

Reactie WCS-bestuur op wetsvoorstel B.I.G.

Binnenkort zal het wetsvoorstel B.I.G. weer aan de orde komen. Echter is er, onder meer door de hoorzittingen over het rapport van de Commissie Dekker, nogal wat vertraging opgetreden en er wordt rekening mee gehouden dat behandeling in januari '88 zal plaatsvinden.

Als W.C.S.-bestuur vinden wij het wenselijk over de tot nu toe geformuleerde voorstellen onze mening kenbaar te maken. Het tot stand komen van een goede wettelijke regeling voor de verpleegkundige beroepsgroep, is iets wat ons als verpleegkundige vereniging uiteraard zeer nauw aan gaat. Enerzijds is wettelijke regeling een gewichtige stap in het professionaliseringsproces van ons verpleegkundig beroep en zal daarom recht doen aan het eigene van de verpleegkundige zorgverlening. Anderzijds wordt een dergelijke wettelijke regeling het juridisch kader voor de aansprakelijkheid en bescherming van individuele verpleegkundige beroepsbeoefenaren en zal in overeenstemming moeten zijn met de feitelijke praktijk, iets wat momenteel geenszins het geval is.

A. Andriessen

Enkele punten uit het wetsvoorstel B.I.G.

Onder verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van de Minister van Justitie zal bij de Tweede Kamer het voorstel voor een wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (B.I.G.) worden ingediend. Tot de wetgeving die vervangen wordt behoort ook de van 1921 daterende wet tot bescherming van het diploma van Verpleegkundige. Sinds 1981 lag er ook nog een wetsontwerp op de verpleegkundigen bij de Tweede Kamer. Dat wetsontwerp bracht twee nieuwe dingen voor de beroepsgroep van de verpleegkundigen nl.: 1. De invoering van periodieke registratie. 2. Wettelijk geregelde tuchtrechtspraak. In verband met de indiening van de B.I.G. is dit wetsvoorstel op de verpleegkundigen ingetrokken.

Nieuwe elementen in de wet⁴

In het wetsvoorstel B.I.G. is een regeling van het beroep van verpleegkundige opgenomen, waarbij de registratie zoals eerder geregeld gehandhaafd blijft. De wet bevat ook voorzieningen voor het invoeren van een systeem van periodieke registratie. Daarnaast wordt tuchtrechtspraak geïntroduceerd voor verpleegkundigen, geschoeid op hedendaagse inzichten.

Tenslotte wordt een regeling voorgesteld voor het inschakelen bij het verrichten van zgn. voorbehouden handelingen van anderen dan degenen die in de wet daartoe bevoegd verklaard worden. (De zgn. verlengde armconstructie.) Aan het wetsontwerp is ± 9 jaar gewerkt, nadat over de materie de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening in 1973 een rapport had uitgebracht. In 1981 is een voorontwerp voor de B.I.G.-wet verschenen, naar aanleiding waarvan vele tientallen adviezen en commentaren uitgebracht zijn. Gebleken is dat op de hoofdpunten van het wetsontwerp voldoende steun bestaat, om het wetgevend werk voort te zetten. Het wetsvoorstel B.I.G. brengt op twee cardinale punten een verandering teweeg t.a.v. de huidige wetgeving nl.: 1. Het geldende verbod tot uitoefening van geneeskunst, door anderen dan degenen die daartoe zijn bevoegd verklaard wordt opgeheven, binnen een regeling. Men zou dit kunnen noemen het *wettelijk liberaliseren van beroepsuitoefening*. (Ook van belang voor psychotherapeuten, beoefenaren van alternatieve geneeskunst etc.)

2. Het wetsvoorstel brengt voor vrijwel alle aspecten van het wettelijk geregelde tucht-recht veranderingen teweeg.

Het gaat hierbij om zaken als de uitbreiding van de categorieën beroepsbeoefenaren die onder het tucht-recht vallen. Gekozen is voor één wettelijk kader waarin alles wat op het terrein van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg geregeld moet worden, zijn plaats krijgt (*zgn. codificatie van de bestaande beroepen wetgeving*).

De verlengde armtheorie

Het gaat hier om een theorie die ontwikkeld is buiten het terrein van het gezondheidsrecht en die geenszins bedoeld is voor het scheppen van een hiërarchie ten aanzien van de verschillende gezondheidszorgberoepen. De kern van de gedachte is dat het niet aan gaat om de medewerker van een bevoegde, die zich houdt aan zijn boekje, zelf strafrechtelijk aansprakelijk te stellen voor het feit, dat hij de handelingen onbevoegd verricht. Door middel van deze theorie wordt het handelen van de fysieke dader juridisch toegerekend aan degene binnen wiens gezagssfeer de handeling haar beslag heeft gekregen. (De bevoegde dader.)

*Hoofdpunten van de regeling in het wetsvoorstel B.I.G. zijn:*¹

1. Het beroepsmatig laten uitvoeren van voorbehouden handelingen door medewerkers (onbevoegden) mag alleen gebeuren als: A. De medewerker redelijkerwijs voldoende bekwaam is. B. De mogelijkheid tot toezicht door de opdrachtgever op de uitvoering, tot het zijnerzijds geven van aanwijzingen en tot zijn persoonlijke tussenkomst in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is, afdoende is verzekerd.
2. Handelt de bevoegde opdrachtgever in strijd met de hiervoor gestelde voorwaarden, dan is hij strafbaar.
3. Blijft de medewerker binnen de gestelde voorwaarden dan is hij niet strafbaar. Zijn handelen wordt dan immers op basis van de wet beschouwd als een handelen verricht door een daartoe bevoegde.

Vanuit de wetgever bestaat bezwaar tegen het regelen van meer bevoegdheden voor verpleegkundigen. Het zou o.a. betekenen dat niet alleen verpleegkundigen genoemd moeten worden onder de groep van diegenen die bevoegd zijn tot het verrichten van voorbehouden handelingen, maar ook assisterende beroepen. De consequentie zou de gekozen dereguleringsuitgangspunten van het wetsvoorstel niet goed verdragen.

Enkele punten uit het eerste interimrapport van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen ((VAR 51, 1982)²

De taak van de commissie was de minister van advies te dienen over de volgende vragen m.b.t. de bevoegdheid tot het verrichten van gedelegeerde medische handelingen voor verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen:

1. Welke bekwaamheid is voor de verschillende medische handelingen vereist?
2. Welke andere eisen moeten bij het verrichten van die categorieën handelingen worden gesteld?

De commissie is o.a. van mening dat het machtigen van verpleegkundigen tot het uitvoeren van medische handelingen moet worden beperkt. Ook wordt een vermindering van het aantal verrichtingen (geneeskundige handelingen) door verpleegkundigen bepleit. De commissie adviseert dat verpleegkundigen slechts medische handelingen mogen verrichten nadat een schriftelijk bewijs van bekwaamheid (door scholing) is verkregen. Deze verklaring wordt ondertekend door de examinerator en de ziekenhuisdirectie en geldt voor vijf jaar. De bekwaamheidsverklaring moet na beëindiging van het dienstverband met de instelling bij de

directie worden ingeleverd. De arts geeft schriftelijk opdracht tot uitvoeren van een medische handeling aan de verpleegkundige. De arts is verantwoordelijk voor de opdracht, de verpleegkundige voor de uitvoering ervan. Het tweede rapport werkt het eerste verder uit. Naast een uitgebreide juridische beschouwing wordt in het Tweede Rapport opnieuw een aantal handelingen uitgebracht en van een code voorzien.

Commentaar bestuur van de W.C.S. op het wetsvoorstel B.I.G. en beide interim-rapporten van de commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen (VAR 51, 1982)

Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige

In het handboek van Henderson en Nite, *Principles and practice of nursing*³, leest men in het eerste deel over de plaats van de verpleging in de gezondheidszorg, in verschillende landen. Samengevat komt dat neer op het volgende standpunt: "Verplegen is een beroep in de gezondheidszorg; alle beroepen in de gezondheidszorg zijn per definitie patentgericht en hebben daardoor automatisch elkaar overlappende taken."

De specifieke taak van de verpleegkundige is de verzorging, ondersteuning en begeleiding van de patiënt, die binnen het systeem van de gezondheidszorg deze hulp behoeft. Henderson heeft als de unieke en wezenlijke functie van de verpleegkundige gedefinieerd: "Het individu, ziek of gezond, bij te staan bij het verrichten van die activiteiten die bijdragen tot gezondheid of herstel (of te helpen vredig te sterven, wanneer geen herstel mogelijk is), die dit individu zonder hulp zou verrichten als hij de daartoe nodige kracht, wilskracht en kennis bezat. De verpleegkundige dient dit op zulk een wijze te doen, dat de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk wordt." Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige betreft dus het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging, verzorging en coördinatie van de zorg. Daarnaast het op verzoek van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg, verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Stand van zaken in de praktijk

De inhoud van het tweede interimrapport en de huidige praktijksituatie komen niet met elkaar overeen. De ontwikkelingen in de praktijk zijn o.a. een gevolg van toe-

genomen medisch-technische mogelijkheden.

Het is *niet* wenselijk dat verpleegkundigen, bij gebrek aan deugdelijke wetgeving deze ontwikkelingen niet volgen of er niet op inspelen. De voorgestelde regelingen en opvattingen in het rapport wijzen de verpleegkundigen niet alleen terug, maar brengen hen ook in een afhankelijkheidspositie.

De commissie komt samen met de Centrale Raad voor de Volksgezondheid tot de conclusie, dat het uitvoeren van handelingen die behoren tot het gebied van de geneeskundige beroepsuitoefening, in een versneld tempo in aantal en moeilijkheidsgraad toeneemt, met als gevolg het nalaten of nauwelijks toekomen aan de specifieke verpleegkundige taken. Deze conclusie wordt geïllustreerd door middel van een enquête. Deze enquête behelst echter alleen een inventarisatie van "geneeskundige" handelingen, uitgevoerd door verpleegkundigen in het algemeen, terwijl naar onze mening onderscheid gemaakt zou moeten worden tussen gespecialiseerde en niet gespecialiseerde verpleegkundigen m.b.t. het verrichten van bepaalde specifieke geneeskundige handelingen.

Door de ontwikkelingen op medisch-technisch gebied en de beschikbare apparatuur, waar verpleegkundigen mee om kunnen gaan, bestaat *juist* de mogelijkheid het accent te leggen op specifiek verpleegkundige taken. Te weten de *totale zorg rond de patiënt en de coördinatie ervan*. Mede door het inspelen op en volgen van ontwikkelingen op medisch-technisch gebied dragen verpleegkundigen bij tot het bevorderen van een optimale patiëntenzorg. De commissie stelt dat het uitvoeren van geneeskundige handelingen door verpleegkundigen geen regel moet worden maar uitzondering moet blijven.

Een irreëel standpunt, als men kijkt naar de huidige praktijk. Daarnaast ook nog gevaarlijk. Wanneer verpleegkundigen bij wijze van uitzondering, bepaalde handelingen moeten verrichten, zullen zij de vaardigheid, nodig voor het uitvoeren ervan missen, met alle risico's vandien. Een dergelijke regeling houdt het voeren van discussies op de werkvloer over deze materie in stand, iets wat de werksfeer en dus ook de kwaliteit van de patiëntenzorg niet ten goede zal komen.

In het rapport wordt gesteld, per ziekenhuis dient te worden beslist welke handelingen na opdracht van de arts door de verpleegkundige kunnen worden verricht en welke door de arts zelf. Dit zal de duidelijkheid niet bevorderen. Tevens wordt hiermee wederom tekort gedaan aan de

verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en zal nog langer gewacht moeten worden op een landelijke wettelijke regeling.

Samenvattend

De inhoud van het wetsvoorstel en beide rapporten baren ons als W.C.S.-bestuur grote zorgen. De aanbevelingen van de commissie houden geen gelijke tred met de huidige praktijk. De discussies binnen de verpleegkundige beroepsgroep over terug naar de basiszorg of het volgen van medisch-technische ontwikkelingen geïntegreerd in de zorg, zijn moeizaam en getuigen niet altijd van voldoende kennis van elkaars werkveld binnen de verpleegkundige zorgverlening.

Wij als W.C.S.-bestuur zijn voorstander van specialisatie binnen het verpleegkundige beroep, zonder een splitsing ervan. Dit alles binnen een goed geregeld wettelijk kader en met een daarbij passende salariering.

Geraadpleegde literatuur

- 1 Voorontwerp Wet op beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
- 2 Eerste en Tweede Rapport van de Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen.
- 3 Virginia Henderson en Gladys Nite. Principles en Practice of Nursing, 6e editie, 1978.
- 4 Artikel Verpleegkundigen in het wetsvoorstel B.I.G. Deel 1. T.V.Z. 39 nr. 17 (1986). Mr. W.H.M.A. Pluimakers, jurist.
- 5 Artikel Verpleegkundigen in het wetsvoorstel B.I.G. Deel 2. T.V.Z. 39 nr. 18 (1986).

Literatuur bij het artikel

'Aspecten van de decubituspreventie' op pagina 17

- 1 Defloor T. Hulpmiddelen bij de preventie van decubitus. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1984; 37:171-5.
- 2 Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO). Consensusbijeenkomst decubituspreventie. Utrecht, 1985.
- 3 Bakker, H. Consensusbijeenkomst preventie van decubitus. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1985; 129:1280-4.
- 4 Pootjes Y.G., Ribbe M.W., Schneider H. Preventie van decubitus: een overzicht. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1986 (voor publikatie aanvaard).
- 5 Wulff H.R. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
- 6 Schut G.L. Diagnose: decubitus. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 1982.
- 7 Ribbe M.W., Stuit H.W. Decubitus. In: Leerboek geriatrie. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985; 545-54.
- 8 Keijzer R.J., Mechanica van de invloed van druk op weefsels. Intern verslag nr. 110. Amsterdam: Medische Fysica Vrije Universiteit, 1986.
- 9 Norton D, McLaren R, Exton-Smith A.N. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. London: National corporation for the care of old people, 1962.
- 10 Waal B. de. Hulpmiddelen voor de preventie van decubitus. Medifo 1985; 1:27-35.
- 11 Bakker H. Oorzaken, preventie en behandeling van decubitus. Medifo 1985, 1:7-22.
- 12 Andersen K.E., Jensen O., Kvorning S.A., Bach E. Prevention of pressure sores by identifying patients at risk. Br. Med. J. 1982; 284:1370-1.