Autonomie binnen verpleegkunde

Verslag van een discussie op het BVVS-symposium in UZ Leuven op 5 oktober 2018

Sybille Opdebeeck, Nathalie Duerinckx, Lieve Goossens

Alleen voor persoonlijk gebruik door Lieve Goossens. Zonder toestemming van BPM Medica is geen ander gebruik toegestaan. Copyright © BPM Medica.

Inleiding

De rol van een verpleegkundig specialist (VS) in een ziekenhuis is in het algemeen in Vlaanderen weinig bekend. Verpleegkundig specialisten staan naast het uitvoeren van gespecialiseerde klinische zorg ook voor de opleiding van collega's en het vernieuwen van de zorg aan de hand van de nieuwste EBP-inzichten (1,2). Hiervoor werken zij samen met andere zorgverleners.

De zorgactiviteiten die door specifieke categorieën van zorgverleners kunnen worden opgenomen, is bij wet geregeld. In 2015 verving een nieuwe wetgeving het zogenaamde KB78 als leidraad voor de organisatie van de gezondheidszorgberoepen (3). Aansluitend lanceerde de Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu in 2016 een reeks hervormingsvoorstellen voor de gezondheidsorganisatie van de toekomst. Binnen het kader van deze hervorming zal de VS-rol tal van mogelijkheden bieden voor de ontwikkeling van nieuwe, toekomstgerichte zorgmodellen. Een van de voorstellen is de overschakeling van een multiprofessionele naar een interprofessionele samenwerking via geïntegreerde zorg. Het gaat om een gecoördineerde samenwerking tussen zorgverleners, met respect voor elke professie. De coördinatie van de zorg verloopt dan op basis van een functionele hiërarchie van competente zorgverleners. Een belangrijk principe in de hervorming van de wetgeving is het subsidiariteitsprincipe, waarbij taken worden toegewezen aan zorgverleners in functie van hun competenties.

Sinds april 2019 is de VS als dusdanig ingeschreven in de Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (4). De VS wordt door de wetgever beschreven als een verpleegkundige die, mits een gedegen opleiding, complexe verpleegkundige zorgen kan uitvoeren en bepaalde medische handelingen kan verrichten. Voorbeelden zijn de opvolging van een behandeling of het voorschrijven van bepaalde onderzoeken of geneesmiddelen.

Om de VS-rol ten volle te laten renderen in de context van bovenstaande vernieuwingen, zal de VS moeten beschikken over een mate van autonomie die verder gaat dan de klassieke bijdrage van verpleegkundigen.

BVVS Ronde van Vlaanderen

In Vlaanderen groeperen VS zich in de Belgische Vereniging voor Verpleegkundig Specialisten (BVVS) om te reflecteren en standpunt te bepalen over deze evoluties. Op 5 oktober 2018 was verpleegkundige autonomie, en meer bepaald de autonomie van de VS, de focus van de 'Ronde Van Vlaanderen', het jaarlijkse symposium van de BVVS. Tijdens dit symposium, dat plaatsvond in UZ Leuven, namen 54 participanten deel aan een discussie over tien aspecten van autonomie die een VS in staat kunnen stellen om op een klinisch zelfstandige manier een consult uit te voeren. Het publiek bestond uit 33 VS, 12 gespecialiseerde verpleegkundigen waaronder 7 verpleegkundig consulenten, 4 verpleegkundig leidinggevenden, 3 stafmedewerkers, 1 vertegenwoordiger uit het verpleegkundig onderwijs en 1 student master in verpleegkunde en vroedkunde. De deelnemers werden onderverdeeld in 17 groepjes, die per autonomie-aspect een standpunt dienden te formuleren over de wenselijkheid om deze handeling te zien als voorwerp van verpleegkundige autonomie.

Definitie en stellingen

De volgende definitie van verpleegkundige autonomie (gebaseerd op Autonomie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (5)) vormde het uitgangspunt van de discussie:

"De vrijheid om zelfstandig te handelen en om zelf beslissingen te nemen, binnen de context van je eigen specialisme, zelfs als dit betekent dat je je op het terrein van een andere discipline of professie begeeft, en dit alles in het belang van de patiënt."

De discussie verliep aan de hand van vier niet-direct patiëntgebonden en zes direct patiëntgebonden aspecten van autonomie (zie *Tabel 1*).

Resultaten

Een discussieronde in de kleine groepjes maakte snel duidelijk over welke handelingen er al dan niet een relatieve consensus bestond (zie *Figuur 1*). De handelingen waarover het minst consensus bestond, vormden vervolgens het onderwerp van een zaaldebat.

Niet-direct patiëntgebonden handelingen

De niet-direct patiëntgebonden handelingen waarrond een relatieve consensus bestond, waren de mogelijkheid om verslagen te schrijven en verslagen van andere zorgprofessionals te lezen (handeling 2) en de niet-farmacologische voorschriftmogelijkheid (handeling 4). Voor deze handelingen was men het erover eens dat ze voorwerp dienden te zijn van de autonomie van de VS. De mogelijkheid om onderzoeken aan te vragen en onderzoeksverslagen te lezen (handeling 1) werd

Tabel 1. Tien aspecten van klinische autonomie.

Niet-direct patiëntgebonden handelingen
1. Mogelijkheid om onderzoeken aan te vragen en onderzoeksverslagen (zowel beeldvorming, functiemetingen als laboresultaten en culturen) te lezen
2. Mogelijkheid om verslagen te schrijven (onder eigen naam) en om verslagen van andere zorgprofessionals te lezen in het patiëntendossier
3. Farmacologische voorschriftmogelijkheid (opstarten, stoppen/aanpassen en of verlengen van medicaties)
4. Niet-farmacologische voorschriftmogelijkheid (bijvoorbeeld blaassonde, pruik, prothese, verbandmateriaal, infusiemateriaal)
Direct patiëntgebonden handelingen
5. Afnemen systeemanamnese en uitvoeren klinisch onderzoek bij de patiënt
6. Mogelijkheid om onderzoeksresultaten te bespreken en een zorgbehandeling te plannen en op te volgen en dus ook een differentiaaldiagnose te stellen
7. Bijzondere specialistische verstrekkingen verrichten, bv. plaatsing perifeer ingebrachte centraal veneuze katheter (PICC), afname huidbiopsie, puncties, kleine chirurgische ingreep aan de ledematen
8. Doorverwijzing van patiënten naar andere zorgverleners van een andere discipline (bv. stomazorgverpleegkundige) of een andere professie (bv. dermatoloog)
9. Ontslag van patiënten
10. De mogelijkheid om een patiënt onmiddellijk met de VS een afspraak te laten maken of onmiddellijk bij de VS te verzoeken om een consult

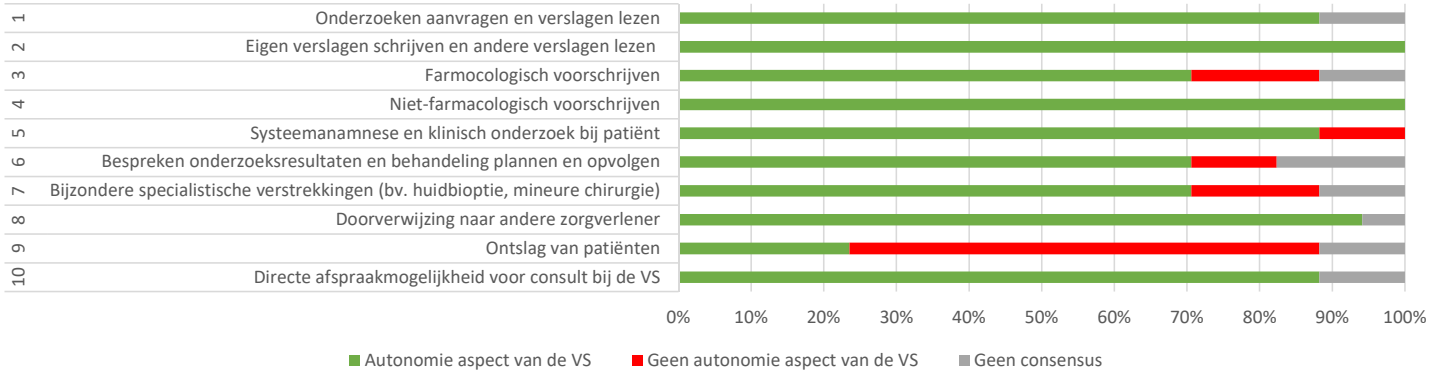
door vijftien groepjes beschouwd als een autonoom uit te voeren taak voor de VS; twee groepjes kwamen niet tot een consensus.

Handeling 3, de farmacologische voorschriftmogelijkheid, bracht heel wat discussie op gang, wat te begrijpen valt binnen de huidige wettelijke context die verpleegkundigen in België verbiedt om geneesmiddelen voor te schrijven. Twaalf groepjes vonden dat verpleegkundig specialisten op dit terrein autonomie dienden te hebben, drie groepjes waren het hier niet mee eens en twee groepjes kwamen niet tot een consensus. Zeker met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen voor gehospitaliseerde patiënten ontbrak er consensus, vooral bij de aanwezige deelnemers werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg.
Voorstanders van het voorschrijven benadrukten dat het ontbreken van een farmacologische voorschrijfbevoegdheid de VS nu vaak belemmert in de dagelijkse klinische praktijk. Ze gaven voorbeelden van situaties waarbij de voorschrijfbevoegdheid een grote meerwaarde zou zijn voor de continuïteit van de zorg, zoals het voorschrijven van antidiabetica door een VS met expertise in diabetes, van anti-emetica bij oncologiepatiënten door een VS oncologie en van pijnmedicatie voor de start van een wondzorg door een VS wondzorg. Als expert in hun vakgebied hebben de VS voldoende kennis van de courante geneesmiddelen binnen hun patiëntenpopulatie. Bij jarenlange ervaring overstijgt de kennis van de VS soms die van artsen met minder ervaring, zo werd gezegd. Ook werd gewezen op de tegenstrijdigheid dat bepaalde medicatie in de thuissetting kan worden aangeschaft zonder voorschrift (bv. paracetamol), terwijl in een ziekenhuissetting wel een doktersvoorschrift nodig is.

In de discussie werd een belangrijke onderscheid gemaakt tussen het opstarten van nieuwe medicatie en het verlengen van een onderhoudsbehandeling. De algemene tendens was dat het verlengen van chronische medicatie (de zogenoemde vervolgvoorschriften) een evidentie zou moeten zijn. Voor het opstarten van nieuwe medicatie, die soms heel duur is, waren de meningen uiteenlopend. De meerderheid van de deelnemers gaf aan dat nieuwe medicatie moet kunnen worden opgestart, mits er voldaan wordt aan drie voorwaarden:
1. De VS moet beschikken over de nodige competenties verworven door middel van opleiding. Helaas is deze opleiding momenteel nog te weinig uitgebouwd in België. Het vak farmacologie zou uitgebreider geïntegreerd moeten worden in de vierjarige bacheloropleiding, in de tweejarige masteropleiding en in eventuele postgraduaten.
2. Per specialisatiedomein waarbinnen de VS actief is, moet samen met de artsen een beperkt formularium kunnen worden opgesteld. Of dit nationaal of lokaal moet gebeuren, bleef onbeslist. Het werd evenwel niet wenselijk gevonden dat VS elk geneesmiddel kunnen voorschrijven.
3. De VS moet zich bekwaam voelen om voor te schrijven. Hierbij speelt niet alleen de opleiding, maar ook het aantal jaren ervaring een rol.

Direct patiëntgebonden handelingen

Wat de direct patiëntgebonden handelingen betreft, waren er drie handelingen waarvan met een grote consensus gevonden werd dat de VS deze autonoom moet kunnen uitvoeren. Dit was het geval voor het afnemen van een systeemanamnese en uitvoeren van klinisch onderzoek bij de patiënt (handeling 5), voor de doorverwijzing van patiënten naar andere zorgverleners (handeling 8) en voor de mogelijkheid dat een patiënt onmiddellijk met de VS een afspraak kan maken (handeling 10).
Minder consensus was er rond de mogelijkheid om onderzoeksresultaten te bespreken en een zorgbehandeling te plannen en op te volgen (handeling 6). Twaalf van de zeventien groepjes vonden dat de VS dit autonoom zou moeten kunnen doen, twee groepjes spraken zich expliciet uit tegen deze vorm van autonomie.
Ook in verband met het verrichten van bijzondere specialistische verstrekkingen (handeling 7), waren er twaalf groepjes voorstander van een autonome handelingsbekwaamheid van de VS. Drie groepjes waren hier evenwel duidelijk tegenstander van.



Figuur 1. Resultaat bevraging klinische autonomie voor de verpleegkundig specialist.

Alleen voor persoonlijk gebruik door Lieve Goossens. Zonder toestemming van BPM Medica is geen ander gebruik toegestaan. Copyright © BPM Medica.

Een argument van de tegenstanders was het feit dat deze handelingen meestal overgenomen worden van artsen en dus de facto een verlichting impliceren van - veelal als minder interessant gepercipieerde - medische taken. Deze verlichting van het medisch takenpakket werd beschouwd als een onvoldoende argument om de taak aan de VS door te spelen. Er is dan immers wel sprake van het substitueren van de medische handelingen, maar er wordt voorbijgegaan aan de andere rollen van de VS, zoals zorginnovatie en onderzoek, die door deze substitutie in het gedrang kunnen komen. Vooral in regionale zorginstellingen wordt dit als een valkuil ervaren, wellicht omdat de rolonduidelijkheid van de VS daar groter is dan in de universitaire ziekenhuizen. Er werd wel een verschil ervaren tussen het louter uitvoeren van de medische handeling, en het additioneel geven van opleiding en het uitvoeren van onderzoek over dit uitvoeringsdomein. De voorwaarden waaronder de specialistische handelingen verricht worden, zijn dus belangrijk bij de bereidheid om deze taken over te nemen.
Voorstanders van een autonome VS-uitvoering van de bijzondere specialistische handelingen gaven aan dat het delegeren van deze taken op initiatief van de arts dient te gebeuren. Ook vond men het belangrijk dat de VS hiertoe wordt opgeleid. Een argument om de VS specialistische handelingen te laten uitvoeren, is dat de wachttijd voor de patiënt hierdoor kan verminderen en de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt. In de geestelijke gezondheidszorg zou het bijvoorbeeld kunnen betekenen dat patiënten niet naar de Spoedeisende Hulp moeten worden gebracht voor kleine chirurgische ingrepen, zoals het plaatsen van enkele hechtingen. Ook kan het delegeren van sommige specialistische handelingen, met hun noodzakelijke voor- en nazorg (educatie, zorgcoördinatie, ondersteuning van het zelfmanagement, ….), een uitdaging vormen voor de VS, waar de arts deze taak misschien als een vervelende routineklus ervaart.

Handeling 9, aangaande het ontslag van patiënten, werd slechts door vier groepjes beschouwd als een handeling die de VS autonoom zou moeten kunnen uitvoeren. Elf groepjes waren het hier niet mee eens. Over deze zorghandeling bestond de grootste verdeeldheid.
Tegenstanders gaven aan dat de meeste autonomie-stellingen erg gericht waren op het consult van een VS binnen een ambulante setting of aan het bed. In deze context klinkt 'ontslag' ineens wel erg 'gehospitaliseerd', waardoor autonomie op dit terrein minder evident gevonden werd. Zij stelden dat de arts beslist tot opname, wat het voor hen logisch maakt dat ook de eindverantwoordelijkheid voor het ontslag bij de arts ligt, mede omwille van de financiële kant van de zaak. In deze visie kan een ontslag wel interprofessioneel gebeuren, bijvoorbeeld wanneer een patiënt vanuit medisch oogpunt ontslagen kan worden, maar er nog problemen zijn op het expertisegebied van de VS (bijvoorbeeld therapietrouw of zorgcoördinatie).
De tegenstanders van ontslag door de VS gaven ook aan dat de voorwaarden waaronder een VS al dan niet autonoom het ontslag zou kunnen regelen, moeilijk af te bakenen zijn, zeker bij patiënten met multimorbiditeit. Het is immers de arts die eindverantwoordelijke is voor de totale pathologie.
Voorstanders van VS-autonomie bij ontslag verdedigden de stelling dat autonoom ontslag mogelijk moet zijn, als dit ontslag louter betrekking heeft op het eigen specialisme, zeker bij de ambulante zorg, maar ook bij hospitalisatie. Omwille van de specifieke specialisatie zal de VS katheterzorg bijvoorbeeld vaak een accuratere inschatting kunnen maken over het ontslagklaar zijn van een patiënt met een katheterprobleem op de Spoedeisende Hulp, dan een arts van wie de specialisatie hierin veel kleiner is. Wanneer de reden van opname helemaal in het specialisatiedomein van de VS ligt (bv. een opname omwille van een wondprobleem), werd ontslag door de VS als evidenter gezien.

Mogelijke randvoorwaarden voor autonomie bij het ontslag zijn:
1. ontslag binnen het specialisatiedomein;
2. volgens eigen competenties en ervaring;
3. in overleg met de andere zorgverleners.

Ook in dat geval kan er echter alleen sprake zijn van eindverantwoordelijkheid wanneer er hiervoor een mandaat is, gefundeerd door voldoende opleiding, ervaring en expertise. Autonomie impliceert immers eindverantwoordelijkheid, en het opnemen hiervan leek sommige deelnemers af te schrikken. Men leek dan eerder te vinden voor een gezamenlijke eindverantwoordelijkheid, op basis van afspraken tussen de VS en de arts. Wanneer een VS er op die manier voor kan zorgen dat een ontslag sneller administratief in orde kan worden gebracht, zal dat zeker ook de kwaliteit van de zorg ten goede komen.

Tot slot

Autonomie voor de VS betekent dat er interprofessioneel afspraken moeten worden gemaakt, die ervoor zorgen dat de samenwerking tussen de zorgverleners vlot blijft verlopen en dat een veilige en kwaliteitsvolle basis voor deze autonomie verzekerd is. Randvoorwaarden als opleiding, werken binnen de expertise en het opnemen van de inherent bij autonomie horende verantwoordelijkheid, dienen zorgvuldig te worden geformuleerd. Binnen een dergelijk kader kan VS-autonomie geleidelijk aan groeien op basis van opgedane ervaringen. VS-autonomie kan dan niet alleen zorgen voor een ontlasting van de taak van de arts, maar ook voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg binnen het subsidiariteitsprincipe.
Deze samenvatting geeft de standpunten weer van de aanwezige deelnemers op het BVVS-symposium van oktober 2018 en vertolkt dus niet het standpunt van de BVVS. Ondertussen zijn we een jaar verder en de inzichten kunnen wellicht alweer scherper geformuleerd worden. De BVVS zal als beroepsvereniging verder haar inbreng geven in het kader van de mogelijke invulling van de erkenningscriteria, de bepaling van de activiteiten van de VS en de eventuele bijhorende voorwaarden. Hiervoor zijn sinds het najaar van 2019 gesprekken aan de gang met VS, universiteiten en andere *stakeholders*.

Dankwoord
We danken Elsie Decoene (ondervoorzitter BVVS) voor het kritisch nalezen van het manuscript.

Literatuur

1. Goossens L, Van Hecke A, Decock S, et al. Nieuw in het Belgisch verpleegkundig professioneel landschap: de Belgische Vereniging Verpleegkundig Specialisten (BVVS). Verpleegkunde 2017;32(4):10-11.
2. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced Practice Nursing: an integrative approach. 5th Edition. 2014, Missouri: Elsevier Saunders.
3. Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.
4. Wet van 22 april 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen betreffende de verpleegkundig specialist.
5. https://www.venvn.nl/Themas/Excellente-Zorg/Autonomie

Over de auteurs

Dr. Sybille Opdebeeck is sociologe en werkt als stafmedewerker bij het Competentiecentrum Verpleegkunde, Universitair Ziekenhuis Leuven.
Dr. Nathalie Duerinckx is verpleegkundige en werkzaam als verpleegkundig specialist harttransplantatie in het UZ Leuven, en is bestuurslid van de BVVS.
Dr. Godelieve A. Goossens is verpleegkundige en werkt als stafmedewerker bij het Competentiecentrum Verpleegkunde, Universitair Ziekenhuis Leuven, en is voorzitter van de BVVS.

Correspondentieadres: bvvs.abipa@gmail.com

Alleen voor persoonlijk gebruik door Lieve Goossens. Zonder toestemming van BPM Medica is geen ander gebruik toegestaan. Copyright © BPM Medica.