

# Zelfstandige bevoegdheden voor de HBO opgeleide verpleegkundige

Start van een route omdat  
hedendaagse zorg om competente  
verpleegkundigen vraagt die zelfstandig  
kunnen handelen

V&VN november 2016



## **Advies VWS – Voorbehouden handelingen hbo-verpleegkundigen**

Datum: 27-11-2016  
Auteur: V&VN,  
Projectnaam: Toekomstbestendige Beroepen  
Subsidienummer: 324894

### **1. Inleiding**

De minister van VWS heeft subsidie toegekend om te komen tot een document waarin wordt beschreven en toegelicht welke voorbehouden handelingen onder welke randvoorwaarden kunnen gaan behoren tot de zelfstandige bevoegdheid van hbo-opgeleide verpleegkundigen.

Het hoger doel van het toekennen van voorbehouden handelingen aan hbo-opgeleide verpleegkundigen is het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de cliënt. Bijvoorbeeld door minder zorgverleners over de vloer, dat zich uit in het vertrouwde gezicht dat een breed scala aan zorg kan inzetten. Daarmee wordt ook de patiëntveiligheid verhoogd doordat zo veel mogelijk zorg door één zorgverlener wordt verricht. Daarnaast wordt beoogd om de zorg effectiever en efficiënter te leveren, wat weer leidt tot minder zorgkosten voor de maatschappij.

Gedurende de projectperiode is een stuurgroep actief geweest. Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met stakeholders, bijeenkomsten gehouden en heeft een projectteam uitgebreide studies verricht. Daarnaast heeft de CNO Marieke Schuurmans separaat advies uitgebracht aan VWS aangaande de toekomstige zelfstandige bevoegdheid.

Op basis van de verschillende uitkomsten en ontwikkelingen, het draagvlak bij betrokken partijen en de positie van betrokken partijen ten opzichte van een voorgenomen advies van V&VN heeft V&VN een advies aan de minister van VWS uitgewerkt. In het navolgende wordt dit advies nader toegelicht. Daarbij gaan wij achtereenvolgens in op:

1. Advies V&VN, waarbij wordt ingegaan op:
  - a. de praktijk
  - b. de beroepsontwikkeling
  - c. de ontwikkelingen in het onderwijs
  - d. de ontwikkelingen van de arbeidsmarkt
  - e. de transities in de zorg
2. De uitkomst van de stuurgroep
3. Perspectieven van betrokken partijen
4. De posities van de betrokken partijen ten aanzien van het advies van V&VN

De bijlagen bevatten tenslotte meer gedetailleerde informatie omtrent de aandachtspunten van de stuurgroep en het standpunt van V&VN daaromtrent.

### **2. Advies V&VN**

**V&VN heeft om te komen tot onderstaand advies zich gebaseerd op het advies van de stuurgroep zelfstandige bevoegdheden (2016), de verkenning o.l.v. Paul Poortvliet (2016), het advies aan VWS van Prof. Dr. Marieke Schuurmans (CNO) en gesprekken en bijeenkomsten, waaronder een stakeholdersbijeenkomst waar het stuurgroep advies is besproken. U treft deze documenten aan als bijlagen.**

V&VN deelt de mening van de stuurgroep en stakeholders dat de randvoorwaarden op orde moeten zijn voordat zelfstandige bevoegdheden kunnen worden toegekend. Zorgvuldigheid betekent niet dat er geen

beweging in gang kan worden gezet. Daarbij willen we de argumentatie die pleit voor terughoudendheid, juist gebruiken bij het zetten van weloverwogen stappen naar zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen voor hbo-verpleegkundigen.

V&VN adviseert, te starten met de voorbereidingen voor een experimenteerartikel voor de zelfstandige bevoegdheid voor de hbo-verpleegkundige voor de volgende handelingen:

- A. Verrichten van blaaskatheterisatie bij volwassenen.
- B. Inbrengen van een maagsonde.
- C. Wondverzorging, verwijderen van necrotisch weefsel.
- D. Voorschrijven van UR geneesmiddelen binnen een specifieke setting.

V&VN weet zich hierbij o.a. gesteund door het advies wat Prof. Dr. Marieke Schuurmans heeft uitgebracht aan de VWS.

Handeling a, b en c zijn ook genoemd in het advies van Prof. Dr. Marieke Schuurmans. Vanuit de stuurgroep heeft handeling c steun. V&VN meent dat met de voorbereiding op een experimenteerartikel al een zekere mate van terughoudendheid en voorzichtigheid in acht wordt genomen. V&VN adviseert daarbij om de geformuleerde tegenargumenten van verschillende partijen mee te nemen als aandachtspunten in het experiment of om direct op te pakken in de voorbereidende fase. In bijlage 1 zijn de aandachtspunten van de stuurgroep opgenomen en is tevens een advies van V&VN opgenomen hoe ermee om te gaan. In bijlage 2 is de conclusie van de stuurgroep per voorbehouden handeling opgenomen en eveneens een advies van V&VN hoe ermee om te gaan. Ook de eindrapportage van de projectgroep biedt diverse handvatten voor de inrichting van een experimenteerartikel en de aandachtspunten die in acht genomen moeten worden.

V&VN sluit met haar advies aan op de volgende ontwikkelingen:

#### *a. De praktijk*

De verpleegkundigen hebben in de praktijk al lange tijd behoefte aan geformaliseerde zelfstandige bevoegdheden. Bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen die nu geen uitvoeringsverzoek kunnen neerleggen bij het team. Zij kennen het team het beste en kunnen met inachtneming van het veiligheidsperspectief een afgewogen oordeel vormen over de bekwaamheid van teamleden.

Als we naar de praktijk van katheteriseren in ziekenhuizen kijken, ligt de besluitvorming al in een belangrijke mate bij de verpleegkundige. Ander voorbeeld is besluitvorming over voor te schrijven geneesmiddelen in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis, in de ambulance of op militaire missie. Ook het beoordelen van wonden en het toepassen van wondspoeling wordt door de verpleegkundige gedaan. Kortom in de huidige praktijk doen verpleegkundigen vanzelfsprekend veel handelingen die consequenties hebben voor patiënten. Formeel is dit echter niet in de wet verankerd.

#### *b. De beroepsontwikkeling*

In januari 2016 is een advies aan de minister overhandigd om te komen tot een wettelijk onderscheid tussen de hbo en mbo opgeleide verpleegkundigen. Dit is momenteel nog niet het geval. De nieuwe beroepsprofielen maken het mogelijk specifieke bevoegdheden toe te kennen aan hoger opgeleide verpleegkundigen. Dit zal in een transitieprogramma de komende jaren worden gerealiseerd. Daarbij wordt o.a. nog een overgangsregeling opgesteld, waarin wordt uitgewerkt waar de grens ligt tussen mbo en hbo en hoe dat kan worden aangetoond. Denk bijvoorbeeld aan de vele MBO in-service opgeleide verpleegkundigen met ruime bij- en nascholing en langdurige ervaring die op dit moment werkzaam zijn in de zorg, worden zij gezien als MBO of als HBO verpleegkundigen?

Daarnaast ligt er een uitdaging voor de beroepsgroep zelf om ook de vernieuwde rollen te pakken. Het vergt zelfvertrouwen en leiderschap om de verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening te nemen.

#### *c. De ontwikkeling in het onderwijs*

De HBO-V's hebben recent hun curriculum aangepast, in september 2016 is de eerste lichte gestart volgens het nieuwe curriculum. In het vernieuwde curriculum zit onder andere het klinisch redeneren steviger verankerd. Over 4 jaar kunnen we de eerste verpleegkundigen opgeleid volgens dit curriculum verwachten.

#### *d. De ontwikkeling van de arbeidsmarkt*

Met de verschuivingen in de zorg zoals bijvoorbeeld complexe zorg naar de thuisituatie en een grotere verbinding met het sociale domein heeft gevolgen voor functies en vraagt onder andere om goed opgeleide

verpleegkundigen die zelfstandig kunnen handelen. Dit vraagt ook om functies die aansluiten op deze hoger opgeleide verpleegkundige. Dit geldt zorg breed. We zie nu dat bijvoorbeeld In de ouderenzorg de hoger opgeleide verpleegkundige moeilijk vast te houden is. Onder andere vanwege het feit dat momenteel de functies nog onvoldoende gebruik maken van de HBO competenties. De toekomstig opgeleide verpleegkundige is in staat complexere zorg zelfstandig uit te voeren. Daarnaast wordt de urgentie niet overal erkent. Zo staan werkgevers voor veel uitdagingen in het hier en nu en zijn zij nauwelijks in staat om te anticiperen op de toekomst. Verpleegkundigen en verzorgenden worden daarbij vaak gezien als kostenpost en niet beoordeelt op wat zij opleveren. Dit zorgt dat keuzes vaak gericht zijn op de korte termijn en niet op het aangaan van toekomstige uitdagingen.

*e. De transities in de zorg*

De gezondheidszorg is sterk in verandering als gevolg van demografische veranderingen en veranderende patronen van gezondheid en ziekte. Onder andere een veranderende vraag van cliënten, toegenomen mogelijkheden in behandeling en zorg en toename in technologie en communicatie leiden tot toenemende behoefte aan keuzevrijheid en verschuiving naar zorg dicht bij huis. Deze grote ontwikkelingen leiden tot transities van ziekenhuiszorg naar zorg thuis en tot het zo lang als wenselijk en mogelijk is uitstellen van intramurale verblijfszorg. Dit heeft als gevolg dat steeds meer voorbehouden handelingen in de thuissituatie verricht (gaan) worden. Waarbij de medisch specialist meer op afstand is. Het levert voor de cliënt grote voordelen op als deze handelingen door één en dezelfde persoon verricht kunnen worden, namelijk de verpleegkundige.

V&VN benoemd hierboven vergelijkbare constatering en als de eindrapportage van de projectgroep en en het advies van Prof.dr. Marieke Schuurmans.

## **1. De uitkomst van de stuurgroep**

De stuurgroep heeft een advies aan V&VN uitgebracht ten aanzien van het toekennen van zelfstandige bevoegdheden aan hbo-verpleegkundigen. De stuurgroep was terughoudend in haar advies en heeft geadviseerd niet te starten met de voorbereiding voor een experimenteel artikel. Zoals u heeft kunnen lezen wijkt V&VN op basis van geschetste ontwikkelingen af van het stuurgroep advies.

Voor de korte termijn is de terughoudendheid in belangrijke mate terug te voeren op de onzekerheid over het profiel van de beroepsgroep in de nabije toekomst. Twijfel betreft de vraag of de huidige hbo-verpleegkundige voldoende geëquipeerd is (met name in kwaliteit van het klinisch redeneren) om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren. Voor de langere termijn speelt tevens de vraag over het niveau van het toekomstige hbo-opleidingsprofiel. Biedt dat niveau, met name op het gebied van het klinisch redeneren, voldoende waarborg voor het verantwoord zelfstandig kunnen indiceren en uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen, of is dat niveau onvoldoende gewaarborgd om die zelfstandige bevoegdheid te kunnen toekennen?

Daarnaast bestaat er binnen de stuurgroep weinig gevoel van urgentie op dit vraagstuk.

Een meer gedetailleerde uiteenzetting van het advies van de stuurgroep is opgenomen in de bijlagen.

### 3. De perspectieven van de betrokken partijen

Een belangrijke voorwaarde die is gesteld aan het uiteindelijke advies is breed draagvlak bij alle betrokken partijen. Vanuit de stuurgroep, gesprekken met stakeholders en een belronde n.a.v. het voorgenomen advies van V&VN is geconcludeerd dat partijen er verschillend over denken. Hieronder wordt dat vanuit verschillende perspectieven toegelicht:

#### *Nut en noodzaak*

De NVZ, GGZ Nederland en NFU staan welwillend tegenover het voorbereiden van een experimenteerartikel of in de ziekenhuiscontext ook werkelijk de zelfstandige bevoegdheden zal leiden tot anders organiseren van de zorg is nu nog niet duidelijk. In de huidige context van de ziekenhuizen en de intramurale GGZ worden het nut en de noodzaak om zelfstandige bevoegdheden toe te kennen niet ervaren door de werkgevers en medisch specialisten. Gezien de ontwikkelingen waar ook gespecialiseerde zorg steeds meer thuis geboden zal worden zal dit naar verwachting veranderen.

ActiZ heeft aangegeven nu reeds nut en noodzaak te zien voor de verpleegkundige zorg thuis. Het LOOV heeft aangegeven nut en noodzaak te zien vanuit het perspectief passende functies die aansluiten op de competenties. CNO Marieke Schuurmans heeft gewezen op het diffuse gebied waar de verpleegkundige volledig zelfstandig handelt en de arts verantwoordelijk is. Volgens haar is er noodzaak tot helderheid vanuit het perspectief van de patiënt.

#### *Competenties*

Klinisch redeneren is een cruciale competentie voor de zelfstandige bevoegdheid. Bij de huidige verpleegkundigen met een HBO-V achtergrond wordt deze competentie nog onvoldoende in de praktijk toegepast en gezien. In het nieuwe curriculum van de HBO-V's is hier veel meer aandacht voor en ook in de praktijk zien we dat deze competentie goed verankerd kan worden. Bijvoorbeeld in de wijkverpleging constateren we dat er massaal bijgeschoold is toen verwacht werd dat deze groep de zorg zou gaan indiceren en organiseren. Het klinisch kunnen redeneren is in deze setting nu een vereiste, die niet ter discussie wordt gesteld. De professionele autonomie van de wijkverpleegkundige is daarmee sterk verankerd. De stuurgroep wil eerst bezien of de verpleegkundigen gaan voldoen aan de vereiste competenties. Het LOOV, de CNO, Nu'91 en de vakbonden vertrouwen op de ontwikkeling van deze competenties. ActiZ en V&VN hebben hier ervaring mee en zien de groep groeien.

Nu'91 geeft hierbij aan dat het van belang is om dit goed te volgen.

#### *Duidelijkheid voor patiënten*

Hier zijn verschillende perspectieven op geformuleerd. Enerzijds is het nu duidelijk voor patiënten en artsen dat de arts verantwoordelijk is. Bij meer zelfstandige bevoegdheden voor de verpleegkundigen, als feitelijke beslisser en uitvoerder, wordt het verantwoordelijkheidsbeeld onduidelijker. Er wordt anderzijds aangegeven dat juist de huidige situatie voor onduidelijkheid zorgt voor patiënten.

#### *Eigen verantwoordelijkheid voor bekwaamheid*

Iedere verpleegkundige heeft een eigen verantwoordelijkheid in het beoordelen van zijn/haar eigen bekwaamheid. De toekomstige verpleegkundige is net als nu eerst bekwaam en dan pas bevoegd (mits voldaan aan diploma vereiste). In de huidige context zou een arts zich een oordeel over de bekwaamheid van de verpleegkundige moeten vormen. Conform uitgangspunten van wet BIG is het passender als (net als bij artsen en andere zorgprofessionals overigens) de beroepsgroep zelf normen voor bekwaamheid opstelt. De stuurgroep heeft zorg over de druk vanuit werkgevers om de hbo verpleegkundige handelingen uit te laten voeren, waarvoor zij zichzelf mogelijk niet bekwaam voor achten. De vakbonden, Nu'91, CNO, het LOOV en V&VN achten het van belang om hier aandacht aan te besteden, maar genoemde partijen redeneren vanuit vertrouwen in plaats van wantrouwen. De werkgevers hebben zich hier minder expliciet over uitgelaten. Er bestaat een vrees dat wanneer de externe druk te groot wordt, de verpleegkundige zelfstandig zal handelen ook al acht ze zichzelf niet bekwaam. Aandacht voor eigen verantwoordelijkheid, het aangeven van grenzen en tonen van leiderschap zijn van belang. De keerzijde van deze verantwoordelijkheid is dat je deze niet hoeft te nemen, het blijft mogelijk een opdracht van een arts te vragen en in functionele bevoegdheid te werken.

#### *Timing*

Enkele partijen geven aan dat het onderscheid aanbrengen in de praktijk tussen HBO en MBO verpleegkundigen en het doorvoeren van taakherschikking al veel vergt en stellen de ontwikkeling met betrekking tot zelfstandige bevoegdheden liever uit tot 2020. Anderen geven juist aan dat het experiment pas in 2020 wordt gerealiseerd en dat het nu alleen gaat om de voorbereiding. Over het algemeen is de opvatting dat de komende jaren wel benut moeten worden om een stap te zetten.

#### **4. Posities betrokken partijen ten aanzien van het advies van V&VN**

Met de betrokken partijen is telefonisch afgestemd welke positie zij innemen ten opzichte van het advies van V&VN om, afwijkend van het advies van de stuurgroep, wel te starten met de voorbereiding voor een experimenteerartikel voor de eerder genoemde handelingen. Hieronder een uitwerking van de ingenomen posities:

##### *LHV – verwijzing naar toekomstbeeld*

De Landelijke Huisartsen Vereniging schetst in haar toekomstbeeld (Toekomstvisie huisartsenzorg 2022, LHV/NHG 2012, [www.tkv2022.nl](http://www.tkv2022.nl)) een huisartsenzorg die een centrale rol in de wijk vervult, die in nauwe samenwerking met andere zorgverleners de gezamenlijke expertise inzet in een multidisciplinair, kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod. Het toenemende volume vraagt daarbij om een excellent samenwerkingsmodel, waarin iedere zorgverlener zo goed mogelijk op de eigen expertise wordt ingezet, de grenzen van de eigen expertise kent en respecteert en langs korte lijnen communiceert en schakelt in meer complexe en risicovolle zorgsituaties. Gezamenlijk vastgestelde protocollen maken onlosmakelijk deel uit van dit samenwerkingsmodel. In een dergelijk model past een wijkverpleegkundige op hbo-niveau met een zelfstandige bevoegdheid voor – zoals eerder beschreven – het katheteriseren van de blaas bij een volwassene. Die op grond van het vermogen tot klinisch redeneren in staat is risico's in te schatten en daarnaar te handelen, de eigen grenzen kent en kan respecteren en in geval van twijfel direct schakelt met een andere zorgverlener, zoals de VS of de huisarts. En in het kader van die zelfstandige bevoegdheid verantwoordelijk en (tuchtrechtelijk) aansprakelijk is voor het eigen handelen.

De LHV heeft geen officiële reactie gegeven op dit advies, er wordt volstaan met de verwijzing naar de toekomstvisie.

*FMS – heeft haar inbreng via de stuurgroep gegeven.*

##### *Actiz - Voor*

Actiz is voorstander van het starten met de voorbereidingen voor een experimenteerartikel voor de zelfstandige bevoegdheid. Binnen Actiz zijn er ook leden die terughoudend zijn, voor Actiz is het van belang om in de voorbereidingen aandacht te hebben voor randvoorwaarden en aandachtspunten.

##### *GGZ nl, NFU en NVZ – Neutraal*

Hebben aangegeven nu niet de noodzaak in te zien van het toekennen van de zelfstandige bevoegdheid voor de eigen context. Zij kunnen zich de toegevoegde waarde in de thuissituatie echter wel voorstellen en zijn niet tegen het starten met een experimenteerartikel. Ze verwachten echter niet dat er massaal gebruik gemaakt gaat worden van deze bevoegdheid en willen de keuze hiertoe aan het veld laten. Waarbij voor de volledigheid wordt vermeld dat de positie van de NFU is gebaseerd op gesprekken en niet op een bestuurlijke uitspraak.

##### *NU'91-voor*

Nu'91 is voorstander van het starten met de voorbereidingen. Nu'91 vindt het van belang dat niet iedere bachelor opgeleide verpleegkundige zonder voorbehoud zelfstandige bevoegdheden krijgt voor alle genoemde handelingen. Nu'91 acht het van belang dat er gekeken wordt naar context en bekwaamheid. Nu'91 zou graag zien dat er parallel een onderzoek komt naar de aanwezigheid en toetsing van de noodzakelijke competenties voor de zelfstandige bevoegdheid. Nu'91 benadrukt wel het belang van de aanwezigheid van competente, hoger opgeleide verpleegkundigen die zelfstandig kunnen handelen gezien de verschuivingen die gaande zijn en de complexiteit die toeneemt.

*FNV – neutraal*

FNV heeft aangegeven de terughoudendheid van de stuurgroep te begrijpen. De FNV heeft ook begrip voor de behoefte in de thuiszorg en het geluid vanuit Actiz. FNV ziet dan ook het belang van een experiment wat zich beperkt tot de thuiszorg.

*CNV-neutraal*

CNV geeft aan de terughoudendheid te begrijpen omdat de “nieuwe” verpleegkundige er nog niet is. CNV geeft ook aan wel net als de FNV voorstander te zijn van de zelfstandige bevoegdheden in de wijk en voor de verpleegkundigen met een gespecialiseerde vervolgopleiding.

*Patienten Federatie Nederland- voor*

De Patienten Federatie Nederland heeft aangegeven het advies van V&VN te steunen

De Patiënten Federatie Nederland vindt het vooral van belang dat de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid heel zorgvuldig plaatsvindt. Zij heeft begrip voor de terughoudendheid van de stuurgroep en vindt de zorgvuldige voorbereiding van een experimenteel artikel van belang, met daarbij een evaluatie van wat het oplevert voor de patiënt.

## **Bijlage 1: Aandachtspunten van de stuurgroep**

### *Aandachtspunt 1: Vernieuwde beroepsprofielen zijn nog niet gerealiseerd*

De implementatie van de mbo- en hbo-beroepsprofielen vanuit het rapport over de toekomstbestendige beroepen moet nog in de praktijk plaatsvinden. Dit is een omvangrijke en complexe operatie, waarvan de uitkomst nog onzeker is. De stuurgroep komt op basis van deze uitspraak tot de conclusie dat wachten aan de orde is.

### *Advies V&VN*

V&VN adviseert het ministerie van VWS desondanks een experimenteerartikel voor te bereiden voor het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor HBO-verpleegkundigen. V&VN acht het gezien de toekomstige ontwikkelingen in het zorglandschap met een sterk verouderende populatie, toename van multicomplexe problematiek, technologische ontwikkelingen, substitutie en taakherschikking niet wenselijk om langer dan strikt noodzakelijk te wachten met het toekennen van zelfstandige bevoegdheden aan hoogopgeleide professionals. In het jaar 2020 studeren de eerste verpleegkundigen af op basis van het nieuwe curriculum (BN 2020). De complexiteit van het gehele vraagstuk dient wel nadrukkelijk op de agenda van de ingestelde regiegroep te staan.

### *Aandachtspunt 2: Verschuiving van een grote verantwoordelijkheid*

Op het moment dat de hbo-verpleegkundige een zelfstandige bevoegdheid krijgt voor het diagnosticeren en indiceren van een medische handeling, gaat deze handeling van het medische naar het verpleegkundige domein. De verantwoordelijkheid voor het diagnosticeren en indiceren van de betreffende medische handelingen ligt dan bij de hbo-verpleegkundigen. De stuurgroep vindt dit, in combinatie met de andere overwegingen, een te grote verantwoordelijkheid.

Uit het rapport: Voor het bepalen van de risico's van indiceren is het van belang het begrip 'indiceren' als zodanig nader te beschouwen en te definiëren. In de praktijk varieert het begrip 'indiceren' van het vaststellen van welke (be)handeling het beste past bij een reeds gestelde diagnose tot het vaststellen van welke (be)handeling het beste past na het zelfstandig stellen van een diagnose. Om te bepalen of zelfstandige bevoegdheid kan worden toegekend aan verpleegkundigen is het nodig om het begrip 'indiceren' verder uit te werken en te bepalen in welke mate de diagnose onderdeel is van de indicatiestelling.

### *Advies V&VN*

Uit het advies van de stuurgroep blijkt niet helder welke definitie van indiceren is gehanteerd. Door uit te gaan van situaties waarin al een diagnose is gesteld en sprake is van een "bekende patiënt", kan indiceren worden opgevat als het antwoord op de vraag of de handeling in de gegeven situatie de beste oplossing biedt voor een vraag/probleem van de patiënt. Daarin is het behandelprotocol leidend en zal de indicatiestelling door de verpleegkundige worden gedaan in lijn met dit protocol. Daarmee gaat de handeling naar het verpleegkundig domein en zal de indicatie plaats vinden op basis van de verpleegkundige diagnose.

### *Aandachtspunt 3: Meerwaarde zelfstandige bevoegdheid onduidelijk*

De stuurgroep is er niet van overtuigd dat een zelfstandige bevoegdheid van de hbo-verpleegkundige winst oplevert voor patiënten. De inschatting van de stuurgroep is dat een te snelle toekenning juist risico's oplevert. De complexiteit van zorg zal in de komende jaren alleen maar toenemen. Dus ook met het oog op de toekomst is een snelle toekenning van zelfstandige bevoegdheid volgens de stuurgroep te risicovol.

### *Advies V&VN*

In het rapport wordt een schets gegeven van de technologische ontwikkelingen, ontwikkeling van richtlijnen en protocollen waarmee een perspectief wordt gegeven op mogelijkheden tot taakherschikking. Daarnaast wordt een schets gegeven van de onduidelijke situatie wie verantwoordelijk en aanspreekbaar is voor de handelingen die de verpleegkundige volledig zelfstandig uitvoert in de praktijk. De komende jaren zullen tijdens de voorbereiding van het experimenteerartikel de ontwikkelingen gevolgd worden. Vooralsnog ziet V&VN op basis van de feitelijk geschetste ontwikkelingen onvoldoende aanleiding de inschatting van de stuurgroep te delen.



*Aandachtspunt 4: Risico op onduidelijke situatie bij gelijktijdige toekenning*

Bij een experimenteerartikel is de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid aan de gehele groep 'nieuwe' hbo-verpleegkundigen. Duidelijk is dat deze de handelingen pas mogen uitvoeren als zij bekwaam zijn en dat het mogelijk is om hierin waarborgen te creëren. De stuurgroep is echter van mening dat bij het toekennen van zelfstandige bevoegdheid als de nieuwe titels nog maar net van kracht zijn, het risico te groot is dat voor cliënten en (collega) beroepsbeoefenaren een onduidelijk situatie ontstaat.

*Advies V&VN*

V&VN acht het net als de stuurgroep van belang dat er aandacht wordt gegeven aan helderheid over bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Analoog aan de artsen acht V&VN dit mogelijk. De bevoegdheid is daar gekoppeld aan het beroepsprofiel, bekwaamheidseisen (en daarmee de feitelijke toegang tot uitvoering) worden door en binnen de beroepsgroep vastgesteld en getoetst. Er bestaan vele specialismen waarbij het voor de patiënt helder is dat de radioloog niet bekwaam en daarmee bevoegd is voor de hart operatie. Met het beroepsprofiel is al een belangrijk kader gegeven, de scheiding tussen de HBO en MBO geschoolde verpleegkundige maakt ook de initiële opleidingseis helder. De komende jaren zal de verdere uitwerking van kwaliteitseisen en borging ter hand moeten worden genomen.

*Aandachtspunt 5: Is zelfstandige bevoegdheid wel een oplossing?*

De stuurgroep vraagt zich af of een zelfstandige bevoegdheid per definitie de oplossing is voor gesignaleerde of toekomstige knelpunten in bijvoorbeeld de wijk. Hiervoor zijn ook andere oplossingen mogelijk. Bijvoorbeeld door het beter organiseren van de randvoorwaarden voor functionele zelfstandigheid, een betere communicatie tussen huisarts en wijkverpleegkundige of door de inzet van een team van verpleegkundig specialisten.

*Advies V&VN:*

V&VN is van mening dat met alle ontwikkelingen nu en in de nabije toekomst we niet meer ontkomen aan essentiële veranderingen in de zorg, waarvan het toekennen van voorbehouden handelingen aan de hbo-verpleegkundige er zeker een is.

*Aandachtspunt 6: Waarborgen van de kwaliteit*

Uit het rapport: In de eerste lijn verloopt de opdrachtverlening en uitvoering van voorbehouden handelingen langs andere lijnen. Opdrachtverstrekking aan de verpleegkundige in de eerste lijn geschiedt veelal via het door de LHV en Actiz ontwikkelde model van Uitvoeringsverzoeken aan zorgprofessionals, die onderliggend zijn aan een tussen huisartsen en zorgverleners afgesloten mantelovereenkomst, waarin wederzijdse verantwoordelijkheden worden beschreven.

De vraag daarbij is of deze aanpak 'op afstand' voldoende waarborg biedt voor kwalitatief goede indicatie van de voorbehouden handeling, juist in een situatie waar ondersteunende zorg niet zo direct voorhanden is als in de tweede lijns-zorg en het escaleren naar een ander niveau van zorgverlening meer tijd zal kosten.

*Advies V&VN:*

V&VN ziet met de invoering van het normenkader voor de wijkverpleegkundigen en het aanbrengen van het onderscheid een goede mogelijkheid om de waarborg op een goede indicatie te verbeteren juist met de zelfstandige bevoegdheid. De verpleegkundige treft de patiënt in de thuissituatie, kent de context en werkt samen met alle betrokken professionals.

V&VN deelt de opvatting dat communicatie vraagstukken aandacht vragen en niet terzijde mogen worden geschoven als door de zelfstandige bevoegdheid de wederzijdse afhankelijkheid afneemt.

*Aandachtspunt 7: Beter benutten reeds gerealiseerde taakherschikking*

De taakherschikking van arts naar verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA) heeft net plaatsgevonden en is positief geëvalueerd. De inzet van de VS of PA kan in de komende jaren nog veel beter benut worden en maakt de toekenning van zelfstandige bevoegdheid aan de nieuwe hbo-verpleegkundige minder noodzakelijk.

*Advies V&VN:*

V&VN deelt de mening dat de mogelijkheden voor taakherschikking naar de verpleegkundig specialist nog beter benut kunnen worden. De verpleegkundig specialist en de hbo-verpleegkundige hebben ieder een eigen bijdrage in het zorgproces.

## Bijlage 2: Conclusies stuurgroep over de voorbehouden handelingen

### 1. Blaaskatheterisatie bij volwassenen

Voor blaaskatheterisatie bij volwassenen vindt de stuurgroep de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid niet opportuun. De stuurgroep is van mening dat de initiële opdracht van de arts moet komen en dat de verpleegkundige de handeling niet zelf kan indiceren. Het niet kunnen urineren is een symptoom van een onderliggend medisch probleem. Een verpleegkundige kan dit volgens de leden van de stuurgroep onvoldoende overzien. Het zelfstandig diagnosticeren en indiceren heeft te veel risico's. De stuurgroep hecht aan de eindverantwoordelijkheid van de arts. Het deels neerleggen van de eindverantwoordelijkheid bij verpleegkundigen, maakt de situatie diffuus en dat is onwenselijk.

#### *Advies V&VN*

Er wordt bij het experimenteerartikel uitgegaan van de situatie waar de medische diagnose is gesteld. Ter voorbereiding kan worden bekeken bij welke medische diagnoses bovenstaand risico aanwezig is om de verpleegkundige te ondersteunen in het komen tot haar eigen oordeel over bekwaamheidsgrenzen. Daarnaast zullen de richtlijnen op dit punt indien noodzakelijk aangescherpt worden.

### 2. Inbrengen van een maagsonde

Voor het inbrengen van een maagsonde volgt de stuurgroep dezelfde redenering en komt tot dezelfde conclusie als bij een blaaskatheterisatie. De stuurgroep vindt de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid niet opportuun.

#### *Advies V&VN*

Ook hier geldt: Er wordt bij het experimenteerartikel uitgegaan van de situatie waar de medische diagnose is gesteld. Ter voorbereiding kan worden bekeken bij welke medische diagnoses bovenstaand risico aanwezig is om de verpleegkundige te ondersteunen in het komen tot haar eigen oordeel over bekwaamheidsgrenzen. Daarnaast zullen de richtlijnen op dit punt indien noodzakelijk aangescherpt worden.

### 3. Wondverzorging (verwijderen van necrotisch weefsel)

Voor het verwijderen van necrotisch weefsel bij wondverzorging oordeelt de stuurgroep dat een zelfstandige bevoegdheid voor de hbo-verpleegkundige wel opportuun is. Het overlaten van deze handeling aan de arts lijkt niet zinvol en is inefficiënt. Het wegknippen kan, na een gedegen scholing in wondverzorging door de verpleegkundige worden verricht. De voorbereidingen zullen zich richten op de aanscherping van scholingseisen.

#### *Advies V&VN*

Het advies van V&VN is in lijn met het advies van de stuurgroep.

### 4. Voorschrijven van UR geneesmiddelen

De stuurgroep is terughoudend in het toekennen van een voorschrijfbevoegdheid voor UR-Geneesmiddelen aan hbo-verpleegkundigen. Op pagina 26 van het rapport staan negen groepen gespecialiseerde verpleegkundigen die in aanmerking willen komen voor een voorschrijfbevoegdheid. De stuurgroep vindt deze lijst willekeurig. Daarnaast heeft de gespecialiseerde verpleegkundige geen formele titel. Tussen groepen gespecialiseerde groepen is veel variatie in opleiding. De stuurgroep is van mening dat V&VN eerst helderheid moet geven over dergelijke titulatuur. Wat zijn erkende vervolgoopleidingen?

De stuurgroep kan zich voorstellen dat er medicatie is waarvoor een zelfstandige voorschrijfbevoegdheid kan gelden en vindt het een goed idee om dit nader te verkennen. De stuurgroep is van mening dat een nadere verkenning van voorschrijfbevoegdheid uit moet gaan van CZO erkende opleidingen. Bij een verkenning moet heel zorgvuldig naar de risico's worden gekeken. Ook als op het eerste gezicht nuttig en noodzakelijk lijkt om deze voorschrijfbevoegdheid toe te kennen. Ook bij het beoordelen van nut- en noodzaak van voorschrijfbevoegdheid moet meegenomen worden welk (toekomstig) probleem daar precies mee wordt opgelost. Als bijvoorbeeld het probleem in de praktijk is dat de verpleegkundige de medicatie niet snel kan geven, omdat de communicatie tussen de arts en verpleegkundige niet soepel loopt, ligt het eerder voor de hand om de communicatie en het proces te optimaliseren.

De stuurgroep is van mening dat de ervaringen met de voorschrijfbevoegdheid van de long- diabetes en oncologieverpleegkundige meegenomen moet worden in de verkenning.

*Advies V&VN*

V&VN neemt bovenstaande op hoofdlijnen over en is, op het moment dat duidelijk was dat hier draagvlak voor was, gestart met deze nadere verkenning. Met de beroepsgroep zelf is een eerste consensus bereikt over de benodigde voorwaarden (zie document 'voorschrijfbevoegdheid UR-geneesmiddelen door verpleegkundigen). Net als bij de eerdergenoemde voorbehouden handelingen, moet in de komende jaren nog een verdere uitwerking en de voorbereiding op een experimenteerartikel plaatsvinden. Vanzelfsprekend doen wij dit in nauwe samenwerking met relevante partijen.

## **Bijlage 3: Bronnen**

Zoals eerder gesteld zijn er verschillende documenten verschenen die zijn benut voor het advies

Deze zijn ongewijzigd opgenomen achtereenvolgens betreft dit de volgende documenten:

1 Advies zelfstandige bevoegdheden HBO verpleegkundigen, prof. Dr. Marieke Schuurmans, 2016 geschreven op verzoek van directie MEVA, VWS

2 Advies van de stuurgroep over het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de hbo-verpleegkundige ten aanzien van voorbehouden handelingen , stuurgroep o.l.v. Marjo van Tol Msc, stuurgroep ingesteld door V&VN t.b.v. uitbrengen van advies aan V&VN

3 Eindrapportage zelfstandige bevoegdheid t.a.v. voorbehouden handelingen voor HBO verpleegkundigen. Rapportage opgesteld in opdracht van V&VN door de projectgroep o.l.v. Paul Poortvliet.

## ADVIES ZELFSTANDIGE BEVOEGDHEDEN HBO VERPLEEGKUNDIGEN

### AANLEIDING

Voorjaar 2015 is het project 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' gestart met als doel inhoudelijke invulling te geven aan toekomstbestendige beroepen voor hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen en verzorgenden als basis voor aanpassing van de Wet BIG. Onder voorzitterschap van Doekle Terpstra heeft de stuurgroep op 13 januari jl het eindrapport met de beroepsprofielen voor genoemde professionals overhandigd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In lijn van deze beroepsprofielen dienen ten behoeve van de aanpassing van de Wet BIG besluiten genomen te worden met betrekking tot de voorbehouden handelingen die behoren of gaan behoren tot de zelfstandige bevoegdheid van (specifieke groepen van) hbo-verpleegkundigen. Hiertoe heeft het ministerie van VWS een projectopdracht aan V&VN gegund.

Als Chief Nurse Officer, onafhankelijk adviseur van de minister, heb ik het volgende advies hierover geformuleerd. Dit advies is voor de zomer mondeling besproken met de projectleider.

### ACHTERGROND

In de Wet BIG worden in artikel 36 de voorbehouden handelingen weergegeven. Voorbehouden handelingen worden omschreven als handelingen die, indien uitgevoerd door ondeskundigen, aanmerkelijk gevaar voor leven of gezondheid van zorgvragers kunnen opleveren. Deze handelingen zijn daarom voorbehouden aan bevoegde beroepsgroepen.

De Wet BIG onderscheidt verschillende bevoegdheden met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. In de wet worden bepaalde beroepsgroepen aangewezen die *zelfstandig bevoegd* zijn voor deze handelingen (artikel 36 Wet BIG). Beroepsgroepen die niet zelfstandig bevoegd zijn, mogen de handelingen alleen *in opdracht* uitvoeren (artikel 38 Wet BIG). Hierbij moet worden voldaan aan bepaalde voorwaarden: zo moet de mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst door de opdrachtgever geborgd zijn en de opdrachtgever moet redelijkerwijs kunnen aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling. Degene die de opdracht aanneemt dient redelijkerwijs te mogen aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en dient te handelen overeenkomstig de aanwijzingen (artikel 35).

### OVERWEGING

De gezondheidszorg is sterk in verandering als gevolg van demografische veranderingen en veranderende patronen van gezondheid en ziekte. Toegenomen mogelijkheden in behandeling en zorg en toename in technologie en communicatie leiden mede tot toenemende behoefte aan keuze en verschuiving naar zorg dicht bij huis. Deze ontwikkelingen leiden tot transities van ziekenhuiszorg naar zorg thuis en tot het zo lang als wenselijk en mogelijk is uitstellen van intramurale verblijfszorg.

De ontwikkelingen in de zorg vragen om een heldere kijk op wie welke zorg kan leveren om een optimale fit tussen vraag en aanbod te creëren. Een aanbod dat toekomstbestendig is en borging biedt van kwaliteit van zorg én kwaliteit van arbeid. De inzet van de differentiatie tussen mbo en hbo verpleegkundigen is gericht op het bijdragen aan een geïntegreerd zorgaanbod waarin de verschillende zorgprofessionals met elkaar samenwerken.

Belangrijke onderscheidend criterium tussen mbo en hbo verpleegkundige ligt in het klinisch redeneren. In het beroepsprofiel staat dit als volgt beschreven:

Het deskundigheidsgebied van de hbo-verpleegkundige betreft:

b. Stellen van een verpleegkundige diagnose en het indiceren, organiseren en verlenen van verpleegkundige zorg en psychosociale begeleiding op basis van klinisch redeneren, vooral in complexe zorgsituaties die vragen om integratie van kennis en combineren van richtlijnen en protocollen. Hierbij wordt daar waar mogelijk gewerkt op basis van *evidence based practice*.

## **ADVIES**

In lijn met de verantwoordelijkheid voor het adequaat vaststellen van een verpleegkundige diagnose en het indiceren van passende zorg zoals beschreven binnen het deskundigheidsgebied van de hbo-verpleegkundige is mijn advies om aan de hbo-verpleegkundige zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor het:

- a. verrichten van blaascatheterisatie bij volwassenen
- b. inbrengen van maagsonde
- c. voorschrijven van UR-geneesmiddelen binnen het eigen vakgebied

Dat wil zeggen dat de verpleegkundige zelf de indicatie mag stellen en de handeling uitvoeren, dan wel ten aanzien van a en b opdracht mag geven aan een beroepsbeoefenaar zoals bedoeld in artikel 38 tot het uitvoeren van de betreffende voorbehouden handeling.

De verpleegkundige houdt daarnaast functionele bevoegdheid ten aanzien van

- a. *het geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie;*
- b. *het verrichten van een venapunctie en van een hielprik bij neonaten.*

Bij dit voorstel dient in aanmerking genomen te worden dat een hbo verpleegkundige, analoog aan een arts of andere BIG geregistreerde professional, na afstuderen niet automatisch bevoegd en bekwaam is ieder van deze handelingen zelfstandig te indiceren en uit te voeren. Hiertoe zal verdere noodzakelijke specialisering beschreven moeten zijn en individueel aantoonbaar gemaakt moeten worden.

Utrecht, 2016, Marieke J. Schuurmans

# Advies van de stuurgroep over het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de hbo-verpleegkundigen ten aanzien van voorbehouden handelingen

Versie 27 oktober 2016

## 1. Inleiding

V&VN heeft aan de stuurgroep gevraagd om een advies te geven over de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid hbo-verpleegkundigen.

In de periode april t/m augustus 2016 is een verkenning uitgevoerd naar nut en noodzaak van de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid. Hieruit komen de volgende voorbehouden handelingen naar voren die in aanmerking komen:

- a. Verrichten van blaaskatheterisatie bij volwassenen
- b. Inbrengen van een maagsonde
- c. Heelkundige handelingen in het kader van wondverzorging (verwijderen van necrotisch weefsel)
- d. Voorschrijven van UR geneesmiddelen binnen een specifieke setting

De stuurgroep heeft zich in drie stappen over het advies gebogen:

1. Op 14 september heeft de stuurgroep de resultaten van de verkenning<sup>1</sup> besproken. Op grond hiervan heeft de stuurgroep een voorlopig advies geformuleerd.
2. Op 28 september is het voorlopige advies tijdens een bijeenkomst voorgelegd aan belanghebbenden partijen<sup>2</sup>. Deze hebben een reactie gegeven op het voorlopige advies en het rapport. In deze bijeenkomst werd een beroep op de stuurgroep gedaan om de voorbereiding van een experimenteel artikel te overwegen. De komende jaren kunnen dan gebruikt worden om te anticiperen op het moment dat de nieuwe titel voor hbo-verpleegkundigen gaat gelden. Het experimenteel artikel zou op dat moment eveneens in werking kunnen treden.
3. De projectgroep heeft de mogelijkheid van een experimenteel artikel uitgewerkt<sup>3</sup>. De stuurgroep heeft de bevindingen op 24 oktober besproken en een definitief advies geformuleerd.

Dit document begint met de conclusie van de stuurgroep, vervolgens komen algemene overwegingen aan de orde. Daarna trekt de stuurgroep conclusies over elk van de vier voorbehouden handelingen en tenslotte volgt het advies.

---

<sup>1</sup> Concept Rapport "Zelfstandige bevoegdheid t.a.v. voorbehouden handelingen voor HBO-verpleegkundigen". Versie 7 september 2016.

<sup>2</sup> In het rapport staat welke belanghebbende partijen op welke wijze betrokken zijn..

<sup>3</sup> Concept Rapport "Zelfstandige bevoegdheid t.a.v. voorbehouden handelingen voor HBO-verpleegkundigen". Versie 17 oktober.

## **2. Conclusie van de stuurgroep**

Met het oog op de huidige en de toekomstige situatie vindt de stuurgroep het niet opportuun om, op het moment dat de hbo-titel gaat gelden, een zelfstandige bevoegdheid aan de hbo-verpleegkundige toe te kennen.

De stuurgroep vindt het niet wenselijk om, in de periode totdat de titels van kracht zijn, een experimenteerartikel voor te bereiden. Met het voorbereiden van een experiment wordt al een richting ingeslagen die de stuurgroep onwenselijk acht. De stuurgroep is zich ervan bewust dat deze wens bij een deel van de belanghebbenden wel aanwezig is, maar maakt hierin haar eigen afweging en neemt hierin haar eigen verantwoordelijkheid.

## **3. Algemene overwegingen**

De implementatie van de mbo- en hbo-profielen vanuit het rapport over de toekomstbestendige beroepen<sup>4</sup> moet nog in de praktijk plaatsvinden. Dit is een omvangrijke en complexe operatie, waarvan de uitkomst nog onzeker is. De stuurgroep is van mening dat een eventuele toekenning van een zelfstandige bevoegdheid opnieuw overwogen kan worden na implementatie en evaluatie van de nieuwe ordening van het beroep.

Op het moment dat de hbo-verpleegkundige een zelfstandige bevoegdheid krijgt voor het indiceren van een medische handeling, gaat deze handeling (in die specifieke gevallen) van het medische naar het verpleegkundige domein. De verantwoordelijkheid voor het indiceren van de betreffende medische handelingen ligt dan bij de hbo-verpleegkundigen. De stuurgroep vindt dit, in combinatie met de andere overwegingen, een te grote verantwoordelijkheid.

De stuurgroep is er niet van overtuigd dat een zelfstandige bevoegdheid van de hbo-verpleegkundige winst oplevert voor patiënten. De inschatting van de stuurgroep is dat een te snelle toekenning juist risico's voor de patientveiligheid oplevert. De complexiteit van zorg zal onder meer door comorbiditeit en multimorbiditeit de komende jaren alleen maar toenemen. Dus ook met het oog op de toekomst is een snelle toekenning van zelfstandige bevoegdheid te risicovol.

Ook bij een experimenteerartikel geldt de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid voor de gehele groep 'nieuwe' hbo-verpleegkundigen. Duidelijk is dat zij deze de handelingen pas mogen uitvoeren als zij bekwaam zijn en dat het mogelijk is om hierin waarborgen te creëren. De stuurgroep is echter van mening dat bij het toekennen van zelfstandige bevoegdheid als de nieuwe titels nog maar net van kracht zijn, het risico te groot is dat voor cliënten en (collega) beroepsbeoefenaren een onduidelijk situatie ontstaat.

De stuurgroep vraagt zich af of een zelfstandige bevoegdheid per definitie de oplossing is voor gesignaleerde of toekomstige knelpunten in bijvoorbeeld de wijk. Hiervoor zijn ook andere oplossingen mogelijk. Bijvoorbeeld door het beter organiseren van de randvoorwaarden voor functionele zelfstandigheid, een betere communicatie tussen huisarts en wijkverpleegkundige of door de inzet van een team van verpleegkundig specialisten.

---

<sup>4</sup> Toekomstbestendige beroepen in verpleging en verzorging' – BOZ, NU'91, LOOV, MBO-Raad, CNO, V&VN, Utrecht, december 2015



De taakherschikking van arts naar verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) heeft net plaatsgevonden en is positief geëvalueerd. De inzet van de VS of PA kan in de komende jaren nog veel beter benut worden en maakt de toekenning van zelfstandige bevoegdheid aan de nieuwe hbo-verpleegkundige minder noodzakelijk.

#### **4. Conclusies over de voorbehouden handelingen**

##### *Blaaskatheterisatie bij volwassenen*

Voor blaaskatheterisatie bij volwassen vindt de stuurgroep de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid niet opportuun.

De stuurgroep is van mening dat de initiële opdracht van de arts moet komen en dat de verpleegkundige de handeling niet zelf kan indiceren. Het niet kunnen urineren is een symptoom van een onderliggend medisch probleem. Een verpleegkundige kan dit onvoldoende overzien. Het zelfstandig indiceren heeft te veel risico's.

De stuurgroep hecht aan de eindverantwoordelijkheid van de arts. Het deels neerleggen van de eindverantwoordelijkheid bij verpleegkundigen, maakt de situatie diffuus en dat is onwenselijk.

##### *Inbrengen van een maagsonde*

Voor het inbrengen van een maagsonde volgt de stuurgroep dezelfde redenering en komt tot dezelfde conclusie als bij een blaaskatheterisatie. De stuurgroep vindt de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid niet opportuun.

##### *Heelkundige handelingen in het kader van wondverzorging (verwijderen van necrotisch weefsel)*

Voor het verwijderen van necrotisch weefsel bij wondverzorging oordeelt de stuurgroep dat een zelfstandige bevoegdheid voor de hbo-verpleegkundige wel opportuun is. Het overlaten van deze handeling aan de arts lijkt niet zinvol en is inefficiënt. Het wegnippen, kan na een gedegen scholing in wondverzorging door de hbo-verpleegkundige worden verricht.

##### *Voorschrijven van UR geneesmiddelen*

De stuurgroep is terughoudend in het toekennen van een voorschrijfbevoegdheid voor UR-geneesmiddelen aan hbo-verpleegkundigen.

Op pagina 26 van het rapport staan negen groepen gespecialiseerde verpleegkundigen die in aanmerking willen komen voor een voorschrijfbevoegdheid. De stuurgroep vindt deze lijst willekeurig. De gespecialiseerde verpleegkundige heeft geen formele titel. Tussen groepen gespecialiseerde groepen verpleegkundigen bestaat veel variatie in opleiding.

De stuurgroep is van mening dat eerst helderheid moet ontstaan over deze titulatuur. Welke opleidingen worden erkend, welke voldoen aan de criteria voor een zelfstandige voorschrijfbevoegdheid?

De stuurgroep kan zich voorstellen dat er medicatie is waarvoor een zelfstandige voorschrijfbevoegdheid kan gelden en vindt het een goed idee om dit nader te verkennen. De

stuurgroep is van mening dat een nadere verkenning van voorschrijfbevoegdheid uit moet gaan van CZO erkende opleidingen.

Bij een verkenning moet heel zorgvuldig naar de risico's moet worden gekeken. Ook als op het eerste gezicht nuttig en noodzakelijk lijkt om deze voorschrijfbevoegdheid toe te kennen.

Ook bij het beoordelen van nut- en noodzaak van voorschrijfbevoegdheid moet meegenomen worden welk (toekomstig) probleem daar precies mee wordt opgelost. Als bijvoorbeeld het probleem in de praktijk is dat de verpleegkundige de medicatie niet snel kan geven, omdat de communicatie tussen de arts en verpleegkundige niet soepel loopt, ligt het eerder voor de hand om die communicatie en het proces te optimaliseren.

De stuurgroep is van mening dat de ervaringen met de voorschrijfbevoegdheid van de long- diabetes en oncologieverpleegkundige meegenomen moet worden in de verkenning.

## **5. Definitief advies**

Het advies van de stuurgroep is als volgt:

1. Richt je als verpleegkundige beroepsgroep in eerste instantie op het concept verpleging en op de kern van beroep. Geef een heldere visie op de ordening van de beroepsgroep.
2. Hou hierbij rekening met het bredere perspectief over alle beroepen in de zorg, anders gaat het alleen maar over een detail terwijl de nieuwe beroepenstructuur met een voor alle spelers herkenbare verdeling van verantwoordelijkheden als geheel, belangrijk is voor het waarborgen van kwalitatief goede zorg in de toekomst.
3. Neem enkele jaren na implementatie van het nieuwe hbo-profiel opnieuw een besluit over de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid aan hbo-verpleegkundigen.
4. Inventariseer welke andere zorghandelingen, buiten de voorbehouden handelingen die nu in de wet BIG zijn gedefinieerd, risicovol zijn voor de gezondheid van de patiënt. Het betreft bijvoorbeeld de risico's van het werken met nieuwe technologieën. Beoordeel of voor deze zorghandelingen regulering nodig is.

# **Zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen t.a.v. voorbehouden handelingen**

Eindrapportage

oktober 2016

## ***Projectleiding***

*Paul Poortvliet*

## ***Projectmedewerkers***

*Tineke Holwerda  
Ezra van Zadelhoff  
Joop Muller*

***Datum: 31 oktober 2016***

## Inhoudsopgave

<b>Inleiding.....</b>	<b>20</b>
<b>1. Beroepsprofiel HBO-verpleegkundige.....</b>	<b>23</b>
1.1. Deskundigheidsgebied HBO-verpleegkundige.....	23
<b>2. Voorbehouden handelingen.....</b>	<b>24</b>
2.1. Huidige situatie bevoegdheden hbo-verpleegkundige m.b.t. voorbehouden handelingen .....	24
2.2. Zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen .....	26
2.3. Contouren van de nieuwe Wet BIG met betrekking tot voorbehouden handelingen .....	27
2.4. Internationaal perspectief.....	28
<b>3. Evaluaties Wet BIG met betrekking tot voorbehouden handelingen.....</b>	<b>29</b>
3.1. Commissie Gevers (2009) .....	29
3.2. Rapport 'Bekwaam is bevoegd' (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2011).....	29
3.3. Tweede Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (2013) .....	30
3.4. Evaluatieonderzoek experiment artikel 36a Wet BIG (2015) .....	30
<b>4. Toekomstbeeld van de zorg en zorgberoepen.....</b>	<b>32</b>
4.1. Toekomstbeeld van de zorg.....	32
4.2. Substitutie en taakherschikking als kernthema's in toekomstige organisatie van de zorg.....	33
4.3. Consequenties voor het beroepsprofiel van de hbo-verpleegkundige .....	34
<b>5. Inventarisatie van mogelijkheden voor zelfstandige bevoegdheid .....</b>	<b>35</b>
5.1. Overzicht voorbehouden handelingen; huidige positie verpleegkundigen .....	35
5.2. Opvattingen over het toekennen van zelfstandige bevoegdheid aan hbo-verpleegkundigen... ..	35
5.3. Verpleegkundigen met zelfstandige bevoegdheid voor voorschrijven van UR-geneesmiddelen.....	43
5.4. Verkenning van de mogelijkheid van een tijdelijke regeling voor zelfstandige bevoegdheid ....	44
5.5. Conclusies en vragen die zijn voorgelegd aan de stuurgroep .....	48
<b>Gebruikte literatuur &amp; bronnen .....</b>	<b>51</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
Bijlage 1. Toelichting deskundigheidsgebied HBO-verpleegkundige.....	54
Bijlage 2. Overzicht beroepsbeoefenaren en voorbehouden handelingen (huidige situatie) .....	59
Bijlage 3. Format voorwaarden UR-medicatie voorschrijven voor verpleegkundigen.....	61
Bijlage 4. Voorbehouden handelingen inventarisatie wenselijkheid van zelfstandige bevoegdheid .....	64
Bijlage 5. Uitwerking zelfstandige bevoegdheid katheterisaties van de blaas .....	69
Bijlage 6. Toelichting op gehanteerde begrippen.....	72
Bijlage 7. Geconsulteerde organisaties .....	73

- **Inleiding**

### **Aanleiding en doel project**

In januari 2016 is het rapport *‘Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging’* (december 2015) aangeboden aan de Minister van VWS ten behoeve van een inhoudelijke bijdrage aan de wijziging in de wet BIG. Eén van de vervolgstappen op dit rapport is een uitwerking van het deskundigheidsgebied van hbo-verpleegkundigen voor het verrichten van voorbehouden handelingen, deels op basis van zelfstandige bevoegdheid, deels op basis van functionele zelfstandigheid.

#### *Projectdoel*

Het project heeft tot doel een breed gedragen document op te leveren voor de aanpassing van de Wet BIG met betrekking tot de voorbehouden handelingen die behoren of gaan behoren tot de zelfstandige bevoegdheid van (specifieke groepen van) HBO-verpleegkundigen.

#### *Gewenst eindresultaat*

Het gewenste eindresultaat is een advies voor aanpassing van de Wet BIG over de zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van voorbehouden handelingen voor hbo-verpleegkundigen.

Het advies betreft:

- Beschrijving van de randvoorwaarden voor het verlenen van zelfstandige bevoegdheid
- Uitsplitsing naar zelfstandige bevoegdheid t.a.v. voorbehouden handelingen die:
  - voor alle hbo-verpleegkundigen kunnen gaan gelden
  - voor specifieke groepen hbo-verpleegkundigen kunnen gaan gelden

#### *Scope*

Het project richt zich alleen op het deskundigheidsgebied voorbehouden handelingen voor hbo-verpleegkundigen. Het project richt zich niet op andere beroepen in de zorg. Verpleegkundige specialisten, mbo-verpleegkundigen en verzorgenden en andere aanpalende beroepen vallen buiten de scope van dit project. Wel zal in de projectaanpak worden gekeken naar ervaringen die in deze aanpalende beroepen zijn opgedaan met voorbehouden handelingen.

### **Projectorganisatie en aanpak**

V&VN is in april gestart met het project *‘Zelfstandige bevoegdheden t.a.v. voorbehouden handelingen voor HBO-verpleegkundigen’*. Voor de aansturing van het project is een stuurgroep ingesteld, die eindverantwoordelijk is voor de oplevering van de producten en het traject begeleidt. Er is bewust voor gekozen om de stuurgroep klein te houden.

De samenstelling van de stuurgroep is als volgt:

- Marjo van Tol, onafhankelijk voorzitter
- Vivienne Schelfhout, directeur opleidingen Federatie Medisch Specialististen
- Heleen Post, Patiënten Federatie NPCF
- Eline de Kok, V&VN, Adviseur Innovatie, hbo-verpleegkundige
- Esmeralda van Leeuwen V&VN, Verpleegkundige Specialist
- Petrie Roodbol, Hoogleraar Verplegingswetenschappen, Universiteit Groningen
- Annemien Nas, MBO verpleegkundige Ziekenhuis Gelderse Vallei

#### *Betrokken partijen*

Om te zorgen voor voeding vanuit het veld en een breed draagvlak voor dit advies over het toekennen van zelfstandige bevoegdheden, zijn experts en belanghebbenden betrokken bij het project via thematische bijeenkomsten en bilaterale gesprekken. Dit waren beroepsbeoefenaren in de verpleegkundige beroepen, aanpalende beroepsgroepen (waaronder medisch specialisten en huisartsen), patiëntenorganisatie,

werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg en vertegenwoordigers vanuit het onderwijs. In bijlage 7 staat een overzicht van organisaties die geconsulteerd en betrokken zijn.

### Aanpak

De projectaanpak bestond uit een combinatie van literatuurstudie en gesprekken met experts, expertbijeenkomsten en een bijeenkomst met belanghebbenden. Het project richt zich op twee doelgroepen:

1. Voorbehouden handelingen voor alle hbo-verpleegkundigen
2. Voorbehouden handelingen voor specifieke groepen verpleegkundigen

De aanpak kende in grote lijnen de volgende stappen:

- Bepalen van de insteek van het advies. We streven naar een advies dat toekomstgericht is en tegelijkertijd nauw aansluit bij de huidige praktijk. Dit betekent dat we streven naar aanpassingen in de regelgeving die ruimte bieden aan de praktijk om zelfstandige bevoegdheid op een zorgvuldige manier te regelen. Uitgangspunt vormt het belang van de patiënt/cliënt, gedefinieerd in termen van kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en effectiviteit (april).
- Op basis van literatuuronderzoek vond een eerste inventarisatie plaats van voorbehouden handelingen waarvoor het wenselijk zou zijn als de hbo-verpleegkundige c.q. specifieke groepen van hbo-verpleegkundigen zelfstandig bevoegd zouden zijn voor het verrichten van betreffende voorbehouden handelingen. Vanuit deze inventarisatie is een aantal handelingen (drie á vier) geselecteerd om te toetsen welke voorwaarden relevant zijn voor het verantwoord kunnen toekennen van zelfstandige bevoegdheid.
- Deze toetsing vond plaats in een bijeenkomst (19 mei) en in gesprekken met experts. Opbrengst van deze ronde is een uitgewerkt afwegingskader (in termen van nut, noodzaak & risico's) op basis waarvan besloten kan worden of betreffende voorbehouden handelingen onder de zelfstandige bevoegdheid van de HBO-verpleegkundige kan worden gebracht.
- Vervolgens is de complete lijst met voorbehouden handelingen getoetst bij (zie hoofdstuk 5):
  - Verpleegkundige Adviesraden (breed, vanuit verschillende zorgsettings).
  - Aanpalende beroepsgroepen
  - Brancheorganisaties
  - Patiëntenorganisaties
  - Experts

Dit deden we in bilaterale gesprekken en tijdens verschillende bijeenkomsten (juni en september).
- De uitkomsten en conclusies van deze ronde leidden tot deze tussenrapportage (augustus), die aan alle belanghebbenden en de Stuurgroep is voorgelegd (september).
- In oktober heeft het projectteam het definitieve rapport opgeleverd en formuleerde de stuurgroep het eindadvies.

Wanneer	Wat	Met wie	Wijze
<i>april 2016</i>	Bepalen insteek advies		
<i>april/mei 2016</i>	Inventarisatie		
<i>19 mei 2016</i>	Toetsing bevindingen	Experts	Expertbijeenkomst
<i>juni-september</i>	Toetsen lijst voorbehouden handelingen	Adviesraden, beroepsgroepen, brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, experts	Bilateraal en bijeenkomsten
<i>september</i>		Tussenrapportage	
<i>28 september</i>	Voorlopig advies	Stakeholders	Meeting
<i>oktober</i>	Advies	Stuurgroep	

## Leeswijzer bij de tussenrapportage

In hoofdstuk 1 wordt als achtergrondinformatie in het kort het deskundigheidsgebied van de hbo-verpleegkundige beschreven, zoals dat is gedefinieerd in het project 'Toekomstbestendige beroepen in verpleging en verzorging'. Onderdeel van dit deskundigheidsgebied zijn de bevoegdheden ten aanzien van voorbehouden handelingen.

Hoofdstuk 2 richt zich op het onderwerp 'voorbehouden handelingen'. Het beschrijft de huidige situatie van bevoegdheden van verpleegkundigen voor voorbehouden handelingen, zoals vastgelegd in artikel 35-38 van de Wet BIG. Daarnaast gaat het hoofdstuk in op de door verschillende belanghebbenden gewenste – en ook door de minister voorgestane – flexibilisering van de regeling voorbehouden handelingen en schetst het de contouren van de voorgestane aanpassingen van de Wet BIG op dit punt. Tenslotte biedt het hoofdstuk een internationaal perspectief middels een beknopte vergelijking met enkele Europese en niet-Europese landen: hoe zijn daar de bevoegdheden van verschillende beroepsbeoefenaren in de zorg, waaronder de verpleegkundige, op het terrein van voorbehouden (lees: risicovolle) handelingen geregeld en welke aanbevelingen kunnen worden gehaald uit deze internationale vergelijking.

De Wet BIG is in de achterliggende jaren meerdere keren geëvalueerd, soms vanuit een brede vraag, soms op specifieke onderwerpen, waaronder voorbehouden handelingen. Hoofdstuk 3 beschrijft in het kort voor de belangrijkste evaluaties de conclusies en aanbevelingen op het vlak van de voorbehouden handelingen en analyseert de hoofdlijn uit de gebruikte evaluaties.

Hoofdstuk 4 gaat in op de verwachte ontwikkelingen in de zorg. Het schetst hoe daarin zowel technologische invloeden een rol kunnen spelen, als ook de verwachte veranderingen in de manier waarop in de verdere toekomst de zorg zal zijn ingericht en wordt aangeboden. Het hoofdstuk beschrijft hoe de verwachte verschuiving van zorg vanuit de eerste naar de tweede lijn andere eisen stelt aan de toekomstige competenties van beroepsbeoefenaren.

Hoofdstuk 5 gaat in op de wenselijkheid en mogelijkheid van een zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen voor bepaalde voorbehouden handelingen. Het hoofdstuk biedt een inventarisatie van argumenten en standpunten met betrekking tot de zelfstandige bevoegdheid voor (groepen van) hbo-verpleegkundigen en gaat in op de vraag of zelfstandige bevoegdheid de zorg kan verbeteren vanuit het oogpunt van kwaliteit, patiëntveiligheid, effectiviteit en doelmatigheid.

Daarnaast geeft hoofdstuk 5 een voorzet voor de conclusie en het advies van de stuurgroep op de in het project gestelde vragen.

### **Cave: huidige situatie, toekomstige situatie en overgangsregeling**

Het is belangrijk om bij het lezen van deze rapportage de huidige situatie, de toekomstige situatie en de – nog uit te werken – overgangssituatie scherp van elkaar te onderscheiden. In vele consultaties met het veld bleek dit een lastig element in discussies en werkte dit regelmatig misverstanden in de hand.

In de huidige situatie is in de Wet BIG sprake van de beroepstitel 'verpleegkundige', deze beroepstitel kent geen onderscheid naar opleidingsniveau (mbo/hbo), competenties, bevoegdheden etc.

In dit rapport beschrijven we de toekomstige situatie: de herziene Wet BIG zal onderscheid maken tussen hbo- en mbo-verpleegkundige. Waar het in dit rapport gaat om zelfstandige bevoegdheid is deze beperkt tot beroepsbeoefenaren die voldoen aan het nieuwe hbo-verpleegkundig beroepsprofiel. Dat zijn in de eerste plaats verpleegkundigen die in de komende jaren uitstromen uit hbo-opleidingen geënt op de nieuwe beroepsprofielen.

Ten aanzien van de zittende populatie van verpleegkundigen zal de overgangsregeling duidelijkheid brengen over de vraag welke verpleegkundige zal worden geregistreerd op hbo- en welke op mbo-niveau. Over de vormgeving van de overgangsregeling doet dit rapport geen uitspraak.

- **1. Beroepsprofiel HBO-verpleegkundige**
- **1.1. Deskundigheidsgebied HBO-verpleegkundige**

Het onderhavige project sluit aan bij de aanbevelingen van de Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, waarin voorstellen zijn gedaan voor de nieuwe beroepsprofielen van verplegende en verzorgende beroepen. Ter informatie wordt onderstaand in het kort het deskundigheidsgebied van de hbo-verpleegkundige weergegeven.

In het rapport van de Stuurgroep<sup>5</sup> wordt het deskundigheidsgebied van de hbo-verpleegkundige omschreven; onderdeel van deze deskundigheid is ook het verrichten van voorbehouden handelingen, deels op basis van zelfstandige bevoegdheid, deels op basis van functionele zelfstandigheid (onderstaand onder f.)

### **Beschrijving deskundigheidsgebied HBO-verpleegkundige**

In de onderstaande beschrijving is aangegeven binnen welk domein de deskundigheid van de hbo-verpleegkundige wordt gedefinieerd, dat wil zeggen binnen welk domein de hbo-verpleegkundige in staat moet worden geacht als autonome professional verantwoord te handelen. Het gaat hierbij vooral om waar de focus / nadruk wordt gelegd binnen het beroep van de hbo-verpleegkundige. De beschrijving is niet uitputtend.

Het deskundigheidsgebied van de HBO-verpleegkundige betreft:

- Ondersteunen van het zelfmanagement van zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het functioneren in relatie tot kwaliteit van leven, gezondheid en ziekte. Gericht op de zes dimensies van gezondheid: lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.
- Stellen van een verpleegkundige diagnose en het indiceren, organiseren en verlenen van verpleegkundige zorg en psychosociale begeleiding op basis van klinisch redeneren, vooral in complexe zorgsituaties die vragen om integratie van kennis en combineren van richtlijnen en protocollen. Hierbij wordt, daar waar mogelijk, gewerkt op basis van *evidence based practice*.
- Regisseren van het aan de zorgvrager gebonden en/of zorgvrager overstijgende zorgproces door het organiseren en coördineren van een geïntegreerd, inter- en multidisciplinair, samenhangend zorgaanbod. Dit wordt gedaan in samenspraak met de zorgvrager (*shared decision making*), waarbij ook de naasten en het sociale netwerk van de zorgvrager en collega-zorgverleners in de (zorg)keten c.q. het -netwerk betrokken worden;
- Uitvoeren van preventie gericht op het bevorderen van gezondheid, vitaliteit, zelfmanagement en participatie van mensen, op het anticiperen op gezondheidsrisico en het ondernemen van actie wanneer sprake is van verhoogd gezondheidsrisico;
- Initiëren en ontwikkelen van kwaliteitszorg, innovatie, analyse en praktijkonderzoek en (*evidence based*) professionalisering binnen een werkeenheden of expertisegebied, rekening houdend met kosteneffectiviteit; begeleiden en coachen van collega-zorgverleners;
- Verrichten van voorbehouden handelingen; deels op basis van zelfstandige bevoegdheid, deels op basis van functionele zelfstandigheid.

Een toelichting op het bovenstaande deskundigheidsgebied is opgenomen in bijlage 1.

---

<sup>5</sup> 'Toekomstbestendige beroepen in verpleging en verzorging' – BOZ, NU'91, LOOV, MBO-Raad, CNO, V&VN, Utrecht, december 2015



- **2. Voorbehouden handelingen**

- **2.1. Huidige situatie bevoegdheden hbo-verpleegkundige m.b.t. voorbehouden handelingen**

In de Wet BIG zijn in artikel 36 de voorbehouden handelingen weergegeven. Voorbehouden handelingen worden omschreven als handelingen die, indien uitgevoerd door ondeskundigen, aanmerkelijk gevaar voor leven of gezondheid van zorgvragers kunnen opleveren. Deze handelingen zijn daarom voorbehouden aan bevoegde beroepsgroepen.

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heelkundige handelingen</li> <li>2. Verloskundige handelingen</li> <li>3. Verrichten van endoscopieën</li> <li>4. Verrichten van katheterisaties</li> <li>5. Geven van injecties</li> <li>6. Verrichten van puncties</li> <li>7. Brengen onder narcose</li> <li>8. Verrichten van handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden</li> <li>9. Verrichten van electieve cardioversie</li> <li>10. Toepassen van defibrillatie</li> <li>11. Toepassen van elektroconvulsieve therapie</li> <li>12. Steenvergruizing voor medische doeleinden</li> <li>13. Handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's</li> <li>14. Voorschrijven van UR-geneesmiddelen</li> </ol> |
|---|

Overzicht voorbehouden handelingen (Wet BIG, artikel 36)

De Wet BIG onderscheidt verschillende bevoegdheden met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. In de wet worden bepaalde beroepsgroepen aangewezen die *zelfstandig bevoegd* zijn voor deze handelingen (artikel 36 Wet BIG). Beroepsgroepen die niet zelfstandig bevoegd zijn, mogen de handelingen alleen *in opdracht* uitvoeren (artikel 38 Wet BIG). Hierbij moet worden voldaan aan bepaalde voorwaarden: zo moet de mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst door de opdrachtgever geborgd zijn en de opdrachtgever moet redelijkerwijs kunnen aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling. Degene die de opdracht aanneemt dient redelijkerwijs te mogen aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en dient te handelen overeenkomstig de aanwijzingen (artikel 35). Daarnaast regelt de Wet BIG voor enkele beroepsgroepen *functionele zelfstandigheid* (artikel 39). Deze beroepsgroepen mogen geen opdracht geven voor het verrichten van een voorbehouden handeling, maar mogen deze wel zonder toezicht en tussenkomst van een andere beroepsbeoefenaar uitvoeren. In dat geval moet een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar de opdracht geven. In alle gevallen geldt dat degene die de handeling uitvoert bekwaam moet zijn voor deze handeling.

	Opdracht geven?	Zelfstandig uitvoeren?	Wie?
Zelfstandige bevoegdheid (artikel 36)	Ja	Ja	Artsen, en voor een beperkt aantal handelingen tevens: tandartsen, verloskundigen, verpleegkundig specialisten <sup>6</sup> , physician assistants, klinisch technologen en (onder voorwaarden) bepaalde categorieën gespecialiseerde verpleegkundigen; allen voor zover bekwaam
Functionele zelfstandigheid (artikel 39)	Nee	Ja, in opdracht van zelfstandig bevoegde	Verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten; allen voor zover bekwaam
'in opdracht' (artikel 38)	Nee	Nee, er moet toezicht en tussenkomst zijn	Iedereen die bekwaam is

Overzicht regeling voorbehouden handelingen

<sup>6</sup> Zie bijlage 6 voor beschrijvingen van verpleegkundig specialist en gespecialiseerd verpleegkundige

### *Voorbehouden handelingen en (andere) risicovolle handelingen*

Naast het hiervoor gegeven overzicht van voorbehouden handelingen zijn meer zorghandelingen te onderkennen waarvan de uitvoering risico's met zich meebrengt voor de gezondheid van patiënt en/of zorgverlener. Dit zijn bijvoorbeeld bepaalde heelkundige handelingen zoals het verwijderen van een wond drain of van hechtingen, het uitzuigen van mond- en keelholte etc., maar betreffen ook de risico's van het werken met nieuwe technologieën. Deze handelingen vallen echter niet onder de werking van artikel 36 van de wet BIG. Uitvoering van deze handelingen vraagt – evenals bij de voorbehouden handelingen – om bekwame zorgverleners en een verantwoorde uitvoeringspraktijk, maar vraagt geen specifieke wettelijke bevoegdheden. Als zodanig vallen deze handelingen buiten de scope van dit rapport, dat zich specifiek richt op herziening van de Wet BIG met betrekking tot de toekomstige bevoegdheid van de hbo-verpleegkundige voor de voorbehouden handelingen.

In discussies over voorbehouden handelingen wordt bij herhaling gepleit voor een bredere herziening van de lijst van voorbehouden handelingen. Ook deze vraag valt buiten de scope van dit rapport en zal hier niet worden geadresseerd.

### *Categorieën beroepsbeoefenaren en hun bevoegdheden op het terrein van voorbehouden handelingen*

De Wet BIG onderscheidt verschillende categorieën beroepsbeoefenaren met bevoegdheden ten aanzien van de voorbehouden handelingen zoals genoemd in artikel 36. Voor onderscheiden categorieën bestaan regelingen op grond waarvan het aan deze beroepsbeoefenaar is toegestaan om (bepaalde) voorbehouden handelingen uit te voeren. De regelingen leggen tevens vast aan welke randvoorwaarden (competenties, opleiding, werkervaring etc.) de beroepsbeoefenaar moet voldoen om de bevoegdheid te verwerven c.q. te behouden.

Een overzicht van de verschillende beroepsbeoefenaren en hun bevoegdheden met betrekking tot voorbehouden handelingen is opgenomen in bijlage 2. In bijlage 6 worden deze beroepsprofielen beknopt omschreven.

### **Verpleegkundigen**

In de huidige situatie is aan de verpleegkundige geen *zelfstandige bevoegdheid* toegekend tot het verrichten van voorbehouden handelingen, met uitzondering van de bevoegdheid tot het onder voorwaarden voorschrijven van UR-geneesmiddelen door bepaalde categorieën gespecialiseerde verpleegkundigen (artikel 36, lid 14 Wet BIG).

Op grond van artikel 38 van de Wet BIG kan een verpleegkundige (en ook een verzorgende en andere personen werkzaam in de zorgsector) voorbehouden handelingen verrichten *in opdracht* van een daartoe bevoegde beroepsbeoefenaar in gevallen waarin zo nodig aanwijzingen worden gegeven en toezicht en tussenkomst mogelijk zijn. De opdrachtgever mag deze opdracht alleen geven indien hij redelijkerwijs mag aannemen dat de ander beschikt over de bekwaamheid die noodzakelijk is voor het verrichten van de voorbehouden handeling.

Bij Besluit van 29 oktober 1997, het Besluit functionele zelfstandigheid, is aan de verpleegkundige beroepsgroep de *functionele zelfstandigheid* toegekend tot het verrichten van een aantal voorbehouden handelingen: uitvoering vereist wel een opdracht van een bevoegde beroepsbeoefenaar, maar kan door de verpleegkundige worden uitgevoerd zonder toezicht en tussenkomst. Ook hier geldt de voorwaarde dat de verpleegkundige beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen (onbekwaam is onbevoegd).

N.B. In de huidige situatie bestaat geen onderscheid in bevoegdheden tussen hbo- en mbo-verpleegkundigen. In de huidige situatie wordt op grond van bovengenoemd Besluit *functionele zelfstandigheid*<sup>7</sup> tot de deskundigheid van de verpleegkundigen gerekend:

---

<sup>7</sup> Besluit functionele zelfstandigheid, artikel 2 – Staatsblad 1997, nr. 524 (d.d. 29 oktober 1997)

Het zonder toezicht door en tussenkomst van de opdrachtgever, verrichten van de volgende voorbehouden handelingen:

- a. het geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie;
- b. het verrichten van een katheterisatie van de blaas bij volwassenen alsmede het aanbrengen van een maagsonde of infuus;
- c. het verrichten van een venapunctie en van een hielprik bij neonaten.

### **Bijzondere categorieën verpleegkundigen**

Twee specifieke categorieën verpleegkundigen hebben ruimere bevoegdheden gekregen ten aanzien van de voorbehouden handelingen. Dit betreft:

- Ambulanceverpleegkundigen  
Functionele zelfstandigheid voor de volgende handelingen: het toepassen van electieve cardioversie en van defibrillatie, het in- of extuberen van de luchtpijp, het toepassen van een drainagepunctie bij pneumothorax en het verrichten van een coniotomie;
- Bepaalde groepen gespecialiseerde verpleegkundigen;  
Zelfstandige bevoegdheid voor het voorschrijven van bepaalde UR-geneesmiddelen

### • **2.2. Zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen**

De minister heeft aangegeven in lijn met aanbevelingen van de Commissie Gevers<sup>8</sup> en de evaluatie van de Wet BIG uit 2013<sup>9</sup> de *regeling voorbehouden handelingen* te willen flexibiliseren, gelet op ontwikkelingen in het beroepenveld en de zorgpraktijk. Op die manier kan beter worden ingespeeld op bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen en op dynamiek in de beroepenstructuur (taakherschikking). Deze flexibilisering betreft ten eerste de wijze waarop de zelfstandige bevoegdheid voor de verschillende beroepsgroepen zal worden vormgegeven, namelijk via AMvB's in plaats van in de wet zelf<sup>10</sup>. Daarnaast gaf de minister in haar brief van april 2014<sup>11</sup> aan te overwegen om de hbo-verpleegkundige zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor een (nader te bepalen) aantal voorbehouden handelingen.

In het rapport 'Leren van de toekomst' wordt voorgesteld de hbo-verpleegkundige zelfstandige bevoegdheid toe te kennen<sup>12</sup> voor de volgende voorbehouden handelingen:

- Toedienen van injecties: *het geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie*;
- Verrichten van katheterisaties: *het verrichten van een katheterisatie van de blaas bij volwassenen alsmede het aanbrengen van een maagsonde of infuus*;
- Voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

In de beschrijving van de eerste twee handelingen, het toedienen van injecties en het verrichten van katheterisaties, is aangesloten bij de beschrijving zoals die nu is opgenomen in het Besluit functionele zelfstandigheid. De hbo-verpleegkundige zou op grond van dit nieuwe wettelijke regime zelfstandig bevoegd zijn voor deze handelingen: de verpleegkundige mag zelf de indicatie stellen en de handeling uitvoeren, dan wel opdracht geven aan een beroepsbeoefenaar zoals bedoeld in artikel 38 tot het uitvoeren van de betreffende voorbehouden handeling.

In verschillende bijeenkomsten met experts is het voorstel besproken voor een zelfstandige bevoegdheid van de hbo-verpleegkundigen ten aanzien van bovenstaande voorbehouden handelingen. Daarbij is tevens gesproken over de voorwaarden waaronder deze zelfstandige bevoegdheid toegekend zou kunnen worden.

---

<sup>8</sup> Commissie Gevers, Voorbehouden handelingen tegen het licht. 2009

<sup>9</sup> Tweede evaluatie Wet individuele beroepen in de gezondheidszorg, ZonMW, 2013

<sup>10</sup> zie Ambtelijk concept wetsvoorstel modernisering tuchtrecht Wet BIG, september 2015

<sup>11</sup> Brief aan Tweede Kamer over Beroep en opleiding verpleegkundige (354837-119067) d.d. 14 april 2014

<sup>12</sup> J. Lambregts & A. Grotendorst (red.). Leren van de toekomst: V&V 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2012.

## *Aanbevelingen Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging*

De Stuurgroep heeft in haar advies aanbevolen om binnen de Wet BIG de mogelijkheid te regelen om, naast de andere onderdelen van het deskundigheidsgebied, de HBO-verpleegkundige zelfstandige bevoegdheid te geven voor nader te bepalen voorbehouden handelingen. Via één of meerdere AMvB's kan op een later moment geregeld worden voor welke voorbehouden handelingen bepaalde specifieke groepen HBO-verpleegkundigen (bijvoorbeeld per expertisegebied) onder nog nader te bepalen voorwaarden een zelfstandige bevoegdheid krijgen.

De stuurgroep was terughoudend ten aanzien van de zelfstandige bevoegdheid voor HBO-verpleegkundigen voor handelingen die raken aan het medisch domein; daaronder werd ook verstaan de bevoegdheid tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Voor deze handelingen is per expertisegebied grondig onderzoek en nadere afstemming met onder andere relevante (para)medische en verpleegkundige beroepsgroepen nodig alvorens zou kunnen worden besloten tot het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid.

### • **2.3. Contouren van de nieuwe Wet BIG met betrekking tot voorbehouden handelingen**

In september 2015 werd een ambtelijk concept van het wetsvoorstel voor modernisering van het tuchtrecht Wet BIG voor consultatie aangeboden. In dit concept is tevens de nieuwe opzet geschetst voor de wetgeving met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Enkele in dat verband belangrijke aanpassingen worden onderstaand beschreven.

#### *Aanpassing lijst van voorbehouden handelingen*

De in artikel 36 opgenomen lijst van voorbehouden handelingen (zie overzicht) wordt in het wetsvoorstel uitgebreid met een vijftiende handeling, namelijk 'het met behulp van licht, ultrasoon geluid of hoogfrequente stroom behandelen van lichaamsweefsel'. Dit betreft bijvoorbeeld het gebruik van laserlicht in huidbehandelingen. De zelfstandige bevoegdheid van de handeling wordt voorbehouden aan een nieuw in de wet opgenomen beroepsgroep, de huidtherapeut (paragraaf 9. Huidtherapeuten, uitgewerkt in artikelen 33a en 33b).

#### *Aanpassing regeling voorbehouden handelingen*

In het wetsvoorstel wordt in artikel 35 Wet BIG beschreven dat het verrichten van voorbehouden handelingen niet is toegestaan dan alleen op grond van zelfstandige bevoegdheid (vastgelegd in een nieuw artikel 35a en 35b, waarin wordt verwezen naar aan dit artikel gekoppelde AMvB's per categorie van beroepsbeoefenaren), tijdelijke zelfstandige bevoegdheid (artikel 36a) of functionele zelfstandigheid (artikel 39), of in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar (artikel 38).

Nieuw in deze opzet is dat niet meer per voorbehouden handeling is vastgelegd welke categorie(ën) van beroepsbeoefenaren zelfstandig bevoegd zijn (zoals in het huidige artikel 36 Wet BIG), maar dat het nieuwe artikel 36 alleen de lijst met handelingen bevat. In de AMvB's bij artikel 35a zal de zelfstandige bevoegdheid van de verschillende beroepsgroepen worden geregeld.

Voor de verpleegkundige betekent dit dat ook de huidige zelfstandige bevoegdheid voor specifieke groepen voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (huidige artikel 36, lid 14 onder d.) onderdeel zal gaan uitmaken van die nog op te stellen AMvB bij artikel 35a (zie verder hoofdstuk 5).

- **2.4. Internationaal perspectief**

De ontwikkelingen in de Nederlandse zorg en zorgberoepen kunnen niet los worden gezien van de internationale context. In Europees verband wordt nadrukkelijk gewerkt aan het harmoniseren van opleidingseisen voor de verschillende beroepen in de gezondheidszorg, mede vanuit het perspectief van arbeidsmobiliteit.

Dit hoofdstuk verkent in kort bestek of ook op het gebied van voorbehouden handelingen lessen te trekken zijn vanuit een internationaal perspectief. De door het NIVEL uitgevoerde literatuurstudie 'Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief'<sup>13</sup> diende hierbij als voornaamste bron. In deze studie is gekeken naar de situatie in België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk (UK), de Verenigde Staten (USA) en Canada.

Voor een uitgebreide weergave verwijzen wij graag naar bovengenoemd NIVEL-rapport.

*Internationale vergelijking: grote diversiteit*

In alle genoemde landen bestaan voorbehouden handelingen: handelingen die tot het medisch domein worden gerekend maar door (gespecialiseerde) verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd. Daarnaast bestaan er in sommige landen ook 'voorbehouden handelingen' die tot het verpleegkundig domein behoren, maar in opdracht door niet-verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd.

Wat wordt verstaan onder voorbehouden handelingen verschilt per land. Dit geldt zowel voor de medische als de verpleegkundige handelingen. Zo zijn er landen die zeer gedetailleerde lijsten van handelingen hanteren (zoals België), terwijl andere landen zich beperken tot het beschrijven van algemene kenmerken van de handelingen en de kaders rond de uitvoering (bijvoorbeeld in de UK).

Daarnaast zijn er aanzienlijke verschillen in de indeling van de handelingen en de wijze waarop de delegatie (wettelijk) is geregeld. Bijvoorbeeld over de mate van zelfstandigheid of de wijze van toezicht en controle. De instanties die de regelingen uitgeven verschillen (ministeriële instanties of beroepsverenigingen). Er is een grote diversiteit van naamgeving van de beroepen.

Er worden opvallende verschillen beschreven. Zo wordt in Duitsland bloedafname als een slechts bij uitzondering delegeerbare taak beschouwd, terwijl in Canada (Quebec) deze handeling door een verpleegassistent worden verricht. Ook binnen een land kunnen verschillen bestaan. Een voorbeeld is het voorschrijven van medicatie door niet-medici in de verschillende staten van de USA: in 35 staten moet er een dokter betrokken zijn bij het voorschrijven door een Nurse Practitioner (NP). In 16 andere staten kan dit zelfstandig gebeuren door de NP.

*Conclusie*

De vergelijking levert het beeld op dat de Nederlandse situatie niet structureel afwijkt van het internationale beeld: in Nederland worden voorbehouden handelingen omschreven en zijn in (hoofd)groepen in een lijst opgenomen, die deel uitmaakt van een wettelijk vastgelegd regime van uitvoering en bevoegdheden. Ook in de Nederlandse situatie is sprake van delegatie naar verschillende beroepsgroepen of delen daarvan, telkens vastgelegd in aparte regelingen en wetsartikelen.

De uiteenlopende waarnemingen in internationaal verband maken het lastig om tot eenduidige conclusies te komen en lessen te trekken voor aanpassing van regelgeving in de Nederlandse situatie. Het onderzoek maakt duidelijk dat er internationaal gezien niet een duidelijke lijn herkenbaar is die als leidraad voor de gewenste regime-aanpassingen zou kunnen dienen.

---

<sup>13</sup> P. Mistiaen et al, Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging (2011). Utrecht: NIVEL.

- **3. Evaluaties Wet BIG met betrekking tot voorbehouden handelingen**

In de achterliggende jaren zijn door verschillende instanties evaluaties uitgevoerd van de werking van de Wet BIG. Enkele evaluaties richtten zich daarbij specifiek op het terrein van de Voorbehouden handelingen, andere waren breder van opzet. Deze evaluaties hebben geleid tot aanbevelingen en adviezen, die in onderstaand overzicht worden gepresenteerd.

- **3.1. Commissie Gevers (2009)<sup>14</sup>**

De Commissie Gevers deed in 2009 specifiek onderzoek naar de regeling rondom voorbehouden handelingen, zoals vastgelegd in artikelen. 35-39 Wet BIG.

De Commissie kwam op een aantal onderwerpen met conclusies en aanbevelingen:

*De lijst van voorbehouden handelingen*

- De huidige lijst van voorbehouden handelingen vervult als onderdeel van de regeling voorbehouden handelingen in de praktijk - ondanks haar beperkingen - een belangrijke functie, en dient dan ook als zodanig gehandhaafd te worden;
- De lijst en eventuele aanpassingen dienen steeds gezien te worden in het kader van beleid en wetgeving op het brede terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid;
- De criteria voor het al dan niet opnemen van handelingen op de lijst zijn – met al hun beperkingen – nog steeds relevant;
- Voor de gedachte om meer structuur aan te brengen in de lijst is wat te zeggen, maar de toegevoegde waarde daarvan is te beperkt in relatie tot de bezwaren van algehele herziening.

*Het toewijzen van zelfstandige bevoegdheid*

De Commissie Gevers adviseert ten aanzien van de toewijzing van nieuwe zelfstandige bevoegdheden onder meer de volgende uitgangspunten in acht te nemen:

- met de toekenning dient ook in de toekomst terughoudendheid te worden betracht (de opdrachtrelatie moet aantoonbaar inadequaat zijn);
- toekenning dient altijd gekoppeld te zijn aan het (zoveel mogelijk uitgewerkte) deskundigheidsgebied van het betreffende beroep of specialisme;
- er moet meer gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid bevoegdheden toe te kennen aan specialisten (of andere categorieën binnen een basisberoep) in plaats van aan basisberoepen als geheel;
- zelfstandige bevoegdheden moeten onder bepaalde condities ook kunnen worden toegekend aan artikel 34 beroepen;
- er kan meer gebruik worden gemaakt van de toekenning van zelfstandige bevoegdheden in geclausuleerde vorm.

- **3.2. Rapport 'Bekwaam is bevoegd' (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2011)**

Het rapport 'Bekwaam is bevoegd'<sup>15</sup> van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uit 2011 bevat ingrijpende adviezen over het loslaten van de huidige regelgeving met betrekking tot voorbehouden handelingen.

Het rapport schetst de verwachte veranderingen in zorg en zorgvraag, de toenemende chroniciteit van zorg en de veranderende rol van de burger zelf in het voeren van regie over zijn eigen (gezondheids)situatie. Die ontwikkelingen vragen om een andere wijze van organiseren van de zorg en daarmee om andere competenties bij zorgverleners. Nieuwe technologie maakt dat diagnosticeren en behandelen, voorheen voorbehouden aan artsen op basis van langjarige opleiding en training, kan worden uitgevoerd door lager opgeleiden met een

---

<sup>14</sup> Commissie Gevers, Voorbehouden handelingen tegen het licht. 2009

<sup>15</sup> 'Bekwaam is bevoegd – Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg', RVZ, Den Haag, 2011

goede training, of in sommige situaties zelfs deels door de patiënt zelf. Dat biedt ruimte voor taakherschikking en een meer efficiënte inrichting van de zorg.

Het rapport pleit voor het afschaffen van de vaste beroependomeinen, het introduceren van kortere basisopleidingen en meer diversiteit in specifieke vervolgoopleidingen.

Voor het mogen verrichten van voorbehouden handelingen adviseert de Raad voor Volksgezondheid en Zorg dat aantoonbare bekwaamheid zou moeten leiden tot bevoegdheid. Daaraan gekoppeld zit de verplichting tot het bijhouden van de bekwaamheid door verplichte bijscholing en herregistratie.

### • **3.3. Tweede Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (2013)**

Een Commissie onder voorzitterschap van de Utrechtse hoogleraar Sijmons evalueerde in 2013<sup>16</sup> de werking van de Wet BIG in brede zin. Onderdeel van deze evaluatie was ook het terrein van de voorbehouden handelingen. De belangrijkste conclusies van de Commissie op laatstgenoemd gebied waren:

- Op het vlak van de uitvoering van voorbehouden handelingen is in de voorliggende tien jaar veel vooruitgang geboekt. Zorginstellingen legden in toenemende mate vast welke voorbehouden handelingen in de instellingen voorkomen en stelden protocollen en richtlijnen<sup>17</sup> op ten aanzien van voorbehouden handelingen. Wel wordt geconstateerd de opdrachtverlening voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen onvoldoende is vastgelegd in protocollen en op essentiële punten verbetering behoeft.
- Een herziening van de lijst op onderdelen lijkt zinvol, om zo te zorgen dat risicovolle handelingen (zoals bijvoorbeeld heelkundige handelingen bij het verwijderen van tatoeages, Botox-behandelingen) die buiten het terrein van de individuele gezondheidszorg plaatsvinden, ook worden gereguleerd via de Wet BIG.
- De evaluatie doet tevens aanbevelingen voor de wetstechnische uitwerking:
  - aanbevolen wordt om in plaats van de lijst van voorbehouden handelingen in artikel 36 een bepaling op te nemen dat de voorbehouden handelingen bij AMvB worden vastgesteld na een voorhangprocedure;
  - neem in artikel 36 nader te preciseren algemene criteria op voor de lijst van voorbehouden handelingen.

### • **3.4. Evaluatieonderzoek experiment artikel 36a Wet BIG (2015)<sup>18</sup>**

Dit evaluatieonderzoek richt zich op het functioneren van de beroepsgroepen verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) over hun zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van specifieke voorbehouden handelingen. De belangrijkste vraag in de evaluatie was in hoeverre het doelmatig en effectief is om deze zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de VS en de PA en zo ja, voor welke voorbehouden handelingen geldt dit wel/niet.

Het evaluatieonderzoek laat zien dat de wetswijziging overwegend positieve resultaten heeft gehad. Vanuit het oogpunt van effectiviteit werd vastgesteld dat VSen en PAs in toenemende mate voorbehouden handelingen verrichten: zowel in de zin dat meer VSen en PAs handelingen verrichten, alsook dat zij dit met een toegenomen frequentie doen.

Daarnaast werd geconstateerd dat beide groepen – in tegenstelling tot de situatie voor de wetswijziging – nu ook als opdrachtgever optreden naar verpleegkundigen en andere zorgverleners voor voorbehouden handelingen waarvoor deze een functionele zelfstandigheid hebben.

De doelmatigheid (gemeten in de tijd die VSen en PAs nodig hebben voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen inclusief de daarvoor nodige overlegtijd met artsen) is eveneens positief geëvalueerd. Artsen

---

<sup>16</sup> Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ZonMw, Den Haag, 2013

<sup>17</sup> Zie bijlage 6 voor definities kwaliteitsstandaard, zorgstandaard, protocol en richtlijn

<sup>18</sup> Maastricht UMC, De Bruijn-Geraets e.a.: Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. 2015

geven aan een gunstig effect te ervaren op hun eigen werkdruk als gevolg van de invulling van de rol van de VSen en PAs.

In de feitelijke uitvoering van de voorbehouden handelingen laat het onderzoek zien dat VSen en PAs hun kennis en kunde goed op peil houden, bekwaam zijn en zich goed bewust zijn van de grenzen van hun bekwaamheid. In de dagelijkse praktijk zijn patiënten zeer tevreden over de ontvangen behandelingen, de informatievoorziening en de ervaren deskundigheid.

Door de zelfstandige bevoegdheid van VSen/PAs is sprake van uitbreiding van verantwoordelijkheden waarvoor VSen/PAs via het tuchtrecht aangeklaagd kunnen worden. De evaluatie keek ook naar de vraag in hoeverre er jurisprudentie bestaat van tuchtrechtspraken over de laatste 5 jaren met betrekking tot voorbehouden handelingen verricht door VSen en PAs. Deze bleek nog nauwelijks te bestaan: slechts één VS is aangeklaagd voor het foutief uitvoeren van een voorbehouden handeling.

Een risicoanalyse van alle uitspraken met een voorbehouden handeling (ongeacht welke categorie zorgverlener) laat zien dat klachten zijn in te delen in vier categorieën: indicatie, uitvoering, informatie en rapportage. Bijna de helft van de klachten heeft betrekking op de indicatiestelling, één derde op de uitvoering, een klein gedeelte over de informatie en de rapportage. Binnen de indicatiestelling gaan de meeste klachten over de diagnostiek voorafgaand aan de indicatiestelling gevolgd door de keuze voor een bepaald(e) handeling/geneesmiddel.

Het evaluatieonderzoek doet de aanbeveling om het begrip ‘indiceren’ nader te definiëren. In de praktijk varieert indiceren van het bepalen van de beste (be)handeling bij een reeds gestelde diagnose tot het vaststellen van welke (be)handeling het best past *na het zelfstandig stellen* van een diagnose. Hier zit dan ook direct de kern van de controverse. Het vaststellen van welke (be)handeling het meest geëigend is, is grotendeels protocollair vastgelegd, terwijl het stellen van en het komen tot een diagnose (inclusief het aanvragen van aanvullende onderzoeken) meer competenties vereist. Dit onderwerp is van belang bij de nadere uitwerking van eventuele zelfstandige bevoegdheid van hbo-verpleegkundigen (zie verder hs. 5).

Het draagvlak voor zelfstandige bevoegdheid voor VSen en PAs is groot onder artsen die direct met hen samenwerken, bij verpleegkundigen en patiënten, maar wisselend onder andere specialisten. Dat geeft aan dat een goede positionering en informatievoorziening van groot belang is bij de introductie van ruimere bevoegdheden voor nieuwe groepen zorgverleners.

In het evaluatierapport wordt aanbevolen een wettelijke definitieve zelfstandige bevoegdheid voor beide beroepen vast te leggen voor de voorbehouden handelingen: katheterisatie, heelkundige handelingen, injecties, puncties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Voor endoscopieën en electieve cardioversie/defibrillaties bood het onderzoek onvoldoende houvast en is vervolgonderzoek nodig.



- **4. Toekomstbeeld van de zorg en zorgberoepen**

- **4.1. Toekomstbeeld van de zorg**

Het verkennen van de mogelijkheden voor verruiming van de regelgeving met betrekking tot voorbehouden handelingen kan niet los worden gezien van de verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag en (zorg)technologie. De toekomstige zorgvraag heeft invloed op nut en noodzaak van deze verruiming, de ontwikkelingen in technologisch opzicht hebben de potentie van verminderde risico's in het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

Het advies van de Commissie Kaljouw<sup>19</sup> beschrijft de verwachte ontwikkelingen in zorg, zorgvraag en (zorg) technologie naar het jaar 2030.

Belangrijke voorziene ontwikkelingen die raken aan het thema voorbehouden handelingen zijn:

- **Zorgvraag**

In de ontwikkeling van de zorgvraag voorziet de Commissie een differentiatie naar een dynamisch zorgproces, waarbij de belangrijkste inzet is gericht op het zelfstandig functioneren en de eigen regierol van burgers. Niet meer het zorgaanbod (wat kan er) maar de zorgvraag (wat is in deze situatie nodig) staat centraal. De Commissie werkte deze systeemconversie uit in een model<sup>20</sup> waarin vier clusters van zorg worden beschreven.

Belangrijke aspecten zijn dat mensen in verschillende fasen van het leven behoefte hebben aan verschillende en soms meerdere vormen van zorg in uiteenlopende settings (van ziekenhuis – andere zorginstelling – thuissituatie). Daarnaast is een belangrijke observatie dat naar de toekomst bijna geen enkelvoudige gezondheidsproblemen meer voorkomen: co- en multimorbiditeit zullen voor het overgrote deel de zorgvraag bepalen.

De Commissie voorziet als best passend aanbod zorgarrangementen, afgestemd op de specifiek gevraagde zorg en aangeboden door multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams. Deze ontwikkeling vraagt om een herijking van de huidige benadering van de gezondheidszorg en heeft in potentie grote consequenties voor zorgberoepen en -opleidingen.

- **Technologie**

De Commissie verwacht een grote bijdrage van technologie aan het functioneren van mensen en hun mogelijkheden de regie te voeren over hun eigen gezondheid en zorg. Genoemd worden de mogelijkheden van domotica, robotica, e- en mHealth.

De Commissie geeft daarbij aan dat meer regie wenselijk is op de (door)ontwikkeling en toepassing van technologie, zodat toepassingen gecombineerd en geïntegreerd kunnen worden en opschaling en versnelling kan plaatsvinden.

Vertaling van deze ontwikkelingen naar het terrein van de voorbehouden handelingen is niet altijd eenduidig, maar voorbeelden<sup>21</sup> laten wel zien dat deze ontwikkelingen hiermee een duidelijk verband hebben. Kaljouw geeft daarbij aan dat om de beoogde veranderingen tot stand te brengen voldaan moet worden aan enkele belangrijke voorwaarden:

- Een andere manier van capaciteitsplanning in de medische, paramedische en verpleegkundige en verzorgende beroepen. Het kunnen inzetten van de gewenste bekwaamheden wordt daarbij minstens zo belangrijk als het aantal professionals, het gaat om sturing op vereiste kwaliteiten naast de kwantitatieve ramingen.
- Een flexibel financieringsmodel waarin maatwerk mogelijk is.
- Aanpassingen in wet- en regelgeving, zodanig dat sprake is van stimulans, motivatie en vertrouwen in de (kwaliteiten en vaardigheden) van professionals en in het systeem. Pleidooi van de Commissie is erop

---

<sup>19</sup> Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren – Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, Zorginstituut Nederland, 2015

<sup>20</sup> ABCD-model, zie rapport hoofdstuk 2.

<sup>21</sup> zie hoofdstuk 5 van deze notitie

gericht ruimte te creëren voor het opnieuw inrichten van het zorgsysteem zodanig dat het ondersteunend wordt aan het zo lang mogelijk zelfstandig functioneren van burgers.

Vooraf de eerste en laatste voorwaarde hebben een directe relatie met het thema voorbehouden handelingen. Ruimte om te sturen op gewenste kwaliteiten om aan het zorgaanbod te voldoen en ruimte om die kwaliteiten en vaardigheden ook in wet- en regelgeving aan professionals toe te vertrouwen pleiten mede voor een andere manier van kijken naar de regelgeving rondom voorbehouden handelingen.

- **4.2. Substitutie en taakherschikking als kernthema's in toekomstige organisatie van de zorg**

Ook andere onderzoeken schetsen een toekomstbeeld van de zorg waarin een verschuiving optreedt van de tweede naar de eerstelijnszorg, de zogenaamde substitutie. Substitutie beoogt om verantwoorde zorg dichterbij de patiënt te leveren, dit tegen lagere kosten en met het streven om de inzet van zwaardere zorg waar mogelijk te voorkomen.

De toekomstvisie op de huisartsenzorg<sup>22</sup> ondersteunt dit streven naar substitutie en onderstreept de noodzaak van een nauwe samenwerking tussen de verschillende disciplines in de regio of wijk.

Het rapport schets het volgende beeld: *'Op wijk- of dorpsniveau werkt het lokaal huisartsensamenwerkingsverband – op basis van gezamenlijk opgestelde richtlijnen en afspraken – samen met andere eerstelijns professionals, zoals apothekers, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen, jeugdartsen, artsen arbeid & gezondheid, tandartsen, psychologen en maatschappelijk werkers. Deze samenwerking verloopt het best in een beperkte kring van zorgverleners, die elkaar kennen, weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en elkaar kunnen aanspreken op basis van vertrouwen.*

*De nauwe samenwerking met wijkverpleegkundigen is hersteld, waarmee de keten van 'care' en 'cure' is gegarandeerd. Hierdoor en dankzij het intensieve gebruik van zorg op afstand door de wijk- en dorpsgerichte teams van verpleegkundigen en verzorgenden kan de oudere, hulpbehoevende patiënt zo lang mogelijk thuis blijven wonen.'*

### **Taakherschikking**

Naast substitutie zal ook taakherschikking in toenemende mate een rol spelen in de inrichting van het zorgproces. Onder taakherschikking wordt verstaan het binnen de samenwerking in de zorg verschuiven van de uitvoering van veelal routinematige en voorspelbare handelingen van de arts naar andere zorgverleners. In de afgelopen jaren vond taakherschikking plaats naar professionals als de verpleegkundig specialist en de physician assistant, maar ook bijvoorbeeld naar gespecialiseerde groepen verpleegkundigen voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Deze taakherschikking stelt andere eisen aan het profiel van toekomstige verpleegkundige professionals.

### **Vervolgonderzoek gericht op innovatie zorgberoepen en opleidingen**

In vervolg op de contourenschets van de zorg in 2030 wordt vanuit het Zorginstituut Nederland onderzoek gedaan naar de innovatie van zorgberoepen en opleidingen. De resultaten van dit onderzoek worden in november 2016 verwacht<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> NHG/LHV – Toekomstvisie huisartsenzorg 2022, Utrecht, 2012

<sup>23</sup> Nieuwsbrief Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, juni 2016 (zie ook [www.zorgin2030.nl](http://www.zorgin2030.nl))

- **4.3. Consequenties voor het beroepsprofiel van de hbo-verpleegkundige**

Het in de substitutie beoogde eindbeeld van zorg 'dichtbij huis' wordt in belangrijke mate gekleurd door de zorg voor de oudere patiënt, waarbij veelal sprake is van toenemende complexiteit, onder meer door multi- of comorbiditeit. Het kwalitatief verantwoord uitvoering geven aan die zorg zal een stevig beroep doen op de competenties van de in de wijk werkzame verpleegkundigen op het gebied van klinisch redeneren, maar ook op competenties als organisatievermogen, communicatie en samenwerking met andere zorgverleners.

Daarbij speelt nadrukkelijk ook de vraag hoe de bevoegdheid voor voorbehouden handelingen optimaal kan worden ingericht. In het antwoord op die vraag is tevens een heldere evaluatie van de huidige praktijk rond de opdrachtverlening van voorbehouden handelingen zinvol.

In de tweede lijn betreft het overwegend handelingen die worden uitgevoerd bij patiënten met een bekende diagnose, op basis van protocollaire zorg en met de opdrachtgever (of diens vervanger) over het algemeen in de (onmiddellijke) nabijheid ('in huis'). Ook de taakherschikking stelt steeds hogere eisen aan (specifieke groepen van) verpleegkundige professionals op bovengenoemde competenties.

In de eerste lijn verloopt de opdrachtverlening en uitvoering van voorbehouden handelingen langs andere lijnen. Opdrachtverstrekking aan de verpleegkundige in de eerste lijn geschiedt veelal via het door de LHV en Actiz ontwikkelde model van Uitvoeringsverzoeken aan zorgprofessionals, die onderliggend zijn aan een tussen huisartsen en zorgverleners afgesloten mantelovereenkomst<sup>24</sup>, waarin wederzijdse verantwoordelijkheden worden beschreven.

De vraag daarbij is of deze aanpak 'op afstand' voldoende waarborg biedt voor kwalitatief goede indicatie van de voorbehouden handeling, juist in een situatie waar ondersteunende zorg niet zo direct voorhanden is als in de tweede lijns-zorg en het escaleren naar een ander niveau van zorgverlening meer tijd zal kosten.

Afhankelijk van hoe betrokkenen in het veld deze vraag beantwoorden zien zij al dan niet een grotere behoefte aan zelfstandige bevoegdheid in het competentieprofiel van de nieuwe generatie hbo-verpleegkundigen, die op basis van een adequate opleiding zelf in staat zijn om de juiste afwegingen te maken bij het zelf indiceren van de handeling.

---

<sup>24</sup> LHV, Raamovereenkomst voorbehouden handelingen, Utrecht, mei 2015

## • **5. Inventarisatie van mogelijkheden voor zelfstandige bevoegdheid**

Dit hoofdstuk vormt een inventarisatie van de wenselijkheid van het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid aan HBO-verpleegkundigen voor het verrichten van voorbehouden handelingen. Uitgangspunt is de vraag of dit de zorg op termijn kwalitatief beter, patiëntgerichter, veiliger en effectiever maakt. Randvoorwaarde daarbij is onder meer dat risico's voldoende kunnen worden afgedekt en dat de nieuwe situatie binnen de criteria van verantwoorde zorg valt.

Hoofdvragen bij deze inventarisatie:

- Waar raken patiëntproblemen en de daarvoor aangewezen aanpak (uit richtlijn, kwaliteitsstandaard, behandelprotocol) aan voorbehouden handeling(en) volgens artikel 36 van de Wet BIG?
- Kan een verruiming van de deskundigheid (lees: bevoegdheid) van de hbo-verpleegkundige op betreffende patiëntproblemen de zorg aan patiënten verbeteren, zonder dat concessies worden gedaan aan de kwaliteit en veiligheid van de patiënt?
- Welke van deze voorbehouden handelingen komen in aanmerking voor een regime van zelfstandige bevoegdheid c.q. functionele zelfstandigheid?

### • **5.1. Overzicht voorbehouden handelingen; huidige positie verpleegkundigen**

Bij deze inventarisatie gaan wij uit van de bestaande lijst van voorbehouden handelingen uit artikel 36 van de Wet BIG. Daarnaast nemen we ook de in het kader van de herziening van de wet voorgestelde 'nieuwe' voorbehouden handeling op, zijnde 'het met behulp van licht, ultrasoon geluid of hoogfrequente stroom behandelen van lichaamsweefsel' (in lijst: nummer 15).

Voor deze voorbehouden handelingen staat in bijlage 4 beschreven:

- de bestaande bevoegdheid van verpleegkundigen met betrekking tot deze handeling;
- in hoeverre deze handeling in de huidige praktijk onderdeel is van verpleegkundig handelen;
- de wenselijkheid om deze handeling tot onderdeel van de zelfstandige bevoegdheid van hbo-verpleegkundigen te maken;
- de risico-afweging bij het toekennen van deze zelfstandige bevoegdheid.

De voorlopige conclusies met betrekking tot de in de lijst beschreven handelingen en het eventueel verlenen van een zelfstandige bevoegdheid worden besproken in paragraaf 5.4.

### • **5.2. Opvattingen over het toekennen van zelfstandige bevoegdheid aan hbo-verpleegkundigen**

Rond de wenselijkheid van het toekennen van zelfstandige bevoegdheid aan HBO-verpleegkundigen spelen zeer uiteenlopende aspecten een rol. In het project is uitvoerig verkend welke opvattingen betrokken partijen hierover hebben en welke argumenten voor en tegen zij hierbij hanteren. Deze paragraaf beoogt een overzicht te geven van, en recht te doen aan deze opvattingen en argumenten. In algemene zin kan gezegd worden dat partijen uit het veld<sup>25</sup> sterk uiteenlopende standpunten huldigen met betrekking tot dit onderwerp en dat het definiëren van een grootst gemene deler geen eenvoudige opgave blijkt.

De in de discussies en gesprekken naar voren gebrachte argumenten worden hieronder weergegeven in de volgende clusters:

- Algemeen beeld
- Argumenten vóór terughoudendheid m.b.t. zelfstandige bevoegdheid
- Argumenten voor invoering van zelfstandige bevoegdheid
- Overige aspecten

---

<sup>25</sup> Zie bijlage 7: overzicht geconsulteerde organisaties

## Algemeen beeld

Uit de gevoerde gesprekken met betrokken partijen blijkt in het algemeen vooral stevige terughoudendheid ten aanzien van het toekennen van zelfstandige bevoegdheden aan hbo-verpleegkundigen. Het grootste deel van de geraadpleegde stakeholders, inclusief stakeholders uit de verpleegkundige beroepsgroep zelf, zit op die lijn.

Voor de korte termijn is deze terughoudendheid in belangrijke mate terug te voeren op de onzekerheid over het profiel van de beroepsgroep in de nabije toekomst. Belangrijke twijfel betreft de vraag of de huidige hbo-verpleegkundige voldoende geëquipeerd is (met name in kwaliteit van het klinisch redeneren) om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren.

Voor de langere termijn speelt tevens de vraag over het niveau van het toekomstige hbo-opleidingsprofiel. Is dat niveau, met name op het gebied van het klinisch redeneren, voldoende waarborg voor het verantwoord zelfstandig kunnen indiceren en uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen, of is dat niveau onvoldoende gewaarborgd om die zelfstandige bevoegdheid te kunnen toekennen.

Degenen die wel voorstanders zijn van het toekennen van zelfstandige bevoegdheid pleiten er vooral voor om toekomstgericht stappen te zetten. De ontwikkelingen in de praktijk gaan zo snel (extramuralisering, technologische ontwikkelingen, arbeidsmarkt) dat consolideren van de huidige praktijk rond voorbehouden handelingen op termijn zal leiden tot stagnatie en daarom niet wenselijk is.

Verpleegkundigen en zorgaanbieders in de eerste lijn denken dat zelfstandige bevoegdheid mogelijk helpend en nuttig kan zijn, maar zijn hierover tegelijkertijd ook terughoudend. Men ziet ook de risico's en vindt het vooral van belang dat het eventueel toekennen van zelfstandige bevoegdheid een zorgvuldig proces is.

Een deel van de betrokken organisaties voelt voor een toekomstgericht experiment, dat meer duidelijkheid kan brengen over de vraag of de hbo-verpleegkundige een kwalitatief verantwoorde invulling kan geven aan zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen. Daarbij speelt een vormgevingsvraagstuk: is daarvoor een wettelijk traject nodig of biedt de huidige situatie de mogelijkheid om een dergelijk experiment uit te voeren. Het argument om het niet in een wettelijk traject te regelen is dat een AMvB niet of heel moeilijk teruggedraaid kan worden (al is daar ook discussie over). Het argument om het wel in een wettelijk traject te regelen (experimenteerartikel) is dat je niet kunt experimenteren met zelfstandige bevoegdheid zonder een wettelijke basis: lastig daarbij is dat het niet mogelijk is een (tijdelijke) wettelijke bevoegdheid toe te kennen aan een beroepsprofiel (lees: hbo-verpleegkundige) dat in termen van de Wet BIG nog niet is vastgesteld en dus als zodanig (nog) niet bestaat.

Als gekozen wordt voor een experiment moet het plaatsvinden waar nut en de noodzaak het meest aan de orde zijn. Vooralsnog lijkt dit in de eerste lijn te zijn. Onderstaand enkele meningen uit deze sector.

*Het zou goed zijn om te experimenteren in een pilot of een proef, in en combinatie van ziekenhuis en VVT. Naarmate de ligduur korter wordt en mensen met meer 'toeters en bellen' naar huis gaan, is in de thuissituatie in de één op één situatie de BIG en zelfstandigheid steeds belangrijker. Je zult als professional dan beslissingen moeten nemen. Uitermate belangrijk is welke infrastructuur daarbij aanwezig is. Heeft een verpleegkundige op dat moment makkelijk toegang tot aanvullende expertise. Als je die structuur voor handen hebt en iemand kunt raadplegen, hoef je alleen de handeling goed te kennen. Als dat er niet is, moet je mensen zodanig scholen dat ze zelf kunnen bepalen wanneer ze een handeling gaan uitvoeren (diagnosticeren en indiceren).*

*Je zou meerdere pilots kunnen doen, waar je die back up op verschillende manieren met elkaar organiseert. De vraag is namelijk hoe je het goed met elkaar organiseert. Hoe organiseer je een achterwacht, bijvoorbeeld met een huisartsenpost of met een ziekenhuis. Als dat allemaal kan, dan hoef je het niet zwaar op te tuigen. Dan kun je het voor bijvoorbeeld de komende vijf jaar zo gaan organiseren, je gebruikt daarvoor een experimenteerartikel. Je kunt zo verder, zonder dat je heel veel overhoop haalt.*

### **Argumenten voor terughoudendheid:**

Voor terughoudendheid bij het toekennen van zelfstandige bevoegdheid noemden betrokken partijen de volgende argumenten.

- Het verkrijgen van de bevoegdheid legt mogelijk externe druk (van werkgever/arts) op de verpleegkundige om invulling te geven aan die bevoegdheid, ook in situaties waar dat raakt aan de grenzen van de bekwaamheid. Anderen weerspreken dit en geven aan dat de verpleegkundige een professional is waarvan verwacht mag worden dat deze adequaat met deze druk kan omgaan.
- Het wordt gezien als een verlies voor de kwaliteit van zorg als de arts of een andere bevoegde beroepsbeoefenaar als opdrachtgever uit het proces verdwijnt. De regiefunctie van de arts blijft een belangrijke waarborg voor kwaliteit. Als de arts verantwoordelijk blijft is het inroepen van diens expertise makkelijker dan wanneer de regie bij de verpleegkundige ligt en de arts op diens initiatief moet worden ingeschakeld.
- Betrokkenen uitten hun zorg over hoe op dit moment de functionele zelfstandigheid in bepaalde sectoren is geregeld. De noodzakelijke feedbackloop (in verband met het opdrachtgeverschap van een derde) is nu al vaak niet goed geregeld, wat de kwaliteit van zorg in sommige situaties in gevaar brengt. Als sprake is van zelfstandige bevoegdheid verlies je die noodzakelijke feedbackloop en komt de kwaliteit in nog sterkere mate in het geding. Het feit dat de uitvoeringspraktijk van voorbehouden handelingen in de huidige situatie niet overal op het gewenst niveau ligt bemoeilijkt in zekere mate de discussie over verruiming van de mogelijkheden voor bepaalde beroepsgroepen.
- Ook werd de zorg geuit dat het toekennen van zelfstandige bevoegdheid en de - daarmee samenhangende - extra aandacht voor medische taken het risico in zich bergt dat verpleegkundige taken minder aandacht krijgen. Om dit effect te beperken werd gepleit voor het beperken van een eventuele zelfstandige bevoegdheid tot die handelingen die nu ook al – vanuit de functionele zelfstandigheid – onderdeel uitmaken van het handelen van de verpleegkundige.

### **Argumenten vóór invoering van zelfstandige bevoegdheid:**

- Op termijn ontstaat vanuit de arbeidsmarkt en de ontwikkelingen in de zorg de noodzaak om verpleegkundige beroepsbeoefenaren meer professionele ruimte te geven. Waar in de huidige wettelijke situatie meerdere professionals betrokken moeten zijn bij de uitvoering van een bepaalde handeling, zou het in de toekomst vanuit het oogpunt van efficiency goed zijn als de handelingen door één onafhankelijke professional kunnen worden uitgevoerd.
- Technologische ontwikkelingen kunnen in veel situaties de veiligheid vergroten. Daarbij kan het gaan om nieuw diagnostisch instrumentarium dat breed kan worden gebruikt, maar ook technologische ontwikkelingen op het vlak van communicatie kunnen daaraan een grote bijdrage leveren. Denk daarbij aan voorzieningen als Skype of andere beeld-telefonische voorzieningen, de mogelijkheid om een foto of een filmpje te maken en direct te delen etc. Deze nieuwe mogelijkheden van ruggespraak c.q. laten meekijken in een situatie waarin mensen alleen werken (bijvoorbeeld in de wijk) verkleinen de afstand naar andere beroepsbeoefenaren en kunnen zorgen voor een zinvol aanvullend vangnet.
- Betrokkenen bepleiten de zelfstandige bevoegdheid als een uitvloeisel van het in de nieuwe Wet BIG uitgewerkte verschil tussen de hbo- en de mbo-verpleegkundige. De competentie van het klinisch redeneren samen met de van de hbo-verpleegkundige verwachte autonomie in denken en handelen, vormen de kern van het hbo-profiel. Zelfstandige bevoegdheid wordt dan als een logisch onderdeel van het profiel gezien en fungeert dan als extra onderscheid tussen beide beroepsprofielen. Op die manier vormt het hbo-profiel met zelfstandige bevoegdheid als baken ('stip aan de horizon') in de verdere ontwikkeling van het hbo-profiel en de beoogde functiedifferentiatie.

In de discussie spelen verder onderstaande thema's een belangrijke rol:

- Vraagstuk generieke of specifieke toekenning

Een van de thema's die nadere beschouwing behoeft is de vraag of in geval van het toekennen van zelfstandige bevoegdheid gekozen zou moeten worden voor een toekenning van die bevoegdheid aan de gehele groep hbo-verpleegkundigen, dan wel dat moet worden gekozen voor toekenning aan specifieke groepen van gespecialiseerde verpleegkundigen, die door studie en werkervaring extra expertise hebben opgebouwd op een deelterrein van de gezondheidszorg.

In het toekennen van zelfstandige bevoegdheid aan andere beroepsbeoefenaren is sprake van een gespecificeerde en vaak ook geclausuleerde bevoegdheid, zoals voor verpleegkundig specialisten en ook voor de gespecialiseerde verpleegkundigen (artikel 36, lid 14). In beide regelingen is sprake van het benoemen van specifieke groepen verpleegkundig specialisten met gerichte opleiding voor een specifieke rol. Artikel 36a maakt onderscheid in verpleegkundig specialisten acute zorg, chronische zorg, preventieve zorg enz., elk met hun eigen zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen gekoppeld aan eisen op het vlak van opleiding en bekwaamheid.

Het is een interessante vraag tot in welke detaillering dergelijke eisen en randvoorwaarden in de nieuwe opzet van de wet beschreven dienen te worden, of dat – voor onderdelen – verwezen kan worden naar de vereiste bekwaamheid van de betreffende professional.

Voorstanders van generieke toekenning betogen dat dit laatste in lijn zou zijn met hoe de Wet BIG de zelfstandige bevoegdheid van artsen vormgeeft: de arts is bijvoorbeeld bevoegd tot het verrichten van heelkundige handelingen. De bekwaamheid van de betreffende arts bepaalt vervolgens welk type heelkundige handelingen de arts binnen zijn deskundigheid daadwerkelijk verantwoord kan uitvoeren. De wet specificeert deze bekwaamheid niet nader, de uitwerking daarvan wordt overgelaten aan de betreffende beroepsgroep en de wetenschappelijke verenigingen van de verschillende specialismen.

In diezelfde lijn zou dit ook voor hbo-verpleegkundigen kunnen worden geregeld: de opleiding geeft de basale bevoegdheid om voorbehouden handelingen uit te voeren, vooral gebaseerd op de opgedane kennis rond de competentie klinisch redeneren. Vervolgens wordt in de praktijk bepaald aan welke aanvullende eisen moet worden voldaan om ook bekwaam te zijn in het uitvoeren van de handeling. Die eisen zijn context- en setting afhankelijk en kunnen in de praktijk aan de specifieke situatie worden aangepast.

Bovenop de generieke bevoegdheid is een specifieke bekwaamheid nodig voor zelfstandig indiceren en uitvoeren. De vastlegging van het verkrijgen van die specifieke bekwaamheid en het in de praktijk bijhouden daarvan (bijvoorbeeld ook op basis van volumennormen) zou dan moeten gebeuren middels een professioneel portfolio en toetsbaar gemaakt via bijvoorbeeld het kwaliteitsregister.

Tegenstanders van een generieke toekenning betogen dat de vaker gemaakte vergelijking met de artsen niet opgaat. Er zijn grote verschillen tussen de medische beroepsopleiding en de opleiding tot verpleegkundige, en in het verlengde daarvan ook tussen de cultuur en beroepshouding van beide groepen. Daarnaast worden ook voor de medische beroepsgroep soms vraagtekens geplaatst bij de generieke bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen en worden langs andere wegen in toenemende mate aanvullende eisen gesteld (in termen van aanvullende opleiding, volume-eisen met betrekking tot de uitvoering etc.) aan artsen voor het verrichten van specifieke handelingen in meer complexe zorgsituaties.

#### *Zelfstandige bevoegdheid en toekomstig hbo-opleidingsniveau*

De uiteindelijke keuze of en zo ja, hoe de zelfstandige bevoegdheid voor de hbo-verpleegkundige wordt geregeld, heeft directe gevolgen voor het toekomstig beroepsprofiel en de inrichting van de opleiding van de hbo-verpleegkundige.

Daarin zijn in theorie drie varianten denkbaar.

1. Mocht de zelfstandige bevoegdheid worden ingevoerd als onderdeel van het generieke beroepsprofiel van de hbo-verpleegkundige, dan stelt dit aanvullende eisen aan de gehele populatie van hbo-verpleegkundigen, met name in het domein van het klinisch redeneren, zodanig dat de te verwerven kennis voldoende basis biedt voor het indiceren in het medisch domein van de betreffende voorbehouden handelingen.
2. In de situatie dat geen zelfstandige bevoegdheid aan de hbo-verpleegkundige wordt toegekend ligt de invulling van het klinisch redeneren primair in het verpleegkundig domein en dient het vooral om onderbouwde en effectieve keuzes te kunnen maken in het indiceren van verpleegkundige zorg en verantwoord te kunnen handelen in complexe zorgsituaties.
3. In geval van een specifieke toekenning van de zelfstandige bevoegdheid volstaat voor het algemene deel van de opleiding de laatst omschreven situatie van het niet toekennen van een zelfstandige bevoegdheid. Voor diegenen die willen beschikken over deze specifieke bevoegdheid voor bepaalde handelingen dient dan een aanvullend opleidingsonderdeel (mogelijk in de vorm van een of meer modules voor specifieke handelingen) te volgen waarin de medische invulling van indiceren en klinisch redeneren aan de orde komt.

### *Zelfstandige bevoegdheid en invulling overgangsregeling*

Ook de bestaande onduidelijkheid rond de invoering van de nieuwe beroepsprofielen speelt op dit moment nog een rol in de discussie rond zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen. Hoe gaat de overgangsregeling eruit zien, hoe 'stevig' is straks het hbo-beroepsprofiel tot het moment dat de nieuwe lichte hbo-verpleegkundigen de opleiding verlaat met een competentieprofiel waarin klinisch redeneren op hoog niveau is gewaarborgd? Zolang deze vragen onvoldoende beantwoord kunnen worden zijn veel betrokkenen zeer terughoudend en geven aan dat, mocht er al sprake zijn van een toekenning van een zelfstandige bevoegdheid, het dan in ieder geval zou moeten gaan om toekenning aan specifieke groepen van (gespecialiseerde) verpleegkundigen.

Een deel van de betrokkenen bepleit dat de meest kansrijke weg is om in eerste instantie te opteren voor een toekenning aan specifieke groepen. Argumenten daarvoor zijn allereerst de stevige tegenstand vanuit een niet onaanzienlijk deel van de belanghebbende partijen (waaronder artsenorganisaties, maar ook bij verpleegkundigen) tegen een generieke invoering. In hun redenering spelen de argumenten over de onduidelijkheid van de kwaliteit van het hbo-verpleegkundig profiel in de nabije toekomst een rol en wachten zij nog vol belangstelling af hoe goed beslagen de nieuwe lichte na 2020 op de markt komt.

- Setting waarin de voorbehouden handelingen worden uitgevoerd

In de inventarisatie bleek voorts het belang van de 'setting' waarin de beroepsbeoefenaar de voorbehouden handeling zelfstandig zal gaan uitvoeren. De setting heeft in dit verband twee kanten: enerzijds heeft de fysieke afstand tussen zorgverleners invloed op de wijze waarop opdrachtgeverschap kan worden vormgegeven, anderzijds brengt diezelfde fysiek afstand met zich mee dat ondersteunende zorginfrastructuur en -professionals in geval van complicaties minder gemakkelijk voorhanden is.

Is in de thuissituatie enerzijds eerder sprake van een inadequate opdrachtverlening en pleit dit juist voor meer zelfstandige bevoegdheid van de HBO-verpleegkundige in de wijk, anderzijds is juist de situatie in de thuiszorg – door de afstand naar bijvoorbeeld een ziekenhuis of huisartsenpost – een risicofactor voor de uitvoering die dwingt tot voorzichtigheid bij het verruimen van de bevoegdheid.

Betrokkenen gaven aan dat in geval van het – al dan niet op experimenteer-basis – toekennen van zelfstandige bevoegdheid vereist dat een adequaat stelsel van achtervang en aanvullende zorg georganiseerd dient te worden om de risico's voor de patiënt te minimaliseren. Met name in de eerstelijnszorg vraagt dit een goed overleg en goede samenwerkingsafspraken met de verschillende betrokken zorgverleners.



In andere sectoren werd de noodzaak tot het verkrijgen van een zelfstandige bevoegdheid minder nadrukkelijk benoemd. De ziekenhuissetting biedt door de concentratie van zorgverleners vrijwel altijd goed mogelijkheden tot terugkoppeling met de opdrachtgever voor de voorbehouden handeling. Het verkrijgen van een zelfstandige bevoegdheid werd niet als cruciaal gezien voor het leveren van kwalitatief verantwoorde efficiënte zorg. In sectoren als de GGZ en de VGZ werd de noodzaak evenmin onderkend en werd door de meeste betrokkenen geen directe meerwaarde gezien van het verlenen van zelfstandige bevoegdheid aan hbo-verpleegkundigen.

Ervaren nut en de noodzaak ten aanzien van zelfstandige bevoegdheid verschilt per branche, binnen branches zijn ook verschillen tussen verschillende zorgsettings. Uit deze inventarisatie komt het volgende beeld naar voren over een generieke zelfstandige bevoegdheid (zie onderstaande box):

*Ziekenhuizen (zowel universitair als algemeen):* Het nut en de noodzaak voor een generieke zelfstandige bevoegdheid is in deze setting vooralsnog niet evident. Zoals al eerder genoemd is in deze setting vaak een arts aanwezig. In de tweede lijn gaat het overwegend om handelingen die worden uitgevoerd bij patiënten met een bekende diagnose, op basis van protocollaire zorg en met de opdrachtgever (of diens vervanger) over het algemeen in de (onmiddellijke) nabijheid ('in huis'). Toekomstgericht staat NVZ open voor samenwerking op het traject toekenning van zelfstandige bevoegdheid aan regie-verpleegkundigen. Daarbij plaatsen ze wel de notie dat de komende jaren de implementatie van functiedifferentiatie mbo-hbo verpleegkundigen in ziekenhuizen voorop staat. Tot 2020 kan er worden nagedacht over een verdere inrichting van een experiment dat vervolgens kan gaan plaatsvinden in een kleine groep ziekenhuizen vanaf 2020.

*Geestelijke gezondheidszorg.* De GGZ heeft een variatie aan settings, zowel intra- als extramuraal. Voorbeelden zijn Psychiatrisch Medische Units (PMU), High Intensive Care, ouderen psychiatrie en ambulante zorg. Aan een generieke toekenning van een zelfstandige bevoegdheid aan hbo-verpleegkundigen is geen behoefte, er wordt veelal in multidisciplinaire teams gewerkt, waarbij een arts of een verpleegkundige specialist beschikbaar is. Wel helpt een zelfstandige bevoegdheid in bepaalde settings om de zorg efficiënter en voor de cliënt prettiger te laten verlopen. Zo kan in een ambulante setting het voorschrijven van bepaalde medicatie nuttig zijn, zodat niet eerst contact opgenomen hoeft te worden met een arts (volgens protocol en met specifieke scholing). Gezien de ontwikkelingen in de psychiatrie (verdere extramuralisering) is het nut en noodzaak in de toekomst mogelijk nog meer aan de orde. GGZ-NL wil dit over twee jaar opnieuw beoordelen.

*Thuiszorg en eerstelijns gezondheidszorg.* Eerder is al genoemd dat verpleegkundigen en zorgaanbieders in de eerste lijn denken dat zelfstandige bevoegdheid mogelijk helpend en nuttig kan zijn, maar tegelijkertijd is in deze branche terughoudendheid. Men ziet ook de risico's en vindt het vooral van belang dat het eventueel toekennen van zelfstandige bevoegdheid een zorgvuldig proces is.

*In de intramurale ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen)* zijn vooralsnog weinig hbo-verpleegkundigen en is over het algemeen een arts beschikbaar. Vooralsnog is in deze branche geen sprake van nut en de noodzaak voor een zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen. Partijen staan niet zonder meer afwijzend tegen de idee van een zelfstandige bevoegdheid, maar geven op dit moment stevige prioriteit aan de implementatie van de nieuwe structuur en een goede inkadering van de rollen van de mbo- en hbo-verpleegkundige. Zelfstandige bevoegdheid wordt pas in tweede instantie overwogen.

*In de publieke gezondheidszorg* kan zelfstandige bevoegdheid voor het voorschrijven van bepaalde medicatie nuttig zijn. Dit geldt bijvoorbeeld de preventieve zorg voor cliënten die op reis gaan en rond seksuele gezondheid. Bijlage 3 bevat informatie over specifieke groepen en voorschrijven van medicatie, zie ook paragraaf 5.3.

*In de ambulance zorg* hebben ambulance verpleegkundigen functionele zelfstandigheid rond een aantal voorbehouden handelingen (zie bijlage 2). De ambulance verpleegkundige handelt nu al vrijwel geheel zelfstandig. In de prehospital setting vinden grote veranderingen plaatsvinden. De complexiteit van zorg neemt toe. Het toekennen van zelfstandige bevoegdheid past in de lijn van de gewenste ontwikkeling van het beroep van de ambulanceverpleegkundige. Over nut en noodzaak van deze zelfstandige bevoegdheid is men het in de branche echter nog niet eens. Met functionele zelfstandigheid kan vooralsnog gewerkt worden. De vraag is echter of dit voldoende toekomstbestendig is en deze groep verpleegkundigen voldoende equipeert om zelfstandig te handelen. Deze groep ambulanceverpleegkundigen zal dit nader moeten verkennen met de branche.

*In de gehandicaptenzorg* werkt de huidige inrichting met functionele zelfstandigheid. Verpleegkundigen, verzorgenden en (persoonlijk)begeleiders zijn in de verpleegtechnische handelingen die zij uitvoeren getraind. Nut en noodzaak van zelfstandige bevoegdheid van hbo-verpleegkundigen is in deze sector niet evident).

- Voorwaarden aan de aard en complexiteit van de zorg c.q. de patiëntengroep

De inventarisatie leverde op dat in het verlenen van zelfstandige bevoegdheid bepalingen kunnen worden opgenomen die de aard en complexiteit van de zorg, alsmede de specifieke patiëntengroep inkaderen. Verwezen werd naar hoe dat is gebeurd bij de tijdelijke regeling (artikel 36a) voor de zelfstandige bevoegdheid voor de verpleegkundig specialisten (VS), waar sprake is van het mogen uitvoeren van de handelingen:

- Binnen het specialisme waarvoor de VS is opgeleid;
  - Handelingen zijn van een beperkte complexiteit;
  - Handelingen zijn routinematig van aard;
  - Risico's van de handelingen zijn te overzien;
  - Handelingen worden uitgevoerd volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en protocollen.
- De regeling voor de physician assistant kent een vergelijkbare bepaling.

- Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid: positie van de arts

Artsenorganisaties vroegen aandacht voor enerzijds de formele verdeling van aansprakelijkheid (bijvoorbeeld tuchtrechtelijk) bij toedeling van zelfstandige bevoegdheid aan andere beroepsbeoefenaren zoals verpleegkundigen versus de – door de patiënt en omgeving – beleefde centrale rol die de arts inneemt in het zorgtraject. In een situatie van zelfstandige bevoegdheid voor de hbo-verpleegkundige is deze verpleegkundige op grond van de Wet BIG tuchtrechtelijk aansprakelijk voor het eigen handelen, inclusief voorbehouden handelingen.

De ervaring leert echter dat de perceptie, zowel bij patiënten als ook bij zorgprofessionals (arts, verpleegkundige) zelf, niet altijd in lijn is met die formele verdeling van verantwoordelijkheden. Als zaken in een zorgtraject niet goed verlopen door het handelen van zelfstandig bevoegde professionals en leiden tot ontevredenheid en/of klachten bij de patiënt, dan wordt in veel gevallen toch in eerste instantie de arts aangesproken en/of (tuchtrechtelijk) aangeklaagd – op zijn overkoepelende zorgplicht als degene die het hele traject en de samenwerking met en tussen andere beroepsbeoefenaren kan en moet overzien. De medische beroepsgroep vroeg aandacht voor dit verschil tussen feitelijke situatie en de perceptie van betrokkenen; in het traject van eventuele implementatie van de zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen is het belangrijk om in de communicatie met dit aspect rekening te houden. Ook in het evaluatieonderzoek naar het functioneren van de VS (artikel 36a) werd opgemerkt dat aandacht voor de communicatie over de invoering van de zelfstandige bevoegdheid belangrijk was voor de acceptatie van artsen.

- Invulling van het opdrachtgeverschap voor het verrichten van voorbehouden handelingen

Vanuit meerdere kanten werd aandacht gevraagd voor de invulling van het opdrachtgeverschap, zowel in situaties van opdrachtverlening aan functioneel zelfstandige beroepsbeoefenaren (Wet BIG, artikel 39) alsook in het geval van opdracht met uitvoering door niet bevoegde beroepsbeoefenaren, waarbij toezicht en tussenkomst door de opdrachtgever mogelijk is (artikel 38).

Geconstateerd werd dat in de praktijk een zeer uiteenlopende invulling wordt gegeven aan dit opdrachtgeverschap. Dit loopt uiteen van de situatie waar de opdrachtgever letterlijk naast de uitvoerder van de voorbehouden handeling staat en direct in staat is tot toezicht en tussenkomst, tot de situatie waar protocollen, raamovereenkomsten en uitvoeringsopdrachten<sup>26</sup> de plaats hebben ingenomen van deze directe vorm van opdrachtverstrekking. Betrokken partijen verschilden van mening over de kwaliteit van deze vormen van opdrachtverlening en de vraag in hoeverre deze recht doen aan de intentie van de Wet BIG.

<sup>26</sup> Voorbeelden: LHV raamovereenkomst voor uitvoeren van voorbehouden handelingen plus uitvoeringsverzoek (= opdracht), vele protocollen en richtlijnen in zorginstellingen, Landelijk Protocolboek Ambulancezorg etc.

Het oordeel van partijen over deze werkwijze van een geformaliseerd (papieren) opdrachtgeverschap heeft invloed op hun standpunt ten aanzien van de wenselijkheid van een zelfstandige bevoegdheid voor specifieke voorbehouden handelingen. In veel situaties wordt gekozen voor een pragmatische houding en prevaleert de noodzaak tot voortgang in de zorgverlening en het voorkomen van logistieke/organisatorische problemen.

- Zelfstandige bevoegdheid: uitwerking van begrippen indiceren en diagnosticeren wenselijk

Zoals al in hoofdstuk 3 aangestipt, is het in het kader van de discussie over zelfstandige bevoegdheid van belang om tot een scherpe definitie te komen van het begrip indicatiestelling.

Gaat het bij 'indicatiestelling' om het bepalen van benodigde zorg in een situatie waarin al een diagnose is gesteld, of valt het stellen van de diagnose ook binnen het begrip indiceren en maakt deze daarmee onderdeel uit van de zelfstandige bevoegdheid. Over deze begrippen is veel discussie: beide betrokken artsenorganisaties betoogden de noodzaak om 'het stellen van de diagnose' als risicovolle handeling te benoemen en benadrukken daarmee hoe groot het daaraan gekoppelde risico voor de patiënt is.

Het is daarbij overigens interessant om te kijken naar de enige zelfstandige bevoegdheid die verpleegkundigen onder het huidige regime hebben: de voorschrijfbevoegdheid voor UR-geneesmiddelen kent de beperking dat deze zelfstandige bevoegdheid alleen geldt voor een bekende (en dus gediagnosticeerde) patiëntenpopulatie. Ondanks dat hier het diagnosticeren nadrukkelijk niet binnen de competentie van de (gespecialiseerde) verpleegkundige valt, is wel sprake van 'zelfstandige bevoegdheid'.

- Aandacht voor het tijdpad voor invoering

Van meerdere kanten werd aandacht gevraagd voor het tijdpad, waarop invoering van zelfstandige bevoegdheid wordt overwogen. Los van het feit dat het wetgevingstraject zijn eigen dynamiek kent en enkele jaren in beslag zal kunnen nemen, plaatst een deel van de betrokkenen vraagtekens bij een al te vroegtijdige conclusie over de wenselijkheid van zelfstandige bevoegdheid.

Betoogd werd dat een betere afweging mogelijk zou zijn op het moment dat de invoering van de nieuwe beroepsprofielen in de praktijk vorm en inhoud heeft gekregen, als er meer duidelijkheid is ontstaan over de overgangsregeling voor de zittende verpleegkundige beroepsgroep en als er eerste contouren zouden zijn van de opleiding voor hbo-verpleegkundige gebaseerd op het nieuwe beroepscompetentieprofiel.

In gesprekken met betrokkenen werd een periode van vijf jaar genoemd als een geschikt moment om de situatie – beter onderbouwd – opnieuw te beoordelen.

Anderen pleiten ervoor om in de komende jaren wel voorbereidende stappen te zetten en te zorgen dat, mocht op een later moment sprake zijn van veranderde inzichten en meer ruimte ontstaan voor het toekennen van zelfstandige bevoegdheid, de sector wel direct kan schakelen. Dat zou naar hun mening ook pleiten om te onderzoeken of een experiment (zoals eerder geschetst) toch kan worden vormgegeven voorafgaand aan de aanpassingen van de nieuwe Wet BIG en de daarmee samenhangende introductie van het hbo-verpleegkundig beroepsprofiel. Op die manier zijn resultaten van een dergelijk experiment eerder beschikbaar en kan op basis van de evaluatie van dit experiment worden bezien of toekenning van zelfstandige bevoegdheid zou kunnen worden overwogen.



### 5.3. Verpleegkundigen met zelfstandige bevoegdheid voor voorschrijven van UR-geneesmiddelen

In de huidige wet BIG zijn op grond van artikel 36 lid 14 drie groepen gespecialiseerde verpleegkundigen die de zelfstandige bevoegdheid hebben om UR-geneesmiddelen voor te schrijven. Het gaat om de longverpleegkundige, de diabetesverpleegkundige en de oncologieverpleegkundige. Voor een overzicht van hun bevoegdheid en de eisen die in het kader van deze bevoegdheid aan deze groepen worden gesteld verwijzen we naar bijlage 3 bij dit document.

In de uitwerking van de nieuwe wet BIG zullen deze groepen hun zelfstandige voorschrijfbevoegdheid behouden. Dat vereist uitwerking van deze bevoegdheid in de vorm van een AMvB, die in grote lijnen de tekst van het huidige artikel 36 lid 14 zal volgen.

Belangrijke vraag is of en zo ja, voor welke andere groepen van verpleegkundigen er sprake zal kunnen zijn van het eveneens verkrijgen van een zelfstandige voorschrijfbevoegdheid.

De minister van VWS heeft in antwoord op Kamervragen in 2013<sup>27</sup> al aangegeven te willen onderzoeken hoe ook voor andere groepen gespecialiseerde verpleegkundigen deze zelfstandige bevoegdheid kan worden verleend. Zij gaf daarbij destijds aan open te staan voor een gefaseerde uitbreiding naar andere groepen.

Een aanpak zou kunnen zijn om voor hbo-verpleegkundigen te formuleren onder welke voorwaarden sprake kan zijn van een zelfstandige bevoegdheid voor het voorschrijven van UR geneesmiddelen (in termen van nascholing, werkervaring, etc.). In eerste instantie kan uitgegaan worden van groepen waarvoor al specifieke scholingen bestaan; in de praktijk zijn dit groepen gespecialiseerde verpleegkundigen. In navolging van de diabetes, long, en oncologie verpleegkundigen, opteren ook andere groepen gespecialiseerde verpleegkundigen voor een zelfstandige bevoegdheid.

De groepen die daarvoor in aanmerking willen komen zijn:

1. reumatologieverpleegkundigen
2. justitieel verpleegkundigen
3. verpleegkundig consulenten Hiv/Aids
4. reizigersverpleegkundigen
5. sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.
6. dialyseverpleegkundigen
7. praktijkverpleegkundigen
8. verpleegkundigen seksuele gezondheid
9. hart- en vaatverpleegkundigen

Of er mogelijkheden zijn en of er draagvlak is voor een eventuele voorschrijfbevoegdheid zoals nu bij de diabetes-, oncologie- en longverpleegkundigen van UR-geneesmiddelen het geval is, wordt momenteel binnen het project nog onderzocht.

Aan de gespecialiseerde verpleegkundigen, de afdelingen wordt hun mening over de ervaringen met deze bevoegdheid gevraagd. Hierbij vragen we tevens naar hun mening over eventuele voorwaarden op het gebied van bij- en nascholing en werkervaring.

Ook aan de doelgroep van de verpleegkundigen die voor de voorschrijfbevoegdheid in aanmerking willen komen alsmede de afdelingen en stakeholders, stellen we bovenstaande vragen.

Hierbij zal tevens aandacht zijn voor hun mening over bij- en nascholing ten behoeve van een voorschrijfbevoegdheid vanuit een generiek profiel voor specifieke groepen patiënten in specifieke settings.

De uitkomsten verschijnen december 2016.

---

<sup>27</sup> beantwoording kamervragen vso regeling houdende het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door bepaalde categorieën van verpleegkundigen, MEVA-U-3155768, 22 april 2013

#### • **5.4. Verkenning van de mogelijkheid van een tijdelijke regeling voor zelfstandige bevoegdheid**

In het project is door diverse betrokken partijen aangedrongen op het verkennen van de mogelijkheid om in de praktijk ervaring op te kunnen doen met zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen voor één of enkele voorbehouden handelingen. In lijn met die wens is onderzocht op welke manier een dergelijk 'experiment' kan worden vormgegeven.

Van belang is daarbij dat dit experiment niet kan plaatsvinden voordat de nieuwe beroepenstructuur is ingevoerd en de beroepstitels voor de nieuwe verpleegkundige beroepen van kracht zijn.

Voor de vormgeving van een proefperiode kan de tijdelijke regeling<sup>28</sup> voor de Verpleegkundig Specialist als voorbeeld dienen. Deze regeling is een uitwerking van artikel 36a van de Wet BIG, dat ruimte biedt om bij wijze van experiment aan een bepaalde categorie beroepsbeoefenaren voor een periode van maximaal vijf jaar een bevoegdheid toe te wijzen voor het verrichten van in die maatregel nader te benoemen handelingen. Onverminderd blijft in dat experiment de eis van bekwaamheid van kracht<sup>29</sup>: de bevoegde beroepsbeoefenaar mag de handelingen alleen uitvoeren als hij/zij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen.

Een tijdelijke regeling biedt het zorgveld de mogelijkheid in de praktijk ervaring op te doen en middels een gedegen evaluatie te bepalen of het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de zorg.

#### **Contouren van een tijdelijke regeling voor zelfstandige bevoegdheid van de hbo-verpleegkundige**

In deze tijdelijke regeling zullen de volgende elementen worden opgenomen:

##### *Bevoegdheid*

De regeling zal zich beperken tot de zelfstandige bevoegdheid voor het:

- a. verrichten van blaaskatheterisaties bij volwassenen
- b. inbrengen van een maagsonde
- c. verrichten van heerkundige handelingen, voor zover het betreft het verwijderen van necrotisch weefsel in het kader van wondverzorging

Deze zelfstandige bevoegdheid zou de hbo-verpleegkundige de bevoegdheid geven om voor deze handelingen zelfstandig de indicatie te stellen en de handeling uit te voeren, dan wel ten aanzien van deze handelingen opdracht mag geven aan een ander, dit conform artikel 38 of 39 van de Wet BIG.

De hierboven genoemde handelingen kwamen in gesprekken met het veld als meest voor de hand liggende handelingen voor zelfstandige bevoegdheid naar voren. Handelingen a en b vallen onder de huidige functionele zelfstandigheid van de verpleegkundige, die daarmee geacht wordt de risico's in de uitvoering goed te kunnen inschatten. In de nieuwe beroepenstructuur vormt de competentie 'klinisch redeneren' de kern van het hbo-verpleegkundig beroepsprofiel. Belangrijke afweging is de vraag of ook de risico-inschatting rond de indicatie van deze handelingen goed kan worden gedaan door beroepsbeoefenaren die voldoen aan dit nieuwe hbo-verpleegkundig beroepsprofiel.

Handeling c (heerkunde) is toegevoegd om in de wondzorg kleine heerkundige ingrepen (zoals het verwijderen van necrotisch weefsel – nettoyage - in het kader van het wondtoilet) door de hbo-verpleegkundige mogelijk te maken. Ook daarbij moet worden afgewogen of de hbo-verpleegkundige goed in staat zal zijn de grenzen van de eigen expertise te kennen en bewaken. Daarbij hoort ook het tijdig in consult roepen van andere beroepsbeoefenaren met aanvullende expertise en bevoegdheden, zoals Verpleegkundig Specialisten, Physician Assistants en/of artsen.

In de lijst is de bevoegdheid tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen niet opgenomen. Dit omdat de bevoegdheid daartoe voor drie specifiek groepen op dit moment is geregeld via art. 36 lid 15 van de Wet BIG; dit betreft niet een

<sup>28</sup> Tijdelijke besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, Besluit van 21 december 2011, Stscrt. 2011-659

<sup>29</sup> Wet BIG, artikel 36 lid 15

tijdelijke maar een permanente bevoegdheid. Waar het de bevoegdheid voor mogelijke nieuwe groepen betreft zal dit worden beschreven in een apart onderdeel van het advies (zie ook par. 5.3).

### *Beperkingen aan de bevoegdheid*

Analoog aan de voorwaarden zoals geformuleerd bij de zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist zou de zelfstandige bevoegdheid voor de hbo-verpleegkundige gelden voor zover:

- het handelingen betreft van een beperkte complexiteit
- het routinematige handelingen betreft
- het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn
- die handelingen worden uitgevoerd volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen

De uitwerking vraagt op onderdelen om een vertaalslag van deze beperkende factoren naar de specifieke handeling. Bijvoorbeeld: welke risicofactoren bestaan er bij het indiceren en uitvoeren van een blaaskatheterisatie, hoe kan de hbo-verpleegkundige onderkennen of in de voorliggende situatie sprake is van een van deze risicofactoren. De nadruk ligt daarbij op het onderkennen van de risico's bij indicatie. Immers, de verpleegkundige is in het huidige regime al functioneel zelfstandig voor het uitvoeren van deze handeling. Een bekwame beroepsbeoefenaar wordt in het kader van de huidige functionele zelfstandigheid geacht om de risico's van de uitvoering van de handeling juist in te schatten en het handelen daarop af te stemmen.

Eenzelfde uitwerking zou kunnen worden gezocht voor het vaststellen van de complexiteit in een voorliggende situatie. Deze uitwerkingen vinden uiteindelijk idealiter hun plek in de vastgestelde protocollen voor de betreffende handeling.

### *Bekwaamheid*

In de uitwerking van de regeling dient tevens aandacht te zijn voor de manier waarop de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren uit de nieuwe beroepen (hbo- en mbo-verpleegkundige) voor het verrichten van de bovengenoemde voorbehouden handelingen kan worden vastgesteld en geborgd. Eerste verkenningen met het veld en met opleidingsinstanties leverden de gedachte op aan een specifiek assessment (praktijktoets/ praktijkexamen), ofwel (facultatief) in het kader van de reguliere opleiding voor de hbo-verpleegkundige, ofwel als een aanvullende opleiding met afsluitende praktijktoets.

Belangrijke vraag is verder langs welke weg de bekwaamheidseis zal worden ingevuld en tot in welke detaillering de bepalingen daaromtrent in de nieuwe Wet BIG dienen te worden opgenomen. Daarbij dient een goed evenwicht te worden gezocht tussen wettelijke bepalingen op hoofdlijnen en een invulling en uitwerking van die hoofdlijnen door (organisaties van) beroepsbeoefenaren zelf. Dat laatste kan gestalte krijgen langs de lijnen van het kwaliteitsregister, het bijhouden van professionele portfolio's en de eisen aan herregistratie en bijscholing etc. Zo kan worden aangesloten bij de lijn die ook voor andere beroepsbeoefenaren wordt gehanteerd, waar de eisen voor professionele bekwaamheid worden gedefinieerd vanuit de beroepsgroep zelf.

### *Aanvullende eisen in het kader van een tijdelijke regeling?*

In verkennende gesprekken met belanghebbenden in het veld werd duidelijk dat er bij verschillende partijen zorg bestaat over de overall kwaliteit van de (huidige) wijze van opdrachtverlening en –aanvaarding in de uitvoering van voorbehouden handelingen, zoals het katheteriseren. Mede vanuit die waarnemingen bestaat bij betrokkenen terughoudendheid om de hbo-verpleegkundige hierin in de toekomst een grotere zelfstandige beslisruimte toe te kennen.

De uitwerking van een tijdelijke regeling zal met deze zorgen rekening moeten houden. Dit zou onder meer kunnen door een grondige toets vanuit de organisaties van beroepsbeoefenaren op de kwaliteit van de gehanteerde protocollen - en de naleving daarvan. In de huidige situatie zijn dergelijke protocollen divers en voldoen niet altijd aan de daarvoor geldende standaarden. In het kader van een mogelijke tijdelijke regeling

zou het protocol langs een standaard-set van eisen gelegd kunnen worden, waarvan elementen als evidence based werken, maar ook een prospectieve risicoanalyse (met een heldere inventarisatie van contra-indicaties en de manier om deze te checken) onderdeel uitmaken.

Tevens kan in het protocol worden opgenomen in welke situaties en op welke wijze intercollegiale consultatie, bijvoorbeeld tussen hbo-verpleegkundige en VS of huisarts, gestalte dient te krijgen. Dit zou ook al proactief kunnen worden geregeld via samenwerkingsafspraken tussen de belangrijkste groepen zorgverleners in een bepaalde zorgsetting.

### *Setting*

Een tijdelijke regeling biedt binnen de voorwaarden, inclusief de aanvullende voorwaarden zoals hierboven genoemd, aan iedere bevoegde beroepsbeoefenaar de ruimte om de zelfstandige bevoegdheid, mits bekwaam, ook in de praktijk uit te oefenen. Toch hoeft die bevoegdheid op voorhand niet te betekenen dat dit ook op grote schaal en in uiteenlopende settings zal gebeuren.

Betrokken partijen zoals thuiszorgorganisaties, vertegenwoordigers van ziekenhuizen, medisch specialisten en huisartsen gaven aan dat het belangrijk is om in het kader van een tijdelijke regeling in een ruim aantal uiteenlopende situaties ervaring op te doen met de zelfstandige bevoegdheid en lessen te kunnen trekken uit de evaluatie van die praktijk.

Dat pleit ervoor om enige sturing te zetten op het tot stand komen van een daadwerkelijk zelfstandig optreden van hbo-verpleegkundigen in uiteenlopende settings, bijvoorbeeld door het inrichten van proeftuinen in de eerstelijnszorg (platteland, grote stad etc.) en tweedelijnszorg (academisch ziekenhuis, perifeer ziekenhuis, eventueel zbc's/kleine klinieken).

### **Evaluatie**

In lijn met de tijdelijke regelingen voor de Verpleegkundig Specialist (VS) en de Physician Assistant (PA) zal de kwaliteit, effectiviteit en doeltreffendheid van een tijdelijke regeling voor de hbo-verpleegkundige worden geëvalueerd<sup>30</sup>. Bij de opzet van deze evaluatie kan eveneens gekeken worden naar het raamwerk voor de evaluatie van eerstgenoemde regelingen voor VS en PA en kan voor elk van de handelingen die onder de zelfstandige bevoegdheid worden gebracht op basis van gedegen onderzoek worden bepaald of voortzetting van het regime van zelfstandige bevoegdheid bijdraagt aan de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de zorg.

### **Tijdsperspectief**

Indien besloten wordt tot het instellen van een tijdelijke regeling, dan zal deze zich richten op de zelfstandige bevoegdheid van de *hbo-verpleegkundige*. Dit nieuwe beroep krijgt een wettelijke status bij de inwerkingtreding van de wijzigingen van de Wet BIG, naar verwachting rond 2020. Dat betekent dat de inwerkingtreding van een tijdelijke regeling niet eerder zal kunnen plaatsvinden dan het moment waarop de nieuwe Wet BIG rechtskracht heeft.

De komende periode kan derhalve worden gebruikt voor het nader uitwerken van de openstaande punten in de opzet van de tijdelijke regeling voor de hbo-verpleegkundige. Belangrijk element daarin is hoe de vereiste bekwaamheid zal worden gedefinieerd, gemeten en vastgelegd.

Daarnaast kan in de aanloop naar een tijdelijke regeling de opzet van de evaluatie worden vastgesteld en kan een nulmeting worden voorbereid, waarmee de uitgangssituatie scherp in beeld wordt gebracht.

### **Praktijk nu en straks**

---

<sup>30</sup> voorBIGhouden, Eindrapportage evaluatieonderzoek (betreffende VS en PA) artikel 36a Wet BIG, Maastricht, november 2015

Onderstaand zijn twee beschrijvingen opgenomen die in een wat meer uitgewerkte vorm de huidige praktijk beschrijven naast een toekomstbeeld waarin de hbo-verpleegkundige op basis van zelfstandige bevoegdheid in staat is invulling te geven aan de dagelijkse praktijk in de eerste- en tweedelijns zorg.

#### *Voorbeeld 1. Eerstelijns zorg*

##### **Zelfstandige bevoegdheid in de praktijk: eerstelijns zorg (thuiszorg/wijk)**

In de huidige praktijk in de thuiszorg heeft de verpleegkundige in de wijk een functionele zelfstandigheid voor het verrichten van enkele voorbehouden handelingen, waaronder het katheteriseren van de blaas bij volwassenen. Voor het mogen verrichten van een katheterisatie is een opdracht nodig; de verpleegkundige is, mits bekwaam, bevoegd om de handeling vervolgens zonder toezicht en tussenkomst zelfstandig uit te voeren. Voor deze opdrachtverlening zijn in de huidige situatie verschillende scenario's mogelijk, waarin kwaliteit, effectiviteit, doelmatigheid en continuïteit van zorg niet zonder meer zijn geborgd. Vertraging in het verlenen van de opdracht bedreigt kwaliteit en continuïteit van zorg in een situatie die voor een patiënt potentieel zeer belastend is. Het vooraf door de huisarts afgegeven schriftelijke uitvoeringsverzoek aan de thuiszorginstelling plaatst de zorgverleners zelf (huisarts en verpleegkundige) potentieel op grote afstand van elkaar. De constructie via het uitvoeringsverzoek<sup>31</sup> lijkt op zich juridisch sluitend, maar biedt niet per se een waarborg voor kwalitatief goed indiceren (immers, ook de keuze door de verpleegkundige om de handeling op een gegeven moment al dan niet te verrichten is onderdeel van het indicatie-proces) en uitvoeren van voorbehouden handelingen.

Het toekomstbeeld voorziet in grote lijnen een toenemende verschuiving van zorg, ook van meer complexe zorg waarin sprake is van comorbiditeit, van de tweede naar de eerste lijn – de zogenaamde substitutie. De nadelen van de huidige aanpak (zoals discontinuïteit van zorg, kwalitatief onvoldoende check door opdrachtgever op bekwaamheid van uitvoerder etc.) zullen zich in dit scenario sterker laten gelden.

De Landelijke Huisartsen Vereniging schetst in haar toekomstbeeld een huisartsenzorg die een centrale rol in de wijk vervult, die in nauwe samenwerking met andere zorgverleners de gezamenlijke expertise inzet in een multidisciplinair, kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod. Het toenemende volume vraagt daarbij om een excellent samenwerkingsmodel, waarin iedere zorgverlener zo goed mogelijk op de eigen expertise wordt ingezet, de grenzen van de eigen expertise kent en respecteert en langs korte lijnen communiceert en schakelt in meer complexe en risicovolle zorgsituaties. Gezamenlijk vastgestelde protocollen maken onlosmakelijk deel uit van dit samenwerkingsmodel.

In een dergelijk model past een wijkverpleegkundige op hbo-niveau met een zelfstandige bevoegdheid voor – zoals eerder beschreven – het katheteriseren van de blaas bij een volwassene. Die op grond van het vermogen tot klinisch redeneren in staat is risico's in te schatten en daarnaar te handelen, de eigen grenzen in kennen en kunnen te respecteren en in geval van twijfel direct schakelt met een andere zorgverlener, zoals de VS of de huisarts. En in het kader van die zelfstandige bevoegdheid verantwoordelijk en (tuchtrechtelijk) aansprakelijk is voor het eigen handelen.

---

<sup>31</sup> Uitvoeringsverzoek fungeert als (schriftelijke) opdracht van huisarts aan verpleegkundige of verzorgende IG; het vormt de praktische uitwerking van de Mantelovereenkomst tussen regionale huisartsenorganisatie en thuiszorgorganisaties. Thuiszorgorganisatie is vervolgens verantwoordelijk voor het inzetten van bevoegde en bekwame zorgverleners om invulling te geven aan het uitvoeringsverzoek.



## Voorbeeld 2. Intramurale zorg

### Zelfstandige bevoegdheid in de praktijk: tweedelijns zorg (ziekenhuis)

In de huidige praktijk in de ziekenhuiszorg heeft de verpleegkundige een functionele zelfstandigheid voor het verrichten van enkele voorbehouden handelingen, waaronder het katheteriseren van de blaas bij volwassenen. Voor het mogen verrichten van een katheterisatie is een opdracht nodig, de verpleegkundige is, mits bekwaam, bevoegd om de handeling vervolgens zonder toezicht en tussenkomst zelfstandig uit te voeren. Voor deze opdrachtverlening zijn in de huidige situatie verschillende scenario's mogelijk, waarin kwaliteit, effectiviteit, doelmatigheid en continuïteit van zorg niet zonder meer zijn geborgd.

- in sommige ziekenhuizen is het verkrijgen van een opdracht van een arts aan een verpleegkundige een harde voorwaarde. De opdracht wordt veelal telefonisch worden gegeven en later administratief bevestigd. Deze werkwijze kent tenminste twee risico's: enerzijds kan de tijdigheid en continuïteit van de zorg voor de patiënt in het gedrang komen, vooral in een acute situatie. Anderzijds, doordat de betreffende arts niet ter plekke een inschatting van de situatie kan maken, is niet gegarandeerd dat een onderbouwd medisch oordeel ten grondslag ligt aan de handeling en dat de arts daarmee 'vaart' op het klinisch inzicht en klinisch redeneren van de verpleegkundige ter plekke.
- in andere situaties wordt het gehanteerde protocol beschouwd als (schriftelijke) opdrachtverlening door de arts. Ook hier is de vraag wat de kwaliteit is van de gehanteerde protocollen – en daarmee van de zorgvuldigheid waarmee de feitelijke opdrachtverlening plaatsvindt. Op dat vlak kan nog het nodige worden gewonnen aan kwaliteit, door ook hier te streven naar meer evidence based protocollen en het opnemen van een prospectieve risicoanalyse.

Het lijkt erop dat ook in de tweede lijn winst te behalen valt op het terrein van de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt. Het aanscherpen van protocollen is daarin een eerste stap. Het duidelijker alloceren van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, en het in lijn daarmee scherper vastleggen van aansprakelijkheden onder het tuchtrecht van de Wet BIG is een goede tweede.

### • 5.5. Conclusies en vragen die zijn voorgelegd aan de stuurgroep

De strekking van het rapport is dat het draagvlak voor een stap naar een generieke toekenning van zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen niet groot is.

Tegelijkertijd is duidelijk dat de ontwikkelingen in de zorg snel gaan.

Om in de toekomst de benodigde zorg aan te kunnen bieden, is het nodig om wel stappen vooruit te zetten. Zo zal de complexiteit van zorg toenemen. Er zullen meer mensen zijn die een beroep doen op de zorg. Ook neemt het aandeel van mensen met comorbiditeit toe. De zorg zal in kortere tijd moeten plaatsvinden en over meer sectoren met meer hulpverleners georganiseerd gaan worden. Meer nadruk komt te liggen op wijkgerichte zorg. Dit alles vergt meer vaardigheden van de professional om bijvoorbeeld goede klinische besluiten te nemen.

Het deskundigheidsgebied van de (toekomstige) hbo-verpleegkundige betreft het stellen van een verpleegkundige diagnose en het indiceren, organiseren en verlenen van verpleegkundige zorg en psychosociale begeleiding op basis van klinisch redeneren, vooral in complexe zorgsituaties die vragen om integratie van kennis en combineren van richtlijnen en protocollen.

Zelfstandige bevoegdheid kan helpen om deze rol goed in te vullen. In het rapport staan verschillende mogelijkheden om in de praktijk gefaseerd, onder gecontroleerde omstandigheden en goed begeleid stappen te zetten met een toekenning zelfstandige bevoegdheid.

De volgende vragen zijn voorgelegd aan de stuurgroep:

**1. In hoeverre ziet de stuurgroep de wenselijkheid (nut en noodzaak) om op termijn en onder bepaalde voorwaarden een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan hbo-verpleegkundigen?**

De vraag aan de stuurgroep is om op basis van de informatie in deze rapportage, rekening houdend met het draagvlak, de argumenten en inhoudelijke bevindingen (o.a. over de toekomstige situatie), te bepalen wat haar advies is.

*Termijn*

Een toekenning zou moeten gelden vanaf het moment dat de hbo-titel is verankerd in de wet (2020 of later).

*Voorwaarden*

Het gaat om handelingen:

- Binnen het deelgebied/specialisatie waarin de hbo verpleegkundige is opgeleid
- Met een beperkte complexiteit en die routinematig van aard zijn
- Waarbij de risico's van de handelingen zijn te overzien
- Uitgevoerd worden volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en protocollen.

Als voorwaarde geldt ook dat de hbo-verpleegkundige na afstuderen niet automatisch bevoegd en bekwaam om deze handelingen zelfstandig te indiceren en uit te voeren. Hiertoe zal verdere noodzakelijke specialisering beschreven moeten zijn en individueel aantoonbaar gemaakt moeten worden (in voorbereidingstraject tot medio 2020). Een assessment van het vermogen tot klinisch redeneren, kan ook tot de voorwaarden behoren.

*Voorbehouden handelingen*

Voorbehouden handelingen die volgens de inventarisatie in dit rapport in aanmerking komen zijn:

- Verrichten van blaaskatheterisatie bij volwassenen (uitwerking zie bijlage 5)
- Inbrengen van een maagsonde
- Voorschrijven van UR geneesmiddelen binnen een specifieke setting (nadere verkenning)
- Heelkundige handelingen in het kader van wondverzorging (verwijderen necrotisch weefsel)

**2. In hoeverre acht de stuurgroep het noodzakelijk dan wel wenselijk om in eerste instantie te experimenteren met de toekenning van zelfstandige bevoegdheid?**

**Als de stuurgroep dit wenselijk vindt, onder welke voorwaarden (zowel qua proces als inhoud) kan een experiment plaatsvinden?**

De stuurgroep kan overwegen om voor een beperkt aantal handelingen op basis wet BIG, art. 36a ruimte te creëren om in goed doordachte "proeftuinen" eerste stappen te zetten in het toekennen van die zelfstandige bevoegdheid. Dit biedt dan tevens de mogelijkheid om – in analogie aan de VS en de PA in de voorliggende periode een evaluatie op te zetten rond deze proeftuinen.

**Eindconclusie en advies van de stuurgroep**

De stuurgroep heeft zich op 24 oktober 2016 gebogen over bovenstaande vragen. Zij heeft mede op basis van dit rapport op 31 oktober 2016 een advies aan V&VN geformuleerd over het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de hbo-verpleegkundige ten aanzien van voorbehouden handelingen.

Dit advies is separaat bijgevoegd.

- **Gebruikte literatuur & bronnen**

**Boeken**

C. van Arensbergen e.a., *Competentieprofielen ABC. Landelijk competentieprofiel voor beroepskrachten (niveau ABC) in het primaire proces van de gehandicaptenzorgen*. ABVAKABO FNV, CNV Publieke zaak en VGN, 2015.

J. Lambregts & A. Grotendorst (red.), *Leren van de toekomst*. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2012.

D. Polhuis & T. Vermeij (red.), *De verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg, basisboek HBO*. Amersfoort: Thieme Meulenhoff 2012.

A. Pool e.a., *Met het oog op de toekomst*. Utrecht: 2001.

A. Pool & J. Mast. *Eerst buurten, dan zorgen. Professioneel verplegen en verzorgen bij Buurtzorg*. Den Haag: Boom-Lemma 2011.

**Rapporten**auteur

E.E.M. Maurits., A.J.E. de Veer & A.L. Francke, *Competenties in een veranderde gezondheidszorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Nivel. Utrecht: 2015. *In press*

F. Peters, A. Westerbeek & S. Tji. *De kern van de verpleegkundige en verzorgende beroepen*. Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt. In opdracht van de Brancheorganisatie Zorg (BoZ). Nijmegen: 2014.

M. Schuurmans. *Focus op resultaten: zichtbaar maken van verpleegkundige en verzorgende patiënt problemen* In opdracht van V&VN. Nivel. Utrecht: 2014.

I. Wallenburg, M. Janssen & A. de Bont, *De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg*. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland Instituut Beleid & Management. Rotterdam: 2015.

Commissie

Commissie Gevers, *Voorbehouden handelingen tegen het licht*. 2009

Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*, M. Kaljouw & K. van Vliet (redactie), 2015

instelling/organisatie

ActiZ, BTN, LHV en Verenso: *Handleiding Voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg*, 2012

Calibris, Landelijke Kwalificaties MBO. *Kwalificatiedossier Mbo-Verpleegkundige*. Stichting Beroepsonderwijs & Bedrijfsleven (SBB). Bunnik: 2015.

GGZ Nederland. *GGZ verpleegkundige Beroepscompetentieprofiel HBO en MBO*, Amersfoort: 2012.

KNMG, V&VN, KNOV e.a.: *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*, 2010

KNMG, V&VN en NAPA: *Handreiking implementatie taakherschikking*, november 2013

Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde, Bachelor Nursing 2020, *Een toekomstbestendig opleidingsprofiel*, 2015.

Maastricht UMC, De Bruijn-Geraets e.a.: Eindrapportage Evaluatieonderzoek Artikel 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. 2015

Movisie en Vilans. *Beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundige tbv onderwijsexperimenten*. Utrecht: 2007

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). *Een kwestie van samenspel*. Verpleegkundigen opleiden voor het algemene ziekenhuis. Utrecht: 2012.

NVZ. Krachtig kiezen. ziekenhuizen in 2020. Utrecht: 2014.

NVZ. Verschil. Verpleegkundige van morgen heeft onderscheid nodig. Utrecht: 2015.

NVZ. ZORG INNOVEERT. Brancherapport algemene ziekenhuizen Utrecht: 2014.

NVZ. *Een kwestie van samenspel*. Verpleegkundigen opleiden voor het algemene ziekenhuis. Utrecht: 2012.

RVZ: Bekwaam is bevoegd, innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, 2011

Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN), Visiedocument Kwaliteit 2.0. Utrecht: 2013.

VGN. Beroepscompetentieprofiel voor beroepskrachten met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg. Utrecht: 2009.

VGN. Competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die ondersteuning bieden aan mensen met niet aangeboren hersenletsel. Utrecht: 2014

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Normenkader *'indiceren en organiseren verpleging en verzorging in de eigen omgeving*, Utrecht: 2014

ZonMW. *Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Den Haag: 2013

## **Artikelen**

T&C commentaar op art 36a Wet BIG

## **Kamerstukken en wetgeving**

Amtelijk concept wetsvoorstel modernisering tuchtrecht Wet BIG, september 2015 (voor consultatie)

Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant – Staatsblad 2011, nr. 658 (21 december 2011).

Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialist – Staatsblad 2011, nr. 659 (21 december 2011).

Besluit functionele zelfstandigheid, artikel 2 – Staatsblad 1997, nr. 524 (29 oktober 1997).

Brief minister van VWS aan Tweede Kamer d.d. 2 december 2014 inzake Beroep en opleiding verpleegkundige

Brief aan Tweede Kamer over Beroep en opleiding verpleegkundige 14 april 2014. Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, kenmerk 354837-119067 (11 november 1993).

Brief aan Tweede Kamer over Beroep en opleiding verpleegkundige, kenmerk 354837-119067 (14 april 2014).

Brief aan Tweede Kamer over regeling houdende het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door bepaalde categorieën van verpleegkundigen, kenmerk MEVA-U-3155768 (22 april 2013)

*Kamerstukken II* 2014/15, 29, 282 nr. 182. Evaluatie wet BIG: de brief van de minister aan de kamer, Arbeidsmarkt beleid en opleidingen zorgsector, december 2014 .

*Kamerstukken II* 2009/10,32261,3

*Kamerstukken II* 2009/10,32261,7

Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg – Staatsblad 1999, nr. 463 (5 oktober 1999).

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet van 11 november 1993, Stb. 655).

### **Elektronische bronnen**

[www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl)

[www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)

[www.royalcollege.ca](http://www.royalcollege.ca)

[www.vgn.nl](http://www.vgn.nl)

[www.Alzheimer-Nederland.nl](http://www.Alzheimer-Nederland.nl)

[www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)

[www.deltaplandementie.nl](http://www.deltaplandementie.nl)

[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)

[www.herbergier.nl](http://www.herbergier.nl)

[www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)

[www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/>

<https://crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/3Medications.pdf>

<https://www.ncbon.com/myfiles/downloads/position-statements-decision-trees/infusion-therapy.pdf>

<http://www.verenso.nl/>

- **Bijlage 1. Toelichting deskundigheidsgebied HBO-verpleegkundige**

In deze toelichting zijn met name de gehanteerde definities van de belangrijkste begrippen van de verschillende onderdelen opgenomen.

### **Algemeen**

#### *Deskundigheidsgebied en autonomie*

Het deskundigheidsgebied van de hbo-verpleegkundige beschrijft het domein waarbinnen deze verpleegkundige professioneel autonoom is. Dat wil zeggen dat de hbo-verpleegkundige op grond van de eigen kennis en vaardigheden in staat wordt geacht om zelfstandig inhoud te geven aan de eigen rol c.q. dat zij in voorliggende situaties zelfstandig kan komen tot effectieve keuzes in het zorgproces en daarvoor verantwoordelijk kan worden gehouden.

#### **Toelichting bij onderdeel a:**

Dit eerste onderdeel van het deskundigheidsgebied is identiek aan het eerste onderdeel van de deskundigheidsgebieden voor de mbo-verpleegkundige en verzorgende. Dit reflecteert dat in de drie beroepen gewerkt wordt vanuit hetzelfde referentiekader. De concrete invulling van de ondersteuning van zelfmanagement verschilt per beroep, zoals beschreven in de beroepsprofielen.

#### *Gezondheidsconcept en de rol van de verpleegkundige*

Het deskundigheidsgebied sluit aan bij de volgende definitie van gezondheid *'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges'*. Gezondheid is op te vatten als een dynamisch concept, waarin welbevinden, veerkracht en zelfredzaamheid van mensen centraal staan. De hbo-verpleegkundige vervult een rol in het versterken van die veerkracht en zelfredzaamheid door het ondersteunen van mensen in situaties waarin zij dat niet op eigen kracht kunnen. Dit wordt gedaan door middel van een passend zorgaanbod op de zes dimensies van gezondheid: lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.

#### *Zelfmanagement*

Hieronder wordt verstaan het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, en, wanneer deze toch optreden, om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Hierdoor is men in staat om de eigen gezondheidstoestand te monitoren en te reageren op een manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van leven. De hbo-verpleegkundigen (maar ook de mbo-verpleegkundigen en verzorgenden) zijn professionals die zich richten op het ondersteunen van het zelfmanagement van zorgvragers, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het functioneren in relatie tot gezondheid, ziekte en kwaliteit van leven.

#### *Functioneren*

Het functioneren in relatie tot ziekte of dreiging van ziekte kan worden bekeken met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De ICF is een bio-psychosociaal model dat uitgaat van het gegeven dat omgevingsfactoren en persoonlijke factoren de gezondheidstoestand van mensen beïnvloeden.

Vanuit de ICF beschouwd, richt de gezondheidszorg zich op participatiedoelen. Dat zijn individuele doelen die voor ieder persoon uniek zijn. Doelen die verstoord worden door beperkingen, die voortkomen uit ziekten en daarmee gepaard gaande stoornissen. Dit zijn echter geen op zichzelf staande verbanden. Ze worden beïnvloed door externe en persoonlijke factoren.

## **Toelichting bij onderdeel b:**

### *Verpleegkundige diagnose*

Vanuit kennis van anatomie, fysiologie, (psycho)pathologie en psychosociale processen stelt de verpleegkundige een verpleegkundige diagnose. Onder een verpleegkundige diagnose wordt verstaan een oordeel van een verpleegkundige over de reactie van een zorgvrager op een gezondheidsprobleem, waarbij zij op grond van opleiding en ervaring bevoegd en bekwaam is tot verpleegkundig handelen.

De hbo-verpleegkundige kijkt bij het stellen van de verpleegkundige diagnose niet enkel naar het probleem en de symptomen van de zorgvrager, maar nadrukkelijk ook naar potentiële problemen en risico's die te verwachten zijn. Prognosticeren en anticiperen zijn belangrijke begrippen bij het stellen van een verpleegkundige diagnose door een hbo-verpleegkundige.

### *Indiceren*

Het indiceren van verpleegkundige zorg valt binnen het deskundigheidsgebied van de hbo-verpleegkundige; de hbo-verpleegkundige heeft daarmee zelfstandige beslissingsbevoegd met betrekking tot indiceren. Onder indiceren wordt verstaan: het in het verlengde van een verpleegkundige diagnose maken van de keuze voor de passende behandeling en/of ondersteuning die de zorgvrager moet krijgen om diens functioneren in relatie tot gezondheid, ziekte en kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren.

### *Klinisch redeneren*

De hbo-verpleegkundige acteert vooral in situaties die onvoorspelbaar zijn en waar sprake is van een hogere mate van complexiteit, zowel vanuit de aard van de gezondheidsvraagstukken als vanuit de zorgvrager die met deze vraagstukken kampt.

De basis voor het functioneren van de hbo-verpleegkundige ligt in het klinisch redeneren. Onder klinisch redeneren wordt verstaan het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Het continue cyclische proces van klinisch redeneren omvat risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. Een goed ontwikkeld analytisch vermogen stelt de hbo-verpleegkundige daarbij in staat passende keuzes te maken, ook in situaties waarin bestaande protocollen onvoldoende houvast bieden en het noodzakelijk is om kennis uit verschillende domeinen te integreren en richtlijnen en protocollen te combineren.

### *Richtlijn*

Onder een richtlijn wordt verstaan een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.

### *Protocol*

In protocollen wordt vooral aangegeven hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld moet worden. In de praktijk worden lokale protocollen vaak afgeleid van landelijke richtlijnen. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden meer in detail vastgelegd.

### *Complexiteit*

Het begrip 'complexiteit' omvat zowel *case-complexity* als *patient complexity*.

#### *Case complexity*

- de ziekte: de mate van complexiteit van de medische problemen;
- de persoon met de ziekte: meer of minder complexe zorgvragers en meer of mindere mate van (gezondheids)geletterdheid;
- de populatie waarvoor zorg wordt verleend: de mate van complexiteit van populaties;
- het zorgstelsel waarin zorg wordt verleend: de mate van complexiteit van zorgsystemen.



#### *Patiënt complexity :*

- gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal;
- problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen, waardoor het beeld gecompliceerd is;
- een wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid;
- onvoorspelbaarheid, onzekerheid over het verloop;
- tempo waarin veranderingen optreden is hoog;
- routines en richtlijnen 'passen' niet;
- grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende zorgverleners;
- lage (gezondheid) geletterdheid<sup>32</sup>
- grote impact van al dan niet handelen van de zorgverlener op de patiëntveiligheid

Voor het bepalen van de mate van complexiteit is onvoorspelbaarheid (één van) de belangrijkste factoren. Naar mate de voorspelbaarheid toeneemt, wordt de zorgsituatie als minder complex beoordeeld. In zo'n situatie zijn de problemen verwacht en is de oplossingsrichting bekend.

#### *Evidence-based practice (EBP)*

EBP houdt in dat (verpleegkundige) beslissingen gebaseerd worden op een combinatie van drie zaken: bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek, de eigen klinische vaardigheden en de voorkeuren van de zorgvrager.

#### **Toelichting bij onderdeel c:**

##### *Regiefunctie*

Naast het vervullen van een uitvoerende rol in de directe patiëntenzorg is de hbo-verpleegkundige bij uitstek de regisseur van het zorgproces in brede zin. De hbo-verpleegkundige zorgt dat zoveel mogelijk sprake is van een samenhangend zorgaanbod dat aansluit bij de behoeften van de zorgvrager. Vanuit die regiefunctie initieert, organiseert en coördineert de hbo-verpleegkundige de inzet van zorgverleners uit eigen en andere disciplines, in nauwe samenspraak met de zorgvrager (*shared decision making*) en met inzet van diens naasten en sociale netwerk. Naast het direct op de zorgvrager gerichte aanbod geeft de hbo-verpleegkundige vorm aan het zorgvrager overstijgende zorgaanbod, waarbij afstemming met andere partijen in de (zorg)keten en -netwerk over afdelings- en instellingsgrenzen heen van belang is. De hbo-verpleegkundige maakt daarbij gebruik van een gedegen kennis van de diversiteit van zorgaanbieders, heeft een goed inzicht in de manier waarop inter- en multidisciplinaire samenwerking kan worden georganiseerd.

##### *Shared decision making*

Gedeelde besluitvorming (c.q. *shared decision making*) houdt in dat de hbo-verpleegkundige en de zorgvrager samen, in gedeelde verantwoordelijkheid, keuzes maken ten aanzien van opties in de verpleging en verzorging. De hbo-verpleegkundige geeft de zorgvrager daarbij eerst informatie over de beschikbare opties en de potentiële consequenties (risico's; voor- en nadelen). De zorgvrager bepaalt, eventueel met hulp, hoe de verschillende consequenties door hem/haar worden ervaren en informeert de hbo-verpleegkundige hierover. Beide vormen van kennis worden in een dialoog bij elkaar gebracht en zorgvrager en hbo-verpleegkundige kiezen op basis hiervan samen welke optie 'het beste' is voor de specifieke situatie van de betrokken zorgvrager.

---

<sup>32</sup> Om de regie over zijn zorgproces te kunnen nemen heeft de zorgvrager vaardigheden nodig om informatie tot zich te nemen. Als het opnemen van informatie wordt beperkt door bijvoorbeeld gebrek aan digitale vaardigheden, het niet of beperkt beheersen van de Nederlandse taal en leesvaardigheid, een beperkt cognitief vermogen en/of zintuiglijke beperkingen, dan beïnvloedt dit de zorgvraag.

Bovenstaande werkwijze geldt ook tussen arts en zorgvrager, waar het gaat om keuzes ten aanzien van medische behandelopties. De hbo-verpleegkundige kan in dat proces een ondersteunende rol vervullen richting de zorgvrager en diens naasten.

#### **Toelichting bij onderdeel d:**

Preventie is een essentieel onderdeel van de zorg voor een gezonde bevolking en richt zich op het vergroten van de gezondheid, vitaliteit en het zelfmanagement van mensen. De hbo-verpleegkundige kan zich richten op verschillende vormen van preventie: collectieve preventie (gericht op de gehele bevolking en bedoeld om personen met een verhoogd risico actief op te sporen en tijdig naar de zorg te leiden), geïndiceerde preventie (gericht op het voorkomen van het ontstaan van ziekte of beperking bij een persoon met een verhoogd risico) en zorg gerelateerde preventie (gericht op het voorkomen van verergering van ziekte, het optreden van complicaties en het ontstaan van beperkingen). De hbo-verpleegkundige signaleert gezondheidsrisico's bij individuen en/of groepen en kan daarop passend vervolgacties (laten) ondernemen.

#### **Toelichting bij onderdeel e:**

De hbo-verpleegkundige vervult een sleutelrol in het initiëren en ontwikkelen, borgen en verspreiden van het kwaliteitsdenken in de zorg. Zij is in staat de condities te bewaken waaronder de zorg en ondersteuning wordt geboden. Dit gebeurt op basis van 'state of the art' expertise voor het werkterrein en/of doelgroep waarop de hbo-verpleegkundige zich richt. De hbo-verpleegkundige volgt de zorginhoudelijke en technologische ontwikkelingen in het eigen vakgebied (inclusief ICT en *e-health*), vertaalt deze ontwikkelingen waar nodig naar de praktijk en houdt hierbij rekening met de kosteneffectiviteit. Taken op het vlak van kwaliteitszorg zijn het ontwikkelen van *evidence based* (door onderzoek bewezen effectief) kwaliteitsstandaarden en het daaruit afleiden van protocollen en richtlijnen voor het verlenen van zorg en het initiëren en interpreteren van onderzoek gericht op het verhogen van kwaliteit. Vanuit dat onderzoek zet de verpleegkundige zich in voor *evidence based* werken en professionaliseren van de werkomgeving.

#### **Toelichting op het onderdeel f. verrichten van voorbehouden handelingen.**

In haar advies gaf de Stuurgroep in de toelichting bij het deskundigheidsgebied aan ruimte te zien voor de zelfstandige bevoegdheid van hbo-verpleegkundigen, naast de al bestaande functionele zelfstandigheid voor hbo-verpleegkundigen. Het rapport omschrijft dit als volgt:

##### ***Zelfstandige bevoegdheid***

De hbo-verpleegkundige kan een zelfstandige bevoegdheid krijgen ten aanzien van nader te bepalen voorbehouden handelingen. De hbo-verpleegkundige mag zelf de indicatie stellen en de handeling uitvoeren, dan wel opdracht geven aan een beroepsbeoefenaar zoals bedoeld in artikel 38 tot het uitvoeren van de betreffende voorbehouden handeling.

Via één of meerdere AMvB's wordt op een later moment geregeld voor welke voorbehouden handelingen bepaalde specifieke groepen hbo-verpleegkundigen (van een bepaalde expertisegebied) onder nog nader te bepalen voorwaarden een zelfstandige bevoegdheid krijgen.

##### ***Kanttekening bij het toekennen van zelfstandige bevoegdheid***

De Stuurgroep gaf in haar advies aan terughoudend te zijn ten aanzien van het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor handelingen die raken aan het medisch domein; daaronder wordt ook verstaan de bevoegdheid tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Voor deze handelingen is per expertisegebied grondig onderzoek en nadere afstemming met relevante (para)medische en verpleegkundige beroepsgroepen nodig alvorens hiervoor AMvB's kunnen worden opgesteld.

Ten aanzien van de voorbehouden handelingen die op het verpleegkundig domein liggen is de stuurgroep minder terughoudend.

### ***Functionele zelfstandigheid***

Voor een aantal voorbehouden handelingen heeft de hbo-verpleegkundige een functionele zelfstandigheid<sup>33</sup>. Concreet betekent dit dat tot de deskundigheid van de hbo-verpleegkundige wordt gerekend:

*Het zonder toezicht door en tussenkomst van de opdrachtgever, verrichten van de volgende voorbehouden handelingen:*

- d. het geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie;*
- e. het verrichten van een katheterisatie van de blaas bij volwassenen alsmede het aanbrengen van een maag-sonde of infuus;*
- f. het verrichten van een venapunctie en van een hielprik bij neonaten.*

---

<sup>33</sup> N.B. dit geldt ook al in de huidige Wet BIG, artikel 39.

• **Bijlage 2. Overzicht beroepsbeoefenaren en voorbehouden handelingen (huidige situatie)**

Beroep	Bevoegdheid	Kader
<p><b>Physician assistant (PA)</b></p> <p><i>Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid Physician Assistant d.d. 21-12-2011</i></p>	<p>Zelfstandig bevoegd tot:</p> <p>a) het verrichten van heelkundige handelingen;</p> <p>b) het verrichten van endoscopieën;</p> <p>c) het verrichten van catheterisaties;</p> <p>d) het geven van injecties;</p> <p>e) het verrichten van puncties;</p> <p>f) het verrichten van electieve cardioversie;</p> <p>g) het toepassen van defibrillatie;</p> <p>h) het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Getuigschrift inzake opleiding of vakbekwaamheid PA; opname in Kwaliteitsregister Nederlandse Associatie van PA's;</li> <li>• Handelingen vallen binnen deskundigheidsgebied van de PA: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid.</li> <li>○ deze handelingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de geneeskunst.</li> </ul> </li> <li>• Bevoegdheid geldt uitsluitend voor zover het betreft: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ handelingen die vallen binnen het deskundigheidsgebied;</li> <li>○ handelingen van een beperkte complexiteit;</li> <li>○ routinematige handelingen;</li> <li>○ handelingen waarvan de risico's te overzien zijn;</li> <li>○ handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.</li> </ul> </li> <li>• Bekwaamheidseis</li> </ul>
<p><b>Verpleegkundig specialist</b></p> <p><i>Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten d.d. 21-12-2011</i></p>	<p>Afhankelijk van het specialisme van de Verpleegkundig Specialist (VS) is deze zelfstandig bevoegd tot:</p> <p>a) heelkundige handelingen</p> <p>b) endoscopieën</p> <p>c) catheterisaties</p> <p>d) het geven van injecties</p> <p>e) het verrichten van puncties</p> <p>f) het verrichten van electieve cardioversie</p> <p>g) het toepassen van defibrillatie</p> <p>h) het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Getuigschrift inzake masteropleiding VS; opname in één van de vijf specialistenregisters, ingesteld op grond van artikel 14 Wet BIG;</li> <li>• Bevoegdheid geldt uitsluitend voor zover: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor zij een erkende specialistentitel mogen voeren (= deskundigheidsgebied, beschreven per specialisme)</li> <li>○ handelingen van een beperkte complexiteit;</li> <li>○ routinematige handelingen;</li> <li>○ handelingen waarvan de risico's te overzien zijn;</li> <li>○ handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.</li> </ul> </li> <li>• Beperkingen t.a.v. de genoemde voorbehouden handelingen hangen samen met de specialistentitels: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ acute zorg bij somatische aandoeningen: a t/m h</li> <li>○ intensieve zorg bij somatische aandoeningen: a t/m h</li> <li>○ chronische zorg bij somatische aandoeningen: a t/m e, h</li> <li>○ preventieve zorg bij somatische aandoeningen: d, h</li> <li>○ geestelijke gezondheidszorg: d, e, g, h</li> </ul> </li> <li>• Bekwaamheidseis</li> </ul>

<p><b>Verpleegkundige</b></p> <p><i>Besluit functionele zelfstandigheid d.d. 29-10-1997</i></p>	<p>Functioneel zelfstandig voor de volgende handelingen:</p> <p>a) Geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie</p> <p>b) Verrichten van een catheterisatie van de blaas bij volwassenen, alsmede het inbrengen van een maagsonde of een infuus</p> <p>c) Verrichten van een venapunctie en van een hielprik bij neonaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handelingen vallen binnen deskundigheidsgebied van de verpleegkundige</li> <li>• Bekwaamheidseis</li> </ul>
<p><b>Gespecialiseerd verpleegkundige</b></p> <p><i>Besluit functionele zelfstandigheid d.d. 29-10-1997</i></p> <p><i>Regeling voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen d.d. 01-01-2013</i></p>	<p>Functioneel zelfstandig voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zie onder verpleegkundige</li> </ul> <p>Daarnaast zelfstandig bevoegd voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het voorschrijven van UR-geneesmiddelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handelingen vallen binnen deskundigheidsgebied van de verpleegkundige</li> <li>• Bekwaamheidseis</li> <li>• Gespecialiseerde verpleegkundigen behorende tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie, te weten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diabetesverpleegkundige</li> <li>○ Longverpleegkundige</li> <li>○ Oncologieverpleegkundige</li> </ul> </li> <li>• Verpleegkundige is in bezit van getuigschrift inzake aanvullende opleiding plus getuigschrift inzake module pharmacotherapie; verpleegkundige dient te zijn opgenomen in het daarvoor ingestelde register</li> <li>• Beperkingen aan deze voorschrijfbevoegdheid: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnose dient te worden gesteld door een daartoe bevoegde beroepsbeoefenaar;</li> <li>○ Medische protocollen en standaarden ter zake van het voorschrijven van UR-geneesmiddelen dienen te worden gevolgd;</li> <li>○ Reikwijdte gekoppeld aan het deskundigheidsgebied;</li> <li>○ Van de bevoegdheid tot voorschrijven dient een aantekening in het register te worden gemaakt (→ apotheker kan bevoegdheid toetsen)</li> </ul> </li> <li>• Bekwaamheidseis</li> </ul>
<p><b>Ambulanceverpleegkundige</b></p> <p><i>Besluit functionele zelfstandigheid d.d. 29-10-1997</i></p> <p><i>Besluit functionele zelfstandigheid d.d. 29-10-1997</i></p>	<p>Functioneel zelfstandig voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zie onder verpleegkundige</li> </ul> <p>Tevens functioneel zelfstandig voor de volgende handelingen:</p> <p>a) Toepassen van electieve cardioversie</p> <p>b) Toepassen van defibrillatie</p> <p>c) In- of extuberen van luchtpijp met een orale of nasale tube</p> <p>d) Verrichten van drainagepunctie bij spanningspneumothorax</p> <p>e) Verrichten van een coniotomie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handelingen vallen binnen deskundigheidsgebied van de verpleegkundige</li> <li>• Bekwaamheidseis</li> <li>• Bezit van getuigschrift ambulanceverpleegkundige afgegeven door de Stichting Opleidingen Scholing Ambulanceverpleegkundigen</li> <li>• Bekwaamheidseis</li> </ul>

• **Bijlage 3. Format voorwaarden UR-medicatie voorschrijven voor verpleegkundigen**

	<b>Diabetes mellitus</b>	<b>COPD en astma</b>
<i>Om welke patiëntengroepen gaat het. Beschrijf dit aan de hand van de door de arts gestelde medische diagnoses</i>	Patienten, door een arts gediagnostiseerd met diabetes mellitus	Patienten, door een arts gediagnostiseerd met chronische longziekten COPD en astma
<i>Om welke groep(en) medicatie gaat het</i>	bloedglucoseregulerende middelen	Inhalatiemedicatie (sympathicomimetica, parasymphaticolytica, corticosteroiden)
<i>Welke standaarden, richtlijnen en protocollen zijn er hieromtrent beschikbaar</i>	<a href="http://www.eadv.nl/page/Kennisbank">http://www.eadv.nl/page/Kennisbank</a>  (zie ook toelichting bij de regeling)	NHG-standaarden, richtlijn COPD-ketenzorg e.a.  (zie ook toelichting bij de regeling)
<i>Welk getuigschrift op Post HBO-niveau moet de voorschrijvend verpleegkundige behaald hebben? (Voorwaarden; ten minste 12 maanden duurt; de opleiding ten minste 34 contactdagen kent en een studielast heeft van ten minste 24 studiepunten waarvan de module farmacotherapie onderdeel uitmaakt bestaande uit ten minste 3 contactdagen en 2,5 studiepunten)</i>	Bevoegdheid obv: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bezit van getuigschrift van door minister aangewezen post-HBO opleiding op gebied van DM (nu: Rotterdam en Utrecht)</li> </ul> Eisen aan opleiding: <ul style="list-style-type: none"> <li>• instroom: verpleegkundige</li> <li>• duur: tenminste 12 maanden</li> <li>• contactdagen: tenminste 30</li> <li>• studielast: tenminste 24 punten, waarvan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ module farmacotherapie: 3 contactdagen, 2,5 studiepunten (= 70 uur), aan een NVAO-geaccrediteerde hogeschool</li> </ul> </li> </ul>	Bevoegdheid obv: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bezit van getuigschrift van door minister aangewezen post-HBO opleiding op gebied van astma en COPD (nu: Rotterdam en Utrecht)</li> </ul> Eisen aan opleiding: <ul style="list-style-type: none"> <li>• instroom: verpleegkundige</li> <li>• duur: tenminste 12 maanden</li> <li>• contactdagen: tenminste 30</li> <li>• studielast: tenminste 24 punten, waarvan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ module farmacotherapie: 3 contactdagen, 2,5 studiepunten (= 70 uur), aan een NVAO-geaccrediteerde hogeschool</li> </ul> </li> </ul>
<i>Hoeveel uren moet de verpleegkundige minimaal werkzaam zijn in de als gespecialiseerd verpleegkundige om op de opleiding toegelaten te worden en deze opleiding te kunnen volgen? Overige eisen aan werkplek?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tenminste 18 uur per week werkzaam als verpleegkundige op het gebied van diabetes mellitus</li> <li>• relevant geschoolde mentor op werkplek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tenminste 18 uur werkzaam als verpleegkundige op het gebied van astma en COPD</li> <li>• relevant geschoolde mentor op werkplek</li> </ul>

Studiepunten (artikel 7.4 Wet op het hoger onderwijs): maat voor studielast. 1 studiejaar = 60 studiepunten = 1680 uur. 1 studiepunten = 1680/60 = 28 uur.

	<b>Oncologie (N.B. nog niet in werking getreden)</b>	<b>Grootst gemene deler</b>
<i>Om welke patiëntengroepen gaat het. Beschrijf dit aan de hand van de door de arts gestelde medische diagnoses</i>	Patienten, door een arts gediagnostiseerd met kanker	Specifieke patientenpopulatie, als zodanig gediagnostiseerd door een arts
<i>Om welke groep(en) medicatie gaat het</i>	Antidiarrhoica, anti-emetica, benzodiazepinen, laxantia, middelen voor pijnbestrijding en secretieremmers NB: geneesmiddelen beperken zich tot klachten als gevolg van de (behandeling van) de ziekte kanker	Nader af te bakenen: medicatie gericht op het bestrijden van bepaalde klachten en symptomen bij de betreffende patientengroep
<i>Welke standaarden, richtlijnen en protocollen zijn er hieromtrent beschikbaar</i>	<a href="http://www.oncoline.nl">www.oncoline.nl</a>  (zie ook toelichting bij de regeling)	Verwijzing naar landelijke richtlijnen van NHG en/of de wetenschappelijke vereniging(en) van medisch specialisten die zich met deze patientengroep bezighoudt of –houden
<i>Welk getuigschrift op Post HBO-niveau moet de voorschrijvend verpleegkundige behaald hebben? (Voorwaarden; ten minste 12 maanden duurt; de opleiding ten minste 34 contactdagen kent en een studielast heeft van ten minste 24 studiepunten waarvan de module farmacotherapie onderdeel uitmaakt bestaande uit ten minste 3 contactdagen en 2,5 studiepunten)</i>	Bevoegdheid obv: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bezit van getuigschrift van door minister aangewezen vervolgoopleiding op gebied van oncologie</li> <li>• voor 2002: getuigschrift van een in 2002 LRVV erkende opl</li> <li>• 2002-2006: getuigschrift LRVV erkende opleiding</li> <li>• vanaf 2006: getuigschrift CZO erkende opleiding</li> </ul> Eisen aan opleiding <ul style="list-style-type: none"> <li>• instroom: verpleegkundige</li> <li>• duur: tenminste 12 maanden</li> <li>• studielast: tenminste 1200 uur praktijk (42,9 pt) en 130 uur theorie (4,6 pt), waarvan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ module farmacotherapie: 18 theorie-uren en 70 studie-uren (2,5 pt), aan een NVAO-geaccrediteerde hogeschool of onder toezicht CZO staande opleiding</li> </ul> </li> </ul>	Bevoegdheid obv: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bezit van getuigschrift van door minister aangewezen post-HBO opleiding op het specifieke gebied van de zorg</li> </ul> Eisen aan opleiding: <ul style="list-style-type: none"> <li>• instroom: HBO-verpleegkundige</li> <li>• duur: tenminste 12 maanden</li> <li>• contactdagen: tenminste 30</li> <li>• studielast: tenminste 24 punten, waarvan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ module farmacotherapie: 3 contactdagen, 2,5 studiepunten, aan een NVAO-geaccrediteerde hogeschool</li> </ul> </li> </ul>
<i>Hoeveel uren moet de verpleegkundige minimaal werkzaam zijn in de als gespecialiseerd verpleegkundige om op de opleiding toegelaten te worden en deze opleiding te kunnen volgen? Overige eisen aan werkplek?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tenminste 24 uur werkzaam als verpleegkundige op het gebied van oncologie;</li> <li>• relevant geschoolde mentor op werkplek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tenminste 24 uur werkzaam als verpleegkundige op het specifieke gebied van de zorg;</li> <li>• relevant geschoolde mentor op werkplek</li> </ul>

Studiepunten (artikel 7.4 Wet op het hoger onderwijs): maat voor studielast. 1 studiejaar = 60 studiepunten = 1680 uur. 1 studiepunten = 1680/60 = 28 uur.

<b>Ter vergelijking:</b>	<b>Verpleegkundig Specialist</b>
<i>Om welke patiëntengroepen gaat het. Beschrijf dit aan de hand van de door de arts gestelde medische diagnoses</i>	5 specialismen onderscheiden
<i>Om welke groep(en) medicatie gaat het</i>	Afhankelijk van specialisme
<i>Welke standaarden, richtlijnen en protocollen zijn er hieromtrent beschikbaar</i>	Afhankelijk van specialisme
<i>Welk getuigschrift op Post HBO-niveau moet de voorschrijvend verpleegkundige behaald hebben?</i>	Bevoegdheid obv: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bezit van getuigschrift van door minister aangewezen opleiding Master of Advanced Nursing Practice (MANP)</li> </ul> Eisen aan opleiding <ul style="list-style-type: none"> <li>• instroom: HBO-verpleegkundige met minstens 2 jaar werkervaring in de zorg en geldige BIG-registratie</li> <li>• duur: 24 maanden</li> <li>• studielast: 40 punten theorie en 80 punten praktijk (zie onder, 32 uur werkzaam); totaal 120 punten (= 3360 uur)</li> </ul>
<i>Hoeveel uren moet de verpleegkundige minimaal werkzaam zijn in de als gespecialiseerd verpleegkundige om op de opleiding toegelaten te worden en deze opleiding te kunnen volgen? Overige eisen aan werkplek?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tenminste 32 uur werkzaam als verpleegkundige op het betreffende specialistische zorggebied;</li> <li>• relevant geschoolde leermeester (VS, medisch specialist of arts) op werkplek</li> </ul>

<b>Competenties voor voorschrijven UR-geneesmiddelen</b>
<p><b>Voorbeeld: Diabetesverpleegkundige</b></p> <p>De diabetesverpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• is in staat te beslissen of in het kader van de behandeling van de patiënt bloedglucoseverlagende geneesmiddelen voorgeschreven moeten worden. Zij weet het geneesmiddel te kiezen, inclusief de toedieningsvorm, dosering, dosisintervallen en therapieduur.</li> <li>• is in staat bloedglucoseverlagende geneesmiddelen voor te schrijven binnen het eigen deskundigheidsgebied en met inachtneming van richtlijnen en protocollen.</li> <li>• kan recepten schrijven conform de wettelijke voorschriften.</li> <li>• kan de effecten van de voorgeschreven geneesmiddelen beoordelen.</li> <li>• bespreekt de reactie van de zorgvrager op het geneesmiddel en de therapietrouw en doet voorstellen om het beleid aan te passen om het gewenste effect te bereiken.</li> <li>• benut de kennis van bloedglucoseverlagende medicatie om zo tot een goede glucoseregulatie te komen, bepaalt zelfstandig en protocollair de startdosering en het juiste insulinerégime bij het overzetten op insuliner therapie en zorgt voor adequaat vervolgen van de dagcurves.</li> <li>• overlegt met de behandelaar, indien de aanpassing van de medicatie buiten het protocol valt.</li> </ul>



- **Bijlage 4. Voorbehouden handelingen inventarisatie wenselijkheid van zelfstandige bevoegdheid**

### 1. Heelkundige handelingen

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid tot het verrichten van heelkundige handelingen
Huidige praktijk	Onderzoeken of in huidige praktijk sprake is van heelkundige handelingen, bv bij verwijderen van necrotisch weefsel.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Onderzoeken of Richtlijn acute wondzorg en Kwaliteitsstandaard acute wondzorg (en de daarin beschreven taakdifferentiatie en verantwoordelijkheidsverdeling) aanleiding zijn om op dit vlak zelfstandige bevoegdheid aan hbo-verpleegkundigen te verlenen Optioneel: alleen met specifieke opleiding wondzorg, nader te specificeren eisen
Risico-afweging	risico's lijken beperkt, multidisciplinaire aanpak op basis van protocollen en richtlijnen met een goed vastgelegde verantwoordelijkheidsverdeling

### 2. Verloskundige handelingen

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid tot het verrichten van verloskundige handelingen
Huidige praktijk	Verpleegkundigen (obstetrie-) verrichten alleen in opdracht verloskundige handelingen in een situatie waarin toezicht en tussenkomst mogelijk is en voor zover zij daartoe bekwaam zijn.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Inventarisatie leverde geen informatie dat het verkrijgen van zelfstandige bevoegdheid voor deze voorbehouden handelingen gewenst is.
Risico-afweging	niet van toepassing

### 3. Verrichten van endoscopieën

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid tot het verrichten van endoscopieën
Huidige praktijk	In de huidige praktijk verrichten verpleegkundig endoscopisten en endoscopie-assistenten alleen in opdracht endoscopische handelingen in een situatie waarin toezicht en tussenkomst mogelijk is en voor zover zij daartoe bekwaam zijn.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	In de praktijk verricht de verpleegkundig endoscopist de endoscopische handelingen altijd in opdracht van een (MDL-) arts. Inventarisatie leverde geen informatie dat het verkrijgen van zelfstandige bevoegdheid voor deze voorbehouden handelingen gewenst is.
Risico-afweging	niet van toepassing
Overige opmerkingen	Naast endoscopie-verpleegkundigen worden deze handelingen ook verricht door endoscopie-assistenten (= doktersassistente met vervolopleiding). Dit betreft geen BIG-geregistreeerde functie.

### 4. Verrichten van katheterisaties

Huidige regime	Verpleegkundige heeft op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid (1997) een functionele zelfstandigheid voor het verrichten van katheterisaties: het betreft het verrichten van catheterisaties van de blaas bij volwassenen, en tevens het inbrengen van een maagsonde of een infuus.
Huidige praktijk	In de huidige praktijk verrichten verpleegkundigen <b>katheterisaties van de blaas</b> op basis van de in de instelling/zorgsituatie gebruikelijke protocollen en richtlijnen. Het opdrachtgeverschap wordt geborgd via deze behandelprotocollen of (zoals in de thuiszorg) via een schriftelijke opdracht (uitvoeringsverzoek) van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of andere voor deze handeling zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar. De verpleegkundige maakt in de situatie zelf een eigen afweging of katheterisatie wenselijk is, in sommige gevallen onderbouwd met objectieve diagnostische argumenten (bv. gebruik 'bladderscan' voor bepalen retentie).

	<p>Bij het inbrengen van een <b>maagsonde</b> kan het feitelijke opdrachtgeverschap diffuus zijn. Het (gaan) toedienen van sondevoeding vindt veelal plaats in overleg met en in opdracht van een diëtiste, in die afweging speelt de arts veelal geen directe rol.</p> <p>Bij het <b>inbrengen van een infuus</b> is eigenlijk altijd sprake van overleg met en opdracht van een arts. Wel kan het zijn dat in voorkomende gevallen (bv. ambulancezorg, IC-verpleegkundigen) het infuus aanbrengen vooruitlopend op een situatie, op basis van de eigen inschatting dat de situatie van de patient met zich meebrengt dat intraveneuze toediening van medicatie etc. onvermijdelijk is.</p> <p><b>Bronciaal toilet</b> Het bronchiaal toilet ('uitzuigen van de luchtwegen') is eveneens een voorbehouden handeling vallend onder de katheterisatie. In de huidige praktijk wordt deze handeling door verpleegkundigen op basis van functionele zelfstandigheid verricht in opdracht van een arts of andere bevoegde beroepsbeoefenaar.</p>
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	<p><b>Katheterisatie van de blaas</b> Inventarisatie bij diverse partijen in het veld leverde op dat, hoewel een algemene verruiming van de bevoegdheid op het gebied van katheterisaties niet wenselijk werd geacht, een zelfstandige bevoegdheid voor katheterisatie van de blaas (nu ook al vallend onder de functionele zelfstandigheid van de verpleegkundige) wel zou kunnen worden overwogen. Aanwezigen onderkenden dat afhankelijk van de setting (ziekenhuis/thuiszorg) het opdrachtgeverschap lastig te organiseren en soms zelfs ontoereikend kan zijn, dan wel wordt ondervangen door een schriftelijke constructie die mogelijk niet ten volle recht doet aan het opdrachtgeverschap zoals bedoeld in de Wet BIG. Algemeen was de opinie dat in niet-complexe situaties en volgens goedgekeurde protocollen en richtlijnen te overwegen valt om voor het katheteriseren van de blaas een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen.</p> <p><b>Inbrengen van een maagsonde</b> Setting ziekenhuis: formeel opdrachtgeverschap ligt bij arts, feitelijke uitvoering veelal in opdracht van voedingsdeskundige. In deze setting is opdrachtgeverschap in ziekenhuissetting wel goed geborgd. Setting thuiszorg: situatie minder duidelijk, verder onderzoek en inventarisatie nodig.</p> <p><b>Inbrengen van infuus</b> Wenselijkheid van zelfstandige bevoegdheid in ambulancezorg? Of blijven werken op basis van het huidige LPA8<sup>34</sup> (en binnenkort LPA10)? Nadere studie nodig.</p> <p><b>Bronchiaal toilet</b> conform maagsonde</p>
Risico-afweging	nader te bepalen.

## 5. Geven van injecties

Huidige regime	Verpleegkundige heeft op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid (1997) functionele zelfstandigheid voor het geven van subcutane, intramusculaire of intraveneuze injecties.
Huidige praktijk	In de huidige praktijk geven verpleegkundigen in allerlei settings en zorgsituaties alle genoemde vormen van injecties in opdracht van een daartoe bevoegde opdrachtgever (arts, VS, PA) op basis van voorschriften in protocollen en richtlijnen.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Experts: niet als losstaande zelfstandige bevoegdheid, betreft altijd een toediening van geneesmiddelen waarvoor sowieso een opdracht nodig is. In die opdracht zit ook direct de toedieningsvorm gekoppeld, zelfstandige bevoegdheid voor het geven van de injectie op zichzelf heeft geen betekenis Mogelijk is een zelfstandige bevoegdheid wel zinvol in combinatie met een verleende

<sup>34</sup> Landelijk protocollenboek Ambulancezorg versie 8, 2014

	voorschrijfbevoegdheid voor UR-geneesmiddelen?
Risico-afweging	nader te bepalen

## 6. Verrichten van puncties

Huidige regime	Verpleegkundige heeft op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid (1997) functionele zelfstandigheid voor het verrichten van venapuncties en van een hielprik bij neonaten.
Huidige praktijk	In de huidige praktijk verrichten verpleegkundigen venapuncties op basis van functionele zelfstandigheid, daarnaast verrichten ook laboranten en doktersassistenten venapuncties 'in opdracht' op grond van artikel 38 Wet BIG. In laboratoria wordt veelal gewerkt met een bekwaamheidsverklaring, op grond waarvan de opdrachtgever inzicht heeft in de bekwaamheid voor deze handeling. Handeling wordt verricht op basis van protocollen en richtlijnen, waarbij het opdrachtgeverschap in veel gevallen via een schriftelijke opdrachtverlening is 'verlegd' van de arts naar het management van het laboratorium.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Huidige praktijk biedt voldoende ruimte voor adequate en efficiënte uitvoering van deze voorbehouden handeling, geen behoefte tot uitbreiding van de bevoegdheid van hbo-verpleegkundigen.
Risico-afweging	niet van toepassing

## 7. Brengen onder narcose

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor het onder narcose brengen.
Huidige praktijk	Verpleegkundige verricht deze handelingen niet, gebeurt in praktijk alleen door anesthesioloog en anesthesie-medewerker.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Geen
Risico-afweging	niet van toepassing

## 8. Verrichten van handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor het verrichten van handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden
Huidige praktijk	Verpleegkundige verricht deze handelingen niet
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Niet wenselijk
Risico-afweging	niet van toepassing

## 9. Verrichten van electieve cardioversie

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor het verrichten van electieve cardioversie. Wel: ambulanceverpleegkundige functionele zelfstandigheid
Huidige praktijk	Ambulanceverpleegkundige verricht deze handeling op basis van protocollen en richtlijnen vastgelegd in het Landelijk Protocollenboek Ambulancezorg. Protocol vervult de rol van 'geformaliseerde' opdrachtverlening.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Voor hbo-verpleegkundige wordt zelfstandige bevoegdheid niet wenselijk geacht. Nader onderzoek nodig rond de vraag of dit voor ambulanceverpleegkundigen wel

	wenselijk en verantwoord zou zijn.
Risico-afweging	nader te bezien

### 10. Toepassen van defibrillatie

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor het toepassen van defibrillatie Wel: ambulanceverpleegkundige functionele zelfstandigheid
Huidige praktijk	Ambulanceverpleegkundige verricht deze handeling op basis van protocollen en richtlijnen vastgelegd in het Landelijk Protocollenboek Ambulancezorg. Protocol vervult de rol van 'geformaliseerde' opdrachtverlening.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Voor hbo-verpleegkundige wordt zelfstandige bevoegdheid niet wenselijk geacht. Nader onderzoek nodig rond de vraag of dit voor ambulanceverpleegkundigen wel wenselijk en verantwoord zou zijn.
Risico-afweging	nader te bezien

### 11. Toepassen van electroconvulsieve therapie

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor het toepassen van electroconvulsieve therapie
Huidige praktijk	Verpleegkundige verricht deze handelingen niet
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	niet wenselijk
Risico-afweging	niet van toepassing

### 12. Steenvergruizing voor medische doeleinden

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor steenvergruizing voor medische doeleinden
Huidige praktijk	Verpleegkundige verricht deze handelingen niet
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	niet wenselijk
Risico-afweging	niet van toepassing

### 13. Handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's
Huidige praktijk	Verpleegkundige verricht deze handelingen niet
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	niet wenselijk
Risico-afweging	niet van toepassing

### 14. Voorschrijven van UR-geneesmiddelen

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen generieke zelfstandige bevoegdheid voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Wel hebben groepen gespecialiseerde verpleegkundigen een geclausuleerde zelfstandige bevoegdheid voor het voorschrijven van specifieke UR-geneesmiddelen aan een specifieke patientengroep.
Huidige praktijk	Voorschrijfbevoegdheid voor UR-geneesmiddelen is onder voorwaarden verleend aan

	drie groepen gespecialiseerde verpleegkundigen, te weten COPD, diabetes en oncologie (zie bijlage 3). Op dit moment staan circa 800 verpleegkundigen in het BIG register als zodanig geregistreerd.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	<p>Voortzetten van de bestaande zelfstandige bevoegdheid voor genoemde groepen door opname van bepalingen uit artikel 36 lid 14 in de herziene Wet BIG (AMvB bij nieuwe artikel 35a).</p> <p>Onderzocht moet worden of het wenselijk is deze voorschrijfbevoegdheid eveneens te regelen voor een aantal andere categorieën van gespecialiseerde verpleegkundigen, te weten hart- en vaatverpleegkundigen, reumatologieverpleegkundigen, justitieel verpleegkundigen, verpleegkundig consulenten Hiv/Aids, reizigersverpleegkundigen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.</p> <p>De minister van VWS heeft in antwoord op kamervragen in 2013<sup>35</sup> al aangegeven te willen onderzoeken hoe ook voor andere groepen gespecialiseerde verpleegkundigen deze zelfstandige bevoegdheid kan worden verleend. Zij gaf daarbij destijds aan open te staan voor een gefaseerde uitbreiding naar andere groepen.</p>
Risico-afweging	nader te bepalen op basis van ervaringen met eerste groepen met zelfstandige bevoegdheid (diabetes-, long- en oncologieverpleegkundige)

### 15. Behandelen van lichaamsweefsel met behulp van licht, ultrasoon geluid of hoogfrequente stroom<sup>36</sup>

Huidige regime	Verpleegkundige heeft geen zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid voor Behandelen van lichaamsweefsel met behulp van licht, ultrasoon geluid of hoogfrequente stroom
Huidige praktijk	Nader onderzoek nodig naar de vraag of deze handelingen worden uitgevoerd door verpleegkundigen.
Wenselijkheid zelfstandige bevoegdheid?	Lijkt in eerste instantie geen handeling die binnen de zelfstandige bevoegdheid van een hbo-verpleegkundige zou passen.
Risico-afweging	niet van toepassing

<sup>35</sup> beantwoording kamervragen vso regeling houdende het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door bepaalde categorieën van verpleegkundigen, MEVA-U-3155768, 22 april 2013

<sup>36</sup> Nieuwe voorbehouden handeling, opgenomen in de herziening van de Wet BIG

- **Bijlage 5. Uitwerking zelfstandige bevoegdheid katheterisaties van de blaas**

Handeling 4: Verrichten van katheterisaties

### Huidige regime

Verpleegkundige heeft op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid (1997) een functionele zelfstandigheid voor het verrichten van katheterisaties, in het bijzonder:

- het verrichten van katheterisaties van de blaas bij volwassenen,
- het inbrengen van een maagsonde of
- het inbrengen van een infuus.

Hieronder wordt het eerstegenomende punt, katheterisatie van de blaas bij volwassenen nader beschouwd. Achtereenvolgens wordt beschreven wat de huidige uitvoeringspraktijk met betrekking tot deze handelingen is, op welke wijze daarin het opdrachtgeverschap voor de handeling is geregeld en in hoeverre het wenselijk en verantwoord zou zijn om deze handelingen te brengen binnen de zelfstandige bevoegdheid van de hbo-verpleegkundige.

### Katheterisaties van de blaas

In de huidige praktijk verrichten verpleegkundigen katheterisaties van de blaas op basis van de in de instelling/zorgsituatie gebruikelijke protocollen en richtlijnen. De verpleegkundige maakt op basis van de in deze protocollen opgenomen voorschriften op basis van klinisch redeneren een eigen afweging of katheterisatie in de betreffende situatie wenselijk is. In sommige gevallen vragen de protocollen om een onderbouwing met objectieve diagnostische argumenten (bv. gebruik van een 'bladderscan' voor het bepalen van de retentie).

### Opdrachtgeverschap

De wijze waarop het opdrachtgeverschap voor de handeling in het algemeen is geregeld hangt samen met de setting waarin de handeling wordt uitgevoerd.

In de ziekenhuissetting en ook in verpleeghuizen wordt met name gewerkt op basis van een behandelprotocol, waarin tevens het (schriftelijke) opdrachtgeverschap voor het uitvoeren van de handeling is opgenomen. De verpleegkundige beoordeelt zelf de noodzakelijkheid en voert de handeling vrijwel altijd uit zonder voorafgaand directe opdracht van of overleg met de arts. In aansluiting bij de voorschriften uit het protocol legt de verpleegkundige de handeling zelf vast in het dossier en wordt achteraf schriftelijk de toestemming bevestigd door de arts.

In de thuiszorg wordt gewerkt op basis van uitvoeringsverzoeken van de (huis)arts aan de zorgverlener (verpleegkundige). Deze uitvoeringsverzoeken zijn gekoppeld aan een mantelovereenkomst<sup>37</sup> tussen de arts(en) en de zorginstelling of thuiszorgorganisatie. De uitvoeringsverzoeken hebben in voorkomende gevallen een langere looptijd (soms tot een periode van twee jaar) en functioneren als schriftelijke opdracht voor het uitvoeren van een specifieke voorbehouden handeling door de bij de betreffende zorginstelling/thuiszorgorganisatie werkzame verpleegkundigen.

In andere settings zijn vergelijkbare voorbeelden van een 'opdrachtgeverschap op afstand' via schriftelijke vastlegging vooraf. In al deze gevallen ligt de beoordeling van de noodzaak tot het verrichten van de handeling bij de uitvoerend verpleegkundige en is de toegevoegde waarde van deze administratieve opdrachtverlening voor de kwaliteit van zorg en/of de veiligheid van de patiënt niet direct duidelijk.

*Afwegingen bij het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid voor katheteriseren*

<sup>37</sup> Bijvoorbeeld: Raamovereenkomst voorbehouden handelingen LHV, herzien model 2015

De afweging die daarbij voorligt spitst zich toe op de logistiek/organisatorische aspecten van de zorgverlening enerzijds en de risico's voor kwaliteit van zorg en veiligheid van de patiënt anderzijds.

De vraag of een zelfstandige bevoegdheid voor (specifieke vormen van) katheterisatie wenselijk is wordt vanuit verschillende zorgsettings (ziekenhuis, VVT, GGZ) verschillend beantwoord.

De wens is het minst uitgesproken in de ziekenhuissetting, waar de arts relatief 'dichtbij' is en de verpleegkundige op basis van het protocol en binnen de eigen functionele zelfstandigheid de handeling uitvoert.

In de thuiszorg kan het verkrijgen van een opdracht van een huisarts of een specialist uit het ziekenhuis (in geval van patiënten die met ontslag gaan vanuit de ziekenhuisopname) lastiger zijn. Dat veroorzaakt inefficiency in het zorgproces en kwalitatief mindere zorg voor de patiënt. De vraag is of daarin oplossingen gevonden kunnen worden zonder dat sprake is van een onaanvaardbaar verhoogd veiligheidsrisico (zie hieronder).

In de GGZ en in de verslavingszorg is sprake van het verrichten van voorbehouden handelingen (waaronder katheteriseren) bij de groeiende groep van (oudere) patiënten met zowel fysieke klachten als gedragsstoornissen. Ook in die situaties (patiënten met delier etc.) is snel kunnen handelen een pré en zou het zelf kunnen indiceren van deze handelingen de kwaliteit van zorg aan deze patiëntengroep kunnen verhogen.

#### *Risico's van een zelfstandige bevoegdheid voor katheterisatie*

Katheterisatie als handeling mag niet worden onderschat. Het is een handeling met een voor de patient vaak onaangename sensatie en kent een aanzienlijke morbiditeit en zelfs mortaliteit.

#### *Risico's in de uitvoering van het katheteriseren*

Blaaskatheteriseren veroorzaakt met name een verhoogd infectie-*risico* van de blaas en urinewegen. Bij lange termijn gebruik van een verblijfskatheter is tevens sprake van andere risico's zoals het optreden blaas- en nierstenen, bij zeer langdurig gebruik ook het optreden van blaasverkleining en een verhoogd risico op blaascarcinoom<sup>38</sup>.

#### *Risico's bij het indiceren van de handeling*

Voor het afwegen van het al dan niet toekennen van een zelfstandige bevoegdheid is met name het risico van het indiceren van de handeling aan de orde. Er is sprake van duidelijk omschreven indicaties voor katheteriseren, de belangrijkste betreffen verschillende vormen van acute of chronische blaasretentie. Ook wordt blaaskatheterisatie toegepast bij ernstige vormen van decubitus en ter preventie van incontinentie bij ernstig zieke/terminale patiënten.

Daarnaast bestaat een aantal concrete contra-indicaties voor het toepassen van katheterisatie van de blaas, zoals het bestaan van acute prostatitis of de verdenking van letsel aan de urethra.

Voor het bepalen van de risico's van indiceren is het van belang het begrip 'indiceren' als zodanig nader te beschouwen. In de praktijk varieert het begrip 'indiceren' van het vaststellen van welke (be)handeling het best past *bij een reeds gestelde* diagnose tot het vaststellen van welke (be)handeling het best past *na het zelfstandig stellen* van een diagnose<sup>39</sup>. Om te bepalen of zelfstandige bevoegdheid voor katheteriseren kan worden toegekend aan verpleegkundigen is het nodig om het begrip 'indiceren' verder uit te werken en te bepalen in welke mate de diagnose onderdeel is van de indicatiestelling.

<sup>38</sup> Katheterisatie – Urethrale en suprapubische verblijfskatheters bij volwassenen; V&VN en EAUN, 2012

<sup>39</sup> voorBIGhouden - eindrapportage evaluatieonderzoek artikel 36a, Maastricht UMC+, juli 2015

### *Risico's bij indiceren inclusief het stellen van de diagnose*

Voor de benadering waarin de diagnose wordt beschouwd als onderdeel van de indicatiestelling is het zinvol de diagnostiek nader te bekijken. In de diagnostiek bij het indiceren van een katheterisatie spelen de volgende factoren een rol:

- Stel vast wat de indicatie is voor een verblijfskatheter. Is er een duidelijke chronische aandoening aanwezig, die het gebruik van een katheter noodzakelijk maakt: denk aan neurologische aandoeningen of problemen met blaas, nieren en prostaat.
- Voer verdere diagnostiek bestaande uit het afnemen van een urologische anamnese. Deze bestaat onder andere uit het uitvragen van de mictie: wat is de frequentie van de mictie, hoe vaak gaat een patient in de nacht naar het toilet, of de patiënt 's nachts wel eens incontinent is (denk aan overloopincontinentie), wat de straalkracht is.
- Laat patiënt gedurende 2 dagen een mictiedagboek bijhouden.
- Bij mannen: neem de Internationale Prostaat Symptomen Score af (IPSS).
- Rectaal toucher om grootte prostaat vast te stellen.
- Nagaan of patiënt anticholinerge medicatie gebruikt: deze medicatie kan een acute blaasretentie veroorzaken.
- Zo nodig laboratoriumonderzoek: kreatinine.

Wanneer een oudere incontinent is of loze aandrang aangeeft kan eenmalig een blaasscan worden uitgevoerd.

In eerste aanleg lijkt deze diagnostiek de deskundigheid van de verpleegkundige te overstijgen en zou op grond daarvan niet moeten worden overwogen om een zelfstandige bevoegdheid voor katheterisatie van de blaas toe te kennen.

Mogelijk zou nader onderzoek duidelijk kunnen maken in hoeverre een verpleegkundige – eventueel met behulp van een vereenvoudigd instrument voor een eerste screening - in staat moet worden geacht om deze diagnostiek uit te voeren en of kan worden overwogen deze diagnostiek te beschouwen als onderdeel van de deskundigheid van de verpleegkundige.

### *Risico's bij indiceren in geval van een reeds gestelde diagnose ('bekende patiënt')*

In de situatie waarin al een diagnose is gesteld en sprake is van een "bekende patiënt", kan indiceren worden opgevat als het antwoord op de vraag of katheterisatie in de gegeven situatie de beste oplossing biedt voor een vraag/probleem van de patiënt. Daarin is het behandelprotocol leidend en zal de indicatiestelling door de verpleegkundige worden gedaan in lijn met dit protocol.

Indien deze invulling van het begrip 'indiceren' wordt gebruikt, dan ligt de zelfstandige bevoegdheid in het verlengde van de huidige praktijk van functionele zelfstandigheid, waarin de verpleegkundige op basis van een in het protocol opgenomen opdracht van de arts de ruimte heeft om de handeling uit te voeren. In lijn daarmee valt deze binnen de deskundigheid van de hbo-verpleegkundige en zou een zelfstandige bevoegdheid wel kunnen worden overwogen.

Daarbij zou nog gedacht kunnen worden aan afperking van die bevoegdheid zoals bijvoorbeeld ook bij het verlenen van de zelfstandige bevoegdheid aan de Verpleegkundig specialist is gedaan<sup>40</sup>, waar onder meer is bepaald dat het gaat om handelingen van een beperkte complexiteit, routinematig, met te overziene risico's en uitgevoerd volgens landelijke richtlijnen en daarvan afgeleide

<sup>40</sup> Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, artikel 3 lid 1 – Staatsblad december 2011, 659



- **Bijlage 6. Toelichting op gehanteerde begrippen**

*Verpleegkundig specialist<sup>41</sup>*

Een verpleegkundig Specialist (VS) zijn oorspronkelijk HBO-opgeleide BIG-geregistreerde verpleegkundigen (Bachelor of Nursing) die tevens een twee of driejarige masterstudie (M ANP: Master Advanced Nursing Practice) hebben voltooid.

Er zijn vijf verschillende specialismen: VS Preventieve Zorg bij somatische Aandoeningen, VS Acute Zorg bij Somatische Aandoeningen, VS Intensieve Zorg bij Somatische Aandoeningen, VS Chronische Zorg bij Somatische Aandoeningen en VS Geestelijke Gezondheidszorg.

In Nederland is de Verpleegkundig Specialist (VS) een relatief nieuwe beroepsgroep.

*Gespecialiseerd verpleegkundige*

Een gespecialiseerd verpleegkundige is een verpleegkundige met een vakgerichte vervolgopleiding, die noodzakelijk is voor de patientengroep die zij of hij verpleegt. In oncologie, dialyse, intensive care, spoedeisende hulp, kinderen, obstetrie, enzovoorts.

Een aantal gespecialiseerd verpleegkundigen mag ook medicatie voorschrijven voor hun patientengroep, in eerste instantie gaat het om de diabetesverpleegkundigen, longverpleegkundigen en oncologieverpleegkundigen.

De term gespecialiseerd verpleegkundige is geen wettelijke titel, maar wordt in de praktijk gebruikt.

*Kwaliteitsstandaarden*

Kwaliteitsstandaarden zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg beschrijven voor een bepaald gezondheid gerelateerd thema. Kwaliteitsstandaarden geven aanbevelingen over de inhoud van de zorg, over de organisatie van zorg en over de ondersteuning van de zelfregie van de patient. Door wetenschappelijke literatuur te combineren met kennis, ervaring en voorkeuren van zorgvragers geven kwaliteitsstandaarden een juiste beschrijving van voor- en nadelen van mogelijke zorgopties.

*Zorgstandaarden*

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het patientenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Een zorgstandaard is meer gericht op het beschrijven van de organisatie van zorg en afspraken over verantwoordelijkheden en taken. Een zorgstandaard is een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar en patient.

*Richtlijnen*

Een richtlijn geeft aanbevelingen over het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Een richtlijn wordt gemaakt door samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek, afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, en kennis en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers met elkaar te combineren. Een richtlijn kan een uitwerking zijn van een kwaliteitsstandaard en is gefocust op een inhoudelijke beschrijving van zorg.

*Protocollen*

Protocollen geven aan hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld dient te worden. De vrijheid van handelen is bij een protocol beperkt. Een protocol geeft stap voor stap aan hoe gehandeld moet worden. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden daarom meer in detail vastgelegd. Lokale protocollen worden vaak afgeleid van landelijke richtlijnen.

---

<sup>41</sup> [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)

- **Bijlage 7. Geconsulteerde organisaties**

<p>Bijeenkomst over Ambulancezorg</p> <p><i>12 april 2016</i></p>	
<b>Aanwezig:</b>	
Astrid van Poppel	Hoofd ambulancezorg
Esther de Boer	Hoofd ambulancezorg
Arjan Bruintjes	Verpleegkundig specialist i.o.
René Boomars	Physician Assistant, assistent medisch manager
Margot Wevers	Projectleider
Ezra van Zadelhoff	Projectmedewerker

<p>Expertbijeenkomst</p> <p><i>19 mei 2016</i></p>	
<b>Aanwezig:</b>	
Belinda van de Lagemaat	FMS
Ina Bolt	V&VN Ambulance Verpleegkundigen
Diederik van Meersbergen	KNMG
Birgit Bogers	Verpleegkundig specialist IC
Esmeralda de Zwart van Leeuwen	V&VN Verpleegkundig Specialisten
Carel van den Bergh	NU'91
Anne ten Brummelhuis	Nysingh Advocaten
Nellie Kolk	V&VN Gespecialiseerde verpleegkundigen
Emmy Harms	V&VN Oncologie
Petra Veninga	Avans Hogeschool
Carolien Sino	Hogeschool Utrecht
Joop Muller	Projectlid
Ezra van Zadelhoff	Projectlid
Paul Poortvliet	Projectleider
<b>Afwezig:</b>	
Elsbeth van Zeijlemaker	LHV
Wilma Damman	V&VN Dialyse & Nefrologie

## Bijeenkomst Verpleegkundige Adviesraden

17 juni 2016

### Aanwezig:

Jeltina Neijts	Elkerliek Ziekenhuis
Anita Scholten	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Ellen Vredenburg	Noordwest Ziekenhuisgroep
Karina Hustin	Jeroen Bosch Ziekenhuis
Hans Kok	Maasstad Ziekenhuis
Dennis van der Hust	Ziekenhuis Sint Jansdal
Tineke Holwerda	Ziekenhuis Gelderse Vallei
Eva van Essen	VieCuri Medisch Centrum
Petra van Erp	GGZ Oost Brabant
Jacklin Goudsblom	GGZ Noord Holland Noord
Ronald Touw	Parnassia Groep
Jenny Dolsma	Zuid Oost Zorg
Connie de Haas	ZuidZorg
Joop Muller	Projectlid
Paul Poortvliet	Projectleider

## Bijeenkomst Actiz met thuiszorg

21 september 2016

Annette van Drunen-Kooijman	Middin
Harry Robberts	Thuiszorg Rotterdam
Ieke Bron	Savant Zorg
Betty Ouwendijk	WZC IJsselheem
Els Jansen	Siza
Karin Poorter	Actiz
Margriet Snellen	Actiz
<b>Uitgenodigd maar verhinderd</b>	
Mariska de Bont	V&VN Wijkverpleegkundigen
Swaneilde Kooij	LHV
Elsbeth Zeijlemaker	LHV
Paulien den Boode	V&VN Praktijkverpleegkundigen

## Stakeholderbijeenkomst

28 september 2016

### Aanwezig:

Jenneke van Veen	Bestuurslid V&VN
Marieke Schuurmans	Chief Nursing Officer
Marjo van Tol	Voorzitter stuurgroep
Petrie Roodbol	Lid stuurgroep
Esmeralda de Zwart	Lid stuurgroep
Annemien Nas	Stuurgroep lid, Gelderse Vallei mbo-verpleegkundige
Christina Woudhuizen	V&VN
Belinda van de Lagemaat	Senior adviseur, Federatie van Medisch Specialisten
Margriet Snellen	Beleidsadviseur Opleidingen Actiz
Dewi Stalpers	Projectmedewerker NVZ
Jaap Scholten	GGZ-NL
Carolien Sino	Hogeschool Utrecht
Marco Borsboom	FNV
Anja Cremers	NU'91
Harold Nas	Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde
Petra Veninga	Avans Hogeschool
Tineke Holwerda	Lid projectteam
Joop Muller	Lid Projectteam
Paul Poortvliet	Projectleider

### Verhinderd:

Nellie Kolk	V&VN
Sonja Kersten	Directeur V&VN
Klaus Boonstra	Directeur College Zorg Opleidingen
Vivienne Schelfhout	Stuurgroep lid, Federatie van Medisch Specialisten
Johan van der Spek	Secretaris Brancheorganisaties Zorg
Betty van der Roest	Ambulancezorg Nederland
Marga Meere	CNV
Swaneilde Kooy	Landelijke Huisartsen Vereniging
Eline de Kok	Stuurgroep lid, V&VN hbo-verpleegkundige
Corine Zijderveld	NPCF
Hans Timmermans	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Joyce Deggens	NFU
Heleen Post	Stuurgroep lid NPCF

Bilaterale contacten

*Periode april t/m september 2016*

Nellie Kolk	V&VN (gespecialiseerde verpleegkundigen)
Carolien Sino	V&VN (onderwijscommissie)
Ina Bolt	V&VN Ambulance Verpleegkundigen
Renate Kieft	V&VN Nationale Kernset
Harold de Graaf	V&VN Kwaliteitsregister
Marieke Schuurmans	Chief Nursing Officer
Diederik van Meersbergen	KNMG
Belinda van de Lagemaat	FMS
Marga Meere	CNV
Marco Borsboom	FNV
Anja Cremers	NU'91
Betty van der Roest	Ambulancezorg Nederland
Johan van der Spek	BoZ
Harold Nas	LOOV
Margriet Snellen	Actiz
Jaap Scholten	GGZ-NL
Joyce Deggens	NFU
Niels Oerlemans	NVZ
Hans Timmermans	VGN
Klaus Boonstra	CZO
Anja Jonkers	IGZ
Hans Schoo	IGZ
Annemieke Horikx	KNMP
Swaneilde Kooij	LHV
Pauline van t Zelfde	Projectleider toekomstbestendige beroepen Verpleging & Verzorging
Heleen Post	NPCF
Bert Dercksen	Medisch Manager Ambulancezorg

## **Bijlage 4: een verdieping voorschrijfbevoegdheid**

Momenteel is er sprake van voorschrijfbevoegdheid voor verpleegkundigen die een opleiding hebben afgerond, in de diabeteszorg, op het gebied van astma/COPD of op het gebied van de oncologie. Tijdens die opleiding moet de module farmacotherapie zijn gevolgd. De verpleegkundige moet de bevoegdheid laten aantekenen in het BIG-register.

Er is al lange tijd sprake van groepen verpleegkundigen met andere gespecialiseerde vervolgoopleidingen die in aanmerking willen komen voor de voorschrijfbevoegdheid. In Januari 2016 heeft de stuurgroep "toekomst bestendige beroepen" op dit punt de minister geadviseerd in de toekomst geen MBO opgeleide verpleegkundigen meer deze bevoegdheid toe te kennen. De zelfstandige bevoegdheden alleen toe te kennen aan de HBO opgeleide verpleegkundigen.

In lijn met dit advies is o.l.v. Paul Poortvliet een eerste verkenning uitgevoerd naar generieke en specifieke voorwaarden. Deze verkenning heeft zich nu beperkt tot de beroepsgroep zelf, in lijn met de eerder genoemde route waar bevoegdheid gekoppeld is aan het beroepsprofiel en bekwaamheidseisen (en daarmee de feitelijke toegang tot uitvoering) vastgesteld en getoetst worden binnen de beroepsgroep.

In de rapportage is tevens een route voor vervolg opgenomen.

**Voorschrijfbevoegdheid UR-  
medicatie door  
regie-verpleegkundigen**

November 2016

*Ezra van Zadelhoff*

*Paul Poortvliet*

**Datum: 30 november 2016**

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding en aanleiding .....</b>	<b>80</b>
<b>2. Doel- en vraagstelling van deze verkenning .....</b>	<b>80</b>
<b>3. Aanpak .....</b>	<b>81</b>
<b>4. Resultaten .....</b>	<b>81</b>
4.1. Ervaringen van diabetes- en longverpleegkundigen met voorschrijven .....	81
4.2. Medicatie, doelgroep en zorgsetting.....	81
4.3. Argumenten voor een voorschrijfbevoegdheid .....	83
4.4. Generieke en specifieke voorwaarden .....	83
4.5. Draagvlak onder stakeholders .....	86
<b>5. Vervolgstappen .....</b>	<b>87</b>
<b>Bijlagen .....</b>	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
Bijlage 1. Overzicht geraadpleegde personen .....	88
Bijlage 2. Afstemming met stakeholders .....	89



## 5. Inleiding en aanleiding

In januari 2016 is het rapport ‘Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging’ aangeboden aan de Minister van VWS. Eén van de vervolgstappen was een verkenning en uitwerking van een zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen ten aanzien van voorbehouden handelingen. Een onderdeel hierbij was de bevoegdheid voor het voorschrijven van UR geneesmiddelen. Belangrijke uitgangspunten waren:

- De verkenning is toekomstgericht is en sluit tegelijkertijd nauw aan bij de huidige praktijk,
- Voor de uitkomsten van de verkenning is draagvlak bij relevante partijen,
- Het belang van de patiënt/cliënt, gedefinieerd in termen van kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en effectiviteit, staat voorop.

De verkenning vond plaats in de periode april t/m oktober 2016 en heeft geleid tot het rapport: “Zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen t.a.v. voorbehouden handelingen”. Waar in eerste instantie een breed draagvlak ontbrak voor het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid, bleek gaandeweg het traject (medio september) meer opening te ontstaan. In het rapport en het daarop volgende advies van de stuurgroep is daarom in tweede instantie toch gepleit om nader in te gaan op de voorwaarden voor een voorschrijfbevoegdheid.

Deze rapportage is het resultaat van een verdiepende verkenning op de voorwaarden voor een voorschrijfbevoegdheid (oktober, november). Het is een eerste stap in het bereiken van consensus binnen de beroepsgroep over de voorwaarden. In dit rapport zijn ook vervolgstappen benoemd om als beroepsgroep, samen met belanghebbende partijen, tot een nadere uitwerking te komen (een marsroute).

## 6. Doel- en vraagstelling van deze verkenning

*Doel* van deze aanvullende verkenning is om tot een eerste aanzet te komen van door de beroepsgroep gedragen generieke en specifieke voorwaarden voor het voorschrijven van medicatie.

### *Vraagstelling*

1. Wat zijn ervaringen van verpleegkundigen die al voorschrijven?
2. Voor welke medicatie, welke doelgroepen en welke zorgsetting ziet de beroepsgroep<sup>42</sup> het nut en de noodzaak van een uitbreiding van de voorschrijfbevoegdheid voor UR geneesmiddelen?
3. Wat zijn argumenten voor een voorschrijfbevoegdheid?
4. Wat zijn generieke en specifieke voorwaarden voor een voorschrijfbevoegdheid?
5. Wat is het draagvlak voor een voorschrijfbevoegdheid bij stakeholders?
6. Wat zijn vervolgstappen?

---

<sup>42</sup> Het betreft de huidige praktijk, dus mbo- en hbo-verpleegkundigen

## 7. Aanpak

Met vertegenwoordigers van verschillende groepen gespecialiseerde verpleegkundigen zijn interviews gehouden (zie bijlage 1). Dit zijn groepen verpleegkundigen die:

- ervaring hebben met het voorschrijven van medicatie.
- nu nog niet voorschrijven, maar in de eigen praktijk wel het nut en de noodzaak van een voorschrijfbevoegdheid zien. Zij zien met deze bevoegdheid mogelijkheden om de werkprocessen/praktijkvoering te verbeteren en daarmee de zorg voor patiënten te verbeteren.

De interviews zijn met toestemming opgenomen op band. Hiervan is een verslag gemaakt waarna member-check plaatsvond.

Tijdens een bijeenkomst (zie bijlage 1) zijn de resultaten bediscussieerd.

## 8. Resultaten

### 8.1. Ervaringen van diabetes- en longverpleegkundigen met voorschrijven

Ruim 800 diabetes, oncologie en longverpleegkundigen schrijven UR-geneesmiddelen voor. Het voorschrijven is nog niet systematisch geëvalueerd. De ervaringen in deze paragraaf zijn opgetekend door de beroepsorganisatie en door individuele long- en diabetesverpleegkundigen. Het geeft een eerste indruk.

Zowel de long- als diabetesverpleegkundigen geven aan dat de module farmacotherapie gedegen is en voldoende houvast bieden. Ook juridische aspecten komen goed aan de orde. De zorg is geprotocolleerd en protocollen worden jaarlijks geactualiseerd, samenwerkingsafspraken tussen artsen en verpleegkundigen zijn nauwkeurig vastgelegd. Arts en verpleegkundige werken al tijdens de opleiding nauw samen. Betrokkenheid en begeleiding van de arts tijdens de opleiding helpt in het opbouwen van vertrouwen en legt een basis voor de verdere samenwerking. Het onderlinge vertrouwen is een belangrijke factor in het goed en veilig voorschrijven van geneesmiddelen door de verpleegkundige. Ook van belang is de samenwerking en periodiek overleg met de apotheker en een goed ingericht ICT systeem. De voordelen van het voorschrijven van geneesmiddelen staan beschreven in paragraaf 4.3.

### 8.2. Medicatie, doelgroep en zorgsetting

Het nut en de noodzaak voor een uitbreiding van de voorschrijfbevoegdheid voor UR geneesmiddelen wordt binnen de verpleegkundige beroepsgroep gezien door verschillende groepen

gespecialiseerde verpleegkundigen. In de tabel op de volgende pagina staat om welke medicatie het gaat, voor welke doelgroepen en in welke setting. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de er tussen groepen verpleegkundigen verschil is in hoeverre de wenselijkheid van een voorschrijfbevoegdheid is getoetst bij bijvoorbeeld de eigen achterban, beroepsorganisaties (artsen en apothekers) en brancheorganisaties (zie paragraaf 4.5).

*Tabel: uitbreiding van voorschrijfbevoegdheid*

Soort medicatie	Groep patiënten	Setting
Antibiotica, Anticonceptie	o.a. mensen met seksueel overdraagbare ziektes	Ambulant
Anti stollingsmedicatie, fosfaatbinders	Nierpatiënten die dialyse ondergaan	Ziekenhuis en ambulant (dialyseafdeling)
Pijnmedicatie, opioïden, antineuropatische medicijnen.	Patiënten met pijnklachten	Ziekenhuis en ambulant
Ontstekingsremmende medicatie en nog nader te bepalen medicatie <sup>43</sup>	Reumapatiënten	Ziekenhuis, intramuraal ouderenzorg en ambulant
Vaccins en malariaprofylaxe in het kader van de reizigersgeneeskunde, medicatie ter preventie van hoogteziekte, Antibiotica (preventief en curatief volgens LCR richtlijnen)	Alle categorieën reizigers	Ambulant
Antipsychotica, benzodiazepines, antidepressiva, anxiolytica, middelen gerelateerd/zuchtremmers, stemmingsstabilisators, neuroleptica, slaapmedicatie. parasymphathicololytica en ADHD medicatie. Het gaat hierbij altijd om herhalingsrecepten bij chronisch psychiatrische patiënten.	Chronisch psychiatrische patiënten	Merendeel ambulant en soms klinisch.
Orale antidiabetica, insuline, sympathicomimetica, parasymphathicololytica, corticosteroiden, combintatiepreparaten, middelen tegen tabaksverslaving, anti-mycose middelen, anti eczeemmiddelen, zilvernitraat stift. <sup>44</sup>	Diabetespatiënten, hart- en vaatpatiënten, patiënten met hypercholesterolemie, patiënten met astma/COPD. Mensen met tabaksverslaving. Patiënten met mycosen. Patiënten met eczeem, patiënten met hypergranulatie,	Huisartsenpraktijk verpleeghuis, verstandelijk gehandicapten zorg en asielzoekerscentrum.
Methadon, benzodiazepines, antibiotica.	Gedetineerden met drugs en alcoholproblematiek, slaapproblemen, ontstekingen.	Justitiële inrichting
Hiv-remmers. PCP-profylaxe, HCV-medicatie, soa medicatie antiviraal en antibiotica, zo nodig medicatie binnen protocol ter verlichting bijwerkingen/symptomen.	HIV/Aids patiënten	Ambulant en ziekenhuis

<sup>43</sup> De reuma verpleegkundigen zijn nog bezig met het in kaart brengen van het type medicatie.

<sup>44</sup> Nut en noodzaak wordt hier aangegeven door praktijkverpleegkundigen.

### 8.3. Argumenten voor een voorschrijfbevoegdheid

De argumenten die verpleegkundigen voor een voorschrijfbevoegdheid noemen zijn<sup>45</sup>:

- Het voorschrijven van geneesmiddelen wordt door verpleegkundigen vooral nuttig gevonden als het nauw aansluit bij het eigen verpleegkundige zorgproces.
- Het leidt tot *tijdswinst* doordat er minder schakels zijn, waardoor de patiënt eerder de benodigde medicatie krijgt. Door een sneller effect van de medicatie op de patiënt, is sprake van een betere *kwaliteit van zorg*.
- Doordat verpleegkundigen in de regel intensieve zorg- en begeleiding aan de cliënt bieden, kennen zij deze cliënt en de omstandigheden vaak beter dan de arts. Verpleegkundigen kunnen daardoor beter inschatten of er een (aanpassing) van de medicatie nodig is.
- De verpleegkundige heeft doorgaans meer tijd voor- en meer contact met de patiënt. Dit zorgt voor een lage drempel voor de patiënt. Vaak ontstaat een (vertrouwens)band. In een gesprek is er daardoor mogelijkheid om te achterhalen wat patiënt wil en wat zijn motivatie is om zich al dan niet aan de gegeven voorschriften te houden. Inzichten in motivatie en hierover het gesprek aangaan, zal in de regel therapietrouw bevorderen. Ook is er meer aandacht voor preventie.
- Een verpleegkundige is vaak mobiel, sneller inzetbaar en het aanspreekpunt voor patiënten. Indien er geen arts aanwezig is kan zij tijdens een spreekuur of op locatie medicatie voorschrijven.
- Als verpleegkundigen zich richten op cliënten met laag complexe en op cliënten die al bekend zijn bij de arts, ontstaat voor artsen meer ruimte om zich richten op nieuwe patiënten en patiënten met complexe problematiek.
- Voorschrijven door verpleegkundigen werkt *kostenbesparend*. De dosering van de medicatie is preciezer.

Citaten uit de interviews:

*“Als voor elk pilletje, pompje eerst overleg dient plaats te vinden en na een eventueel overleg moeten wachten tot artsen tijd hebben dit digitaal in te voeren, lopen we in de acute pijnbestrijding achter de feiten aan”.*

*“Een arts heeft een paar minuten tijd per patiënt tijd. (...) De verpleegkundige hoort de klachten van een patiënt. De verpleegkundige ziet de patiënt dagelijks, volgt de patiënt beter: kent zijn inspanning, vermoeidheid en andere factoren die spelen. Als je zelfstandig de dosis kunt verhogen dan zijn de resultaten voor de patiënt beter omdat zij minder te maken hebben met grote schommelingen”.*

*“Als je de dosis zelfstandig direct 0,1 kunt verhogen dan betekent het invloed op een stabiel HB en daarmee kwaliteit”.*

### 8.4. Generieke en specifieke voorwaarden<sup>46</sup>

In het verlengde van het rapport ‘Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging’, is het uitgangspunt dat een voorschrijfbevoegdheid gekoppeld zal zijn aan een hbo-v opleiding (Bachelor of Science). Deze opleiding leidt in de toekomst tot de beroepstitel ‘Regieverpleegkundige’.

<sup>45</sup> Mede op basis van de ervaringen van verpleegkundigen die al voorschrijven

<sup>46</sup> Zie bijlage 2 voor een kort overzicht van de genoemde generieke en specifieke voorwaarden

Voor verpleegkundigen die nu al een voorschrijfbevoegdheid hebben (long- diabetes en oncologieverpleegkundigen) zal een overgangsregeling komen<sup>47</sup>.

Een regieverpleegkundige mag pas voorschrijven als zij voldoet aanvullende generieke en specifieke voorwaarden (zie onderstaand kaders). Generieke voorwaarden gelden voor alle regieverpleegkundigen die voorschrijven, specifieke voorwaarden gelden voor specifieke groepen medicatie voor specifieke patiëntengroepen.

In deze verdiepende verkenning is vanuit de beroepsgroep een eerste consensus bereikt over generieke en specifieke voorwaarden (zie onderstaande kader) die wettelijk verankerd zouden moeten worden (na uitwerking en bredere toetsing bij stakeholders, zie ook volgende paragraaf).

#### **Generieke voorwaarden**

- Hbo-opleiding (Bachelor of Science)
- Post initiële generieke scholing over farmacotherapie van een erkend opleidingsinstituut
- Dienstverband: minimaal 18 uur per week<sup>48</sup>
- Bekendheid met patiënt en patiëntenpopulatie (reactie op behandeling en medicatie, voorlichting, therapietrouw)
- Bekendheid met UR geneesmiddelen
- Bekendheid met alternatieve middelen
- Bekendheid met het juridische kader
- Bekendheid met richtlijnen, standaarden en protocollen. Hier naar handelen en eventueel beargumenteerd afwijken.
- Kennis, attitude en vaardigheden: reflectieve houding bij werkbegeleiding: casuïstiekbespreking, bewust zijn van context, voor en mogelijke nadelen, kwaliteit, veiligheid.
- Periodieke nascholing en toetsing.

#### **Specifieke voorwaarden**

- Kennis van de specifieke patiëntenpopulatie en hun ziekte en behandeling (verdiepingsslag)
- Kennis van specifieke UR-geneesmiddelen en bijwerkingen hiervan (type en merkgeneesmiddel, op basis waarvan medicatie voorschrijven, werkingsmechanismen, invloed andere medicatie op voorgeschreven middel, bijwerkingen, dosering, toedieningswijze, interacties, contra-indicaties, interacties, bijwerkingen, vorm en dosering)
- Bekendheid met specifieke richtlijnen en protocollen

<sup>47</sup> In totaal 65% van de verpleegkundigen heeft een mbo-achtergrond (CBS 2015) en twee derde van de verpleegkundigen in opleiding doen dit op mbo-niveau. Ook een belangrijk deel van de gespecialiseerde verpleegkundigen heeft een mbo-achtergrond. In een apart traject zal bekeken worden hoe de overgangsregeling er voor mbo-verpleegkundigen er uit gaat zien.

<sup>48</sup> Het gaat om directe patiëntenzorg (dus exclusief bijvoorbeeld project- of managementtaken). De norm van minimaal 18 uur is 'consensus based'. Voor de verpleegkundigen die al voorschrijven geldt 18 uur voor de longverpleegkundigen, 24 uur voor de oncologieverpleegkundigen en 18 uur voor de diabetes verpleegkundigen. Het is raadzaam om deze norm bij een evaluatie van de voorschrijfbevoegdheid te toetsen.

Daarnaast benoemt de beroepsgroep nog voorwaarden die vooral aan het veld overgelaten zouden moeten worden en niet zozeer in een wettelijke regeling gevat zouden moeten worden (zie kader op de volgende pagina). Ook deze voorwaarden moeten breder getoetst worden.

De geraadpleegde verpleegkundigen geven aan dat deze voorwaarden geen harde eisen moeten worden. Belangrijk is om voldoende ruimte te geven om de voorschrijfbevoegdheid in het veld 'op maat' te regelen (lokaal binnen en tussen zorgorganisaties). Daarbij is van belang dat het transparant en toetsbaar is geregeld.

#### **Voorwaarden die geen wettelijke verankering vragen maar consensus in het veld**

- Minimaal twee jaar werkervaring na initiële opleiding tot regieverpleegkundige, zodat de verpleegkundige kan groeien in haar vak alvorens voor te gaan schrijven.
- Inwerkprogramma na het volgen van een post initiële opleiding.
- Structureel periodiek overleg tussen arts, voorschrijvende verpleegkundige en apotheker.
- Beschikbaarheid van een mentor op het medisch vlak<sup>49</sup> en een mentor op het verpleegkundige vlak<sup>50</sup>. Deze mentoren begeleiden de praktijkopdrachten van de betrokken regie-verpleegkundige in opleiding en zijn beschikbaar is voor vragen en het bespreken van casuïstiek, intercollegiale toetsing en feedback.
- Vastlegging van samenwerkingsafspraken waarin de taakomschrijving en taakdelegatie tussen disciplines eenduidig en schriftelijk zijn vastgelegd. Deze zijn afgeleid van kwaliteitstandaarden, zorgstandaarden, richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen<sup>51</sup>.
- Beheer van de uitgifte van medicatie door de apotheek. De apotheek is bekend met de voorschrijfbevoegdheden van de verpleegkundigen en welke medicatie het betreft. De apotheek kan in het kwaliteitsregister(eventueel gekoppeld aan het BIG-register) zien wie de voorschrijfbevoegdheid bezit.

### 8.5. Draagvlak onder stakeholders

Zoals in de inleiding al benoemd zijn stakeholders (branche- en beroepsorganisaties) over het algemeen terughoudend in de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid aan hbo-verpleegkundigen<sup>52</sup>. Dit geldt ook voor de stuurgroep<sup>53</sup>. Toch is gaandeweg en aan het einde van het traject meer ruimte ontstaan voor een nadere verkenning.

Uit deze verkenning blijkt dat groepen verpleegkundigen die het nut en de noodzaak van een voorschrijfbevoegdheid voor UR geneesmiddelen in hun eigen praktijk zien, dit ook deels hebben getoetst bij stakeholders (waaronder de eigen achterban). De mate waarin dit is gebeurd, verschilt sterk per groep (zie bijlage 2). Het overzicht in de bijlage laat zien dat deze groepen vooralsnog aparte trajecten hebben gevolgd. Voor een deel zijn beroepsorganisaties van artsen betrokken. Brancheorganisaties zijn nauwelijks betrokken. Bij de vervolgstappen, zullen deze groepen verpleegkundigen gezamenlijk in V&VN verband optrekken vanuit een samenhangend stelsel van voorwaarden.

<sup>49</sup> De ervaring van verpleegkundigen die voorschrijven is dat een medisch mentor ook bevorderlijk werkt om in de praktijk draagvlak te verkrijgen onder medici. Nauwe betrokkenheid zorgt ook voor het opbouwen van vertrouwen.

<sup>50</sup> Een regie-verpleegkundige of een verpleegkundig specialist met een voorschrijfbevoegdheid.

<sup>51</sup> Bij vrijgevestigde regie-verpleegkundigen geldt dat sprake moet zijn van vastgelegde samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders/professionals.

<sup>52</sup> Zie rapport Zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen t.a.v. voorbehouden handelingen” oktober 2016.

<sup>53</sup> Advies stuurgroep op basis van rapport: “Zelfstandige bevoegdheid voor hbo-verpleegkundigen t.a.v. voorbehouden handelingen” Oktober 2016.

## 9. Vervolgstappen

Vanaf 2020 of uiterlijk 2024 is de beroepstitel regieverpleegkundige verankerd in de wet BIG. De tussenliggende periode tot dat moment kan de beroepsgroep gebruiken om een uitbreiding van de voorschrijfbevoegdheid voor te bereiden. Uit het traject over de zelfstandige bevoegdheid en uit deze verdieping over voorschrijfbevoegdheid blijkt dat het draagvlak nog niet evident is, maar dat er wel een opening ligt. Zoals uit het voorgaande blijkt is het vooral belangrijk om het draagvlak stap voor stap te vergroten. Dit is een cyclisch proces van het betrekken, uitwerken en elke keer voorleggen aan stakeholders (beroepsorganisaties van artsen en apothekers, brancheorganisaties en de eigen achterban). Daarnaast is het bij de vervolgstappen van belang om de samenhang met andere trajecten te bewaken, zoals de implementatie van mbo- en hbo-profielen in de praktijk. Verder kan deze periode benut worden om een nulmeting en een goede evaluatie voor te bereiden. Dit maakt het mogelijk om de voorschrijfbevoegdheid te evalueren en na te gaan wat het oplevert voor cliënten.

Het advies is om:

1. Vervolgstappen in de verkenning naar de mogelijkheden van een uitbreiding centraal te coördineren vanuit V&VN om zo de samenhang te bewaken.
2. Koppels te vormen van elke keer een centraal contactpersoon vanuit het bureau van V&VN en wisselend een contactpersoon per doelgroep (cliënten) en type medicatie vanuit de afdelingen van V&VN.
3. Het gesprek aan te gaan met stakeholders daarbij te beginnen met de medicatie, groepen patiënten en settings die het meest voor de hand liggen en waar in het verleden al stappen zijn gezet richting het voorschrijven van geneesmiddelen.



## Bijlage 1. Overzicht geraadpleegde personen

Voornaam	Tussenvoegsel	Achternaam	Organisatie
Annemieke		Horikx	KNMP
Karen	van	Reenen	NVZA
Suzan		Dingemanse	Dialyseverpleegkundigen
Rianne	van	Boekel	Pijnverpleegkundigen
Maria		Broeren	Justitieel verpleegkundigen
Ellen	van	Harten	Reizigersverpleegkundigen
Leonoor		Hermanides-Willenborg	Sociaal
Esther	van	Gorp	Reumaverpleegkundigen
Wilma		Brokking	HIV/aids verpleegkundigen
Simone		Beuman	Seksuele gezondheid verpleegkundigen
Gertrud	van	Gulpen	Praktijkverpleegkundigen

### Aanwezigen bijeenkomst 16-11-2016

Voornaam	Tussenvoegsel	Achternaam	Organisatie
Nellie		Kolk	V&VN
Rianne	van	Boekel	Pijnverpleegkundigen
Ellen	van	Harten	Reizigersverpleegkundigen
Leonoor		Hermanides-Willenborg	SPV-verpleegkundigen
Esther	van	Gorp	Reumaverpleegkundigen
Simone		Beuman	Seksuele gezondheid verpleegkundigen
Suzan		Koeman	Verpleegkundig consulent LCR
Miriam	van de	Watering	Verpleegkundig consulent LCR
Hilda	Van der	Heyde	Diabetes
Esmeralda	de	Zwart	Reizigersverpleegkundigen
Paul		Poortvliet	Projectleider
Ezra	van	Zadelhoff	Projectmedewerker

### Na afloop bijeenkomst telefonische afstemming

Gertrud	van	Gulpen	Praktijkverpleegkundigen
Suzan		Dingemanse	Dialyseverpleegkundigen (idem)

### Bijdrage vanuit long- en diabetesverpleegkundigen

Dominique		Duijker-Schavemaker	Diabetes Verpleegkundige
Liesbeth	van	Tiel	Longverpleegkundige

\* De vereniging van Hart- en Vaatverpleegkundigen is wel benaderd, maar konden niet tijdig een bijdrage leveren aan deze verkenning.

## Bijlage 2. Afstemming met stakeholders

<p><b>Afstemming met stakeholders</b></p> <p><u>Groep:</u> Reizigersverpleegkundigen</p> <p><u>Afstemming:</u> Ja.</p> <p><u>Partijen:</u> Apothekers, V&amp;VN, , artsen, landelijk coördinatiecentrum reizigersadvisering, Hogeschool Utrecht.</p> <p><u>Stand van zaken:</u> verpleegkundigen schrijven UR-medicatie of vaccinaties voor en geven voorlichting aan reizigers. Het betreft een kleine groep verpleegkundigen (500). Het is ontstaan doordat er steeds meer reizigers kwamen en de artsen hiervoor geen tijd hadden. Hierdoor heeft een verschuiving plaatsgevonden van de taken van artsen naar verpleegkundigen. Doordat alles is vervat in protocollen lijkt het alsof een verpleegkundige geneesmiddelen voorschrijft. Ware het niet dat een arts of verpleegkundige nakijkt wat is voorgeschreven. Er wordt dan gekeken naar wat er is voorgeschreven, voor wie het is, welke reis cliënt gaat maken (naar welk gebied) of er antibiotica nodig is en of de procedure en de inhoud (medicatie) volgens protocol is gegaan. Het landelijk coördinatiecentrum reizigersadvisering stelt alle protocollen op.</p>
<p><u>Groep:</u> Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen</p> <p><u>Afstemming:</u> Heeft nog niet plaatsgevonden. GGZ-NL heeft aangegeven dat zij het nut en de noodzaak van een voorschrijfbevoegdheid voor verpleegkundigen in de GGZ (nog) niet evident vindt. De verpleegkundig specialist heeft al een voorschrijfbevoegdheid en de GGZ kan hier mee uit de voeten.</p>
<p><u>Groep:</u> Praktijkverpleegkundigen</p> <p><u>Afstemming:</u> Ja.</p> <p><u>Partijen:</u> NHG</p> <p><u>Stand van zaken:</u> De groep heeft de voorschrijfbevoegdheid bij het NHG aangekaart. Via V&amp;VN is deze groep bij de werkgroep voorschrijfbevoegd betrokken geweest. Uit de praktijk blijkt dat huisartsen verdeeld zijn over de toekenning van een voorschrijfbevoegdheid.</p>
<p><u>Groep:</u> Verpleegkundigen bij GGD'en</p> <p><u>Afstemming:</u> Ja.</p> <p><u>Partijen:</u> VWS, Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) KNMP, RIVM/Centrum Infectieziektenbestrijding, V&amp;VN, Nederlandse Vereniging voor Seksuologie Soa Aids Nederland.</p> <p><u>Stand van zaken:</u> In januari 2009 vond het eerste gesprek plaats met VWS en is een aanvraag gedaan voor een wettelijke regeling voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen. Alle partijen zijn gehoord. Vooral de dermatologen maar ook de artsen hadden bezwaar tegen de voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen met name de antibiotica behandeling. Tegen het voorschrijven van anticonceptie is weinig bezwaar.</p> <p>Begin 2010 is een tweede vervolg overleg geweest waar de reacties en de bezwaren nogmaals zijn gehoord. Resultaat van dat overleg;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het voorschrijven van antibiotica ter behandeling van chlamydia door soa- en Sense verpleegkundigen evenals het voorschrijven van anticonceptie door deze groep krijgt – mits aan een</li> </ul>

aantal voorwaarden wordt voldaan - van alle aanwezige partijen steun.

- Aanwezigen adviseren VWS het voorschrijven van antibiotica ter behandeling van chlamydia door soa- en Sense verpleegkundigen evenals het voorschrijven van anticonceptie door deze groep op te nemen in een ministeriële regeling en de voorwaarden en eisen daarna in samenwerking met het veld uit te werken.

De volgende acties zijn afgesproken:

- VWS stuurt bovengenoemde brieven van Sense Noord-Nederland, de V&VN en de soa-artsen evenals de mail van de NHG aan de deelnemers van dit overleg evenals het NHG.
- VWS maakt het verslag van dit overleg en stuurt dit rond aan de aanwezigen evenals aan het NHG.
- VWS neemt contact op met de koepels van gynaecologen en van apothekers, omdat hiervan geen vertegenwoordigers aanwezig waren op dit overleg.
- VWS overlegt intern over het besprokene in dit overleg en koppelt dit terug aan de deelnemers van het overleg.
- Afhankelijk van het VWS-besluit gaat VWS al dan niet in samenwerking met het veld aan de slag met de ministeriële regeling en het uitwerken van de gerelateerde voorwaarden.

De Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) heeft later aangegeven haar standpunt over het voorschrijven van antibiotica toch niet te herzien. Het standpunt blijft “geen antibiotica laten voorschrijven door verpleegkundigen.” Voor wat betreft het voorschrijven van anticonceptie door verpleegkundigen heeft de NVDV na de vergadering aangegeven geen formeel standpunt in te nemen. De NVDV adviseert dit te overleggen met de gynaecologen en apothekers.

Groep: Pijnverpleegkundigen

Afstemming: Ja, maar betreft de verpleegkundig specialist.

Partijen: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, V&VN en VWS

Stand van zaken: Het betreft afspraken over taakherschikking en taakverschuiving naar de verpleegkundig specialist en de Physician Assistant. Hierover zijn document samengesteld over wat taken en bevoegdheden zijn op gebied van pijnbestrijding). Dit document wordt in het najaar door partijen ondertekend.

Groep: Justitieel verpleegkundigen

Afstemming: Ja

Partijen: artsen (lokaal in de praktijk, net met de beroepsorganisatie)

Stand van zaken: Reacties van artsen in de praktijk zijn verdeeld.

Groep: HIV/Aids Verpleegkundigen

Afstemming: Niet afgestemd met de landelijke beroepsorganisaties.

Partijen: artsen

Stand van zaken: Binnen de beroepsgroep is besproken wat in de praktijk (lokaal) het draagvlak is bij stakeholders. Dit verschilt. Elk HIV behandelcentrum heeft een eigen oplossing voor ondertekening, veiligheid en efficiëntie.

Groep: Dialyseverpleegkundigen

Afstemming: ja

Partijen: Nefrologen in het Zaanse Medisch Centrum

Stand van zaken: Voorschrijfbevoegdheid is met nefrologen besproken. Op basis van een experiment in het Zaanse Medisch Centrum .

Tijdens het Zaanse experiment met Anemie experts, waren nefrologen positief. Uit de evaluatie van het experiment bleek dat er een duidelijke vooruitgang is geboekt in de behandeling van haemodialysepatiënten. Dialyseverpleegkundigen opteren nu voor een voorschrijfbevoegdheid.

Groep: Reumaverpleegkundigen

Afstemming: Afstemming met stakeholders heeft niet plaatsgevonden.

Partijen : Reumatologen