

UW REF 23INDSVDB764

DATUM 27.06.2023

BIJLAGE(N) /

CONTACT PATRICK WATERBLEY

E-MAIL: Patrick.Waterbley@health.fgov.be

Ter attentie van Hr. Frank Vandenbroucke
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

BETREFT : “de verpleegkundig specialist” – advies Hoge Raad Artsen ¹ d.d. 8 juni 2023

Mijnheer de Minister,

Wij verwijzen naar uw adviesaanvraag d.d. 2 mei 2023 inzake de verpleegkundig specialist ², met bijkomende facultatieve vragen over het versterken van de scope of practice van verpleegkundigen en over activiteiten van het dagelijks leven en bijstand (bekwame helper).

De Hoge Raad Artsen bracht op 8 juni 2023 in consensus het volgend advies uit:

Net zoals in het buitenland, wordt ook onze gezondheidszorg geconfronteerd met meerdere uitdagingen. De veroudering van de bevolking, de toename van chronische problematiek en de technologische mogelijkheden doen de vraag naar zorg toenemen.

Het aanbod en de manier van werken moeten aangepast worden zodat de zorgprofessionals zo efficiënt mogelijk kunnen ingezet en gemotiveerd worden door hun takenpakket.

Naast toegankelijkheid en efficiëntie blijven kwaliteit en veiligheid van zorg de belangrijkste criteria voor discussies rond de “scope of practice” van elk beroep. Vorming, competenties en context zijn hierbij cruciaal.

Toepassing van faciliterende technologie en interdisciplinaire samenwerking (‘team approach’) met een passende graad van formalisering zijn relevant voor de context.

¹ Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

² Art 46/1 Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, *BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1))*.

Op 28 april 2016 bracht de Hoge Raad Artsen een advies uit inzake het specifiek competentieprofiel van de arts, relevant voor een kwalitatieve en veilige zorg:

a) De essentiële differentiatie en rol van de arts bestaat uit de specifieke medische expertise voor preventie, onderbouwde probleemanalyse, diagnose, differentiaal diagnose, medische besliskunde (probabiliteiten voor diagnostiek en risico-inschatting voor de aanpak), opstellen van een behandelplan en het uitvoeren van complexe interventies met inbegrip van het voorschrijven ervan, revalidatie en palliatie.

b) De op basis van opleiding en vorming behaalde competenties van de arts garanderen een evidence based benadering met integratie van “medische evidentie” en “contextuele evidentie” waar mogelijk: probleemanalyse, diagnostische en therapeutische aanpak gebaseerd op opvolging van de literatuur en wetenschappelijk onderzoek en gebruik van gevalideerde richtlijnen.

Op andere terreinen moet en kan de arts zich baseren op best practices. Inschattingen op nog weinig gedefinieerde en complexe terreinen en innovatie, zijn bij uitstek een opdracht voor de arts. De (medische) diagnose is een medische competentie.

c) De arts moet kunnen omgaan met hoge complexiteit al dan niet in urgente situaties: interfererende polyopathie, atypische ziektepatronen of symptomen, tegenindicaties, verwachte en onverwachte complicaties met hun epidemiologische aspecten en probabiliteiten.

En snel situaties herkennen waar guidelines, klinische paden en protocollen (die telkens hun beperkingen kennen) of routines best niet (meer) gevolgd worden.

d) Het brede therapeutisch arsenaal van de arts, maakt van hem/haar de meest aangewezen professional om complementaire technieken of aanbod – met inbegrip van placebo – te overwegen.

e) De arts heeft dan ook bij uitstek de nodige competenties om de “shared decision making” met de patiënt, volledig onderbouwd in te vullen. Shared decision making eist meer dan een (voor de patiënt eerder passieve) geïnformeerde toestemming. Zelfs bij een evident advies, moet de patiënt een andere voorkeur kunnen overwegen zij het met kennis van alle nodige wetenschappelijk gefundeerde risico's.

In gebieden met een grotere graad van onzekerheid, zullen de competenties van de arts des te meer nodig zijn. Vrijheid – en verantwoordelijkheid – van diagnose en therapie moeten in dit belang van de patiënt gesitueerd worden.

De arts werkt in een context van maatschappelijke ontwikkelingen en neemt hierbinnen verantwoordelijkheid op. Hiertoe behoort het signaleren van sociale determinanten (woonwerk-leefsituatie, ‘advocacy’) en het toetsen van de bijdrage die de zorg levert tot sociale cohesie.

f) De arts werkt in teamverband waarbij alle (zorg)beroepen elkaars bijdrage, eigenheid en competentieprofiel respecteren en streven naar synergieën.

Flexibiliteit, ontwikkeling en innovatie moeten steeds afgestemd worden met kwaliteit van zorgen en veiligheid.

Inzake taakdelegatie en taaktransferts naar andere zorgberoepen:

- Is een interprofessionele aanpak voor het bepalen van de 'scope of practice' van elk zorgberoep aangewezen.
- Moet omwille van een vlotte werking een duidelijk competentieprofiel van elk zorgberoep kenbaar zijn op basis van opleiding, vorming en ervaring
- Worden desnoods (wettelijk qua bevoegdheid en aansprakelijkheid afgedekte) pilootstudies uitgevoerd
- Is de context mede-bepalend: het onderscheid tussen routine activiteiten én situaties waar bekwame alertheid nodig is voor afwijkende en/of urgente casussen en het al dan niet geïsoleerd dan wel in teamverband werken.
- De arts moet gezien bovenstaande specificiteiten en overwegingen, een reële supervisie kunnen uitoefenen en een evocatierecht hebben waarbij de nodige (her)oriëntaties kunnen geduid worden. Hij /zij zal tijdig het team alerteren en omgekeerd wanneer de situatie niet meer overeenkomt met de planning zoals verondersteld in het zorgproces, het klinisch pad of protocol of wanneer de patiënt niet meer functioneert zoals met hem/haar overeengekomen.

'Situational leadership' voor bepaalde activiteiten en een bepaalde zorgfase door andere zorgberoepen is niet in contradictie met een evocatierecht en mogelijkheid tot reële supervisie door de arts.

Voor de patiënt moet het duidelijk zijn met welke zorgprofessionals hij/zij interageert, "who is in charge" (wie is de uiteindelijk verantwoordelijke) en een "bystander effect"³ moet vermeden worden.

Bovenstaand advies is nog steeds actueel en benadrukt het belang van innovatie in het zorgproces, het nut van subsidiariteit (passende taaktoewijzing wat concentratie op de kerntaken mogelijk maakt en motiverend werkt) op voorwaarde dat steeds de kwaliteit en veiligheid van zorg gewaarborgd wordt.

De uitdagingen van taakdelegatie en -transfert, moeten dan ook op een uiterst rigoureuze manier gebeuren.

³ De term omschrijft het fenomeen waarbij een groep mensen toekijkt bij een noodsituatie, maar niemand in actie komt.

Inzake de verpleegkundig specialist (art 46/1 WUG ⁴) verwijst U naar de recente adviezen van de Federale Raad voor verpleegkunde en de Technische Commissie en naar het rapport maart 2023 van de Kabinetswerkgroep ‘taakdifferentiatie, -delegatie en -transfert’.

De Hoge Raad Artsen formuleert volgens advies:

1. **Het hierboven weergegeven advies Hoge Raad Artsen van 28 april 2016 blijft heel relevant.**

Innovatie, efficiëntie, flexibiliteit, vlotte toegankelijkheid moeten steeds afgetoetst worden aan kwaliteit en veiligheid van zorg, ook voor de soms onvoorspelbare complexe situaties.

De patiënt moet centraal staan en goed geïnformeerd worden. De context (team approach) en de kwalitatieve en veilige ‘skill mix’ moeten de patiënt overtuigen van de geboden kwaliteit.

2. **De adviezen van de Federale Raad voor verpleegkundige en de Technische commissie (FRV-TC) voor verpleegkunde volgden elkaar in een heel snel tempo op.**

De materie is evenwel te belangrijk om het risico te lopen op onduidelijkheden of niet beoogde effecten.

De Hoge Raad Artsen gaf op 8 juni 2023 in consensus volgend advies als reactie op de adviezen van de Federale Raad voor verpleegkundige en de Technische commissie (FRV-TC) voor verpleegkunde

a) **Terminologische hygiëne en eenvoud is aangewezen om al te uiteenlopende en vergaande interpretaties te vermijden en om duidelijkheid te waarborgen.**

De in de adviezen gebruikte terminologie voor de diverse kwalificaties als verpleegkundige, wordt uiterst complex zelfs voor ingewijden, laat staan voor de patiënt.

De Hoge Raad Artsen adviseert de begrippen “verpleegkundig specialist” en “infirmier de pratique avancée” te vervangen door “master verpleegkunde” gevolgd door het specifiek competentiedomein (oncologie, geestelijke gezondheidszorg ...).

Hierdoor wordt tevens vermeden dat verkeerdelijk verwezen zou worden naar buitenlandse profielen zoals de ‘advanced practice nurse’ die ook optreedt voor patiënten waarvoor de diagnose nog niet door een arts gesteld is (ongedifferentieerde pathologie). Dit profiel dat als een soort noodoplossing werd gecreëerd bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, is niet nodig in ons land dat beschikt over een goed uitgebouwde huisartsgeneeskunde.

⁴ Art 46/1 Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, *BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1))*.

Daarenboven veronderstelt het profiel 'advanced practice nurse' een veel langere en diepgaande vorming dan de voorstellen voor de "verpleegkundig specialist" die nu voorliggen.

Er moet vermeden worden de 'scope of practice' van een zorgberoep oppervlakkig/onzorgvuldig te omschrijven als een niet nader bepaald deel van de scope of practice van een ander zorgberoep.

Op pagina 5-6 van het advies van de FRV-TC ⁵ voor de verpleegkundig specialist, lezen we heel vage omschrijvingen zoals "De praktijkgerichte functie ontleent een deel activiteiten van andere disciplines, waaronder medische handelingen" ("La fonction de praticien emprunte une grande partie de son activité à d'autres disciplines dont les actes médicaux").

Het omschrijven van de klinische functie/differentiatie van de verpleegkundig specialist als de voortdurende actualisering van de evidence based verpleegkunde, suggereert dat andere verpleegkundigen minder aandacht zouden hebben voor evidence based verpleegkunde of er minder kunnen toe bijdragen.

De Hoge Raad Artsen waarschuwde reeds eerder voor het belang om voor alle verpleegkundigen groei in de carrière te faciliteren. De proportionaliteitstoets zal ook voor het uitwerken van het profiel van de verpleegkundig specialist voldoende specifiek moeten zijn.

Noties zoals "nurse led services" (p 5 van het advies), "klinisch en professioneel leider binnen de zorgcontext" (waarbij gesuggereerd wordt dat andere professionals maar moeten volgen, terwijl de autonomie van de verpleegkundig specialist continu ondersteunt wordt in het advies), duiden op het introduceren van een hiërarchische positie voor de verpleegkundig specialist en staan haaks op de benadering van interprofessioneel teamwerk.

De benadering "situational leadership" zoals voorgesteld door de Kabinetswerkgroep Taakdifferentiatie, is veel meer genuanceerd en passend.

Ons land moet een "team approach" nastreven, met een adequate en toekomstgerichte rol voor de verpleegkundigen (waaronder de verpleegkundig specialist) in een gezonde interactie met de artsen en andere zorgprofessionals (cf advies Hoge Raad Artsen 2016, supra).

- b) In punt 8 van het advies van de Federale Raad voor verpleegkunde (p11) worden de activiteiten opgesomd die een verpleegkundig specialist (art. 46/1 WUG) mag uitvoeren.

"a) Autonoom: geneeskundige en psychologische verstrekkingen buiten de verpleegkundige standaardzorg indiceren en uitvoeren + nurse led care superviseren en coördineren

b) In een interprofessioneel kader en in afspraak met de arts:

- beslissingen nemen inzake diagnostiek, behandeling, doorverwijzing en opvolging van de

⁵ FRV-TC Federale Raad voor verpleegkundige en de Technische commissie

totaalzorg voor de zorgvrager

- geneesmiddelen en niet-farmaceutische behandelingen voorschrijven
- attesten opstellen (in het Frans: “proposer des certificats”)
- beslissingen nemen inzake opname- en ontslagplanning.”

Deze oplistijng van activiteiten is niet systematisch, niet afgebakend, niet goed gedefinieerd en verwarrend. Er moet vermeden worden een onbepaald (“geneeskundig en psychologisch”) bevoegdheids- en activiteitsterrein zomaar open te stellen voor de verpleegkundig specialist. Het voorstel geeft geen blijk van een team approach waarbij het zorgproces rationeel en met wederzijds respect voor de diverse bevoegdheden wordt georganiseerd ⁶.

Punt a) gedefinieerd als “autonoom” moet dan ook geschrapt worden en voor het interprofessioneel kader zoals vermeld onder punt b) moeten duidelijke geformaliseerde samenwerkingsovereenkomsten opgelegd worden om kwaliteit, veiligheid én rationeel gebruik van middelen (cf het mogelijks impact van de onbegrensde voorstellen van het advies op de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering) te garanderen. De Hoge Raad verwijst naar het advies van 28 april 2016 terzake.

c) Anciënniteit versus werken op het moment van de erkenningsaanvraag - “behoud van erkenning”

In het advies van de Federale Raad voor verpleegkundige/Technische Commissie over de verpleegkundig specialist, wordt voorgesteld bij de erkenningscriteria 2 jaar anciënniteit én activiteit in de zorgcontext te vereisen op het moment van de erkenningsaanvraag. De Hoge Raad merkt op dat vereiste relevante anciënniteit en ervaring een verdedigbaar criterium kan zijn. Maar het vereisen van activiteit in de betrokken zorgcontext *op het ogenblik van de erkenningsaanvraag* is een niet te verantwoorden restrictie van toegang en kan lijken op protectionisme. Toevalligheden in het leven kunnen het overigens onmogelijk maken aan een dergelijk criterium te voldoen.

Verder merkt de Hoge Raad op dat het mechanisme van behoud van erkenning en het opnieuw verkrijgen van erkenning op basis van algemeen geldende criteria (louter) qua vorming best vervangen wordt door een individuele evaluatie en eventuele specifieke geïndividualiseerde correctie (verbeterplan) van de uitoefening (portfolio en desnoods evaluatie door de Toezichtscommissie ⁷).

d) Niet te vergeten sectoren, zorgcontexten of profielen

De in de adviezen omschreven zorgcontexten zijn een keuze. Verdere uitwerking en detaillering zijn nodig vooraleer een grondige reactie te formuleren.

In elk geval zal het profiel van verpleegkundig specialist ook nuttig zijn in de

⁶ Zie ook art 32 Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, BS 14 mei 2019.

⁷ Art 8 en Hfdstk IV Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, BS 14 mei 2019.

woonzorgcentra (als partner van de Coördinerend Raadgevend Arts CRA) en in de eerste lijn, bijvoorbeeld voor eerstelijnszones of – netwerken.

De evolutie in de gezondheidszorg maakt het nodig in vergaande (ingrijpende) mate ook beroep te doen op **competenties van profielen die (nog) niet als zorgberoep opgenomen zijn maar waarvan de technische expertise een passende en waarschijnlijk specifieke plaats moet krijgen**: masters biomedische wetenschappen, fysici (bv simulatie radiotherapie), data scientists, epidemiologen, sociologen ... Deze specifieke profielen zullen bijdragen tot de nodige skill mix van de toekomst, die ook zal gerealiseerd worden door evoluties in de rollen van bestaande zorgberoepen zoals bijvoorbeeld apothekers, psychologen ...

3. Het rapport van de Kabinetserwerkgroep “Taakdifferentiatie, taakdelegatie en taakverschuiving” van maart 2023.

Een grondige analyse van en gedetailleerde advisering over dit rapport, zal ietwat meer tijd vergen.

De hoofdlijnen van het rapport lijken in elk geval een goede uitgangsbasis voor een stevige en gefundeerde hervorming. De uitgangspunten zijn niet in tegenspraak met het advies Hoge Raad Artsen van 2016 en worden door de Hoge Raad Artsen dan ook onderschreven: de “skill mix approach” in geformaliseerde samenwerkingsverbanden met een plaats voor situationeel klinisch leiderschap ; het dynamisch aspect van de scope of practice waarbij voldoende ruimte bestaat voor taakverschuiving; flexibiliteit en groei in de klinische carrière en de optie van “regulatory sandboxes” wanneer een pilootstudie nodig is om de kwaliteit en veiligheid van nieuwe initiatieven af te toetsen.

De kritische bedenkingen rond “privileging” kunnen onderschreven worden: hoe dan ook kan conventionele privileging niet gebeuren buiten een gereguleerd competentiedomein. Waardoor privileging ook eerder een restrictie van de scope kan impliceren dan een expansie. Een volledige invulling van het gereguleerd competentiedomein kan wel eventueel geconditioneerd worden door de context (bv een vereist samenwerkingsverband).

De Hoge Raad Artsen staat dan ook open voor een samenwerking rond een kwalitatieve en veilige hervorming van de reglementering, waarbij het advies van 2016 en de oriëntaties en hoofdlijnen van het rapport van de Kabinetserwerkgroep maart 2023 als uitgangspunt kunnen dienen.

Gezien de heel uitgebreide “scope” van de adviesaanvraag van 2 mei 2023 verwacht de Hoge Raad Artsen de komende maanden nog bijkomende adviezen te kunnen uitbrengen over concrete voorstellen tot wijziging van de reglementering.

De Hoge Raad Artsen zal constructief en met een open geest de nodige reglementering helpen voorbereiden met het oog op een veilige, kwalitatieve en efficiënte toegankelijke gezondheidszorg door gemotiveerde samenwerkende actoren waarvan de competenties maximaal kunnen benut worden.

De proportionaliteitswetgeving biedt hiertoe een passend kader, ondermeer wat betreft het informeren van en interageren met de patiënt en de ruimere bevolking.

Met de meeste hoogachting,

Hoogachtend,

dr. Patrick Waterbley
ondervoorzitter-secretaris Hoge Raad Artsen