
Eindrapportage evaluatie verpleegkundig specialismen

College Specialismen Verpleegkunde

Vastgesteld door het College Specialismen Verpleegkunde op 21 september 2015

Inhoudsopgave

<u>1</u>	<u>Inleiding</u>	3
<u>2</u>	<u>Samenvatting</u>	4
<u>3</u>	<u>Totstandkoming huidige indeling</u>	4
<u>4</u>	<u>Opzet van de evaluatie</u>	6
<u>5</u>	<u>Analyse van de resultaten</u>	8
<u>5.1</u>	<u>De huidige indeling</u>	8
<u>5.2</u>	<u>De urgentie van een alternatieve indeling</u>	9
<u>5.3</u>	<u>Het alternatief voor de huidige indeling</u>	9
<u>5.4</u>	<u>De communicatieve waarde en het gebruik van de officiële titels</u>	9
<u>5.5</u>	<u>De rol van de indeling bij registratie en erkenning</u>	10
<u>5.6</u>	<u>De betekenis van de specialismen voor de opleiding</u>	10
<u>6</u>	<u>Beoordeling door college</u>	12

Bijlage 1	Resultaten invitational conferences maart 2014
Bijlage 2	Resultaten achterbanraadpleging december 2014
Bijlage 3	Advies RSV over indeling specialismen in de uitvoeringspraktijk
Bijlage 4	Resultaten online meningspeiling verpleegkundig specialisten (in opleiding) en werkveld

1. Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van de evaluatie van de indeling van de verpleegkundig specialisten die het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) gehouden heeft van voorjaar 2014 tot najaar 2015. Doel van de evaluatie was het beoordelen van de indeling van de verpleegkundig specialisten en de bijbehorende titels mede op grond van de ervaring die inmiddels met de werking van de specialismen bij de beroepsgroep en omgevingspartijen is opgedaan.

Bij het instellen van de huidige verpleegkundig specialisten in 2009 is op verzoek van het bestuur van V&VN afgesproken dat de indeling binnen twee jaar zou worden geëvalueerd. Deze evaluatie is enkele malen uitgesteld in verband met het toen nog onvoldoende aantal verpleegkundig specialisten en in verband met de totstandkoming van de beroepsprofielen. Inmiddels zijn er meer dan 2500 verpleegkundig specialisten geregistreerd en zijn de specialisten in het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist en in de praktijkopleidingsplannen van de MANP-opleiding uitgewerkt. In de Algemene Maatregel van Bestuur ex art. 36 a Wet BIG, waarin de zelfstandige bevoegdheden ten aanzien van voorbehouden handelingen zijn geregeld, zijn per specialisme voorbehouden handelingen benoemd. Dit alles was voor het CSV aanleiding om in het voorjaar van 2014 te starten met de evaluatie van de specialismen.

In de aanloop naar deze evaluatie zijn eind 2014 oriënterende gesprekken gevoerd met een delegatie van het bestuur van V&VN en van MEVA/VWS. Het bestuur van V&VN benadrukte het van groot belang te vinden dat het college zijn achterban bij de evaluatie betreft. Over de indeling van de specialismen heeft het bestuur vooralsnog geen oordeel. MEVA gaf aan het van belang te vinden dat de evaluatie transparant en onafhankelijk naar alle betrokken partijen/stakeholders gebeurt en dat de inbreng van die achterban wordt meegenomen. Een breed draagvlak bij deze partijen met betrekking tot de resultaten en follow up van deze evaluatie acht men essentieel. Hetzelfde geldt voor heldere communicatie van het CSV naar deze partijen.

In februari 2015 is een tussenrapportage uitgebracht en aangeboden aan het bestuur van V&VN en VWS/MEVA. Het bestuur van V&VN heeft hier kennis van genomen en zijn waardering uitgesproken over het proces. De reactie van MEVA is bijgevoegd als bijlage 4.

In dit rapport wordt allereerst enige achtergrondinformatie gegeven over de huidige indeling en de wijze waarop deze tot stand is gekomen (hoofdstuk 3). De gefaseerde opzet van de evaluatie wordt beschreven in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 volgt de analyse van de resultaten van de evaluatie -de resultaten van de afzonderlijke onderdelen van de evaluatie zijn in de bijlagen 1 t/m 4 opgenomen. In hoofdstuk 6 ten slotte geeft het college daaraan een beoordeling en wordt ingegaan op het vervolgtraject.

2. Samenvatting

Van voorjaar 2014 tot najaar 2015 heeft het CSV de indeling van de verpleegkundig specialisten in intensieve zorg, chronische zorg, acute zorg en preventieve zorg (alle bij somatische aandoeningen) en geestelijke gezondheidszorg, geëvalueerd. Doel was het beoordelen van de indeling van de verpleegkundig specialisten en de bijbehorende titels mede op grond van de ervaring die inmiddels met de werking van de specialisten bij de beroepsgroep en omgevingspartijen is opgedaan.

Voor de evaluatie is informatie verzameld door middel van invitational conferences, een achterbanraadpleging, een advies van de RSV en een digitale meningspeiling onder de beroepsgroep en het werkveld. In totaal hebben rond 500 verpleegkundig specialisten (deels in opleiding), 120 vertegenwoordigers van het werkveld van verpleegkundig specialisten, vertegenwoordigers van de opleiding tot verpleegkundig specialist en andere omgevingspartijen, zoals een patiëntenorganisatie een bijdrage kunnen leveren. De deelname vanuit de verpleegkundig specialisten (en in opleiding) was ongeveer evenredig aan de verdeling van de specialisten in de totale beroepsgroep.

Op basis van een beoordeling van de verzamelde informatie, concludeert het college dat de huidige indeling herzien dient te worden, omdat er te veel onduidelijkheid en te weinig draagvlak voor is, met name binnen de AGZ. Binnen de GGZ is het draagvlak voor de huidige indeling aanzienlijk. Hetzelfde geldt voor de officiële titels. Deze worden niet of nauwelijks gebruikt en dragen niet bij aan de bekendheid van de beroepsgroep bij patiënten en andere beroepsbeoefenaren. Gelet op het ontbreken van een duidelijke voorkeur voor een alternatieve indeling bij de beroepsgroep en het werkveld en de complexiteit van dit vraagstuk, zal het college niet op korte termijn een alternatieve indeling vaststellen. Een toekomstbestendig nieuwe indeling, die aansluit bij het werkveld van de verpleegkundig specialist en de ontwikkelingen binnen de zorg, moet in 2016 via een zorgvuldig traject worden ontwikkeld. Daarvoor zal een externe commissie in het leven worden geroepen om het college te adviseren, met deelnemers op basis van deskundigheid en draagvlak.

Een (nieuwe) indeling dient, meer dan in de huidige situatie, leidend te zijn voor de opleiding, (her)registratie en erkenning. Het college concludeert dat het beroep van de verpleegkundig specialist en de specialisten bij het grote publiek weinig bekendheid genieten. Het college roept dan ook alle partijen op om hun verantwoordelijkheid te nemen om meer bekendheid te geven aan de (nieuwe) verpleegkundig specialisten en hun rol binnen de Nederlandse gezondheidszorg.

3. Totstandkoming huidige indeling

Een van de taken die het CSV op grond van art. 14 van de Wet BIG en de Regeling Specialismen Verpleegkunde 2007 heeft, is het aanwijzen van deelgebieden van de verpleegkunde als verpleegkundig specialisme. Het college dient bij de uitoefening van die taak rekening te houden met de beroepskwalificaties en het deskundigheids-niveau van een specialist, opgesteld door V&VN.

De huidige indeling:

- verpleegkundig specialist preventieve zorg bij somatische aandoeningen;
- verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen;
- verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen;
- verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen;
- verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg

is in februari 2009 (de vier specialismen 'bij somatische aandoeningen') en juni 2009 (het verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg) in werking getreden. Dat gebeurde toen de minister van VWS de titels wettelijke erkenning verleende en instemde met de bijbehorende specifieke besluiten, waarin de deskundigheids-gebieden en de specialismegebonden competenties geregeld zijn.

De indeling in preventieve, acute, intensieve en chronische zorg is een indeling die is ontwikkeld binnen het VBOC-project¹ op grond van toekomstige ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. *'Met deze deelgebieden wordt beoogd samenhangende kennisgebieden binnen het beroep te bundelen tot betekenisvolle eenheden waarbinnen de verpleegkundige zich kan bekwamen. (...). Naar aanleiding van de verkenning 'Ontwikkelingen in de zorg, komt de stuurgroep tot de functiegerichte indeling in deelgebieden...'*, aldus de motivatie voor de indeling in het VBOC-rapport. 'Verpleegkundig toekomst in goede banen'. In vervolg op dit rapport zijn begin 2008 binnen het VBOC-deelproject *Verpleegkundig specialist* een algemeen competentieprofiel en acht specifieke deelprofielen -vier voor de specialismen op het terrein van de somatische aandoeningen en vier voor de specialismen op het terrein van de psychische aandoeningen en gedragsstoornissen- ontwikkeld en door het bestuur van V&VN aan het college aangeboden.

De besluitvorming door het college over de verpleegkundig specialismen daarna verliep niet zonder slag of stoot.

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

Over de juridische haalbaarheid van het verpleegkundig specialisme 'somatische zorg' werd het LEVV om advies gevraagd. Het LEVV gaf aan dat het verpleegkundig specialisme 'somatische zorg' niet aansluit bij de huidige opleiding en beroepspraktijk, aangezien bij dit specialisme een zeer brede basis van kennis en kunde op het niveau van verpleegkundig specialist hoort. Naar aanleiding van het advies van het LEVV is uiteindelijk door het college bij meerderheid besloten tot de huidige indeling.

¹ VBOC/AVVV: *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. VBOC/AVVV. Utrecht, 2006

4. Opzet van de evaluatie

Het college was zich bewust van de complexiteit van de vraagstukken die spelen rond de indeling van de specialismen. Duidelijk was dat er een grote verscheidenheid bestaat aan denkbeelden over het onderwerp. Niet alleen bij de beroepsgroep zelf, maar ook bij omgevingspartijen zoals opleidingsinstellingen, brancheorganisaties en geneeskundig specialisten. Daarom was deze evaluatie voor een belangrijk deel gericht op het inventariseren van denkbeelden en opinies onder alle betrokken partijen. Dit is stapsgewijs aangepakt, met de volgende instrumenten:

a) Invitational conferences

Op 10 en 31 maart 2014 organiseerde het CSV invitational conferences waarvoor personen uit de achterban van de collegeleden op naam waren uitgenodigd. De overkoepelende thema's waren 'De opleiding tot verpleegkundig specialist' en 'Registratie en herregistratie van verpleegkundig specialisten'. In het kader daarvan zijn meningen en knelpunten geïnventariseerd over de werking van de specialismen in de beroepspraktijk, in de opleiding en bij registratie en herregistratie.

Aan de bijeenkomsten namen in totaal 45 personen van buiten het college deel. Naast 16 verpleegkundig specialisten en 9 verpleegkundig specialisten in opleiding namen enkele hoofdopleiders, praktijkopleiders, hoofden van leerhuizen, geneeskundig specialisten en een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie, een lector deel. Ook was op beide bijeenkomsten het College Geneeskundige Specialismen vertegenwoordigd.

De resultaten treft u aan in bijlage 1.

b) Achterbanraadpleging/advies RSV

De leden van het college hebben hun achterban een vragenlijst voorgelegd met een aantal open vragen over onder andere de uitwerking van de specialismen in de beroepspraktijk en de opleiding, het draagvlak voor de specialismen en mogelijke alternatieven. De vragen, in de vorm van een digitale vragenlijst, waren voorzien van een toelichting met achtergrondinformatie over de verpleegkundig specialismen en het doel van de achterbanraadpleging. Collegeleden konden zelf bepalen wie zij hiervoor zouden benaderen. Soms zijn vragenlijsten ingevuld door meerdere personen in dialoog met elkaar, waaronder het collegelid zelf. Soms hebben collegeleden de vragenlijst naar individuele personen uit hun achterban gemaild en heeft deze de vragen zelfstandig ingevuld en teruggestuurd.

Door de collegeleden zijn 50 reacties aangeleverd. Deze waren afkomstig van 39 verpleegkundig specialisten (in opleiding), de afdeling V&VN VS, het Landelijk Opleidingsoverleg (LOO) MANP, 5 opleidingsinstellingen, managers/bestuurders uit de WLZ²-sector, een huisarts en een manager van de opleidingspoot van een algemeen ziekenhuis.

Ook is de RSV om advies gevraagd over de uitwerking van de specialismen in de uitvoeringspraktijk en de knelpunten die daarbij worden ervaren.

De resultaten van de achterbanraadpleging treft u aan in bijlage 2, het advies van RSV in bijlage 3.

² WLZ: Wet Langdurige Zorg

c) Online meningspeiling beroepsgroep en werkveld

Van 16 april 2015 tot 1 juni 2015 is een online meningspeiling gehouden onder verpleegkundig specialisten, verpleegkundig specialisten in opleiding en werkveld.

De resultaten van deze meningspeiling treft u aan in bijlage 4.

Bij de weergave en de analyse van de resultaten wordt een onderscheid gemaakt tussen GGZ en AGZ. GGZ duidt op de sector GGZ en het verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg. AGZ duidt op de sectoren ziekenhuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuiszorg, huisartsenzorg, openbare gezondheidszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en ambulancezorg en AGZ-specialismen op de verpleegkundig specialismen intensieve zorg, chronische zorg, acute zorg en preventieve zorg bij somatische aandoeningen. In verband met de leesbaarheid worden verpleegkundig specialisten en verpleegkundig specialisten in opleiding gezamenlijk aangeduid als 'de verpleegkundig specialist' of 'de beroepsgroep'.

Meningspeiling werkveld

Alle huidige en voormalige praktijkinstellingen (330) zijn per brief uitgenodigd om aan de (digitale) meningspeiling deel te nemen. Door 120 instellingen (37%) is de meningspeiling volledig ingevuld.

De uitnodiging was gericht aan het bestuurlijk gremium van de instelling, maar de vragenlijst kon ook door iemand anders binnen de instelling namens dit gremium worden ingevuld. Hier is ruim gebruik van gemaakt: het merendeel van de vragenlijsten is ingevuld door personen van buiten bestuur/directie, veelal met een managementfunctie.

Een groot deel van de respondenten (33%) is afkomstig uit de ziekenhuiszorg, gevolgd door 21% geestelijke gezondheidszorg, 15% verpleeg- en verzorgingshuiszorg en 8,3% huisartsenzorg. De andere typen instellingen (onder andere openbare gezondheidszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg, ambulancezorg) levert per type een gering aantal deelnemers ($\leq 3\%$).

Bij één van de deelnemende instellingen zijn 115 verpleegkundig specialisten werkzaam. Bij de overige instellingen werken gemiddeld 12 verpleegkundig specialisten. Bij 49 van de 115 instellingen werken 10 verpleegkundig specialisten of meer.

In vergelijking met het aandeel van de specialismen binnen de totale groep verpleegkundig specialisten zijn onder de respondenten van deze meningspeiling de acute, chronische en preventieve zorg oververtegenwoordigd en de intensieve zorg en ggz iets ondervertegenwoordigd.

Meningspeiling beroepsgroep

3270 verpleegkundig specialisten en verpleegkundig specialisten in opleiding zijn via een digitale nieuwsbrief uitgenodigd om aan de meningspeiling deel te nemen. Ca. 80% daarvan is verpleegkundig specialist, ca. 20% is in opleiding. De vragenlijst is volledig ingevuld door 479 verpleegkundig specialisten (in opleiding). Dit is 15% van de totale groep. Van hen is driekwart verpleegkundig specialist en een kwart nog in opleiding.

De verdeling van de respondenten over de verpleegkundig specialismen komt nagenoeg overeen met de verdeling binnen de totale groep verpleegkundig specialisten.

De deelnemers zijn of worden opgeleid aan alle 10 opleidingsinstellingen, waarbij de Stichting Opleidingsinstelling GGZ VS en de Hogeschool Utrecht met elk 15% het grootste aandeel hebben.

De meeste deelnemers zijn werkzaam binnen de ziekenhuiszorg (46%). 26% is afkomstig uit de ggz, gevolgd door de verpleeg- en verzorgingshuiszorg (12%) en de huisartsenzorg (7%).

5. Analyse van de resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de invitational conferences, de achterbanraadpleging en de meningspeiling in samenhang met elkaar geanalyseerd. Dit gebeurt ten aanzien van de volgende onderwerpen: 1) de huidige indeling, 2) de urgentie van een alternatieve indeling, 3) het alternatief voor de huidige indeling, 4) de communicatieve waarde en het gebruik van de officiële titels, 5) de rol van de indeling bij registratie en erkenning en 6) de betekenis van de specialismen voor de opleiding.

5.1 De huidige indeling

In de invitational conferences werd naar voren gebracht dat de huidige indeling van de vier AGZ-specialismen niet duidelijk is, geen meerwaarde heeft en problemen oplevert bij de registratie in een nieuwe specialisme en de herregistratie. De koppeling van het specialisme aan werkervaring en accreditatie van scholing werd als problematisch ervaren.

Uit de achterbanraadpleging kwam naar voren dat er geen draagvlak is voor de huidige indeling. De indeling heeft geen invloed of wordt als een barrière gezien voor de positionering van de verpleegkundig specialist binnen de instellingen en landelijk als beroepsgroep. Gewezen wordt op het onduidelijke onderscheid tussen enkele van de huidige AGZ-specialismen en op de ingewikkelde verhouding tussen de specialismen en de expertisegebieden/medische vakgebieden waarbinnen verpleegkundig specialisten werkzaam zijn. Tevens worden diverse knelpunten genoemd die te maken hebben met de werking van het specialisme in het specialistenregister.

In de meningspeiling onder het werkveld en verpleegkundig specialisten, wordt dit negatieve beeld bevestigd maar ook enigszins genuanceerd. Ten eerste blijkt dat de GGZ-respondenten beduidend positiever zijn dan de AGZ-respondenten. Ten tweede vindt de overgrote meerderheid van de verpleegkundig specialisten die aan de peiling heeft deelgenomen, dat het eigen specialisme aansluit bij de beroepsinhoud. Ten derde komt naar voren dat vaak voor een specialisme is gekozen omdat dit het meest aansluit bij de dagelijkse werkzaamheden. Terwijl tegelijkertijd blijkt dat voor de meerderheid van de verpleegkundig specialisten AGZ het onderscheid tussen het eigen specialisme en de andere specialismen onduidelijk is.

Samengevat

Op grond van het voorgaande kan worden geconcludeerd dat de huidige indeling van de specialismen zeer wisselend wordt beoordeeld. Binnen de AGZ bestaat weinig draagvlak voor de huidige indeling en vindt een ruime meerderheid het onderscheid tussen het eigen en de andere specialismen niet duidelijk. Binnen de GGZ is het draagvlak voor de huidige indeling aanzienlijk. Tegelijkertijd is een grote meerderheid van de gehele beroepsgroep van mening dat het eigen specialisme aansluit bij de beroepsinhoud. Bovendien speelt de beroepsinhoud een belangrijke rol bij de keuze voor het specialisme.

5.2 De urgentie van een alternatieve indeling

In de meningspeiling is gevraagd of de huidige indeling snel dient te worden afgeschaft. Ja, zegt bijna 50% van de beroepsgroep binnen de AGZ, maar slechts 10% van de verpleegkundig specialisten binnen de GGZ en ook maar 20% van het werkveld.

Tegelijkertijd is de overgrote meerderheid van het werkveld en de beroepsgroep van mening dat bij een herziening van de huidige indeling zorgvuldigheid boven snelheid dient te gaan.

Samengevat

Hoewel bijna alle partijen die zijn geraadpleegd in meer of mindere mate ongelukkig zijn met de huidige indeling, is men ervan doordrongen dat de keuze voor een nieuwe indeling slechts gemaakt kan worden na een zorgvuldige afweging die kan rekenen op een breed draagvlak.

5.3 Het alternatief voor de huidige indeling

In de achterbanraadpleging is een groot aantal alternatieven genoemd, maar er is geen alternatief waarvoor een duidelijke voorkeur bestaat. Dit beeld is in de meningspeiling onder de beroepsgroep en het werkveld bevestigd. Bij de beroepsgroep heeft iets meer dan een derde de voorkeur voor een indeling naar expertisegebied. De andere indelingsprincipes hebben kleinere aantallen of nauwelijks voorstanders. Ook in het werkveld is men verdeeld. Een indeling naar expertisegebieden, zorgsectoren of in aansluiting op een nieuwe beroepenstructuur worden het meeste genoemd. In de invitationale conferences zijn twee wenselijke alternatieven genoemd: AGZ/GGZ en een ongedeelde specialisme. Deze beide varianten hadden in de meningspeiling nauwelijks voorstanders.

Samengevat

Er bestaat noch binnen de beroepsgroep, noch binnen omgevingspartijen een duidelijke overeenstemming over het meest wenselijke alternatief.

5.4 De communicatieve waarde en het gebruik van de officiële titels

Uit de invitationale conferences, de achterbanraadpleging en de meningspeiling bij de beroepsgroep komt over het nut en het gebruik van de officiële titels een nagenoeg eenduidig beeld naar voren. De officiële titel maakt aan patiënten of andere beroepsbeoefenaren niet duidelijk waar het beroep van verpleegkundig specialist voor staat. In de titel wordt geen link gelegd met de inhoud van het beroep. De titels worden dan ook niet of nauwelijks gebruikt. In plaats daarvan noemen velen zich verpleegkundig specialist, al dan niet gevolgd door het expertisegebied. Ook door verpleegkundig specialisten GGZ wordt de officiële titel weinig gebruikt, hoewel men hier veel positiever is over de communicatieve waarde van de titel. Ook blijkt het gebruik van dezelfde titel door twee- en driejarig opgeleide verpleegkundig specialisme onduidelijkheid op te roepen.

Samengevat

Volgens verpleegkundig specialisten AGZ maken de officiële titels patiënten en andere beroepsbeoefenaren niet duidelijk het beroep van verpleegkundig specialist voor staat. Verpleegkundig specialisten uit de GGZ zijn hierover veel positiever. De officiële titels worden niet (AGZ) of weinig (GGZ) gebruikt. In plaats daarvan noemen velen zich verpleegkundig specialist, al dan niet gevolgd door het expertisegebied.

5.5 De rol van de indeling bij registratie en erkenning

De indeling in de specialismen speelt een rol bij de inschrijving in het opleidingsregister, bij registratie en herregistratie in het specialistenregister en bij de erkenning van opleidings- en praktijkinstellingen en opleiders.

Aan de RSV is gevraagd welke knelpunten zich bij de uitvoering hiervan voordoen.

De RSV geeft samenvattend aan dat de huidige indeling in de uitvoeringspraktijk geen grote problemen oplevert. Echter, omdat de huidige indeling een zeer globaal karakter heeft, is het soms moeilijk om de indeling te gebruiken voor onderscheidende kwaliteitscriteria. Zo biedt de huidige indeling vaak onvoldoende houvast om te kunnen beoordelen voor welk specialisme een scholing moet worden geaccrediteerd en geeft de wisseling van specialisme bij gelijkblijvend expertisegebied aanleiding tot onduidelijkheden, aldus de RSV.

In de invitational conferences en de achterbanraadpleging worden verschillende knelpunten genoemd waar het gaat om de rol van de indeling van de specialismen bij (her)registratie en erkenningen: accreditatie van scholing per specialisme, de rol van het specialisme bij de werkervaringseis, wisseling van specialisme en de eis dat de praktijkopleider in hetzelfde specialisme werkzaam dient te zijn als de verpleegkundig specialist in opleiding.

Samengevat

De rol van de indeling in de specialismen bij (her)registratie en erkenningen levert voor de uitvoering door de RSV weinig problemen op. Wel doen zich knelpunten voor bij de accreditatie van scholing, de werkervaringseis, wisseling van specialisme en de erkenning van de praktijkopleider die te maken hebben met het onduidelijke onderscheid tussen de specialismen.

5.6 De betekenis van de specialismen voor de opleiding

De werking en het gebruik van de specialismen in de praktijk kan niet los worden gezien van de inrichting van de opleiding. Op dit moment leiden negen hogescholen op voor elk specialisme, ook voor de 'kleine' specialismen acute en preventieve zorg bij somatische aandoeningen. De Stichting Opleidingsinstelling GGZ VS leidt uitsluitend verpleegkundig specialisten geestelijke gezondheidszorg op. Het cursorisch deel van de opleiding (1/3 deel van de opleiding) is voor de vier AGZ-specialismen generiek, het praktijkgedeelte (2/3 deel van de opleiding) is voor het grootste gedeelte toegespitst op het expertisegebied³. Het specialisme wordt via kritische beroepsactiviteiten aangeleerd. Hiervoor hebben de hogescholen in 2010/2011 het Project Implementatie Praktijkopleidingen Verpleegkundig Specialismen uitgevoerd, dat resulteerde in een gezamenlijk Opleidingsplan voor de praktijk en gezamenlijke Praktijkleerplannen per specialismen. De indruk bestaat echter dat de mate waarin binnen de opleiding uitdrukking wordt gegeven aan de specialismen per opleidingsinstelling aanzienlijk verschilt.

In de invitational conferences werden bij de rol van de specialismen in de opleiding vraagtekens geplaatst. Uit de peiling van de achterban en de beroepsgroep kwam naar voren dat het specialisme leidend dient te zijn voor de inrichting van de opleiding.

³ Expertisegebied: terrein binnen een verpleegkundig specialisme waarbinnen specifieke competenties zijn vereist om het beroep uit te oefenen.

Door verpleegkundig specialisten (i.o.) AGZ wordt dat nu niet zo ervaren, verpleegkundig specialisten (i.o.) GGZ zijn beduidend positiever.

In de meningspeiling is tevens gevraagd wat belangrijker gevonden wordt: concentratie van de specialismen over een beperkt aantal opleidingsinstellingen of spreiding van de specialismen over alle opleidingsinstellingen. Verpleegkundig specialisten GGZ geven overduidelijk de voorkeur aan concentratie, onder verpleegkundig specialisten AGZ zijn de meningen ongeveer gelijk verdeeld.

Samengevat

Een ruime meerderheid van de verpleegkundig specialisten vindt dat de indeling van de specialismen leidend zou moeten zijn voor de inrichting van de opleiding. Verpleegkundig specialisten uit de AGZ vinden in meerderheid dat dat in de praktijk niet het geval is. Binnen de GGZ is men juist van mening dat de opleiding voldoende is toegesneden op het specialisme. Binnen de AGZ zijn verpleegkundig specialisten verdeeld over het belang van concentratie versus spreiding bij de verdeling van specialismen over opleidingsinstellingen. Een meerderheid binnen de GGZ is voor concentratie boven spreiding.

6 Beoordeling door college

Het college trekt op basis van zijn beoordeling van de resultaten van de invitational conferences, achterbanraadpleging en meningspeiling van beroepsgroep en werkveld de volgende conclusies:

1. Er is zes jaar na de vaststelling van de specialismen nog altijd te veel onduidelijkheid over en te weinig draagvlak voor de huidige indeling. De huidige indeling, althans voor wat betreft de vier specialismen 'bij somatische aandoeningen' dient te worden herzien.
2. Het niet communicatieve karakter van de huidige titels is een belangrijk knelpunt. De officiële titels worden niet of nauwelijks gebruikt. En ze hebben geen gunstige uitwerking op de bekendheid bij de patiënt en de andere beroepsbeoefenaren met de rol en taken van de verpleegkundig specialist en op de positionering van de beroepsgroep. Ook de titels moeten daarom worden aangepast.
3. Er is niet één indeling waarvoor een duidelijke voorkeur bestaat bij de beroepsgroep of bij het werkveld. De huidige 'AGZ-indeling' is niet ideaal, maar er is ook geen alternatief dat een antwoord biedt op alle knelpunten. Elke variant heeft voor- en nadelen. Dat maakt de ontwikkeling van een alternatief dat beter is dan de huidige indeling, niet eenvoudig.
4. Dit betekent dat er niet op korte termijn een andere indeling kan worden vastgesteld. Dit hoeft geen bezwaar te zijn, gelet op het feit dat de beroepsgroep en het werkveld er geen probleem mee hebben als de huidige indeling nog wat langer blijft bestaan in afwachting van een beter, toekomstgericht alternatief.
5. De herziening van de huidige indeling en titels dient via een zorgvuldig traject tot stand te komen. Het opheffen van de huidige specialismen en het aanwijzen van andere deelgebieden van de verpleegkunde als specialisme is een taak van het college. Het college wil zich hierbij laten adviseren door een externe commissie waarin deelnemers zitting hebben op basis van deskundigheid en draagvlak.
6. Een betekenisvolle indeling in specialismen begint bij de inrichting van de opleiding. Het college is van mening dat de specialismen, meer dan in de huidige situatie, leidend moet zijn voor de opleiding.
Het opleidingsveld dient daarom betrokken te worden bij de ontwikkeling van een nieuwe indeling. En na herziening zal de indeling bij de erkenning van opleidingsinstellingen een grotere rol moeten gaan spelen.
7. De indeling in specialismen staat aan de basis van registratie, herregistratie en erkenningen. Niet elke (her)registratie- en erkenningseis is specialismegebonden, maar een indeling die helemaal geen rol speelt in het specialistenregister heeft geen betekenis. Een nieuw te ontwikkelen, toekomstbestendige indeling dient een oplossing te bieden aan de knelpunten die te maken hebben met het onduidelijke onderscheid van de specialismen.
8. Op basis van deze evaluatie is de indruk ontstaan dat het beroep van de verpleegkundig specialist en de specialismen bij de Nederlandse burger geen grote bekendheid genieten. Het college vindt het van groot belang dat na de herziening van de indeling, alle partijen hun verantwoordelijkheid nemen bij het bekendheid geven aan de verpleegkundig specialismen en hun rol binnen de gezondheidszorg.

Bijlage 1

Evaluatie verpleegkundig specialismen: resultaten invitational conferences maart 2014

Huidige indeling

- VBOC-indeling voor specialismen in de algemene gezondheidszorg wordt als kunstmatig ervaren. Oplossing: meer ruimte voor dialoog over vervolg, alternatief etc.
- Specialismen geen hulpmiddel, worden eerder als ballast ervaren.
- Moeilijk om te kiezen aan het begin van de opleiding. Zou beter zijn aan eind van de opleiding of aan het eind van het eerste jaar.
- Dialoog met praktijk over indeling.
- Op basis waarvan is indeling gemaakt?
- Trek naar intensief.
- Onduidelijkheid specialismen, wat voegen de specialismen toe?

Alternatieven

- Somatisch intensief en somatisch chronisch ligt dicht bij elkaar.
- Moeten er vijf specialismen komen? Oplossing: één specialisme. Of één somatiek en één ggz.
- Maak één ggz en één somatisch specialisme.

Titels

- Titel vertaalt zich niet in de inhoud van het beroep.
- VS preventieve zorg: 'somatische aandoeningen' mag weg

Specialismen en opleiding

- Schuurt in de praktijk, maar ook in de opleiding weinig verschil tussen de specialismen, met name tussen chronisch en intensief grote overlap.
- Moet elke opleiding alle specialismen aanbieden?
- Je kan de discussie niet los zien van hoe de opleidingen ingericht zijn.
- Indeling specialismen hangt samen met opzet opleiding

Knelpunten met de specialismen in de praktijk

- Overstappen ingewikkeld.
- Iedereen loopt hier tegenop bij voldoen aan eisen werkervaring en deskundigheidsbevordering.
- Deskundigheidsbevordering niet op het specialisme, meer op expertisegebied. Onder specialisme ligt geen body of knowledge.
- Indeling pica: tijdens werkzaamheden schuif je op qua functie. Hoe dit te borgen in je herregistratie.
- Specialismen moeilijk te koppelen aan werkervaring.
- Niet altijd is duidelijk waarom scholing geaccrediteerd wordt voor een specialisme en niet voor een ander specialisme. Kan scholing standaard voor alle specialismen worden geaccrediteerd?

Bijlage 2

Evaluatie verpleegkundig specialisten: resultaten achterbanraadpleging december 2014

Hoe is de indeling uitgewerkt in de opleiding en wat zijn de knelpunten?

Verscheidene verpleegkundig specialisten geven aan dat het specialisme weinig is uitgewerkt in de opleiding of zij ervaren dit onderscheid als onduidelijk. Sommige verpleegkundig specialisten vinden de uitwerking van de specialismen in de opleiding wel helder: het cursorisch gedeelte is generiek, de expertisegebieden en in mindere mate de specialismen komen tot uitdrukking in het praktijkgedeelte van de opleiding. Het merendeel van de respondenten beschouwt dit als een gegeven en ervaart geen knelpunten. Hoe zich deze opzet verhoudt tot de indeling in de specialismen wordt niet altijd begrepen/gewaardeerd. Een aantal VS'en heeft behoefte aan een meer op een specialisme of expertisegebied toegespitste opleiding.

Hoe is de indeling uitgewerkt in de uitvoering door de RSV en wat zijn de knelpunten?

Verscheidene verpleegkundig specialisten geeft aan geen knelpunten te ervaren. De volgende knelpunten worden genoemd:

- Accreditatie scholing per specialisme onterecht: VS intensief kan wat hebben aan GGZ scholing en vice versa; VS kan dit zelf bepalen. Ook probleem omdat aanbieders onderscheid niet kennen en omdat dit leidt tot minder aanbod per specialisme.
- Dubbele registratie nodig omdat expertisegebied tot meerdere specialismen behoort (bijv. na intensieve behandeling chronische fase)
- Bij wijziging functie in ander specialisme nieuwe registratie nodig = belemmerend.
- Wijziging binnen specialisme is soms grotere stap dan wijziging tussen specialismen; staat dan niet in verhouding met de stappen die hiervoor gezet moeten worden;
- Voor somatisch specialismen onhandig dat de praktijkopleider en de VSio in hetzelfde specialisme moeten zitten (m.n. intensief en chronisch).

Hoe is de indeling uitgewerkt in de beroepspraktijk en wat zijn de knelpunten?

Binnen instellingen voor oncologische zorg zijn alle VS'en in hetzelfde specialisme geregistreerd. Zij ervaren geen knelpunten.

Onderscheid tussen intensief en chronisch lastig, in verband met overlap patiëntengroepen; Soms zijn VS'en in zelfde expertisegebied geregistreerd in verschillende specialismen Ziekenhuiszorg ingedeeld naar medisch specialisme, indeling verpleegkundig specialismen komt daar niet mee overeen.

VS preventief en chronisch beperkt in mogelijkheden beroepsuitoefening GGZ- specialisme binnen AGZ niet altijd passend.

Welke invloed heeft de indeling op de positionering van de VS binnen de instelling en als beroepsgroep?

In het algemeen: geen invloed

Specialismen zijn extra barrière.

Invloed positionering uitsluitend via toedeling voorbehouden handelingen.

Wat is de communicatieve waarde van de titels?

Volgens de overgrote meerderheid van de respondenten hebben de titels geen of nauwelijks communicatieve waarde.

Een aantal respondenten mist het expertisegebied.

VS lijkt op gespecialiseerd verpleegkundige.

Buiten verpleging zeggen de titels nauwelijks iets.

Twee- en driejarig opgeleide VS'en hebben dezelfde titel, maar wat is het verschil?

Een klein aantal respondenten is wel positief over de titels.

Wat is het draagvlak voor de indeling?

Geen draagvlak

Wat zijn goede alternatieven en wat zijn de voor- en nadelen daarvan?

De volgende alternatieven zijn genoemd:

- 1) GGZ, maatschappelijke zorg, ziekenhuiszorg
- 2) VS (geen onderverdeling)
- 3) GGZ, AGZ
- 4) Huidige indeling behouden, i.v.m. nadelen alternatieven
- 5) Intensief en chronisch samenvoegen
- 6) Indeling volgens medisch specialismen (= indeling naar expertisegebied)
- 7) GGZ generalistische zorg, GGZ specialistische zorg en Somatiek generalistische zorg en Somatiek specialistische zorg
- 8) Chronisch en preventief vervangen door 1^e lijn
- 9) GGZ, thuiszorg, algemene gezondheidszorg, huisartsenzorg
- 10) Opdeling GGZ
- 11) Chronisch, intensief en acuut bij elkaar, ggz apart, preventief?
- 12) Preventief, acuut, somatische aandoeningen (=intensief en chronisch samen), geestelijke gezondheidszorg (of aandoeningen)
- 13) GGZ, somatiek (d.w.z. acuut, intensief en chronisch samenvoegen), preventie
- 14) Specialisme met vermelding 'aandachtsgebied/expertisegebied' (dit is dus iets anders dan een specialisme per expertisegebied)
- 15) VS huisartsenzorg
- 16) Toevoegen VS VGZ
- 17) Voorlopig pas op de plaats maken en de tijd nemen voor een toekomstbestendige indeling

Bijlage 3



Utrecht, 10 november 2014

Onderwerp: Indeling specialismen in de uitvoeringspraktijk

Geacht College,

Onlangs vroeg u de Registratiecommissie aan te willen geven hoe de huidige indeling in specialismen is uitgewerkt in de uitvoering en welke knelpunten daarbij worden ervaren. Hierbij ontvangt u onze reactie.

Algemeen

In de dagelijkse uitvoeringspraktijk van de RSV speelt de indeling van de specialismen een grote rol. De indeling in de specialismen wordt gehanteerd voor de inschrijving in het opleidingsregister, voor de registratie van verpleegkundig specialisten, bij de afgifte van erkenningen en bij de accreditatie van bij- en nascholing.

Inschrijving in het opleidingsregister

Hier doen zich geen grote knelpunten voor. Soms wil een VSio gedurende de opleiding wisselen van specialisme. Dit geeft geen problemen, wanneer de hoofdopleider bevestigt dat dit akkoord is.

Registratie als verpleegkundig specialist

De huidige registers – die tezamen het Verpleegkundig Specialisten Register worden genoemd - zijn ingedeeld op basis van de vijf specialismen. Bij het tussentijds wisselen van specialisme en de registratie in een dubbel specialisme (dus in twee registers) vragen om goed uitgewerkte beleidsregels. In de praktijk doen zich weinig knelpunten voor, en deze zijn zelden het directe gevolg van de aard van de specialismen-indeling.

De RSV constateert dat de wisseling van specialismen bij gelijkblijvende expertisegebieden aanleiding geeft tot onduidelijkheden die onwenselijk zijn. Deze onduidelijkheden ontstaan bijvoorbeeld wanneer een VS wil wisselen van een specialisme (bijvoorbeeld van chronische zorg naar intensieve zorg) terwijl het expertisegebied (bijvoorbeeld geriatrie) gelijk blijft. Primair ligt hier een verantwoordelijkheid van de hoofdopleiders, die moeten beoordelen welke aanvullende competenties noodzakelijk zijn om van specialisme te wisselen. Het is van belang dat zij op een goede wijze worden geconsulteerd over dit vraagstuk.

Ter informatie is een actueel overzicht toegevoegd van het aantal personen dat tot op heden in de vijf specialismen is geregistreerd.

Aantal geregistreerde verpleegkundig specialisten op 10 november 2014	
Acute zorg	134
Chronische zorg	429
Geestelijke zorg	686
Intensieve zorg	1198
Preventieve zorg	39

Afgifte van erkenningen

De afgifte van erkenningen verloopt traditioneel per specialisme. In de praktijk nemen de meeste hoofdopleiders en opleidingsinstellingen erkenningen af voor alle specialismen. Voor de praktijkopleiders en praktijkinstellingen wordt de erkenning afgegeven per praktijkopleidingsplaats, waarvan het specialisme wordt bepaald door de VSio die zich in een bepaald specialisme heeft ingeschreven.

Hier doen zich geen grote knelpunten voor.

Accreditatie van bij- en nascholing

De huidige indeling in de specialismen biedt dikwijls onvoldoende houvast om te kunnen beoordelen voor welk specialisme een scholing moet worden geaccrediteerd. Het is de vraag of dit met een andere specialisme-indeling zal verbeteren. Vermoedelijk valt hier meer heil te verwachten van heldere toetsingskaders, als zal daar wellicht een duidelijker onderscheid tussen de specialismen voor nodig zijn.

Tot slot

Samenvattend kan dan ook worden gesteld dat de huidige indeling in de vijf specialismen in de uitvoeringspraktijk van de RSV geen grote problemen of knelpunten oplevert. Omdat de huidige indeling een zeer globaal karakter heeft, is het soms moeilijk om de indeling te gebruiken als basis voor onderscheidende kwaliteitscriteria.

Met vriendelijke groet,



B. (Bas) Vogel, verpleegkundige
Secretaris Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV)

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht
Postbus 8212
3503 RE Utrecht
T (030) 291 90 50

www.verpleegkundigspecialismen.nl

Bijlage 4

Evaluatie verpleegkundig specialisten: resultaten online meningspeiling verpleegkundig specialisten (in opleiding) en werkveld⁴

A Resultaten werkveld

Bij de weergave van de resultaten wordt per vraag een onderscheid gemaakt tussen de resultaten van alle respondenten (kolom 2, 123), van de respondenten uit de geestelijke gezondheidszorg (kolom 3, 26), van de respondenten van de andere sectoren samen (kolom 4, 97) en van de respondenten uit de sector ziekenhuizen (kolom 5, 40). De cijfers in de tabellen hebben betrekking op de percentages van het totaal per kolom.

- **Oordeel huidige indeling**

Binnen het AGZ werkveld is 44% (ziekenhuizen 33%) van de respondenten van mening dat de huidige indeling een duidelijke meerwaarde heeft of dat dit wisselt per locatie. Van de ggz-respondenten geeft 66% een duidelijke of wisselende meerwaarde aan.

Huidige indeling heeft meerwaarde	Totaal	AGZ	GGZ ⁵	Ziekenhuis
Ja	33	25	54	15*
Nee	40	46	23*	60
Wisselt per locatie	16	19	11,5*	17,5*
Geen mening	11	10*	11,5*	7,5*

- **Het alternatief**

De vraag naar het meest wenselijke alternatief is door 60 personen ingevuld. Dit zijn alleen degenen die eerder aangeven dat de huidige indeling vervangen moet worden. In onderstaande tabel worden de meest genoemde alternatieven weergegeven (in % van het totaal binnen een categorie).

De alternatieven binnen de categorie 'overig' (waaronder verpleegkundig specialist, verpleegkundig specialist GGZ/AGZ, ggz/somatiek/generalistisch/specialistisch, samenvoegen intensief/chronisch, samenvoegen chronisch/preventief) zijn telkens door minder dan 4 personen genoemd.

⁴ De resultaten in de tabellen zijn weergegeven in percentage van het totaal. Resultaten die zijn gebaseerd op minder dan 10 respondenten zijn voorzien van een *.

Resultaten die zijn gebaseerd op minder dan 10 respondenten zijn voorzien van een *.

Alternatief	Totaal	AGZ	GGZ*	Ziekenhuis
Indeling naar expertisegebied	29	31	22	29*
Indeling naar zorgsectoren	22	18*	44	8*
Indeling i.a.o. nieuwe beroepenstructuur	14*	16*	-	25*
Overig	35	35	34	38

- **Urgentie**

Op de vraag of de huidige indeling vervangen moet worden antwoordt een kleine meerderheid van de AGZ-instellingen bevestigend (ziekenhuizen 60%), terwijl bijna de helft van de GGZ-instellingen geen behoefte heeft aan vervanging.

Huidige indeling moet vervangen	Totaal	AGZ	GGZ	Ziekenhuis
Ja	48	54	35*	60
Nee	31	24	46	20*
Geen mening	21	22	19*	20*

Op de vraag echter of de huidige indeling snel moet worden afgeschaft antwoord slechts 20% met ja (ziekenhuissector 28%, ggz 19%).

Huidige indeling <u>snel</u> vervangen	Totaal	AGZ	GGZ	Ziekenhuis
Ja	22	21	19*	27,5
Nee	44	43	62	30
Geen mening	34	36	19*	42,5

Rond 80% van de respondenten is het eens of volledig eens met de stelling dat de huidige indeling nog een paar jaar kan blijven bestaan als daarmee een beter, toekomstbestendig alternatief kan worden ingevoerd.

Huidige indeling in afwachting van beter alternatief	Totaal	AGZ	GGZ	Ziekenhuis
Volledig eens	20	19	19*	12,5*
Eens	59	64	54	65
Oneens	13	10*	12*	17,5*
Volledig oneens	8	7*	15*	5*

B Resultaten verpleegkundig specialisten en verpleegkundig specialisten in opleiding

Bij de weergave van de resultaten wordt per vraag een onderscheid gemaakt tussen de resultaten van alle respondenten (kolom 2, 479), van de verpleegkundig specialisten (in opleiding) geregistreerd in de vier specialismen 'bij somatische aandoeningen' (kolom 3, 338) en van de verpleegkundig specialisten (in opleiding) geestelijke gezondheidszorg (kolom 4, 141). Indien sprake is van substantiële verschillen tussen de vier specialismen 'bij somatische aandoeningen', dan wordt hier in de tekst melding van gemaakt. De cijfers in de tabellen hebben betrekking op de percentages van het totaal per kolom.

- **Aansluiting specialisme bij beroepsinhoud**

De vraag of het specialisme van de respondent aansluit bij de aard van zijn/haar dagelijkse werkzaamheden levert een opvallend antwoordenpatroon: maar liefst 84% geeft aan dat het specialisme aansluit bij de aard van de dagelijkse werkzaamheden. De specialisten chronische zorg geven hierbij het minst positieve antwoord (68% is het eens of volledig eens), gevolgd door de specialisten acute zorg (83% eens of volledig eens).

Specialisme sluit aan bij werkzaamheden	Totaal	AGZ	GGZ
Volledig eens	35	25	58
Eens	49	56	32
Oneens	14	16	9
Volledig oneens	2	3*	1*

- **Onderscheid specialismen duidelijk?**

De reacties op de stelling 'Het onderscheid tussen mijn eigen specialisme en de vier andere specialismen' zijn onderverdeeld naar specialisme sterk verschillend: voor 79% van de VS GGZ tegenover 45% van de VS geregistreerd in een 'AGZ specialisme' (50% van VS intensief, 34% VS acuut, 35% VS chronisch en 85% VS preventief) is het onderscheid duidelijk tot zeer duidelijk.

Onderscheid duidelijk	Totaal	AGZ	GGZ ⁶
Volledig eens	18	7	43
Eens	38	39	36
Oneens	37	46	18
Volledig oneens	7	8	2*

- **Keuze voor specialisme**

Bij de antwoordmogelijkheden op de vraag op grond waarvan verpleegkundig specialisten hun keuze hebben gemaakt voor hun specialisme kan een onderscheid worden gemaakt in motieven die te maken hebben met de beroepsinhoud (vanwege de wettelijke bevoegdheden, vanwege het accent van de werkzaamheden) en motieven die te maken hebben met het advies of de keuze van anderen (collega's binnen instelling of in expertisegebied in specialisme geregistreerd, advies opleiding). De motieven die te maken hebben met de beroepsinhoud worden verreweg het meest genoemd. Ca. twee derde deel van de respondenten noemt als motief voor de keuze van zijn of haar specialisme de passendheid bij de dagelijkse werkzaamheden. Verpleegkundig specialisten in de AGZ laten zich iets vaker dan verpleegkundig specialisten geestelijke gezondheidszorg (mede) leiden door het advies of de keuze van anderen. Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

Motieven keuze voor specialisme	Totaal	AGZ	GGZ
Collega's hetzelfde specialisme	11	14	4*
VS binnen expertisegebied hetzelfde specialisme	19	22	12
I.v.m. wettelijke bevoegdheid	27	24	34

⁶ Kolom telt niet op tot 100% in verband met afronden naar gehele getallen.

Op advies opleidingsinstelling	13	16	8
Past bij werkzaamheden	67	65	70

- **Titel**

Uit de vragen over het gebruik van de titel komt het beeld naar voren dat de officiële, wettelijk beschermde titels nagenoeg niet wordt gebruikt, ook niet in de vorm waarbij 'bij somatische aandoeningen' wordt weggelaten. Van alle specialismen wordt de officiële titel nog het meest gebruikt door de VS GGZ. Het merendeel van de verpleegkundig specialisten noemt zichzelf verpleegkundig specialist of verpleegkundig specialist met het expertisegebied.

Gebruikte titel	Bij	Totaal	AGZ	GGZ
Verpleegkundig specialist	Patiënt	60	62	55
	Beroepsbeoefenaar	46	51	36
Officiële titel	Patiënt	4	1*	13
	Beroepsbeoefenaar	9	3	24
Officiële titel zonder 'bij somatische aandoeningen'	Patiënt	2*	2*	1*
	Beroepsbeoefenaar	1*	2*	1*
Verpleegkundig specialist + expertisegebied	Patiënt	23	25	17
	Beroepsbeoefenaar	35	36	31
Nurse practitioner	Patiënt	1*	2*	-
	Beroepsbeoefenaar	2*	3*	-
Anders	Patiënt	10	8	14
	Beroepsbeoefenaar	7	6	8

Dit 'gebruik' van de officiële titel is verder uitgediept met de stellingen 'mijn officiële titel maakt andere beroepsbeoefenaren duidelijk waar de verpleegkundig specialist voor staat', resp. '... maakt de patiënt duidelijk wat deze van een verpleegkundig specialist kan verwachten'. Driekwart van de respondenten uit de AGZ vindt dat de titel niets zegt richting collega-beroepsbeoefenaren en 90% vindt dat de titel niet uit te leggen valt aan de patiënt. Een afwijkend beeld komt naar voren uit de antwoorden van de verpleegkundig specialisten GGZ: van hen vindt 65%, resp. 41% dat de officiële titel wel een duidelijke inhoud heeft is voor andere beroepsbeoefenaren resp. patiënten.

Duidelijkheid over beroep bij andere beroepsbeoefenaar	Totaal	AGZ	GGZ
Volledig eens	9	2*	24
Eens	30	25	41
Oneens	47	54	31
Volledig oneens	14	19	4*

Duidelijkheid over beroep bij patiënt	Totaal	AGZ	GGZ
Volledig eens	5	2*	11
Eens	15	9	30
Oneens	57	60	51
Volledig oneens	23	29	8

- **Alternatieven**

Aan de 248 respondenten die aangaven dat de huidige indeling vervangen moet worden is gevraagd welke alternatieve indeling hun voorkeur heeft. Iets meer dan een derde van deze groep geeft de voorkeur aan een indeling naar expertisegebieden. De andere indelingsprincipes hebben kleinere aantallen of nauwelijks voorstanders.

Alternatief	Totaal ⁷	AGZ	GGZ
Indeling naar expertisegebied	35	35	35

⁷ Kolom telt niet op tot 100% in verband met afronden naar gehele getallen.

Verpleegkundig specialist	16	16	12*
VS GGZ/VS AGZ	13	12	21*
Generalistisch/ specialistisch	3*	2*	9*
Variant huidige indeling	9	11	-
Indeling naar zorgsectoren	13	14	9*
Indeling i.a.o. nieuwe beroepen-structuur	5	6	3*
Overig	5	4*	11*

- **Oordeel huidige indeling⁸**

Rond 60% de respondenten AGZ geeft aan dat men niet tevreden is met de huidige indeling en dat deze vervangen moet worden. Van de respondenten GGZ is de helft juist tevreden en hoeft de indeling voor 43% niet vervangen te worden.

Tevreden?	Totaal	AGZ	GGZ
Ja	32	23	52
Nee	49	60	21
Geen mening	7	7	8

Vervangen?	Totaal	AGZ	GGZ
Ja	52	64	24
Nee	25	18	43
Geen mening	9	6	15

⁸ Kolommen tellen niet op tot 100% aangezien deze vragen niet door alle respondenten zijn ingevuld.

- **Urgentie**

Op de vraag of de huidige indeling snel moet worden afgeschaft antwoordt bijna de helft van de respondenten AGZ bevestigend. Van de respondenten GGZ wil slechts 13% snel afschaffen

Huidige indeling snel afschaffen	Totaal	AGZ	GGZ
Volledig eens	11	14	3*
Eens	26	33	8
Oneens	54	49	69
Volledig oneens	9	4	20

Daarentegen vindt de overgrote meerderheid van de verpleegkundig specialisten (in opleiding) dat de huidige indeling nog een paar jaar kan blijven bestaan als daarmee een beter, toekomstbestendig alternatief kan worden ingevoerd.

Huidige indeling in afwachting van beter alternatief	Totaal	AGZ	GGZ
Volledig eens	16	15	20
Eens	60	58	63
Oneens	16	19	10
Volledig oneens	8	8	7

- **Opleiding**

Gevraagd is of de huidige opleiding voldoende is toegesneden op de vijf specialismen

Opleiding toegesneden op specialismen	Totaal	AGZ	GGZ
Volledig eens	4	2*	8
Eens	37	29	56

Oneens	48	57	27
Volledig oneens	11	12	8

Op de vraag of de indeling in specialismen leidend moet zijn voor de inrichting van de opleiding antwoordt 71% bevestigend.

Indeling moet leidend zijn voor opleiding	Totaal	AGZ	GGZ
Volledig eens	18	12	33
Eens	53	53	53
Oneens	25	30	11
Volledig oneens	4	5*	3*

Tenslotte zijn de respondenten twee tegengestelde stellingen voorgelegd, waarover men op een vijfpuntsschaal zijn mening kon geven: 'Ik vind dat specialismen waarin jaarlijks weinig mensen worden opgeleid geconcentreerd moeten worden bij een beperkt aantal opleidingsinstellingen' versus 'Ik vind dat alle opleidingsinstellingen moeten opleiding in alle specialismen' (vraag 33). Uit de antwoorden op vraag 33 komt een voorkeur voor concentratie naar voren; naar concentratie neigt 50%, naar spreiding 26% (AGZ 45/31, GGZ 60/14).



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Verpleegkundig Specialisten Register
De heer dr. J.J. Meij, voorzitter
Postbus 9015B
4800 RK BREDA

**Directie Macro
Economische
Vraagstukken en
Arbeidsmarkt MEVA**
Rijnstraat 50
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rjksoverheid.nl

Inlichtingen bij

T.P. Hoogeveen
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

Kenmerk
730055-133730-MEVA
Uw brief
V&VN/20729348/SB/GL

Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van de
brief.

Datum 26 maart 2015
Betreft Rapportage CSV

Geachte heer Meij,

Met belangstelling heb ik kennis genomen van uw brief d.d. 24 februari 2015 inzake de tussenrapportage van het tot nu toe doorlopen traject en uw voorlopige bevindingen inzake de evaluatie door het CSV van de indeling van verpleegkundig specialismen. Ik stel deze rapportage zeer op prijs omdat het mij helder inzicht geeft in de tot nu toe ondernomen stappen door het CSV.

Uit uw rapportage blijkt dat de huidige indeling, noch bij collegeleden, noch bij hun achterban op draagvlak kan rekenen. Ook bij mij zijn signalen bekend vanuit het veld, zowel individueel als van organisaties die in praktijk daarmee moeten werken, dat die indeling niet goed werkbaar blijkt te zijn. Ik ben dan ook blij dat het CSV dit oppakt, en heeft besloten tot een verdiepingsslag in de evaluatie om te komen tot een alternatief die kan rekenen op een breed draagvlak. Daartoe zal het CSV enquêtes houden onder verpleegkundig specialisten en het werkveld. Daarnaast begrijp ik uit uw brief dat het CSV zich op dit moment nog beraad over de wijze waarop verderop in het traject omgevingspartijen worden geraadpleegd.

In dit verband wil ik u het volgende meegeven:

- Het lijkt zinvol om vanuit ziekenhuizen breder te bevragen, omdat het juist ook die organisaties zijn die in praktijk werken met verpleegkundig specialisten.
- Ook lijkt het nuttig de NVZ, de NFU, het Landelijk Platform VS-PA en de Stichting KOH te Eindhoven (deze laatste vanwege het feit dat deze als landelijk kenniscentrum taakherschikking eerstelijnszorg fungeert) te betrekken.
- Interessant is te kijken in hoeverre de indeling zich al dan niet verhoudt tot het internationaal perspectief.
- Tevens dient bij dit traject de relatie en benutting van huidige regelgeving meegenomen te worden. Dit is onder meer relevant voor de wet BIG.

Ik dank u voor uw tussenrapportage en word graag door u op de hoogte gehouden van het verloop van het verdere traject met betrekking tot de evaluatie.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Macro-Economische Vraagstukken
en Arbeidsmarkt,


drs. E. Mur