridisch is deze indeling mogelijk. Belangrijk is wel om zorgvuldig aandacht te besteden aan de bredere zelfstandige bevoegdheid.	Juridisch is deze indeling mogelijk, maar voor het publiek is het niet heel helder.
Draagvlak	Voor de indeling in AGZ en GGZ is veel draagvlak. Alle belanghebbenden kunnen zich vinden in deze indeling.	Deze indeling heeft niet de voorkeur van belanghebbenden.
Werkbaar voor opleidingen	Deze variant is werkbaar voor de opleidingen. Twee specialismen geven meer handvatten voor de inrichting van de opleiding dan een ongedeeld specialisme.	Deze variant is werkbaar voor opleidingen (mits duidelijk is wat 'verpleegkundig specialist' omvat en waarin het zich onderscheidt van het specialisme GGZ).

4.4

Perspectief van privaatrechtelijke regulering

Bij beide opties (gedeeld en ongedeeld specialisme) is ook nog de mogelijkheid genoemd van het privaatrechtelijk regelen van expertisegebieden. Het daadwerkelijk privaatrechtelijk regelen van expertisegebieden valt niet binnen de scope van dit traject, maar vormt mogelijk wel een perspectief voor de toekomst. In het zoeken naar de nieuwe indeling heeft de stuurgroep er dus voor gekozen om dit perspectief wel te schetsen. Of het een nastrevenswaardig perspectief is, is iets voor een nadere verkenning, los van dit traject (zie hoofdstuk 5: aanbevelingen).

Voorbeeld van de KNMG

Artsen (KNMG) hebben de mogelijkheid van een privaatrechtelijk register en dit is wellicht een interessant voorbeeld voor verpleegkundig specialisten. De KNMG maakt een onderscheid tussen specialismen (vastgesteld door de minister) en profielen (vastgesteld door de KNMG). Vaststelling van profielen door de KNMG gebeurt door het college dat ook bij de minister de aanvraag doet voor de erkenning van specialismen. 'Nieuwe' groepen artsen die opteren voor registratie van hun vakgebied kunnen voor beide mogelijkheden gaan. Het opgaan voor een profiel kan echter ook een eerste stap zijn voor regulering in specialisme. Nu zijn er twee typen privaatrechtelijke profielen:

1. Een zelfstandig profiel, hier is sprake van een eigenstandig vakgebied. Hiervan zijn er in totaal vier (waaronder de SEH arts).
2. Een profiel dat deel uit maakt van een specialisme. Bij de KNMG geldt dat voor het specialisme Maatschappij & Gezondheid. Deze heeft acht profielen (zoals jeugdartsen, infectieziektebestrijdingsartsen en donorartsen).

Vertaald naar de verpleegkundig specialist: het reguleren van expertisegebieden kan dus ook in aanvulling op een bestuursrechtelijke indeling in specialismen. Dit zou betekenen dat het, onder bijvoorbeeld een specialisme GGZ, mogelijk is om privaatrechtelijk expertisegebieden te regelen (vergelijkbaar met hoe het bij arts Maatschappij & Gezondheid geregeld is). Voorbeelden van expertisegebieden voor de verpleegkundig specialist GGZ zijn 'forensische psychiatrie' en 'verslavingszorg'.

Het initiatief voor het reguleren van expertisegebieden ligt bij het veld. In deze opzet kunnen groepen verpleegkundig specialisten zich melden bij het college. Het college toetst vervolgens aan (maatschappelijke) criteria. Voordeel is dat hiermee meer recht wordt gedaan aan de dynamiek in het veld en de veranderingen die gaande zijn. De beroepsgroep wordt aangemoedigd om zelf een body of knowledge te definiëren, het specialisme te organiseren en een opleiding op te zetten en zich vervolgens te melden bij het college. Het wordt dan ook meer een indeling van het veld in plaats van een indeling bedacht door bijvoorbeeld een stuurgroep of een college.

Een profiel kan (hoeft niet) een voorstadium zijn van regulering in een specialisme. Dit maakt dat relatief jonge vakgebieden eerst de tijd hebben om zich te ontwikkelen. Na verloop van tijd (een jaar of vijf) kan de beroepsgroep beoordelen of het overgaan naar regulering als specialisme opportuun is. Voor SEH artsen geldt bijvoorbeeld dat zij hun bestaansrecht hebben bewezen, opgaan voor een uitbreiding van een opleiding (groeien van drie naar vijf jaar), daarmee komt ook de vraag of ze opgaan voor een specialisme.

Veronderstelde voor- en nadelen van privaatrechtelijk regelen zijn¹⁵:

- a. *Privaatrechtelijk reguleren van expertisegebieden* geeft meer waarborgen voor patiënten op het vlak van kwaliteit en veiligheid. Ook het overstappen van het ene naar het andere expertisegebied wordt daarmee beter en specifieker gereguleerd, omdat de beroepsgroep per expertisegebied vaststelt aan welke vereisten voldaan moet worden.

Als een duidelijke 'body of knowledge' is gedefinieerd hebben opleidingen de mogelijkheid om meer maatwerk te bieden. Daarnaast kan een indeling in expertisegebieden helpen om richting te geven aan de ontwikkeling van kennis, bijvoorbeeld door het instellen van lectoraten of hoogleraren.

Met het kiezen voor het reguleren van expertisegebieden sluit de verpleegkundig specialist ook aan bij de manier waarop het door de medische beroepsgroep is gereguleerd. Samenhang en herkenbaarheid in hoe beroepen geregeld zijn is ook van maatschappelijk belang.

- b. *Zonder nadere regulering* ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid bij de individuele verpleegkundig specialist en bij de zorgaanbieder. In feite zoals het nu geregeld is op het niveau van expertisegebieden. Hierbij is veel ruimte om de opleiding en inzet van de verpleegkundig specialist per situatie en context in te richten en daarmee ook de herkenbaarheid naar de patiënt en collega's te vergroten. De verpleegkundig specialist en de aanbieder beoordelen

¹⁵ Op basis van gesprekken met projectgroep, klankbordgroep, stuurgroep en experts.

zelf of voldaan wordt aan kwaliteits- en veiligheidsvereisten, zonder dat aan wettelijke eisen moet worden voldaan. Hiermee voorkom je dat er weer nieuwe belemmerende regelgeving ontstaat en een 'woud aan expertisegebieden'.

Het risico is dat er alleen maar profielen bij komen en niet verdwijnen. De dynamiek in het veld wordt dus maar in één richting gevolgd. Profielen die weinig meerwaarde (meer) bieden gaan niet vanzelf weg. Om dit te voorkomen zijn goede (maatschappelijke) criteria nodig om een profiel ook weer te laten 'afvloeien' op het moment dat het zich niet heeft bewezen of geen toegevoegde waarde meer heeft.

Het risico is dat er een wildgroei komt van gereguleerde expertisegebieden met bijbehorende procedures, criteria en profielen. Dit leidt tot extra administratieve lasten en kosten. Daarnaast is er een risico op versplintering (te grote focus op het specialistische ten koste van het generieke). Een mogelijkheid om dit nadeel te ondervangen is een scherpe toetsing van een expertisegebied/profiel. Maatschappelijke relevantie en relevantie voor de zorgvrager (kwaliteit) zijn daarin het meest belangrijk. Dit vraagt iets van de beoordelingsprocedures en criteria.

Vergelijking met een door de minister erkend specialisme

Het privaatrechtelijk regelen is minder zwaar en heeft daarmee een minder hoge drempel dan het regelen van een specialisme. Dit is zowel een voor- als een nadeel.

Als argument is genoemd dat het meer gewicht heeft als de minister een specialisme heeft vastgesteld. In feite is het een goedkeuring van de overheid en krijgt het een extra legitimering. Een door de minister erkend specialisme zou ook een beschermende functie hebben. Het maakt dat het specialisme in zekere mate immuun is voor aanpassingen op basis van de waan van de dag. Het kan niet eenvoudig worden aangepast, opgesplitst of ontmanteld. Ook maakt het de kans op financiering van bijvoorbeeld de opleiding en regulering groter. Dit neemt niet weg dat ook over profielen (privaatrechtelijk) afspraken met de overheid zijn te maken. Hiervan zijn voorbeelden, ook andersom komt voor (erkende specialismen die niet worden gefinancierd door de overheid). Voor de wetgever is de positionering van het beroep overigens geen argument. Het gaat primair om inhoudelijke argumenten (patiëntenzorg, kwaliteit, patiëntveiligheid).

5 Conclusies en advies

Het adviesrapport van de stuurgroep is gericht aan het CSV en V&VN.

De scope van de opdracht aan de stuurgroep was primair om een advies te geven over een nieuwe indeling en over de uitwerking van de specialismen. In aanvulling hierop geeft de stuurgroep ook suggesties voor de toekomstagenda en de positionering van de verpleegkundig specialist. In feite is dit bijvangst. Hiermee wil de stuurgroep zoveel mogelijk recht doen aan de ideeën en perspectieven die belanghebbenden in dit traject hebben ingebracht.

5.1 Advies voor een nieuwe indeling

De stuurgroep adviseert om de huidige indeling te veranderen in twee specialismen:

- *Algemene Gezondheidszorg (AGZ)*
- *Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)*

Toelichting advies

Met deze globale indeling verdwijnt de belemmerende vierdeling (intensief, acuut, preventief en chronisch) en gaat over in het nieuwe specialisme AGZ. Dit specialisme geeft meer ruimte aan ketenzorg en een integrale benadering. De VS richt zich op de complete zorgvraag. Het optimaal laten functioneren van de patiënt staat hierbij centraal.

De stuurgroep maakt het onderscheid in het specialisme 'Algemene Gezondheidszorg' en 'Geestelijke Gezondheidszorg' omdat deze domeinen duidelijk een ander zwaartepunt en een andere aanvliegroute hebben. Dit neemt niet weg dat de verpleegkundig specialist AGZ ook kennis heeft over de psychiatrische aandoeningen en de specialist GGZ over somatische aandoeningen. Verpleegkundig specialisten met een AGZ specialisme kunnen expertise opdoen op het vlak van de GGZ als de problematiek van hun patiënten/cliëntenpopulatie hierom vraagt. In bij- en nascholing is dit al goed geregeld, omdat een deel van de opleiding ook buiten het eigen specialisme kan liggen. Accreditatie van nascholing is zo georganiseerd dat over en weer kennis kan worden opgedaan. Verpleegkundig specialisten kunnen vanaf 2018 ook scholing volgen bij aanpalende beroepsgroepen (geaccrediteerd door deze beroepsgroepen).

Het regelen van de twee specialismen, middels een AMvB op grond van de Wet BIG, geeft een stevige basis aan het beroep. Het ondersteunt een brede inzet van de specialist, die bijdraagt aan de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg. Deze indeling is toekomstgericht doordat er ruimte is voor ontwikkeling.

De titels van specialismen zijn breed en zeggen nog weinig over het expertisegebied van de verpleegkundig specialist. Om dit duidelijk te maken gebruiken verpleegkundig specialisten het expertisegebied waarop ze werkzaam zijn in hun functienaam. Deze

is herkenbaar voor patiënten en collega-beroepsbeoefenaren (communicatieve waarde).

Het advies is om deze expertisegebieden in ieder geval niet op korte termijn te reguleren. Bied ruimte om de opleiding en inzet van de verpleegkundig specialist per situatie en context in te richten (adaptief). De verpleegkundig specialist en de aanbieder beoordelen zelf of binnen het expertisegebied voldaan wordt aan kwaliteits- en veiligheidsvereisten, zonder dat aanvullende wettelijke eisen worden opgelegd. Hiermee wordt voorkomen dat er weer nieuwe belemmerende regelgeving ontstaat en een 'woud aan expertisegebieden'. Onderzoek wel of, en zo ja hoe, regulering bij kan dragen aan de ontwikkeling van de beroepsuitoefening (zie ook paragraaf 5.3, aanbeveling 4).

De stuurgroep is van mening dat een globale indeling op basis van de wet BIG voldoende waarborgen geeft voor kwaliteit en patiëntveiligheid. Naast de wet BIG zijn er ook andere mogelijkheden om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen. Uitgangspunt voor de stuurgroep bij het zoeken naar een nieuwe indeling was om verantwoordelijkheden zoveel mogelijk bij de verpleegkundig specialist zelf en bij de zorgaanbieder te leggen. Dit betekent dat een indeling op grond van de Wet BIG (bestuursrechtelijk) vooral op hoofdlijnen moet zijn. De vraag is elke keer: Is de kwaliteit en veiligheid ook op een ander niveau te reguleren?

Een globale indeling geeft ook ruimte aan het beroep om zich verder te ontwikkelen. Het beroep van verpleegkundig specialist is relatief jong. De 'body of knowledge' is groeiende. Binnen het beroep zijn netwerken rond expertisegebieden gevormd die zich richten op kennisontwikkeling, kennisuitwisseling, kwaliteit en positionering. Op langere termijn kan behoefte ontstaan aan nadere regulering. Daarbij moet elke keer de vraag zijn welk doel deze regulering dient.

En 'last but not least' het advies voor deze indeling is ook ingegeven door een breed draagvlak. In dit traject is brede consensus ontstaan. In de eerste plaats bij de beroepsgroep zelf, ten tweede bij alle andere belanghebbenden.

5.2

Adviezen voor de uitwerking van de nieuwe indeling

Met een indeling in AGZ en GGZ past het CSV het Algemene en de Specifieke Besluiten aan. In het nieuwe Algemene Besluit komt net als in het huidige een beschrijving van de verpleegkundig specialist (gelijke noemer). Daarop aansluitend is er een specifiek besluit voor het specialisme AGZ en voor GGZ. Het specifieke besluit AGZ is nieuw en moet nader invulling krijgen.

Voor de aanpassing van de besluiten geeft de stuurgroep de volgende aanbeveling:

Hou de beschrijving van het algemene en specifieke besluit zo open mogelijk zodat er geen nieuwe schotten ontstaan.

Benoem doelgroepen en sectoren illustratief om een indruk te geven van de reikwijdte van het specialisme. Het specialisme AGZ wordt nog geassocieerd met ziekenhuiszorg, maak duidelijk met voorbeelden dat het een breder kader is, waarbij expertisegebieden als huisartsenzorg, eerstelijns zorg, ouderenzorg, jeugdzorg en publieke gezondheidszorg ook een plek hebben.

Maak duidelijk dat er tussen de specialismen geen onderscheid hoeft te zijn in welke sector de verpleegkundig specialist kan werken. Zorg dat duidelijk is dat een VS AGZ in de GGZ kan werken en andersom. De zorgvraag is uitgangspunt. Het gaat primair om de aanvliegroute, de eerst voorliggende zorgvraag (somaïsch of psychisch) bepaalt of een AGZ of GGZ specialisme wordt ingezet, niet zozeer de sector.

Het is van belang om de specifieke besluiten goed op elkaar aan te laten sluiten. Ook al is GGZ een bestaand specialisme, het advies is om deze toch aan te passen.

5.3

Adviezen voor de implementatie van de nieuwe indeling

1. *Zorg voor een overgangsregeling die nauw aansluit op de praktijk (aanbeveling aan CSV)*

De nieuwe indeling heeft als consequentie dat de vier 'somaïsche specialismen' opgaan in één nieuw specialisme.

Zorg dat deze overgang eenvoudig is en goed aansluit bij de praktijk. Laat de vier bestaande specialismen opgaan in het specialisme AGZ. Het college neemt dan niet het besluit tot opheffing, maar tot aanwijzing van een nieuw specialisme dat bestaat uit reeds bestaande specialismen en het samenvoegen van registers.

Kom tot een overgangsregeling waarbij de specialisten in de huidige vier somaïsche specialismen automatisch worden overgeschreven in het nieuwe register 'Algemene Gezondheidszorg'. Stel als eis voor de inschrijving dat de verpleegkundig specialist ingeschreven staat in het oude register. Voor verpleegkundig specialisten die op korte termijn willen herregistreren, gelden de huidige herregistratie-eisen.

De inschrijving in het register is een overeenkomst tussen RSV en de verpleegkundig specialist en moet met wederzijds goedkeuren plaatsvinden. Dit geldt dus ook voor de overgang naar het nieuwe register. Als het huidige register stopt is de wettelijke grondslag voor het artikel er niet meer. Dus als verpleegkundig specialisten hun vak willen uitoefenen moeten ze akkoord gaan met de inschrijving in een nieuw register.

2. *Hanteer bij de zelfstandige bevoegdheid het kader van de huidige specialismen 'acuut en intensief'. Ga bij voorbehouden handelingen uit van het principe 'onbekwaam maakt onbevoegd'. De verantwoordelijkheid voor bekwaamheid ligt bij de verpleegkundig specialist zelf en bij de zorgaanbieder.*

Hanteer bij het opgaan van de vier somatische specialismen in het specialisme AGZ voor de zelfstandige bevoegdheid het kader van de huidige specialismen Intensieve zorg bij somatische aandoeningen en Acute zorg bij somatische aandoeningen (zie tabel 2.2 op pagina 16).

De huidige opleidingen waarborgen nu al een brede bevoegdheid voor alle specialismen. In het cursorisch deel voor alle verpleegkundig specialisten (ongeacht het specialisme) komen aspecten aan de orde die nodig zijn voor het zorgvuldig en verantwoord uitvoeren van voorbehouden handelingen: klinisch redeneren, indiceren, evidence based handelen, wettelijk kader (verantwoordelijkheden), het doen van risico-inventarisaties en regie voeren over eigen deskundigheid en bekwaamheid.

In het praktijkgedeelte van de opleiding brengen alle studenten de bovenstaande aspecten in de praktijk. Training in het uitvoeren van specifieke voorbehouden handelingen (vaardigheid) vindt plaats zover de handeling relevant is in het expertisegebied. Bekwaamheid wordt aangetoond en vastgelegd met praktijk bewijzen. Op het verwerven van de bekwaamheid wordt expliciet gefocust met als doel dat de bekwaamheidsontwikkeling op ieder moment in de loopbaan van de VS ingezet kan worden wanneer het aangewezen is om bekwaamheid uit te breiden.

Externe evaluaties wijzen uit dat het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen zorgvuldig en veilig gebeurt in de praktijk (o.a. evaluaties van Universiteit van Maastricht van artikel 36a).

3. *Reguleer het wisselen expertisegebied op het niveau van de verpleegkundig specialist en de werkgever (aanbeveling aan het CSV)*

Regel het wisselen van expertisegebied op het niveau van de verpleegkundig specialist en de werkgever. Voordat de werkgever een verpleegkundig specialist aanneemt toetst hij de deskundigheid. Hiervoor kunnen de verpleegkundig specialist en de werkgever het portfolio gebruiken. Het portfolio is van de verpleegkundig specialist en het hebben van een portfolio is een eis voor (her)registratie. Een verpleegkundig specialist die wisselt van expertisegebied verzamelt bewijzen van bekwaam handelen in het nieuwe expertisegebied in zijn/haar portfolio. Eventueel kan een opleidingsinstelling door beide partijen worden gevraagd een overgang te faciliteren.

4. *Onderzoek de mogelijkheid om expertisegebieden privaatrechtelijk te regelen (aanbeveling aan de beroepsgroep).*

Onderzoek of en zo ja hoe het privaatrechtelijk regelen van expertisegebieden kan bijdragen aan de positionering en ontwikkeling van het beroep. Wees echter terughoudend in regulering, er kleven ook nadelen aan.

Als de conclusie is dat het wenselijk is om expertisegebieden privaatrechtelijk te reguleren:

- Bepaal wat een goed moment is om expertisegebieden te regelen, doe dit niet te snel, doe eerst ervaring op met de 'nieuwe' specialismen.
- Ontwikkel een goed raamwerk voor een indeling in expertisegebieden die privaatrechtelijk geregeld kunnen worden.
- Kijk bij het clusteren niet naar de aandoening van een patiënt, maar naar de aard van de verpleegkunde (waarop is de verpleegkundige inzet gericht).

Houd rekening met het risico op extra bureaucratie, wildgroei van expertisegebieden en schotten tussen specialismen door duidelijke criteria te formuleren:

- Formuleer criteria vanuit het patiëntperspectief. Wanneer hebben patiënten baat bij privaatrechtelijke regulering.
- Regel een expertisegebied op het moment dat er draagvlak is in het veld (branche-organisaties, beroepsorganisaties) en als er een opleiding is. Definieer de stappen om hier toe te komen en faciliteer deze ontwikkeling.
- Regel een expertisegebied als sprake is van een eigen body of knowledge. Maak daarvoor duidelijk wat onder een 'body of knowledge' verstaan wordt en hoe kan worden vastgesteld of er sprake is van is.

5. *Neem als beroepsgroep van verpleegkundig specialisten de regie over de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundig specialist, de specialismen en de eventuele expertisegebieden. Bepaal welke organisatievorm hier het best bij past (aanbeveling aan de beroepsgroep).*

Bepaal hoe vanuit de beroepsgroep de tweedeling in AGZ en GGZ vertaald kan worden in de organisatie van het beroep.

6. *Formuleer sectorbeleid over de inzet van de verpleegkundig specialist (aanbeveling aan de beroepsgroep)*

Formuleer met de brancheorganisaties een visie op de (gewenste) inzet van de verpleegkundig specialist. Door gezamenlijk een visie op deze inzet te formuleren, ga je naar een meer gerichte inzet en ontwikkeling van de verpleegkundig specialist (voor een goede patiëntenzorg).

7. *Start in 2018 met de actualisering van het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist (aanbeveling aan de beroepsgroep)*

Actualisering van beroepsprofiel zou pas in 2020 plaatsvinden. De aanleiding om dit naar voren te halen is drieledig:

- De nieuwe indeling in specialismen. Het is van belang dat de beroepsgroep verder inhoud geeft aan de specialismen. Deze inhoud is ook nodig om voeding te geven aan nieuwe opleidingsprofielen.
- Het experimenteerartikel is afgelopen.
- De aansluiting bij de andere verpleegkundige beroepen (regie-verpleegkundige en verpleegkundige). Deze hebben onlangs het beroepsprofiel aangepast.

Maak één beroepsprofiel voor de verpleegkundig specialist met twee differentiaties: een specialisme AGZ en een specialisme GGZ.

8. *Zorg voor een goede aansluiting op beroepsprofiel van de regieverpleegkundige en op de bacheloropleiding (aanbeveling aan de beroepsgroep)*
9. *Houd de nieuwe indeling gedurende langere tijd in stand (aanbeveling aan de beroepsgroep).*

Geef de indeling tijd om te bestendigen en door te ontwikkelen. Hou de indeling minimaal 10 jaar aan.

De nieuwe indeling is in 2020 geïmplementeerd. Evalueer de indeling tien jaar later. Kijk naar wat de effecten van de nieuwe indeling zijn. Belangrijk is om bij deze evaluatie terug te grijpen op het 'waarom van de indeling'.

10. *Besteed grondig aandacht aan de communicatie over deze indeling (aanbeveling aan de beroepsgroep).*

Zorg voor een brede bekendheid van deze nieuwe indeling bij alle belanghebbenden (branche- en beroepsorganisaties, patiëntenorganisaties, verzekeraars, opleiders en overheid. Laat duidelijk zien wat de consequenties zijn van de nieuwe indeling en wat verpleegkundig specialisten de komende twee jaar kunnen verwachten.

Besteed daarbij aandacht aan:

- De kenmerken van het beroep van de verpleegkundig specialist.
- De lading van het specialisme AGZ. Zoals eerder genoemd wordt het specialisme deels geassocieerd met ziekenhuiszorg, het is van belang dit beeld bij te stellen en helder aan te geven wat dit specialisme omvat.
- De eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundig specialist voor haar/zijn deskundigheid en bekwaamheid. Bied handvatten om die verantwoordelijkheid te dragen en geef daarmee een steun in de rug. Bijvoorbeeld door ideeën te geven hoe een overstap naar een ander expertisegebied vormgegeven kan worden, zoals het betrekken van de opleider binnen de instelling of de opleiding en ruimte te creëren voor verdieping in een nieuwe patiënten/cliëntengroep.

Bijlage 1: Bronnenoverzicht

- Birch Consultants. (2015). *Tendrapportage. Een toekomstverkenning van de zorgsector en de paramedische beroepen*. In opdracht van de Fontys Paramedische Hogeschool. Verkregen via <http://www.birchconsultants.com/downloads/373/tendrapportage.-een-toekomstverkenning-van-de-zorgsector-en-de-paramedische-beroepen-slotversie-.pdf>
- CSV. (2015). *Eindrapportage evaluatie verpleegkundig specialismen*. College Specialismen Verpleegkunde. Utrecht: V&VN.
- CSV (2008) Notulen van 30 juni 2008 en 27 oktober 2008
- Federatie Medisch Specialisten (2017) Visiedocument Medisch Specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken. <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>
- Federatie Medisch Specialisten. (2012). *Visiedocument De Medisch Specialist 2015*. Verkregen via <http://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument-De-Medisch-Specialist0-2015.pdf>
- Invoorzorg. (2015). *De langdurige zorg in 2020: trends organisatie*. Verkregen via <http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-de-langdurende-zorg-in-2020-trends-organisatie.html>
- Jambroes, M. & K. van Vliet. (2015). *Technologieanalyse. Samenvattend rapport bijeenkomsten en interviewronde met experts*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Kaljouw, M. & K. van Vliet. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, Zorginstituut Nederland
- KNMG, V&VN & NAPA. (2012). *Handreiking implementatie taakherschikking*. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/11/28/handreiking-implementatie-taakherschikking>
- Lambregts, J. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Deel 4*. Verkregen via http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4_profiel%20verpleegkundig%20specialist_def.pdf
- Laurant, M., K. van de Camp, L. Boerboom & N. Wijers. (2014). *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud UMC.

Laurant, M. & N. Wijers. (2014). *Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten werkzaam in de huisartsenzorg*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) Radboud UMC Nijmegen

LOOV. (2015). *Bachelor Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde. Digitale versie.

NIVEL/Stichting KOH. (2013). *Skill Mix Analyse*. Verkregen via: <http://skillmix.nivel.nl/skill>

Platform Zorgmasters. (2012). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten wettelijk op eigen benen*. Verkregen via <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2012/06/Physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-ook-wettelijk-op-eigen-benen.pdf>

Stuurgroep Verpleging & Verzorging 2020. (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*. Verkregen via http://www.nfu.nl/img/pdf/Rapport_toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging.pdf

V&VN. (2015). *Factsheet Verpleegkundig Specialist*. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Verkregen via <http://venvnv.nl/wp-content/uploads/sites/164/2015/09/2015-09-05-Factsheet-Verpleegkundig-Specialist-2013.pdf>

V&VN. (2016). *Expertisegebieden*. Verkregen via <http://www.venvn.nl/Themas/Beroepsprofielen/Expertisegebieden>

Van der Burgt, M.R., E.W.C.C. Derckx, J. van Roij & M.A. Meulepas. (2015). *De verpleegkundig specialist in de eerste lijn*. In opdracht van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Verkregen via <http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20150410%20de-verpleegkundig-specialist-in-de-eerste-lijn.pdf>

Van der Velde, F. & M. Wierienga. (2016). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

Wallenburg, I., M. Janssen & A. de Bont. (2015). *De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg*. Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Vulto, M. Vianen, G. (2009). Toekomstige behoefte verpleegkundige specialisten bij somatische aandoeningen. Een zoektocht in onontgonnen gebied. STG Health Management Forum.

Werknemersindegorg. (2016a). *Welke trends zien de beroepsbeoefenaren?*
Verkregen via [http://www.werknemersindegorg.nl/overzicht-
inhoud/beroepsprofielen/welke-trends-zien-de-beroepsbeoefenaren?start=3](http://www.werknemersindegorg.nl/overzicht-inhoud/beroepsprofielen/welke-trends-zien-de-beroepsbeoefenaren?start=3)

Werknemerindegorg. (2016b). *Een nieuw beroepenhuis V&V.* Verkregen via
[http://www.werknemersindegorg.nl/overzicht-inhoud/beroepsprofielen/een-nieuw-
beroepenhuis-vav](http://www.werknemersindegorg.nl/overzicht-inhoud/beroepsprofielen/een-nieuw-beroepenhuis-vav)

Wijers, N., R. van der Burgt & M. Laurant. (2013). *Verpleegkundig specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven.* Nijmegen/Eindhoven: IQ healthcare Radboudumc/Stichting KOH

Bijlage 2: Opzet traject en geraadpleegde experts

Stuurgroep

De stuurgroep stelt de plannen van aanpak vast. Zij neemt de rapportages van de projectgroep in ontvangst en stelt op basis daarvan de adviezen aan het CSV en V&VN vast. De stuurgroep beoordeelt vooral of de rapportages van de projectgroep zorgvuldig tot stand zijn gekomen, binnen de kaders van het projectvoorstel en het plan van aanpak.

De stuurgroep is bij elkaar gekomen op 15 maart, 7 juni, 15 september en 6 november 2017.

Samenstelling stuurgroep:

- Wilma Scholte op Reimer, onafhankelijk Voorzitter
- Gita Gallé, voorzitter CSV
- Marian Mens, bestuurslid V&VN, portefeuillehouder registers
- Irma de Hoop, bestuurslid V&VN Verpleegkundig Specialisten
- René Héman, voorzitter KNMG
- Jeroen Peters, LOO
- Nicolet Zeller- van der Werf, Brancheorganisaties Zorg (tot mei 2017)
- Petrie Roodbol, Brancheorganisatie Zorg (vanaf juni t/m november 2017)

Projectgroep

De projectgroep is samengesteld op basis van inhoudelijke deskundigheid. Leden zijn goed bekend met de rol van de verpleegkundig specialist, zowel in algemene zin als in de verschillende velden van de zorg. De projectgroep kan externe adviseurs met specifieke (bijvoorbeeld juridische of communicatie-) deskundigheid inhuren. Daarnaast onderhoudt de projectgroep bilaterale contacten met belanghebbenden.

De projectleider heeft de rol van projectmanager en van penvoerder van de projectgroep. Op basis van de meningsvorming in de projectgroep stelt hij de (concept)rapportages op. Hij voert het literatuuronderzoek uit en organiseert samen met het projectteam de expertbijeenkomsten en interviews. Hij draagt zorg voor de analyse van de resultaten.

De projectleider is de linking pin met de klankbordgroep en de stuurgroep en houdt contact met de voorzitters. Verder houdt de projectleider op bureauniveau periodiek een voortgangsoverleg met de secretaris van CSV en de adviseur van V&VN.

De projectgroep is bij elkaar gekomen op 10 januari, 24 maart, 15 mei, 29 juni, 14 september en 31 oktober 2017.

Samenstelling projectgroep:

1. Paul Poortvliet, projectleider
2. Peter Goossens, verpleegkundig specialist
3. Mirjam Tielen, verpleegkundig specialist

4. Inge Rinzema, verpleegkundig specialist
5. Jantsje Sietsma-Elzinga, verpleegkundig specialist
6. Riet Janssen, Landelijk Overleg Opleidingen
7. Regi van der Burgt, Stichting KOH
8. Gerda van Leijen, Projectondersteuning vanuit V&VN

Klankbordgroep

De klankbordgroep adviseert over:

- het plan van aanpak,
- te raadplegen deskundigen uit het werkveld,
- de concept eindproducten per fase,
- de concept eindrapportages.

De klankbordgroep bijeenkomsten vinden altijd voor de stuurgroep bijeenkomsten plaats, zodat de stuurgroep de adviezen van de klankbordgroep mee kan nemen in haar besluitvorming.

Bijeenkomsten waren op 8 mei, 13 september en 1 november 2017.

Samenstelling klankbordgroep:

- Lies Zuidema, voorgedragen vanuit Actiz
- Jolanda ter Sluysen, voorgedragen vanuit NFU (vanaf juni 2017)
- Jaap Kappert, V&VN Verpleegkundig Specialisten
- Lucyl Verhoeven-de Laat, voorgedragen vanuit NVZ
- Jettie Tolman, voorgedragen vanuit NVZ
- Marianne de Leeuw, voorgedragen vanuit GGZ-NL
- Geert van den Brink, Platform Zorgmasters
- Petrie Roodbol, voorgedragen vanuit NFU (tot juni 2017)

Bilaterale contacten voor afsteming

Het ministerie van VWS (directie MEVA) houden we periodiek op de hoogte van de voortgang. Contactmomenten zijn er in ieder geval in de fase van de conceptadviezen (voordat ze naar de stuurgroep gaan).

De Chief Nursing Officer (Marieke Schuurmans) is regelmatig bijgepraat en zij heeft haar bijdrage geleverd aan de discussies.

Geraadpleegde experts

- Katja van Vliet, Zorginstituut Nederland
- Peter Koopman
- Rob Bakker, directeur Stichting Opleidingsinstelling GGZ VS
- Anne ten Brummelhuis, Nysingh Advocaten en Notarissen
- Brenda Leferink, Nysingh Advocaten en Notarissen
- Mike Rozijn, secretaris College KNMG
- Bas Vogel, V&VN, Registratiecommissie Specialisme Verpleegkunde (RSV)

Bijlage 3: Toetsing indeling in specialismen

Indelingsmogelijkheden	+/-	Overwegingen
1. Algemene gezondheidszorg, Maatschappelijke gezondheidszorg Geestelijke gezondheidszorg <i>Maatschappelijke gezondheidszorg kan ook als 'public health' of Maatschappij & Gezondheid betiteld worden.</i>	+/-	<i>Communicatieve waarde:</i> De titels zijn algemeen. In combinatie met expertisegebieden is het herkenbaar.
	+/-	<i>Toekomstbestendig:</i> algemene indeling zorgt voor flexibiliteit en integraliteit. MGZ is minder toekomstbestendig, omdat het scheiding met GGZ en AGZ steeds minder duidelijk is.
	+	<i>Generalisme specialisme:</i> combinatie van generalistische, brede, advanced basis en specialistisch op expertisegebied (ongereguleerd).
	+/-	<i>Samenhang in specialismen:</i> MGZ overlapt zowel met AGZ als GGZ.
	+/-	<i>Draagvlak:</i> Voor het instellen van een apart specialisme MGZ is het draagvlak verdeeld.
2. Algemene Gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg	+	<i>Communicatieve waarde:</i> De titels zijn algemeen. In combinatie met expertisegebieden is het herkenbaar.
	+	<i>Toekomstbestendig:</i> algemene indeling zorgt voor flexibiliteit en integraliteit.
	+	<i>Generalisme/specialisme:</i> combinatie van generalistische, brede, advanced basis in twee specialismen en specialistisch op expertisegebied (ongereguleerd).
	+	<i>Samenhang specialismen:</i> de specialismen zijn onderscheidend genoeg om niet teveel overlap te hebben.
	+	<i>Draagvlak:</i> het draagvlak is gedurende het traject gegroeid. In eerste instantie was het draagvlak verdeeld.
3. Indeling naar functie: sociaal, psychiatrisch en somatisch	+	<i>Communicatieve waarde:</i> Lijkt op de indeling AGZ, GGZ en MGZ.
	+/-	<i>Toekomstbestendig:</i> In de toekomst zullen deze drie steeds meer door elkaar gaan lopen.
	+	<i>Generalisme/specialisme:</i> combinatie van generalistische, brede, advanced basis en specialistisch op expertisegebied (ongereguleerd).
	-	<i>Samenhang:</i> De specialismen hebben overlap, vooral sociaal met de andere twee specialismen.
	-	<i>Draagvlak:</i> Geen draagvlak

4. Indeling naar intra- en extramuraal	-	<i>Communicatieve waarde:</i> zegt weinig over het expertisegebied, alleen over de setting.
	-	<i>Toekomstbestendig:</i> Intra- en extramuraal loopt steeds meer door elkaar heen.
	+/-	<i>Generalisme specialisme:</i> combinatie van generalistische, brede, advanced basis en specialistisch op expertisegebied (ongereguleerd).
	-	<i>Samenhang:</i> In deze indeling zit veel overlap. Patiëntengroepen bewegen over de grenzen van intra- en extramuraal.
	-	<i>Draagvlak:</i> Geen draagvlak.
5. Indeling naar leeftijdscategorieën: Kinderen, volwassenen en ouderen	+	<i>Communicatieve waarde:</i> Een duidelijke indeling in combinatie met expertisegebieden.
	+	<i>Toekomstbestendig:</i> In principe toekomstbestendig.
	+	<i>Generalisme specialisme:</i> In combinatie met expertisegebieden is er sprake van een balans.
	+/-	<i>Samenhang:</i> Redelijk samenhangend, wel is er overlap tussen volwassenen en ouderen.
	-	<i>Draagvlak:</i> Beperkt
6. Indeling naar geneeskundige specialismen: <i>Hierbij word drie clusters onderscheiden:</i> 1. <i>huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten</i> 2. <i>medisch specialisten (bijv. internisten, chirurgen of psychiaters)</i> 3. <i>bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, artsen Maatschappij en Gezondheid en profielen zoals o.a. jeugdarts. (sociale geneeskunde)</i>	+	<i>Communicatieve waarde:</i> herkenbaar voor de medische beroepsgroep en min of meer herkenbaar voor patiënten.
	+/-	<i>Toekomstbestendig:</i> Mogelijk niet toekomstbestendig door de verschuivingen in de zorg
	+	<i>Generalisme specialisme:</i> In combinatie met expertisegebieden biedt deze indeling een balans tussen specialisme en generalisme.
	+	<i>Samenhang:</i> Samenhang tussen clusters is redelijk helder.
	-	<i>Draagvlak:</i> Weinig draagvlak, verpleegkundig omdat het vooral nadruk legt op het 'medische profiel' van de VS.
7. Indeling naar expertisegebieden. Zoals verpleegkundig specialisten nu in de praktijk hanteren, zoals cardiologie, hiv/aids, vasculaire geneeskunde, inwendige geneeskunde, openbare gezondheid, ouderenzorg, diabetes, oncologie en verslavingszorg, forensische zorg.	+	<i>Communicatieve waarde:</i> In principe duidelijk voor patiënten en andere zorgverleners.
	-	<i>Toekomstbestendig:</i> Risico op een gefragmenteerde indeling, verkokering door een wettelijke indeling. Risico op fuikfuncties.
	-	<i>Generalisme specialisme:</i> Risico op te veel focus op het specialistische.
	-	<i>Samenhang:</i> Risico op overlap tussen expertisegebieden.
	-	<i>Draagvlak:</i> Beperkt.

8. Indeling naar branches/sectoren	+/-	<i>Communicatieve waarde:</i> Algemene indeling die alleen iets zegt over de werksetting. In combinatie met expertisegebieden is sprake van communicatieve waarde.
	-	<i>Toekomstbestendig:</i> Niet toekomstbestendig in verband met de grote verschuivingen in de zorg.
	+	<i>Generalisme specialisme:</i> In combinatie met expertisegebieden is er sprake van een balans.
	-	<i>Samenhang:</i> Overlap in sectoren.
	-	<i>Draagvlak:</i> Beperkt.
9 . Ongedeeld specialisme	+	<i>Communicatieve waarde:</i> Verpleegkundig specialist in combinatie met expertisegebied is herkenbaar.
	+	<i>Toekomstbestendig:</i> De indeling biedt flexibiliteit.
	+/-	<i>Generalisme specialisme:</i> het ontbreken van een onderscheid tussen AGZ en GGZ wordt in ieder geval bij een deel van de betrokkenen als te globaal gezien en te weinig onderscheidend.
	+	<i>Samenhang:</i> Er geen sprake van specialismen
	+/-	<i>Draagvlak:</i> Het draagvlak is sterk verdeeld.