



Herziening KB nr. 78

Visie NVKVV

30 november 2016

1. Finaliteiten

- Het NVKVV ziet veel potentieel in de voorgestelde herziening van KB nr.78 (cf. Startconferentie 28 september 2016 en concepten op www.kb78.be) en biedt haar expertise en knowhow aan om hierbij verder een constructieve rol op te nemen.
- De spreidstand tussen dynamische flexibiliteit en juridische duidelijkheid vormt een grote uitdaging bij het realiseren van het nieuwe concept. Het NVKVV beschikt over 3 verpleegkundige stafmedewerkers en meer dan 550 vrijwilligers (actief in 19 inhoudelijke werkgroepen, 1 juridische adviesgroep, 16 regionale netwerken, Europese – Federale - Vlaamse mandaten en het bestuur van de beroepsorganisatie). Zij kunnen duiden wat verpleegkundigen die gebruik makend van hun typische rollen, hun kerncompetenties (o.a. coördinatie en evaluatie van de zorg) en hun verpleegdiagnostisch proces¹ - autonoom en in de interdisciplinaire samenwerking kunnen betekenen in het brede geheel van de gezondheidszorg en de empowerment van de patiënt.
- Het NVKVV wil de kwaliteit en veiligheid van het delegeren van verpleegkundige handelingen door verpleegkundigen aan anderen garanderen, evenals duidelijk maken wat niet delegerbaar is en waarom.
- Het NVKVV biedt zich aan om de functiedifferentiatie (zowel de klinische ladder - met gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten-, als de hiërarchische ladder), het verpleegkundig voorschrift en het verpleegkundig consult verder uit te werken.
- Via haar ledendatabase zal het NVKVV inhoud en vorm geven aan de portfolio voor en accreditering van verpleegkundigen, die hen de license to practice biedt.
- Het NVKVV kan bouwen op ervaring in het werken met gemandateerden die een rol kunnen en willen opnemen zowel in de Raad voor Gezondheidszorgberoepen (verticale Kamer Verpleegzorg, brede poel van experts, Transversale kamers -zowel in de

¹ Zie de centrale competentie "Zelfstandig een verpleegkundige diagnose stellen met de huidige theoretische en klinische kennis voor de nodige verpleegkundige zorg. De verpleegkundige zorg plannen, organiseren, implementeren en evalueren" in het "Beroeps- en competentieprofiel Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg", Goedgekeurd door de Federale Raad voor Verpleegkunde van 1 april 2015



Planningscommissie als de deontologische kamer) als in de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

- Onze belangrijkste reserves behelzen de onmogelijkheid om “cure” en “care” compleet van elkaar te scheiden en de risico’s om verpleegkundigen in een domein verpleeg”zorg” op te sluiten.
- Naast domeinen als geneesKUNDE en vroedKUNDE het domein verpleegZORG plaatsen, is niet rationeel en zelfs contraproductief, zeker omdat verpleegkundigen in meerdere domeinen een prominente en autonome professionele rol opnemen. Bovendien is het risico van het clusteren van een selectie van gezondheidszorgberoepen dat op die manier de transversale samenwerking tussen al de verschillende zorgberoepen aan belang inboet.
- Er wordt voorgesteld om domeinen en aparte beroepenbloemblaadjes zoals Geestelijke gezondheidszorg, Revalidatieberoepen, Biologisch en functioneel onderzoek en behandeling, Dringende geneeskundige hulpverlening, Menselijke erfelijkheid, Medische beeldvorming,... te creëren. Het NVKVV wil beklemtonen dat verpleegkundigen in diverse zorgsettings een duidelijke plaats hebben evenals in brede functies, zoals bijvoorbeeld de ziekenhuishygiënist, de wondzorgspecialist,...

2. Algemene beschouwingen

Algemeen: twee wetten, drie pijlers

- Het voorstel is vernieuwend en toekomstgericht, onderbouwd en gestoeld op een visie. Het geeft een globaal plan voor de uitvoering van de gezondheidszorg. De grote lijnen berusten op belangrijke principes: patiënt (én omgeving) centraal, als (co-)piloot, die wordt gecoacht, meer gelijkvormigheid van de gezondheidszorgbeoefenaars, een opener wetgeving, minder restricties, multi- en interdisciplinaire benadering met een relatieve autonomie van elk beroep.
- De uitvoeringsbesluiten zullen deze principes en concepten voldoende concreet moeten formuleren zodat ze een houvast geven voor de uitvoering ervan in de dagdagelijkse praktijk. De spreidstand tussen dynamische flexibiliteit en juridische duidelijkheid zal dus een grote uitdaging vormen bij het realiseren van het nieuwe concept. Het NVKVV wil onder meer via haar juridische adviesgroep de nodige ondersteuning bieden aan het kabinet bij de vertaalslag TUSSEN wetgeving en praktijk.



- We zien een link met de plannen geïntegreerde en chronische zorg alsook de triple aim (hoog kwalitatieve zorg en ondersteuning bieden aan alle patiënten, voor de beste kost, om de gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren), waar verpleegkundigen eveneens onmisbaar zijn.

Definitie gezondheidszorg

- Enerzijds “diensten **met een diagnostisch of therapeutisch doel** verstrekt aan een patiënt”, waarbij “strikte interpretatie van wat **therapeutisch** is (behoud, herstel of verbetering van de gezondheidstoestand)”, “inclusief het daarbij **individueel begeleiden van de patiënt**”

⇒ Het is geruststellend dat het individueel begeleiden van de patiënt bij gezondheidszorg hoort, maar er zijn patiënten wier gezondheid men niet kan behouden en die toch nood hebben aan en recht op gezondheidszorg

- Anderzijds “diensten **zonder diagnostisch of therapeutisch doel** aan een patiënt waartoe een gezondheidszorgbeoefenaar **exclusief bevoegd is**”. Men benoemt onder “voor al deze handelingen werd de arts door de wetgever exclusief bevoegd gemaakt” o.a.:

§ Het toepassen van euthanasie

⇒ Dit is duidelijk en maakt de jarenlange dringende vraag naar een beter wettelijk kader voor de rol van verpleegkundigen bij euthanasie - hetgeen op deze manier geen uitzondering meer is op de strafwet, maar regulier medisch handelen – grotendeels zonder voorwerp.

§ Het bij het sterven begeleiden van de patiënt

⇒ Verpleegkundigen vervullen een essentiële rol bij stervensbegeleiding en in de palliatieve zorg.

§ Bloedname:

⇒ Dit verwijst naar de wet op de bloedderivaten. We vragen hier een aanvulling in de tekst aangezien er toch ook allerlei verstrekkingen zijn waarvoor verpleegkundigen bekwaam en bevoegd zijn en waar de arts níet exclusief bevoegd is (bijvoorbeeld “Bloedafneming door veneuze en capillaire punctie, langs aanwezige arteriële katheter”; “De afname en behandeling van transfusiebloed en van bloedderivaten”; “Het verrichten van aderlating”).



- Een luik “**preventie**” ontbreekt in de definitie, een **sterkte van verpleegkundigen** (cf. Advies FRV 1 april 2015 Beroeps- en competentieprofiel van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg) en een essentiële voorwaarde voor een globale verbetering van de gezondheidstoestand en voor de toekomstige betaalbaarheid van de curatieve zorg.

Gezondheidszorg in het dagelijks leven, Mantelzorg, Onwettige uitoefening en gezondheidszorg in het dagelijkse leven en “Cure versus care”

- Het misdrijf van onwettige uitoefening van de wet van 10 mei 2015 wordt vervangen door een generiek omschreven misdrijf van toepassing op elk in de wet vervat gezondheidszorgberoep.
- Het is goed dat het uitgangspunt blijft dat gezondheidszorg in principe uitgeoefend wordt door de wettelijk erkende gezondheidszorgbeoefenaars (met diploma, visum,...).
- Het NVKVV steunt het inzicht dat dagelijkse terugkerende handelingen maken dat de patiënt of zijn omgeving in sommige gevallen bepaalde handelingen beter kan stellen dan de gezondheidszorgbeoefenaar zelf.
Hiertegenover benadrukt het NVKVV dat deze handelingen, ondanks hun eigen zijn aan het normaal dagelijks (vitaal) functioneren van de patiënt, in tegenstelling tot de 'care'-handelingen, deel blijven uitmaken van gezondheidszorg. Dit garandeert namelijk in belangrijke mate het kwaliteitskader waarbinnen gezondheidszorg wordt verstrekt.
- Het systeem voor de “mantelzorgers” (sinds 2014) wil men congruent uitbreiden tot de “bekwame helpers”, berustend op basisprincipes: Taken delegeren aan niet gezondheidszorgberoepen/Binnen een gecontroleerde zorgsetting/Kwaliteitskader voorzien/Onder supervisie/Na opleiding/Binnen concreet behandelplan of procedure/Toestemming patiënt/zorgverlener/Controledocument. Het NVKVV pleit hier reeds jaren voor en verwijst naar haar praktische brochure met achtergrond en attest² voor de mantelzorgers als good practice om op verder te bouwen en op korte termijn een zichtbaar resultaat te bekomen.

² Zie de brochure *Een mantelzorgers opleiden. Attest en achtergrond*.
<http://nvkvv.be/file?file=695108&ssn=539a520f54ae5fd76da5adee84ef24cb8f0ed91d>



- "Cure" compleet scheiden van "care" is onmogelijk. Vanuit de verpleegkunde benadert men de patiënt steeds holistisch. De tekst *"Bij de hervorming zal een aantal handelingen worden overgeheveld van cure naar care. Ze zullen op dat ogenblik geen onderdeel meer uitmaken van het domein van gezondheidszorg, met een taakherschikking als gevolg. Voor de maatstaf om te bepalen wat gezondheidszorg is en wat niet, is niet relevant wie het doet, maar wel wat het **doel van de handeling** is. Het eerste lid van de definitie van gezondheidszorg is daarbij bepalend (diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt, **inclusief het daarbij individueel begeleiden van de patiënt**")* geeft enig perspectief, maar geeft te weinig erkenning voor de noodzakelijke holistische benadering.
- Nergens wordt gesproken over de noodzaak aan continuïteit van zorg in de eerste en tweede lijn die voor patiënten onontbeerlijk is.

Dynamische omschrijving van de bevoegdheden

- Een nevenschikt verband betekent dat beroepen autonoom werken met de patiënt en geen toelating of opdracht meer nodig hebben van een ander beroep. De beroepen die delegeren aan anderen, zullen in dit model dus bevoegdheden verliezen. Tegelijkertijd winnen ze ook een bevoegdheid indien delegatie toezicht impliceert. Naast de artsen delegeren ook verpleegkundigen wettelijk aan zorgkundigen, hulpverleners-ambulanciers en mantelzorgers.
- Het NVKVV meent dat het in kaart brengen welke (technische) handelingen diverse gezondheidszorgbeoefenaars grondig moeten kennen en kunnen veiliger is en meer kwaliteit garandeert.
- Wat delegeren en aan wie zal één van de sleutelvragen worden in de toekomstige ontwikkeling; dat impliceert ook dat **de verpleegkunde moet bepalen wat niet kan gedelegeerd worden**, m.a.w. wat behoort tot de **eigen onvervreemdbare expertise van het beroep**.
- Het NVKVV onderstreept dat de **coördinatie van verpleegkundige zorgen** niet kan worden gedelegeerd. Belangrijk is dat het bij verpleegkunde niet gaat om een reeks 'handelingen' maar om een totaalbenadering van de patiënt. Uiteraard zal elk goed en gewetensvol zorgverstrekker rekening houden met de persoon en de noden van de patiënt, maar de verpleegkunde is naast de geneeskunst het enige



beroep dat een eigen bepaling heeft van zijn autonome, holistische benadering van de patiënt, die ook wettelijk voor de lijst van de handelingen komt (de 1° of “A”-functie in de Wet 2015). Verpleegkundigen moeten hun patiëntencontact behouden willen ze hun waarde behouden.

- Juridisch kan dit geconcretiseerd worden door de term **“Coördinatie van verpleegkundige verstrekkingen”** op te nemen in de wettelijke bepaling van de verpleegkunde. De plaats vraagt enige discussie. Dit opnemen als A-functie is principieel juist maar betekent in de huidige wetgeving dat het mag uitgevoerd worden door elke vrijwilliger (uitvoering van de A-functie is enkel strafbaar als er financieel voordeel is, cf. art. 124). Gezien het geen medische basis betreft, is het geen C-handeling. Logischerwijs zou het dan kunnen worden opgenomen als een technische verpleegkundige verstrekking (B-handeling); maar die kan gedelegeerd worden aan mantelzorgers. De betere oplossing is allicht het invoeren van een nieuwe categorie, zijnde niet te delegeren B-handelingen. Overigens kan deze categorie ook zinnig zijn voor andere technische verpleegkundige zorgen. Binnen het werkveld blijkt er overeenstemming dat bepaalde handelingen beter toch niet worden toevertrouwd aan mantelzorgers zonder technische opleiding en ervaring. Evenmin aan andere (gezondheids)zorgberoepen die er die competenties niet voor hebben verworven.
- Het NVKVV vindt het belangrijk dat de leiding van een verpleegkundige equipe in handen is van een verpleegkundige. Een verpleegkundige equipe dient te worden aangestuurd vanuit de basisinhoud van de verpleegkunde, wat niet mogelijk is zonder de inhoudelijke expertise en wettelijke bevoegdheid. De aantrekkelijkheid van het beroep is ook gebaat met doorgroeimogelijkheden in de hiërarchische ladder.

Bekwame helper

Dit hoofdstuk heeft verdere verduidelijking, meer specifiek over de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden.

- Men stelt twee categorieën mensen voor:
 - 1° Personen die geen erkend gezondheidszorgbeoefenaar zijn en toch bepaalde handelingen stellen die behoren tot de gezondheidszorg (beroepsmatig of met direct financieel voordeel) kunnen nu in principe strafrechtelijk vervolgd worden.



In de kaderwet zal voor de zogenaamde "bekwame helper" een uitzondering op dit misdrijf worden opgenomen: misdrijf is niet van toepassing op personen die van een gezondheidszorgbeoefenaar de bevoegdheid krijgen om één of meer verstrekkingen uit te voeren, voor zover voldaan is aan volgende voorwaarden: de gezondheidszorgbeoefenaar draagt de eindverantwoordelijkheid; de gezondheidszorgbeoefenaar begeleidt en voorziet desgevallend in opleiding; kader van voor specifieke patiënt opgestelde procedure of behandelplan; de patiënt heeft zijn toestemming gegeven; de gezondheidszorgbeoefenaar stelt een document op.

- ⇒ Het NVKVV vermoedt dat hier personen als opvoeders, begeleiders in asielcentra, leerkrachten, e.a. worden bedoeld. Nadere verduidelijking is gewenst. Vergeet hierbij niet de militairen (niet-medici, niet-hulpverleners) die met hun persoonlijke uitrusting en training levensreddende handelingen konden stellen tijdens de terreuraanslagen op 22 maart 2016.
- ⇒ Mits duidelijke randvoorwaarden en verduidelijking aangaande de eindverantwoordelijkheid van de gezondheidszorgbeoefenaar, is het principe van de bekwame helper zeker bespreekbaar voor het NVKVV. **Blijvend toezicht door de verpleegkundige op de gezondheidstoestand van de patiënt is echter belangrijker dan dat op de uitoefening van handelingen door een bekwame helper.**
- ⇒ Het structureel kader is helemaal hetzelfde als dat voor de mantelzorger nu. Hier kan het NVKVV de verpleegkundigen goed op voorbereiden.

2° Het kan worden ingeroepen in gevallen waarbij, mits eerbiediging voor het principe van de **subsidiariteit, zeer technische aspecten van een ingreep** beter door een niet-gezondheidszorgbeoefenaar worden uitgevoerd

- De verzorgende wordt niet vermeld in het bloemmodel, daar dit care is, gemeenschapsgestuurde zorg. Verzorgenden worden toch beter ook onder de dynamische flexibiliteit van het bloemmodel opgenomen, daar men spreekt van delegatie van taken aan niet-gezondheidszorgberoepen binnen een gecontroleerde zorgsetting (cf. bekwame helper).
- In 2009 werden protocolakkoorden ondertekend die de samenwerking tussen beoefenaars van gezondheidszorgberoepen en beroepsbeoefenaars in de sector



voor hulp aan personen met een handicap, mensen werkzaam in de kinderopvang en zorg- en bijstandsverleners van de erkende diensten voor thuishulp vorm wilden geven. Het NVKVV acht met de herziening van KB nr.78 het moment rijp om oplossingen te zoeken voor de problemen die zich toen stelden en door de voorgestelde aanpassingen wellicht nog zullen stellen.

Directe toegang en toevertrouwde handelingen en bevoegdheden

- Directe toegang tot de gezondheidsbeoefenaars is positief. Er zijn beroepen die een eigen onderbouwde indicatie zonder tussenpersoon kunnen stellen. Verpleegkundigen kunnen een verpleegdiagnose stellen en op basis van evidence based practice beslissen tot een verpleegkundige interventie - in overleg en samen met de patiënt. **Het NVKVV heeft knowhow betreffende het diagnostisch proces (NANDA-NIC-NOC) en wil binnen het kader van de verpleegkundige functiedifferentiatie het verpleegkundig consult en voorschrift op de kaart zetten.**
- Meer autonomie betekent meer verantwoordelijkheid en dus ook een verhoogde aansprakelijkheid.
- Enerzijds wordt er afgestapt van het piramidaal model, anderzijds is het dikwijls de arts die de supervisie (in bepaalde situaties terecht) behoudt.
- De mogelijkheid moet opengesteld worden om de regie in bepaalde omstandigheden door andere beroepen te laten uitvoeren. Onder andere in de thuiszorg, wijkgezondheidscentra of woonzorgcentra nemen verpleegkundigen samen met andere zorgbeoefenaars deze coördinatie op, terwijl een aantal artsen liever hun klinische functie uitvoeren.
- Indien steeds een direct of indirect consult van de arts nodig blijft, zal er functioneel en financieel niet veel veranderen.
- Het gebruik van evidencebased gevalideerde schalen voor diagnostiek moet de zorgindicatie van de patiënt voor onder meer verpleegkunde kunnen bepalen.
- Validatie van deze schalen door het RIZIV laat toe een ongebreidelde vraag van patiënten, zelfvoorschrijving door professionals en dus een kostenexplosie te vermijden zonder terug te keren naar de dubbele consulten.
- Op de vraag “Wie is eindverantwoordelijke voor alle gezondheidszorgen?” kan een genuanceerd antwoord worden gegeven vanuit de vraag naar de



aansprakelijkheid: de arts is aansprakelijk voor zijn diagnose en zijn voorschrift(en), elk ander gezondheidzorgbeoefenaar is aansprakelijk voor de uitvoering van zijn deskundige zorgen en zijn deel in de behandeling. De actuele jurisprudentie volgt reeds overwegend deze stelling.

- Het groepsvoorschrift vereist een duidelijke onderlinge afstemming.
- Aandachtspunt: Wat met directe toegang tot gezondheidsbeoefenaars bij wilsonbekwame patiënten?

Patiënt, patiënt en omgeving en patiëntendossier

- Het is evident dat een patiënt recht heeft op gezondheidszorg en een beoefenaar naar keuze, maar patiënten hebben ook plichten (principe van responsabilisering).
- Het NVKVV wil variabele netwerken van zorgverleners rond de patiënt, waarbij de keuzevrijheid en verantwoordelijkheid van de patiënt maximaal zijn.
- Rechtstreeks inzage van de patiënt in het elektronisch patiëntendossier is positief. Het NVKVV wil verder meewerken aan het op punt stellen van informatie-uitwisseling en gegevensdeling, met blijvend respect voor de privacy en de wens van de patiënt.
- Het NVKVV stelt “therapeutische exceptie” ook voor verpleegkundige notities voor.

Toegang tot het gezondheidszorgberoep

- Functiedifferentiatie is positief en in eerste instantie zien we kansen in de uitspraak dat *“Door de verdere specialisatie zullen bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars, zoals o.m. de verpleegkundigen, terecht komen in zogenaamde ‘specialisatiezuilen’. Deze zijn generieker omschreven dan de bijzondere beroepstitels/beroepsbekwaamheden teneinde de multi-inzetbaarheid binnen het beroep te bevorderen. Het is de bedoeling om op termijn de bestaande beroepstitels en beroepsbekwaamheden te laten opgaan in deze specialisatiezuilen om zo ook de wildgroei aan bijzondere beroepstitels en beroepsbekwaamheden een halt toe te roepen.”*
- Maar in tweede instantie willen we benadrukken dat er diensten of situaties zijn, zowel in preventieve settings als in de eerste- en tweedelijnszorg waar een grote inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen noodzakelijk is, waar men er niet geraakt met enkel multi-inzetbare verpleegkundigen.



- Binnen het model van de functiedifferentiatie kan o.a. ook de verpleegkundig specialist volgens het principe van de subsidiariteit en mits het voldoen aan de nodige bekwaamheid en bevoegdheid bepaalde handelingen stellen die momenteel eerder tot het medische domein behoren. Een duidelijk wettelijk kader voor deze functie dringt zich op, net zoals voor de klinisch verpleegkundig onderzoeker die met wetenschappelijk onderzoek de basis legt voor het evidencebased werken.

Beroeps- en competentieprofiel

- Generieke en specifieke beroeps-en competentieprofielen volgens CanMeds is positief. Het profiel van de verpleegkundige, waar het NVKVV actief heeft aan meegewerkt, is klaar en vanuit de FRV reeds aan de minister bezorgd.
- Beroeps- en competentieprofielen kunnen mekaar overlappen. In plaats van te vrezen voor een verdere uitholling van ons beroep, wil het NVKVV actief meewerken aan de interdisciplinaire afstemming van alle profielen.
- Medische beeldvorming is een apart bloemblaadje, maar er zijn ook gespecialiseerde VERPLEEGKUNDIGEN medische beeldvorming.
- Genetisch consulenten zijn vandaag voornamelijk verpleegkundigen.
- Het nagelnieuwe beroep “Zorgassistent” is toegevoegd. Hier verdedigen we het belang van een opleiding van 180 studiepunten.
- De zorgkundige staat niet vermeld en is dus in de nieuwe kaderwet geen gezondheidszorgberoep meer. Het NVKVV vraagt aandacht voor overgangsmaatregelen.
- Het NVKVV ziet geen meerwaarde in de bloem met de verschillende domeinen, waarin diverse beroepsbeoefenaars geclusterd worden indien dit zou willen zeggen dat verpleegkundigen alleen verpleegzorg mogen doen.
- Naast domeinen als geneesKUNDE en vroedKUNDE het domein verpleegZORG plaatsen, is niet rationeel en zelfs contraproductief, zeker omdat wij in meerdere domeinen een aanvullende rol opnemen.

Portfolioverplichting

- De verplichting van een portfolio, inclusief verplichte permanente vorming, is positief. Verpleegkundigen zijn reeds lang vragende partij hiervoor.



- Het NVKVV ziet hier een prominente rol als beroepsorganisatie en wil bijdragen tot een duidelijkere omschrijving van wat minimaal de portfolio moet bevatten en de implementatie van deze portfolio voor de aangesloten verpleegkundigen. Dit houdt eveneens verband met de relatief hoge verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van verpleegkundigen.
- De mogelijkheid om in ziekenhuizen, rusthuizen en thuiszorg aan "privileging" te doen zou kunnen betekenen dat iemand met een extra competentie in zijn portfolio ook extra bevoegdheden heeft.
- Een beschermend kader voor privileging en subsidiariteit behoeft verdere uitleg, ook over de mogelijke vertaling hiervan in de IFIC-loonstructuur.

Raad voor gezondheidszorgberoepen

- De stroomlijning in en samenwerking tussen de adviesraden is positief.
- Het NVKVV is bereid een rol op te nemen zowel in de verticale Kamer Verpleegzorg van de Raad voor Gezondheidszorgberoepen én in de brede pool van experts van die Raad, voorgedragen door opleidingsinstituten en **beroeps-** en wetenschappelijke organisaties, als in de Transversale kamers van de Raad voor Gezondheidszorgberoepen (zowel in de Planningscommissie als de deontologische kamer)

Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg

- Kwaliteitsnormen invoeren is essentieel, evenals de verplichting te werken met evidencebased richtlijnen.
- **Het NVKVV wil voor verpleegkundigen een prominente rol in de Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.**

Visum als professionele identiteitskaart

- Is positief en geeft de mogelijkheid om binnen eenzelfde gezondheidszorgberoep functiedifferentiatie te implementeren.
- Is positief dat men een systeem van accreditering voorziet voor de organisatie van opleidingen permanente vorming, o.a. vanuit beroepsorganisaties. Het NVKVV wil hier zeker een rol spelen.



- De stopzetting van de beroepsactiviteit die leidt tot verval van het visum zal neigen naar een realistischer kadaster qua beschikbare actieve verpleegkundigen zodat noden en budgetten beter kunnen worden afgestemd.
- Het NVKVV wil meedenken over punten als: de minimumcriteria voor het blijven uitoefenen van het beroep; de vraag of gezondheidszorgbeoefenaars die werken in leidinggevende functies, administraties, het onderwijs,... dat moeten melden bij de federale overheid met een opschorting van hun visum als gevolg; de mogelijke inhoud van een pensioenvisum; e.a.

Taal

- Het NVKVV steunt dat elke patiënt recht heeft op communicatie in de taal van het taalgebied. Het is echter niet realistisch te verwachten dat alle gezondheidszorgbeoefenaars een attest zullen kunnen voorleggen van een erkende instelling waaruit blijkt dat hij de taal of talen van het gebied waar hij zich vestigt, machtig is.

Titelbescherming

- Inclusief een vrij toegankelijke permanente databank is positief. Beroepsorganisaties kunnen hierbij een prominente rol spelen.

Toezicht en maatregelen

- Iedereen in de gezondheidszorg mee verantwoordelijk maken voor het garanderen van kwaliteit in de zorg door hem als “peer” een “regulator” rol te geven is goed. Voorstel andere benaming: “critical companion”.
- Het aantal federale gezondheidsinspecteurs moet gevoelig stijgen en overlap met inspectie op regionaal niveau moet worden vermeden.
- Er dient een terugkoppeling te gebeuren op de data die verplicht door de zorgbeoefenaars worden verzameld ter bevordering van de meetbaarheid en de kwaliteit van zorg. Dit heeft een stimulerend en motiverend effect.
- “Wanneer beoefenaar zich dermate buitensporig gedraagt dat hij handelingen stelt die overduidelijk niet tot zijn beroeps- en competentiedomein behoren en hierdoor grote schade veroorzaakt, zal hij daarvoor strafrechtelijk vervolgd kunnen worden. Een nieuw misdrijf wordt daartoe omschreven”



- ⇒ Noodzaak om dit aan het reeds bestaande strafrechtelijk en deontologisch pakket toe te voegen is niet duidelijk, alsook wie de schade moet onderzoeken en bewijzen.
- “Een beoefenaar zal strafrechtelijk kunnen worden vervolgd wanneer hij binnen de uitoefening van het beroep handelingen van gezondheidszorg verricht die exclusief werden voorbehouden aan een ander gezondheidszorgberoep”
 - ⇒ Dit lijkt in contradictie met de dynamische omschrijving van de bevoegdheden, maar het is goed dat hierover een debat gevoerd wordt.
- Verpleegkundigen moeten als discipline en als individuele zorgverstrekkers inspraak hebben in de deontologie en de maatregelen die hen aanbelangen.

Hoogachtend,

Raad Van Bestuur NVKVV

30 november 2016