



Memorandum NVKVV vzw

2019

Gericht aan alle politieke partijen.

Wat verwachten verpleegkundigen van het beleid
na de federale en regionale parlementsverkiezingen?

Het NVKVV vzw is een pluralistische beroepsorganisatie die zich richt tot alle verpleegkundigen. De organisatie werd opgericht in 1973, telt veertig mandatarissen in diverse raden en commissies op federaal en gemeenschapsniveau. NVKVV vertegenwoordigt 8.200 betalende leden: HBO5 en bachelor verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. De leden van het NVKVV zijn aanwezig op alle domeinen van het verpleegkundige werkveld en engageren zich in verschillende werkgroepen en regionale netwerken.



Verpleegkundigen staan door de aard van hun werk dicht bij de patiënt/cliënt. Ze zijn bij uitstek hun pleitbezorgers. De verwachtingen en wensen van verpleegkundigen naar de toekomst zijn dan ook ingegeven en getekend door ontelbare specifieke zorgervaringen. De kern van hun bekommernis is een veilige plek voor professionele zorg op maat van elke zorgvrager.

Als beroepsorganisatie vertaalde NVKVV deze bekommernis tot voorliggend memorandum; een aantal voorstellen actiepunten en sporen voor een toekomstig beleid rekening houdend met de zorgcontext van vandaag en morgen.

'In de zorg dienen de patiënt en zijn zorgvraag centraal te staan, dit is ook het vertrekpunt van het NVKVV'

Een zorgcontext in volle evolutie: verpleegkunde als centrale zorgschakel

De belangrijkste tendensen in het zorglandschap zijn genoegzaam bekend: een toenemende zorgvraag met als gevolg een wenselijke groei van de verpleegkundige capaciteit en een toenemende complexiteit in een werkveld met een te krappe financiële marge. Het gevolg laat niet naar zich raden: een focus op ligduuroptimalisatie, efficiënter werken, impactmetingen en voor de verpleegkundigen een complexere context, meer werkdruk en tegelijk hogere kwaliteitseisen.

Verpleegkundigen proberen elke dag opnieuw aan de gestelde kwaliteitseisen en stijgende zorgvraag te voldoen in een sector die aan vernieuwing en verandering onderhevig is. Waarde creatie met meer kwaliteit aan beheerste kost is de missie. Iedere patiënt/cliënt verdient menselijke, competente, correcte en zorg op maat en dit op elk moment dat een zorgvraag zich voordoet. Dat veronderstelt hoog opgeleide verpleegkundigen ter beschikking van elke zorgvrager en binnen interprofessionele teams. De beslissing (2015) om de opleiding verpleegkunde op te trekken naar 4 jaar (bachelor) was een eerste politieke aanzet in dat kader.

In dit memorandum getuigt NVKVV van een open en toekomstgerichte visie op het zorglandschap en dat in het belang van de patiënt/cliënt. Een memorandum met een belangrijk draagvlak: de leden van het NVKVV vertegenwoordigen 1/4^{de} van alle verpleegkundigen die aangesloten zijn bij een beroepsorganisatie in België en 1/3^{de} van de verpleegkundigen in Vlaanderen en Brussel.

We geven de politieke partijen dan ook graag onze verwachtingen en vragen mee vanuit het brede forum dat NVKVV is.



Aantrekkelijkheid van het beroep: de return of investment is nu al gegarandeerd!

1. Continue aandacht voor de aantrekkelijkheid van het beroep in de brede zin is absolute noodzaak. Dat veronderstelt gerichte acties wat betreft de instroom tot de opleiding, alsook concrete attractiviteitsinitiatieven die tijdens de tewerkstelling en op het tewerkstellingsveld een positief perspectief bieden naar verbreding en verdieping van het actuele en toekomstige takenpakket. Tijdens de loopbaan moet individuele coaching en carrièreplanning zijn ingebed met uitdrukkelijke aandacht voor het welbevinden van zorgverleners tijdens het werk (Quadrupel aim).

'We willen de attractiviteit van de verpleegkunde verhogen'

2. Een verhoging van de omkadering van het verpleegkundig personeel in alle instellingen en zorgorganisaties (basisnormen) met voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen is een must. Hiermee komt men tegemoet aan het actuele onrealistische en historisch hoog aantal patiënten per verpleegkundige (patiënt/ nurse ratio), de steeds complexere zorg gepaard gaande met een toenemende werkdruk. Burn out is een 'burning problem' in een sector waar iedere individuele zorgverlener broodnodig en feitelijk onmisbaar is.
3. Op heden wordt binnen de ziekenhuizen de financiering voor verpleegkundigen opgenomen binnen het Budget Financiële Middelen (BFM). Een nieuwe transparante financieringsmethode voor verpleegkundigen is aangewezen. Bovendien is het huidige financieringsmodel gebaseerd op een compensatie van de loonkost voor verpleegkundigen binnen non-profit instellingen (bv. zorgorganisaties en thuiszorg). Een verpleegkundige remuneratie voor de toegevoegde waarde (added value) in het ganse zorgproces en de effectieve bijdrage aan de gezondheidswinst is een opportuniteit en past in een innovatieve en uitdagend toekomstbeeld. Bovendien kan dit volledig passen in modellen als Pay for Quality, Pay for Performance als shared savings.
4. Het verloningsmodel van verpleegkundigen moet een afspiegeling zijn van de beroepsverantwoordelijkheid die verpleegkundigen (HBO5 en bachelor) opnemen. Hier is sprake van een hoog niveau van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, zeker in vergelijking met sommige andere gezondheidszorgberoepen¹. De in de wetgeving opgenomen limitatieve lijst van handelingen die verpleegkundigen mogen stellen, leidt namelijk tot meer risico op schade aan de patiënt/ cliënt met bijgevolg een beduidend hogere kans op een beroepsprocedure.

¹ Beroepen behorende tot het KB78 of Wet op de Uitvoering Gezondheidszorgberoepen 2015



‘In het NVKVV maken we geen onderscheid en geen optelsom tussen HBO en bachelor verpleegkundigen. Verpleegkundigen dragen dezelfde familienaam en spreken hoe dan ook met één stem!’

5. Gelijk loon voor gelijk werk, ongeacht het tewerkstellingsveld. Gelijkwaardige beroepsuitoefening door verpleegkundigen (HBO5 en bachelor) en – binnen het nieuw systeem - gelijkwaardige verloning op basis van verworven competenties en verantwoordelijkheden, moet weerspiegeld worden in IFIC. Het gebrek aan consequent toepassen van het huidige functietapit in het IFIC-systeem kan niet worden getolereerd. Het huidige classificatiesysteem IFIC, op basis van verouderde en zelfs ontbrekende functieprofielen, moet voor verpleegkundigen met hoge prioriteit worden geactualiseerd. Deze actualisatie dringt zich op in samenspraak met de beroepsorganisaties die verantwoordelijkheid opnamen om functieprofielen aan te maken of aan te passen. Dat moet gekoppeld worden aan een transparante wegging. Tijdens dit proces dienen betrokken beroepsorganisaties als formele partner een rol te krijgen met oog op het succesvol finaliseren hiervan.
6. Eindelijk werk maken van de eeuwigdurende vraag naar administratieve vereenvoudiging en het voorkomen van dubbele registraties door een nauwgezette afstemming van interne en externe informaticasystemen. Registratie moet functiegericht zijn: uitwisselen van data die klinisch, beleidsmatig en in onderzoek nuttig zijn en zullen worden toegepast teneinde betere zorg te verlenen. Verpleegkundigen haken potentieel af omdat hun zorgtijd bij patiënten wordt afgekalfd omwille van administratieve overlast waarvan het einddoel onduidelijk blijft.

‘Laat ons zo snel mogelijk werk maken van administratieve vereenvoudiging’

Opleiding en permanente vorming: troeven voor een hoge, stabiele kwaliteit van zorg!

7. Op korte termijn werk maken van één profiel verpleegkunde gekoppeld aan de opleiding niveau 6. Deze uniformisering geldt niet met terugwerkende kracht. Het gaat hier over een positionering van verpleegkunde op niveau 6 en dit naar analogie met andere landen die



deze transitie eveneens maken of reeds hebben gemaakt naar hoog opgeleide verpleegkundigen. Met het in voege treden van de kwaliteitswet² moet het voor de patiënt en voor andere zorgverstrekkers duidelijk zijn wat men van een verpleegkundige of andere zorgverleners kan en mag verwachten. Enkel mits een duidelijke differentiatie kunnen verpleegkundigen juridisch worden beschermd, kan de patiëntveiligheid in alle omstandigheden worden gewaarborgd en kan het interprofessioneel samenwerken in de praktijk worden waargemaakt.

8. De gespecialiseerde verpleegkundige (inclusief referentieverpleegkundige) en verpleegkundig consulent moeten duidelijk worden benoemd in wetgeving; naast de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. Dit creëert een duidelijke klinische ladder en verdieping onder deze omvangrijke groep verpleegkundigen en biedt mogelijkheden te differentiëren in IFIC.

3 jaar HBO5
Toekomstig zorgprofiel

Bachelor
Verpleegkundige

**Gespecialiseerde
verpleegkundige
Verpleegkundig
consulent**

Master
**Verpleegkundig
specialist**

9. Bijkomend vormingsverlof voor (gespecialiseerde) permanente vorming is noodzakelijk om het niveau van deskundigheid gelijke tred te laten houden met recente ontwikkelingen op medisch, technisch, ethisch en corporatief vlak. Meer verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid - wat eigen is aan de toekomstgerichte rol van verpleegkundigen volgens de kwaliteitswet³ - zijn hiermee onlosmakelijk verbonden. Samenwerken met andere disciplines vraagt om meer interprofessioneel georiënteerde opleidingen voor alle zorgverleners die uiteindelijk, aldus de kwaliteitswet, ook altijd 'samenwerker' zijn. Hier kan een accreditatie model een meerwaarde betekenen in het monitoren van continu bijgewerkte competenties.

'We willen verpleegkundigen aanmoedigen om zich periodiek een andere setting of specialisatie eigen te maken'

² <https://www.deblock.belgium.be/nl/extra-garanties-op-kwaliteitsvolle-en-veilige-zorg-voor-de-pati%C3%ABnt>



Wetgeving op de beroepsuitoefening : de verpleegkundige expertise beschermen en waarderen!

10. Een opwaardering van de zorgkundige naar niveau 5 als een autonoom gezondheidszorgberoep met een eigen opleidings- en competentieprofiel dringt zich op. Zorgkundigen stellen in de praktijk vaak handelingen die volgens hun functieprofiel niet tot hun taken behoren. Binnen verpleegkundige equipes krijgen zorgkundigen een steeds belangrijker verantwoordelijkheid toegeschoven en verdienen daarvoor een volwaardig juridisch kader en plaats. Ook zorgkundigen zijn kundig!
11. Het brede klinische werkteerrein van verpleegkundigen vraagt, in het belang van de patiënt en zijn omgeving, om een aanpassing van de huidige limitatieve lijst van verpleegkundige handelingen. Het voorstel is om 'verpleegkundige deskundigheid', 'verpleegkundige indicatiestelling', 'verpleegkundige diagnosestelling', 'verpleegkundig zorgplan -doel' én 'zorgcontinuïteit en coördinatie van zorg' mee op te nemen. Deze aanpassing wordt bekeken als exclusief voor verpleegkundige handelingen die niet gedelegeerd kunnen worden (naar analogie van de gepubliceerde lijst voor artsen).
- Het gevaar is nl. groot dat er een 'devaluatie' ontstaat op verpleegkundige werkteerreinen zoals de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk welzijnssector, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en thuiszorg. We pleiten resoluut voor een permanent investeren in verpleegkundigen in voorzieningen waar verpleegkundige zorgen worden toegediend. Een ongecontroleerd delegeren van verpleegkundige taken aan andere gezondheidszorgberoepen of aan bekwame helpers³ is een ontoelaatbare en zelfs risicovolle schending van de verpleegkundige expertise. Interdisciplinair samenwerken kan alleen als iedere professional in zijn of haar expertisedomein kan blijven excelleren.

'De focus zal in de toekomst meer liggen op interprofessioneel werken en op mobiliteit van zorgverstrekkers'

12. Het verpleegkundig consult dient erkend te worden als behorend tot de autonome professionele verantwoordelijkheid van alle verpleegkundigen⁴. Wat betreft het verpleegkundig voorschrift is de vraag naar een duidelijke wetgeving die aanstipt wat kan onder welke voorwaarden.

³ Protocolakkoord (bedoeld in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet)

⁴ Politiek memorandum AUVB - 2007



13. De coördinatie van verpleegkundige taken is eigen aan het verpleegkundig profiel en kan enkel worden opgenomen door verpleegkundigen. De specifieke leidinggevende en aansturende taak van hoofdverpleegkundigen, ongeacht de zorgorganisatie, is een belangrijke competentie die stimulans en implementatie op de werkvloer verdient.
14. Vanuit de praktijk, vanuit de wettelijke bevoegdheden en de specifiek breed klinisch onderbouwde competenties van verpleegkundigen lijkt het logisch om hen de bijzondere opdracht 'coördinatie van zorg' of 'casemanagement' in functie van de zorgnoden van de patiënt toe te wijzen. Bijgevolg, in het geval waar nodig, is het de (huis)arts en/of de (thuis)verpleegkundige die in interdisciplinair overleg bepalen of er casemanagement nodig is en door welke andere gezondheidszorgbeoefenaar⁵ dit voor de specifieke casus best wordt opgenomen.
15. Het protocolakkoord (bedoeld in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet) moet insluiten dat niet iedereen de taak voor opleiding van de niet-gezondheidszorgbeoefenaars op zich kan nemen. Het NVKVV wenst dat het protocolakkoord duidelijk omschrijft dat deze taak uitsluitend voor verpleegkundigen en artsen is weggelegd. Uiteraard wordt niet voorbijgegaan aan het belang en de positieve resultaten van een doordachte interactie met patiënten, mantelzorgers en bekwame helpers. Toch zijn we van mening dat niet iedere patiënt/cliënt bij machte is spontaan te participeren in enerzijds het beslissingsproces en anderzijds in de beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Kwaliteitsvolle zorg: verpleegkunde is geen ivoren toren!

16. Optimale inzet van verpleegkundige kennis in het kader van preventief en sociaal gezondheidswerk biedt enorme kansen. Verpleegkundige expertise kan via strategische acties een belangrijke rol spelen in het genereren van gezondheidswinst en het verminderen van gezondheidsongelijkheid. Dat kan o.a. door het inzetten van verpleegkundigen bij gezondheidsvoorlichting en –opvoeding als gezondheidscampagnes.
17. De medische wetenschap staat niet stil. De ontwikkeling en verspreiding van wetenschappelijke richtlijnen voor verpleegkundigen ondersteunen, is onmisbaar voor een correcte, competente werking. Dat impliceert aandacht voor de rechtstreekse en snelle implementatie van dergelijke richtlijnen in het werkveld met aandacht voor de dagdagelijkse verpleegkundige toepassing hiervan.

⁵ Beroepen behorende tot het KB78 of Wet op de Uitvoering Gezondheidszorgberoepen 2015



*'Verpleegkundigen wetenschappelijke richtlijnen laten ontdekken,
uitwerken en toepassen is een belangrijk actiepunt van NVKVV'*

18. Met aandrang vragen we inspanningen door de bevoegde overheden om de integratie en (financiële) uitwerking van BelRAI, conform de doelstellingen, in het huidige gezondheidszorgmodel uit te rollen. Hierdoor zal de belangstelling in BelRAI aangroeien als een middel om betere kwaliteit van zorg voor patiënten te garanderen en op die manier te komen tot een meer optimale uitwisseling van informatie tussen zorgverstrekkers over de echelons heen. Daaraan gekoppeld dient de administratieve workload blijvend bewaakt te worden in functie van algemene werkbaarheid van registratiemodellen.
19. Over bepaalde grensdomeinen binnen de zorg wordt een duidelijke beleidsvisie verwacht: onder meer over reanimatie en reanimatiecodes, vroegtijdige zorgplanning en vrijheidsbeperking in zowel ziekenhuizen, zorginstellingen als in de thuisverpleegkunde.

Vertegenwoordiging; verpleegkundige kwantiteit en kwaliteit verdient inspraak!

20. Van de toekomstige ministers op het vlak van de Vlaamse en nationale gezondheidszorg verwachten we erkenning en dialoog over de adviezen uitgewerkt en gedragen door de sector en het werkveld. We verwachten conformiteit tussen het advies en wetgeving. Verpleegkundige beroepsorganisaties zijn officieel vertegenwoordigd in bevoegde raden en beleidsorganen waarin ze hard werken aan gedragenheid over de taalgrenzen en sectoren heen.
21. NVKVV vraagt een correcte vertegenwoordiging van verpleegkundige beroepsorganisaties in de beleidsorganen en -commissies op federaal en gemeenschapsniveau in het kader van een aangekondigde herstructurering van de bestaande structuren alsook de nieuwe organen voortvloeiend uit akkoorden en wetgeving. De meer dan 130.000 verpleegkundigen zijn de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg: een kwantiteit van zorgverleners en een kwaliteit van werken die een vaste vertegenwoordiging van beroepsorganisaties in de beleids- en adviesorganen representatief, noodzakelijk en functioneel onmisbaar maakt.



Algemene situering en informatie

Voor menige beschreven vraagstelling in dit memorandum beschikt de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen, het NVKVV, over een uitgeschreven visietekst die door de politieke partijen kan worden opgevraagd bij e.dewandeler@nvkvv.be.

Een veelvoud van deze vragen vinden aansluiting bij de adviezen geformuleerd door de [Federale Raad Voor Verpleegkunde](#) (FRV), de [Technische Commissie Verpleegkunde](#) (TCV) en de [Algemene Unie van Verpleegkundigen in België](#) (AUVB), waarin het NVKVV vertegenwoordigd is. Het memorandum van overkoepelende organisaties, zoals o.a. de AUVB of individuele beroepsorganisaties zijn gunstig. De grote verscheidenheid in specialisaties binnen verpleegkunde alsook hun plaats van tewerkstelling, verklaart de opmaak van meerdere memoranda in het werkveld met standpunten die soms overlappend als aanvullend zijn of net zeer specifiek zijn.

Kortom;

Verpleegkundigen dragen dezelfde familienaam en spreken hoe dan ook met één stem!

Namens de raad van bestuur NVKVV

5 december 2018

Gedragen door de werkgroepen NVKVV: diabetesverpleegkundigen, thuisverpleegkundigen (zelfstandigen en in dienstverband), directies verpleegkunde, verpleegkundigen gehandicaptenzorg, verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg, hoofdverpleegkundigen en middenkader, informaticasysteemverpleegkundigen, kinderverpleegkundigen, verpleegkundigen ouderzorg, verpleegkundigen palliatieve zorg, pijnverpleegkundigen, pluriculturele verpleegkundigen, reumaverpleegkundigen, verpleegkundigen spoed en intensieve zorgen, verpleegkundigen juridisch expert, verpleegkundigen infectiebeheersing, begeleidingsverpleegkundigen, verpleegkundigen medische beeldvorming en verpleegkundigen maatschappij en gezondheid.

Gedragen door de regionale netwerken NVKVV: Oostende - Veurne, Brugge, Gent - Eeklo, Mechelen, Antwerpen, Kempen, Netevallei, Limburg - Bree - Genk- Hasselt – Sint-Truiden, Waasland, Hageland - Leuven, Dender, Vlaamse Ardennen, Kortrijk – Roeselare en Brussel - Halle – Vilvoorde.