

AANTREKKELIJKHEID VAN HET VERPLEEGKUNDIG BEROEP

Meerjarenplan

Laurette ONKELINX
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Dit Plan voor de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep is een concretisering van het regeerakkoord dat voorziet in het uitwerken “van maatregelen om de aantrekkingskracht van het beroep van verpleegkundige te vergroten”.

De kritieke situatie inzake de aanwerving van verpleegkundigen in het land vereist dat er een sterk signaal wordt gegeven, uitgedrukt in een ambitieus project, want alle minder belangrijke aanpassingsmaatregelen kunnen het probleem niet oplossen.

De voorstellen zijn niettemin verankerd aan de bestaande sokkel: de veranderingen moeten reëel en significant zijn, maar tevens progressief.

De maatregelen zijn in de tijd gespreid en zo ook de organisatorische impact ervan.

Het plan telt **4 actiedomeinen**

Verminderen van de werklast en van de stress

Kwalificaties

Bezoldiging

Sociale erkenning en betrokkenheid in het besluitvormingsproces

Het heeft betrekking op **3 sectoren**: de ziekenhuizen, de rusthuizen (ROB en RVT) en de thuiszorg.

De doelstelling is een **doelstelling van volksgezondheid**: tegemoet komen aan de behoeften inzake verpleegkundige zorgen voor de patiënten en de bevolking over het algemeen, in optimale omstandigheden en binnen het geheel van het gezondheidssysteem. De veiligheid van en de kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënten blijven prioritair.

Beknopte voorstelling van de 4 actiedomeinen

De actiedomeinen zijn onderling afhankelijk en het is onmisbaar om ze simultaan uit te voeren om het gewenste effect te verkrijgen. Een fasering verdeelt de acties wel in de tijd.

1. Verminderen van de werklast en van de stress

- Integrale toepassing van het sociaal akkoord 2005-2010, dat bijkomende tewerkstelling oplevert (p.m.)
- Opnieuw lanceren van het project 600
- Verminderen van de administratieve en logistieke last, die de verpleegkundigen weghoudt van de zorgverstrekking
- Financiering van het voorziene personeel, om hun effectieve aanwezigheid op het terrein te verzekeren
- Verhogen van de effectieven die toegewezen zijn aan de zorg

2. Kwalificaties

- Titel van verpleegkundige voorbehouden voor een geherwaardeerd competentieniveau. De manier om deze titel te verwerven behoort tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen
- Specialisaties aanmoedigen, zodat men tegemoet komt aan de steeds complexer wordende vereisten van de zorg
- Functiedifferentiatie
- Versterkte en meer uitgebreide verantwoordelijkheden

3. Bezoldiging

- Uitbreiding van de onregelmatige prestaties die recht geven op salaristoelage
- Bezoldigen van de specialisaties volgens het niveau ervan
- Versterkte valorisatie van de omkaderingsfuncties

4. Sociale erkenning en betrokkenheid bij het besluitvormingsproces

- Via hogere opleiding, inclusief van universitair niveau
- Via een betere bezoldiging
- Dank zij een verhoogde sociale zichtbaarheid
- Door een systematisch gestructureerde betrokkenheid bij het beroep

Het probleem om verpleegkundigen aan te werven zal men een tekort noemen, welke ook het aantal gevormde verpleegkundigen is dat potentieel actief is in de gezondheidssectoren: hetgeen telt is het vergelijken van de effectieven die noodzakelijk zijn met de effectieven die beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt.

Het tekort is constant sedert tientallen jaren, ook al is het heteroog volgens de (sub)regio's en in de tijd.

Alle maatregelen die genomen werden volstonden niet om het aantal actieve verpleegkundigen te verhogen om gelijke tred te houden met de groei van de behoeften, die constant is: de biomedische, technologische en demografische evoluties verklaren deze groei, die de komende jaren zal aanhouden.

De culturele en sociale evoluties wijzigen bovendien het profiel van de vereisten en de beschikbaarheid voor de verpleegkundigen.

Het is moeilijk om precies de impact in te schatten van bepaalde maatregelen die tot doel hebben om verpleegkundigen aan het werk te houden: het verhogen van de geldelijke anciënniteit en het aantal verpleegkundigen die genieten van de eindeloopbaanmaatregelen wijzen erop dat ze resultaten hebben opgeleverd. Het aantal deeltijds werkenden is hoog, hetgeen de organisatorische problemen doet toenemen.

Het potentieel aan verpleegkundigen waaruit men kan putten om het aantal verpleegkundigen in de gezondheidssectoren te verhogen zal alleen kunnen geëvalueerd worden via een globaal kadaster dat constant bijgewerkt wordt: dit kadaster is thans in opbouw (DGII van de FOD Volksgezondheid) en wordt verwacht voor het einde van 2009.

Het is onontbeerlijk dat men de opgeleide professionelen aanspoort om hun actieve collega's te vervoegen, teneinde te vermijden dat die laatste het beroep de rug toekeren. Men moet echter ook de jongeren aanmoedigen om verpleegkundige studies aan te vatten, door dit beroep in ere te herstellen, via de dienstverlening en de veelvuldige facetten ervan en carrière mogelijkheden die het biedt binnen een ruim gamma van sectoren, die meestal miskend zijn.

Plan

1. Verminderen van de werklust en van de stress	blz. 4
2. Kwalificaties	blz. 9
3. Bezoldiging	blz. 13
4. Sociale erkenning en betrokkenheid in het besluitvormingsproces	blz. 16

De werklast en de eruit voortvloeiende stress zijn overduidelijk buitensporig geworden: de verpleegkundigen werken deeltijds om die werkvoorwaarden aan te kunnen, ze weigeren de meest zware diensten of ze keren het beroep zelfs de rug toe.

Meerdere maatregelen zullen in de tijd gespreid worden:

1. Informatisering van het verpleegkundig luik van het patiëntendossier/automatische extractie van de VG-MZG

De beroepsorganisaties en de vakverenigingen zijn het erover eens dat de last die er kwam door de registratie van de VG-MZG (Verpleegkundige Gegevens – Minimale Ziekenhuis Gegevens) het element “te veel” is in de context van de huidige werklast: de verplichtingen verbonden aan de registratie zorgen voor bijkomend werk, dat de professionelen op het terrein maar moeilijk begrijpen en aanvaarden.

Het belang van het beschikken over een professionele databank die op diverse vlakken kan gebruikt worden is nochtans onweerslegbaar: de aandacht vestigen op het profiel van de patiënten en van de zorg uit het oogpunt van de verpleegkundigen en dat van de professionelen die actief zijn op het moment van de registratie kan in diverse registers gebruikt worden. Deze gegevens zijn meer dan andere geschikt bij de ziekenhuisfinanciering, aangezien ze betrekking hebben op gefinancierde activiteiten die ze rechtstreeks zichtbaar maken. Ze laten echter ook toepassingen op andere niveaus toe, van ziekenhuis tot federaal: kwalitatieve evaluaties, vergelijkingen tussen diensten of zorgeenheden, zorgprofielen per programma of per groepen van patiënten, enz.

De secundaire voordelen van de registratie vallen niet te ontkennen op het vlak van de organisatie van de zorg: om toegelaten te zijn moeten de elementen van VG-MZG zich in het patiëntendossier bevinden, in, gecodificeerde vorm en geïntegreerd in een zorgplan dat aangepast is aan elke patiënt. Het bijhouden van het patiëntendossier is onmisbaar, want het maakt de overdracht mogelijk van professionele informatie die onmisbaar is voor de continuïteit van de zorg en voor de interprofessionele samenwerking.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft zich deze kwalitatieve bezorgdheid en de vraag van de ziekenhuisbeheerders, die voor deze informatisering recurrente middelen vragen, eigen gemaakt.

De inhoud van het verpleegkundig dossier werd vastgelegd in 2006 (K.B. van 28 december 2006).

Een studie die gefinancierd werd door de FOD Volksgezondheid (2MVG2) definieerde de minimumvoorwaarden voor de automatische export van de VG-MZG gegevens uit dit dossier.

De vraag over het “label” (accreditatie) van de software is gesteld (cf. VINCA-project voor de sector thuisverpleging).

Een bijkomend bedrag toekennen in onderdeel A1 van het Budget van financiële middelen (BFM), met prioriteit voor toewijzing aan de informatisering van het verpleegkundig luik van het patiëntendossier, teneinde de automatische export mogelijk te maken van de VG-MZG gegevens:

16,3 miljoen € in het BFM per 1 juli 2008.

Deze middelen zijn recurrent.

Aangezien het niveau van informatisering van de ziekenhuizen varieert, is het niet aangewezen om preciezere verplichtingen of oriëntaties vast te leggen. Het proces moet echter opgestart worden waar het nog niet het geval is en ondersteund worden waar het bestaat. Het zal het voorwerp van opvolging moeten zijn.

2. Supplementaire niet-verpleegkundige banen

Sedert meerdere jaren krijgen de ziekenhuisverzorgingsteams hulp via bijkomende banen (sociale Maribel of Startbaan): logistieke en administratieve activiteiten worden toevertrouwd aan laag gekwalificeerde personen aan wie men een korte en gerichte opleiding geeft.

Deze functies zijn in meerdere opzichten nuttig:

- Op prijs gestelde hulp voor de verpleegkundigen: bijkomend personeel dat nuttig is en zonder verwisseling van rollen met de zorgkundigen;¹
- Ondersteuning van de patiënten, voor een betere ten laste neming van bepaalde “hotel-aspecten”, hetgeen de ziekenhuisopname humaner maakt;
- Uitstap uit de werkloosheid voor laag gekwalificeerde personen, voor stabiel en voldoening schenkend werk.

Deze personen zijn beschikbaar op de arbeidsmarkt: zodra de banen gefinancierd zijn kunnen ze dus aangeworven worden.

De prioriteit zal uitgaan naar de diensten geriatrie en revalidatie: die genieten niet van een bijkomende financiering buiten normen, ze kwamen nog niet in aanmerking voor het berekenen van de Maribelsteun en de werklast is er de laatste jaren significant toegenomen.

Per 60 bedden zorgen voor de aanwezigheid van 3 VTE logistieke en administratieve hulp in de bedden met kenletter G en Sp (exclusief palliatieve zorg).

Financiering: sociale Maribel (supplementaire “trein”).

¹ Het aantal nuttige zorgkundigen in het ziekenhuismilieu is beperkt: de uitbreiding van de toegelaten activiteiten, via delegatie door een verpleegkundige, heeft het vooral mogelijk gemaakt om praktijken die afwijken van de wettelijke bepalingen te regulariseren; om reden van veiligheid voor de patiënten beperkt de kennis die ze op dit opleidingsniveau verworven hebben de uitbreiding van activiteiten die hen zouden kunnen worden toevertrouwd.

Daarna zou een raming van het aantal tot op heden bestaande banen het mogelijk moeten maken om een evaluatie uit te voeren van het aantal banen die men eventueel bijkomend kan voorzien voor de andere kenletters en sectoren.

De administratie van de FOD Volksgezondheid zal deze evaluatie uitvoeren in de loop van 2009.

De sociale Maribelformule heeft haar efficiëntie bewezen (verminderde kosten, maar reëel aantal netto banen).

Deze maatregel past binnen de krachlijnen van het sociaal-economische beleid van de federale regering, dat voorziet in het stimuleren van tewerkstelling in de non-profit sector, met als bijkomend voordeel dat men er banen aanbiedt waarvoor slechts weinig kwalificaties nodig zijn.

3. Het personeelsbestand financieren dat voorzien is in het Budget van Financiële Middelen (BFM)

De onderfinanciering van de ziekenhuizen, onder meer de enveloppen bestemd voor het dekken van de kosten voor de verpleegkundigen en de zorgkundigen, heeft tot gevolg dat het aantal personeelsleden voorzien in de teams verminderd wordt, zodat men binnen de grenzen van de gefinancierde bedragen kan blijven.

Deze beperking van het aantal verpleegkundigen op het terrein heeft tot gevolg dat de werkomstandigheden slechter worden en dat is ook de reden waarom men het ziekenhuismilieu de rug toekeert: het is onontbeerlijk dat men deze vicieuze cirkel doorbreekt.

Verder heeft de berekeningswijze van wat men doorgaans de “waarborg van het basisbudget” pleegt te noemen, evenals voor bepaalde jaren het nationale budget dat er wordt aan besteed, tot gevolg dat het als gewaarborgd aangekondigde budget niet wordt gefinancierd.

Het BFM herfinancieren via een aanpassing van de betrokken enveloppen, waarvan een verhoging van de waarde van het punt, en van de beheerders eisen dat de bijkomende middelen effectief besteed worden aan de personeelsleden van de zorgteams.

De modaliteiten van de berekening van het gewaarborgde basisbudget herzien.

4. De investeringen met een ergonomisch karakter aanmoedigen

De meeste ziekenhuizen investeerden in meubilair (in het bijzonder elektrisch bediende bedden) op impuls van georiënteerde financieringen.

Andere maatregelen en middelen, bepaald op basis van ad hoc studies, uitgevoerd door onderzoekers gespecialiseerd in ergonomie, zouden moeten bijdragen tot het verlichten van de lichamelijke belasting die op de verpleegkundigen en op de zorgkundigen drukt. De bijdrage en medewerking van de IDPB en EDPB (interne en externe diensten voor preventie en bescherming op het werk) zal hierbij waardevol zijn.

Uitvoeren van proefstudies die het mogelijk maken te bepalen welke de meest efficiënte middelen zijn in termen van ergonomie in de ziekenhuissector (BF%M juli 2009)

Daarna bijkomende financiële middelen voorzien, mits respecteren van voorwaarden van criteria inzake “ergonomie op het werk”, zowel in de ziekenhuizen als in de ROB's (Rustoord voor Bejaarden) als in de RVT's (Rust- en Verzorgingstehuizen)

Een “egono friendly” label definiëren.

5. De personeelsbezetting aanpassen aan het profiel van de patiënten

Ziekenhuizen

Tot op heden is het aantal voorziene personeelsleden voornamelijk gebaseerd op normen, die historisch vaak teruggaan tot 1963... Alleen in bepaalde diensten werden de personeelsnormen aangepast.

Sedert 1991 voegden tewerkstellingsbevorderende maatregelen daar fracties VTE aan toe, zonder herziening van de basis zelf van het vastleggen van het te voorziene aantal personeelsleden. Omdat ze uit verschillende bronnen stammen, hebben deze maatregelen tot verwarring geleid inzake hetgeen effectief voorzien en gefinancierd is en volgens welke modaliteiten dat gebeurt. Verpleegkundigen en ziekenhuisbeheerders vragen dringend om een overzicht van deze bijkomende banen.

Het inkorten van de verblijfsduur heeft tot gevolg dat de meest acute en zware zorg op een kortere periode wordt geconcentreerd: de gevolgen van deze concentratie verklaren de huidige moeilijkheden. Bovendien is het nodig dat men de personeelsleden inzake aantal en kwalificatie aanpast aan de profielen van de opgenomen patiënten: er moet een minimale normatieve basis ter verzekering van de verpleegkundige permanentie worden voltooid, in functie van de vereiste zorg, volgens de aard en de intensiteit ervan.

Een recente studie, die voor rekening van het KCE gemeenschappelijk uitgevoerd werd door de KUL en de Ulg, op basis van een staal van de VI-MZG gegevens (pre-officiële versie), bevestigt de internationale studies die aantonen dat de klasseringen op basis van medische gegevens (DRG of APR-DRG) niet altijd een link hebben met het verpleegkundig profiel van de patiënten. Deze studie toonde daarentegen aan dat de VI-MZG homogene profielen van patiënten kan doen uitkomen, op basis van de behoeften aan verpleegkundige zorg.

Een bijkomende studie, uit te voeren onder toezicht van de FOD Volksgezondheid, zou derhalve op korte termijn en op basis van de officiële registraties van de VI-MZG, profielen van verpleegkundige zorg (Nursing Related Groups) moeten kunnen opmaken die wetenschappelijk onderbouwd zijn, evenals voorstellen voor het gebruik ervan bij het vastleggen van de ziekenhuisbudgetten.

Het KCE heeft anderzijds de resultaten bekendgemaakt van een studie die duidelijk aantoont dat verschillende zorgprofielen kunnen worden opgevangen voor verschillende competentieprofielen. In de conclusies beveelt het rapport aan om door te gaan met de studies over deze functiedifferentiatie. Het met elkaar verbinden van de zorgprofielen en de kwalificaties die nodig zijn om ze met gedifferentieerde functies ten laste te nemen zou het mogelijk moeten maken om met meer relevantie te bepalen welke teams er, rekening houdend met de patiënten, moeten opgericht worden.

De resultaten van deze studies zouden kunnen gebruikt worden voor het aanpassen van de budgettaire middelen en de financieringsmechanismen, zowel van de ziekenhuizen als van de ROB' en de RVT's, en wellicht zelfs voor de thuisverpleging, voor wat bepaalde zorg en patiënten betreft en dit zonder dat de kwaliteit van de zorgverstrekking in het gedrang komt.

- Opmaken van het overzicht van de personeelsformatie voortkomend uit de normen en uit diverse en opeenvolgende bijkomende maatregelen, teneinde een volledig beeld te geven van de voorziene en gefinancierde personeelsleden (2009).
- Via de FOD Volksgezondheid uitvoeren van een studie betreffende de VI-MZG en hun gebruik in het BFM, en hierbij de voorkeur te geven aan het naar voor schuiven van de homogene patiëntengroepen op het vlak van de verpleegkundige zorg (Nursing Related Groups – NRG's) (2009).
- Via de FOD Volksgezondheid en verbonden met de patiëntenprofielen uitvoeren van een bijkomende studie betreffende de functiedifferentiaties, op basis van die welke in 2009 bekendgemaakt werd door het KCE (2009).

ROB's en RVT's

De indicatoren die gebruikt worden voor het aanpassen van de financiering en de zorgteams zijn onderhevig aan kritiek, omdat ze de afhankelijkheid van de patiënten waarden in euro's. In bepaalde mate is dat normaal - een patiënt die afhankelijk is vraagt meer verzorging dan een autonome bewoner – maar dit moet verbeterd worden, zodat men de zorgverstrekking aanmoedigt die het mogelijk maakt dat de mensen langer autonoom blijven of dat ze een hogere graad van autonomie terugvinden.

Het RAI-instrument is meer geschikt voor het evalueren van de globale en bijzondere toestand van de bejaarde patiënt/bewoner. Gelet op het voorgaande is een evaluatie van het potentiële gebruik ervan onmisbaar.

De ervaringen met het palliatieve platform² en de begeleidingsteams in palliatieve zorg evenals van de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT) kunnen uitgebreid worden tot andere aspecten van de zorg.

Teneinde raad te geven of zelfs om complexe of ongewone verzorging te realiseren, in het licht van de permanente opleiding van de eerstelijnsverpleegkundigen, is het wenselijk dat men progressief verpleegkundigen integreert die over andere specialisaties en expertise beschikken.

- Gespecialiseerde verpleegkundigen (houder van de bijzondere beroepstitel in geriatrie, in oncologie, expert in het verzorgen van wonden, enz.) voorzien in het kader van de platformen en/of de GDT, wiens opdracht van raadgeving en ondersteuning bestaat uit het begeleiden van de opvang van de patiënten en de bewoners.
- Herzien van de schaal die gebruikt wordt voor het bepalen van de profielen van de patiënten en van de zorg, teneinde de zorgverstrekking aan te moedigen die het behouden of herkrijgen van de autonomie bevordert.

² Een project van geriatrisch platform werd besproken in de interministeriële Conferentie van 17 juni 2008.

Kwalificaties en functiedifferentiatie / Overdracht van taken en verantwoordelijkheden

Tot op heden wordt de functie van verpleegkundige uitgeoefend door personen die over verschillende kwalificaties beschikken, zonder dat er voldoende onderscheid gemaakt wordt in de uitgevoerde activiteiten en de verantwoordelijkheid die men daarbij aanvaardt: dit draagt bij tot verwarring en tot een de facto verlies van beroepswaarde van alle verpleegkundigen in de ogen van het publiek en de partners. De opleidingen zijn inderdaad verschillend van niveau, maar in de meeste gevallen worden op het terrein gelijkaardige functies uitgeoefend. De kwalitatieve verschillen kunnen echter niet zomaar toegeschreven worden aan de verschillen in opleiding of aan de persoonlijke competenties en bekwaamheden.

De differentiëring inzake de toegang tot de specialisaties (beroepstitels voorbehouden aan de bachelors, bijzondere beroepskwalificaties die eveneens toegankelijk zijn voor de gebrevetteerde ziekenhuisverpleegkundigen) verbeteren deze situatie beetje bij beetje, maar ze volstaan niet om het onderscheid te maken tussen hen bij het uitoefenen van het beroep en bij de zorgverstrekking.

Indien men kijkt naar de evolutie van het beroep, het tekort en de studiekeuze tijdens de afgelopen veertig jaar, stelt men vast dat:
Het tekort constant was, uitgezonderd tijdens een korte periode van minder dan twee jaar, bij het begin van de jaren '80. De reden hiervoor: de behoeften aan gekwalificeerde professionals nemen toe voor dezelfde reden als die welke vandaag de dag nog steeds gelden. Tegelijk eisen de verpleegkundigen werkvoorwaarden die draaglijker zijn en meer compatibel met hun sociaal leven.

Een beroep dat onder dezelfde benaming personen met een opleiding op beroepsniveau en op het niveau van het hoger onderwijs, inclusief universitair, groepeerd, geeft een weinig duidelijk beeld van de inhoud ervan en van de mogelijkheden die het biedt: het blijkt dus weinig aantrekkelijk te zijn.

De algemene evolutie brengt steeds meer jongeren naar de universiteit: degene die 30 jaar geleden verpleegkunde studeerden, gaan nu meer de richting uit van de menswetenschappen op de universiteit.

Er zijn steeds meer studenten geneeskunde, terwijl de toegangsmogelijkheden tot het beroep beperkt zijn.

En studies kinesitherapie zijn vooral aantrekkelijk omdat ze op het niveau van de hoge studies van het lange type, gelijkgesteld met universitair, of op universitair niveau gebracht werden en dit ondanks de beperkte vooruitzichten op werk.

De opleidingen voor de paramedische beroepen zijn meestal allemaal minstens van het bachelorniveau: laboratoriumtechnici (de opleiding op beroepsniveau werd afgeschaft), technici in medische beeldverwerking, ergotherapeuten, diëtisten, ...).

Verder moet men komaf maken met het beeld van de universitaire opleidingen die alleen toegankelijk zijn voor de verpleegkundigen inzake beheer of volksgezondheid;

de verpleegkundige zorgen moeten zelf het voorwerp van universitaire opleidingen zijn. Dat is – maar wel sedert kort – het geval in vier Vlaamse universiteiten, in de vorm van een Master in de verpleegkunde en de vroedkunde: deze opties zouden binnenkort moeten toegankelijk zijn in de Franse gemeenschap.

Op internationaal vlak ziet men een veralgemening van de verpleegkundige opleidingen op hoger en zelfs op universitair niveau. Er zijn minder problemen om verpleegkundigen aan te werven daar waar de opleiding op een hoger en liefst op universitair niveau ligt – en de bezoldiging is natuurlijk ook met dat niveau verbonden.

Het Bologna-proces strekt ertoe om, binnen de aangesloten landen, de niveaus en opleidingsmogelijkheden te harmoniseren. Het introduceert het begrip ECTS³ en VVE (Valorisatie van de Verworven Ervaring): toetreden tot het Bologna-proces is een opportuniteit voor de studenten, want het biedt hen nieuwe perspectieven in het kader van hun opleidingscursus en, eens dat ze een eerste opleidingsniveau hebben bereikt, in hun loopbaan.

Internationale studies in verband met de verpleegkundige zorg tonen aan dat een hoge graad van kwalificatie een onderling verband heeft met veel minder ernstige incidenten (ongevallen, complicaties, soms overlijden). De vaststellingen van de directies van de verzorgingsinstellingen waar men te maken heeft met personeel dat niet over de kennis beschikt die vereist is om de complexiteit van de opvang op zich te kunnen nemen (en niet alleen de technische verstrekkingen), tonen aan dat de basiscompetenties van de verpleegkundige moeten geherwaardeerd worden; het hoge aantal studenten dat, na hun bacheloropleiding verpleegkundige zorg, aan een specialisatie begint alvorens hun beroepsloopbaan te starten en dat verklaart dat ze de indruk hebben dat ze onvoldoende opgeleid zijn om in het beroepsleven te stappen, bevestigt deze waarnemingen.

In het kader van de federale verantwoordelijkheid van Volksgezondheid – er voor zorgen dat de zorgen waarvan de bevolking geniet van een optimaal niveau zijn inzake kwaliteit en veiligheid – is het nodig dat men, rekening houdend met de huidige en voorspelbare karakteristieken van de zorg en de opvang, het profiel van competenties die men van de verpleegkundige verwacht te herdefiniëren.

De functie van zorgkundige, de verpleegkundige handelingen die door de verpleegkundige kunnen gedelegeerd worden aan de zorgkundigen, evenals de voorwaarden voor deze delegering werden in 2006 geherdefinieerd.

De activiteiten die men kan toevertrouwen aan personen die beantwoorden aan dit competentieprofiel, zonder daarbij risico's te lopen voor degenen die verzorgd worden, blijven echter beperkt en maken het aan de verpleegkundigen niet mogelijk zich te concentreren op activiteiten die wel tot hun kwalificaties behoren. Men kan dus de vraag stellen over de opportuniteit van een kwalificatie die tussen die van de verpleegkundige en die van de zorgkundige zou liggen. De studie die moet uitgevoerd worden na die welke het KCE net publiceerde zou moeten bepalen welke

³ Bologna: onderwijs in ECTS credits (European Credits Transfer System), gevaloriseerd via een proces van wederzijds erkenning. Een credit = 24 uur werk door de student te leveren. Een jaar = 60 credits.

zorg/patiëntenprofielen en welke competenties samen zouden moeten gaan in het kader van een differentiëring van adequate functies.

Het profiel van de competenties vereist om de titel van verpleegkundige te voeren opnieuw bekijken.

De opportuniteit van een kwalificatie tussen die van verpleegkundige en die van zorgkundige.

De Gemeenschappen zijn bevoegd voor opleiding: overleg tussen de overheidsniveaus zal het mogelijk maken om de vereiste competenties en opleidingen die deze competenties bijbrengen zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

Transfers en delegaties van bevoegdheden

Het gebeurt steeds vaker dat men de opvang van complexe patiënten, meestal chronische, toevertrouwt of overweegt om dat toe te vertrouwen aan verpleegkundigen: de diabetici zijn een voorbeeld van de transfer van verantwoordelijkheden.

Elke transfer van activiteiten houdt een transfer van verantwoordelijkheden in: het kan niet op een geïmproviseerde manier gebeuren. Dat men hiervoor onvoldoende personen met bepaalde kwalificaties aanhaalt kan op zich geen rechtvaardiging zijn voor het transfereren naar anderen: die moeten ook opgeleid en georganiseerd zijn en over voldoende mankracht beschikken om de getransfereerde verantwoordelijkheden aan te kunnen.

De internationale studies en ervaringen tonen aan dat deze transfers frequent zijn: er bestaan internationale aanbevelingen om de concrete invulling ervan in de beste voorwaarden te garanderen.

Dit geldt voor de transfers van artsen naar verpleegkundigen en van die naar de meer of minder gekwalificeerde zorgkundigen (verticale relaties). Dit geldt eveneens voor de transfers of gedeelde verantwoordelijkheden tussen beroepsgroepen van hetzelfde opleidingsniveau (horizontale relaties).

Een analyse uitvoeren van de transfers van bevoegdheden en delegaties die mogelijk zijn tussen professionelen, in termen van impact voor de betrokken professionelen en voor de patiënten en inzake organisatorische impact (inclusief op het onderwijs).

Permanente vorming

De permanente vorming is onmisbaar om te zorgen voor de afstemming tussen de competenties en de evolutie van de kennis en van de behoeften van de patiënten.

Deze opleidingen omvatten het op peil brengen van de kennis van het activiteitsdomein, maar ook gespecialiseerde vormingen van korte duur (meestal een dag per week tijdens een schooljaar).

Het voornaamste probleem is de financiering van deze vorming. Het aanbod inzake aangepaste opleidingen is voldoende in termen van diversiteit: het onderwijs voor sociale promotie en diverse cycli of vormingsdagen maken het aan de verpleegkundigen mogelijk om hun kennis op te frissen.

Maar de structuren die deze vormingen voorstellen moeten over voldoende middelen beschikken om aan de vraag te kunnen voldoen.

Het educatief verlof werd verminderd in de private instellingen (om de minder geschoolde werknemers te kunnen bevoordelen) en de bedragen die gefinancierd zijn in het BFM voor de ziekenhuizen zijn beperkt. De evolutie van de patiënten die opgevangen worden in een RVT vereist eveneens een gelijklopende evolutie van de kennis van de zorgverstrekkers.

Voegt men hierbij nog het feit dat het vaak moeilijk of zelfs onmogelijk is om de personen te vervangen tijdens die opleidingsdagen, dan blijken de echt gevolgde vormingen beperkt te zijn, ook al leveren onder meer de ziekenhuizen veel inspanningen inzake interne opleidingen. Dat is echter moeilijk, zonet onmogelijk voor de ROB's en de RVT's.

In veel gevallen worden de kosten voor de opleidingen buitenhuis zelfs door de individuele personen gedragen en wordt de tijd die ze er aan besteden afgenomen van hun vakantiedagen.

Maar permanente vorming maakt wel deel uit van de meeste normen, zowel van de diensten als van de gezondheidszorgbeoefenaars: dit pleit voor een financiering via het BFM of het RIZIV.

Voor de thuisverpleging, zou een vorm van accreditatie kunnen ingesteld worden op het model dat van toepassing is voor de artsen, met een preferentiële terugbetaling of een jaarlijkse financiële steun voor de professionals die kunnen bewijzen dat ze erkende opleidingen volgden.

Een deel van de permanente vorming zou betrekking moeten hebben op het beheer van situaties van stress en geweld: deze twee elementen nemen toe en behoren tot de redenen voor het uitstappen uit het beroep.

Het systeem van het opleidingsverlof / betaald educatief verlof herzien, en het aanpassen aan de behoeften van de sector.

Een percentage voorzien van de bedragen die voorzien zijn voor het verzorgend personeel in het BFM of de RIZIV-forfaits, zowel voor de private als voor de openbare sector.

Aan huis: de haalbaarheid analyseren van een systeem dat het mogelijk maakt om tegemoet te komen aan de doelstelling van de permanente vorming.

Uitbreiding van de toegelaten handelingen / verpleegkundig voorschrift

De vraag over het verplicht medisch voorschrijven voor bepaalde handelingen of toepassingen wordt in de praktijk op diverse terreinen gesteld.

Het voorbeeld van de wondverzorging is kenmerkend: de arts schrijft meestal het type zorg en het materiaal voor dat de verpleegkundige opgeeft, want zijn opleiding en ervaring hebben hem voorbereid voor deze techniek.

De toelating voor de vroedvrouwen om voor te schrijven opent het debat, vooral voor de verpleegkundigen die over een hoog opleidingsniveau beschikken.

De lijst van de handelingen werd uitgebreid voor de verpleegkundigen die houder zijn van de bijzondere beroepstitel in intensieve zorg en spoedgevallenzorg. De vraag zal ook gesteld worden voor de andere titels en kwalificaties.

De mogelijkheid bestuderen van het uitbreiden van autonome handelingen of toevertrouwd bij de erkenning van de bijzondere beroepstitels en beroepskwalificaties.

De opportuniteit en de voorwaarden van het toelaten van voorschrijven door de verpleegkundigen analyseren.

Actie 3: BEZOLDIGING

De huidige bezoldigingen volstaan niet meer om nog attractief te zijn, rekening houdend met het niveau van verantwoordelijkheden, het lastige werk – zowel lichamelijk als geestelijk – als met de verplichte werkuren.

1. Verzorgingsinstellingen

De maatregelen inzake de eindeloopbaan op 45 jaar zijn in feite loonsverhogingen: het loon wordt behouden, maar men werkt minder uren of men werkt 38 uur die betaald worden met een toenemend financieel supplement.

De verplichting om de verpleegkundige permanentie te garanderen leidt tot uurroosters, waarbij de uren die zich in de zogenaamde oncomfortabele zones bevinden meer dan 40 of zelfs 50% bedragen.

De prestaties bij het einde van de dag worden steeds vaker als de meest veeleisende aanzien, want ze zijn het moeilijkst te verzoenen met een “normaal” familiaal en sociaal leven. De uurroosters die beginnen om 7 uur en die pas stoppen na de uren van de kinderdagverblijven dwingen tot een complexe en dure organisatie. Maar voor deze prestaties wordt geen salaristoelage betaald wanneer ze voor 22 uur stoppen.

Algemeen zijn de toeslagen die thans betaald worden voor deze oncomfortabele uurroosters onvoldoende om de verplichtingen en meerkosten die eruit voortvloeien te compenseren. Het systeem stemt niet meer overeen met de huidige evoluties en sociale eisen.

De normen leggen bovendien steeds meer specialisaties op. De verpleegkundigen die hierover beschikken genieten echter niet systematisch van een hoger loon, ofwel ontvangen ze een toeslag die verschilt naargelang de instelling of de groep van instellingen.

De erkenning van de Bijzondere Beroepstitels (BBT) en de Bijzondere Beroepsbekwaamheden (BBK) opent de weg voor hogere valorisaties, die aanzetten om houder te zijn van deze titels en bekwaamheden en dus tot een progressieve verbetering van het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen en van het globale beroep.

De functies van het verpleegkundig kader zijn zware functies: op de grens tussen diverse beroepen en functies, in rechtstreeks contact met de patiënten en de families, met de verplichting om de continuïteit van de zorg te garanderen, meestal 24 uur op 24 en 365 dagen per jaar.

Men merkt dat deze posten steeds minder kandidaten interesseren: de verantwoordelijkheden en de problemen worden niet gecompenseerd door voldoende financiële valorisatie.

De functietoelage die voorzien is voor de hoofdverpleegkundige en de middenkaders verbetert deze situatie niet.

Het verpleegkundig kader zag haar opdrachten bevestigd door een K.B. in 2006 en de toegang ertoe werd gereguleerd: de verplichting om bachelor te zijn wordt samengevoegd met de verplichting om een kaderopleiding te volgen, van universitair

niveau voor de diensthoofden (middenkader) en voor de directie verpleegkunde. Degenen die daarenboven moeten beschikken over een bijzondere beroepstitel zien die niet gevaloriseerd worden.

De werkuren die aanleiding geven tot een salaristoelage uitbreiden: de prestaties bij het einde van de dag en 's avonds valoriseren.

De BBT en BBK (verschillend) valoriseren, naargelang de officiële erkenning ervan. Deze valorisatie voorbehouden voor de personen die beschikken over de vereiste bijkomende opleiding – niet voor de genietters via de overgangsmaatregelen en op voorwaarde dat men in de overeenstemmende gespecialiseerde sector werkt.

Een hogere valorisatie voorzien voor de specialisaties van het type Master, verkregen aan de universiteit.

De bezoldiging voorzien van de verpleegkundige kaders en daarbij rekening houden met de vereiste kwalificatieniveaus.

2. Thuisverpleging

De terugbetaling van de verpleegkundige prestaties houdt geen rekening met de opleiding, noch met de eventuele specialisaties of bijzondere kwalificaties. Men zou, zoals voor de artsen, verschillende terugbetalingen moeten voorzien voor bepaalde prestaties.

Het verpleegkundig consult, dat het mogelijk maakt de balans op te maken van de problemen van een patiënt in termen van verpleegkundige zorg, met de patiënt en/of zijn omgeving, is het voorwerp van een beslissing van het RIZIV. Deze maatregel is beperkt tot één consult per jaar en per patiënt (onder voorbehoud van het beantwoorden aan criteria) en zal moeten geëvalueerd worden en ondersteund indien de resultaten afdoende zijn.

Voor de thuisverpleging moeten, zoals in het ziekenhuis, de functies, de taken en de verantwoordelijkheden gedifferentieerd worden en dus ook de terugbetaling van de uitgevoerde prestaties. Aan de zorgkundigen kunnen activiteiten toevertrouwd worden, via delegatie door een verpleegkundige en in het kader van een gestructureerd team.

De werkomstandigheden moeten eveneens geanalyseerd worden: bijvoorbeeld verplichtingen die gelden voor de grote steden.

Bij een zelfstandige praktijk moet de globale verpleegkundige opvang versterkt worden en wellicht ook de supervisie van andere zorgverstrekkers of zorgkundigen, evenals de verzorging van chronisch zieken binnen een meer autonome en verantwoordelijke praktijk, via aangepast terugbetalingen, die de terugbetalingen in verband met de repetitieve minder complexe zorgen compenseren.

De groepspraktijken moeten bevorderd worden (georganiseerde structuren die een beroep doen op verpleegkundigen in loondienst of groepen samengesteld uit zelfstandige verpleegkundigen): die vergemakkelijken de continuïteit van de zorg en maken een controle door gelijken mogelijk.

In de medische huizen moeten de verpleegkundigen die bepaalde specialisaties machtig zijn, zoals geriatrie, gemeenschappelijke verzorging of palliatieve zorg, oncologie, enz., worden aangemoedigd, rekening houdend met de bevolking die een beroep doet op hun diensten: interdisciplinaire samenwerking kan de kwaliteit van de zorg verbeteren.

De voorwaarden voor de functiedifferentiaties bij de thuisverpleging bestuderen.

De structuur herzien van de terugbetalingen voor het bevorderen van de globale en gespecialiseerde opvang door de verpleegkundigen en het ondersteunen van de alternatieven voor de ziekenhuisopname.

De BBT of bijzondere beroepskwalificaties valoriseren (geriatrie, oncologie, diabetologie,..) via gerichte terugbetalingen en onderworpen aan het respecteren van vastgelegde criteria.

Valorisatie van de groepspraktijken, inclusief tussen onafhankelijke verpleegkundigen.

De alternatieven voor de ziekenhuisopname en de interprofessionele samenwerking ondersteunen.

Actie 4. SOCIALE ERKENNING BETROKKENHEID BIJ HET BESLUITVORMINGSPROCES

De sociale erkenning ten aanzien van het verpleegkundig beroep is tweeslachtig: velen zijn het er over eens dat het een nuttig beroep is, maar zou men graag zijn kinderen die richting willen zien uitgaan?

Als een dienstverlenende functie wordt het verpleegkundig beroep nogal makkelijk gelijkgesteld met een louter uitvoerend beroep. De werkelijkheid is helemaal anders. Het is een vrouwenberoep. De traditie weegt nog zwaar door: het niveau van kennis en competenties die men moet verwerven en behouden voor de beroepsuitoefening wordt zwaar overschaduwd door het hardnekkige beeld van de “roeping”. Het feit dat men het nu nog vaak over verpleegsters(s) spreekt versterkt het clichébeeld alleen meer.

De onderliggende waarden van dit beroep worden in de huidige culturele context niet meer naar waarde geschat, aangezien men voornamelijk financiële waarden erkent.

De verpleegkundigen worden systematisch voorgesteld als een kostenpost, terwijl ze net zoveel als de artsen zorgen voor ontvangsten en een bijdrage aan de dienstverlening vertegenwoordigen.

De verpleegkundigen worden vaak ondergebracht onder de onpersoonlijke noemer “verzorgend personeel”: een anonieme massa, waarvan de prestaties en verantwoordelijkheden slecht gekend zijn of zelfs in diskrediet worden gebracht.

De gunstige uitstraling van het beroep bij de bevolking heeft vaak gediend om algemene of veralgemeende voordelen te verkrijgen voor al het ziekenhuispersoneel, zonder dat het iets bijdraagt aan de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep.

Terwijl een tekort door bepaalde beroepen gebruikt wordt om hun prestige en bezoldiging te verbeteren (gespecialiseerde artsen, informatici, enz.), heeft het voor de verpleegkundige alleen als effect (gehad) dat de werkomstandigheden verslechterden.

Conclusie: een mooi beroep... voor anderen.

Alle maatregelen nemen die het beroep uit de anonimiteit halen: dit voorstel kan gelijkgesteld worden met de maatregelen die genomen werden op het “gender-gebied” (vrouwelijk/mannelijk).

Uit de schaduw treden: een campagne voorzien voor het promoten van het beroep door er de weinig gekende facetten en de diversiteit van te laten zien (lente 2009).

De betrokkenheid van de verpleegkundigen in de besluitprocessen die hen aanbelangen en meer algemeen bij de bepalingen die te maken hebben met de gezondheid: de verpleegkundigen zijn niet beperkt tot de verzorgingsinstellingen of de thuisverpleging. Hun rol in andere instellingen (gevangenissen, diverse

ondernemingen, scholen) bij de eerstelijnsverzorging of bij de preventieve acties zijn minder bekend, maar wel essentieel.

Dit moet concrete vorm aannemen in de officiële adviesorganen, zowel op federaal vlak als in de instellingen zelf, waar de betrokkenheid van de verpleegkundigen moet worden bevestigd.

In de instellingen:

Ziekenhuizen: als zodanig identificeren van de positie van de verpleegkundige directie in plaats van “hoofd van het verpleegkundig departement” (af te schaffen benaming).

ROB/RVT: de bepalingen inzake de omkaderingsfuncties aanvullen (rechtstreekse hiërarchieke overste en eventueel middenkader), rekening houdend met de grootte van de instellingen.

In de adviesorganen

1. KCE

“Het Kenniscentrum heeft als doel het verzamelen en verschaffen van objectieve elementen vanuit de verwerking van geregistreerde gegevens en van gevalideerde gegevens, gezondheidseconomische analyses en alle andere informatiebronnen, om kwalitatief de realisatie van de beste gezondheidszorgen te ondersteunen en om een zo efficiënt en zo transparant mogelijke allocatie en aanwending van de beschikbare middelen van de verzekering geneeskundige verzorging door de bevoegde instanties toe te laten en dit rekening houdend met de toegankelijkheid van de zorgen voor de patiënt en met de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en van de verzekering geneeskundige verzorging.” (Art. 262 van de Programmawet van 24 december 2002).

De onderwerpen van de studies en rapporten waarmee het KCE zich moet belasten zijn onder meer:

- De evaluatie van de medische praktijk en de ziekenhuisactiviteiten;
- De ontwikkeling van nieuwe vergoedingssystemen, financieringstechnieken en financiële stimuli;
- Het gebruik van pathologiegegevens in de financiering;
- De toepassing van regelingen inzake individuele en collectieve responsabilisering van de verschillende actoren in de gezondheidszorg;
- De ondersteuning van het maken van keuzes inzake de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen;
- De bevordering van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorgverstrekking en de toegankelijkheid tot de zorgen;
- De evaluatie van sociale effecten en effecten in verband met de volksgezondheid (van bepaalde maatregelen).

De verpleegkundigen staan, actief of passief, centraal bij deze problematiek, maar er is geen enkele verpleegkundige in de Raad van Bestuur van het KCE (24 leden).

Twee leden toevoegen aan de Raad van Bestuur van het KCE, op voorstel van de representatieve organisaties van de verpleegkundigen.

2. Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid

Dit adviesorgaan werd ingesteld door de wet van 2003 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg. In de memorie van toelichting die voorgesteld werd aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers, kan men lezen dat deze adviesbevoegdheid onder meer betrekking heeft op:

- De financiering (waaronder het Budget van Financiële Middelen) en de erkenningsnormen;
- De registratie, het gebruik, de behandeling en/of de verspreiding van de gegevens (Minimale Klinische Gegevens, Minimale Verpleegkundige Gegevens) die veranderden in Verpleegkundige Gegevens van de Minimale Klinische Gegevens, Minimale Psychiatrische Gegevens).

Deze structuur heeft ook het opstarten tot doel van overleg over alle vragen met betrekking tot de samenhang van de activiteiten, adviezen en de organen betreffende het ziekenhuisbeleid.

Ondanks deze bevoegdheden en het belang van de verpleegkundigen in de ziekenhuisinstellingen, zijn de verpleegkundigen hierin niet vertegenwoordigd.

De samenstelling herzien van de Multipartite-structuur door er twee verpleegkundigen aan toe te voegen.

3. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen

De NRZV telt twee verpleegkundigen en twee plaatsvervangers, waarvan een ondervoorzitter, in elke van de twee afdelingen. Deze vertegenwoordiging is echter te zwak om een significante tussenkomst over de opties makkelijk te maken.

Het zou nuttig zijn om de samenstelling van de NRZV te herzien, zodanig dat er minstens twee mandaten meer ingenomen worden door de verpleegkundigen in de afdeling programmering en erkenning en in de afdeling financiering.

De verdeling herzien van de mandaten in de twee afdelingen van de NRZV, zodat de vertegenwoordiging van de verpleegkundigen toeneemt.

4. RIZIV

Het Verzekeringscomité telt één verpleegkundige als lid.

Tegen de wet van 21 april 2007 tot aanwijzing van de vertegenwoordigers van de thuisverpleegkundigen in de overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen werd beroep aangetekend. Het uitstellen van de inwerkingtreding ervan van 28 juni 2008 naar 31 december 2009, moet het mogelijk maken om een solide en niet confligerende oplossing te vinden.

Een optimale vertegenwoordiging verzekeren van de thuisverpleegkundigen in de overeenkomstencommissie thuisverpleegkundigen; de wet van 21 april 2007 in die zin aanpassen.

5. Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit / Colleges van geneesheren

Sedert 1999 werden Colleges van Geneesheren gecreëerd in diverse domeinen van de ziekenhuisactiviteit, met als doelstelling het promoten van de kwaliteit in hun respectievelijke specialiteiten door:

- Het bij consensus vastleggen van kwaliteitsindicatoren en evaluatiecriteria inzake de goede medische praktijken.
- Het uitwerken van een geïnformatiseerd registratiemodel en een modelrapport.
- De eventuele realisatie van bezoeken en de uitvoering van controles van de geregistreerde gegevens.
- De opmaak van een nationaal jaarlijks rapport voor de ad hoc werkgroep van de Multipartite-structuur.
- Het geven van feedback voor de betrokken ziekenhuizen en geneesheren.

Het koninklijk besluit van 27 april 2007 richt de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit op.

Bepaalde opdrachten die aan de Federale Raad toevertrouwd zijn, zijn gelijk met die welke toegewezen zijn aan de Colleges van geneesheren, maar hebben betrekking op de hele verpleegkundige activiteit. Deze globale en homogene visie van het beroep moet ondersteund worden.

Maar teneinde het belang te bevestigen van de bijzondere beroepstitels en een parallel te leggen met de Colleges van geneesheren, die allemaal een gespecialiseerde oriëntatie hebben, zou het nuttig zijn om Verpleegkundige Colleges op te richten, een per bijzondere beroepstitel, naarmate ze wettelijk erkend worden.

Ze zouden als opdracht hebben om de evaluaties en aanbevelingen van de Federale Raad aan te vullen met hun overwegingen die specifiek zijn voor hun specialiteit.

De Federale Raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit aanvullen met verpleegkundigen en die erin organiseren.

Een College per bijzondere beroepstitel voorzien.

6. Ziekenhuizen: Verpleegkundige Raad

In bepaalde ziekenhuizen bestaat er een Verpleegkundige Raad, op vrijwillige basis, met opdrachten en werkingsmethoden die van elkaar verschillen.

De verpleegkundigen verwachten van deze Raad een betere betrokkenheid in de interne organisatie van het ziekenhuis, bij de evaluatie van de kwaliteit van de verstrekte zorg en de verbetering ervan.

Men moet echter verwarring vermijden met andere organen (het overleg- en onderhandelingscomité bijvoorbeeld), evenals met de verantwoordelijkheden van de hiërarchische lijn.

Het is opportuun om de opdrachten op legale weg te definiëren en om de te respecteren bepalingen vast te leggen, rekening houdend met de karakteristieken van de ziekenhuisorganisatie. Rekening houdend met de verschillende doelstellingen bij de organisatie van de beroepen zal de verwijzing naar de Medische Raad beperkt zijn.

Onder die voorwaarden moet een verkiezingsmode voorzien worden die de aanwezigheid garandeert van de kandidaten die voorgesteld worden door de vakverenigingen.

Wetgevend optreden inzake de Verpleegkundige Raad: opdrachten en samenstelling.

7. Ethisch Comité / Deontologische Code / Verpleegkundige Orde

Het jaarrapport 2005 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek inzake de Lokale Ethische Comités (LEC), die verplicht zijn in elk ziekenhuis, onderstreept het volgende:

Op 142 LEC is bij een gemiddelde van 12,3 leden 62% geneesheer, 16% verpleegkundigen en 9% juristen.

De behandelde onderwerpen hebben voor 22% betrekking op het levenseinde, 13% het levensbegin en 9% de klinische studies. 53% van de andere onderwerpen zijn zeer gevarieerd.

De matige betrokkenheid van de verpleegkundigen is essentieel te wijten aan het feit dat ze te weinig beschikbaar kunnen zijn: het is voor hen zeer moeilijk om zich vrij te maken van hun dienstverplichtingen om deel te nemen aan vergaderingen.

De aard van de behandelde onderwerpen is nochtans zeer nauw verbonden met hun professionele praktijk.

Verder werd er in 2004 een deontologische code aangenomen door de beroepsverenigingen van de Belgische verpleegkundigen, zonder dat die echter het voorwerp van een wetgevende tekst is.

Deze code opleggen om het officiële parcours te doorlopen om erkend te worden als referentie, zal er de zichtbaarheid en nadien de onontbeerlijke kracht aan verlenen voor de toepassing ervan.

Een professionele Orde heeft essentieel tot opdracht om de ethiek en de deontologie die eigen zijn aan een beroep te doen respecteren. In België dragen de Provinciale Geneeskundige Commissies⁴ deze verantwoordelijkheid slechts gedeeltelijk, in de mate dat zij het visum kunnen intrekken “van een beoefenaar die niet meer voldoet aan de vereiste fysische of psychische geschiktheden om, zonder risico's, de uitoefening van zijn beroep voort te zetten”. Ze moeten er ook over waken dat de verpleegkunde – in dit geval – uitgeoefend wordt in overeenstemming met de wetten en reglementen, maar ze moeten aan de organen van de betrokken Orden ook kennis geven van de professionele fouten die men verwijt aan de zorgverstrekkers die onder die Orden vallen. Voor de verpleegkundigen ontbreekt de Orde-schakel.

Over dit onderwerp wordt sedert meerdere jaren gedebatteerd in de Senaat en in maart 2008 werd een wetsvoorstel ingediend.

Wetgevend optreden inzake de Verpleegkundige Deontologische Code.

Een debat voeren over de opportuniteit en de voorwaarden voor het oprichten van een Verpleegkundige Orde in de schoot van en met het beroep.

10. Beroepsverenigingen van verpleegkundigen

De representatieve verenigingen van geneesheren en meer recent van de tandheelkundigen, genieten van een financiering ten laste van het RIZIV, zodat ze kunnen deelnemen aan vergaderingen en discussies die eigen zijn aan de uitoefeningen van hun beroep en aan hun financieringsregels. De financiering gebeurt gedeeltelijk via een basisbedrag per vereniging en via een bedrag per uitgebrachte geldige stem.

Het RIZIV kan dit toekennen aan een groep van verenigingen.

Het lijkt gerechtvaardigd te zijn om deze bepalingen uit te breiden tot de verpleegkundigen, maar dan moet de formule aangepast worden, gelet op het ontbreken van verkiezingen binnen de professionele organisaties, die gegroepeerd zijn in de schoot van de AUVB-UGIB.

Een jaarbedrag toekennen aan de Algemene Unie der Verpleegkundigen van België (AUVB-UGIB)

⁴ Art. 36 en 37 van het KB nr. 78. De wijzigingen die voorgesteld worden in de Gezondheidswet veranderen deze situatie niet.

CONCLUSIE

Dit Plan voor het verbeteren van de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep is een uitdaging inzake volksgezondheid.

De bevolking van ons land moet kunnen rekenen op goed opgeleide verpleegkundigen, die gefocust zijn op hun activiteiten en verantwoordelijkheden en die bijgestaan worden door andere professionelen met diverse kwalificaties; hun competenties moeten aangewend worden binnen interdisciplinaire teams, inclusief in de sector van de thuisverpleging, onder de meest aangepaste vormen.

Dit Plan moet een meerjarenplan zijn, want het houdt significante veranderingen in, op diverse niveaus en op meerdere vlakken, evenals bijkomende en eruit voortvloeiende budgetten.

Om de verpleegkundige verzorging op te tillen naar de XXIste eeuw, is het onmisbaar dat alle betrokken partners hun inspanningen en hun expertise bundelen: professionele verenigingen van verpleegkundigen, vakverenigingen, beheerders van verzorgingsinstellingen, andere zorgberoepen, wetenschappelijke experts en politieke verantwoordelijken van de gefedereerde entiteit zijn onmisbaar om deze doelstelling te bereiken.

Ook de verpleegkundigen zelf, waar ze hun beroep ook uitoefenen, staan centraal in dit verbeteringsproces voor de aantrekkelijkheid van hun beroep.

Ik dank iedereen hiervoor nu reeds.

Laurette ONKELINX
Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken