

9 november 2020

De hr. N. Ashton
Mevr. P. Ghilbert
Gemengde Werkgroep “verpleegkundig
specialist”

Antwoord Hoge Raad Artsen ¹, vergadering d.d. 8 oktober 2020 over de discussietekst of ontwerpadvies september 2020 “de verpleegkundig specialist”.

Geachte Heer Co-Voorzitter,
Geachte Mevrouw Co-Voorzitster,

We verwijzen naar uw mail van 3 september 2020 met de discussietekst betreffende de “verpleegkundig specialist”.

Er werd eerder afgesproken binnen de gemengde werkgroep ² om deze versie van de discussietekst aan de Raden voor te leggen en feedback te geven.

De Hoge Raad Artsen vergaderde op 8 oktober 2020 en gaf volgende reactie.

- 1. De workload in de gezondheidszorg en de technologische evoluties, pleiten voor “task shifting” en voor het subsidiariteitsprincipe.**

Kwaliteit en veiligheid van de patiënt, de bevolking en de equipe moeten evenwel altijd centraal staan.

Er moet onderzocht worden of er andere beroepen zijn waar initiatieven wenselijk zijn.

¹ Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

² Samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde, de Technische Commissie voor de Verpleegkunde en de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

2. **Uitgaande van een risicoanalyse moet een specifiek afgebakend activiteitsterrein bepaald worden, met een duidelijk vereist specifiek (ook continu) vormingstraject en vereiste anciënniteit (erkenningcriteria) .**

Gezien de graad van complexiteit, is werking binnen een multidisciplinair team verplicht en is supervisie vereist voor bepaalde activiteiten.

Een verpleegkundig specialist kan binnen een gespecificeerd zorg- of behandelingsplan een (deel van een) gespecialiseerde activiteit opnemen. Het gespecialiseerde zorg- en behandelingsplan wordt multidisciplinair opgesteld onder de coördinatie van de behandelende arts-specialist/arts.

De portfolio (art 8 Wet 22 april 2019³) toont de ervaring en competentie van elk teamlid aan en bepaalt mee de rol van elke deelnemer in het zorg-/behandelingstraject, wat cruciaal is voor de verantwoordelijkheid van elke deelnemer en voor de coördinatie. Maar erkenningcriteria blijven nodig bij het invoeren van een beroepskwalificatie, voor het garanderen van een minimaal vormingstraject (meer uitgewerkt en gespecificeerd dan de loutere vereiste van een master) en minimale verkregen competenties.

Naar de patiënt toe, moet er transparantie en duidelijkheid bestaan over de rol van elke actor in het team (“who’s in charge”, vermijden van het “bystander effect”).

Deze aanpak zal tevens een ernstige voorbereiding zijn voor de proportionaliteitstoets voor de nieuwe beroepskwalificatie . Deze voorbereiding moet immers de heel concrete risico’s kunnen identificeren waarom het invoeren van een nieuwe beroepskwalificatie noodzakelijk is en waarom een klassieke carrièregroei via portfolio of de toegang door andere beroepsgroepen niet volstaan.

3. **De aflijning van het specifiek activiteitsterrein van de verpleegkundig specialist moet duidelijk én verantwoord (cf proportionaliteitstoets) zijn ten aanzien van andere zorgberoepen:** de arts, de onmisbare basisverpleegkundigen die overeenkomstig Europese initiatieven geëmancipeerd moeten worden en de gespecialiseerde verpleegkundigen of verpleegkundigen met een bijzondere bekwaamheid⁴ .

³ Art. 8 Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, BS 14 mei 2019.

⁴ Art. 1 en 2 van het Koninklijk besluit van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde, B.S., 24 oktober 2006

4. **Een wetenschappelijke benadering is aangewezen** (eventueel met pilootstudies en inschatting van het budgettaire impact). Ook met aandacht voor sectoren zoals de woonzorgcentra en andere collectieve voorzieningen én voor de ambulante eerste lijn (huisartsgeneeskunde en breder).

De twee belangrijkste problemen van de COVID-19 crisis in de woonzorgcentra waren het gebrek aan voldoende verpleegkundig personeel (algemeen verpleegkundigen eventueel met en surplus een verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie) en de onvoldoende beschikbaarheid van persoonlijk beschermingsmateriaal.

Toch kan het aangewezen zijn te bestuderen of de “clinical governance” binnen woonzorgcentra best verder uitgebouwd wordt. In samenwerking met en coördinatie van de Coördinerend raadgevend arts (CRA), kan de verpleegkundig specialist een meerwaarde zijn in een multidisciplinaire zorgomgeving.

5. **Negatief advies over de voorliggende versie van het ontwerp-advies/de discussietekst van de voorbereidende gemengde werkgroep**, mét bereidheid en interesse tot verder onderzoek en overleg.

De discussietekst zal dus veel duidelijker en specifiekere moeten uitgewerkt worden en hieraan wil de Hoge Raad Artsen via de voorziene delegatie, zeker verder meewerken.

De kwaliteits- en veiligheidsvereisten moeten gewaarborgd zijn:

- uitgaande van een gedefinieerde “scope of practice” en door een hoog kwalitatieve en gerichte vorming ook na het behalen van een Master.
- door een gecoördineerde multidisciplinaire context met duidelijk gedefinieerde competenties van de deelnemers

Het initiatief en het subsidiariteitsprincipe in het algemeen, bieden de mogelijkheid van een toekomstgerichte nieuwe samenwerking tussen verschillende disciplines. We kijken dan ook uit naar een uitnodiging voor het verder overleg.

Met de meeste hoogachting,

dr. Patrick Waterbley
ondervoorzitter-secretaris
Hoge Raad Artsen