Bevoegdheid en bekwaamheid

van de verpleegkundig specialist

februari 2026

Inhoudsopgave

Voorwoord 4

Inleiding 5

Hoofdstuk 1 6

Achtergrond 6

Hoofdstuk 2 7

De bevoegdheid van de verpleegkundig specialist 7

2.1 Algemeen 7

2.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist 8

2.3 Vraagstukken 11

2.3.1 De aanvullende voorwaarden zijn overbodig 11

2.3.2 Betekenis van 'complexiteit' 11

2.3.3 Bevoegdheid binnen specifieke wettelijk gereguleerde werkterreinen 13

2.3.4 Geen landelijke consensusdocumenten meer nodig 13

2.3.5 Formularium 14

2.3.6 Verschil tussen verpleegkundig specialist en gespecialiseerd verpleegkundigen 14

Hoofdstuk 3 15

De bekwaamheid van de verpleegkundig specialist 15

3.1 Bekwaamheid algemeen 15

3.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist 16

3.3 Vraagstukken 17

3.3.1 Taakherschikking of vervulling eigen beroep 17

3.3.2 Geen werkformulier of bekwaamheidsverklaring meer 17

Hoofdstuk 4 De professionele standaard 19

4.1 Algemeen 19

4.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist 20

4.3 Vraagstukken 20
4.3.1 Landelijke richtlijnen vs lokale samenwerking 20
4.3.2 Afwijken van de richtlijn 21
Hoofdstuk 5 22
Professionele autonomie en verantwoordelijkheid 22
5.1 Algemeen 22
5.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist 24
5.3 Vraagstukken 24

Hoofdstuk 6 26
Interprofessionele samenwerking en verantwoordelijkheid 26
6.1 Algemeen 26
6.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist 30
6.3 Vraagstukken 32
6.3.1 Restrictieve invulling van regiebehandelaarschap en 'eindverantwoordelijkheid' 32
6.3.2 Landelijke afspraken vanuit de zorgverzekeraar 33

BIJLAGE 1 35
Overzicht bevoegdheid voorbehouden handelingen verpleegkundig specialist AGZ en GGZ en verpleegkundige 35

BIJLAGE 2: Regelgeving deskundigheidsgebied VS en PA 36

Lijst van afkortingen 38

Voorwoord

Voor u ligt de notitie *Bevoegdheid en bekwaamheid van de verpleegkundige specialist*.

Ondanks dat verpleegkundig specialisten steeds beter bekende en zeer gewaardeerde zorgprofessionals zijn, blijft regievoering, (eind)verantwoordelijkheid en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist een terugkerende discussie.

Als beroepsbeoefenaar heb ik 25 jaar als verpleegkundig specialist mogen werken.
Als voorzitter van de beroepsvereniging V&VN VS en later vanuit mijn functies van vicevoorzitter van de registratiecommissie en praktijkvisitaties ben ik betrokken geweest bij de wettelijke borging van de verpleegkundig specialist in artikel 14 van de Wet BIG.

Afgelopen augustus heb ik mij bewust uit laten schrijven als geregistreerde verpleegkundig specialist AGZ. Daarmee deed ik afstand van mijn titel, maar nog meer van mijn bevoegdheden. De belangrijkste reden is dat ik niet meer praktiseer en mij dus niet meer bekwaam acht om het beroep van verpleegkundig specialist uit te voeren.

Verpleegkundig specialisten zijn, zoals de naam al zegt, specialisten. In de combinatie van Care en Cure kan de verpleegkundig specialist zorg bieden die zowel in het verpleegkundig als medisch domein bevindt. Daarin is de verpleegkundig specialist een unieke professional in de gezondheidszorg.

Het is dan ook best bijzonder te noemen dat discussies over bevoegdheden, verantwoordelijkheid en regievoering nog steeds blijven bestaan.

Wet- en regelgeving hebben de verpleegkundig specialist alle ruimte gegeven om het beroep zo zelfstandig mogelijk uit te voeren. Daarom ben ik dan ook blij met deze notitie. Het kan behulpzaam zijn als onderbouwing voor de verpleegkundig specialisten zelf maar misschien nog noodzakelijker voor bestuurders, verzekeraars en (medische) collega's om duidelijkheid te geven waar de verpleegkundig specialist als zelfstandige beroepsbeoefenaar regie kan voeren en waartoe zij zich bekwaam acht.

Voor eenieder die dit nog altijd lastig vindt, pleit ik voor het volgende: ga het gesprek aan met verpleegkundig specialisten, laat je verwonderen en geef deze professionals de ruimte om geïntegreerde verpleegkundige en medische zorg te verlenen. Als regiebehandelaar of als medebehandelaar in een interdisciplinaire groep.

Odile Frauenfelder MSc MA

Verpleegkundig specialist niet praktiserend
CNO Ministerie VWS

Inleiding

Al zo'n 25 jaar zijn verpleegkundig specialisten werkzaam in de Nederlandse gezondheidszorg. Sinds 2009 kunnen verpleegkundigen die een erkende masteropleiding tot Advanced Nursing Practice (MANP) hebben afgerond, zich registreren in het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR). Door deze wettelijke registratie conform artikel 14 Wet BIG zijn zij bevoegd om de beschermde titel 'verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (AGZ)' of 'verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (GGZ)' te voeren, afhankelijk van het specialisme waarin zij zijn opgeleid. De verpleegkundig specialist oefent haar beroep uit als zelfstandig behandelaar, zoals beschreven in het beroepsprofiel. Ook hebben zij door deze registratie de zelfstandige bevoegdheid om de voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren (of te laten doen uitvoeren) die de wetgever aan het specialisme heeft verbonden.

Hoewel de opleiding en registratie duidelijk en goed geborgd zijn, is er in de praktijk nog regelmatig discussie over de omvang en reikwijdte van de bevoegdheid en bekwaamheid van verpleegkundig specialisten. Dit maakt het lastiger om het beroep goed te positioneren en kan een volledige beroepsuitoefening in de weg staan.

Deze notitie geeft een helder en overzichtelijk beeld van de huidige situatie rondom de bevoegdheden en bekwaamheden van de verpleegkundig specialist. Het document kan helpen bij het onderbouwen en versterken van hun professionele rol en positie binnen de Nederlandse gezondheidszorg. De informatie kan gebruikt worden om het gesprek zowel lokaal als landelijk te voeren over de invulling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van verpleegkundig specialisten, zodat er een gezamenlijke basis ontstaat voor samenwerking. Het uitgangspunt van de notitie is het gezamenlijk streven naar kwalitatief goede, doelmatige en passende zorg, waarbij de patiënt altijd centraal staat.

Leeswijzer

Dit document is ontwikkeld door een groep verpleegkundig specialisten, juristen en adviseurs van het V&VN bureau en kan aangevuld worden na bespreking op bestuurlijk en lokaal niveau. V&VN is de overkoepelende beroepsvereniging van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

Het document begint met een achtergrond over het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundig specialist. Vervolgens worden vijf met elkaar verweven aspecten verduidelijkt: de bevoegdheid van de verpleegkundig specialist, de bekwaamheid, de professionele standaard, de professionele autonomie en verantwoordelijkheid en als laatste de interprofessionele samenwerking. Elk van deze punten start met een algemene beschrijving zoals die geldt voor alle BIG-beroepsbeoefenaren. Daarna wordt de betekenis ervan voor de verpleegkundig specialist besproken, om af te sluiten met een analyse van de vraagstukken rondom het betreffende onderwerp.

Hoofdstuk 1
Achtergrond

In 1997 werd de verpleegkundig specialist als Nurse Practitioner geïntroduceerd binnen het UMCG, om daarna snel in heel Nederland haar[1] intrede te doen. Haar werk werd steeds meer onder de noemer van 'taakherschikking' gestimuleerd, gedefinieerd als 'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen met het oog op doelmatige inzet van kunde en capaciteit'.[2]

Lange tijd kon de verpleegkundig specialist echter niet volledig zelfstandig werken. Volgens de Wet BIG was toen een opdracht van een arts nodig om voorbehouden handelingen uit te voeren en was het zelfstandig voorschrijven van UR-geneesmiddelen niet toegestaan.

Om dit op te lossen en als zelfstandig behandelaar te kunnen werken, kreeg de verpleegkundig specialist vanaf 1 januari 2012 een tijdelijke, experimentele zelfstandige bevoegdheid om bepaalde voorbehouden handelingen zelf te indiceren en uit te voeren.[3] Uit het evaluatieonderzoek bleek dat deze bevoegdheid zorgprocessen efficiënter maakte en leidde tot een betere inzet van professionals.[4]

Daarom werd op 1 september 2018 de tijdelijke regeling omgezet in een definitieve, wettelijk geregelde zelfstandige bevoegdheid. Sindsdien is de verpleegkundig specialist, als specialisme van het verpleegkundig beroep, erkend als een artikel 14-beroep binnen de Wet BIG en werkt zij als zelfstandig (regie)behandelaar.[5]

Sinds die tijd is er veel bereikt. De verpleegkundig specialist is nu een stevig ingebed beroep binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Er zijn inmiddels **meer dan 6.000 verpleegkundig specialisten** geregistreerd, en dit aantal groeit naar verwachting de komende jaren verder. Verschillende onderzoeken en publicaties laten duidelijk zien dat de verpleegkundig specialist veel waarde toevoegt aan de zorg.[6]

---

[1] In deze notitie wordt over de verpleegkundig specialist gesproken als *zij*. Daar waar 'zij' staat, kan uiteraard ook *hij* en *hen* worden begrepen.
[2] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, 2002, p. 15 en *Kamerstukken II* 2009/10, 32261, 3, p. 2 (Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder andere in verband met de opneming van de mogelijkheid tot taakherschikking).
[3] Op basis van het toen nieuw toegevoegde artikel 36a Wet BIG j.o. Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, Stb. 2011, 659.
[4] De Bruin e.a., *VoorBIGhouden*. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant, 2015.
[5] Via artikel 36 Wet BIG j.o. Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, Stcrt. 2018, 39930. Zie ook Kamerdossier 2016-2017, 34630.
[6] Zie bijvoorbeeld Van den Brink, *The phycisian assistants and nurse practitioners in the Netherlands: a solution for healthcare'* (diss. RU Nijmegen), 2024;

Hoofdstuk 2
De bevoegdheid van de verpleegkundig specialist

2.1 Algemeen

Registratie van specialisme
De Wet BIG maakt het mogelijk om specialistentitels officieel te laten registreren.[7] Organisaties van de basisberoepen, zoals genoemd in artikel 3, kunnen zelf een regeling voor specialismen opstellen. Vervolgens kan de minister zorgen dat deze titels wettelijk beschermd worden. Er zijn vijf beroepen met wettelijk erkend specialismen: apotheker, arts, gezondheidszorgpsycholoog, tandarts en verpleegkundige. Voor deze zogenoemde artikel 14-beroepen is vastgelegd dat er een erkende opleiding moet zijn en dat deskundigheid wordt geborgd via aparte registers met bijbehorende toelatingseisen. Iedereen die in het BIG-register of een specialistenregister staat, dient alleen binnen het specialisme en vakgebied te werken waarvoor hij of zij is opgeleid. Binnen dat deel van de gezondheidszorg zijn zij bevoegd te handelen.

Voorbehouden handelingen
Om de patiënt te beschermen tegen onaanvaardbare risico's legt de Wet BIG van veertien risicovolle, medische handelingen precies vast wie bevoegd is deze te verrichten. Hierbij hangt de bevoegdheid sterk samen met de bekwaamheid. Zorgverleners zijn namelijk alleen bevoegd als ze aantoonbaar over de juiste kennis, vaardigheden en attitude beschikken (zie verder hoofdstuk 3). Welke handelingen mogen worden uitgevoerd, verschilt per beroepsgroep; elke groep heeft zijn eigen 'set' aan voorbehouden handelingen.[8]

De Wet BIG maakt onderscheid in de aard van de bevoegdheid die wordt toegekend aan een beroepsgroep. Zo is er allereerst de **zelfstandige bevoegdheid** voor het indiceren en uitvoeren van bepaalde handelingen, zoals bij artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Wie zelfstandig bevoegd is, mag ook anderen, die zelf niet zelfstandig bevoegd zijn, een **opdracht** geven om zo'n handeling uit te voeren. Dan moet de opdrachtgever wel goed controleren of de ander voldoende bekwaam is, duidelijke instructies geven en zorgen voor voldoende toezicht en tussenkomst. Voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen geldt een extra regel: deze handeling mag niet worden gedelegeerd aan iemand die daar niet zelfstandig toe bevoegd is.
Naast deze zelfstandige bevoegdheid, bestaat er ook **functionele zelfstandigheid**. Dit geldt bijvoorbeeld voor verpleegkundigen. Zij mogen van zelfstandig bevoegden opdrachten voor bepaalde voorbehouden handelingen aannemen. Bij de uitvoering ervan is dan geen toezicht of tussenkomst nodig.

---

[7] Zie de artikelen 14-17.
[8] Zie Bijlage 1 voor een overzicht van bevoegdheid voorbehouden handelingen voor verpleegkundig specialist AGZ, GGZ en verpleegkundige, incl. ambulanceverpleegkundige.

2.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist

Registratie
In het wettelijk erkende Verpleegkundig Specialisten Register (VSR) zijn twee specialismen van het basisberoep verpleegkundige opgenomen: verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (AGZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Wie in het register is opgenomen, mag de titel voeren (met vermelding van het betreffende specialisme GGZ of AGZ), werkt als zelfstandig behandelaar en mag de voorbehouden handelingen zelfstandig uitvoeren die wettelijk aan het beroep en het specialisme zijn gekoppeld. Hiermee is de bevoegdheid van de verpleegkundig specialist goed geborgd.

Voor de erkenning als specialisme overeenkomstig artikel 14 Wet BIG heeft V&VN de vereiste organen en registers ingesteld. Op verzoek van V&VN heeft de minister van VWS in september 2007 de Regeling Specialismen Verpleegkunde vastgesteld. In deze Regeling staat onder meer dat het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) bepaalt welke specialismen er zijn en ook de regels voor de opleiding, registratie en herregistratie van verpleegkundig specialisten. Deze laatstgenoemde regels staan beschreven in het Algemeen besluit specialismen verpleegkunde van het CSV. In de Regeling wordt verder de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) ingesteld als uitvoeringsorgaan. Geregistreerde verpleegkundig specialisten moeten zich periodiek herregistreren en voldoen aan eisen voor werkervaring en deskundigheid.[9] V&VN heeft een onafhankelijke adviescommissie die besluiten van de RSV bij bezwaar beoordeelt.

De opleiding tot verpleegkundig specialist is een duale masteropleiding, de masteropleiding Advanced Nursing Practice (MANP).[10] Behalen van het diploma levert een startkwalificatie op.

Graad	**HBO Masteropleiding (MSc), NVAO geaccrediteerd, NLQF 7**
Vooropleiding	HBO-V
Instroomeisen	In bezit van bachelor verpleegkunde, art 3 BIG geregistreerd verpleegkundige, minimaal 2 jaar relevante werkervaring in de directe patiëntenzorg
Duur	2 jaar AGZ en GGZ
	3 jaar GGZ

In het specifieke Besluit verpleegkundig specialisme algemene gezondheidszorg en het specifieke Besluit verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg staan het deskundigheidsgebied (met daarbinnen aandachtsgebieden en expertisegebieden) en de specifieke competenties beschreven.[11]
Bij een overstap van AGZ naar GGZ of andersom zal de verpleegkundig specialist een individueel scholingsprogramma bij een MANP-opleiding doorlopen om een eindverklaring te verkrijgen voor het tweede specialisme.

---

[9] Zie https://www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/herregistratie/ en ook verder par. 3.2.
[10] Zie zorgmasters.nl/uitgelich/herziening-landelijk-opleidingsprofiel-manp/ voor het herziene, generieke Landelijk opleidingsprofiel Master Advanced Nursing Practice (2020).
[11] Zie Staatscourant 2020, 37025 en 62422 voor het instemmingsbesluit van de minister van VWS en verpleegkundig-specialisten-register/het-register/wet-en-regelgeving.

Het Beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist AGZ en GGZ (2019) geeft een overzicht van de essentiële competenties die een verpleegkundig specialist binnen haar specialisme moet beheersen om zorgvuldig en verantwoord te kunnen handelen. Voor de beschrijving van deze competenties is de CanMEDS-systematiek als uitgangspunt genomen. De competenties worden onderverdeeld in kennis, vaardigheden en attitude.[12]

De kern van het vakgebied van de verpleegkundig specialist bestaat uit het integraal behandelen van zorgvragers op basis van klinisch redeneren in complexe zorgsituaties. Hierbij zorgt zij voor continuïteit en kwaliteit van de behandeling, ondersteunt zij de autonomie, de eigen regie, het zelfmanagement en de empowerment van zorgvragers binnen de *patient journey*. De behandeling omvat zowel geneeskundige als verpleegkundige interventies. De verpleegkundig specialist werkt vanuit een holistisch perspectief. Dat betekent dat zij zich richt op de ziekte en op het ziek zijn, vanuit een mensgerichte benadering. Daarnaast richt zij zich op de gevolgen van ziekte en op preventie.[13]

Als zelfstandig behandelaar binnen een zorgteam is de verpleegkundig specialist regiebehandelaar[14] of medebehandelaar. Als regiebehandelaar is zij, naast het uitvoeren van een deel van de behandeling, verantwoordelijk voor de regie over het zorgproces aan de zorgvrager. De regiebehandelaar overziet het geheel van de behandeling, coördineert de behandeling en zet zo nodig andere hulp in. Als medebehandelaar is de verpleegkundig specialist verantwoordelijk voor een specifiek deel van de behandeling.

Reikwijdte voorbehouden handelingen
Zoals hierboven al vermeld is de verpleegkundig specialist zelfstandig bevoegd tot het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen. Deze bevoegdheid wordt begrensd door de volgende, in de Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten vermelde aanvullende voorwaarden. Hieronder staan deze met nadere toelichting vermeld.

De te verrichten handelingen moeten:	Toelichting
• plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor zij een erkende specialistentitel mag voeren, dus binnen haar specialisme AGZ of GGZ,	• dit is vanzelfsprekend aangezien de verpleegkundig specialist alleen binnen die deelgebieden bevoegd is
• van beperkte complexiteit zijn,	• het begrip 'complexiteit' wordt verschillend gedefinieerd. De verpleegkundig specialist hanteert een breed gedragen definitie (zie onder 3.3)
• routinematig zijn,	• wanneer de beroepsgroep van oordeel is dat het frequent gedaan is

[12] Idem.
[13] Beroepsprofiel Verpleegkundig specialist AGZ en GGZ (2019), p. 8.
[14] In het beroepsprofiel 'regievoerend behandelaar' genoemd: dit is hetzelfde als wat onder regiebehandelaar verstaan wordt. Zie verder hoofdstuk 6.

• alleen risico's hebben die te overzien zijn,	• inschatting maken van voorspelbaarheid van het beloop a.h.v. lokale protocollaire en wetenschappelijke standaarden en vanuit eigen expertise, ook context afhankelijk (mogelijkheid van intercollegiaal overleg).
• en worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.	• dit is de professionele standaard van de verpleegkundig specialist waaraan de verpleegkundig specialist gehouden is (zie verder hfst. 4)

Deze voorwaarden zijn gekoppeld aan de individuele verantwoordelijkheid van de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist beoordeelt zelf of zij binnen haar bekwaamheid en bevoegdheid handelt of dat laagdrempelig intercollegiaal overleg vereist is. Deze voorwaarden zijn niet bedoeld als beroepsbeperkende maatregelen die voor alle verpleegkundig specialisten gelden. Het is aan de betreffende zorgprofessional zelf om de gestelde grenzen zorgvuldig te respecteren.

In feite gaat het hier om criteria die alle beroepsbeoefenaren moeten hanteren om als goed hulpverlener zorg te verlenen, volgend uit de tekst en systematiek van de Wet BIG en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). Geen enkele BIG-beroepsbeoefenaar zou zelfstandig voorbehouden handelingen moeten doen (of zou daar in ieder geval voor bij collega's te rade moeten gaan) als die niet passen binnen haar deskundigheidsgebied en specialisme, als die te complex voor haar zijn en zij die niet routinematig uitvoert, waarvan zij de risico's niet kan overzien en als richtlijnen en standaarden niet het uitgangspunt vormen. Allen dienen uitsluitend te handelen binnen hun deskundigheidsgebied en in overeenstemming met de voor hen geldende professionele standaard (zie hoofdstuk 4).

De verpleegkundig specialist is zelfstandig bevoegd als zij redelijkerwijs kan aantonen dat zij handelt binnen haar wettelijke bevoegdheid en dat zij voldoende bekwaam is. In de dagelijkse praktijk baseert de verpleegkundig specialist het handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende verpleegkundig specialisme. Net als andere BIG-geregistreerde zorgverleners mag zij daarvan gedocumenteerd en gemotiveerd afwijken op basis van *evidence based* inzichten ten bate van de patiënt (zie par. 4.1 ev). Er vindt afstemming plaats met andere disciplines, zoals medisch specialisten. Binnen deze kaders neemt de verpleegkundig specialist zelfstandig beslissingen over de indicatie en het verrichten van de voorbehouden handelingen. Het is niet nodig om aanvullende afspraken te maken over het borgen van de kwaliteit van het verrichten van de voorbehouden handelingen.

Op grond van de in par. 2.1 beschreven opdrachtconstructie kan een verpleegkundig specialist ook opdracht geven tot het verrichten van een aan haar zelfstandig voorbehouden handeling aan anderen die daartoe niet zelfstandig bevoegd zijn als aan de in artikel 38 Wet BIG genoemde voorwaarden is voldaan. Dat kan bijvoorbeeld een opdracht voor een verpleegkundige of een verzorgende IG zijn.

2.3 Vraagstukken

2.3.1 De aanvullende voorwaarden zijn overbodig

Hierboven is toegelicht dat de aanvullende voorwaarden uit art. 6 van de Regeling overbodig zijn omdat deze niets toevoegen aan wat al voor alle BIG-professionals geldt. Inmiddels is immers voldoende gebleken dat de verpleegkundig specialist als professional goed in staat is om zelf te beoordelen of zij bevoegd en bekwaam genoeg is of niet. Alle BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren en specialisten dienen dit bij zichzelf vast te stellen.

Deze aanvullende voorwaarden belemmeren nog steeds de optimale professionele beroepsuitoefening en ontwikkeling van de verpleegkundig specialist. Ze leiden er soms toe dat anderen hun (on)bevoegdheid beoordelen in plaats van dat zij zelf eigenaar zijn van de eigen professie. V&VN pleit daarom voor het schrappen van deze voorwaarden uit de Regeling.

2.3.2 Betekenis van 'complexiteit'

Het meest bediscussieerde aspect van artikel 6 van de Regeling betreft de mate van **complexiteit** van de voorbehouden handeling.[15] De definitie van complexiteit is niet wettelijk vastgelegd en wordt uiteenlopend geïnterpreteerd. Het gaat hierbij onder andere over de complexiteit van de zorgsituatie en het klinisch redeneervermogen van de desbetreffende zorgverlener.[16] Het onderscheiden tussen complexe en niet-complexe zorg blijkt echter in de praktijk een uitdagend, lastig vraagstuk te zijn.[17]

Een verpleegkundig specialist:[18]

"Als regiebehandelaar ben ik zelf verantwoordelijk voor het behandelplan/zorgleefplan van mijn eigen bewoners. Van opname tot ontslag of overlijden (met uitzondering van de lijkschouw, die wettelijk gezien nog is voorbehouden is aan een arts) ben ik de regiebehandelaar voor bewoner, familie en het multidisciplinaire team dat bij de bewoner betrokken is. Soms zijn er momenten waarbij ik constateer dat mijn kennis en deskundigheid hierbij tekortschiet. Op zo'n moment kan ik altijd een beroep doen op mijn collega-specialist ouderengeneeskunde, voor intercollegiaal overleg. Deze is in mijn geval niet op locatie aanwezig, maar wel altijd telefonisch bereikbaar en kan indien nodig binnen 30 minuten ter plaatse zijn."

Complexiteit wordt in de praktijk niet eenduidig beoordeeld en die beoordeling kan met het opdoen van ervaring en daardoor toegenomen bekwaamheid ook weer veranderen. Het is daarom niet generiek vast te leggen welke handelingen wel of niet mogen worden

---

[15] Zie ook de annotatie van Naber bij twee tuchtzaken betreffende physician assistants, die ook de voorwaarde van 'overzienbare risico's' bespreekt: RTG Amsterdam 7 mei 2025 en RTG Zwolle 14 februari 2025 m.nt. mr.J.M.M. Naber, *TvGR* 2025 (49)6, p.621 ev.
[16] Zoals gehanteerd in de *Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg* van Verenso, V&VN VS en NAPA (2022). Afkomstig uit Guarinoni et al. (2014), overgenomen in Van Straalen en Schuurmans (2017).
[17] Zie Wallenburg, Janssen en de Bont, *De rol van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in de zorg*, IBMG Erasmus Universiteit, 2015.
[18] Verenso, V&VN VS en NAPA (2022).

uitgevoerd. Dit dient door de betrokken professionals te worden bepaald in de specifieke zorgsituatie (zie over bekwaamheid hfst. 3). Een verpleegkundig specialist is zelf verantwoordelijk voor de door haar uitgevoerde handelingen.

Als blijkt dat er werkzaamheden nodig zijn die buiten haar deskundigheid en competentie vallen, is het belangrijk om een andere specialist te consulteren of de patiënt door te verwijzen. Op de werkvloer worden hierover afspraken gemaakt, zodat dit geregeld kan worden via direct contact of telefonisch overleg. Overigens kan ook de medisch specialist de verpleegkundig specialist vragen om consultatie.[19]

De onderstaande definitie van Guarinoni et al. sluit goed aan bij de gelaagdheid van het begrip complexiteit en de verwevenheid van complexiteit en bekwaamheid.

Complexiteit van de zorgsituatie volgens Guarinoni et al.
Onderstaande kenmerken kunnen van invloed zijn op de complexiteit van de zorgsituatie:

- **Persoonlijke kenmerken van de cliënt.** Demografische gegevens, leefstijl, persoonlijk vermogen en mate van kennis om gezondheidsbesluiten te kunnen nemen.
- **Klinische kenmerken.** Medische diagnose, de mate van (on)zekerheid van de diagnose, therapie en zorg, chroniciteit, lichamelijke functie en handicap, cognitief functioneren, voedingstoestand, ernst van de aandoening en ernst van de symptomen, complicaties, multipathologie, geriatrische aandoeningen, spoedeisendheid van de situatie, kritiek of minder kritieke toestand.
- **Zorgkenmerken.** Verpleegkundige diagnosen, interventies en uitkomsten, intensiteit van enkelvoudige verpleegkundige zorgactiviteiten, mate waarin andere zorgprofessionals betrokken zijn, bijvoorbeeld fysiotherapeut, huisarts.
- **Sociale kenmerken.** Sociaal functioneren, stabiliteit in de woonsituatie, mate waarin de cliënt beschikt over een steunsysteem, sociaaleconomische situatie, culturele omstandigheden, beschikbaarheid van technologie.
- **Kenmerken van het zorgsysteem.** Kenmerken van de zorgorganisatie, mate waarin deskundig personeel beschikbaar is, mate waarin behoefte is aan coördinatie van de zorg, beschikbaarheid van technologie, kwaliteit van de dienstverlening van een organisatie, manier waarop patiënten worden toegewezen aan individuele zorgverleners en de caseload die daardoor ontstaat.
- **Klinisch redeneervermogen.** Het hangt van het klinisch redeneervermogen van de zorgverlener af of alle relevante gegevens correct worden meegenomen in een besluit. Het persoonlijk klinisch redeneervermogen is zodoende verbonden aan de complexiteit van zorgsituaties en andersom.

Nota bene: betreft alléén voorbehouden handelingen
Het is belangrijk om te vermelden dat de complexiteitseis in de Regeling alleen geldt voor voorbehouden handelingen. In de praktijk wordt deze soms onterecht op de gehele functie van de verpleegkundig specialist toegepast. Hierdoor ontstaat soms het misverstand bij andere zorgverleners dat verpleegkundig specialisten alleen laagcomplexe zorg mogen

[19] Idem.

bieden. Dit beperkt hun werkzaamheden onterecht en doet geen recht aan de brede deskundigheid van de verpleegkundig specialist.

2.3.3 Bevoegdheid binnen specifieke wettelijk gereguleerde werkterreinen

Bij werkterreinen die gereguleerd worden door speciale wetgeving (zoals de Opiumwet, arbo- en verzekeringsgeneeskunde, reizigersvaccinatie, Wet op de lijkbezorging) zijn sommige specifieke handelingen wettelijk toebedeeld aan de arts. Deze wetgeving dateert veelal van vóór de regulering van de verpleegkundig specialist (2018). Deze wetten gelden als speciale wetten (lex specialis) ten opzichte van de algemene Wet BIG (lex generalis) en gaan daardoor vóór op de wet BIG.

Binnen het specifieke, in die wetten geregelde terrein, wordt de arts nogal eens 'eindverantwoordelijk' genoemd. Daardoor is men huiverig om de verpleegkundig specialist bevoegd te verklaren om de in die wet genoemde handeling(en) te verrichten. Want deze bepalingen kunnen niet zo gelezen worden dat waar arts staat ook verpleegkundig specialist gelezen mag worden. Dit wringt wel omdat goed onderbouwd kan worden dat verpleegkundig specialist bekwaam is om de betreffende handeling te verrichten: veel handelingen uit die speciale wetgeving zijn helemaal niet te gecompliceerd en vallen binnen de deskundigheid van de verpleegkundig specialist. Bovendien zijn zowel de beroepen arts als verpleegkundig specialist gereguleerd in de Wet BIG, waarmee zij een eigen zelfstandige professionele bevoegdheid en tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid hebben.

Voor aanpassing via een wetswijziging is steun nodig van de betrokken spelers (zoals artsen, werkgevers en apothekers). Dat helpt de minister van VWS bij de onderbouwing.

2.3.4 Geen landelijke consensusdocumenten meer nodig

In de afgelopen jaren heeft V&VN VS meerdere landelijke consensusdocumenten opgesteld, in overleg met verschillende medisch wetenschappelijke verenigingen en met de beroepsvereniging van de physician assistants (NAPA) (bijvoorbeeld in expertisegebieden als orthopedie, cardiologie, klinische geriatrie, ouderenzorg en eerste lijn). In deze documenten stonden afspraken over taakherschikking, ondermeer over de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist. Veel consensusdocumenten dateren echter al uit de tijd vóór de wettelijke verankering van de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist. Bij de ontwikkeling van die documenten ontstonden regelmatig discussies over complexiteit. Soms gingen die over specifieke voorbehouden handelingen, maar veel vaker over de gehele uitoefening van het beroep.

Inmiddels zijn de wettelijke kaders duidelijk; een consensusdocument voegt daaraan niets toe maar leidt eerder tot inperking van de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist. Het bestuur van V&VN VS heeft daarom besloten om vanaf 2025 geen consensusdocumenten over taakherschikking meer te herzien of ontwikkelen.[20] Wel worden er samenwerkingsovereenkomsten gesloten, op lokaal en landelijk niveau. Zie ook

[20] Voorwoord I. Rinzema, Dé Verpleegkundig Specialist januari 2025.

paragraaf 3.3.1, waar beschreven staat dat er ook geen noodzaak meer is voor taakherschikkingsformulieren.

2.3.5 Formularium

Over het gebruik en de status van een formularium bestaan nog veel misverstanden. Een formularium is een bondige samenvatting van medicamenteuze adviezen die zich richten op een specifieke ziekte of op het stellen van een indicatie om voor te schrijven. Over die adviezen bestaat overeenstemming tussen de professionele zorgverleners. Het formularium richt zich op ziektebeelden en indicatiestelling en dus niet op het voorschrijfgedrag van specifieke beroepsbeoefenaren. Toch worden soms onder de naam 'formularium' lijstjes opgesteld van medicijnen die verpleegkundig specialisten zouden mogen voorschrijven.

De bevoegdheid van verpleegkundig specialisten om geneesmiddelen voor te schrijven is wettelijk vastgelegd. Lagere regelgeving mag niet in strijd zijn met deze wetgeving; dit betekent dat noch inperking noch uitbreiding van wettelijke bevoegdheden mogelijk is via aanvullende voorschriften. Een formularium kan dan ook niet dienen als grondslag voor (beperking van) voorschrijfbevoegdheid. V&VN VS adviseert daarom om geen gebruik te maken van dergelijke voorschrijflijsten en moedigt verpleegkundig specialisten aan hierover het gesprek aan te gaan met relevante partijen zoals management, organisaties en apotheken. [21]

2.3.6 Verschil tussen verpleegkundig specialist en gespecialiseerd verpleegkundigen

Zoals hierboven toegelicht, is de verpleegkundig specialist een verpleegkundige met bachelor diploma die daarna een HBO masteropleiding met goed gevolg heeft afgesloten. Na inschrijving in het Verpleegkundig Specialisten Register mag die persoon de titel voeren en zelfstandig het beroep van verpleegkundig specialist uitoefenen. De verpleegkundig specialist krijgt dus een nieuw beroep, namelijk verpleegkundig specialist en wordt NLQF 7.

Verpleegkundigen kunnen ook verpleegkundige vervolgopleidingen volgen voor meer vakinhoudelijke verdieping of specialisatie in het werk als verpleegkundige. Deze personen kunnen dan deze specifieke deskundigheid toepassen in specifieke functies, zoals oncologieverpleegkundige, SEH verpleegkundige of wijkverpleegkundige. Een NLQF 6 verpleegkundige die een specialisatie doet (dus post HBO), blijft verpleegkundige NLQF 6.

[21] Vogel en Dekker, 'Van experiment naar wetgeving. De wettelijke context van de voorbehouden handelingen', in: *Dé Verpleegkundig Specialist* 4(2018), p. 45-46.

Hoofdstuk 3
De bekwaamheid van de verpleegkundig specialist

3.1 Bekwaamheid algemeen

In artikel 36 van de Wet BIG worden de verschillende voorbehouden handelingen toegewezen aan specifieke beroepsgroepen. Deze zijn alleen bevoegd tot het indiceren en uitvoeren van de betreffende voorbehouden handelingen als zij daartoe ook bekwaam zijn.[22]

Bekwaamheid houdt hierbij in het beschikken over de kennis, vaardigheden en professionele houding die noodzakelijk zijn voor het behoorlijk uitvoeren van een voorbehouden handeling bij een individuele patiënt. Bekwaamheid is individueel bepaald en ook situationeel: afhankelijk van bijvoorbeeld de eigen vaardigheid, frequentie van het verrichten (indiceren en uitvoeren) van de handeling, het ziektebeeld van de patiënt en de situatie waarin de beroepsbeoefenaar handelt. Volgens de Wet BIG is het bekwaam zijn en blijven een eigen professionele verantwoordelijkheid. Alle beroepsbeoefenaren zijn zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van de bekwaamheid. De wet stelt geen eisen aan de manier waarop de bekwaamheid is verworven.

Vanwege de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die geleverd wordt en moet deze zorgen voor verantwoorde beroepsuitoefening door deskundige en bekwame beroepsbeoefenaren. De zorgaanbieder moet daarom de kwaliteit van het beroepsmatig handelen systematisch bevorderen en bewaken en dient voldoende gelegenheid te bieden om de bekwaamheid op peil te houden.

Voor álle beroepsbeoefenaren die zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten, geldt dat zij hiertoe uitsluitend bevoegd zijn als zij zelf redelijkerwijs mogen aannemen dat zij over de vereiste bekwaamheid beschikken om de handeling behoorlijk te verrichten (art. 35a lid 1 Wet BIG). Dit principe van 'zelfbeoordeling' is één van de fundamenten van de Wet BIG. Het betekent ook dat een beroepsbeoefenaar zelf moet kunnen verantwoorden waarom zij meent bekwaam te zijn en waarom zij meent 'behoorlijk' te hebben gehandeld (namelijk: volgens de professionele standaard). Door middel van het tuchtrecht kan worden beoordeeld of een beroepsbeoefenaar op goede gronden heeft aangenomen dat zij bekwaam was en of zij de handeling op een behoorlijke wijze heeft uitgevoerd.

Zie bijvoorbeeld de tuchtzaak tegen een internist die medisch advies geeft in opdracht van rechtsbijstandsverzekeraar:

"Het college is van oordeel dat hieruit volgt "dat de medisch adviseur bedacht moet zijn op de grenzen van zijn deskundigheid en het gevaar dat hij die overschrijdt. Als hij door die grenzen bepaalde vragen niet kan beantwoorden, moet hij dit in zijn advies aangeven en dient hij zo nodig een ter zake deskundige hiervoor te consulteren of adviseren tot (onafhankelijk) onderzoek door

[22] Zie rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/voorbehouden-medische-handelingen; KNMG, Overzicht beroepen en voorbehouden handelingen Wet BIG, 2023.

een ter zake deskundige.(..) In het onderhavige medische haalbaarheidsonderzoek had de medisch adviseur de beschikking over een second opinion van neurochirurg 2. (..) Daarmee is de medisch adviseur dus niet buiten zijn eigen deskundigheid getreden, maar heeft hij gebruik gemaakt van de second opinion die was verstrekt door een ter zake deskundig arts. In zoverre is dit klachtonderdeel ongegrond." (par. 5.5 - 5.10, ECLI:NL:TGZRSHE:2025:12).

3.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist is net als andere zorgprofessionals zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van haar bekwaamheid. Zij zal zelf in de praktijk beoordelen of zij over voldoende bekwaamheid beschikt om voorkomende (voorbehouden) handelingen te verrichten en is daartoe adequaat opgeleid.

Bovendien houdt de verpleegkundig specialist via de eisen voor herregistratie haar deskundigheid en werkervaring op peil. Om geregistreerd te blijven als verpleegkundig specialist dient zij na verstrijken van de registratietermijn van vijf jaar aan die eisen te voldoen (zie afbeelding hieronder).

Na voltooiing van de MANP-opleiding heeft de verpleegkundig specialisten een brede startkwalificatie. Zij heeft een of beide brede specialismen (AGZ en/of GGZ) en is daarbinnen werkzaam in expertise- en aandachtsgebieden, zoals bijvoorbeeld geriatrie.

Voorbeeld van beoordeling tuchtrechter of een verpleegkundig specialist als goed hulpverlener heeft gehandeld en dus voldoende bekwaam was:

"Het college moet beoordelen of de verpleegkundig specialist de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. Dat is een zakelijke beoordeling. De norm daarvoor is een 'redelijk bekwame en redelijk handelende' verpleegkundig specialist. Daarbij gaat het er niet om of het handelen beter had gekund, maar of de verleende zorg voldoet aan hetgeen redelijkerwijs mocht worden verwacht, gelet op de op dat moment voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en de stand van de wetenschap."(..) De verpleegkundig specialist wist dat zij geen kennis en ervaring had op het gebied van eetstoornissen en had zich moeten onthouden van elk ingrijpen in het voedingsschema zonder voorafgaande raadpleging van een deskundige. Het college is van oordeel dat de verpleegkundig specialist op dit punt tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld." (ECLI:NL:TGZCTG:2024:3)

3.3 Vraagstukken

3.3.1 Taakherschikking of vervulling eigen beroep

Onder taakherschikking verstaan we het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de individuele gezondheidszorg.[23] Dit is te onderscheiden van opdrachtverlening (ook wel 'delegatie' genoemd) volgens de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG. Daarbij wordt juist niet de gehele verantwoordelijkheid overgedragen maar alleen de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de taak zelf.

Taakherschikking draagt bij aan passende zorg. Passende zorg richt zich op het bieden van zorg die voor de patiënt waarde toevoegt en die samen met en rondom de patiënt wordt ingericht (samen beslissen is hierbij een belangrijk aspect). Hierbij wordt zorg dichtbij geboden waar het kan, op afstand waar het moet (de juiste zorg op de juiste plek) en is meer aandacht voor de gezondheid en zelfredzaamheid van de patiënt. De NZa is van mening dat de verpleegkundig specialist hierin een cruciale zorgpartner is doordat ze integraal expertise biedt met betrekking tot medische behandeling én de aspecten van passende zorg.[24] Het gaat dan ook inmiddels om samenwerking tussen verschillende beroepen in plaats van herschikking van taken.

Echter, doordat de verpleegkundig specialist is ontstaan vanuit het concept 'taakherschikking' is het soms nog steeds lastig om haar eigen bekwaamheid erkend te krijgen ten opzichte van de arts waarvan oorspronkelijk herschikt is of wordt. Omdat het uit taakherschikking voortkomt, denken sommigen nog steeds dat de verpleegkundig specialist eerst toestemming van de arts nodig heeft om haar zelfstandige bevoegdheid te vervullen. Het ministerie van VWS verwijst soms voor acceptatie van de positie van de verpleegkundig specialist naar KNMG, de beroepsvereniging van artsen. Zorgverzekeraars stellen soms eigen eisen voor de financiering en sluiten verpleegkundig specialisten daarvan uit. Daardoor wordt de verpleegkundig specialist geremd bij het in de volle breedte uitvoering geven aan haar positie en werkzaamheden.

Er zijn **geen taakherschikkingsformulieren** nodig om de werkzaamheden van de verpleegkundig specialist vast te leggen. Met de invoering van de definitieve regeling van de zelfstandige bevoegdheid is het niet langer nodig om, naast de wettelijke regeling, aanvullende afspraken te maken over het borgen van de kwaliteit van het voorschrijven of van het verrichten van andere voorbehouden handelingen.

3.3.2 Geen werkformulier of bekwaamheidsverklaring meer

In de praktijk wordt verpleegkundig specialisten soms verzocht een zogenaamd werkformulier of een bekwaamheidsverklaring in vullen en deze door artsen te laten ondertekenen. Juridisch gezien is dit echter niet noodzakelijk, aangezien verpleegkundig

---

[23] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, 2002, p. 15; *Kamerstukken* II 2009/10, 32261, nr. 3, p. 2 (Wet taakherschikking).
[24] Verklaring van de NZa, zie https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren/taakherschikking.

specialisten (net als andere artikel 14- beroepsbeoefenaren) zelf verantwoordelijk en aansprakelijk zijn voor de kwaliteit van hun handelen. Zij dienen er zelf op toe te zien dat zij binnen hun wettelijke bevoegdheden werken en beschikken over de vereiste bekwaamheid, zonder aanvullende regulering of controle door andere zorgprofessionals. Een werkformulier of bekwaamheidsverklaring vormt geen bewijs van bekwaamheid. V&VN VS beschouwt het gebruik van dergelijke documenten als ongewenst en adviseert hiervan af te zien.

Hoofdstuk 4 De professionele standaard

4.1 Algemeen

De **professionele standaard** is het geheel aan regels en normen die voor de beroepsgroep van zorgprofessionals gelden. Deze omvat om te beginnen de vakinhoudelijke wetenschappelijke (*evidence-based*) inzichten die de beroepsgroep heeft bepaald en de ervaring die de beroepsgroep met de betreffende handelingen heeft opgedaan (ook wel in zijn geheel de 'vakinhoudelijke standaard'). Professioneel handelen moet vakinhoudelijk aan twee eisen voldoen, namelijk de handeling moet medisch/ verpleegkundig zijn geïndiceerd met het oog op een concreet behandeldoel en zij moet volgens de regels van de kunst (*lege artis*) worden uitgevoerd. Daarnaast omvat de professionele standaard de rechten van de patiënt en andere maatschappelijke, gereguleerde aangelegenheden die op de hulpverlening van toepassing zijn.[25]

Iedere zorgprofessional moet bij het werk de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelen in overeenstemming met de op haar rustende verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit haar professionele standaard.[26] Dit is een eigen verantwoordelijkheid die door mogelijke wensen van de patiënt niet opzijgezet kan worden. Kern van de toetsing van de (tucht)rechter is of de zorgverlener heeft gehandeld met de deskundigheid en zorgvuldigheid die van haar in deze situatie verwacht mag worden. Maatstaf daarbij is de zorgvuldigheid die van een 'redelijk bekwaam en redelijk handelend zorgverlener' verwacht mag worden.[27] Dit betekent dat van de zorgverlener niet wordt verwacht dat zij aan de allerhoogste standaarden voldoet, waardoor zij enige eigen professionele ruimte behoudt. Daarnaast hoeft niet iedere beoordelingsfout haar te worden aangerekend.[28]

Bij de beoordeling van voorgelegde gevallen baseert de rechter zich in principe op de door de betreffende beroepsgroep opgestelde en/of geautoriseerde gedragsregels, richtlijnen en protocollen. De beroepsgroep zelf bepaalt wat binnen haar gelederen wordt verstaan onder bekwaamheid en wat wordt beschouwd als behoorlijk, professioneel handelen en het verlenen van goede zorg.[29]

De vakinhoudelijke normen zijn leidend, maar gemotiveerde afwijking daarvan is mogelijk als dit in het belang van de patiënt beter is.[30] De professional heeft de plicht zichzelf op de hoogte te houden van de relevante wetenschappelijke ontwikkelingen (bij- en nascholing, bijhouden vakliteratuur).

---

[25] Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, negende druk 2024, p. 37 ev.
[26] Artikel 453 Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo).
[27] Redelijk bekwaam betekent hier niet 'nogal of tamelijk bekwaam', maar dermate bekwaam zoals redelijkerwijs mag worden verwacht volgens de professionele standaard.
[28] HR 9 november 1990, ECLI:NL:HR:1990:AC1103 (Speeckaert / Gradener). Zie ook ECLI:NL:TGZRSHE:2023:10 (orthodontist); ECLI:NL:TGZRAMS:2023:116 (huisarts).
[29] Idem, p. 39-44. Zie ook de *AQUA-leidraad* van het Zorginstituut Nederland (2021), met aandachtspunten en overwegingen voor de ontwikkeling of herziening van richtlijnen/standaarden en implementatie.
[30] HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377, r.o. 3.3.3 (Trombose-arrest); HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, r.o. 3.4 (Protocol II-arrest).

4.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist

Voor de verpleegkundig specialist bestaat de professionele standaard uit de regels en normen die invulling geven aan het goed hulpverlenerschap van de verpleegkundig specialist, zoals die algemeen worden aanvaard binnen de beroepsgroep.[31] Naast de vakinhoudelijke regels van de verpleegkundig specialist betreft dat ook protocollen en richtlijnen, gedragsregels, algemene zorgvuldigheidsvereisten en de normen uit wet- en regelgeving en rechtspraak. De Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden en het Beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist vormen de basis voor de professionele standaard.

Een en ander is weergegeven in onderstaande afbeelding:

Vakinhoudelijke normen	**Juridische en maatschappelijke normen**	**Mengvormen**
Vakinhoudelijke regels	Wet- en regelgeving	Richtlijnen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg
(Zorg)standaarden, richtlijnen en protocollen	Jurisprudentie: uitspraken van de (tucht)rechter	Standpunten en adviezen van beroepsorganisatie V&VN en V&VN VS
Beroepscode V&VN (beroepsethiek)		Beroepsnormen
Beroepsprofielen		

Tot de professionele standaard van de verpleegkundig specialist behoren zowel de door V&VN vastgestelde richtlijnen als de multidisciplinaire richtlijnen waarbij V&VN aan tafel zit en die zij geautoriseerd heeft. Daarnaast volgt de verpleegkundig specialist ook bijvoorbeeld richtlijnen van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Commissie Reizigersvaccinatie (LCR).

4.3 Vraagstukken

4.3.1 Landelijke richtlijnen vs lokale samenwerking

Landelijke richtlijnen zijn eigenlijk niet bedoeld voor afspraken over de organisatie van de zorg. Toch bevatten die soms dergelijke onderdelen, waarin men wil vastleggen wie wat mag. Soms wordt daarin uitgesloten dat de verpleegkundig specialist bepaalde handelingen zou mogen doen.

De multidisciplinaire richtlijn Palliatieve sedatie (IKNL, 2022) is door V&VN slechts gedeeltelijk geautoriseerd. V&VN erkent de passages uit de richtlijn die de bevoegdheid tot indicatiestelling beperken tot de arts nadrukkelijk niet als professionele standaard en heeft een eigen Leidraad ontwikkeld over het stellen van de indicatie voor palliatieve sedatie door verpleegkundig specialisten. Het uitgangspunt hierin is dat de indicatie voor palliatieve sedatie alleen kan worden gesteld door beroepsbeoefenaren die **bevoegd** en

[31] V&VN, *De professionele standaard, een uitwerking*, 2015; art. 453 Wgbo en art. 2 Wkkgz.

bekwaam zijn en ook daadwerkelijk als behandelaar bij de patiënt zijn **betrokken**. V&VN vindt dat naast de arts ook de verpleegkundig specialist, zeker wanneer zij de regievoerend behandelaar is, de indicatie voor palliatieve zorg kan en mag stellen en dat dit in lijn is met wet- en regelgeving. Alle andere onderdelen van de multidisciplinaire richtlijn zijn wél overgenomen door V&VN. Deze onderdelen van de multidisciplinaire richtlijn zijn samen met de Leidraad de professionele standaard voor palliatieve sedatie voor de verpleegkundig specialist (en verpleegkundigen en verzorgenden IG).

Het is belangrijk dat elke tafel representatief is voor de relevante beroepen uit de richtlijn, maar dit gebeurt nog niet altijd. V&VN autoriseert daarom geen richtlijnen meer als de *governance* van de totstandkoming ervan niet op orde is of de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist verkeerd zijn geformuleerd.

4.3.2 Afwijken van de richtlijn

In de dagelijkse praktijk baseert de verpleegkundig specialist haar handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende vakgebied. Net als andere BIG-geregistreerde zorgverleners mag zij daarvan gedocumenteerd en gemotiveerd afwijken, op basis van *evidence based* inzichten ten bate van de patiënt. Bij twijfel vindt er overleg plaats binnen de eigen vakgroep en desgewenst vindt afstemming plaats met andere disciplines. Binnen deze kaders neemt de verpleegkundig specialist zelfstandig beslissingen over de indicatie en het verrichten van de voorbehouden handelingen. Een afwijking van de richtlijn valt daarmee niet meteen buiten haar bevoegdheid.

Hoofdstuk 5
Professionele autonomie en verantwoordelijkheid

5.1 Algemeen

Om volgens professionele standaarden te kunnen werken, heeft een zorgprofessional ruimte nodig van overheid en samenleving, en van de organisatie waar zij werkzaam is. De **professionele autonomie** dient het belang van de patiënt. Deze autonomie betreft alleen het medische of verpleegkundige vakgebied. Als het gaat om patiëntenrechten (zoals vermeld in de Wet geneeskundige behandelovereenkomst, Wgbo) en andere maatschappelijke verplichtingen, moet de professional zich altijd houden aan geldende normen en regels.

De individuele professional maakt deel uit van haar beroepsgroep. Zoals al opgemerkt stelt de beroepsgroep de professionele standaard vast. Geautoriseerde richtlijnen zijn dan ook geen beperking van de professionele autonomie maar juist een uitdrukking daarvan.

De zorgprofessional heeft weliswaar professionele autonomie maar zal wel altijd **verantwoording** moeten afleggen over haar handelen en dient daarover transparant te zijn. Professionele autonomie komt alle beroepsgroepen in de gezondheidszorg toe en staat multidisciplinaire samenwerking niet in de weg. Integendeel, alleen met respect voor ieders professionele autonomie is samenwerking mogelijk. De professionele autonomie wordt wel begrensd door de patiënt, in die zin dat altijd geïnformeerde toestemming voor een behandeling vereist is (vanwege de Wgbo). De beroepsbeoefenaar heeft dus geen behandelrecht.[32]

De termen supervisie en intervisie worden in de praktijk regelmatig gebruikt en vaak verschillend geïnterpreteerd. Het is verstandig hier zoveel mogelijk één interpretatie van te gebruiken, die ook zoveel mogelijk aansluit bij de wet en de interpretatie daarvan door de tuchtrechter. Dat leidt tot het volgende.

I. Supervisie

Daarvan spreekt men in de gezondheidszorg in ieder geval als de beroepsbeoefenaar **in opleiding** is (dus bijvoorbeeld als vios). Zowel supervisor als de gesuperviseerde hebben een eigen verantwoordelijkheid. Deze zijn afhankelijk van alle omstandigheden van de situatie: welke bekwaamheid had de gesuperviseerde in die situatie en welke mate en kwaliteit van supervisie was in die situatie nodig?[33]

De opleiding van vios richt zich op het zelfstandig kunnen uitvoeren van voorbehouden handeling en ook op de beroepsontwikkeling in bredere zin. Tijdens de opleiding biedt de supervisor de noodzakelijke begeleiding en neemt deze de behandeling over als de gesuperviseerde aangeeft zich niet bekwaam genoeg te voelen.[34] De gesuperviseerde moet zelfoverschatting vermijden.

---

[32] Leenen 2024, p. 50 - 51.
[33] Mathijsen ea, 'Toenemende zelfstandigheid van een aios', in *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2024;168:D8190.
[34] Van der Helm, 'Specialist en assistent-geneeskundige; tuchtrechtelijke verdeling van verantwoordelijkheden', in: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2001;145:1416-9.

De supervisor moet de behandelaanpak verantwoord achten en heeft meer de verantwoordelijkheid om de lijn te bewaken. De supervisor moet daarnaast ook toezien op de juiste uitvoering ervan door de gesuperviseerde. De supervisie vereist dat beiden de patiënt vaak samen zien en duidelijke, concrete afspraken maken over hoe de supervisor te bereiken is. De gesuperviseerde is zelf verantwoordelijk voor het eigen handelen. Naarmate de bekwaamheid van de gesuperviseerde toeneemt, is meer zelfstandig te werk gaan gerechtvaardigd en kan de mate van toezicht door de supervisor afnemen.[35]

II. Intervisie

Dit zijn verschillende methodes om te leren van eigen werkervaringen en reflectie met collega's uit het eigen vakgebied. Het is een collegiale uitwisseling met focus op professioneel handelen van medewerkers.

III. Interprofessioneel (intercollegiaal) consult of overleg

De verantwoordelijkheid van de behandeling blijft hier bij de behandelaar, de geconsulteerde collega is verantwoordelijk voor haar advies.

De hoofdregel inzake verantwoordelijkheid van zorgprofessionals luidt: je bent niet verantwoordelijk voor wat een ander doet, wel voor wat jezelf doet en voor wat je aan een andere beroepsbeoefenaar overdraagt. Dat laatste geldt bijvoorbeeld als de verpleegkundig specialist of de arts als zelfstandig bevoegde aan een niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessional een **opdracht** geeft tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling.[36] De opdrachtnemer is dan verantwoordelijk voor de uitvoering van de handeling, de opdrachtgever niet (horizontale samenwerking). Vóór de invoering van de Wet BIG gold de zogenoemde '**verlengde arm**-constructie', waarbij de opdrachtgever wél verantwoordelijk was voor de uitvoering van voorbehouden handelingen door de opdrachtnemer (meer verticale samenwerking). Dat is nu dus niet meer zo.

Een veelvoorkomende bron van verwarring is de mate van verantwoordelijkheid van de **zorgaanbieder**. Volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moet de zorgaanbieder instaan voor goede zorg binnen de instelling. Dit betekent dat ze de organisatie op orde moet hebben en ervoor moet zorgen dat zorgprofessionals hun werk volgens de professionele standaard kunnen uitvoeren. Daarnaast moet de organisatie helder regelen wie waar verantwoordelijk en bevoegd voor is, en duidelijke afspraken maken over overleg en verantwoording. Als een beroepsbeoefenaar niet aan de eisen voldoet, kan de zorgaanbieder hierop worden aangesproken en moet hij ingrijpen bij disfunctioneren.

De zorginstelling mag zich echter niet mengen in de professionele verantwoordelijkheid van de zorgprofessional. Want de zorgprofessional is zelf individueel verantwoordelijk voor de medische behandeling en verpleegkundige interventies.[37]

---

[35] Zie bijvoorbeeld CTG 6 juni 2013 (ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2967), Medisch Contact 4 juli 2013.
[36] Geregeld in de artikelen 35 lid 1 en 38 Wet BIG.
[37] Leenen 2024, p.51 - 52.

5.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist

Zoals boven al vermeld, zijn alle BIG-beroepen zelf verantwoordelijk voor hun eigen handelen en dienen zij zelf te beoordelen of zij daarvoor voldoende bekwaam zijn, vanuit hun eigen professionele autonomie. Verpleegkundig specialisten zijn zich daar zeer van bewust, juist omdat zij zich soms in nieuw vaarwater begeven. Zij worden opgeleid als zelfbewuste beroepsbeoefenaar. Zelfreflectie, intervisie en intercollegiale toetsing (ICT) vormen de basis van de herregistratie-eisen voor de VS.[38] De eigen professionele attitude en ontwikkeling van de verpleegkundig specialist beïnvloedt de mate waarin zij op basis van gelijkwaardigheid met andere beroepsbeoefenaren haar beroep uitoefent.

Het is goed om nogmaals te benadrukken dat het uitdrukkelijk niet zo is dat als een verpleegkundig specialist ergens begint te werken (binnen het specialisme waarin zij is opgeleid) zij dat eerst onder supervisie van een arts zou moeten doen. In principe is zij bevoegd. Bekwaam wordt ze door een gedegen inwerkplan waarbij ondersteuning van de collega's zijn opgenomen. Zoals alle BIG-beroepsbeoefenaren kent de verpleegkundig specialist eigen professionele autonomie.[39]

5.3 Vraagstukken

Onderscheid met physician assistant
De verpleegkundig specialist werkt op een andere manier samen met de arts dan de physician assistant dat doet. De verpleegkundig specialist stemt af met andere disciplines, zoals bijvoorbeeld medisch specialisten. Binnen deze kaders neemt de verpleegkundig specialist zelfstandig beslissingen over de indicatie en de verrichting van de voorbehouden handelingen.[40] Er zijn geen specifieke voorwaarden opgenomen over de samenwerking met andere zorgprofessionals.

Dat is voor de physician assistant anders geregeld. Deze legt met de supervisor na afronding van de opleiding samenwerkingsafspraken over het medisch handelen van de physician assistant en de te behandelen patiëntengroepen schriftelijk vast. Gezien het deskundigheidsgebied van de physician assistant is zij werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één arts (medisch specialist) deel van uitmaakt.[41]

Deskundigheid tuchtrechter
Het is belangrijk dat ook de tuchtrechter in zijn beoordeling van zaken helder heeft dat de verpleegkundig specialist als zelfstandig behandelaar werkzaam is in overeenstemming met de Wet BIG. Dat dit niet altijd zo is, blijkt bijvoorbeeld uit de uitspraak waarbij het tuchtcollege meent dat bij complexer wordende situaties de verhouding van specialist oudergeneeskunde ten opzichte van de verpleegkundig specialist moet veranderen naar supervisor (ECLI_NL_TGZRZWO_2023_186). Dit strookt niet met de zelfstandige

---

[38] Zie in College specialismen verpleegkunde, Algemeen besluit specialismen verpleegkunde (2020).
[39] Zie ook de annotatie van Naber bij twee tuchtzaken betreffende physician assistants, waar ook eventuele benodigde supervisie besproken wordt: RTG Amsterdam 7 mei 2025 en RTG Zwolle 14 februari 2025 m.nt. mr.J.M.M. Naber, *TvGR* 2025 (49)6, p.621 ev.
[40] Zie Bijlage 2.
[41] Zie Nota van Toelichting bij Besluit Opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, Staatsblad 2018, 130, en ook Bijlage 2 van deze notitie.

bevoegdheid van de verpleegkundig specialist. Voor iedere BIG-beroepsbeoefenaar geldt dat zij zelf moet nagaan waar de grenzen van haar bekwaamheid liggen en zo nodig in intercollegiaal overleg dient te gaan met een andere zorgverlener en/of de zorg daarnaar doorverwijst en overdraagt.

Hoofdstuk 6
Interprofessionele samenwerking en verantwoordelijkheid

6.1 Algemeen

Bij zorgverlening zijn vaak verschillende zorgverleners betrokken die in meer of mindere mate samenwerken aan de behandeling van één patiënt. Dit kan gebeuren in teamverband, binnen multidisciplinaire samenstellingen, bij transmurale zorg (waarbij zorgverleners uit verschillende instellingen samenwerken) of ketenzorg (waarbij de patiënt wordt overgedragen tussen zorgverleners). Een goede samenwerking is essentieel, niet alleen voor de kwaliteit van de zorg, maar ook voor het waarborgen van de rechten van de patiënt. Heldere afspraken over wie waarvoor verantwoordelijk is, zijn bovendien belangrijk om de financiering van behandelingen goed te regelen.

Vooral twee wetten zijn van belang voor het vormgeven en vastleggen van die samenwerking: de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet BIG, die wijzen op respectievelijk de verantwoordelijkheid van de zorginstelling en de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener. Deze wetten grijpen op elkaar in.

Instellingsverantwoordelijkheid
De zorginstelling moet zorgen dat verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten zodanig aan de daar werkzame zorgverleners toegedeeld zijn dat goede zorgverlening geborgd is (art. 3 Wkkgz). Dit vraagt instellingsbreed beleid. De IGJ ziet hierop toe.[42]

Verantwoordelijkheid individuele zorgverlener
Daarnaast heeft iedere behandelaar zelf haar eigen professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van het eigen aandeel in de zorgverlening en is daarvoor tuchtrechtelijk verantwoordelijk (Wet BIG en Wgbo). Vragen die hierbij opkomen zijn: hoever reikt die verantwoordelijkheid in het geval van samenwerking met andere zorgverleners? Hoe moet voorkomen worden dat de patiënt tussen de wal en het schip raakt en de kans op risico's en incidenten toeneemt? En hoe is de verpleegkundig specialist als zorgverlener hierin gepositioneerd?

Zorgverleners handelen vanuit hun professionele deskundigheid en ervaring. Maar als meerdere professionals zorg verlenen aan één patiënt, moeten die verrichtingen tezamen bijdragen aan goede zorg en moet daarbij voldoende afstemming en communicatie met de patiënt zijn. Ook moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor welke onderdelen van de behandeling.

Hoe het was: hoofdbehandelaar
Lang waren tuchtcolleges, IGJ en praktijk het erover eens dat bij samenwerking een van de zorgverleners aangesteld kon worden als **hoofdbehandelaar**. Deze was belast met de regie van de behandeling van de patiënt en zorgde ervoor voor dat de verrichtingen van allen die

[42] Joeloemsingh, 'Heldere afspraken. Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg', in: *Medisch Contact* 2 februari 2007.

beroepsmatig bij de behandeling van de patiënt waren betrokken, onderling werden afgestemd en gecoördineerd. Daarnaast was de hoofdbehandelaar tijdens het hele behandeltraject het centrale aanspreekpunt voor zowel betrokken zorgverleners als de patiënt en diens naasten. Deze algemene omschrijving was in een zestal eisen gedetailleerd uitgewerkt. De hoofdbehandelaar was *eindverantwoordelijk voor de regie* maar daarnaast niet verantwoordelijk voor uitgevoerde verrichtingen van zorgverleners van andere specialismen.[43] Toch werd er vaak vanuit gegaan dat als er een hoofdbehandelaar was dat diegene dan ook 'inhoudelijk eindverantwoordelijk' was. De hoofdbehandelaar hoefde niet per definitie een arts te zijn want, afhankelijk van de omstandigheden, kon dat bijvoorbeeld ook een GZ-psycholoog of een verpleegkundig specialist zijn.[44]

Het IGJ, zorginstellingen en zorgverzekeraars hanteerden deze verantwoordelijkheidsverdeling. Zorginstellingen zorgden ervoor dat in principe iedere opgenomen patiënt een bij naam bekende hoofdbehandelaar kreeg, vaak een medisch specialist. Afhankelijk van de fase van diens behandeling ging het hoofdbehandelaarschap over naar de meest aangewezen zorgverlener.[45]

Vaak werd ook gesproken van eindverantwoordelijkheid, zonder echter precies te duiden wat dat inhoudt, hoe ver die reikt en hoe zich dat verhoudt tot de professionele verantwoordelijkheid van andere betrokken zorgverleners c.q. medebehandelaren.

Situatie nu: de regiebehandelaar

In 2021 stapte het Centraal Tuchtcollege (CTG) over van het begrip hoofdbehandelaar naar het begrip **regiebehandelaar**.[46] Aanleiding voor die herformulering is de toegenomen complexiteit van de zorg waardoor volgens het CTG uitgangspunten nodig zijn die flexibeler toegepast kunnen worden. De term regiebehandelaar benadrukt expliciet dat ieder van de betrokken zorgprofessionals verantwoordelijk is voor de zorg binnen haar eigen expertise. Maar als de aard of complexiteit van een behandeling dat nodig maakt, moeten de betrokken zorgverleners ervoor zorgen dat één van hen als regiebehandelaar wordt aangewezen.[47]

De regiebehandelaar moet erop toezien:

1. dat de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
2. dat er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners; en
3. dat er één aanspreekpunt voor de patiënt en diens naaste(n) is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling. Deze persoon hoeft zelf niet alle vragen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar antwoorden weten.

---

[43] CTG 1 april 2008, *GJ* 2008/83.

[44] Zie ook in de 2010-versie van de *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* van KNMG, V&VN en andere beroepsverenigingen. In 2007 stelde de IGZ nog als voorwaarde dat de hoofdbehandelaar altijd een medisch specialist is (zie voetnoot 40).

[45] Joeloemsingh 2007, p. 204.

[46] Voor waar het de algemene gezondheidszorg betreft. Binnen de geestelijke gezondheidszorg was men al eerder overgestapt op het benoemen van een regiebehandelaar (zie kader onderaan deze paragraaf).

[47] CTG 29 januari 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:36.

De regiebehandelaar hoeft zelf niet het aanspreekpunt te zijn, maar moet ervoor zorgen dat er een aanspreekpunt is en dat de patiënt en diens naasten weten wie dat is. De hoofdbehandelaar had wel zelf die taak.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het voeren van regie en is daarnaast als behandelaar verantwoordelijk voor haar deel van de behandeling. Ook nu hoeft de regiebehandelaar niet noodzakelijkerwijs arts te zijn en kunnen ook andere zorgverleners, zoals een verpleegkundig specialist, een verpleegkundige of een andere zorgverlener, de rol van regiebehandelaar vervullen.

Betekenis voor de praktijk
Deze CTG-uitspraak is verwerkt in de daarop vernieuwde *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* (2022). Deze biedt overkoepelende aandachtspunten voor samenwerking in de zorg.[48] De Handreiking is algemeen geformuleerd en toepasbaar in alle sectoren van de gezondheidszorg. In elke sector kan zelf gekeken worden wat nodig is voor de inrichting van de zorg en in welke situaties een regiebehandelaar aangewezen is. In de vernieuwde handreiking ligt het accent op het beleggen van de verantwoordelijkheid voor de regie van de zorg en het aanwijzen van een vast aanspreekpunt voor de cliënt. Er wordt niet meer gesproken van eindverantwoordelijkheid. De handreiking maakt deel uit van de professionele standaard voor de zorgverlener, die zij als 'goed hulpverlener' dienen toe te passen. Ook de FMS rept verder niet over 'inhoudelijke eindverantwoordelijkheid'.[49]

Belangrijkste gevolgen van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar

- In de uitspraak en in de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling wordt niet meer gesproken over 'eindverantwoordelijkheid'. De regiebehandelaar is niet verantwoordelijk voor het handelen van de andere zorgverleners.
- Volgens de lijn van het CTG is er geen hoofdbehandelaar meer. Een regiebehandelaar is alleen nodig als de aard en complexiteit van de zorg dat nodig hebben. Hier moeten per sector, zorginstelling en vakgroep afspraken over gemaakt worden en is ook flexibiliteit geboden. Voorheen werd meestal, al bij binnenkomst, een hoofdbehandelaar aangesteld.
- Iedere betrokken behandelaar moet zich expliciet afvragen of de casus complex is of niet. Ieder is verantwoordelijk en tuchtrechtelijk aanspreekbaar op het duidelijk aanstellen van een regiebehandelaar, ook al is dat mede (of eigenlijk) de taak van de zorginstelling conform de Wkkgz. De betrokken zorgverleners mogen geen afwachtende houding aannemen over de vraag of een regiebehandelaar nodig is of niet, ook als de instelling waar zij werkt geen of onvoldoende afspraken heeft gemaakt. Zij moeten zelf initiatief nemen om samen af te wegen of een regiebehandelaar nodig is en om afspraken te maken (inspanningsverplichting).[50]

---

[48] Zie hoofdbehandelaar-wordt-regiebehandelaar-in-de-herziene-handreiking-over-samenwerken-in-de-zorg/.
[49] De Federatie Medisch Specialisten bracht een Factsheet en Handvatten uit voor de aanpassing van lokale protocollen rondom Verantwoordelijkheidsverdeling, ter implementatie van de CTG uitspraak.
[50] CTG 29 januari 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:36, r.o. 4.10. Zie ook Vermaas e.a., 'Het hoofdbehandelaarschap revisited: van normen naar concrete invulling', in: *TvGR* 2014(38)1, p. 8-10.

Hierdoor kunnen zij individueel tuchtrechtelijk op aangesproken worden.
- Er moet nu meer flexibel, in individuele gevallen, bepaald worden of er een regiebehandelaar aangesteld moet worden. Dit biedt wellicht meer mogelijkheden voor de verpleegkundig specialist (en ook de gespecialiseerd verpleegkundigen).
- De inhoudelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar is een stuk minder breed dan die van de hoofdbehandelaar.

Juridische situatie anno 2026
- Geen eindverantwoordelijkheid (ook niet 'inhoudelijk' of 'medisch')
- Geen hoofdbehandelaar
- Wel mogelijk meerdere behandelaren
- Als de casus complex is, heeft een van hen de regie en is regiebehandelaar

Voortdurende discussie
Echter, in de praktijk is dit nog niet overal doorgevoerd en blijven beide nog in het beleid en procedures van instellingen verweven, waarbij ook verschillende definities worden gebruikt.[51] Ook de jurisprudentie van de tuchtcolleges is nog niet geheel consistent.[52]

Regie of hoofdbehandelaarschap wordt ook wel opgevat als 'eindverantwoordelijkheid over de regie' of `organisatorische eindverantwoordelijkheid'. Echter, geregeld wordt het ook opgevat als dat diegene ook *'inhoudelijk eindverantwoordelijk'* is en 'medische eindbeslissingen' neemt.

Ook wordt de taak van hoofd/regiebehandelaar toch nog regelmatig bij een arts belegd, terwijl ook de verpleegkundig specialisten en anderen die rol kunnen vervullen. Dat komt ook doordat zorgverzekeraars en de IGJ de hoofd- of regiebehandelaar nog steeds vooral beschouwen als de 'inhoudelijk eindverantwoordelijke voor de behandeling' en die rol bij voorkeur bij een medische specialist beleggen.[53] Ook de NZa gebruikte nog lang in haar regelgeving de term 'hoofdbehandelaar', waarbij de financiële afwikkeling van zorg gebaseerd was op de in het systeem aangegeven hoofdbehandelaar.[54]

Aan de ene kant onderschrijft eenieder wel dat alle BIG-geregistreerde zorgverleners een eigen individuele verantwoordelijkheid hebben en dus niet verantwoordelijk zijn voor het handelen van een ander. En dat het verstandig is om een regiebehandelaar aan te wijzen bij zorg door meerdere zorgverleners, maar onduidelijk is wanneer. Meteen aan het begin van het behandeltraject, bij opname in de zorginstelling of 'als de aard of complexiteit van een behandeling dat nodig maken', waarbij het de vraag is wanneer dat zo is.

---

[51] Van Es, 'Regiebehandelaar, een rustig bezit?', in: *TvGR* 2024 (48)1, p. 50, en Hennissen ea., 'De regiebehandelaar in het ziekenhuis', in: *NTvG* 2024(168).
[52] Zie bijvoorbeeld ECLI:NL:TGZRZWO:2022:148 en ECLI:NL:TGZRZWO:2023:67.
[53] Zo ook bijvoorbeeld in het nog niet geactualiseerde IGJ Toetsingskader verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg (2018) en in functiewaarderingstelstel FWG 3.0. Al klinken er signalen dat de FWG dit in lijn van de jurisprudentie wil gaan aanpassen.
[54] Vermaas e.a. (2014), p. 10 ev; NZa Circulaire CI/14/3c Toelichting regelgeving MSZ.

Regiebehandelaarschap in de GGZ
In de **GGZ** is de rol van regiebehandelaar al in 2016 ingevoerd omdat geoordeeld werd dat hoofdbehandelaarschap te veel was toegespitst op de inhoud van zorg, terwijl er juist behoefte was aan regie en coördinatie van de behandeling. Binnen de GGZ is in veel gevallen sprake van samenhangende gezondheidsproblemen. Op nationaal niveau is afstemming bereikt over de invulling van het regiebehandelaarschap in de ggz, vastgelegd in het 'Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ'.[55] Dit kwaliteitsstatuut biedt ggz partijen helderheid en richting door een gedetailleerde beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar. Het regiebehandelaarschap in de ggz is opgedeeld in twee regierollen: de indicerende rol en de coördinerende rol. Deze twee rollen kunnen door twee verschillende zorgverleners worden ingevuld, beide onder meer door verpleegkundig specialisten GGZ.

Dit wijkt af van de begripsopvatting van het regiebehandelaarschap die het CTG hanteert: daar staat het indiceren los van de taak van regiebehandelaar. De indicerende taak ligt bij de (mede)behandelaren. Een van hen kan de regiebehandelaar zijn maar die rol kan ook door een andere zorgverlener vervuld worden.

6.2 Uitwerking voor de verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist werkt ook geregeld samen met andere zorgverleners en heeft daarbij haar eigen zelfstandige bevoegdheid als behandelaar. De verpleegkundig specialist kan in een team met bijvoorbeeld artsen werken maar dit is niet noodzakelijk. Zij kan ook als ZZP'er werken of als eigenaar van een zorginstelling.

De verpleegkundig specialist kan ook regiebehandelaar zijn, binnen de grenzen van haar bevoegdheid en deskundigheid, zoals dat ook voor andere zorgverleners geldt. Dat volgt ook uit het Beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist, waar die rol r**egievoerend behandelaar** wordt genoemd**.** Er zijn inmiddels veel verpleegkundig specialisten werkzaam als regiebehandelaar van patiënten. Er is nog wel variëteit in de samenwerking tussen verpleegkundig specialisten en anderen en ook loopt de functie-inhoud uiteen.

In de ouderenzorg kan de verpleegkundig specialist als zelfstandig behandelaar binnen een zorgteam als regievoerend behandelaar of medebehandelaar werken.[56] Vaak worden duidelijke samenwerkingsafspraken gemaakt, die zien op ieders deskundigheid, de complexiteit van de zorg en de verantwoordelijkheden.

Binnen de huisartsenzorg speelt dat de huisarts daar als praktijkhouder, dus als zorgaanbieder vanuit de Wkkgz, verantwoordelijk is voor het leveren van het aanbod huisartsgeneeskundige zorg binnen de huisartsenpraktijk. De verpleegkundig specialist binnen de huisartsenzorg heeft een professionele verantwoordelijkheid voor haar bijdrage

[55] Inmiddels is versie 4.0 ingeschreven in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland, zie www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut.
[56] Zie Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg (2022).

aan de zorgverlening en is dan ook tuchtrechtelijk aansprakelijk voor de handelingen die zij zelfstandig uitvoert.[57]

Binnen de oncologische zorg zijn (rand)voorwaarden voor goede oncologische zorg vastgelegd in SONCOS-normen. Oncologische zorg is bij uitstek multidisciplinair. Binnen het platform Oncologie – SONCOS zijn dan ook een groot aantal disciplines vertegenwoordigd. De casemanager heeft een rol die min of meer vergelijkbaar is met die van regiebehandelaar. Deze rol kan vervuld worden de verpleegkundig specialist, een oncologieverpleegkundige of een andere zorgverlener.[58]

In zijn algemeenheid geldt dat afgesproken kan worden dat bepaalde taken tot iemands verantwoordelijkheid behoren. Bijvoorbeeld de afspraak dat een van de zorgverleners (verpleegkundig specialist, arts of de Medische Dienst - waar ook verpleegkundig specialisten onder vallen) verantwoordelijk is voor het algemeen medisch beleid op een afdeling. Waarbij duidelijk geformuleerd wordt wat hieronder valt. Steeds geldt uiteraard dat iedere zorgverlener zelf verantwoordelijk is voor het eigen handelen.

Organisatiebrede samenwerkingsafspraken kunnen vastgelegd worden, zoals de zorgorganisatie Novicare dat bijvoorbeeld heeft gedaan met behulp van hun 'Kader verantwoordelijkheidsverdeling in het medisch domein' (2022).

Voor gebruik in de vvt-sector zijn in Novicare het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist en van specialist ouderengeneeskunde naast elkaar gelegd en zijn kaders en randvoorwaarden opgesteld om de taakverdeling op een verantwoorde manier uit te voeren.[59]
De voorheen gestelde eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde is losgelaten. Er is gekozen voor een meer hybride model waarbij de complexiteit bepaalt wie voor welk deel van de behandeling verantwoordelijk is. De verpleegkundig specialist is er medisch behandelaar en kan naast deze verantwoordelijkheid voor het inhoudelijke deel van de medische behandeling ook regiebehandelaar zijn van de cliënten die aan haar zijn toebedeeld.
Als de problematiek van de cliënt (deels) buiten het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist valt, kan de specialist ouderengeneeskunde of een andere behandelaar geconsulteerd via een specifieke vraag gericht op de (medische) behandeling. De verpleegkundig specialist is verantwoordelijk voor de beoordeling van het advies van de geconsulteerde andere behandelaar, de afweging van bruikbaarheid en de uitvoering en opvolging. De geconsulteerde behandelaar is verantwoordelijk voor de inhoud van het gegeven advies. Uitkomst van het consult kan zijn dat de andere behandelaar (tijdelijk) in medebehandeling komt, waarbij helder wordt afgestemd voor welke behandeldoelen de ander (mede)verantwoordelijk wordt. Als de andere behandelaar regiebehandelaar wordt, neemt diegene de regievoering over en kan de verpleegkundig specialist in medebehandeling blijven voor de minder complexe medische behandeling.

[57] V&VN VS, LHV, Ineen, *Consensusdocument Taakherschikking in de huisartsenzorg: De verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg*, 2024; CTG 4 maart 2008, *TvGR* 2008/31.
[58] Platform Oncologie – SONCOS, *SONCOS Normeringsrapport* 13 2025, p. 6-7.
[59] Roijen, 'De verpleegkundig specialist als regiebehandelaar: jazeker!', in: Dé Verpleegkundig Specialist 2023(3), p. 16 – 19.

Na een periode van pionieren, ontwikkelen én wennen, kunnen nu de vruchten van deze samenwerking geplukt worden: kwaliteitsverbetering, efficiëntie en meer werkplezier. Betrokkenen zien als sleutel van het succes: duidelijkheid, goede afspraken en dat je het proces samen aangaat.[60]

Ter illustratie een tuchtzaak tegen verpleegkundig specialist die regiebehandelaar in de ggz was.

Verpleegkundig specialist (verweerster) was regiebehandelaar van een patiënt met psychiatrische problematiek die al lange tijd het medicijn lithium gebruikte. Klaagster verwijt verweerster dat zij ondeskundig en onzorgvuldig heeft gehandeld, doordat zij:
1. een onjuiste verklaring heeft afgelegd, aangezien zij heeft verklaard in opdracht te handelen van de psychiater, terwijl zij eindverantwoordelijk* was voor de medicatie en op eigen initiatief heeft gehandeld;
2. geen middelen heeft ingezet om de opbouw en de afbouw van medicatie in goede banen te leiden en hierover geen advies heeft gevraagd van een nefroloog, een en ander zonder de familie daarbij te betrekken.

Het tuchtcollege oordeelde in deze zaak dat verweerster medicatie mocht voorschrijven en daarvoor eindverantwoordelijk was.* Zij heeft zich onvoldoende vergewist van de mogelijke gevolgen van het afbouwen van lithium zonder dat er een goed opbouwschema was voor Depakine, terwijl sprake was van een patiënt met een ernstige bipolaire stoornis. Ten onrechte heeft zij nagelaten de familie van de patiënt bij de behandeling te betrekken. Geen overzicht over het complexe ziektebeeld van de patiënt en de precaire balans die hij met het gebruik van lithium had gekregen. Onduidelijk is of zij de waarschuwingssignalen voldoende inzichtelijk had en heeft besproken met de casemanager. Ten onrechte geen nefroloog geraadpleegd en onvoldoende op de patiënt afgestemd overleg gehad met een geriater of een ouderenpsychiater. Gedeeltelijk gegrond. Berisping. (ECLI:NL:TGZREIN:2020:34)

* Hier wordt nog gesproken van eindverantwoordelijke. Dit was vóór bovengenoemde CTG-uitspraak in 2021.

6.3 Vraagstukken

6.3.1 Restrictieve invulling van regiebehandelaarschap en 'eindverantwoordelijkheid'

De taak van hoofd/regiebehandelaar wordt zoals gezegd soms nog restrictief ingevuld (exclusief toebedeeld aan specifieke functionarissen, meestal artsen/medische specialisten) en soms nog beschouwd als 'inhoudelijk eindverantwoordelijk'. Dit beperkt vaak de zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist en maakt het haar lastiger om als regiebehandelaar te werken. Verschillende motieven hiervoor zijn:

- Financiële belangen van de betrokken partijen: de hoofd/regiebehandelaar heeft nog vaak een centrale plaats in de bekostigingsregels. Soms met als argument dat hiermee kostenontwikkeling beheerst wordt, hoewel er ook andere factoren zijn die de kosten (waarschijnlijk meer) beïnvloeden.[61]

[60] Zie www.novicare.nl/nieuws/taakherschikking-schuren-slijpen-en-daarna-de-vruchten-plukken.
[61] Commissie Meurs, *Hoofdbehandelaar GGZ als Noodgreep*, 2015, p. 9 ev; Vermaas, Verbout en Franse, 'Het hoofdbehandelaarschap revisited: van normen naar concrete invulling', in *TvGR* 2014(38)1, p. 4.

- Door de veronderstelling dat een bepaalde minimale betrokkenheid van bijvoorbeeld een medisch specialist als hoofdbehandelaar leidt tot hogere kwaliteit van zorg.[62]
- Door de opvatting dat het onduidelijk is wie 'medische eindbeslissingen' neemt wanneer verschillende behandelaren tegengestelde meningen hebben.[63]
- Wens tot eindverantwoordelijkheid omdat men bang is dat de tuchtrechter de regiebehandelaar toch verantwoordelijk zal stellen voor het aandeel dat geleverd is door andere individuele zorgverleners. En ook leeft de angst dat de hoogst en breedst opgeleide zorgverlener alsnog wordt afgerekend op systeemfouten of het niet goed functioneren van een lager opgeleide regiebehandelaar.[64]

Argumenten tegen de hierboven gestelde motieven zijn:

- Een restrictieve invulling van hoofdbehandelaarschap en koppeling aan 'eindverantwoordelijkheid' is in strijd met de doelstelling van de Zvw en IZA om taakherschikking en passende zorg mogelijk te maken. Het leidt tot een inefficiënte inzet van mensen en middelen.
- Het strookt ook niet met de Wet BIG, waar alle BIG-geregistreerde zorgverleners een eigen professionele verantwoordelijkheid hebben en ieder verantwoordelijk is voor het eigen aandeel in de zorg.
- Vasthouden aan bijvoorbeeld een arts als regiebehandelaar vraagt verplichte rol/contactmomenten terwijl de arts in de praktijk soms op zeer grote afstand van de geleverde zorg staat en hun feitelijke rol in de zorg dus minimaal is. Of 'verplicht' contact heeft, hetgeen de vertrouwensband van de eigenlijke behandelaar met de patiënt kan schaden.
- Omdat die feitelijke rol soms maar heel klein is, is het eigenlijk niet realistisch om toch de volledige eindverantwoordelijkheid voor de hele behandeling te dragen.
- Bovendien is een regiebehandelaar op grote afstand wel tuchtrechtelijk verantwoordelijkheid voor de bij die rol behorende taken. Ook al zijn deze op afstand niet goed uit te oefenen.[65]
- Er wordt teveel regie bij één persoon wordt belegd, daar waar juist meerdere betrokken zorgverleners een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben, met inbreng van ieders deskundigheid en bekwaamheid. "Het is een vorm van denken in 'eindverantwoordelijkheid' en 'leiderschap' die niet past bij de complexiteit van vele dagelijkse zorgsituaties en geen recht doet aan de individuele zorgverlener."[66]

6.3.2 Landelijke afspraken vanuit de zorgverzekeraar

Er zijn landelijke afspraken die het werk van de verpleegkundig specialist lokaal belemmeren. Bijvoorbeeld bij de Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Zorgkantoor Nederland (ZN) geeft zorgverzekeraars bij zorginkoop onheuse extra eisen mee waarbij de verpleegkundig specialist alleen onder supervisie van de arts mag

---

[62] Plomp, 'Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar en kwaliteitsstatuut in de GGZ', in: *TvGR* 2015(39)7, p. 514.
[63] Hennissen e.a., 'De regiebehandelaar in het ziekenhuis', in: *NtvG* 2024, 168.
[64] Plomp 2015, p. 524.
[65] Zie bijvoorbeeld ECLI:NL:TGZRZWO:2025:36, RTG Zwolle 23 maart 2025 (reikwijdte van regiebehandelaarschap in de GGZ), m.nt. drs. C.C. van Velzen, *TvGR* 2025 (49) 405 – 419.
[66] De Haan, 'De regiebehandelaar', in: *TvGR* 2021(45) p.278 – 279.

worden ingezet en niet als zelfstandig bevoegd regiebehandelaar. Dit belemmert de vrije beroepsuitoefening van de verpleegkundig specialist in de volle breedte. ZN negeert hiermee de wettelijke bevoegdheid van de verpleegkundig specialist.

BIJLAGE 1
Overzicht bevoegdheid voorbehouden handelingen verpleegkundig specialist AGZ en GGZ en verpleegkundige

Voorbehouden handelingen (artikel 36 Wet BIG)	**Type bevoegdheid verrichten van voorbehouden handelingen per beroepsgroep**			
	VS AGZ	VS GGZ	Ambulance-verpleegkundige	Verpleegkundige
1. Heelkundige handelingen	X		X	
2. Verloskundige handelingen				
3. Endoscopieën uitvoeren	X		X	
4. Catheterisaties uitvoeren	X		X	X
5. Injecties geven	X	X	X	X
6. Puncties uitvoeren	X	X	X	X
7. Onder narcose brengen				
8. Radioactieve stoffen gebruiken				
9. Electieve cardioversie uitvoeren	X		X	
10. Toepassen van defibrillatie	X		X	
11. Elektroconvulsieve therapie toepassen				
12. Geneeskundige steenvergruizing uitvoeren				
13. Kunstmatige bevruchting uitvoeren				
14. Voorschrijven van UR-geneesmiddelen op recept	X	X		X

Legenda

Paars: zelfstandig bevoegd
Groen: functioneel zelfstandig bevoegd
Blauw: geclausuleerd zelfstandig bevoegd om bepaalde UR-geneesmiddelen voor te schrijven op grond van de Regeling voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen

BIJLAGE 2: Regelgeving deskundigheidsgebied VS en PA

De Verpleegkundig Specialist
Het deskundigheidsgebied van elk verpleegkundig specialisme is omschreven in het Algemeen besluit specialismen verpleegkunde en nader omschreven in de specifieke besluiten van het CSV, waarmee de Minister van VWS destijds, zoals gezegd, heeft ingestemd. In de dagelijkse praktijk baseert de verpleegkundig specialist het handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende verpleegkundig specialisme. *Er vindt afstemming met andere disciplines, zoals arts-specialisten, plaats. Binnen deze kaders neemt de verpleegkundig specialist zelfstandig beslissingen omtrent de indicatie en de verrichting van de voorbehouden handelingen.*[67]

De Physician Assistant[68]

Deskundigheidsgebied
De physician assistant verricht werkzaamheden binnen een deelgebied van de geneeskunst in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. De physician assistant ondersteunt de arts (medisch specialist) door zelfstandig medische taken uit te voeren. *Gezien het deskundigheidsgebied van de physician assistant is hij werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één arts (medisch specialist) deel van uitmaakt*. (p. 7)

De physician assistant beschikt op een welomschreven terrein over de kennis en vaardigheden om gegevens te verzamelen en te interpreteren, een probleemanalyse te maken, de juiste klinische beslissingen te nemen, en uit te voeren, met inachtneming van de grenzen van eigen discipline en expertise. De geleverde zorg door de physician assistant is zoveel mogelijk evidence based, actueel, ethisch onderbouwd en kosteneffectief. (p. 9)

Artikel 5
De werkzaamheden van de physician assistant reiken van geneeskundige basistaken tot specialistische taken binnen het proces van onderzoek, diagnostiek en behandeling. De physician assistant neemt de standaardwerkzaamheden van de arts (medisch specialist) over. Deze handelingen betreffen werkzaamheden van een beperkte complexiteit.
Zoals in het algemeen deel van deze toelichting al is aangegeven, wordt hier het deskundigheidsgebied vastgelegd waarin uitwerking wordt gegeven aan de beperkingen die de physician assistant in acht neemt bij het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarin hij is opgeleid en andere handelingen. Door het stellen van deze beperkingen wordt het gebied van deskundigheid van de physician assistant afgegrensd van de arts (medisch specialist) op het gebied van de geneeskunst. (p.10)

---

[67] https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2018-39930.html
[68] Nota van Toelichting van Besluit Opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant, Staatsblad 2018, https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2018-130.html

De eerdergenoemde protocollen zijn afgeleiden van de richtlijnen en vormen in feite een weerslag van de samenwerking tussen de physician assistant en de arts (medisch specialist). *De specifieke deskundigheid welke de physician assistant gedurende de opleiding verkrijgt, wordt vastgelegd door de supervisor in het portfolio dat deel uitmaakt van de opleiding. Na afronding van de opleiding leggen de supervisor en de physician assistant samenwerkingsafspraken omtrent het medisch handelen van de physician assistant en de door hem te behandelen patiëntengroepen schriftelijk vast*. (p. 12)

Lijst van afkortingen

Afkorting	Betekenis
AGZ	Algemene gezondheidszorg
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CSV	College Specialismen Verpleegkunde
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
ECLI	European Case Law Identifier
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
MANP	Masteropleiding Advanced Nursing Practice
NLQF	Nederlands Kwalificatieraamwerk dat helpt om het niveau van diploma's en certificaten beter te begrijpen en met elkaar te vergelijken
NP	Nurse Practitioner
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie
PA	Physician Assistant
RSV	Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde
RTG	Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
SONCOS	Stichting Oncologische Samenwerking
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
V&VN VS	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland afdeling Verpleegkundig Specialisten
VS	Verpleegkundig Specialist
VSR	Verpleegkundig Specialisten Register
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland