

„Advanced practice nursing”: verpleegkundig specialisten in Vlaamse universitaire ziekenhuizen

A. VAN HECKE^{1, 5}, K. BEECKMAN², S. OPDEBEECK³, P. VAN BOGAERT⁴

Samenvatting

De acute zorg heeft de laatste twintig jaar belangrijke veranderingen doorgemaakt, zowel in het zorgaanbod als in de patiëntengroep. Deze veranderingen hebben een diepgaande impact op de organisatie van de acute zorg, op de professionalisering van zorgverleners en tevens op de opdracht, taakinvulling en organisatie van de verpleegkundige praktijkvoering. Eén van de belangrijke evoluties is de toenemende ontwikkeling in ziekenhuizen van „advanced practice nursing” (APN) door verpleegkundig specialisten (VS) aan te stellen, die via wetenschappelijk onderbouwde, specialistische klinische kennis en specifieke vaardigheden en competenties de diepgang en innovatie van de zorg en de verpleegkunde bewerkstelligen.

Het artikel beschrijft de ontwikkeling en de betekenis van APN met een focus op VS in een (inter) nationale context. Coachen en begeleiden van patiënten en familieleden en van verpleegkundigen en andere zorgverleners, onderzoeker, klinisch en professioneel leiderschap, interdisciplinair samenwerken en ondersteunen van ethische besluitvorming zijn essentiële rollen die de VS vervult. Dit artikel bespreekt hoe APN concreet vorm krijgt in vier Vlaamse universitaire ziekenhuizen (Leuven, Gent, Brussel, Antwerpen) en welke onderwijs- en opleidingsbehoeften en randvoorwaarden voor implementatie van deze functies in ziekenhuizen zijn. Dit artikel wil een bijdrage leveren tot een debat met relevante stakeholders – waaronder o.a. ziekenhuisdirecties en artsen – over de rol van APN/VS in de zorg in Vlaanderen.

Inleiding

In de westerse industrielanden heeft de gezondheidszorg de laatste twee decennia belangrijke veranderingen doorgemaakt. Factoren die hier aan de basis van liggen zijn het steeds vernieuwende aanbod van wetenschappelijke kennis en technologische evoluties.

Daarnaast is ook de patiëntengroep veranderd, en dit zowel voor wat betreft de mentaliteit (men is beter geïnformeerd, mondiger en assertiever) als de demografie (vergrijzing). Dit heeft de complexiteit van het zorgaanbod sterk beïnvloed in de richting van een meer patiëntgestuurde transmurale zorg, voor een meer chronische patiëntengroep die ouder wordt. Daarenboven verwacht de overheid, o.a. via een accrediteringsproces, in toenemende mate van ziekenhuizen en zorgverleners verantwoording voor de organisatie van zorg, inzet van middelen en zorgresultaten. Een laatste factor die een rol speelt is de toenemende vereiste dat de medische en verpleegkundige zorg gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie. Dit vraagt een aangepaste cultuur, structuur en organisatie waar evidentie ontwikkeld en geïmplementeerd kan worden.

De geschetste evoluties beïnvloeden sterk de relatie tussen zorgverleners van verschillende disciplines, met een behoefte aan meer doelgericht samenwerken, binnen specifieke klinische domeinen en patiëntengroepen. In de verpleegkundige praktijkvoering

¹ Universitair Centrum voor Verpleegkundige en Vroedkunde, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, Universiteit Gent.

² „Nursing and Midwifery Research Group”, Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Geneeskunde en Farmacie – Departement Verpleeg- en Vroedkunde UZ Brussel.

³ Competentiecentrum Verpleegkunde – Universitair Ziekenhuis Leuven.

⁴ Vakgroep Verpleegkunde en Vroedkunde, „Centre for Research and Innovation in Care (CRIC)”, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

⁵ Correspondentieadres: prof. dr. A. Van Hecke, Universitair Centrum voor Verpleegkundige en Vroedkunde, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, Universiteit Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent; e-mail: ann.vanhecke@ugent.be

zijn de huidige competenties van verpleegkundigen de basis van het leveren van kwaliteitsvolle zorg. Tegelijkertijd is er behoefte aan de gerichte inzet van een zeer gespecialiseerde verpleegkundige deskundigheid zowel voor specifieke zorgdomeinen en patiëntengroepen als voor specifieke expertise die ziekenhuisbreed kan ingezet worden.

In eerste instantie is er binnen de verpleegafdelingen op min of meer dagelijkse basis nood aan een gespecialiseerde klinische kennis, die men niet van elke verpleegkundige verantwoordelijk voor directe zorg kan verwachten. Op dit niveau worden reeds afdelingsspecifieke *referentieverpleegkundigen* ingezet. Een bijkomende behoefte aan verpleegkundige expertise laat zich op afdelingsniveau minder dagelijks voelen, en wordt afdelingsoverschrijdend georganiseerd o.a. door middel van *verpleegkundig consulenten*. De referentieverpleegkundigen en verpleegkundig consulenten verwerven via bijkomende opleiding een bepaalde vakbekwaamheid en/of specialisatie in een specifiek klinisch domein. Op een derde niveau is er niet enkel nood aan extra specialistische deskundigheid, maar ook aan de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde verpleegkundige innovaties voor een specifieke pathologie, therapievorm en/of specialisatiegebied. Het is op dit niveau dat de master-opgeleide verpleegkundig specialist (VS) haar intrede doet. In de wetenschappelijke literatuur wordt dit derde niveau aangeduid als „advanced practice nursing” (APN).

Het doel van dit artikel is de ontwikkeling en de betekenis van APN en VS in een (inter)nationale context te bespreken. Dit artikel bespreekt hoe APN concreet vorm krijgt in vier Vlaamse universitaire ziekenhuizen en wat de onderwijs- en opleidingsbehoeften en randvoorwaarden voor implementatie van deze functies in ziekenhuizen zijn. Dit artikel wil een bijdrage leveren tot een debat met alle relevante stakeholders – waaronder ziekenhuisdirecties, leidinggevendenden, artsen, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, andere hulpverleners en patiënten – over de rol van APN/VS in de zorg in Vlaanderen.

De ontwikkeling, opdracht en betekenis van APN

De introductie en ontwikkeling van APN door het inzetten van „advanced practice nurses” is één van de meest belangrijke ontwikkelingen in de verpleegkunde in de loop van de twintigste eeuw (1). APN kent

zijn oorsprong in de Verenigde Staten (USA), maar heeft zich ondertussen ook verspreid in Europa en daarbuiten (2, 3). Vooral het Verenigd Koninkrijk (VK) en Nederland hebben van APN (cf. „nurse practitioner”/verpleegkundig specialist) een prioriteit gemaakt in hun gezondheidszorgbeleid. In België komt de ontwikkeling van APN eerder schoorvoetend op gang.

De „International Council of Nursing” definieert APN als „*a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which she/he is credentialed to practice. A master level degree is recommended for entry level*” (4). Wat APN precies inhoudt, is echter niet eenduidig te definiëren en verschillende begrippen worden gebruikt. In de internationale literatuur is er verwarring omtrent de terminologie en definitie van APN (5, 6). Begrippen die gebruikt worden om APN te beschrijven, zijn o.a. „nurse practitioner” (NP), „clinical nurse specialist” (CNS), „advanced practitioner”, „clinical nurse consultant”, „specialist practitioner” (7). Deze veelheid aan begrippen en bijhorende definiëringen verwijzen enerzijds naar de wijde variatie aan rollen die in de praktijk voorkomen: APN is een paraplu-begrip (8-10). Anderzijds is de diversiteit ook een gevolg van de verschillen in gezondheidszorgsystemen in landen, waaronder verschillen in het wettelijke en professionele kader (4). Ondanks de verschillen tussen definities breekt APN met de traditie waarbij verpleegkundigen opklimmen door zich van de directe klinische patiëntenzorg te verwijderen: de directe klinische praktijk blijft immers centraal bij de invulling van APN (11). Internationaal worden de begrippen CNS en NP het vaakst gebruikt.

CNS zijn klinisch verpleegkundig specialisten (expertise) die directe complexe patiëntenzorg bieden. Deze zijn academisch opgeleide verpleegkundigen. Naast het coachen en begeleiden van patiënten en hun familieleden, staan zij ook in voor de begeleiding, opleiding en ondersteuning van verpleegkundigen en andere leden van het multidisciplinaire team. Zij nemen taken op die het verpleegkundig takenpakket verbreden en die traditioneel aan een andere beroepsgroep (bv. artsen) toegewezen worden („expansion”); ze vervullen een belangrijke rol in het implementeren van „evidence based practice” en in de verdere professionalisering van het verpleegkundig beroep („advancement”). CNS hebben vooral de „care” als focus. NP hebben zowel de „care” als de „cure” als focus. Zij verlenen klinische expertenzorg, waaronder het medisch „assessment”, de

diagnose en behandeling van eenvoudige medische problemen en het voorschrijven van medicatie (o.a. in Nederland, VK, Zweden, Australië). In de USA werden CNS de voorbije jaren vaak vervangen door NP. De rol van NP is echter soms omstreden. Dit heeft vooral te maken met de „role expansion” waarbij de grens met het traditionele medische terrein overschreden wordt (12, 13). Hierdoor ontstaat het risico dat medische taken eerder voorrang krijgen ten opzichte van verpleegkundige taken, met expansie zonder verpleegkundige klinische verdieping als resultaat.

Ook de „clinical nurse research consultant” doet haar intrede (14). Currey et al. (2011) omschrijven de opdracht van deze op doctoraatsniveau opgeleide professional als volgt: *„to direct organizational change in clinical units, champion the use of evidence-based practice among nurses, provide clinical expertise including direct patient care, lead research programmes and act as a consultant between nurses, educators, academics and administrators”* (14). Redenen hiervoor zijn de toegenomen nood aan en aandacht voor de implementatie van „evidence” in de praktijk.

In België en de omliggende landen is er een toenemende aandacht voor andere/nieuwere rollen in het zorglandschap zoals bv. de rol van „physician assistant” (PA). De focus van de PA richt zich op de patiënt en diens medisch probleem (cf. „cure”). De PA voert hoofdzakelijk medisch geprotocolleerde en gestandaardiseerde handelingen en administratieve taken uit onder supervisie van de verantwoordelijke arts. Begeleidingsaspecten en coaching behoren minder tot het takenpakket van de PA, die op die manier een minder holistisch en minder verpleegkundig ingevuld takenpakket heeft. In tegenstelling tot de CNS en de NP, die per definitie verpleegkundigen zijn, kan een PA dan ook een niet-verpleegkundige zijn. In Nederland is er sedert 2003 een geaccrediteerde opleiding tot PA; in België bestaat deze niet. De PA wordt doorgaans niet als een APN beschouwd.

Een toonaangevende referentie m.b.t. de opdracht van APN is Hamric et al. (2014) (15). Hamric en collega's beschrijven zes opdrachten van APN:

1. Het verlenen van klinische expertenzorg gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. De APN kan bij uitstek interactie van gezondheids- en levensproblemen analyseren en – in samenspraak met de patiënt, zijn omgeving en andere zorgverleners – een antwoord zoeken waarin „evidence-based” informatie op maat van de patiënt geïndividualiseerd wordt. Op die manier kan de patiënt geholpen worden om met de gevolgen van de ziekte voor het

dagelijks leven om te gaan en kan de kwaliteit van het leven geoptimaliseerd worden.

2. Interdisciplinair samenwerken waarbij de APN vaak een coördinerende rol heeft in de patiëntenzorg en in multidisciplinaire werkgroepen binnen zijn/haar expertisedomein.
3. Klinisch en professioneel leiderschap. Dit uit zich in het opnemen van de rol van autonome „professional” die – in samenspraak met zijn/haar stakeholders – de uitbouw van het eigen werkveld vorm geeft. Het actief meewerken aan de visie en doelstellingen van het verpleegkundig beleid, zowel binnen de organisatie als daarbuiten, via participatie in nationale en internationale werkgroepen/ adviesraden.
4. Coachen van patiënten (en hun omgeving) en andere zorgverleners met het oog op competentieontwikkeling en uitbreiding van zelfstandig (professioneel) handelen. Dit krijgt o.a. vorm via raadplegingen op vraag en verpleegkundige spreekuren voor patiënten (bij uitstek bij patiënten met een chronische aandoening, in het kader van zelfmanagementondersteuning) binnen zijn/haar zorgdomein.
5. Het voeren van wetenschappelijk onderzoek binnen zijn/haar specifiek verpleegkundig zorgdomein met als doel innovatieve en op evidentie gebaseerde verpleegkundige zorg aan te bieden.
6. Een concrete bijdrage leveren aan de ethische besluitvorming voor wat betreft concrete casuïstiek en ondersteuning bieden in de ontwikkeling van een ethisch beleid binnen de organisatie en daarbuiten.

Het aantonen van de betekenis en meerwaarde van APN op de patiëntgebonden gezondheidsuitkomsten is niet eenvoudig, niet alleen vanwege de geringe eenduidigheid in de definitie en de praktische invulling van APN, maar ook vanwege de eerder indirecte impact van deze rollen op patiëntuitkomsten (13). Huidig onderzoek m.b.t. de uitkomsten en doeltreffendheid van APN focust op (1) de vergelijking tussen APN en medische zorgverleners, (2) de patiënttevredenheid en (3) de meerwaarde van APN. Weinig studies rapporteren over APN-sensitieve uitkomsten (7). APN heeft een positieve impact op de patiëntenzorg en de kosten en het vermindert wachttijden (16). Martinez-Gonzalez et al. (2014) rapporteerden dat „nurse-led care” met hoog opgeleide NP leidt tot een hogere patiënttevredenheid, een afname van mortaliteit en van het aantal ziekenhuisopnamen (17). Laurant et al. (2009) vonden geen significante verschillen tussen zorg geboden door artsen en

zorg geboden door APN m.b.t. gezondheidsuitkomsten, zorgprocessen en kosten in de thuiszorg (18). Newhouse et al. (2011) rapporteerden analoge resultaten (19). Het vergelijken van APN-zorg met zorg geboden door artsen is evenwel niet zonder kritiek. Het gaat immers voorbij aan de complexiteit van zorg geboden door verpleegkundigen. Ook de focus op een multidisciplinaire samenwerking van de APN maakt het evalueren van de individuele bijdrage van een APN bijzonder moeilijk (7).

Introductie en ontwikkelingen van APN in Vlaanderen

Het belang van de introductie en ontwikkeling van APN in België werd helder geduid in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Deze raad stelde op 11 juni 2009 dat een functiedifferentiatie-model met inbegrip van universitair opgeleide verpleegkundigen een belangrijke rol kan spelen in het aanbieden van kwalitatieve en op evidentie gebaseerde zorg (20). Andere Vlaamse en nationale beleidsteksten ondersteunen deze nood aan universitair opgeleide verpleegkundigen met een klinische focus (21-24). In deze nota's wordt de spraakverwarring wat betreft de gebruikte benamingen voor APN over de verschillende ziekenhuizen besproken. Functies met een vergelijkbare taakinhoud krijgen soms binnen eenzelfde ziekenhuis verschillende benamingen. Ook zijn er soms sterke verschillen in de taakinhoud van mensen met eenzelfde functiebenaming. Dit komt de herkenbaarheid van APN niet ten goede en belemmert een evolutie tot een gedegen wettelijk kader van APN (22).

In een aantal beleidsteksten wordt aanbevolen per 30 voltijds verpleegkundigen en verzorgenden/zorgkundigen een halftijdse opdracht voor de functie van APN d.m.v. een VS te voorzien in de ziekenhuisfinanciering (21, 22). In deze nota is vermeld dat ziekenhuizen het bewijs moeten leveren dat ze de VS daadwerkelijk inzetten ter versterking van het verpleegkundig team, dat de extra verloning wordt verwezenlijkt en dat de meerwaarde van de VS wordt aangetoond. Het Federaal Kenniscentrum (KCE) (2012) schuift APN naar voor als een belangrijke speler in de transmurale zorg aan patiënten met chronische ziekten (23). Echter, in het KCE-rapport lijkt vooral de taakherschikking (het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen) en de ondersteuning van de huisarts bij het uitvoeren en overnemen van een aantal klinische routinetaken de voornaamste focus.

Een thema dat vooral in de context van APN aan de orde is, is het verpleegkundig voorschrift en consult. In dit verband is er binnen de Technische Commissie Verpleegkunde (FOD Volksgezondheid) sinds 2011 een werkgroep actief. In België is er momenteel nog geen wettelijke basis voor het verpleegkundig voorschrift, wat in Nederland wel het geval is.

Hoewel de VS een belangrijke nieuwkomer lijkt te zijn op basis van de hierboven vermelde nota's en werkgroepen, bestaat er nog geen functiebeschrijving van de VS op nationaal niveau. Nederland doet het op dit vlak beter, hoewel deze Nederlandse functieomschrijving vooral NP beschrijft en het hier gaat om professioneel masteropgeleide VS (25). De functiebeschrijvingen van *referentieverpleegkundige op de dienst* en *referentieverpleegkundige – dienstoverstijgend* (in de praktijk vaak verpleegkundig consultant genoemd) zijn wel uitgewerkt op nationaal niveau (http://www.IF_IC.ORG). De omschrijving van de therapeutisch coördinator in de geestelijke gezondheidszorg lijkt het meest aan te sluiten bij de functieomschrijving van de VS.

Ook in de praktijk in Vlaanderen is het aantal universitair opgeleide verpleegkundigen met een rolomschrijving die beantwoordt aan die van de APN eerder beperkt. Redenen hiervoor zijn het ontbreken van financiële en juridische kaders, het nog onvoldoende beschikbaar zijn van (aantrekkelijke) klinische ladders voor verpleegkundigen en een onvoldoende kennis van de meerwaarde van deze universitair opgeleide verpleegkundigen bij relevante stakeholders (26).

De praktijk in vier Vlaamse universitaire ziekenhuizen

In 2008 werd een nota opgesteld door vier Vlaamse universitaire ziekenhuizen waarin de rol van de APN en de PA verduidelijkt wordt (27). Deze nota en ook andere nationale, regionale en lokale beleidsnota's hebben ertoe geleid dat op dit moment alle Vlaamse universitaire ziekenhuizen volop aan de slag zijn met de uitbouw van een klinische ladder. Hierdoor kunnen zij als casus wellicht inspirerend zijn voor de overheid om deze professionele ontwikkeling binnen de verpleegkunde wettelijk te verankeren en tevens voor andere ziekenhuizen die overwegen om het concept van klinische ladder te implementeren. De klinische ladder ondersteunt een structurele professionele ontplooiing van verpleegkundigen in de directe zorg en ondervangt de behoefte aan specifieke gespecialiseerde klinische kennis voor een kwalitatieve en veilige

zorg. De casussen in dit artikel zijn beperkt tot universitaire ziekenhuizen, hoewel ook in regionale ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstellingen masteropgeleide expertfuncties/VS tewerkgesteld worden. Jarenlange expertise binnen een zorgdomein kan ook leiden tot niet-masteropgeleide verpleegkundigen die op APN-niveau functioneren. Onderstaande beschrijving gaat niet over gespecialiseerde en eerder technische functies uitgevoerd door verpleegkundigen (bv. echocardiografische verpleegkundigen).

Volgende aspecten worden beschreven per ziekenhuis: doelstelling van de klinische ladder, benamingen expertfuncties, basisvereisten, rollen/competenties en specialisatiedomeinen.

UZ Leuven

- **Doelstelling:** de klinische ladder is een belangrijk instrument om via wetenschappelijk onderbouwde, specialistische kennis te komen tot expansie en innovatie van de verpleegkundige zorg en tot een topverpleegkunde, die in een context van multidisciplinaire samenwerking aansluit bij de behoeften van zijn specifieke patiëntenbevolking en bij de opdracht van een universitair ziekenhuis.
- **Benaming expertfuncties:** de klinische ladder maakt integraal deel uit van de globale loopbaanstrategie en omvat drie voldoende onderscheiden *niveaus*. Vertrekkende van de verpleegkundige, over de referentieverpleegkundige en de verpleegkundig consulent tot de VS. Er is reeds een lange traditie van VS. De eerste functies dateren van medio jaren '90 van de twintigste eeuw.
- **Basisvereisten:** voor elke kandidaatstelling voor de vacature van VS gelden de vereisten geformuleerd conform de functieomschrijving. Het beschikken over een masteropleiding is daar één van. In een aantal gevallen wordt de functie reeds gecombineerd met het behalen van een masteropleiding. Het beschikken over (voldoende) werkervaring is afhankelijk van het domein van specialisatie. Het is vanzelfsprekend dat voldoende klinische achtergrond op verschillende vlakken bevorderend zal werken. Enerzijds zal de verdieping in de zorginhoudelijke aspecten een vlotter verloop kennen. Anderzijds zal ook de geloofwaardigheid en de opbouw van vertrouwen bij andere clinici een belangrijke troef vormen. Voor de functie van verpleegkundig consulent en referentieverpleegkundige is het beschikken over een masterdiploma een

meerwaarde doch geen vereiste. In een aantal gevallen is het traject van verpleegkundig consulent een perfect voortraject voor VS.

- **Rollen/competenties:** werkinhoudelijk situeert de VS zich in de internationale traditie van APN, waarbij de VS de zes rollen, beschreven door Hamric et al. (2014) aanwezig zijn (zie boven) (15). De directe klinische praktijk fungeert als een soort centrale rol waardoor de andere zes rollen gevoed worden. Het is in de klinische praktijk dat de VS zijn expertise uitbouwt, implementeert en doorgeeft, dit laatste zowel aan andere verpleegkundigen, paramedici als aan artsen. De VS fungeert als een rolmodel, zichtbaar en identificeerbaar voor de bedside verpleegkundigen. Dit resulteert in een vlotte toegankelijkheid voor aftoetsing of advies. Afhankelijk van het concrete mandaat worden ook eigen accenten gelegd, waardoor een bepaalde rol bij de ene VS sterker uitgewerkt is dan bij de andere. De coaching en de consulting rol nemen in de praktijk het grootste deel van de tijd in beslag. In de praktijk bepaalt elke VS in nauwe samenwerking met de voornaamste stakeholders de te behalen doelstellingen voor het komende werkjaar en leveren ook hun specifieke bijdrage en accenten in de multidisciplinaire beleidsplannen die worden opgemaakt voor een termijn van vier jaar.
- **Specialisatiedomeinen:** er zijn een twintigtal VS actief gespreid over een 15-tal domeinen nl. congenitale cardiologie, hartritmestoornissen, „cardiovascular implantable electronic device” (CIED), therapietrouw kinderen, longtransplantatie, hematologie/oncologie, oncologische borstzorg, kinderoncologie, chronisch nierlijden, hemofilie, intraveneuze katheterzorg, pijn, wondzorg en decubituspreventie, palliatieve zorg, hemovigilantie, geriatrie.

UZ Gent

- **Doelstelling:** inherent aan de kernopdrachten van het UZ Gent bieden verpleegkundige expertfuncties niet louter hooggekwalificeerde patiëntenzorg, maar zijn ze actieve partners in opleiding, wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke dienstverlening. Zij maken deel uit van de interdisciplinaire zorgteams die samen werken aan een innovatieve, patiëntgerichte en doeltreffende zorgorganisatie. Ze dragen bij tot de deskundigheidsbevordering van alle verpleegkundigen. Werken met functiedifferentiatie binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening moet eveneens leiden tot een verhoogde aantrekkingskracht van het beroep.

- **Benaming expertfuncties:** gebaseerd op de naamgeving zoals voorgesteld in Zorgnet Vlaanderen, Nota Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. De klinische ladder bevat vier expertfuncties: de verpleegkundige, de referentieverpleegkundige, de verpleegkundig consulent en de VS (VS sedert 2000).
 - **Basisvereisten:** een functieomschrijving voor de rol van VS werd uitgeschreven in 2010. VS zijn verpleegkundigen met een masteropleiding, die een *bijzondere beroepsbekwaamheid* of een *bijzondere beroepstitel* hebben, die kunnen aantonen dat ze zich permanent bijscholen en die bij voorkeur drie jaar ervaring hebben in het specifieke zorgdomein. De huidige functieomschrijving omvat ook welke leidinggevende de VS aanstuurt en coacht en wie de VS zelf aanstuurt en coacht. Samenwerkingsrelaties met o.a. verpleegkundigen, referentieverpleegkundigen en verpleegkundig consulenten, collega VS, hoofdverpleegkundigen en leden van het multidisciplinair team zijn omschreven in deze functieomschrijving. Sedert 2014 is men in het UZ Gent de klinische ladder verder gaan optimaliseren. Een ad-hocwerkgroep heeft tot doel een betere afstemming te krijgen tussen deze verschillende, meer gespecialiseerde klinische functies binnen de verpleging. Bijkomend buigt deze werkgroep zich over de mogelijke rol van NP en PA in de zorg aan patiënten.
 - **Rollen/competenties:** centraal in de rol van VS staat specialisatie, vooruitgang van zorg en het patiënt-, collega- en organisatiegeoriënteerd (intern en extern) werken. De volgende resultaatsgebieden werden gedefinieerd in de functieomschrijving: directe patiëntenzorg intern en extern, consulentchap, individuele en groepsdeskundigheidsbevordering, innovatie en beleid en wetenschappelijk onderzoek. De invulling en het al dan niet gelijktijdig opnemen van de rollen kunnen verschillend zijn naargelang het traject dat de VS doorloopt.
 - **Specialisatiedomeinen:** twaalf VS in verschillende specialistische domeinen (o.a. wondzorg, (kinder) oncologie, congenitaal hartfalen, hartfalen – harttransplantatie – steunhart, genetica, urologie, geriatrie, neurologie).
- UZ Brussel**
- **Doelstelling:** er is een metroplan dat de loopbaanmogelijkheden van verpleegkundigen weergeeft. Dit plan geeft de richting aan die leidt tot verschillende functies binnen het ziekenhuis.
 - **Benaming expertfuncties:** de klinische functieclassificatie van de verpleegkundige start bij de verpleegkundige met een zorgfunctie van beginnende naar gevorderde tot professionele verpleegkundige. Enkele verpleegkundigen onderscheiden zich vanwege hun voortrekkersrol. Zij zijn ontwikkelaars van zorg op de afdeling en groeien door naar een verpleegkundige expertfunctie: referentieverpleegkundige, verpleegkundig (technisch) specialist of NP.
 - **Basisvereisten:** de functieomschrijving voor de VS beschrijft dat diens werk zich richt op een nauw omschreven patiëntencategorie in de directe patiëntenzorg met als opdracht deze te verbeteren door onderzoek, onderwijs, consultatie en innovatie. Voor de VS domeinen waar een bachelor-na-bachelor voorbereiding voorhanden is, is dit een basisvereiste om tot de functie van VS door te groeien. Afhankelijk van de inhoudelijke rollen die de VS dient op te nemen is het aantal jaren werkervaring bepaald. Een masteropleiding vormt een meerwaarde, zeker voor het invullen van de wetenschappelijke rol, maar is geen vereiste.
 - **Rollen/competenties:** de VS werkt binnen een specifiek domein rond de voortdurende verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg en professionalisering en is niet gebonden aan één afdeling, maar werkt organisatiebreed of afdelingsoverschrijdend. De VS stuurt de referentieverpleegkundigen op de afdeling inhoudelijk aan die werken rond dit specifieke domein. In haar functie fungeert de VS als rolmodel in de ondersteuning aan verpleegkundigen (uitvoeren en beoordelen van directe zorg), en dit zowel naar de individuele verpleegkundige (consultatiefunctie – deskundigheidsbevordering) als naar de groep (ontwikkelen van nieuwe zorg – opstelling en actualisering van procedures en richtlijnen inzake zijn/haar vakgebied). De VS zorgt voor integratie van de nieuwste wetenschappelijke kennis inzake zijn/haar aandachtsgebied in de zorgverlening. De volgende opdrachten behoren tot het takenpakket: klinisch leiding geven, kwaliteitsmanagement voor de verpleegkundige zorg, research, klinische expertise verwerven en doorgeven, doceren in het specifieke bekwaamheidsdomein, ontwikkelen van transmurale samenwerkingsverbanden en multidisciplinaire vergaderingen leiden. Ook al sluit de inhoudelijke functie aan bij de internationale traditie van APN, is een VS niet altijd in elk van de zes APN rollen actief.
 - **Specialisatiedomeinen:** tien VS met een masteropleiding in verschillende specialistische domeinen (o.a. pijnbehandeling, wondzorg, hemodialyse, cardiologie, neurologie), aangevuld met zes VS

zonder masteropleiding (o.a. longziekten, oncofertiliteit, „ventilation practitioner”). Deze laatsten hebben expertise opgebouwd door vele jaren ervaring en specialisaties die zich richten op de inhoudelijke expertrol door middel van (internationale) bachelor na bachelor opleidingen.

UZ Antwerpen (UZA)

- **Doelstelling:** deskundigheid en competenties van zorgverleners moeten afgestemd zijn op de vraag: *wie, met welke deskundigheid en competenties, het best de patiënt kan helpen*. Er werd reeds aanvang gemaakt met de horizontale of klinische promotie onder de vorm van de zogenaamde „klinische ladders” gebonden aan een specifiek klinisch domein. Hiervoor werd een model uitgebouwd dat transparant duidt wie op welk moment in zijn/haar loopbaan in aanmerking komt voor een klinische promotie. Dit deel ondersteunt de ontwikkeling van de verpleegkundige basisfuncties en waarborgt dat ook expertfuncties een belangrijke meerwaarde kunnen creëren.
- **Benaming expertfuncties:** gebaseerd op de naamgeving zoals voorgesteld in Zorgnet Vlaanderen en de Nota Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. Totdat er duidelijkheid is over financiering en een landelijke regeling via de sectorale functieclassificatie wordt een eenvoudig model ingevoerd waarbij twee niveaus worden beschreven: de verpleegkundig consulent en de VS. Referentieverpleegkundigen hebben reeds langer hun plaats verworven in de organisatie.
- **Basisvereisten:** verpleegkundigen die in aanmerking komen voor VS kiezen zelf voor deze status door een aanvraag in te dienen. Basisvereisten hiervoor zijn: vier jaar ervaring in het UZA waarvan minstens één jaar functioneren in de expertfunctie van VS en een masterdiploma. Via een jaarlijks functioneringsgesprek en een jaarlijks evaluatiegesprek kan hij/zij zijn/haar status van expert behouden. De concrete doelstelling die wordt getoetst is of de kandidaat het klinisch en organisatorische portfolio heeft geactualiseerd en tevens blijft voldoen aan de voorwaarden van het expertdifferentiatie-model. Door middel van een checklist wordt het evaluatieproces geobjectiveerd en ondersteund.
- **Rollen/competenties:** binnen een specifiek klinisch domein (1) activiteiten ontplooiën naar een betere klinische uitkomst, patiënttevredenheid en tevredenheid van de arts, (2) het creëren van een

professionele innovatieve zorgomgeving gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, attractief voor zorgprofessionals en (3) een volledige integratie in het zorgproces gericht op samenwerking met alle partners.

- **Specialisatiedomeinen:** het ontplooiën van een VS functie is vrij recent. In het UZA zijn er momenteel twee VS actief in het domein kindernefrologie en wondzorg. Eén VS in de oncologie deed recent een aanvraag om de status van VS te bekomen.

Onderwijs- en opleidingsbehoeften voor APN

Het bieden van geïntegreerde en op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg in complexe zorgsituaties, het bepalen van de richting en inhoud geven aan het verpleegkundig beroep vergen hoog opgeleide verpleegkundigen die uitstekende intellectuele capaciteiten combineren met een grondige kennis over de verplegingswetenschap (20). Het bereiken van deze competenties vereist minstens een universitaire opleiding op master-niveau (cf. niveau 7). Deze keuze wordt tevens aanbevolen in internationale rapporten (28, 29). Recente „position statement” documenten in de USA bevelen echter de „doctor of nursing practice degree” als meest geschikt voor een APN in de praktijk aan en wijzen op het belang van de omvorming van masterprogramma’s tot doctor of nursing practice programma’s (30- 32).

Momenteel wordt in Vlaanderen de opleiding van master in de Verpleegkunde en Voedkunde georganiseerd in drie universiteiten. Deze opleiding biedt verpleegkundigen de mogelijkheid aan om zich te bekwaamen in onder andere wetenschappelijk onderzoek, management en organisatie van de verpleegkundige praktijkvoering en gezondheidszorg en klinisch wetenschappelijk kennis die zij kunnen toepassen en verder ontwikkelen in hun klinische praktijk. Alhoewel deze opleidingen geen universitaire vorming aanbiedt rechtstreeks voor APN – maar eerder studenten voorbereidt op verschillende functies – vormen zij een sterke aanzet en basis om als APN te kunnen functioneren.

Slotbeschouwing

VS en de professionalisering van het verpleegkundig beroep kunnen voor patiënten – vooral met een chronische aandoening – veel betekenen. Doordat deze zorgverlener thuis is in de wereld van de wetenschap

en de wereld van de praktijk kunnen ze hun academisch denk- en werkniveau niet alleen integreren in hun eigen dagelijkse praktijk, maar ook in het werk van de verpleegkundigen die ze ondersteunen. Op deze manier realiseren ze verpleegkunde met diepgang (33).

Vandaag komen VS eerder occasioneel voor in Vlaamse ziekenhuizen. België loopt op dat gebied, in vergelijking met Nederland, Groot-Brittannië, de Scandinavische landen, en zeker Noord-Amerika behoorlijk achter (34). Nochtans is de ontwikkeling en implementatie van deze masteropgeleide expertrol cruciaal in de verpleegkundige beroepsuitoefening, a fortiori als we kwaliteitsvolle, op evidentie gebaseerde, veilige en doeltreffende zorg willen (blijven) verzekeren. De organisatie van dergelijke zorg gebaseerd op een steeds evoluerende vraag zal nog belangrijke transformaties doormaken zowel binnen de ziekenhuizen als transmuraal. APN/VS kunnen hier een bijzondere bijdrage leveren vanuit de beschreven rollen: coachen en begeleiden van patiënten en van verpleegkundigen en andere zorgverleners, onderzoeker, klinisch-professioneel en organisatorisch leiderschap, interdisciplinaire samenwerken en ondersteunen van ethische besluitvorming.

Om APN – waaronder VS – tot hun volle recht te laten komen zijn een aantal randvoorwaarden belangrijk.

Ten eerste is consistentie in taalgebruik en duidelijkheid omtrent de taakhoud van de VS en rolverwachtingen vanuit de verschillende multidisciplinaire zorgverleners aangewezen. Hoewel variabiliteit binnen APN te verwachten is, is consistentie in taalgebruik belangrijk om rolverwarring te verminderen (13). Dit is belangrijk aangezien te grote variabiliteit kan leiden tot rolambigüiteit. In een systematische review en meta-synthese van kwalitatieve studies over de APN-ontwikkeling en -effectiviteit zijn rolambigüiteit en verwachtingen omtrent de APN-functie één van de belangrijkste beïnvloedende factoren in de implementatie van deze functies in acute ziekenhuizen (35). Ook Gardner et al. (2013) wijzen op het belang van het uitklaren van de domeinen waarop de APN actief is of kan zijn: *„to avail full potential of nursing to the healthcare consumer population the challenge for the discipline is to establish clarity in domains of practice and service potential of APN”* (36). Een degelijke functie omschrijving/classificatie is aangewezen. Immers, gebrek aan rolduidelijkheid maakt ook dat APN te weinig ontwikkeld en ondersteund worden en daardoor te weinig benut (37, 38).

Ten tweede – naast het creëren van de nodige wetelijke en budgettaire voorwaarden, wat in België nog niet gebeurd is – zijn bijkomende inspanningen noodzakelijk zodat het inzetten van VS in ons gezondheidszorgsysteem (verder) ontwikkeld en geïntegreerd kan worden. Uit internationaal en nationaal onderzoek blijkt dat de implementatie van expertfuncties zoals de VS geen sinecure is (38, 39). Heel wat belemmerende en bevorderende factoren op macro-, meso- en microniveau komen voor (zoals gebrek aan ondersteuning door leidinggevende en andere hulpverleners, gebrekkige organisatorische faciliteiten). Drie elementen lijken essentieel te zijn voor het creëren van een draagvlak voor deze rollen in de gezondheidszorg: betrokkenheid van alle stakeholders, aanvaarding door alle stakeholders en duidelijke intenties en verwachtingen omtrent deze functie (38). Via het betrekken van alle stakeholders (o.a. artsen, leidinggevendenden, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, paramedici) vroeg in het implementatieproces kan een gemeenschappelijke visie op APN gedefinieerd worden en kunnen doelen en verwachtingen besproken en omschreven worden. Het uitgangspunt hierbij is wel dat alle stakeholders de APN niet alleen erkennen, maar ook willen samenwerken met de APN. Het faciliteren van dit proces door onder andere het hoger management, artsen en andere zorgverleners met een visie op APN is hierbij belangrijk om APN functies tot hun volle recht te laten komen.

Ten derde – naast een goed uitgewerkte klinisch ladder en een degelijke universitaire opleiding – is een klinische omgeving met voldoende professionele en organisatorische mogelijkheden onontbeerlijk. Mogelijkheden om VS te laten groeien (door onder meer het opstarten van een doctoraatstraject om hun klinisch domein verder vorm te geven en uit te diepen, door de integratie van VS als lector in hoger onderwijs en universitaire opleidingen, door de participatie aan nationale en internationale adviesraden m.b.t. de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep) zijn pistes die overwogen zouden kunnen worden. Bij doctoraatstrajecten is een goede afstemming met het werkveld en een visie op lange termijn binnen een ziekenhuis o.a. qua tewerkstellingsmogelijkheden onontbeerlijk.

Mits bovenstaande voorwaarden gecreëerd worden, zijn we ervan overtuigd dat de ontwikkeling en implementatie van functies zoals de VS, kansen creëert tot „klinische promotie”, zodat de specifieke inhoudelijke deskundigheid niet wegvloeit van het bed van de patiënt en eventueel ook niet wegvloeit uit het team. Pulcini et al. (2010) omschrijven de positie van de APN

als „a sleeping giant for healthcare systems worldwide in the potential for these senior levels of nursing to improve timely access and quality of healthcare” (9). De exponentiële toename van kennis, de nood aan efficiënte en effectieve zorginterventies gebaseerd op de interdisciplinaire samenwerkingen en de steeds hogere verwachtingen van patiënten ten aanzien van de gezondheidszorg, maken de APN een onmisbare schakel in het zorglandschap, ook in Vlaanderen.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

Advanced practice nursing: clinical nurse specialists in Flemish university hospitals

Major transformations have occurred in care provision and patient populations in the last two decades. These transformations impacted profoundly on the way acute care is organised, healthcare professions have been developed, and tasks within nursing practice have been organised. Implementing advanced practice nursing (APN) in hospitals, through clinical nurse specialist (CNS) is gaining interest. By means of scientifically built specialised knowledge, skills and competences, the CNS enhances expansion, advancement and innovation in nursing care.

The manuscript describes the development and relevance of APN in an (inter)national context, focusing on CNS. The essential roles of CNS are: coaching and guidance of patients/family members and nurses or other healthcare professionals, being a researcher, clinical and professional leadership, interdisciplinary cooperation and support in ethical decision making. Four cases in Flemish teaching hospital described the development of APN. Educational needs and barriers and facilitators for implementing CNS in hospitals are outlined. This article intends to facilitate a discussion with all relevant stakeholders – including hospital management, doctors/specialists, other healthcare workers and patients – about the relevance of integrating APN/CNS in care in four Flemish university hospitals (Louvain, Ghent, Brussels, Antwerp).

Literatuur

1. ODDSDÓTTIR EJ, SVEINSDÓTTIR H. The content of the work of clinical nurse specialists described by use of daily activities diaries. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1393-1404.
2. FULTON JS, LYON BL, GOUDREAU KA. *Foundations of Clinical Nurse Specialist Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.
3. VAN SOEREN M, HURLOCK-CHOROSTECKI C, REEVES S. The role of nurse practitioners in hospital settings: implications for interprofessional practice. *J Interprof Care* 2011; 25: 245-251.
4. SCHOBEL M, FADWA AFFARA F. *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2006.
5. KILPATRICK K. Praxis and the role development of the acute care nurse practitioner. *Nurs Inq* 2008; 15: 116-126.
6. LOWE G, PLUMMER V, O'BRIEN AP, BOYD L. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *J Adv Nurs* 2012; 68: 677-685.
7. DOWLING M, BEAUCHESNE M, FARRELLY F, MURPHY K. Advanced Practice Nursing: a concept analysis. *Int J Nurs Pract* 2013; 19: 131-140.
8. BRYANT-LUKOSIUS D, DICENSO A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004; 48: 530-540.
9. PULCINI J, JELIC M, GUL R, LOKE AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice and regulation. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42: 31-39.
10. WILSON J, BUNNELL T. A review of the merits of the nurse practitioner role. *Nurs Stand* 2007; 21: 35-40.
11. DE GEEST S, MOONS P, CALLENS B, GUT C, LINDPAINTNER L, SPIRIG R. Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly* 2008; 138: 621-628.
12. BROOK S, RUSHFORTH H. Why is the regulation of advanced practice essential? *Br J Nurs* 2011; 20: 996-1000.
13. DALY WM, CARNWELL R. Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *J Clin Nurs* 2003; 12: 158-167.
14. CURREY J, CONSIDINE J, KHAW D. Clinical nurse research consultant: a clinical and academic role to advance practice and the discipline of nursing. *J Adv Nurs* 2011; 67: 2275-2283.
15. HAMRIC AB, HANSON CM, TRACY MF, O'GRADY ET. *Advanced Practice Nursing: an integrative approach*. 5th Edition. Missouri: Elsevier Saunders, 2014.
16. DELAMAIRE M, LAFORTUNE G. *Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. OECD, 2010.
17. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ NA, SIMA DJALALI S, TANDJUNG R, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 214.
18. LAURANT M, REEVES D, HERMENS R, BRASPENNING J, GROU R, SIBBALD B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD001271.
19. NEWHOUSE RP, STANIK-HUTT J, WHITE KM. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing Economics* 2011; 29: 230-251.
20. NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN. Advies m.b.t. de problematiek van verpleegkundigen in zorginstellingen. Afdeling Programmatie en Erkenning, 2009.

21. ZORGNET VLAANDEREN VZW. Functiedifferentiatie en functieclassificatie in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Voorstellen tot actualisatie van de zorgorganisatie, 2011.
22. WERKGROEP NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIE-
NINGEN – VOORZITTER GHEKIERE F. Problematiek van ver-
pleegkundigen in zorginstellingen: ontwerp van vervolgad-
vies met focus op functiedifferentiatie en functieclassificatie
in de verpleegkundige beroepsuitoefening, 2012.
23. PAULUS D, VAN DEN HEEDE K, MERTENS R. Organisation of
care for chronic patients in Belgium: development of a posi-
tion paper. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian
Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Report
190C. D/2012/10.273/81.
24. VLAAMSE VERPLEEGUNIE. Nota Functiedifferentiatie in de
verpleegkunde, 2009.
25. LAMBREGTS J. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist: ver-
pleegkundigen en verzorgenden 2020: deel 4. Utrecht V&VN,
2012.
26. SERMEUS W, SCHOUKENS P. Naar een blauwdruk voor Ver-
pleegkunde. Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingsweten-
schap, KU Leuven, cursus te Gent op 6 en 7 maart 2009.
27. VAN GENECHTEN N, VAN AKEN P, DANSCHUTTER D, et al. De
'Advanced Practice Nurse' en de 'Physician Assistant', een
conceptueel raamwerk. Tijdschrift voor verpleegkundig lei-
dinggevend in de gezondheidszorg. VBVK, 2008.
28. INSTITUTE OF MEDICINE. 2020 Vision. Health in the 21th cen-
tury. Institute of Medicine 25th anniversary symposium.
Washington DC: National Academy Press, 1996.
29. INSTITUTE OF MEDICINE. The future of Nursing. Leading
change, Advancing Health. Washington DC: National Acad-
emy Press, 2010.
30. AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING. Position
statement on the practice doctorate in nursing. Washing-
ton DC, 2004.
31. AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING. DNP
roadmap taskforce report. Washington DC, 2006.
32. AUERBACH DI, MARTSOLF G, PEARSON ML, et al. AACN:
The DNP by 2015: a study of the institutional, political, and
professional issues that facilitate or impede establishing a
post-baccalaureate Doctor of Nursing practice program.
RAND Corporation, 2004.
33. GRYPDONCK M, SCHUURMANS MJ, GAMEL C. Thuis in twee
werelden: de bijdrage van wetenschappelijk opgeleide
ANP'ers aan de verpleegkundige praktijk. Psychiatrie en ver-
pleging 2005; 2: 65-83.
34. GRYPDONCK M. Verpleegkundige spreekuren in de zorg voor
mensen met een chronische ziekte. Memorandum aange-
boden ter kandidaatstelling voor de Prijs Zuster Jules Marie
Heymans, 2010.
35. JONES L. Role development and effective practice in specialist
and advanced practice roles in acute hospital settings: system-
atic review and meta-synthesis. J Adv Nurs 2005; 49: 191-209.
36. GARDNER G, CHANG AM, DUFFIELD C, DOUBROVSKY A.
Delineating the practice profile of advanced practice nursing:
a cross-sectional survey using the modified strong model of
advanced practice. J Adv Nurs 2013; 69: 1931-1942.
37. BLOOMER M, CROSS WM. An exploration of the role and
scope of the CNC in a metropolitan health service. Collegian
2011; 18: 61-69.
38. SANGSTER-GORMLEY E, MARTIN-MISENER R, DOWNE-WAM-
BOLDT B, DICENSO A. Factors affecting nurse practitioner role
implementation in Canadian practice settings: an integrative
review. J Adv Nurs 2011; 67: 1178-1190.
39. DIERICK V, DECOENE E, VAN HECKE A. Belemmerende en
bevorderende factoren bij de uitbouw van het verpleegkun-
dig spreekuur voor patiënten met kanker: het verpleegkundig
perspectief. Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde.
Universiteit Gent, 2011-2012.