

De verpleegkundig specialist in de eerste lijn

Een verkenning van haar positie

Spacelab 4
3824 MR Amersfoort

POSTADRES
Postbus 490
3800 AL Amersfoort

TELEFOON
033 - 496 52 00

WEBSITE
www.bmcadvies.nl

Rapport
Hogeschool Utrecht

BMC Advies
26 januari 2017
drs. S.M. (Susan) van Klaveren
dr. ir. E.H. (Egbert) van der Meer MBA
Projectnummer: P002125
Correspondentienummer: AD-2601-84041

INSCHRIJVING KVK
nr. 32078667

ABN-AMRO
NL91ABNA0504035754

BTW
NL80.86.63.598 B.01

Voorwoord

Het opleidingsteam van de Master Advanced Nursing Practice van de Hogeschool Utrecht heeft altijd een heldere visie gehad op de verpleegkundig specialist. Het vertrouwen is groot dat deze professional een wezenlijke positie behoort in te nemen in de gezondheidszorg: een positie die naast gelijk is aan de medische discipline. We stellen daarbij dat de verpleegkundig specialist zich niet enkelvoudig dient te richten op de taakherschikking in de zorg, maar ook de mogelijkheden van taakherschikking kan benutten om bij te dragen aan de continuïteit en kwaliteit van zorg. Hierbij is een goede samenwerking en afstemming van belang met onder andere de medische discipline. Dit perspectief biedt unieke mogelijkheden en kansen voor de verpleegkundig specialist, zeker nu er voor verpleegkundig specialisten geen juridische belemmeringen meer zijn om ten volle op hun competenties in te zetten.

Waar de verpleegkundig specialist haar plaats en positie in de tweedelijnsgezondheidszorg steeds meer verworven heeft, verloopt dit in de eerste lijn veel moeizamer. Door onze alumni verpleegkundig specialisten zijn we er bij herhaling op gewezen dat er sprake is van onderbenutting van hun competenties in de eerste lijn.

Wij hebben daarom gemeend dat we de belemmeringen die leiden tot onderbenutting van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn goed in kaart moeten brengen. Dat is met dit rapport gebeurd. Wij hebben dan ook de verwachting dat de resultaten van dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan de verdere implementatie van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Verpleegkundig specialisten bieden versterking van de eerste lijn, omdat zij antwoorden hebben op de huidige én toekomstige patiëntvragen. Daarbij staan kwaliteit van leven, participatie en het vermogen van zelfmanagement op de voorgrond.

Mijn dank gaat uit naar Carolien Sino (directeur van het Instituut voor Verpleegkundige Studies) en Mieke Klootwijk (directeur onderwijsinnovatie), beiden van Hogeschool Utrecht. Zij hebben de innovatiemiddelen ter beschikking gesteld om dit onderzoek mogelijk te maken.

Verder gaat mijn dank uit naar Egbert van der Meer en Susan van Klaveren van BMC Advies, die dit onderzoek hebben uitgevoerd. Mijn collega's Gerda Holleman en Lia van Straalen bedank ik voor hun kritische betrokkenheid bij het onderzoek.

In het bijzonder dank ik alle verpleegkundig specialisten, werkgevers in de eerste lijn en brancheorganisaties die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek. 'Moving the verpleegkundig specialist forward'.

Riet van Dommelen
Opleidingsmanager / hoofdopleider MANP
Hogeschool Utrecht
januari 2017

INHOUD

SAMENVATTING		1
HOOFDSTUK 1	INLEIDING	4
1.1	Achtergrond onderzoek	4
1.2	Werkwijze	5
1.3	Leeswijzer	7
HOOFDSTUK 2	DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	8
2.1	Omschrijving verpleegkundig specialist	8
2.2	Positie verpleegkundig specialist in de eerste lijn	9
2.3	Meerwaarde van verpleegkundig specialisten	10
2.4	Maatregelen om inzet verpleegkundig specialisten te stimuleren	11
2.5	Mogelijke redenen voor beperkte inzet verpleegkundig specialisten	13
2.6	Conclusie	15
HOOFDSTUK 3	KWANTITATIEVE ONTWIKKELING VAN DE BEROEPSGROEP	17
3.1	Ontwikkeling in aantal werkzame verpleegkundig specialisten en fte	17
3.2	Regionale spreiding	18
3.3	Ontwikkeling in <i>nurse-led clinics</i>	18
3.4	Instroom in de opleiding tot verpleegkundig specialist	19
3.5	Conclusie	20
HOOFDSTUK 4	WERKELIJKE EN MOGELIJKE INZET VAN DE BEROEPSGROEP	22
4.1	Totaalbeeld	22
4.2	Verschillen per rol	22
4.3	Effect van omvang, specialisatie en senioriteit	23
4.4	Keuze van verpleegkundig specialisten voor bepaald type werkgever	24
4.5	Conclusie	25
HOOFDSTUK 5	BELEMMERINGEN INZET VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST	27
5.1	Perspectief verpleegkundig specialisten	27
5.2	Perspectief werkgevers	29
5.3	Conclusie	30

BIJLAGE 1	KBA'S PER CANMEDS-ROL	31
BIJLAGE 2	AANVULLENDE TABELLEN	33
BIJLAGE 3	OVERZICHT RESPONDENTEN EN LITERATUUR	34

Samenvatting

Aanleiding, doel en aanpak van het onderzoek

De hervorming van de langdurige zorg heeft tot gevolg dat zich de komende jaren grote groepen chronische patiënten (in toenemende mate) zullen melden in de eerste lijn. De druk op de huisartsen neemt daardoor toe en dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. De verpleegkundig specialist kan hier uitkomst bieden, vooral waar het gaat om groepen patiënten met chronische klachten. De praktijk is echter dat relatief weinig verpleegkundig specialisten in de eerste lijn werkzaam zijn en dat opleidingen Master Advanced Nursing Practice (MANP) moeite hebben om in de eerste lijn de leercondities te creëren om op te leiden.

In dat kader heeft de MANP aan de Hogeschool Utrecht een inventariserend onderzoek laten uitvoeren. In dit onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

1. In welke mate neemt het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn toe?
2. Wat zijn de werkzaamheden die de verpleegkundig specialist in de praktijk uitvoert in de eerste lijn?
3. Welke werkzaamheden wil de verpleegkundig specialist graag uitvoeren in de eerste lijn?
4. Welke eventuele belemmeringen zijn er om een eventueel verschil tussen wat men doet en wil doen te overbruggen?
5. Wat kunnen opleiders, praktijken/instellingen en beleidsmakers doen om belemmeringen weg te nemen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn een aantal activiteiten uitgevoerd. Er is gestart met een documentenstudie. Vervolgens zijn er vragenlijsten uitgezet onder verpleegkundig specialisten en werkgevers in de eerste lijn. Aanvullend zijn er enkele interviews afgenomen bij werkgevers in de eerste lijn.

Resultaten van het onderzoek

In welke mate neemt het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn toe?

In totaal zijn er in 2016 2.638 verpleegkundig specialisten. In de meeste onderzoeken naar verpleegkundig specialisten wordt geen onderscheid gemaakt naar het werkzaam zijn in de eerste of tweede lijn. Het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn is daardoor niet exact vast te stellen. De meeste verpleegkundig specialisten werken in ziekenhuizen en verpleeghuizen en/of de verstandelijkgehandicaptensector. Van de 2.638 verpleegkundig specialisten zijn er in 2016 279 actief in de huisartsenzorg en 236 in de basis-GGZ. Zij vormen een minderheid ten opzichte van het aantal geneeskundig specialisten. Er zijn regionale verschillen in de inzet van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn. In Groningen, Brabant en Limburg zijn verhoudingsgewijs meer verpleegkundig specialisten in de eerste lijn werkzaam dan in de overige provincies.

Wat zijn de werkzaamheden die de verpleegkundig specialist in de praktijk uitvoert in de eerste lijn? Welke werkzaamheden wil de verpleegkundig specialist graag uitvoeren in de eerste lijn?

De inzet van de verpleegkundig specialist verschilt per organisatie en is afhankelijk van de expertise van de verpleegkundig specialist, de samenstelling van de organisatie en de samenstelling van de populatie.

De verpleegkundig specialist zet zich vaak in voor een specifieke groep patiënten. Denk aan ouderen, COPD-patiënten en GGZ-cliënten, of op een specifiek terrein, zoals wondzorg.

Uit het onderzoek onder verpleegkundig specialisten (in opleiding) blijkt dat zij – ook afgestudeerde verpleegkundig specialisten – niet alle competenties kunnen uitvoeren die zij tijdens hun opleiding hebben geleerd en ook zouden willen benutten. Zij hebben vooral moeite met het bewerkstellingen van de CanMEDS-rol ‘Leider’. De rollen ‘Behandelaar’ en ‘Communicator’ kunnen verpleegkundig specialisten vaak wel naar eigen wens uitvoeren.

De aan het onderzoek deelnemende verpleegkundig specialisten is tevens gevraagd bij welk type werkgever zij graag willen werken. De meesten van hen noemen het werken in een huisartsenpraktijk als eerste voorkeur. Als tweede keuze wordt vooral de *nurse-led*-praktijk genoemd. Een rode draad in de toelichting die de verpleegkundig specialisten hebben gegeven is dat zij belang hechten aan zelfstandig functioneren.

Welke eventuele belemmeringen zijn er om een eventueel verschil tussen wat men doet en wil doen te overbruggen?

Er zijn verschillende redenen waarom de verpleegkundig specialisten in aantal langzaam toenemen. Belangrijk daarbij is dat artsen en verpleegkundig specialisten beiden zoekende zijn naar een goede positionering van de verpleegkundig specialist; niet alleen onderling, maar ook ten opzichte van andere beroepsgroepen, zoals de *physician assistants* en de praktijkondersteuner huisartsenzorg. Het is niet voor alle betrokkenen helder wat de verschillen tussen de beroepsgroepen zijn en daarmee wat de meerwaarde is van de verpleegkundig specialist.

Andere belemmeringen die in het onderzoek onder verpleegkundig specialisten en werkgevers in de eerste lijn naar voren zijn gekomen zijn: het ontbreken van een betaaltitel, te weinig gedefinieerde standaarden/richtlijnen voor de verpleegkundig specialist, doorverwijzingen die niet worden geaccepteerd en informatie die niet beschikbaar is. Dergelijke zaken belemmeren ook de mogelijkheden tot samenwerking voor de verpleegkundig specialist, terwijl de beroepsgroep juist in dezen een belangrijke rol kan vervullen binnen de eerste lijn. Op de achtergrond speelt mee dat de beroepsgroep binnen de eerste lijn nog weinig bekendheid geniet en dat er in studies naar de verpleegkundig specialist in de regel geen onderscheid wordt gemaakt tussen hun inzet in de eerste en in de tweede lijn. Dit maakt de beroepsgroep binnen de eerste lijn minder zichtbaar.

Aanbevelingen

In het onderzoek zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd die kunnen bijdragen aan een betere inzet van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn.

Partij	Aanbevelingen
Opleidingen, praktijkopleiders en praktijkinstellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Formuleer een visie op het ‘opleiden en implementeren’ van de doelgroep: waar liggen de kansen voor verpleegkundig specialisten in de eerste lijn? • Draag uit wat de positie en meerwaarde is van de beroepsgroep tussen overige beroepsgroepen in de eerste lijn. • Publiceer regelmatig inspirerende goede voorbeelden uit de praktijk.
Verpleegkundig specialisten	<ul style="list-style-type: none"> • Maak binnen de organisatie waar je werkt duidelijk wat je meerwaarde is, laat je horen. • Verspreid goede voorbeelden en samenwerkingsafspraken die anderen kunnen inspireren en helpen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik de beroepsgroep (netwerk eerste lijn) om samen te professionaliseren. • Neem je eigen opleiderschap serieus: werk goed met elkaar samen in een opleidingssituatie.
V&VN	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeter de informatievoorziening over de bekostiging van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. • Stimuleer een betere bekostiging van de inzet van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn, analoog aan het regiebehandelaarschap in de GGZ. • Streef naar openstelling van (wetenschappelijke) databanken voor verpleegkundig specialisten. • Rijk tools aan waarmee verpleegkundig specialisten hun meerwaarde zichtbaar kunnen maken (bijvoorbeeld via maatschappelijke kosten-batenanalyses). • Verspreid inspirerende goede voorbeelden.
Ministerie van VWS	<ul style="list-style-type: none"> • Houd het onderscheid tussen de verpleegkundig specialist in de eerste en de tweede lijn voor ogen. Vertaal de consequenties hiervan in beleid en maatregelen.
NZA	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek de mogelijkheden voor een betaaltitel voor de verpleegkundig specialist in de eerste lijn.
ZN	<ul style="list-style-type: none"> • Stel eerstelijnsorganisaties op de hoogte van de bekostigingsmogelijkheden voor de inzet van verpleegkundig specialisten.
Brancheorganisaties	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel een diepgaandere visie op de inhoud van de verpleegkundig specialist en neem daarin positie in.

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Achtergrond onderzoek

De verpleegkundig specialist staat op dit moment volop in de belangstelling in Nederland. De verpleegkundig specialist speelt een belangrijke rol in de herschikking van taken tussen zorgprofessionals (zie kader). Als autonome professional voor een omschreven doelgroep kunnen verpleegkundig specialisten voorspelbare en routinematige medische handelingen van artsen overnemen. Zij acteren tussen cure en care voor de verbetering van continuïteit en coördinatie van zorg, waarbij zij zich met name richten op de psychosociale aspecten van de zorgvraag, kwaliteit van leven en het bevorderen van zelfmanagement. Ook kan een verpleegkundig specialist bijdragen aan de promotie van gezondheidsgedrag, preventie van ziekte, educatie, begeleiding, zorg en monitoring.

Taakherschikking in de zorg

In de gezondheidszorg werken verschillende beroepsgroepen, die op grond van historie en traditie taken onderling hebben verdeeld. Vanwege een toenemende zorgvraag, de stijgende zorgkosten en het personeelstekort in de zorg zag de overheid het als cruciaal om de taakverdeling in de zorg te herzien. Niet langer de hiërarchie van een oude beroepenstructuur, maar de deskundigheid en competenties van hulpverleners dienden daarbij richtinggevend te zijn voor de vraag wie de patiënt kan helpen. Dit leidde voor verpleegkundig specialisten in 2008 tot een algemeen besluit specialismen verpleegkunde, waarna er vijf specialismen verpleegkunde zijn ingesteld in de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). In 2012 is er een AMvB (Algemene Maatregel van Bestuur) van kracht gegaan voor de voorbehouden handelingen, inclusief het medicatievoorschrift voor de vijf specialismen verpleegkunde. In 2017 is deze maatregel opgenomen in de Wet BIG. Hierdoor zijn een aantal juridische belemmeringen weggenomen, waardoor verschillende beroepen hun taken (gemakkelijker) anders kunnen verdelen. Bij de taakherschikking dient de veiligheid van de patiënt en de kwaliteit van de zorg te worden gewaarborgd.

Het idee is dat de expertise van de verpleegkundig specialist kan bijdragen aan patiënttevredenheid, zorg dichterbij huis, het terugbrengen van het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijns hulpverlening en kostenbeheersing.¹ De veronderstelling is dat er naast de generalistische kennis en expertise van de huisarts in de eerste lijn behoefte is aan een naast gelijke aan de huisarts die specialistische expertise kan toevoegen. De versterking eerste lijn is tot op heden vooral ingezet door professionals die ondersteunend zijn aan de huisarts (POH, POH GGZ, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige).

De verwachte paradigmashift in de gezondheidszorg, waarbij het accent wordt verplaatst van cure naar care², heeft tot gevolg dat zich de komende jaren grote groepen chronische patiënten (in toenemende mate) zullen melden in de eerste lijn. De druk op de huisartsen neemt daardoor toe. De verpleegkundig specialist kan hier uitkomst bieden, vooral waar het gaat om groepen patiënten met chronische klachten. Denk aan ouderen, diverse chronische doelgroepen, GGZ-cliënten, maar ook wondzorg.

¹ Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH

² Huber, M., van Vliet, M., Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. Ned Tijdschr Geneeskd.; 160: A7720, 1-5.

De praktijk is echter dat relatief weinig verpleegkundig specialisten in de eerste lijn werkzaam zijn en dat opleidingen Master Advanced Nursing Practice (MANP) moeite hebben om in de eerste lijn de leercondities te creëren om op te leiden. Een deel van de afgestudeerde verpleegkundig specialisten kan volgens de opleiding MANP aan de Hogeschool Utrecht (MANP-HU) problemen ervaren bij hun herregistratie als verpleegkundig specialist, omdat hun expertise onvolledig wordt benut. Gezien de kansen voor taakherschikking in nevensgeschikte functies aan de huisarts in de eerste lijn roept dit de vraag op wat de oorzaken zijn van een uitblijvende inzet van de verpleegkundig specialist.

Onderzoek Hogeschool Utrecht naar inzet verpleegkundig specialist

Om meer duidelijkheid te krijgen over de mogelijke belemmeringen heeft de MANP-HU (in het vervolg: MANP) een inventariserend onderzoek laten uitvoeren. In dit onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

1. In welke mate neemt het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn toe?
2. Wat zijn de werkzaamheden die de verpleegkundig specialist in de praktijk uitvoert in de eerste lijn?
3. Welke werkzaamheden wil de verpleegkundig specialist graag uitvoeren in de eerste lijn?
4. Welke eventuele belemmeringen zijn er om een eventueel verschil tussen wat men doet en wil doen te overbruggen?
5. Wat kunnen opleiders, praktijken/instellingen en beleidsmakers doen om belemmeringen weg te nemen?

Het onderzoek was specifiek gericht op verpleegkundig specialisten die zijn opgeleid aan de Hogeschool Utrecht en werkzaam zijn in de 'eerste lijn'. De verpleegkundig specialisten die aan het onderzoek hebben deelgenomen, zijn werkzaam in de huisartsenzorg, de basis-GGZ en de thuiszorg/het hospice.

1.2 Werkwijze

Het onderzoek betrof een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Op hoofdlijnen zijn de volgende activiteiten uitgevoerd.

1. Voorbereiding

Aan de hand van artikelen, nieuwsberichten en gesprekken met medewerkers van MANP-HU is er een beeld gevormd van thematiek en begripsvorming rondom de rol van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Onder meer is er in dit stadium voor gekozen om het onderzoek op te zetten langs de CanMEDS-rollen en Kritische Beroepsactiviteiten (KBA's) voor de verpleegkundig specialist (zie voor meer uitleg paragraaf 2.1).³

2. Oriëntatie en ontwerp vragenlijst

Om inzicht te krijgen in de mate waarin binnen de eerste lijn gebruikgemaakt wordt van de verschillende rollen en KBA's van de verpleegkundig specialist is er een enquête ontwikkeld. Deze enquête diende ook inzicht te geven bij de inventarisatie van belemmeringen in eventuele onderbenutting van de expertise en competenties van de verpleegkundig specialist. In de online vragenlijst is per KBA (34 in totaal) gevraagd naar de mate waarin de verpleegkundig specialist deze in de praktijk uitvoert en deze *zou willen* uitvoeren. Op het niveau van de (7) CanMEDS-rollen is gevraagd naar eventuele redenen waarom de verpleegkundig specialist meer of minder uitvoert binnen een bepaalde rol dan gewenst.

³ In het onderzoek zijn verschillende specialismen betrokken. Omdat de canMEDS-rollen en KBA's van deze verschillende specialismen maar beperkt van elkaar verschillen, is hier in de vragenlijst geen onderscheid tussen gemaakt.

De enquête is geëvalueerd op inhoud en in een pilot gebruikt door twee medewerkers van de MANP-HU en één (afgestudeerde) verpleegkundig specialist.

3. Gegevensverzameling onder verpleegkundig specialisten

De vragenlijst diende te worden ingevuld door verpleegkundig specialisten die in de eerste lijn werkzaam zijn of daarvoor in opleiding zijn en het specialisme Intensieve zorg bij somatische aandoeningen, Chronische zorg bij somatische aandoeningen of Geestelijke Gezondheidszorg hebben.⁴ De MANP heeft een bestand met daarin de gegevens van 32 studenten en alumni aangeleverd die behoren tot de doelgroep. Deze verpleegkundig specialisten (in opleiding) konden de vragenlijst invullen tijdens zogenoemde ‘verzamelingsessies’, waarin de vragenlijst onder begeleiding van de onderzoeker is ingevuld, of zelfstandig via internet.

Respons en kenmerken respondenten

In totaal hebben 27 verpleegkundig specialisten de vragenlijst ingevuld (75%): 11 verpleegkundig specialisten hebben deelgenomen aan de verzamelingsessies en 16 verpleegkundig specialisten hebben op een zelfgekozen moment en plaats de vragenlijst ingevuld.

Onderstaande tabel toont de verdeling van de 27 respondenten over sectoren, specialisme en senioriteit. De tabel laat op hoofdlijnen de volgende verdeling zien:

- *Sector:* Van de 27 verpleegkundig specialisten zijn er 11 in de huisartsenzorg werkzaam, 9 in de basis-GGZ en 7 in de thuiszorg/een hospice.
- *Specialisme:* De focus ligt op geestelijke gezondheidszorg en chronische zorg (respectievelijk 11 en 10 respondenten). Zes respondenten zijn gespecialiseerd in intensieve zorg; 2 respondenten hebben het specialisme niet aangegeven.
- *Senioriteit:* Afgestudeerde verpleegkundig specialisten (13 respondenten) en eerstejaarsstudenten (11 respondenten) hebben het meest aan het onderzoek deelgenomen; 3 respondenten zitten in het tweede leerjaar.

Tabel 1.1 Overzicht van respondenten naar sector, specialisme en senioriteit

Aantal van Sector	Basis-GGZ	Huisartsenzorg	Thuiszorg/Hospice	Eindtotaal
Chronische zorg		3	7	10
<i>Afgestudeerd</i>		1	5	6
<i>Eerstejaars</i>		2	1	3
<i>Tweedejaars</i>			1	1
Geestelijke gezondheidszorg	9	2		11
Afgestudeerd	3	2		5
Eerstejaars	4			4
Tweedejaars	2			2
Intensieve zorg		6		6
Afgestudeerd		2		2
Eerstejaars		4		4
Eindtotaal	9	11	7	27

⁴ De specialismen Preventieve zorg bij somatische aandoeningen en Acute zorg bij somatische aandoeningen maakten geen deel uit van het onderzoek.

De verpleegkundig specialisten is gevraagd naar hun deskundigheid. De volgende tabel toont welke deskundigheid zij naar eigen zeggen hebben. De belangrijkste deskundigheidsvelden zijn 'geestelijke gezondheid', 'ouderen' en 'kleinekwalenspreekuur'.

Tabel 1.2 Deskundigheid verpleegkundig specialisten

Deskundigheid	Aantal
Geestelijke gezondheidszorg	11
Ouderen	9
Kleinekwalenspreekuur	9
COPD/Astma/Longaandoeningen	8
Hart- en vaatproblematiek	8
Diabetes	7
Palliatieve zorg	6
Spoedeisende zorg	3
Anders	7

Meerdere antwoorden mogelijk

4. Beknopte vragenlijst werkgevers eerste lijn

Om de redenen van de relatief beperkte inzet van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn te achterhalen is er ook een beknopte online vragenlijst uitgezet onder huisartsen, thuiszorgorganisaties en GGZ-instellingen. Een uitnodiging om deel te nemen is naar 56 thuiszorgorganisaties en 37 huisartsen gestuurd. Daarnaast is er een oproep opgenomen in de digitale nieuwsbrief van ActiZ en de Zorggroep Eerste Lijn. GGZ Nederland heeft op haar website een bericht geplaatst. In totaal hebben 49 werkgevers de vragenlijst ingevuld. Van hen hadden er 30 reeds een verpleegkundig specialist in dienst.

5. Interviews werkgevers

In aanvulling op de vragenlijst onder werkgevers zijn er interviews afgenomen bij een vijftal werkgevers in de eerste lijn. Deze interviews waren gericht op het verdiepen van de kennis die in de vragenlijst is opgedaan.

De resultaten van de verschillende onderzoeksactiviteiten zijn in onderhavige rapportage verwerkt.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de functie verpleegkundig specialist en de verschillen met andere beroepsgroepen in de eerste lijn. Op basis van literatuurstudie wordt al kort verkend welke belemmeringen er spelen bij de verdere ontwikkeling van de beroepsgroep.

Hoofdstuk 3 gaat in op de ontwikkelingen bij het aantal werkzame verpleegkundig specialisten, het aantal fte van de beroepsgroep, de regionale spreiding van de beroepsgroep, de totstandkoming van *nurseled clinics* en de instroom in de opleiding MANP. Hoofdstuk 4 behandelt de mate waarin verpleegkundig specialisten per CanMEDS-rol de verschillende KBA's kunnen uitvoeren.

Hoofdstuk 5 beschrijft de redenen waarom de verpleegkundig specialisten niet hun volledige competenties kunnen inzetten wanneer zij in de eerste lijn actief zijn.

Hoofdstuk 2

De verpleegkundig specialist

Om de uitkomsten van het onderzoek te kunnen duiden, geeft dit hoofdstuk op basis van een literatuurstudie een beschrijving van de beroepsgroep. De eerste paragraaf definieert de verpleegkundig specialist en behandelt de rollen die deze vervult. De tweede paragraaf gaat in op de positie van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn, gevolgd door een beschrijving van de meerwaarde van de beroepsgroep. Om het aantal werkzame verpleegkundig specialisten te stimuleren is er een aantal maatregelen genomen; deze staan beschreven in de vierde paragraaf. Desondanks worden er ook belemmeringen ervaren bij de inzet van verpleegkundig specialisten. De laatste paragraaf besteedt hier aandacht aan.

2.1 Omschrijving verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die een door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) geaccrediteerde hbo-masteropleiding 'Advanced Nursing Practice' heeft gevolgd.⁵ De verpleegkundig specialist werkt voor een omschreven groep patiënten, waarmee zij individuele behandelrelaties aangaat. Zij is in staat om klinisch te redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, aanvullende diagnostiek) en past evidencebased interventies toe.⁶ Sinds 1 januari 2012 mogen verpleegkundig specialisten een aantal handelingen zelfstandig verrichten die eerder voorbehouden waren aan artsen (zie voor uitleg paragraaf 2.4), zoals bijvoorbeeld het voorschrijven (afschrijven) van medicatie. Met ingang van 2017 zijn deze handelingen definitief opgenomen in de Wet BIG.

De verpleegkundig specialist is als beroep opgenomen in artikel 14 van de Wet BIG in 2009, waarbij de titel 'nurse practitioner' is vervangen door 'verpleegkundig specialist'. Er zijn vijf beschermde specialistentitels waarin een verpleegkundig specialist zich kan laten registreren: preventieve somatische zorg, acute somatische zorg, intensieve somatische zorg, chronische-somatische zorg en geestelijke gezondheidszorg (College Specialismen Verpleegkunde, 2008). Verpleegkundig specialisten kunnen zowel in de eerste als in de tweede lijn actief zijn en mogen zich in principe zelfstandig vestigen. Hierbij kunnen er voorwaarden gelden, bijvoorbeeld dat de verpleegkundig specialist deelneemt aan een samenwerkingsverband met huisartsen (multidisciplinair overleg).

Rollen en beroepsactiviteiten van de verpleegkundig specialist

De kern van de beroepsuitoefening door een verpleegkundig specialist bestaat uit klinisch handelen. Binnen dit handelen zijn zeven rollen te onderscheiden, die zijn gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (*Canadian Medical Education Direction for Specialists*).⁷ Het gaat om de rollen van behandelaar, communicator, samenwerker, leider, gezondheidsbevorderaar, onderzoeker en beroepsbeoefenaar. Per rol zijn er kritische beroepsactiviteiten (KBA) vastgesteld (zie voor een overzicht bijlage 1).

⁵ Wallenburg, I. M. Janssen, A. de Bont (2015), De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg.

⁶ Lambregts, J. Et al. (2012), V&V2020 Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist.

⁷ De omschrijvingen van de verschillende rollen zijn opgenomen in de bijlage.

Verpleegkundig specialisten voeren taken uit op drie gebieden⁸:

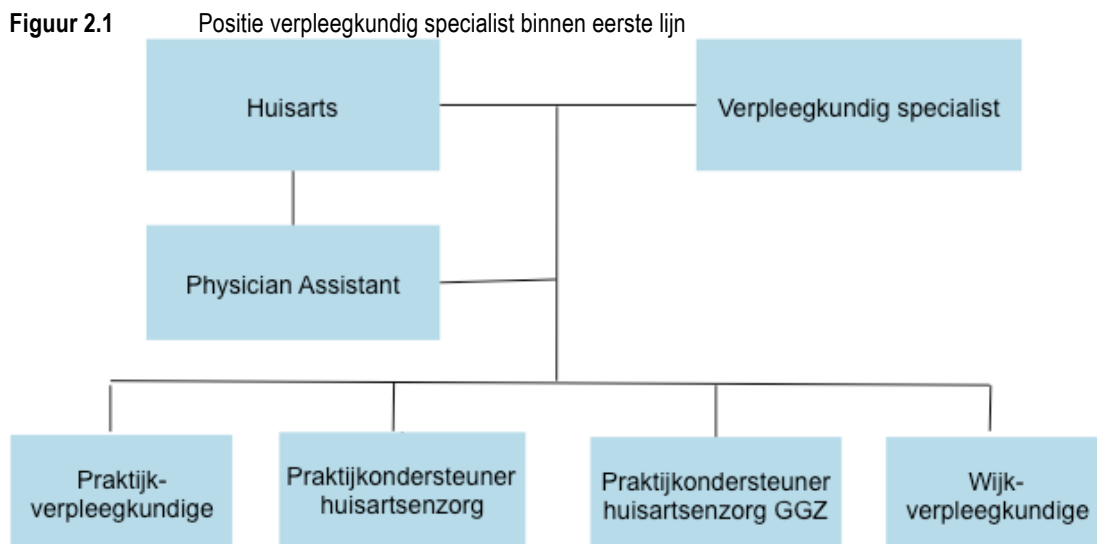
- direct patiëntgebonden taken door consulten, visites en verrichtingen;
- indirect patiëntgebonden taken, zoals overleg met andere zorgverleners, casemanagement, registratie en dossiervoering;
- niet-patiëntgebonden taken, zoals het ontwikkelen van protocollen, scholing van andere hulpverleners of managementtaken.

De verdeling tussen declarabele (direct patiëntgebonden) en niet-declarabele taken (indirect en niet-patiëntgebonden) verschilt per huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. Bepalende factoren hierbij zijn de visie op zorg binnen de praktijk, de context waarbinnen de zorg wordt geleverd en de rol die daarin wordt gezien voor de verpleegkundig specialist.⁹

2.2 Positie verpleegkundig specialist in de eerste lijn

Naast de verpleegkundig specialist zijn de '*physician assistants*' (PA's), de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), de praktijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige actief in de eerste lijn. De volgende figuur toont de positie van de verpleegkundig specialist ten opzichte van de genoemde beroepsgroepen.

Figuur 2.1



Bron: MANP-HU, 2016

Ook deze beroepsgroepen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de taakherschikking in de zorg, zij het op een andere manier dan de verpleegkundig specialist.

- Waar verpleegkundig specialisten zich begeven op het snijvlak van 'cure' en 'care', voeren PA's voornamelijk taken met een duidelijk medisch karakter uit in de (in)directe patiëntenzorg. Daarbij is de PA werkzaam binnen een bepaald deelgebied van de geneeskunde. De functie van PA is BIG-geregistreerd (conform art. 3), maar kent in tegenstelling tot de functie van de verpleegkundig specialist geen specialistenregister (art. 14 wet BIG).

⁸ Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

⁹ Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

- De POH biedt in de huisartsenpraktijk aanvullende zorg, terwijl de verpleegkundig specialist zorg van de huisarts kan overnemen en zo de werkdruk kan verminderen. De POH biedt zorg nadat de patiënt een consult heeft gehad bij de huisarts, de verpleegkundig specialist stelt net als een huisarts diagnoses, behandelt klachten en verwijst als het nodig is naar de POH Somatiek of POH GGZ.
- De praktijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige hebben beiden een verpleegkundige achtergrond, maar missen de specialistische expertise zoals de verpleegkundig specialist deze heeft. Ook mogen zij niet zelfstandig voorbehouden handelingen indiceren. Zij werken derhalve ondersteunend aan de huisarts en niet als naast gelijke.

2.3 Meerwaarde van verpleegkundig specialisten

Om tot taakverschuiving te kunnen komen, moet de meerwaarde en de noodzaak van verpleegkundig specialisten (in de eerste lijn) helder zijn. Meerdere onderzoeken hebben reeds aandacht besteed aan dit onderwerp, ook binnen de eerste lijn. Drie aspecten springen daarbij in het oog: kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en efficiency of kostenbesparingen. Deze aspecten werken we hieronder verder uit.

Kwaliteit van zorg

Verschillende onderzoeken (Wijers, 2013; De Bruijn-Geraets, 2015; Burgt, 2015; Wallenburg, 2015; Peters, 2016) laten zien dat verpleegkundig specialisten deskundig zijn en kwalitatief goede zorg leveren. Aanwijzingen daarvoor zijn de mate van voorschrijven, verwijzen en het opvolgen van de NHG-richtlijnen. De onderzoeken tonen aan dat verpleegkundig specialisten voorschrijven en verwijzen binnen de marges van huisartsen. Ook volgen de verpleegkundig specialisten in dezelfde mate als huisartsen de NHG-richtlijnen.¹⁰ Onderzoek op een spoedpost laat zien dat de verpleegkundig specialist minder medicatie voorschrijft en minder patiënten doorverwijst naar de SpoedEisende Hulp (SEH) dan de huisarts. Er is – in dit geval – geen verschil tussen de verpleegkundig specialist en de huisarts in het aantal röntgenaanvragen.¹¹

Een deel van de kwaliteit van de zorg bestaat uit het gegeven dat verpleegkundig specialisten bepaalde handelingen vaker verrichten en daardoor routinevaardigheid opdoen, die Wallenburg omschrijft als *'routinized expertise'*: Verpleegkundig specialisten verkrijgen een dusdanige routine in het uitvoeren van (technische) handelingen dat zij daarin beter ('meer bekwaam') zijn dan medisch specialisten.¹²

Verpleegkundig specialisten kunnen ook bijdragen aan de continuïteit van zorg.¹³ Door overleg met medisch specialisten kunnen zij op patiëntniveau zorg dragen voor een goede overgang van intramurale zorg naar zorg thuis. Dit is van groot belang, gezien het streven naar langer thuis wonen van kwetsbare personen, met name de doelgroep ouderen.

¹⁰ Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

¹¹ Wijers, N., van der Burgt R, Laurant M. (2013). Verpleegkundig Specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport aar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud; Eindhoven: Stichting KOH.

¹² Wallenburg, I., M. Janssens, A. de Bont (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg - Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Rotterdam: IBMG.

¹³ Peters, F., J. van der Horst (2016). Belemmeringen bij het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Nijmegen: KBA.

Patiënttevredenheid

Verschillende onderzoeken duiden op een hoge patiënttevredenheid waar het gaat om de inzet van verpleegkundig specialisten. De patiënten geven hoge cijfers aan de verpleegkundig specialist. Onderzoek van Van der Burgt (2015) laat zien dat patiënten een hoger rapportcijfer geven aan de verpleegkundig specialist dan aan de huisarts. De meest patiënten zouden de verpleegkundig specialist aanbevelen aan andere patiënten. Ook zijn zij tevreden met de wijze waarop hun klacht behandeld werd door de verpleegkundig specialist en de informatie die zij van de verpleegkundig specialist hebben gekregen over hun klacht. Eenzelfde beeld komt naar voren bij de inzet van de verpleegkundig specialist op een spoedpost: dit laat zien dat er geen verschil is in patiënttevredenheid als het gaat om de verpleegkundig specialist en om de huisarts.¹⁴

Verpleegkundig specialisten kunnen bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid door de psychosociale begeleiding die zij bieden aan patiënten. Een analyse van een tweetal NHG-standaarden (SOA en Cardiovasculair risicomanagement) volgens het AGREE-model door studenten van de opleiding MANP aan de HU wijst uit dat psychosociale aspecten in deze richtlijnen beperkt zijn omschreven.¹⁵

Uit de in het kader van onderhavig onderzoek gehouden interviews met werkgevers in de eerste lijn blijkt dat de aandacht van verpleegkundig specialisten voor psychosociale aspecten een belangrijke meerwaarde is in hun werkzaamheden. Wallenburg et al. (2015) laat in lijn daarmee zien dat verpleegkundig specialisten in de tweede en derde lijn de zorg innoveren door onder meer de versterking van de psychosociale begeleiding van patiënten en familieleden en de psychosociale consequenties van een aandoening.¹⁶ Ook vergroten zij de aandacht van het medische team voor deze psychosociale aspecten.

Kosten van de zorg

Door taakverschuiving van artsen naar verpleegkundig specialisten kunnen de kosten van de zorg dalen. De financiering van de inzet van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn is onderzocht, maar in veel gevallen de doelmatigheid van haar inzet niet. Onderzoek van Wijers (2013) toont dat taakherschikking van één huisarts naar één verpleegkundig specialist binnen een team van vijf zorgverleners op een spoedpost per consult een kostenreductie laat zien van € 1,55 voor de organisatie in vergelijking tot een team bestaande uit vijf huisartsen.¹⁷ De consultkosten van een verpleegkundig specialist zijn gemiddeld € 4,42 lager dan de consultkosten van een huisarts.^{18 19} Daarbij is ervan uitgegaan dat de salariskosten voor de verpleegkundig specialist voor de spoedpost min of meer gelijk zijn aan het beschikbaarheidstarief dat per uur aan huisartsen en waarnemers wordt uitgekeerd.

2.4 Maatregelen om inzet verpleegkundig specialisten te stimuleren

Relatief gezien zijn er weinig verpleegkundig specialisten werkzaam in de eerste lijn. Dat is opmerkelijk, omdat deze beroepsgroep een belangrijke rol kan spelen in het opvangen van de toenemende zorgvraag in de eerste lijn en het beperken van de toenemende zorgkosten.

¹⁴ Peters, F., J. van der Horst (2016). Belemmeringen bij het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Nijmegen: KBA.

¹⁵ Kamer, L., O. Vos, M. Elberse (2016). Presentatie analyse richtlijn NHG standaard CVRM. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

¹⁶ Wallenburg, I., M. Janssens, A. de Bont (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg - Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Rotterdam: IBMG.

¹⁷ 95% CI: €-0,02 ; €-3,33

¹⁸ 95% CI: €-1,72; €-7,04

¹⁹ Wijers, N., van der Burgt R, Laurant M. (2013). Verpleegkundig Specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport aar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud; Eindhoven: Stichting KOH.

Om de herschikking van taken tussen arts en verpleegkundig specialist te stimuleren zijn er juridische en financiële maatregelen getroffen.

Zelfstandige bevoegdheid

Per 1 januari 2012 is er allereerst een experimenteerartikel aan de Wet BIG toegevoegd (artikel 36a). Op grond van dit artikel kent de minister in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) tijdelijk bevoegdheden toe aan de verpleegkundig specialist (en de physician assistant). Hierdoor zijn deze beroepsgroepen voor de duur van vijf jaar bevoegd om, onder bepaalde voorwaarden, een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren, te delegeren en/of uit te voeren.²⁰ In de huisartsenpraktijk gaat het om handelingen zoals het voorschrijven van medicatie, injecteren, hechten of katheteriseren. Om het zelfstandig voorschrijven van geneesmiddelen mogelijk te maken is op 7 november 2011 de Geneesmiddelenwet aangepast.²¹

De toekenning van de zelfstandige bevoegdheid is geëvalueerd.²² Dit onderzoek maakt duidelijk dat de ingevoerde wetwijziging voor een deel van de verpleegkundig specialisten en *physician assistants* een legalisering is van werkwijzen in de dagelijkse praktijk en anderen perspectief heeft geboden hun functie verder te ontwikkelen. Het aantal verpleegkundig specialisten dat voorbehouden handelingen uitvoert en de frequentie waarmee zij dat doen is toegenomen. Ook stellen verpleegkundig specialisten vaker dan voorheen zonder overleg met een arts de indicatie vast. Naast effectief is de toekenning ook doelmatig te noemen: de tijd die verpleegkundig specialisten nodig hebben voor het uitvoeren van een handeling, inclusief overlegtijd of tijd om een opdracht van een arts te verwerken, is voor bijna alle voorbehouden handelingen afgenomen. Ook is de inhoud van het overleg tussen arts en verpleegkundig specialist gewijzigd: vóór de wetwijziging bestonden deze contactmomenten voornamelijk uit opdrachtverstrekkingen door de arts, na de wetwijziging voornamelijk uit overleg na indicatiestelling door de verpleegkundig specialist.

Mede op grond van de evaluatie van de tijdelijk toegekende wettelijke zelfstandige bevoegdheid aan de verpleegkundig specialist en *physician assistant* heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een brief aan de Tweede Kamer (d.d. 4 oktober 2016) laten weten dat de zelfstandige bevoegdheid voor de verpleegkundig specialist (per specialisme) voor de genoemde voorbehouden handelingen met ingang van 1 januari 2017 definitief in de Wet BIG wordt opgenomen.²³

Subsidies voor inzet van de verpleegkundig specialist

Voor de financiering van de inzet van de verpleegkundig specialist ontbreekt een apart tarief of financiële regeling. Het uitgangspunt is dat de verpleegkundig specialist zichzelf moet terugverdienen.²⁴

²⁰ Ministerie van VWS (2011). Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid VS en PA (artikel 36a). Den Haag: Staatscourant, December 2011, nummer 658.

²¹ Ministerie van VWS (2011). Wet van 7 november 2011 tot wijziging van de Geneesmiddelenwet in verband met de noodzaak enige technische verbeteringen aan te brengen in die wet, alsmede houdende wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de registratie in het BIG-register van verpleegkundigen die bevoegd zijn UR-geneesmiddelen voor te schrijven. Den Haag: Staatscourant, December 2011, nummer 572.

²² drs. D.P. De Bruijn-Geraets, D.P., M.C.M. Bessems-Beks, dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings, prof.dr. H.J.M. Vrijhoef (2015). voorBIGhouden - Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant, Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg.

²³ Schippers, E. (2016, 10.04) Onderzoeksrapport Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk [Kamerbrief]. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/04/kamerbrief-over-onderzoek-taakherschikking-en-kostprijzen-in-de-praktijk>.

²⁴ Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

Om de inzet van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn te stimuleren zijn er subsidieregelingen in het leven geroepen. Via de hogescholen, waaronder de HU, specifiek de *Master Advanced Nursing Practice* (MANP), subsidieert het Ministerie van VWS huisartspraktijken, huisartsenposten en gezondheidscentra en thuiszorginstellingen die een leerwerkplek aanbieden voor verpleegkundig specialisten in opleiding. Daarnaast is het mogelijk om subsidie te krijgen van de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (Stichting KOH) voor een leerwerkplek voor verpleegkundig specialisten via de regeling 'Versterking Opleiding Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant huisartsenzorg'.

Verpleegkundig specialist regiebehandelaar in de basis-GGZ

Vanaf 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van GGZ in de Zorgverzekeringswet verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben.²⁵ Dit beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om binnen de Zorgverzekeringswet curatieve GGZ te mogen verlenen. Het statuut bepaalt onder andere welke beroepsgroepen in verschillende onderdelen van de GGZ als regiebehandelaar mogen optreden. Zorgaanbieders, belangenbehartigers van patiënten, beroepsgroepen in de GGZ en zorgverzekeraars hebben een model kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld. Het model kwaliteitsstatuut GGZ is op 31 maart 2016 door Zorginstituut Nederland opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden. De verpleegkundig specialist is in het statuut opgenomen als regiebehandelaar binnen de basis-GGZ. Dit heeft tot gevolg dat verpleegkundig specialisten een leidende positie krijgen binnen de basis-GGZ en psychiaters hier juist een minder belangrijke rol gaan spelen. Binnen de algemene gezondheidszorg is een dergelijk regiebehandelaarschap van de verpleegkundig specialist (nog) niet vastgesteld.

2.5 Mogelijke redenen voor beperkte inzet verpleegkundig specialisten

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de inzet van verpleegkundig specialisten. Deze onderzoeken focussen sterk op het in kaart brengen van de dagelijkse praktijk en resultaten van de inzet van een verpleegkundig specialist. Onze vraag ligt echter daarvoor: wat zijn de belemmeringen in de eerste lijn die werkgevers ervaren wanneer zij een verpleegkundig specialist willen inzetten? In eerdere onderzoeken komen de volgende knelpunten aan de orde.

Bekostiging

Verschillende bronnen wijzen op de bekostiging van de verpleegkundig specialist (Burgt, 2015; Burgt, 2016; Peters, 2016). Er is geen afzonderlijk tarief voor de inzet van verpleegkundig specialisten, zoals wel het geval is bij de POH. Werkgevers moeten bepalen hoe zij de salariskosten en werkgeverslasten van de inzet van de verpleegkundig specialist dekken. Onderzoek heeft uitgewezen dat de vergoeding voor het doen van consulten, visites en M&I-verrichtingen niet voldoende is om deze kosten volledig te dekken.²⁶

Om dit probleem op te lossen kan de huisarts besluiten meer patiënten in te schrijven. Dit heeft echter tot gevolg dat de patiëntengroep waarover de huisarts verantwoordelijk is toeneemt, terwijl het dienstverband gelijk blijft. Voor de huisarts levert dit meer werk en meer belasting op.²⁷

²⁵ De verplichting geldt zowel voor vrijgevestigde aanbieders als voor instellingen.

²⁶ Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.

²⁷ Burgt, M.R. van der, J. van Roij, E.W.C.C. Derckx en M.A. Meulepas (2016). VS vult vacature voor huisarts in Verdelen van taken vraagt om zorgvuldige voorbereiding. De verpleegkundig specialist. Jaargang 11, lente 2016.

Bekostiging inzet verpleegkundig specialist in de eerste lijn²⁸

Hoe de verpleegkundig specialist wordt bekostigd in de eerste lijn hangt af van de soort zorg die wordt geleverd en op welke aanspraak dit berust. De bekostiging is als volgt:

- *Huisartsenzorg*: als de verpleegkundig specialist onder verantwoordelijkheid van en in delegatie van de huisarts zorg levert, valt dit onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en mag hiervoor een consult in rekening worden gebracht op grond van beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg' (BR/CU-7166 voor 2016 en BR/REG-17120 voor 2017).
- *Thuiszorg*: de werkzaamheden van verpleegkundig specialisten die betrekking hebben op verpleging en verzorging kunnen worden gedeclareerd met de verschillende prestaties zoals beschreven in de beleidsregel 'Verpleging en verzorging' (BR/CU-7138 voor 2016 en BR/REG-17113 voor 2017).
- *Basis-GGZ*: hier geldt de beleidsregel 'Generalistische basis-ggz' (BR/CU-7158 voor 2016 en BR/REG-17161 voor 2017). De bekostiging vindt plaats via integrale prestaties. De verpleegkundig specialist kan regiebehandelaar zijn, maar ook worden ingezet als medebehandelaar. De zorgverzekeraar neemt in de contracten en polisvoorwaarden op wie de regiebehandelaar mag zijn.

Aanwezigheid huisarts nodig

Een andere belemmering die wordt genoemd is dat de verpleegkundig specialist niet alle klachten kan behandelen. De verpleegkundig specialist is gericht op een bepaalde doelgroep of aandoening en richt zich niet op complexe, meervoudige *medische* problematiek. Dit betekent dat er altijd een huisarts aanwezig moet zijn en dat de verpleegkundig specialist avond-, nacht- en weekenduren op de huisartsenpost niet (volledig) kan overnemen.²⁹

Te kleine contracten

Voor spoedposten, die zorg bieden aan patiënten tijdens de ANW-uren, geldt dat zij verpleegkundig specialisten geen volledige baan kunnen bieden.³⁰ Om de registratie als verpleegkundig specialist te behouden moet er minimaal 24 uur per week worden gewerkt als verpleegkundig specialist. Dit kan op de spoedpost niet. Om toch een verpleegkundig specialist in dienst te kunnen nemen worden er kleine contracten van 2 uur per week aangeboden. Dit komt neer op ongeveer één dienst per maand. Dit is voor de verpleegkundig specialist haalbaar, maar de organisatie van de spoedpost loopt tegen vele problemen aan bij deze kleine contracten, zoals de inrichting en bekostiging van de na-/bijscholing en behoud van accreditatiepunten verpleegkundig specialist.

Gebrek aan opleidingsplaatsen

Onderzoek (Wijers, 2013; Peters, 2016) benoemt dat het aantal huisartsen dat bereid is om een verpleegkundig specialist op te leiden beperkt is. De onderzoeken geven de volgende oorzaken voor dit gebrek aan bereidheid:

- Door de inzet van meer verschillende zorgverleners komt de persoonsgerichte zorg in het gedrang.
- Het is onduidelijk wat de effecten van de nieuwe bekostigingssystematiek zijn.
- Praktische problemen; er is op de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum bijvoorbeeld geen spreekkamer beschikbaar.

²⁸ Nederlandse zorgautoriteit (mail d.d. 22 december 2016)

²⁹ Burgt, M.R. van der, J. van Roij, E.W.C.C. Derckx en M.A. Meulepas (2016). VS vult vacature voor huisarts in Verdelen van taken vraagt om zorgvuldige voorbereiding. De verpleegkundig specialist. Jaargang 11, lente 2016.

³⁰ Wijers N, van der Burgt R, Laurant M. (2013). Verpleegkundig Specialist biedt kansen.

Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud; Eindhoven: Stichting KOH.

- De huisarts is niet bekend met het opleiden van een verpleegkundig specialist.
- Het is niet duidelijk hoe de verpleegkundig specialist rendabel kan worden ingezet.
- De financiële vergoeding voor huisartsen die een verpleegkundig specialist opleiden is geringer dan de vergoeding die zij ontvangen voor het opleiden van een huisarts. Daar komt bij dat het werkgeverschap volledig door de huisartsopleider zelf moet worden opgepakt. Dat laatste met alle werkgeverslasten en -risico's en de (te) beperkte vergoeding voor loonderving voor de opleider/werkgever.

Voorkeur verpleegkundig specialisten voor werken in de tweede lijn

Naast dit gebrek aan opleidingskansen speelt mee dat verpleegkundig specialisten in opleiding bij voorkeur in de tweede lijn werken.³¹ Mogelijk is het verschil in salariëring van verpleegkundig specialisten hierop van invloed.

2.6 Conclusie

Dit hoofdstuk maakt duidelijk dat de verpleegkundig specialist zich onderscheidt van ondersteunde beroepsgroepen in de eerste lijn. De inzet van de verpleegkundig specialist verschilt per organisatie en is afhankelijk van de expertise van de verpleegkundig specialist, de samenstelling van de organisatie en de samenstelling van de populatie. In de literatuur is weinig aandacht besteed aan de redenen waarom de beroepsgroep maar beperkt in omvang groeit. Redenen die genoemd worden zijn onder meer het ontbreken van een betaaltitel, niet alle taken zelfstandig kunnen uitvoeren en de problemen bij het creëren van opleidingsplaatsen.

³¹ <http://www.venvn.nl/Artikelen/ID/935467/Verpleegkundig-specialist-steeds-vaker-in-eerstelijnszorg>

Verhalen uit de praktijk

Betere zorg thuis aan ouderen door inzet verpleegkundig specialist

Sinds 2015 zet een gezondheidscentrum in het midden van het land een VioS in voor het verbeteren van de ouderenzorg vanuit het centrum en voor een meer gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis. De VioS verzorgt een regulier spreekuur voor veelvoorkomende kwalen (ook wel kleine kwalenspreekuur genoemd). Daarnaast loopt zij driemaal per week visite in een nabijgelegen woonzorgcentrum. Op het woonzorgcentrum heeft zij op het initiatief van een verzorgende of op eigen initiatief multidisciplinair overleg over bewoners. De VioS werkt intensief samen met de betrokken huisartsen, praktijkverpleegkundigen, apotheker, verzorgenden en fysiotherapeuten. Ook de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde is groeiende. Op termijn is het streven om een open (verpleegkundig) spreekuur te houden in het woonzorgcentrum.

De specialist aan huis in wondzorg

Een grote thuiszorgorganisatie onderkent dat er steeds meer patiënten zijn die goede wondzorg nodig hebben. Doordat de verblijfsduur in ziekenhuizen steeds korter is, gaan patiënten naar huis met complexe wonden. Daarnaast is het voor veel oudere patiënten in verpleeghuizen niet (goed) mogelijk om voor een specialistisch consult naar de dermatoloog in het ziekenhuis te gaan. Om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg in deze situaties te vergroten zet de thuiszorgorganisatie een verpleegkundig specialist chronische zorg (met als aandachtsgebied wondzorg en dermatologie) in. Deze verpleegkundig specialist kan de benodigde zorg thuis bieden en, mocht dat gewenst zijn, via een teleconsult een beroep doen op en/of verwijzen naar de dermatoloog. Ook is het streven dat de verpleegkundig specialist de deskundigheid van wijkverpleegkundigen en andere professionals op het gebied van wondzorg vergroot. In overleg met de dermatoloog zorgt de verpleegkundig specialist ook voor evaluatie en aanpassing van het wondzorgbeleid.

Holistisch perspectief verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist kan door het holistische perspectief bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen. Een voorbeeld: Meneer Jansen heeft ernstige COPD. Hij wordt regelmatig opgenomen vanwege een aanval van benauwdheid, een exacerbatie. Dit zijn angstige ervaringen, waarbij de patiënt vaak geen vertrouwen heeft in herstel in de thuissituatie. Deze patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis, ook meneer Jansen. In het ziekenhuis wordt hij behandeld en na enige dagen komt hij weer thuis. Het wachten is op de volgende exacerbatie. De situatie wijzigt wanneer een verpleegkundig specialist in de thuissituatie wordt ingezet. De verpleegkundig specialist besteedt naast de medische zorg aandacht aan het hele systeem, in medisch, psychisch en sociaal opzicht. De verpleegkundig specialist betreft daar ook de vrouw van mijnheer Jansen bij, want ook zij draagt de gevolgen van de COPD van haar man. De verpleegkundig specialist begeleidt mijnheer en mevrouw Jansen in het traject en geeft daarbij de nodige ondersteuning aan mevrouw Jansen. Dit zorgt ervoor dat mijnheer Jansen niet meer zo vaak naar het ziekenhuis hoeft als voorheen en dat mevrouw Jansen niet overbelast raakt.

Hoofdstuk 3

Kwantitatieve ontwikkeling van de beroepsgroep

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de onderzoeksvraag over de kwantitatieve ontwikkeling van de beroepsgroep. De eerste paragraaf gaat in op de ontwikkeling in het aantal personen en fte, de tweede paragraaf op de regionale spreiding van het aantal verpleegkundig specialisten. De derde paragraaf gaat in op het aantal zelfstandige praktijken van verpleegkundig specialisten en in de vierde paragraaf komt de instroom in de opleidingen aan bod.

3.1 Ontwikkeling in aantal werkzame verpleegkundig specialisten en fte

Verpleegkundig specialisten kunnen zowel in de eerste als in de tweede lijn actief zijn. Ten opzichte van 2012 is de capaciteit aan verpleegkundig specialisten ruim verdubbeld, tot 2.333 fte in 2016. De beroepsgroep is daarmee beduidend kleiner dan die van de POH-S (5.900 personen) en de POH-GGZ (2.500), maar groter dan de PA (762: zie bijlage 2, tabel 1).

Tabel 3.1 Aantal werkzame verpleegkundig specialisten en aantal fte

	2005	2010	2012	2016
Aantal werkzaam	177	883	1.306	2.638
Aantal fte	148	737	1.071	2.333

Bron: KIWA Carity/NIVEL, zoals opgenomen in het Capaciteitsplan 2016 (Hoofdrapport).

Van de in het beroep werkzame verpleegkundig specialisten is 99% geregistreerd in het Verpleegkundig Specialisten Register.³² Bijna de helft staat geregistreerd in het domein intensieve zorg en bijna 30% in het domein GGZ.³³

Verpleegkundig specialisten werken vooral in ziekenhuizen en verpleeghuizen en/of de verstandelijkgehandicaptensector en slechts incidenteel in de huisartsenzorg.³⁴ In de meeste onderzoeken naar verpleegkundig specialisten wordt geen onderscheid gemaakt naar het werkzaam zijn in de eerste of tweede lijn. Het aantal verpleegkundig specialisten in de eerste lijn is daardoor niet exact vast te stellen. Wel is duidelijk dat in 2016 279 verpleegkundig specialisten binnen de huisartsengeneeskunde werkten. Dit is een toename van 160 verpleegkundig specialisten sinds 2012, toen er nog 119 waren. In dezelfde periode steeg het aantal fte van 75 naar 149 (stijging 74 fte). In de GGZ werken 975 verpleegkundig specialisten, van wie 236 in de basis-GGZ. Zij leveren tezamen 98 fte.³⁵

Het aandeel verpleegkundig specialisten op de gehele groep werkzame huisartsen blijft beperkt. Dit aandeel is gestegen van 1,1 per 100 fte huisartsen in 2012 naar 1,7 fte in 2016.³⁶

³² Noordzij, E., Velde, F. van der (juni 2016). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS. Nieuwegein: Kiwa Carity

³³ Capaciteitsplan 2016 – Voor de medische, klinisch technologische en geestelijke gezondheidszorg, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen. Capaciteitsorgaan: Utrecht.

³⁴ Idem

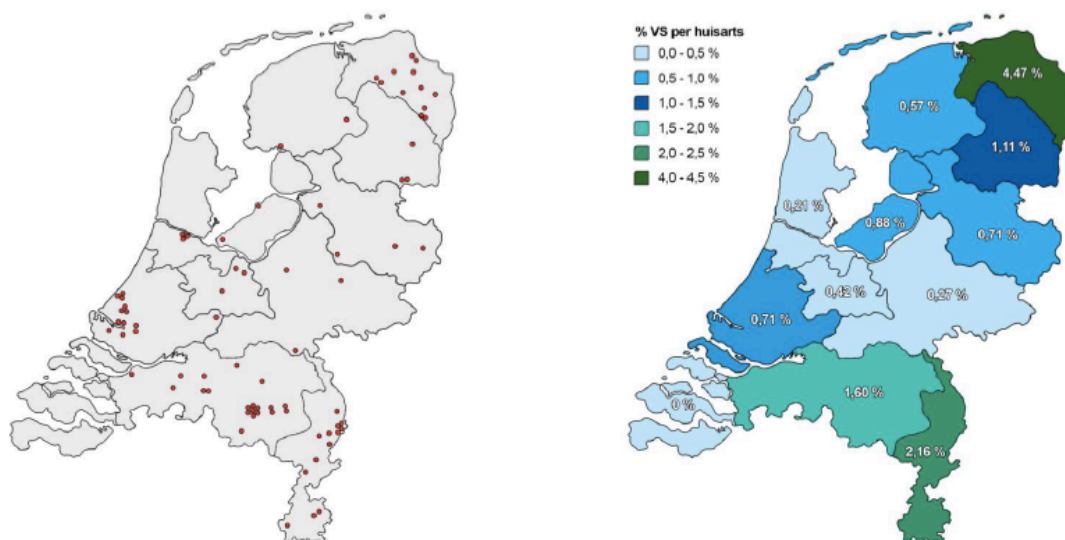
³⁵ Noordzij, E., Velde, F. van der (juni 2016). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS. Nieuwegein: Kiwa Carity

³⁶ Capaciteitsplan 2016 – Deelrapport 2 Huisartsengeneeskunde. Capaciteitsorgaan

3.2 Regionale spreiding

Zoals figuur 3.1 toont, werken verpleegkundig specialisten niet gelijk verspreid over het land. Anno 2013 waren verpleegkundig specialisten vooral actief in Groningen, Limburg en Noord-Brabant. Van der Burgt et al (2015) geeft als reden dat de opleiding Master of Advanced Nursing Practice in 1998 in Groningen is gestart. In Brabant en Limburg zou de toename van verpleegkundig specialisten zijn gestimuleerd door de inzet van de Stichting KOH, die daar sinds 2003 actief is op dit vlak.

Figuur 3.1 Spreiding van verpleegkundig specialisten in Nederland per gemeente (links) en uitgedrukt in percentages³⁷ (rechts)



Bron: Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH

3.3 Ontwikkeling in *nurse-led clinics*

Verpleegkundig specialisten mogen zich zelfstandig vestigen, op voorwaarde dat ze in een samenwerkingsverband met huisartsen (multidisciplinair overleg) actief zijn. In dergelijke '*nurse-led clinics*' zijn de verpleegkundig specialisten eindverantwoordelijk voor een groep patiënten. Zij ontvangen de patiënt, voeren de triage uit en wanneer de zorgvraag te complex is, verwijzen zij de patiënt door naar een huisarts. De huisarts wordt hierbij op consult ingeschakeld.³⁸ Dergelijke *nurse-led clinics* komen in Nederland nog maar op beperkte schaal voor. De meeste verpleegkundig specialisten in de eerste lijn hebben een dienstverband bij een huisartsenpraktijk, huisartsenpost, gezondheidscentrum of de thuiszorg.

In het kader van het kwaliteitsstatuut van de GGZ is experimenteerruimte opgenomen voor nieuw toetredende beroepen. Deze experimenteerruimte biedt ruimte voor *nurse-led clinics* in de basis-GGZ. Desondanks neemt het aantal van dergelijke centra niet toe. Om deze *nurse led*-praktijken te stimuleren hebben de Hogeschool Utrecht en het Julius Centrum van UMC Utrecht eind 2015 een *nurse led*-gezondheidscentrum gestart.

³⁷ Nivel heeft dit percentage berekend op basis van het aantal verpleegkundig specialisten per huisarts per provincie. Dit betekent dat er op elke 100 huisartsen in Groningen 4,5 verpleegkundig specialisten werken.

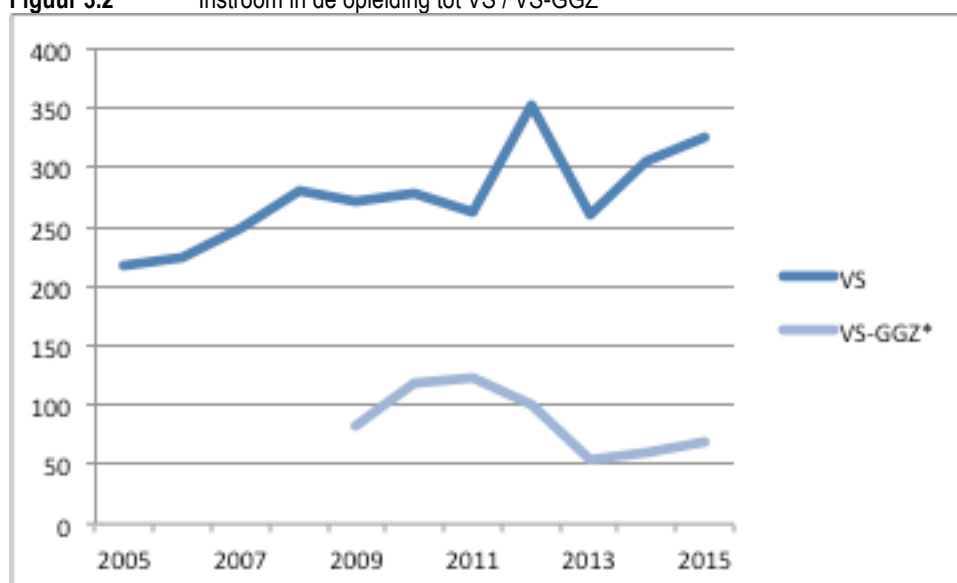
³⁸ Bleijenberg, N., J. Oomes, N.J. de Wit (2015). Projectplan opleiden en inzetten verpleegkundig specialisten Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra. Utrecht, Maart, 2015.

In haar promotieonderzoek beveelt Ter Maten het opzetten van zelfstandige door verpleegkundig specialisten geleide zorgcentra aan.³⁹

3.4 Instroom in de opleiding tot verpleegkundig specialist

De positieve ontwikkeling in het aantal werkzame verpleegkundig specialisten zien we ook terug in de instroom in de opleiding MANP. De instroom kent een positieve ontwikkeling, afgezien van een daling in 2013. Deze daling blijkt niet structureel van aard te zijn. Het Capaciteitsorgaan merkt wel op dat de beschikbaarheid van voldoende opleidingsplaatsen een beperkende factor is in de instroom in de opleiding en niet de beschikbare subsidie.⁴⁰ Jaarlijks mogen er – voor verpleegkundig specialist en PA tezamen – maximaal 650 opleidingsplaatsen worden georganiseerd. Dit aantal wordt, met name door het relatief lage aantal PA dat instroomt, niet gehaald.

Figuur 3.2 Instroom in de opleiding tot VS / VS-GGZ



Bron: Capaciteitsplan 2016 (Hoofdrapport).

* Het aantal instromers in de jaren 2009 t/m 2012 voor de 3-jarige categorale opleiding VS-GGZ ligt tijdelijk hoger door de incidentele instroom van een aantal groepen, te weten praktijkopleiders, sociaal psychiatisch verpleegkundigen en 'vroeg' alumni MANP die alsnog als verpleegkundig specialist geregistreerd wilden worden⁴¹.

Het Capaciteitsplan 2016 meldt dat in 2015 ruim 85% van de instromers het diploma heeft behaald. Voor de categorale opleiding tot VS-GGZ is dit 69%. Daarnaast is één jaar na afstuderen ruim 95% van de gediplomeerden werkzaam in het beroep. Doordat de vervangingsvraag in deze beroepsgroep nog niet hoog is, worden de afgestudeerden toegevoegd aan het aantal werkzame fte en neemt daarmee het aantal werkzame verpleegkundig specialisten toe. Gezien de stand van zaken verwacht het Capaciteitsorgaan dat er voldoende gediplomeerde verpleegkundig specialisten instromen op de arbeidsmarkt om aan de vraag te voldoen.

³⁹ Ter Maaten-Speksnijder, A (2016). Finding Florence. Shedding Light on Nurse Practitioners' Professional Responsibility, Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

⁴⁰ Capaciteitsplan 2016 – Voor de medische, klinisch technologische en geestelijke gezondheidszorg, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen. Capaciteitsorgaan: Utrecht.

⁴¹ Capaciteitsplan 2016 – Voor de medische, klinisch technologische en geestelijke gezondheidszorg, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen. Capaciteitsorgaan: Utrecht.

3.5 Conclusie

Verpleegkundig specialisten nemen in aantal personen en fte langzaam toe. In 2016 waren er 279 verpleegkundig specialisten actief in de huisartsenzorg en 93 in de basis-GGZ. Verpleegkundig specialisten zijn in de eerste lijn vooral in Groningen, Brabant en Limburg actief. Ook de instroom in de opleiding toont een positieve ontwikkeling, al is het door de jaren heen lastig om voldoende opleidingsplaatsen te creëren. Zelfstandige praktijken van verpleegkundig specialisten komen op beperkte schaal voor.

Verhalen uit de praktijk

Nurse-led clinic in beeld

Op 1 november 2015 is er een 'nurse-led clinic' gestart in het midden van het land. Twee verpleegkundig specialisten staan, samen met twee huisartsen, een praktijk-verpleegkundige en een doktersassistente, aan het roer van het gezondheidscentrum. Patiënten komen in eerste instantie bij een van de twee verpleegkundig specialisten. Pas als hun zorgvraag te complex is, worden ze doorverwezen naar de huisarts die ook aan het centrum is verbonden. Doordat veel vragen en problemen van patiënten niet primair medisch van aard zijn, kunnen de verpleegkundig specialisten een belangrijke de-medicaliserende rol spelen in de gezondheidszorg. Dit doen zij door zich te richten op onder meer promotie van gezondheidsgedrag, preventie van ziekte, educatie, begeleiding, zorg en monitoring.

Leidende rol binnen de palliatieve zorg

De verpleegkundig specialist kan een leidende rol spelen binnen palliatieve zorg in de thuissituatie. Verpleegkundig specialisten kunnen zowel het medisch als het verpleegkundig behandelbeleid evalueren en bijstellen, waardoor korte lijnen en zorg op maat mogelijk worden. Zij nemen deel aan multidisciplinair overleg om zorgafspraken voortdurend inhoudelijk af te stemmen met andere hulpverleners. Daar waar nodig consulteren zij een medisch specialist of een pijnteam in de tweede lijn. Zij begeleiden de familie en andere betrokkenen bij de palliatieve situatie en kunnen voor snelle opschaling van zorginzet zorgen zonder dat toestemming van een medicus vooraf noodzakelijk is. De verpleegkundig specialist vervult de rol van deskundige voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere hulpverleners in de palliatieve zorg.

Veiliger medicijngebruik door inzet verpleegkundig specialist

Door de hervorming van de langdurige zorg is bij ouderen in de eerste lijn in toenemende mate sprake van kwetsbaarheid, multimorbiditeit en polyfarmacie. Verpleegkundig specialisten kunnen vanwege hun bevoegdheden een preventieve taak op zich nemen voor deze doelgroep. Door het screenen van het medicatiegebruik, met name bij ouderen die al langdurig medicijnen gebruiken, kunnen verpleegkundig specialisten polifarmacie voorkomen. De verpleegkundig specialist is bevoegd om over het medicijngebruik van een patiënt overleg te voeren en af te stemmen met apothekers, huisartsen en medisch specialisten. Op deze manier kunnen verpleegkundig specialisten bijdragen aan patiëntveiligheid, een betere gezondheid en lagere zorgkosten.

Hoofdstuk 4

Werkelijke en mogelijke inzet van de beroepsgroep

Het voorgaande hoofdstuk laat zien dat het aantal fte aan verpleegkundig specialisten in de eerste lijn toeneemt, al blijft deze achter bij de inzet van deze beroepsgroep in de tweede lijn en/of de inzet van POH-S. Dit hoofdstuk focust op het gebruik van de rollen en competenties van verpleegkundig specialisten door in te gaan op de mate waarin zij per CanMEDS-rol de verschillende KBA's uitvoeren. Paragraaf 4.4 beschrijft bij welke werkgever verpleegkundig specialisten bij voorkeur werken.

4.1 Totaalbeeld

In de enquête is verpleegkundig specialisten gevraagd om voor alle KBA's binnen alle CanMEDS-rollen aan te geven in welke mate men deze in de praktijk uitvoert ('Nu') en zou willen ('Zou') uitvoeren. Om 'zou willen' niet op te vatten als een persoonlijke wens maar als wat goed is voor de zorg, is daarbij de volgende toelichting gegeven: 'Stel jezelf hierbij de vraag of jij betere kwaliteit en/of kosteneffectiviteit kunt leveren dan andere professionals (bijvoorbeeld de huisarts, POH, wijkverpleegkundige, of psycholoog).' Voor zowel Nu als Zou kon men kiezen uit de mogelijkheden 'Niet', 'Enigszins', 'Ruimschoots' en 'Volledig'.

Figuur 4.1 toont het 'totaalbeeld' dat hieruit naar voren komt. Hierin zijn de keuzemogelijkheden ('Niet', 'Enigszins', 'Ruimschoots' en 'Volledig') omgezet naar respectievelijk de cijfers 1 tot en met 4. De getoonde cijfers zijn gemiddelden over alle KBA's heen.

Figuur 4.1 Mate waarin verpleegkundig specialisten werkzaamheden uitvoeren ('Nu') en zouden willen uitvoeren ('Zou') in de eerste lijn.

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	2,6	3,3	0,7
Thuiszorg / hospice	7	2,7	3,5	0,8
Basis-GGZ	9	2,5	3,2	0,6
Som	27	2,6	3,3	0,7

Het figuur toont dat er een duidelijk verschil is tussen wat verpleegkundig specialisten uitvoeren ('Nu') en wat zij zouden willen uitvoeren ('Zou'). Nu ligt tussen Enigszins en Ruimschoots in, Zou tussen Ruimschoots en Volledig. Er zijn geen grote verschillen tussen (werken in) de huisartsenzorg, thuiszorg/hospice en basis-GGZ.

Het verschil tussen 'Nu' en 'Zou' is van een zodanige omvang dat we vaststellen dat er vanuit het perspectief van de verpleegkundig specialist sprake is van onderbenutting van expertise. In hoofdstuk 5 gaan we nader in op mogelijke oorzaken van het verschil tussen 'wil' en 'werkelijkheid'. Eerst analyseren we in hoeverre er sprake is van deze onderbenutting vanuit het perspectief van de verschillende rollen die verpleegkundig specialisten hebben.

4.2 Verschillen per rol

De verpleegkundig specialisten hebben per KBA kunnen aangeven wat zij uitvoeren en wat zij zouden willen uitvoeren. Figuur 4.2 toont de verschillen tussen de mate van uitvoering en de mate van gewenste uitvoering op een hoger niveau: het niveau van de zeven CanMEDS-rollen.⁴²

⁴² De cijfers zijn een gemiddelde van de antwoorden die de verpleegkundig specialisten hebben gegeven per afzonderlijke KBA.

Figuur 4.2 Verschillen tussen mate van uitvoering ('Nu') en mate van gewenste uitvoering ('Zou') naar CanMEDS-rol.

Rol 1. Behandelaar

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	2,5	3,1	0,6
Thuiszorg / hospice	7	2,8	3,4	0,6
Basis-GGZ	9	2,9	3,4	0,4
Som	27	2,7	3,2	0,5

Rol 2. Communicator

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	3,0	3,4	0,4
Thuiszorg / hospice	7	3,0	3,7	0,6
Basis-GGZ	9	3,1	3,4	0,3
Som	27	3,0	3,5	0,5

Rol 3. Samenwerker

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	2,7	3,4	0,7
Thuiszorg / hospice	7	2,7	3,8	1,1
Basis-GGZ	9	2,7	3,3	0,6
Som	27	2,7	3,5	0,8

Rol 4. Leider

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	2,4	3,2	0,8
Thuiszorg / hospice	7	2,5	3,4	1,0
Basis-GGZ	9	1,9	3,0	1,1
Som	27	2,3	3,2	0,9

Rol 5. Gezondheidsbevorderaar

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	2,5	3,1	0,6
Thuiszorg / hospice	7	2,7	3,5	0,8
Basis-GGZ	9	2,4	2,9	0,6
Som	27	2,5	3,2	0,7

Rol 6. Onderzoeker

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	2,3	3,0	0,6
Thuiszorg / hospice	7	2,2	3,1	0,9
Basis-GGZ	9	2,0	3,0	0,9
Som	27	2,2	3,0	0,8

Rol 7. Beroepsbeoefenaar

	n	Nu	Zou	Δ
Huisartsenzorg	11	2,7	3,6	0,9
Thuiszorg / hospice	7	2,7	3,3	0,6
Basis-GGZ	9	2,7	3,3	0,5
Som	27	2,7	3,4	0,7

Uit de figuur blijkt dat er verschillen zijn in de mate waarin 'Nu' en 'Zou' van elkaar verschillen tussen de verschillende CanMEDS-rollen. Dit verschil is met 0,9 punt bij 'Leider' (rol 4) het grootst en bij 'Behandelaar' (rol 1) en 'Communicator' (rol 2) het kleinst (beide 0,5). De verschillen in beoordeling tussen de sectoren zijn het grootst bij de rol 'Samenwerker' (rol 3); vooral binnen thuiszorg/hospice ervaren verpleegkundig specialisten dat zij deze rol niet naar wens kunnen uitvoeren.

4.3 Effect van omvang, specialisatie en senioriteit

In het onderzoek is aan de verpleegkundig specialisten gevraagd naar de omvang van de huisartsenpraktijk waar men werkt of, als het een andere werkgever betreft, het meest mee samenwerkt. Specifiek is daarbij gevraagd naar het aantal ingeschreven patiënten. Daarnaast is vanuit de HU bekend voor welk specialisme men in de studie heeft gekozen en in welk stadium van de studie men zich (eventueel nog) bevindt. Daarmee is het mogelijk om een beeld te krijgen van effecten van omvang, specialisatie en senioriteit op de verschillen tussen 'Nu' en 'Zou'. Deze effecten (over alle KBA's heen) zijn weergegeven in figuur 4.3.

Figuur 4.3 Verschillen tussen 'Nu' en 'Zou' naar omvang, specialisme en senioriteit*Omvang (ingeschreven patiënten)*

	n	Nu	Zou	Δ
2500 - 3500	7	2,5	3,4	0,9
3501 - 6000	6	2,5	3,1	0,6
6000+	7	2,7	3,4	0,7
Som	20	2,6	3,3	0,7

Specialisme

	n	Nu	Zou	Δ
Intensieve zorg	6	2,4	3,1	0,8
Chronische zorg	10	2,7	3,5	0,8
Geestelijke gz	11	2,6	3,2	0,5
Som	27	2,6	3,3	0,7

Senioriteit

	n	Nu	Zou	Δ
Eerstejaars	11	2,3	3,2	0,9
Tweedejaars	3	2,8	3,7	0,9
Afgestudeerd	12	2,8	3,2	0,5
Som	27	2,6	3,3	0,7

De eerste tabel toont dat het verschil tussen wat verpleegkundig specialisten uitvoeren en wat zij zouden willen uitvoeren groter is bij kleine dan bij grote huisartsenpraktijken. Mogelijke oorzaak van dit verschil is dat in kleine praktijken meer 'alles' moet worden opgepakt en er daarmee minder ruimte is om specifiek werk van verpleegkundig specialisten te verrichten.

Verder is te zien dat vooral verpleegkundig specialisten met de specialismen intensieve zorg en chronische zorg in de praktijk moeite hebben om te doen wat zij willen doen. Net als in het totaalbeeld (paragraaf 4.1) ervaren verpleegkundig specialisten geestelijke gezondheid een kleiner verschil tussen 'Nu' en 'Zou'.

Tot slot is onderzocht in hoeverre er tussen 'Nu' en 'Zou' ook een verschil bestaat na het afstuderen. Te zien is dat verpleegkundig specialisten in het eerste studiejaar minder verantwoordelijkheid dragen, maar daarover ook minder verwachtingen hebben. In het tweede jaar nemen de verantwoordelijkheden en verwachtingen toe. In beide gevallen blijft het verschil tussen 'Nu' en 'Zou' relatief groot (0,9). Verpleegkundig specialisten die zijn afgestudeerd ervaren een kleiner verschil, namelijk 0,5. Het 'in opleiding' zijn is daarmee een belangrijke verklaring voor het ervaren verschil tussen wat verpleegkundig specialisten doen en zouden willen doen.

4.4 Keuze van verpleegkundig specialisten voor bepaald type werkgever

De verpleegkundig specialisten is gevraagd bij welke werkgever zij hun werk in de eerste lijn het beste kunnen uitvoeren. Dit geeft een beeld van waar de verpleegkundig specialisten denken dat zij het meest tot hun recht komen. De volgende tabel toont dat de meeste respondenten in eerste instantie kiezen voor het werken in een huisartsenpraktijk, ook wanneer zij in de basis-GGZ actief zijn.

Figuur 4.4 Via welke werkgever zou je jouw werk in de eerste lijn het beste kunnen uitvoeren?

	N	Huisartsen praktijk	Thuis- zorg	GGZ	Polikliniek	Nurse-led	Vrij- gevestigd
Huisartsenzorg	11	10	0	0	0	0	1
Thuiszorg	5	0	4	0	1	0	0
Basis-GGZ	9	5	0	2	0	0	2
Totaal	25	15	4	2	1	0	3

Van de 26 respondenten noemen er 16 als eerste keuze het type werkgever waar de verpleegkundig specialist nu werkzaam is. Dit beeld wijzigt wanneer we vragen naar de tweede keuze qua werkgever. Als tweede keuze wordt vooral de *nurse-led*-praktijk genoemd.

Figuur 4.5 Welke werkgever zou jouw tweede keus zijn?

	N	Huisartsen praktijk	Thuis- zorg	GGZ	Polikliniek	Nurse-led	Vrij- gevestigd
Huisartsenzorg	11	4	1	0	0	5	1
Thuiszorg	5	1	2	0	0	2	0
Basis-GGZ	9	1	0	5	0	3	0
Totaal	25	6	3	5	0	10	1

Zowel voor de eerste als de tweede keuze geldt dat de respondenten behoorlijk eensgezind zijn in hun keuze. De respondenten hebben kunnen aangeven waarom zij deze keuze maken. De antwoorden verschillen sterk van elkaar. Wel loopt er al de rode draad doorheen dat de verpleegkundig specialisten hechten aan het (zo) zelfstandig (mogelijk) werken.

4.5 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat de inzet van verpleegkundig specialisten nog niet *volledig* uit de verf komt: in de praktijk kunnen verpleegkundig specialisten niet alle competenties toepassen die zij tijdens hun opleiding hebben geleerd en zouden willen uitvoeren, met name tijdens de studie, maar óók wanneer zij al zijn afgestudeerd. Zij hebben vooral moeite met het op het terrein van hun expertise bewerkstellingen van de CanMEDS-rol 'Leider'. De rollen 'Behandelaar' en 'Communicator' kunnen verpleegkundig specialisten vaak wel naar eigen wens uitvoeren.

De deelnemende verpleegkundig specialisten is gevraagd bij welk type werkgever zij graag zouden werken. De meesten van hen hebben een eerste voorkeur voor een huisartsenpraktijk. Als tweede keuze wordt vooral de *nurse-led*-praktijk genoemd.

Verhaal uit de praktijk

Kansen verpleegkundig specialist door ambulantisering GGZ

Door de ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg komen er steeds meer chronisch psychiatrische patiënten bij huisartsen in de praktijk. Psychische/psychiatrische problemen, zoals ook stemmingsstoornissen, vragen meer tijd van de huisarts dan veelal beschikbaar is, waardoor ze snel worden doorverwezen of bij de praktijkondersteuner GGZ terecht komen. Uit een enquête⁴³ van het Landelijk Platform GGZ blijkt dat GGZ-cliënten de deskundigheid van de huisarts over psychische klachten en aandoeningen voor verbetering vatbaar vinden. Van hen geeft 44% aan dat de huisarts hen onvoldoende ondersteunt en begeleidt. Ruim 40% van de cliënten die contact hebben met de POH-GGZ vindt dat de POH-GGZ 'onvoldoende deskundig' is op het gebied van hun psychische klachten. Dit biedt kansen voor de verpleegkundig specialist GGZ.

Een verpleegkundig specialist GGZ heeft antwoord op chronisch psychiatrische zorgvragen, kan het crisismanagement voeren en kan zelfstandig een medicamenteuze behandeling inzetten, dan wel wijzigen of stopzetten. De verpleegkundig specialist heeft een belangrijk taak in de vroegsignalering en de behandeling van stemmingsklachten en kan een gerichte opschaling van de behandeling (*stepped care*) inzetten. Als formele regievoerders met nauwe contacten met het sociaal domein, kunnen verpleegkundig specialisten in samenwerking met wijkteams ervoor zorg dragen dat de juiste interventies worden ingezet.

⁴³ Hoeven, van der. C. (2016), Enquête Huisartsenzorg. Landelijk Platform GGZ: Utrecht.

Hoofdstuk 5

Belemmeringen inzet verpleegkundig specialist

In hoofdstuk 2 staan – op grond van een literatuurstudie – reeds enkele mogelijke redenen beschreven voor de beperkte inzet van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn. Dit hoofdstuk beschrijft de redenen die de verpleegkundig specialisten in de vragenlijst hebben aangegeven voor de relatief beperkte uitvoering van de verschillende CanMEDS-rollen. De tweede paragraaf beschrijft de mogelijke redenen vanuit de optiek van werkgevers op grond van de vragenlijst die onder werkgevers is uitgezet.

5.1 Perspectief verpleegkundig specialisten

In het onderzoek is aan de verpleegkundig specialisten (per CanMEDS-rol) gevraagd welke redenen er zijn voor eventuele verschillen tussen wat zij uitvoeren en zouden willen uitvoeren. Elke verpleegkundig specialist heeft meerdere redenen kunnen noemen. Figuur 5.1 toont het totaalbeeld van de genoemde redenen over alle rollen heen.

Figuur 5.1 Redenen waarom verpleegkundig specialisten taken minder uitvoeren dan zij willen

Knelpunt	Aantal malen genoemd
Beroep moet in organisatie nog ontwikkeld worden	15
Taken worden intern niet doorgeschoven	10
Eigen attitude / profilering	10
De vergoeding is niet geregeld	9
Kleine aanstelling	7
Doorverwijzingen worden niet geaccepteerd	4
Regels zorgverzekeraar staan in de weg	2
Beperking informatiedeling	2
Nog in opleiding	8

Meerdere antwoorden mogelijk

De belangrijkste reden (naast het nog in opleiding zijn) is dat het beroep binnen de organisatie nog ontwikkeld moet worden. De situaties verschillen, maar in alle gevallen blijkt dat men nog zoekende is naar hoe de verpleegkundig specialist het beste kan worden ingezet. Uit de antwoorden die de verpleegkundig specialisten hebben genoteerd blijkt duidelijk dat er een zoektocht is binnen organisaties om de functie vorm te geven. Zij moeten vertrouwen winnen, mogelijkheden uitproberen en afspraken maken over de inhoud van hun functie. Dit geldt niet alleen voor verpleegkundig specialisten in opleiding, maar ook voor afgestudeerde verpleegkundig specialisten.

Een afgestudeerde, werkzaam in de thuiszorg: ‘De afbakening van grenzen is een dynamisch proces ten gevolge van groeiend expertise en vertrouwen van de supervisor. Afspraken moeten daarom steeds worden aangepast. In mijn werkpraktijk zijn de afspraken intern wel helder, maar het is nog onvoldoende beschreven in het kader van de taakherschikking.’

Afgestudeerde huisartsenzorg: ‘Huisartsen waarderen mijn werk, maar zien me meer als een goede POH-GGZ dan als VS-GGZ. Wat ik aan meerwaarde biedt zien ze meer als iets van mij als persoon dan dat ze het aan mijn vak van verpleegkundig specialist koppelen. Dit is pionieren. Ik wil nu gaan bespreken in hoeverre ik de taakfunctieomschrijving kan ontwikkelen, waarmee ik een basis kan leggen.’

Afgestudeerde, werkzaam in huisartsenzorg: 'Is nog onvoldoende ontwikkeld, door onduidelijkheid bij alle partijen (directie, huisartsen en verpleegkundig specialist) over de invulling van en de grenzen aan de functie van vs. Hierdoor deels taken op niveau van POH.'

Deze reden hangt mogelijk (deels) samen met het niet intern doorschuiven van taken en de eigen attitude/profilering. In gezamenlijkheid moet de positie van de verpleegkundig specialist worden vormgegeven, waarbij de arts ruimte moet geven en de verpleegkundig specialist ruimte moet nemen.

In opleiding, werkzaam in basis-GGZ: 'De rol taak en functie als verpleegkundig specialist bij de huisarts is (nog) niet duidelijk; ik maak een voorzichtige stap met plannen en voorstellen hierover.'

Afgestudeerd, werkzaam in huisartsenpraktijk: 'Ben bezig met me meer eigen maken van voorschrijven medicatie. Blijft een moeilijk punt in de HAP. Het is afhankelijk van de huisarts of hij/zij zelf wil voorschrijven en vervolgens dit aan mij als verpleegkundig specialist overlaat. Voortdurende afstemming is nodig, er is geen eenduidigheid.'

Afgestudeerd, werkzaam in thuiszorg: 'Geen eigen toegang tot de patiënten wordt verwezen naar mij via de huisarts. De huisarts wil zelf de eindverantwoordelijkheid houden en heeft de informatie waar ik niet aan kan komen. Heeft ook toegang tot systeem naar de tweede lijn en ik niet.'

In opleiding, werkzaam in huisartsenpraktijk: 'Ik ben van mijn rol als praktijkondersteuner naar die van verpleegkundig specialist gegaan. Ik ben hierdoor meer medisch bezig, maar kan dit niet allemaal zelfstandig af. Dit is het stuk waarin ik mij wil profileren.'

In deze zoektocht worden de verpleegkundig specialisten belemmerd door de overige knelpunten die zijn genoemd. Een functie van verpleegkundig specialist kan moeilijk(er) tot wasdom komen als de doorverwijzingen niet worden geaccepteerd of informatie niet voorhanden is. Ook een kleine aanstelling kan hierbij belemmerend werken.

Afgestudeerde, werkzaam in de huisartsenpraktijk: 'Verwijzen door verpleegkundig specialist naar de tweede lijn wordt niet geaccepteerd. Aanvraag baxtermedicatie bij apotheek mag alleen door verpleegkundig specialist indien paraaf arts, dus niet zelfstandig aanvragen.'

Afgestudeerde, werkzaam in de thuiszorg: 'Wij als verpleegkundig specialisten zouden directe toegang moeten krijgen tot wetenschappelijke databanken; dat hebben we niet in tegenstelling tot de academische collega's ... Wetenschappelijke aansluiting bij een universiteit zou snel moeten worden ontwikkeld!'

Met name ten aanzien van innovatie geven meerdere respondenten aan dat dit niet mogelijk is door tijdsdruk, geen geld en/of bezuinigingen. Doordat er geen betaaltitel is voor verpleegkundig specialisten, zijn de werkzaamheden moeilijk zichtbaar te maken en staat de inzet van de verpleegkundig specialist onder druk.

Afgestudeerde, werkzaam in basis-GGZ: 'Door de huidige veranderingen binnen de GGZ en de macht van de verzekeraars over welke zorg vergoed wordt en welke niet zie ik knelpunten ontstaan in wat je als verpleegkundig specialist zou willen doen en wat de mogelijkheden zijn. Het afbakenen van grenzen en de professionalisering van het beroep wordt mogelijk gestuurd door wat bij wet wordt vastgesteld. Dit geldt ook voor de medicijnvoorschrijfbevoegdheid.'

In de vragenlijst is de verpleegkundig specialisten gevraagd hoe hun bekostiging in de eerste lijn het beste kan worden vormgegeven. Twee derde van de verpleegkundig specialisten die aan het onderzoek hebben deelgenomen, geeft de voorkeur aan eenzelfde type bekostiging als de huisartsen: een combinatie van een bedrag per patiënt en een bedrag per verrichting (zie bijlage 2, tabel 2).

5.2 Perspectief werkgevers

Om inzicht te krijgen in de redenen die werkgevers in de eerste lijn hebben voor het wel of niet aannemen van een verpleegkundig specialist is een beknopte vragenlijst aan potentiële werkgevers voorgelegd (zie paragraaf 1.2). De vragenlijst is door een 49 werkgevers ingevuld. Van hen hebben er 30 een verpleegkundig specialist in dienst. Van de 19 respondenten die geen verpleegkundig specialist in dienst hebben, willen er 6 zeker en 8 misschien een verpleegkundig specialist aannemen. 5 willen dat niet.

Uit het toelichtingsveld bij de vragenlijst blijkt dat voor sommige respondenten niet duidelijk is wat een verpleegkundig specialist is en/of hoe deze zich onderscheidt van bijvoorbeeld de POH en de PA.

‘Wij hebben al 25 jaar een verpleegkundige in de functie als doktersassistente fulltime En ik denk dat de POH-S ook verpleegkundige is, kan dat kloppen?’

‘Er is overleg met de PA en ik ben benieuwd wat straks het verschil zal zijn met de praktijkverpleegkundige.’

Meerwaarde verpleegkundig specialist

In de vragenlijst noemen de respondenten de volgende meerwaarde voor de (mogelijke) inzet van een verpleegkundig specialist:

- Hogere kwaliteit van zorg (31 x)
- Doelmatigere uitvoering van zorg (30 x)
- Betere coördinatie van zorg (27 x)
- Meer continuïteit van zorg (19 x)
- Hogere patiënttevredenheid (18 x)
- Meer aandacht voor patiënt (17 x)
- Taakdelegatie SO in consultfunctie ten bate van de huisarts (4 x)
- Meer omzet (2 x)
- Verbinding tussen artsen en POH (1 x)
- Pro actief signaleren van klachten (1 x)
- Bereikbaarheid verbeteren (1 x)
- Minder medicalisering (1 x)
- Meer aandacht voor kwaliteit van leven (1 x)

Uit de interviews komt eenzelfde beeld naar voren. De verpleegkundig specialist kan bijdragen aan de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg en door haar verpleegkundige perspectief onderscheidt zij zich in positieve zin van artsen.

‘De vraag is wat de meerwaarde is. In de eerste lijn zijn er al praktijkondersteuners-niveau 5 vpk-casemanagers werkzaam. Je moet goed nagaan wat de meerwaarde zou zijn, welk takenpakket de verpleegkundig specialist zou krijgen en: wie ontlast dit dan en wat zouden de vervangende taken voor die persoon dan kunnen zijn?’

Redenen geen verpleegkundig specialist in dienst

In de vragenlijst voor werkgevers (zie paragraaf 1.2) is aan respondenten die geen verpleegkundig specialist in dienst hebben gevraagd naar de achterliggende redenen. In totaal hebben 13 werkgevers deze vraag beantwoord. Zij noemen de volgende redenen:

- Kan inzet verpleegkundig specialist niet bekostigen (6 x)
- Er is geen tarief voor de verpleegkundig specialist (5 x)
- Te weinig gedefinieerde verpleegkundig specialist standaarden/richtlijnen (5 x)
- Praktijk is te klein, te laag aantal patiënten (5 x)
- Geen sluitende afspraken met huisartspraktijken/gezondheidscentra (4 x)
- Niet bekend met mogelijkheden verpleegkundig specialist (3 x)
- Verpleegkundig specialist kan niet alle klachten behandelen (2 x)
- Verpleegkundig specialist kan avond-, nacht- en weekenduren op de huisartsenpost niet overnemen (2 x)
- Praktisch: er is geen spreekruimte voor de verpleegkundig specialist beschikbaar (1 x)
- Verpleegkundig specialist is nog te onbekend/te nieuw (1 x)

De interviews met de werkgevers laten een iets ander beeld zien: het gaat hier om partijen die een verpleegkundig specialist (of meerdere) hebben ingezet en al de nodige ervaring hebben opgebouwd. Uit hun verhaal komt vooral de eerdergenoemde zoektocht naar voren. Er is binnen de organisatie gekeken hoe de verpleegkundig specialist het beste ingebed kan worden, en daarover zijn intern en extern afspraken gemaakt. Om de inzet van verpleegkundig specialisten volledig te kunnen benutten is daarbij niet alleen intern, maar ook extern draagvlak nodig.

Verlagen drempels

Alle respondenten is gevraagd wat zij nodig hebben om een verpleegkundig specialist in te (kunnen) zetten. Zij hebben de volgende antwoorden gegeven:

- Betaaltitel voor verrichtingen verpleegkundig specialist (13 x)
- Uitgewerkte standaarden voor de verpleegkundig specialist (11 x)
- Concreet uitgewerkte voorbeelden van de inzet van verpleegkundig specialist (6 x)
- Ondersteuning bij uitvoeren werkgeverschap verpleegkundig specialist in opleiding (6 x)
- Hulp van verzekeraar bij bekostiging (1 x)

5.3 Conclusie

Er zijn verschillende redenen waarom de verpleegkundig specialisten in aantal langzaam toenemen en waarom zij in hun functie niet geheel tot hun recht komen. Belangrijk daarbij is dat artsen en verpleegkundig specialisten beiden zoekende zijn naar een goede positionering van de verpleegkundig specialist. Zij worden daarbij gedwarsboomd door zaken als het ontbreken van een betaaltitel, doorverwijzingen die niet worden geaccepteerd en informatie die niet beschikbaar is. Werkgevers in de eerste lijn zien vooral het ontbreken van de betaaltitel en de te weinig gedefinieerde standaarden/richtlijnen voor de verpleegkundig specialist.

Bijlage 1

KBA's per CanMEDS-rol

Tabel 1 Overzicht omschrijving per CanMEDS-rol

Rol	Omschrijving
Behandelaar	Als behandelaar integreren verpleegkundig specialisten alle CanMEDS-rollen en maken ze gebruik van medische kennis, klinische vaardigheden en professionele waarden om binnen hun specialisme kwalitatief hoogwaardige en veilige patiëntenzorg toe te passen. Behandelaar is de centrale rol van verpleegkundig specialist.
Communicator	Als communicator dragen verpleegkundig specialisten zorg voor een effectieve communicatie met patiënten en andere betrokkenen om zo alle benodigde informatie te verkrijgen en te delen ten behoeve van een doeltreffende patiëntenzorg.
Samenwerker	Als samenwerker werken verpleegkundig specialisten met andere zorgprofessionals samen om optimale patiëntenzorg te realiseren.
Leider	Als leiders participeren verpleegkundig specialisten in het organiseren, innoveren en evalueren van zorgprocessen binnen hun klinische microsysteem, de organisatorische context en de maatschappelijke context.
Gezondheidsbevorderaar	Als gezondheidsbevorderaar zetten verpleegkundig specialisten hun deskundigheid en invloed in om de gezondheid van individuele patiënten, groepen patiënten en bevolkingsgroepen te bevorderen. Ze werken met hen en andere disciplines samen om de patiëntbehoeften te begrijpen en vast te stellen, ze spreken zo nodig namens anderen en ontsluiten bronnen om verandering in gezondheidsgedrag teweeg te brengen.
Onderzoeker	Als onderzoeker leveren verpleegkundig specialisten een bijdrage aan de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van klinische en wetenschappelijke kennis.
Beroepsbeoefenaar	Als beroepsbeoefenaar zijn verpleegkundig specialisten toegewijd aan de gezondheid en het welzijn van individuele patiënten en de samenleving via een ethische praktijkvoering, hoge persoonlijke gedragsnormen en verantwoordelijkheid ten opzichte van het beroep en de samenleving, door zich te houden aan de professionele standaard van de beroepsgroep en te zorgen voor een goede persoonlijke gezondheid.

Tabel 2 Overzicht CanMEDS-rollen en bijbehorende KBA's

Rol	KBA
Behandelaar	<ul style="list-style-type: none"> • Behandeling op basis van deskundigheidsprofiel • Bieden van begeleiding en ondersteuning • Bevorderen van participatie en preventie • Verlenen van spoedeisende zorg
Communicator	<ul style="list-style-type: none"> • Opbouwen van effectieve behandelrelatie • Bespreken (medische) informatie met patiënt en familie • Bijzondere gespreksituaties hanteren • Begeleiden/voorlichten mantelzorg en sociaal netwerk • Verslaglegging
Samenwerker	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatig overleg • Coördinatie en casemanagement • Multiprofessionele samenwerking • Intercollegiale consultatie • Adequate verwijzing
Leider	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatie • Innovatie • Leiding nemen • Implementatie
Gezondheidsbevorderaar	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsrisico's signaleren en bestrijden • Empowerment patiënt • Belangenbehartiging • Werken aan patiëntveiligheid • Werken aan kwaliteit
Onderzoeker	<ul style="list-style-type: none"> • Opsporen en toepassen van wetenschappelijke informatie • Wetenschappelijke informatie kritisch beoordelen • Ontwikkelen van praktijkgerichte kennis • Verspreiden van kennis • Bevorderen van de deskundigheid van anderen • Begeleiding/coaching
Beroepsbeoefenaar	<ul style="list-style-type: none"> • Hoogstaande patiëntenzorg • Zelfsturing professionele ontwikkeling • Omschrijven en afbakenen grenzen eigen competenties • Profilering • Professionalisering beroep

Bijlage 2

Aanvullende tabellen

Tabel 3 toont het totale aantal geregistreerde en werkzame verpleegkundig specialisten, PA en POH-S en POH-GGZ. Het aantal VS en PA is beduidend minder dan het aantal POH, met name POH-S.

Tabel 3 Totaal aantal geregistreerde en werkzame personen per beroepsgroep

Beroeps- groep	2005		2010		2012		2016	
	Geregi- streerd	Werk- zaam	Geregi- streerd	Werk- zaam	Geregi- streerd	Werk- zaam	Geregi- streerd	Werk- zaam
VS		177	801	883	1.373	1.306	2.783	2.638
PA	16	15	251	218	409	348	724	762
POH-S*		2.900		4.200		5.160		5.900
POH- GGZ*		0		0		690		2.500

Bron: KIWA, NIVEL, zoals opgenomen in het Capaciteitsplan 2016 (Hoofdrapport).

*: Minimaal werkzaam op basis van aannames NIVEL

Tabel 4 toont welk type bekostiging volgens de verpleegkundig specialisten, die aan de Hogeschool Utrecht studeren of daar zijn afgestudeerd, het beste zou zijn voor de bekostiging van hun werk in de eerste lijn.

Tabel 2 Welk type bekostiging zou het beste zijn voor het werk van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn?

	N	Een bedrag per patiënt	Een bedrag per verrichting	Een combinatie van een bedrag per patiënt en een bedrag per verrichting
Huisartsenzorg	11	1	1	9
Thuiszorg	4	2	0	2
Basis-GGZ	9	1	3	5
Totaal	24	4	4	16

Bijlage 3

Overzicht respondenten en literatuur

Overzicht respondenten

Organisatie	Naam contactpersoon
V&VN	mevrouw I. Verhagen
Woonzorgflevoland	de heer J. de Groot
Icare	mevrouw G. Wallinga
Huisartsenpost Delft	mevrouw P. Hasz
Arkin Basis-GGZ	mevrouw G. Visser
Indigo	de heer H. van Dorenmalen
Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentrum	mevrouw S. Harink

Overzicht literatuur

- Bleijenberg, N., J. Oomes, N.J. de Wit (2015). Projectplan opleiden en inzetten verpleegkundig specialisten Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra. Utrecht: LRJG.
- Bruijn-Geraets, D.P. de, M.C.M. Bessems-Beks, Dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings, Prof. Dr. H.J.M. Vrijhoef (2015). voorBIGhouden - Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant, Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg.
- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: de verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH
- Burgt, M.R. van der, J. van Roij, E.W.C.C. Derckx en M.A. Meulepas (2016). VS vult vacature voor huisarts in Verdelen van taken vraagt om zorgvuldige voorbereiding. De verpleegkundig specialist. Jaargang 11, lente 2016.
- Capaciteitsplan 2016 – Voor de medische, klinisch technologische en geestelijke gezondheidszorg, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Capaciteitsplan 2016 – Bijlage Deelrapport 2 Huisartsengeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Hoeven, van der. C. (2016), Enquête Huisartsenzorg. Utrecht: Landelijk Platform GGZ.
- Lambregts, J. Et al. (2012), V&V2020 Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist.
- Ministerie van VWS (2011). Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid VS en PA (artikel 36a). Den Haag: Staatscourant, December 2011, nummer 658.
- Ministerie van VWS (2011). Wet van 7 november 2011 tot wijziging van de Geneesmiddelenwet in verband met de noodzaak enige technische verbeteringen aan te brengen in die wet, alsmede houdende wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de registratie in het BIG-register van verpleegkundigen die bevoegd zijn UR-geneesmiddelen voor te schrijven. Den Haag: Staatscourant, December 2011, nummer 572.
- Noordzij, E., Velde, F. van der (juni 2016). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS. Nieuwegein: Kiwa Charity

- Peters, F., J. van der Horst (2016). Belemmeringen bi het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Nijmegen: KBA.
- Schippers, E. (2016,10.04) Onderzoeksrapport Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk [Kamerbrief]. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/04/kamerbrief-over-onderzoek-taakherschikking-en-kostprijzen-in-de-praktijk>.
- Ter Maaten-Speksnijder, A (2016). Finding Florence. Shedding Light on Nurse Practitioners' Professional Responsibility, Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- V&VN: <http://www.venvn.nl/Artikelen/ID/935467/Verpleegkundig-specialist-steeds-vaker-in-eerstelijnszorg>
- V&VN VS (2013) Factsheet Verpleegkundig specialist. Utrecht: V&VN VS, Beroepsvereniging van zorgprofessionals - Verpleegkundig Specialisten
- Wallenburg, I., M. Janssens, A. de Bont (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg - Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Rotterdam: IBMG.
- Wijers, N., van der Burgt R, Laurant M. (2013). Verpleegkundig Specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport aar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud; Eindhoven: Stichting KOH.